



Rapport om avvikelse i vårdkedjan avseende SoL, HSL och LSS

Kund/boende

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Enhet	

Datum för avvikelserna	Enhet där avvikelserna uppstått		
Namn på rapportör	Titel	Telefonnummer	Mailadress

Typ av avvikelse

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Bristande informationsöverföring | <input type="checkbox"/> | Omvårdnad- och eller läkarepikris saknas |
| <input type="checkbox"/> | Meddelande (varsel) saknas | <input type="checkbox"/> | Brister i service (inköp, städning, matlagning osv) |
| <input type="checkbox"/> | Vårdplanering saknas | <input type="checkbox"/> | Brister i omvårdnaden (hygien, tillsyn, förflyttning, bemötande etc) |
| <input type="checkbox"/> | Brister i läkemedelshantering | <input type="checkbox"/> | Misstanke om övergrepp (fysiska, psykiska, sexuella, ekonomiska) |
| <input type="checkbox"/> | Utebliven/fördröjd behandling | <input type="checkbox"/> | Organisatoriska brister (samverkan, rutiner, planering osv) |
| <input type="checkbox"/> | Förflyttning av döende | <input type="checkbox"/> | Administrativa brister (dokumentation, handläggning osv) |
| <input type="checkbox"/> | Övrigt | | |

Beskrivning av avvikelserna (använd även baksidan vid behov)

Vidtagna åtgärder

Rapportör

.....
Datum

.....
Namn och signatur

Blanketten skickas till:

1. Din närmaste chef för utredning och åtgärd
2. Enhetschefen skickar kopia till den enheten som har haft ansvaret för kunden när avvikelserna inträffade som då gör sin egen utredning.
3. En kopia skickas till registrator på förvaltningen och/eller läggs in i DF-respons