



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

Vägledning

För registrering av stroke i Akutskedet

Version 16

2016

Vägledning för Akutskedet i Riksstroke

Version 16

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2016-01-01** och därefter.

Akutformulärets ändringar gäller från **2016-01-01**

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;

sari.wallin@umu.se Tel. 090-785 87 78 eller

hannele.hjelm@vll.se Tel. 090-785 87 83

Vid byte administratör för Riksstroke på ert sjukhus;

– Be er verksamhetschef intyga bytet med ett mejl med namn på nuvarande administratör samt på efterträdaren till Sari eller Hannele enligt ovan.

OBS!

- **Uppgifter som registreras ska kunna återfinnas i journalen!**
- **Tänk på sekretessen och behörigheter när ni går in i olika klinikers journaler, ansök om tillstånd!**
- **"Logga alltid ut" innan ni lämnar datorn - av säkerhetsskäl!**
- **Pappersformulären ska sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**

Innehållsförteckning

Generella anmärkningar	4
Akutformuläret.....	6
Vårdkedja	8
Utskrivs till efter Akutvård	11
Utskriven till när Eftervård är avslutad	13
FÖRE strokeinsjuknandet	15
Riskfaktorer	16
Akutvård/Diagnostik.....	17
Läkemedelsbehandling.....	20
Trombolys.....	21
Trombektomi.....	23
Hemikranektomi.....	25
Information.....	26
Uppföljning av strokepatienter	26
Rehabilitering	27
Sjukhuskoder i Riksstroke	31

Generella anmärkningar

- **OBS! Tänk på sekretessen och att ni har rätt behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd!**
- **Viktigt att informera patienter och närstående om registrering i Riksstroke**
Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt Patientuppgiftslagen. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska göras** genom att patienten/närstående uppmärksammas på exempelvis en patientinformationsfolder eller ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar strokepatienter. Riksstroke patientinformation inhämtas via (<http://www.riksstroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig för ert landsting samt kontaktperson till vilken patienten/närstående kan höra av sig till vid önskemål av utdrag eller radering av uppgifter. Bifoga även Patientinformationen i samband med utskicket av 3-månadersuppföljningen. Vid telefonuppföljning måste respektive sjukhus skapa rutiner för hur Patientinformationen ska ges.
Kontrollera att Riksstrokeregistret är anmält till personuppgiftsansvarig i ert landsting.
- **Borttagning av patientuppgifter** - Enligt Patientuppgiftslagen har en patient rätt att inte delta i ett kvalitetsregister. Denna rätt gäller även om registrering i kvalitetsregistret redan har skett - i så fall skall **samtliga uppgifter** om patienten och vårdtillfället så snart som möjligt tas bort från registret.
Meddela Sari eller Hannele **per telefon**, personnummer, insjuknandedatum och sjukhuskod när ni tar bort en redan registrerad patient. Detta för att säkerställa att vårdtillfället raderas från Riksstroke's back-up filer. Detta gäller även vid borttagning av vårdtillfällen med felaktig diagnos.
- **Registrera alla* patienter som får en fastställd akut stroked diagnos** det gäller även stroke som bidiagnos. Vi uppmanar strokeenheten att **registrera alla* akuta strokeinsjuknanden**. Återinsjuknade inom 28 dagar är exkluderade i Årsrapporten men finns i statistikmodulens specialurval.
*** Riksstroke rekommenderar att INTE registrera patienter med skyddad identitet eller liknande orsak i Riksstroke.** Patienter under 18 år ska inte registreras i Riksstroke! De registreras i BarnRiksstrokeregistret fr. o.m. 2016. För patientinformation, registreringsformulär eller andra frågor, kontakta registerkoordinator Rut Inger Enryd (rutinger.enryd@vll.se telefon 072-249 2420) eller annan kontaktperson i BarnRiksstroke's ledningsgrupp. Se även www.barnriksstroke.se
- **Registrera även de patienter som inte läggs in** - viktigt att dessa synliggörs då strokevårdplatser dras ner! Om en patient har läkarundersökts och fått en CVS-diagnos men avlider kort därefter ska även registrering ske, dock inte om patienten inkommer död.
- **Koda konsekvent** - för all registrering gäller att den ska ske konsekvent enligt formulärens alternativ. Registrerar ni på något vis avvikande är det viktigt att ni

noterar avvikelsen för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".

- **Uppgift saknas:** På varje fråga kan man registrera okänt eller uppgift saknas där ni inte hittar svar på respektive fråga. För Uppföljningsformuläret visas det svarsalternativet bara i registreringsfönstret.

Akutformuläret

Personnummer Samordningsnummer Reservnummer	<p>Om patient saknar personnummer ska personens samordningsnummer eller reservnummer registreras. Avvakta i möjligaste mån registrering av reservnummer eftersom reservnumret i de allra flesta fall är tillfälligt. I Webbregistreringen klicka på endera reservnummer eller samordningsnummer och fyll i den nya rutan som aktiveras.</p> <p>Samordningsnummer består liksom personnummer av tio siffror. De inledande sex siffrorna utgår från personens födelsestid (år, månad, dag). Därefter följer ett tresiffrigt individnummer som är udda för män och jämnt för kvinnor. Siffran för födelsedag ökas med talet 60 och en kontrollsiffra beräknas. Samordningsnumret för en man som är född den 3 oktober 1970 och har individnummer 239 blir därför: 70 10 03 + 60 = 70 10 63 - 2391</p> <p>Reservnummer som i dagsläget går fylla i är antingen ett 12-siffrigt löpnummer t.ex. 995234567891 eller ett datum med en bokstav i de 4 sista t.ex. 22010184a3</p> <p>Riksstroke rekommenderar att personer med skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras.</p>
Kön	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. När ni registrerar samordningsnummer eller reservnummer måste ni aktivt ange kön.
Namn, adress, telefon	Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på formuläret, endast namn kan registreras elektroniskt.
Insjuknandedag	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Om dag inte är känd, koda "99" . Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.
Dubbelregistrering	<p>Dubbelregistrering = ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. Vid dubbelregistrering kommer information fram med uppmaning att inblandade sjukhus/strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf) och därmed följa upp patienten. Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista, lista Trombolys, m.fl. listor och via Dashborden på startsidan.</p> <p><i>Listan "Dubbelregistreringar" är inställd på att visa ej hanterade dubbelregistrerade vtf. Sjukhusen måste aktivt välja vilket sjukhus som skall äga vtf och därmed göra uppföljningen för att vtf skall tas bort från denna lista. Vtf överförs då automatiskt till listan Hanterade dubbelregistreringar som tas fram genom att ändra i listans urval till hanterade dubbelregistreringar.</i></p>

	<p>Riksstroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället (akutdelen med uppföljning) registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst under akutskedet. För att underlätta bör akutformulärets data registreras så snart som möjligt. Detta är även av vikt för att inte patienter skall få dubbla uppföljningar.</p> <p>För att underlätta för de strokeenheter där dubbelregistreringar är vanligt förekommande försök om möjligt utarbeta rutiner för de inblandade strokeenheterna, hur ni lämpligen registrerar och följer upp dessa patienter som vårdas på flera strokeenheter.</p> <p>Det är helt avgörande om patienten skall komma upp som en dubbelregistrering att ni angivit samma insjuknandedatum vid de berörda sjukhusen. Var uppmärksam och kontrollera detta då registreringar av samma vårdtillfälle förekommit med olika insjuknandedatum tidigare år!</p>
<p>CVS-diagnos</p>	<p>I61= Hjärnblödning (blödning konstaterad på datortomografi-hjärna, MR-hjärna eller vid obduktion).</p> <p>I63= Cerebral infarkt (avsaknad av blödning vid undersökning med datortomografi hjärna, MR-hjärna eller konstaterad vid obduktion).</p> <p>I64= Akut cerebrovasculärt insjuknade (fokala bortfall), men ingen datortomografi hjärna eller MR-hjärna är gjord eller är av alltför dålig kvalitet, eller att patienten är avliden och ej obducerad.</p> <p>OBS I61, I63, I64 som bidiagnos ska även registreras!</p> <p>Med undantag för blödning i metastaser eller i hjärntumörer samt även hjärninfarkter och hjärnblödningar diagnostiserade i samband med SAH (subarachnoidalblödningar). Dessa undantag skall INTE registreras i Riksstroke.</p> <p>G45- skall registreras i TIA modulen se separat vägledning med undantag för de patienter som registreras med en G45.x diagnos, se nedan.</p> <p>G45.x = trombolysbehandling och/eller trombektomi för stroke med <u>fullständig</u> symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet</p> <p>Valfritt alternativ för de sjukhus som önskar registrera TIA-diagnos samband med trombolysbehandling och/eller trombektomi. (Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse).</p> <p>Det går även att registrera I 60 (subarachnoidal blödning).</p> <p>För registrering av TIA, G 45 finns separat formulär och Vägledning!</p> <p>I Årsredovisningen tillbaka till sjukhusen inkluderas endast diagnoserna I 61, I 63 och I 64. Data för vårdtillfällen som är registrerade med G 45.x redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos I 63.</p>

Rapporterande sjukhus	Registreras automatiskt efter inloggning.
Avdelning	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckning för resp. avdelning. Data kan då även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning.
Ifyllt av	Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift). Detta registreras inte elektroniskt.
Avlidande datum	Avlidande datum anges endast om patienten avlider under vårdtiden.
Hemkommunkod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt pnr, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt pnr, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Ålder (Endast i webbregistreringen)	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
Har patienten vårdats ineliggande för detta strokeinsjuknande?	Om man kodar 2 är övriga variabler i formuläret frivilliga att besvara
Var patienten redan ineliggande på sjukhuset vid strokeinsjuknandet?	Koda 1 = ja, om patienten insjuknar i stroke när patienten redan är inlagd på sjukhus för annan åkomma/orsak.

Vårdkedja

Akutvård	Gäller akutvården patienten får för det aktuella strokeinsjuknandet.
Insjuknandedag	Datum när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring sker från Patientsidan.

Tidpunkt insjuknandetid/symtomdebut	<p>Försök alltid att ange exakt klockslag! Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall (delaytider) beräknas.</p> <p>Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symtom. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p> <p>Om patienten vaknat med symtom anges senaste tidpunkt utan symtom. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd anges om möjligt senaste tidpunkten utan symtom. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p>
Antal timmar (tidsintervall) från insjuknandet till ankomst till sjukhus	<p>Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av strokeinsjuknandet.</p>
Vaknat med symtom	<p>Registrera om patienten hade symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos.</p>
Larmat för trombolys	<p>Avser larm för potentiella trombolysbehandlingar. Koda "ja" om "rädda hjärnan/stroke larm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Koda "ja" även om larmet inte ledde till trombolysbehandling (t.ex. för att DT-hjärna visade en blödning).</p> <p>Svarsalternativ 2= Nej gäller också när ambulanspersonal prehospitalt har kontaktat trombolysansvarig jour som då bedömer att inget trombolyslarm ska starta.</p>
Kom patienten med ambulans	<p>Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är frågan ej aktuell att besvara.</p>
Varit inlagd först på annat sjukhus för aktuellt strokeinsjuknande	<p>Registrera om patienten först vårdats på annat sjukhus för sin stroke.</p>
Ankomstdag	<p>Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för stroke. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är ankomstdatum = insjuknandedatum i stroke.</p> <p>Om patienten vårdats på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för stroke.</p>

<p>Tidpunkt ankomst till sjukhus</p>	<p>Ange timme och minuter när patienten kommer till sjukhus. Avser tidpunkt för ankomst till det sjukhus där patienten <u>först vårdades för stroke</u> om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle.</p> <p>Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme annars kodas minuter med "99". Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall beräknas.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är insjuknandetiden i stroke = ankomsttid till sjukhus.</p>
<p>Ankomstdag till strokeenhet</p>	<p>Avser inskrivningsdatum för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Om dag inte är känd, koda "99". Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.</p>
<p>Tidpunkt ankomst till strokeenhet</p>	<p>Avser tidpunkt för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme annars kodas minuter med "99".</p>
<p>Inläggs först på</p>	<p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten.</p> <p><i>Definition av strokeenhet: (se Riksstroke's hemsida)</i></p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av stroke registrera den typ av avdelning som patienten eventuellt flyttas till. Om patienten blir kvar på den avdelning där patienten insjuknat registreras den typen av avdelning på frågan om inläggs först på.</p> <p>Om patienten först läggs in på HIA för trombolysbehandling* registreras svarsalternativ 4 = IVA och det/de svarsalternativ som passar för den/de avdelningar som sedan patienten vårdas på under akutskedet.</p> <p>*Gäller endast för patienter som vårdas på HIA under trombolysbehandling.</p> <p>Om man tidigare i registreringen kodat att patienten ej är inlagd kommer denna varningsruta när man skall mata in uppgifter på denna fråga.</p> <p><i>Patienten är registrerad "ej inlagd" varför denna fråga ej är aktuell.</i> Om felaktigt registrerad "ej inlagd" korrigeras registreringen (första frågan under flik Vårdkedja).</p>
<p>Fortsatt vård under akutskedet</p>	<p>Obs! gäller även vård på andra sjukhus under akutskedet</p> <p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den fortsatta vårdformen. Registrera samtliga avdelningar som patienten vårdats på även om vårdtiden bara omfattar några timmar.</p>

<p>Utskrivningsdag</p>	<p>Avser slutligt utskrivningsdatum från akutskedet. Om vård på flera sjukhus under akutskedet är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras.</p> <p>Fyll i datum för när patienten slutligen skrivs ut från sjukhus avseende vård under akutskedet eller det <i>datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus för eftervård</i>. Utskrivningsdatum får då samma datum som Inskrivningsdatum för eftervård.</p> <p>Avlider patienten under vårddagen blir utskrivningsdatum = avlidandedatum.</p>
<p>Antal vårddagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning</p>	<p>Registrera antal dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning inläggningsdag = dag 1.</p> <p>Uträkning av antal dagar på strokeenhet sker automatiskt för strokeenheter med obruten vårdkedja om patienten lades in på strokeenhet direkt.</p> <p>Automatisk uträkning av antal dagar sker även om vård på flera strokeenheter, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning.</p> <p>Möjlighet att ange 999=okänt finns.</p> <p>Registrering av vårddag är maximerat till 100 dagar för akutformuläret, därefter måste man övergå till formuläret för 3-månadersuppföljning. Vid uppnådda 100 dagar måste patienten "skrivas ut från akutformuläret".</p> <p>(Man anger då att patienten = fortfarande inläggande på frågan utskrives till. Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret).</p>

Utskrivs till efter Akutvård

<p>Utskrivs till efter Akutvård</p>	<p>Ange var patienten slutligen skrivs ut efter Akutvården.</p> <p>2= särskilt boende innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i> oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej. Hit hör ex. servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende och avlastningsplats. Ett <i>handikappsanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till endast trygghetslarm och/eller matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>4= annan akutklinik avser fortsatt vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik - fortsätt då att fylla i Eftervård.</p> <p>5= geriatrik/rehab om patienten skrivs ut till geriatrik/rehab inom landstingsfinansierad eftervård fortsätt då att fylla i Eftervård</p>
--	---

	<p>11= fortfarande ineliggande anges om patienten efter 100 dagar fortfarande ligger kvar på sjukhus när det är dags för 3-månadersuppföljning. Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret.</p> <p>Om patienten utskrivs till annan strokeenhet för fortsatt akutvård bör strokeenheterna ta kontakt med varandra. Detta för att om möjligt komplettera ev. Inskrivningsdatum, ev. Utskrivningsdatum och ev. Utskrivs till efter Eftervård inför uppföljningen. Den strokeenhet som efter överenskommelse ska äga vårdtillfället och som gör 3-månadersuppföljningen registrerar första sjukhusets Inskrivningsdatum och andra strokeenhetens Utskrivningsdatum.</p>
<p>Adress, tel. vid Utskrivs till</p>	<p>För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut. Det gäller även om patienten förflyttas vidare till annat sjukhus för Eftervård. Detta registreras inte elektroniskt.</p>
<p>Planerad rehabilitering efter utskrivning från Akutvård</p>	<p>Flera svarsalternativ är möjliga att registrera. Planerad rehabilitering innebär att en sjukgymnast och/eller arbetsterapeut eller annan personalkategori deltar i och följer upp rehabiliteringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens. Se Nationella riktlinjer för stroke. - Övrig hemrehabilitering innebär inte krav på ett multidisciplinärt team med speciell strokekompetens. <p>Uppföljning av förflyttning och utprovning av hjälpmedel räknas inte som hemrehabilitering. Det krävs en mer specifik träningsinsats.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dagrehabilitering/eller motsvarande avser teambaserad rehabilitering under en bestämd tidsperiod. Innefattar ofta flera patienter samtidigt (kan även avse ev gruppträning). - Poliklinisk rehabilitering avser rehabilitering vid enskilda besök och innebär individuell träning/ behandling hos en personalkategori på mottagning eller liknade. - Inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning eller enbart självträning. Avser även patienter som har behov av rehabilitering men som har bedömts inte kan tillgodogöra sig rehabilitering efter utskrivning från Akutvård. - Omvårdnadsboende med rehab (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem).

	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering (svarsalternativet avser patienter som tackar nej till all planerad rehabilitering och inte enbart till vissa delar). - Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt - Okänt
--	---

Utskriven till när Eftervård är avslutad

Eftervård gäller fortsatt vård *inom landstingsfinansierad eftervård*

Inskrivningsdag	<p>Skriv in datum för när patienten överförs till annan klinik <i>inom sjukhuset</i> eller överförs <i>till annat sjukhus</i> för rehabilitering. Om patienten skrivits ut till 5= geriatrik/rehab efter Akutvård blir det datumet = Inskrivningsdatum. I de fall eftervård sker på annat sjukhus, försök då även få med vårdtiden från det andra sjukhuset under Eftervård. Sträva efter att fånga den <i>totala vårdtiden</i> för varje vårdtillfälle även om patienten överflyttas till annan klinik eller sjukhus. Det är den totala vårdtiden som är viktigast!</p>
Utskrivningsdag	<p>Fyll i datum för när patienten slutligen skrivs ut efter Eftervård.</p> <p>Om vård på flera sjukhus/enheter under Eftervården är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset/enheten som ska registreras.</p> <p>Avlider patienten under Eftervården blir utskrivningsdatum = avlidandedatum.</p> <p>Om patienten har skrivits ut från annat sjukhus och annat sjukhus "äger" vårdtillfället bör icke ägande sjukhus diskutera om man har något behov av uppgiften, i så fall kontakta utskrivande sjukhus annars kan frågan lämnas obesvarad.</p>
Utskrivs till efter Eftervård	<p>Ange var patienten slutligen skrivs ut när Eftervård är avslutad.</p> <p>2= särskilt boende innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i> oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej. Hit hör ex. servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende och avlastningsplats. Ett <i>handikappanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till endast trygghetslarm och/eller matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>4= annan akutklinik, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik.</p>

	<p>11= fortfarande ineliggande anges om patienten efter 100 dagar fortfarande ligger kvar på sjukhus när det är dags för 3-månadersuppföljning. Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret</p>
<p>Adress, tel. vid Utskrivs till efter Eftervård</p>	<p>Aktuell adress finns att hämta i Registreringsmodulen.</p> <p>För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här vid behov möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut efter Eftervård. Uppgifterna registreras inte elektroniskt.</p>
<p>Planerad rehabilitering efter utskrivning från Eftervård</p>	<p>Flera svarsalternativ är möjliga att registrera.</p> <p>Planerad rehabilitering innebär att en sjukgymnast och/eller arbetsterapeut eller annan personalkategori deltar i och följer upp rehabiliteringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens. Se Nationella riktlinjer för stroke. - Övrig hemrehabilitering innebär inte krav på ett multidisciplinärt team med speciell strokekompetens. <p>Uppföljning av förflyttning och utprovning av hjälpmedel räknas inte som hemrehabilitering. Det krävs en mer specifik träningsinsats.</p> <p>Dagrehabilitering/eller motsvarande avser teambaserad rehabilitering under en bestämd tidsperiod. Innefattar ofta flera patienter samtidigt (kan även avse ev gruppträning).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poliklinisk rehabilitering avser rehabilitering vid enskilda besök och innebär individuell träning/ behandling hos en personalkategori på mottagning eller liknade. - Inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning eller enbart självträning. Avser även patienter som har behov av rehabilitering men som har bedömts inte kan tillgodogöra sig rehabilitering efter utskrivning från Eftervård. - Omvårdnadsboende med rehab (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem). - Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering (svarsalternativet avser patienter som tackar nej till all planerad rehabilitering och inte enbart till vissa delar) - Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt - Okänt

FÖRE strokeinsjuknandet

<p>Boende före</p>	<p>Enbart larm räknas inte som kommunal hemtjänst</p> <p>3= särskilt boende innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i> oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej. Hit hör ex. servicehus, gruppboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende, kategoriboende och avlastningsplats.</p> <p>Ett <i>handikappanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till endast larm eller matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>5= annat kan t.ex. vara personlig assistent – Kan skrivas i klartext för att specificera.</p>
<p>Ensamboende före</p>	<p>Koda "1" om patienten bor i eget boende ensam, eller i kommunalt särskilt boende.</p> <p>Om hon/han delar boende med maka/make i lägenhet på servicehus eller i särskilt boende koda "2"</p> <p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens boendesituation före sjukhusvistelsen registreras.</p>
<p>Hjälpbehov</p>	<p>Koda om patienten klarar sig själv utan hjälp eller ej.</p> <p>Hjälpbehovet innefattar hjälp med personligt ADL och/eller hushålls-ADL (ex hjälp med städ, tvätt inköp, laga mat).</p>
<p>Rörlighet</p>	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens rörlighet före sjukhusvistelsen registreras.</p>
<p>Toalettbesök</p>	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens ev. hjälpbehov vid toalettbesök före sjukhusvistelsen registreras.</p>
<p>Kläder</p>	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens hjälpbehov vid av- och påklädning, före sjukhusvistelsen registreras.</p>

Riskfaktorer

Stroke tidigare	Med tidigare stroke menas att man tidigare vårdats för fokala bortfall som <u>inte</u> avklingat inom 24 timmar (TIA räknas inte som tidigare stroke). Även om det finns förändring på datortomografi som tyder på tidigare stroke men patienten inte har eller haft några fokala bortfall koda " nej ".
TIA/Amaurosis fugax tidigare	Koda 1= ja , om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och/ eller Amaurosis fugax. Koda 2= nej , om inget angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda 9= okänt , om osäkra uppgifter. <i>Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi, som <u>inte</u> skall registreras som tidigare TIA.</i>
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Ange om patienten innan insjuknandet i stroke har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder. Koda " ja " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda " ja " om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle.
Diabetes tidigare diagnostiserat eller nyupptäckt	Gäller alla typer av diabetes. Koda " ja " om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.
Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet	Koda " ja " om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även " ja " om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har. Koda " Nej " om patienten <u>inte</u> har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation. Koda " Nej " om patienten har ordinerats läkemedel för högt blodtryck men själv satt ut läkemedlet.
Rökning	Koda " ja " om patienten är daglig rökare (minst en cigarett per dag). Gäller även om patienten har slutat röka för mindre än 3 månader sedan. (Att patienten inte rökt under de senaste tre månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg").

Akutvård/Diagnostik

<p>Medvetandegrad</p>	<p>Gäller medvetandegraden vid första läkarundersökningen efter ankomsten till sjukhuset. Detta avser första sjukhuset patienten kommer till efter insjuknandet i stroke.</p>
<p>Första NIHSS vid inläggning Vid inläggning (inom 24 tim) utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär.</p>	<p>Ange totalpoäng för det första NIHSS taget inom 24 tim från ankomst till sjukhus utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstroke's hemsida. Om poäng >= 24 kan man ange 24. Värden över 24 poäng kan registreras om så önskas.</p> <p>Koda 99 om okänt/ej undersökt En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p> <p>Om trombolys eller trombektomi skall genomföras anges det nya NIHSS värdet vid respektive behandling.</p>
<p>Är fullständig NIHSS bedömning upptill 24 p utförd inom 24 timmar efter inläggning utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär</p>	<p>Koda "Ja" om fullständig NIHSS-bedömning upptill 24 p är utförd utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstroke's hemsida.</p> <p>Koda "Nej" om <u>inte</u> en fullständig NIHSS-bedömning upptill 24p är utförd utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär.</p> <p>Koda "Okänt" om det är oklart ifall en fullständig NIHSS-bedömning upptill 24 p är utförd utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Är sväljförmågan testad</p>	<p>Innebär en initial bedömning/screening om hur patienten kan svälja i anslutning till strokeinsjuknandet. Lokala anvisningar om hur sväljtest ska göras bör finnas på varje strokeenhet. Koda i Riksstroke om sväljtest är genomförd vid ankomsten (eller senare om patienten är medvetandesänkt vid ankomsten). Svaret skall baseras på vad som är dokumenterat i journalen.</p> <p>1= ja (registreras när sväljtest är genomförd och dokumenterad i journalen)</p> <p>2= nej/okänt (registreras när sväljtest inte är genomförd (och patienten ej är medvetandesänkt) eller om dokumentation i journalen inte är gjord)</p> <p>3= ej undersökt p.g.a. medvetandesänkt patient (kan ändras till ja senare om patienten blir piggare och testet genomförs)</p>

Bedömd av logoped avseende talfunktion	<p>Registrera om patientens talfunktion under vårdtiden har blivit bedömd av logoped eller om det är beställt till efter utskrivningen.</p> <p>Svarsalternativ 2= nej, inget behov innefattar även medvetandesänkta patienter.</p> <p>Svarsalternativ 3=nej, ingen logoped tillgänglig innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped.</p> <p>9= okänt innefattar även när patient avböjer bedömning.</p>
Bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion	<p>Registrera om patientens sväljfunktion under vårdtiden har blivit bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist.</p> <p>Med annan dysfagispecialist menas öron-, näsa- halsläkare eller specialistutbildad sjuksköterska inom dysfagi.</p> <p>Svarsalternativ 2= nej, inget behov innefattar även medvetandesänkta patienter.</p> <p>Svarsalternativ 3=nej, ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist.</p> <p>9= okänt innefattar även när patient avböjer bedömning.</p>
Datortomografi-hjärna	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi-hjärna.
MR-hjärna	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med MR-hjärna
Om ja, och diagnos hjärninfarkt (I63) MR-hjärna under vårdtiden	<p>Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej. Frågan avser enbart påvisande av färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och ingen färsk hjärninfarkt koda 2= visar ingen färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och osäkert resultat vad gäller färsk hjärninfarkt koda 9= osäkert eller okänt undersökningsfynd.</p> <p>Frågan ger möjlighet att följa diagnossättning av TIA och hjärninfarkt relaterat till undersökningsfynd för att se på diagnosglidningar över tid.</p>
Ultraljud halskärl	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.
Datum för ultraljud halskärl	<p>Ange datum för ultraljud halskärl om undersökningen är genomförd.</p> <p>Koda 99 om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden</p> <p>Det går att registrera ett polikliniskt undersökningsdatum .</p>
DT-angiografi genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion).
Datum för DT-angiografi	<p>Ange datum för DT-angiografi om undersökningen är genomförd.</p> <p>Koda 99 om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden</p>

MR-angiografi genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angiografi.
Datum för MR-angiografi	Ange datum för MR-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda 99 om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden
Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi	Om DT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes (fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde). OBS! Endast ett alternativ är möjligt att registrera elektroniskt.
Långtids-EKG (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårdtiden	Registrera endast första tillfället undersökningen genomförs för detta insjuknande. Registrera "Ja" oavsett hur länge patienten har haft telemetri. Det finns i dagsläget ingen vedertagen tid för hur länge telemetrin ska pågå.

Läkemedelsbehandling, se även FASS (länk <http://www.fass.se> finns på Riksstrokeks hemsida)

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **insjuknandet** respektive vid **utskrivningen** från den **akuta vårdtiden**. Denna tid inbegriper även fortsatt vård på annat sjukhus om patienten flyttas över i ett tidigt skede exempelvis inom ett par dagar. Registrera även om läkemedelsbehandlingen planeras insättas **vid återbesök inom 2 veckor efter utskrivning**.

Om patienten **avlider under vårdtiden** registreras ej läkemedel vid utskrivning.

Registrera läkemedel som patienten är insatt på *oavsett om patienten kan tillgodogöra sig behandlingen eller inte*.

Koda "9" om något av preparaten används i en läkemedelsstudie och det är okänt om patienten får placebo eller aktiv drog.

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper och oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin)
ASA	(t.ex. Trombyl)
Klopidogrel	(t.ex. Plavix).
ASA + dipyridamol	(Asasantin)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ASA, clopidogrel och dipyridamol	(t.ex. Brilique, Efiend, Pletal, Possia)
Warfarin	(Waran)
Om behandling med warfarin vid insjuknandet, ange PK (INR)-värde	Om warfarinbehandling vid insjuknandet ange PK (INR)-värde oavsett diagnos. Koda 9, 9 om okänt värde
Apixaban	Eliquis
Dabigatranetexilat	Pradaxa
Rivaroxaban	Xarelto
Övriga perorala antikoagulantia än ovanstående	Registrera om patienten vid inskrivning eller utskrivning står på andra perorala antikoagulantia än Waran, Eliquis, Pradaxa eller Xarelto
Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos I63	Denna fråga avser endast patienter med diagnos I63 och förmaksflimmer och gäller huvudorsak till varför Waran eller andra perorala antikoagulantia inte är insatt. Svarsalternativ 8 = annan anledning innefattar ex. patienter som elkonverterats och sedan har sinusrytm.

Trombolys

<p>Trombolys givet för stroke</p>	<p>Om behandlingen påbörjats men avbrutits/inte fullföljts anges svarsalternativ 1= ja. Detta gäller även om endast bolusdos givits.</p> <p>För diagnos I61 och I64 blir svaret automatiskt 2= Nej</p>
<p>Orsak till varför trombolys inte är givet</p>	<p>Flera svarsalternativ kan anges Koda angiven/na orsak/er i journalen till varför trombolys inte är givet</p> <p>För diagnos I61 blir svaret automatiskt 1= Hjärnblödning</p> <p>Om delaytiden är > 4,5 timmar från insjuknandetidpunkt till ankomsttidpunkt till sjukhus och insjuknandetidpunkt och ankomsttidpunkt till sjukhus är journalförd kan man registrera svarsalternativ 4= ej möjlig att ge behandling i tid (inom 4,5 tim).</p> <p>Svarsalternativ 7= felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan innebär att larmrutinen uteblivit och är anledning som är journalförd som orsak varför trombolys inte givits.</p> <p>Om trombolys inte kan ges p.g.a. okänd insjuknandetid registrera svarsalternativ 6= Annan anledning.</p> <p>Orsak till att trombolys ej givits är troligen inte alla gånger tydligt utskrivet i journal, eller skrivet med olika detaljeringsgrad. Finns det en skriven motivering i journal kan registreraren bedöma var uppgiften bäst passar in. Står det inte tydligt används "okänt". En hög andel "okänt" betyder att journaldokumentationen kan behöva förbättras.</p>
<p>Trombolys behandlingsstart</p>	<p>Ange datum och tidpunkt för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om timme och/eller minuter är okänt koda 99.</p> <p>Behandlingsstart för trombolys är när bolusdosen ges.</p>
<p>NIHSS vid trombolysstart utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär</p>	<p>Ange totalpoäng vid trombolysstart utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstroke's hemsida.</p> <p>Om poäng >= 24 kan man ange 24. Värden över 24 poäng kan registreras om så önskas.</p> <p>Koda 99 om okänt/ej undersökt.</p> <p>En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>

<p>Är fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng utförd innan trombolysstart utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär</p>	<p>Koda "Ja" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Koda "Nej" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng inte är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär.</p> <p>Koda "Okänt" om det är oklart ifall fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>NIHSS ett dygn efter trombolys utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär</p>	<p>Ange totalpoäng 24 timmar efter trombolys utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida. Om poäng >= 24 kan man ange 24. Värden över 24 poäng kan registreras om så önskas.</p> <p>Koda 99 om okänt/ej undersökt. En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Är fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng utförd efter trombolysstart utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär</p>	<p>Koda "Ja" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Koda "Nej" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng inte är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns på Riksstrokes hemsida för utskrift.</p> <p>Koda "Okänt" om det är oklart ifall fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Fullständig symtomregress inom 24 timmar efter trombolys inom 24 timmar efter insjuknandet</p>	<p><u>Samtliga</u> symtom ska ha gått i regress. NIHSS= 0 poäng innebär inte fullständig symtomregress eftersom NIHSS inte är ett fullständigt neurologstatus.</p>

Hjärnblödning med klinisk försämring efter trombolys	Koda 1 = Ja endast om patienten försämrats kliniskt motsvarande 4 poäng eller mer på NIHSS oavsett hur stor blödning datortomografi-hjärna visar.
Ange Riksstroke sjukhuskod där trombolys är given	Om patienten erhållit trombolys ange det givande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke. OBS! gäller även om det är det egna sjukhuset som givit trombolys. Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa trombolys på sjukhusnivå. Ange 999 om okänd Riksstroke sjukhuskod Ange 888 om utländskt sjukhus Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.

Trombektomi

Trombektomi eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling genomförd för stroke (**avser intrakraniella kärl**). Gäller samtliga nedanstående frågor!

För diagnos I61 är frågorna inaktiverade

Endovaskulär stentbehandling registreras **inte** i Riksstroke utan registreras i det kärlkirurgiska registret Swedvasc!

Trombektomi eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling genomförd för stroke	Avser endast intrakraniella kärl. Koda " ja " endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Om behandlingen påbörjats men avbrutits/inte fullföljts anges svarsalternativ 1 = ja.
Behandling – behandlingsstart för trombektomi eller annan kateterburen behandling	Avser endast intrakraniella kärl. Besvaras endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Ange datum och tidpunkt för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om timme och/eller minuter är okänt koda 99 .
NIHSS vid start av trombektomi eller annan kateterburen behandling utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär	Ange totalpoäng <u>vid</u> trombektomistart eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling utifrån Riksstroke's NIHSS-formulär som finns på Riksstroke's hemsida för utskrift. Om poäng >= 24 kan man ange 24. Värdet över 24 poäng kan registreras om så önskas. Koda 99 om okänt/ej undersökt. En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.

	<p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Är fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng utförd innan trombektomi eller annan kateterburen behandling utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär</p>	<p>Koda "Ja" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns på Riksstrokes hemsida för utskrift.</p> <p>Koda "Nej" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng inte är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär.</p> <p>Koda "Okänt" om det är oklart ifall fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>NIHSS 24 timmar <u>efter</u> trombektomi eller annan kateterburen behandling utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär</p>	<p>Ange totalpoäng ett dygn efter trombektomi utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Om poäng >= 24 kan man ange 24. Värden över 24 poäng kan registreras om så önskas.</p> <p>Koda 99 om okänt/ej undersökt.</p> <p>En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Är fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng utförd efter trombektomi eller annan kateterburen behandling utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär</p>	<p>Koda "Ja" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Koda "Nej" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng inte är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär.</p> <p>Koda "Okänt" om det är oklart ifall fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>

Fullständig symtomregress efter trombektomi eller annan kateterburen behandling inom 24 timmar efter insjuknandet	Samtliga symtom ska ha gått i regress. NIHSS= 0 poäng innebär inte fullständig symtomregress eftersom NIHSS inte är ett fullständigt neurologstatus.
Ange Riksstroke sjukhuskod där trombektomi eller annan kateterburen behandling är genomförd	Om patienten erhållit trombektomi ange det genomförande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke, gäller även om det är det egna sjukhuset. Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa trombektomi på sjukhusnivå. Ange 999 om okänd Riksstroke sjukhuskod Ange 888 om utländskt sjukhus Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.

Hemikranektomi

För diagnos I61 är frågorna inaktiverade

Hemikranektomi genomförd för ischemisk expansiv stroke	Koda "ja" endast om patienten behandlats med hemikranektomi på indikationen ischemisk expansiv stroke/hjärninfarkt. Koda 3 =ja, ingår i studie, när hemikraniektomin ingår i en studie.
Datum för hemikranektomi	Datum för hemikraniektomin. Om dag eller månad inte är känd, koda " 99 ".
Ange Riksstroke sjukhuskod där hemikranektomi är genomförd	Om hemikranektomi är genomförd ange opererande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke, gäller även om det är det egna sjukhuset. Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa hemikranektomi på sjukhusnivå. Ange 999 om okänd Riksstroke sjukhuskod Ange 888 om utländskt sjukhus Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.

Information

Information om rökstopp till de som är rökare vid insjuknandet	<p>Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i webbregistreringen.</p> <p>Registrera om information om rökstopp är given.</p> <p>Finns inte uppgifter journalförda om information om rökstopp är given koda 9= okänt.</p> <p>Koda 2= nej, även i de fall när patienten har avböjt information</p>
Bilkörning	<p>Registrera om information är given om uppehåll med bilkörning eller om det ej är relevant p.g.a. av att patienten saknar körkort eller p.g.a. patientens tillstånd.</p> <p>Finns inte uppgifter journalförda om information om uppehåll med bilkörning är given till de som har körkort koda 9= okänt.</p>

Uppföljning av strokepatienter

Är ett återbesök planerat hos sjuksköterska eller läkare på grund av det aktuella stroke-insjuknandet?	<p>Avser ett fysiskt återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga.</p> <p>Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.</p> <p>Om patienten blir överflyttad till annat sjukhus - bör det sjukhus som inte "äger" vårdtillfället diskutera om man har nytta/behov av uppgiften om återbesök är planerat eller inte. Om inget behov av uppgiften, registrera 9 = okänt. Om behov av uppgiften kontakta det andra sjukhuset.</p>
---	--

Rehabilitering

1. Är bedömning av arbetsterapeut gjord	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömning av arbetsterapeut är utförd. Det gäller ej patienter i palliativ vård där bedömningen kan göras av läkare eller sjuksköterska.</p> <p>Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte och avser bedömning av om det finns behov av arbetsterapi under slutenvårdtiden.</p> <p>Bedömning dag 1 räknas från och med dagen då patienten skrivs in inom slutenvården, oavsett vårdavdelning. Tiden på akutmottagning räknas ej.</p> <p>Om ineliggande patient insjuknar räknas dag 1 från den dag då strokeinsjuknandet inträffade.</p> <p>Om patient kommer från annat sjukhus registreras 1:a bedömning som okänt om inte bedömning från arbetsterapeut överrapporteras.</p>
2. Har patienten erhållit arbetsterapi efter bedömning	<p>Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehabilitering.</p> <p>Frågan är viktig men p.g.a. olika organisationer av vården är frågan omöjlig att svara på för vissa sjukhus – om uppgifter från hela slutenvårdstiden inte kan erhållas kodas 9= okänt.</p> <p>Frågan om <i>Erhållen behandling</i> bygger på föregående fråga om <i>bedömning är gjord</i>. Om man registrerat svarsalternativ 5= Nej (ingen bedömning är gjord) eller svarsalternativ 9= okänt kan frågan om erhållit arbetsterapi efter bedömning inte registreras.</p> <p>Svaret avser sammanlagd tid arbetsterapi i medeltal per dag, under den del av hela slutenvårdtiden som patienten bedömts ha haft behov (gäller veckans 7 dagar). Arbetsterapi avser bedömning/behandling utförd av arbetsterapeut eller arbetsterapibiträde efter delegering. Kontinuerliga bedömningar under vårdtillfället (utom ankomstbedömningen) räknas in i behandlingstiden. Administration kring patienten räknas inte in i behandlingstiden.</p> <p>Ett samtal med information om självträning eller rådgivning av olika slag kan vara en behandlingsåtgärd. Men ett samtal av mer allmän karaktär för arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut "stämna av läget" är inte en behandlande åtgärd. Anpassningar, administrativa uppgifter och externa kontakter inbegrips inte i detta.</p> <p>Det är den faktiska tiden som man möter patienten som räknas. Inte tiden för förskrivning, intygsskrivning, kontakt</p>

	<p>med firmor, hjälpmedelscentral, resor till och från hjälpmedelscentral, mekning etc.</p> <p>Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/ behandling.</p> <p>Om arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut tillsammans tränar patienten 30 minuter registrerar både arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i sina respektive formulär. Grunden för detta är att de två professionerna kompletterar varandra och det görs olika bedömningar/ behandlingar – men samtidigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yttre faktorer som påverkat: ex Isolering, patienten ej anträffbar pga. undersökningar bedöms som 3. Gäller patienter med behov som inte fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden. • Patienter som ej kan medverka pga. mkt kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som 4. • Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som 5.
<p>Vid behov erhållit arbetsterapi under helgdagar</p>	<p>Koda om patienter med behov av arbetsterapi erhållit arbetsterapi under helgdagar. Med helgdagar avses lördagar, söndagar och övriga helgdagar.</p> <p>Om träning är inplanerad under helgen men patienten inte är på plats eller avböjer registreras tills vidare som det var planerat i avvaktan på översyn av rehabiliteringsfrågorna.</p> <p>Det räknas inte som träning på helgen om arbetsterapeut träffar patient på fredag och delegerar enklare arbetsterapi-övningar till vårdpersonal.</p> <p>Arbetsterapi avser bedömning/ behandling utförd av arbetsterapeut eller arbetsterapibiträde efter delegering.</p>

<p>1. Är bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut gjord</p>	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är utförd. Det gäller ej patienter i palliativ vård där bedömningen kan göras av läkare eller sjuksköterska.</p> <p>Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte och avser en bedömning av om det finns behov av sjukgymnastik/fysioterapi under slutenvårdtiden.</p> <p>Bedömning dag 1 räknas från och med dagen då patienten skrivs in inom slutenvården, oavsett vårdavdelning. Tiden på akutmottagning räknas ej.</p> <p>Om ineliggande patient insjuknar räknas dag 1 från den dag då strokeinsjuknandet inträffade.</p> <p>Om patient kommer från annat sjukhus registreras 1:a bedömning som okänt om inte bedömning från sjukgymnast/fysioterapeut överrapporteras.</p>
<p>2. Har patienten erhållit sjukgymnastik/fysioterapi efter bedömning</p>	<p>Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehabiliteringen.</p> <p>Frågan är viktig men p.g.a. olika organisationer av vården är frågan omöjlig att svara på för vissa sjukhus – om uppgifter från hela slutenvårdstiden inte kan erhållas kodas 9= okänt.</p> <p>Frågan om <i>Erhållen behandling</i> bygger på föregående fråga om <i>bedömning är gjord</i>. Om man registrerat svarsalternativ 5= Nej (ingen bedömning är gjord) eller svarsalternativ 9= okänt kan frågan om erhållit arbetsterapi efter bedömning inte registreras.</p> <p>Svaret avser sammanlagd tid sjukgymnastik/fysioterapi i medeltal per dag, under den del av hela slutenvårdtiden som patienten bedömts ha haft behov (gäller veckans 7 dagar). Sjukgymnastik/fysioterapi avser bedömning/behandling utförd av sjukgymnast/fysioterapeut eller sjukgymnast-/fysioterapeutassistent efter delegering. Kontinuerliga bedömningar under vårdtillfället (utom ankomstbedömningen) räknas in i behandlingstiden. Administration kring patienten räknas inte in i behandlingstiden.</p> <p>Ett samtal med information om självträning eller rådgivning av olika slag kan vara en behandlingsåtgärd. Men ett samtal av mer allmän karaktär för arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut ”stämma av läget” är inte en behandlande åtgärd. Anpassningar, administrativa uppgifter och externa kontakter inbegrips inte i detta.</p> <p>Det är den faktiska tiden som man möter patienten som räknas. Inte tiden för förskrivning, intygsskrivning, kontakt</p>

	<p>med firmor, hjälpmedelscentral, resor till och från hjälpmedelscentral, mekning etc.</p> <p>Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling.</p> <p>Kontrakturprofylax (vidmakthålla rörlighet vid risk för kontraktur och vid konstaterad fraktur, prioriteras som 6/10 i nationella riktlinjer) skall, om än passivt för patienten, inkluderas i tiden sjukgymnastik/fysioterapi</p> <p>Om arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut tillsammans tränar patienten 30 minuter registrerar både arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i sina respektive formulär. Grunden för detta är att de två professionerna kompletterar varandra och det görs olika bedömningar/behandlings – men samtidigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yttre faktorer som påverkat: ex Isolering, patienten ej anträffbar p.g.a. undersökningar bedöms som 3. Gäller patienter med behov som inte fått någon sjukgymnastik/fysioterapi alls under vårdtiden. • Patienter som ej kan medverka p.g.a. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som 4. • Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som 5.
<p>Vid behov erhållit sjukgymnastik/fysioterapi under helgdagar</p>	<p>Koda om patienter med behov av sjukgymnastik/fysioterapi erhållit sjukgymnastik/fysioterapi under helgdagar. Med helgdagar avses lördagar, söndagar och övriga helgdagar. Om träning är inplanerad under helgen men patienten inte är på plats eller avböjer registreras tills vidare som det var planerat i avvaktan på översyn av rehabiliteringsfrågorna.</p> <p>Det räknas inte som träning på helgen om sjukgymnast/fysioterapeut träffar patient på fredag och delegerar enklare sjukgymnast/fysioterapiövningar till vårdpersonal.</p> <p>Sjukgymnastik/fysioterapi avser bedömning/behandling utförd av sjukgymnast/fysioterapeut eller sjukgymnast-/fysioterapeutassistent efter delegering.</p>

Sjukhuskoder i Riksstroke

<i>RS-Sjukhuskoder för 2016-01-01</i>	
Alingsås	411
Arvika	412
Avesta	413
Bollnäs	414
Borås*	210
Danderyd	211
Enköping	415
Falun/Ludvika *	213
Gällivare	418
Gävle	438
Halmstad	215
Helsingborg	216
Hudiksvall	460
Hässleholm	455
Höglandssjukhuset- Eksjö	454
Jönköping- Ryhov sjukhuset	273
Kalix	420
Kalmar	218
Karlshamn	421
Karlskoga	475
Karlskrona	219
Karlstad*	342
Karolinska-Solna	143
Karolinska-Huddinge	145
Kiruna	423
Kristianstad	221
Kullbergska (Katrineholm)	422
Kungälv	473
Skaraborgs sjukhus (SkaS)*	327
Köping*	326
Landskrona	427
Lidköping	461
Lindesberg	429
Linköping	147
Ljungby	430
Lund (SUS Lund)	141
Lycksele	432
Malmö (SUS Malmö)	115
Mora	433
Motala	434
Mälarsjukhuset (Eskilstuna)	212
Möndal	223

Norrköping/Finspång*	225
Norrtälje	435
Nyköping	436
NÄL *(Norra Älvsborgs sjukhus)	324
Oskarshamn	457
Piteå	484
Sahlgrenska	116
Skellefteå	440
Sollefteå	441
S:t Görän (Capio S:t Görän)	228
Sunderbyn	222
Sundsvall*	329
Södertälje	445
Södersjukhuset	230
Torsby	446
Trelleborg	447
Umeå	118
Uppsala, Akademiska	110
Varberg	449
Visby	232
Värnamo	450
Västervik	451
Västerås	333
Växjö	234
Ystad *	352
Ängelholm	456
Örebro	146
Örnsköldsvik	453
Östersund	236
Östra sjukhuset	235
Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888
Sjukhus med okänd Riksstrokes kod	999

* **Falun/Ludvika** är sammanslaget med Falun på kod 213 fr.o.m. 12 -01-01 (tidigare kod Ludvika 431)

* **Norrköping/Finspång** är sammanslaget på kod 225 fr.o.m. 12 -01-01 (Tidigare kod Finspång 464)

* **Borås/Skene** är sammanslagna på kod 210 fr.o.m. 11-01-01 (Tidigare kod Skene 439)

* **Kärnsjukhuset-Skövde/Mariestad** (fr.o.m. 2009-06-01) / Falköping (fr.o.m.2010-01-01) sammanslagna, ny kod 327 (Tidigare koder Skövde 227 Mariestad 428 och Falköping 417)

* **NÄL-Trollhättan/ Uddevalla** sammanslagna fr.o.m. 2009-01-01 ny kod 324.

(Tidigare koder NÄL 224 och Uddevalla 231)

* **Ystad**/Simrishamn sammanslagna fr.o.m. 2007-01-01, ny kod 352.
(Tidigare koder Ystad 452 och Simrishamn 459)

* **Sundsvall**/Härnösand sammanslagna fr.o.m. augusti 2005, ny kod 329, fr.o.m. 2006-01-01.
(Tidigare koder Sundsvall 229 och Härnösand 419)

* **Köping**/Fagersta sammanslagna fr.o.m. 2004, ny kod 326
(Tidigare koder Köping 426 och Fagersta 416)

* **Karlstad**/Kristinehamn/Säffle sammanslagna fr.o.m. 2004, ny kod 342
(Tidigare koder Karlstad 242, Kristinehamn 424 och Säffle 443)