

## CHECKLISTA INFÖR FÖRSKRIVNING AV ELRULLSTOL

Denna checklista är tänkt att vara ett stöd för dig som förskrivare inför ställningstagande till förskrivning av elrullstol, samt en inventering av patientens möjligheter och begränsningar inför förskrivningen.

BOENDE OCH SYSSLESÄTTNING	
<b>Användningsområde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- När ska elrullstolen användas?</li> <li>- Var ska elrullstolen användas?</li> <li>- I vilken miljö ska elrullstolen användas?</li> </ul>
<b>Inomhusmiljö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Är det rymligt eller trångt i bostaden/lokalen, finns nivåskillnader?</li> <li>- Ska elrullstolen kunna köras i badrummet?</li> <li>- Finns det hinder som måste åtgärdas som trösklar, smala dörrar och så vidare?</li> <li>- Finns några "minsta mått" att ta hänsyn till. T ex elrullstolens förvaringsutrymme?</li> <li>- Finns det plats att göra överflyttningar. T ex från manuell rullstol till elrullstol?</li> <li>- Ta även framkomlighet vid hiss, entrédörr och eventuell dörröppnare i beaktande</li> </ul>
<b>Utomhusmiljö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hur ser omgivande miljö ut. T ex backigt/kuperat, grus eller asfalt, höga trottoarkanter, avfasade kanter och så vidare?</li> <li>- Tillgänglighet till, samt framkomlighet i affärer?</li> </ul>
<b>Sysselsättning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har patienten arbete, fritidsaktiviteter eller övrig sysselsättning?</li> </ul>
FÖRVARING OCH TRANSPORT	
<b>Förvaring och skötsel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns det plats för säkert, låsbart, frostfritt utrymme för förvaring?</li> <li>- T ex i bostad, garage, förråd?</li> <li>- Behöver bostadsanpassningsbyrån anlitas?</li> <li>- Finns vägguttag för laddning?</li> <li>- Vem sköter laddning och skötsel?</li> </ul>
<b>Transport</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns tillstånd för transport med färdtjänstbuss, eller finns egen bil som är utrustad med transportfästen?</li> </ul>
FUNKTIONSHINDER	
<b>Kognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vilka kognitiva funktionshinder har patienten? Perception, omdöme, minne och så vidare</li> <li>- Har patienten en progressiv sjukdom som påverkar kognitiva funktioner t ex Parkinson, MS, demens? (Kontakta ev läkare)</li> </ul>

<b>Fysiska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vilka fysiska funktionshinder har patienten och vilka funktioner är intakta?</li> <li>- Finns deformiteter?</li> <li>- Finns det inskränkningar i rörligheten?</li> <li>- Hur är arm- och handfunktioner?</li> <li>- Muskelstyrka? Klarar patienten av överflyttningar själv?</li> <li>- Har patienten en progressiv sjukdom som framförallt påverkar fysiska funktioner t ex RA?</li> <li>- Hur länge ska patienten sitta i sin elrullstol/dag?</li> </ul>
<b>Muskeltonus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har patienten spasticitet?</li> <li>- Har patienten nedsatt muskeltonus?</li> </ul>
<b>Balans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns det balansproblem?</li> </ul>
<b>Hörsel och syn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Om nedsättningar finns, samråd med behandlande läkare.</li> </ul>
<b>Smärta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns det smärtproblematik som kan påverka överflyttning, sittande eller körförmåga?</li> </ul>
<b>Sår</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns det behov av antidecubitus hjälpmedel? Vid oklara fall samråd med distriktssköterska.</li> </ul>

**ÖVRIGA FAKTORER**

<b>Hjälpmedel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns/kommer det finnas andra hjälpmedel att använda i kombination med elrullstol (t ex för kommunikation, förflyttning)</li> </ul>
<b>Acceptans av handikapp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hur långt har patienten kommit i sin acceptans av sitt handikapp?</li> </ul>
<b>Framtidsplaner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hur ser patienten på framtiden?</li> </ul>
<b>Psykisk status</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hur är aktuellt psykiskt status?</li> </ul>
<b>Medicinering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finns medicinering som påverkar körförmågan?</li> </ul>

**SOCIAL SITUATION**

<b>Familjesituation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har patienten familj eller andra nära anhöriga och vänner?</li> </ul>
-------------------------	--

Fyll i blanketten "Beställning av konsultation - Elrullstol" när du har gjort dina bedömningar inklusive hembesök och skicka den till Hjälpmedel Stockholm.