

Intern revision SOP, BOTbarn HEM 13507

Innehåll

Innehåll.....	1
Syfte och omfattning.....	2
Bakgrund.....	2
Behörighet och ansvar.....	2
Intern revision (audit).....	2
Följsamhetsmätning.....	2
Journalgranskning.....	3
Kontroll av dokumentets innehåll.....	3
Dokumentation.....	3
Vad görs med resultatet?.....	3
HEM.....	4
BOTbarn.....	4
Arkivering.....	4
Avsteg från beskriven rutin.....	4
Referenser.....	5
Dokumenthistorik.....	5

Syfte och omfattning

Beskriver hur lokala interna revisioner görs på sektionen för hematologi (HEM) och sektionen för blod- och tumörsjukdomar hos barn (BOTbarn) och riktar sig ffa till kvalitetsutvecklare vid respektive sektion. Varje sektion har egendefinierade kvalitetsparametrar [Kvalitetsparametrar HEM 13519](#) respektive [Kvalitetsparametrar BOTbarn 18472](#) som ska följas på regelbunden basis och rapporteras till respektive sektionsledning och HSCT-programmet.

Den omfattar inte de revisioner som utförs gemensamt av hela HSCT-programmet, se [Interna revisioner HSCT, gemensam plan 13828](#).

Bakgrund

HSCT-programmet är ackrediterat enligt JACIE standard och ska sträva efter högsta möjliga kvalitet på hantering av celler och vård av vuxna och pediatrika patienter och donatorer i HSCT-programmet, se [Kvalitetsmanual för HSCT-programmet BOTbarn, HEM, KITM 13518](#).

Den interna revisionen följer upp att ledningssystemet fungerar och att ledningssystemet har rätt fokus och ger rätt effekt. Det görs genom att information om systemets effektivitet samlas in, inklusive följsamhet till beskrivna rutiner och jämförs med fastställda regelverk som till exempel JACIE standard. Resultatet ska ge en konkret beskrivning av verkligheten, "svart på vitt", som är till hjälp för ledningen för fortsatta beslut och åtgärder.

Granskningen är en "ögonblicksbild" och inte hela sanningen, den behöver sättas i sitt sammanhang. Det är viktigt att revisionen genomförs objektivt.

Behörighet och ansvar

Utbildning i intern revision är önskvärd.

Den som utför intern revision ska inte granska händelser som han/hon själv har utfört. Sådant ska granskas av eller tillsammans med en annan person på enheten.

Kvalitetsutvecklare är ansvarig för att revisionen utförs och sammanställs. Vissa mätningar görs av andra utsedda men kvalitetsutvecklare ska tillse att kontrollerna görs.

Intern revision (audit)

Följsamhetsmätning

Var 3:e månad väljs 2–5 rutiner ut som följsamhetsmätning ska utföras på. Det kan till exempel röra sig om att kontrollera hur en ny rutin har efterföljts eller då det finns en känsla av att en rutin inte fungerar. Förslag kan inhämtas från "vem som helst" men bör diskuteras i lämpligt forum som till exempel HSCT-programmet inkl. programansvarig, ackrediteringsgrupp HEM och/eller chef inom berörd verksamhet.

Görs på olika sätt, beroende på vad som för tillfället är möjligt. Kan göras genom bevittning, intervju (be någon som brukar utföra uppgiften beskriva hur den görs), journalgranskning eller efterkontroll av ifyllda checklistor. Kvalitetsutvecklare i samråd med någon från ackrediteringsgruppen avgör vilka frågor som ska ställas vid en ev. bevittning.

Behörighetskontroll bör utföras där det är relevant: Har den som utfört uppgiften behörighet att göra den?

Journalgranskning

Av [Kvalitetsparametrar HEM 13519](#) och [Kvalitetsparametrar BOTbarn 18472](#) framgår vilka parametrar som ska genomgå journalgranskning och hur många stickprov som ska tas (fungerar som en årsplan). De flesta journalgranskningarna/stickproven görs kvartalsvis och/eller årsvis.

Källa för patientuppgifter för patienter som genomgått cellterapibehandling är ”EBMT Excel”. Behörighet krävs. Fås på förfrågan från programansvarig, se [Ansvar, roller och ombud, HEM 13009](#), ordnas av kvalitetsutvecklare HEM.

Kontroll av dokumentets innehåll

En administrativ kontroll av länkar, kortfattad granskning utifrån ens egen kompetens om innehållet ser ut att stämma. Vid frågor ska författare och/eller programansvarig kontaktas.

Dokumentation

Till stöd för dokumentationen finns [Revisionsblanketter, BOTbarn HEM 13508](#) att tillgå.

Checklistan: är valfri att använda och är bra då flera detaljer i samma procedur ska kontrolleras och dokumenteras innan sammanställning, till exempel om telefonnummer finns till patient och närstående i Cosmic. De delar som kontrolleras skrivs in på checklistan. Oavsett om checklistan används ska det på något sätt framgå vad som har granskats så att det ska gå att gå tillbaka och kontrollera uppgifterna. Dock ska uppgifterna vara så oidentifierade som möjligt, till exempel hänvisning till UPN-nummer eller initialer.

Revisionsrapport: ska användas för varje revision som en sammanfattning av hur revisionen gick till, revisionens resultat och vilka avvikelser som upptäcktes. Ska innehålla datum för senast utförd åtgärd (om aktuellt samt om en ny revision är nödvändig inom en viss tid (om aktuellt).

Vad görs med resultatet?

Kvalitetsutvecklare avgör om avvikelse som framkommit i revisionen är av en sådan karaktär att den behöver rapporteras till Medcontrol. Vid osäkerhet – kontakta programansvarig eller ansvarig chef. Om avvikelse ska skrivas: Avvikelse registreras i Medcontrol av kvalitetsutvecklare för fortsatt handläggning enligt [Avvikelserapportering och hantering SOP, BOT 13231](#) vid HEM, och handläggning på BOTbarn, sker av Patientsäkerhetsgruppen på BOTbarn.

Till varje kvalitetsmöte med HSCT-programmet sammanställs resultaten från de regelbundna kontrollerna av kvalitetsparametrar, följsamhetsmätningar och sammanfattning av avvikelser. Sammanställningen skickas till programansvarig och sektionsledningen.

Om omedelbara ändringar i dokumentet är nödvändiga initierar kvalitetsutvecklare det i samråd med programansvarig.

Återkoppling av resultat från internrevisionen (rapporten) ges till berörd personal på verksamhetens möten, ansvar sektionsledning.

Årligen (inför mars-mötet) sammanställs föregående års kvalitetsparametrar vid HSCT-programmet till den årliga kvalitetsrapporten för HSCT-programmet. Då kvalitetsrapporten är fastställd skickas den per mejl till minst till ledningsgruppen vid HEM och BOTbarn samt ackrediteringsgrupp vid HEM.

Ledningsgruppen ansvarar att förmedla resultat till verksamheten och remitterer.

HEM

Förutom ovan beskrivning som är gemensam med BOTbarn görs detta lokalt på HEM:

1. Rapport med resultat sammanställs för aktuell mätperiod.
2. Resultaten förs in i en powerpoint-fil med diagram för att enklare kunna följa parametrar över tid.
3. Resultat skickas per mejl till ledningsgrupp HEM, ackrediteringsgrupp HEM samt andra specialansvariga/arbetsgrupper som berörs av resultatet.
4. På HEM ingår vårdpersonal i olika arbetsgrupper för t ex ackreditering, dokumentation, nutrition, smärta, omvårdnad etc. Kvalitetsutvecklare HEM och chefsrepresentant deltar regelbundet i arbetet. Resultat från revisioner skickas per e-post till berörd/a arbetsgrupp(er), berörd chef och programansvarig. Arbetsgruppen bedömer resultaten, orsaksutreder avvikelser, åtgärder och följer upp vid behov. Det fortlöpande arbetet dokumenteras av kvalitetsutvecklare i excelfilen "Revisionslogg", se referenslista för sökväg. Programansvarig hålls uppdaterad om arbetsprocessen.
5. En intern revision med avvikelser stängs med en sammanfattning av åtgärder och resultat på revisionsrapporten. Den signeras på papper av programansvarig och skannas till HEM:s Sharepoint.

BOTbarn

Förutom ovan beskrivning som är gemensam med HEM görs detta lokalt på BOTbarn:

1. Rapport med resultat för aktuell mätperiod sammanställs i ett dokument på BOTbarn sharepoint.
2. Resultat tas upp på SCT-möte där det avgörs om något ska gå vidare till patientsäkerhetsmöte med AC och patientsäkerhetsgruppen som då övertar handläggningen.
3. Resultat tas upp på APT, personalmöte, sjuksköterske- eller undersköterskemöte för att resterande personal som berörs av resultatet ska få kännedom.
4. Om ändring i rutin är nödvändig, bedömer ansvarig chef om resultatet ska tas upp i specialansvariga arbetsgrupper som berörs av resultatet. Arbetsgruppen bedömer då resultaten, orsaksutreder avvikelser, åtgärder och följer upp vid behov. Ansvar för genomdrivande av rutinändring åvilar arbetsgruppen som stämmer av med sektionsledning. Kvalitetsutvecklare för en sammanställning av avvikelser i revisioner och dokumenterar det fortlöpande arbetet i sammanställningen som finns på BOTbarns sharepoint. När ändring av rutin är fastställd tas det upp på APT, personalmöte, sjuksköterskemöte eller undersköterskemöte för att delge personalen om den nya rutinen. Medical director hålls uppdaterad om arbetsprocessen. Vid rutinändring meddelas även programansvarig.
5. En intern revision med avvikelser stängs med en sammanfattning av åtgärder och resultat på revisionsrapporten. Den signeras på papper av medical director och skannas till BOTbarn's Sharepoint.

Arkivering

[Revisionsblanketter, BOTbarn HEM 13508](#) är kvalitetsutvecklarens arbetsdokument tills alla åtgärder är utförda. Därefter lagras den i respektive enhets Sharepoint.

Avsteg från beskriven rutin

Vid avsteg från beskriven rutin i denna SOP ska närmaste chef meddelas.

Referenser

Alla dokument med ID-nummer finns tillgängliga via Region Uppsalas dokumentplattform DocPlus <http://publikdocplus.regionuppsala.se/> där inget annat anges. Alla dokument med ändelse HEM är skapade av sektionen för hematologi. Länkar hämtade 2022-11-21 där inget annat anges.

[Ansvar, roller och ombud, HEM 13009](#)

[Avvikelse rapportering och hantering SOP, BOT 13231](#)

[Interna revisioner HSCT, gemensam plan 13828](#)

[Kvalitetsparametrar BOTbarn 18472](#)

[Kvalitetsparametrar HEM 13519](#)

[Revisionsblanketter, BOTbarn HEM 13508](#)

Dokumenthistorik

Version	Orsak / ändring	Datum
1 XD508	Skapad r.t JACIE ackreditering. Författare: Merete Adegunle (kvalitetsutvecklare, HEM)	2015-05-07
1 13507	Länk till dokumentet i Centuri.	2017-01-02
2	Överfört innehåll till DocPlus. Förtydligat Omfattning, Intern revision och Dokumentation och vad som händer med resultaten. Specificerat blanketternas användning. Uppdaterat länkar.	2017-09-22
3	Justerat förklaring av revisionsblanketter eftersom de har ändrats. Lagring av revisionsblanketter.	2020-01-23
4	BONK ändrat till BOTbarn. Mindre textjusteringar.	2022-02-25
5	Beskrivning av hantering vid HEM av resultat flyttats från DP13519 till detta dokument. Beskrivning uppdaterad med ny rutin med arbetsgrupper och påskrift av programansvarig.	2022-11-25
6	Tillägg hantering av resultat vid BOTbarn. Granskare: Ylva Hågebrand, Natalja Jackmann, Merete Adegunle, Kristina Carlson	2023-04-17