

Händelsenära utredning- Avvikelse i vårdkedjan

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).

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

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

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.

Brister och bakomliggande orsaker till händelsen

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

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 patienten har drabbats av vårdskada?

- Felaktig/ Bristande ordination
- Fördröjd/ utebliven åtgärd
- Felaktig/ bristfällig utförd åtgärd
- Felaktig/ bristfällig
- Informationsöverföring/planering/ samverkan

Kan det hända igen att patienter drabbas av vårdskada på enheten? Ja/Nej

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?