

## Chefsamråd infektionssjukvård Mötesanteckningar 2024-03-21 - 22

### Plats

Båstad

### Närvarande

Ulrika Wåhlin, Cecilia Löfgren, Karin Holmgren, Christian Granberg, Kristofer Lundgren-Soldan, Olof Blivik, Olof Thompson, Anna Jerkeman, Peter Ek, Åsa Lundgren

### Nuläge (10 min/klinik)

#### Helsingborg

God bemanning ssk/usk avd. Läkargruppen stabil. 3 ST-läkare.

14 vårdplatser nu. Ny överbeläggningsplan gjort situationen på akuten bättre, med färre övernattare, men trängre på vårdavdelningarna.

Ny infektionsmodul uppskjuten till 2027, både mott och avd i full färd att lägga planer för den. Planerat för 24 VP.

Startat upp mottagning för ortopediska infektioner tillsammans med ortopedkliniken. OPAT under införande via infektionsmottagningen. Plan att kunna ansluta patienter från hela sjukhuset, efter bedömning av infektionskonsult. Kloka kliniska val under uppstart.

Ekonomiskt tuffa sparbeting. Avslut av bemanningsföretag. Diskussioner angående bemanningstal svåra där man "jämför äpplen med päron" vid jämförelse med annan typ av verksamhet.

#### Lund

Över 30% av ssk helt nyutex. God stämning. Samtliga 28 vårdplatser öppna på avd 74. Dessvärre på bekostnad av IMA-nivån som får anstå.

Stökigt usk-gruppen. 2 usk/vårdteam, svårt med samarbetet.

Magnet for Europe. Tittat på avd/sjh som inte har rekryteringsproblem och disk faktorer som gör att folk söker sig just dit. Ledarskap, personcentrerad vård etc.

Sjukhus hemma – tillsammans med internmedicin, en heltidstjänst infektionsläkare. Mkt nöjda pat. Flesta som lämpar sig för MST är infektionspatienter.

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

Mkt disk kring dygnsvilan i läkargruppen. Ansökt och fått undantag för planerad avvikelse.

### **Malmö**

Samma antal spec. 4-5 nya ST nu. Ingen ändring antal VP. Ofta överbeläggningar. 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, men som en ekonomisk sparåtgärd har akuten beslutat att inte betala för infektionsdagjour längre. Frågan är hur lösa det då, med tanke på det bästa för patienter, vårdflöden, och ffa utbildningen för blivande specialister. SPUR-inspektion planerad hösten 2024.

### **Halmstad**

VP bekymmer framför allt på sjukhusövergripande nivå, vilket spiller över på Infektion. Hyrstopp sedan 1 okt, bara möjligt nätter och helger. Ssk slutar i större omfattning. 6-7 ssk-vakanser av 25 tjänster. Dessvärre sedan i höstas behövt hyrsköterskor helgtid. Otroligt lojal personal, som gör att det går ihop och stämningen är god. Mkt av läkarnas tid går till att lösa logistik. Läkargruppen – många öl, lika gamla, nu har flera gått till andra uppdrag, upplever därför underbemanning. 12 läkare totalt knappt 11 tjänster, fördelat på överläkare och ST.

Bytt schemasystem, tessa. Integrerar schema och lön, vilket är positivt, men negativt att bara chefen kan lägga schemat.

Tidigare problem kring konsulten nu lösta, det funkar bra.

Konsultverksamhet fysiskt 2 ggr/v i varberg.

Jobbar med POCUS, kloka kliniska val, feedbackkultur, OPAT, god effekt av nyinförd dagbakjour i tillägg till dagjouren. Eget akutintag kontorstid. Sepsislarm på stora akuten. Oro för införande av BT då man i nuläget kontinuerligt har AT-läkare.

### **Karlskrona**

Olof kommer strax avgå som chef. Ersätts av Emil Giertz som är hudläkare. MLA infektionsläkare Eva Lindkvist. Precis nu många chefsbyten på regional nivå. Ekonomiskt svåra tider.

9 öl och 4 ST. Saknar 8 ssk. Trots det lyckas man hålla alla vårdplatser öppna, till och med ökat från 20 till 21 vpl, ibland med 4 överbeläggningar, på 3 vårdlag. Rotationstjänster Infektionsavdelning - Hudmottagning. Stående konsult på avdelningen från palliativa enheten, upplevs värdefullt.

Nyss stängt infektionsakuten pga allt färre patienter, med lindriga tillstånd. Patienterna och infektionsjouren placerad dagtid på stora akuten istället. Förändringen gick snabbt att driva igenom och har blivit jättebra. Har fler subakuta mottagningstider istället. Har kunnat minska bemanningen med 1 ssk.

## **Växjö**

Stora förändringar i regionens chefsled, och inte helt okontroversiellt. Skapar viss oreda i verksamheten.

Läkargruppen stabil, 10 specialister innan årets slut. Tappar dessvärre allt fler sjuksköterskor, så att man till sommaren inte får ihop schemat. Behöver få till samarbete med andra kliniker, men inte klart än. Försöker jobba med utskrivningskoordinator, farmaceut, medicinsk sekreterare. Läkarna använder TIK i mycket större utsträckning. Antibiotikarond infört på medicinavdelningar.

SPUR inspektion i höstas gick jättebra! ST-läkare tjänstgör på akuten dagtid, och man ingår i medicinjour under 9 månader medicinrandning. Finns akutläkare bara i liten utsträckning så ingen undanträngningseffekt i nuläget.

Idag 15 vårdplatser öppna, behöver dock dra ner till 10 vpl efter påsk. Uppdrag om 18 vpl. Behöver anlita hyrsköterskor. Infört parledarskap med 2 EC som leder avdelning + mottagning.

## **Kristianstad**

Har det nu väldigt bra. Tidigare tjafs om utlokaliserade patienter nu löst övergripande vilket är bra. Mkt få utlokaliserade nu, i gengäld tätare konsultnärvaro på medicinavdelningar.

11 spec. 2 ST, 2 till snart förhoppningsvis.

Provperiod med eget mobilt team avslutat. Det blev för få pat för att vara motiverat så nu utgår det från ASIHS verksamhet.

2-årigt fortbildningsprogram för omvårdnadspersonal.

## **NYSAM**

Kristianstad har sagt upp i år. Lång uppsägningstid, 9 mån eller tom längre? Diskussion kring värdet. Mycket resurskrävande. Bra värde som benchmarking, inte minst i ekonomiskt svåra tider. Peter kontaktar i sittande möte Erik Degerman som fått uppdrag från verksamhetschefsmötet i Högberga gård kring NYSAM för uppdatering var SILF står. Vidarebefordrar separat mailtråd från Erik D.

## **Kvalitetsregister**

SKR kommer sluta ge ekonomiskt stöd till SILF och andra specialitetsföreningar för arbete med kvalitetsregister. Hur ska det lösas framgent?

## **Diagnostik luftvägsvirus**

Flera akutmottagningar avvecklar Vita-PCR och har inte för avsikt återuppta verksamheten nästa säsong. Detta som ett led i ekonomiska besparingar. Ev följer antigen-test-baserad diagnostik istället. Och för vissa simplexa eller luftvägspaneler. Oro i gruppen för vad det kommer göra för flöden och vårdplatsutnyttjande. Olika förutsättningar närhet till mikrobiologiskt lab och service på klinkems akutlab. Angeläget att infektionsklinikerna är aktiva deltagare i utvecklingsarbetet redan nu inför nästa vintervirus-säsong.

## Bemanningsstal

I Helsingborg pågår utredning av bemanningsstal. Räknar på undersköterskor och sjuksköterskor, inga andra funktioner. Ambition likriktning per vårdnivå, dvs tex infektionsavd och kirurgavd ska ha samma bemanning. Parvård? Ingen hänsyn till vårdtyngd, isoleringsvård eller annat. Lokalernas storlek och avstånd till närliggande avdelningar påverkar i verkligheten. Påverkar även nattbemanningen.

Hbg: 2 ssk + 4 usk på 14 vpl + ÖB. Natt 2 ssk + 3usk. Viss möjlighet att ta in vak utöver. Köper in tjänster av farmaceut, servicemedarbetare, usk receptionst, usk driftansvarig som sköter Mina Planer (utskrivningsplanering)

Hstad: 1 ssk + 1 usk per 5-6 pat.

CSK: A-tur 5 ssk + 6 usk, C-tur 4+4, natt 2+2 på 3 team, totalt 22 pat. 1 mentor/omvårdnadsledare, 1 koordinator - usk.

Växjö: 15-16 vpl Dag 3 ssk + 4-5 usk, Natt 2 ssk + 1 usk. Helg?

Påbud att införa utskrivningskoordinator. Vissa funktioner som tex vak och bemanning räknas inte in i bemanningsstalen. Har farmaceut med enda uppdrag att beställa hem läkemedel. Systemen stöder inte tillgång till dospåsar. Sjukhusövergripande transportörer. Inga servicevärdar.

Jobbat utifrån bemanningsstal sedan 2009. I bemanningsstal inräknas ett nattindex vilket ställer till det. Kostnadsineffektivt med för låg bemanning pga dyra övertidslösningar. Onkologavd enda på sjukhuset som har högre grundbemanning, och har lägre kostnad totalt pga mkt lite övertid.

Blekinge: 24-25 vpl. Vårdlag om 7 pat + 1 öb. 2 ssk + 1 usk per vårdlag. Jämn bemanning dag, kväll, helg. Natt 2 ssk + 2 usk på hela avd. Om hög vårdtyngd rings ibland extra personal in till natt.

Omvårdnadspersonal sköter städ och transport, längre avstånd medför längre tid vid transporter. Ingen farmaceut.

## SUS

Lund: Precis öppnat 10 vpl ytterligare till totalt 28 vpl + 1 ÖB. 4 team. 1ssk + 2 usk. Farmaceut, drift.

Malmö: Avd 3: 25 vpl + 4 ÖB. 4 team. 1 ssk + 1 usk per team. 1 löpare. 1 koordinator, ssk. 0.5 farmaceut.

Avd 2: 2 IMA + 6 vpl. 1 ssk + 2 usk per team. 1 drift usk/ssk. 1 tavelvak – icke-vårdutbildad personal som övervakar via kamera, och kan larma ssk vb. Förhoppning om att gå upp i antal vpl med 6 + öb efter sommaren.

## Kloka kliniska val

Kommit olika långt. Tydlig del av besparingspaketet i Hbg. Startats arbetsgrupper på uppdrag av förvaltningschefen; lab, rtg, läkemedel, material. Ulrika ingår i

labmedicingruppen. Jobbar för att komma ifrån slentrianmässig provtagning. 5 do-nots. Varit ute i sjukhusets alla verksamheter för förankring, de konkreta förslagen behöver komma från arbetsgruppen.

Klurigt med koppling till ekonomisk besparing – kan och bör man ha det med som ett mål?

”Våga vara kliniker”

Motsättning till press om kortare vårdtider. Går snabbare att skicka iväg flera prover/undersökningar samtidigt utan att invänta svar däremellan.

Peter har goda erfarenheter av uppföljning månadsvis per enhet med underlag från klinikekonom; vilka och hur många prover, undersökningar, läkemedel har enheten ordinerat? Angeläget att hålla i arbetet fortlöpande, och ffa jämföra med sin egen enhet över tid.

Hur förhålla sig till standardiserade vårdförlopp och vårdprogram i ljuset av Kloka kliniska val? Medicinetiska frågeställningar när det närmar sig livets slutskede – när är det kontraproduktivt att driva utredning vidare?

Kan vi införa Kloka Administrativa Val? Begreppet Choosing Wisely kan appliceras på allt vi gör, inte bara det rent kliniska arbetet.

I Blekinge har man tagit beslut att undersköterskorna slutat dokumentera riskbedömningar i ett tidskrävande separat datasystem, för att klokt använda tiden. Bedömningen och åtgärden görs som tidigare, och dokumenteras på papper.

Kan KKV appliceras på vårdhygieniska rutiner? Överanvändning av skyddsutrustning, med ett mått av falsk trygghet. På Infektionskliniken på SUS används 4.000 plasthandskar per dygn!

## **Taligenkänning**

Diskussion om för- och nackdelar. Oro bland gruppen medicinska sekreterare hur de kommer påverkas. Oklart om det går att dela mallar, det funkar i Kronoberg, men inte i Skåne. Möjligt att det beror på olika versioner.

## **Ultraljud/POCUS**

Introducerats på kliniken i Halmstad med goda erfarenheter, används ffa vid anläggande av olika infarter och drän. POCUS-akademi utbredd på SUS, så även på Infektion. Gediget utbildningsprogram. Är det need-to-have, eller nice-to-have?

## **SVF sepsis**

Brist att systemen inte stödjer uppföljning och utvärdering.

Hur göra med uppföljningen som ingår i SVF? Blekinge infört, men inte övriga. De flesta gör individuell bedömning av behov av uppföljning.

Säker Sepsis, från LÖF. Goda erfarenheter i Blekinge. Inga övriga deltagare som deltagit.

## **Shingrix**

Hur göra med vaccination med Shingrix? Folkhälsomyndigheten pos till vaccination av äldre och immunsupprimerade. Ingen har i nuläget startat detta i någon större utsträckning, endast enstaka.

**Nästa möte: Torsdag 7 nov 2024 CSK. Åsa skickar kallelse.**