

## Regionalt chefssamråd Radiologi Mötesanteckningar 2022-09-21

**Tid:**

13.00-16.00

**Plats:**

Röntgen i Kristianstad

**Närvarande:**

Anders Navntoft, tf verksamhetschef Skånes sjukhus nordväst (SSNV)  
Peter Hochbergs, verksamhetschef Skånes universitetssjukhus (SUS)  
Elvira Sabic Zembo, tf verksamhetschef Skånes sjukhus nordost (SSNO)  
Anders Bolin, verksamhetschef Blekinge  
Malin Cullin, medicinskt ledningsansvarig Blekinge  
Margareta Albinsson, Södra Regionvårdsnämnden  
Jon-Martin Haga, läkarchef Halland  
Sven Truong, läkarchef SSNV  
Carin Cronberg, läkarchef SUS  
Henrik Andersson, läkarchef SUS  
John Ly, läkarchef SSNO  
Markus Jacobsson, läkarchef SSNO  
Pia Nilsson, protokoll

**Presentationsrunda**

Vi kör en presentationsrunda så att alla vet vem alla är.

**Södra sjukvårdsregionen**

Margareta Albinsson gör en introduktion om vad Södra sjukvårdsregionen (SSR) har för uppgift, att man samverkar med politiken. Kronoberg, Blekinge, Skåne och södra Halland ingår i SSR. Det finns sex sjukvårdsregioner i Sverige. SSR leds av en nämnd med politiker från de fyra huvudmännen. Vem som leder efter valet är ännu oklart, men innan valet var det Anna Mannfalk som ledde SSR. I ledningsgruppen ingår bland annat hälso- och sjukvårdsdirektörer och gruppen är ett beredningsorgan till nämndens kansli, där Sven Oredsson är chef. Kansliet har 4-6 anställda, och här sitter också enheten för kunskapsstyrning som hanterar personcentrerade vårdförlopp. Här samordnar man högspecialiserad vård, och eventuella omförflyttningar inom SSR. Man samarbetar inom SSR och nu jobbar man bland annat med decentralisering, det vill säga förflyttningar från Skånes universitetssjukhus till andra sjukhus. Just nu har man omfördelat 1000 gyn-

operationer från SUS till övriga sjukhus inom SSR. Man jobbar också med att fördela urologisk kirurgi till andra sjukhus inom SSR.

### **Delprojekt kliniska distansmöten**

Uppdraget är att titta på vilket sätt vi kan utveckla och samordna kliniska distansmöten. Det har varit svårt att få MDK-tider, vem kommer till och vem kommer inte till? Fler och fler områden är intresserade och vi behöver hitta former för det. Vi behöver också beskriva när hela "MDK-kitet" behövs. En grupp har tillsatts kring detta med representanter från bland annat patienter, SSNV, klinisk fysiologi, SUS, tekniker, rehabmedicin, strateger från Halland, Blekinge och Kronoberg. Resultatet har presenterats för ledningsgruppen som kommer att utföra en rekommendation och besked om hur vi ska gå vidare. Ledningsgruppen var positiv till förslaget och det finns ett stort intresse kring projektet från hela landet, eftersom det är ett generellt problem. Vilka former för MDK ska det finnas? Vem ska vara med? Tid? Struktur? Det måste finnas varianter istället för MDK. MDK ingår i vissa nationella programområden och det behöver ses över om det är realistiskt att det ingår i alla.

Den 28 oktober ska kansliet vara klar med handlingsplanen för projektet och då ska det presenteras för ledningsgruppen.

Diskussion kring MDK där det just nu finns ett tak för hur många undersökningar/patienter det är rimligt att hinna gå igenom inför en rond. Ronderna tar lång tid och det en radiolog som håller i ronderna och det måste vara rimligt för hen att hålla skärpan uppe.

### **Delprojektet DT och MR**

Detta projekt har diskuterats på chefssamrådet flera gånger.

I delprojektet DT och MR ingår Halland, Kronoberg, Blekinge och Skåne.

### **Strategi för kompetensförsörjning**

SSNV rekryterar underifrån och arbetar aktivt med det samt att behålla dem man har. Här har man valt att låta stafetterna sitta i akutlistan, med syftet att låta de egna läkarna få mer elektiv tid.

2013 började man bygga på med ST-läkare och har gått in för att rekrytera med social förankring och det har gett resultat och nu är man ett schysst ST-gäng. Det kan dock vara jobbigt för specialisterna ibland att ha många ST-läkare, det blir mycket "utbildande". SSNV har fått 9 egna specialister de senaste 1,5 åren. Det är viktigt att ha tillräckligt många i akutlistan så att man kan gå hem i tid och orka ha ett liv på fritiden.

Första året som ST är jourförberedande med bland annat ultraljud och nefrostomier. Efter 1-1,5 år är man upplärd för jour.

På specialistsidan försöker man vara rättvis med placeringarna och alla får hjälpa till med t ex ultraljud, vill man inte det får man kanske vara mer i Landskrona. Schemat läggs av två sekreterare och sektionschefen lägger sista handen på schemat.

Sektionscheferna har koll på vilka listor som är långa och diskuterar tillsammans med schemaläggarna fördelarna med placeringar, pendling, akutlistan osv. Detta har hjälpt mycket för att få glädjen på jobbet.

SUS har mer vattentäta skott, där gastro dock är lite bredare. De tycker att tanken i att "vi hjälps åt" är klok.

SSNV har vid intervjuer av ny personal med båda sektionschefer, studierektorn, en specialist och en ST-läkare. Man är tydlig med förväntningarna, att man å ena sidan kommer att joura, men å andra sidan kommer man att få en riktigt bra ST-utbildning. Vill man inte joura anställs man inte varken som ST eller specialist. Specialisterna kan sitta hemma och jobba, då det är ont om arbetsstationer. Det finns tre jourlinjer, primärjour, bakjour och mellanjour. Mellanjouren behöver inte vara på plats, utan kan sitta hemma eller på vilken enhet man önskar. Det är ungefär samma som SUS förstärkningsjour. Som jour dikterar man i den elektiva listan om det inte finns något i akutlistan.

När ST-läkaren har ett år kvar till specialist erbjuds den 2000:- i lönepåslag om hen börjar definitivsignera sina svar pö om pö tills man är specialist. När man signerar signa egna svar granskar man på ett annat sätt. SUS kan ibland se att nyfärdiga specialister är osäkra vad det gäller definitivsignering. I SSNV preliminärsignerar ST-läkarna akuta undersökningar, medan de inte gör det på SUS. I SSNV definitivsignerar ST på ultraljud och genomlysningar och de får därmed viss vana att definitivsignera.

I bemanningsprognosen framöver skulle SSNV egentligen endast behöva ta in 2-3 nya ST per år, men väljer att fortsätta rekrytera fyra per år för att alla behöver hjälpas åt för att utbilda radiologer för framtiden.

SSNO tar in två ST-läkare varje halvår, samma som SSNV. SUS tar in fyra per ort och år och två per kvartal på SUS.

SSNV påtalar att det är viktigt att hålla fast vid utbildningsmålet och tydliggöra det och då kan det vara lättare att stå ut med klen bemanning, om man ser en ljusning framöver.

I SSNV delar man på allmänradiologin, alla jobbar cirka 50% med det. Trots användande av externgranskning och stafetter har man en budget i balans, och därmed har externgranskning och stafetter aldrig blivit ifrågasatt. SUS får inte ha stafetter i Lund eller Malmö men har stafett i Trelleborg.

I SSNV har man många sonografer och håller på med kompetensöverföring då man har två stycken erfarna som så smått börjar närma sig pensionering. En blir klar sonograf till

årsskiftet och två stycken kommer att börja sin utbildning till våren. Erfaren sonograf utbildningar nya sonografer, ST-läkare och specialister.

Alla läkare hjälps åt vid toppar och "krattar manegen" för andra. Hjälps man åt trivs alla bättre.

Kan vi samordna oss i SSR istället för att skicka till externgranskning? Nej, inte inom rimlig överskådlig tid. Intressant vore dock om t ex SSNV och SSNO kunde ta intressanta fall från SUS istället för att de skickar iväg dem för externgranskning. I sådana fall kunde SSNV och SSNO skicka annat för externgranskning.

SUS har fördjupningstjänster på 6 månader där det ingår MDK. Till detta behövs ingen nyrekrytering utan det blir en breddning av kompetensen, vilket underlättar allas arbetsflöde och man vet dessutom vad svaret ska innehålla och det behöver inte skrivas om.

På SUS väljer man ST-inriktning cirka ett år innan man är specialist. Det är en balansgång med vad personen har för eget val och vad som behövs. Ibland kan det bli 50/50 för att hålla alla nöjda.

### **Statistik**

Diskussion om GOLI och att man där kan ta fram statistik på hur mycket varje läkare dikterar och sätta det i relation till schemaläggning och personkännedom vid medarbetarsamtal. Sectra analytics kommer vid PACS-uppgraderingen i november.

### **Externgranskning nattetid**

Externgranskning nattetid, här har Region Skåne tolkat det som juridiskt inkorrekt och har inte detta längre. Andra regioner har satt patientsäkerheten högre än juridiken. Vilket väger tyngst?

### **Gemensamma metoder**

Varför har vi olika protokoll i Sverige och också i SSR? Att göra lika är ofta en fördel – men hur får vi till det? SSNV har synkat fyra enheter och SUS tre, och det gör ont. Det har varit en utmaning att få till t ex PO-kontrast i Skåne. Även i nomenklaturen finns det skillnad. I SSNV är det koordinatörer på DT och MR som gör ändringar i protokoll, inga andra. Ingen ändring görs på enskild maskin!

Man bestämmer att titta på möjligheten med gemensamma metoder på DT, där metodansvariga, som redan känner varandra, får träffas och prata samman sig. Även Blekinge och Kronoberg önskar ingå i detta.

### **Remissinflöde**

Vi har ett stort inflöde av remisser, hur vänder vi detta? Det är ett stort problem. Kommunikationen med allmänläkarkonsulter (AKO) fungerar inte alltid, t ex vad det gäller ultraljud tyreoida. Det har även varit diskussioner med AKO kring primärvårdens

skickande av SVF:er utan SVF-förlopp, där detta baseras på gamla överenskommelser sedan 12 år tillbaka när vi hade ungefär två förlopp. Det har blivit en stor sak på SUS. SSNV har gjort ett dokument för hantering av varje enskilt SVF-förlopp, som både bokningen och läkare har tillgång till. Om kraven inte är uppfyllda skickas remissen tillbaka. SVF-koordinatorerna inom varje svf har regelbundna kontakter med SSNVs SVF-koordinator. Bifogar SSNV:s SVF-dokument nedan.



2. SVF läkardok  
211027.docx

### **Nästa möte**

Nästa möte blir i samma konstellation och det bestäms bli i Kristianstad den 9 december. Vi bestämmer att vi har två fysiska möten per termin.

Vid pennan  
Pia Nilsson

Justerat av  
Anders Navntoft