



Del 1 fylls i av den som anmäler och lämnas till berörd enhetschef

Anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre och personer med funktionsnedsättning

Enligt SoL 14 kap. 2 § Enligt LSS 24 a

Datum och tidpunkt för händelsen (ÅÅ-MM-DD TT-MM)

Datum för anmälan

Anmälan gäller

Namn på brukare

Personnummer

Adress

Ort och postnummer

Telefon

Uppgiftslämnare

Enhet

Typ av händelse

Samma anmälan kan avse både brister i bemötande och brister i omsorg samt övergrepp.

Brister i bemötande

Övergrepp

Ange vilken/vilka typer av övergrepp (flera svarsalternativ är möjliga)

Fysiska (t ex slag, nypningar, hårda tag, knuffar)

Psykiska (t ex hot, bestraffningar, trakasserier, skrämnel, kränkningar)

Sexuella (t ex sexuella anspelningar, ovälkommen beröring)

Ekonomiska (t ex stöld, lån av pengar/ägodelar, utpressning)

Övergrepp eller kränkning av annat slag - ange vad:

Brister i omsorgen

Ange vilken/vilka typer av brister (flera svarsalternativ är möjliga)

Personlig hygien

Tand-munhygien

Mathållning

Brister i tillsynen

Brister av annat slag - ange vad:

Händelseförlopp

Beskriv förloppet och trolig orsak till det inträffade, eventuella skador som uppstått samt hur det upptäcktes.

Åtgärder

Beskriv eventuella åtgärder som vidtagits omgående (datum och tidpunkt).

Vid behov bifoga ytterligare redogörelse eller dokument

Datum för anmälan

Underskrift uppgiftslämnare

Del 2 fylls i av enhetschef och lämnas till SAS, Socialt ansvarig samordnare

Namn enhetschef

Datum för mottagen anmälan

Konsekvenser för brukaren (flera svarsalternativ är möjliga)

- Rädsla/oro
- Fysisk skada
- Inga
- Övrigt:

Orsak till händelsen, fel eller brist

Omedelbara åtgärder som vidtagits

Gentemot brukaren

- Kontakt med brukaren: Datum
- Information till brukaren/företrädare om anmälan: Datum
- Extra tillsyn Datum
- HSL kontakt: Datum Profession
- Åtgärdsplan upprättad: Datum
- Polisanmälan: Datum
- Inga
- Övrigt (ange datum):

Gentemot personal

- Ändrade arbetsrutiner: Datum
- Information om anmälan: Datum
- Utbildning/handledning: Datum
- Övrigt (ange datum)

Stöd till berörd personal (ange datum)

Långsiktig strategi för att förhindra/förebygga upprepning av det inträffade

Vid behov bifoga ytterligare redogörelse eller dokument

Datum för överlämnande till avdelningschef

Underskrift enhetschef

Del 3 fylls i av SAS, Socialt ansvarig samordnare

<input type="checkbox"/> Utredning diarieförd:	Datum
<input type="checkbox"/> Utredning påbörjad:	Datum
<input type="checkbox"/> Ansvarig för utredningen:	Datum
<input type="checkbox"/> Ansvarig nämnd informerad	Datum

Avdelningschef ska anmäla till Socialstyrelsen, om det allvarliga missförhållandet inte avhjälpes utan dröjsmål (inom 4 veckor)

<input type="checkbox"/> Anmälan till Socialstyrelsen:	Datum
--	-------