

## EGENVÅRD VID HJÄRTSVIKT

Detta formulär innehåller påståenden om egenvård vid hjärtsvikt. Besvara varje påstående genom att sätta en ring runt den siffra som Du tycker stämmer bäst in på Dig. Notera att svarsalternativen beskriver en skala mellan ytterligheterna stämmer precis (1) och stämmer inte alls (5). Om Du är osäker, ringa ändå in den siffra som känns mest rätt för Dig.

	Stämmer precis			Stämmer inte alls	
1. Jag väger mig varje dag	1	2	3	4	5
2. Vid ökad andfåddhet kontaktar jag min läkare eller sjuksköterska	1	2	3	4	5
3. Om mina fötter/ben svullnar mer än vanligt kontaktar jag min läkare eller sjuksköterska	1	2	3	4	5
4. Om jag ökar två kilo i vikt på en vecka kontaktar jag min läkare eller sjuksköterska	1	2	3	4	5
5. Jag begränsar mitt vätskeintag (inte mer än 1,5-2 liter/dygn)	1	2	3	4	5
6. Om jag upplever en ökad trötthet kontaktar jag min läkare eller sjuksköterska	1	2	3	4	5
7. Jag äter en kost med lågt saltinnehåll	1	2	3	4	5
8. Jag äter mina mediciner som läkaren ordinerat	1	2	3	4	5
9. Jag motionerar regelbundet	1	2	3	4	5

*Europeiska beteendeskalan för egenvård vid hjärtsvikt  
(Jaarsma, Strömberg, Mårtensson, Dracup, 1999, 2008)*

## **Instruktion för poängberäkning**

En totalsumma beräknas genom summering av poängen för varje item. Om mer än 3 svaralternativ saknas kan ingen totalsumma erhållas. Om 3 eller färre svar saknas ersätts de med värdet 3.