



Utredning enligt Lex Maria

Verksamhetsinformation	
Verksamhetens namn	Verksamhetschef
MAS	Ansvarig för utredning

Patientinformation	
För- och efternamn	Personnummer
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	Patientansvarig läkare
Information given till patient/närstående om påbörjad utredning/anmälan	
Datum	Namn på den som givit informationen
Anteckning i HSL-journalen om att patient/närstående är informerad	
Datum	Dokumentationen utförd av

Datum och tid för händelse/avvikelse	
Datum	Tid
Datum för inledning av utredning av avvikelse	
Datum	

Beskrivning av verksamheten

Beskrivning av verksamhetens organisation, bemanning och gällande rutiner i tillämpliga delar.
Uppgift om inblandad personals utbildningsnivå, tjänstgöringstid och anställningsform.

Aktuell händelse/avvikelse

Vad hände, kortfattad beskrivning

Bakgrund

Hälsohistoria, kortfattad beskrivning av patientens anamnes

Utredning genom granskning av dokumentation och yttrande samt händelseanalys

Händelseförloppet skall beskrivas i kronologisk ordning med nödvändiga datum och tidpunkter. Beskrivningen skall vara så objektiv som möjligt. Patient och närstående skall få möjlighet att yttra sig när detta är möjligt, om de avböjer skall detta dokumenteras i HSL-journal.

Händelsen förlopp, så utförligt som möjligt. När händelsen inträffade, uppmärksammades och rapporterades

Konsekvensen av händelsen eller möjliga konsekvenser av händelsen (för patienten)

Bakomliggande orsaker (rutiner, riktlinjer, utbildning, kompetens, organisation, omgivning, kommunikation, information, teknik, utrustning etc.)

Vad som har framkommit av den berörda personens redogörelser för händelsen. Yttrande från berörd personal skall dateras med datum, underskrift, namnförtydligande samt profession och bifogas utredningen.

Har hälso- och sjukvårdspersonalen har utfört sitt arbete i överens stämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och enligt gällande rutiner (görs alltid i samverkan med MAS)?

Verksamhetens bedömning av orsaken till händelsen (görs alltid i samverkan med MAS)

Har liknande händelser inträffat i verksamheten tidigare?

Riskbedömning för att något liknande skulle kunna inträffa igen

Beskrivning av åtgärder

Vilka åtgärder vidtogs i direkt anslutning till händelsen?

Långsiktiga åtgärder och åtgärdsplan, fyll i bilaga 1

Kommentar från MAS

Datum och underskrift av person som ansvarat för/utfört utredning

Datum	Namn
Underskrift	

Datum och underskrift av MAS

Datum	Namn
Underskrift	

Bilagor

- Långsiktiga åtgärder och åtgärdsplan, bilaga 1
- Kopia av HSL- journal, bilaga 2
(ex. journaltext, rapportblad, Ordinationsunderlag)
- Kopia av SoL-dokumentation, bilaga 3
- Kopia av eventuella tillämpliga lokala rutiner/riktlinjer, bilaga 4

Skriftlig redogörelse/yttrande från

- Leg. personal, bilaga 5 Omvårdnadspersonal, bilaga 6 Verksamhetschef, bilaga 7 Patient/anhörig, bilaga 8