

Avvikelse rapport

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

3. Brukarens namn: _____

Personnummer: _____ Huvuddiagnos: _____

Anhörig underrettad ☐ JA ☐ NEJ God man underrettad ☐ 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 läkemedelsfel)
- ☐ MTP (tekniska hjälpmedel) (fyll i delen för MTP avvikelse)
- ☐ Utebliven/felaktig LSS insats (fyll i delen för utebliven/felaktig LSS insats)

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

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

7. Vad blev resultatet av ovanstående åtgärder?

Datum: _____ Ansvarig för rapporten: (underskrift) _____

(lämna till arbetsplatsens Uppdragschef)

Ifyller vid fall

<p>Vart inträffade fallet?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Badrum/toalet<input type="checkbox"/> Hall<input type="checkbox"/> Kök<input type="checkbox"/> Sovrum<input type="checkbox"/> Utomhus<input type="checkbox"/> Annat_____	<p>Vad gjorde brukaren vid fallet?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gick/förflyttning inomhus<input type="checkbox"/> Gick/förflyttning utomhus<input type="checkbox"/> Låg i säng/satt i stol/rullstol<input type="checkbox"/> Flyttade sig till/från sängen<input type="checkbox"/> Flyttade sig till/från stol/rullstol<input type="checkbox"/> Stod/satt still<input type="checkbox"/> Annat_____
---	---

<p>Vilken aktivitet sysslade brukaren med?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hygien<input type="checkbox"/> Matlagning/disk<input type="checkbox"/> Plockade upp något från golvet<input type="checkbox"/> Plockade ut något från skåp<input type="checkbox"/> På/Avkläddning<input type="checkbox"/> Städning<input type="checkbox"/> Toalettsök<input type="checkbox"/> Annat_____	<p>Föregick fallet av några särskilda moment?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Feber<input type="checkbox"/> Förskyldning<input type="checkbox"/> Förvirring<input type="checkbox"/> Trötthet<input type="checkbox"/> Upprörd (oro/ilskan)/ledsen<input type="checkbox"/> Urinträngning<input type="checkbox"/> Yrsel<input type="checkbox"/> Annat_____
--	---

<p>Särskilda yttre omständigheter?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Avsaknad av fotriktiga skor<input type="checkbox"/> Hjälpmedelsaknas/glömdes<input type="checkbox"/> Hjälpmedel användes felaktigt<input type="checkbox"/> Hatt<input type="checkbox"/> Hinder/Textsladd/matt/trångt<input type="checkbox"/> Mört<input type="checkbox"/> Annat_____	<p>Vilka direkta åtgärder vidtog?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Besök på sjukhus/vårdcentral<input type="checkbox"/> Kontroll av smärta/blåmärken etc.<input type="checkbox"/> Läkarkontroll<input type="checkbox"/> Sjuksköterskekontakt<input type="checkbox"/> Annat_____
--	---

<p>Konsekvenser på fallet?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Blåmärken, svullnad, skrubbsår<input type="checkbox"/> Fraktur<input type="checkbox"/> Inga konsekvenser<input type="checkbox"/> Rädsla, oro	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Smärta<input type="checkbox"/> Sårskada som sutureras<input type="checkbox"/> Sårskada som tejpas<input type="checkbox"/> Annat_____
---	--

<p>Uppföljning (efter ca tre månader)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Beroende/oberoende som tidigare<input type="checkbox"/> Hjälpmedelsinsats eller byte<input type="checkbox"/> Rehabinsats	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Utökning av assistansen<input type="checkbox"/> Annat_____
---	--

Ifylls vid läkemedelsavvikelse

<p>Typ av läkemedelsfel?</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedel bortglömt</p> <p><input type="checkbox"/> Läkemedel fel i ordning ställt</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"/> Diabetesläkemedel (insulin)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetesläkemedel (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 läkemedel (vad) _____</p>
---	--

<p>Hur förvarades läkemedlet?</p> <p><input type="checkbox"/> Apodos</p> <p><input type="checkbox"/> Dosett</p>	<p><input type="checkbox"/> I originalförpackning</p> <p><input type="checkbox"/> Annat _____</p>
---	---

<p>Hur upptäcktes felet?</p> <p><input type="checkbox"/> Förfel på dagarsenare</p> <p><input type="checkbox"/> Närmästa dos skulle ges</p> <p><input type="checkbox"/> Omedelbart</p> <p><input type="checkbox"/> Annat _____</p>	<p>Vilken person 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"/> Annan _____</p>
---	--

<p>Vilka åtgärder vidtog 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>
---	--

Ifyller 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"/> Förflyttningshjälpmedel 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 personalkategorierna råda de</p> <p><input type="checkbox"/> Personlig assistent</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabiliteringspersonal</p> <p><input type="checkbox"/> Sjuksköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Undersköterska</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsrapporter</p> <p><input type="checkbox"/> Annat _____</p>	<p>Vilka direkta åtgärder vidtog?</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsrapporter utskrivna</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>	
---	--

Ifyller vid Hot/ våld/ självska debeteende av brukare

<p>Typ av hot/våld?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fysiskt våld<input type="checkbox"/> Verbalt hot<input type="checkbox"/> Självskada<input type="checkbox"/> Annat_____	<p>Var inträffade händelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> I brukarens hem<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet<input type="checkbox"/> I transportmedel<input type="checkbox"/> Utomhus<input type="checkbox"/> Annat_____
--	---

<p>Vad gjorde den drabbade brukaren?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Deltog i gruppsaktivitet<input type="checkbox"/> Intog måltid<input type="checkbox"/> Sov/vilade<input type="checkbox"/> Var på väg/från...<input type="checkbox"/> Annat_____	<p>Annan person som observerade händelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anhörig<input type="checkbox"/> Annan personal<input type="checkbox"/> Annan person_____
--	--

<p>Vilka direkta åtgärder vidtog?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inga åtgärder<input type="checkbox"/> Kontakta de kontoret<input type="checkbox"/> Tillkalla polis/ambulans<input type="checkbox"/> Tysta/lugna<input type="checkbox"/> Annat_____	<p>Vad blev konsekvensen av händelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fysiska<input type="checkbox"/> Ingen konsekvens<input type="checkbox"/> Rädsla/oro<input type="checkbox"/> Annat_____
---	---