

Caregiver Priorities & Child Health Index of Life with Disabilities

(Vårdnadshavares prioriteringar & Hälsoindex för barn med funktionsnedsättningar)

Instruktioner

1. Detta frågeformulär handlar om ditt barns hälsa, komfort och välbefinnande, och att ge omvårdnad utifrån hans/hennes behov.
2. Var vänlig och läs instruktionerna noga.
3. Var vänlig och svara på alla frågor genom att ringa in siffran som stämmer bäst. Du kan skriva ner alla kommentarer/förtydliganden i utrymmet under varje fråga.

Till exempel:

							BEHOV AV ASSISTANS				
							TOTAL	MÅTTLIG	ÖVERMINSKAD	SJÄLVSTÄNDIG	
Tänk igenom hur var och en av följande aktiviteter <u>vanligtvis</u> utförs av/för ditt barn.											
Bedöm hur <u>svår</u> var och en av dessa aktiviteter var under de senaste två veckorna, <u>och</u> ange <u>hur mycket assistans (hjälp)</u> ditt barn behövde för att utföra dessa aktiviteter.											
Under de <u>senaste 2 veckorna</u> , hur svårt var följande:	<i>Inte möjligt</i>	<i>Mycket svårt</i>	<i>Svårt</i>	<i>Viss svårighet</i>	<i>Lätt</i>	<i>Mycket lätt</i>	<i>Inget problem</i>				
1. Sätta på/ha något på fötterna? (strumpor, skor, ortoser etc)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

I exemplet ovan, att sätta på/ha något på fötterna bedömdes som *mycket lätt*, och barnet hade behov av *minimal assistans/övervakning* för att sätta något på fötterna.

4. I slutet av varje avsnitt finns ett utrymme där du kan lägga till uppgifter du saknar i frågeformuläret, som du anser viktiga för ditt barns hälsa, komfort och välbefinnande.

Barnets namn: _____

Namn på förälder/ vårdnadshavare som fyller i frågeformuläret: _____

Datum: _____

SEKTION 1: PERSONLIG VÅRD/AKTIVITETER I DAGLIGA LIVET

BEHOV AV ASSISTANS

Tänk igenom hur var och en av följande aktiviteter <u>vanligtvis</u> utförs av/för ditt barn. Bedöm hur <u>svår</u> var och en av dessa aktiviteter var under de senaste två veckorna, <u>och</u> ange <u>hur mycket assistans (hjälp)</u> ditt barn behövde för att utföra dessa aktiviteter.	T O T A L	M Å T T L I G	M I N I M A L /	Ö V E R V A K A D	S J Ä L V S T Ä N D I G							
Under de senaste 2 veckorna, hur svårt var följande:	<i>Inte möjligt</i>	<i>Mycket svårt</i>	<i>Svårt</i>	<i>Viss svårighet</i>	<i>Lätt</i>	<i>Mycket lätt</i>	<i>Inget problem</i>					
1. äta/dricka eller matas? (på det sätt det vanligtvis sker, t ex. via mun, peg eller båda)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2. upprätthålla munhygien? (hålla mun och tänder rena)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
3. badning/tvättning?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
4. toalettbesök? (blås och tarmfunktion, hygien etc)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
5. byta blöjor/underkläder?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
6. sätta på/ta av kläder på överkroppen? (skjorta, jacka etc)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
7. sätta på/ta av kläder på underkroppen? (byxor etc)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
8. sätta på/ha något på fötterna? (strumpor, skor, ortoser etc)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
9. hårvård? (tvätta, torka, borsta/kamma, fläta etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1A. annan aktivitet inom personlig vård? Specificera: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1B. annan aktivitet inom personlig vård? Specificera: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

SEKTION 2: POSITIONERING, ÖVERFLYTTNING & FÖRFLYTTNING

BEHOV AV ASSISTANS

Tänk igenom hur var och en av följande aktiviteter vanligtvis utförs av/för ditt barn. Bedöm hur svår var och en av dessa aktiviteter var under de senaste två veckorna, och ange hur mycket assistans (hjälp) ditt barn behövde för att utföra dessa aktiviteter.	T	O	T	A	L	M	Å	T	T	L	I
Under de senaste 2 veckorna, hur svårt var följande:	<i>Inte möjligt</i>	<i>Mycket svårt</i>	<i>Svårt</i>	<i>Viss svårighet</i>	<i>Lätt</i>	<i>Mycket lätt</i>	<i>Inget problem</i>	G	L	L	I
10. ta sig i och ur sängen? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. ta sig i och ur rullstol/stol? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. sitta i rullstol/stol? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. stå vid träning/överflyttning? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. förflytta sig i hemmet? (på vilket sätt som helst) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. förflytta sig utomhus? (på vilket sätt som helst) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. ta sig i och ur ett motorfordon? (bil, van, buss) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. besöka offentliga platser? (park, teater, sightseeing, etc) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. annan aktivitet? Specificera: _____ _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. annan aktivitet? Specificera: _____ _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

SEKTION 3: KOMFORT & KÄNSLOR

INTENSITET

Under de senaste 2 veckorna, hur ofta upplevde ditt barn smärta eller obehag?	<i>Varje dag</i>	<i>Väldigt ofta</i>	<i>Ganska ofta</i>	<i>Ett fåtal gånger</i>	<i>En eller två gånger</i>	<i>Ingen gång</i>	S V Å R	M Å T T L I G	M I L D	I N G E N
18. medan det äter/dricker eller matas?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. vid toalettbesök? (blås & tarmfunktion, hygien, blöjbyte etc)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. vid på-/avklädning?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. vid förflyttningar eller lägesförändringar?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. i sittande?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. i sängliggande?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. som stör ditt barns sömn?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. under annan aktivitet? Specifera: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. under annan aktivitet? Specifera: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Under de senaste 2 veckorna, hur ofta var ditt barn:										
25. irriterad, upprörd eller arg?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. olycklig eller ledsen?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

SEKTION 4: KOMMUNIKATION & SOCIAL INTERAKTION

Tänk igenom hur var och en av följande aktiviteter **vanligtvis** utförs av/för ditt barn.

Bedöm hur **svår** var och en av dessa aktiviteter var under de senaste två veckorna.

Under de senaste 2 veckorna, hur stora svårigheter hade ditt barn:	<i>Inte möjligt</i>	<i>Mycket svårt</i>	<i>Svårt</i>	<i>Viss svårighet</i>	<i>Lätt</i>	<i>Mycket lätt</i>	<i>Inget problem</i>
27. att förstå dig? _____	0	1	2	3	4	5	6
28. att bli förstådd av dig? _____	0	1	2	3	4	5	6
29. att kommunicera med dem som inte känner ditt barn väl? _____	0	1	2	3	4	5	6
30. att leka själv? _____	0	1	2	3	4	5	6
31. att leka med andra? _____	0	1	2	3	4	5	6
32. att vara i skola/förskola? _____	0	1	2	3	4	5	6
33. att delta fritidsaktiviteter (simning, samvaro med familj och vänner, etc.)? _____	0	1	2	3	4	5	6
4A. annan social aktivitet? Specificera: _____ _____	0	1	2	3	4	5	6
4B. annan social aktivitet? Specificera: _____ _____	0	1	2	3	4	5	6

SEKTION 5: HÄLSA

Under de senaste 2 veckorna	<i>Var vänlig och ringa in det alternativ som stämmer bäst</i>					
34. Hur många gånger har ditt barn varit tvunget att besöka läkare eller sjukhus?	<i>Inlagd >7 dagar</i>	<i>Inlagd < 7 dagar</i>	<i>3 eller fler gånger</i>	<i>2 gånger</i>	<i>1 gång</i>	<i>Ingen gång</i>
	0	1	2	3	4	5

Under de senaste 2 veckorna	<i>Mycket Dåligt</i>	<i>Dåligt</i>	<i>Skapligt</i>	<i>Bra</i>	<i>Mycket Bra</i>	<i>Utmärkt</i>
35. Hur skulle du skatta ditt barns allmänna hälsotillstånd?	0	1	2	3	4	5

36. Skriv upp de mediciner ditt barn har tagit de senaste 2 veckorna

0. Inga mediciner

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

SEKTION 6: DITT BARNS LIVSKVALITET

Under de senaste två veckorna	<i>Mycket Dålig</i>	<i>Dålig</i>	<i>Skaplig</i>	<i>Bra</i>	<i>Mycket Bra</i>	<i>Utmärkt</i>
37. Hur skulle du skatta ditt barns generella livskvalitet?	0	1	2	3	4	5

SEKTION 7: FAKTORER AV BETYDELSE FÖR DITT BARN'S LIVSKVALITET

Hur stor betydelse tror du ditt barns nuvarande status beträffande varje enskild punkt nedan har för hans/hennes livskvalitet?	<i>Minst betydelse</i>	<i>Ingen stor betydelse</i>	<i>Viss betydelse</i>	<i>Måttlig betydelse</i>	<i>Stor betydelse</i>	<i>Störst betydelse</i>
1. Äta / dricka eller matas	0	1	2	3	4	5
2. Upprätthålla munhygien	0	1	2	3	4	5
3. Badning / tvättning	0	1	2	3	4	5
4. Toalettbesök / hygien	0	1	2	3	4	5
5. Byta blöjor /underkläder	0	1	2	3	4	5
6. På- / avklädning överkropp	0	1	2	3	4	5
7. På/avklädning underkropp	0	1	2	3	4	5
8. Sätta på / ha något på fötterna	0	1	2	3	4	5
9. Hårvård /skötsel	0	1	2	3	4	5
10. Ta sig i och ur sängen	0	1	2	3	4	5
11. Ta sig i och ur rullstol / stol	0	1	2	3	4	5
12. Sitta i rullstol / stol	0	1	2	3	4	5
13. Stå vid träning / överflyttning	0	1	2	3	4	5
14. Förflytta sig inomhus	0	1	2	3	4	5
15. Förflytta sig utomhus	0	1	2	3	4	5
16. Ta sig i och ur ett motorfordon	0	1	2	3	4	5
17. Besöka offentliga platser	0	1	2	3	4	5
18. Komfort vid ätande	0	1	2	3	4	5
19. Komfort vid toalettbesök	0	1	2	3	4	5
20. Komfort vid på-/avklädning	0	1	2	3	4	5
21. Komfort vid förflyttningar eller lägesförändringar	0	1	2	3	4	5
22. Komfort i sittande	0	1	2	3	4	5
23. Komfort i liggande	0	1	2	3	4	5
24. Komfort vid sömn	0	1	2	3	4	5
25. Känslostillstånd eller beteende	0	1	2	3	4	5
26. Lycka	0	1	2	3	4	5
27. Kan förstå dig	0	1	2	3	4	5
28. Kan bli förstörd av dig	0	1	2	3	4	5
29. Kan kommunicera med andra	0	1	2	3	4	5
30. Kan leka själv	0	1	2	3	4	5
31. Kan leka med andra	0	1	2	3	4	5
32. Kan vara i skola/förskola	0	1	2	3	4	5
33. Kan delta i fritidsaktiviteter	0	1	2	3	4	5
34. Minimera läkarbesök och sjukhusvistelser	0	1	2	3	4	5
35. Allmän hälsa	0	1	2	3	4	5
36. Minska antalet mediciner	0	1	2	3	4	5

SEKTION 8: (FAKTA) INFORMATION OM DITT BARN

1. Mitt barn är en:	<input type="checkbox"/> Pojke <input type="checkbox"/> Flicka
2. Vilket är ditt barns födelsedatum?	_____ / _____ / _____ Dag Månad År
3. Vilken är den <u>högsta</u> skolnivå ditt barn fullföljt? (Markera bara en nivå)	Förskola _____ Förskoleklass _____ Första klass _____ Andra klass _____ Tredje klass _____ Fjärde klass _____ Femte klass _____ Sjätte klass _____ Sjunde klass _____ Åttonde klass _____ Nionde klass _____ Gymnasium åk 1 _____ Gymnasium åk 2 _____ Gymnasium åk 3 _____

SEKTION 9: INFORMATION OM DIG

1. Är du:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
2. Vilket är ditt födelsedatum?	_____ / _____ / _____ Dag Månad År
3. Vilket av följande beskriver bäst din nuvarande jobbstatus (markera alla som passar)	Arbetar inte pga mitt barns hälsa _____ Arbetar inte av andra orsaker _____ Söker arbete utanför hemmet _____ Arbetar hel- eller deltid (antingen utanför hemmet eller i hemmabaserat företag) _____ Är hemmavarande på heltid _____
4. Vilket av följande beskriver bäst ditt förhållande till ditt barn?	Biologisk förälder _____ Styvförälder _____ Fosterförälder _____ Adoptivförälder _____ Vårdnadshavare _____ Professionell vårdgivare _____ Annat (förklara) _____
5. I genomsnitt hur många dagar per vecka är du ansvarig för omvårdnadsaktiviteter för ditt barn?	_____ dagar per vecka
6. Vilken är den högsta utbildning du fullföljt?	Högstadium _____ Gymnasium _____ Högskola eller universitet _____ Annan utbildning _____

Hur lång tid tog det dig att fylla i detta frågeformulär? (minuter): _____

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!