

Avvikelse rapport

- 1) När inträffade avvikelsen? (Datum) _____ (klockslag) _____
Om "avvikelsen" inträffat under längre tid (från) _____ (till) _____
- 2) Var inträffade avvikelsen? _____

3. Brukarens namn: _____

Personnummer: 19 490110-2121 Huvuddiagnos: _____

Anhörig undersädd ☐ JA ☐ NEJ God man undersädd ☐ JA ☐ NEJ

4. Typ avvikelse?

- ☐ Fall (fyll i sidan för fallavvikelse)
- ☐ Hot/våld (fyll i sidan för hot/våld)
- ☐ Läke medel (fyll i sidan för läke medelsfel)
- ☐ MTP (tekniska hjälpmedel) (fyll i delen för MTP avvikelse)
- ☐ Utebliven/feaktig LSS insats (fyll i delen för utebliven/feaktig LSS insats)

5. Vad hände och varför hände det? (beskriv så detaljerat som möjligt)

6. Vad har du/nig gjort för att det inte ska ske igen?

7. Vad blev resultatet av ovanstående åtgärder?

Datum: 1970-01-01 00:00 Ansvarig för rapporten: (underskrift) _____

(lämna till arbetsplatsens Uppdragschef)

Ifylles vid fall

<p>Vart inträffade fallet?</p> <p><input type="checkbox"/> Badrum/toalett</p> <p><input type="checkbox"/> Hall</p> <p><input type="checkbox"/> Kök</p> <p><input type="checkbox"/> Sovrum</p> <p><input type="checkbox"/> Utomhus</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Vad gjorde brukaren vid fallet?</p> <p><input type="checkbox"/> Gick/flyttning inomhus</p> <p><input type="checkbox"/> Gick/flyttning utomhus</p> <p><input type="checkbox"/> Låg i säng/satt i stol/rullstol</p> <p><input type="checkbox"/> Flyttade sig till/från sängen</p> <p><input type="checkbox"/> Flyttade sig till/från stol/rullstol</p> <p><input type="checkbox"/> Stod/satt still</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vilken aktivitet sysslade brukaren med?</p> <p><input type="checkbox"/> Hygien, Matlagning/disk</p> <p><input type="checkbox"/> Matlagning/disk</p> <p><input type="checkbox"/> Plockade upp något från golvet</p> <p><input type="checkbox"/> Plockade ut något från skåp</p> <p><input type="checkbox"/> PÅ/Avklädning</p> <p><input type="checkbox"/> Städning</p> <p><input type="checkbox"/> Toalettbesök</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Följande fick fallet av några särskilda moment?</p> <p><input type="checkbox"/> Feber</p> <p><input type="checkbox"/> Förskyldning</p> <p><input type="checkbox"/> Förrvirring</p> <p><input type="checkbox"/> Trötthet</p> <p><input type="checkbox"/> Upprörd(oro/ilska/ledsen</p> <p><input type="checkbox"/> Urinträngning</p> <p><input type="checkbox"/> Yrsel</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Särskilda yttre omständigheter?</p> <p><input type="checkbox"/> Avsaknad av fotriktiga skor</p> <p><input type="checkbox"/> Hjälpmedel saknas/glömdes</p> <p><input type="checkbox"/> Hjälpmedel användes felaktigt</p> <p><input type="checkbox"/> Halt</p> <p><input type="checkbox"/> Hinder t.ex. sladd/matt/träng</p> <p><input type="checkbox"/> Mört</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Vilka direkta åtgärder vidtogs?</p> <p><input type="checkbox"/> Besök på sjukhus/vårdcentral</p> <p><input type="checkbox"/> Kontroll av smärta/blåmärken etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Läkarkontroll</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuksköterskekontakt</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Konsekvenser pga. fallet?</p> <p><input type="checkbox"/> Blåmärken, svullnad, skrubbsår</p> <p><input type="checkbox"/> Fraktur</p> <p><input type="checkbox"/> Inga konsekvenser</p> <p><input type="checkbox"/> Rädsla, oro</p> <p><input type="checkbox"/> Smärta</p> <p><input type="checkbox"/> Sårskada som sutureras</p> <p><input type="checkbox"/> Sårskada som tejpas</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Uppföljning (efter ca tre månader</p> <p><input type="checkbox"/> Beroende/oberoende som tidigare</p> <p><input type="checkbox"/> Hjälpmedelsinsats eller byte</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabinsats</p> <p><input type="checkbox"/> Utökning av assistansen</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>

Ifylles vid läkemedelsavvikelse

<p>Typ av läkemedelsfel?</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedel bortglömt</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedel fel i iordningställt</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedel givet i dubbel dos</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedel givet vid fel tidpunkt</p> <p><input type="checkbox"/> Annat läkemedelsfel</p>	<p>Vilken typ av läkemedel?</p> <p><input type="checkbox"/> Blodförtunnande läkemedel</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes läkemedel (insulin)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes läkemedel (tabletter)</p> <p><input type="checkbox"/> Psykofarmaka</p> <p><input type="checkbox"/> Receptfria läkemedel</p> <p><input type="checkbox"/> Urindrivande läkemedel</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Hur förvarades läkemedlet?</p> <p><input type="checkbox"/> Apodos</p> <p><input type="checkbox"/> Apodos</p> <p><input type="checkbox"/> I originalförpackning</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Hur upptäcktes felet?</p> <p><input type="checkbox"/> Först flera dagar senare</p> <p><input type="checkbox"/> När nästa dos skulle ges</p> <p><input type="checkbox"/> Omedelbart</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vilken personal upptäckte det?</p> <p><input type="checkbox"/> Personlig assistent</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuksköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Undersköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Vilka direkta åtgärder vidtogs när felet upptäcktes?</p> <p><input type="checkbox"/> Extra provtagning/undersköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Läkarkontakt</p> <p><input type="checkbox"/> Ny ordination</p> <p><input type="checkbox"/> Observation/övervakning</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuksköterskekontakt</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vad blev konsekvenserna för vårdtagaren?</p> <p><input type="checkbox"/> Besök på sjukhus/vårdcentral</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen konsekvens</p> <p><input type="checkbox"/> Rädsla/oro</p> <p><input type="checkbox"/> Smärta</p> <p><input type="checkbox"/> Trötthet</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	

Ifylles vid MTP-avvikelse

<p>Typ av MTP- avvikelse?</p> <p><input type="checkbox"/> MTP använt på felaktigt sätt</p> <p><input type="checkbox"/> MTP inte använt</p> <p><input type="checkbox"/> MTP trasigt</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Typ av MTP (tekniskt hjälpmedel)?</p> <p><input type="checkbox"/> Dynor</p> <p><input type="checkbox"/> Färflyttningshjälpmedel t.ex. bälte/glidbräda</p> <p><input type="checkbox"/> Gånghjälpmedel</p> <p><input type="checkbox"/> Hygienhjälpmedel</p> <p><input type="checkbox"/> Lyft/sele</p> <p><input type="checkbox"/> Mätinstrument t.ex. insulinavläsare</p> <p><input type="checkbox"/> Rullstol</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vilken/vilka personalkategorier närvarade</p> <p><input type="checkbox"/> Personlig assistent</p> <p><input type="checkbox"/> Rehab personal</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuksköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Undersköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsterapeut</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Vilka direkta åtgärder vidtogs?</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsterapeutkontakt</p> <p><input type="checkbox"/> Hjälpmedelstekniker</p> <p><input type="checkbox"/> Sjukgymnast</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuksköterskekontakt</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vad blev konsekvenserna för vårdtagaren?</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen konsekvens</p> <p><input type="checkbox"/> Rädsla/oro</p> <p><input type="checkbox"/> Smärta</p> <p><input type="checkbox"/> Trötthet</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	

Ifylles vid Hot/våld/självskadebeteende av brukare

<p>Typ av hot/våld?</p> <p><input type="checkbox"/> Fysiskt våld</p> <p><input type="checkbox"/> Verbalt hot</p> <p><input type="checkbox"/> Självskada</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Var inträffade händelsen?</p> <p><input type="checkbox"/> I brukarens hem</p> <p><input type="checkbox"/> Daglig verksamhet</p> <p><input type="checkbox"/> I transportmedel</p> <p><input type="checkbox"/> Utomhus</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vad gjorde den drabbade brukaren?</p> <p><input type="checkbox"/> Deltog i gruppaktivitet</p> <p><input type="checkbox"/> Intog måltid</p> <p><input type="checkbox"/> Sov/vilade</p> <p><input type="checkbox"/> Var på väg/från...</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Annan person som observerade händelsen?</p> <p><input type="checkbox"/> Anhörig</p> <p><input type="checkbox"/> Annan personal</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>
<p>Vilka direkta åtgärder vidtogs?</p> <p><input type="checkbox"/> Inga åtgärder</p> <p><input type="checkbox"/> Kontaktade kontoret</p> <p><input type="checkbox"/> Tillkalla polis/ambulans</p> <p><input type="checkbox"/> Trästar/lugnar</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>	<p>Vad blev konsekvensen av händelsen?</p> <p><input type="checkbox"/> Fysik skada</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen konsekvens</p> <p><input type="checkbox"/> Rädsla/oro</p> <p><input type="checkbox"/> Annat : _____</p>