

Bedömning av gångförmåga

Vid ärenden gällande gångsvårigheter görs följande bedömning

| Bedömning | Hur |
|--------------|--|
| Styrka | Chair Stand Test |
| Balans | FBG |
| Ledrörlighet | Inspektion/undersökning |
| Gångförmåga | Gånganalys. Ev mäta gångsträcka/TUG/10 meter |

| | |
|---------------|--|
| Analys | Väg samman orsaker till problemet och patientens upplevelser |
| Mål | Formulera tillsammans med patient |

| Åtgärdsförslag – ta hjälp av beslutsstöd | |
|--|---|
| Informationsbroschyr | Förebygg fall i hemmet |
| Träning | Ordination träning Råd om träning |
| Förskrivning av hjälpmedel | Träna in hjälpmedlet kombineras alltid med träning eller råd om träning |

Uppföljning: Använd analysmodell för uppföljningsbehov.

Förslag på arbetssätt: Fysioterapeut gör bedömning av gångförmåga och vilka åtgärder som är aktuella. Fysioterapeut instruerar träning. Rehabassistenter provar ut och tränar in eventuellt gånghjälpmedel enligt checklista. Där det förekommer tveksamheter gör fysioterapeut utprovning. Fysioterapeut gör uppföljning.

Innan arbetssättet påbörjas ska ansvarig fysioterapeut ha genomgång tillsammans med rehabassistent.

Checklista till rehabassistent för utprovning av rollator

Patientens namn och personnummer: _____

| Följande moment ska gås igenom med patienten | Signatur |
|--|----------|
| Ställa in höjd | |
| Informera om vikten av att gå nära rollatorn/mellan hjulen | |
| Instruera hur bromsar och låsning fungerar | |
| Instruera sittande på rollatorn | |
| Visa tillbehör | |
| Instruera hopfällning | |
| Informera kontakt med Hjälpmedelsverksamheten för reparation | |
| Träna in rollatorn i förkryssade moment <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Toalett <input type="checkbox"/> Sovrum/säng/garderob <input type="checkbox"/> Förflyttning mellan rum <input type="checkbox"/> Trösklar <input type="checkbox"/> Fåtölj/stol <input type="checkbox"/> In/ut ur hus <input type="checkbox"/> Utomhus (trottoarkant, nedförsbacke) <input type="checkbox"/> I/ur bil <input type="checkbox"/> Annat _____ | |

| |
|--|
| Kommentar från fysioterapeut till rehabassistent |
| |

| |
|--|
| Kommentar från rehabassistent till fysioterapeut |
| |