

# FRÅGEFORMULÄR OM FÖRVÄNTNINGAR

## - Uppföljning 6 månader

### EFTER KRANSKÄRLSRÖNTGEN

#### Information om formuläret:

Med dessa frågor vill vi ta reda på om de förväntningar du ha de inför kranskärldröntgen för ca 6 månader sedan har uppfyllts.

#### Instruktion om hur Du ska fylla i formuläret:

Besvara frågorna med ett kryss i den ruta som Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om du är osäker välj då det alternativ som är närmast.

#### 1. Vilka/en behandling/ar har du erhållit som följd av den kranskärldröntgen du gjorde för ca 6 månader sedan?

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| a. Livsstilsförändring (bestående av ex rökstopp, fysiskträning och kostförändringar). | <input type="checkbox"/> |
| b. Behandling med enbart läkemedel.  | <input type="checkbox"/> |
| c. Behandling med ballongvidgning  | <input type="checkbox"/> |
| d. Behandling med bypassoperation.   | <input type="checkbox"/> |
| e. Ingen behandling alls.  | <input type="checkbox"/> |
| f. Annan behandling/operation (t.ex. klaffoperation).                                  | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Hur har de förväntningar Du hade inför undersökning, vård och behandling uppfyllts?

Besvara ALLA av nedanstående frågor a – e med det alternativ som stämmer bäst för Dig

	Instämmer helt	Instämmer nästan helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls
a. De förväntningar jag hade på information inför undersökning och behandling har uppfyllts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De förväntningar jag hade på min behandling har uppfyllts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag har fått behandling i rimlig tid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De förväntningar jag hade på det bemötande jag har fått har uppfyllts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De förväntningar jag hade på att få känna mig trygg har uppfyllts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FRÅGEFORMULÄR OM FÖRVÄNTNINGAR**  
– Uppföljning 6 månader  
EFTER KRANSKÄRLSRÖNTGEN

---

**3. Hur känner Du Dig nu sex månader efter att Du gjorde kranskärlsröntgen?**

*Besvara ALLA av nedanstående frågor a – d med det alternativ som stämmer bäst för Dig.*

	Instämmer helt	Instämmer nästan helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls
a. Jag känner mig välinformerad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag känner att jag har blivit väl omhändertagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag känner att jag vet vart jag skall vända mig om jag skulle bli sämre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag känner mig Trygg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Vad betyder de besvär som Du hade för 6 månader sedan idag?**

*Besvara ALLA av nedanstående frågor a – f med det alternativ som stämmer bäst för Dig*

	Instämmer helt	Instämmer nästan helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls
a. Jag har inga besvär.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mina besvär påverkar mig inte särskilt mycket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mina besvär begränsar min förmåga att vara aktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mina besvär är ett kroppsligt lidande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mina anhöriga är oroliga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mina relationer till släkt och vänner påverkas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FRÅGEFORMULÄR OM FÖRVÄNTNINGAR**  
– Uppföljning 6 månader  
**EFTER KRANSKÄRLSRÖNTGEN**

---

**5. Hur mår Du idag jämfört med hur Du mårde för 6 månader?**

*Besvara bara **ETT** av följande alternativ.*

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| a. Jag är helt återställd.          | <input type="checkbox"/> |
| b. Jag är nästan helt återställd.   | <input type="checkbox"/> |
| c. Jag är delvis återställd.        | <input type="checkbox"/> |
| d. Nej jag är inte alls återställd. | <input type="checkbox"/> |
| e. Jag har blivit sämre.            | <input type="checkbox"/> |

**6. Med den erfarenhet Du har nu vilket behandlingsmål känns mest relevant för de besvär/tillstånd du hade när du genomgick kranskärlsröntgen**

*Rangordna följande alternativ från 1- 6, skriv 1 för det som är viktigast 2 för det som är näst viktigast och så vidare*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| a. Att helt slippa besvär.   | <input type="checkbox"/> |
| b. Att leva ett normalt liv och att kunna utföra önskvärda aktiviteter.      | <input type="checkbox"/> |
| c. Att ha god kunskap om orsaken till mina besvär/tillstånd.                 | <input type="checkbox"/> |
| d. Att veta om besvären/tillståndet innebär risk för framtida liv och hälsa. | <input type="checkbox"/> |
| e. Att besvären lindras.   | <input type="checkbox"/> |
| f. Att minska oro och öka trygghet.  | <input type="checkbox"/> |

**7. Övriga synpunkter?**

.....

.....

.....

**Tack för Din medverkan!**