

# Uppföljning av landstingens pandemiplanering

våren 2008

Artikelnr 2008-126-108

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2008

# Förord

---

Socialstyrelsen tog på regeringens uppdrag fram en nationell plan för beredskapen inför en influensapandemi som publicerades första gången 2005. I detta ingick också ett underlag för vad en plan i ett landsting borde innehålla. Sedan dess har det skett en omfattande utveckling av planeringen i olika delar av samhället och inte minst inom landstingen. För att följa upp detta och för att få ett underlag för en bedömning av vilka områden som behöver fortsatt arbete genomförde Socialstyrelsen med stöd av landstingens smittskyddsenheter en omfattande utredning under 2008. Resultaten av denna presenteras i denna rapport.

Socialstyrelsen vill också framföra ett tack till alla de som gjort detta arbete möjligt.

Anders Tegnell  
Enhetschef  
Smittskyddsenheten



# Innehåll

---

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	8
<i>Genomförande</i>	9
Avgränsningar	9
<i>Resultat av studien</i>	11
<b>Planering och ledning</b>	11
Struktur	11
Organisation	11
Tillgänglighet, aktualitet	12
Koppling till annan planering	12
Ekonomiska konsekvenser	12
<b>Hälso- och sjukvården</b>	13
Övningar	13
Beredskap, lager av förbrukningsmaterial mm	13
Laborierkapacitet	13
Utbrottsutredning	13
Vård av influensasjuka	14
<b>Åtgärder</b>	15
Medicinska åtgärder	15
Icke-medicinska åtgärder	16
<b>Information och kommunikation</b>	16
Intern och extern kommunikation	16
Sjukvårdsupplysning/rådgivning	17
<b>Årlig influensa</b>	17
<b>Fågelinfluensa</b>	17
<b>Beredskap inom smittskydds-enheten</b>	18
<b>Egen uppfattning om styrkor och svagheter i planeringen</b>	18
Styrkor	18
Svagheter	19
<b>Diskussion och slutsatser</b>	21
Planeringsarbete och erfarenhetsutbyte	21
Primärvården och den kommunala vården	22
Resurser	23
Logistik	24
Information och kommunikation	25
Beredskap inom smittskydds-enheterna	25
<b>Förslag på lösningar</b>	26
<b>Framtida arbete</b>	27
<i>Bilagor</i>	29
<b>Verktyg för uppföljning av landstingets pandemiberedskap</b>	29



# Sammanfattning

---

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av hur långt landstingen har kommit inom olika områden i planeringen för en pandemisk influensa. Uppföljningen visar att alla landsting har både starka och svaga sidor. Där några har sina brister har andra kommit långt, och vice versa. Olika behov, förutsättningar och intresseområden har lett till att man har fokuserat på olika delar av planeringsarbetet.

De områden som landstingen behöver gå vidare med är:

- Samarbetet mellan slutenvården, primärvården och den kommunala vården. I vissa fall handlar det om att skapa en länk mellan olika vårdformer. I de fall det redan finns en plan för samarbetet behöver den praktiska genomförbarheten analyseras av både kommuner och landsting.
- Planeringen för att säkra resurser/minska resursbristen. Det gäller bl.a. lösningar för att minska den förväntade personalbristen, samt att beräkna och planera lagerhållning. Här bör landstingens egna personal- och upphandlingsavdelningar engageras.
- Beredskapen inom smittskydds enheterna. Här handlar det om att stärka beredskapen genom interna beredskapsplaner, ev. med interna avtal mellan landstingets olika verksamheter för att säkerställa att smittskydds enheterna kan upprätthålla sina funktioner.

Något som gör pandemiplanering speciellt är bl.a. att en pandemisk konsekvenser drabbar hela samhället. Även inom hälso- och sjukvårdssektorn blir flera olika verksamheter påverkade – både i planeringen och vid en pandemi. För att komma vidare inom ovan nämnda områden skulle det därför vara till stor hjälp om man kunde föra upp frågan till landstingsledningen och med dess mandat engagera alla berörda verksamheter i det fortsatta planeringsarbetet.

# Inledning

---

Socialstyrelsen har genom smittskyddslagen (2004:168) ansvar för att samordna smittskyddet på nationell nivå. I denna roll publicerade Socialstyrelsen år 2005 en nationell beredskapsplan för pandemisk influensa, samt ett underlag för regional planering inför en pandemi, vilka båda har reviderats sedan dess, senast i februari 2007. Enligt samma lag ansvarar landstingen för smittskyddsåtgärderna i sina respektive regioner, vilket innebär att de regionala beredskapsplanerna för en pandemi kan vara utformade på olika sätt.

Under våren 2006 genomförde Socialstyrelsen en mindre uppföljning av den regionala pandemiplaneringen. En enkät med tio frågor skickades ut till landets 21 smittskyddsläkare och resultatet sammanställdes i rapporten *Socialstyrelsens lägesrapport om landstingens pandemiberedskap våren 2006*. Många delar av de regionala beredskapsplanerna var då under utveckling.

För att få en aktuell överblick i sin samordnande roll, och för att bättre kunna samordna och stödja landstingen i den fortsatta planeringen, har Socialstyrelsen nu gjort en fördjupad uppföljning av pandemiberedskapen i landstingen. Ytterligare ett syfte med uppföljningen har varit att öka smittskyddsläkarnas utbyte med varandra i frågor kring pandemiberedskap.

Ett verktyg i form av ett frågeformulär (se bilaga 1) utvecklades utifrån en mall som använts för ett liknande syfte av holländska myndigheter. Formuläret användes som diskussionsunderlag vid besök hos samtliga 21 smittskyddsläkare under våren 2008. Uppföljningen sammanställs och presenteras i denna rapport. Verktöget kommer att vidareutvecklas dels som ett stöd för landstingen/regionerna i det fortsatta planeringsarbetet och dels som ett verktyg vid framtida uppföljningar av landstingens planering.

# Genomförande

---

Både internationellt och nationellt har det visat sig att en viktig del av beredskapsplaneringen är uppföljningar av hur denna utvecklas på regional nivå. Efter tidigare enkla enkätuppföljningar beslutades att denna uppföljning skulle ske via en genomgång av de regionala planerna vid besök hos smittskyddsläkarna. Det verktyg som togs fram inför besöken baserades främst på en modell från Holland, där man gjorde en liknande uppföljning för ett par år sedan. Även ett uppföljningsinstrument framtaget av EU:s smittskyddsmyndighet (ECDC), användes i viss mån som underlag vid utvecklandet av verktyget<sup>1</sup>.

I januari 2008 genomfördes två landstingsbesök, som en pilotstudie för att testa verktyget, som därefter reviderades. Den nya versionen användes sedan under våren i resterande landsting, och i juni gjordes det sista besöket.

Samtliga 21 smittskyddsläkare besöktes. De uppmanades i sin tur bjuda in den/de aktörer som de ansåg lämpliga att vara med. I praktiken innebar detta att även andra personer deltog vid så gott som samtliga besök, oftast beredskapssamordnare (eller motsvarande) samt annan personal vid landstingets smittskydds-enhet.

De två pilotbesöken genomfördes av medarbetare på Socialstyrelsens smittskydds-enhet. Vid övriga besök deltog en (eller i enstaka fall två) person(er) från Socialstyrelsen, samt en smittskyddsläkare från ett annat landsting – detta för att ge möjlighet till ett direktutbyte smittskyddsläkarna emellan.

## Avgränsningar

Fokus för uppföljningen har varit den regionala pandemiplaneringen som genomförts av landstingen. Områdena logistik, kommunikation samt pandemiövningar gicks endast igenom översiktligt, då det under tiden för uppföljningen har pågått andra fördjupade projekt inom dessa områden. Planering för den årliga influensa samt för fågelinfluensa berördes kort, då de är angränsande områden till pandemiplaneringen och har flera beröringspunkter.

Uppföljningen ska *inte* ses som ett tillsynsprojekt och syftet har inte heller varit att värdera landstingens respektive planer. Verktyget som användes utgjorde inget strikt poängsystem, utan fungerade som ett diskussionsunderlag, och samtalen vid besöken kunde således ta sig lite olika former.

I Sverige finns 18 landsting, 2 regioner och 1 kommun med uppgifter som landsting. För enkelhetens skull används fortsättningsvis ”landsting” för samtliga i denna rapport.

---

<sup>1</sup> *Assessment tool for influenza preparedness in European countries – with a main focus on pandemic preparedness*, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2007 <http://www.ecdc.europa.eu/pdf/Assessment%20tool.pdf>

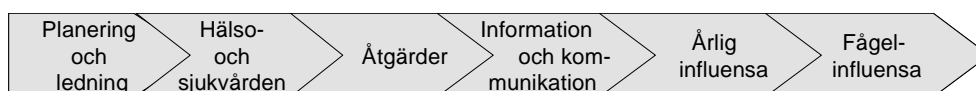
Landstingen har olika benämningar på förvaltningar och institutioner. I en del landsting kallas t.ex. vårdcentraler för hälsocentraler, i andra för familjemottagningar osv. För enkelhetens skull används "vårdcentraler" genomgående i rapporten.

# Resultat av studien

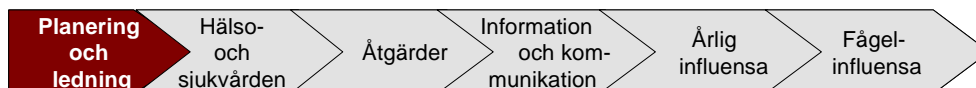
---

Det verktyg (se bilaga 1) som användes vid besöken hos smittskyddsläkarna har tio huvudrubriker med ett varierande antal frågor under varje rubrik, och under varje fråga finns några olika svarsalternativ.

Den presentation av resultaten som här följer är baserad på verktyget, men för att förtydliga redovisningen så mycket som möjligt är några rubriker förändrade och/eller sammanslagna, och en del av frågorna har flyttats. Huvudrubrikerna i denna genomgång ser ut som följande:



## Planering och ledning



*Inom detta område ställdes dels frågor kring själva planeringsdokumenten och vilka aktörer som har varit med i planeringsprocessen, och dels frågor om hur ledningsstrukturen ser ut och huruvida man har diskuterat ekonomiska konsekvenser av åtgärder.*

## Struktur

Samtliga landsting har en övergripande katastrofmedicinsk beredskapsplan, och alla har även någon form av pandemiplan – antingen i form av en epidemiplan med en bilaga om pandemi, eller som en specifik plan just för pandemiberedskap. Två landsting kan sägas sakna epidemiplan, då de versioner som funnits blivit inaktuella enligt dessa landstings smittskyddsläkare.

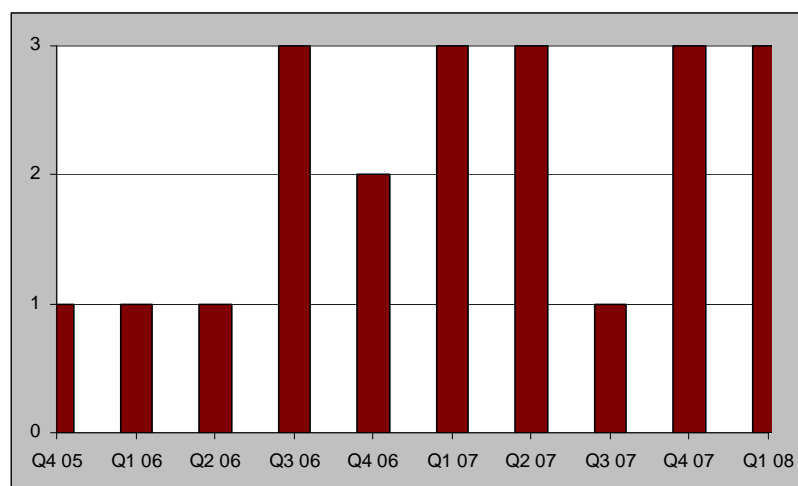
## Organisation

Alla utom fem landsting har haft stöd av en övergripande grupp i planeringsarbetet. Fjorton hade en informatör med i planeringsarbetet, och i fjorton landsting var representanter från länsstyrelsen och/eller kommunerna med.

I alla utom ett landsting är det smittskyddsläkaren som ansvarar för att ta fram pandemiplanen. I ett enda landsting är det istället beredskapsöverläkaren som har detta ansvar. Smittskyddsläkaren ansvarar där endast för de delar av planen som berör själva smittan och dess karaktär.

## Tillgänglighet, aktualitet

I femton landsting finns pandemiplanen publicerad på landstingets hemsida. En plan är från 2005, sju planer från 2006, tio från 2007 och tre från 2008.



Planernas datum, (kvartal (Q) och år)

Samtliga landsting har någon planering för revidering, även om denna ser olika ut – med ett inskrivet ”bäst-före-datum” eller med periodisk planering (exempelvis vartannat år). Majoriteten av landstingen (13 st) hade alltså reviderat sina planer under 2007 och 2008, och flera av de 8 som hade äldre planer (från 2005 och 2006) uppgav att de räknade med att göra en revidering under 2008.

## Koppling till annan planering

Nästan alla (18) smittskyddsenheter ingår i etablerade, regionala samarbeten med andra landsting för smittskyddsfrågor generellt, men väldigt få har tittat specifikt på pandemiplanering eller gått igenom planerna i de angränsande landstingen.

Alla har planer som anknyter till det egna landstingets övergripande/generella krisberedskapsplan, och med någon form av anknytning till Socialstyrelsens underlag för regional planering<sup>2</sup>.

I landstingens tycke saknades en tydlig ledningsstruktur inom primärvården i sex fall, och inom kommunerna i 16 fall. Det ansågs ofta svårt att veta vem man skulle kontakta i olika sammanhang.

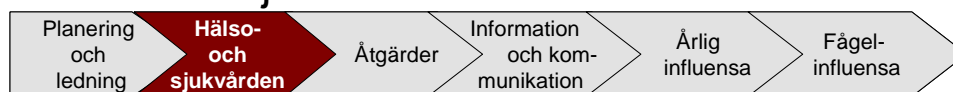
## Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna har inte alls diskuterats på vissa håll (7 landsting), medan man i andra landsting (4 st) har gått in på frågan med relevanta aktörer och ytterligare andra (9 st) har en överenskommen ansvarsfördelning. Den stora majoriteten menar att man inom landstinget har en

<sup>2</sup> *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa – underlag för regional planering*, Socialstyrelsen, feb 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9458/2007-130-2.htm>

inställning om att agera oavsett kostnader – man agerar direkt i en krissituation och tar diskussionerna om de ekonomiska konsekvenserna sedan.

## Hälsa- och sjukvården



*Frågorna under denna rubrik handlade dels om planeringen på sjukhusen och för det ökade behovet av material och laboratorieresurser, dels om planeringen för hemvårdsteam och s.k. febermottagningar inom primärvården.*

Fjorton landsting uppger att samtliga sjukhus i regionen har med epidemi och/eller pandemi i sina lokala beredskapsplaner.

### Övningar

I sju landsting har man inte haft några övningar kring pandemi, medan övriga 14 har övat. Sju landsting har efter övningarna utvärderat dem, och av dessa har 4 även anpassat sina planer efter utvärderingen.<sup>3</sup>

### Beredskap, lager av förbrukningsmaterial mm

Tio landsting har inga lager för ett ev. ökat behov av utrustning, medan övriga 11 har mindre lager. Dessa lager består oftast av andningsskydd av typen FFP3, och i ett fåtal fall även av en mindre mängd visir, dräkter och/eller engångslakan.

### Laboratoriekapacitet

Laboratorierna uppges ha goda möjligheter till en utökad kapacitet i sex landsting. Elva säger att det finns vissa möjligheter till att ta emot en ökad mängd prover, medan tre menar att det inte alls finns någon planering på det området.

### Utbrottsutredning

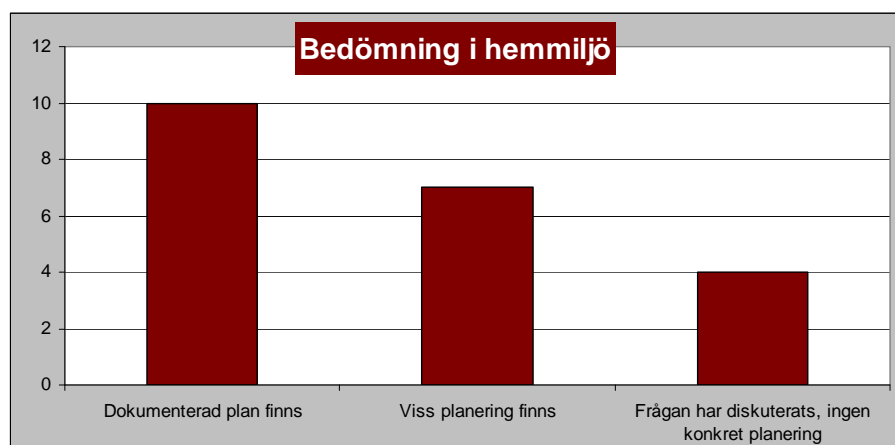
I tio av landstingen har man planerat för att en särskild utredningsgrupp sköter utredningar vid större epidemier. Sju landsting saknar helt planering för större utredningar. Sju nämner på ett eller annat sätt att den centrala fältepidemiologiska gruppen (CFG) kan vara ett alternativ.

<sup>3</sup> För mer information om landstingens pandemiövningar, se rapporten *Pandemiövningar hos landstingen – en sammanställning*, april 2008, som finns att ladda ner på Socialstyrelsens hemsida. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10013/2008-131-19.htm>

## Vård av influensasjuka

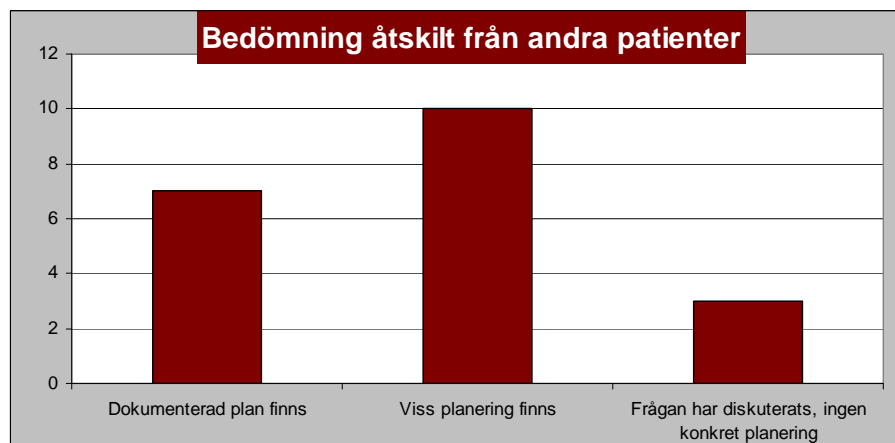
### Primärvård

Tio landsting har dokumenterade planer (om än på olika utvecklingsnivåer) för att via hemvårdsteam kunna göra bedömningar i hemmiljö. Sju har viss planering på detta område, medan fyra har haft diskussioner om det, men utan att något har bestämts eller skrivits ner. De som kommit längst i planeringen har beräknat antal hemvårdsteam, hur de ska vara sammansatta, samt utsett från vilka vårdcentraler teamen ska utgå.



Bedömning i hemmiljö

Sju landsting har dokumenterade planer (dock på olika utvecklingsnivåer) för att via separata s.k. febermottagningar kunna göra bedömningar åtskilt från andra patienter. Tio har viss planering på detta område, medan tre har haft diskussioner om det, men utan att något har bestämts eller skrivits ner.



Bedömning åtskilt från andra patienter, s.k. febermottagningar

I de fall man inte har någon utvecklad planering handlar det ofta om att det är ett område som faller under primärvårdens ansvar, och att man inte har full kontroll över hur långt man där har kommit i planeringen. I vissa fall är det svårigheter eller brister i den övergripande ledningsstruktur i primärvården (jmf vad som sägs om detta under "planering och ledning") som gör att

man inte har hela bilden – där primärvårdens ledningsstruktur är otydlig finns sällan dokumenterade planer kring hemvårdsteam och febermottagningar.

### Slutenvård

Tolv landsting har dokumenterade planer (dock på olika utvecklingsnivåer) för att kunna ge sjukhusvård åtskiljt från andra patienter. Sex har viss planering på detta område, medan tre har haft diskussioner om det, men utan att något har bestämts eller skrivits ner.

I 4 landsting har man utsett ett speciellt sjukhus för att vårda influensapatienter.

## Åtgärder



Frågorna här rörde både medicinska åtgärder, t.ex. planering av massvaccination, och icke-medicinska åtgärder, t.ex. om skolstängningar diskuterats och om man har planering för den allmänna ordningen och säkerheten.

### Medicinska åtgärder

Elva landsting bygger sin massvaccinationsplanering på en expansion av den årliga influensavaccineringen, medan åtta bygger planeringen på delvis ny struktur. Två landsting saknar planering.

### Lagring av antiviraler

En informell enkät gick ut våren 2007 för att få en snabb bild vad gäller landstingens/regionernas lokala lager av antiviraler. Resultatet från den enkäten visade att alla utom två landsting lagt upp lokala lager. Storleken på de lokala lagren varierade stort, från 16 förpackningar till 12 000 förpackningar.

Förpackningar	Landsting/ regioner
0	2
1-99	4
100-999	9
1 000–9 999	3
>=10 000	3
<b>Summa</b>	<b>21</b>

Resultat från enkät februari 2007

### Samhällsviktig verksamhet

Två smittskyddsenheter uppger att de inte har haft någon kontakt med länsstyrelsen angående samhällsviktig verksamhet. Fyra har haft viss kontakt och 15 har en etablerad kontakt och aktivt utbyte med länsstyrelsen. Elva smittskyddsläkare har deltagit i planeringsaktiviteter kring samhällsviktig verksamhet.

### Icke-medicinska åtgärder

Sju smittskyddsenheter har inte haft några diskussioner om icke-medicinska åtgärder (såsom skolstängningar) med andra aktörer. Elva har haft diskussioner med relevanta aktörer och tre har ett etablerat samarbete med relevanta aktörer och har en tydlig ansvarsfördelning på området.

Ett enda landsting har en specifik planering klar för den allmänna säkerheten och ordningen, dock bara på sjukhusområdet.

Tio uppger att de har ett etablerat samarbete med relevanta aktörer och elva har diskuterat frågorna med relevanta aktörer.

Två landsting tar specifikt upp frågan om psykosocial hjälpverksamhet i pandemiplanen, medan de allra flesta uppger att detta ingår i den mer övergripande krisberedskapen och att det är något som aktiveras automatiskt vid en stor kris – oavsett typ av händelse.

## Information och kommunikation



*Detta område berördes kort genom frågor kring regional kriskommunikationsplanering och vilka kontakter man har med sjukvårdsupplysningen.*

### Intern och extern kommunikation

Samtliga landsting har någon form av kommunikationsplan. Hos 14 landsting har man en separat kommunikationsplan och i nio landsting har man skrivit in denna planering i epidemi-/pandemiplanen. Fyra har sina kommunikationsplaner tillgängliga på Internet.

Tjugo av landstingen har inte tagit fram någon färdig information till vårdpersonal. Endast ett landsting har förberedd information att lägga på intranätet.

Arton landsting har ingen förberedd information till allmänheten. Ett har en förberedd webbsida, två har förberett andra medieaktiviteter, och ett har definierat mål för informationsinsatserna.

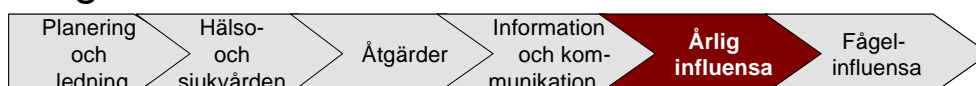
Samtliga smittskyddsenheter använder sina respektive hemsidor för att lägga ut information av mer långsiktig karaktär och 19 av dem använder även hemsidan för information i mer akuta fall. En smittskyddsenhet saknar ”egna” sidor på sitt landstings hemsida.

## Sjukvårdsupplysning/rådgivning

Fjorton smittskyddsenheter har etablerat samarbete och kontakt med sitt landstings sjukvårdsupplysning eller motsvarande, både för att nå ut med och för att samla in information. Fyra uppger att de har vissa kontakter med sjukvårdsupplysningen, medan två inte har någon etablerad kontakt med dem.

Enligt [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se) är nu sex landsting anslutna till den nationella sjukvårdsrådgivningens nummer 1177 och fyra av smittskyddsläkarna uppger att deras landsting kommer att ansluta sig inom en snar framtid.

## Årlig influensa



*Frågorna under denna rubrik handlade om kostnadssystem, datainsamling och informationsinsatser kring den årliga influensan.*

Tolv smittskyddsenheter har speciella lokala kontaktpersoner, ”smittskyddsansvariga” på exv. vårdcentraler. Nio har inga sådana utsedda kontaktpersoner.

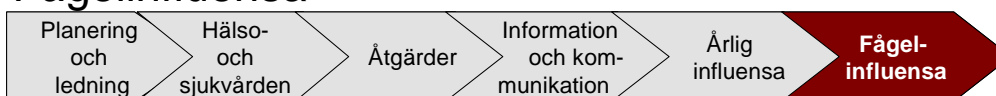
Den årliga influensavaccinationen är gratis (för riskgrupperna) i 14 landsting, medan sju tar ut en avgift (mellan 50 och 100 kr).

Samtliga smittskyddsenheter gör uppskattningar av andel vaccinerade i riskgrupperna. Metoderna varierar dock starkt, från exakta persondata till enkäter eller stickprovsundersökningar, varför resultaten måste tolkas med försiktighet. Fyra uppger särskilt att de använder resultaten i planeringen för kommande säsonger.

Alla tar årligen fram information om influensa och influensavaccination riktad till allmänheten. Fyra har även utformat definierade mål för informationen, och följer upp dem. I ett av dessa landsting följer man också upp målen tillsammans med andra aktörer i landstinget.

Samtliga landsting går ut med information genom att annonsera och/eller sätta upp affischer på vårdcentraler o.d. Tio skickar dessutom ut personliga brev och sex uppger att man informerar i samband med sjukvårdsbesök i andra ärenden.

## Fågelinfluensa



*Området berördes kort genom frågor kring samarbetet med länsveterinären.*

Tio landsting har ett regionalt program för fågelinfluensa. Övriga 11 saknar ett sådant program.

Nästan alla (19 st) uppger att de har ett etablerat samarbete med länsveterinären, medan två kallar samarbetet sporadiskt.

## Beredskap inom smittskydds-enheten

*Här ställdes frågan om hur den egna beredskapen ser ut, inom smittskydds-enheten – vad händer om den egna personalen blir sjuk?*

På ett par ställen är smittskyddsläkarnas tjänster deltid. Man samarbetar här tätt med ett grannlandsting och ersätter varandra vid behov. I flera andra landsting har smittskyddsläkaren en ersättare i form av en läkare som normalt är placerad på infektionskliniken (i ett fall är ersättaren klinikchef). I ett landsting är det en timanställd vikarie som kommer in och ersätter smittskyddsläkaren när behov uppstår.

Flera av smittskydds-enheternas sjuksköterskor, och många av assistenterna, arbetar deltid. De har inga utsedda ersättare, då de anses lättare att ersätta i en krissituation. I några landsting är smittskydds-enheten samorganiserad med vårdhygien, och man har då ibland en eller flera hygiensköterskor utöver smittskyddssköterskan, på samma enhet.

Ett av de landsting som har en större smittskydds-enhet, nämner att man har påbörjat en intern pandemiplanering, för den egna enheten.

## Egen uppfattning om styrkor och svagheter i planeringen

*Här ombads landstingen att ge exempel på vad de ansåg att den regionala planeringen har för styrkor och svagheter. Siffrorna som nämns i denna redovisning står således inte för antalet landsting som anser något vara en styrka eller svaghet, utan bara för antalet exempel som gavs spontant av landstingen, som svar på en öppen fråga.*

### Styrkor

#### *Samarbete med andra aktörer och koppling till generell beredskap*

När landstingen tillfrågades om styrkorna i sin planering lämnades många exempel (17) som på olika sätt pekade på kopplingar till den generella beredskapen och på samarbetet med andra aktörer som stora styrkor. Många nämnde här att man hade varit ute och talat med exempelvis representanter för kommunerna eller haft ett gott samarbete med länsstyrelsen och att frågan var levande i dessa och andra verksamheter. I något landsting såg man det som positivt att nyckelpersoner från olika verksamheter varit med och tagit fram själva planen. I ytterligare ett hade man låtit olika aktörer skriva de delar av planen som berörde deras respektive område, för att sedan sammanfoga de olika delarna till en gemensam plan.

### *Planeringsdokument*

Många exempel (12) på styrkor handlade om olika aspekter av själva pandemiplanen – att den revideras årligen och således alltid är aktuell, att den är enkel och tydlig eller att den är förankrad i ledningen. I något landsting menade man att det var en styrka att man har en hög detaljeringsgrad, medan man i ett annat såg en fördel i att planen är kortfattad.

### *Primärvård, kommuner, länsstyrelser*

I några uttalanden (6) tog man upp det positiva i att även andra aktörer, främst då kommunerna, har färdigställt sina planer, och att man ser ett tydligt engagemang hos t.ex. primärvården eller länsstyrelsen.

### *Ledning, ansvar och förtroende*

Något som togs upp i flera exempel (8) var fördelar i ledningsstrukturer – t.ex. att man anser sig ha en tydlig organisation och ansvarfördelning, eller att den regionala ledningen eller smittskyddsläkaren är kända hos befolkningen och inger förtroende.

## **Svagheter**

### *Resurser*

Det område som dominerade (19) bland exemplen på svagheter var problemen med bristande resurser. Det mest omnämnda (9) problemet här var personalen, och man förutspår en stor personalbrist i en pandemisituation. Någon tog upp att den höga personalomsättningen gör det svårt att utbilda folk i förväg och i några landsting nämnde man att man är osäker på vilka regler som gäller för en ev. omflyttning av personal. Man tog även upp avsaknaden av lager med förbrukningsmaterial, såsom andningsskydd, handskar och förkläden, samt att antalet vårdplatser, inklusive isolerings- och intensivvårdplatser, inte kommer att räcka till.

### *Primärvård, kommuner, länsstyrelser*

Som nämndes ovan, var det några som tog upp engagemanget och de färdiga planerna inom primärvård, kommuner och länsstyrelser som en styrka. Samma aktörer omnämndes dock i ännu större utsträckning (14) i samband med svagheter. Några exempel (4) handlade om att relationerna och samarbetet fungerar illa, medan andra (8) främst pekade på stora brister i planering och resurser inom primärvård och kommun.

### *Ledning, ansvar och ekonomi*

I flera av landstingens exempel (9) såg man svagheter i ledningsstrukturen. Dels handlade det här om smittskyddsläkarens tunga ansvar eller att man tyckte att ledningsrollen är något otydlig gentemot andra aktörer, och dels om turbulenta förhållanden inom landstinget, med bl.a. täta chefsbyten. Ett par landsting tog även upp att det finns en del ekonomiska frågor att reda ut.

### *Vacciner och antiviraler*

Några exempel (6) handlade om osäkerheten kring planeringen för vacciner och antiviraler som en svaghet. Man väntade på nationell planering för hur distributionen ut i landet ska gå till och ett par stycken undrade över hur en eventuell prioritering av mottagare av vaccin och antiviraler kommer att se ut.

### *Ovisshet*

En svaghet som spontant nämndes i några exempel (7) var ovissheten – att inte veta hur det faktiskt kommer att bli.

# Diskussion och slutsatser

---

I rapporten från den mindre uppföljning av landstingens pandemiberedskap som gjordes 2006 (*Pandemiberedskap – Socialstyrelsens lägesrapport om landstingens pandemiberedskap våren 2006*), konstaterades att pandemiberedskapen tydligt hade kommit på dagordningen, att beredskapen väsentligt hade höjts, men att det alltså fanns möjligheter till förbättringar. Framför allt pekade man på behovet av slutenvårdsplatser, där man konstaterade att det kommer att råda brist på lämpliga lokaler och på personal.

Allmänt kan sägas att planeringen har utvidgats och fördjupats under de senaste två åren, men med relativt stora skillnader mellan landstingen. I en uppföljning som denna måste man rimligen fråga sig om det är vissa landsting som står för alla brister i planeringen, medan andra har heltäckande, mer kompletta planer. Vid en genomgång av det insamlade materialet står det klart att planernas styrkor och brister är relativt jämnt fördelade över landstingen, och det är snarast så att landstingen har kommit olika långt inom olika områden. Detta kan sannolikt förklaras med att både behov och förutsättningar skiljer sig åt landstingen emellan, men det är också möjligt att smittskyddsläkarnas olika intresseområden gjort att man fördjupat sig i olika områden. Det senare visade sig ibland när en gästande smittskyddsläkare diskuterade med sin kollega.

Rapportens diskussionsdel är uppdelad i rubriker som baserats dels på uppdelningen i verktyget och resultatredovisningen och dels på vad som togs upp som styrkor och svagheter av landstingen själva:

- Planeringsarbete och erfarenhetsutbyte
- Primärvården och den kommunala vården
- Resurser
- Logistik
- Information och kommunikation
- Beredskap inom smittskyddsenheterna

En övergripande slutsats, som också ses tydligt på samtliga dessa områden, är att pandemiplaneringen måste lyftas till landstingens ledningsnivå, vilket troligen skulle underlätta lösningen på många av de problem som finns kvar inom pandemiberedskapsområdet. Med tanke på alla områden som berörs borde smittskyddsläkaren fungera som en resurs med expertkunskap i planeringsarbetet.

## Planeringsarbete och erfarenhetsutbyte

När smittskyddsläkaren vid ett besök blev tillfrågad om styrkorna i planeringen, nämndes bl.a. det faktum att det över huvud taget finns en plan. Andra tog upp enskilda aspekter av själva planen som starka sidor i planeringen. Alla verkar dock överens om att det finns många delar av planeringen som kan och bör förbättras.

Att låta pandemiplanen tydligt knyta an till och vara en självklar del av den övergripande katastrofberedskapen var enligt flera av landstingen något som hade givit planeringen stabilitet och styrka. På samma sätt talade man också om vikten av att involvera och samarbeta med andra aktörer i sitt planeringsarbete. Dels handlade det här om olika funktioner inom landstinget, såsom informationschef, personalchef och beredskapssamordnare, och dels om samarbetspartners utanför, som t.ex. länsstyrelsen, kommunerna och polisen.

En av intentionerna med denna genomgång av pandemiplanerna är att främja erfarenhetsutbyte mellan landstingen. Det faktum att man har utvecklat olika delar av planeringen borde, bl.a. via detta projekt, kunna utnyttjas för att alla ska kunna förbättra sina pandemiplaner. På samma sätt skulle man kunna samla kommunerna inom sitt geografiska område för att ge dem möjligheten att dela med sig av ”goda exempel” och diskutera lösningar på gemensamma problem.

Att driva planeringsarbetet på bred front, med etablerade kontakter och tätt samarbete med andra berörda aktörer både inom och utanför landstinget, verkar således vara något att sträva efter. Ett ökat samarbete mellan olika sektorer inom landstinget skulle med största sannolikhet underlättas om man kan lyfta frågan till ledningsnivå – det skulle troligen både ge större tyngd åt frågan och engagera även andra enheter, och samtidigt skulle man centralt ha en överblick och hålla ihop arbetet.

Man kan även utveckla och förbättra sin planering genom ett ökat samarbete och aktivt erfarenhetsutbyte med andra landsting inom just pandemiområdet.

## Primärvården och den kommunala vården

I nästan alla landsting finns dokumenterad eller viss planering både för bedömning av patienter i hemmiljö och för bedömning av misstänkta influensapatienter avskilt från andra. Däremot är den dokumenterade planeringen relativt sällan särskilt detaljerad, och vid de flesta besöken hänvisades till primärvården. Ofta var man väldigt osäker på hur långt primärvården faktiskt har kommit i sitt arbete med denna planering. Intrycket som gavs nästan genomgående var att kopplingen till primärvården var svag och inte tillräckligt utvecklad.

En punkt som inte togs upp i någon större utsträckning i denna uppföljning var frågor kring den kommunala vården. Medan några landsting upp gav att de hade samarbetat mycket med kommunerna hade de flesta av de tillfrågade svag kännedom om ledningsstrukturen i kommunerna och bristen på koppling mellan landstingets och kommunens vård syns tydligt i de flesta planerna. En förklaring till detta kan vara att man helt enkelt inte har hunnit så långt i sin planering, utan att man hittills har prioriterat andra frågeställningar i pandemiberedskapen. Socialstyrelsen avser att öka stödet på det här området, och delar av det ingår också i myndighetens samarbete med Krisberedskapsmyndigheten.

För att förbättra planeringen skulle man som nästa steg behöva göra planerna praktiskt genomförbara i större utsträckning. Ansvar för upprättande av hemsjukvårdsteam och särskilda influensamottagningar ligger på primär-

vården, som dock behöver stöd och medverkan från landstingens smittskyddsenheter. Motsvarande samarbete behöver också stärkas vad gäller den kommunala vården. Även detta samarbete skulle sannolikt kunna underlättas och få en högre prioritet om det lyfts inom organisationen.

## Resurser

När smittskyddsläkarna tillfrågades om exempel på svagheter i planeringen var problemen med bristande resurser av olika slag det klart dominerande svaret.

Bristen på lager av förbrukningsmaterial syns tydligt i det insamlade materialet. Så många som hälften av landstingen har inga lager alls för en situation med ett ökat behov av utrustning. Övriga landsting har ”mindre lager”, oftast bara med andningsskydd, vilket enligt flera inte skulle räcka särskilt långt i en pandemisituation. Annat förbrukningsmaterial finns i små lager endast i ett fåtal av landstingen.

En annan resursbrist som togs upp var att antalet vårdplatser, inklusive isolerings- och intensivvårdsplatser, inte kommer att räcka till. Det kan vara värt att notera att de som specifikt nämnde detta som en svaghet i planeringen var landsting som ännu inte hade någon färdig, dokumenterad planering för vård åtskild från andra patienter, utan endast hade diskuterat ämnet eller hade ”viss planering” på området. Brist på vårdplatser är en realitet redan i den vardagliga vården, och är därigenom en kritisk fråga vid en pandemi. Att frågan är svårlöst gör dock inte att man kan avstå från planering för alternativa vårdformer inför en krissituation.

Många förutspår att ett annat stort problem under en pandemi kommer att bli bristen på personal. I flera landsting finns dock olika idéer om hur man till viss del kan minska personalbristen, och vid ett ökat utbyte mellan landstingen skulle dessa förslag på lösningar kunna spridas bättre (se t.ex. under avsnittet ”Goda exempel och förslag på lösningar”).

Det finns även mycket osäkerhet kring arbetsrättsliga frågor, såsom regler för omflyttning av personal, arbetsvägran, arbetstider i en krissituation, osv. Detta är oftast ledningsfrågor för landstingen att gå vidare med, ibland med stöd av andra myndigheter (såsom Arbetsmiljöverket). På Socialstyrelsen görs nu en genomgång av lagstiftningen kring hur personal kan omfördelas, och på regeringskansliet arbetar man mer övergripande med all lagstiftning som kan bli föremål för diskussion under en pandemi.

För att landstingen ska vara bättre rustade inför en stor epidemi bör de bygga upp någon form av lager av förbrukningsmaterial. Som arbetsgivare har landstingen ansvar både vad gäller skyddsutrustning för personal<sup>4</sup> och för katastrofmedicinsk beredskap<sup>5</sup>. Som stöd i arbetet med att beräkna behovet vid en pandemi kan man använda det underlag för förväntat antal patienter som Socialstyrelsen tidigare har tagit fram. Inom landstingen kan

---

<sup>4</sup> Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 2005:1) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet

<sup>5</sup> Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), samt Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

man inledningsvis se över hur långt befintliga lager räcker, hur de avtal man har ser ut, osv.

Även dessa frågor visar på ett behov att lyfta frågan inom landstingen. Att markera frågornas betydelse och engagera t.ex. personalavdelningar och upphandlingsenheter är troligen lättare för ledningen än för smittskyddsläkaren.

## Logistik

### *Distribution av antiviraler*

Då uppföljningen gjordes pågick samtidigt ett planeringsarbete på Socialstyrelsen för distributionen av antiviraler, varför ingen större vikt lades vid denna fråga vid besöken. Denna planering håller nu på att färdigställas i dokumentet *Beredskapslagrade antiviraler – Status nationella lager, Strategi för fördelning och distribution*, som kommer att finnas för nedladdning på Socialstyrelsens hemsida i slutet av 2008. I början av november 2008 genomförs även en distributionsövning, där fysiska utleveranser av antiviraler (tomma patientförpackningar) kommer att skickas ut till två landsting, enligt det upplägg som utarbetats. Syftet med övningen är att testa planen samt få fram bättre underlag som stöd för landstingens fortsatta planering av distributionen. Utgångspunkten för distribution av ett pandemivaccin är att det ska bygga på samma upplägg som för antiviralerna.

Det färdiga planeringsdokumentet och erfarenheterna från övningen kommer att utgöra en god grund för den fortsatta planeringen, där nu landstingen får ta ansvar för att utveckla planeringen på regional nivå. Hur detta fungerar kommer Socialstyrelsen att se över i en framtida uppföljning.

### *Garantiavtal och distribution av vaccin*

I november 2007 slöts ett garantiavtal med GlaxoSmithKline (GSK) där de förbinder sig att i händelse av en pandemi leverera 18 miljoner doser pandemivaccin till Sverige. Vaccinet levereras veckovis under en period av 3-6 månader, beroende på utfall i produktion.

Socialstyrelsen kommer att utarbeta ett förslag på distributionsupplägg för pandemivaccinet, som i möjligast mån kommer att bygga på upplägget för distribution av beredskapslagrade antivirala läkemedel.

I dagsläget är antigen och adjuvans i separata kärl och måste blandas vid vaccinationstillfället, och vaccinet kommer att levereras i flerdosförpackning (10 doser). Eftersom sprutor och kanyler inte ingår i leveransen måste detta finnas på plats i landstingen. En genomgång av tillgång och användning av sprutor och kanyler som gjordes under våren 2008 visade att väldigt få landsting har tillgång till de mängder som behövs för massvaccinering.

Landstingen behöver således se över tillgång och behov och se till att bygga upp en beredskap även för detta. Här krävs ett nära samarbete med bl.a. upphandlingsenheter eller liknande, och liksom för tidigare frågor är det troligt att detta skulle underlättas om hela pandemiplaneringsarbetet kunde lyftas till ledningsnivå.

## Information och kommunikation

Samtidigt med uppföljningen pågick även flera projekt inom områdena information och kommunikation på Socialstyrelsen. Liksom logistiken sattes således inte heller dessa frågor i fokus vid besöken. Bland de frågor som ändå ställdes kan det vara värt att notera att sju landsting hade inte haft med någon informatör i planeringsarbetet, trots att informationsbehovet förväntas öka enormt under en pandemi. Även om huvudansvaret att informera inom smittskyddsområdet ligger på smittskyddsläkaren, kan och bör denne ta hjälp av landstingens informationsavdelningar för att planera och utvärdera insatser. Liksom under flera tidigare rubriker i denna diskussion handlar detta i många landsting om att öka den interna samverkan i planeringen, vilket sannolikt underlättas om frågan kan lyftas inom landstinget.

Erfarenheter som görs i samband med den årliga influensan, när det gäller att planera och utvärdera kommunikationsinsatser, skulle vara värdefulla under en pandemi. Detta är därför ett område som landstingen skulle kunna utveckla mer. Endast fyra landsting uppgav i denna uppföljning att de hade tagit fram målsättningar för informationsarbetet vid den årliga influensan.

Som stöd för landstingen i deras arbete med information till allmänheten kommer information om pandemi att finnas på den nationella webbportalen [www.krisinformation.se](http://www.krisinformation.se). Portalen innehåller information om många olika sorters kriser och administreras av Krisberedskapsmyndigheten. Socialstyrelsen har tillsammans med flera nationella myndigheter tagit fram bakgrundsinformation om smittsamma sjukdomar och influensapandemi och förberett en stor bank av frågor och svar som kan användas inför, under och efter en pandemi. All information som finns på sidan är avstämd med berörda nationella myndigheter och kommer att göras tillgänglig för landstingen under vintern 2008/2009, med möjlighet att ladda ned informationen och använda den i det egna informationsarbetet.

När det gäller de system för sjukvårdsrådgivning som idag finns, antingen de är lokalt eller nationellt uppbyggda, behöver landstingen se över sårbarheten i systemet under en pandemi. Socialstyrelsen har inlett en dialog med Sjukvårdsrådgivningen 1177 om möjligheter att stödja dem i deras arbete med att bygga upp en beredskap och kapacitet inför en pandemi. Som uppdragsgivare till Sjukvårdsrådgivningen 1177 kan landstingen bidra i denna process genom att diskutera erfarenheter av nationella respektive lokala system för rådgivning och att föra fram åsikter om hur en sjukvårdsrådgivning bäst både stödjer och avlastar sjukvården under en krissituation.

## Beredskap inom smittskyddsenheterna

En av de tillfrågade ansåg att en av svagheterna i pandemiplaneringen är att så mycket ansvar ligger på smittskyddsläkaren. I smittskyddslagen (2004:168) står att "[v]arje landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet", samt att det är smittskyddsläkaren som har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet i sitt område och "skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet". Detta kan onekligen bli en tung post i en pandemisituation och det man måste fråga sig hur beredskapen ser ut inom smitt-

skyddsenheterna – vad händer när personalen där insjuknar, samtidigt som arbetsbelastningen växer?

Några smittskyddsläkare har ett tätt samarbete med närliggande landsting där man ersätter varandra vid behov. Detta kan vara ett bra sätt att lösa tillfällig frånvaro i vardagen, men det är inte troligt att det skulle fungera särskilt väl vid en pandemi, när det kan vara lika tung belastning på båda dessa landsting.

På de flesta ställen har man istället ersättare som normalt är placerade på infektionskliniken – i ett fall är ersättaren dessutom klinikchef. Frågan är hur hållbart detta system är, eftersom det med största sannolikhet kommer att vara svårt även för infektionsklinikerna att avvara läkare.

Smittskyddsensheternas sjuksköterskor och assistenter har inga utsedda ersättare, och på en del håll framkom att det beror på att de ses som lättare att ersätta. Även om man kan ifrågasätta det argumentet med tanke på smittskyddets speciella karaktär och stora skillnad i uppgifter jämfört med arbetet på en vårdavdelning, så kan man tänka sig att detta resonemang håller till vardags. Under en pandemi kommer det dock med största sannolikhet att bli lika svårt att ersätta dessa personalgrupper, då det kommer att finnas ett enormt behov av personalresurser på vårdavdelningar, i hemsjukvårdsteam, på vaccinationsmottagningar, osv.

I flera av de landsting där smittskyddsensheten är samorganiserad med vårdhygien, har man både hygiensköterskor och smittskyddssköterskor på samma enhet. De är ofta väl insatta i varandras arbete och kan lättare ersätta och/eller stödja varandra under perioder med hög arbetsbelastning.

Ett enda landsting uppgav att de hade påbörjat en intern pandemiplanering för enheten. När det gäller beredskapen för en hög arbetsbelastning är den varierande – exempelvis är det bara knappt hälften av landstingen som uppger att de har kapacitet och planering för större epidemiutredningar, och så många som sju som helt saknar sådan planering.

I några landsting där smittskydd och vårdhygien var samorganiserade verkade detta ge en viss stabilitet åt verksamheten. Även i de landsting där man inte är samorganiserade skulle kanske ett tätare samarbete – med vårdhygien eller med andra enheter – rent beredskapsmässigt skapa liknande stadga. Möjligen kan man skapa interna avtal mellan olika verksamheter om hur man kan stödja varandra i kris.

Oavsett resurser och organisation bör man se över och planera för sin egen krisorganisation, inom enheten. Om hela pandemiberedskapsplaneringen kan lyftas inom landstinget blir även detta en fråga som inte bara rör smittskyddsensheten, utan också personalavdelning och ledning bör engagera sig.

## Förslag på lösningar

*Vid flera besök framkom idéer och lösningar på problem som var mer eller mindre speciella för det aktuella landstinget. För att öka möjligheterna att fler landsting ska kunna använda sig av samma eller liknande idéer i sin planering, listas några av dem här nedan. Exempelen ska inte ses som en rekommendation från Socialstyrelsen, utan endast som exempel att bli inspirerad av eller att diskutera landsting emellan.*

- Smittskyddsläkaren har besökt samtliga kommuner tillsammans med länsstyrelsen. Alla kommunerna har egen pandemiplanering.
- Smittskyddsläkaren har begärt in pandemiplanering från olika verksamheter, såsom informationsavdelning, personalavdelning, laboratorieverksamhet osv., för att sedan sammanfoga dessa till den övergripande pandemiplanen.
- Sjukhuset har infört nya rutiner för personal som går i pension – de får skriva upp sig för att kunna bli kontaktade vid behov i en krissituation.
- Man planerar att använda sjuksköterskor från barnvårdscentraler (BVC) och skolhälsovården som resurser vid en massvaccination.
- Man har en tydlig sammanfattning som inleder planen.
- Man har en tydlig strategi i inledningstexten av planen.
- Landstinget har i samtliga avtal med privata vårdgivare skrivit in att de vid en kris automatiskt blir underställda landstingets primärvård.
- Ett landsting planerade att använda Riksrevisionens enkät för att kartlägga läget i kommunerna.
- Man har i planens åtgärdslista (baserad på WHO-faserna) skrivit in ”samverkan med länsstyrelsen”.
- Inför den årliga influensavaccinationen skickades information ut till *samtliga* hushåll – på så sätt nådde man även riskgrupper under 65 år, samt anhöriga. På en del håll skickades dessutom ”personliga” brev ut lokalt, från behandlande läkare/vårdcentralen.
- Man har ett tätt samarbete med grannlandstinget, dels i smittskyddsfrågor i stort, dels i själva pandemiplaneringen. Man har även en ihopkopplad smittskyddsberedskap.
- Man har en och samma grundplanering oavsett händelse, dvs. ser pandemiplanen som en del av övergripande krisberedskap. Att inte smittskyddsläkaren är ensam ansvarig för planen.
- Man har tydligt definierade prioriteringsnivåer, där varje nivå har en detaljerad beskrivning för vilka vårdplatser som ska frigöras och hur detta kan ske, och hur man ska vårda influensapatienter åtskiljt från andra. Det finns även planer för hur bemanningen ska klaras av, t.ex. genom att blanda erfaren och mindre erfaren personal.
- Man har som rutin att hämta och lämna information till Sjukvårdsupplysningen, dels för att få en uppfattning om vad som är på gång och dels för att snabbt kunna få ut information till dem som söker råd.
- En intern pandemiplanering har påbörjats, för funktionerna inom smittskyddsenheten.
- I samarbete med landstingets informationsavdelning har man utvärderat informationsinsatserna som har gjorts kring den årliga influensan.

## Framtida arbete

Det verktyg som användes vid besöken kommer nu att revideras, och en ny version publiceras separat. Syftet med det reviderade verktyget är att man ska kunna använda det på flera sätt:

- Som stöd i planeringen, där verktyget kan användas som en sorts ”checklista” (utan anspråk på att vara fullständig).

- För rapportering till nationell nivå, där Socialstyrelsen kan samla in information om hela eller delar av punkterna i verktyget för att göra ytterligare uppföljningar i framtiden.
- För egen utvärdering, där man själv kan gå igenom planeringen inom det egna landstinget.
- För att underlätta samarbete och utbyte landstingen emellan, där man t.ex. tillsammans kan se över sina planer med verktyget som utgångspunkt.

# Bilagor

---

## Verktyg för uppföljning av landstingets pandemiberedskap

*Följande verktyg användes som diskussionsunderlag vid landstingsbesöken, våren-08.*

### **BAKGRUNDSINFORMATION**

Befolkning:

Antal kommuner:

Antal sjukhus:

Antal vårdcentraler (inkl. privat vård):

Hur många arbetar på smittskydds-enheten (SmE)?

Hur ser den egna beredskapen ut (på SmE)? Ersättare?

### **1. PLANERINGSARBETE**

#### **1A. Regional handlingsplan för influensapandemi – typ av plan**

- Generell krisberedskapsplan
- Epidemiberedskapsplan
- Epidemiberedskapsplan inkl. bilaga om pandemi
- Specifik pandemiberedskapsplan

#### **1B. Delaktiga i regionens beredskapsplanering**

- Smittskyddsläkaren ingår i en övergripande krisberedskapsgrupp
- Smittskyddsläkaren har i planeringsarbetet haft stöd av övergripande krisberedskapsgrupp, alt. annan rådgivande grupp
- Informatör (eller motsvarande) har varit delaktig i planeringsarbetet
- Länsstyrelsen och/eller kommuner har varit delaktiga i planeringsarbetet

#### **1C. Revidering av planen**

- Det finns ingen planering för revidering av planen
- Planen revideras ”vid behov”
- Planen revideras regelbundet (t.ex. vartannat år)
- Planen revideras regelbundet, och ett datum för nästa revision finns dokumenterat

#### **1D. Planens tillgänglighet**

- Planen är inte publicerad
- Planen är inte publicerad och kan beställas från smittskyddsläkaren
- Planen finns på Internet

#### **1E. Gemensamt arbete med angränsande region/landsting**

- Inget gemensamt arbete
- Visst, oregelbundet samarbete
- Etablerat samarbete med regelbundna möten
- Har haft specifikt samarbete/möten om pandemiberedskap

## **1F. Anknytning till andra planer**

- Ingen anknytning
- Anknyter till övriga/övergripande krisberedskapsplaner i landstinget
- Anknyter till Socialstyrelsens underlag för regional planering
- Anknyter till angränsande landstings planer

## **2. SAMORDNING/LEDNING**

### **2A. Regional ledningsgrupp**

- Det finns en tydlig övergripande ledningsstruktur och klargjorda roller (för exv. omfördelning av resurser)
- Det finns en tydlig ledningsstruktur och klargjorda roller inom sjukvården
- Det finns en tydlig ledningsstruktur och klargjorda roller inom primärvården
- Det finns en tydlig ledningsstruktur och klargjorda roller inom den kommunala vården och omsorgen

### **2B. Planering för den allmänna ordningen och säkerheten**

- Frågan har inte diskuterats
- Frågan har diskuterats med polisen och/eller andra relevanta aktörer
- Etablerat samarbete med polisen eller andra relevanta aktörer
- Specifik nedskrivna plan finns, alt. frågan tas upp specifikt i pandemiplanen

### **2C. Planering för psykosocial hjälpverksamhet**

- Frågan har inte diskuterats
- Frågan har diskuterats med relevanta aktörer
- Etablerat samarbete med relevanta aktörer
- Specifik nedskrivna plan finns, alt. frågan tas upp specifikt i pandemiplanen

### **2D. Ekonomiska konsekvenser (vem tar kostnader för t.ex. ökade info- insatser)**

- Frågan har inte diskuterats
- Frågan har diskuterats med relevanta aktörer
- Konsekvenserna har klarlagts
- Ansvarsfördelningen överenskommen

## **3. SJUKVÅRDEN**

### **3A. Sjukhusens planering för en pandemi**

- Ett eller flera sjukhus i regionen saknar epidemi/pandemi i sina planer
- Samtliga sjukhus i regionen har med epidemi/pandemi i sina beredskapsplaner
- I regionen har man utsett ett eller flera speciella epidemisjukhus
- Sjukhuspersonal och/eller sjukhusledningen har deltagit i pandemiövning

### **3B. Planering för ökat behov av utrustning (andningsskydd m.m.)**

- Inga lager med extra utrustning finns
- Litet omsättningslager finns
- Större lager finns

### **3C. Laboratoriekapacitet vid kraftigt ökad mängd inkommande prover**

- Ingen planering finns för att öka kapaciteten
- Inga möjligheter till utökad kapacitet
- Vissa möjligheter till utökad kapacitet
- Goda möjligheter till utökad kapacitet

### **3D. Kapacitet för utbrottsutredning**

- Ingen planering finns för större utbrottsutredningar
- Tillsättning av specifik utredningsgrupp finns med i planeringen
- Ev. användande av CFG (Centrala Fältepidemiologiska Gruppen) finns med som möjlighet i planeringen

## **4. VÅRD AV INFLUENSASJUKA**

### **4A. Bedömning i hemmiljö**

- Det finns ingen planering för insatser i hemmiljö
- Frågan har diskuterats, men ingen konkret planering finns
- Viss planering finns
- Dokumenterad plan finns

### **4B. Bedömning åtskiljt från andra patienter**

- Det finns ingen planering för att göra åtskilda bedömningar
- Frågan har diskuterats, men ingen konkret planering finns
- Viss planering finns
- Dokumenterad plan finns

### **4C. Vård åtskiljt från andra patienter**

- Det finns ingen planering för åtskilda vårdplatser
- Frågan har diskuterats, men ingen konkret planering finns
- Viss planering finns
- Dokumenterad plan finns

## **5. MEDICINSKA OCH ICKE-MEDICINSKA ÅTGÄRDER**

### **5A. Regional vaccinationsplan – massvaccination**

- Plan för massvaccination saknas
- Planering bygger på expansion av den årliga vaccinationskampanjen
- Planering bygger på delvis ny struktur

### **5B. Planer för förskrivning och distribution av antivirala medel**

Kommenteras fritt

### **5C. Planering för ev. profylax till funktioner inom samhällsviktig verksamhet**

- Ingen kontakt med länsstyrelsen i denna fråga
- Viss kontakt med länsstyrelsen i denna fråga
- Etablerad kontakt och aktivt utbyte med länsstyrelsen i denna fråga
- Smittskyddsläkare deltagit i andra planeringsaktiviteter kring samhällsviktig verksamhet (exkl. diskussioner om medicinsk profylax)

#### **5D. Planering för icke-medicinska åtgärder (stänga skolor m.m.)**

- Det har inte förts några diskussioner på detta område
- Diskussioner har förekommit med relevanta aktörer
- Etablerat samarbete med relevanta aktörer
- Etablerat samarbete och tydliggörande av ansvarsfördelning mellan relevanta aktörer

### **6. INFORMATION OCH KOMMUNIKATION**

#### **6A. Regional kommunikationsplan**

- Ingen plan utarbetad
- Planering ingår i epidemi-/ pandemiberedskapsplan
- Separat kommunikationsplan finns
- Tillgänglig på Internet

#### **6B. Information till vårdpersonal**

- Ingen information framtagen
- Informationsmaterial förberett för pandemisk influensa
- Informations- eller utbildningsaktiviteter genomförda eller förberedda
- Mål för informationsinsatserna definierade i samverkan med flera aktörer/funktioner inom landstinget

#### **6C. Information till allmänheten**

- Ingen information framtagen
- Information förberedd för pandemisk influensa
- Medieaktiviteter genomförda eller diskuterade/förberedda
- Mål för informationsinsatserna definierade i samverkan med flera aktörer/funktioner inom landstinget

#### **6D. Internet (för att nå ut med information) – i vanliga fall, ej spec. pandemi**

- Används ej
- Används för ”långsiktig”, ej akut information
- Används även i mer akuta fall

#### **6E. Kontakt med sjukvårdsupplysningen (1177 eller liknande) – i vanliga fall, ej spec. pandemi**

- Ingen etablerad kontakt
- Finns vissa kontaktvägar för att nå ut med information där
- Etablerat samarbete och kontaktvägar för att nå ut med, och samla in, information via dem

### **7. ÖVNINGAR**

#### **7A. Regional pandemiövning**

- Inga övningar genomförda
- Övning genomförd
- Övningen utvärderad
- Planen anpassad efter resultatet från övningen

## **8. ÅRLIG INFLUENZA**

### **8A. Kontaktpersoner ute i verksamheten**

- Det finns inga speciella kontaktpersoner
- Speciella ”smittskyddsansvariga” på t.ex. vårdcentraler i regionen

### **8B. Kostnadssystem för vaccination av personer i riskgrupper**

- Helt gratis
- Vaccinet gratis, men vaccineringen kostar
- Högkostnadsskydd
- Kostnad

### **8C. Regionala data för andel vaccinerade**

- Regionala data inte tillgängliga
- Regionala data tillgängliga
- Regionala data används i planeringen för kommande säsonger

### **8D. Informationsinsatser om influensa riktade till allmänheten**

- Inget informationsmaterial framtaget
- Informationsmaterial och andra insatser tas fram och förs ut årligen via landstingets etablerade kanaler
- Mål för informationsinsatserna finns definierade och följs upp
- Mål för informationsinsatser följs upp i samverkan mellan flera aktörer/funktioner inom landstinget

### **8E. Hur man når ut till personer i riskgrupper (ålderspensionärer)**

- Affischering/annonsering på lämpliga utsedda platser
- Personliga brev skickas hem
- I mötet med vårdpersonal i samband med sjukvårdsbesök i andra ärenden
- En kombination av insatser, t ex några av de nämnda

## **9. FÅGELINFLUENZA**

### **9A. Regionalt program för fågelinfluensa**

- Finns inte
- Finns

### **9B. Samarbete mellan human- och veterinärsidan**

- Inget samarbete
- Sporadiskt samarbete
- Etablerat samarbete
- Gemensam nedskrivna plan finns

## **10. ÖVRIGA FRÅGOR**

10A. Vilka är styrkorna i planen/planeringen?

10B. Vad finns det för ”problemområden”? Vad behöver utvecklas?

10C. Finns det idéer om lösningar på konstaterade problem?

10D. Finns det planer att åtgärda något av detta under 2008? Under 2009?