

# Optimering inom diagnostisk radiologi

**Gäller för:** Region Kronoberg

**Utförs på:**

**Faktaägare:** Fredrik Larsson verksamhetschef Röntgen, Therese Litsin verksamhetschef Klinisk Fysiologi, Sara Olsson Cheffysiker, Christina Söderman leg sjukhusfysiker, Medicinsk Fysik, Sofia Åkerberg leg sjukhusfysiker, Medicinsk Fysik

Enligt strålskyddslagen 2018:396 3 kap, 5§ och SSMFS 2018:5 2 kap, 5-6 §§ ska alla exponeringar som utförs inom radiologisk verksamhet vara optimerade. Här beskrivs rutinen för optimering av exponeringar inom diagnostisk radiologi inom Region Kronoberg. Sådana exponeringar utförs främst inom verksamheterna Röntgen och Klinisk fysiologi. Även de exponeringar som görs inom operationsverksamheten görs med stöd från Röntgen, varför dessa ingår i den rutin som gäller för Röntgen. Röntgen innefattar också en stor del av den nuklearmedicinska verksamheten.

## 1 Rutin för verksamheter inom Röntgenkliniken

Det systematiska optimeringsarbetet drivs av optimeringsgrupper som leds av respektive sektionsledare. I de fall det finns fler än en sektionsledare, t ex en i Växjö och en i Ljungby, avgör avdelningscheferna vem som är sammankallande. I varje grupp ska också minst ingå en sjukhusfysiker och en läkare.

### 1.1 Optimeringsgrupper

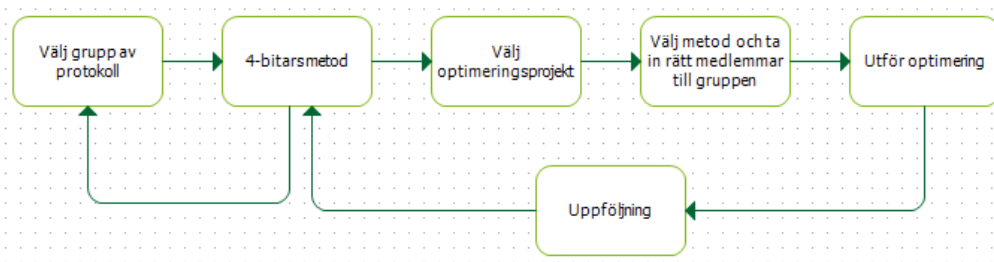
Följande optimeringsgrupper finns:

- Angio/kärlintervention
- Akutlab
- CT
- Genomlysning
- Mammografi
- Skelett
- Nuklearmedicin

En lista över grupperna och deras medlemmar finns optimeringsmappen på Röntgens G-disk och hålls aktuell av avdelningscheferna på Röntgen.

### 1.2 Optimeringsprocess

Optimering görs enligt optimeringsloopen:



Följande beskrivningar finns för respektive steg:

### 1.2.1 Välj grupp av protokoll

- Sektionsledare väljer ut protokoll, med stöd av fysiker
- Välj främst utifrån undersökningsområde på respektive modalitet
- Välj ut ca 30 protokoll per år och modalitet

### 1.2.2 4-bitarsmetod

- Alla optimeringsgrupper träffas 1 g/år
- Poängsätt protokollen enligt 4-bitarsmetoden
- Metoden ger prioritering för optimering

### 1.2.3 Välj optimeringsprojekt

- Poänggränser:
  - o 12-15 p – Snar åtgärd
  - o 6 -11 p – Behöver åtgärdas
  - o 0 - 5 p – Ingen åtgärd
- Regionen ska alltid ha minst ett optimeringsprojekt igång, och helst ett per år och optimeringsgrupp
- Optimeringsgruppen ger underlag för beslut
- Närmaste chef tar beslut om resurser

### 1.2.4 Välj metod och ta in rätt medlemmar till gruppen

- Det kan behövas andra personer än de som är med i den permanenta optimeringsgruppen

### 1.2.5 Utför optimering

- Utförandet beror på vilket projekt det handlar om, men vissa delar ska alltid finnas med i rapporten:
  - o Omvärldsanalys
  - o Dokumentation av hur etiska aspekter har hanterats
  - o Hur uppföljning ska göras
- Dokumentera enligt rapportmall

### 1.2.6 Uppföljning

- Följ upp som planerat och dokumentera

### 1.2.7 4-bitarsmetod

- Protokollet bedöms åter enligt 4-bitarsmetoden

Dokumentation av optimeringsprojekt sparas i optimeringsmappen på Röntgens G-disk

## 2 Rutin för Klinisk fysiologi

Alla metoder revideras varje år inom ramen för klinikens metodmöten, sektionsledare är sammankallande. Ett årshjul finns framtaget för detta, och finns på G: FysVaxjo\Möten. Vid de metodmöten då de nuklearmedicinska metoderna går igenom bjuds även sjukhusfysiker in att delta.

Då en metod ska optimeras görs detta av en tillsatt grupp. Även här ska vissa delar alltid ingå i rapporten:

- Omvärldsanalys
- Dokumentation av hur etiska aspekter har hanterats
- Hur uppföljning ska göras

Arbetet dokumenteras enligt rapportmall och dokumentationen sparas på G: FysVaxjo\Nuclearmedicin arkiv\Nuclearmedicin aktuell\Optimering

### 3 Dokumentförteckning

Antal exemplar		Dokumentets placering
1	Elektroniskt	Region Kronobergs server, Platina

### 4 Revisionshistorik

Revisionsnr	Datum	Förändring
1	2021-03-11	Dokumentet skapat