# Checklista för egenkontroll av tvångs och begränsningsåtgärder -

# Individnivå

Checklistan genomförs för att kunna identifiera och förebygga användandet av tvångs och begränsningsåtgärder, samt säkerställa att samtycke är inhämtat vid användning av skyddsåtgärder. LSS-insatser bygger på frivillighet. Om brukaren är i behov av skyddande åtgärder ska brukaren ha samtyckt till detta.

Ett samtycke kan ske på olika sätt, tex. muntligt, skriftligt, genom bildstöd eller annat. God man, förvaltare, anhörig eller andra professioner kan inte ge samtycke åt brukaren.

Egenkontrollen ska göras för varje brukare av stödpedagog och kontaktpersonal en gång per år. Dokumentet läggs in i Documenta och skrivskyddas.

Markera med ett ”X” i ja eller nej rutorna. Vid behov kan kommentar/åtgärd skrivas.

**Datum:**

**Namn på brukaren:**

**Namn på den som gjort egenkontrollen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förekommer något av följande? | JA | NEJ |
| **Låsta dörrar eller skåp i brukarens lägenhet eller arbetsrum?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Brickbord, bälte i rullstol eller andra begränsande hjälpmedel?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Sänggrindar?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Övervakning med kamera, mikrofon eller liknande?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Möjlighet att följa brukaren med GPS eller larm (tex larmmatta/dörrmatta)?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Blandar personal i medicin i mat eller dryck utan brukarens vetskap?** |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Förvarar personal medicin i låst skåp utan att brukaren har läkemedelsövertag?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Begränsar personal brukaren att fritt använda pengar?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Begränsar personal brukaren att fritt använda tobak/alkohol?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Begränsar personal brukaren att fritt äta mat eller godsaker?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Begränsar personal brukaren att fritt använda sociala medier?** |  |  |
| *Om ja, finns samtycke?* |  |  |
| *Finns orsak till åtgärden dokumenterad?* |  |  |
| *Finns plan för alternativa lösningar?* |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |
| **Finns andra åtgärder som ni anser är en tvångs eller begränsningsåtgärd?** **Beskriv vilka:** |  |  |
| **Kommentar/åtgärd:** |  |  |