

Uppföljning efter stroke och TIA

- Post-stroke checklistan

Version med bildstöd



Den här bildstödda versionen av Post-stroke checklistan är ett **kommunikationsstöd** för uppföljning av stroke och TIA.

Bilderna är ett komplement till frågorna för att förtydliga vad frågan handlar om. Du kan även behöva anpassa formuleringen av frågorna efter personen du har framför dig. Vid återkommande uppföljning: byt ut "efter din stroke" till "senaste vårdbesök".

Personer med **språkliga och kognitiva svårigheter** efter en hjärnskada är ofta i behov av kommunikationsstöd i samtal, både för att stötta förståelse och uttrycksförmåga.

Att använda kommunikationsstöd för patienter med kommunikationssvårigheter är därför ett viktigt steg i att säkerställa trygg och säker vård.

Post-stroke checklistan rekommenderas av World Stroke Organisation och har anpassats utifrån Philip et al 2013. Bildstödet har tagits fram i samverkan med nationella arbetsgruppen för stroke och vidareutvecklats inom ramen för forskning vid Göteborgs, och Uppsala universitet. (Kjörk EK och Bauer M). Patientversioner hittar du här: [/www.gu.se/neurovetenskap-fysiologi/strokehalsatm-uppfoljning-efter-stroke](http://www.gu.se/neurovetenskap-fysiologi/strokehalsatm-uppfoljning-efter-stroke).

Register

Post-stroke checklistan

- | | |
|----|-----------------------------------|
| 1 | Sekundärprevention |
| 2 | Aktiviteter i dagligt liv (ADL) |
| 3 | Rörlighet |
| 4 | Spasticitet |
| 5 | Smärta |
| 6 | Inkontinens |
| 7 | Kommunikation |
| 8 | Sinnesstämning |
| 9 | Kognition |
| 10 | Livet efter stroke |
| 11 | Familjeförhållanden |
| | Tilläggsfrågor: |
| 12 | Trötthet (fatigue) |
| 13 | Munhälsa, sväljning och nutrition |
| 14 | Andra utmaningar |

Kompletterande frågor till Post-stroke checklistan

- | | |
|-------|---------------------------|
| 1a-e | Levnadsvanor |
| 2 & 3 | Prover, blodtryck och EKG |
| 4 | Läkemedel |
| 5 | Bilkörning |
| 6 | Vapen |
| 7 | Sjukskrivning |
| 8 | Uppföljning |

1

Sekundärprevention

Har du fått råd om hälsorelaterade livsstilsförändringar eller medicin för att förhindra en ny stroke?



Ja

Nej

2

Aktiviteter i dagligt liv (ADL)

Har du svårare att klara dig själv i vardagliga aktiviteter *efter din stroke*?



Ja

Nej

3

Rörlighet

Har du svårare att gå eller förflytta dig säkert från säng till stol *efter din stroke*?



Ja

Nej

4

Spasticitet

Har du en **ökad** stelhet i armar, händer och/eller ben *efter din stroke*?



Ja

Nej

5

Smärta

Upplever du någon ny smärta *efter din stroke*?



Ja

Nej

6

Inkontinens

Har du mer problem att kontrollera din blåsa eller tarm *efter din stroke*?



Ja

Nej

7

Kommunikation

Upplever du att det är svårare att kommunicera med andra människor *efter din stroke*?



Ja

Nej

8

Sinnesstämning

Känner du mer oro eller nedstämdhet *efter din stroke?*



Ja

Nej

Upplever du att du har svårare att tänka, koncentrera dig eller minnas *efter din stroke*?



Ja

Nej

Upplever du att saker som är viktiga för dig blivit **svårare** att genomföra *efter din stroke*?
(t.ex. fritidsaktiviteter, intressen, arbete, relationer till närstående, om det är relevant)



Ja

Nej

11

Familjeförhållanden

Upplever du att ditt förhållande till din familj blivit mer komplicerat eller stressfyllt *efter din stroke?*



Ja

Nej

12

Trötthet (fatigue)

Upplever du en **ökad** trötthet som påverkar din förmåga att träna eller utföra andra aktiviteter *efter din stroke?*



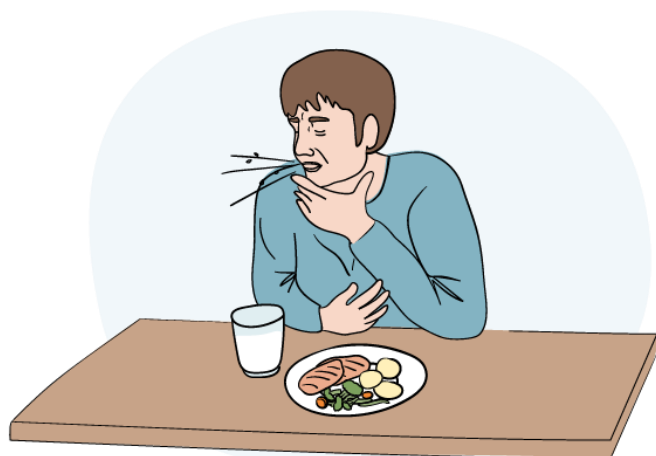
Ja

Nej

13

Munhälsa, sväljning och nutrition

Har du svårare att sköta din munhygien, att äta eller svälja *efter din stroke*?



Ja

Nej

Andra utmaningar

Har du några övriga utmaningar eller bekymmer som påverkar din återhämtning och/eller som orsakar dig svårigheter *efter din stroke?*

(t.ex. balansproblem, synbesvär, uppmärksamhet, sexualliv, rädslor)



Ja

Nej

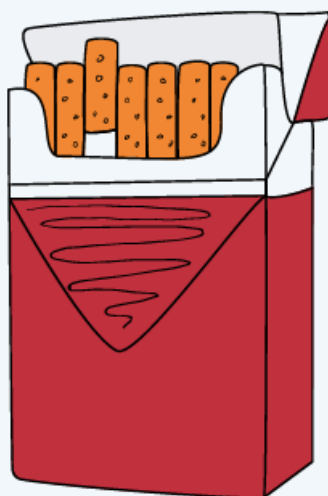
Kompletterande frågor till Post-stroke checklistan

Besvaras vid teamrond eller läkarbesök.

1a

Levnadsvanor

Röker du?



Ja

Nej

1b

Levnadsvanor

Dricker du alkohol?



Ja

Nej

1c

Levnadsvanor

Är du fysiskt aktiv?



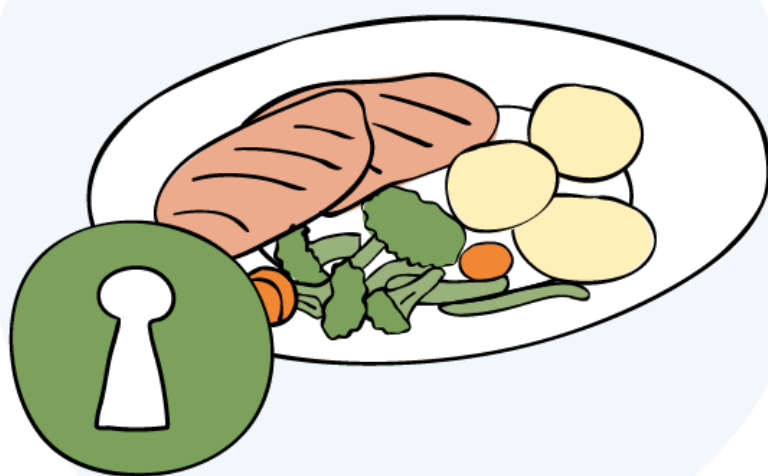
Ja

Nej

1d

Levnadsvanor

Har du bra kostvanor?



Ja

Nej

1e

Levnadsvanor

Upplever du stress?



Ja

Nej

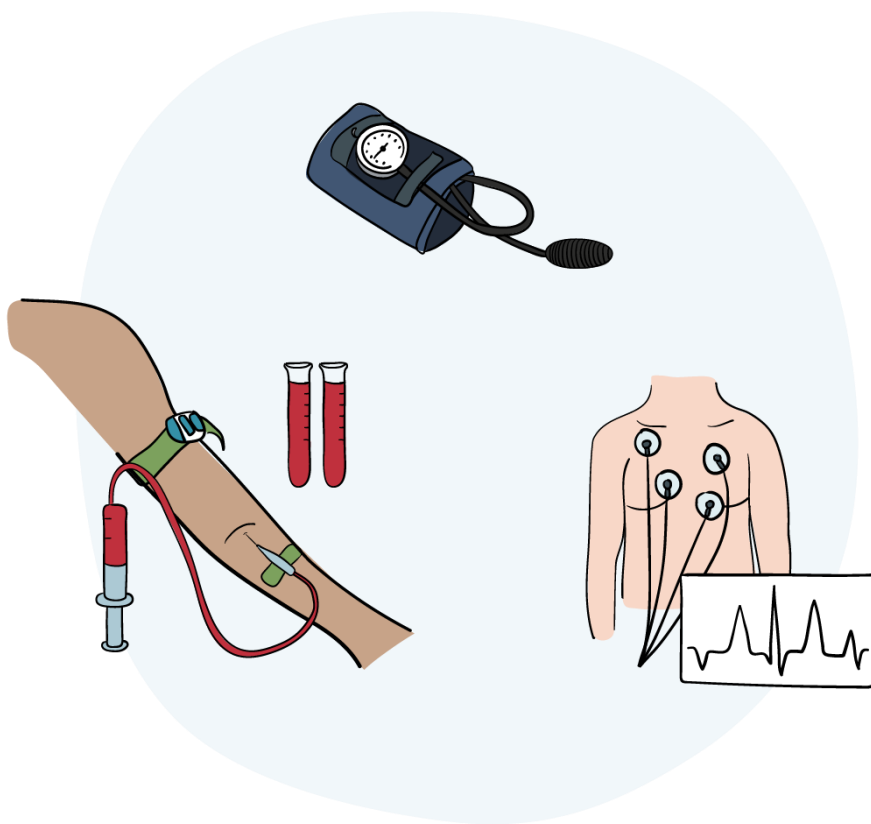
2

3

Prover

Provtagning, blodtryck och EKG

(Labbprover: blodstatus, elektrolyter, kreatin, blodfetter, ALAT, lipider, B-glukos)



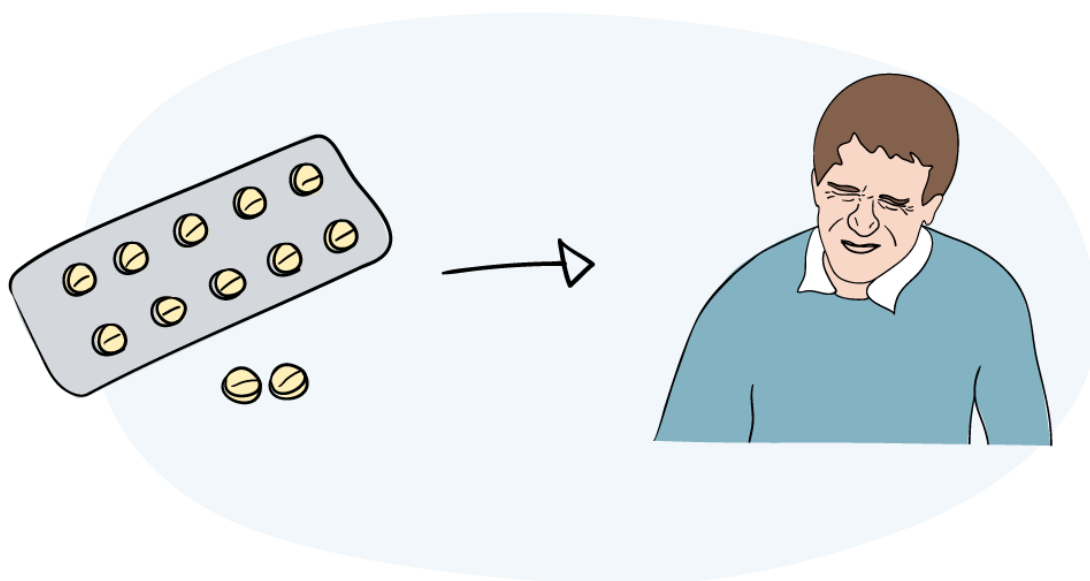
Ja

Nej

4

Läkemedel

Har du biverkningar från dina mediciner?



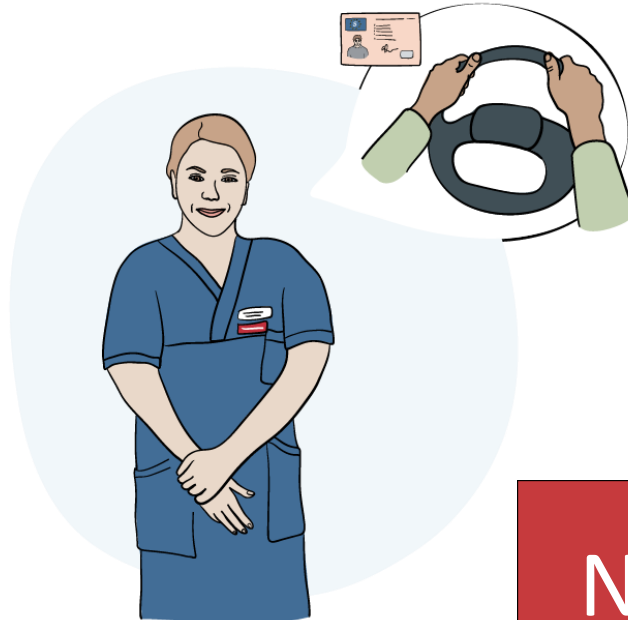
Ja

Nej

5

Bilkörning

Har du körkort?



Ja

Nej

Kör du bil?



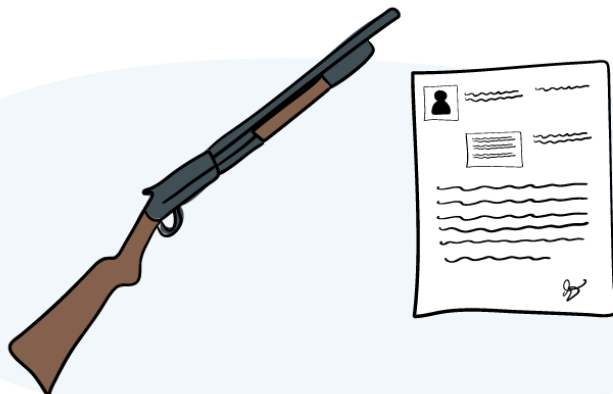
Ja

Nej

6

Vapen

Har du vapenlicens?



Ja

Nej

Har du vapen?



Ja

Nej

7

Sjukskrivning

Yrkesarbetar du?
Är din sjukskrivning aktuell?



Ja

Nej

8

Uppföljning

Har en tid för ny uppföljning bokats in?



Ja

Nej