

Minnesanteckningar vid chefssamråd inom specialiteten inom infektionssjukdomar 28 – 29 november 2019

Närvarande: Staffan Banke och Åsa Lundgren, Kristianstad, Christian Granberg och Kristofer Soldan, Växjö, Peter Wiksell och Malin Inghammar, SUS, Jonas Anderud och Helena Lindberg Halmstad, Cecilia Löfgren Helsingborg, Olof Blivik, Karlskrona

Uppdrag från Södra sjukvårdsnämnden – *regelbundna möten för att utbyta erfarenheter och diskutera angelägenheter*. Uppdragsbeskrivning finns och stämmer överens med dagens agenda.

1. Genomgång av minnesanteckning från föregående möte 24 april 2019.

2. Specialiteten infektionssjukdomar/organisation

En genomgång hur infektionsverksamheten är organiserad vid de olika sjukhusen.

Helsingborg: Infektionsverksamheten är organiserad under VO specialiserad medicin där f.u. infektion alla internmedicinska grenspecialiteter och diagnostiskt centrum ingår. Verksamhetschef är en sjuksköterska, bitr. vc en läkare. De medicinskt ledningsansvariga läkarna för resp. verksamhetsområde är separat organiserade. Infektionsläkare ingår inte i ledningsgruppen, vilket innebär att en direkt dialog med sjukhusledningen sällan är möjlig. Öppen och sluten infektionssjukvård finns under två separata områden med vardera en enhetschef. För närvarande stora problem med vårdplatser - antalet har reducerats pga svårigheterna att rekrytera sjuksköterskor. Antalet överbeläggningar är många och lokalerna omoderna och inte funktionella. En temporär avdelning ska under ombyggnationen öppnas och infektion ska kunna disponera 14 rum, men beslut har skjutits upp flera gånger, beslut inväntas i ve 2. Ledningen är medveten om platsbristen och att det måste lösas. Läkargruppen stabil.

Kristianstad har gått ifrån divisioner och har nu sjukhuschef/förvaltningschef. VC träffar sjukhusledningsgruppen direkt, lätt att driva frågor, samarbetet mellan de olika verksamheterna fungerar väl.

Halland har sjukhuschef. Tre områdeschefer, kliniker jobbar mot områdescheferna. En gång per månad utökad ledningsgrupp där alla VC är med ("SUL-möte").

Växjö har sjukhuschef, tidigare *centra* borttagna, biträdande chef i Ljungby och Växjö. Ledningsgrupp för alla VC (27 st) som har ett bra och nära samarbete, man har lätt att driva sina ärenden. Infektion är en egen verksamhet med mottagning och avdelning som hänger ihop.

SUS har inte längre divisioner. Infektion i Lund och Malmö har jourverksamhet dygnet runt. Stor ledningsgrupp med en rad arbetsgrupper, vc deltar i större grad övergripande i sjukhusets ledningsgrupp och i mindre grad i lokala projekt för "sin" verksamhet - får förlita sig på sektionscheferna. VC kan lyfta frågor direkt med sjukhuschefen, vilket är en fördel.

Karlskrona har *områden* där sjukhuset är ett område - Akutmott och Rehab ingår dock inte. Man satsar på att bygga upp en ny vårdlogik, Nära vård. I nuläget är tjänsten som Hälso- och sjukvårdsdirektör vakant. Infektion en egen klinik tillsammans med Hud mott.

3. Slutet infektionssjukvård – lägesrapport.

Sjukhus	Antal fastställda Infektions-vpl.	Nuvarande antal infektions-vpl	Möjlighet vårda infektionspatienter på annan enhet (MAVA/AVA/IMA el motsv.)	Tillfälliga vpl-neddragningar 2019	Orsak till ev. vpl-neddragning?
Helsingborg	22	14 (+ 1-4 överbeläggningar)	Ja (MAVA)		
Kristianstad	22	22	Ja (MAVA)	7 vpl under fre-sö i 11 ve juni-aug -19.	Ssk-brist sommartid
Karlskrona	24	20	Nej, bara som utlokaliserade (var som helst).	16 vpl under sommaren, 20 därefter.	Ssk-brist + belastning med utlokalisering
Malmö	42	42	10 extra vpl. ve 2-12.		
Lund	28	12	6 extra vpl. ve 2-14.	16	Ssk-brist.
Växjö	18	15	Ja, AVA	3 vpl. Under 10 vv på sommaren -6 vpl.	Ssk-brist och ekon begränsningar på hyrintag
Halmstad	22	22		10 vpl under sommaren	Semesteruttag

Helsingborg: Just nu bemannas sju platser med egen personal och övriga med bemanningspersonal, instabilitet på avdelningen, det pågår rekrytering. Saknas program för utbildning och vidareutveckling av verksamheten. Nio patienter per ssk.

Kristianstad: Få utlokaliserade patienter efter särskilda insatser kring dessa patienter. På infektionsavdelningen knappt 100 vtf fler än 2018, vilket varit möjligt pga. minskande vårdtider. Under 2019 fler utlokaliserade urologi- och ortopedpatienter på infektionsavdelningen. Antalet tillgängliga vårdplatser på CSK har minskat, så också vid Hässleholms sjukhus. Ett förhållande som varit kännbart.

Grundbemanningen på infektionsavdelningen har förstärkts, vilket möjliggjort ett nytt arbets sätt i två team, med förstärkt bemanning på flera arbetspass och inrättande av en ny tjänst med en erfaren ssk som löpare och handledare dagtid. Det finns nu tydligt angivet när man ska ersätta medarbetare vid korttidsfrånvaro, se bilaga. Roller och uppdrag har definierats och förbättrings- och utvecklingsarbeten kommit igång. Introduktionsprogrammet har förstärkts. Parallellt har arbets sättet för läkare ändrats. Denna förändring har resulterat i en förbättrad arbetsmiljö och ökad kvalitet i omvårdnadsarbetet. Sjukfrånvaron har minskat betydligt, övertidsuttaget reducerats och behovet av hyrpersonal upphört.

Karlskrona: Infektion har fått patientsäkerhetspris för bästa avdelningen. Man förmår inte ha 24 vpl öppna när antalet medicinskt ansvariga specialiteter som har ineliggande patienter på avdelningen är så stort som i nuläget (öron, ögon, hud, infektion, palliativ vård, kirurgi, ortopedi m.m.) – under en dag besöktes avdelningen av 16 rondande läkare... Man har nu 20 öppna vpl med möjlighet till en överbeläggning. Varje sjuksköterska kan handha sju patienter. Ibland oklart hur många patienter ansvarig läkare ska ronda. Man arbetar i två eller tre team. Patientklientelet har förändrats.

Växjö: Använder hyrpersonal i liten skala, fr a om helgerna (0,4 tjänst), men även på sommaren (hyr-ssk) då man reducerar till 12 vårdplatser. Erfarna ssk slutar på grund av rådande arbetstider – man önskar arbeta dagtid. Flera nyfärdiga ssk har ersatt. Hyrstopp från 1 mars 2020, vet i nuläget inte vad

detta kommer innebära. För att få dispens krävs beslut av hälso- sjukvårdsdirektören. Nytt sjukhus ska byggas till 2027, man kalkylerar med ett vårdplatsbehov som är 25% lägre än i dag. Vilket vårdplatsantal är rimligt för en infektionsverksamhet som ska serva 200 000 inv. i Kronoberg och tillförsäkra en rimlig bemanning och en god arbetsmiljö? I Ljungby finns många komplicerade infektionspatienter, man har i nuläget konsultverksamhet där en gång per vecka.

Halmstad: Lokalmässigt inte optimalt – en avdelning i två plan. Personalmässigt fullbemannat. Ett stort upptagningsområde på 320 tusen inv. Endast infektions- och barnläkare har inläggningsrätt på infektionsplatserna. Max tre utlokaliserade patienter per dygn, patienterna passerar via Infektion innan de flyttas till andra vårdenheter. Inga vpl på AVA. En konsultläkare varje dag i Varberg.

Lund: Antalet vårdplatser är starkt reducerat pga. bristen på ssk, se tabell. Det finns 24 rum och man måste ofta ta 3 – 4 överbeläggningar. Under influensasäsong fler vårdplatser öppna. Patienter i behov av isolering kan i många fall vårdas på sina hemavdelningar. Bemanningmålet anger 10 patienter per ssk - i teamet ingår en ssk + två usk. Rekrytering av sjuksköterskor pågår. Har tre infektionskonsulter igång på heltid. Ombyggnad pågår för att skapa fyra IMA-platser, en liten renovering som tyvärr blivit fördröjd. En IMA-plats ska bemannas med en ssk+ två usk. När IMA öppnar, ska man åter kunna vårda tracheotomerade patienter. Ett nytt övervakningssystem införskaffas och tillgång till Optiflow, CPAP och BiPAP ska finnas. I en framtid ska man också kunna vårda vissa patienter i behov av inotrop stöd.

Malmö: Avd. 3 har 25 vårdplatser och fungerar väl - fyra team, tre ul och två specialisläkare. Avd 2 disponerar 17 vårdplatser inkl. 5 IMA-platser, har fått budgetmedel för att öppna upp ytterligare två IMA-platser, men måste avvakta pga. svårigheter rekrytera personal. 10 extra vårdplatser öppnas vecka 2 - 12 där infektion bemannar med läkare och vårdpersonal (hysjuksköterskor). Resursteamet är en stor enhet i Malmö, 20 – 25 medarbetare. Malmö behöver rekrytera fler ssk.

4. STRAMA

Sjukhus	Personalresurs	Finansiering	Vilken verksamhet?	Uppföljning?
Helsingborg	0,15 öl	Intäkt från STRAMA Skåne	Undervisning för AT/ST. Genomgång av ab-förbrukning per klinik inkl. återkoppling.	En gång per år (ab-förbrukning och ab-profil)
Kristianstad	0,15 specialisläkare	Intäkt från STRAMA Skåne	Undervisning för AT/ST. Genomgång av ab-förbrukning per klinik inkl. återkoppling.	En gång per år (ab-förbrukning och ab-profil)
Karlskrona	0,1	"Svårt med finansieringen"	Som ovan. Utsedda klinikombud.	Som ovan.
Malmö	"Inget"	Intäkt från STRAMA Skåne.	?	?
Lund	50% öl	Intäkt från STRAMA Skåne.	Ordförandeskap STRAMA Skåne	?
Växjö	0,2 inf-öl + 0,2 farmaceut, 0,1 DL, 0,2 ordf.	"Finansieras av regionen"- utrymmet = en tjänst (allt ej tillsatt i nuläget)	Lathundar, föreläsning AT/ST, brev till alla läk, lathundar, ab-förbrukning per klinik med besök	Målet är att besöka VC en ggr/termin, men det blir inte alltid så. Infektionsläkarna två ggr/år

Halmstad	STRAMA slutenvårdsgrupp etablerad (tre inf- läkare, en mikrobiolog, en smittskydds-ssk + en hygien-ssk).	Via smittskydd motsv. 6 v STRAMA-arbete för inf-läkarna.	Olika typer av undervisning (för AT och övriga kliniker). Arbetar rapportmässigt via infektionsverktyget → optimera antibiotika användning. Arbetar med VRI.	Se till vänster. Via infektions-verktyget.
----------	--	--	--	---

Alla regioner får statliga medel för att bedriva arbete med STRAMA. För Region Skåne 2 mkr/år. STRAMA välfungerande i primärvården medan slutenvårds-STRAMA på flera håll för en mer anonym tillvaro. Stora insatser har dock gjorts vad gäller antibiotikaprofylax.

Kristianstad och Helsingborg får ersättning motsv. 0,15 överläkartjänst, Lund ersättning motsv. 10-12 % tjänst (f.u. 0,5 tjänst för att leda arbetet med STRAMA Skåne). I Kristianstad används resurserna för dialog med verksamheterna kring rationell antibiotikaanvändning, översyn av befintliga PM och för undervisning. Uppföljning av antibiotikaförbrukning och – profil per verksamhet planeras.

Hur få fart på STRAMA-arbetet? Arbetet måste ledas och styras av läkare inom varje verksamhet. Sjukhusledningen bör ge ett tydligt uppdrag till infektionsverksamheten att driva STRAMA-arbete i sjukvården, gärna tillsammans med kollegor från andra verksamheter. Goda exempel behövs. Uppgiften att bedriva uppdraget formades redan 1995. Mål och struktur tydligt. I den nya kunskapsorganisationen har STRAMA en given plats, en nationell arbetsgrupp (NAG) är bildad. Ett omtag behövs i slutenvården!

Nationellt pågår ett arbete under ledning av Anna Wimmerstedt och Håkan Hanberger att ta fram mål för STRAMA-arbete inom slutenvården. 10-punktsprogrammet ska uppdateras (används inte i någon stor utsträckning i nuläget), liksom den nationella Strama-appen, som också kommer innehålla en flik om antibiotikaprofylax. Frågan om framtida finansiering av antibiotikaronder diskuteras nationellt. Alla infektioner ska följa en mall vid antibiotikaronder för datainsamling, minst en avdelning per sjukhus, se bifogad enkät.

5. Antibiotikaronder

Kristianstad: En del av den ordinarie verksamheten, ingen finansiering. Rond två ggr i veckan på tre enheter. Än så länge ingen antibiotikarond i Hlm. Tidsåtgång cirka 0,25 överläkare.

Malmö/Lund: Centrala medel utgår till kliniken. Antibiotikarond sker på alla medicinerna, geriatrik, kirurgi, och ortopedi. En läkare fyra dagar i veckan. Tillgång ökar efterfrågan. Rondarbetet avlastar infektionskonsulterna mycket. På kirurgen stort intresse, kollegorna är väl förberedda inför rond. Fasta konsulter med få läkare involverade efterfrågas av flera. De mindre sjukhusen har erbjudits service med antibiotikaronder, men avböjt. Utvärdering planeras till våren via Fredrik Resman, mätpunkter finns. Återkoppling efter utvärdering.

Helsingborg: Rond på åtta medicinavdelningar två ggr i veckan, ortopederna två ggr i veckan (kombinerad konsult och antibiotikarond). Från feb 2020 även rond på gyn/BB två ggr i veckan. Telefonkonsult till Kir. klin. två ggr i veckan och besök vid lasarettet i Ängelholm två ggr i veckan med konsult och antibiotikarond. Totalt 0,6 tjänst. På MAVA sker avstämning av antibiotikabehandling dagligen. Sedan tidigare budgetförstärkning motsv. en överläkartjänst.

Blekinge: Finansiering motsv. 0,5 tjänst, använder 0,3. Man går runt till alla avdelningar, utom övre- och nedre gastro, hematologen och thoraxkirurgen. Följer tidigare utarbetat protokoll vid varje tillfälle. Positivt mottagande från alla kliniker, infektionsläkarna tycker det är värdefullt. I Karlshamn

en antibiotikarond på 20 minuter per avdelning, vilket fungerar mkt bra. Utvärdering efter varje gång. Tidsåtgång: två eftermiddagar i veckan i Karlskrona, en i Karlshamn.

Växjö: För tillfället uppehåll p.g.a. bemanningsproblem. Målet är att utöka ronderna i Ljungby. Ingen aktiv utvärdering. Ingen finansiering. Kombinerar konsult med antibiotikarond vid Ljungby lasarett (en heldag i veckan). Infektionsläkarna har full behörighet till journalen på de patienter som står på antibiotika och kan plocka ut information om ATC-kod resp. antal dagar patienten fått behandling.

Halmstad: Inga fasta antibiotikaronder, har testat tidigare i projektform. Ingen övertygelse om att antibiotikaronder är av värde. I stället aktiv konsultverksamhet där IVA och hematologen besöks dagligen vardagar samt övriga avdelningar två ggr i veckan (ej KK). Ingen finansiering för det.

6. Kvalitet och patientsäkerhet

a. Användning av kvalitetsregister (*Infektionsregistret, InfCare HIV, InfCare Hepatit och PidCare*).

Lund: Alla hepatit B-patienter inlagda i registret.

Växjö: Försöker lägga in alla med hepatit B och C.

Helsingborg: Registrerar patienter med HIV och hepatit C i registren.

Karlskrona: HIV och hepatit C

Kristianstad: HIV och hepatit C, börjat lägga in i hepatit B-registret.

Halmstad: Börjat lägga in patienter med hepatit B.

I Kristianstad uppföljning av utfallet av kvalitetsindikatorer avs. endokardit, pneumoni, sepsis, meningit, hepatit två ggr/år. Välfungerande upplägg med en sekreterare som "Comporto-polis", en sjuksköterska som handhar registreringen i pneumoniregistret, ST-läkare som lägger in alla sepsisfall och en överläkare som sköter registreringen av samtliga endokarditfall.

I Lund svårigheter sköta pneumoniregistret på grund av den stora volymen patienter.

b. Mål. Se Kristianstads medicinska kvalitetsmål för 2020. Lund har mål kopplade till Infektionsverket. Karlskrona har verksamhetsmål, Halmstad mål avs. HIV och malaria (bedriver egen diagnostik av malaria). Svårigheter ta fram relevanta mål som är enkla följa upp.

c. Hur hanterar vi GDPR och registrering i kvalitetsregister? I Karlskrona skickar sekreteraren hem en folder med information till patienten. I Helsingborg påminns sekreteraren om att en folder med information om registrering i kvalitetsregistren ska bifogas utskrivningsinformationen. I Lund används fortfarande anslag/affischer med information om registrering i kvalitetsregister.

d. Enkäter: Nationell patientenkät utskickad till alla 2019, svarsfrekvensen låg. Svar med fritext har kunnat användas. Dålig erfarenhet av HIV-enkäter. Hälsoenkäter på gång användas.

e. Förbättrings- och utvecklingsarbeten: I Kristianstad fyra smärre projekt på gång för såväl ST-läkare som sjuksköterskor. Kartläggning av fallincidenter under ett år i slutenvården, redovisning av två års behandling med Optiflow på vårdavdelning, genomgång av vitalparametrar/NEWS hos patienter som lyfts till högre vårdnivå/IVA resp. presentation av ett 5-årigt kliniskt material med epidural abscess. I både Helsingborg och Lund genomgång av rutiner vid vård av patienter med spondylodiskit – i arbetet ingår en redovisning av tillgången till akut MR för patienter i södra sjv regionen (Nicklas Mårtensson, sektionschef ryggortopeden ansvarig).

7. Infektionskonsult

Använder vi infektionskonsulten på rätt sätt? Vi lägger mycket specialisttid på konsultarbetet, men är den tid vi lägger ner väl använd? Vilka ärenden ska konsulten engageras i? Sjuksköterska för att screena av frågeställningarna?

Halmstad: Enkät genomförd i Varberg inför förändring - 85 % vill ha fasta konsulttider, 15 % visste inte och ingen sa nej.

Malmö: Två konsulttelefoner och dessa är stängda på lunchen. Fasta konsulter, se schema. En konsult går varje eftermiddag runt till vårdenheter och bedömer infektionsrelaterade problem, inget remissförfarande. Fokus på antibiotika. Konsult en dag per vecka i Ystad, ½ dag i Trelleborg.

Växjö: Infektionskonsulten tillgänglig vardagar per telefon. Primärvården ställer krav på lätt tillgänglighet och snabba svar.

Lund: Har dragit ner på tillgängligheten per telefon – man stänger av telefonen på lunchen och en halvtimme innan dagen slutar.

Karlskrona: Stänger för lunch och en timme innan dagens slut. De flesta konsulterna sker på eftermiddagen. Haft problem på MAVA, nu sker besöken där av specialist, vilket blivit bättre.

Diskussion:

- "Vi behöver ibland bli bättre på att begränsa vårt uppdrag, vi måste kunna hänvisa enklare problem till information och kunskapsinhämtning via andra källor (t ex nationell STRAMA-app, sidor på intranätet), en utbildande funktion. Vid komplicerade fall viktigt be om remiss!"
- Hur tillgänglig ska infektionsspecialisten vara? Utredning genomförd i Göteborg visade att det är av värde att ibland utkräva remisser. Begränsning mot primärvården ett måste. Ofta svårt att skilja på antibiotika- och konsultrond – många ärenden och frågeställningar hamnar mitt emellan. Ibland måste man klargöra att det är ett konsultärende snarare än en fråga som kan hanteras vid antibiotikarond – då måste man också kunna hänvisa till annan infektionsspecialist.
- Kan ST-läkare fungera som konsult? I Helsingborg går ST-läkaren till IVA i slutet av ST-tjänstgöringen för att träna sig i rollen som konsult, men då med back-up. Förhållandet detsamma i Växjö och Karlskrona. I Malmö är man konsultläkare sent i ST-tjänstgöringen, så också i Kristianstad.

8. Säsongsinfluensa

Bifoga RS länk på intranätet, gemensam strategi för hela RS. Epidemiplan finns för respektive sjukhus. <https://intra.skane.se/sidor/vardinformation-och-patientervice2/vardriktlinier/smittskydd/influensasasong/>

Plan finns att öppna upp extra vårdplatser, epidemiplan finns för respektive sjukhus.

Kristianstad har tomma lokaler med möjlighet att vb. öppna upp 13 vpl på plan 6 – infektionsläkare bemannar och bemanning med vårdpersonal och med. sekr. sker *solidariskt* från alla enheter. Influensa ett gemensamt problem för hela sjukhuset! Hässleholm har en välfungerande hembesöksbil som bemannas med sjukhusläkare.

Helsingborg: Har ett eskaleringsdokument som gäller alla avdelningar där man fördelar överbeläggningarna solidariskt. Som ett stoppljus, grönt ljus normalläge. Ibland hamnar man i vinrött läge. Säsongsplan som komplettering till epidemiplanen. Man använder eskaleringsmodellen även vid influensasäsongen.

SUS öppnar upp 10 platser i Malmö med hyrsköterskor och Lund förfogar över sex vårdplatser med resursteam som öppnas på den egna avdelningen. Malmö har ett välfungerande mobilt vårdteam, bilar som bemannas med primärvårdsläkare med tätt samarbete med medicinkliniken på sjukhuset. Från vecka 2 rapporterar vårdplatskoordinatören dagligen antal influenspatienter.

Viktigt att sjukhusen informerar boenden om provsvar vid positivt influensatest!

Växjö: Viktigt med stöd till särskilda boenden. Man vill öka samarbetet med kommunerna – primärvårdens läkare tar hand om boenden (även jourtid). Det finns ingen detaljerad influensaplan, vilket behöver lyftas på sjukhuset.

Halmstad har inte heller någon influensaplan. Enstaka extraplatsen öppnas upp 2 – 3 dagar vintertid. Sommarplan finns.

Karlskrona har ingen influensaplan, däremot en epidemiplan. Vid rätt läge måste alla på sjukhuset ta extra patienter, inte bara infektion. Läkarbilar finns som bemannas av primärvården, gott stöd från MAS i kommunen. Det är lätt att få kontakt med läkarbilen, en linje in. Läkarbilen kan följa upp patienter som skrivits ut i tidigt skede. Man kan ge antibiotika i hemmet eller på boenden iv x 3. Hemsjukvården finns dygnet runt och läkarbilen har bemanning dagtid för 4 – 5 bilar. Modellen är bra, men det krävs bra struktur och tydliga rutiner. Antalet inlagda patienter från särskilda boenden har minskat, vilket talar för att arbetet som läkarbilar och hemsjukvård gör, har avsedd effekt.

9. Hepatit C

Kristianstad: Markant minskning av antalet läkarbesök för hepatit C de senaste åren, totalt har drygt 300 patienter behandlats. Liknande utveckling på övriga sjukhus. Inflödet av nya fall hepatit C lika stort.

Malmö: Under 2018 behandlades 400 patienter. De patienter i "hepatit C-poolen" som återstår att behandla, är de som kräver mera omsorg - patienter som inte kommer på sina tider, inte sköter sin medicinering, får DOT-behandling etc.

På Matris (Laro) i Malmö är alla behandlade, enstaka nya patienter. Får bra information om hur många som är inskrivna resp. hur många som har aktiv hepatit C.

Helsingborg: Inte så många kvar att behandla via LARO. Svårt få uppgifter om antalet.

Vid samtliga kliniker i Skåne sker utredning och behandling via LARO-mottagningar och man har även startat utredning av enstaka patienter som vistas i fängelse.

Växjö: Har påbörjat ett samarbete med LARO, det är oklart hur stor andel som är hepatit C-positiva. Behandling ges även via sprututbytet på Inf mott, vilket fungerar bra. Är på väg starta ett samarbete med S:t Sigfrids – infektionsläkare planerar genomföra utredning och vb. behandling på plats.

Halmstad: Har startat upp utredning och behandling på fängelset, men har inte kontakt med LARO. Sprututbyte är inte kopplat till Infektion.

Karlskrona: På väg att starta upp. Har sprututbyte på mottagningen och börjat behandla där. Påbörjat samarbete med LARO. Har liksom Växjö haft besök av IVO, som granskat sprututbytesverksamheten.

10. Högisoleringsenheten Malmö

Malmö kan redan nu ta emot en patient med misstänkt högsmittsam infektion, fastställa diagnos och sedan vb. skicka patienten vidare till Infektionskliniken i Linköping där man har beredskap ta hand om en patient. Infektion, SUS Malmö, har av södra sjukvårdsregionen fått i uppdrag att skapa förutsättningar för att ta emot patienter med misstänkt högsmittsam infektion i Malmö. Finansieringen solidarisk. Verksamheten ska vara fullt utbyggd 2020. Under 2019 har en rad inventeringar gjorts och dialoger förts med berörda aktörer inom södra sjukvårdsregionen. För mer info kring högisoleringsenheten var god se Vårdgivare Skåne Högisoleringsenhet <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/hogisolering-senhet-for-sodra-sjukvardsregionen/>

11. Akutläkarorganisationen - Togs inte upp som en separat punkt.

12. ST-utbildningsfrågor - Inga nyheter. Målbeskrivningen följs.

13. Försörjning av vårdpersonal

Halmstad: Full bemanning. Avdelningschefer i område 1 träffas regelbundet, vid behov lånar man vårdpersonal av varandra. De medarbetare som slutar, gör det pga. hög vårdtyngd. Ronden är central för alla, hur den genomförs har stor betydelse för vårdpersonalens arbetsmiljö. Man har tydliga krav på att alla inkl. läkarna ska vara väl förberedda till rondgåendet.

Kristianstad: Under 2018-19 en mycket hög personalomsättning där nära hälften av ssk slutade under en begränsad tid. Hög sjukfrånvaro, stort övertidsuttag, sviktande omvårdnadsrutiner och dålig psykosocial arbetsmiljö. En rad insatser vidtogs, vilket haft mycket god effekt, se under punkt 3 ovan och i bifogat dokument, *Åtgärd för att förbättra arbetsmiljön inom avd 152*.

Malmö/Lund: Tufft. Enhetschef och omvårdnadschef har slutat, så också ekonom och HR-specialist. Avd 3 i Malmö har lätt att rekrytera och har nu överanställt. Man tappar medarbetare redan efter något år – infektion en bra verksamhet börja sin karriär inom. Viktigt stärka varumärket infektion. Två ssk har genomfört specialistsjuksköterskeutbildning vid Röda korset i Stockholm. Funderingar i Lund kring hur ska man tillvarata denna kompetens. Lön och ledarskap av stor betydelse för att kunna behålla medarbetare. Tydliga riktlinjer vad rondens ska innehålla viktigt.

Karlskrona: Läkare förväntas vara drivande på avdelningen, handleder ssk-studerande och nyanställda ssk. Viktigt för arbetsmiljön att alla är väl förberedda på att det kommer nya studerande och medarbetare. Har särskilda nattjänster för ssk. Inga problem med hög personalomsättning.

Växjö: Tappar personal på grund av rotationstjänster, flera medarbetare väljer enbart dagtjänstgöring då man inte vill arbeta nattetid. Har rotation mellan mottagning och avdelning, dock inte mellan olika verksamheter. Regionen erbjuder rätt till heltidstjänst, vilket ställer till det en del.

Fråga: Har någon verksamhet testat att anställa medarbetare som arbetar inom två olika verksamhetsområden, t ex postoperativ enhet och Infektion? Ja, Helsingborg har läkare som delar en tjänst mellan olika verksamheter.

14. Läkarförsörjningen

Kristianstad: Sex specialister, varav en har 80 % tjänstgöring och en annan är på väg reducera till 80%. Brist på specialister. Två medarbetare har tjänstgjort i Afrika under hösten. Läkare har hyrts in från närliggande infektionskliniker. Ytterligare behov av specialistvikarier finns under 2020! Sex ST-läkare.

I Malmö/Lund svårighet få överblick och att få schemat att gå ihop – många läkare bedriver forskningsarbete och jourkompberget är stort. Få åker iväg och jobbar på andra ställen. SUS tar ut ca 50% av intjänad jourkomp i ekonomisk ersättning, Karlskrona 50% och Helsingborg 30%.

Fråga: Bör tjänstgöring på universitetskliniken ske under eller efter ST-utbildningen? Diskussion, olika synpunkter för och emot. ST-läkare från Helsingborg har tjänstgjort i Malmö 4-6 vv för att komma åt IVA-delen. ST-läkarna är nöjda med randutbildningen – ST från Karlskrona tjänstgör i Malmö/Lund 3 – 6 månader i slutet av randningen. Enligt överenskommelse/avtal ska kostnaden för ST-läkarens tjänstgöring under max tre månader belasta universitetskliniken.

Vid tjänstgöring som infektionsspecialist på universitetskliniken, strävar man efter att komma åt mer specifika delar, t ex thorax- och neuro-IVA, HIV-mottagning. Vem bekostar en sådan tjänstgöring? Rimligt att någon del av kostnaden belastar universitetskliniken. Vid auskultation/ bredvidgång ska däremot hemkliniken bekosta tjänstgöringen – skulle kunna utnyttjas mer, t.ex på HIV-mottagning.

Växjö: Sex specialister och fem ST-läkare. Oklart hur sommarbemanningen ska lösas. Diskussion pågår kring vilka arbetsuppgifter en specialist ska ha när specialistbrist råder. Rekryterar underläkare. ST-läkare är bakjour efter ett år med *bakbakjour*, båda har beredskap A. Utbildning bedrivs inom Infektion för randande ST-läkare inom akutmedicin.

Karlskrona: Sex specialister, varav vissa går bakjour hela helgen (fre-sö). Fyra ST-läkare. ST-läkarna går bakjour med *bakbakjour*, beredskap A gäller för båda. Viktigt med bra stöd.

Lund: Svårigheter bemanna en primärjournlinje dygnet runt både i Malmö och Lund. Lund/Malmö kan inte vara bakjourer till varandra pga. IVA-verksamheterna. Jurläkarna sover i snitt 5 timmar per natt i Lund, 3-4 i Malmö. Husjournfunktion efter midnatt i Lund. Diskussion pågår om hur jourbördan ska fördelas mellan akutläkare och övriga akutspecialiteter inkl. Infektion. Mycket diskussioner kring jourverksamheten i Lund. I nuläget tar akutläkarna få nattpass och handlägger då endast internmedicinska patienter på akutmottagningen. Akutläkarna har erbjudits randutbildning tre månader på Infektion, men är inte intresserade av det eftersom man inte vill tjänstgöra på vårdavdelning, utan enbart hantera akutverksamhet. Infektionsläkare är konsult på alla sepsisalarm. Malmö kommer anställa fem ST-läkare.

Helsingborg: ST-läkare har också bakjour med *bakbakjour* (beredskap A). Akutläkarna är fortfarande en ganska oerfaren grupp, trots att man funnits på plats i 15 år. Man räknar med att behöva anställa fem ST läkare i akutmedicin per år under fem år. Akut-ST-läkare randar sig på barn, gyn, ögon, öron, men inte på Infektion. Frågan om bemanning av en husjour diskuteras.

Halmstad: Har samjourssystem med Med. klin. - tre specialister har bemannat akutmottagningen. Dessa tre ska framöver ingå i bakjour Infektion.

Fråga: Kan en *bakbakjour* ha beredskap B med två timmars inställelsestid? Krav från verksamheten finns på i princip omedelbar tillgänglighet, vilket innebär att beredskap A blir det som är tillämpligt. Ersättning vid *störning* densamma.

Övriga frågor

Nya arbetssätt?

- Växjö tittar på HIV- och hepatitpatienter. En strävan finns att få ut läkarna mer på konsulter i verksamheterna.
- Helsingborg är optimalt bemannade med läkare. Omfördelning av arbetsuppgifter pågår – sjuksköterskor har fått större ansvar för MRSA-kontroller. Mottagningsverksamhet för vaccination/resemedicinsk rådgivning resp, patienter med immunbrist i ökande.
- Malmö har åter startat vaccinationsmottagning efter kritik från SPUR (ett utbildningsbehov finns för ST-läkare). Patienter remitterade för vaccination inför stamcellstransplantation bokas in för läkarbesök.
- Växjö måste få till bättre sjuksköterske-mott för HIV-pat. Växjö önskar komma på studiebesök för att se hur andra verksamheter gör. Antalet besök per år för HIV-patienter varierar – på Venhälsan i Malmö ett besök till läkare och ett till sjuksköterska per år, vid infektionskliniken i Malmö läkarbesök två gånger/år. Kan fler arbetsuppgifter läggas över på sjuksköterskan (modell Göteborg)?
- I Karlskrona har läkarbesöken minskat, i nuläget är inte en omfördelning av arbetsuppgifter aktuell.
- I Kristianstad har också antalet läkarbesök minskat, trots oförändrat remissinflöde. Orsaken är färre läkarbesök för patienter med hepatit C och färre vaccinationsbesök till läkare. Vårdpersonal på Infektionsmottagningen har efterhand fått nya arbetsuppgifter och sköter i dag monitorering av patienter med hepatit C som behandlas med läkemedel, 3-månadskontroller av patienter under behandling pga. latent tuberkulos, uppföljning av MRSA-odlingar, Fibroscan-mottagning av Metotrexatbehandlade hudpatienter och screening av högskolestudenter inför praktikperiod.
- Växjö överväger att tillskapa akuttider på ett mer strukturerat sätt (*subakuta tider* dagen efter).
- I Helsingborg driver sjuksköterskorna Fibroscan-mottagning för Metotrexatbehandlade hud- och gastro-patienter.
- Halmstad har problem att motivera ssk att hålla akutlinjen igång. Antalet besök på Infektionsmottagningen minskar, ffa efter att patienter med hepatit C tillfrisknat efter genomförd behandling. Administrera iv antibiotikatillförsel på polikliniska patienter via Infektionsmottagningen?
- Lund ger antibiotikabehandling på mottagningen. OPAT = out patient antibiotic treatment, ett projekt i Lund/Malmö. Just nu två patienter igång där infektion har det medicinska ansvaret, man följer ett exakt schema och målet är att spara vårdplatser. POET 2 studie ska påbörjas.

Nästa möte i Kristianstad 23 april 9-15 2020, RPO kl. 09-11.

Kristianstad 21 februari 2020



Staffan Banke

ordförande



Olof Blivik

justerare av protokollet