

Handlingsplan för skyddsåtgärder Bilaga 2

Bilagan är avsedd som ett stöd i bedömning och utredning. En utförlig dokumentation under plan Skyddsåtgärder ersätter denna bilaga.

Datum.....

Patient.....

Personnummer.....

1. Patientens diagnos?

.....

2. Är patienten utsatt för risk att skadas eller riskerar annan person att skadas?

.....

.....

3. Har patienten informerats på ett tillförlitligt sätt om risk och konsekvenser i den aktuella situationen? Förstår patienten informationen?

.....

.....

4. Vad blir konsekvensen för patienten om situationen fortsätter utan åtgärd?

.....

.....

5. Förstår patienten konsekvenserna med riskbeteendet i den aktuella situationen?

.....

.....

6. Har alla åtgärder som bedömts icke begränsande prövats innan skyddsåtgärden föreslås, enligt Utredningshjälp?

Är åtgärderna som prövats dokumenterade på ett tydligt sätt?

.....

.....

7. Vad har prövats?

.....

.....

8. Är basala behov tillgodosedda? Patienten är således inte:

Hungrig eller
törstig.....

Övertrött.....

Smärtpåverkad.....

Förstoppad.....

9. Kan det vara något i miljön som gett upphov till den uppkomna situationen?

.....
.....

10. Har något i kommunikation/bemötande med patienten brustit?

.....
.....

11. Har alla alternativ till skyddsåtgärd enligt din bedömning uttömts?

.....
.....

12. Samtycker patienten till skyddsåtgärd i den aktuella situationen?

Hur samtycker patienten?

Resonemanget runt samtycket ska kunna följas!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Vilken åtgärd kan bli aktuell samt ge minst lidande och minst risk för skada.

Brickbord.....

Bälte/grensele.....

Låst dörr

Omvårdnadsåtgärd.....

Larm – beskriv typ.....

14. Bedömer Du att skyddsåtgärden efter denna genomgång är oundviklig för att patienten inte ska skada sig själv eller annan person?

.....
.....

15. Vilka negativa fysiska effekter kan åtgärden få för patienten? (nedsatt motorik, balans, muskelstyrka, andra obehag etc.....)

.....

.....
16. Är situationen och bedömningen samt föreslagen åtgärd dokumenterad enligt SoL och HSL?
.....
.....

17. Har tidpunkt för ny bedömning noterats enligt SoL och/eller HSL?
.....
.....

18. Är du införstådd med att Din bedömning och föreslagen åtgärd endast är tillåten om alla uppgifter i varje punkt är nogga övervägd och hela denna checklista är ifylld?
.....
.....

19. Är du medveten om att åtgärden måste utvärderas fortlöpande och endast gäller den aktuella situationen?
.....
.....

20. Är tidpunkt för utvärdering ifylld i checklistans nedre del?
.....
.....

21. Har närstående/God man informerats om beslut?
.....
.....

22. Har avdelningschef/verksamhetschef och MAS informerats/delgivits beslut?
.....
.....

Datum för uppföljning:.....

Undertecknat:

.....
Ansvarig chef

.....
Patientansvarig sjuksköterska