**Delegeringsbeslut** inom hälso- och sjukvård – sjuksköterska

# Verksamhetsområde/Enhet……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

Utifrån en risk- och helhetsbedömning delegerar jag till

………………………………………………………………………………………………. *Yrkestitel, personnummer och namn* som jag förvissat mig innehar reell kompetens för att utföra nedanstående arbetsuppgift(er). Utförd arbetsuppgift ska dokumenteras.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbetsuppgift** | **Beskrivning** | **Datum** | **Signatur SSK** | **Signatur OVP** |
| 1 Läkemedel från iordningsställd dos | Från dosrulle eller av sjuksköterska uppdelat läkemedel. Ej injektion |  |  |  |
| 1 Läkemedel, klysma |  |  |  |  |
| 1 Läkemedel, läkemedelsplåster |  |  |  |  |
| 1 läkemedel, originalförpackning | Direkt ur originalförpackning. Tex flytande, brustablett,ljuskänsliga mm. Ej injektion |  |  |  |
| 1 Läkemedel, suppositorier |  |  |  |  |
| 1 Läkemedel, Vagitorier |  |  |  |  |
| 1 Läkemedel, vid behov | Efter kontakt och bedömning av sjuksköterska. Ej injektion |  |  |  |
| 1 Läkemedel, Ögondroppar/salva |  |  |  |  |
| 1 Läkemedel, Örondroppar/salva |  |  |  |  |
| 2 Blodsockerkontroll |  |  |  |  |
| 2 Insulin med insulinpenna | Gäller patienter med stabila blodsockervärden |  |  |  |
| 3 Antikoagulantia med förfylld spruta | Långtidsbehandling> 14 dagar |  |  |  |
| 3 Inhalationsbehandling, iordningsställa och ge | Ex Pari boy, inhalator |  |  |  |
| 3 KAD, spolning |  |  |  |  |
| 3 Kompressionslindning av ben |  |  |  |  |
| 3 PEG/Gastrostomiknapp, bortkoppling inkl. spolning | Endast bortkoppling avsondmaten samt spolning med vatten. |  |  |  |
| 3 PEG/Gastrostomiknapp, läkemedel | Ge läkemedel via PEG/Gastrostomiknapp |  |  |  |
| 3 PEG/Gastrostomiknapp, sondmatning inkl. spolning | Koppla på och koppla bort sondmat samt spolning medvatten. |  |  |  |
| 3 Respiratorvård |  |  |  |  |
| 3 RIK, tappning av urinblåsa | Ren intermittentkateterisering |  |  |  |
| 3 Stomivård |  |  |  |  |
| 3 Sugning av övre luftvägar |  |  |  |  |
| 3 Syrgas |  |  |  |  |
| 3 Sårvård |  |  |  |  |
| 3 TENS behandling |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbetsuppgift** | **Beskrivning** | **Datum** | **Signatur SSK** | **Signatur OVP** |
| 3 Tracheostomivård |  |  |  |  |
| 3 Venprovtagning |  |  |  |  |
| 4 AnnatAvser patient med personnummer:………………………………. | Skriv in här vilken uppgift som delegeras. Uppgiften ska vara patientbunden och ha en vårdplan. |  |  |  |

Jag åtar mig ovanstående arbetsuppgift/er och är medveten om att jag har fullt yrkesansvar för utförandet av arbetsuppgifterna. Jag har tagit del av gällande lagstiftning samt riktlinjer och rutiner avseende utförande av delegerade arbetsuppgifter. Jag har även fått undervisning, instruktion samt fått genomgå kunskapskontroll angående ovan angivna arbetsuppgifter.

...................................................................................................................................................

## Namnunderskrift av den som mottar arbetsuppgiften

Ovanstående person har erhållit undervisning, instruktion och kunskapskontroll angående utförande av ovan angivna arbetsuppgifter. Delegeringen gäller för namngivna enheter och angiven tidsperiod. Jag har även förvissat mig om att den som tar emot delegering har teoretisk och praktisk kunskap om de basala hygienrutinerna i samband med utförandet av de delegerade arbetsuppgifterna.

...................................................................................................................................................

## Datum Ansvarig sjuksköterska

**Delegeringen giltig fr o m** ….………………………………………..**t o m**…………………………………………….....

Original sparas hos ansvarig sjuksköterska och bevaras enligt Dokumenthanteringsplan för Göteborgs stadsdelsnämnder. Uppgiftsmottagaren och dennes chef ska ha en kopia.

Delegering indragen: ……………………………………………………………………………………………………….

Datum Beslutsfattarens namn och befattning

Orsak för indragning……………………………………………………………………………………………………..