

Dokumenttyp	Titel	Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Dokumentansvarig
RUTIN	Bedömning och dokumentation av Skydds- och Begränsningsåtgärder LSS-hälsan, Lokal	Ange diarienummer.	2026-01-28	Verksamhetschef LSS-hälsan

Bedömning och dokumentation av Skydds- och Begränsningsåtgärder LSS-hälsan, Lokal

Dokumentets syfte

Tydliggörande av rutin kring bedömning och dokumentation av skydds och begränsningsåtgärder. För mer omfattande information se övergripande rutin och informationsmaterial: [Skydds- och begränsningsåtgärder | Nacka kommun](#)

Dokumentet gäller för

Samtliga medarbetare inom Grupp- och Servicebostäder, Serviceboende, socialpsykiatri, Daglig Verksamhet och LSS-hälsan.

Bedömning och dokumentation av Skydds- och Begränsningsåtgärder

Skyddsåtgärder är tillåtet i våra verksamheter om de har ett tydligt syfte- att skydda eller underlätta för den enskilde. Den enskilde ska ge sitt samtycke till åtgärden. Skyddsåtgärden ska aldrig ses som en permanent lösning, utan målet ska alltid vara att hitta andra lösningar och skyddsåtgärden ska tas bort. Om en åtgärd syftar till att utöva tvång mot den enskilde eller då samtycke till åtgärden saknas, betraktas åtgärden som en begränsnings- eller tvångsåtgärd.

Begränsnings- och tvångsåtgärder saknar lagstöd i de verksamheter vi bedriver, och får därmed ej användas. Mall för dokumentation av Skyddsåtgärder ska användas för att säkerställa att beslutsunderlaget är tillräckligt.

Uppgift	Hur, När, Vem?
Identifiera risker för enskilda kunder kopplat till fysisk och psykisk trygghet	<ul style="list-style-type: none"> - I samband med SIP-möte vid påbörjande av insats där Patienten och/eller dennes företrädare/anhöriga, LSS-hälsan, LSS/SoL-verksamheter och Omsorgsenheten medverkar. - Kommunikation och observationer i vardagen. Samtliga medarbetare i samtliga verksamheter där kund befinner sig ansvarar för att uppmärksamma risker. Risker återkopplas till legitimerad HSL-personal samt närmaste chef i omvårdandsverksamheten. Samt dokumenteras för kollegornas kännedom. - Alla identifierade risker hanteras på verksamhetsgemensamt möte, vid behov bjuds LSS-hälsan in till att medverka. - Legitimerad personal inom LSS-hälsan ansvarar för att till kunds kontaktperson samt ansvarig chef/samordnare på respektive verksamhet påtala observerade risker.

<p>Vilka funktioner ansvarar för att upprätta riskbedömning och handlingsplan?</p>	<p>Respektive verksamhet inom LSS och SoL ansvarar för att ha rutiner avseende riskbedömningar och handlingsplaner. LSS-hälsans medarbetare medverkar efter överenskommelse med verksamheten men alltid i de fall som rör hälso- och sjukvård. Vid behov kan även andra vårdinstanser kopplas på.</p>
<p>Vilka funktioner äger beslutet avseende åtgärder</p>	<p>Åtgärder som är eller riskerar att bli en skydds- eller begränsningsåtgärd ska tillsammans beslutas av ansvarig chef med legitimerad personal för respektive omsorgsverksamhet. Legitimerad HSL-personal ansvarar för att ordinera åtgärder utifrån respektive kompetensområde.</p>
<p>Hur införskaffas samtycke från den enskilde (används någon alternativ kommunikation)?</p>	<p>Samtycke kan inhämtas på ett flertal olika sätt och metoden ska alltid anpassas efter kund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uttryckligt (skriftligen, muntligen eller genom en gest) • Konkluderat (kund agerar på ett sätt som underförstått visar att hen samtycker, till exempel genom att underlätta åtgärdens genomförande). • Presumerat (den som ska vidta åtgärden förutsätter att det är kundens vilja utan att samtycket har kommit till uttryck) • Hypotetiskt (den som ska vidta åtgärden förutsätter att kund skulle ha samtyckt till åtgärden om hen haft möjlighet att ta ställning) <p>Samtliga professioner har ett omfattande ansvar för att säkerställa att kund ges alla möjligheter till att fatta ett informerat beslut och uttrycka sin vilja i frågan. För att möjliggöra att kund får förutsättningar att fatta ett informerat beslut ska information om åtgärden anpassas efter kund. Nedanstående informationsvägar ska alltid övervägas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muntlig information • Skriftlig information • Bildstöd av olika slag • Ritprat • Föremål som illustrerar åtgärden • Att testa åtgärd i samband med att personal finns närvarande och observerar hur kunden förefaller uppfatta situationen <p>Läs mer om samtycke här: Skydds- och begränsningsåtgärder Nacka kommun</p>
<p>Hur säkerställs att mindre ingripande åtgärder inte är tillräckliga för att åtgärda risken?</p>	<p>Mindre ingripande åtgärder ska alltid användas i första hand. Detta innebär att skyddsåtgärder aldrig beslutas om det finns en chans att en mindre ingripande åtgärd kan uppnå tillräcklig minskning av risker. Vilka mindre ingripande åtgärder som prövats och en redogörelse för varför dessa ej varit tillräckliga ska alltid dokumenteras i mall för bedömning av skyddsåtgärd. Varje gång skyddsåtgärden följs upp ska målet vara att kunna plocka bort den eller minska omfattningen, övervägandet av mindre ingripande åtgärder ska därmed vara en självklar del av uppföljningen.</p> <p>Uppföljning sker minst var tredje månad samt alltid vid förändrade omständigheter/vid behov.</p>
<p>Hur säkerställs att åtgärdsplanen följs på ett sätt som inte medför risker för kundens välbefinnande?</p>	<p>Samtliga professioner ansvarar för att själv följa föreskrivna åtgärder på angivet sätt samt påtala risker för att åtgärder inte följs till kollegor och övriga professioner. Om åtgärd inte följs på beslutat sätt, riskerar att inte följas eller risker upptäcks kopplat till åtgärden ansvarar varje enskild medarbetare för att hantera detta i enlighet med rutiner för avvikelshantering. Om risk föreligger för att skyddsåtgärden får negativa konsekvenser för kund ska detta alltid rapporteras och utredas som en Lex Sarah eller Lex Maria. Detta gäller oavsett om åtgärden använts felaktigt eller fått oavsedda konsekvenser när den använts som avsett. Beslut om vilket lagrum som gäller fattas av ansvarig chef på Omsorgsverksamheten i samråd med ansvarig chef på LSS-hälsan utifrån de specifika omständigheterna.</p>
<p>Vem ansvarar för att uppföljning sker enligt plan?</p>	<p>Legitimerad HSL-personal som föreskrivit ett hjälpmedel ansvarar för att uppföljning av hjälpmedelsanvändning och skyddsåtgärd följs upp. Om åtgärden ej involverar ett föreskrivet hjälpmedel/metod ansvarar chef i omsorgsverksamheten för att säkerställa att uppföljning sker.</p>

När och av vem följs åtgärderna upp?	Var tredje månad av den enskilda (se ovan kring metoder för samtycke, dessa ska även användas vid uppföljning), medarbetare i Omsorgs verksamhet och uppföljningsansvarig legitimerad personal eller chef. Uppföljning ska ske på plats där kunden finns och föreskrivningen gäller.
Hur dokumenteras åtgärden?	I avsedd mall som skrivs ut till HSL-pärm och biläggs HSL-journal i Epsilon om åtgärden är föreskriven av HSL-personal eller placeras i Individpärm och biläggs LSS- eller SoL-journal om åtgärden ej är föreskriven.