

## 1. Hensikt og omfang

Fra 2017 stiller strålevernforskriften krav om gjennomføring av jevnlig kliniske revisjoner (§44), dette kommer i tillegg til krav om interne revisjoner.

Med jevnlig menes her hvert annet år innen hvert av fagområdene **stråleterapi, nukleærmedisin, bildediagnostikk og bildeveiledet intervensjon**.

Hensikten med klinisk revisjon er å

- sikre at virksomheten har gode rutiner for sikker, berettiget og optimalisert bruk av stråling
- bedre kvaliteten og resultatene i pasientdiagnostikk og behandling ved en systematisk evaluering av klinisk praksis opp mot faglige anbefalinger
- bidra til god felles praksis gjennom strukturert kollegabasert samarbeid og læring
- bidra til forbedring av pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten

Kliniske revisjoner har som mål å være både en kvalitetskontroll og et ledd i kvalitetsutviklingen av klinisk praksis basert på tverrfaglig samarbeid. Manglende samsvar mellom faktisk og anbefalt praksis kan føre til endring i klinisk praksis eller retningslinjer når dette er indisert.

## 2. Ansvar

**Direktør for Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling (PKS)** har på vegne av administrerende direktør ansvar for at sykehuset gjennomfører kliniske revisjoner innen strålevern, og skal følge opp dette i samarbeid med **strålevernkoordinator**.

**Klinikkleder** har ansvar for at lovpålagte kliniske revisjoner innen strålebruk gjennomføres i egen klinikk, og for at en handlingsplan som følge av revisjonsrapporten blir utviklet og utført. Strålevernkoordinator skal orienteres om planlagte og gjennomførte kliniske revisjoner, da dette skal rapporteres årlig til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA).

**Leder i revidert avdeling/enhet** har ansvar for å legge forholdene til rette for revisjonen, samt oppfølging og iverksetting av tiltak etter revisjon.

**Utnevnt revisjonsteam** ved revisjonsleder har ansvar for gjennomføring av revisjonen. Revisjonene kan gjennomføres med interne eller eksterne revisorer. Revisjonsteamet har ingen myndighet overfor den reviderte enheten. Det er opp til enheten selv å vurdere om revisjonsteamets arbeid får konsekvenser for interne rutiner og praksis. Revisjonsleder styrer all aktivitet før, under og etter revisjonen.

**Strålevernkontakter og strålevernkoordinator** kan initiere og utarbeide forslag til virksomhetens revisjonsprogram, og legge frem de enkelte revisjonsplanene for den aktuelle klinikkens pasientsikkerhetsutvalg.

## 3. Fremgangsmåte

Kliniske revisjoner skal gjennomføres tverrfaglig og kollegabasert innenfor et valgt revisjonstema og med definerte revisjonsstandarder (nasjonale og internasjonale anbefalinger eller lokale prosedyrer) og revisjonskriterier. Revisjonsplaner skal godkjennes i ledermøte i aktuell klinikk. Kliniske revisjoner innen strålebruk og strålevern kan gjennomføres ved behov selv om de ikke er med i revisjonsplanen.

### Planlegging

- utnevne revisjonsteam (avklare ansvar/roller).
- definer revisjonstema og revisjonsstandard (nasjonale/internasjonale anbefalinger eller lokale prosedyrer). Tema bør utarbeides i samråd med enheten som skal revideres.
- definer revisjonsparametre (hva skal måles, hva er fasit, valg av metode). Nødvendige data innhentes på forhånd.
- utarbeide revisjonsplan
- avklar omfang (revisjonen bør kunne gjennomføres på 1-2 dager).

## Gjennomføring

- informasjon til enheten som skal revideres (revisjonsvarsel senest 2-3 uker før revisjon).
- revisjon (åpningsmøte, gjennomgang av materiale/intervjuer e.l., avklaringsmøte).
- utarbeide rapport med resultater og eventuelle forslag til endring av klinisk praksis/prosedyrer.

## Oppfølging

- Gjennomførte revisjoner skal dokumenteres i skriftlige rapporter og i Achilles (i revisjonsmodul).
- Leder ved revidert enhet har ansvar for å vurdere og eventuelt gjennomføre anbefalte endringer i praksis. I tillegg skal leder informere sin enhet om resultatene av den kliniske revisjonen.
- Revisjonsleder har ansvar for oppfølging i Achilles.

Se også dok.id 14 "Interne revisjoner" for informasjon om gjennomføring av interne revisjoner (vedlagt).

Her finnes maler som benyttes i forbindelse med revisjoner: [http://intranett.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?p\\_section\\_dim\\_id=952464&level=4](http://intranett.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?p_section_dim_id=952464&level=4)

## 4. Definisjoner

**DSA:** Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, tidligere Statens strålevern.

**Klinisk revisjon:** en systematisk evaluering av klinisk praksis opp mot faglige anbefalinger og egne prosedyrer med formål å bedre kvaliteten og resultatene i pasientdiagnostikk og behandling.

## 5. Referanser

[Strålevernforskriften](#)

### Vedlegg

- [AGREE 138066.docx](#)

### Andre eHåndboksdokumenter



[Interne revisjoner](#)



[Organisering og målsetting for strålevernsarbeidet ved OUS](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Klinisk revisjon innen strålevern og strålebruk	Godkjent av: Sølvi Andersen	Dokument-Id: 138066 - Versjon: 0	Utskriftsdato: 15.04.2021
Dokumentansvarlig: Tanja Østgård Holter			Side 2 av 2