

**Versio 16.0** Käytetään kaikkien akuuttiin aivohalvaukseen **1.1.2018** tai sen jälkeen sairastuneiden rekisteröintiin.

## RIKS-STROKE - 3 KUUKAUDEN SEURANTA

*Nämä tiedot täyttää aivohalvausosaston hoitohenkilöstö*

Henkilötunnus |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nimi .....

Raportoiva sairaala |\_\_|\_\_|\_\_| Osasto |\_\_|\_\_|\_\_|

Tämän kyselyn suunniteltu seuranta-päivä (vuosi, kuukausi, päivä) |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

### Kyselylomake täytetään 3 kuukautta aivohalvauksen jälkeen

#### Ohjeet:

- **Voit käyttää apua lomakkeen täyttämiseksi.** Ilmoita kysymyksessä 35 kuka/ketkä vastasivat lomakkeen kysymyksiin.
- Jos täyttäjänä et tiedä vastausta kysymykseen, eikä vaihtoehtoissa ole vastausta "En tiedä", jätä vastaamatta kysymykseen.
- Jos et ole ollut sairaalahoidossa, voit jättää vastaamatta sairaalahoidoa koskeviin kysymyksiin.
- Rastita (**X**) se ruutu, joka parhaiten vastaa tilannettasi.

Lomakkeen täyttöpäivä |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

#### 1. Missä asut tällä hetkellä?

|\_\_| | = Asun kotona omassa asunnossa, ilman kotipalvelua. (kotipalveluksi **ei** lasketa kotisairaanhoidoa eikä tehostettua kotisairaanhoidoa)

|\_\_| | = Asun kotona omassa asunnossa kotipalvelun tuella. (kotipalveluksi **ei** lasketa kotisairaanhoidoa eikä tehostettua kotisairaanhoidoa)

|\_\_| | = Erityisasunnossa (esim. hoitokoti, palvelutalo, lyhytaikaisasunto, ryhmäasuntola, kuntoutusasunto, vuorotteluhoito tai vastaava).

|\_\_| | = Akuuttisairaala (esim. lääketieteellinen, neurologinen, kirurginen sairaala)

|\_\_| | = Geriatriinen/Kuntoutuslinikka

|\_\_| | = Muu, mikä .....

## 2. Asutko yksin?

= Kyllä, asun aivan yksin.

= Ei, jaan asunnon avio-/avopuolisoni tai muun henkilön, esim. sisaruksen, lasten, vanhempien kanssa

## 3. Onko sinulla edelleen aivohalvauksestasi johtuvia vaivoja?

= Vaivat ovat menneet kokonaan ohi

= Minulla on edelleen vaivoja

= En tiedä

## 4. Onko elämäsi palautunut ennalleen ja oletko pystynyt harrastamaan entisenkaltaisia aktiviteetteja aivohalvauksesi jälkeen?

= Kyllä

= Kyllä, osittain

= Ei

= En tiedä

## 5. Millainen on liikuntakykysi tällä hetkellä?

= Pystyn liikkumaan sekä sisällä että ulkona ilman apua

= Pystyn liikkumaan sisällä ilman apua, mutta tarvitsen apua ulkona liikkumiseen

= Saan apua liikkumiseen sekä sisällä että ulkona

## 6. Saatko joltakin apua wc-käynneillä?

= Selviän wc-käynneistä yksin

= Saan apua wc-käynneillä

## 7. Saatko apua pukeutumiseen ja riisuuntumiseen?

I\_\_I = Selviän pukeutumisesta ja riisuuntumisesta omin avuin

I\_\_I = Saan apua pukeutumiseen ja riisuuntumiseen

## 8. Oletko aivohalvauksesi jälkeen sairaalasta kotiuduttuasi käynyt seurantakäynnillä tai saanut ajan seurantakäynnille lääkärin vastaanotolle?

HUOM! Voit valita useamman vaihtoehdon.

I\_\_I = Kyllä, sairaalassa (vastaanotolla tai osastolla)

I\_\_I = Kyllä, terveyskeskuksessa tai vastaavassa (esim. yksityislääkärin vastaanotolla)

I\_\_I = Kyllä, päivä kuntoutuksessa

I\_\_I = Kyllä, omassa asunnossani tai erityisasunnossa

I\_\_I = En

I\_\_I = En tiedä

## 9. Oletko aivohalvauksesi jälkeen sairaalasta kotiuduttuasi käynyt seurantakäynnillä tai saanut ajan seurantakäynnille sairaanhoitajan vastaanotolle?

HUOM! Voit valita useamman vaihtoehdon.

I\_\_I = Kyllä, sairaalassa (vastaanotolla tai osastolla)

I\_\_I = Kyllä, terveyskeskuksessa tai vastaavassa (esim. yksityislääkärin vastaanotolla)

I\_\_I = Kyllä, päivä kuntoutuksessa

I\_\_I = Kyllä, omassa asunnossani tai erityisasunnossa

I\_\_I = En

I\_\_I = En tiedä

**10. Millaista tukea tai apua olet saanut terveydenhuolloilta tai kunnalta aivohalvauksesi jälkeen?**

HUOM! Voit valita useamman vaihtoehdon.

= En tarvinnut/halunnut mitään tukea tai apua

= En ole saanut tukea tai apua tarpeesta huolimatta

= Kotikuntoutusta (kotona tapahtuva kuntoutus/harjoittelu lääkintävoimistelijan, työterapeutin tai sairaanhoitajan avulla)

= Päiväkuntoutusta tai vastaavaa (kuntouttajien yhteistyöhön perustuva kuntoutus määrätyn ajanjakson ajan)

= Muuta kuntoutusta (kodin ulkopuolella joitain kertoja annettava kuntoutus)

= Lyhytaikaisasunto

= Kotipalvelu

= Turvahälytin

= Saattajapalvelu

= Kuljetuspalvelu

= Muu tuki (esim. lääkärin, sairaanhoitajan, lääkintävoimistelijan, työterapeutin, kuraattorin tai logopedin antama tuki)

= En tiedä

**11. Oletko sitä mieltä, että terveydenhuolto tai kunta on antanut sinulle tarvitsemasi tuen ja avun aivohalvauksesi jälkeen?**

= En tarvinnut/halunnut mitään tukea tai apua

= Kyllä, täysin samaa mieltä

= Kyllä, osittain samaa mieltä

= Ei, täysin eri mieltä

= En tiedä

## 12. Tarvitsetko apua taloudenhoitoosi?

Taloudenhoitoavulla tarkoitetaan esim. siivoukseen, pyykinpesuun, ruokaostoksien tekemiseen, ruoanlaittoon ym. tarvittavaa apua riippumatta siitä, onko avuntarve alkanut vasta aivohalvauksen jälkeen vai tarvitsitko apua jo ennen aivohalvaustasi.

= Kyllä

= En

= Kysymys ei ole ajankohtainen, koska en huolehtinut taloudenhoidosta aiemminkaan (koskee myös erityisasumista)

= En tiedä

## 13. Oletko saanut tällä hetkellä tarvitsemasi apuvälineet ja onko kotiasi mukautettu tarpeitasi vastaavaksi?

(esim. rollaattori, kyynärsauvat, pyörätuoli, kommunikointiapu, muistin apuvälineet, suihkutuoli, wc-istuimen koroke ja asunnon mukauttamistoimet)

= En tarvitse apuvälineitä tai kotini mukauttamista

= Kyllä, olen saanut kaiken tarvitsemani avun

= Kyllä, olen saanut jonkun verran apua

= Ei, en ole saanut apua lainkaan

= En tiedä

## 14. Oletko tällä hetkellä riippuvainen omaistesi/läheistesi tuesta tai avusta?

= Minulla ei ole omaisia/läheisiä tai en ole omaisteni/läheisteni kanssa yhteydessä

= Kyllä, täysin riippuvainen

= Kyllä, osittain riippuvainen

= Ei, en lainkaan

= En tiedä

### 15. Onko sinulla tällä hetkellä vaikeuksia seuraavien asioiden kanssa?

Merkitse rasti niiden asioiden kohdalle, joiden kanssa sinulla on vaikeuksia riippumatta siitä, mistä vaikeutesi johtuvat.

HUOM! Voit valita useamman vaihtoehdon.

= Puhuminen

= Puheen ymmärtäminen

= Lukeminen

= Kirjoittaminen

= Laskeminen

= Nieleminen

= Tasapaino

= Muistaminen

= Keskittyminen

= Ei mikään yllä olevista

= En tiedä

### 16. Oletko sairaalassaoloaikasi tai sen jälkeen käynyt logopedin vastaanotolla puhe-, nielemis- tai kirjoittamiskykyysi liittyvien asioiden takia?

= Kyllä, olen käynyt arvioitavana

= Kyllä, olen käynyt arvioitavana ja saanut hoitoa

= En

= En tiedä

### 17. Tupakoitko?

= Kyllä, poltan vähintään yhden savukkeen joka päivä

= En

= En tiedä

**18. Onko sinulle tarjottu apua tupakasta vieroittumiseen aivohalvauksesi jälkeen?**

|\_\_| = Kysymys ei ole ajankohtainen, koska en tupakoinut aiemminkaan

|\_\_| = Kyllä

|\_\_| = Ei

|\_\_| = En tiedä

**19. Tunnetko itsesi alakuloiseksi/masentuneeksi?**

Jos tunnet itsesi alakuloiseksi/masentuneeksi, pyydämme sinua vastaamaan kysymykseen riippumatta siitä, mistä alakuloisuutesi/masennuksesi johtuu

|\_\_| = En koskaan tai lähes koskaan

|\_\_| = Joskus

|\_\_| = Usein

|\_\_| = Jatkuvasti

|\_\_| = En tiedä

**20. Saatto hoitoa alakuloisuutesi/masennuksesi takia?**

|\_\_| = Kyllä, saan lääkehoitoa

|\_\_| = Kyllä, saan keskusteluhoitoa

|\_\_| = Kyllä, saan lääke- ja keskusteluhoitoa

|\_\_| = En

|\_\_| = En tiedä

**21. Onko sinulla lääkitys korkean verenpaineen hoitoon?**

|\_\_| = Kyllä

|\_\_| = Ei

|\_\_| = En tiedä

## 22. Millaiseksi arvioit yleisen terveydentilasi?

I\_\_I = Erittäin hyvä

I\_\_I = Melko hyvä

I\_\_I = Melko huono

I\_\_I = Erittäin huono

I\_\_I = En tiedä

## 23. Tunnetko itsesi väsyneeksi?

Jos tunnet itsesi väsyneeksi, pyydämme sinua vastaamaan kysymykseen riippumatta siitä, mistä väsymyksesi johtuu

I\_\_I = En koskaan tai lähes koskaan

I\_\_I = Joskus

I\_\_I = Usein

I\_\_I = Jatkuvasti

I\_\_I = En tiedä

## 24. Onko sinulla kipuja?

Jos sinulla on kipuja, pyydämme sinua vastaamaan kysymykseen riippumatta siitä, mistä kipusi johtuvat

I\_\_I = Ei koskaan tai lähes koskaan

I\_\_I = Joskus

I\_\_I = Usein

I\_\_I = Jatkuvasti

I\_\_I = En tiedä



**25. Vastaako saamasi kivunlievitys tarpeitasi?**

|\_\_| = Kysymys ei ole ajankohtainen, koska en tarvitse/ole tarvinnut kivunlievitystä

|\_\_| = Kyllä, täysin

|\_\_| = Kyllä, osittain

|\_\_| = Ei lainkaan

|\_\_| = En tiedä

**26. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olet sairaalassaoloaikana aivohalvauksesi yhteydessä saamaasi hoitoon?**

|\_\_| = Erittäin tyytyväinen

|\_\_| = Tyytyväinen

|\_\_| = Tyytymätön

|\_\_| = Erittäin tyytymätön

|\_\_| = En tiedä

**27. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olet sairaalassaoloaikana aivohalvauksesi yhteydessä saamaasi kohteluun?**

|\_\_| = Erittäin tyytyväinen

|\_\_| = Tyytyväinen

|\_\_| = Tyytymätön

|\_\_| = Erittäin tyytymätön

|\_\_| = En tiedä

**28. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olet lääkärin kanssa kotiuttamisen yhteydessä käymääsi keskusteluun sillä osastolla, jossa sinua hoidettiin aivohalvauksesi takia?**

|\_\_| = Erittäin tyytyväinen

|\_\_| = Tyytyväinen

|\_\_| = Tyytymätön

|\_\_| = Erittäin tyytymätön

|\_\_| = En keskustellut lääkärin kanssa kotiuttamiseni yhteydessä

|\_\_| = En tiedä

**29. Kerrottiinko sinulle aivohalvauksen jälkeisestä ajokiellosta?**

|\_\_| = Kysymys ei ole ajankohtainen, koska en ajanut autoa aiemminkaan tai autolla ajaminen ei ole enää ajankohtaista

|\_\_| = Kyllä

|\_\_| = Ei

|\_\_| = En tiedä

**30. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olet aivohalvauksesta saamiisi tietoihin?**

|\_\_| = Erittäin tyytyväinen

|\_\_| = Tyytyväinen

|\_\_| = Tyytymätön

|\_\_| = Erittäin tyytymätön

|\_\_| = En ole saanut tietoa aivohalvauksesta

|\_\_| = En tiedä

**31. Tiedätkö, kenen puoleen voit kääntyä, jos tarvitset tukea tai apua aivohalvauksesi jälkeen?**

|\_\_| = Kyllä

|\_\_| = En

|\_\_| = En osaa sanoa

**Kuntoutuksella tai harjoittelulla tarkoitetaan harjoituksia, jotka parantavat tai ylläpitävät kykyäsi selvitä arjesta.** (Esimerkiksi liikuntakyky, pukeutuminen ja riisuuntuminen, wc-käynnit, puhuminen, lukeminen, laskeminen, keskittymiskyky, ruoanlaitto jne.)

**32. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olet aivohalvauksesi yhteydessä sairaalassa saamaasi kuntoutukseen tai harjoitteluun?**

|\_\_| = Erittäin tyytyväinen

|\_\_| = Tyytyväinen

|\_\_| = Tyytymätön

|\_\_| = Erittäin tyytymätön

|\_\_| = En tarvinnut kuntoutusta tai harjoittelua sairaalassaoloajanani

|\_\_| = En saanut tarvitsemaani kuntoutusta tai harjoittelua sairaalassaoloajanani

|\_\_| = En osaa sanoa

**33. Kuinka tyytyväinen tai tyytymätön olet aivohalvauksesi yhteydessä kotiuttamisesi jälkeen saamaasi kuntoutukseen tai harjoitteluun?**

|\_\_| = Erittäin tyytyväinen

|\_\_| = Tyytyväinen

|\_\_| = Tyytymätön

|\_\_| = Erittäin tyytymätön

|\_\_| = En tarvinnut kuntoutusta tai harjoittelua kotiuttamiseni jälkeen

|\_\_| = En ole saanut tarvitsemaani kuntoutusta tai harjoittelua kotiuttamiseni jälkeen

|\_\_| = En osaa sanoa

**34. Osallistutko tällä hetkellä kuntoutukseen/harjoitteluun?**

|\_\_| = Kyllä

|\_\_| = En, en tarvitse kuntoutusta tai harjoittelua tai en halua osallistua niihin

|\_\_| = En, minulle ei ole tarjottu tarvitsemaani kuntoutusta tai harjoittelua

|\_\_| = En tiedä

### 35. Kuka vastasi tähän kyselyyn?

I\_\_I = Täytin kyselylomakkeen itse

I\_\_I = Vastasin kyselyyn omaiseni/läheiseni tai hoitohenkilöstön avustamana

I\_\_I = Vastasin kyselyyn itse puhelimitse

I\_\_I = Vastasin kyselyyn itse sairaalassa/terveyskeskuksessa seurantakäynnin yhteydessä

I\_\_I = Hoitohenkilöstö

I\_\_I = Läheinen

I\_\_I = Joku muu (esimerkiksi edunvalvoja)

***Lämmin kiitos osallistumisestasi!***

***Tarkistathan, että olet vastannut jokaiseen kysymykseen!***

***Pyydämme palauttamaan lomakkeen oheisessa vastauskuoressa.***