



Delegeringsbeslut från arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast

Dokumentet ska finnas i tre versioner:

- Original till bevakningspärm
- Kopia till arbetstagare
- Kopia på första sidan av delegeringsbeslutet skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Härmed delegerar jag till

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet/enhet	

Delegatens utbildning

Hälso- och sjukvårdsutbildning
<input type="checkbox"/> Undersköterska/motsvarande (Usk)
<input type="checkbox"/> Vårdbiträdesutb./motsvarande(Vb)
<input type="checkbox"/> Saknar vårdutbildning
<input type="checkbox"/> Annan vårdutbildning:

Jag förvissat mig om att delegaten innehar reell kompetens för att utföra nedanstående arbetsuppgift(er)

<input type="checkbox"/> Att utföra speciell träning enligt särskild instruktion (bilaga 2:4, 2:5).
<input type="checkbox"/> Att genomföra behandling enligt särskild instruktion (bilaga 2:4, 2:5).
<input type="checkbox"/>

Vid namngiven patient ange

Födelseår	Initialer
-----------	-----------

Omprovning av beslutet sker kontinuerligt och kan förlängas med maximalt ett år i taget

Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast

Delegaten har fått undervisning, instruktion och kunskapskontroll har gjorts av ovanstående arbetsuppgifter. Hon/han äger rätt att självständigt och enligt föreskrifter utföra uppdraget. Inför delegeringsbeslutet/vid omprovningen har aktuella författningar, riktlinjer och lokala rutiner adekvata för arbetsuppgiften gått igenom och följts upp.

Delegat

Efter undervisning accepterar jag uppdraget. Jag anser att jag bör klara uppgiften och är medveten om att jag själv ansvarar för utförandet. Jag är klart medveten om att delegeringen är personlig och inte får delegeras vidare.

Datum för beslut	
Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>omprövat</u> beslut	
Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Datum för <u>omprövat</u> beslut	
Delegerande arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast namn	Signatur
Delegatens namn	Signatur

Checklista för arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast vid delegering

- Författningar:
- SOSFS 1997:14 (M) Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
 - SOSFS 2000:1 (M) Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
 - Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Riktlinje/lokal rutin för delegering.
- Riktlinje avvikelshantering och blankett för avvikelserapportering.
- Signeringslistor.
- Rapportering till ansvarig arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast vid förändringar av brukarens hälsotillstånd.
- Särskilda instruktioner i samband med specifika uppgifter (se ev. bilaga).
- Annat