Fysisk aktivitet på Recept® - Delegeringsbeslut

Med delegering avses att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt och reellt kompetent för en arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften, men som har reell kompetens för uppgiften. Fysisk aktivitet på Recept® får delegeras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

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.

Hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur man fullgör sina arbetsuppgifter. Det gäller oberoende av om det är en uppgift som ligger inom den ordinarie arbetsutövningen eller en uppgift som man fått genom delegering.

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 sin 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.

Relevanta föreskrifter
SOSFS 1997:14 – Socialstyrelsens författningssamling om Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
SFS 2010:659 – Patientsäkerhetslag.

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 SOSFS 1997:14 och SFS 2010:659.

Datum och namnunderskrift:	
Namnförtydligande:	

Omprövat beslut:

Giltighetstid (max 1 år), fr.o.m. – t.o.m.	
Ansvarig för delegering: **Datum och namnunderskrift**	
Mottagare av delegering: **Datum och namnunderskrift**	

Återkallat beslut:

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

Originalet sparas tre år efter delegeringen upphört att gälla. En kopia lämnas till mottagaren av delegeringen, vid omprövning ska ny kopia lämnas.