

Avvikelse rapport

Verksamhet: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Tidpunkt (år, månad, veckodag, klockslag): _____

Typ av händelse

Läkemedelshantering

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Har inblandad personal delegering | <input type="checkbox"/> Utebliven dos |
| <input type="checkbox"/> För mycket läkemedel | <input type="checkbox"/> Förväxling av person |
| <input type="checkbox"/> För liten dos | <input type="checkbox"/> Förväxling av läkemedel |
| <input type="checkbox"/> Förväxling av dos | |
| <input type="checkbox"/> Annat | |

Var i läkemedelshantering har avvikelsen skett?

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ordination | <input type="checkbox"/> Iordningställande | <input type="checkbox"/> Överlämnande | <input type="checkbox"/> Övrigt |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|

Läkemedelstyp

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Morfinpreparat | <input type="checkbox"/> Psykofarmaka | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Blodförtunnande | <input type="checkbox"/> Syrgas | <input type="checkbox"/> Smärtstillande | |

Dispenseringssystem

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apoteksdisp. | <input type="checkbox"/> Dosett | <input type="checkbox"/> Injektion | <input type="checkbox"/> Annat _____ |
|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Missförhållande/övergrepp/hot och våld

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mellan boende | <input type="checkbox"/> Av personal | <input type="checkbox"/> Annat _____ |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|

Vårdkedjeproblematik

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Från/till primärvården | <input type="checkbox"/> Från/till slutenvård |
| <input type="checkbox"/> Från/till annan | <input type="checkbox"/> Internt socialtjänsten |

Kommentarer: _____

Medicinskt teknisk produkt/Tekniskt hjälpmedel

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Handhavande | <input type="checkbox"/> Felaktig funktion |
|--------------------------------------|--|

Bristande omvårdnad och ellerbehandling

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trycksår | <input type="checkbox"/> Kontraktur |
| <input type="checkbox"/> Smittsam sjukdom | <input type="checkbox"/> Ej följt ordination/vårdprogram |
| <input type="checkbox"/> Brister i tillsyn | <input type="checkbox"/> Brister i information (till boende och anhörig) |
| <input type="checkbox"/> Brister i larmfunktion | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

Beskriv händelseförloppet och vidtagna åtgärder

Orsaker:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bristande rutiner | <input type="checkbox"/> Oklar ansvarsfördelning | <input type="checkbox"/> Otillräcklig information/instruktion |
| <input type="checkbox"/> Otillräckliga resurser | <input type="checkbox"/> Bristande rapportering | <input type="checkbox"/> Brister i delegeringsförfarandet |
| <input type="checkbox"/> Brister i samverkan | <input type="checkbox"/> Brister i dokumentationen | <input type="checkbox"/> Felaktigt utförd |
| <input type="checkbox"/> Materialfel | <input type="checkbox"/> Tekniskt fel | <input type="checkbox"/> Personalbrist |
- Övrigt: _____

Konsekvenser av det inträffade:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen skada | <input type="checkbox"/> Personskada | <input type="checkbox"/> Läkarvård | <input type="checkbox"/> Sjukhusvård |
| <input type="checkbox"/> Extra tillsyn/övervakning | | | |

Kommentarer: _____

Närstående/god man informerad:

Ja Nej

Rapportör: _____ Datum _____ Telefon: _____

Ansvarig chef: _____ Datum: _____

Hälso- och sjukvårdspersonal: _____ Datum: _____

Vidtagna åtgärder av ansvarig chef

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Utbildning | <input type="checkbox"/> Information i personalgrupp |
| <input type="checkbox"/> Återkallande av delegering | <input type="checkbox"/> Polisanmälan |
| <input type="checkbox"/> Organisationsförändring | <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Förändrade rutiner | |

Inträffade allvarliga vårdskador ska omgående rapporteras till MAR/MAS