

Vägledning för Riks-Stroke 11.0

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2011-01-01** och därefter.

Akutformulärets ändringar gäller från 2011-01-01

Uppföljningsformulärets ändringar börjar gälla från 2011-04-01

Vägledning 10.0 finns också tillgänglig.

Har ni frågor om registreringen – hör av er till [Sari Wallin](#) Tel 090-785 8778 eller [Åsa Johansson](#) Tel. 090 -785 25 18

Om ni byter kontaktperson/administratör - 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
- Läkemedelsbehandling
 - Trombolys, trombektomi m.m. och hemikranektomi
- Lista över läkemedelsgrupper med preparatnamn
- 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
- 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 att de registreras i ett kvalitetsregister enligt den nya Patientdatalagen som trädde i kraft 1 juni 2009 för samtliga kvalitetsregister. **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! 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.
***Glöm ej att anmäla Riks-Stroke till personuppgiftsansvarig i ert landsting.**
- **Borttag av patientuppgifter** - Enligt den nya Patientdatalagen 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 och sjukhuskod när ni tar bort en redan registrerad patient. Vi behöver veta detta för att kunna utplåna en patient från registret samt att vi ska få en uppfattning om hur vanligt förekommande det är att patienter inte vill delta i kvalitetsregistret.
- **Registrera alla patienter som får en fastställd strokedagnos**
- **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 olika strokeenheter). Vid dubbelregistrering kommer information med uppmaning att inblandade strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse om vem som skall följa upp patienten och därmed erhålla vårdtillfället. En lista med dubbelregistrerade vårdtillfällen visas vid inloggning eller kan väljas under fliken "Listor" och "Ofullständiga registreringar". 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. Nu kan man på varje fråga ange registrera okänt eller uppgift saknas där ni inte hittar svar på respektive fråga. För Uppföljningsformuläret visas det svarsalternativet bara i registreringsfönstret.
- **Avlidna > 120 dagar efter uppföljningsdatum.** En "automatisk borttagning" sker av vårdtillfällen för diagnoserna I61, I63 och I64 som registrerats avlidna >120 dagar efter insjuknandet i statistikmodulerna. Om insjuknandedag registrerats okänd beräknas avlidna > 120 dagar från ankomstdagen. Detta gäller för vårdtillfällen med insjuknandedatum fr.o.m 2008.
- **Uppgift saknas:** När uppgifter saknas, koda "9".
- **Pappersformulären ska 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!

[Till innehållsförteckning](#)

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).*

Personnummer	Om man inte har kännedom om patientens hela personnummer ex. utländska medborgare, skriv då år månad och dag och "0000" istället för de sista fyra siffrorna. Är patienten född på 1800-talet, måste man vid registrering ändra sekel från 1900 till 1800.
Kön	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, glöm ej att ange kön.
Namn, adress, telefon	Fylls i formuläret men (frivillig uppgift) att registrera i datorn.
Valfri uppgift	T ex namn och telefon till närstående eller annat
Insjuknandedag	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder

	detta vårdtillfälle). Om dag eller månad inte är känd, koda ”99”.
CVS-diagnos	<p>I61= Hjärnblödning (blödning konstaterad på datortomografi eller vid obduktion).</p> <p>I63= Cerebral infarkt (avsaknad av blödning vid undersökning med datortomografi eller konstaterad vid obduktion).</p> <p>I64= Akut cerebrovasculärt insjuknade (fokala bortfall), men ingen datortomografi 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>Det går att registrera <i>följande diagnoser, I 61, I 63, I 64</i> samt I 60 (subarachnoidal blödning) Se separat TIA vägledning!</p> <p>I Årsredovisningen tillbaka till sjukhusen inkluderas endast diagnoserna I 61, I 63 och I 64.</p>
Rapporterande sjukhus	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.
Avdelning	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. Data kan då även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning.
Ifyllt av	Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift).
Avlidande datum	Avlidande datum anges endast om patienten avlider under vårdtiden.
Har patienten vårdats inneliggande för detta strokeinsjuknande?	<p>Koda 1= ja, läggs in Koda 2= nej, vid ej inläggning. Denna uppgift är mycket värdefull men den är frivillig för sjukhus att registrera.</p> <p>Om man kodar 2 är inte övriga frågor i formuläret tvingande, registrera endast orsak till ej inläggning enligt nedan.</p> <p>Om nej, ange främsta orsak till ej inläggning 1= milda symtom/symtom regress 2= insjuknandet flera dagar före ankomst 3= äldre multisjuk i institutionsboende 4= platsbrist 5= annan orsak. Möjlighet att ange annan orsak finns. Exempelvis patienten vill inte läggas in. 9= 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>

Var patienten redan ineliggande på sjukhuset vid strokeinsjuknandet?	Koda 1 = ja, om patienten redan var ineliggande Koda 2 = nej, om patienten inte var ineliggande
---	--

[Till innehållsförteckning](#)

Vårdkedja

A Akutvård	Gäller akutvården patienten får för sitt stroke
A Insjuknandedag	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring från Patientsidan
Tidpunkt symtomdebut/insjuknandetid	Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symtom. Om patienten vaknat med symtom anges senaste tidpunkt utan symtom. Koda " 9999 " om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme kan minuter kodas med " 99 ". Försök dock alltid att ange exakt klockslag! OBS: 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.
Tidsintervall för tidpunkt symtomdebut och ankomst till sjukhus	Om exakt insjuknandetid är okänd (9999) ange så exakt tid som möjligt i tidsintervallet antalet timmar från insjuknade till ankomst till sjukhus.
Vaknat med symtom	Koda 1 =ja, 2 =nej och 9 =okänt
Larmat för trombolys	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 CT visade en blödning).
Kom patienten med ambulans <i>Frivillig fråga</i>	Koda 1 =ja, 2 =nej och 9 =okänt
Prioritetsgrad 1 vid intransport med ambulans <i>Frivillig fråga</i>	Koda 1 =ja, 2 =nej och 9 =okänt
Varit inlagd först på annat sjukhus	Koda 1 =ja, 2 =nej och 9 =okänt
A Ankomstdag	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. Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdag = inskrivningsdag på det sjukhus där patienten först vårdades för <u>stroke</u> .

Tidpunkt ankomst	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 "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme kan minuter kodas med "99". Försök dock alltid att ange exakt klockslag! OBS: 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.
Ankomstdag - strokeenhet	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 "99".
Tidpunkt ankomst - strokeenhet	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 "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme kan minuter kodas med "99". Försök dock alltid att ange exakt klockslag!
Inläggs först på	Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten. Koda 9 om typ av avdelning är okänd. <i>Definition av strokeenhet: (se Riks-Stroke's hemsida)</i> 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" korrigera registreringen i början av formuläret.</i>
Verksamhetsområde först	Det verksamhetsområde som ansvarar för den första vården vid ankomst till sjukhuset
Fortsatt vård under akutskedet	Ange typ avdelning som bäst motsvarar den fortsatta vårdformen. I de fall patienten inte förflyttas under akutskedet (sammanhållen vårdkedja) behöver inte frågan om "Fortsatt vård under akutskedet" fyllas i. <i>Definition av strokeenhet: (se Riks-Stroke's hemsida)</i>
Verksamhetsområde fortsatt	Det verksamhetsområde som ansvarar för den fortsatta vården under akutskedet. I de fall patienten inte förflyttas under akutskedet (sammanhållen vårdkedja) behöver inte frågan Verksamhet fortsatt" fyllas i.
A Utskrivningsdag	Fyll i datum för när patienten skrivs ut från sjukhuset eller det <i>datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus för B eftervård</i> . A Utskrivningsdag får då samma datum som B Inskrivningsdag. Avlider patienten under vårdtiden blir datum för utskrivning och dödsfall det samma. Utskrivs till efter A Akutvård - Om patienten utskrivs till annan strokeenhet för fortsatt akutvård bör strokeenheterna ta kontakt med varandra. Detta för att om möjligt komplettera ev B Inskrivningsdag , ev B Utskrivningsdag och ev Utskrivs till efter B eftervård inför uppföljningen. Den strokeenhet som har den längsta akuta vårdtiden och som gör 3-månaders uppföljningen registrerar första sjukhusets A Inskrivningsdag och andra strokeenhetens A Utskrivningsdag .

Antal vård dagar på strokeenhet	<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.</p> <p>Möjlighet att ange 999=okänt finns som alternativ för de som ej har obruten vårdkedja när det gäller manuell uträkning av antal vård dagar på strokeenhet.</p> <p>Om vård på flera strokeenheter är det den totala vårdtiden på strokeenhet som skall anges.</p> <p>Registrering av vårdtid är maximerat till 100 dagar. Se under generella anmärkningar sidan 2</p>
--	--

Utskrivs till efter A akutvård

Utskrivs till efter A akutvård	<p>Ange var patienten skrivs ut efter A akutvård.</p> <p>Koda 1= eget boende</p> <p>Koda 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 <i>endast larm</i> eller matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>Koda 4= annan akutklinik, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurg klinik. - fortsätt då att fylla i B Eftervård.</p> <p>Koda 5=geriatrik/rehab om patienten skrivs ut/fortsätter vården till geriatrik/rehab inom landstinget/slutenvården - fortsätt då att fyll i B Eftervård</p> <p>Koda 6= avliden om patienten avled under vårdtiden</p> <p>Koda 7= annat, ex. patient som bor i annat land.</p> <p>Koda 9= okänt</p> <p>Koda 11 = fortfarande inneliggande</p> <p>Koda 12 = annan strokeenhet - fortsätt då att fylla i B Eftervård</p> <p>Koda 13= vårdcentral med akutplatser (fyll i B Eftervård)</p>
A Adress, tel. vid Utskrivs till	<p>För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut – uppgifterna som fylls i kommer med automatik upp på datorns uppföljningsformulär. Om patienten förflyttas vidare till annat sjukhus för B Eftervård fyll då i klartext till vilket sjukhus, ger/rehab avd som gäller.</p>

Planerad rehabilitering efter utskrivning från A Akutvård	<p>1= strokeinriktad hemrehab. Innebär ett multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam med specifik strokekompetens.</p> <p>2= övrig hemrehab.</p> <p>3= dagrehab. Dagrehab ges ofta över fler timmar och innefattar ofta flera personalkategorier och fler patienter samtidigt.</p> <p>4= poliklinisk rehab. Poliklinisk rehab innebär individuell träning/behandling hos en personalkategori vid ett/flera tillfällen.</p> <p>5= ingen planerad rehab.</p> <p>9= okänt</p>
B eftervård gäller rehabilitering av stroke inom landstinget/slutenvården	
B Inskrivningsdag	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 A akutvård blir det datum det samma som B Inskrivningsdag . I de fall eftervård sker på annat sjukhus , 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!
B Utskrivningsdag	Fyll i datum för när patienten skrivs ut slutligen efter B eftervård . Avlider patienten under B eftervård blir datum för utskrivning och dödsfall detsamma.

Utskrivs till efter B eftervård

Utskrivs till efter B Eftervård	<p>Ange var patienten skrivs ut slutligen efter B eftervård.</p> <p>Koda 1= eget boende</p> <p>Koda 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 larm matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>Koda 4= annan akutklinik, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurg klinik.</p> <p>Koda 6= avliden om patienten avled under vårdtiden</p> <p>Koda 7= annat, ex. patient som bor i annat land.</p> <p>Koda 9= okänt</p> <p>Koda 11= fortfarande inneliggande</p> <p>Koda 13= vårdcentral med akutplatser</p>
B Adress, tel. vid Utskrivs till efter B Eftervård	För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut efter B eftervård – uppgifterna som fylls i kommer med automatik upp på datorns uppföljningsformulär.

Planerad rehabilitering efter utskrivning från B Eftervård	<p>1= strokeinriktad hemrehab. Innebär ett multidisciplinärt hemrehabiliteringsteam med specifik strokekompetens.</p> <p>2= övrig hemrehab.</p> <p>3= dagrehab. Dagrehab ges ofta över fler timmar och innefattar ofta flera personalkategorier och fler patienter samtidigt.</p> <p>4= poliklinisk rehab. Poliklinisk rehab innebär individuell träning/behandling hos en personalkategori vid ett/flera tillfällen.</p> <p>5= ingen planerad rehab.</p> <p>9= okänt</p>
---	---

FÖRE strokeinsjuknandet

Boende före	<p>Koda 1=eget boende utan kommunal hemtjänst.</p> <p>Koda 2=eget boende med kommunal hemtjänst om den är beviljad av kommunen oavsett vad den omfattar. Även <i>kommunal hemsjukvård</i> räknas till kommunal hemtjänst.</p> <p>Privata tjänster i eget boende såsom städning, matinköp etc. räknas inte som kommunal hemtjänst. Enbart larm räknas inte som kommunal hemtjänst</p> <p>Koda 3= särskilt boende – 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. 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 koda som eget boende. Tillgång till endast <i>larm</i> eller <i>matdistribution</i> räknas inte som särskilt boende.</p> <p>Koda 5= annat kan t.ex. vara personlig assistent – Kan skrivas i klartext för att specificera.</p> <p>Koda 9= okänt</p>
Ensamboende före	<p>Koda ”1” om patienten bor i eget boende ensam, eller i kommunalt särskilt boende. Koda ”2” om hon/han delar boende med maka/make i lägenhet på servicehus.</p> <p>Koda 9= okänt</p> <p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens boendesituation före sjukhusvistelsen registreras.</p>
Rörlighet	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens rörlighet före sjukhusvistelsen registreras.</p>

Toalettbesök	I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens ev. hjälpbehov vid toalettbesök före sjukhusvistelsen registreras.
Kläder	I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens hjälpbehov vid av- och påklädning, före sjukhusvistelsen registreras.

[Till innehållsförteckning](#)

Riskfaktorer

Stroke tidigare	Med tidigare stroke menas att man tidigare vårdats för fokala bortfall som 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. (Gäller ej <i>G45.4 transitorisk global amnesi</i>).
Förmaksflimmer	Ange om patienten har förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer. Koda " ja " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer.
Diabetes	Gäller alla typer av diabetes. Koda " ja " om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.
Hypertoni, högt blodtryck	Koda " ja " om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även " ja " om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har.
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").

[Till innehållsförteckning](#)

Akutvård

Medvetandegrad	Gäller medvetandegraden vid första läkarundersökningen efter ankomsten till sjukhuset.
NIHSS inläggning	Ange totalpoäng exklusive hand i början av vårdtiden (max 42p). Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda 99 . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.

Är svalgförmågan testad	Koda resultat av genomförd svalgtest vid ankomsten eller senare om patienten medvetandesänkt vid ankomsten. Koda 1 =ja, 2 =nej, 3 = ej undersökt/relevant pga stor risk för aspiration 4 = ej undersökt för att symtombilden(t.ex isolerad afasi) utesluter att sväljningen kan vara påverkad och 9 =okänt
Datortomografi - hjärna	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi. Koda 1 =ja, 2 =nej och 9 =okänt
MR - hjärna	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med MR. Koda 1 =ja, 2 =nej och 9 =okänt
Ultraljud halskärl	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljudhalskärl. = ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet = ja, senare än 7 dagar = nej =okänt
CT-angio genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med CT-angio. = ja, inom 7 dagar <u>efter</u> eller inom en månad <u>före</u> insjuknandet = ja, senare än 7 dagar = nej =okänt
MR-angio genomförd	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
Undersökt kärlområde med CT- eller MR-angiografi	Om CT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes. (endast ett alternativ är möjligt). = halskärlen = intrakraniella kärl = både halskärl och intrakraniella kärl = okänt

[Till innehållsförteckning](#)

Läkemedelsbehandling

Alla kombinationspreparat skall kodas på sina båda substanser som ex. kombinationspreparat diuretikum + ACE-hämmare vilket ska kodas som både diuretikum och ACE-hämmare

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.

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.

Diuretika	Vanligt förekommande preparatnamn (ex Esidrex, Moduretic, Normorix, Salures, Furix) se även läkemedelslistor nedan.
ACE-hämmare	Vanligt förekommande preparatnamn (ex Accupro, Enalapril, Linisopril, Pramace, Ramipril, Renitec, Triatec) se även läkemedelslistor nedan.
A2-hämmare	Vanligt förekommande preparatnamn (ex Aprovel, Atacand, Cozaar, Diovan, Micardis) se även läkemedelslistor nedan.
Betablockerare	Vanligt förekommande preparatnamn (ex Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Emconcor, Metoprolol, Seloken, Tenormin) se även läkemedelslistor nedan.
Calciumhämmare	Vanligt förekommande preparatnamn (ex Amlodipin, Cardizem, Felodipin, Norvasc, Plendil) se även läkemedelslistor nedan.
Statin -lipidsänkande	Vanligt förekommande preparatnamn (ex Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastatin, Zocord) se även läkemedelslista nedan.
Andra blodtrycksmediciner	Ex Alfa-1-receptorblockerare (Alfadil m.fl)
ASA	(ex Trombyl) se även läkemedelslistor nedan.
Klopidogrel	(Plavix). Koda även tiklopidin (Ticlid; en äldre föregångare till klopidogrel) på denna plats.
ASA + dipyridamol	(Asasantin)
Dipyridamol	(Persantin)
Warfarin	(Waran)
Andra antikoagulantia än Warfarin	(t ex Pradaxa, Xarelto)
Orsak varför warfarin eller andra antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos I63	Denna fråga avser endast patienter med diagnos I63 och förmaksflimmer 1=planerad insättning efter utskrivning 2= kontraindicerat (enl. FASS) 3= interaktioner med andra läkemedel/naturläkemedel (enl. FASS) 4= försiktighet (enl. FASS) 5= falltendens 6= demens 6= patienten avstår behandling 9= okänt

Trombolys

Trombolys givet för stroke	ex. Actilys . Koda " ja " endast om patienten behandlats med trombolys på indikationen stroke/hjärninfarkt. Koda 3=ja , ingår i studie, när trombolysbehandlingen ingår i en studie.
Trombolys behandlingsstart	Besvaras endast om patienten behandlats med trombolys. Ange datum och tidpunkt 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.
NIHSS före trombolys	Ange totalpoäng exklusive hand före trombolys (max 42p). Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda 99 . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
NIHSS efter trombolys	Ange totalpoäng exklusive hand efter trombolys (max 42p) inom 24 timmar efter trombolys. Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda 99 . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
Ange Riks-Stroke sjukhuskod där trombolys är given TVINGANDE UPPGIFT!	Om patienten erhållit trombolys ange givande sjukhusets sjukhuskod i Riks-Stroke. 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 Riks-Stroke sjukhuskod Ange 888 om utländskt sjukhus Sjukhuskoder se Vägledningen sista sidan.

Trombektomi

Trombektomi eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling genomförd för stroke	Koda " ja " endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Koda 1= ja , 2=nej , 3=ja , ingår i studie, när trombektomin eller annan kateterburen behandlingen ingår i en studie samt koda 9= okänt om inga uppgifter finns.
Behandling – behandlingsstart för trombektomi eller annan kateterburen behandling	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 okänt datum koda 999999 eller klockslag koda 9999.
NIHSS före trombektomi	Ange totalpoäng exklusive hand före trombektomi (max 42p). Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda 99 . En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.
NIHSS efter trombektomi	Ange totalpoäng exklusive hand efter trombektomi (max 42p) inom 24 timmar efter trombektomi. Om Ej utfört NIHSS eller saknar värde koda " 99 ". En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.

Ange Riks-Stroke sjukhuskod där trombektomi är genomförd	<p>Om patienten erhållit trombektomi ange genomförande sjukhusets sjukhuskod i Riks-Stroke, gäller även om det är det egna sjuhuset.</p> <p>Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa trombektomi på sjukhusnivå.</p> <p>Ange 999 om okänd Riks-Stroke sjukhuskod</p> <p>Ange 888 om utländskt sjukhus</p> <p>Sjukhuskoder se Vägledningen sista sidan.</p>
---	--

Hemikranektomi

Hemikranektomi genomförd för stroke	Koda "ja" endast om patienten behandlats med hemikranektomi på indikationen stroke/hjärninfarkt. Koda 3=ja, ingår i studie, när hemikranektomin ingår i en studie.
Datum för hemikranektomi	Datum för hemikranektomin. Om dag eller månad inte är känd, koda "99".
Tidpunkt för operationsstart	Ange timmar och minuter när operationen påbörjas. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme kan minuter kodas med "99". För klockslag - se anestesijournal!
Ange Riks-Stroke sjukhuskod där hemikranektomi är genomförd	<p>Om hemikranektomi är genomförd ange opererande sjukhusets sjukhuskod i Riks-Stroke, gäller även om det är det egna sjuhuset.</p> <p>Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa hemikranektomi på sjukhusnivå.</p> <p>Ange 999 om okänd Riks-Stroke sjukhuskod</p> <p>Ange 888 om utländskt sjukhus</p> <p>Sjukhuskoder se Vägledningen sista sidan.</p>

[Till innehållsförteckning](#)

REHABILITERING

<p>1. Är bedömning av arbetsterapeut gjord</p> <p><i>Frivillig fråga</i></p>	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelningen, som bedömningen av arbetsterapibehov är utförd. Vårdavdelning innefattar inte akutmottagning. Bedömningen skall vara baserad på fysiskt möte.</p> <p>Koda</p> <p>1 = ja, ≤ 24 tim</p> <p>2 = ja, > 24 tim men ≤ 48 tim</p> <p>3 = ja, > 48 tim</p> <p>5 = nej</p> <p>9 = okänt</p>
---	---

<p>2. Har patienten erhållit arbetsterapi</p> <p><i>Frivillig fråga</i></p>	<p>Svaret avser i vilken omfattning arbetsterapi givits utifrån det bedömda behovet. 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 arbetsterapibitråde efter överlåtande av arbetsuppgifter. Tidsåtgång för bedömning inkluderas om den är en del i behandlingen men inte i de fall när enbart en bedömning av arbetsterapibehov görs.</p> <p>Koda; 1 = ja, ≥ 45 min 2 = ja, < 45 min 3 = nej, men har haft behov 4 = nej, har inte haft behov 9 = okänt</p>
<p>1. Är bedömning av sjukgymnast gjord</p> <p><i>Frivillig fråga</i></p>	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömningen av sjukgymnastikbehov är utförd. Vårdavdelning innefattar inte akutmottagning. Bedömningen skall vara baserad på fysiskt möte.</p> <p>Koda 1 = ja, ≤ 24 tim 2 = ja, > 24 tim men ≤ 48 tim 3 = ja, > 48 tim 5 = nej 9 = okänt</p>
<p>2. Har patienten erhållit sjukgymnastik</p> <p><i>Frivillig fråga</i></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.</p> <p>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; 1 = ja, ≥ 45 min 2 = ja, < 45 min 3 = nej, men har haft behov 4 = nej, har inte haft behov 9 = okänt</p>

Information

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

[Till innehållsförteckning](#)

Komplikationer under vårdtiden 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 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.

Djup ventrombos/lungemboli	Koda "ja" om patienten fått komplikation i form av djup ventrombos/lungemboli.
Fraktur	Koda "ja" om patienten fått komplikation i någon form av fraktur.
Lunginflammation	Koda "ja" om patienten fått komplikation i form av lunginflammation (klinisk diagnos eller verifierat med lungröntgen)

[Till innehållsförteckning](#)

Uppföljning av strokepatienter

Är ett återbesök planerat?	Koda =ja, om planerat återbesök på sjukhus = ja, om planerat återbesök på vårdcentral/motsvarande = ja, om planerat återbesök på särskilt boende = nej, om inget återbesök är planerat = okänt
-----------------------------------	---

UPPFÖLJNINGSFOMULÄRET

Börjar gälla fr.o.m 2011-04-01

- **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 nödvändigt 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 koden "Uppföljning ej möjlig" användas. Nytt svarsalternativ är: Uppföljning ej möjlig för utlandsboende patient. 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", uppgiften "Ifyllt av" skall då även besvaras. Detta innebär att patienten kommer att hamna i gruppen "uppföljning saknas" trots att man försökt att följa upp.
- **Patienter som alljämt 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. Kommentarererna 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.

Personnummer	Är "för-i-fyllt" från akutskedet.
Namn, adress, telefon	Fylls i formuläret men (frivillig uppgift) att registrera i datorn.
Rapporterande sjukhus	Sjukhuskoden är numera ifylld automatiskt efter att man loggat in på Internet.
Avdelning	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.
Uppföljningsdatum	Ange det datum patienten följs upp. Uppföljningen ska göras 3 mån efter insjuknandet. Om uppföljningen sker senare kan man alltid fråga hur det var för patienten vid den tidpunkten uppföljningen skulle 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.

Avliden	<p>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.</p> <p><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.</p>
----------------	---

Efter strokeinsjuknandet

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

[Till innehållsförteckning](#)

Stöd Rehabilitering

6. Återbesök hos läkare	Koda ”ja” om patienten varit på ett uppföljande besök, återbesök till läkare efter sjukhusvistelsen på ex. sjukhus, vårdcentral eller motsvarande (ex. privatläkaremottagning) eller på särskilt boende eller i det egna boendet. Flera alternativ är möjliga! Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!
7. Återbesök hos sjuksköterska	Koda ”ja” om patienten varit på ett uppföljande besök, återbesök till sjuksköterska efter sjukhusvistelsen på ex. sjukhus, vårdcentral eller motsvarande (ex. privatläkaremottagning) eller på särskilt boende eller i det egna boendet. Flera alternativ är möjliga! Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!
8. Stöd - vilken typ av stöd?	Om patienten ansett sig fått stöd efter sjukhusvistelsen ange vilken typ av stöd patienten fått. <i>Flera alternativ är möjliga.</i> Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret! Koda ”ja” för korttidsboende om patienten bott i ett kommunalt särskilt boende under en kortare period.
9. Tillgodosett stöd efter sjukhusvistelsen	Ange om patienten ansett sig fått tillgodosett stödet efter sjukhusvistelsen är eller om patienten inte behövde/ej ville ha stöd 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. Om patienten fortfarande vårdas på sjukhus fyll i "vet ej". Därefter kan förtydligas i kommentaren att patienten fortfarande är inneliggande.
10. Beroende av närstående	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.

[Till innehållsförteckning](#)

Hälsa

11. Tal-, läs-, skriv- och/eller sväljsvårigheter	Flera alternativ är möjliga! Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!
12. Bedömning av logoped	Koda "ja" om patienten bedömts eller behandlats av logoped. Markera de svarsalternativ som är angivna/kryssade i formuläret!
13. Rökning	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.
14. Nedstämd	Ange om patienten känner sig nedstämd och i så fall hur ofta.

15. Medicin mot nedstämdhet	Koda "1" om patienten uppger att han/hon tar medicin mot nedstämdhet. Behandling mot nedstämdhet ska besvaras även om patienten inte känt sig nedstämd.
16. Medicin mot högt blodtryck	Koda "1" om patienten uppger att han/hon tar medicin mot högt blodtryck.
17. Allmänna hälsotillståndet	Patienten graderar sitt allmänna hälsotillstånd.
18. Trötthet	Kryssa i det som markerats under frågan om patienten angett att de känner sig trötta. Markera även om uppgift saknas.
19. Smärta	Kryssa i det som markerats under frågan om patienten angett att de har smärta. Markera även om uppgift saknas.
20. Minnessvårigheter	Kryssa i det som markerats under frågan om patienten angett att de har svårigheter med minnet. Markera även om uppgift saknas.

[Till innehållsförteckning](#)

Patientens synpunkter på vården

Patientens synpunkter på vården under sjukhusvistelsen har tillkommit som önskemål från vårdpersonalen att söka förbättringar i patientarbetet. Koda "siffra" som motsvarar patientens förkryssade svarsalternativ. Frågorna är omformulerade så att de innefattar både nöjd och missnöjd samt de som ej hade behov.

21. Nöjd eller missnöjd med vården under sjukhusvistelsen	
22. Nöjd eller missnöjd med personalens bemötande under sjukhusvistelsen	
23. Nöjd eller missnöjd med enskilt samtal med läkare under sjukhusvistelsen	
24. Nöjd eller missnöjd med information om sjukdomen stroke	
25. Vända sig för stöd eller hjälp <u>efter</u> sjukhusvistelsen	
26. Nöjd eller missnöjd med rehabiliteringen <u>under</u> sjukhusvistelsen	Registrera det patienten markerat på frågor om nöjd med rehabilitering eller träning <u>under</u> sjukhusvistelsen.
27. Nöjd eller missnöjd med rehabiliteringen <u>efter</u> sjukhusvistelsen	Registrera det patienten markerat på frågor om nöjd med rehabilitering eller träning under sjukhusvistelsen efter sjukhusvistelsen.

[Till innehållsförteckning](#)

Besvarats av

28. Formuläret besvarats av	Ange vem som har besvarat uppföljningen.
Uppföljning ej möjlig	Uppföljning ej möjlig p g a utlandsboende patient

[Till innehållsförteckning](#)

Årsredovisning - Årsrapport

Årsredovisningen - datum att lägga på minnet!

Den **1 maj 2011** ska akutskede med tillhörande *uppföljningsdata* vara inmatade för alla som insjuknat från 1 januari tom 31 december föregående helår (2010). Detta är nödvändigt för att alla era patienter ska komma med när vi räknar ut riksdatabaser. 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 detta datum närmar sig!

Inhämta årsredovisningen - data för föregående helår med tillhörande uppföljningsdata.

Dessa går *tidigast* att hämta hem **den 1 juni 2011** då Umdac datacentral kört riksdatabaser. 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 Analyserande rapport/Årsrapporter 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 2010 finns på Riks-Stroke's hemsida 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.

[Till innehållsförteckning](#)

Riks-Stroke sjukhuskoder

<i>RS-Sjukhuskoder för 2009-01-01</i>	
Alingsås	411
Arvika	412
Avesta	413
Bollnäs/Söderhamn	414
Borås	210
Danderyd	211
Enköping	415
Falu lasarett	213
Finspång	464
Gällivare	418
Gävle/Sandviken	438
Halmstad	215
Helsingborg	216
Huddinge	145
Hudiksvall	460
Hässleholm	455

Höglandssjukhuset	454
Jönköping- Ryhov sjukhuset	273
Kalix	420
Kalmar	218
Karlshamn	421
Karlskoga	475
Karlskrona	219
Karlstad/Kristinehamn/Säffle	342
Karolinska-KS	143
Kiruna	423
Kristianstad	221
Kullbergiska	422
Kungälv	473
Köping/Fagersta	326
Landskrona	427
Lidköping	461
Lindesberg	429
Linköping	147
Ljungby	430
Ludvika	431
Lund	141
Lycksele	432
Malmö-UMAS	115
Mora	433
Motala	434
Mälarsjukhuset	212
Mölnadal	223
Norrköping	225
Norrtälje	435
Nyköping	436
NÄL/Uddevalla *	324
Oskarshamn	457
Piteå	484
Sahlgrenska	116
Skellefteå	440
Skene	439
Skövde *	327
Sollefteå	441
S:t Göran	228
Sunderbyn	222
Sundsvall/Härnösand *	329
Södertälje	445
SÖS	230
Torsby	446
Trelleborg	447
UddevallaA/Strömstad	231
Umeå	118

Uppsala, Akademiska	110
Varberg	449
Visby	232
Värnamo	450
Västervik	451
Västerås/Sala	333
Växjö	234
Ystad/Simrishamn *	352
Ängelholm	456
Örebro	146
Örnsköldsvik	453
Östersund	236
Östrasjukhuset	235
Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888

* Sundsvall/Härnösand sammanslagna fom augusti 2005.
Ny gemensam kod 329, fom 2006-01-01.
(Tidigare koder Sundsvall =229 och Härnösand = 419)

* Ystad/Simrishamn sammanslagna data fom 2007-01-01,
Ny gemensam kod 352. (Tidigare koder Ystad = 452 och Simrishamn= 459)

* NÄL-Trollhättan och Uddevalla är sammanslagna från 2009-01-01 och registrerar på ny kod 324. (Tidigare koder NÄL 224 och Uddevalla 231).

* Mariestad 428 samt Falköping 417 har från den 1/1 2010 upphört och överförs till Skövde 227 som registrerar på ny kod 327 från den 1/1-2010. Mariestads strokeenhet upphörde redan i juni 2009.

Innehållsansvarig: [Kjell Asplund](#) Webbansvarig: [Per Ivarsson](#)

Denna sida uppdaterades senast: 2011-01-14