



Delegeringsbeslut från sjuksköterska

Dokumentet ska finnas i två versioner:

- Original till delegeringspärm (förvaras på SSK-expedition)
- Kopia till arbetstagare

Härmed delegerar jag till

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet	

Delegatens utbildning

Hälso- och sjukvårdsutbildning	Utbildning i läkemedelshantering
☐ Undersköterska	☐ Genomgång av Socialstyrelsens webbstöd (för den som delegerar)
☐ Vårdbiträde	Datum:
☐ Saknar vårdutbildning	☐ Genomgång av Socialstyrelsens webbstöd (för delegaten)
☐ Annan vårdutbildning:	Datum:
.....	☐ Annan utbildning i läkemedelsutbildning
.....	Namn på utbildning:
	Datum:

Jag som delegerar förvisar mig om att delegaten innehar reell kompetens för att utföra nedanstående arbetsuppgifter

Läkemedelshantering <u>Administrering av:</u>	Kateterhantering/Tappning av urinblåsa
☐ Läkemedel från iordningställd dos, övervaka intag	☐ Tappning och RIK (ren intermittent kateterisering) i okomplicerade fall
☐ Läkemedel ordinerade vid behov, från av Apotek, sjuksköterska eller tillverkare iordningställd dos efter kontakt med sjuksköterska, övervaka intag	☐ Spolning av KAD
☐ Salva/kräm	Sondhantering
☐ Ögondroppar/ögonsalva	☐ Sondmatning via PEG
☐ Vagitorier	☐ Läkemedelsadministrering i PEG
☐ Suppositorier/klysma	Sugning av luftvägar
☐ Örondroppar	☐ Sugning av övre luftvägar
☐ Munhålsinsyn	Provtagning
Insulingivning	☐ Venprovtagning
☐ Injektion av insulin med insulinpenna	☐ Kapillärt blodsocker
	Stomivård
	☐ Byte av platta och omläggning av tarmstomi

Uppföljning av beslutet sker kontinuerligt och som minst en gång per år

Delegerande sjuksköterska

Delegaten har fått nödvändig undervisning och instruktion och bedöms inneha den kompetens som krävs för utförandet. Kunskapskontroll har gjorts av ovanstående arbetsuppgifter. Delegaten äger rätt att självständigt och enligt föreskrifter utföra uppdraget. Inför delegeringsbeslutet har aktuella styrdokument (lagar, föreskrifter och lokala rutiner) gåtts igenom och följts upp.

Delegat

Efter undervisning accepterar jag uppdraget. Jag anser att jag innehar nödvändig kompetens och är medveten om att jag själv ansvarar för utförandet. Jag är medveten om att delegeringen är personlig och inte får delegeras vidare.

Datum för beslut	
Delegerande sjuksköterskas namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>uppföljning</u> av beslut	
Delegerande sjuksköterskas namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>uppföljning</u> av beslut	
Delegerande sjuksköterskas namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>uppföljning</u> av beslut	
Delegerande sjuksköterskas namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>uppföljning</u> av beslut	
Delegerande sjuksköterskas namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Checklista för sjuksköterska vid delegering

Delegatens namn

- ☐ Genomgång av Socialstyrelsens webbstöd vid delegering Datum:
- ☐ Genomfört kunskapstest (ange vilket:.....)
- ☐ Författningar:
- HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
 - Patientsäkerhetslag (2010:659).
- ☐ Genomgång av rutin för delegering
- ☐ Genomgång av rutin för läkemedelshantering
- ☐ Genomgång av avvikelshantering och tillhörande blankett
- ☐ Genomgång av dosförpackade läkemedel samt dosett
- ☐ Genomgång av andra förekommande beredningsformer
- ☐ Genomgång av korrekt och säker förvaring av läkemedel (mörker, kyla, inlåst etc.)
- ☐ Genomgång av läkemedelslista
- ☐ Genomgång av signeringslista
- ☐ Rapportering till ansvarig sjuksköterska vid förändringar av brukarens hälsotillstånd
- ☐ Särskilda instruktioner i samband med specifika uppgifter (se ev. bilaga)

Vid insulindelegering:

- ☐ Genomförd utbildning ange namn på ev. teoretisk utbildning:
- ☐ Diabetes hos äldre
- ☐ Kost och motion
- ☐ Inspektion av fötter och hudkostym
- ☐ Blodsockerkontroller inkl. delegering av blodsockerkontroll
- ☐ Olika sorters insulin och deras verkningsätt
- ☐ Insulinpenna, injektionsteknik och injektionsställen
- ☐ Förvaring och hållbarhet av insulin
- ☐ Genomgång av läkemedelslista
- ☐ Annat (ange vad:.....)
- ☐ Annat (ange vad:.....)