

# 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