

Undersökningsmetod- framtagande, införande och revidering, SÄS

Rutin för framtagande, införande och revidering av undersökningsmetoder inom radiologi på Södra Älvsborgs Sjukhus.

Syftet med rutinen är att redovisa vilka funktioner som utför vad inom respektive kompetensområde vid framtagande, införande och revidering av undersökningsmetod.

Syftet är vidare att alla förutsättningarna ska beaktas så att vi kan ge en korrekt diagnostik och behandling.

Uppgifter per funktion

Sektionsansvarig

(röntgensjuksköterska, biomedicinsk analytiker, undersköterska)

- kallar till möte och tar fram agenda baserat på de behov som framkommer via övriga berörda funktioner
- tillse att en metodbeskrivning finns upprättad för varje undersökning och att metodbladet uppdateras vid förändringar
- bidra med förslag på hur patientförberedelser och genomförande av undersökning bör utföras och i det beakta arbetsmiljö- (ergonomi, stress), vårdhygien samt i förekommande fall miljökrav

- beskriva vad som ska dokumenteras inför, vid och efter undersöknings genomförande
- beakta patientsäkerhet och minimera risk för vårdskador (ex fallolycka, VRI)
- skriva de delar i metodbeskrivning som handlar om protokollinställningar, bildbearbetning (bildtagning, positionering, rekonstruktion och beräkningar av bilder samt resultat)
- vid behov tillse att applikationsspecialist från leverantören bidrar vid inställning av maskinparametrar
- omvärldsbevaka
- tillse att berörda medarbetare får information om förändringar i metoder samt följa upp att aktuella metoder används.

Modalitet- eller organansvarig läkare

- besluta val av utrustning, protokollinställningar, rekonstruktionsparametrar samt vilka program som bör användas för utvärdering av resultat
- utvärdera att bildkvalitén är tillräcklig
- bidra med förslag på material (ex nålar, ledare, stent) och läkemedel
- skriva de delar i metodbeskrivning som handlar om praktiskt genomförande av läkares moment
- skriva de delar i metodbeskrivningen som handlar om medicinska frågor (indikationer, kontraindikationer, medicinering etc)
- beakta och beskriva möjliga komplikationer och hur risken för dessa minimeras
- beakta och värna om en bra arbetsmiljö (ex ergonomi, stress)
- omvärldsbevaka
- innehållsgranska metodbeskrivningar
- tillse att samtliga läkare informeras om förändringar i metoder

Verksamhetsansvarig sjukhusfysiker

- i förekommande fall föreslå val av utrustning, protokollinställningar och rekonstruktionsparametrar
- bidra med förslag på hur stråldosen minimeras till personal vid genomförande av undersökning
- skriva de delar i metodbeskrivning som handlar om strålskydd av patient och personal
- utvärdera och bedöma om stråldos till patient för respektive undersökning ligger i nivå med nationella eller andra jämförbara värden för undersökningen.
 - om avvikande stråldosvärde upptäcks ska detta meddelas via e-brev till sektionsansvarig och modalitet- eller organansvarig läkare samt noteras i kommentarsfältet i Sofia STYR.
- vid införande eller förändring av undersökningsmetoden sammanställa och rapportera in standardnivåer till strålsäkerhetsmyndigheten
- omvärldsbevaka
- innehållsgranska

Radiologisk ledningsfunktion (RALF)

- bistå i bedömning av om de som har uppdrag att upprätta och revidera metoder har tillräckliga förutsättningar och kompetens för uppdraget
- tillsammans med STRÅLF delta vid uppföljning och minst årligen utvärdera att revision och optimering av undersökningar utförs
- omvärldsbevaka

Strålningsfysikalisk ledningsfunktion (STRÅLF)

- bistå i bedömning av om de som har uppdrag att upprätta och revidera metoder har tillräckliga förutsättningar och kompetens för uppdraget
- tillsammans med RALF delta vid uppföljning och minst årligen utvärdera att revision och optimering av undersökningar utförs

- omvärldsbevaka

Enhetschef samt läkarchef

- tillse att tid avsätts för samtliga ovan nämnda rollers respektive uppdrag

Tillvägagångssätt

Vid framtagande av ny metod ska en behovsbedömning göras samt en bedömning om den kan införas i en redan framtagen metod.

I samband med obligatorisk översyn av styrdokument då giltighetstiden är på väg att löpa ut, ska alltid en omprövning av fortsatt behov göras.

Vid framtagande av ny metod och vid obligatorisk översyn ska alla beskrivna roller i detta dokument delta för att se över sin del.

Uppföljning

Uppföljning sker minst årligen vid Klinikens genomgång av strålning.

Dokumentinformation

Innehållsansvariga

Markus Håkansson, verksamhetschef, Bild- och funktionsmedicin och medicinsk service, SÄS Ska bytas ut?

Linda Kjellqvist, kvalitetssamordnare, Bild- och funktionsmedicin och medicinsk service, SÄS

Innehållsgranskare

Elin Wemmeus, radiologisk ledningsfunktion, bild- och funktionsmedicin och medicinsk service

Marie-Louise Sarudis, strålningsfysikalisk ledningsfunktion, bild- och funktionsmedicin och medicinsk service

Fastställt av

Markus Håkansson, verksamhetschef, Bild- och funktionsmedicin
och medicinsk service, SÄS

Nyckelord

Radiologi, optimering, patientsäkerhet, kvalitet, strålsäkerhet,
revision, undersökning, metod, metodbeskrivning

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Bild- och funktionsmedicin och medicinsk service

Innehållsansvar: Markus Håkansson, (marha68),
Verksamhetschef

Granskad av: Elin Wemmeus, (eliwe22), Överläkare, Marie-
Louice Sarudis, (malli7), Sjukhusfysiker

Godkänd av: Markus Håkansson, (marha68), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9631-514148307-187

Version: 1.0

Giltig från: 2026-01-15

Giltig till: 2028-01-12