

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

Giltig från: 2025-04-07

Innehållsansvar: Christine Roman Emanuel, (chrro4), Verksamhetsutvecklare

Giltig till: 2027-04-07

Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

# Implementering av ny forskning eller behandlingsmetod när det inte finns Nationella Riktlinjer

- modell inom AnOpIVA/Östra Sahlgrenska  
Universitetssjukhus

## Denna rutin gäller för

Vid ny forskning, omfattande kvalitetsarbete eller  
behandlingsmetod som inte omfattas av Nationella riktlinjer ska  
implementeras inom VO AnOpIVA/Östra.

## Revideringar i denna version

Ny rutin

## Syfte

Att tydliggöra ansvarsfördelning, arbetssätt för införande och  
uppföljning vid implementering av ny forskning eller  
behandlingsmetod.

## Beskrivning av arbetssätt

### Steg 1 Uppstartsfas, VLG och arbetsgrupp

Innan förslag sänds till VLG diskuteras arbetet med närmaste chef  
och/eller verksamhetsutvecklare och/eller FOUUI-råd. En  
kortfattad beskrivning, ca 1 A4-sida, innehållande; Bakgrund,  
syfte, arbetssätt, vinster i vården att införa ny forskning,  
behandling skickas efter samtal med närmsta chef till  
Verksamhetens LedningsGrupp (VLG). Det ska även ingå hur det

påverkar patientens vård, våra arbetssätt och resurser. VLG fattar beslut om ny forskning, behandlingsmetod ska införas i klinisk vård, ytterst ansvarig för beslut är Verksamhetschef (VC). Därefter utses en arbetsgrupp i samråd med verksamhetsutvecklare (VU), ansvariga chefer och FOUUI. Om det finns någon specialistsjuksköterska, sjuksköterska, läkare eller undersköterska med specialansvar/kunskap inom ämnet bör de ingå i gruppen.

## Steg 2 Information till medarbetare

Förståelse och kunskap är en förutsättning för lyckat förändringsarbete.

Syftet är att ge kunskap av nyttan för patientvården och/eller arbetsmiljön, tillvägagångssättet och vad som förväntas av den enskilde medarbetaren, när ny kunskap implementeras.

Utbildnings tillfället ger en mer detaljerad kunskap kring hur införandet kommer att gå till, samt hur arbetsgrupp, chef, VÖL, sektionsledare eller KPO (Kvalitet och Patientsäkerhetsombud) kan leda införandet på sin enhet.

Information ges både på ett möte och skriftligt i veckans information eller liknande informationskanal. Arbetsgrupp ihop med chef och/eller verksamhetsutvecklare ansvarar

## Steg 3 Start av implementering

Viktigt med ett startdatum som är känt för berörd personal, enhet och chef. Utsedd person i arbetsgruppen är i tjänst vid implementeringsstart och kan ta emot frågor, vara ett stöd i uppstarten. Trygghet och kunskap vid uppstart är av värde för en lyckad implementering.

## Steg 4 Följa processen enligt upplagd plan

Arbetsgruppen följer och stödjer implementeringsprocessen.

En plan för hur oönskade händelser följs upp, kommunikation inom arbetsgruppen sker regelbundet samt avstämning med berörd chef. Viktigt att medarbetare vet vart de ska vända sig under processen. Planen för införande och kommunikationsplan tas fram av arbetsgruppen, kan ledas av verksamhetsutvecklare eller någon annan utsedd lämplig person.

## Steg 5 Uppföljning och avslut

Under implementering följs arbetet, synpunkter tas in och ev mätetal.

När man enligt tidsplanen nått sitt slutdatum eller uppnått önskat resultat görs en summering av implementeringen, har målet uppnåtts? Vad blev utfallet i våra mätetal?

Summering och återkoppling till chef och medarbetare, muntligt och skriftlig.

När planen för genomförande är klar, sker kommunikation i verksamheten utifrån kommunikationsplan så alla berörda enheter och yrkeskategorier får information i takt med varandra.

Syftet med modellen är ett strukturerat införande av forskningsresultat, omfattande kvalitetsarbeten eller ny behandlingsmetodsom visat på förbättrad kvalitet i vården.

## Ansvar

Medarbetare inom AnOpIVA/Östra är ansvariga att följa rutinen vid införande av ny forskning eller kvalitetsarbete. Sektionschef och Vårdenhetschef ansvarar för att rutinen är känd och följs. Verksamhetschef ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

## Uppföljning, utvärdering och revision

FOUUI-rådet har ansvaret för att rutinen följs upp, utvärderas och revideras.

## Relaterad information

Bilaga: PowerPoint som stöd för synliggörande av processen för chefer och medarbetare inom AnOpIva/Östra.

## Granskare/arbetsgrupp

Axel Wolf, anesthesiujuksköterska, professor AnOpIVA/Östra, axewo1

Paulin Andrell, överläkare, docent AnOpIVA/Östra, pauan2

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Birgit Heckermann, sjuksköterska, docent AnOpIVA/Östra

.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

**Innehållsansvar:** Christine Roman Emanuel, (chrro4),  
Verksamhetsutvecklare

**Godkänd av:** Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-2988

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-04-07

**Giltig till:** 2027-04-07