



# Koncernkontoret

## Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning

### MALL

Skapad av	Regionala enheten för läkemedel	Godkänt datum	2025-02-20
Godkänd av	Hälso- och sjukvårdsdirektören	Version	4
Gäller för	Utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne	Gäller fr.o.m.	2025-02-20
		Gäller t.o.m.	2026-02-20

## Blankett för delegeringsbeslut av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel

Bilaga 10. Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne.

Delegering ska ske enligt de bestämmelser som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och som förtydligas i Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne.

Delegeringsbeslutet upphör att gälla om den som utfärdat eller mottagit delegeringen avslutar sin anställning eller byter vårdutförande enhet (avdelning eller mottagning). Ett delegeringsbeslut gäller högst ett år och bevaras i verksamheten i tre år efter det har upphört att gälla.

Beslut om delegering gäller på:

Förvaltning: Verksamhetsområde: Vårdutförande enhet:
--

Mottagare av delegering:

Namn: Personnummer: RSID: Yrkesroll:
---

## 1 Beslut om delegering avser följande situation(er)

Använd formuleringarna för situationer och uppgifter som finns i kapitel 6, avsnitt 6.5.2, tabell 3  
Situationer och förutsättningar för delegering av iordningställande, administrering eller  
överlämnande av läkemedel.

### Exempel

Situation: Astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) på mottagning (vuxna, öppenvård).

Uppgift: Iordningställande, administrering eller överlämnande av inhalationer.

Situation:

Uppgift:

Situation:

Uppgift:

Situation:

Uppgift:

## 2 Utbildning

Beskriv vilken teoretisk och praktisk utbildning som mottagaren av delegeringen genomgått.  
Genomgången utbildning ska ha lett till kunskap och kompetens motsvarande det som finns  
beskrivet i kapitel 6, avsnitt 6.5.3.

Beskriv utbildningen:

## 3 Delegeringens giltighetstid

Från och med:

Till och med:

## 4 Ansvarig för utfärdande av delegering

- Som ansvarig för utfärdande av denna eller dessa delegeringar är jag väl införstådd i bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och i Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne.
- Vidare intygar jag att utfärdandet av delegeringen är förenligt med en god och säker vård och att krav och förutsättningar i kapitel 6 i Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne är uppfyllda (se särskilt avsnitt 6.4.2 Ansvar för den som delegerar, tabell 3 i 6.5.2 När kan det vara befogat att delegera? samt 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.

Datum för utförande av delegering:

Vårdenhet:

Yrkestitel:

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Datum för återkallelse av delegering:

Vårdenhet:

Yrkestitel:

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

## 5 Mottagare av delegering

- Som mottagare av denna eller dessa delegeringar är jag väl införstådd i bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och i Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne.

- Vidare intygar jag att mottagandet av delegeringen är förenligt med en god och säker vård och att krav och förutsättningar i kapitel 6 i Regional riktlinje för ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården i Region Skåne är uppfyllda (se särskilt avsnitt 6.4.3 Ansvar för mottagare av delegering, tabell 3 i 6.5.2 När kan det vara befogat att delegera? samt 6.5.3 Förutsättningar och krav på kunskap och kompetens för att delegering av arbetsuppgifter får ske.

Datum för utfärdande av delegering:

Vårdenhet:

Yrkestitel:

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

## 6 Underskrift verksamhetschef

Datum: \_\_\_\_\_ Namnunderskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

## 7 Omprövat beslut

Ange delegeringens giltighetstid (längst ett år):

Från och med:

Till och med:

Ange utfärdare och mottagare av delegering:

Utfärdare:

Mottagare:

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_ Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

En kopia lämnas även till mottagaren av delegeringen.