

## Minnesanteckningar vid chefsamråd inom specialiteten infektionssjukdomar 22 – 23 november 2018

**Närvarande:** Staffan Banke och Åsa Lundgren, Kristianstad, Christian Granberg och Kristofer Soldan, Växjö, Maria Josephson, Peter Wiksell och Malin Inghammar, SUS, Jakob Billfeldt, Halmstad, Cecilia Löfgren Helsingborg, Olof Blivik, Karlskrona

### 1 Genomgång av minnesanteckningar från föregående möte 11 april 2018.

### 2 STRAMA

I Skåne finansierar Regionen STRAMA-arbetet på sjukhus.

- Kristianstad får intäkter motsv. 0,15 öl.
- Helsingborg har en läkare på 0,15 för STRAMA-arbete.
- I Malmö finns en läkare på 0,5 och några som endast har 0,05. Sjukhus STRAMA-arbetet har avstannat något, i primärvården är man mer aktiv.
- I Lund 0,05 öl.
- Karlskrona har svårt med finansieringen av STRAMA-arbetet.
- Växjö har en öl på 0,2 och en farmaceut kopplad till STRAMA, finansieras av regionen.
- Halland har två STRAMA-grupper, en för primärvården och en för slutenvården. Arbetet i primärvården är framgångsrikt, medan slutenvårds-STRAMA fungerar sämre. En Strama slutenvårdsgrupp har bildats - fått finansiering för 6 vv STRAMA-arbete.

### 3 Infektionsverktyget

Fungerar inte optimalt, bl a underrapportering av vårdrelaterade infektioner.

Sjukhusledningen i Halland har beslutat ersätta PPM VRI med Infektionsverktyget.

I Kristianstad drivs förbättringsarbete med Infektionsverktygets hjälp; Tre mål; öka andelen som penicillinbehandlas vid samhällsförvärd pneumoni / minska andelen som primärt behandlas med Dalacin® vid erysipelas / förbättra registreringen av VRI. Utvärdering efter 6+12 mån.

Vissa tekniska problem med Infektionsverktyget. På Vårdhygien Skånes hemsida tips om hur man kan använda verktyget.

I en framtid är det osäkert om Infektionsverktyget kommer att finnas kvar i Skåne – den nya digitala vårdmiljön, SDV, introduceras 2021 och förväntas kunna serva med utdata på ett bättre sätt än Infektionsverktyget.

### 4 Antibiotikaronder

Sjukhus	Vårdenheter eget sjukhus	Ab-ronder på länsdelssjukhus	Använda läkar-resurser	Utvärdering	Mål	Uppföljning
Helsingborg	På 6-8 vårdavd. vid Med klin + ort vårdavd.	Ja, i smb med konsultbesök två halvdagar per ve i Ä-holm	En specialist fyra halvdagar/ve = 0,4.	Ja. Mäter ab-förbrukning + ab-profil en ggr/mån		Mätning en ggr per år.
Kristianstad	Tre vårdavd två ggr/ve	Nej	0,15 öl	Ja. Mäter ab-förbrukning under tre mån/år	Nej	Återkoppling via infektionsläkare en ggr/år till större kliniker.
Karlskrona	Två ggr/ve, alla	Ja en halvdag/v	0,5 spec	Ja kontinuerl	Ja.	Vissa

	vårdavd.				Processmål I finns för både PV och SV.	svårigheter. Rapport per klinik i smb med årsuppföljning.
Malmö	Två ggr/ve, varje enhet.		Tre konsulter/ 0,8 öl			
Lund	Två ggr/ve, varje enhet.		Två konsulter*			
Växjö	Två ggr/ve, tre med avd.		0,1 öl	Ab- förbrukning.	-	I årsuppföljning.

\*Från sep-18 en tredje konsult, se nedan.

## 5 Medicinska kvalitetsmål

Diskussion kring medicinska mål.

Medicinska kvalitetsmål 2018 VO Infektion Kristianstad (se bif. fil från Krsd). På vissa håll följs mål enl. STRAMA:s 10-punktsprogram.

Infektionsregistret - I Kristianstad har man en "Comporto-polis", en sekreterare som uppmanar läkarna registrera i kvalitetsregistret. På SUS fungerar inrapportering av endokardit, sepsis och meningit bra (nära 100 %), medan inrapporteringen av pneumonipatienter går sämre.

I Halmstad handhar en sjuksköterska såväl registrering av sepsisfall som åiterrapportering av registerdata. Man försöker följa nationellt framtagna kvalitetsindikatorer. Även på andra håll sköts inrapporteringen av pneumonifall av en sjuksköterska.

**Andra kvalitetsmål** sätts utifrån svar i patientenkäter; I den nationella patientenkäten fick man endast 44 % svarsfrekvens i Lund, men enskilda kommentarer var konstruktiva. Överväger egen enkät. Halland har gjort en egen enkät, vilket gav förslag på förbättringsarbeten.

## 6 GDPR och samtycke i InfCare

Efter tillkomsten av GDPR, har man i K-krona ändrat i rutinerna kring samtycke i InfCare. Alla nya patienter som registreras i kvalitetsregistret får av sjuksköterska ett informationsblad, vilket dokumenteras i journalen. Se bifogad kopia. Om doktorn glömmer lämna information, skickar sekreteraren hem brev med information till patienten. Övriga kliniker saknar rutin för detta. Obs att det inte längre räcker att anslå information i väntrummet om att vi använder personnummer i våra kvalitetsregister! Patientinformation ska ges skriftligt, vilket ska dokumenteras i patientjournalen.

## 7 Endokarditkonferenser med SUS

Används av hela södra sjukvårdsregionen och är mkt uppskattat. Växjö håller på att ta beslut om vilken konferens man ska delta i (SUS eller Karlskrona), man har avtal med Karlskrona. SUS endokarditkonferens startade i januari 2017, konferenserna måndag, onsdag och fredag.

## 8 Infektionskonsulten – använder vi specialistresurserna på rätt sätt?

Andel konsulttimmar av totalt antal arbetade timmar läkare, se bifogad bild.

CSK: 2 konsulter, ca 1,5 tjänst inkl. 0,2 i Ystad. Specialistläkare är tillgänglig per telefon i stort hela dagen och mkt tid ägnas enkla frågor. Kristianstad har försökt utbilda remittenterna - vad bör man veta innan man kontaktar infektionskonsulten?

Halmstad – läkare i primärvården kontaktar primärjouren medan övriga ringer infektionskonsulten. Antalet telefonkontakter har ökat. I komplicerade fall, skriftlig remiss med utförlig anamnes.

Helsingborg – Infektionsronder på IVA handläggs av avdelningsläkare. Dagjouren arbetar mot MAVA och akuten. Konsultläkaren handhar telefonförfrågningar, tar hand om kliniska bedömningar i slutenvården och sköter om positiva blododlingar.

Malmö - frågor från primärvården går till dagjouren. Konsulten är mer tillgänglig idag. Infektionskonsult först sent i ST-stadiet. Man ber om remiss i komplicerade fall.

Lund – två konsulter med flera fasta ronder dagligen (IVA, THIVA, NIVA, IVA, MAVA) och andra på veckobasis. From sept-18 en tredje konsult, resurstillskott för att sköta antibiotikaronder. Specialister, inf-konsult endast sent i ST. Frågor från primärvården går till dagbakjour (specialist) eller dagjour.

Karlskrona har ett team med dagjour/konsult bemannad med en ST-läkare och en specialist. Man har begränsat telefontillgängligheten, vilket upplevs positivt.

Växjö har ökat sin konsultverksamhet pga. vårdplatsbrist. Två specialister delar på fm på remisser, telefonförfrågningar och IVA-konsulter, ibland följer även underläkare med i utbildningssyfte. På eftermiddagen tfn-service.

## 12 Landstings och regioners system för kunskapsstyrning – Anna Jerkeman

Anna är södra sjukvårdsregionens representant i Nationellt programområde (NPO).

Vad är kunskapsstyrning? Målet är att den bästa kunskapen ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte, man ska utveckla, sprida och använda den bästa kunskapen. Se *Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Vi måste skapa en nationell struktur, stärka statens övergripande styrning.

Det finns en styrgrupp där landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer och representanter för SKL ingår. Därinunder Nationella programområden (NPO) med nationella samverkansgrupper (NSG) och nationella arbetsgrupper (NAG). Varje NPO består av 6 regionala ledamöter och en processledare. För NPO Infektionssjukdomar är Olle Reichard, Stockholm/Gotland ordf., övriga ledamöter är Maria Furberg Norra sjukvårdsregionen, Henrik Eliasson Sjukvårdsregion Uppsala-Örebro, Anita Hellgren Sydöstra sjukvårdsregionen, Anna Jerkeman Södra Sjukvårdsregionen, Lars-Magnus Andersson Västra sjukvårdsregionen.

STRAMA finns som en egen nationell arbetsgrupp och nära dialog förs mellan SILF och STRAMA. Uppdraget är omfattande för NPO. Fokus har initialt varit på att beskriva nuläget.

Regionalt ska det finnas en RPO, ett regionalt programområde. Krister Lindblad är utsedd vara projektkoordinator för Södra sjukvårdsregionens RPO. Gruppen har inte kommit igång ännu. Viktigt enrollera chefer i denna grupp, t.ex. deltagare i denna grupp (Chefssamråd i sö sjukvårdsregionen).

Viktigt att sjukhusregionala och lokala (LPO) grupper kommer igång för att nationella gruppen ska få input. Uppdragen ska genomföras utan extra tillskott av budgetmedel.

NPO Infektion har kartlagt vilka kunskapsstöd som finns för infektionsområdet och i verksamhetsplan 2019 beslutat prioritera STRAMA, Hepatit B och C (nationell handlingsplan för eliminering), sepsis (kartläggning av program som finns i landet), TB (nationellt vårdprogram). NPO Infektion ska nominera representanter till NAG (nationella arbetsgrupper). För hepatit finns nomineringsförslag. För sepsis har LÖF startat ett projekt kallat *Säker sepsis* där man med hjälp av professionella granskare ska studera sepsisvården ur flera aspekter. Ett omfattande arbete som kommer att engagera alla infektionskliniker.

NPO har förutsatts lägga förslag om nivåstrukturering – det enda område som är aktuellt för infektionsspecialiteten anses vara högisoleringsvård. Kriterier ska tas fram för nationell

högspecialiserad vård, vården ska bedrivas vid som mest fem enheter i landet. David Ekqvist ansvarig.

Hela kunskapsstyrningen är under utredning, en hel del är oklart fortfarande. I RPO ska NPO-representanten finnas, och det bör också finnas med chefer för att få det ekonomiska perspektivet när beslut ska tas. SVF ett mönsterupplägg som man gärna vill efterlikna. Kunskapsstyrning kan berätta hur det kan se ut – hur implementeringen ska ske beror av tillgängliga resurser och av gjorda prioriteringar. NPO tittar mkt på RCC och SVF samt amerikanska system som implementerat kunskapsstyrning.

Förslag framförda till Anna J: Arbetet om nivåstrukturerings bör redovisas på Infektion.net. Den regionala chefssamrådsgruppen bör utgöra RPO.

**9** **Vårdplatser** – tillgång, utlokalisering, överbeläggningar, omflyttningar. Hur ser tillgång resp. efterfrågan ut? Ingen utförlig diskussion kring detta.

**10** **Hur förbereder vi oss inför vinterns influensa?**

*Växjö* – Inte så väl förbereda, ingen plan. Infektionsläkare i beredskap för arbete vb. på akutmott kvällstid v 3-10. Influensavaccination för personal har påbörjats.

I *Halland* finns ingen aktuell plan, men epidemiplanen håller på att justeras. *Skånevård Kryh* har sedan två år en förvaltningsövergripande handlingsplan för influensa, se bif. fil.

*Kristianstad* – under föregående års epidemi vårdades alla influensapatienter på infektionsavd., vilket fungerade dåligt - specialistfallen måste utlokaliseras, vilket innebar ett försämrat omhändertagande. Strategin nu ändrad, influensapatienter ska vårdas på en nyöppnad vårdenheter i centralblocket och bemannas av läkare från Infektion och vårdpersonal från flera enheter på sjukhuset. *Malmö* har samma strategi. I *Kristianstad*, *Lund*, *Malmö* och *Helsingborg* vårdas influensapatienter på andra avdelningar, endast svåra fall vårdas på infektionsavdelning. Inför årets säsong är det viktigt tillse att Tamiflu finns tillgängligt på särskilda boenden och på apotek. Sprid budskapet att influensa är allas problem! Eftersom vårdplatsbristen är ett stort problem under epidemitider, är det särskilt viktigt säkerställa att patienterna kan återvända till SÄBO, trots kvarstående smittsamhet.

**11** **Hepatit C**

I *Skåne* har man i likhet med övriga delar av landet drivit en hepatit C-kampanj där Smittskydd skickat ut brev till patienter som tidigare visat sig bära hepatit C-virus, men inte varit i kontakt med läkare under senare år. Man har erbjudit utredning och vid bärarskap av virus, behandling med nya läkemedel. I dagsläget 25 – 30 % svarsfrekvens på utskickade brev. Det långsiktiga målet är att utrota hepatit C, vilket kräver nya behandlingsstrategier - kan man t ex utreda och behandla patienter på andra platser än vid Infektionskliniker?

I *Malmö* pågår en studie på Sprututbytes-mottagningen – man utreder och behandlar patienter med hepatit C som är kunder vid sprututbytes-mottagningen (pågående missbruk).

*Halmstads* Infektionskliniken avser ta kontakt med LARO-mottagning och kriminalvård.

*Kristianstad* har ett etablerat samarbete med LARO-mottagningen vid Psyk-mottagningen där flera patienter utretts och behandlats av infektionsläkare. Nyligen har kontaktat även tagits med en LARO privatmottagning i centrala *Kristianstad*.

I *Skåne* har ett samarbete initierats med Kriminalvården för att nå fängelsekunder med hepatit C. Utredning inkl. provtagning och Fibroscan ska ske via sjuksköterskor i Kriminalvården medan

infektionsläkare kommer ha behandlingsansvar. Komplexa fall ska hänvisas till läkare.  
*I Kronoberg* sker u-ljudsundersökning på Röntgen, Infektion har därför inte tillgång till Fibroscan.  
*Helsingborg* har sju LARO-mottagningar och har etablerat samarbete med två där utredning och behandling sker på plats, håller på att starta ett samarbete med övriga. Har äskat medel för inköp av portabel Fibroscan.

**13 Beslut om finansiering av högisoleringsenheten i Malmö - Maria J.**

En grupp har fått i uppdrag att ta fram en kommunikationsplan avs. rutiner kring remittering av patienter till enheten. Sannolikt kommer man hämta patienter i behov av högisoleringsvård med specialutrustad ambulans från respektive sjukhus.

**14 PrEP – Maria J.**

Centrum för sexuell hälsa (CSH) ansvarar för projektet, som körs gemensamt med Hud klin. Läkemedelskostnaden belastar Hud, kostnaden för läkarresurserna Infektion. Det rör sig om 50 – 100 patienter i Skåne, samtliga bör kunna tas omhand vid mottagningen vid CSH i Malmö. Halmstad har också startat med PrEP, samarbete med Hud klin.

**15 Är akutläkarorganisationen ett hot mot utbildningen av ST-läkare i infektionsmedicin?**

Ett mål för akutläkarorganisationen är att 70 % av patienter på sjukhusens akutmottagningar ska tas omhand av akutläkare. Randning inom infektionsmedicin är inte en obligatorisk del i utbildningen till akutläkare. På vissa håll utbildas blivande akutläkare några månader inom infektionsområdet, på andra håll inte alls. Frågan är vilka konsekvenser detta får? Risken att den primära handläggningen av komplexa infektionsfall inte sker på ett optimalt sätt är uppenbar. Dessutom finns en risk att läkare under utbildning till infektionsspecialister inte ges tillräckligt stort utrymme på akutmottagningarna – man konkurreras ut av akutläkare.

Det pågår ingående diskussioner kring detta på flera håll i landet, bl a i Linköping.

I Lund randar sig akutläkarna två månader på Infektionskliniken, i Malmö tre. I Kristianstad och Helsingborg ingen randutbildning alls.

I *Malmö* och *Kristianstad* bemannas akutmottagningen till del av akutläkare, som dock inte har nattjour. Akutläkare har i Malmö bl a tagit över kirurgklinikens dagjourns verksamhet på akutmott. *Helsingborg* har haft akutläkare länge. Man har problem med att erfarna akutläkare slutar, varför man sedan lång tid behövt anställa en rad (fem) nya ST-läkare varje år.

I *Växjö* en akutläkare och 7 ST-läkare i akutmedicin, handlägger akutfall från olika specialiteter inkl. infektion. Ingen randning i infektionsmedicin under utbildningen.

I Lund och Kristianstad styrs akutflödet av infektionspatienter till en akutmottagning på infektionsmottagningen dagtid. Mottagningen i *Kristianstad* är öppen fram till 15.30, varefter patienterna hänvisas till akutmottagningen där patienter tas omhand av infektionsläkare fram till 21 mån-tors och 19 fre. I *Lund* är mottagningen på Infektionsmottagningen öppen till midnatt för akuta patienter. Gränsdragningen mellan stora akuten och infektionsakuten på mottagningen kan ibland vara svår, varför man i Lund upprättat ett gränssnittsdokument som bifogas anteckningarna.

*Halmstad* handlägger kontorstid alla akuta infektionspatienter på egen mottagning.

*Karlskrona* har också akutverksamhet på sin egen mottagning, men vill i likhet med *Kristianstad* flytta akutflödet till sjukhusets akutmottagning, och ha kvar enstaka halvakuta tider på mottagningen.

**16 ST-utbildningsfrågor – utgick.**

## 17 Försörjning av vårdpersonal

Lund, Malmö, Karlskrona, Helsingborg, Halmstad, Växjö har stängda vårdplatser, vilket i flertalet fall beror på sjuksköterskebrist.

Målsättningen är att attrahera, behålla och utveckla medarbetare, frågan är hur detta kan ske? Några förslag hämtade från en handlingsplan utarbetad i *Kristianstad*;

- Förbättrat stöd till nyanställda – introduktion, mentor, smart schemaläggning, basår (utbildningsdag 1 gång/mån), tydligt uppdrag, tydlig yrkesroll. Förstärkt ledningsstöd till enhetschefer, närvarande ledarskap. Flexibilitet på arbetet. Kontinuerlig kompetensutveckling (internt, 15 p infektionssjukdomar, infektionsvecka, specialistutbildning). Betald utbildning för undersköterskor till sjuksköterskor (ännu ej realiserat).

En utbildningsenhet startad i *Lund/Malmö* på Infektionskliniken - ett team som tar ansvar för sjuksköterske-, undersköterske- och fysioterapeut-stud. Mycket uppskattat, har underlättat rekryteringen.

Viktigt att utbildningar vid lärosätena finns att tillgå och att de är anpassade till den verklighet studenterna kommer att möta i sjukvården. Dialogen med Högskolorna viktig!

*Göteborg* har startat ett utbildningsprogram för undersköterskor med möjlighet för externa medarbetare att delta. *Halmstad* försöker påverka Högskolan genom att ställa krav på utbildningen. *Växjö* upplever ingen brist v.g. kvaliteten på högskoleutbildningen.

*Kristianstad* har under det senaste året haft en omsättning av sjuksköterskor på 40 %, vilket lett till sjuksköterskebrist, stort övertidsuttag, behov av hyrsjuksköterskor och ansträngd arbetsmiljö. För att möta detta, har man anställt en extra sjuksköterska dagtid, en medarbetare med stor erfarenhet som kan ge extra stöd och handledning till mindre erfaren personal. Vidare har en medarbetare fått en roll som kvalitetsansvarig sjuksköterska med uppdrag att samordna arbetet med patientsäkerhet inom vårdenheten. Genom en förstärkt grundbemanning hoppas man reducera övertidskostnaderna, eliminera behovet av hyrpersonal och förbättra arbetsmiljön.

På flera håll stora rekryteringssvårigheter; I *Helsingborg* har man måst stänga vårdplatser och reducera sin personalbudget eftersom man inte kunnat rekrytera sjuksköterskor. *Halmstad* har haft svårigheter rekrytera kväll och natt. I *Karlskrona* är bemanningen god dagtid, medan det finns problem om kvällar/nätter. Man har övervägt anställa personal endast kväll/natt/helg, antingen fre/lö/sö dagtid eller lö/sö natt. En heltid = 24h tjänstgöring. I *Malmö* stor variation v.g. anställningsförhållanden - unga medarbetare arbetar mer sällan heltid, väljer att ta ut tjänstledighet för att resa etc.

Hur förbättra arbetssituationen och öka trivseln för vårdpersonalen? I *Lund/Malmö* har man anställt receptarier. Införandet av förfyllda sprutor i *Kristianstad* kommer att frigöra tid för ffa sjuksköterskor. Starkare teamarbete ssk/usk/läkare viktigt. Lönen spelar en viktig roll, men hamnar inte överst på listan. Kompetensstegar används i *Malmö/Lund* för sjuksköterskor, undersköterskor och med. sekr.

Viktigt skapa en identitet som infektionssjuksköterska! Många åtgärder krävs för att nå dit. Viktigt tilldela ansvarsområden. *Karlskrona* har startat diagnosgrupper med läkare, ssk, usk och med. sekr.

## 18 Läkarförsörjningen

I *Kristianstad* har det skett ett generationsskifte - fyra ölar slutat inom fyra år, sex ST-läkare rekryterats. Nu endast sex specialister i klinisk tjänst. *Halmstad* har 13 specialister, inga ST-läkare el. ul-vikarier. *Växjö* har sex specialister, en pensionsavgång på gång, fem ST-läkare. *Helsingborg* har 12 specialister, som tjänstgör 5 – 100 %. Två tjänster kommer att utannonseras, sex ST-läkare.

## 19 Sepsislarm i Skåne (Mari Rosenqvist)

Projektet startade 2012. För att utlösa sepsislarm, krävs *röd RETTS* alt *orange, gul* eller *grön RETTS* i kombination med laktat  $\geq 3,5$  mmol/l + feber  $\geq 38^\circ\text{C}$ /anamnes på feber  $\geq 38^\circ\text{C}$  eller frossa. En stor del av tiden har lagts på utbildning av personal på 10 sjukhus i Skåne (alla omfattas i dag av projektet!). Upprepad information, återkoppling och brett engagemang har varit vägen till framgång, liksom delegerat ansvar för processen (lokalt ansvariga läkare, ssk och med. sekr.).

Vid den första utvärderingen av perioden jan - mars 2010, hade 22 % fått antibiotika inom en timme, mediantiden till adekvat ab-tillförsel var 190 minuter. Därefter har skett en stadig förbättring – vid utvärderingen 2017 hade 90% fått antibiotika <1h och mediantiden till första dos var 26 min.

En uppföljning av patienter som inkommit med sepsislarm 2010-14, visade att vårdtiden minskat, från nio dagar 2010 till sju -14. Vid jämförelse av data från 2015 vs -17, såg man samma tendens - medianvårdtiden hade minskat från sju till sex dagar. Däremot noterade man ingen signifikant påverkan på sjukhusrelaterad mortalitet 2015 vs -17.

Inom ramen för sepsisprojektet, har ett vårdprogram tagits fram för Region Skåne. Det innehåller handfasta råd baserade på det nationella vårdprogrammet, se [www.skane.se/sepsis](http://www.skane.se/sepsis).

Flera fördelar har identifierats med sepsislarm-projektet – ökad medvetenhet, tidigare identifiering av sepsis, förbättrat omhändertagande, diskussion av vårdnivå, kortare vårdtider. Nackdelar – ökad jourbelastning (10 larm/dag i Skåne), larm "i onödan", omfattande utbildningsinsatser.

Ett viktigt mål är att få infektionsläkare involverade så tidigt som möjligt, antingen fysiskt eller via telefon. I nuläget kontaktas infektionsläkare i 63 % av fallen.

Malmö och Lund har två sepsislarm/dygn, Kristianstad ett.

Den regionala strukturen för sepsisarbetet kommer att fortsätta; expertgrupp för smittsamma sjukdomar - arbetsgrupp sepsis - lokala sepsisteam och vårdprogramgrupp. Justering av kriterier för sepsislarm övervägs i syfte att fånga in fler patienter med sepsis – ca 75 % fångas in med röd RETTS – ett preliminärt förslag finns på justering av larmalgoritmen; >38 gr feber el anamnes på feber/frossa, hypotermi eller klinisk misstanke om infektion – ger en högre sensitivitet på 86 %.

## 20 Övriga frågor

- Luftburen smitta: Halmstad saknar adekvat ventilation på mottagningen, på vårdavdelningen fungerar det väl. Svårigheter ta emot patienter med misstanke om luftburen smitta på mott. Diskussion kring möjligheten att lyfta problemet som en arbetsmiljöfråga. I Lund har man svårt upprätthålla en tryckgradient, för att åstadkomma ett undertryck i vådrummet. Smittspridning har skett på vårdavdelning, såväl i Lund som i Kristianstad.
- Uppföljning efter behandling pga. hepatit C: Ny rutin i Halmstad - man tar bara ett HCV RNA 12 veckor efter genomförd behandling. Karlskrona tar prov även efter 6 månader.

- Protokoll från chefsråd – södra sjukvårdsregionen har genom Krister Lindblad framfört att kansliet uppfattat att chefsrådet för infektionssjukdomar är vilande. Maria J har meddelat att gruppen är aktiv och att man vill bygga vidare på denna grupp till NPO. Staffan kontrollerar att södra sjukvårdsregionens kansli fått del av protokoll från tidigare chefsråd.
- Nästa möte den 24 april i Kristianstad.

Kristianstad 3 januari 2019



Staffan Banke

ordförande



Olof Blivik

justerare av protokollet