

Gäller för: Verksamhet Barncancercentrum

Giltig från: 2024-11-12

Innehållsansvar: Elin Öfverberg, (eliof1), Vårdenhetschef

Giltig till: 2026-11-01

Granskad av: Elin Öfverberg, (eliof1), Vårdenhetschef

Godkänd av: Thorsteinn Gunnarsson, (thogu14), Verksamhetschef

SCT – PM om PM

Revideringar i denna version

Ersätter tidigare version 8. Inga ändringar i denna version.

Syfte

Detta PM ska ge instruktioner för hur PM inom stamcellstransplantationsvården på Barncancercentrum upprättas, numreras, granskas, godkänns och publiceras.

Syftet med PM är att utveckla, utarbeta och införa ett informationssystem som grundar sig på säkra och tydliga riktlinjer för vårdarbetet. Detta leder till att vård och omhändertagande av patienter säkerställs på ett optimalt sätt. PM är en källa för information och utgör en del i vårt kvalitetssystem.

Ett PM ska på ett enkelt och lättförståeligt sätt beskriva ett eller flera moment i vården. Det ska kunna användas av olika personalkategorier och finnas lätt tillgängligt för all personal inblandad i vården. Alla viktiga moment inom stamcellstransplantationsvården på Barncancercentrum ska finnas beskrivna i PM och utföras på det sätt som beskrivs. Genom att PM används kan patientvården utföras enligt en god standard. All personal kan enkelt hämta information om vårdmoment de är ovana vid och patientsäkerheten tryggas därigenom.

PM är till för att:

- ge en enhetlig vård som är baserad på kunskap, erfarenhet och forskningsresultat
- effektivisera och systematisera omvårdnadsarbetet
- få gemensamma vårdprogram, riktlinjer och rutiner för att säkerställa vård och omhändertagande på ett optimalt sätt
- minska risken för att fel och brister uppstår som i sin tur leder till förlängd vårdtid, onödigt lidande för patienten och därmed ökade kostnader
- underlätta den nyanställdes introduktion på enheten

Arbetsbeskrivning

Dokumentnivåer – Vårdprogram, Riktlinjer och Rutiner, Checklistor

Ett vårdprogram är en handlingsplan för de samlade vårdinsatserna rörande ett visst hälsoproblem eller behandling.

Inom Barncancercentrum används två typer av PM; Riktlinjer och Rutiner och dessa förvaras och behandlas i SOFIA Sharepointytan STY Barn och ungdomars hälsa SU. Därtill finns checklistor som publiceras på Barncancercentrums sida på intranätet (Insidan) via gemensamma samarbetsytor i SOFIA (sharepoint).

Riktlinjer ger grundläggande kunskaper i ämnet och beskriver hur ett övergripande mål ska uppnås.

Rutiner beskriver mer specifikt ett moment av vården, på vilket sätt något ska utföras och av vem. Avvikelse från en rutin ska dokumenteras, planerad eller oplanerad. I händelse av oplanerad avvikelse ska vårt befintliga system för avvikelsehantering MedControl användas.

Till riktlinjer och rutiner kan hänvisning ske till exempelvis checklistor, remisser, protokoll, patient/föräldrainformation m.m. Detta återfinns under rubriken Relaterad information. Hänvisning ska finnas till var de dokumenten återfinns.

Checklistor är den dokumentnivå som används för de moment som måste dokumenteras och journalföras. På en checklista finns utrymme för datum och signatur och dokumentet sparas i journalen.

Alla PM inom SCT på Barncancercentrum skrivs i enlighet med följande riktlinjer:

- Riktlinjer för att skriva ett PM, se SU:s rutin Skapa och hantera styrande dokument.
- Innehållsansvarig: Den som är innehållsansvarig för ett styrande dokument är ytterst ansvarig/sakkunnig för innehållet i det styrande dokumentet. Återfinns i sidhuvudet.
- Innehållsgranskare: den person som granskar innehållet för ett styrande dokument, bland annat för att säkerställa att innehållet i dokumentet är korrekt och håller god kvalitet samt att det är skrivet med ett enkelt och lättförståeligt språk. Innehållsgranskaren säkerställer att samtliga granskare och innehållsansvarig har granskat och godkänt dokumentet innan det förs vidare i processen. Återfinns i sidhuvudet.

- Granskare/arbetsgrupp: Den/de personer som granskat dokumentet och dess innehåll och/eller gemensamt arbetat fram dokumentet. Återfinns längst bak i dokumentet.
- Metadatatagranskare: den person som ansvarar för att alla uppgifter gällande dokumentet är aktuella och relevanta. Granskar och godkänner metadatan innan dokumentet skickas för godkännande. Återfinns i sidhuvudet.
- Godkänd av: den person som bär ansvaret för riktlinjen/rutinen (verksamhetschef) Återfinns i sidhuvudet.

Granskning, godkännande och revision

Innehållsansvarig utses av kvalitetsansvarig för SCT. Innehållsansvarig är den som ansvarar för innehållet i PM, detta arbete bör så långt det är möjligt läggas på en position i stället för på en person.

Alla PM ska granskas och godkännas elektroniskt via STY Barn och ungdomars hälsa SU. Slutgiltigt godkännande av Verksamhetschef sker i enlighet med befintlig elektronisk process för publicering i STY Barn och ungdomars hälsa SU.

Alla PM ska revideras vartannat år efter publicering. Varje PM har ett sista giltighetsdatum markerat i sidhuvudet. Revision behöver inte betyda att PM skrivs om. Däremot måste ansvarig person aktivt ta ställning till om texten på ett PM fortfarande är aktuell eller inte. Kvalitetsansvarig för SCT ansvarar för att PM revideras i tid.

I samband med revision dokumenteras vilka eventuella ändringar som gjorts under rubriken Revideringar i denna version som presenteras först i dokumentet.

PM som inte revideras och godkänns i tid, avpubliceras och måste åter publiceras för att bli synliga. Påminnelsemail skickas till innehållsansvarig innan detta sker. Kvalitetsansvarig för SCT ansvarar för att innehållsansvarig informeras.

Information till personal

Personalen måste informeras om reviderade PM. Kvalitetsansvarig för SCT ansvarar för att delge personalen information om uppdatering av PM APT-möten, i kvartalsrapport samt via e-post.

Ett nyskrivet PM, måste presenteras för all personal innan det kan tas i bruk. För detta ansvarar kvalitetsansvarig för SCT genom att skicka ut det nya PM'et på remiss till all personal via e-post samt genom en papperskopia på vardera expeditionen under en tvåveckorsperiod. Detta ger möjlighet för övriga delar av verksamheten att lämna synpunkter.

När två veckor passerat kan PM'et lämnas för granskning och godkännande av verksamhetschef enligt elektronisk process beskriven ovan. Kvalitetsansvarig för SCT ansvarar för att informera om nya PM som publicerats på APT, i kvartalsrapport och via e-post.

Förvaring av PM

Samtliga SCT-PM finns i pappersform i pärm inne på slussenheten, Barncancercentrum avdelning 1, som en back-up. Kvalitetsansvarig för SCT ansvarar för att hålla pärmen uppdaterad.

STY Barn och ungdomars hälsa SU i SOFIA

SOFIA är Sahlgrenska Universitetssjukhusets IT-stöd för digital dokumenthantering som stödjer ett dokumentets hela livscykel från arbetsmaterial till arkivering. SOFIA används för samarbete kring arbetsmaterial, arkivering enligt dokumenthanteringsplan och publicering och spridning av allmänna handlingar. SOFIA är ett samlingsnamn för olika IT-system och innefattar bland annat samarbetsytor, Mellanarkiv och söktjänsten Hitta i arkivet.

För varje dokument på en samarbetsyta för styrande dokument finns en Arbetsflödeshistorik. Den talar om vilka steg i processen dokumentet har gått igenom, det vill säga granskning och godkännande.

Arbetsflödeshistoriken visar också vem som utfört varje del i flödet och när det skedde. På så sätt uppfyller vi krav som ställs på spårbarhet.

För varje dokument som har godkänts och upprättats på en samarbetsyta för styrande dokument finns möjligheten att navigera till versionshistoriken i Mellanarkivet.

Se Manual: [Användarstöd SOFIA styrande dokument \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Ansvar

Gäller för all personal på Barncancercentrum. Ansvar för spridning och implementering har kvalitetssjuksköterskan. Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i riktlinjen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Anna Pilström, verksamhetsutvecklare, Barncancercentrum.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Barncancercentrum

Innehållsansvar: Elin Öfverberg, (eliof1), Vårdenhetschef

Granskad av: Elin Öfverberg, (eliof1), Vårdenhetschef

Godkänd av: Thorsteinn Gunnarsson, (thogu14), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-165

Version: 10.0

Giltig från: 2024-11-12

Giltig till: 2026-11-01