

Handledning – Kassering av prov

Framtagen av; Regionalt BiobanksCentrum sydöstra sjukvårdsregionen/Gunilla Bergström

Fastställd av; Regionalt Biobanksråd	Version 6.0 Dnr: RBC-2019-00012	Giltig fr.o.m. 2019-04-01	Sida 1(2)
-----------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	--------------

Handledning för Kassering av prov.

Bakgrund; Enligt biobankslagen har provgivaren rätt att begära att provet kasseras efter analys. Kassering innebär att materialet destrueras alternativt avidentifieras. Det skall finnas dokumenterade rutiner för hur kassering av material sker.

Rekommenderad handläggning av dessa fall;

1. Kontrollera så Nej-talongen, (E1) är korrekt ifylld, dvs. att efterfrågade data för att identifiera prov finns med och att valet är entydigt, att den är underskriven av provgivaren samt att provet är fullständigt besvarat.
2. Gäller Nej-talongen barn/underårig och det finns två vårdnadshavare, måste båda skriva under.
3. Dokumentera fynd via fotografering eller på annat sätt, om de är av sådan art att det kan anses viktigt för framtida vård- och behandling.
4. Vid tveksamhet, med tanke på konsekvenser för framtida vård och behandling, bör kontakt tas innan önskemål om kassation verkställs.
5. Besluta om kassering ska ske via destruktion eller avidentifiering.
6. Dokumentera vidtagna åtgärder och arkivera handlingarna
7. Rutin bör finnas för att informera remittent alternativt både remittent och provgivare att kassering skett. I de fall kassation sker i efterhand ska enbart provgivare informeras och då endast i de fall de begärt bekräftelse.

Ovanstående är den rekommenderade principen för handläggning av dessa fall. För utformning av instruktion för den egna verksamheten ansvarar verksamhetschef/motsvarande. Som exempel på hur en sådan kan utformas se sidan 2, Patologi-cytologi laboriet i Kalmars ”Kasseringsanvisning”.

Referenser;

Biobankslagen (SFS 2002:297)

SOSFS 2002:11 med vid var tid gällande ändringsförfattningar

Landstingens/regionernas gemensamma biobanksdokumentation:

[Biobanksverige.se](#), [Regionalt Biobankscentrum sydöstra sjukvårdsregionen](#)

Version	Datum	Ansvarig	Ändringar mot tidigare
1.0	20050615	G Bergström	
2.0	20060601	G Bergström	Lagt till punkt 2 om underskrift av nej-talong barn/underårig.
3.0	20100520	G Bergström	Formulerat om punkt 1, föreslår ej längre kontroll mot remiss.
4.0	20110101	G Bergström	Formulerat om punkt 4, ej utpekad vem som ska kontaktas. Formulerat om punkt 7, endast provgivare informeras vid kassation i efterhand.
5.0	20180710	G Bergström	Kontroll att information är relevant. Uppdatering av logotyper i sidhuvud. Lagt in dokument ID för nej-talongen.
6.0	20190401	G Bergström	Ny logga Region Kalmar län. Kontroll att information är relevant.

Handledning – Kassering av prov			
Framtagen av; Regionalt BiobanksCentrum sydöstra sjukvårdsregionen/Gunilla Bergström			
Fastställd av; Regionalt Biobanksråd	Version 6.0 Dnr: RBC-2019-00012	Giltig fr.o.m. 2019-04-01	Sida 2(2)

bilaga 6.9 Rutiner för kassering av prover gällande kvalitetsmanual SOS nr 488

KASSERING AV PROV ENLIGT BIOBANKSLAGEN

Lokala principer och flödesschema gällande Patologi-cytologi laboratoriet i Kalmar fr.o.m. 2005-01-01
Platina Dok.nr. 1648

1. Sekreteraren tar fram det preparat (glas, klossar, personöversikt, remiss) som anges på den av patienten underskrivna nejtalongen.
2. Det framtagna materialet (inkl. dokumenten) lämnas till den patolog, som är företrädare för det aktuella ämnesområdet. Dennes uppgift är att föreslå, huruvida preparatet skall destrueras eller i avidentifierat skick sparas för t.ex. undervisningsändamål eller som referensmaterial. Dennes beslut meddelas skriftligt (Förslag:.....) på den aktuella remissens svarstalong. Saknas ämnesföreträdare för det aktuella preparatet är det den läkare, som är i chefsbefattning (verksamhetschef eller medicinskt ledningsansvarig) som fattar beslutet. [I fortsättningen benämnes denne läkare för enkelhetens skull verksamhetschef].
3. Det framtagna materialet överlämnas till verksamhetschefen som
 - a. kontrollerar att nejtalongen är korrekt ifylld och därmed giltig
 - b. kontrollerar att rätt preparatmaterial föreligger
 - c. slutligt avgör om materialet skall destrueras eller sparas i avidentifierat skick
 - d. på remissen anger sitt beslut samt signerar och skriver datum (Beslut:.....).
4. Verksamhetschefen överlämnar materialet med beslutet till sekreteraren.
5. Sekreteraren gör den aktuella remissen aktiv i SymPathy, öppnar labparameterfönstret samt ställer om labparametern till "BBL kassera prov".
OBS! H-remiss (GCK) skall ej göras aktiva (för då går ett nytt brev hem till patienten via kallelsesystemet) men i övrigt hanteras enligt ovan.
6. Verksamhetschefen signerar remissen elektroniskt i SymPathy varvid ett nytt remiss-svar går till inremitterande läkare med klartexten att provet kasserats i enlighet med Biobankslagen.
7. Sekreteraren sätter i en färgad sticka (markering) i glasarkivet resp. klossarkivet med texten "Kastat enligt biobankslagen", remissnummer, datum samt signatur.
8. Sekreteraren plockar bort glasetiketter, krossar den frostade delen av preparatglaset om den innehåller remiss- eller personnummer samt avlägsnar remissnummer från klosskassetterna.
9. Sekreteraren kastar klossar, kassetter och glas. Det krossade glaset går till glasåtervinningen medan klossar och kassetter går i det sorterade avfallet.
10. Signering göres på nej-talongen av sekreterare. Datum för den faktiska kasseringen anges. Nej-talongerna förvaras i en speciell pärm i låst arkiv.
11. Sekreteraren skickar ett förtryckt brev (signerat av verksamhetschefen) till patienten med uppgift om att det specificerade provet är vid ett angivet datum kasserats i enlighet med patientens skriftliga önskemål och enligt Biobankslagen.