

Mall 20b: Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering

Reviderat datum: 2026-02-23

Version: 5.0

## Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering

Som övergripande princip gäller att kravet på att god och säker vård måste tillgodoses vid delegering av läkemedelshantering för mer information se Kapitel 1 [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#).

Behörighet i aktuellt journalsystem måste tilldelas den som tar emot en delegering för att kunna journalföra de läkemedel som delegeringen avser.

Gäller på vårdenhet:

### Härmed delegeras nedanstående moment:

Iordningställande av läkemedel      Ja:       Nej:

Administrering av läkemedel      Ja:       Nej:

Överlämnande av läkemedel      Ja:       Nej:

Läkemedel/läkemedelsgrupp<sup>1)</sup>:

Gällande situationer samt administreringssätt<sup>2)</sup>:

Skrivs ut och signeras och rekommenderas att förvaras i en pärm hos verksamheten.  
Kopia till verksamhetschef.  
Gallras 10 år efter att handlingen upprättades

Övriga anmärkningar:

- 1) Ange ett eller flera läkemedelsnamn, substansnamn eller ATC-kod, samt beredningsformer
- 2) Ange i vilka situationer delegering kan bli aktuellt, t ex administrering av läkemedel vid katetersättning eller liknande samt administrerings sätt t ex intravenöst, peroralt

### Dokumenterad kompetens hos den som mottar delegeringen:

#### Basutbildningar

#### Datum

Basutbildning om allmänna regler vid delegering, inklusive ansvarsfördelning  
 Basutbildning om läkemedelshantering  
 Utbildning angående journalföring av läkemedel

Godkänt resultat kunskapstest

Namnteckning delegerande  
 sjuksköterska/tandläkare/läkare

#### Riktade utbildningar för delegerade moment

*Ange utbildning*  
*Ange utbildning*  
*Ange utbildning*  
*Ange utbildning*  
*Ange utbildning*

Namnteckning delegerande  
 sjuksköterska/tandläkare/läkare

---

Jag accepterar ovanstående delegering

Ort

Datum

Namnförtydligande och yrkestitel

VGR id

Namnteckning

Skrivs ut och signeras och rekommenderas att förvaras i en pärm hos verksamheten.  
 Kopia till verksamhetschef.  
 Gallras 10 år efter att handlingen upprättades

Namnförtydligande delegerande  
sjuksköterska/tandläkare/läkare

Namnsteckning

Uppdraget gäller från 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ till 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(maximalt 1 år)

---

### Ovanstående delegering har upphört

Ort

Datum

Namnförtydligande  
Verksamhetschef/Vårdenhetschef/Enhetschef

Namnsteckning