

# Vägledning för strokeregistrering i Riks-Stroke 14.a

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2014-01-01** och därefter.

Akutformulärets ändringar gäller från **2014-01-01**

Uppföljningsformulärets ändringar börjar gälla från **2014-04-01**

Vägledning 12.0 finns också tillgänglig.

**Har ni frågor om registreringen** – hör av er till [Sari Wallin](#) Tel 090-785 8778 eller [Åsa Johansson](#) Tel. 090 -785 8783

**Om ni byter administratör för Riks-Stroke på ert sjukhus** – Be er verksamhetschef intyga bytet med ett mejl med namn på nuvarande administratör samt på efterträdaren till Sari eller Åsa enligt ovan. Meddela även efterträdarens HSAID för SITHS kortet - hör av er till Sari eller Åsa!

**Pappersformulären ska sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**

## Innehållsförteckning

Visa löpande text

- Generella anmärkningar
- AKUTFORMULÄRET
- CVS-diagnos
- Avliden
- Vårdkedja
  - utskrivs till efter A akutvård
  - utskrivs till efter B eftervård
- FÖRE strokeinsjuknandet och Riskfaktorer
- Akutvård/Diagnostik
- Läkemedelsbehandling
  - Trombolys, trombektomi m.m. och hemikranektomi
  
- Alfabetisk lista över preparatnamn med läkemedelsgrupper
- Rehabilitering
- Information Komplikationer under vårdtiden på sjukhus Uppföljning av strokepatienter
- UPPFÖLJNINGSFÖRMULÄRET
- Efter strokeinsjuknandet
- Stöd Rehabilitering
- Hälsa
- Patientens synpunkter på vården
- Besvarats av
- Årsredovisning - Analyserande rapport
- Kvalitetsarbete och kvalitetsregister

- ~~Datakvalitet i Riks-Stroke~~
- ~~Täckningsgrad i Riks-Stroke~~
- Riks-Stroke sjukhuskoder

## Generella anmärkningar

- **OBS! Tänk på sekretessen och behörigheter när ni går in i olika journaler, be om tillstånd!**
- **Viktigt att informera patienter och närstående om registrering i Riks-Stroke**  
Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt den nya Patientuppgiftslagen som trädde i kraft 1 juni 2009. **En tydlig INFORMATION om Riks-Stroke 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! Riks-Stroke patientinformation inhämtas via (<http://www.riks-stroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig (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.  
**\*Glöm ej att anmäla Riks-Stroke till personuppgiftsansvarig i ert landsting.**
- **Borttag av patientuppgifter** - Enligt den nya 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 Åsa **per telefon**, personnummer, insjuknandedatum och sjukhuskod när ni tar bort en redan registrerad patient. Detta för att säkerställa att vårdtillfället raderas från back-up filer.
- **Registrera alla patienter som får en fastställd akut strokedagnos** gäller även bidiagnos
- **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.  
Patienter som **Ej** läggs in kan via statistikmodul och fördefinierade listor tas fram för egen sjukhusstatistik. Statistikmodul och fördefinierade listor är inställt på inlagda patienter, det måste aktivt göras ett val för att se Ej inlagda patienter.
- **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 avvikelserna för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".
- **Patienter som flyttats till annat sjukhus, län m.m.** Då vården skett på olika sjukhus bör hela vårdtillfället (akutdelen med uppföljning) registreras på den strokeenhet vid det sjukhus som vårdar patienten längst. Uppföljningen kan endast registreras på samma sjukhus som akutskedet. Om avsikten är att registreringen ska ske där den fortsatta vården ges skickas det ifyllda akutformuläret och uppföljning med

patienten. Formulärens alternativ täcker inte alltid verkligheten. Generellt gäller då att ni försöker få med dessa patienter genom att rekonstruera vårdförloppet så att registreringen liknar verkligheten i så hög grad som möjligt.

- **Information om dubbelregistrering** (dubbelregistrering=samma vårdtillfälle registreras vid två eller flera sjukhus strokeenheter). Vid dubbelregistrering kommer information med uppmaning att inblandade sjukhus strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse om vem som skall följa upp patienten och därmed erhålla vårdtillfället i statistikmodulen. En lista med dubbelregistrerade vårdtillfällen kan väljas under fliken "Listor". Sjukhusen måste aktivt välja vilket sjukhus som skall äga vårdtillfället och därmed göra uppföljningen för att vårdtillfället skall tas bort från denna lista. Detta möjliggör för båda strokeenheterna att registrera akutskedet. Riks-Stroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället (akutdelen med uppföljning) registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst. För att underlätta bör akutformulärets data registreras så snart som möjligt. Detta är även av vikt för att inte patienter skall få dubbla uppföljningar.

För att underlätta för de strokeenheter där detta 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.

- Vi uppmanar strokeenheter att **registrera alla akuta strokeinsjuknanden**, detta för att genom särskilt dataurval i Statistikmodulen även kunna se hur många som återinsjuknar inom 28 dagar. Som tidigare år är återinsjuknade inom 28 dagar exkluderade i Årsredovisning/statistikmodul.
- **Patienter som inte har följts upp och har avlidit > 120 dagar efter insjuknandet ska inte registreras i Uppföljningen. Dessa är exkluderade vid beräkning av uppgifter till Årsrapporten.**
- **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.
- **Om pappersformulär används ska de sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**
- **"Logga alltid ut" innan ni lämnar datorn - av säkerhetsskäl!**

**OBS!**

**Tänk på sekretessen och behörigheter när ni går in i olika journaler, be om tillstånd!**

# Akutformuläret

**Ett vårdtillfälle:** Vi uppmanar strokeenheter att **registrera alla akuta strokeinsjuknanden**, detta för att genom särskilt dataurval i Statistikmodulen även kunna se hur många som återinsjuknar inom 28 dagar. Som tidigare år är återinsjuknade inom 28 dagar exkluderade i Årsredovisning/statistikmodul. (Vi är medvetna om att vi missar vissa återinsjuknanden i stroke, dock är dessa väldigt få inom 28 dagar. Någon tidsgräns måste sättas och vi har följt det internationella MONICA-registrets kriterier).

<b>Personnummer</b>	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. Är patienten född på 1800-talet, måste man vid registrering ändra sekel från 1900 till 1800.
<b>Kön</b>	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, glöm ej att ange kön.
<b>Namn, adress, telefon</b>	Fylls i på pappersformuläret men adress och telefon registreras ej elektroniskt.
<b>Valfri uppgift</b>	T ex namn och telefon till närstående eller annat kan fyllas i på pappersformuläret men registreras ej elektroniskt.
<b>Insjuknandedag</b>	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Om dag eller månad inte är känd, koda "99". Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad som patienten läggs in.
<b>CVS-diagnos</b>	<b>I61=</b> Hjärnblödning (blödning konstaterad på datortomografi eller vid obduktion). <b>I63=</b> Cerebral infarkt (avsaknad av blödning vid undersökning med datortomografi eller konstaterad vid obduktion). <b>I64=</b> Akut cerebrovasculärt insjuknade (fokala bortfall), men ingen datortomografi är gjord eller är av alltför dålig kvalitet, eller att patienten är avliden och ej obducerad. <b>OBS I61, I63, I64 som bidiagnos ska även registreras!</b> <b>G45.x =</b> trombolysbehandling för stroke med fullständig symtomregress inom 24 timmar (valfritt alternativ för de sjukhus som önska registrera TIA-diagnos i samband med trombolysbehandling) (Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse). Det går även att registrera följande diagnoser, <b>I 60</b> (subarachnoidal blödning). För registrering av TIA, <b>G 45</b> finns separat formulär och Vägledning! <b>I Årsredovisningen tillbaka till sjukhusen inkluderas endast diagnoserna I 61, I 63 och I 64. Data för vårdtillfällen som är</b>

	registrerade med <b>G 45.x</b> redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos <b>I 63</b> .
<b>Rapporterande sjukhus</b>	Sjukhuskoden är numera ifylld automatiskt efter att man loggat in på Internet. Om man vill att alla pappersformulär skall innehålla sjukhuskod, skriv in det på formulären innan kopiering.
<b>Avdelning</b>	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckningar för resp. avdelning. Data kan då även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning. Är ingen avdelning angiven eller om ni har olika beteckningar för samma avdelning är det inte möjligt med någon jämförelse.
<b>Ifyllt av</b>	Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift).
<b>Avlidande datum</b>	<b>Avlidande datum</b> anges endast om patienten avlider under vårdtiden.
<b>Hemkommunkod vid insjuknandet</b> <i>Frivillig fråga</i>	<del>Uppgift om hemlänskod finns bl.a. i det befolkningsregister som sjukhuset är anslutet till (frivillig uppgift). Dessa uppgifter kommer registreras automatiskt att finnas tillgängliga fr.o.m. 2013 när genom koppling mellan Riks-Stroke och Befolkningsregistret. är i funktion.</del>
<b>Hemlänskod vid insjuknandet</b> <i>Frivillig fråga</i>	<del>Uppgift om hemlänskod finns bl.a. i det befolkningsregister som sjukhuset är anslutet till (frivillig uppgift). Dessa uppgifter kommer registreras automatiskt att finnas tillgängliga fr.o.m. 2013 när genom koppling mellan Riks-Stroke och Befolkningsregistret. är i funktion.</del>
<b>Ålder</b>	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
<b>Har patienten vårdats ineliggande för detta strokeinsjuknande?</b>	<p>Koda <b>1</b>= ja, läggs in Koda <b>2</b>= nej, vid <b>ej</b> inläggning. Registrering av ej inlagda patienter är frivillig men är mycket värdefull.</p> <p><b>Om man kodar 2 registrera främsta orsak till ej inläggning enligt nedan. Övriga frågor i formuläret är frivilliga att besvara.</b></p> <p><b>Om nej, ange främsta orsak till ej inläggning</b>  <b>1</b>= milda symtom/symtom regress  <b>2</b>= insjuknandet flera dagar före ankomst  <b>3</b>= äldre multisjuk i institutionsboende  <b>4</b>= platsbrist  <b>5</b>= annan orsak. Möjlighet att ange annan orsak finns.  Exempelvis patienten vill inte läggas in.  <b>9</b>= okänt</p> <p>Data för personer som inte läggs in kommer att separeras från data på inlagda registrerade patienter. Sjukhus som registrerar data på ej inlagda patienter kommer att kunna hämtas ut dessa data via statistikmodul genom särskilt dataurval för egen analys.</p>
<b>Var patienten redan</b>	Koda <b>1</b> = ja, om patienten redan var ineliggande

inneliggande på sjukhuset vid strokeinsjuknandet?	Koda 2= nej, om patienten inte var inneliggande
---	---

## Vårdkedja

<b>A Akutvård</b>	Gäller akutvården patienten får för det aktuella strokeinsjuknandet.
<b>A Insjuknandedag</b>	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring från Patientsidan
<b>Tidpunkt insjuknandetid/ symtomdebut</b>	<p><del>Om tidpunkten bara kan anges till hel timme kan minuter kodas med "99".</del> Försök dock alltid att ange exakt klockslag! <b>OBS:</b> Det är viktigt att både tidpunkt <i>symtomdebut</i> och <i>ankomst</i> till sjukhus finns registrerat annars är information inte av värde! Saknas en tidsangivelse kan inget tidsintervall 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 <b>i första hand om möjligt</b> registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan.</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 <b>i första hand om möjligt</b> registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall, enligt nedan.</p> <p>Om inneliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd anges <b>om möjligt</b> senaste tidpunkten utan symtom. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan.</p>
<b>Tidsintervall för tidpunkt symtomdebut och ankomst till sjukhus</b>	<p>Om exakt insjuknandetid är okänd (9999) ange så exakt tid som möjligt i tidsintervallet antalet timmar från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om inneliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetid är okänd ange om möjligt tidsintervall från insjuknandet till upptäckt av strokeinsjuknandet.</p> <p>Om <b>exakt</b> insjuknandetidpunkt är okänd (9999) <b>eller enbart timme kan fastslås (ex 1099)</b> ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om inneliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet</p>

	till upptäckt av strokeinsjuknandet.
<b>Vaknat med symtom</b>	Koda <b>1</b> =ja, <b>2</b> =nej och <b>9</b> =okänt
<b>Larmat för trombolys</b>	Avser larm för potentiella trombolysbehandlingar. Koda <b>"ja"</b> om <b>"rädda hjärnan/stroke larm"</b> har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Koda <b>"ja"</b> även om larmet inte ledde till trombolysbehandling (t ex för att CT visade en blödning).
<b>Kom patienten med ambulans</b>	Koda <b>1</b> =ja, <b>2</b> =nej och <b>9</b> =okänt Om ineliggande patient drabbas av stroke är frågan ej aktuell att besvara.
<b>Varit inlagd först på annat sjukhus för aktuellt strokeinsjuknande</b>	Koda <b>1</b> =ja, <b>2</b> =nej och <b>9</b> =okänt
<b>A Ankomstdag</b>	Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för stroke. Om ineliggande patient drabbas av stroke är ankomstdag alltid det datum patienten insjuknar i stroke med automatisk överföring av datum från Patientsidan. Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdag = inskrivningsdag på det sjukhus där patienten först vårdades för <u>stroke</u> .
<b>Tidpunkt ankomst till sjukhus</b>	Ange timme och minuter när patienten kommer till sjukhus. Avser tidpunkt för ankomst till det sjukhus där patienten först vårdades för <u>stroke</u> om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle. Koda <b>"9999"</b> om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme <b>bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme</b> annars kodas minuter med <b>"99"</b> . Försök dock alltid att ange exakt klockslag! <b>OBS:</b> Det är viktigt att både tidpunkt <i>symtomdebut</i> och <i>ankomst</i> till sjukhus finns registrerat annars är information inte av värde! Saknas en tidsangivelse kan inget tidsintervall beräknas. Om ineliggande patient drabbas av stroke är tidpunkt ankomst alltid den tidpunkt patienten insjuknar i stroke med automatisk överföring av datum från Insjuknandetid.
<b>Ankomstdag till strokeenhet</b>	Datum för när patienten kommer till strokeenheten för vård för stroke. Avser inskrivningsdag för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Om dag eller månad inte är känd, koda <b>"99"</b> .
<b>Tidpunkt ankomst till strokeenhet</b>	Ange timme och minuter när patienten kommer till strokeenheten. Avser tidpunkt för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Koda <b>"9999"</b> om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme <b>bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme</b> annars kodas minuter med <b>"99"</b> . Försök dock alltid att ange exakt klockslag!

<p><b>Inläggs först på</b></p>	<p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten. Koda <b>9</b> om typ av avdelning är okänd. <i>Definition av <b>strokeenhet</b>: (se Riks-Strokes hemsida)</i></p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av stroke registrera den typ av avdelning som patienten flyttas till. Om patienten blir kvar på den avdelning där patienten insjuknat registreras den typen av avdelning.</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. <i>Patienten är registrerad "ej inlagd" varför denna fråga ej är aktuell. Om felaktigt registrerad "ej inlagd" korrigeras registreringen i början av formuläret.</i></p>
<p><b>Verksamhetsområde först</b></p>	<p>Det verksamhetsområde som ansvarar för den första vården vid ankomst till sjukhuset</p>
<p><b>Fortsatt vård under akutskedet</b></p>	<p><b>Obs! gäller även vård på andra sjukhus under akutskedet</b></p> <p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den fortsatta vårdformen. Registrera samtliga avdelningar som patienten vårdats på även om vårddagen bara omfattar några timmar. <b>Flera svarsalternativ är möjliga.</b></p> <p>Om flera svarsalternativ registrerats gråmarkeras i registreringsfönstret nedan fråga om fortsatt verksamhetsområde <i>Definition av <b>strokeenhet</b>: (se Riks-Strokes hemsida)</i></p>
<p><b>A Utskrivningsdag</b></p>	<p><b>Avser slutlig utskrivningsdag från akutskedet</b></p> <p>Fyll i datum för när patienten skrivs ut från sjukhus eller det datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus för B eftervård. A Utskrivningsdag får då samma datum som B Inskrivningsdag. Avlider patienten under vårddagen blir datum för utskrivning och dödsfall det samma.</p>
<p><b>Antal vårddagar på strokeenhet</b></p>	<p>Registrera antal dagar på strokeenhet, inläggningsdag = dag 1. Uträkning av antal dagar på strokeenhet sker automatiskt för strokeenheter med obruten vårdkedja om patienten lades in på strokeenhet direkt. Möjlighet att ange <b>999</b>=okänt finns som alternativ för de som ej har obruten vårdkedja när det gäller manuell uträkning av antal vårddagar på strokeenhet. Om vård på flera strokeenheter är det den totala vårddagen på strokeenhet som skall anges. Registrering av vårddag är maximerat till 100 dagar. Se under generella anmärkningar sidan 2</p>

Utskrivs till efter A akutvård



<p><b>Utskrivs till efter A akutvård</b></p>	<p>Ange var patienten skrivs ut efter A akutvård.</p> <p>Koda <b>1= eget boende</b></p> <p>Koda <b>2= särskilt boende</b>, 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. <b>servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende</b> och <b>avlastningsplats</b>. 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 <i>endast larm</i> eller <b>matdistribution</b> räknas inte som särskilt boende.</p> <p>Koda <b>4= annan akutklinik</b>, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurg klinik - <b>fortsätt då att fylla i B Eftervård</b>.</p> <p>Koda <b>5=geriatrik/rehab</b> om patienten skrivs ut/fortsätter vården till <b>geriatrik/rehab inom landstingsfinansierad eftervård</b> fortsätt då att fyll i <b>B Eftervård</b></p> <p>Koda <b>6= avliden</b> om patienten avled under vårddagen</p> <p>Koda <b>7= annat</b>, ex. patient som bor i annat land.</p> <p>Koda <b>9= okänt</b></p> <p>Koda <b>11 = fortfarande ineliggande</b></p> <p>Koda <b>12 = annan strokeenhet för eftervård</b> - fortsätt då att fylla i <b>B Eftervård</b></p> <p>Om patienten utskrivs till annan strokeenhet för fortsatt akutvård bör strokeenheterna ta kontakt med varandra. Detta för att om möjligt komplettera ev. <b>B Inskrivningsdag</b>, ev. <b>B Utskrivningsdag</b> och ev. <b>Utskrivs till efter B eftervård</b> inför uppföljningen. Den strokeenhet som efter överenskommelse ska äga vårdtillfället och som gör 3-månaders uppföljningen registrerar första sjukhusets <b>A Inskrivningsdag</b> och andra strokeenhetens <b>A Utskrivningsdag</b>.</p> <p>Koda <b>13= vårdcentral med akutplatser (fyll i B Eftervård)</b></p>
<p><b>A Adress, tel. vid Utskrivs till</b></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 B Eftervård.</p>

<p>Planerad rehabilitering efter utskrivning från A Akutvård</p>	<p>Flera svarsalternativ är möjliga att registrera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>strokeinriktad hemrehab.</del> Innebär ett multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam med specifik strokekompetens.</li> <li>- <b>hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med speciell strokekompetens utförd av personal organisatoriskt knuten till strokeenheten</b></li> <li>- <b>hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med speciell strokekompetens utförd av personal som <u>inte</u> är organisatoriskt knuten till strokeenheten</b></li> <li>- <b>övrig hemrehab.</b></li> <li>- <b>dagrehab.</b> Dagrehab ges ofta över fler timmar och innefattar ofta flera personalkategorier och fler patienter samtidigt.</li> <li>- <b>poliklinisk rehab.</b> Poliklinisk rehab innebär individuell träning/behandling hos en personalkategori vid ett/flera tillfällen.</li> <li>- <del>ingen planerad rehab.</del> <b>inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning</b></li> <li>- <b>omvårdnadsboende med rehab</b> (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem).</li> <li>- <b>patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering</b></li> <li>- <b>Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt</b></li> <li>-okänt</li> </ul>
<p><b>B eftervård gäller fortsatt vård inom landstingsfinansierad eftervård</b></p>	
<p><b>B Inskrivningsdag</b></p>	<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 <b>5=geriatrik/rehab</b> efter A akutvård blir det <b>datum det samma som B Inskrivningsdag</b>. I de fall eftervård sker på <b>annat sjukhus</b>, försök då även få med vårdtiden från det andra sjukhuset under B 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>
<p><b>B Utskrivningsdag</b></p>	<p>Fyll i datum för när patienten skrivs ut slutligen <b>efter B eftervård</b>. Avlider patienten under B eftervård blir datum för utskrivning och dödsfall detsamma.</p>

### Utskrivs till efter B eftervård

<p>Utskrivs till efter B Eftervård</p>	<p>Ange var patienten skrivs ut slutligen <b>efter B eftervård</b>.</p> <p>Koda 1= <b> eget boende</b></p> <p>Koda 2= <b>särskilt boende</b>, 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. <b>servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende och avlastningsplats</b>. Ett</p>
--	--

	<p><i>handikappanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har tillgång till <i>service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till <b>endast larm matdistribution</b> räknas inte som särskilt boende.</p> <p>Koda <b>4= annan akutklinik</b>, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurg klinik.</p> <p>Koda <b>6= avliden</b> om patienten avled under vårdtiden</p> <p>Koda <b>7= annat</b>, ex. patient som bor i annat land.</p> <p>Koda <b>9= okänt</b></p> <p>Koda <b>11= fortfarande ineliggande</b></p> <p>Koda <b>13= vårdcentral med akutplatser</b></p>
--	--

<b>B Adress, tel. vid Utskrivs till efter B Eftervård</b>	För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut <b>efter B eftervård</b> .
<b>Planerad rehabilitering efter utskrivning från B Eftervård</b>	<p><b>Flera svarsalternativ är möjliga att registrera</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>strokeinriktad hemrehab.</del> Innebär ett multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam med specifik strokekompetens.</li> <li>- <b>hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med speciell strokekompetens utförd av personal organisatoriskt knuten till strokeenheten</b></li> <li>- <b>hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam med speciell strokekompetens utförd av personal som <u>inte</u> är organisatoriskt knuten till strokeenheten</b></li> <li>- <b>övrig hemrehab.</b></li> <li>- <b>dagrehab.</b> Dagrehab ges ofta över fler timmar och innefattar ofta flera personalkategorier och fler patienter samtidigt.</li> <li>- <b>poliklinisk rehab.</b> Poliklinisk rehab innebär individuell träning/behandling hos en personalkategori vid ett/flera tillfällen.</li> <li>- <del>ingen planerad rehab.</del> <b>inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning</b></li> <li>- <b>omvårdnadsboende med rehab</b> (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem).</li> <li>- <b>patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering</b></li> <li>- <b>rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt</b></li> <li>-okänt</li> </ul>

## FÖRE strokeinsjuknandet

<b>Boende före</b>	Koda <b>1=eget boende utan</b> hemtjänst (hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård).
--------------------	--

	<p>Koda <b>2=eget boende med</b> hemtjänst (hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård). Enbart larm räknas inte som kommunal hemtjänst</p> <p>Koda <b>3= särskilt boende</b> – vilket 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. <b>servicehus, gruppboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende, kategoriboende och avlastningsplats.</b></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 koda som eget boende. Tillgång till <i>endast larm</i> eller <i>matdistribution</i> räknas inte som särskilt boende.</p> <p>Koda <b>5= annat</b> kan t.ex. vara personlig assistent – Kan skrivas i klartext för att specificera.</p> <p>Koda <b>9= okänt</b></p>
--	---

<b>Ensamboende före</b>	<p>Koda <b>"1"</b> om patienten bor i eget boende ensam, eller i kommunalt särskilt boende. Koda <b>"2"</b> om hon/han delar boende med maka/make i lägenhet på servicehus.</p> <p>Koda <b>9= okänt</b></p> <p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens boendesituation före sjukhusvistelsen registreras.</p>
<b>Rörlighet</b>	I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens rörlighet före sjukhusvistelsen registreras.
<b>Toalettbesök</b>	I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens ev. hjälpbehov vid toalettbesök före sjukhusvistelsen registreras.
<b>Kläder</b>	I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens hjälpbehov vid av- och påklädning, före sjukhusvistelsen registreras.

## Riskfaktorer

<b>Stroke tidigare</b>	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 <b>"nej"</b> .
<b>TIA/Amaurosis fugax tidigare</b>	Koda <b>1= ja</b> , om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och eller Amaurosis fugax. Koda <b>2= nej</b> , om inget angivet om

	TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda <b>9= okänt</b> , om osäkra uppgifter. (Gäller ej <b>G45.4</b> transitorisk global amnesi).
<b>Förmaksflimmer tidigare diagnostiserat eller nyupptäckt</b>	Ange om patienten har förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer tidigare eller om det har diagnostiserats under detta vårdtillfälle.  Koda " <b>ja</b> " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer.
<b>Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)</b>	Ange om patienten har förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder innan insjuknandet i stroke.  Koda " <b>ja</b> " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer.
<b>Förmaksflimmer, nyupptäckt (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)</b>	Koda " <b>ja</b> " om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder under detta vårdtillfälle
<b>Diabetes tidigare diagnostiserat eller nyupptäckt</b>	Gäller alla typer av diabetes. Koda " <b>ja</b> " om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.
<b>Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet</b>	Koda " <b>ja</b> " om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även " <b>ja</b> " om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har. Koda " <b>Nej</b> " om patienten <u>inte</u> har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation.
<b>Rökning</b>	Koda " <b>ja</b> " 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

<b>Medvetandegrad</b>	Gäller medvetandegraden vid första läkarundersökningen efter ankomsten till sjukhuset.
<b>NIHSS inläggning</b>	Ange totalpoäng <b>exklusive hand</b> i början av vårdtiden, inom 24 tim (max 42p). Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda <b>99</b> . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
<b>Är fullständig NIHSS bedömning (exklusive hand) utförd)?</b>	Koda " <b>Ja</b> " om samtliga moment (exklusive hand) har kunnat bedömas. Koda " <b>Nej</b> " om samtliga moment (exklusive hand) <u>inte</u> har kunnat bedömas. Koda " <b>Okänt</b> " om det är oklart ifall samtliga moment (exklusive hand) är bedömda eller ej.
<b>Är sväljförmågan testad</b>	Koda resultat av genomförd sväljtest vid ankomsten eller senare om patienten är medvetandesänkt vid ankomsten. Koda <b>1=ja</b> , <b>2=nej</b> , <b>3= ej undersökt/relevant</b> p.g.a. <b>stor risk för aspiration</b>

	medvetandesänkt patient <del>4= ej undersökt för att symtombilden (t.ex. isolerad afasi) utesluter att sväljningen kan vara påverkad</del> och <b>9= okänt</b>
<b>Bedömning av logoped eller öron-näsa-halsspecialist</b>	Registrera om patienten har blivit bedömd eller planeras bedömas av logoped <b>eller öron-näsa-halsspecialist</b> avseende tal- eller sväljfunktion. Koda <b>1=ja, 2=nej 3= nej</b> , men beställt till efter utskrivningen och <b>9= okänt</b>
<i>Frivillig fråga</i>	
<b>Datortomografi - hjärna</b>	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi. Koda <b>1= ja, 2= nej och 9= okänt</b>
<b>MR - hjärna</b>	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med MR. Koda <b>1= ja, 2= nej och 9= okänt</b>
<b>Ultraljud halskärl</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.  = ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet.  = ja, senare än 7 dagar  = nej  = okänt
<b>CT-angio genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med CT-angio (avser inte CT-perfusion).  = ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet  = ja, senare än 7 dagar  = nej  = okänt
<b>MR-angio genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angio.  = ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet  = ja, senare än 7 dagar  = nej  = okänt
<b>Undersökt kärlområde med CT- eller MR-angiografi</b>	Om CT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes ( <b>fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde</b> ). (endast ett alternativ är möjligt).  = halskärlen  = intrakraniella kärl  = både halskärl och intrakraniella kärl

	= okänt
<b>Långtids-EKG</b> (telemetri, Holter eller motsvarande) <b>genomförd under vårdtiden</b>	Registrera endast första tillfället undersökningen genomförs för detta insjuknande  = ja, = nej, beställt till efter utskrivningen  = nej  = okänt

## Läkemedelsbehandling (*se även FASS*)

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **intagningen** resp. **utskrivningen** från den **akuta vårdtiden** denna tid kan även inbegripa 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** ska läkemedel ej registreras 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.

<b>Blodtryckssänkande läkemedel</b>	Avser samtliga grupper och oberoende av indikation
<b>Statiner</b>	(ex Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin, Zocord)
<b>ASA</b>	(ex Trombyl) se även läkemedelslistor nedan.
<b>Klopidogrel</b>	(Plavix). Koda även tiklopidin (Ticlid; en äldre föregångare till klopidogrel) på denna plats.
<b>ASA + dipyridamol</b>	(Asasantin)
<b>Dipyridamol</b>	(Persantin)
<b>Andra trombocythämmare än ASA, clopidogrel och dipyridamol</b>	(ex. Brilique, Efiend, Pletal, Possia)
<b>Warfarin</b>	(Waran)
<b>Andra perorala antikoagulantia än Warfarin</b>	(ex. Eliquis, Pradaxa och Xarelto)
<b>Huvudorsak varför warfarin eller andra perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos I63</b>	<b>Denna fråga avser endast patienter med diagnos I63 och förmaksflimmer</b> 1= planerad insättning efter utskrivning 2= kontraindicerat (enl. FASS) 3= interaktioner med andra läkemedel/naturläkemedel (enl. FASS) 4= försiktighet (enl. FASS) 5= falltendens

	<b>6= demens</b> <b>7= patienten avstår behandling</b> <b>8= annan anledning</b> <b>9= okänt</b>
--	---

## Trombolys

<b>Trombolys givet för stroke</b>	ex. Actilyl. Koda " <b>ja</b> " endast om patienten behandlats med trombolys på indikationen stroke/hjärninfarkt. Koda <b>3=ja</b> , ingår i studie, när trombolysbehandlingen ingår i en studie. <del>Om endast bolusdos är givet ska svarsalternativet 2=Nej registreras.</del> Om behandlingen påbörjats men avbrutits/inte fullföljts anges svarsalternativ <b>1= ja</b> .
<b>Trombolys behandlingsstart</b>	Besvaras endast om patienten behandlats med trombolys. Ange <b>datum</b> och <b>tidpunkt</b> för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om okänt datum koda 999999 eller klockslag koda 9999.
<b>NIHSS före trombolys</b>	Ange totalpoäng <b>exklusive hand före</b> trombolys (max 42p). Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda <b>99</b> . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
<b>Är fullständig NIHSS bedömning (exklusive hand) utförd)?</b>	Koda " <b>Ja</b> " om samtliga moment (exklusive hand) har kunnat bedömas. Koda " <b>Nej</b> " om samtliga moment (exklusive hand) <u>inte</u> har kunnat bedömas. Koda " <b>Okänt</b> " om det är oklart ifall samtliga moment (exklusive hand) är bedömda eller ej.
<b>NIHSS efter trombolys</b>	Ange totalpoäng <b>exklusive hand efter</b> trombolys (max 42p) inom 24 timmar efter trombolys. Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda <b>99</b> . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
<b>Är fullständig NIHSS bedömning (exklusive hand) utförd)?</b>	Koda " <b>Ja</b> " om samtliga moment (exklusive hand) har kunnat bedömas. Koda " <b>Nej</b> " om samtliga moment (exklusive hand) <u>inte</u> har kunnat bedömas. Koda " <b>Okänt</b> " om det är oklart ifall samtliga moment (exklusive hand) är bedömda eller ej.
<b>Ange Riks-Stroke sjukhuskod där trombolys är given TVINGANDE UPPGIFT!</b>	Om patienten erhållit trombolys ange givande sjukhusets sjukhuskod i Riks-Stroke. <b>OBS!</b> 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 Riks-Stroke sjukhuskod Ange 888 om utländskt sjukhus <b>Sjukhuskoder se Vägledningen sista sidan.</b>



## Trombektomi

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

<b>Trombektomi eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling genomförd för stroke</b>	Avser endast intrakraniella kärl. Koda "ja" endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Koda <b>1</b> = ja, <b>2</b> =nej, <b>3</b> =ja, ingår i studie, när trombektomin eller annan kateterburen behandlingen ingår i en studie samt koda <b>9</b> = okänt om inga uppgifter finns.
<b>Behandling – behandlingsstart för trombektomi eller annan kateterburen behandling</b>	Avser endast intrakraniella kärl. Besvaras endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Ange <b>datum</b> och <b>tidpunkt</b> för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om okänt datum koda 999999 eller klockslag koda 9999.
<b>NIHSS före trombektomi eller annan kateterburen behandling</b>	Ange totalpoäng <b>exklusive hand före</b> trombektomi (max 42p). Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda <b>99</b> . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
<b>Är fullständig NIHSS bedömning (exklusive hand) utförd)?</b>	Koda " <b>Ja</b> " om samtliga moment (exklusive hand) har kunnat bedömas. Koda " <b>Nej</b> " om samtliga moment (exklusive hand) <u>inte</u> har kunnat bedömas. Koda " <b>Okänt</b> " om det är oklart ifall samtliga moment (exklusive hand) är bedömda eller ej.
<b>NIHSS efter trombektomi eller annan kateterburen behandling</b>	Ange totalpoäng <b>exklusive hand efter trombektomi</b> (max 42p) inom 24 timmar efter trombektomi. Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda " <b>99</b> ". En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
<b>Är fullständig NIHSS bedömning (exklusive hand) utförd)?</b>	Koda " <b>Ja</b> " om samtliga moment (exklusive hand) har kunnat bedömas. Koda " <b>Nej</b> " om samtliga moment (exklusive hand) <u>inte</u> har kunnat bedömas. Koda " <b>Okänt</b> " om det är oklart ifall samtliga moment (exklusive hand) är bedömda eller ej.
<b>Ange Riks-Stroke sjukhuskod där trombektomi eller annan kateterburen behandling är genomförd</b>	Om patienten erhållit trombektomi ange genomförande sjukhusets sjukhuskod i Riks-Stroke, gäller även om det är det egna sjukhuset.  Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa trombektomi på sjukhusnivå.  Ange 999 om okänd Riks-Stroke sjukhuskod  Ange 888 om utländskt sjukhus  <b>Sjukhuskoder se Vägledningen sista sidan.</b>

## Hemikranektomi

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

## REHABILITERING

<b>1. Är bedömning av arbetsterapeut gjord</b>	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömning av arbetsterapeut är utförd.</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 strokeinsjuknandet.</p> <p>Om patient kommer från annat sjukhus registreras 1:a bedömning som okänt om inte bedömning från arbetsterapeut överrapporteras.</p> <p>Koda: <b>1</b> = ja, ≤ 24 tim <b>2</b> = ja, &gt; 24 tim men ≤ 48 tim <b>3</b> = ja, &gt; 48 tim <b>5</b> = nej <b>9</b> = okänt</p>
<b>2. Har patienten erhållit arbetsterapi efter bedömning (Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehab)</b>	<p>Svaret avser sammanlagd tid arbetsterapi i medeltal per dag, beräknat på fem av veckans sju dagar under den del av vårdtiden som patienten bedömts ha haft behov av arbetsterapi. Vid vårdtid kortare än fem dagar avser svaret i medeltal per dag beräknat på faktisk vårdtid. Arbetsterapi avser åtgärder som är utförd av arbetsterapeut eller av arbetsterapibiträde efter överlåtande av arbetsuppgifter. Tidsåtgång för bedömning inkluderas om den är en del i</p>

	<p>behandlingen men inte i de fall när enbart en bedömning av arbetsterapibehov görs.</p> <p><b>1</b> = ja, ≥ 45 min  <b>2</b> = ja, &lt; 45 min  <b>3</b> = nej, men har haft behov  <b>4</b> = nej, har inte haft behov  <b>9</b> = okänt</p> <p><b>(Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehab)</b></p> <p>Svaret avser sammanlagd tid arbetsterapi i medeltal per dag, under den del av vårdtiden som patienten bedömts ha haft behov. Arbetsterapi avser bedömning/ behandling utförd av arbetsterapeut eller arbetsterapibiträde efter delegering. Kontinuerliga bedömningar under vårdtillfället räknas in i behandlingstiden. Administration kring patienten räknas inte in i behandlingstiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yttre faktorer som påverkat: ex Isolering, patienten ej anträffbar pga. undersökningar bedöms som <b>3</b>.</li> <li>• Patienter som ej kan medverka pga. mkt kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som <b>4</b>.</li> <li>• Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som <b>5</b>.</li> </ul> <p><b>1</b> = ja ≥ 30 min  <b>2</b> = ja &lt; 30 min  <b>3</b> = nej, men har haft behov  <b>4</b> = nej, har haft behov men ej kunnat tillgodogöra sig rehabilitering  <b>5</b> = nej, har inte haft behov  <b>6</b> = Patient har avböjt  <b>9</b> = okänt</p> <p>Läs även Frågor och Svar om arbetsterapiregistrering på hemsidan flik; Vägledning</p>
<p><b>1. Är bedömning av sjukgymnast gjord</b></p>	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömning av sjukgymnast är utförd. Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte och avser en bedömning av om det finns behov av sjukgymnastik under slutenvårdtiden. Bedömning dag 1 räknas från och med dagen då patienten skrivs in inom slutenvården, oavsett vårdavdelning. Tiden på akutmottagning räknas ej. Om inläggande patient insjuknar räknas dag 1 från</p>

	<p>strokeinsjuknandet. Om patient kommer från annat sjukhus registreras 1:a bedömning som okänt om inte bedömning från sjukgymnast överrapporteras.</p> <p>Koda:  <b>1</b> = ja, ≤ 24 tim  <b>2</b> = ja, &gt; 24 tim men ≤ 48 tim  <b>3</b> = ja, &gt; 48 tim  <b>5</b> = nej  <b>9</b> = okänt</p>
--	--

<p><b>2. Har patienten erhållit sjukgymnastik efter bedömning</b></p> <p><b>(Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehab)</b></p>	<p>Svaret avser i vilken omfattning sjukgymnastik givits utifrån det bedömda behovet. Svaret avser sammanlagd tid sjukgymnastik i medeltal per dag, beräknat på fem av veckans sju dagar under den del av vårdtiden som patienten bedömts ha haft behov. Vid vårdtid kortare än fem dagar avser svaret i medeltal per dag beräknat på faktisk vårdtid. Sjukgymnastik avser bedömning/behandling utförd av sjukgymnast eller sjukgymnastassistent på delegation av sjukgymnast. Tidsåtgång för bedömning inkluderas om den är en del i behandlingen men inte i de fall när enbart en bedömning av sjukgymnastikbehov görs.</p> <p>Koda;  <b>1</b> = ja, ≥ 45 min  <b>2</b> = ja, &lt; 45 min  <b>3</b> = nej, men har haft behov  <b>4</b> = nej, har inte haft behov  <b>9</b> = okänt</p> <p><b>Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehab.</b></p> <p>Svaret avser sammanlagd tid sjukgymnastik i medeltal per dag, under den del av vårdtiden som patienten bedömts ha haft behov. Sjukgymnastik avser bedömning/behandling utförd av sjukgymnast eller sjukgymnastassistent efter delegering. Kontinuerliga bedömningar under vårdtillfället räknas in i behandlingstiden. Administration kring patienten räknas inte in i behandlingstiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som <b>5</b>.</li> <li>• Yttre faktorer som påverkat: ex Isolering, patienten ej anträffbar p.g.a. undersökningar bedöms som <b>3</b>.</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter som ej kan medverka p.g.a. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som <b>4</b>.</li> </ul> <p><b>Koda:</b></p> <p><b>1</b> = ja ≥ 30 min  <b>2</b> = ja &lt; 30 min  <b>3</b> = nej, men har haft behov  <b>4</b> = nej, har haft behov men ej kunnat tillgodogöra sig rehabilitering  <b>5</b> = nej, har inte haft behov  <b>6</b> = patient har avböjt  <b>9</b> = okänt</p> <p>Läs även Frågor och Svar om sjukgymnastikregistrering på hemsidan; flik Vägledning</p>
--	--

## Information

<b>Rökstopp</b>	Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i registreringsbilden. Registrera om information om rökstopp är given. Koda <b>1</b> =ja, <b>2</b> =nej <b>3</b> = ej relevant p g a patientens tillstånd och <b>9</b> = okänt
<b>Bilkörning</b>	Registrera om information är given om bilkörning. Koda <b>1</b> =ja, <b>2</b> =nej <b>3</b> = ej relevant/saknar körkort och <b>9</b> = okänt

## Komplikationer under akutvård och eftervård på sjukhus

**OBS!** För er som inte har sammanhållen vårdkedja eller att patienten flyttas inom kort, exempelvis inom ett par dagar till annat sjukhus för fortsatt vård - försök även ta rätt på om patienten fått någon av komplikationerna under B EFTERVÅRD för rehabilitering. Gäller det inom det egna sjukhuset finns ofta denna uppgift för behöriga via datorns söksystem. I annat fall kan ni ringa eller skicka kopia på den del av formuläret som innehåller de uppgifter ni vill få svar på. Fram till att ni fått in svaret får ni registrera uppgift saknas för komplikationer och sedan ändra när svar inkommit.

<b>Djup ventrombos/lungemboli</b>	Gäller om ventrombos/lungemboli uppkommit under hela vårdtiden alltså <b>både akutvård och eftervård</b> . Koda "ja" om patienten fått komplikation i form av djup ventrombos/lungemboli. Koda "nej" om patienten redan vid inläggning har ventrombos/lungemboli eftersom då har inte komplikationen uppkommit under vårdtiden.
<b>Fraktur</b>	Gäller om frakturen uppkommit under hela vårdtiden alltså <b>både akutvård och eftervård</b> Koda "ja" om patienten fått komplikation i någon form av fraktur. Koda "nej" om patienten redan vid inläggning har en fraktur eftersom då har inte frakturen uppkommit under vårdtiden

Lunginflammation	Gäller om lunginflammationen uppkommit under hela vårdtiden alltså <b>både akutvård och eftervård</b> Koda "ja" om patienten fått komplikation i form av lunginflammation (klinisk diagnos eller verifierat med lungröntgen) Koda "nej" om patienten redan vid inläggning har lunginflammation eftersom då har lunginflammationen inte uppkommit under vårdtiden
------------------	---

## Uppföljning av strokepatienter

Är ett återbesök planerat hos sjuksköterska eller läkare på grund av det aktuella strokeinsjuknandet?	Avser återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga. = ja, på särskild strokemottagning (på eller utanför sjukhuset) = ja, på annan sjukhusmottagning/avdelning = ja, på vårdcentral/motsvarande = ja, på särskilt boende = ja, på dagrehab. = nej = okänt  Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.
---	--

## UPPFÖLJNINGSFÖRMULÄRET

### Uppdateras i samband med uppföljningsformulär för 2014

Börjar gälla fr.o.m. 2013-04-01

- **Försök följa upp samtliga patienter** - om ni missat att följa upp över 10 procent av patienterna bör ni undersöka om det finns andra metoder för att öka uppföljningsfrekvensen. Om ni skickar uppföljningen med brev är det kanske möjligt att ringa till patienter som inte svarat.
- **Patienter som är svåra/omöjliga att följa upp:** Endast när man *försökt* och det är omöjligt att följa upp patienten skall något av svarsalternativen: "Uppföljning ej möjlig" eller "Uppföljning ej möjlig p.g.a. utlandsboende patient" användas. Uppgiften "Ifyllt av" skall då även besvaras. På uppföljningsformuläret saknas uppgift för *omöjlig att följa upp* eftersom en del sjukhus skickar uppföljningsformuläret till patienten skriv då in *detta* för hand på formuläret för att sedan registreras i datorn.
- **Patienter som inte vill delta i 3-månadersuppföljning** – koda då "Uppföljning ej möjlig p.g.a. att patienten väljer att avstå" (nytt svarsalternativ), uppgiften "Ifyllt av" skall då även besvaras. Detta innebär att patienten kommer att hamna i gruppen "uppföljning saknas".
- **Patienter som alltjämt vårdas på ger/rehab efter 3 mån ska även följas upp**, även om inte alla uppgifter kan besvaras. Om patienten inte är färdigvårdad vid uppföljningen koda *samma datum för uppföljningsdag som utskrivningsdag*.
- **Patientupplevda data.** Registrera vad patienten svarat - *ändra inte* deras svar även om svaren inte stämmer med verkligheten! Syftet med "patientupplevda data" är att

väcka intresse och observans för vad som händer efter utskrivningen. Svaren från patienterna är inga objektiva hårddata och klassas därför alltid som subjektiva "upplevelsedata".

- **Om den** som besvarar frågan inte vet svaret på frågan och svarsalternativet "Vet ej" saknas lämnas frågan obesvarad.
- **Nu kan** man på varje fråga registrera okänt eller uppgift saknas där inte någon svarat på frågan. Detta svarsalternativ visas bara i registrerings fönstret.
- **Om närstående eller vårdpersonal svarar i patientens ställe ska "9" uppgift saknas** användas. Om patienten själv svarat att hon/han inte vet svaret på frågan ska "8" *vet ej* användas.
- **Patientens möjlighet att ge kommentarer** är frivilliga uppgifter som ej går att registrera i programmet. Kommentarer *är en möjlighet för er att få feedback på det egna arbetet* samt att det eventuella kan leda till en vidare kontakt med patienten. Vi rekommenderar att ni själva bearbetar/sammanställer kommentarerna som underlag för diskussion och lokalt förbättringsarbete.
- **Listan över aktuella uppföljningar i Fördefinierade listor** visar samtliga patienter under de senaste 6 månaderna som inte är uppföljda. Om annat tidsintervall önskas ange önskat datumintervall vid rubriken "insjuknande" före uttag av lista.

<b>Personnummer</b>	Är "för-i-fyllt" från akutskedet.
<b>Namn, adress, telefon</b>	Fylls i formuläret men endast namn kommer att registreras elektroniskt.
<b>Rapporterande sjukhus</b>	Sjukhuskoden är numera ifylld automatiskt efter att man loggat in på Internet.
<b>Avdelning</b>	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckningar för resp. avdelning. Är ingen avdelning angiven eller om ni har olika beteckningar för samma avdelning är det inte möjligt med någon jämförelse.
<b>Uppföljningsdatum</b>	Ange det datum patienten följs upp. Uppföljningen ska göras 3 mån efter insjuknandet. Om <b>uppföljningen sker senare</b> kan man alltid fråga hur det var för patienten vid den tidpunkten uppföljningen skulle ha skett. Riks-Stroke följer inte upp patienterna längre än 3 månader. Alla patienter med en vårdtid på mer än 100 dagar har därmed satts till lika med 100 dagar vid sammanräkningen. Detta medför att utskrivningsdag blir samma som uppföljningsdag vid sammanställningen. Om uppföljningen skickas till patienten så går det bra att "för-i-fylla" planerat uppföljningsdatum.
<b>Avliden</b>	På uppföljningsformuläret saknas uppgift för avliden eftersom en del sjukhus skickar uppföljningen till patienten. Om patienten avlider efter sjukhusvistelsen och inom 3 månader efter insjuknandet, skriv då in <i>avlidandedatum</i> för hand på formulärets framsida. <i>Avlidandedatum</i> ska sedan registreras i datorn, tillsammans med <i>dag för uppföljningen</i> samt vem som <i>besvarat uppgifterna</i> . Därefter sätts i datorn automatiskt "9" på alla övriga uppgifter och registreringen är färdig. Om patienten avlider innan 3- månadersuppföljningen går det att mata in uppgiften i datorn om man anger samma dag för uppföljning som datum för avliden.

## Efter strokeinsjuknandet

<b>1. Vistelsen vid Uppföljning</b>	<p>Koda <b>1=eget boende utan</b> hemtjänst (hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård).            Koda <b>2=eget boende med</b> hemtjänst (hemtjänst avser inte hemsjukvård eller avancerad hemsjukvård).            Enbart larm räknas inte som kommunal hemtjänst.            Koda <b>3= särskilt boende</b> - vilket 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. <b>servicehus, gruppboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende, kategoriboende och avlastningsplats</b>. 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 <i>endast larm</i> eller <i>matdistribution</i> räknas inte som särskilt boende.            Koda <b>5=akutsjukhus</b> (t.ex. medicin, neurolog, kirurgklinik)            Koda <b>6= annat</b> kan t.ex. vara personlig assistent – skriv i klartext för att specificera.            Koda <b>7=geriatrisk/rehabklinik</b>            Koda <b>9= okänt</b></p>
<b>2. Ensamboende</b>	<p>Koda <b>"1"</b> om patienten bor i eget boende ensam, eller i kommunalt särskilt boende. Koda <b>"2"</b> om hon/han delar boende med maka/make i lägenhet på servicehus.</p>
<b>3. Rörlighet</b>	<p>När tveksamhet råder kring rörlighet, registrera vad patienten verkligen gör — inte det man tror att patienten kan klara av.</p>
<b>4. Hjälptoalettbesök</b>	<p>När tveksamhet råder kring hjälpbehov vid toalettbesök, registrera vad patienten verkligen gör — inte det man tror att patienten kan klara av.</p>
<b>5. Hjälptkläder</b>	<p>När tveksamhet råder kring hjälpbehov vid av- och påklädning, registrera vad patienten verkligen gör — inte det man tror att patienten kan klara av.</p>

## Stöd Rehabilitering

<b>6. Återbesök hos läkare</b>	<p>Koda <b>"ja"</b> om patienten varit på eller fått tid för återbesök till läkare efter sjukhusvistelsen på ex. sjukhus, vårdcentral eller motsvarande (ex. privatläkaremottagning), dagrehab. eller på särskilt boende eller i det egna boendet. Flera alternativ är möjliga! Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!</p>
<b>7. Återbesök hos sjuksköterska</b>	<p>Koda <b>"ja"</b> om patienten varit på eller fått tid för återbesök till sjuksköterska efter sjukhusvistelsen på ex. sjukhus, vårdcentral eller motsvarande (ex. privatläkaremottagning), dagrehab. eller på särskilt boende eller i det egna boendet. Flera alternativ är möjliga! Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!</p>
<b>8. Tillgodosett stöd efter sjukhusvistelsen</b>	<p>Ange om patienten ansett sig fått tillgodosett stödet efter sjukhusvistelsen är eller om patienten inte behövde/ej ville ha stöd</p>



	<p>oavsett om det är från landstinget eller kommunen. Stöd ska tolkas individuellt utifrån den enskilda patientens behov. Stöd/hjälp kan innebära kontroll vid vårdcentral, kontroll vid sjukhus, rehabiliteringsåtgärder eller andra kontakter, mera information etc. Avsaknaden av stöd/hjälp innebär ju att patienten är lämnad åt sig själv.</p> <p>Om patienten fortfarande vårdas på sjukhus fyll i "vet ej". Därefter kan förtydligas i kommentaren att patienten fortfarande är inneliggande.</p>
<b>9. Stöd - vilken typ av stöd?</b>	<p>Om patienten ansett sig fått stöd efter sjukhusvistelsen ange vilken typ av stöd patienten fått. <i>Flera alternativ är möjliga.</i></p> <p>Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!</p> <p>Koda "ja" för korttidsboende om patienten bott i ett kommunalt särskilt boende under en kortare period.</p> <p>Om det inte är patienten som har besvarat frågan och den som besvarar frågan inte vet svaret på frågan registreras "vet ej".</p> <p>Registrera "annat stöd" om den som besvarar enkäten vet att patienten fått stöd eller hjälp av någon personal?</p>
<b>10. Beroende av närstående</b>	<p>Koda "ja" om patienten anser sig vara beroende av hjälp eller stöd från närstående för att klara sin dagliga livsföring. Denna fråga gäller alla aspekter av beroende, från rent praktisk hjälp till en mer stödjande funktion från närstående.</p>

## Hälsa

<b>11. Tal-, läs-, skriv- och/eller sväljsvårigheter</b>	<p>Flera alternativ är möjliga! Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!</p> <p><i>Problemen</i> gäller oavsett om de funnits före eller tillkommit efter strokeinsjuknandet!</p>
<b>12. Har Du träffat logoped för bedömning eller behandling av din förmåga att tala, svälja eller skriva?</b>	<p>Koda "ja" om patienten bedömts eller behandlats av logoped. Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!</p> <p>Frågan om bedömning eller behandling av logoped gäller både inom slutenvård och primärvård</p>
<b>13. Rökning</b>	<p>Koda "ja" om patienten uppger att hon/han är daglig rökare (minst en cigarett per dag). Gäller även om patienten har slutat röka för mindre än 3 månader sedan. (<i>Att patienten inte rökt under de senaste tre månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg"</i>). Formuleringen av denna fråga kommer att ses över inför 2011.</p>

<b>14. Nedstämd</b>	Ange om patienten känner sig nedstämd och i så fall hur ofta. Det är patientens upplevelse av ev. nedstämdhet vid uppföljningen som ska registreras oberoende av orsaken till nedstämdheten.
<b>15. Medicin mot nedstämdhet</b>	Koda "1" om patienten uppger att han/hon tar medicin mot nedstämdhet. Behandling mot nedstämdhet ska besvaras även om patienten inte känt sig nedstämd.
<b>16. Medicin mot högt blodtryck</b>	Koda "1" om patienten uppger att han/hon tar medicin mot högt blodtryck.
<b>17. Allmänna hälsotillståndet</b>	Patienten graderar sitt allmänna hälsotillstånd.
<b>18. Trötthet</b>	Kryssa i det som markerats under frågan om patienten angett att de känner sig trötta. Markera även om uppgift saknas. Det är patientens upplevelse av ev. trötthet vid uppföljningen som ska registreras oberoende av orsaken till tröttheten.
<b>19. Smärta</b>	Kryssa i det som markerats under frågan om patienten angett att de har smärta. Markera även om uppgift saknas. Det är patientens upplevelse av ev. smärta vid uppföljningen som ska registreras oberoende av orsaken till smärta.
<b>20. Minnessvårigheter</b>	Kryssa i det som markerats under frågan om patienten angett att de har svårigheter med minnet. Markera även om uppgift saknas. Det är patientens upplevelse av ev. minnessvårigheter vid uppföljningen som ska registreras oberoende av orsaken till minnessvårigheterna.

## Patientens synpunkter på vården

<b>Patientens synpunkter på vården under sjukhusvistelsen</b> har tillkommit som önskemål från vårdpersonalen att söka förbättringar i patientarbetet. Koda "siffror" som motsvarar patientens förkryssade svarsalternativ. Frågorna är omformulerade så att de innefattar både nöjd och missnöjd samt de som ej hade behov.	
<b>21. Nöjd eller missnöjd med vården under sjukhusvistelsen</b>	Om vård på flera sjukhus och olika svar registreras det som avser det egna sjukhuset.
<b>22. Nöjd eller missnöjd med personalens bemötande under sjukhusvistelsen</b>	
<b>23. Nöjd eller missnöjd med enskilt samtal med läkare under sjukhusvistelsen</b>	
<b>24. Nöjd eller missnöjd med information om sjukdomen stroke</b>	
<b>25. Vända sig för stöd eller hjälp <u>efter</u> sjukhusvistelsen</b>	
<b>26. Nöjd eller missnöjd med rehabiliteringen <u>under</u> sjukhusvistelsen</b>	Registrera det patienten markerat på frågor om nöjd med rehabilitering eller träning <u>under</u> sjukhusvistelsen.
<b>27. Nöjd eller missnöjd med rehabiliteringen <u>efter</u> sjukhusvistelsen</b>	Registrera det patienten markerat på frågor om nöjd med rehabilitering eller träning <u>efter</u>

	sjukhusvistelsen.
<b>28. Pågående rehabilitering/träning</b>	Registrera det svarsalternativ patienten markerat

## Besvarats av

<b>29. Formuläret besvarats av</b>	Ange vem som har besvarat uppföljningen.
<b>Uppföljning ej möjlig</b>	Registrera det svarsalternativ som passar: Uppföljning ej möjlig ex adress saknas Uppföljning ej möjlig p. g. a. utlandsboende patient Uppföljning ej möjlig p. g. a. att patienten väljer att avstå  Uppgiften "Ifyllt av" skall även besvaras.

## Årsredovisning - Årsrapport

### Årsredovisningen - datum att lägga på minnet!

Den **17 mars 2014** ska akutskede vara inmatade och den **5 maj** ska uppföljningsdata vara inmatade för alla som insjuknat från 1 januari till 31 december föregående helår (2013). Detta är nödvändigt för att alla era patienter ska komma med när vi räknar ut riksdata. Vårdtillfällen som inte hunnits registreras in går bra att registrera efter detta datum, de kommer inte med som underlag i Årsrapporten. Däremot finns dessa tillgängliga för ert sjukhus att själva ta fram via statistikmodulen då registreringar hela tiden ständigt uppdateras.

*Via hemsidan och e-post kommer vi gå ut med påminnelser till er då dessa datum närmar sig!*

### Inhämta årsredovisningen - data för föregående helår med tillhörande uppföljningsdata.

Dessa går *tidigast* att hämta hem **den 2 juni 2014** då ITS datacentral kört riksdata. Kontaktperson/administratör ombeds då att hämta hem föregående helårsdata för överlämnande till verksamhetschef och strokeansvarig läkare samt till övriga berörda på avdelningen. *Meddelande kommer när detta finns tillgängligt!*

### Förklaring till Årsredovisningarna/tabellverken återfinns om ni går till "HJÄLP" och väljer **Statistikredovisning – förklaring tabeller.**

**Årsrapport** – beräknas färdigställd under september-oktober den baseras på data för föregående helår. Den skickas som trycksak till berörda verksamhetschefer och kontaktpersonerna men går även att hämta hem via hemsidorna. Äldre versioner av Årsrapporter/ Analyserande rapporter finns även tillgängliga på hemsidorna.

**Redovisa Riks-Stroke-data med grafer** – grafiken finns tillgänglig på Riks-Stroke's inloggningssida, välj **Statistik - redovisning i fördefinierade diagram**. Under "Hjälp" i huvudmenyn hittar ni **instruktion** från beställning till färdigt diagram. En PowerPoint presentation med figurer och tabeller från Årsrapporten 2012 finns på Riks-Stroke's hemsida [www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org)

## Kvalitetsarbete och kvalitetsregister

### Hur förankrar vi hos ledningen att kvalitetssäkringsarbetet är viktigt?

Detta är inte vårdpersonalens uppgift. Det är tvärtom ledningens ansvar. Genom deltagande i

Riks-Stroke uppfylls kraven från tillsynsmyndigheten att alla i sjukvården ska arbeta med kvalitetssäkring. Generellt gäller att deltagande i Riks-Stroke är frivilligt. Men rekommendationerna är att man bör delta om det finns nationella register för de diagnoser som man vårdar. För den som önskar finns mer att läsa på <http://www.kvalitetsregister.se>  
Sök artikel *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* med artikelnr: 2005-10-12 alt. via <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>

På Riks-Stroke's *hemsida* <http://www.riks-stroke.org/> finns lista över punkter varför man bör delta i Riks-Stroke.

**Nationella riktlinjerna för strokesjukvård** - I de Nya Nationella riktlinjerna för strokesjukvård 2009 prioriteras deltagande i Riks-Stroke högt. (prio 2).

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-4/Sidor/default.aspx>

Riktlinjerna utgör dels ett evidensgraderat kunskapsdokument som anger innehållet i god strokesjukvård och dels ett underlag för sjukvårdshuvudmännens prioriteringar. Tillsynsmyndigheten på Socialstyrelsen använder riktlinjerna då de utövar tillsyn.

[Till innehållsförteckning](#)

## **Datakvalitet i Riks-Stroke**

**Är data i Riks-Stroke tillförlitliga?** Tillförlitligheten är genomgående bra med undantag av mortalitetsdata, vilket bl.a. hänger samman med att vissa patienter som avlider tidigt undgår registrering. Resultaten av valideringen då vi granskat journaler visar att det är bra registrering av boendeformer, ADL, medvetandegrad och diagnos. (Dock förekommer en viss överskattning av diagnosen ospecificerat stroke på vissa sjukhus). Strokediagnoserna håller generellt en högre kvalitet jämfört med den rutinmässiga registreringen av diagnoser på sjukhusen.

När det gäller jämförelser är det bara ni själva som kan veta om ni har något som avviker ex. en annorlunda vårdorganisation, som ej är jämförbar med andras, vilket kan ha stor betydelse för exempelvis vårdtiderna.

**Är materialet i Riks-Stroke selekterat?** Alla patienter som blir undersökta på sjukhus och får en strokediagnos ska med i Riks-Stroke, dock är vi inte där ännu. Det är främst de patienter som avlider i ett tidigt skede och de som drabbas av en lättare stroke som snabbt går i regress som inte kommer med.

## **Täckningsgrad**

### **Täckningsgrad från 2011 års Årsrapport**

Målnivåer:

Hög 92 %

Måttlig 85 %

Täckningsgraden beskriver den andel av samtliga vårdtillfällen på sjukhus för akut stroke som registreras i Riks-Stroke.

Täckningsgraden beräknas som antal förstagångsinsjuknanden registrerade i Riks-Stroke i förhållande till antalet förstagångsinsjuknanden i akut stroke i Patientregistret vid Socialstyrelsen. Att inte återinläggningar under strokediagnos tas med i jämförelserna beror

på att det finns varierande praxis när det gäller de diagnosnummer som sätts för patienter med resttillstånd efter stroke. Tar man med samtliga strokediagnoser blir underlaget därför osäkrare än om man begränsar sig till förstagångsstroke.

En validering av PAR har visat att det ofta förekommer överdiagnostik av stroke i rutinsjukvården, dvs. man sätter stroke som utskrivningsdiagnos utan att det finns säkert underlag för diagnosen. Denna andel var 6 % för förstagångsinsjuknanden. Med tanke på att det kan förekomma vissa variationer i andelen med överdiagnostik från sjukhus till sjukhus, har vi valt att sätta den höga målnivån för täckningsgrad till 92 %.

På landstingsnivå fanns de högsta täckningsgraderna i Stockholm (95,3 %), Jämtland (93,8%) och Värmland (92,8 %), de lägsta i Blekinge (78,5 %), Västerbotten (80,8 %) och Västernorrland (83,9 %).

I hela riket var täckningsgraden 90,5 % under 2011, klart högre än tidigare år (88 % 2010 och 85 % 2009). Tar man hänsyn till överdiagnostiken av akut stroke i rutinsjukvården (se ovan) blir täckningsgraden i Riks-Stroke ca 96,5 %.

Täckningsgrad under 75 % noteras vid två sjukhus: Hudiksvall och Linköping. På grund av den låga täckningsgraden ska Riks-Stroke's uppgifter från dessa sjukhus tolkas med särskild försiktighet, något som påpekats i tabell och figurtexter.

Det måste betonas att Riks-Stroke's sätt att beräkna täckningsgraden är beroende av kvaliteten i de strokediagnoser som sätts i rutinsjukvården. Tidigare valideringar genomförda vid 8 sjukhus visade att täckningsgraden för relevanta strokeinsjuknanden var minst 90 % vid universitetssjukhusen, och 95 % vid de flesta icke-universitetssjukhus (se Årsrapport 2010 års data).

De vanligaste anledningarna till att patienter inte registrerats i Riks-Stroke är:

- patienter med resttillstånd efter tidigare stroke får felaktigt en akut strokediagnos (den i särklass vanligaste anledningen).
- patienter med TIA får en akut strokediagnos
- patienter med oförklarad akut insjuknande får en strokediagnos utan att det finns undersökningsfynd som talade för diagnosen
- patienter med traumatiska hjärnskador har felaktigt fått en strokediagnos.

Vid flera universitetssjukhus förekommer det dessutom att patienter som fått stroke i samband med annan vård, t ex på thoraxkirurgisk eller neurokirurgisk klinik, inte registreras.

### **Tolkningsanvisningar**

- På många sjukhus fungerar Riks- Strokeregistreringen väl på strokeenheten, medan man riskerar missa registrering av strokepatienter på andra vårdenheter. Sjukhus med hög andel vårdade på strokeenhet har därför bättre förutsättningar att nå hög täckningsgrad i Riks-Stroke.
- I rutinsjukvården förekommer en betydande överdiagnostik av stroke. Det är t ex inte ovanligt att patienter med oklara akuta insjuknanden med neurologiska symtom får en strokediagnos. Låg täckningsgrad kan då ses som en indikator på bristande kvalitet i diagnossättandet på sjukhuset.
- Enligt diagnosklassifikationen ICD-10 kan patienter få en akut strokediagnos upp till 12 månader efter ett akut insjuknande. Detta bidrar till att höja antalet i PAR och ger därigenom en viss underskattning av täckningsgraden i Riks-Stroke.

## Slutsatser

- Täckningsgraden är vid jämförelser med Patientregistret 90,5 %. Valideringar har visat att det i rutinsjukvården finns en betydande överdiagnostik av akut stroke (6 %). Tar man hänsyn till detta blir täckningsgraden i Riks-Stroke c:a 96,5 %.
- En täckningsgrad på 100 % förutsätter dels att alla patienter med stroke registreras i Riks-Stroke, dels att strokediagnosen används med precision i rutinsjukvården.
- Att Riks-Stroke blir alltmer heltäckande med bättre inklusion av patienterna som avlider tidigt eller som har svåra resttillstånd efter stroke kan påverka jämförelser av utfallsdata över åren.
- Sjukhus med täckningsgrad under riksgenomsnittet bör göra egna valideringar av orsakerna. Detta kan bl. a. innebära en översyn av diagnossättningen, men också bättre rutiner att fånga upp alla patienter med stroke på sjukhuset, särskilt de som vårdas utanför strokeenheten.

## Hur kan man lokalt förbättra täckningsgraden i Riks-Stroke?

Ett problem som såväl Riks-Stroke som andra kvalitetsregister är behäftade med är bortfall av patienter. Detta får till följd att datakvaliteten blir sämre, eftersom de missade patienterna av erfarenhet på flera sätt skiljer sig från de från de man inkluderat.

Det finns många sätt att lokalt förbättra datainsamlingen. Här följer några enkla tips:

- **Kontrollera före signering**  
Den första åtgärden kan vara att införa en kontrollstation innan en journal slutsigneras. Den bästa personalkategorin att tilldela en kontrollfunktion är läkarsekreteraren. Om Riks-Stroke-formuläret inte är ifyllt på en strokepatient, skickas journalen tillbaka till epikrisskrivande läkare eller den/de personer som ansvarar för att fylla i Riks-Strokeformuläret för vänlig påminnelse. I journaldatasystemen bör det gå att införa en rutin, så att en journal inte går att slutsignera förrän Riks-Strokeformuläret är ifyllt.
- **Kontrollera mot slutenvårdsregistret**  
De lokalt satta diagnoserna i slutenvårdsregistret kan regelbundet (t.ex. månatligen) kontrolleras mot Riks-Stroke-data. Ofta kan man få hjälp från sjukhusets dataavdelning att hitta ett smidigt system för att samköra persondata. Strokepatienter som man missat vid utskrivningen, kan många gånger inkluderas i efterhand, och man kan hinna med att göra 3-månaderskontrollen i rätt tid. Även om en del data saknas eller är osäkra, är det ändå bättre att komplettera i efterhand.
- **Sök strokepatienter vårdade på andra avdelningar – behörighet krävs**  
Missade strokepatienter kan finnas på avdelningar som man tror att man har bra kontroll över, eller på vilka man normalt inte tror att strokepatienter förekommer. Problemet synes bli större, allteftersom platsbristen blir större på akutsjukhusen. Då blir det också viktigare att registrera strokepatienter som hamnar utanför strokeenheterna. Dessa patienter återfinns lättast via slutenvårdsregistret.
- **Påminn patienterna om 3-månadersuppföljningen**  
När det gäller 3-månadersuppföljningen, skickas denna oftast ut som en skriftlig enkät. Erfarenheten visar att många patienter behöver påminnas, och en telefonpåminnelse ger ofta bättre utdelning än ytterligare ett skriftligt utskick. Det är naturligtvis en resursfråga i vilken mån man hinner genomföra telefonintervjuer.

## Riks-Stroke sjukhuskoder

<i>RS-Sjukhuskoder för 2014-01-01</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
Kärnsjukhuset(Skövde)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

Mölnadal	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

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

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

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

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

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



(Tidigare koder NÄL 224 och Uddevalla 231)

\* **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)

\* **Borås/Skene** är sammanslagna på kod 210 fr.o.m. 11-01-01

(Tidigare kod Skene 439)

\* **Norrköping**/Finspång är sammanslaget på kod 225 fr.o.m. 12 -01-01

(Tidigare kod Finspång 464)

\* **Falun**/Ludvika är sammanslaget med Falun på kod 213 fr.o.m. 12 -01-01

(tidigare kod Ludvika 431)