

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Giltig från: 2026-06-29

Innehållsansvar: Sophie Lindgren, (sopli2), Verksamhetschef

Giltig till: 2026-09-30

Godkänd av: Sophie Lindgren, (sopli2), Verksamhetschef

Optimering av befintlig metod vid bildledda behandlingar på Hybrid och Intervention samt vid införande av ny metod

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

Syfte

Säkerställa att ny radiologisk metod samt utveckling/optimering av befintlig metod tas i bruk på ett patientsäkert sätt.

Denna rutin gäller för VO Hybrid och Intervention Operation 1o8, Operation 5, Intervention1 och VO Kardiologi

Bakgrund

Med radiologisk metod avses i denna rutindiagnostik och bildledda interventioner/behandlingar med ledning av angiografi, genomlysning och ultraljud.

Då interventionella bildledda behandlingar anpassas individuellt av respektive interventionist efter patienternas behov och anamnes så sker optimering av stråldos och bildkvalitet aktivt under pågående patientbehandling.

Minimal genomlysningstid, få exponeringar, inblandade bildfält och acceptans av sämre bildkvalitet under orienteringsfas är exempel på aktiv optimering under pågående behandling. Den aktiva optimeringen kan leda till förändring i metod och därmed skall det dokumenteras enligt rutinen.

Optimering av stråldos och bildkvalitet skall också utföras systematiskt enligt den övergripande rutin "Optimering inom verksamheter med joniserande strålning för diagnostik och bildledda behandlingar".

Optimering av diagnostik och bildledda interventioner/behandlingar omfattar exempelvis optimering av protokoll (stråldos och bildkvalitet) men även optimering av undersökningsmetod i kombination med den ständiga utvecklingen av den tekniska utrustningen i operation- och interventionsalarna.

Befintlig metod

Vid VO Hybrid och intervention och VO kardiologi skall en översyn av optimeringsbehovet ske årligen samt initieras vid behov, enligt rutin ”**Optimering inom verksamheter med joniserande strålning för diagnostik och bildledda behandlingar**”. Förändring/optimering av befintlig diagnostik och bildledda interventioner/behandlingar sker i samarbete mellan optimeringsansvarig VÖL, metodansvarig operatör, SSK/röntgensjuksköterska, ingenjör och verksamhetsnära sjukhusfysiker, så kallad optimeringsgrupp, samt vid behov leverantör.

VC i samarbete med VÖL utser optimeringsgrupper.

Mindre förändringar

- Förändringar som inte innebär förändring av grundmetodik. Mindre förändring är av administrativ karaktär och får inte påverka gällande arbetsrutiner eller bildkvalitet/stråldos.
- Återkoppling till optimeringsansvarig på berörd enhet, dvs. VÖL
- VÖL, sektionsledare och ansvarar för att kommunicera förändringen till övriga på



Relaterad information

Vid behov, obligatoriskt där relaterad information finns

Större förändringar

- Avser behov av förändringar av grundmetodik vid olika typer av bildledda behandlingar som kan påverka patient, medarbetare, arbetsrutin, bildkvalitet, stråldos samt kontrastmedel.
- Större förändringar under ett optimeringsarbete dokumenteras och utvärderas av metodansvarig operatör och sker enligt checklista för optimeringsprojekt. Återkoppling till optimeringsansvarig på berörd enhet, dvs VÖL. Checklistan ”**Checklista optimeringsarbete angio- och operationsverksamhet**” sparas på verksamhetsgemensam SharePoint yta för optimeringsarbete på VO Hybrid och Intervention

Införande av ny metod

Se rutin **Införande av ny radiologisk metod samt utvecklingsoptimering av befintlig radiologisk metod** VO Radiologi, VO Medicinsk teknik och fysik.

Dokumentation

Sparas på verksamhetsövergripande SharePoint yta "Optimeringsarbete på Hybrid och Intervention".

Ansvar

Första linjens chef ansvarar för att rutinen sprids och gör den känd inom verksamheten. Berörda medarbetare ansvarar för att efterleva rutinen och rapportera förekommande avvikelser i Med Control Pro.

Uppföljning, utvärdering, revision och dokumentation

VC ansvarar för uppföljning och revidering av rutin. Styrande dokument arkiveras i gällande dokumenthanteringssystem för aktuell verksamhet.

Innehållsansvarig

Sophie Lindgren, verksamhetschef verksamhetsområde Hybrid och intervention

Arbetsgrupp

Sophie Lindgren, verksamhetschef verksamhetsområde Hybrid och intervention

Erik Ceder, överläkare neurointervention verksamhetsområde Radiologi SU/S

Per Carlson, överläkare buk- och kärlradiologi verksamhetsområde Radiologi SU/S

Charlotta Rosenkrantz Gustafsson, vårdenhetschef Intervention 1, verksamhetsområde Hybrid och intervention

Anna Lundmark, instruktör Intervention 1, verksamhetsområde Hybrid och intervention

Maria Larsson, sjukhusfysiker diagnostik och strålningsfysik, verksamhet medicinsk fysik och teknik

Pernilla Jonasson, sjukhusfysiker diagnostik och strålningsfysik, verksamhet medicinsk fysik och teknik

Referenser

SSMFS2018:5

- Optimering inom verksamheter med joniserande strålning för diagnostik och bildledda behandlingar
- Checklista optimeringsarbete angio- och operationsverksamhet
- Införande av ny radiologisk metod samt utveckling-optimering av befintlig radiologisk metod
- Rutin - strålsäkerhetsbedömning vid verksamhetsförändring
- Checklista för strålsäkerhetsbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring
- Regional riktlinje – Egentillverkning av medicinteknisk produkt
- Regional rutin – Egentillverkning av medicinteknisk produkt, processbeskrivning
- Handbok Riskanalys och Händelseanalys analysmetoder för att öka patientsäkerheten.
- HSLLF-FS 2021:52, Gemensam författningssamling avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa
- Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:1
- Berättigandebedömning av medicinska bestrålningar
- Bedömning av berättigande för medicinsk bestrålning inom verksamhetsområdet radiolog

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Radiologi, VE Kardiologi, Verksamhet Hybrid och intervention, Operation 5 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Intervention 1 Sahlgrenska

Innehållsansvar: Sophie Lindgren, (sopli2), Verksamhetschef

Godkänd av: Sophie Lindgren, (sopli2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2922

Version: 2.0

Giltig från: 2026-06-29

Giltig till: 2026-09-30