

## RIKSSTROKE - 3 MÅNADERS - UPPFÖLJNING

*Dessa uppgifter fylls i av vårdpersonalen på strokeenheten*

Personnummer |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Namn .....

Hemkommunkod vid uppföljningen (Frivillig uppgift) |\_\_|\_\_|

Hemlänskod vid uppföljningen (Frivillig uppgift) |\_\_|\_\_|

Rapporterande sjukhus |\_\_|\_\_|\_\_|

Avdelning |\_\_|\_\_|\_\_|

Planerat uppföljningsdatum för denna enkät (år, mån, dag) |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

### 3 månader efter insjuknandet i stroke skall frågeformuläret fyllas i

#### Instruktioner:

- Om du behöver hjälp att fylla i formuläret går det bra. Ange i fråga 35 vem/vilka som besvarat formuläret.
- Om du som besvarar frågeformuläret inte vet svaret på frågan och svarsalternativet "Vet ej" saknas lämnas frågan obesvarad.
- Om du inte varit inlagd på sjukhus kan du lämna sådana frågor obesvarade.
- Sätt **X** i den ruta som stämmer bäst för dig.

Datum för ifyllande av enkät

|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

#### 1. Var vistas du nu?

|\_\_| = Bor hemma i eget boende, utan hemtjänst. (hemtjänst avser **inte** hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård)

|\_\_| = Bor hemma i eget boende, med hemtjänst. (hemtjänst avser **inte** hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård)

|\_\_| = Särskilt boende (ex. sjukhem, servicehus, korttidsboende, gruppboende, slussplats, växelboende eller motsvarande).

|\_\_| = Akutsjukhus (t.ex. medicin, neurolog, kirurgklinik)

|\_\_| = Geriatrisk-/Rehabklinik

|\_\_| = Annat .....

## 2. Bor du ensam?

I \_\_\_ I = Ja, jag bor ensam

I \_\_\_ I = Nej, jag delar hushåll med make/maka/sambo eller annan person t.ex. syskon, barn, föräldrar

## 3. Har du fortfarande besvär efter din stroke?

I \_\_\_ I = Alla besvären har gått över helt

I \_\_\_ I = Jag har fortfarande besvär

I \_\_\_ I = Vet ej

## 4. Har du kunnat återgå till det liv och de aktiviteter som du hade före insjuknandet i stroke?

I \_\_\_ I = Ja

I \_\_\_ I = Ja, men inte riktigt som förut

I \_\_\_ I = Nej

I \_\_\_ I = Vet ej

## 5. Hur är din rörlighet nu?

I \_\_\_ I = Jag kan förflytta mig både inomhus och utomhus utan hjälp av annan person

I \_\_\_ I = Jag kan förflytta mig inomhus, men inte utomhus utan hjälp av annan person

I \_\_\_ I = Jag får hjälp av annan person vid förflyttning både inomhus och utomhus

## 6. Får du hjälp av någon vid toalettbesök?

I \_\_\_ I = Jag klarar toalettbesök helt själv

I \_\_\_ I = Jag får hjälp vid toalettbesök

## 7. Får du hjälp med på- och avklädning?

I\_\_I = Jag klarar på- och avklädning helt själv

I\_\_I = Jag får hjälp med på- och avklädning

## 8. Har du sedan du skrevs ut från sjukhus efter din stroke varit på återbesök eller fått en tid för återbesök hos läkare?

OBS! Flera svarsalternativ är möjliga

I\_\_I = Ja, på sjukhus (på mottagning eller på avdelning)

I\_\_I = Ja, på vårdcentral eller motsvarande (ex. privatläkarmottagning)

I\_\_I = Ja, på dagrehabilitering

I\_\_I = Ja, i eget boende eller på särskilt boende

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

## 9. Har du sedan du skrevs ut från sjukhus efter din stroke varit på återbesök eller fått en tid för återbesök hos sjuksköterska?

OBS! Flera svarsalternativ är möjliga

I\_\_I = Ja, på sjukhus (på mottagning eller på avdelning)

I\_\_I = Ja, på vårdcentral eller motsvarande (ex. privatläkarmottagning)

I\_\_I = Ja, på dagrehabilitering

I\_\_I = Ja, i eget boende eller på särskilt boende

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

**10. Vilken typ av stöd eller hjälp har du fått från sjukvården eller kommunen efter din stroke? OBS! Flera svarsalternativ är möjliga.**

= Jag behövde inte/ville inte ha stöd eller hjälp

= Jag har inte fått stöd eller hjälp

= Hemrehabilitering (rehabilitering/träning i hemmet av sjukgymnast, arbetsterapeut eller sjuksköterska)

= Dagrehabilitering/eller motsvarande (avser rehabilitering utanför hemmet vid flera tillfällen)

= Annan rehabilitering (avser rehabilitering utanför hemmet vid enskilda tillfällen)

= Korttidsboende

= Hemtjänst

= Trygghetslarm

= Ledsagare

= Färdtjänst

= Annat stöd (t.ex. av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller logoped)

= Vet ej

**kommentar**.....

**11. Tycker du att dina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen är tillgodosedda efter din stroke?**

= Jag behövde inte/ville inte ha stöd eller hjälp

= Ja, helt tillgodosedda

= Ja, delvis tillgodosedda

= Nej, inte alls tillgodosedda

= Vet ej

**kommentar**.....

**12. Behöver du hjälp av någon med att sköta hushållet?**

Frågan avser behovet av hjälp med t.ex. att städa, tvätta, handla, laga mat m.m. oberoende om behovet har tillkommit efter din stroke eller om du hade behovet av hjälp redan innan du insjuknade i stroke.

= Ja

= Nej

= Ej relevant, jag skötte inte hushållet innan insjuknandet i stroke heller

= Vet ej

*kommentar*.....

**13. Är dina behov av hjälpmedel och anpassningar i hemmet tillgodosedda?**

(t.ex. rollator, krycka, rullstol, stöd för kommunikation, hjälpmedel för minnet, duschpall toalettförhöjning och bostadsanpassning).

= Jag har/hade inte behov av hjälpmedel eller anpassning i hemmet

= Ja, helt tillgodosedda

= Ja, delvis tillgodosedda

= Nej, inte alls tillgodosedda

= Vet ej

*kommentar*.....

**14. Är du idag beroende av stöd eller hjälp av anhörig/närstående?**

= Jag har ingen anhörig/närstående eller saknar kontakt med anhörig/närstående

= Ja, helt beroende

= Ja, delvis beroende

= Nej, inte alls

= Vet ej

*kommentar*.....

### 15. Har du idag svårighet med...?

Om du har svårigheter gäller frågan oberoende orsakerna till svårigheterna  
OBS! Flera svarsalternativ är möjliga.

I\_\_I = Att tala

I\_\_I = Att förstå tal

I\_\_I = Att läsa

I\_\_I = Att skriva

I\_\_I = Att räkna

I\_\_I = Att svälja

I\_\_I = Att hålla balansen

I\_\_I = Att minnas

I\_\_I = Att koncentrera mig

I\_\_I = Inget av ovanstående

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

### 16. Har du under tiden på sjukhus eller sedan du skrevs ut från sjukhuset träffat logoped för din förmåga att tala, svälja eller skriva?

I\_\_I = Ja, för bedömning

I\_\_I = Ja, för bedömning och behandling

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

### 17. Röker du?

I\_\_I = Ja, jag röker en cigarett eller fler varje dag

I\_\_I = Nej

I\_\_I = Vet ej

*kommentar*.....

**18. Har du erbjudits rökavvänjning efter strokeinsjuknandet?**

= Inte aktuellt eftersom jag inte rökte före strokeinsjuknandet

= Ja

= Nej

= Vet ej

*kommentar*.....

**19. Känner du dig nedstämd/deprimerad?**

Om du känner dig nedstämd/deprimerad gäller frågan oberoende orsakerna till nedstämdheten/depressionen

= Aldrig eller nästan aldrig

= Ibland

= Ofta

= Ständigt

= Vet ej

*kommentar*.....

**20. Får du behandling mot nedstämdhet/depression?**

= Ja, läkemedel

= Ja, samtalsterapi

= Ja, läkemedel och samtalsterapi

= Nej, jag får ingen behandling

= Vet ej

*kommentar*.....

**21. Tar du medicin mot högt blodtryck?**

= Ja

= Nej

= Vet ej

*kommentar*.....

## 22. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

I \_\_\_ I = Mycket gott

I \_\_\_ I = Ganska gott

I \_\_\_ I = Ganska dåligt

I \_\_\_ I = Mycket dåligt

I \_\_\_ I = Vet ej

*kommentar*.....

## 23. Känner du dig trött?

Om du är trött gäller frågan oberoende orsaken till tröttheten

I \_\_\_ I = Aldrig eller nästan aldrig

I \_\_\_ I = Ibland

I \_\_\_ I = Ofta

I \_\_\_ I = Ständigt

I \_\_\_ I = Vet ej

*kommentar*.....

## 24. Har du smärta?

Om du har smärta gäller frågan oberoende orsaken till smärtan

I \_\_\_ I = Aldrig eller nästan aldrig

I \_\_\_ I = Ibland

I \_\_\_ I = Ofta

I \_\_\_ I = Ständigt

I \_\_\_ I = Vet ej

*kommentar*.....



**25. Är dina behov av smärtlindring tillgodosedda?**

= Inte aktuellt eftersom jag inte har/hade behov av smärtlindring

= Ja, helt

= Ja, delvis

= Nej, inte alls

= Vet ej

*kommentar*.....

**26. Hur nöjd eller missnöjd är du med den vård du fått på sjukhus i samband med din stroke?**

= Mycket nöjd

= Nöjd

= Missnöjd

= Mycket missnöjd

= Vet ej

*kommentar*.....

**27. Hur nöjd eller missnöjd är du med personalens bemötande på sjukhus i samband med din stroke?**

= Mycket nöjd

= Nöjd

= Missnöjd

= Mycket missnöjd

= Vet ej

*kommentar*.....



Med rehabilitering eller träning menas övningar för att förbättra eller bibehålla förmågan att klara ditt dagliga liv. (Till exempel rörlighet, på- och avklädning, toalettbesök, tal-, läs- och räkneförmåga, koncentrationsförmåga, matlagning med mera).

**32. Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen på sjukhus i samband med din stroke?**

I \_\_\_ I = Mycket nöjd

I \_\_\_ I = Nöjd

I \_\_\_ I = Missnöjd

I \_\_\_ I = Mycket missnöjd

‡ \_\_\_ I = Jag hade inte behov av rehabilitering eller träning under sjukhusvistelsen

I \_\_\_ I = Jag hade behov men jag har inte fått rehabilitering eller träning under sjukhusvistelsen

I \_\_\_ I = Vet ej

*kommentar*.....

**33. Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?**

I \_\_\_ I = Mycket nöjd

I \_\_\_ I = Nöjd

I \_\_\_ I = Missnöjd

I \_\_\_ I = Mycket missnöjd

I \_\_\_ I = Jag hade inte behov av rehabilitering eller träning efter sjukhusvistelsen

I \_\_\_ I = Jag hade behov men har inte fått rehabilitering eller träning efter sjukhusvistelsen

I \_\_\_ I = Vet ej

*kommentar*.....

**34. Har du en pågående rehabilitering eller träning just nu?**

I \_\_\_ I = Ja

I \_\_\_ I = Nej, jag har inte behov av rehabilitering eller träning eller jag har tackat nej

I \_\_\_ I = Nej, jag har behov men har ingen rehabilitering eller träning

I \_\_\_ I = Vet ej

*kommentar*.....

### 35. Vem har besvarat detta frågeformulär?

= Jag själv ensam skriftligt

= Jag själv med hjälp av anhörig/närstående eller vårdpersonal

= Jag själv (patienten) per telefon

= Jag själv (patienten) vid återbesök på sjukhus/vårdcentral

= Endast vårdpersonal

= Endast närstående

= Annan

***Varmt tack för din medverkan!***

***Kontrollera att du besvarat samtliga frågor!***

***Skicka in detta formulär i bifogat svarskuvert***