



12 månaders-uppföljning

Version 1.1

Dessa uppgifter fylls i av vårdpersonal/koordinator:

Personnummer (ÅÅMMDD-XXX) _ _ _ _ - _ _ _ _
Namn (För- och Efternamn) _____
Hemkommunkod vid uppföljningen (Frivillig uppgift)
Hemlänskod vid uppföljningen (Frivillig uppgift)
Rapporterande sjukhus (Text + kod)
Planerat uppföljningsdatum för denna enkät (ÅÅ-MM-DD) _ _ - _ _ - _ _

Information

Vid 12 månader efter insjuknandet i stroke fylls frågeformuläret i av er vårdnadshavare, gärna tillsammans med ert barn om möjligt. Frågorna besvaras utifrån hur ni för närvarande upplever situationen:

- Om ni inte vet svaret på frågan och svarsalternativ "vet ej" saknas lämnar ni frågan obesvarad.
- Om ert barn inte varit inlagd på sjukhus lämnar ni sådana frågor obesvarade.
- Sätt x i den ruta som stämmer bäst för ert barn.

Ifyllt formulär skickas till:

Barnriksstroke, registerkoordinator
 Astrid Lindgrens Barnsjukhus C10:33
 Karolinska Universitetssjukhuset Solna
 Eugeniavägen 23

171 76 STOCKHOLM

Kontaktuppgift, e-post:

katinka.fellman@regionstockholm.se

Datum för ifyllande av enkät (ÅÅMMDD) ___ - ___ - ___

1. Var vistas ert barn nu?

Bor hemma Bor hemma med stöd från assistenter Akutsjukhus

Annat: _____

2. Har ert barn fortfarande besvär efter sin stroke?

Ja Nej Vet ej

3. Har ert barn kunnat återgå till förskola/skola och de aktiviteter som han/hon hade före insjuknandet i stroke?

Ja, helt Ja, delvis Nej Vet ej

4. Hur är ert barns rörlighet nu jämför med före insjuknandet?

- Kan förflytta sig som före insjuknandet
- Kan förflytta sig utan hjälpmedel men inte riktigt som förut
- Kan förflytta sig med hjälpmedel eller med stöd av annan person
- Kan inte förflytta sig alls
- Vet ej

5. Behöver ert barn mer hjälp än tidigare vid toalettbesök?

Ja Nej Vet ej

6. Behöver ert barn mer hjälp än tidigare med på- och avklädning?

Ja Nej Vet ej

7. Har ert barn svårigheter med matintag sedan insjuknandet i stroke?

Ja Nej Vet ej

8. Har ni haft kontakt med dietist de senaste 9 månaderna?

Ja Nej Vet ej

9. Har ert barn fått extra näring med något av följande alternativ?

- Näringsdryck Nej Vet ej
- Sondnäring
- Gastrostomi (=knapp)
- Näringsdropp

10. Har ni fått tid för återbesök hos läkare senaste halvåret, eller har ni en inplanerad tid? (OBS! Flera svarsalternativ möjliga)

- Ja, på sjukhus (på mottagning eller på avdelning)
- Ja, på barn- och ungdomshabilitering/rehabiliteringsklinik
- Ja, på vårdcentral
- nej
- Vet ej

Kommentar: _____

11. Har ert barn fått en tid för återbesök hos sjuksköterska senaste halvåret, eller har ni en inplanerad tid? (OBS! Flera svarsalternativ möjliga)

- Ja, på sjukhus (på mottagning eller på avdelning)
- Ja, på barn- och ungdomshabilitering/rehabiliteringsklinik
- Ja, på vårdcentral
- nej
- Vet ej

Kommentar: _____

12. Har ert barn fått tid för eller redan utfört uppföljande röntgenundersökning efter insjuknandet i stroke? (OBS! Flera svarsalternativ möjliga)

- Ja
- nej
- Vet ej

Om ja, ange vilken/vilka:

- MR (magnetkamera)
- DT (datortomografi)
- Angiografi

Kommentar: _____

13. Vilken typ av stöd eller hjälp har ni fått från sjukvården och /eller er kommun efter ert barns stroke? (OBS! Flera svarsalternativ möjliga)

- Vi behöver inte/vill inte ha stöd eller hjälp
- Vi har inte fått stöd eller hjälp
- Dagrehabilitering eller motsvarande
- Annan rehabilitering
- Färdtjänst
- Annat stöd (t.ex. av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller logoped)
- Vet ej

Kommentar: _____

14. Tycker ni att ert barns behov av stöd eller hjälp från sjukvården är tillgodosedda efter ert barns stroke?

- Vi behöver inte/vill inte ha stöd eller hjälp
- Ja, helt tillgodosedda
- Ja, delvis tillgodosedda
- Nej, inte alls tillgodosedda
- Vet ej

Kommentar: _____

15. Tycker ni att ert barns behov av stöd eller hjälp från skola/förskola är tillgodosedda efter ert barns stroke?

- Vi behöver inte/vill inte ha stöd eller hjälp
- Ja, helt tillgodosedda
- Ja, delvis tillgodosedda
- Nej, inte alls tillgodosedda
- Vet ej

Kommentar: _____

16. Är ert barns behov av hjälpmedel och anpassning i hemmet tillgodosedda? (t.ex. rollator, krycka, rullstol, stöd för kommunikation, hjälpmedel för minnet, duschpall toalettförhöjning och bostadsanpassning)

- Vi har/hade inte behov av hjälpmedel eller anpassning i hemmet
- Ja, helt tillgodosedda
- Ja, delvis tillgodosedda
- Nej, inte alls tillgodosedda
- Vet ej

Kommentar: _____

17. Är ni idag beroende av stöd eller hjälp från anhörig/försäkringskassa?

- Vi har ingen anhörig/närstående eller saknar kontakt med anhörig/närstående
- Ja, helt beroende
- Ja, delvis beroende
- Nej, inte alls
- Vet ej

Kommentar: _____

18. Har ert barn idag större svårigheter än före sin stroke med något av nedanstående? (Om ditt barn har svårigheter gäller frågan oberoende orsaken till svårigheterna. OBS! Flera svarsalternativ möjliga.)

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Att tala | <input type="checkbox"/> Att skriva | <input type="checkbox"/> Att hålla balansen |
| <input type="checkbox"/> Att förstå tal | <input type="checkbox"/> Att räkna | <input type="checkbox"/> Att minnas |
| <input type="checkbox"/> Att läsa | <input type="checkbox"/> Att svälja | <input type="checkbox"/> Att koncentrera sig |
| <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående | | |
| <input type="checkbox"/> Vet ej | | |

Kommentar: _____

19. Har ert barn under tiden på sjukhus eller sedan ert barn skrevs ut från sjukhuset träffat logoped för sin förmåga att tala, svälja eller skriva?

- Ja, för bedömning
- Ja, för bedömning och behandling
- Nej
- Vet ej

Kommentar: _____

20. Tycker ni att ert barn är nedstämt/deprimerat?

- Aldrig eller nästan aldrig
- Ibland
- Ofta
- Ständigt
- Vet ej

Kommentar: _____

21. Får ert barn behandling mot nedstämdhet/depression?

- Ja, läkemedel
- Ja, samtalsterapi
- Ja, läkemedel och samtalsterapi
- Nej, han/hon får ingen behandling
- Vet ej

Kommentar: _____

22. Tar ditt barn medicin efter sin stroke?

- Ja Nej Vet ej

Om ja - vilken medicinering, flera alternativ möjliga

- Trombyl
 Fragmin/Klexan
 Clopidogrel (Plavix)
 Waran
 Epilepsimedicinering
 Annan medicinering, ange vilken _____
 Vet ej

23. Hur bedömer ni ert barns allmänna hälsotillstånd för närvarande?

- Mycket gott
 Ganska gott
 Ganska dåligt
 Mycket dåligt
 Vet ej

Kommentar: _____

24. Tycker ni att ert barn är tröttare än före sin stroke?

- Aldrig eller nästan aldrig
 Ibland
 Ofta
 Ständigt
 Vet ej

Kommentar: _____

25. Har ert barn smärta eller värk? (Om hon /han har smärta gäller frågan oberoende av orsaken till smärtan)

- Aldrig eller nästan aldrig
- Ibland
- Ofta
- Ständigt
- Vet ej

Kommentar: _____

26. Är ert barns behov av smärtlindring tillgodosedda?

- Inte aktuellt eftersom han/hon inte har/hade behov av smärtlindring
- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej, inte alls
- Vet ej

Kommentar: _____

27. Hur nöjd eller missnöjd är ni med informationen om stroke?

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd
- Vi har inte fått information om stroke
- Vet ej

Kommentar: _____

28. Hur har ni fått den mest användbara informationen om stroke?

- Vårdpersonal
- Internet
- Litteratur
- Föräldraförening
- Annat, ange hur _____

29. Vet ni vart ni kan vända er vid behov av stöd eller hjälp efter ert barns stroke?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Kommentar: _____

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

30. Har ert barn pågående rehabilitering eller träning just nu?

- Ja
- Nej, hon/han har inte behov av rehabilitering eller träning eller vi har tackat nej
- Nej, mitt barn har behov men har ingen rehabilitering eller träning
- Vet ej

Kommentar: _____

31. Hur nöjd eller missnöjd är ni med rehabilitering eller träning efter att ni skrevs ut från sjukhus efter ert barns stroke?

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

Kommentar: _____

32. Vem har besvarat detta frågeformulär?

- Vårdnadshavare
- Vårdnadshavare tillsammans med patienten
- Patienten själv
- Vårdpersonal i samband med återbesök
- Annan närstående
- Annan

Varmt tack för er medverkan! Kontrollera att ni besvarat samtliga frågor! Skicka in detta formulär i bifogat svarskuvert.