



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Lasarettet i Ystad

Klinik

Radiologi

Specialitet

2021-11-09 – 2021-11-11

Datum

Ystad

Ort

Ida Blystad och Caroline Sandahl Molinder

Inspektörer

Styrkor

- Valfungerande klinik med gott undervisningsklimat, stor kollegialitet och högt i tak där ST-läkarna ses som en viktig del av verksamheten.
- Engagerad och strukturerad studierektor som arbetar aktivt med individuella utbildningsprogram och utvärderingsverktyg som är fullt implementerade och används regelbundet.
- ST-ansvarig lokalt på Ystad som har engagemang för utbildning och ST-läkarna, som har ett gott samarbete med studierektor och som har mandat att styra ST-läkarnas schemaläggning utifrån utbildningsbehov.
- ST-läkare och handledare arbetar nära varandra, vilket man tar till vara, och den dagliga handledningen är lättillgänglig.
- Redan tidigt god handledning och möjlighet att bli självständig i enklare interventionsprocedurer.
- Det finns en bred allmänradiologisk bas hos specialisterna men även kollegor med spetskompetens, vilket används för handledningen av ST-läkarna inom de olika organområdena.
- Mycket gott samarbete med CSK där man drar nytta av varandras kompetenser och olika verksamheter. Finns exempel där man åt båda håll använt sig av fördjupande placeringar hos varandra inom exv. ultraljud och elektiv verksamhet. De gemensamma listorna ger underlag till fördjupning inom specifika områden. Jourtjänstgöringen vid CSK gör att man uppfyller kraven på allsidig verksamhet.

Svagheter

- Funktionellt använder man sig inte av den rekommenderade uttolkningen av målbeskrivningen (European Training Curriculum), och ej heller av någon annan strukturerad uttolkning. Det innebär en otydlighet i bedömningen huruvida ST-läkaren har tillgodogjort sig det som målbeskrivningen stipulerar, och om bedömningen blir rättvisande mellan olika ST-läkare. En tydlig koppling skulle underlätta även för ST-läkaren att veta var den befinner sig kompetensmässigt.
- Såväl i individuellt utbildningsprogram som i schemaupplägg saknas organinriktade fördjupningsblock i den kliniska tjänstgöringen vid moderkliniken. Det skapar svårigheter för ST-läkaren att ta tydliga progressionssteg, och också att bedömas avseende progression, kopplat till målbeskrivningens c-del mål.
- Det finns en sårbarhet i bemanning av ultraljud vid enheten, där ST-läkarna har fått ta stort ansvar att fylla luckor. Det gör att ST-placeringar avsedda för fördjupning, för att kunna uppfylla målbeskrivningen, tenderar att bli upphackade.

Förbättringspotential

- Det finns redan en tydlig struktur vid specialistkollegium för bedömning av specifika a- och b-mål, som kan byggas på med bedömning av de olika c-målen. De gemensamma listorna ger ett bra underlag för fördjupning inom specifika områden, och möjligheter för samlad bedömning och återkoppling i slutet av ett fördjupningsblock, som då även kan stämmas av vid specialistkollegium.
- ST-läkarnas IUPER behöver uppdateras och revideras utifrån c-målen, där förutsättningarna för fördjupning och återkoppling redan finns och delvis används, men utan tydlig struktur eller koppling till uttolkning av målbeskrivningen. Kliniska placeringar lokalt på moderenheten kan med fördel ha tydliggjorda fördjupningsblock inom c-delmålen (det som nu kallas elektiv placering), där merparten av kunskapsinhämtningen sker, även om sidotjänstgöring vid SUS utgör ett bra och viktigt komplement.
- Vid placering, bedömning och återkoppling kring c-delmålen behöver uttolkning av målbeskrivningen, ETC, ligga som grund även i praktiken vid tjänstgöringen vid moderkliniken. Här kan man med exempelvis ha nytta av de specialister på kliniken som redan har inriktning mot respektive organområde.
- Viktigt att i skriftliga riktlinjerna för ST beskriva hur det är tänkt att c-delmålen ska uppnås även genom tjänstgöring vid moderenheten. Kopplingen mellan c-delmål – placering – bedömning behöver förtydligas. Här är ST-läkarnas schema och specialistkollegium användbara verktyg för att uppnå detta.
- Säkerställa att verksamhetschef/läkarchef deltar aktivt i bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling (t ex deltagande vid specialistkollegium).

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamheten har förutsättningar för genomförande av ST enligt målbeskrivning. Skriftliga riktlinjer kring utbildningens genomförande och utvärdering finns. Praktiskt användbara verktyg för att följa ST-läkarens progression finns och används generellt. De moment/områden som ej går att tillgodogöra sig genom tjänstgöring inom enheten kompletteras medelst sidotjänstgöring och i samarbete med CSK. Jourtjänstgöringen görs vid CSK.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Antalet specialistläkare i förhållande till antalet ST-läkare ger förutsättningar för en god utbildning. Samtliga handledare är handledarutbildade och studierektor har relevant specialitet och utbildning. Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.

Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Det finns adekvat utrustning för att bedriva ST-läkarutbildning. Enheten är väl samlad. Det finns god tillgång till referenslitteratur och e-utbildningstjänster för ST-läkarna. Det finns inga specifika arbetsplatser dedikerade till ST-läkarna, men god tillgång till funktionsarbetsplatser.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

Gradering



A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggning

De skriftliga riktlinjer som enligt bedömningspunkten finns för målbeskrivningens uttolkning ska också vara kända och användas för att punkten ska anses vara godkänd. Kliniken rekommenderar att man använder ETC som utbildningsbok, men inte hur detta ska ske. ST-läkare och handledare är inte närmare insatta i ETC och den används därför endast undantagsvis.

Viktigt att såväl i skriftliga riktlinjer som i IUP beskriva hur det är tänkt att c-delmålen ska uppnås även genom tjänstgöring vid moderenheten. Kopplingen mellan c-delmål – placering – bedömning är mycket viktig. Arbetet att använda ST-läkarnas schema som verktyg för detta har påbörjats men behöver förtydligas. Specialistkollegium kopplar i nuläget inte kompetensutvecklingsbedömningen och återkopplingen till c-delmålen.

Kravet på jourtjänstgöring uppfylls genom jourarbete vid CSK.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

E Handledning och uppföljning

Bedömningsmetoder och utvärderingsinstrument som används är kända och tydliga, även gällande kommunikation, pedagogik, vetenskapligt förhållningssätt och ledarskap. Den fortlöpande bedömningen avseende kliniska mål utgår dock inte från målbeskrivningen, som är organbaserad.

Handledningen är schemalagd och genomförs regelbundet.

Verksamhetschef har delegerat till enhetschef att delta i specialistkollegium för den kontinuerliga bedömningen ihop med huvudhandledare.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Det finns goda möjligheter till teoretisk utbildning, såväl internt med schemalagd inläsningstid och deltagande i föreläsningsserie från SUS, såväl som regionala ST-utbildningar och externa kurser.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Det finns en välfungerande modell där man använder sig av journal club som grund för återkommande strukturerad bedömning och återkoppling.

Enheten bedriver inte någon självständig forskning, men det finns möjlighet att skriva in sig för doktorandprogram i Lund. Flera av ST-läkarna tillgodoräknar sig tidigare genomförda vetenskapliga arbeten från grundutbildningen vilket gör att man tappar ett viktigt moment för bedömning och återkoppling gällande vetenskapligt förhållningssätt.

Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Det finns flera situationer där såväl kommunikation, ledarskap, handledning och undervisning tränas och det finns tydliga bedömningsverktyg för dessa moment, vilka redovisas årligen inför specialistkollegium.

Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

Allmänna råd

- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

Skånes sjukhus nordost

VO Diagnostik

Åtgärdsplan till SPUR 2021 Kristianstad och Ystad

- Mallarna för den individuella utbildningsplanen (=IUP) och tjänstgöringsplanen har uppdaterats och innehåller nu även en detaljerad tidsplan med när c-delmålen inkl. organplaceringar/ämnesområden med associerade ronder samt randningar ska infalla under ST-utbildningen och hur långa dessa borde vara.
- Arbetet med anpassad tolkning av ETC (=European Training Curriculum) inriktat mot allmänradiologisk ST i vår avdelning har påbörjats.
- ST-placeringarna kommer (om lämpligt) vara organ-/ämnesinriktade (till exempel vid elektiv/MR placering) eller är redan inriktade efter ETC (till exempel vid akut-placering). Detta kommer synas ännu tydligare än tidigare i ST-läkarnas IUP/tjänstgöringsplan.
- Utöver vår redan existerande organinriktade checklista för akutfall inför jourtjänstgöring, planeras det att skapa en organ- och ämnesinriktad checklista baserad på ETC inom det elektiva området.
- På specialistkollegium kommer vi ännu mer detaljerat än tidigare bedöma ST-läkarnas utveckling i enskilda c-delmålen och dokumentera detta.

Så ser vår ST utbildning inriktad mot organområden ut just nu:

ST-läkarna brukar ha ett ca 1 års block för att uppnå jourkompetens. Detta är inte organinriktat, men riktar sig mot de viktigaste undersökningarna under juren och är ETC-anpassat (Emergency Radiology). En organinriktad checklista till detta finns och används. Organövergripande ronder infaller under den tiden (IVA, kirurgi, medicin, infektion).

Därefter kommer ST läkaren vara mer elektivt placerad. Under dessa placeringar rekommenderar vi att de koncentrerar sig på ett organområde åt gången och ber subintresserade/subspecialiserade specialister att eftergranska. Beroende på organområde/subspecialitet och hur långt ST-läkaren har kommit i utbildningen, börjar hen hålla organinriktade/subspecialiserade ronder till exempel gyn-rond, uro-rond, onkologrond, ortoped-rond, neuro-rond, öron-rond, barn-rond, lungtumörkonferens, MDK-gastro, MDK-colon. Ronderna hålls med bisittare och direkt återkoppling sker (med och utan skriftlig bedömningsmall) och ST läkaren tar successivt mer ansvar tills hen är självgående, men har även efter detta alltid möjlighet att konsultera mer erfaren kollega.

Randningar på mammografi och klinisk fysiologi/nuklearmedicin infaller år 1 - 2. Randningar i thorax- och gastroradiologi samt eventuell MSK på våra egna avdelningar eller Skånes Universitetssjukhus (=SUS) infaller helst år 2 – 3. Innan och efter dessa bör ST-läkarna ha en elektiv placering inriktad mot det organområdet de ska randa sig på och hålla relevanta ronder hos oss. Deras kunskapsutveckling i organområdet dokumenteras under den perioden ofta via skriftliga bedömningsmallar av ronder och röntgenundersökningar. Vi instruerar även våra ST att initiera skriftliga bedömningar av deras kunskap på SUS. Randningar på PET-CT brukar infalla år 2 – 3 och kan med fördel kombineras med hållande av onkolog-rond.

Randningar på neuro- och barnradiologi på SUS brukar infalla år 4 – 5. Även här bör ST-läkarna innan och efter ha en elektiv placering inriktad mot det organområde de ska randa på och hålla relevanta ronder hos oss. Deras kunskapsutveckling inom organområdet

dokumenteras under den perioden ofta via skriftliga bedömningsmallar för ronder och röntgenundersökningar. Vi instruerar även våra ST att initiera skriftliga bedömningar av deras kunskap på SUS.

I och med vår bemanningssituation har förbättrats under de senaste åren är detta system relativt nytt, så inte alla ST-läkare har haft tillgång till detta under hela sin ST.

Ställningstagande till forskning:

ST-läkarnas vetenskapliga arbeten och kvalitetsarbeten brukar presenteras på avdelningsövergripande eller avdelningsinterna möten. Enstaka ST läkare har presenterat dessa även på regionala möten. Vi har inga större forskningsprojekt på våra avdelningar, men ST läkarna har utfört sina vetenskapliga arbeten såväl hos oss som, vid önskemål, på SUS. Vi uppmuntrar och stödjer våra forskningsintresserade ST läkare som har tillgång till universitetssjukhusets doktorandprogram där forskningen helt eller delvis har finansierats av SSNO.

Angående: ” Säkerställa att verksamhetschef/läkarchef deltar aktivt i bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling (t. ex. deltagande vid specialistkollegium)” Kristianstad och Ystad:

Verksamhetschef/läkarchef deltar redan nu aktivt i bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling genom information efter specialistkollegium från ST-studierektor och Ystads ST-utbildningsansvariga samt fortlöpande information från handledare. Efter specialistkollegium och sammanställning av enkäter sker direkt informationsöverföring mellan handledare och ST-läkare. Utöver detta informeras läkarchef och schemaansvarig angående vidare placeringar, randningar, ronder, kurser samt åtgärdsplan vid eventuella brister. Vi har dock valt att verksamhetschefen inte deltar på specialistkollegium, då vi funnit att dennes närvaro kan vara hämmande för diskussionen. Medarbetarsamtalen ser vi utöver detta som en bra möjlighet för verksamhetschef/läkarchef att bedöma ST-läkarens kompetensutveckling och höra hans synpunkter om detta. Samtliga chefer är dessutom kliniskt aktiva och deltar i jourverksamheten och får därigenom ”hands on” med ST-läkarna regelbundet.

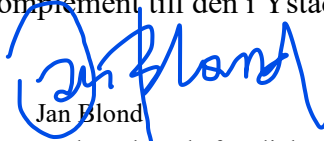
Angående ST-läkarnas placering på ultraljud, Ystad:

Det pågår ett arbete med att se över upplägget på ultraljudsplaceringen för nya ST-läkare, så att de får en så bra och likartad start som möjligt. Det nya upplägget kommer att utarbetas som ett kvalitetsarbete som en ST-läkare håller i tillsammans med sin handledare som tillika ultraljudsansvarig specialist.

Sedan finns det alltid möjlighet att få ytterligare ultraljudsplacering i Kristianstad om ST-läkarna skulle vilja ha det som komplement till den i Ystad.



Jana Lill-Kickulies
ST-Studierektor, neuroradiolog



Jan Blond
Verksamhetschef, radiolog



Rick Mengel
ST-läkare radiologi