

Namn:.....

Personnr:

Datum:

Tyngdväst – behovsbedömning inklusive uppföljning

1. Värderingsfrågor

Kartlägg personens aktiviteter under dagen utifrån:

- Psykisk oro
- Ångest
- Koncentrationsförmåga/uppmärksamhet
- Motorisk oro
- Ofrivilliga rörelser/spasticitet

Använd blankett, Värderingsfrågor inför förskrivning av tyngdväst

Kartläggningen är utan tyngdväst, besvaras av patient eller närstående. Detta kan göras inför utprovning och skickas till förskrivaren eller vid utprovningstillfället.

2. Fyll i och lämna ut **individuell anvisning** till patienten.

3. **Dagboksanteckningar** inför förskrivning av tyngdväst, vecka 2

4. **Dagboksanteckningar** inför förskrivning av tyngdväst, vecka 3

Dagbok ska föras i hemmet under de två veckor då tyngdvästen provas. Uppföljningsblankett används i samråd med förskrivare vid utvärderingstillfället.

Förskrivaren bedömer om patienten uppfyller de krav som definieras i hjälpmedelshandboken och vilken nytta patienten förväntas ha av tyngdvästen.

5. **Uppföljning** av förskriven tyngdväst görs efter 3 månader. Använd avsedd blankett.

Utprovning och utvärdering av tyngdväst

- Utprovningsslager finns på hjälpmiddelscentralen (hela sortimentet) lokal och västar bokas via kundtjänst 588660
- Delar av sortiment finns i ”utprovningsväska 4”, även den bokas i kundtjänst.
- Bestäm tillsammans med patienten/stödpersonen i vilka aktiviteter tyngdvästen ska provas och utvärderas. Fyll i detta i checklistan.
- Vid introduktion av västen bör den användas kortare stunder. Öka tiden och antal tillfällen successivt. Västen kan användas och ge effekt inför och/eller under aktivitet. En första utvärdering ska ske efter 3 veckor och en andra efter 3 månader från förskrivningsdatumet, enligt checklista.

Var uppmärksam på följande risker!

- Kombinationen tung/hård åtspänd väst och svag lungkapacitet hos patienten kan medföra att andningskapaciteten blir försämrade. Övervaka därför användningen hos patienter där sådan risk kan föreligga.
- Överstimulering, vilket kan ta sig uttryck i att användaren blir mycket trött eller känner ett obehag. Ta av västen och prova igen efter en tid, och minska tiden då västen används.
- Kedjevästen innehåller kedjor av stål. Om patienten har inopererad utrustning (ex. pacemaker) som kan tänkas bli påverkad av metallinnehållet, rådgör med ansvarig läkare.
- Kombinationen tyngdväst och läkemedelsbehandling vid oro kan utgöra en riskfaktor. Rådgör med ansvarig sjuksköterska. Vid behov upprättas handlingsplan.

Ja Nej

	Ja	Nej
Har patienten aktivitetsbegränsningar till följd av betydande psykisk och/ eller motorisk oro samt nedsatt koncentrationsförmåga och därmed svårt att utföra dagliga aktiviteter?		
Har patienten eller annan närstående person svarat på värderingsfrågorna i dokumentet?		
Har patienten eller annan närstående person fört dagbok enligt checklistan under två veckor?		
Har uppföljning gjorts efter 3 månader?		
Har tyngdvästen lett till betydande minskad psykisk eller motorisk oro samt ökat koncentrationsförmågan och uthålligheten i aktivitet?		

Namn:.....

Personnr:

Datum:

Värderingsfrågor inför förskrivning av tyngdväst.

Ringa in siffra som stämmer bäst

I vilka aktiviteter kommer tyngdvästen att användas?.....

Jag har mycket lätt att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter.

Jag har mycket lätt för att göra färdigt en uppgift som jag har påbörjat. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att slutföra en uppgift.

Jag har mycket lätt för att sitta stilla när jag utför en aktivitet. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stor motorisk oro och har mycket svårt att sitta stilla.

Jag känner mig lugn och har mycket lätt för att koppla av . 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag känner en stor inre oro och har mycket svårt att koppla av.

Jag känner ingen ångest. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har svår ångest.

Jag har en god nattsömn. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora sömnsvårigheter.

Jag har ingen motorisk oro. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket motorisk oro.

Jag har inga ofrivilliga rörelser. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket ofrivilliga rörelser/spasticitet.

Namn:.....

Personnr:

Datum:

Dagboksanteckningar inför förskrivning av tyngdväst. Vecka 2.

Ringa in siffror som stämmer bäst

I vilka aktiviteter används tyngdvästen?

Jag har mycket lätt att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter.

Jag har mycket lätt för att göra färdigt en uppgift som jag har påbörjat. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att slutföra en uppgift.

Jag har mycket lätt för att sitta stilla när jag utför en aktivitet. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stor motorisk oro och har mycket svårt att sitta stilla.

Jag känner mig lugn och har mycket lätt för att koppla av. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag känner en stor inre oro och har mycket svårt att koppla av.

Jag känner ingen ångest. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har svår ångest.

Jag har en god nattsömn. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora sömnsvårigheter.

Jag har ingen motorisk oro. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket motorisk oro.

Jag har inga ofrivilliga rörelser. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket ofrivilliga rörelser/spasticitet.

Hur många gånger under dagen använde du västen? Ringa in ditt svar.

Inte alls

1 gång

2-3 gånger

4-6 gånger

Fler

Hur länge hade du på dig västen varje gång? Ringa in ditt svar.

0-20 minuter

21-40 minuter

41-60 minuter

Längre.....

Olika varje gång.....

Namn:.....

Personnr:

Datum:

Dagboksanteckningar inför förskrivning av tyngdväst. Vecka 3.

Ringa in siffra som stämmer bäst

I vilka aktiviteter används tyngdvästen?.....

Jag har mycket lätt att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter.

Jag har mycket lätt för att göra färdigt en uppgift som jag har påbörjat. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att slutföra en uppgift.

Jag har mycket lätt för att sitta stilla när jag utför en aktivitet. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stor motorisk oro och har mycket svårt att sitta stilla.

Jag känner mig lugn och har mycket lätt för att koppla av . 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag känner en stor inre oro och har mycket svårt att koppla av.

Jag känner ingen ångest. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har svår ångest.

Jag har en god nattsömn. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora sömnsvårigheter.

Jag har ingen motorisk oro. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket motorisk oro.

Jag har inga ofrivilliga rörelser. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket ofrivilliga rörelser/spasticitet.

Hur många gånger under dagen använde du västen? Ringa in ditt svar.

Inte alls

1 gång

2-3 gånger

4-6 gånger

Fler

Hur länge hade du på dig västen varje gång? Ringa in ditt svar.

0-20 minuter

21-40 minuter

41-60 minuter

Längre.....

Olika varje gång.....

Blanketten fylls i av förskrivare och lämnas sedan till patient.

Tyngdväst: Individuell anvisning

Namn: _____ Personnummer: _____

Datum: _____

Typ av väst och storlek: _____

När/i vilka aktiviteter ska västen användas: _____

Instruktioner vid användning: _____

Tvättråd: förskriften tyngdväst tvättas i vanlig tvättmaskin enligt tvättanvisningar.

Kom ihåg att göra dagboksanteckningar under vecka 2 och 3

Uppföljning görs om 3 veckor samt efter 3 månader av:

Förskrivare: _____

Tel. nr: _____

VID FÖRÄNDRING ELLER FRÅGOR KONTAKTA FÖRSKRIVAREN

Uppföljning av förskriften tyngdväst efter 3 månader

Namn:.....

Personnr:

Datum:

Ringa in siffra som stämmer bäst

I vilka aktiviteter används tyngdvästen?.....

Jag har mycket lätt att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att koncentrera mig vid utförandet av uppgifter.

Jag har mycket lätt för att göra färdigt en uppgift som jag har påbörjat. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora svårigheter att slutföra en uppgift.

Jag har mycket lätt för att sitta stilla när jag utför en aktivitet. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stor motorisk oro och har mycket svårt att sitta stilla.

Jag känner mig lugn och har mycket lätt för att koppla av . 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag känner en stor inre oro och har mycket svårt att koppla av.

Jag känner ingen ångest. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har svår ångest.

Jag har en god nattsömn. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har stora sömnsvårigheter.

Jag har ingen motorisk oro. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket motorisk oro.

Jag har inga ofrivilliga rörelser. 1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Jag har mycket ofrivilliga rörelser/spasticitet.

Hur många gånger under dagen använde du västen? Ringa in ditt svar.

Inte alls

1 gång

2-3 gånger

4-6 gånger

Fler

Hur länge hade du på dig västen varje gång? Ringa in ditt svar.

0-20 minuter

21-40 minuter

41-60 minuter

Längre.....

Olika varje gång.....