

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Innehåll

Intern revision av HSCT-programmet vid HEM ("auditkalender")	2
Område: Transplantationsaktivitet	2
Område: Resultatanalys och produkteffektivitet	2
Område: Donatorer och patienter	5
Område: Verksamhetsanpassade mätningar (kontaktuppgifter, längd och vikt, rapportering)	7
Område: Introduktion och fortbildning	8
Område: Tredje part	9
Område: Följsamhet till rutiner	10
Område: Sjukhusövergripande punktprevalensmätningar och enkäter/register	10

Intern revision av HSCT-programmet vid HEM ("auditkalender")

Grönt = mätning varje kvartal, redovisas i mars, juni, september och december.

Blått = mätning årligen, redovisas i mars.

Svart = annan mätfrekvens/månad. Redovisas dock i varje årsrapport.

Ansvar: Där inget annat anges ansvarar kvalitetsutvecklare för kartläggning.

Område: Transplantationsaktivitet			
Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Antal utförda HSCT. Uppfylla minimikrav för ackrediteringen.	Följa transplantations-aktiviteten. JACIE krav	Programansvarig sammanställer tabell till EBMT för all cellterapi behandling. Sammanställer dessutom diagram för: - Antal allogen HSCT, besläktad och obesläktad - Blodstamcellskälla för allogen HSCT - Antal autolog, antal per patient - Indikation autolog	Årligen

Område: Resultatanalys och produkteffektivitet			
Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Tagning			
Autolog: ANC $\geq 0,5$ dag +14 hos 80 % av patienterna.	Förväntad neutropen period utifrån nationella och internationella resultat. JACIE krav	Samtliga autologtransplanterade patienter. Uppgifter skrivs in i EBMT Excel av data manager eller kvalitetsutvecklare. HSCT utförd i: Jan-mars rapporteras i sep, april-juni rapporteras i dec juli-sep rapporteras i mars, okt-dec rapporteras i juni	Kvartal
Autolog: Transfusionsfri (tpk) efter dag +14, mål 50 %	Förväntad trombocytopen period utifrån nationella och internationella resultat. JACIE krav	Som ovan.	Kvartal
Allogen: Tagningsdata för ANC $\geq 0,5$ och TPK ≥ 20 (datum för första av 3	Förväntad neutropen och trombocytopen period utifrån	Som ovan. Följande subkategori: AML CR1, sorteras på stamcellskälla	Årligen

konsekutiva dagar utan transfusion föregående 7 dagar).	nationella och internationella resultat. JACIE krav		
Transplantationsrelaterad morbiditet efter allogen HSCT			
Antal patienter behandlade med defibrotide mot VOD inom 30 dagar	Uppmärksamma biverkningar och arbeta för att minimera biverkningar. JACIE krav	Sorteras på HSCT-typ.	Årligen
Antal patienter med akut GvHD inom 100 dagar är jämförbart med tidigare års data och nationella och internationella resultat	Som ovan	Sorteras på HSCT-typ och maxgrad. Uppgifter skrivs in i EBMT Excel av data manager eller kvalitetsutvecklare.	Årligen
Antal patienter med EBV-reaktivering inom 100 dagar, som behandlats med rituximab	Som ovan	Sorteras på HSCT-typ.	Årligen
Antal patienter med CMV-reaktivering inom 100 dagar, som föranlett terapi	Som ovan	Sorteras på HSCT-typ.	Årligen
Antal patienter med kronisk GvHD ett år efter HSCT är jämförbart med tidigare års data och nationella och internationella resultat	Som ovan	Definierat som pågående immunsuppression vid 1-års kontroll. Sorteras på HSCT-typ. Även sammanställning av maxgrad. Uppgifter skrivs in i EBMT Excel av data manager eller kvalitetsutvecklare.	Årligen
Arbetsförmåga 1 år efter HSCT	Som ovan	Gäller patienter i arbetsför ålder och som har ett arbete. Grad av sjukskrivning anges.	Årligen
Sjukdomsstatus för patienter med AML CR1 1 år efter HSCT	Som ovan	Sorteras på fortsatt CR1 och övrigt.	Årligen

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 3 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Mortalitet efter allogen HSCT			
Mortalitet vid dag + 30 jämförbart med tidigare års data	Minimera mortalitet JACIE krav	Sorteras på "overall" och transplantationsrelaterad mortalitet. Kontroll av överlevnad mot patientjournal.	Årligen
Mortalitet vid dag + 100 efter är mindre än 5 %.	Som ovan	Sorteras på "overall" och transplantationsrelaterad mortalitet. Kontroll av överlevnad mot patientjournal.	Årligen
Mortalitet vid 1 år jämförbart med tidigare års data samt ligger inom förväntade ramar efter nationella och internationella data	Som ovan	Sorteras på "overall" och transplantationsrelaterad mortalitet. Kontroll av överlevnad mot patientjournal.	Årligen

CAR T-cellsbehandling			
Genomförda behandlingar	Uppfylla minimikrav för ackrediteringen JACIE krav	Patienter som fått kommersiell CAR T-cellsbehandling. Sorteras på indikation.	Årligen
Insamlade celler men ej administrerad CAR T		Som ovan.	Årligen
Recidivfri överlevnad. Jämförbart med tidigare års data och nationella och internationella resultat.	Minimera recidiv JACIE krav	Som ovan.	Årligen
Förekomst av CRS och ICANS	Uppmärksamma biverkningar och minimera biverkningar. JACIE krav	Patienter som fått kommersiell CAR T-cellsbehandling. Sorteras på indikation, grad samt antal dagar med intensivvård.	Årligen
Långtidsbiverkningar. Jämförbart med tidigare års data och nationella och internationella resultat.	Som ovan.	Patienter som fått kommersiell CAR T-cellsbehandling Sorteras på indikation samt typ av långtidsbiverkan.	Årligen
Mortalitet vid dag + 30 jämförbart med tidigare års data	Minimera mortalitet JACIE krav	Sorteras på "overall" och behandlingsrelaterad mortalitet. Kontroll av överlevnad mot patientjournal.	Årligen

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 4 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Mortalitet vid dag + 100 är jämförbart med tidigare års data och nationella och internationella resultat.	Som ovan	Som ovan.	Årligen
Mortalitet vid 1 år jämförbart med tidigare års data samt ligger inom förväntade ramar efter nationella och internationella data	Som ovan	Som ovan.	Årligen

Område: Donatorer och patienter			
Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Konditionering har inte startats förrän patientens donator är godkänd	Donation är avgörande för patientens överlevnad efter att konditionering har getts	Samtliga patienter sedan föregående mätning. Clearance finns dokumenterat i <i>mottagarens</i> journal.	Kvartal
100 % giltiga provsvar per donator	Minimera risk för smittöverföring till patient, förhindra att gravid donator genomgår donation JACIE krav	Kontroll av samtliga donatorer som donerat via HEM. På donationsdag är - Graviditetstest ej äldre än 7 dagar före start av G-CSF hos donatorn eller start av konditionering hos patienten, vilket som kommer först - Smittskyddsprover ej äldre än 30 dagar före donation	Årligen
100 % av donatorerna har ifyllt hälsodeklaration	Minimera risk för patient och donator JACIE krav	Kontroll att samtliga besläktade donatorer har hälsodeklaration inskannad i journalen. Om språkförbistring: notat om riskbedömning ska finnas i läkaranteckning.	Årligen
Samma eller lägre förekomst av infektioner relaterade till central infart mot föregående mätningar	Minimera infektioner relaterat till central infart JACIE krav	Begäran av utdata för diagnoskoder för VRI relaterat till central infart under 3 mån varje år (okt-dec). Här ingår allogentransplanterade patienter.	Årligen
		Verifierad infektion (DRG-kod, positiv kateterspetsodling) i central infart inom 3 mån från allogen HSCT. Journalgranskning.	Kvartal

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 5 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

100 % av patienterna i stickproven har fått ordinerad cytostatika inför HSCT	Förebygga läkemedelsfel JACIE krav	Avgränsning: Allogen HSCT. Vuxna: Data manager kontrollerar följsamhet i Cytodos/Elas och rapporterar vid händelse till kvalitetsutvecklare. Barn: Kvalitetsutvecklare kontrollerar följsamhet i Cytodos/Elas.	Årligen
Validering av konditioneringskur i Cytodos	Förebygga läkemedelsfel JACIE krav	Kontroll av 5 slumpvis utvalda konditioneringskurer i Cytodos (ej samma som föregående år) gentemot vårdprogram. Görs av apotekare eller annan kunnig i systemet som inte byggde kuren.	Årligen
Relevant hantering i den kliniska verksamheten (patient/donator) av positiv odling i cellprodukt	Minimera konsekvenser JACIE krav	Granskning av patientjournal och/eller donatorsjournal vid händelse. Sammanfattning av åtgärder och konsekvenser.	Årligen
Verifiering av benmärgsinsamling	Optimera benmärgs-insamling för mottagare och donator. JACIE krav.	Både vuxna och barn eftersom HEM-läkare även deltar vid barndonation. Sammanställs i tabell med följande parametrar: Besläktad/obesläktad donator, donators vikt, blodvolym dragen, operationstid, insamlingsresultat TNC/ml per påse samt odlingssvar.	Årligen
Inga allvarliga komplikationer som kräver vård har inträffat för donatorn	Donation ska vara så säker som möjligt JACIE krav	Allvarlig komplikation ska rapporteras till Medcontrol. Omfattning: Samtliga donatorer (RD och registerdonator) som donerar via HEM: - under vårdtiden för benmärgsdonation - från start av mobilisering till och med inläggning inför perifer blodstamcellsdonation - från utskrivning efter donation till uppföljningssamtal - I händelse av att donatorn kontakter HEM Ansvar: BMT-koordinator ansvarig för att rapportera till Medcontrol. Kvalitetsutvecklare kontrollerar anmälda avvikelser i Medcontrol och skickar till programansvarig för kännedom. Tas med i kvartalsrapport.	Kvartal
Inga allvarliga avvikelser har inträffat (patient)	Säker vård, förebygga allvarliga avvikelser JACIE krav	Avgränsning: Vårdperiod för - autolog stamcellsinsamling vuxen - allogen transplantation vuxen och HSCT-relaterade komplikationer (ej vid relaps) - autolog transplantation vuxen	Kvartal

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 6 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

		Sammanfattning av inträffade avvikelser sedan föregående rapport: - bedömning av allvarlighetsgrad/risk - vidtagna/planerade åtgärder för att minimera upprepning Uppföljning på efterföljande kvalitetsmöte avseende vidtagna åtgärders effekt (har det upprepats)	
--	--	--	--

Område: Verksamhetsanpassade mätningar (kontaktuppgifter, längd och vikt, rapportering)

Dessa mätningar utförs på samtliga inskrivna patienter där även allogentransplanterade ingår.

Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Telefonnummer (max 1 år gammalt) till patienten finns angivet i patientkortet.	Underlättar kontakt med patienten	Samtliga inlaggande patienter på mättdagen.	Kvartal
Telefonnummer till minst en närstående (max 1 år gammalt) finns i patientkortet.	I händelse att närstående kan behöva kontaktas	Som ovan.	Kvartal
Samtliga patienter har aktuell längd och vikt dokumenterad. Vikten tagen vid inskrivning.	Korrekt ordination av behandling	Som ovan.	Kvartal
Samtliga patienter med kontrollnivå 3 har daglig vikt dokumenterad för hela perioden.	Korrekt bedömning av mående och ordination av behandling	Som ovan. (Allogentransplanterade patienter har minst kontrollnivå 3 under hela vårdperioden). Presenteras som: - Antal kompletta registreringar - Antal dygn som daglig vikt registrerats jämfört med antal vårddygn	Kvartal
Rapportering till EBMT: 100 % av patienterna i stickproven har korrekt rapporterade data	Förebygga rapporteringsfel JACIE krav	Stickprov av 4 vuxna patienter. Kontroll av införd data i EBMT kvalitetsregistersystem mot data i patientjournal vad gäller diagnos, konditioneringskur, HSCT-datum (dag 0-rapport) och bedömning av maxgrad aGvHD (dag 100-rapport). Kontrollen görs minst 3 månader efter respektive rapport för att den ska ha hunnit registreras i systemet.	Kvartal

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 7 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Benchmarking auto och allo	Jämföra prestationer med europeisk data JACIE krav	Varje år gör EBMT utdata på vår registrering till registret. Kortfattad sammanställning i årsrapporten.	Årligen
----------------------------	---	--	---------

Område: Introduktion och fortbildning			
Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Introduktion av läkare utförd enligt plan	Säkerställd kompetens JACIE krav	Samtliga nyanställda specialister och ST-läkare ska fylla i självskattningsformulär DP13832 som rör utbildning och kompetens i JACIE-relaterade ämnen.	Årligen
Fortbildning av hematologer gjord enligt plan	Bibehållen kompetens JACIE krav	Varje läkare dokumenterar i Fortbildningsexcel. Kontroll att mål för fortbildningspoäng allmänt och HSCT-relaterat har uppnåtts. Sektionschef har bedömt medarbetarens utbildning och programansvarig blivit informerad.	Årligen
Utvärdering av läkares utbildning och kompetens utförd enligt plan	Bibehållen kompetens JACIE krav	Var 4:e år ska samtliga läkare självskatta sin utbildning och kompetens i JACIE-relaterade ämnet på självskattningsformulär DP13832. Sektionschef ska ha vidtagit åtgärder där brist i utbildning och kompetens framkommit.	Var fjärde år (start 2023)
Introduktion av sjuksköterskor, undersköterskor gjord enligt plan	Säkerställd kompetens JACIE krav	Antal nyanställda ssk och usk under året och som fortfarande är anställda. Antal ssk som 1 år efter anställning är klara med sin introduktion.	Årligen
Fortbildning av sjuksköterskor, undersköterskor och nyckelpersoner gjord enligt plan	Bibehållen kompetens JACIE krav	JACIE-relevanta utbildningar (allogen HSCT, avvikelshantering, basala hygienrutiner och klädregler, blodtransfusion, brandskyddsutbildning, centrala infarter, cytostatika, förflyttningsteknik, diverse hematologi relaterat till cellterapi, hot och våld, S-HLR, smart-scenario (simulering akuta situationer), säkerhet och krisberedskap). Sorteras på antal med giltig utbildning utifrån DP16027. Kontrolleras mot Pingpong och Kompetensöversikt (excel).	Årligen
Fortbildning programansvarig Minst 10 h utbildning relaterad till HSCT/cellterapi	Säkerställd och bibehållen kompetens JACIE krav	Programansvarig dokumenterar deltagande i fortbildning på Läkarnas fortbildningsexcel där det sorteras på allmän fortbildning och HSCT-	Årligen

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 8 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

		relaterad fortbildning. Programansvarig sammanställer sitt CV inför varje re-ackreditering.	
Fortbildning apotekare Minst 10 h utbildning relaterad till HSCT/cellterapi och farmakologi	Som ovan.	Läkemedel och farmaci är ansvarig för introduktion och fortbildning. Apotekares delaktighet i möten och föreläsningar på HEM dokumenteras på Kompetensöversikt (excel). Apotekares lista på genomgångna utbildningar (excel) inhämtas varje år.	Årligen
Fortbildning kvalitetsutvecklare Minst 10 h utbildning relaterad till HSCT/cellterapi och kvalitetsarbete	Som ovan.	Kvalitetsutvecklarens delaktighet i fortbildning dokumenteras på Kompetensöversikt (excel). Kvalitetsutvecklare sammanställer sitt CV inför varje re-ackreditering.	Årligen

Område: Tredje part			
Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Acceptabel prestation av tredje part	Säkerställa följsamhet till avtal JACIE krav	Egenkontroll och auditformulär att fylla i från Tobiasregistret. I samband med det tillfrågas BMT-koordinator om Tobiasregistrets åtaganden har uppfyllts och Medcontrol kontrolleras för ev. avvikelser. Återkoppling ges till Tobiasregistret i samband med återsändandet av egenkontrollen.	Årligen
	Säkerställa följsamhet till avtal JACIE krav	Skicka "Årlig uppföljning av överenskommelse med Tobiasregistret (egenkontroll) 32281" till kontaktperson på Tobiasregistret med önskan om ifyllande innan 15 mars. Ev. avvikelser bedöms och hanteras av ackrediteringsgruppen. Kortfattad sammanfattning av resultat redovisas i årsrapporten.	Skicka i januari
	Säkerställa följsamhet till avtal	Region Uppsala/Akademiska sjukhuset har tredje-parts-avtal med flertalet leverantörer. Medarbetare vid HEM förväntas skriva avvikelse i Medcontrol när leverantören inte uppfyller sina åtaganden. HEM har valt att göra kontroll på följsamheten av vissa kritiska sjukhusövergripande leverantörer. Det görs genom att sammanställa antal avvikelser i Medcontrol. Avvikelser som rör lokalvård, läkemedelsförsörjning, måltidsservice, ventilation och materielförsörjning sammanställs.	Årligen

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 9 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Område: Följsamhet till rutiner

Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Accepterad följsamhet till utvalda rutiner. Korrekt beskriver rutin i dokument.	Säker vård JACIE krav (ej specificerat antal)	Ackrediteringsgruppen utser 2–5 rutiner som kontrolleras genom på-plats-inspektion, intervju och/eller journalgranskning. Avgränsning och frågeställning avgörs av ackrediteringsgruppen. Samtidig kontroll av relaterade dokument: Korrekt beskrivet.	Kvartal
Fungerande läkemedelsrutiner	Säker läkemedelshantering.	Egenkontroll utifrån regionövergripande dokument. Se beskrivning i Läkemedelshantering – lokal instruktion, HEM 13894. Ansvar: Receptarie. (Kvalitetsutvecklare efterfråga)	Årligen, april
Fungerande livsmedelshantering	Säker livsmedelshantering	Egenkontroll utifrån <u>Egenkontroll för vårdavdelning med kök för patientvård 455</u> . Ansvar: Gruppchef måltidsservice. (Kvalitetsutvecklare efterfråga)	Årligen, okt

Område: Sjukhusövergripande punktprevalensmätningar och enkäter/register

Utförs och rapporteras enligt sjukhusets instruktioner. Kortfattat resultat och analys bifogas årsrapporten för HSCT-programmet. Dessa mätningar utförs på samtliga inskrivna patienter där även allogentransplanterade ingår.

Mål	Syfte	Omfattning mätning, ansvarig för mätning, kommentar	Frekvens
Dagen nutrition: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Optimal nutritionsbehandling	Samtliga patienter inskrivna på mätdagen. Utförs av vårdkvalitetsavdelningen.	Årligen, okt
Dagen smärta: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Synliggöra och identifiera smärta hos inskrivna patienter	Samtliga inskrivna patienter på mätdagen ges möjlighet att besvara en enkät om smärta och smärtbehandling. Sammanställs av smärtombud.	Årligen, nov
Dagen trycksår: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Förebygga och minska förekomsten av trycksår.	Samtliga inskrivna patienter på mätdagen kontrolleras av trycksårsmåttbud.	Mars, sep, dec

Rubrik:

Kvalitetsparametrar HEM 13519

Sidan 10 av 11

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13519

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Vårdrelaterade infektioner (VRI): Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Minska förekomsten av VRI	Samtliga inskrivna patienter på mätdagen.	Årligen, okt
Basala hygienrutiner och klädregler: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Förhindra att patienter drabbas av VRI	10 personer/vårdmoment kontrolleras. Utförs av hygienombud. Sorteras på hematologavdelning och hematologmottagning. Sorteras på hygienrutiner och klädregler.	Varje månad
PPM KAD: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Minska förekomsten av VRI	Identifiering av alla inskrivna patienter på mätdagen som har en urinkateter.	Årligen, mars
Nationell patientenkät: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Fortsatt förbättringsarbete utifrån patienters synpunkter	Enkätmodell. Administreras via sjukhuset.	Årligen, okt
Medarbetarenkät, patientsäkerhetskultur: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	Fortsatt förbättringsarbete utifrån medarbetares synpunkter	Enkätmodell. Administreras via sjukhuset.	Årligen, okt
Palliativa registret: Samma eller förbättrat resultat från föregående mätning	God omvårdnad i livets slutskede.	Utdrag av statistik från palliativa registret.	Årligen