



VALIDERINGSINTYGG

*Validering av APL, (Arbetsplatsförlagt lärande) i;
VÅRD OCH OMSORGSARBETE 2, VÅRVÅR02, 150 p*

Förutsättningen för validering är att den studerande har praktisk erfarenhet av arbete inom sjukhem/sjukvård/hemsjukvård. Detta skall intygas av sjuksköterska eller enhetschef på arbetsplatsen enligt målen för APL.

Namn: _____
Person nr: _____ Utbildningsort: _____
Anställningstid: _____
Omfattning: _____
Arbetsplats: _____
Chef ssk/Enhetschef: _____
Tel: _____ e-post: _____

Kunskapsnivå: 1= ingen, 2= låg, 3= medel, 4= hög, 5= mycket hög

Mål för APL/Praktiska kunskaper	1	2	3	4	5
Ha kunskap om och vara delaktig i den specifika omvårdnaden och rehabiliteringen av människor med vanliga sjukdomstillstånd, som te x stroke, demenstillstånd, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, frakturer.					
Kunna förstå och kommunicera med människor som har behov av omvårdnad genom förmåga till empati och lyhördhet, använda olika kommunikationsformer som te x verbal/icke verbal kommunikation i samspel med människor med skilda omvårdnadsbehov, såsom afasi, demens, syn- och hörselhandikapp.					
Kunna medverka i vård vid livets slutskede, skapa god livskvalitet för vårtagaren den sista tiden genom att uppmärksamma fysiska, psykiska, sociala och andliga behov.					
Medverka i ett värdigt omhändertagande efter döden.					

Forts. Mål för APL/Praktiska kunskaper	1	2	3	4	5
Studera symtom, reaktioner och förändringar hos vårdtagaren genom att medverka i undersökningar, bedömningar av andning, puls, blodtryck, hud, medvetande och uttömningar.					
Utföra enklare provtagningar t ex av urin och avföring samt i enklare behandlingar som t ex såromläggning.					
Kunna medverka i rapportering och dokumentation av olika omvårdnadsbehov samt inse betydelsen av individuell vårdplanering enligt den aktuella dokumentationsmodellen som finns på arbetsplatsen.					
Kunna förstå och medverka till en god psykosocial arbetsmiljö.					
Känna till de faktorer som påverkar som påverkar den fysiska arbetsmiljön.					
Känna till skyddsombudets uppgift på arbetsplatsen.					

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande