Du kan använda checklistan som ditt eget stöd vid kartläggning.

Vill du skicka in den till oss gör du en arbetsorder för utprovningsstöd i WebSesam samt mailar detta dokument, ifyllt, till hmv.blankett@regionvasterbotten.se .

|  |
| --- |
| **Kontaktuppgifter** |
| Brukarens initialer            |
| Arbetsordernummer            |
| Förskrivarens namn            |
| Förskrivarens telefonnummer            |

|  |
| --- |
| **Tänkt användningsområde** |

* Hur ser målsättningen/önskemålet/motivationen ut för personen?

* Hur ser målsättningen/önskemålet/motivationen ut för personer i brukarens omgivning (anhöriga, personal m.fl.)?
* I vilka aktiviteter är det tänkt att hjälpmedlet ska användas (t.ex. direktkommunikation, skriva e-post, telefoni, sms, sköta bankärenden, söka information, läsa tidningar, sociala medier, omgivningskontroll t.ex. öppna dörrar, tända lampor, styra tv och säng)?
* Styra elrullstol?

* Var är det tänkt att hjälpmedlet ska användas, (t.ex. hemma, skola, arbetsplats)? Kommer det att användas bara på en plats eller flyttas mellan olika platser?
* Behöver personen läsa och/eller skriva t.ex.ter på annat språk?

|  |
| --- |
| **Motorisk förmåga** |

* Vad i personens motoriska förmågor hindrar användning av dator/mus och tangentbord (t.ex. huvudkontroll, skakningar, svaghet, bristande finmotorik, ofrivilliga rörelser, lättuttröttad)?
* Vilken motorisk förmåga utöver ögonen har personen mest kontroll över? Förmågor för att använda manöverkontakt.
* Vilken arbetsställning är lämpligast för personen när han/hon ska använda datorn? Typ av rullstol, nackstöd på rullstol etc.
* Har personen haft kontakt med HMV:s sitteam?
* Finns det planer på att byta rullstol, sits eller styrsätt?

|  |
| --- |
| **Synförmåga** |

* Har personen nedsatt syn? Glasögon – progressiva, specialslipning, styrka på glas?
* Har personen andra synnedsättningar t.ex. skelning, nystagmus?
* Behöver det se ut på något särskilt sätt på bildskärmen för att personen ska se bra (t.ex. storlek på pekare och ikoner, t.ex.tstorlek, färger, kontraster)?
* Har personen kontakt med synrehabiliteringen?

|  |
| --- |
| **Kommunikationsförmåga** |

* Hur direktkommunicerar personen (t.ex. tal, t.ex.t, bilder, symboler, talsyntes)?
* Finns några hinder (förutom motoriska) för skriftlig kommunikation (t.ex. dyslexi, inlärningssvårigheter)?
* Hur använder personen telefon i dag (t.ex. telefoni, sms, Instagram, Facebook, Whatsapp)?
* Vilken typ av telefon eller surfplatta har personen, iOS (iPhone, iPad) eller Android (t.ex. Samsung, Sony) eller något annat?

|  |
| --- |
| **Kognitiv förmåga** |

* Störningskänslig, uthållighet?
* Finns det några svårigheter med att ta instruktioner, om ja finns det något som underlättar?

|  |
| --- |
| **Hörselförmåga** |

* Har personen några hörselproblem som kan försvåra om man ska använda talsyntes (uppläsning) som auditiv feedback?

|  |
| --- |
| **Provade alternativ** |

* Vilka andra styrsätt är provade? T.ex. huvudmus, munjoystick. Hur har det gått?
* Andra provade lösningar, t.ex. laserpekare, bilder och i så fall vilken storlek på bilder. Hur har det gått?
* Vilka ytterligare åtgärder har tidigare provats för att förbättra situationen (t.ex. underarmsstöd, inställningar av skärm/tangentbord/mus)?

|  |
| --- |
| **Övrigt** |

* Hur datorvan är personen och vilket tekniskt stöd finns i omgivningen?
* Har personen internetuppkoppling på de platser där han/hon vill använda hjälpmedel för att läsa och skriva?
* Vilka personer är viktiga att involvera i personens nätverk, anhöriga, personliga assistenter, skolpersonal? Vilka av dessa skulle vara med vid eventuell utbildning?
* Övrigt: