



NACKA
KOMMUN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Checklista	Ja/Nej	Förtydligande
Har den enskilde en kognitiv nedsättning?		
Kan den enskilde förstå information/instruktion?		
Finns det risk att den enskilde skadas eller att annan person skadas i aktuell situation?		
Är basala behov generellt tillgodosedda?		
Uppfylls behov av kommunikationshjälpmedel, ex glasögon, hörapparat, bildstöd?		
Finns det läkemedel som påverkar den enskilde negativt?		
Kan den fysiska miljön vara orsak till situationen?		
Kan något i kommunikationen/bemötandet till den enskilde vara orsak till situationen?		
Har alla alternativ som inte bedöms vara begränsande för den enskilde provats?		
Har alla alternativ som inte bedöms vara begränsande diskuterats?		
Vilken åtgärd bedöms bli aktuell?		
Är åtgärden oundviklig för att den enskilde inte ska skada sig själv eller annan person?		
Vilka negativa effekter kan åtgärden ha för den enskilde?		



NACKA
KOMMUN

Samtycker den enskilde till skyddsåtgärd i den aktuella situationen?		
Har/kan samtycke inhämtas från den enskilde?		
På vilket sätt säkerställs att samtycke inhämtas vid varje enskild skyddsåtgärd?		
På vilket sätt säkerställs att samtycket respekteras?		
Finns behandlingsplan för alternativ åtgärd om den enskilde inte samtycker till åtgärd eller vill ändra sitt tidigare samtycke?		
Är alla medarbetare medvetna om att åtgärden måste utvärderas fortlöpande och endast gäller för den aktuella situationen?		
Hur säkerställs att alla medarbetare får information om gällande åtgärd, samtycke och alternativ behandlingsplan?		
Är närstående, god man informerad?		
Är situation, bedömning och föreslagen åtgärd, och datum för utvärdering dokumenterad enligt HSL och LSS?		
Behövs åtgärder av HSL personal göras innan åtgärd sätts in?		

Syfte med åtgärden:.....
.....
.....
.....

Datum:.....
Utvärdering efter 1 månad. Datum:.....
Utvärdering efter 3 månader. Datum:.....
Ansvarig för att kalla till utvärderingsmötet: