



LANDSTINGET BLEKINGE

Protokoll Regionalt medicinskt råd Infektion 2017-11-23 till 24

Närvarande: Staffan Banke och Johan Fält, Kristianstad, Lotta Sahlström Englesson och Christian Blomquist, Växjö, Maria Josephson, SUS Malmö-Lund, Peter Wiksell Malmö, Jakob Billfeldt, Halmstad, Olof Blivik, Karlskrona, Cecilia Löfgren, Helsingborg

Frånvarande: Malin Inghammar, Lund

1. Genomgång av föregående protokoll
2. Framtidens sjukvård
Diskussion om utmaningar som väntar.
Ökande antal multisjuka äldre och teknikutveckling.
Patienter kräver god tillgänglighet och kontinuitet
Subspecialisering och centralisering för att öka kvalitét
Stärka forskning
Stärka våra sjuksköterskor – egen specialitet
Samverkan med primärvården, vårda fler i hemmet med ASIH, mobila team etc. Viktigt att vi är med i diskussion, framtagning av rutiner, utbildningsinsatser. Infektionsläkare med i mobila team?
Förbereda oss för nationella kunskapsgrupper/processer.
3. Nivåstrukturerings – hur ska vi förhålla oss. Endokardit – kompetensen behövs på alla kliniker. Immunbristpatienter – centralisering i Lund? Resistent tuberkulos? Behov av expertis men mindre behov att skicka patienter.
4. Nytt journalsystem i Skåne uppköpt, Cerner. Kommer att kräva samordning och mycket tid för själva införandet.
5. Infektionskonsult. Läggs mycket tid. Ökar kvalitén för patienter med infektionssjukdomar. Olika hur mycket fasta ronder på andra kliniker vi har. Utbrett i Helsingborg. Begränsa öppettider för konsulttelefonen för att hinna titta på patienter och hinna med bättre dokumentation. Många enkla frågor – utbildningsinsats i Kristianstad för att förbättra telefonkonsulter. Remisstväng till konsulten?
6. Stramarbete
Ekonomisk ersättning per klinik:
I Kristianstad 15 % tjänst till sjukhus-Strama – används för utbildning och data från infektionsverktyget.
Växjö - 20 % tjänst, uppdatering av riktlinjer men i övrigt låg aktivitet.
Infektionsverktyget ligger nere.
Helsingborg - 15 % tjänst. Föreläsningar och till viss del Infektionsverktyget.
SUS - 50 %, Gisela. Diskussion om 4 tjänster för antibiotikaronder. 1 tjänst för anti.



LANDSTINGET BLEKINGE

Karlskrona - 20 % till utbildningar och Infektionsverktyget. Därutöver 40 % för antibiotikaronder.

Halmstad 0 %.

7. Infektionsverktyget

Strama Skåne har skrivit rapport om rekommendationer/mål för olika kliniker. Kristianstad är på väg med egna mål för infektion. Karlskrona har ett mål med kvot Heracillin/Dalacin vid hudinfektioner. Trubbigt verktyg, saknar kvalitetsmått runt diagnoserna, uppföljning m.m.

8. Antibiotikaronder

Genomgång i Kristianstad – bra minskning av antibiotikaförskrivningen på medicin efter antibiotikaronder men inte på kirurgen.

9. Kvalitetsregister och kvalitetsmål

Registreringar fungerar halvdant. Svårt med mål, synd att dag 3 försvann på pneumoniregistret. Svårt att få bra data, pneumoniregistret väldigt varierande patientmaterial. Bra med stödpersoner som kan hjälpa till med ifyllande. Direktpkoppling från journaler behövs med automatisk överföring. Journalmallar måste finnas i nya system. Tekniska problem med inloggning med mera försvårar. Kvalitetsmål utifrån standardiserade processer, ex Staf. aureus sepsis, aspirations pneumoni, hepatit C. Endokarditprocess förvaltningsövergripande i Kristianstad (Kryh). Klinikspecifika kvalitetsmål inskickas till sekreteraren för allmänt utskick.

10. Vårdplatser

Halland - 20 platser, vilket är för få. 8 enkelrum, aldrig överbeläggningar, få utlokaliserade, max 3. Gamla lokaler.

Blekinge - 22 platser, 20 enkelrum, en överbeläggingsplats, enstaka utlokaliserade.

Malmö - 42 platser, utökning med 2 intermediärplatser pågår.

Lund - 26 platser. Slitna lokaler i Lund. (Fjärilsmyggor). Få utlokaliserade. Äskande om ombyggnation inlämnat, plan med bara enkelrum till 32 platser.

Helsingborg - 22 platser, 1 överbeläggning. Sedan i juni 16 platser pga SSK brist (10 st). 14 enkelrum. Planer för nybyggnation är på gång. Infektionspatienter som vårdas på Medicin tillhör Med klin., de ligger ej som utlokaliserade.

Växjö har gått från 18 platser ner till 12, i praktiken 13-14. Hård press på avdelningen att ta överbeläggningar. SSK brist som orsak till nerdragningen. 5-10 patienter på AVA dagligen. Få utlokaliserade i övrigt.

Kristianstad 22 platser, inga överbeläggningar möjligt. Haft många utlokaliserade, periodvis haft upp mot 9 dagligen. Förbättring efter rutiner förändrats, infektionsfall på medicin vårdas som medicinpatienter. Ort/Kir måste förankra utlokalisering hos infektionsbakjour.

Medicin har minskat platser på många sjukhus vilket belastar infektionsavdelningar ytterligare.

11. Samverkan med andra specialiteter gällande ST

Randutbildning:

Malmö upplever färre randare från andra kliniker. Externa randningar till SUS fungerar bra, krav på minst 3 månader. Kliniken får betala om randare från andra förvaltningar.

Halmstad många randare vilka har pengar med sig. **Helsingborg** – inga randare.



LANDSTINGET BLEKINGE

Kristianstad – krav på minst 2 månader, fungerar bra men ffa distriktsläkare borta mycket.

Växjö – många randare från medicin och vårdcentraler, inga tidskrav.

Karlskrona – allt fler från medicin, få i övrigt. Pengar med sig.

Allt fler AT läkare randar sig på klinikerna, olika tider från 1-6 veckor.

Basplaceringsår på gång - fristående del av ST, ST kan förlängas till 5,5 år. Ingår 3-4 månader primärvård m.m.

Joursamverkan med medicinkliniken

Olika lösningar och olika nivåer av problem.

Halmstad problem att alla är specialister, på sikt svårt att bemanna sin del av medicinjourer.

Karlskrona deltar 3 nätter varje månad i medicin, egen jourlinjer fram till 19 (helger 17).

Malmö/Lund egen jourlinje på båda ställena. En ST läkare på akuten dagtid på vardagar.

Helsingborg – ingår inte i medicinjouren, enbart bakjour, ibland ST läkare i beredskap.

Ingen egen primärjour. Bra samverkan med medicin.

Kristianstad – ST och leg läkare ingår i primärjour medicin under helger (ett 10-h-pass under två helger av fem).

Växjö – under kontorstid så stöttar infektionsjouren medicin, infektion deltar ej under jourtid. 2 jourlinjer jobbar på helgen för att ronda.

Svårt att hålla respektive klinik uppdaterade i de olika specialiteterna.

Akutläkare

Problem att ST läkare inom akutmedicin inte randar sig i tillräckligt stor utsträckning inom Infektion, fler akutläkare innebär att våra egna ST läkare får se färre akuta patienter.

Beslut om att skicka en skrivelse till regionala rådet för akutläkare. Viktigt att infektionsspecialiteten är med i diskussionen om hur framtidens akutvård ska organiseras.

12. Influensa

I Kristianstad blev det stockning på akuten i samband förra årets influensa, flera lex Maria fall på grund av långa väntetider. Förvaltningsövergripande handlingsplan har skapats inför årets säsong där även primärvården är involverade. Utskickas med protokollet.

Liknande arbete pågår i SUS. Mer Tamiflu rekommenderas även till särskilda boende.

Viktigt att personal blir vaccinerade, vaccinationsambassadörer på alla enheter.

Kommunikatörer som jobbar mot allmänheten.

I Halland har man satsat på att vaccinera riskgrupper med två specifika mottagningar på sjukhuset, få patienter.

Snabb-PCR upplevs som positivt i Skåne, studie planeras i Växjö/Karlskrona med tillgång till testet var annan vecka.

13. Hepatit C – hitta borttappade patienter

1800 i Skåne. 450 i Halland, ca 40 % svarat redan, över hälften positiva. Växjö ambitiös genomgång, 900 fall blev 45 st kvar, hälften svarat, 10 behövde behandling. Karlskrona 250 st. Brev med remisser skickas ut kontinuerligt. Några som ringt och varit upprörda.

14. Randningar på universitetsklinik

Viktigt med utbyte. För specialister som tjänstgör under kortare tid, betalar ofta hemmakliniken för att kunna styra innehållet. Vid längre tids tjänstgöring där vederbörande går in på vanligt schema, betalas lönen oftast av universitetskliniken.

Randning för ST läkare fungerar bra, uppskattat.



LANDSTINGET BLEKINGE

15. Bemanning sjuksköterskor

Halland – saknar 1-2 st. Workshifting diskussioner. 1 ssk/5-6 patienter. Hög belastning, många nya.

Karlskrona – fullbemannade, 1 ssk/8 patienter, 50 % usk. Sommaren kommer att bli tuff. Studentavdelning vilket underlättar rekrytering. Kökstjänst problematiskt.

Lund – 33 % ssk, 67% usk. Arbete pågår för att förbättra status, kompetensstege, utbildningar, lön m.m.

Allmänt problem att kompetensen är låg hos nya sjuksköterskor. Introduktion och coaching/mentorskap viktigt. Nationella och ofta regionala bemanningstal saknas, skulle behöva ta hänsyn till erfarenhet. Schemaläggning en utmaning, allt färre erfarna sjuksköterskor. Specialuppdrag för att öka identiteten som infektionssjuksköterska. Nyanställningslunch startat i Malmö – 2 ggr per termin. I Växjö nyanställningslunch. Etikcafé i Karlskrona 2 ggr per termin. Samverkansprojekt i Växjö med fokus på attityder. Viktigt med stödfunktioner, ser olika ut.

16. Läkarförsörjning

Svårighet att få en jämn rekrytering, blir ofta luckor på specialistsidan, många saknar 60-talister. Vi tappar läkare till Smittskydd/Vårdhygien.

17. Läkemedelsfrågor

Kristianstad har haft slutna system för antibiotika (Teva), men planerar att sluta av ekonomiska skäl - mycket pengar att spara jämfört med Mini Spike. En förvaltningsövergripande riskbedömning genomförd efter att Arbetsmiljöverket kopplats in, väntar på beslut. Individuella läkemedelsdoser på väg att införas i Skåne. Förfyllda antibiotikasprutor används i SUS och på väg införas i resten av Skåne. Sjuksköterskorna nöjda, sparar tid, tar plats i läkemedelsrummen.

18. Högisoleringsenheten

SUS-nämnden har godkänt att gå vidare under förutsättning att finansieringen sker solidariskt. Vidare beslut ska tas i Regionnämnden. Budgeten har omräknats, driftskostnad drygt 3 miljoner årligen, större investeringskostnader med ombyggnation av Kem lab, förbränningsugn med mera. Birgitta Lesko ny samordnare nationellt. Små Ebolautbrott pågår. Viktigt med återkommande utbildningar för personalen.

19. Tazocin-brist. Fortsatt brist i Skåne.

20. Nästa möte 11 april i Kristianstad.

2017-11-23

Olof Blivik
Sekreterare

Staffan Banke
Justerare