

## Riksstroke - 3 månaders - uppföljning

Version 19.0 Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke 2021-01-01 och därefter

*Dessa uppgifter fylls i av vårdpersonalen på strokeenheten*

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

Namn .....

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

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

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

**Frågeformuläret ska fyllas i 3 månader efter insjuknandet i stroke**

### Instruktioner:

- **Om du behöver hjälp att fylla i formuläret går det bra.** Ange i fråga 1 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.
- Fyll i det svar som stämmer bäst för dig, fyll endast i ett svar per fråga om inte annat anges

Datum för när formuläret är ifyllt |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

### 1. 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

# Boende

## 2. 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 (tex. Medicin, Neurolog, Kirurgklinik)
- Annat \_\_\_\_\_
- Geriatrisk-/Rehabklinik

## 3. Bor du ensam?

- Ja, jag bor ensam
- Nej, jag delar hushåll med make/maka/sambo eller annan person tex. syskon, barn, föräldrar

## Aktiviteter i dagliga livet

## 4. Är du helt återställd efter din stroke?

- Ja
- Nej
- Vet ej

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

- Ja, helt och hållet
- Ja, men inte riktigt som förut
- Nej
- Vet ej

## 6. Hur är din rörlighet nu?

- Jag kan förflytta mig både inomhus och utomhus utan hjälp av annan person
- Jag kan förflytta mig inomhus, men får hjälp av annan person för att förflytta mig utomhus.
- Jag får hjälp av annan person vid förflyttning både inomhus och utomhus

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

- Jag klarar toalettbesök helt själv
- Jag får hjälp med toalettbesök

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

- Jag klarar på- och avklädning helt själv
- Jag får hjälp med på- och avklädning

## 9. Är du idag beroende av stöd eller hjälp?

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej
- Vet ej

## 10. Kan du genomföra lokala resor på egen hand (tex. med bil, cykel, kollektivtrafik, färdtjänst)

- Ja
- Ja, i viss mån men ej i samma utsträckning som tidigare
- Nej
- Vet ej

# Strokerelaterade hälsoproblem och livet efter stroke

## 11. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket gott
- Ganska gott
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt
- Vet ej

## 12. Sedan din stroke, känner du dig mer nedstämd /deprimerad eller ångestfylld?

- Ja
- Nej
- Vet ej

## 13. Sedan din stroke, känner du en ökad trötthet som påverkar din förmåga att utföra vanliga aktiviteter?

- Ja
- Nej
- Vet ej

## 14. Har du upplevt en ny typ av smärta som du relaterar till din stroke?

- Ja
- Nej
- Vet ej

**15. Har du sedan din stroke fått svårare att tänka, koncentrera dig eller minnas saker?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

**OM JA på fråga 15, påverkar det din förmåga att utföra dagliga aktiviteter?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

## **Upplevelser och information från vården**

**16. Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar (t.ex. råd om motion, kost, sömn, stress och rökstopp) för att förhindra en ny stroke?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

**17. Röker du?**

- Ja, röker en cigarett eller fler varje dag
- Nej
- Vet ej

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

- Inte aktuellt, rökte inte före strokeinsjuknandet
- Ja
- Nej
- Vet ej

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

- Behövde inte/ville inte ha stöd eller hjälp
- Ja, helt tillgodosedda
- Ja, delvis tillgodosedda
- Nej, inte alls tillgodosedda
- Vet ej

**20. Under sjukhusvistelsen för din stroke, hur nöjd eller missnöjd är du med din rehabilitering/träning?**

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd
- Jag hade inte behov av rehabilitering eller träning under sjukhusvistelsen
- Jag hade behov men jag har inte fått rehabilitering eller träning under sjukhusvistelsen
- Vet ej

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

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd
- Jag hade inte behov av rehabilitering eller träning efter sjukhusvistelsen
- Jag hade behov men jag har inte fått rehabilitering eller träning efter sjukhusvistelsen
- Vet ej

*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).*

**Varmt tack för din medverkan!**

*Kontrollera att du besvarat samtliga frågor!*

*Skicka in detta formulär i bifogat svarskuvert*