Socialstyrelsen

Publicerat

SOSFS 1989:1 (M)

Beslutade den 27 januari 1989
Utkom från trycket den 28 mars 1989
Ansvarig utgivare: Överdirektör Carl-Axel Ifvarsson

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm
Tel 08-555 530 00

Observera att det kan förekomma fel i Internetversionen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det är den tryckta utgåvan av författningssamlingen som gäller.

Föreskrifterna och allmänna råden presenteras inte i konsoliderad form. Om föreskrifterna och allmänna råden har ändrats framgår det endast genom Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS), sökbar databas.

Socialstyrelsens föreskrifter om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom hälso- och sjukvården och för att öka säkerheten vid läkemedelshantering inom den slutna vården;

Denna författning träder i kraft den 1 maj 1989 och ersätter då Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1980:80) om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom sjukvården.

Inarbetade ändringar /ej separata dokument/:

SOSFS 1993:20 ikraft 1994-01-24
SOSFS 1995:20 ikraft 1996-03-26

För att öka säkerheten inom hälso- och sjukvården föreskriver Socialstyrelsen följande med stöd av 3 § 2. förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen. Föreskrifterna innebär en revidering av styrelsens föreskrifter (SOSFS 1980:80) i samma ämne och ersätter dessa. Revideringen berör främst avsnitten 5 och 8.

Observera att det kan förekomma fel i Internetversionen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det är den tryckta utgåvan av författningssamlingen som gäller.

Föreskrifterna och allmänna råden presenteras inte i konsoliderad form. Om föreskrifterna och allmänna råden har ändrats framgår det endast

genom Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS), sökbar databas.

1. Bakgrund

Utvecklingen inom sjukvården har bl.a. medfört en uppdelning av arbetsmoment på olika personalkategorier, vilket kommit att innebära att allt fler personer deltar i en patients vård. Exempelvis ombesörjs numera blodprovtagning på vårdavdelningarna i stor utsträckning av laboratoriepersonal. För vissa undersökningar eller viss behandling förs därtill patienten till särskilda avdelningar. För den personal som i sådana situationer kommer i kontakt med patienten är denne oftast okänd och personalen är därför helt beroende av patientens egna uppgifter eller medförda handlingar för att kunna säkerställa identiteten. I de fall patienten själv kan lämna tillförlitliga upplysningar är givetvis en muntlig identitetskontroll tillfyllest. Beträffande patient, som inte kan lämna uppgifter på grund av t.ex. narkos eller annan medvetslöshet, och för patient, som på grund av ålder eller medicinering eller psykiska eller andra skäl inte kan medverka till att säkerställa identiteten, är det viktigt att säkra system finns för att hindra identitetsförväxling.

En annan typ av misstag som kan få allvarliga konsekvenser är felaktiga ingrepp till följd av organförväxling eller sidoförväxling av extremitet eller parigt organ. Detta gäller såväl vid olika slag av ingrepp (operationer, punktioner, biopsier) som vid undersökningar på t.ex. röntgenavdelning eller kliniskt fysiologiskt laboratorium som vid radioterapeutiska åtgärder.

Till Socialstyrelsen har även rapporterats att man genom otillfredsställande rutiner för märkning, förvaring eller hantering dels använt icke sterila instrument vid operativa ingrepp, dels opererat in icke sterila endoproteser. Andra misstag i samband med hantering av endoproteser har varit förväxling av typ och/eller storlek, betingade av bristande kännedom om aktuell materiel.

Väsentligt för säkerheten är också tillfredsställande rutiner för märkning av röntgenfilmer, laboratorieprov och i förekommande fall läkemedel.

2. Åtgärder

För att minimera säkerhetsrisker av ovan nämnd karaktär föreskriver Socialstyrelsen, att föreskrifter i dessa avseenden skall finnas vid sjukvårdsinrättningarna. Då i övrigt betydande skillnader i lokal organisation kan föreligga är det av vikt att föreskrifterna utfärdas lokalt av vederbörande ansvarig klinikchef/motsvarande. Dessa bör dock i möjligaste mån utformas enhetligt inom ett sjukvårdsområde. De bör därför fastställas av sjukvårdsstyrelse eller direktion, såvida de inte avser ett begränsat verksamhetsområde. Utfärdade föreskrifter skall delges berörd personal.

Lokala föreskrifter av angivet slag skall upprättas med iakttagande av Socialstyrelsens nedanstående föreskrifter. Dessa behandlar dock inte kliniskt kemisk och bakteriologisk verksamhet m.m. Provtagning och

provhantering måste givetvis även inom dessa områden ske på sådant sätt att risk för förväxling elimineras så långt som möjligt. Vid utformningen av lokala rutiner och föreskrifter härför skall i tillämpliga delar beaktas Socialstyrelsens föreskrifter (1984:27) om blodgivning, blodtransfusion m.m.

Läkemedelshanteringen regleras i Socialstyrelsens kungörelse (MF 1974:83) om läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna m.m. och i Socialstyrelsens Råd och anvisningar 1974:39 Läkemedelshanteringen vid vårdavdelningarna. Då det vid ett flertal tillfällen inträffat förväxlingar i olika led av läkemedelshanteringen, som kunnat undvikas om nämnda föreskrifter och anvisningar följts, har det bedömts angeläget att i detta sammanhang erinra om vissa delar av dessa författningar.

3. Identifiering av patient

3.1 Allmänt

Patientens identitet måste under hela sjukhusvistelsen på ett enkelt och säkert sätt kunna fastställas. Ett lämpligt hjälpmedel härför är identitetsband i plast.

Banden är avsedda att fästas runt hand- eller fotled. De är försedda med en ficka avsedd för textremsa med uppgifter om patientens identitet. Obligatoriska data är namn och personnummer. Skriften på remsan måste vara lättläst och av sådan kvalitet att den inte utplånas av fukt. Det är viktigt att banden har sådan utformning att de kan fästas så, att obehag för patienten undviks och så att undersökning, behandling och övrig vård inte försvåras. Det är vidare väsentligt att banden inte kan lossna eller falla av.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts rekommenderar Socialstyrelsen, att ett enhetligt system för identifiering av patient med hjälp av identitetsband införs inom respektive sjukvårdsområde. Det lokala genomförandet av ett av sjukvårdsmyndigheten beslutat identifieringssystem kan lämpligen uppdras åt sjukhusdirektör eller chefsläkare. En förutsättning för att systemet skall fungera tillfredsställande är att patienterna informeras om syftet med detsamma.

3.2 Sluten vård

Generellt

Patienter i sluten vård skall i anslutning till inskrivningen erhålla identitetsband av ovannämnd typ eller annat likvärdigt hjälpmedel för identifiering. Detta måste fästas på sådant sätt, att det kan avlägsnas endast genom aktiv och avsiktlig åtgärd. Bandet skall appliceras av avdelningsföreståndaren, dennes ställföreträdare eller den person som uppdraget delegerats till. Denna ansvarar även för att personuppgifterna överensstämmer med de uppgifter patienten lämnat och i övrigt med

tillgängliga handlingar. Patienten skall ges tillfälle att själv kontrollera att uppgifterna på bandet är riktiga. Om patienten inte själv kan lämna tillförlitliga uppgifter, bör sådana om möjligt inhämtas från och kontrolleras av någon medföljande person som känner patienten. I de fall erhållna identitetsuppgifter är ofullständiga eller osäkra, måste kompletterings- eller kontrolluppgifter införskaffas. I avvaktan härpå bör samma märkning tillämpas som i fråga om oidentifierad patient (se nedan).

Undantag från principen att förse patient med identitetsband kan göras av medicinska orsaker, exempelvis överkänslighet för materialet, eller av psykologiska, vårdmässiga eller andra särskilda skäl.

Oidentifierad patient

Vid intagning av patient, vars identitet inte kan fastställas eller i fråga om vilken erhållna uppgifter är osäkra eller ofullständiga, skall namn och personnummer ersättas med löpnummer. För att markera att identitetsbeteckningen är provisorisk skall därvid band med avvikande, helst röd färg användas. Bandet bör lämpligen ha sådan utformning att möjlighet ges att utöver nummerbeteckning i plastficka inskjuta textremsa med kompletterande uppgifter. Nummerbeteckningen måste anges i samtliga patientens handlingar samt på etiketter till provrör och annat materiel som är hänförligt till patienten. Så snart identiteten är fastställd skall det tillfälliga identitetsbandet bytas ut mot ett identitetsband av brukligt slag och patientens handlingar kompletteras med de riktiga personuppgifterna.

Mor och nyfött barn

Vid vård på förlossnings- eller BB-avdelning skall den blivande modern förses med identitetsband på samma sätt som gäller för andra patienter i sluten vård.

Det nyfödda barnets identitet skall säkerställas genom att mor och barn innan navelsträngen klipps av förses med i förväg numrerade identitetsband. Numren skall vara lättlästa och beständiga mot t.ex. fukt. Moderns och barnets band skall ha samma nummer ur en löpande nummerserie. Denna skall vara så lång att ett nummer inte behöver användas mer än en gång under ett år vid förlossningsavdelningen.

Barnmorskan skall fästa det ena identitetsbandet runt barnets hand- eller fotled och det andra bandet runt moderns handled. Barnets kön och identitetsbandets nummer skall antecknas i journalen. Barnets journal och övriga handlingar hänförliga till barnet skall vara försedda med barnets personuppgifter. Före avnavlingen skall barnmorskan kontrollera att moderns och barnets band har samma nummer och att rätt nummer och kön förts in i journalen. Barnmorskan skall med sin signatur i journalen bekräfta att ovanstående kontroller utförts. Vid flerbörd skall varje barn erhålla eget nummer. Modern skall förses med ett identitetsband för varje levande barn. Även dödfödda barn skall förses med identitetsband. När mor och barn överförs från

förlossningsavdelningen till vårdavdelning skall barnmorskan på förlossningsavdelningen jämföra moderns och barnets nummer och barnets kön med de uppgifter som finns i journalen. Barnmorskan eller sjuksköterskan som tar emot mor och barn på vårdavdelningen skall göra motsvarande kontroll.

Tidigare avnavling eller avnavling innan barnet är framfött måste ibland göras av medicinska skäl eller i samband med förlossningsoperationer. Navelsträngen måste då klippas av innan de numrerade banden hunnit fästas på mor och barn. Barnmorskan har ansvar för att mor och barn så snart som möjligt erhåller identitetsband och att barnets nummer och kön förs in i journalen på samma sätt som vid en normal förlossning. Om modern är sövd eller av annan orsak medvetslös, skall persondata på moderns identitetsband jämföras med persondata i journalen innan barnets nummer och kön antecknas i denna.

Efter förlossningen kommer modern att vara försedd med ett band för egen identitet och ett band för varje levande barn. Det nyfödda barnets identitetsnummer skall finnas angivet i samtliga handlingar som rör barnet under dess vistelse på förlossnings- och BB-avdelning. Då det kan inträffa att barnets band glider av, kan som ytterligare säkerhetsåtgärd ett extra identitetsband fästas runt barnets hand- eller fotled. Det ena bandet bör vara försett med personuppgifter.

Vid överföring till annan avdelning antingen av enbart barn eller av mor och barn åligger det ansvarig barnmorska eller sjuksköterska vid respektive avdelning att kontrollera, att numret på identitetsbanden överensstämmer med numret i respektive journal. I de fall enbart barnet förs över till annan avdelning för vård skall nummerbeteckningen kompletteras med ytterligare ett band med tillgängliga personuppgifter. Det åligger sjuksköterskan på den avdelning dit barnet förs att ombesörja detta.

Om barnet stannar kvar på sjukhuset då modern skrivs ut eller överförs till annat sjukhus för vård skall nummerbeteckningen behållas, såvida inte barnets identitet kan utmärkas med personnummer.

Om barnets identitetsband glidit av skall ansvarig sjuksköterska eller barnmorska sätta på ett nytt band med samma nummer som det ursprungliga. Anteckning om detta skall göras i barnets journal och signeras av den person som anbringat det nya bandet.

Det åligger vårdpersonalen att kontrollera att rätt barn lämnas över till sin mor för vård etc.

I anslutning till att mor och barn lämnar avdelningen vid utskrivning skall ansvarig sjuksköterska eller barnmorska kontrollera, att numren på moderns och barnets identitetsband överensstämmer såväl sinsemellan som med numret i barnets journal. Kontrollen skall bekräftas genom signum i journalen. Även modern bör kontrollera kön och nummer och bekräfta detta genom signum.

3.3 Öppen vård

Patienter i öppen vård behöver som regel inte förses med identitetsband. Undantag bör dock göras i samband med undersökning/behandling under narkos eller annan mera omfattande undersökning/behandling.

Dessa patienter bör förses med identifieringsuppgifter på samma sätt som patienter i sluten vård.

3.4 Avlägsnande av identifieringsuppgift

Identitetsband får inte avlägsnas under sjukhusvistelse annat än av medicinska orsaker, exempelvis vid överkänslighet för hjälpmedlets material, eller av psykologiska, vårdmässiga eller andra särskilda skäl. Sådan åtgärd får beslutas endast av läkare eller sjuksköterska och skall antecknas i journalen. Vid avlägsnandet skall, om hinder härför inte föreligger, omedelbart nytt band anbringas på kroppsdel där det utan olägenhet kan placeras. Ansvarig för att nytt band sätts på samt för att uppgifterna på detta överensstämmer med dem som finns på det avlägsnade bandet är den som beslutat om avlägsnandet.

Identitetsuppgift får inte avlägsnas från kroppen efter avliden utan skall medfölja till bårhus eller motsvarande. Innan obduktion, balsamering, överlämnande till begravningsentreprenör eller annan åtgärd vidtas med kroppen, åligger det den som beslutat om åtgärden eller som eljest är ansvarig för denna att kontrollera identiteten.

4. Märkning av kroppsdel och organ

4.1 Operationer och vissa större undersökningar

För att hindra förväxling bör framför allt vid operationer och större undersökningar på extremitet eller parigt organ området för ingreppet märkas med färg som inte försvinner vid steriltvättning eller döljs av huddesinfektionsmedelsfärg. Även vid andra ingrepp kan sådan märkning vara av värde, eftersom en enhetlig rutin kan vara fördelaktig och undanröja eventuell tveksamhet i förberedelseåtgärderna. Märkningen skall utföras så att tatueringsrisk inte uppstår vid ingreppet. Om överkänslighet för färgämnet kan befaras skall dock annan form av markering tillämpas, t.ex. med "hudvänlig" häfta.

Hudmarkering skall om möjligt utföras före premedicinering samt, om patienten är kontaktbar, i samförstånd med denne. Markeringen skall utföras av operatören. Vid ändring i operationsschemat måste extra försiktighetsåtgärder vidtas.

Vid transport av patient till operationsavdelning/motsvarande har den tjänstgörande ansvariga sjuksköterskan på vårdavdelningen ansvar för att rätt patient och rätta handlingar avsänds. För öppenvårdspatienter och akut inkommande patienter som förs direkt till operationsavdelning åligger ansvaret härför motsvarande person på

akutmottagning/mottagningsavdelning etc.

Den som enligt arbetsordningen på operationsavdelningen tar emot patienten skall kontrollera identitet och operationsmarkering samt att erforderliga handlingar - till vilka i förekommande fal relevanta röntgenfilmer hör - finns tillgängliga.

Anestesi får inte påbörjas om erforderliga handlingar och/eller föreskriven hudmarkering saknas, såvida inte operatören ger tillstånd därtill. Innan anestesi inleds skall den för anestesin ansvarige läkaren eller sjuksköterskan kontrollera patientens identitet mot medföljande handlingar. Den som är ansvarig för instrumenteringen bör försäkra sig om att rätt kroppsdel förbereds för operation. Operatören är i sista hand ansvarig för att ingreppet utförs på rätt patient och på rätt kroppsdel eller organ.

För att eliminera förväxlingsrisken inom en operationsavdelning/motsvarande måste en av vederbörande ansvarig klinikchef/motsvarande utfärdad lokal instruktion finnas, som klargör ansvarsfördelningen och reglerar erforderliga märknings- och kontrollrutiner.

4.2 Behandling med joniserande strålning

Vid extern behandling med joniserande strålning bör i regel inträdesfältet markeras på huden av den läkare som ordinerar behandlingen eller bestämmer stråldosen. Om markeringen i samband med behandlingens planering utförs av annan personal, t.ex. sjukhusfysiker eller radioterapiassistent, är den för patientens vård ansvarige läkaren skyldig att kontrollera, att rätt område markerats liksom att behandlingsplanen tillämpas på rätt patient. Till skillnad från märkning i samband med operativa ingrepp kan vid extern strålbehandling en diskret tatuering ibland vara önskvärd. Denna bör utföras endast efter patientens medgivande och på sådant sätt att den inte blir kosmetiskt störande.

5. Röntgen- och vissa isotopundersökningar m.m.

Röntgen- eller isotopundersökning är ofta av avgörande betydelse för patientens fortsatta behandling. Skulle därför en röntgenfilm eller resultatet av en isotopundersökning (i detta sammanhang avses ej laboratorieprov) t.ex. erhålla felaktig sidomarkering, kan detta under olyckliga omständigheter leda till operativt ingrepp på fel kroppsdel. Felaktiga identifieringsuppgifter kan likaså få allvarliga följder.

En väsentlig grund för undvikande av misstag är att ansvarsfördelningen för olika arbetsmoment finns tydligt klargjord. Det åligger därför vederbörande klinikchef/motsvarande att upprätta lokalt anpassade skriftliga instruktioner i detta avseende. Dessa skall främst reglera nedanstående rutiner:

- kontroll av patientens identitet mot remiss och identitetshandling (namnplåt). Detta kan ske antingen genom att patienten själv får uppge namn och födelsedata eller med hjälp av ID-band. I vissa fall, t.ex. vid undersökning av barn, kan medföljande person lämna dessa uppgifter.
- kontroll av vilket organ eller vilken kroppsdel som skall undersökas, om möjligt i samråd med patienten. Uppgiften bör också kontrolleras mot tillgängliga handlingar. Om den undersökande genom patientens uppgifter och sin egen bedömning får anledning misstänka att remissens uppgifter är felaktiga, bör begärd undersökning inte utföras förrän kontakt tagits med remitterande läkare eller remissens uppgifter på annat sätt kontrollerats.
- identitetsmärkning vid undersökning. Identitetsmärkning av undersökningsmaterial - röntgenfilm/isotopundersökningsdokumentation bör omfatta patientens namn och personnummer. Märkning av röntgenfilm sker med optisk teknik eller genom att uppgifterna på patientens "namnplåt" med röntgenexponering överförs till filmen. För att undvika felaktig namnuppgift vid undersökning av nästföljande patient skall röntgensköterskan/assistenten kontrollera att "namnplåten" avlägsnats från märkapparaten efter avslutad undersökning. Om optisk märkning används skall motsvarande förfaringssätt tillämpas.
- sidomarkering på röntgenfilm/isotopundersökningsdokumentation. Beteckningen DX (dexter) och SIN (sinister) är att föredra framför H (höger) respektive V (vänster) därför att dels förstnämnda markeringar genom olika antal bokstäver är lättare att särskilja, dels denna beteckning används internationellt. Sidomarkeringen måste tydligt framgå av film respektive annan dokumentation. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt märkning av extremitetsbilder vid undersökning av barn då ofta båda extremiteterna undersöks. Vid isotopundersökning skall primär sidomarkering göras med liten strålkälla utmärkande höger sida. Vid datortomografi, ultraljudsundersökningar, magnetisk resonanstomografi (MRT) och isotopundersökningar med skiktteknik (SPECT och PET) är det för att förhindra sidoförväxlingar nödvändigt, att filmer och annan dokumentation från alla kroppsregioner betraktas och sidomärkas på ett enhetligt sätt. Axiala (transversella) snitt skall presenteras så att de ses underifrån (från patientens fotända), frontala (coronära) snitt så att de ses framifrån. Sidomarkering skall vara tydlig och internationella beteckningar såsom DX/right och SIN/left bör användas.
- angivande av skiktdjup vid tomografi,
- markering av patientens orientering i bilden samt projektion i de fall detta ökar säkerhetsgraden,
- markering av ordningsföljden mellan filmer vid angiografi eller annan serieröntgen. Vid digital subtraktionsangiografi (DSA) där endast en del av informationen dokumenteras på film skall serieangivelse finnas på filmen samt dess nummer i serien,
- angivande av undersökningsdatum och sjukhusets namn på filmer och annan dokumentation,
- kontroll av framkallad films och annan dokumentations identitets-

och sidomarkering mot remiss och eventuellt övriga patienthandlingar.

Ansvaret för att ovannämnda kontroller verkställs åvilar de personer som genomför undersökningen (sjuksköterska/assistent, läkare eller radiofysiker) i enlighet med den ansvarsfördelning som framgår av lokalt utformad instruktion.

Ansvaret för att undersökningsmaterialets identitetsmärkning överensstämmer med remiss och avgivet utlåtande åligger den läkare som verkställer slutgranskning. Denne bör även i möjlig utsträckning kontrollera att sidomarkeringen är korrekt. I de fall det slutliga utlåtandet i väsentlig grad avviker från det preliminärt avgivna, bör remitterande läkare särskilt göras uppmärksam på detta förhållande.

6. Fysiologiska och neurofysiologiska undersökningar m.m.

Vid fysiologiska, neurofysiologiska och andra liknande undersökningar bör de i avsnitt 5 redovisade åtgärderna beaktas i tillämplig omfattning.

7. Histopatologiska och cytologiska laboratorieprov

7.1 Allmänt

Av största vikt är att betryggande rutiner tillämpas i avsikt att utesluta förväxling av laboratorieprov. Resultatet av framför allt histopatologiska och cytologiska undersökningar kan leda till långtgående utrednings- eller behandlingsåtgärder. En förväxling av sådana prov kan därför få ödesdiger effekt. I sammanhanget bör understrykas vikten av att remisser skrivs tydligt och förses med fullständiga uppgifter i fråga om patientidentifiering och avsändare.

7.2 Provtagning

Innan provtagning påbörjas skall förvaringskärl för provet alternativt objektglas iordningställas och märkas med patientens identitetsuppgifter. Kärl för preparat skall därvid märkas med patientens personnummer och namn samt preparatets art och datum för provtagningen. Det bör observeras att uppgifterna skall påföras själva kärlet. Märkning av enbart locket får inte förekomma. Vid användning av etiketter måste dessa vara så beskaffade att de inte lossnar, t.ex. vid kylförvaring. Även objektglas bör märkas med så fullständiga identitetsuppgifter som möjligt. Det kan emellertid av utrymmesskäl vara nödvändigt att utelämna vissa markeringar. Ett minimikrav bör dock vara att glasen förses med patientens födelsenummer och initialer.

Vid operations-/provtagningstillfället bör endast den patient som är

föremål för ingreppet vistas i operations-/undersökningsrummet. Patientens identitet skall före påbörjade åtgärder kontrolleras mot tillgängliga handlingar. I de fall patienten har ID-band kan kontrollen ske med hjälp av detta. Vid provtagning av öppenvårdspatienter som inte har försetts med ID-band skall identitetskontrollen ske på så sätt att patienten själv får uppge namn och födelsedata. I vissa fall, t.ex. i fråga om barn, kan uppgifterna lämnas av medföljande person. De på kärlet/glaset påförda uppgifterna skall i anslutning till provtagningen kontrolleras mot journal/remisshandlingar. Sedan det för undersökning avsedda preparatet placerats i det i förväg märkta kärlet, skall detta förslutas och placeras så att sammanblandning på betryggande sätt kan förhindras. Sistnämnda åtgärd gäller även objektglas. Det bör observeras att endast materiel hänförligt till den för provtagning aktuella patienten får finnas "framdukat". Efter avslutad provtagning bör antalet kärl/glas samt deras innehåll anges på remissen.

I de fall sidomarkering förekommer bör, av samma skäl som beträffande markering av röntgenfilmer, markeringen DX (dexter) och SIN (sinister) användas.

Eventuellt överbliven märkt provtagningsmateriel bör kasseras eller, i de fall märkning skett med etikett, denna avlägsnas. Vissa prov som t.ex. sputum och urin tas ofta i patientens vårdrum eller i anslutning därtill. Vad som ovan anförts bör dock i tillämpliga delar iakttas även i sådana situationer.

7.3 Analys av taget prov

Vid provets ankomst till det laboratorium som skall utföra undersökningen skall provkärlens/objektglasens märkning och antal kontrolleras mot remissen. Vid påförande av laboratoriets interna identifikationsnummer måste en minutiös noggrannhet iakttas för att uppnå optimal säkerhet. Det är väsentligt att nedbringa antalet ommärkningar. Sistnämnda påpekande gäller framför allt vid histopatologiska undersökningar. Om möjligt bör varje ommärkning kontrolleras i särskild ordning, exempelvis genom granskning av två personer oberoende av varandra.

Vid preparatberedning inom laboratoriet, som t.ex. iordningställande av objektglas för sputum eller utskärning av histopatologiska prov, är det väsentligt att endast ett prov åt gången hanteras. Först sedan beredningen avslutats, kärlet förslutits och preparat, glas eller motsvarande placerats på sådant sätt att förväxling inte kan uppstå, får nästa prov tas fram för beredning.

För att i största möjliga utsträckning eliminera risken för att analyssvaret skrivs ut på fel remiss, bör svaret inledas med provets interna laboratorienummer samt patientens namn. Det åligger därför den läkare eller den som efter läkares delegering undertecknar svaret att kontrollera, att remissens och utskriftens uppgifter är identiska.

Klinikchefens/motsvarande instruktioner bör syfta till att så långt möjligt

minska förväxlingsrisken och även reglera ansvarsfördelningen för olika arbetsmoment. För att provmaterialet skall vara av enhetlig och önskvärd beskaffenhet ur laboratoriets synpunkt kan det vara lämpligt, att chefen för patolog- respektive cytologavdelning till de enheter som utnyttjar laboratoriet utfärdar anvisningar för providentifiering, lokal beredning samt transport.

8. Läkemedelshantering inom sluten sjukhusvård

Vad gäller ansvarsfördelningen vid läkemedelshantering på sjukhus vill socialstyrelsen först erinra om att det medicinska ledningsansvaret ligger på överläkaren enligt 14 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och att ansvaret för de rutiner som tillämpas ingår i detta ansvar. Jämför även 3 § socialstyrelsens kungörelse (MF 1974:83) om läkemedelsförsörjningen vid sjukvårdsinrättningarna m. m.

Vidare har var och en som arbetar inom hälso- och sjukvården sitt personliga ansvar för hur han fullgör sina arbetsuppgifter i verksamheten, det egna självständiga yrkesansvaret.

Socialstyrelsen har också gett ut föreskrifter om ansvarsfördelning och läkemedelshantering i samband med anestesi (SOSFS 1987:27) och föreskrifter om ansvarsfördelning och läkemedelshantering inom allmän intensivvårdsavdelning samt allmänna råd för all intensivvård (SOSFS 1988:26). Vidare hänvisas till socialstyrelsens kungörelse med allmänna råd (SOSFS 1980:100) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård m. m.

8.1 Ordination

Ordination av läkemedel får endast göras av läkare. Huvudregeln därvid är att läkare skriftligen skall ordinera på originalhandling och signera ordinationen. I akuta situationer kan ordinationer dock ges muntligen. Dessa skall då dokumenteras och signeras i efterhand.

Ordinationen skall vara entydig och uppta läkemedlets namn, beredningsform, styrka och dosering i antal eller volym samt administrationssätt, när detta ej i övrigt framgår av ordinationen.

Skriftliga generella direktiv skall finnas för de läkemedel som utan annan ordination får administreras av sjuksköterska. Utdelning enligt skriftliga generella direktiv skall ske med stor restriktivitet. Direktiven skall utöver vad som gäller för annan ordinations uppta även indikationer och kontraindikationer.

8.2 Iordningställande och överlämnande

Iordningsställande (dispensering) av läkemedel skall normalt utföras av sjuksköterska. I undantagsfall kan medicinskt ledningsansvarig

överläkare uppdra detta åt annan person som bedömts ha tillräckliga kunskaper för uppgiften. Detta uppdrag ges genom skriftlig, tidsbegränsad delegering med åtagande av den som får uppdraget.

Läkemedel skall normalt iordningsställas med originalhandling som underlag. I de fall läkemedel iordningsställs med annat underlag än originalhandling måste kontroll mot denna göras före iorgningsställandet. Kontrollen verifieras med signum.

Iordningsställande av läkemedel och överlämnande eller administrering skall normalt göras av samma person. Om annan än den som iorgningsställt dosen överlämnar densamma, skall vad gäller *perorala* läkemedel dessa hållas samman i för varje doseringstillfälle försluten enhet märkt med patientens namn och födelsedata. För *injektionsläkemedel* gäller att spruta skall vara märkt med patientnamn och födelsedata samt innehåll och mängd i de fall administrering ej sker i anslutning till iordningsställandet. På behållare för *infusionsvätska* skall anges patientnamn och födelsedata, eventuella tillsatser, dropptakt och/eller infusionstid.

Överlämnandet skall i första hand göras av sjuksköterska men kan delegeras till annan befattningshavare som bedömts ha tillräckliga kunskaper för uppgiften.

Vid överlämnandet av läkemedel skall patientens identitet kontrolleras så att iordningsställd dos tillförs rätt patient.

Vid läkemedelsbehandling skall det föras journalanteckningar som anger vad varje patient tillförts.

Styrelsen för Socialstyrelsen
(Byrå HS 2, föredragande Elisabet Svensson)

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras verkets föreskrifter och allmänna råd.

- Föreskrifter är bindande regler.
- Allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen.

Socialstyrelsen ger årligen ut en förteckning över gällande föreskrifter och allmänna råd.

SOSFS kan beställas från webbutiken eller Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm. Fax 08-779 96 67, e-post socialstyrelsen@strd.se

ISSN 0346-6000.
Artikelnr 1989-10-001

[Socialstyrelsen][Sök][SOSFS]

Har du frågor eller synpunkter? Läs om webbplatsen eller kontakta oss!