

Bilaga

till

Västra Götalandsregionens epidemiplan

Planering inför en befarad influensapandemi

Underlag för regional planering

INNEHÅLL

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Internationell, nationell och regional pandemiplan	4
WHO:s planering	4
Den nationella pandemiplanen.....	4
Västra Götalandsregionens epidemiplan och pandemiplan	5
Pandemifaser	5
Ansvarförhållanden.....	6
Beräkningar av sjukvårdsbehov	6
Vaccinbehov	8
Läkemedelsbehov	8
Planerade åtgärder	9
Övervakning och rapportering	9
Vård och omhändertagande	9
<i>Akutsjukhus</i>	9
<i>Öppen vård</i>	10
Hygienfrågor	11
Vaccin och vaccination	11
Antivirala medel samt antibiotika och andra läkemedel	11
Kommunerna.....	12
Information	12
Övriga områden	12
Pandemiplaneringsgruppen	13

Sammanfattning

I denna plan anges åtgärder som bör vidtagas av olika verksamheter för att kunna möta en ev. influensapandemi. Planeringen har gjorts tillsammans med företrädare för regionen, länsstyrelsen och kommunerna under ledning av smittskyddsläkaren. Den utgår från Socialstyrelsens pandemiplan som kan hämtas via hemsidan www.socialstyrelsen.se och regionens epidemiplan som finns på smittskyddsenshetens hemsida www.vgregion.se/smittskydd. En planering som denna är ett pågående arbete och uppdateringar kommer att finnas tillgängliga på smittskyddsenshetens hemsida.

Influensapandemier brukar uppträda med några decenniers mellanrum och eftersom det nu inte skett på lång tid tror många att det kommer att äga rum någon gång inom de närmaste åren. Den nu pågående fågelinfluensan (H5N1) har ej visat någon tendens att spridas mellan människor och vilken typ av influensavirus som kan komma att orsaka en ny influensapandemi kan ej förutsägas idag.

En influensapandemi kommer att belasta sjukvården hårt och medföra risk för störningar i viktiga samhällsfunktioner. Socialstyrelsen beräknar att 25% av befolkningen skulle kunna insjukna under en 6-veckorsperiod. I Västra Götalandsregionen med 1.5 miljoner invånare skulle 375.000 i så fall insjukna. Det beräknas medföra 200.000 öppenvårdsbesök. Kommunerna kommer att möta ett kraftigt ökat behov av hemtjänst och primärvården får inrätta särskilda hembesöksgrupper. Antalet sjukhusinläggningar för influensa beräknas till omkring 4.500 och regionen behöver för detta 750 vårdplatser, vid epidemins topp kanske 1.500 vårdplatser. En omfattande vaccination behövs, om möjligt av hela befolkningen, annars av medicinska riskgrupper och av personer inom viktiga samhällsfunktioner. Det är stor risk att man inte får fram vaccin i tid till utbrottet av en större influensaepidemi. Både med och utan vaccin får man räkna med att ett stort antal personer blir sjuka, och i båda fallen behöver läkemedel verksamma mot influensa inköpas och lagras.

Sjukhusen är genom sin planering för extraordinära händelser förberedda att möta också epidemisituationer. Vårdplatsbehovet bedöms klara det ökade behovet upp till ett beräknat antal av 750 bemannade platser. Toppbelastningen med upp mot 1500 bemannade platser ser dock svårare ut att klara särskilt som en stor del av personalen också beräknas vara sjuk.

Primärvården planerar för att skapa särskilda mottagningar för misstänkt influensasjuka. En utökning av sjukvårdsupplysning och telefonrådgivning för allmänheten är angelägen.

Gemensam planering pågår tillsammans med *kommunerna* kring vårdfrågor och befarade störningar i samhällsviktig verksamhet.

Vaccintillgång hanteras på nationell nivå via beslut om gemensam upphandling för landet fr o m 2007 samt pg utredning om uppstart av svensk vaccinproduktion.

Antivirala läkemedel lagras på nationell nivå. Regionen har dessutom beställt 10 000 förpackningar som motsvarar drygt 5 års normalförbrukning.

Informationsfrågor och -kapacitet är centrala frågor. Förberedelse pågår.

Bakgrund

Influensa A-sjukdomens utbredning följer vanligen två olika epidemiologiska mönster. Vanligast är säsongsviss (på norra halvklotet under vinterhalvåret) uppträdande epidemier beroende på spridning av virus med gradvis förändrade egenskaper, s.k. 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 0,5-1 % av de sjuka.

Det andra epidemiologiska mönstret är den globala spridning, pandemier, som kan följa efter uppkomsten av helt nya genetiska varianter av virus, s.k. antigen skifte. 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 "Hongkong" 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, s.k. 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 tio länder i detta geografiska område. Sedan sommaren 2005 har utbrott skett i andra områden, först centrala Asien och därefter Turkiet samt under 2006 i flera länder i Europa inkl. Sverige. Trots att miljontals fåglar insjuknat har t.o.m. 2006-05-04 endast 206 humanfall rapporterats. Av dessa har 113 avlidit. Inga sjukdomsfall bland människor har rapporterats från Europa. Den höga dödligheten kan vara en överskattning eftersom det saknas data från personer med lindrigare sjukdomsbild.

Med största sannolikhet kommer en ny influensapandemi av humant ursprung förr 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 fågelinfluensan 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. En ny pandemi kan också orsakas av annat virus än H5N1. 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.

Internationell, nationell och regional pandemiplan

WHO:s planering

Världshälsoorganisationen (WHO) har en omfattande planering och upplysningsverksamhet. Den kan nås via deras hemsida www.who.int. Man har i *WHO Global Influenza Preparedness Plan* definierat sex olika pandemistadier där vi enligt denna definition nu befinner oss i pandemifas 3.

Den nationella pandemiplanen

Planen började publiceras i februari 2005 och kan hämtas från hemsidan www.socialstyrelsen.se Den innehåller följande delar:

- *Influensa. Strategier för prevention och kontroll.*
- *Influensa. Nationella insatser. Reviderad 2005-09-07.*
- *Influensa. Underlag för regional planering.*
- *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa. Kunskapsunderlag om antivirala läkemedel mot influensa.*

Olika aktörers ansvarsområden finns beskrivna i ”Influensa. Underlag för regional planering”, sid 12-14.

Västra Götalandsregionens epidemiplan och pandemiplan

Den nu gällande epidemiplanen för Västra Götalandsregionen fastställdes av regionstyrelsen 070320. Se www.vgregion.se/smittydd, välj flik Epidemiplan. Enligt denna kan epidemier indelas i tre nivåer:

- Epidemiläge 1 vilket innefattar utbrott som kan hanteras inom ramen för ordinarie verksamhet.
- Epidemiläge 2 då omdisponering av personal och resurser kan behövas och då en särskild ledningsgrupp behöver tillskapas.
- Epidemiläge 3 (=epidemiskt katastrofläge) då ett utbrott är så omfattande att sjukvårdens ordinarie resurser är otillräckliga.

Smittskyddsläkaren ansvarar för att utarbeta en regional tillämpning av den nationella influensapandemiplanen. Den regionala planen blir en tillämpning av epidemiplanen på en speciell situation.

Pandemifaser

Pandemifaser enligt WHO		Tillämpning i VG:s pandemiplan	
Interpandemisk period			
Fas nr	Innebörd	Epidemiläge	Åtgärd
Fas 1	Ingen ny influensasubtyp påvisas bland människor. Ingen förekomst av influensa hos djur med subtyp som bedöms ha potential att smitta människor.		
Fas 2	Ingen ny influensasubtyp påvisas bland människor men en subtyp som cirkulerar hos djur bedöms ha potential att kunna smitta människa.		
”Pandemic alert period”			
Fas 3	Infektion hos människor med influensa av ny subtyp men ingen spridning människor emellan utom möjligen i sällsynta fall och då vid nära kontakt.	<i>Nuläget</i> (Något ”mindre utbrott” som motsvarar epidemiläge 1 torde ej förekomma)	Planeringsskede. En influensapandemiplaneringsgrupp leder arbetet.
Fas 4	Begränsad spridning mellan människor inom små kluster men viruset är inte väl anpassat att spridas människor emellan.	Epidemiläge 2	Beredskapsskede Planeringsgruppen övergår till epidemiledningsgrupp

Fas 5	Spridning inom större kluster men fortfarande bara i lokaliserade områden. Viruset är bättre (men inte fullt ut) anpassat för spridning mellan människor.	Epidemiläge 2	Beredskapsskede
Pandemiperiod			
Fas 6	Influensavirus är väl anpassat för spridning mellan människor. Vi har en ökad och oförminskad generell spridning bland människor.	Epidemiläge 3	Pandemiskede Arbetet leds av regional katastrofmedicinsk ledningsgrupp/krisledningsnämnd

Ansvarförhållanden

En influensaepidemi kommer att förklaras som epidemiläge 3 om sjukvårdsbehovet blir så omfattande som beräknats i den nationella pandemiplanen. Det operativa ansvaret vid epidemiläge 3 åvilar Regionala Katastrofmedicinska Ledningsgruppen, RKML. Smittskyddsläkaren ingår i denna grupp. RKML kommer sannolikt att begära att regionens krisledningsnämnd, KLN (regionstyrelsen) sammankallas vid ett mycket stort influensautbrott.

KLN:s uppgifter blir bl a:

- att fördela arbetet och klargöra ansvarsförhållanden
- att fastställa kostnadsansvar för aktuella åtgärder

RKML:s uppgifter är bl a:

- att samordna och leda arbetet
- att övervaka behov, tillgång och fördelning av vårdplatser
- att fördela personalresurser samt om möjligt rekrytera tillfällig personal
- att informera allmänhet och media om situationen

Smittskyddsläkaren uppgifter är bl a:

- att vara medicinskt ansvarig inom RKML
- även i övrigt leda smittskyddet i regionen
- att följa tillgänglig information om pandemin från centrala myndigheter, WHO och den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC
- att leda genomförandet av planerade vaccinationer enligt tidigare upprättad plan
- att ansvara för fördelningen av tillgängliga läkemedel inom regionen
- att övervaka sjukdomens utbredning inom regionen
- att via kontakter med sjukhus, primärvård, länsstyrelse och kommuner följa sjukdomens verkningar
- att verka för likartad medicinsk handläggning i regionen

Beräkningar av sjukvårdsbehov

Följande beräkningar av sjukvårdsbehovet vid en influensapandemi kan göras för Västra Götalandsregionen. Förutsättningarna är hämtade från nationella pandemiplanen om inte

annat anges. Pandemiutbrottet beräknas vara sex veckor (42 dagar). Man kalkylerar med en insjuknandegrad på 25%. Siffrorna beräknas som genomsnittligt värde under denna tid, med dubbla eller drygt dubbla värdet som toppnotering.

Vårdbehov

Vid en influensapandemi kommer såväl sjukhusen som primärvården att vara kraftigt belastade. Vårdpersonalen kan komma att vara borta från arbetet p g a sjukdom eller vård av anhöriga eller utebliven barnomsorg. Man får räkna med brist på vaccin och antivirala medel. Det kommer också att vara en kraftigt ökad efterfrågan på vårdplatser. En sådan epidemi får också stora konsekvenser på andra sektorer i samhället p g a ökad sjukfrånvaro.

Kliniskt sjuka: 375.000
Öppenvårdsbesök: 200.000

Öppenvårdsbesök: 8 besök/dag per distrikt om 2.500 inv. eller 320 besök/100.000 inv. Man räknar med att inrätta särskilda mottagningar för sjuka med misstänkt influensa.

Hemsjukvård: Efterfrågan på hemsjukvård uppskattas bli minst dubbelt så stor som normalt (egen beräkning).

Hembesöksgrupper: Socialstyrelsen har föreslagit grupper med en läkare och en sjuksköterska i varje. Man räknar med att en sådan grupp kan göra 10 hembesök/dag och att 32 grupper behövs/100.000 inv.

Kommunal hemtjänst: I Socialstyrelsens pandemiplan finns inga beräkningar över hur många personer av sådana som idag inte behöver någon hjälp som kommer att behöva tillsyn i sina hem för att kunna stanna kvar där. Liksom i fråga om hemsjukvård har vi här kalkylerat med ett dubbelt så stort behov som idag.

Inläggningar på sjukhus: 4.500 - Medför vid en medelvårdtid på 7 dagar behov av 50 vårdplatser/dag per 100.000 inv. – med 100 vpl/dag som toppnotering.

Tabell 1. Vårdplatsbehov vid en pandemi.

Sjukhus	Upptagningsområde	Vårdplatsbehov	
		Genomsnitt	Toppbelastning
SU	616.000	300	600
Kungälv	102.000	50	100
SÄS	183.000	90	180
Alingsås	92.000	45	90
NU-sjukvården	271.000	135	270
SkaS	254.000	125	250
Summa	1.518.000	745	1490

Antal avlidna beräknas till 1500 (100/100.000 inv).

Vaccinbehov

I första hand räknar man med att hela befolkningen skall erbjudas vaccination och att två doser vaccin skall ges. Om hela befolkningen i regionen tackar ja blir vaccinbehovet **3.000.000 doser.**

Storleken av de speciella riskgrupper som kan komma att erbjudas vaccin vid begränsad tillgång beräknas så:

- Personer med hjärt- och lungbesvär eller annan bakomliggande sjukdom 127.500
- Gravida kvinnor 13.500
- Barn 6-23 månader 26.000
- Personer över 65 år (många ingår också i den först nämnda gruppen) 255.000
- Sjukvårdspersonal med nära kontakt med influensasjuka 17.000
- Övrig sjukvårdspersonal och kommunal vårdpersonal 36.000

Läkemedelsbehov

Antibiotika för behandling av sekundärinfektioner - ingen antibiotikabrist befaras.

Bronkdilaterande medel, inhalationssteroider och motsvarande torde knappast behövas i så stora mängder att en brist behöver befaras.

Antiviral behandling. Här avses läkemedel som enbart används vid diagnosen influensa. De ges på tre indikationer:

- Behandling i tidigt skede av sjukdomen, speciellt av personer med hög risk för komplikationer. Behandlingsdos oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg x 2 i 5 dagar.
- Riktad postexpositionsprofylax under tio dagar till personer som utsatts för smitta men ännu ej visat sjukdomssymtom, framförallt till personer i riskgrupper. Profylaxdos oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg x 1 i 10 dagar.
- Profylax för personer i riskgrupperna och personer med viktiga samhällsfunktioner under hela eller större delen av pandemin (sex veckor).

Antalet personer i riskgrupper är detsamma som anges ovan under "Vaccinbehov". Gruppen "viktiga samhällsfunktioner" kommer att definieras nationellt efterhand.

Planerade åtgärder

Övervakning och rapportering

Målet är en tidig upptäckt av utbrott och adekvat information om epidemins förlopp.

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- Smittskyddsläkaren bevakar det världsepidemiologiska läget via information från WHO, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen.
- Den årliga influensan övervakas med hjälp av så kallad sentinelövervakning samt laboratorierapportering. Försöksvis prövas även frånvarorapportering från förskolor, skolor, militärförläggningar och arbetsplatser. Sentinelrapportering görs idag från tio vårdcentraler i regionen.

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- Sentinelrapportering utökas till fler vårdcentraler

Pandemiskedet eller WHO fas 6:

- Daglig rapportering från vårdcentralerna inkl antal sökande på jourcentralerna
- Dagliga rapporter från akutsjukhusen:
 - Antal inläggande med influensa/misstänkt influensa
 - Antal nyintagna
 - Antal IVA-vårdade
 - Antal sökande på akutmottagningarna
 - Antal tillgängliga platser för influensasjuka
 - Bemanningssituationen, antal sjuk personal

Influensaläget rapporteras kontinuerligt från regionen till Smittskyddsinstitutet, som förväntas komma med mall för rapportering.

Vård och omhändertagande

Ett genomgående problem är personalbristen. Platstillgången verkar bli besvärlig men möjlig att lösa vid den genomsnittliga belastning som angivits. För att kunna klara detta måste prioriteringar göras, där viss elektiv vård får anstå. Platstillgången ser däremot ut att vara omöjlig att klara vid den beräknade toppbelastningen, inte minst på ökad sjukfrånvaro hos den egna personalen.

Akutsjukhus

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- Sjukhusens katastrofplaner ses över så att de är tillämpbara i epidemisituationer.
- Formalia för snabb anställning av extrapersonal (t ex pensionerad vårdpersonal, vårdpersonal i annan icke akutmedicinsk tjänst, vårddyrkesstuderande) bör klaras ut och förberedas
- Vårdpersonal bör motiveras för influensavaccination
- Förberedelse för utförande av vaccination av personal och inläggande i sjukhusets egen regi

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- Förfrågningar till tänkbar extra personal påbörjas.
- Fördelning av tillgängliga läkemedel görs/planeras.

- Konkreta åtgärder för att frigöra de planerade vårdplatserna enl ovan påbörjas.
- Beslut om prioriteringar av elektiv vård.
- Möjlighet att tillskapa ytterligare vårdplatser motsvarande "toppbelastningen" ses över.

Pandemiskedet eller WHO fas 6:

- Utförande av akut sjukvård under trycket av pågående pandemi. RKML fördelar vårdtyngden mellan sjukhusen så rättvist som möjligt.

Öppen vård

På många håll kan man avdela en vårdcentral eller del av vårdcentral till *separat mottagning för influensasjuka*. Andra vårdcentraler kan styra de influensasjuka till tider mot slutet av dagen. *Skilda väntrum* för febersjuka utgör inget problem. *Telefonrådgivningen* kan utökas både inom egen enhet och via sjukvårdsupplysningen men torde bli belastad i hög grad och bedöms vara den del i öppenvårdens beredskap som kräver störst uppmärksamhet. Det behövs såväl kraftigt utökad bemanning som utökade lokaler och förberedda tekniska lösningar med fler telefonlinjer.

Hembesök. Hembesök kan göras av läkare eller sjuksköterska med utökade befogenheter (godkända av verksamhetschefen). Om varje sådan person gör 10 hembesök/dag behövs 32 personer/100.000 inv.

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- Framtagande av checklista/att-göra-lista med beskrivning av vad som behöver göras i beredskapskede resp epidemiskede vid varje vårdcentral
- Planering för separata mottagningar för influensasjuka/misstänkt influensasjuka påbörjas.
- Planering för extra vaccinationsmottagningar
- Personalplanering för dessa
- Planering för utökning av sjukvårdsupplysningen (rådgivning till allmänheten)
- Formalia för extraanställning, se sjukhusen.

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- Planering av de särskilda hembesöksgrupperna
- Vaccinationer påbörjas när vaccin finns.

Pandemiskedet eller WHO fas 6:

- Utökad sjukvårdsupplysning.
- Utförande av akut sjukvård.

Hygienfrågor

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- informationen om basala hygienrutiner hålls levande.
- Information om skydd mot luftsmitta aktualiseras vid behov.
- Lagerhållningen av adekvata andningsskydd bör utökas. En årsförbrukning motsvarande 8.000 andningsskydd bör hållas i lager i regionen. Nationella riktlinjer och nationell upphandling efterfrågas.

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- Intensifierad information och spridning av hygienriktlinjer.
- Översyn på enhetsnivå av lager av skyddsutrustning (handskar, förkläden/skyddsrockar, munskydd, andningsskydd, visir/skyddsglasögon).

Pandemiskedet eller WHO fas 6:

- Upprätthållande och eventuell modifiering av hygienriktlinjer.

Vaccin och vaccination

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- Prioriteringar i händelse av bristande vaccintillgång upprättas
- Definition av gruppen ”personer med samhällsviktiga funktioner”
- Planering för utökade vaccinationsmottagningar såväl inom primärvård, slutenvård som kommunal vård.

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- Genomförande av vaccinationer med start beroende på tillgång av vaccin samt rekommendationer från centralt håll

Lagring av vacciner torde ej bli något större problem om det överhuvudtaget blir aktuellt.

Antivirala medel samt antibiotika och andra läkemedel

I den nationella pandemiplanen föreslås att landstingen lagerhåller oseltamivir (Tamiflu®) motsvarande fem årsförbrukningar. Nuvarande förbrukning kan ej ligga till grund för en beräkning av lagrets storlek. Efterfrågan torde öka avsevärt om en pandemi med allvarlig sjukdomsbild drabbar oss. Regionledningen har avsatt 4 milj kr för influensaläkemedel samt för utökad lagerhållning av andningsskydd. Smittskyddsmyndigheten har beställt 10.000 förpackningar Tamiflu vilka kommer att levereras under hösten 2006 eller i början av år 2007. Lagerhållningen föreslås ske på Apoteket SU/Sahlgrenska.

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- Upphandling av föreslaget landstingslager
- Samtal med förskrivande läkare omlämpliga indikationer för antivirala medel
- Planering av distribution och användning av regionens del av de nationella lagren
- Förskrivningsrutiner för profylaktisk behandling fastställs

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- Hemtagande av läkemedel från de nationella lagren vid tidpunkt som bestäms centralt
- Distribution av dessa.
- Översyn av principer för användningen

Pandemiskedet eller WHO fas 6:

- Övervakning av förbrukningen

- Justering av principerna för fördelning av medlen beroende på tillgången

Kommunerna

Samtal förs tillsammans med länsstyrelsen med företrädare för kommunerna - säkerhetssamordnare samt representanter för vård och omsorg/hemtjänst - avseende de områden där samarbete behöver ske inom ramen för pandemiplaneringen. Ett möte med kommunföreträdare är planerat till augusti 2006.

Information

Smittskyddsläkaren ansvarar för information inom regionen till massmedia, allmänhet, sjukvårdens personal och samverkande myndigheter samt för information (rådgivning) till drabbade och deras anhöriga. Enhetlig information till alla som berörs och bra samarbete med massmedia är avgörande.

Den av regionens smittskyddsläkare som leder epidemiledningsgruppen kan behöva hjälp med informationsarbetet. En annan av smittskyddsläkarna utses då till informationsansvarig.

Det praktiska informationsarbetet utförs av de informatörer som ingår i epidemiledningsgruppen. Det kan också tilldelas informationsansvarig vid ett viss sjukhus om epidemin huvudsakligen berör detta. Information som skall delges massmedia bör så långt möjligt sändas ut i förväg till samtliga berörda inom den egna organisationen.

Planeringsskedet eller WHO fas 3:

- *Åtgärd/ansvar:* Följa nationell och internationell information och vidarebefordra inom organisationen. Planering för gemensam informationsstab, i vilken ingår företrädare för relevanta organisationer/myndigheter.
- *Aktivitet:* Uppdatering av planer och informationsvägar – e-post, faxlistor, SMS, Webbssidor – till och inom berörda verksamheter: ledning, sjukhus, primärvård, privata vårdgivare, sjukvårdsupplysning. Fortlöpande gemensam information till media.

Beredskapsskedet eller WHO fas 4-5:

- *Åtgärd/ansvar:* Informationsstaben träder i funktion. Dagliga uppdateringar av läget.
- *Aktivitet:* Fortlöpande intern information – regiongemensam och verksamhetsegen – genom de kanaler som fastställts. Fortlöpanden gemensam information till media.

Pandemiskedet eller WHO fas 6:

- *Åtgärd/ansvar:* Informationen blir en del av krisledningen.
- *Aktivitet:* Fortlöpande intern information – regiongemensam och verksamhetsegen – genom de kanaler som fastställts. Fortlöpanden gemensam information till media.

Informationsplanering

Stora epidemier medför alltid många frågor hos allmänheten. Detta ställer stora krav på planeringen av informationsverksamheten för att på bästa sätt möta allmänhetens oro.

Övriga områden

Samarbete med länsstyrelse/länsveterinär vid fågelinfluensaepidemi bland fåglar:

Ett sådant samarbete pågår med anledning av de fall av fågelinfluensa H5N1 som inträffat i landet under våren 2006.

Inställande av offentliga arrangemang mm:

Om behov föreligger förväntas centrala riktlinjer för sådana åtgärder.

Åtgärder vid landets gränser:

Hälsokontroll av resenärer torde ej bli aktuellt. Vid influensa finns stora möjligheter att personer som ännu är symtomfria kommer in i landet och gränskontroll blir då mindre meningsfull.

Begravningsväsendet:

Någon brist på bårhusplatser i har inte kommit fram under gruppens arbete.

Pandemiplaneringsgruppen

Pandemiplaneringsgruppen i Västra Götaland 2006 bestod av:

Nils Svensson, smittskydds-enheten, sammankallande

Mari-Anne Andersson Hellvin, smittskydds-enheten

Per Angesjö, primärvården

Axel Bergh, Regionkansliet

Kerstin Einarsson, regionens informationsavdelning

Lars Hagberg, infektionskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Harriet Hogevik, infektionskliniken, Uddevalla

Ingemar Johansson, länsstyrelsens enhet för skydd och säkerhet

Lisbeth Karlsson, enheten för vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus

Henrik Norrsell, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Robert Sinclair, Regionkansliet

Karin Stenqvist, smittskydds-enheten

Gib Åhlén, Prehospitalt och katastrofmedicinskt centrum

