



**RIKSSTROKE**  
The Swedish Stroke Register

# Vägledning

För TIA registrering i Riksstroke

Version 6.0

# Vägledning för TIA-registrering i Riksstroke

## Version 6.0

Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2015-01-01** och därefter.

Formulärets ändringar gäller från 2015-01-01.

**Har ni frågor om registreringen** – hör av er till;

[sari.wallin@medicin.umu.se](mailto:sari.wallin@medicin.umu.se)

Tel. 090-785 87 78 eller

[Asa.B.Johansson@vll.se](mailto:Asa.B.Johansson@vll.se)

Tel. 090 -785 87 83

**Om ni byter administratör för Riksstroke på ert sjukhus** – Be er verksamhetschef intyga bytet med ett mejl med namn på nuvarande administratör samt på efterträdaren till Sari eller Åsa enligt ovan.

### **OBS!**

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

# Innehållsförteckning

<b>Generella anmärkningar .....</b>	<b>4</b>
<b>TIA-formuläret.....</b>	<b>5</b>
TIA-Diagnos .....	6
Vårdkedja .....	6
Riskfaktorer .....	8
ABCD2 score .....	9
Akutvård/Diagnostik.....	10
Läkemedelsbehandling.....	11
Information och uppföljning .....	12

# Generella anmärkningar

- **OBS! Tänk på sekretessen och att ni har behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd!**
- **TIA-modul** infördes den 1 januari 2010 i Riksstroke. TIA är frivillig för sjukhusen att registrera. **Uppföljningsformulär** finns ej ännu för TIA-patienterna och de skall inte följas upp i dagsläget.
- Inledande kan det vara svårigheter att hitta alla uppgifter i journal som skall föras in i TIA-modulen. Detta blir då blir en kvalitetsförbättringsmöjlighet i sig att allt eftersom rutiner tillkommer för att införa efterfrågade uppgifter i TIA formuläret minskar andelen uppgift saknas.
- **Viktigt att informera patienter och närstående om registrering i Riksstroke.**  
Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt Patientuppgiftslagen. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska göras** genom att patienten/närstående uppmärksammas på exempelvis en patientinformationsfolder eller ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar TIA-patienter! Riksstrokes patientinformation inhämtas via (<http://www.Riksstroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig för ert landsting samt kontaktperson till vilken patienten/närstående kan höra av sig till vid önskemål av utdrag eller radering av uppgifter.  
**Kontrollera att Riksstrokeregistret är anmält till personuppgiftsansvarig i ert landsting.**
- **Borttagning av patientuppgifter** - Enligt Patientuppgiftslagen har en patient rätt att inte delta i ett kvalitetsregister. Denna rätt gäller även om registrering i kvalitetsregistret redan har skett - i så fall skall **samtliga uppgifter** om patienten och vårdtillfället så snart som möjligt tas bort från registret. Meddela Sari eller Åsa **per telefon**, personnummer, sjukhuskod och insjuknandedatum när ni tar bort en redan registrerad patient. Detta för att säkerställa att vårdtillfället raderas från Riksstrokes back-up filer.
- **Registrera alla\* patienter som får en fastställd TIA-diagnos**, gäller även TIA som bidiagnos. **Obs!** Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi.  
**\*Riksstroke rekommenderar att INTE registrera patienter med skyddad identitet eller liknande orsak i Riksstroke.** Patienter under 18 år ska inte registreras i Riksstroke!
- **Registrera även de patienter som inte läggs in** - viktigt att dessa synliggörs då strokevårdplatser dras ner! Om patient läkarundersökts och fått TIA-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 avvikelser för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".

# TIA-formuläret

<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. Riksstroke rekommenderar att personer med <b>skyddad identitet eller liknande orsak</b> inte registreras.
<b>Kön</b>	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, glöm ej att ange kön.
<b>Namn</b>	Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på formuläret, endast namn kan registreras elektroniskt.
<b>Insjuknandedag</b>	Datum för när patienten insjuknade i TIA, ange debut av senaste episoden om det varit flera episoder tidigare, 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 det är när patienten kommer in till sjukhus eller söker vård.
<b>Dubbelregistrering</b>	<p>Dubbelregistrering = ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. Vid dubbelregistrering kommer information fram med uppmaning att inblandade sjukhus/strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf).</p> <p>Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista.</p> <p><i>Listan "Dubbelregistreringar" är inställd på att visa ej hanterade dubbelregistrerade vtf. Sjukhusen måste aktivt välja vilket sjukhus som skall äga vtf för att vtf skall tas bort från denna lista. Vtf överförs då automatiskt till listan Hanterade dubbelregistreringar som tas fram genom att ändra i listans urval till hanterade dubbelregistreringar.</i></p> <p>Riksstroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst. För att underlätta bör TIA-formulärets data registreras så snart som möjligt.</p> <p>För att underlätta för de strokeenheter där dubbelregistreringar är vanligt förekommande försök om möjligt utarbeta rutiner för de inblandade strokeenheterna, hur ni lämpligen registrerar dessa patienter som vårdas på flera strokeenheter.</p> <p>Det är helt avgörande om patienten skall komma upp som en dubbelregistrering att ni angivit samma insjuknandedatum vid de berörda sjukhusen. Var uppmärksam och kontrollera detta då registreringar av samma vårdtillfälle förekommit med olika insjuknandedatum tidigare år!</p>

## TIA-Diagnos

TIA-diagnos	<p><b>G 45</b> = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim. Decimalen i TIA-diagnosen är tvingande att fylla i för att möjliggöra urskiljning av amaurosis fugax (G45.3) vid vissa analyser.</p> <p><b>OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!</b></p>
TIA-diagnos efter trombolysbehandling eller efter trombektomi	<p>Möjlighet finns att registrera TIA-diagnos i Akutformuläret vid <b>fullständig</b> symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet efter trombolysbehandling eller trombektomi.</p> <p><b>Obs! Detta är ett valfritt alternativ för varje sjukhus.</b></p> <p>Data för dessa vårdtillfällen som registreras med diagnos <b>G45.x</b> redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos <b>I 63</b>. (Decimalen <b>x</b> har enbart en registreringsteknisk betydelse).</p>

## Vårdkedja

Rapporterande sjukhus	Registreras automatiskt efter inloggning.
Avdelning	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in <b>samma beteckning</b> för resp. avdelning. Data kan även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning.
Ifyllt av	Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift). Detta registreras inte elektroniskt.
Avlidandedatum (Endast i webbregistreringen)	Finns endast i webbfönstret och ifylls endast om patienten avlider under vårdtiden
Hemkommunkod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan <b>inte</b> aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan <b>inte</b> aktuell.
Ålder (Endast i webbregistreringen)	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
Har patienten vårdats inneliggande för detta TIA-insjuknandet?	Koda <b>1</b> = ja, om patienten varit inneliggande eller redan var inneliggande på sjukhuset för annan åkomma/orsak vid insjuknandet i TIA.
Kom patienten med ambulans?	Gäller även transport med helikopter. Om redan inneliggande patient drabbas av TIA är frågan ej aktuell att besvara.
Insjuknandedag	Datum för när patienten insjuknade i TIA (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring från Patientsidan.
TIA-diagnos	<p><b>G 45</b> = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim</p> <p><b>OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!</b></p> <p>Automatisk överföring från Patientsidan</p>

<p><b>Antal timmar (tidsintervall) från insjuknandet till ankomst till sjukhus</b></p>	<p>Ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om patienten vaknat med symtom anges senaste tid utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om insjuknandetidpunkt är okänd (<b>9999</b>) eller enbart timme kan fastslås (ex <b>1099</b>) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om inneliggande patient drabbas av TIA och insjuknandetidpunkt är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av TIA-insjuknandet</p>
<p><b>Larmat för trombolys</b></p>	<p>Avser larm för potentiella trombolysbehandlingar. Koda <b>"ja"</b> om <b>"rädda hjärnan/stroke larm"</b> har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen.</p>
<p><b>Vård på strokeenhet</b></p>	<p>Koda om patienten vårdats på strokeenhet för detta TIA-insjuknande.</p>
<p><b>Ankomstdag</b></p>	<p>Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA. Om redan inneliggande patient drabbas av TIA är insjuknandedatum i TIA = ankomstdatum till sjukhus.</p> <p>Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.</p>
<p><b>Utskrivningsdag</b></p>	<p>Avser <u>slutligt</u> utskrivningsdatum från vårdtillfället för TIA. Om vård på flera sjukhus/kliniker under vtf är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras.</p> <p>Fyll i datum för när patienten skrivs ut från sjukhuset eller det datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus.</p>

## 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> (Gäller ej <b>G45.4</b> transitorisk global amnesi)	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.
<b>Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad</b> (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Ange om patienten innan insjuknandet i TIA har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder.  Koda " <b>ja</b> " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.
<b>Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden</b> (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda " <b>ja</b> " om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle
<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. <i>(Att patienten inte rökt under de senaste tre månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg")</i> .



## ABCD2 score

**OBS!** ABCD2 score är endast ett prognostiskt score och har ingen annan funktion. Fyll i svarsalternativets siffra.

Under några av frågor har svars alternativ *uppgift saknas* lagts till i registreringsfönstret under rubriken ABCD2 score som skall användas om inte uppgifter återfinns i journalen.

<b>Ålder</b>	Koda <b>1</b> = $\geq 60$ år Koda <b>0</b> = $< 60$ år
<b>Blodtryck</b>	Avser första mätningen efter ankomst till sjukhus.  Koda <b>1</b> = $\geq 140/90^*$ vid undersökning om resultatet visar det. Koda <b>0</b> = $< 140/90$ Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om blodtryck ej är tagit eller uppgift om värdet ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.  * <b>OBS!</b> Det räcker att antingen det systoliska är $>140$ eller det diastoliska är $>90$ för att koda 1= $\geq 140/90$ .
<b>Klinisk bild</b>	Koda resultat av klinisk bild. TIA kan yttra sig med många olika symtom. ABCD2score efterfrågar enbart två symtomgrupper. Koda <b>1</b> = talsvårigheter utan svagheter Koda <b>2</b> = svaghet i ena sidan (unilateral) kan vara i kombination med andra symtom Koda <b>0</b> = övriga symtom Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
<b>Symtomens varaktighet</b>	Koda <b>1</b> = symtom varat 10-59 minuter Koda <b>2</b> = symtom varat $\geq 60$ minuter Koda <b>0</b> = symtom varat $< 60$ minuter Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
<b>Diabetes</b>	Koda <b>1</b> = diabetes, tidigare diagnosticerad eller nyupptäckt Koda <b>0</b> = ingen diabetes Koda <b>9</b> = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
<b>Summa ABCD2 score</b>	Summa ABCD2 score, programmet registrerar automatisk den totala poängsumman, max 7 p.

## Akutvård/Diagnostik

<b>Datortomografi hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)</b>	Registrera om datortomografi hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet.
<b>MR hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)</b>	Registrera om MR-hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet.
<b>Om ja, MR hjärna under akutskedet</b>	Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej.
<b>Ultraljud halskärl genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.
<b>Datum för ultraljud halskärl</b>	Ange datum för ultraljud halskärl om undersökningen är genomförd. Koda <b>99</b> om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden
<b>DT-angiografi genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion).
<b>Datum för DT-angiografi</b>	Ange datum för DT-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda <b>99</b> om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden
<b>MR-angiografi genomförd</b>	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angiografi.
<b>Datum för MR-angiografi</b>	Ange datum för MR-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda <b>99</b> om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden
<b>Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi</b>	Om DT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes (fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde). <b>OBS!</b> Endast ett svarsalternativ är möjligt!
<b>Långtids-EKG (Telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårdtiden</b>	Registrera endast första tillfället undersökningen genomförs för detta insjuknande.
<b>Bedömning av arbets-terapeut</b>	Registrera om bedömning av arbetsterapeut är gjord under vårdtiden.
<b>Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut</b>	Registrera om bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är gjord under vårdtiden.

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

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **insjuknandet** resp. vid **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** registreras ej läkemedel vid utskrivning.

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

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

<b>Blodtryckssänkande läkemedel</b>	Avser samtliga grupper oberoende av indikation
<b>Statiner</b>	(t.ex. Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin, Zocord)
<b>ASA</b>	(t.ex. Trombyl)
<b>Klopidogrel</b>	(t.ex. Plavix).
<b>ASA + dipyridamol</b>	(Asasantin)
<b>Dipyridamol</b>	(Persantin)
<b>Andra trombocythämmare än ASA, clopidogrel och dipyridamol</b>	(t.ex. Brilique, Efiend, Pletal, Possia)
<b>Warfarin</b>	(Waran)
<b>Om behandling med warfarin vid insjuknandet, ange PK (INR)-värde</b>	Om warfarinbehandling vid insjuknandet ange PK (INR)-värde oavsett diagnos.  Koda <b>9, 9</b> om okänt värde
<b>Apixaban</b>	(Eliquis)
<b>Dabigatranetexilat</b>	(Pradaxa)
<b>Rivaroxaban</b>	(Xarelto)
<b>Övriga perorala antikoagulantia än ovanstående</b>	Registrera om patienten vid inskrivning eller utskrivning står på andra perorala antikoagulantia än Waran, Eliquis, Pradaxa eller Xarelto
<b>Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos G 45</b>	Denna fråga avser endast patienter med diagnos G 45 och Förmaksflimmer och gäller huvudorsak till varför Waran eller andra perorala antikoagulantia inte är insatt.
<b>Förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept)</b>	Koda om förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept) enligt Socialstyrelsens riktlinjer är gjord.

## Information och uppföljning

<b>Information om rökstopp</b>	Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i webbregistreringen. Registrera om information om rökstopp är given. <b>Finns inte uppgifter journalförda</b> om information om rökstopp är given <b>anges uppgift saknas.</b>
<b>Information om bilkörning</b>	Registrera om information är given om uppehåll med bilkörning eller om det ej är relevant p.g.a. av att patienten saknar körkort.  <b>Finns inte uppgifter journalförda</b> om information om uppehåll med bilkörning är given till de som har körkort <b>anges uppgift saknas.</b>
<b>Återbesök planerat</b>	Avser återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga.  Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.