

Händelsenära utredning- Fallhändelse

Frågorna är ett stöd för utredningen, du väljer vilka som är relevanta för din händelse.

Händelseförlopp

Gör en kort kronologisk beskrivning av vad som hänt beskriv även vilka omedelbara åtgärder vidtogs för att hantera händelsen? (komplettera rapportering om så behövs).

Svar:

Vilka personer var inblandade (t.ex. personal, brukare, anhöriga/närstående)?

Svar:

Finns dokumentation eller underlag kopplat till händelsen? (t.ex. journalanteckningar ink signering, planeringssystem, avvikelser, synpunkter/klagomål)? Om ja, beskriv vilka.

Svar:

Vad gick fel?

Vad har gått fel, steg för steg, utifrån det ovan redogjorda händelseförloppet. Fokus är VAD som gått fel, inte VEM som gjort fel.

Är personen inskriven i kommunal hälso och sjukvård? Ja/nej

Vid Nej

Baspersonal

- Vilken aktivitet utfördes vid fallet?
- Hade individen några sjukdomssymtom före fallet?
- Finns det omgivningsfaktorer som påverkade händelsen, exempelvis lösa sladdar, mattkanter eller om individen använde några hjälpmedel vid fallet?

Svar:

Vid Ja

Leg pers: Var patienten screenad för fall? ja/ nej

- Om ja, föranledde den screeningen att fördjupad fallutredningen behöver göras? ja/ nej
- Om ja, är den fallutredningen utförd? Ja/ nej
- Om ja, föranledde resultaten att behandlande åtgärder bör upprättas? ja/ nej
- Om ja, upprättades behandlande åtgärder för att förebygga fall? Ja/ nej?
- Om ja, har man följt den? ja/ nej

Har ordinationen/ ordinationer från behandlande åtgärder för att förebygga fall, övergått i instruktion? ja / nej

- Om ja, fanns den / de instruktionerna i genomförandeplan? Ja/ nej
- Om ja, har man agerat utifrån den instruktionen i genomförandeplanen? Ja/ nej?
- Om ja, beskrivning av att händelsen med fall ändå skedde
- Om nej, var instruktionen i genomförandeplan känd för den personal som arbetade det arbetspasset där brukaren föll? Ja/ nej
- Varför var inte instruktionen i genomförandeplanen känd för de som jobbade det passet när brukaren föll? Kan det hända igen? ja/ nej
- Om ja- varför?
- Om nej- varför inte
- Var händelsen undvikbar?

Svar:

Brister och bakomliggande orsaker till händelsen

Vilka riktlinjer, rutiner, instruktioner eller annan dokumentation gällde vid händelsen?
(Följdes dessa? Om inte, varför?)

Svar:

Fanns det brister eller bakomliggande orsaker som kan ha påverkat händelsen (t.ex. i bemanning, kompetens, arbetsmiljö, arbetssätt, kommunikation, organisation eller utrustning)?

- Trolig orsak till varför det inte skrevs ett HSL-uppdrag?
- Trolig orsak till varför man inte har genomfört HSL-uppdraget?
- Kan det hända igen att leg personal inte skriver ett HSL-uppdrag? Ja/Nej
- Trolig orsak till varför instruktionen inte skrivits in i verkställighetsjournal?
- Trolig orsak till varför man inte har fått någon instruktion?
- Hur kan det förhindras att det inte händer igen?

Svar:

Vilka bakomliggande orsaker kan ha bidragit (brister i kompetens, arbetsmiljö, arbetssätt, kommunikation, organisation eller utrustning)?

Svar:

Samlad analys

Samlad analys om övergripande orsaker de identifierade bristerna.

- Vilka delar i processen fungerade väl, och vad hade kunnat göras annorlunda?
- Vad kan vi dra för lärdomar om ansvarsfördelning och tydlighet?
- Hur säkerställer vi att beslut och insatser följer lag och dokumenteras korrekt framåt?

Svar: