



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

Vägledning

För TIA registrering i Riksstroke

Version 6.0

2016

Vägledning för TIA-registrering i Riksstroke

Version 6.0

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

Formulärets ändringar gäller från 2016-01-01.

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;
sari.wallin@umu.se Tel. 090-785 87 78 eller
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

Generella anmärkningar	4
TIA-formuläret.....	5
TIA-Diagnos	6
Vårdkedja	6
Riskfaktorer	8
ABCD2 score	9
Akutvård/Diagnostik.....	10
Läkemedelsbehandling, se även FASS (länk http://www.fass.se finns på Riksstroke hemsida).....	11
Information och uppföljning	12
Sjukhuskoder i Riksstroke	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. **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! Riksstroke's 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 Riksstroke's 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. Enbart diagnosen G45.4 innebär ingen ökad riskfaktor för stroke och diagnosen i sig medför inte behov av sekundärprevention, återbesök eller råd om att avstå bilkörning.

***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 stroke-vårdplatser 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 avvikelserna för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".

TIA-formuläret

Personnummer	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 skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras.
Kön	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, glöm ej att ange kön.
Namn	Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på formuläret, endast namn kan registreras elektroniskt.
Insjuknandedag	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.
Dubbelregistrering	<p>Dubbelregistrering = ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. Vid dubbelregistrering kommer information fram med uppmaning att inblandade sjukhus/strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf).</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. Det är helt avgörande om patienten skall komma upp som en</p>

	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!
--	---

TIA-Diagnos

TIA-diagnos	G 45 = 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. OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!
TIA-diagnos efter trombolysbehandling eller efter trombektomi	Möjlighet finns att registrera TIA-diagnos i Akutformuläret vid fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet efter trombolysbehandling eller trombektomi. Obs! Detta är ett valfritt alternativ för varje sjukhus. Data för dessa vårdtillfällen som registreras med diagnos G45.x redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos I 63 . (Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse).

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 samma beteckning 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 inte aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Ålder (Endast i webbregistreringen)	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
Har patienten vårdats ineliggande för detta TIA-insjuknandet?	Koda 1 = ja, om patienten varit ineliggande eller redan var ineliggande på sjukhuset för annan åkomma/orsak vid insjuknandet i TIA.
Kom patienten med ambulans?	Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande 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	G 45 = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras! Automatisk överföring från Patientsidan
Antal timmar (tidsintervall) från insjuknandet till ankomst till sjukhus	Ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus. Om patienten vaknat med symtom anges senaste tid utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus. Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus. Om ineliggande 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
Larmat för trombolys	Avser larm för potentiella trombolysbehandlingar. Koda "ja" om "rädda hjärnan/stroke larm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen.
Vård på strokeenhet	Koda om patienten vårdats på strokeenhet för detta TIA-insjuknande.
Ankomstdag	Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är insjuknandedatum i TIA = ankomstdatum till sjukhus. Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.
Utskrivningsdag	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. Fyll i datum för när patienten skrivs ut från sjukhuset eller det datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus.

Riskfaktorer

Stroke tidigare	Med tidigare stroke menas att man tidigare vårdats för fokala bortfall som <u>inte</u> avklingat inom 24 timmar (TIA räknas inte som tidigare stroke). Även om det finns förändring på datortomografi som tyder på tidigare stroke men patienten inte har eller haft några fokala bortfall koda " nej ".
TIA/Amaurosis fugax tidigare (Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi)	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.
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Ange om patienten innan insjuknandet i TIA har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder. Koda " ja " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda " ja " om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle
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. <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.

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

Akutvård/Diagnostik

Datortomografi hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)	Registrera om datortomografi hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet.
MR hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)	Registrera om MR-hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet.
Om ja, MR hjärna under akutskedet	Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej.
Ultraljud halskärl genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.
Datum för ultraljud halskärl	Ange datum för ultraljud halskärl om undersökningen är genomförd. Koda 99 om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden Det går att registrera ett polikliniskt undersökningsdatum.
DT-angiografi genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion).
Datum för DT-angiografi	Ange datum för DT-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda 99 om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden
MR-angiografi genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angiografi.
Datum för MR-angiografi	Ange datum för MR-angiografi om undersökningen är genomförd. Koda 99 om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden
Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi	Om DT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes (fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde). OBS! Endast ett svarsalternativ är möjligt!
Långtids-EKG (Telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårddagen	Registrera endast första tillfället undersökningen genomförs för detta insjuknande. Registrera "Ja" oavsett hur länge patienten har haft telemetri. Det finns i dagsläget ingen vedertagen tid för hur länge telemetrin ska pågå.
Bedömning av arbets-terapeut	Registrera om bedömning av arbetsterapeut är gjord under vårddagen.
Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut	Registrera om bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är gjord under vårddagen.

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

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin, Zocord)
ASA	(t.ex. Trombyl)
Klopidogrel	(t.ex. Plavix).
ASA + dipyridamol	(Asasantin)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ASA, clopidogrel och dipyridamol	(t.ex. Brilique, Efiend, Pletal, Possia)
Warfarin	(Waran)
Om behandling med warfarin vid insjuknandet, ange PK (INR)-värde	Om warfarinbehandling vid insjuknandet ange PK (INR)-värde oavsett diagnos. Koda 9, 9 om okänt värde
Apixaban	(Eliquis)
Dabigatranetexilat	(Pradaxa)
Rivaroxaban	(Xarelto)
Övriga perorala antikoagulantia än ovanstående	Registrera om patienten vid inskrivning eller utskrivning står på andra perorala antikoagulantia än Waran, Eliquis, Pradaxa eller Xarelto
Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos G 45	Denna fråga avser endast patienter med diagnos G 45 och Förmaksflimmer och gäller huvudorsak till varför Waran eller andra perorala antikoagulantia inte är insatt.
Förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept)	Koda om förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept) enligt Socialstyrelsens riktlinjer är gjord. Svarsalternativet 2=Nej innefattar även ej relevant/ej aktuellt

Information och uppföljning

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

Sjukhuskoder i Riksstroke

<i>RS-Sjukhuskoder för 2015-01-01</i>	
Alingsås	411
Arvika	412
Avesta	413
Bollnäs	414
Borås*	210
Danderyd	211
Enköping	415
Falun/Ludvika *	213
Gällivare	418
Gävle	438
Halmstad	215
Helsingborg	216
Hudiksvall	460
Hässleholm	455
Höglandssjukhuset- Eksjö	454
Jönköping- Ryhov sjukhuset	273
Kalix	420
Kalmar	218
Karlshamn	421
Karlskoga	475
Karlskrona	219
Karlstad*	342
Karolinska-Solna	143
Karolinska-Huddinge	145

Kiruna	423
Kristianstad	221
Kullbergska (Katrineholm)	422
Kungälv	473
Skaraborgs sjukhus (SkaS)*	327
Köping*	326
Landskrona	427
Lidköping	461
Lindesberg	429
Linköping	147
Ljungby	430
Lund (SUS Lund)	141
Lycksele	432
Malmö (SUS Malmö)	115
Mora	433
Motala	434
Mälarsjukhuset (Eskilstuna)	212
Möndal	223
Norrköping/Finspång*	225
Norrtälje	435
Nyköping	436
NÄL *(Norra Älvsborgs sjukhus)	324
Oskarshamn	457
Piteå	484
Sahlgrenska	116
Skellefteå	440
Sollefteå	441
S:t Göran (Capio S:t Göran)	228
Sunderbyn	222
Sundsvall*	329
Södertälje	445
Södersjukhuset	230
Torsby	446
Trelleborg	447
Umeå	118
Uppsala, Akademiska	110
Varberg	449
Visby	232
Värnamo	450
Västervik	451
Västerås	333
Växjö	234
Ystad *	352
Ängelholm	456
Örebro	146

Örnsköldsvik	453
Östersund	236
Östra sjukhuset	235
Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888
Sjukhus med okänd Riksstrokes kod	999

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

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

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

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

* **NÄL**-Trollhättan/ Uddevalla sammanslagna fr.o.m. 2009-01-01 ny kod 324.
(Tidigare koder NÄL 224 och Uddevalla 231)

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

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

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

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