

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Giltig från: 2025-12-19

Innehållsansvar: Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

Giltig till: 2027-12-18

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Christoffer Larsson, (chrla26), Verksamhetschef

# Kemisk provtagning på dialysmaskin, ansvarsbeskrivning och bedömning - njursjukvård

## Revideringar i denna version

Ändringar under rubrik ”Normalrutin” angående avvikande provsvar.

## Syfte

GMP-dokument (Good Manufacturing Practice).

Att tydliggöra ansvarsfördelning kring provtagning, rutin för kemprovtagning samt bedömning och eventuella åtgärder av provsvaren som tas på dialysmaskinerna i enlighet med HSLF-FS 2022:40 bestämmelser.

## Ansvar

Verksamhetschef på njurmedicinska kliniken ansvarar för att rutin för provtagning är väl känd och tillämpas inom dialysverksamheten. Medicinskt ansvarig för tillverkning ansvarar för att det finns tydliga och verksamhetsanpassade rutiner för tillverkning av hemofiltrationsvätska. Provtagningsansvarig sjuksköterska ansvarar för att prover tas enligt kalendarium, bevakar att provsvar kommer i rimlig tid från anlitat laboratorium och gör en första bedömning av provsvaren enligt nedan. Vidimering av provsvaren sker på delegation av driftsansvarig för personal. Provtagningsansvarig undersköterska iordningställer i förväg allt provtagningsmaterial samt remisskrivning och ansvarar för komplettering av saknat material. All personal är involverad och hjälps åt att utföra provtagningen enligt särskild instruktion, var god se styrdokument ”*Provtagning på dialysapparat*” med STY-id: SKAS9715-1834850575-93.

## Förberedelser

Provtagningsintervallerna följer HSLF-FS 2022:40 bestämmelser, se även styrdokument ”*Dialysutrustning och kalendarium för provtagning*” med STY-id: SKAS9715-1834850575-36.

Vi anlitar laboratoriet för klinisk kemi, Unilabs som finns på SkaS Skövde. Analysmetoderna ska uppfylla kraven enligt HSLF-FS 2022:40. Provet tas i litet plaströr med röd kork för natrium, kalium och klorid.

## Remiss

Laboratorieremiss 1 Unilabs Kemi/Serologi. Analysönskemål fylls i av provtagningsansvarig, i annat fall fyll i rutan ”annan analys”. Använd reservetikett till provet. Proven lämnas till laboratoriet för klinisk kemi under kontorstid.

## Arbetsbeskrivning

### Allmänt

Provsvaren ska ligga inom intervall för hemofiltrationsvätska enligt HSLF-FS 2022:40, se tabell 2. Provtagningsfrekvensen sker enligt tabell 1 och är framtagen i samråd med nyckelpersoner inom Västra Götalandsregionen.

Om provsvar ligger utanför gränsintervallet ska Dialysmottagningen snarast kontaktas, enligt 6 kap. 9 § i Läkemedelsverkets föreskrift HSLF-FS 2022:40. Unilabs tar ett dubbelprov ur inlämnat provrör, innan provsvar lämnas till dialysen. Om provsvaret ligger utanför intervall även efter dubbelprov, markeras detta med stjärna när svar lämnas till dialysen.

Tabell 1. Provtagningsfrekvens i rutindrift, Dialysenheter inom Västra Götalandsregionen.

| Provtagning                   | Frekvens   | HSLF-FS 2022:40                |
|-------------------------------|--|--------------------------------|
| <b>Ingångsvatten</b>          |  |                                |
| Kemisk kontroll               | 2 gånger/år  | 2 gånger/år                    |
| <b>Vatten för tillredning</b> |  |                                |
| Kemisk kontroll               | 2 gånger/år  | 6 gånger/år                    |
| Konduktivitet                 | Dagligen   | Dagligen                       |
| <b>Hemofiltrationsvätska</b>  |  |                                |
| Kemisk kontroll               | 6 gånger/år, provtagning varje månad med halva maskinparken per gång | 1 gång/månad                   |
| Konduktivitet                 | Vid varje användningstillfälle                                       | Vid varje användningstillfälle |

Tabell 2. Gränsvärden kemisk provtagning enligt föreskrift, HSLF-FS 2022:40.

| Gränsvärden för hemofiltrationsvätska* | Na | ± 2,5 % | K       | ± 5% | Cl      | ± 5% |
|--|----|---------|---------|------|---------|------|
|  |    | Na 138  | 135–141 | K 3  | 2,9–3,2 | 110  |

## Normalrutin

Provsvaret skrivs omgående ut och läggs i dialysmottagningens postfack på Unilabs. Provtagningsansvarig sjuksköterska ansvarar för att dessa hämtas och kontrollerar omgående att provsvaret ligger inom angivna övre och nedre gränser.

- Om provet ligger **inom gränsvärdena**, signerar och daterar provtagningsansvarig sjuksköterska provsvaret och för in värdena i trendanalysen.
- Om provet ligger **utanför gränsvärdena** tas **omedelbart** ett nytt prov på aktuell dialysmaskin och skickar på analys.
- Om det nya provet ligger **inom gränsvärdena** används dialysmaskinen som vanligt.
- Om det nya provet fortfarande ligger **utanför gränsvärdena** tas aktuell dialysmaskin **ur drift** och maskinen märks ”Tagen ur drift”. Detta dokumenteras i loggbok samt på whiteboard och maskinen sätts i hetdesinfektion. Medicinskt ansvarig för tillverkning /tjänstgörande läkare underrättas.

- Vid akut behov, då provsvar ligger utanför gällande gränsvärden så kan avsteg från rutiner/kvalitetssystem göras. Först måste dock medicinsk ansvarig för tillverkning /tjänstgörande dialysläkare eller sakkunnig person godkänna detta. Vid godkännande ska avsteget dokumenteras genom angivande av datum och signum från den nyckelperson som mottagit beslutet. Av dokumentationen ska det tydligt framgå på vilka grunder beslutet har fattats och sakkunnig person godkänt avsteget.
- Tekniker försöker åtgärda dialysmaskinen. Efter åtgärder tas nya prover. Maskinen får inte tas i drift förrän provsvar inom gränsvärden erhållits. Medicinskt ansvarig läkare underrättas kontinuerligt.

## Arbetsgrupp

### *Innehållsansvarig*

Anna Wärme, Överläkare, Njurmedicinska kliniken, SkaS Skövde

Anna Laurén, Undersköterska, Dialysmottagningen, SkaS Skövde

Thomas Turemark, Sjuksköterska, Dialysmottagningen, SkaS Skövde

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Kard Inf Hud Njur Gastro

**Innehållsansvar:** Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

**Granskad av:** Baran Mardoukhi, (barma17), Apotekare, Anna  
Wärme, (annwa49), Processchef

**Godkänd av:** Christoffer Larsson, (chrla26), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9715-1834850575-63

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-12-19

**Giltig till:** 2027-12-18