**Beslut om delegering av iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel**

Med delegering avses att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften, men som har reell kompetens för uppgiften. Iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel får delegeras av läkare, tandläkare och sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården med undantag för ambulanssjukvården.

Delegering av läkemedelshantering får endast ske om det är förenligt med en god och säker vård och det ska göras restriktivt och är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl och det ska inte förekomma för riskpatienter, riskläkemedel eller i risksituationer.

Ett delegeringsbeslut är alltid personligt och ska alltid vara skriftligt dokumenterat och tidsbegränsat till högst ett år. Delegering av en arbetsuppgift får inte ske mot någons vilja. Beslutet ska omprövas när omständigheterna påkallar det och skall omedelbart återkallas, om beslutet inte längre är förenligt med en god och säker vård.

**Kompetens och kunskap**

Den som tar emot en delegering ska ha en dokumenterad kunskap, avseende hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen, för den angivna arbetsuppgiften.

**Ansvarsfördelning vid delegering**

**Verksamhetschefen**

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att delegeringar sker på ett korrekt sätt inom ett verksamhetsområde.

Verksamhetschefen ska ansvara för att besluten om delegering är förenliga med en god och säker vård, och omprövas i nödvändig omfattning.

**Person som delegerar uppgiften**

Den hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar får endast delegera om det är förenligt med god och säker vård och ansvarar för att den som får uppgiften delegerad har förutsättningar att fullgöra uppgiften

**Person som tar emot delegeringen**

Den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och/eller administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen, se [Kunskaper om hantering av läkemedel](file:///C%3A%5CUsers%5Cath051%5CPlatina%5Cplatina.orebroll.se%5COrdination%20och%20hantering%20av%20l%C3%A4kemedel%2C%20riktlinjer%20och%20rutiner%20%28Gr%C3%B6na%20h%C3%A4ftet%29%28688488%29%20%28-1%29.docx#Kunskaper_om_hantering_av_läkemedel). Den som utför en delegerad arbetsuppgift bär det fulla ansvaret för att arbetsuppgiften utförs korrekt.

Delegering av en arbetsuppgift får inte ske mot någons vilja.

**Upphörande av delegeringsbeslut**

Delegeringsbeslut upphör att gälla när utgångsdatum har passerat, när uppgiftsmottagarens anställning upphör, när den hälso- och sjukvårdspersonal som utfärdat en delegering har slutat sina anställning eller bytt enhet eller vid långvarig tjänstledighet och sjukskrivning.

**Återkallande av delegeringsbeslut**

Den som delegerat en arbetsuppgift ska fortlöpande kontrollera att uppgiftsmottagaren fullgör uppgiften på ett riktigt sätt, om inte så ska delegeringen omedelbart återkallas.

**Föreskrifter som innehåller bestämmelser om delegering**

SFS 2010:659, HSLF-FS 2017:37, SOSFS 1997:14, SOSFS 2002:12

**Delegeringsbeslut – iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel**

Nedanstående person har dokumenterad kunskap, avseende hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen, för den angivna arbetsuppgiften.
**Delegering till:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och personnummer: |  |
| Yrkestitel: |  |
| Arbetsplats: (Område, klinik, enhet) |  |

**Delegering gäller följande arbetsuppgift:**

|  |
| --- |
|  |

**Delegeringens giltighetstid (max 1 år):**

fr.o.m. datum: t.o.m. datum:

**Ansvarig för delegering:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och yrkestitel: |  |
| Arbetsplats: (Område, klinik, enhet) |  |
| Datum och namnunderskrift: |  |

**Mottagare av delegering**:

Jag har tagit del av innehållet när det gäller mitt ansvar och anser mig ha tillräckliga kunskaper och erfarenhet för arbetsuppgiften. Jag har tagit del av SFS 2010:659, LVFS-FS 2017:37, SOSFS 1997:14.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum och namnunderskrift: |  |
| Namn: |  |

**Omprövat beslut**:

|  |  |
| --- | --- |
| Giltighetstid (max 1 år), fr.o.m – t.o.m.  |  |
| Ansvarig för delegering:namnunderskrift och datum |  |
| Mottagare av delegering:Namnunderskrift och datum |  |

**Återkallat beslut:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och yrkestitel: |  |
| Arbetsplats: (Område, klinik, enhet) |  |
| Datum och namnunderskrift: |  |

Originalet ska förvaras på avsedd plats på enheten, och ska sparas tre år efter att delegeringen upphört att gälla. En kopia lämnas till mottagaren av delegeringen, vid omprövning ska ny kopia lämnas.