



Avvikelseberättelse SoL, LSS, HSL

Händelsen berör

Brukarens namn		Personnummer	
Alternativt flera brukare berörda av händelsen			
Händelsedatum	Händelsetid	Händelseplats*	Inträffade på verksamhet/enhet**

\* Ange var – ordinärt boende, särskilt boende, utomhus eller annan plats

\*\* Ex. boende, hemtjänstområde, boendestöd etc.

Händelsebeskrivning (beskriv detaljerat vad som inträffat)

---



---



---

(Använd baksidan av blanketten om mer skrivutrymme behövs.)

Typ av händelse

<input type="checkbox"/> Brist i bemötande <input type="checkbox"/> Bristande tillgänglighet <input type="checkbox"/> Brist i/utebliven handläggning eller dokumentation (HSL, SOL, LSS) <input type="checkbox"/> Brist i/utebliven insats <input type="checkbox"/> Brist i/utebliven vårdåtgärd <input type="checkbox"/> Brist gällande samtycke från brukare <input type="checkbox"/> Brist i information, kommunikation, samverkan	<input type="checkbox"/> Läkemedelshändelse <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Vård- och omsorgsskada <input type="checkbox"/> Händelse med produkter och/eller teknik <input type="checkbox"/> Bruten sekretess <input type="checkbox"/> Fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt övergrepp <input type="checkbox"/> Misstanke om självmord <input type="checkbox"/> Annat _____
---	--

- Rapportören bedömer att avvikelserna kan vara föremål för Lex Sarah-anmälan
- Rapportören bedömer att avvikelserna kan vara föremål för Lex Maria-anmälan

Ev. direkt utförd handling för att undvika mer skada

---



---

Avvikelseberättelsen skriven av

Namn
Arbetsplats
Rapportörens chef

Rapporten lämnas till rapportörens chef. (Innehållet ska matas in i DF Respons Avvikelser.)