



## Checklista för behovsanalys av tillsyn som ska genomföras av personal eller med stöd av trygghetsteknik

<b>Enhet</b>	
<b>Brukarens namn</b>	<b>Brukarens personnummer</b>
<b>Datum för behovsanalysen</b>	<b>Behovsanalysen är utförd av:</b>
<b>Datum för vård- och omsorgsteamets bedömning</b>	<b>Vård- och omsorgsteamets bedömning utförd av</b>
<b>Beskriv vilka inträffade händelser som föranleder att ni vill använda tillsyn som stödåtgärd</b>	
<b>Vilka tider på dygnet uppstår problemen? Hur ofta har problemen inträffat</b>	
<b>På vilka platser eller i vilka utrymmen</b>	

Beskriv vilka andra åtgärder som redan har prövats och varför dessa inte bedöms som tillräckliga

Beskriv de uppskattade vinsterna/förväntade effekterna för individen:  
Om tillsyn sker med stöd av personal/Om tillsyn sker med stöd av trygghetslösning

Redogörelse för bedömning av vård/omsorgsteamet

Underskrift Omsorgspersonal	Underskrift Legitimerad personal
Underskrift Enhetschef	