

Chefsamråd infektionssjukvård Mötesanteckningar 2023-11-23

Plats

Kristianstad

Närvarande

Peter Ek (SUS), Anna Ogionwo Jerkeman (Malmö), Malin Inghammar (Lund), Karin Holmgren (Halmstad), Kristofer Lundgren (Växjö), Christian Granberg (Växjö), Cecilia Löfgren (Helsingborg), Ulrika Wåhlin (Helsingborg) och Olof Blivik (Karlskrona).

Nuläge

Helsingborg

God bemanning ssk/usk avd. Läkargruppen stabil. 2 ST. En ST-tjänst utlyses nästa år. Ny infektionsmodul 2026, både mott och avd. Planerat för 21 VP, nu utredes ev 3 överbeläggningsplatser.

Eskaleringsplan – fördela överbeläggningar jämnt över alla avd. Bemanningstal bestäms på verksamhetsnivå, inte på enhetsnivå. Minskat antal pat övernattande på AKM iom eskaleringsplanen.

Lund

Över 30% av ssk helt nytutex. God stämning. 24 platser öppna+ överbeläggningar, i praktiken 26-27 pat. Återigen öppnat IMA 4 salar (2 ihopbyggda) med övervakning, 4 platser (3 isolering). Långt från blocket så inte för hög vårdnivå.

Stökigt usk-gruppen. 2 usk/vårdteam. Dåligt samarbete. Mkt fokus på ssk gruppen -> usk känt sig bortglömda. 4 usk sagt upp sig, 4 långtidssjukskrivna.

Tar trach patienter igen pga beslut uppifrån. Scenarioträning i team som alla i personalen gått igenom för att hantera dessa pat. Både kuffade och okuffade. Inte högrisk pat.

Magnet for Europe. Amerikanskt koncept. Tittat på avd/sjh som inte har rekryteringsproblem och disk faktorer som gör att folk söker sig just dit. Ledarskap, personcentrerad vård etc. Stort forskningsprojekt i Europa där SUS deltar. Ansökt som avd, avd 74 utvalt. Stöd från projektgruppen utöver eget arbete. Mkt arbete – enkäter till pat och personal etc.

MST, Mobilt team – 50% delat med internmedicin. Inga kontraindikationer mer än att pat inte vill. Digital kommunikation via ipad. Mkt nöjda pat. Inte så mkt billigare. Sparar: nattbemanning och omvårdnadsresurser. Kvalitet för pat. Kan förhindra att pat på SÄBO

åker till AKM då MST åker dit istället. Ssk – komb tjänster delvis MST och delvis knuten till enhet (inf,akuten etc). Ingår i akut och internmedicin. I Lund 8 VP, i Malmö 14. Flesta som lämpar sig för MST är infektionspatienter.

Finns även mobilt team i regionen utgången från PV.

Nytt sjukhus på Smörlyckan i Lund planeras. Färdigt om 20-25 år. Infektion ska få interimsavdelning, modul utanför nuvarande lokaler. Klart 2026/2027. 20 vårdrum. Samarbete tekniska högskolan. Forskningsavd. 4-6 rum kommer vara forskningsrum. Forskning rörande ex smittspridning, ljusmiljöer, studera pat sömn, ljudmiljö.

Mkt disk kring dygnsvilan i läkargruppen. Stort arb miljö problem under pandemin med mkt kvällar och akutenarbete. Många vill behålla långa jourpass. Ansöker om undantag.

DYGNSVILA; om komp vila i form av ledig ex fre efter helg så får detta tas som jourkomp enl ny info från SKR.

Malmö

Samma antal spec. Lite färre ST-läk, 1 slutat pga byte spec, 1 flyttar, så nu endast 2 ST. Anställt 3 vik ul under hösten och 2 vik ul till våren. Ingen ändring antal VP. Ofta överbeläggningar. Planerar utökning av VP på en avd. Hösten 2024 öppna upp 6 VP på 2:an. Mott – bättre, fullt rekryterat, god stämning. IMA-platserna – hög vårdnivå, inotropi. Debatt med medicin ang äldre med inf som ofta palas till internmedicin. I svåra lägen då de behöver hjälp används konsulten. Spänt med AKM, inf vill vara kvar. Dagjouren har förskjutet pass för att möta behovet - Dygnsvilan ställer till det. Mkt POCUS.

Halmstad

VP bekymmer pga hyrstopp sedan 1 okt, bara nätter/helger. Komb med arbetstidsregler gör att folk slutar. Inf har för första gången behov av hyr ssk. Mkt av läkarnas tid går till att lösa logistik. Omvårdnadscoordinatorer har slutat pga problem, ex med kirurgplatser. Förslag solidarisk bemanning, men risk att ssk slutar i större omfattning. Läkargruppen – många öl, lika gamla, nu har flera gått till andra uppdrag, upplever därför underbemanning. 9 öl, tidigare 13-14 öl. 2,5 ST – kommer bli spec inom kort.

Bytt schemasystem, tessa. Integrerar schema och lön, innebär att bara chefen kan lägga schemat.

Politiskt beslut – fortsatt 2 akutsjukhus kvar (hstad och varberg), inget sjh i falkenberg som tidigare fanns förslag på.

Konsultverksamhet fysiskt 3g/v i varberg. Problem konsulten ej går runt till avd, svarar på tfn på rum ist.

Karlskrona

Hyr reduktion, gått bra, trots det ej reducerade VP och rekryterat nya. Men medicin var undantaget, men ska också minska hyr. Inf – hade ingen hyrpersonal, blev ej bra pga ssk fick höjd lön på alla avd, men usk fick inte därför konflikt mellan grupperna.

Neddragna platser efter sommaren, många FL ssk.

Förändring som blivit bra – mott ssk på hud och inf går som ansvarig ssk var 4e helg -> kunde då öppna ett vårdlag till. Fick specialtjänst, ex slipper kommunkontakt, ej ansvarig för bemanning ex. Flesta ssk har generellt varit nöjda och t o m tagit fler helger. Ssk även med på avd utb. Utredningar avseende bemanningstal etc. Olof slutar 1 april, förhoppning att en hudläk tar över vchefsrollen, en inf läk får bli MLA.

Växjö

Ok. 1 inf läk jobbar på distans från mallis, tfn konsult, 40% tjänst. 8 spec/öl totalt. 2ST blir klara snart. Problem bemanning på avd, långtidssjukskrivna, uppsägningar av olika skäl, FL -> löst lite med hyr.

Nytt sjh – blir inte av -politikerna la ner trots 250 milj i utredning. Kommer ständigt bygga nya lokaler på plats istället.

SPUR insp – gick jättebra! ST läk är på akuten dagtid och tar i första hand inf pat, om lugnt lite med pat också.

Byte avd ssk, nu tf chef, annonserar.

Kristianstad

11 spec. 2 ST, 2 till snart förhoppningsvis. Utlokal pat på medicin mkt tjafs, nu inga utlokal längre enl sjh ledningsbeslut. Mål med mer stående konsultrundor pga frigjort mer tid. God ekonomi på kliniken.

Ett eget mobilt team i sin linda, 1-2 hembesök/eftermiddag vardagar. Provperiod. Bara Kstad kommun. Läk+ssk. ASIH kan ställa upp om fler besök/d behövs. Utvärderas framgent.

Antibiotikaronder/konsultrundor

Kstad – sjh chefen tagit beslut – pat ska tillhöra den klinik de ligger på. Färre utlokaliserade. Finns sjh(ex sundsvall) där inf konsulten är med i slutet på rondan på med avd. Flesta bakat ihop ab rond med konsulten. Exempel på sjh där man agerar som digital konsultfunktion dagligen där det lilla sjh kan koppa upp sig för frågor. Ex andra sjh där konsulter går till inf, ex geriatriker, palliativa teamet.

Kvalitetsregister

Forskningsansökan – starta kval reg för covid. Sökt pengar för vacc, post covid etc. Ökat på frågeställningar. Skåne blev tillfrågad, mkt invändningar, erbjöd då att vi fick sitta i styrgruppen=Malin. GDPR utredd, inget medgivande behövs. Om någon gång provtagen covid->hämta info om vårdkonsumtion 1 helt år efter =>Malin -helt orimligt! Kvalitetsreg perspektiv (ingen etikansökan). Satsa på strikta indikatorer som rör sjukvården och inget annat. Ifrågasatte GDPR -> jurister = håller inte, måste be om allas samtycke.

Inte försvarbart att begära in alla uppg, nedbantning av antal variabler, bara handla om beh vid covid, meningslöst inhämta uppg om sjh vård även om neg covidprov, därför blev bara postcoviddiagnoser. Rejäl anpassning. Skånes hållning = ej försvarbart att begära in alla uppg i efterhand av alla individer, ej värdefullt att vara med. Skånes jurister får ta beslut. Får inkluderas prospektivt. Nu i Skåne gör vi ingenting just nu. Malin begärt utträde ur styrelsen. Region Dalarna ska vara med. Kronoberg-nej.

Schemalagd FoU tid

Alf medel står högre i rang jmf med ex läkemedelföretagsfinansiering– egen kategori Malmö- klinik går före.

Pengar som bränner inne – går tillbaka till fonden igen.

Olika konton för fou-tid – nu kommer schemat granskas från chefsstöd i Malmö. Dessutom en ekonom som stämmer av.

Upp till 50% godkänns i Lund. Oberoende av tidpunkt i akademisk karriär.

Deltagande kongress/möten utefter restriktioner

Flesta skickar 1-2 st/utb, några fler på inf veckan. ECCMID finns digital biljett.

NYSAM

Nu ca 2/3 av klinikerna med. Hur tar de olika klinikerna fram sina siffror? Många felkällor. Risk för fel vid byte av controller etc. Nyttan av siffrorna? Mkt arbete och mkt pengar. Många gått ur, då än mindre hjälp av siffrorna. Tveksamheter om ska fortsätta bland många. Karlskrona och Kstad kommer sannolikt gå ur. Förslag att vi själva jämför siffror och ev ses oftare. Varje sjukhus beslutar själv.

Gemensamt möte med enhetschefer?

Titta på olika lösningar på olika möten. Ta lärdom av varandra. Alla skickar uppdaterad lista på enhetschefer till Åsa.

Viktigt att även bevara nuvarande chefsamråd.

Kvalitetsregister

IT problem, kastas ur. Pneumoniregistret – minoritet ligger på inf. 6-9% av inneliggande pneumonier på inf registreras. Avspeglar således inte verkligheten. Om tar bort pneumoni reg faller finansieringen för alla register pga för låg volym. Endokarditreg används främst till forskning. Nu beslutat att alla reg ska vara kvar men krympas, en sekr ska kunna fylla i, kommer bli ny mall med 5-6 frågor. Sepsis pilot för att se om automatisk överföring är möjlig.

Nästa möte

21-22 mars. Båstad, Skansen.