

Landstingens/regionernas gemensamma biobanksdokumentation

Handledning och checklista för verksamhetschef vid vårdenhet

Sammanfattning: Detta dokument presenterar en checklista för de aktiviteter en verksamhetschef vid vårdenhet är ansvarig för med utgångspunkt från biobankslagens krav.

*OBS! Kontrollera alltid att du har aktuell version av dokumentet!
Aktuella dokument finns att ladda ner på www.biobanksverige.se*



NATIONELLA
BIOBANKSRÅDET

Revisionshistorik

Versionsnummer	Datum	Ansvarig	Ändringar mot tidigare version
1.0	2005xxxx	Anne Snis	Första versionen. Fastställd inom Landstingens biobanksprojekt.
4.0	2007-03-27	Jan Forslid	Reviderad version efter två års praktisk erfarenhet av informations- och samtyckesordningen. Byte till Nationella rådets dokumentstyrningsmall. Fastställd av AU till Nationellt biobanksråd 2007-03-27-
5.0	2017-05-11	Malin Eaker Fält	Uppdatering av länkar, namn mm

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	4
2	BAKGRUND	4
4	FÖRUTSÄTTNINGAR	5
5	CHECKLISTA	6
6	REFERENSER.....	8



1 Inledning

Detta dokument innehåller en checklista som stödjer en nationellt enhetlig tolkning av biobankslagen och skapar gemensamma rutiner för hantering av lagen vid en vårdenhets inom hälso- och sjukvården.

Checklistan baseras på det ansvar som verksamhetschefen har enligt biobankslagen och anger de aktiviteter som denne bör initiera för att på ett ändamålsenligt sätt upprätthålla relevanta rutiner och använda det material som Landstingens biobanksprojekt tagit fram. Nationella biobanksrådet förvaltar och uppdaterar. Checklistan har en generell utformning och kan behöva anpassas till varje organisation och dess aktuella situation.

Checklistan berör framförallt följande delar inom biobanksområdet:

- informations- och samtyckesfrågor kring prov i biobank

Förutom denna checklista finns även checklistor för huvudmän och för biobankshantering.

En bakgrund till biobankslagen och Landstingens/regionernas biobanksprojekt finns i dokumentet *"Introduktion och översikt"* (dokument A1). Där beskrivs också det arbete som gjorts inom projektet, de utgångspunkter som ligger till grund för arbetet och den fortsatta organisationen inom biobanksområdet. En sammanställning över landstingens/regionernas gemensamma biobanks-dokumentation finns i *"Dokumentförteckning"* (dokument A2). Det finns även en *"Ordlista"* (dokument B1).

Alla nämnda dokument finns på Nationella biobanksrådets hemsida [www.biobanksverige.se].

2 Bakgrund

Biobankslagen föreskriver att vårdgivare skall:

- informera provgivare om att ett prov (t ex blod, urin, biopsier) kan behöva sparas
- att inhämta provgivarens samtyckesbeslut
- att dokumentera beslutet

Ovanstående gäller för samtliga prov som tas med undantag för prov som enbart tas för vård och behandling och som inte sparas en längre tid efter slutförd analys (riktmärke två månader efter utförd primär analys). Biobankslagen gäller inte heller prov som tas i rättsliga syften med eller utan individens samtycke med stöd av annan lagstiftning, t ex faderskapsprov.

För patienter, för vårdhuvudmän, för hälso- och sjukvårdspersonal och för forskare och kliniska prövare är det en stor fördel om information och samtycke hanteras på ett nationellt enhetligt och rättssäkert sätt. Med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting har därför landstingen/regionerna utarbetat gemensamma rutiner och ett gemensamt informationsmaterial om lagen och dess tillämpning. Dit hör en informations- och samtyckesordning, informationsmaterial för patienter och allmänhet samt informations- och utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdspersonal.

Verksamhetschefen har ett delegerat ansvar för en definierad vårduppgift. Han/hon är således även ansvarig för att verksamheten följer biobankslagen och den av huvudmännen godkända informations- och samtyckesordningen. Ett flertal landstingsstyrelser har därutöver beslutat att nämnda ordning skall följas inom respektive landsting/region.

3 Förutsättningar

1. Den nationellt framtagna informations- och samtyckesordningen (*"Informations- och samtyckesordning"*, dokument D1) skall ligga till grund vid upprätthållande av biobankslagen.
2. Varje verksamhetschef får besked om vilka prov som omfattas av biobankslagen, dvs skall sparas längre än två månader, av sin laboratorieleverantör. Dessa kan gälla generellt för visst laboratorium eller vara enskilt angivna på laboratorieremiss eller i elektroniskt beställningssystem. Ansvarig för att ange vilka prov som sparas är verksamhetschefen vid det laboratorium dit proven skickas eller förvaras. Att prov sparas innebär inte att nödvändigtvis att samtliga prov sparas, ej heller att de inte kan komma att gallras efter viss tid. För detaljerad information kontaktas respektive laboratorieleverantör.
3. Informationsmaterial till patienter/provgivare om provers sparande och biobankslagen finns framtagen i landstingens/regionernas gemensamma biobanksdokumentation och kan användas generellt eller kompletterad med lokala landstingsspecifika adressuppgifter.
4. Informations- och utbildningsmaterial om biobankslagen och dess konsekvenser finns framtaget för personal och bör användas vid personalutbildning. Urval och kompletteringar av materialet kan göras efter lokala förutsättningar.
5. Genomförandet av alla aktiviteter hos vårdhuvudmannen som rör hantering av biobankslagen är koordinerade på olika nivåer. Dessa omfattar huvudsakligen utbildning av personal, information till allmänhet och patienter, modifiering av remisser och IT-system samt hantering av nej-talonger, inrättande av biobanker och utlämning av prov.

4 Checklista

Verksamhetschefen ansvarar för:

1. Kontrollera om det finns lokala krav eller riktlinjer från den egna huvudmannen eller uppdragsgivaren vad gäller biobankslagen och hanteringen av denna.
2. Följande rutiner för information och samtycke:
 - Vilka patienter/provgivare som skall omfattas av rutinerna. Avgörande är hur vanligt det är med provtagning av prov som sparas mer än två månader samt vilket förfarande som passar bäst i den egna verksamheten.
 - Vilken personal inom verksamheten som är informations- och samtyckesansvariga (ISA-personal), dvs. vilka som muntligen skall **informera** patienten/provgivaren om sparande och dess ändamål, **inhämta samtycke** och **dokumentera** detta. I första hand bör den som ordinerar prov vara ISA-personal.
 - Vilken personal som skall **kontrollera** samtycket vid provtagningstillfället och ev dokumentera detta. Denna kontroll är särskilt angelägen om lång tid förflutit mellan samtyckets inhämtande och provtagningstillfället.
 - Alla patienter/provgivare bör kunna få tillgång till det skriftliga informationsbladet, om möjligt innan han/hon träffar ISA-personalen. Fastställ om informationsbladet till patienten skall lämnas och vem som är ansvarig (inskrivningssköterska, provordinatör, provtagare eller annan). Informationsbladet kan exempelvis delas ut då patienten anmäler sig vid receptionen eller sändas hem tillsammans med kallelse. Hänvisning kan också ske till elektroniskt informationsmaterial på Internet.
 - **När** patienten i normalfallet skall tillfrågas om samtycke; vid inskrivning, vid provordination, innan provtagning, vid provtagning eller vid annat tillfälle. Det bör observeras att det är en fördel om patienterna tillfrågas om samtycke tidigt i vårdprocessen, dock senast vid provtagningstillfället när samtycket måste anges på remissen till laboratoriet.
 - **Hur ofta** samtycket skall inhämtas. Normalt skall kontroll av samtycket ske vid varje provtagning, men vid ett sammanhängande vårdtillfälle, t ex hos en inneliggande patient eller mottagningspatient med upprepade besök, kan andra rutiner för att kontrollera samtycket vara ändamålsenliga.
 - Vem som skall ansvara för att samtyckesbeslutet dokumenteras. Beslutet skall alltid dokumenteras på remissen och eventuell nej-talong. Någon notering av beslutet i patientjournalen behövs inte om verksamheten inte har speciella skäl för detta, t ex samtycke för ett sammanhängande vårdtillfälle. Laborarieinformationssystemen innehåller uppgift samtycket på remissen och returnerar vanligen denna uppgift med laboratoriesvaret som tillhör journalen.
 - Att informationsmaterial och nej-talonger finns tillgängliga samt vem som är ansvarig för att anskaffa nytt eller uppdaterat material.
 - Tillse att väntrumssaffischer och affischer för personalrum sätts upp.

Rutinerna skall vara fastställda och godkända enligt de regler som gäller för verksamheten.

Det skall även finnas rutiner för hur information och samtycke skall hanteras i följande fall. Det kan exempelvis handla om:

- minderåriga barn
- ungdomar som är beslutsmässiga, men omyndiga
- icke svenskspråkiga personer
- beslutsoförmögna, t ex dementa personer, medvetlösa eller patienter som sövs ned på verksamheten innan samtycke givits
- vårdkedjor. Om det förekommer att en patient under ett vårdtillfälle besöker flera verksamheter kan berörda verksamhetschefer komma överens om rutiner för information och samtycke (vem som informerar, frågar och dokumenterar samtycket på remissen), exempelvis mammografi med efterföljande cytologisk provtagning.
- avlidna
- patienter som deltar i forskning eller klinisk prövning
- donatorer av biologiskt material

Se dokumentet ”*Informations- och samtyckesordning*” (ISO) (dokument D1) för vägledning eller kontakta regionalt biobankscentrum för råd.

3. Genomföra återkommande utbildning och att nyanställd personal också får del av denna vid sin introduktion.

Utbildningen skall omfatta all ISA-personal, men kan också behöva ges till administrativ personal som behöver kännedom om biobankslagen och var information finns att hämta. Utse gärna en kontaktperson inom verksamheten som har god kännedom om biobankslagen och verksamhetens rutiner för information och samtycke och som kan ansvara för utbildning av övrig personal.

4. De fastställda rutinerna för information och samtycke i verksamheten skall vidmakthållas genom fortlöpande uppföljning och regelbundna internrevisioner. Rutiner för att notera avvikelser och deras hantering skall finnas. Betänk att rutinerna kan behöva anpassas efter gjorda erfarenheter.

5 Referenser

Följande dokument finns tillgängliga i senaste version på www.biobanksverige.se eller på Ditt landstings/regions hemsida.

- *"Introduktion och översikt"* (dokument A1)
- *"Dokumentförteckning"* (dokument A2)
- *"Ordlista"* (dokument B1)
- *"Roller och ansvar inom biobanksområdet"* (dokument C1)
- *"Informations- och samtyckesordning", ISO* (dokument D1)
- *"Remiss- och kallelsetexter"* (dokument D2)
- *"Nej-talong"*