Checklista: Tyngdtäcken

Du kan använda checklistan som ditt eget stöd vid kartläggning.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktuppgifter** | |
| Användarens initialer | XX |

|  |  |
| --- | --- |
| **Funktioner** | |
| Vid ditt bedömningssamtal berörs följande punkter. | |
| **Sömnfunktion och dygnsrytm** | |
|  | Insomningstid mer än 45 minuter.  Sömnsvårigheter förekommer flera gånger per vecka.  Vaknar mer än två gånger per natt och har svårt att somna om.  Vaknar för tidigt i förhållande till vardagens aktiviteter och har svårt att somna om.  Sover för mycket eller för lite eller vid fel tillfälle i förhållande till vardagens aktiviteter.  Används medicin för sömn? Är medicinen utvärderad? |
| **Motorisk oro** | |
|  | Motoriskt hyperaktiv, svårt att sitta och/eller ligga still  Svårt att genomföra vardagliga aktiviteter. |
| **Emotionella funktioner** | |
|  | Oro och ångest  Tvångstankar  Irritation och ilska  Svårt att kontrollera känslor (vredesutbrott och/eller hot).  Nedstämdhet  Mani |

|  |  |
| --- | --- |
| **Perceptuella funktioner** | |
|  | Över- eller underkänslighet för sinnesintryck.  Nedsatt filtreringsförmåga: att inte ha förmåga att sortera sinnesintryck.  Svårt att uppfatta information.  Svårt att avväga kraft och riktning, balansera och adekvat använda olika kroppsdelar.  Svårt att tolka och känna igen olika signaler. |
| **Koncentrationsförmåga** | |
|  | Tappar lätt fokus.  Svårt att fokusera på sina vardagsaktiviteter.  Svårt att påbörja, genomföra och avsluta vardagliga aktiviteter. |

|  |
| --- |
| **Dagliga aktiviteter** |
| **Beskriv en vanlig dag**  Hur ser en dag ut? Få om möjligt en beskrivning från personen/närstående eller personal. |
| Arbete/Sysselsättning/Studier  Klicka här för att ange text |
| Laga mat/ Städa/Tvätta  Klicka här för att ange text |
| Kost/Motion/Ta hand om sig själv/Duscha  Klicka här för att ange text |
| Intressen  Klicka här för att ange text |
| Brukar personen vara trött, orolig, ha svårt att koncentrera sig eller lätt bli irriterad/arg?  Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Sömn och dygnsrytm** |
| Brukar personen sova på dagen? Hur länge?  Klicka här för att ange text |
| När går personen och lägger sig? Insomningstid?  Klicka här för att ange text |
| Vaknar personen under natten? Nej/Ja. Hur många gånger?  Klicka här för att ange text |
| Hur brukar personen sova under natten? Mycket dåligt/Dåligt/Bra/Mycket bra  Klicka här för att ange text |
| När vaknar personen på morgonen?  Klicka här för att ange text |
|  |
| **Sovmiljö och rutiner**  Bedöm om möjlighet till livsstilsförändring finns, behöver rutiner och vanor ändras, till exempel: |
| Fysisk aktivitet? Har personen rört sig tillräckligt under dagen för att vara trött till kvällen?  Klicka här för att ange text |
| Är sovrummet mörkt/ljust? Är det tyst? Behöver person ljud?  Klicka här för att ange text |
| Är sovrummet en lugn miljö? Undanplockat/städat? Rörigt?  Klicka här för att ange text |
| Är sängen och madrassen skön? Är sängkläderna sköna? Vad används som sovtäcke?  Klicka här för att ange text |
| Är det lagom temperatur i sovrummet?  Klicka här för att ange text |
| Rutiner för sänggående? Lägger personen sig samma tid? Mätt eller hungrig?  Klicka här för att ange text |
| Dricker personen alkohol, läsk eller koffeinhaltiga drycker (kaffe, te, energidryck) nära inpå sänggåendet?  Klicka här för att ange text |
| Röker eller snusar personen? Nära inpå sänggåendet?  Klicka här för att ange text |
| Använder personen dator, mobil, TV nära inpå sänggåendet?  Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Förskrivning: Sammanfattning** |
| **När förskrivning blir aktuell**   * Sömndagbok kan föras innan förskrivning av tyngdtäcke som ett stöd för bedömning och uppfyllande av mål. * Innan förskrivning bör användaren få prova produkten. * Hjälpmedelskonsulent i kognitionsteamet kan ge stöd kring metod och produktval. * Produkten finns att prova hos Hjälpmedel Västerbotten i Umeå och på Hjälpmedel Västerbotten i Skellefteå, i Lycksele finns utprovningsrum hos Barn- och ungdomshabiliteringen. Bokning görs via kundtjänst. * Tyngdtäcken kräver mer än vanliga täcken när det gäller skötsel; tvätt, torkning, bäddning etc. Reflektera kring hur detta kan lösas hos brukaren. För tvättråd, se företagets hemsidor. * TOG (Therminal Overall Grade) är en internationell standard som visar ett textilt materials isolationsförmåga. Ju lägre värde desto svalare täcke. * Tyngdtäcke är en försäljningsprodukt och återköps inte av HMV. |
| **På vilket sätt visar sig nedsatt aktivitetsförmåga och/eller begränsad delaktighet till följd av ovanstående orsak för patienten?**  Klicka här för att ange text |
| **Mål med tyngdtäcke:**  Klicka här för att ange text |
| **Säkerhetsaspekter**   * Har användaren svag lungkapacitet, inopererad pacemaker, vagusnervstimulator eller liknande bör ansvarig läkare rådfrågas. Se även information från Somna nedan. * Hygienöverdraget är utfört i ett tätt material, beakta kvävningsrisk. * Fallrisk finns om tyngdtäcket hamnar på golvet. * Personer med ofrivilliga rörelser (till exempel spasticitet eller epilepsi) bör undvika täcke som innehåller hårt material. * Läs företagens egna bruksanvisningar för övriga eventuella säkerhetsaspekter * 2019-10-14 kom förtydligande från Somna kring Kedjetäcke®:   Kedjetäcke® är gjorda av galvaniserat stål. Stål har mer eller mindre magnetiska egenskaper (i dagligt tal säger man ofta att materialet är ”magnetiskt”). Det är **inte** samma sak som att materialet i sig självt är en magnet eller genererar ett magnetfält, vilka skulle kunna störa funktionen av till exempel en pacemaker. Kedjorna, som enbart har magnetiska egenskaper påverkar alltså inte en pacemaker. Om ni får frågor från användare av pacemakers som behöver veta mer, kan de höra av sig till teknisk support hos Abbott Medical (ledande tillverkare av pacemakers) på telefonnummer 08-474 41 47. |