



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

Vägledning

För registrering av stroke i Akutskedet

Version 17

2017

Vägledning för Akutskedet i Riksstroke

Version 17

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2017-01-01** och därefter.

Akutformulärets ändringar gäller från **2017-01-01**

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;

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

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

Vid byte administratör för Riksstroke på ert sjukhus;

– Be er verksamhetschef intyga bytet med ett mejl med namn på nuvarande administratör samt på efterträdaren till Sari eller Hannele enligt ovan, ange även datum från när bytet av administratör ska ske.

Administratörens uppgifter är att vidareförmedla all information som kommer från Riksstrokekansliet till berörda på sitt sjukhus. Administratören skall även ansvara för att lägga in nya Riksstrokeanvändare på sitt sjukhus i samråd med sin verksamhetschef om lämplig behörighet i Riksstroke.

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
Dubbelregistrering	5
Akutformuläret	6
Ankomst/Inläggning	7
ADL/Boende före insjuknandet i stroke	11
Akutvård/Diagnostik.....	24
Riskfaktorer	11
Stroke svårighetsgrad.....	13
Undersökning hjärna	13
Undersökning kärl	14
Undersökning sväljförmåga/tal	15
Undersökning hjärta.....	16
Information.....	16
Läkemedelsbehandling.....	17
Hjärnblödning.....	18
Trombolys.....	19
Trombektomi.....	20
Utvärdering trombolys/trombektomi	21
Hemikranektomi.....	22
Utskrivning efter akutvård	22
Rehabiliteringsplan efter utskrivning från akutvård	24
Eftervård.....	25
Rehabiliteringsplan efter utskrivning från eftervård	26
Uppföljning.....	27
Rehabilitering under slutenvården	27
Sjukhuskoder i Riksstroke	31

Generella anmärkningar

- **OBS! Tänk på sekretessen och att ni har rätt behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd!**
- **Viktigt att informera patienter och närstående om registrering i Riksstroke**
Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt Patientuppgiftslagen. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska göras** genom att patienten/närstående uppmärksammas på exempelvis en patientinformationsfolder eller ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar strokepatienter. Riksstroke patientinformation inhämtas via (<http://www.riksstroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig för ert landsting samt kontaktperson till vilken patienten/närstående kan höra av sig till vid önskemål av utdrag eller radering av uppgifter. Bifoga även Patientinformationen i samband med utskicket av 3-månadersuppföljningen. Vid telefonuppföljning måste respektive sjukhus skapa rutiner för hur Patientinformationen ska ges.
Kontrollera att Riksstrokeregistret är anmält till personuppgiftsansvarig i ert landsting.
- **Borttagning av patientuppgifter** - Enligt Patientuppgiftslagen har en patient rätt att inte delta i ett kvalitetsregister. Denna rätt gäller även om registrering i kvalitetsregistret redan har skett - i så fall skall **samtliga uppgifter** om patienten och vårdtillfället så snart som möjligt tas bort från registret.
Meddela Sari eller Hannele **per telefon**, personnummer(samordningsnummer eller reservnummer)insjuknandedatum och sjukhuskod när en patient inte vill vara med i registret längre eller om en felaktig diagnos har registrerats. Detta för att säkerställa att patienten raderas från Riksstroke's back-up filer.
- **Registrera alla* patienter som får en fastställd akut stroked diagnos** det gäller även stroke som bidiagnos. Vi uppmanar strokeenheter att **registrera alla* akuta strokeinsjuknanden**. Återinsjuknade inom 28 dagar är exkluderade i Årsrapporten men finns i statistikmodulens specialurval.
*** Riksstroke rekommenderar att INTE registrera patienter med skyddad identitet eller liknande orsak i Riksstroke.**

Patienter under 18 år ska inte registreras i Riksstroke! De registreras i BarnRiksstrokeregistret fr. o.m. 2016. För patientinformation, registreringsformulär eller andra frågor, kontakta registerkoordinator Rut Inger Enryd (rutinger.enryd@vll.se telefon 072-249 2420) eller annan kontaktperson i BarnRiksstroke's ledningsgrupp. Se även www.barnriksstroke.se

- **Registrera även de patienter som inte läggs in** - viktigt att dessa synliggörs då strokevårdplatser dras ner! Om en patient har läkarundersökts och fått en CVS-diagnos men avlider kort därefter ska även registrering ske, dock inte om patienten inkommer död.

- **Koda konsekvent** - för all registrering gäller att den ska ske konsekvent enligt formulärens alternativ. Registrerar ni på något vis avvikande är det viktigt att ni noterar avvikelsen för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".
- **Uppgift saknas:** På varje fråga kan man registrera okänt eller uppgift saknas där ni inte hittar svar på respektive fråga. För Uppföljningsformuläret visas det svarsalternativet bara i registreringsfönstret.
- **Datum och tider:** Undvik 9999 och 99 i möjligaste mån, försök registrera datum, timmar och minuter så exakt som möjligt enligt de anvisningar som finns under respektive rubrik.

Dubbelregistrering

<p>Information om dubbelregistrering</p> <p>Det är mycket viktigt att ni kontrollerar och anger rätt <u>insjuknandedatum</u> för patienter som kommer från andra sjukhus, annars blir det två vårdtillfällen i Riksstroke!</p>	<p>Dubbelregistrering = ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. Vid dubbelregistrering kommer information fram med uppmaning att inblandade sjukhus/strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf) och därmed följa upp patienten. Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista, lista Trombolys, m.fl. listor och via Dashborden på startsidan.</p> <p><i>Listan "Dubbelregistreringar" är inställd på att visa ej hanterade dubbelregistrerade vtf. Sjukhusen måste aktivt välja vilket sjukhus som skall äga vtf och därmed göra uppföljningen för att vtf skall tas bort från denna lista. Vtf överförs då automatiskt till listan Hanterade dubbelregistreringar som tas fram genom att ändra i listans urval till hanterade dubbelregistreringar.</i></p> <p>Riksstroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället (akutdelen med uppföljning) registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst under akutskedet. För att underlätta bör akutformulärets data registreras så snart som möjligt. Detta är även av vikt för att inte patienter skall få dubbla uppföljningar.</p> <p>För att underlätta för de strokeenheter där dubbelregistreringar är vanligt förekommande försök om möjligt utarbeta rutiner för de inblandade strokeenheterna, hur ni lämpligen registrerar och följer upp dessa patienter som vårdas på flera strokeenheter. 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>
--	---

Akutformuläret

<p>Personnummer Samordningsnummer Reservnummer</p>	<p>Om patient saknar personnummer ska personens samordningsnummer eller reservnummer registreras. Avvakta i möjligaste mån registrering av reservnummer eftersom reservnumret i de allra flesta fall är tillfälligt. I Webbregistreringen klicka på endera reservnummer eller samordningsnummer och fyll i den nya rutan som aktiveras.</p> <p>Samordningsnummer består liksom personnummer av tio siffror. De inledande sex siffrorna utgår från personens födelseår (år, månad, dag). Därefter följer ett tresiffrigt individnummer som är udda för män och jämnt för kvinnor. Siffran för födelsedag ökas med talet 60 och en kontrollsiffra beräknas. Samordningsnumret för en man som är född den 3 oktober 1970 och har individnummer 239 blir därför: 70 10 03 + 60 = 70 10 63 - 2391</p> <p>Reservnummer som i dagsläget går fylla i är antingen ett 12-siffrigt löpnummer t.ex. 995234567891 eller ett datum med en bokstav i de 4 sista t.ex. 22010184a3</p> <p>Riksstroke rekommenderar att personer med skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras.</p>
<p>Namn</p>	<p>Endast namn kan registreras elektroniskt. Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på formuläret.</p>
<p>Kön</p>	<p>Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, måste ni aktivt ange kön.</p>
<p>Rapporterande sjukhus</p>	<p>Registreras automatiskt efter inloggning. Behöver bara skrivas på pappersenkäten om man vill.</p>
<p>Avdelning</p>	<p>Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckning för resp. avdelning. Data kan då även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning. Kan anges om sjukhuset har flera avdelningar till Strokeenheten för att kunna separera redovisningen avdelningarna emellan i statistikmodulen, eller annat datauttag. Bestäm vad de olika avdelningarna skall benämnas som och registrera det konsekvent.</p>
<p>Ifyllt av</p>	<p>Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift). Detta registreras inte elektroniskt. Detta kan underlätta om den som registrerar in pappersformuläret i RS-webbmodul har några frågor.</p>
<p>Avliden datum (ÅÅMMDD)</p>	<p>Avser dödsfall under vårdtiden.</p>

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.

Ankomst /Inläggning

Strokediagnos	<p>I61= Hjärnblödning (blödning konstaterad på datortomografi-hjärna, MR-hjärna eller vid obduktion).</p> <p>I63= Cerebral infarkt (avsaknad av blödning vid undersökning med datortomografi hjärna, MR-hjärna eller konstaterad vid obduktion).</p> <p>I64= Akut cerebrovasculärt insjuknade (fokala bortfall), men ingen datortomografi hjärna eller MR-hjärna är gjord eller är av alltför dålig kvalité, eller att patienten är avliden och ej obducerad.</p> <p>OBS I61, I63 och I64 som bidiagnos ska även registreras!</p> <p>Registrera även stroke pga ovanliga orsaker eller behandling. Exempel på detta, se nedan.</p> <p>Sinustrombos klassas som stroke när den ger upphov till en akut ischemisk stroke eller intracerebralt hematoma. Sinustrombos utan förekomst av fokala neurologiska bortfall räknas inte in under "stroke". Stroke som orsakas av septiska embolier från endokardit klassificeras som stroke. Detsamma gäller stroke som orsakas av embolier från tumör i hjärtat (myxom).</p> <p>Iatrogena orsaker (till följd av behandling eller åtgärd) till stroke: hit räknas stroke (akut ischemisk stroke eller intracerebral blödning) som uppkommer i samband med reperfusionsbehandling, karotisintervention (trombendartärektomi, stent), hjärtoperationer, kirurgiskt ingrepp av annat slag, stentning av kranskärl, kärlskador efter strålbehandling.</p> <p>Dessa undantag skall INTE registreras i Riksstroke:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blödning i metastaser eller i hjärntumörer. • Hjärninfarkter och hjärnblödningar diagnostiserade i samband med SAH (subarachnoidalblödningar).
----------------------	---

	<p>G45- skall registreras i TIA-modulen se separat vägledning med undantag för de patienter som registreras med en G45.x diagnos, se nedan.</p> <p>G45.x = trombolysbehandling och/eller trombektomi för stroke med fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet. Valfritt alternativ för de sjukhus som önskar registrera TIA-diagnos i samband med trombolysbehandling och/eller trombektomi. (Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse). Det går även att registrera I60 (subarachnoidal blödning). För registrering av TIA, G45 finns separat formulär och Vägledning! I Årsredovisningen tillbaka till sjukhusen inkluderas endast diagnoserna I61, I63 och I64. Data för vårdtillfällen som är registrerade med G45.x redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos I63.</p>
Insjuknandedag (ÅÅMMDD)	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Om dag inte är känd, koda "99". Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.
Akutvård	Gäller akutvården patienten får för det aktuella strokeinsjuknandet.
Insjuknandedag	Datum när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring sker från Patientsidan.
Insjuknandetid (TIM.MIN)	<p>Försök alltid att ange exakt klockslag! Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall (delaytider) beräknas.</p> <p>Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symtom. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p> <p>Om patienten vaknade med symtom, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom - koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten säkert bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd anges om möjligt tidpunkt när patienten senast var utan symtom. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p>

Tidsintervall från insjuknandet till ankomst till sjukhus	<p>Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om patienten vaknade med symtom ange tidsintervall från när patienten var utan symtom.</p> <p>Om ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av strokeinsjuknandet.</p>
Larm för trombolys/ Trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"	<p>Avser larm för potentiella trombolys-/trombektomibehandlingar. Koda "ja" om "rädda hjärnan/stroke larm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Koda "ja" även om larmet inte ledde till trombolys-/trombektomibehandling (t.ex. för att DT-hjärna visade en blödning).</p> <p>Svarsalternativ 2= nej gäller också när ambulanspersonal prehospitalt har kontaktat trombolysansvarig jour som då bedömer att inget "rädda hjärnan/stroke larm" ska starta.</p>
Trombektomi-center/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi	Registrera om trombektomi-center/jour har kontaktats för ställningstagande till trombektomi.
Patienten kom med ambulans	Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är frågan ej aktuell att besvara.
Patienten vaknade med symtom	Registrera om patienten hade symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos.
Patienten vårdades ineliggande för strokeinsjuknandet	Om man kodar 2= nej är övriga variabler i formuläret frivilliga att besvara.
Patienten var redan inlagd på sjukhus vid strokeinsjuknandet	Koda 1= ja , om patienten insjuknar i stroke när patienten redan är inlagd på sjukhus för annan åkomma/orsak.
Patienten var först inlagd på annat sjukhus för strokeinsjuknandet	Registrera om patienten först vårdats på annat sjukhus för sin stroke.
Ankomstdag till sjukhus (ÅÅMMDD)	<p>Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för stroke. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är ankomstdatum = insjuknandedatum i stroke.</p> <p>Om patienten vårdats på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten <u>först vårdades för stroke</u>.</p>

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

ADL/Boende före insjuknandet i stroke

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

Akutvård/diagnostik

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	<p>Koda 1= ja, om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och/eller Amaurosis fugax.</p> <p>Koda 2= nej, om inget angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen.</p> <p>Koda 9= okänt, om osäkra uppgifter.</p> <p>Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi, som inte skall registreras som tidigare TIA.</p>
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	<p>Koda "ja" om patienten innan insjuknandet i stroke har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.</p>
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhuset eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	<p>Koda "ja" om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle.</p>
Diabetes, tidigare diagnostiserad eller nyupptäckt	<p>Gäller alla typer av diabetes. Koda "ja" om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.</p>
Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet	<p>Koda "ja" om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även "ja" om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har.</p> <p>Koda "nej" om patienten inte har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation.</p> <p>Koda "nej" om patienten har ordinerats läkemedel för högt blodtryck men själv satt ut läkemedlet.</p>
Rökning	<p>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").</p>

Stroke svårighetsgrad

Medvetandegrad vid ankomsten till sjukhuset	Gäller medvetandegraden vid första läkarundersökningen efter ankomsten till sjukhuset. Detta avser första sjukhuset patienten kommer till efter insjuknandet i stroke.
NIHSS vid inläggning (inom 24 tim) utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär	<p>Ange totalpoäng för det första NIHSS taget inom 24 tim från ankomst till sjukhus utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Om 24 poäng eller mer kan man ange 24. Värden över 24 poäng kan registreras om så önskas.</p> <p>Koda "99" om okänt/ej undersökt.</p> <p>En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p> <p>Om trombolys eller trombektomi skall genomföras anges det nya NIHSS-värdet vid respektive behandling.</p>
Fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd vid inläggning (inom 24 tim) utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär	<p>Koda "ja" om fullständig NIHSS-bedömning upptill 24 p är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Koda "nej" om inte en fullständig NIHSS-bedömning upptill 24 p är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär.</p> <p>Koda "okänt" om det är oklart ifall en fullständig NIHSS-bedömning upptill 24 p är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>

Undersökning hjärna

Datortomografi hjärna under vårdtiden	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi-hjärna.
MR hjärna under vårdtiden	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med MR-hjärna.

<p>Om ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR hjärna under vårdtiden visade:</p>	<p>Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej. Frågan avser enbart påvisande av färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och ingen färsk hjärninfarkt koda 2= ingen färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och osäkert resultat vad gäller färsk hjärninfarkt koda 9= osäkert/okänt undersökningsfynd. Frågan ger möjlighet att följa diagnossättning av TIA och hjärninfarkt relaterat till undersökningsfynd för att se på diagnosglidningar över tid.</p>
---	---

Undersökning kärl

<p>Ultraljud halskärl genomförd</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med ultraljud halskärl.</p>
<p>Datum för ultraljud halskärl (ÅÅMMDD) <i>Denna fråga är frivillig from 2017</i></p>	<p>Ange datum för ultraljud halskärl om undersökningen är genomförd under vårdtiden. Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden. Det går att registrera ett polikliniskt undersökningsdatum.</p>
<p>DT-angiografi genomförd (avser inte DT-perfusion)</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion).</p>
<p>Datum för DT-angiografi (ÅÅMMDD) <i>Denna fråga är frivillig from 2017</i></p>	<p>Ange datum för DT-angiografi om undersökningen är genomförd under vårdtiden. Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden.</p>
<p>MR-angiografi genomförd</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angiografi.</p>
<p>Datum för MR-angiografi (ÅÅMMDD) <i>Denna fråga är frivillig from 2017</i></p>	<p>Ange datum för MR-angiografi om undersökningen är genomförd under vårdtiden eller 28 dagar före strokeinsjuknandet. Koda "99" om okänd dag för undersökningen. Om okänd månad, registrera den mest sannolika månaden.</p>
<p>Undersökt kärlområde med DT- eller MR-angiografi</p>	<p>Om DT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes (fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde). OBS! Endast ett alternativ är möjligt att registrera elektroniskt.</p>

Undersökning sväljförmåga/tal

<p>Sväljförmåga testad</p>	<p>Innebär en initial bedömning/screening om hur patienten kan svälja i anslutning till strokeinsjuknandet. Lokala anvisningar om hur sväljtest ska göras bör finnas på varje strokeenhet. Koda i Riksstroke om sväljtest är genomfört vid ankomsten (eller senare om patienten är medvetandesänkt vid ankomsten). Svaret skall baseras på vad som är dokumenterat i journalen.</p> <p>Ange svarsalternativ 1= ja när sväljtest är genomfört <u>och</u> dokumenterat i journal.</p> <p>Ange svarsalternativ 2= nej/okänt när sväljtest inte är genomfört (och patienten ej är medvetandesänkt) <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas.</p> <p>Svarsalternativ 3= ej undersökt p.g.a. medvetandesänkt patient (kan ändras till ja senare om patienten blir piggare och testet genomförs).</p>
<p>Bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion under vårdtiden</p>	<p>Registrera om patientens sväljfunktion under vårdtiden har blivit bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist. Med annan dysfagispecialist menas öron-, näsa- halsläkare eller specialistutbildad sjuksköterska inom dysfagi.</p> <p>Svarsalternativ 2= nej, inget behov innefattar även medvetandesänkta patienter.</p> <p>Svarsalternativ 3= nej, ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist.</p> <p>Svarsalternativ 9= okänt, innefattar även när patient avböjer bedömning.</p>
<p>Bedömd av logoped avseende talfunktion under vårdtiden</p>	<p>Registrera om patientens talfunktion under vårdtiden har blivit bedömd av logoped eller om det är beställt till efter utskrivningen.</p> <p>Svarsalternativ 2= nej, inget behov innefattar även medvetandesänkta patienter.</p> <p>Svarsalternativ 3= nej, ingen logoped tillgänglig innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped.</p> <p>Svarsalternativ 9= okänt, innefattar även när patient avböjer bedömning.</p>

Undersökning hjärta

Långtids-EKG (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårddagen	Registrera om undersökningen är genomförd under vårddagen eller planeras efter vårddagen. Registrera "ja" oavsett hur länge patienten har haft telemetri. Det finns i dagsläget ingen vedertagen tid för hur länge telemetrin ska pågå.
---	---

Information

Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet	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 koda 9= okänt . Koda 2= nej även i de fall när patienten har avböjt information.
Information given 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 koda 9= okänt .

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

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

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

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

Om patienten har paus med antikoagulantia ex inför kirurgi, Registrera vid insjuknande 1= ja (beskriver praxis – intention to treat). INR/PK-värde vid inläggning beskriver att Waran inte var i terapeutisk dos.

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

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper och oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. Atorvastatin, Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin)
ASA	(t.ex. Trombyl)
Clopidogrel	(t.ex. Plavix)
ASA + dipyridamol	(Asasantin)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ovanstående	(t.ex. Brilique, Efiend, Pletal, Possia)
Warfarin	(Waran)
Om ja, behandling med warfarin vid insjuknande ange PK (INR)-värde oavsett diagnos	Om warfarinbehandling vid insjuknandet ange PK (INR)-värde oavsett diagnos. Koda 9, 9 om okänt värde.
Apixaban	(Eliquis)
Dabigatranetexilat	(Pradaxa)
Rivaroxaban	(Xarelto)
Edoxaban	(Lixiana)
Andra perorala antikoagulantia än ovanstående	Registrera om patienten vid inskrivning eller utskrivning står på andra perorala antikoagulantia än ovanstående.

Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden (ÅÅMMDD)	Avser ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden. Om behandling pågick vid insjuknandet och inget uppehåll (mer än 36 timmar) gjordes, ange ankomstdatum till första sjukhus. Om uppehåll på mer än 36 timmar, ange datum för återinsättning.
Huvudorsak varför perorala antikoagulantia ej var insatt under vårdtiden vid förmaksflimmer och hjärninfarkt (I63)	Denna fråga avser endast patienter med diagnos I63 och förmaksflimmer och gäller huvudorsak till varför Waran eller andra perorala antikoagulantia inte är insatt.

Hjärnblödning

Lokalisation av hjärnblödning (I61)	Registrera lokalisation av hjärnblödning diagnos I61.
Blödning med ventrikelgenombrott	Registrera om DT/MR hjärna visar blod i hjärnans hålrum (ventrikelgenombrott).
Om behandling med perorala antikoagulantia (warfarin/NOAK) vid insjuknande i <u>hjärnblödning (I61)</u>, reversering genomförd	Registrera om försök att minska eller avbryta (reversera) effekt av pågående peroral antikoagulantia är genomförd. Gäller om patienten behandlas med perorala antikoagulantia vid insjuknandet.
Läkemedel vid reversering av hjärnblödning (I61)	Registrera vilket läkemedel som användes vid reversering.
Neurokirurgisk åtgärd genomförd för hjärnblödning	Registrera om neurokirurgisk åtgärd är genomförd för hjärnblödning.
Datum för neurokirurgisk åtgärd (ÅÅMMDD)	Ange datum för neurokirurgisk åtgärd.
Ange Riksstroke sjukhuskod för sjukhuset där neurokirurgi för hjärnblödning genomfördes	Om neurokirurgi för hjärnblödning genomfördes ange det givande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke. OBS! gäller även om det är det egna sjukhuset som genomfört operationen. Ange "999" om okänd Riksstroke sjukhuskod. Ange "888" om utländskt sjukhus. Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.

Trombolys

<p>Trombolys - givet för akut stroke</p>	<p>Om behandlingen påbörjats men avbrutits/inte fullföljts anges svarsalternativ 1= ja. Detta gäller även om endast bolusdos givits.</p> <p>För diagnos I61 och I64 blir svaret automatiskt 2= nej.</p>
<p>Om nej, orsak till varför trombolys <u>inte</u> är givet</p>	<p>Flera svarsalternativ kan anges. Koda angiven/na orsak/er i journalen till varför trombolys inte är givet.</p> <p>För diagnos I61 blir svaret automatiskt 1= hjärnblödning.</p> <p>Om tiden från insjuknande till ankomst till sjukhus är över 4,5 timmar och är journalfört, registrera svarsalternativ 4= ej möjligt att ge behandling inom 4,5 tim från insjuknande.</p> <p>Svarsalternativ 7= felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan innebär att larmrutinen uteblivit och är anledning som är journalförd som orsak varför trombolys inte givits.</p> <p>Om trombolys inte kan ges p.g.a. okänd insjuknandetid registrera svarsalternativ 6= Annan anledning.</p> <p>Orsak till att trombolys ej givits är troligen inte alla gånger tydligt utskrivet i journal, eller skrivet med olika detaljeringsgrad. Finns det en skriven motivering i journal kan registreraren bedöma var uppgiften bäst passar in. Står det inte tydligt används "okänt". En hög andel "okänt" betyder att journaldokumentationen kan behöva förbättras.</p>
<p>Datum och tidpunkt för behandlingsstart med trombolys</p>	<p>Ange datum (ÅÅMMDD) och tidpunkt (TIM.MIN) för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om timme och/eller minuter är okänt koda "99".</p> <p>Behandlingsstart för trombolys är när bolusdosen ges.</p>
<p>Ange Riksstroke sjukhuskod där trombolys är givet</p>	<p>Om patienten erhållit trombolys ange det givande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke.</p> <p>OBS! gäller även om det är det egna sjukhuset som givit trombolys. Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa trombolys på sjukhusnivå.</p> <p>Ange "999" om okänd Riksstroke sjukhuskod</p> <p>Ange "888" om utländskt sjukhus</p> <p>Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.</p>

Trombektomi

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

För diagnos I61 är frågorna inaktiverade

Enbart endovaskulär stentbehandling (t.ex carotis op) registreras **inte** i Riksstroke utan i det kärlkirurgiska registret Swedvasc!

Patient vårdad vid strokeenhet med trombektomi-center	Registrera 1= ja , om patienten (någon gång under vårdtiden) vårdats på strokeenhet med trombektomicenter.
Om vårdad vid trombektomi-center, överflyttad dit från annat sjukhus	Registrera 1= ja, för ev. trombektomi , om överflyttning initierades för trombektomi (oavsett om utfört eller ej) Registrera 3= ja, för annan orsak än trombektomi , om överflytt skedde för annan åtgärd eller övriga orsaker (t.ex trombektomicenter är hemortssjukhus)
Trombektomi - genomförd för akut stroke	Avser endast intrakraniella kärl. Besvaras endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Om behandlingen påbörjats men avbrutits/inte fullföljts anges svarsalternativ 1= ja .
Om ja, trombektomi genomförd för akut stroke i	Om trombektomi genomförts, ange i vilket kärlområde. Registrera "1" för främre (via a.carotis) cirkulation, Registrera "2" för bakre (via a.vertebralis) cirkulation. Registrera "9" om okänt.
Datum och tidpunkt för behandlingsstart med trombektomi	Ange datum (ÅÅMMDD) och tidpunkt (TIM.MIN) för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om timme och/eller minuter är okänt koda "99" .
Ange Riksstroke sjukhuskod där trombektomi genomfördes	Om patienten erhållit trombektomi ange det genomförande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke, gäller även om det är det egna sjukhuset. Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa trombektomi på sjukhusnivå. Ange "999" om okänd Riksstroke sjukhuskod. Ange "888" om utländskt sjukhus. Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.

Utvärdering av trombolys/trombektomi

<p>NIHSS utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär (vid trombolys/trombektomi-start samt ett dygn efter trombolys/trombektomi)</p>	<p>Ange totalpoäng vid behandlingsstart utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Vid trombolystart Vid trombektomistart Ett dygn efter trombolys/trombektomi</p> <p>Om poäng >= 24 kan man ange 24. Värden över 24 poäng kan registreras om så önskas.</p> <p>Koda "99" om okänt/ej undersökt.</p> <p>En varning kommer när man registrerar endast en nia, som vid NIHSS värde 9, för att man ska kontrollera att det blir rätt registrerat.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Fullständig NIHSS bedömning (upptill 24 poäng) utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär utförd</p>	<p>Koda "ja" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som finns för utskrift på Riksstrokes hemsida.</p> <p>Vid trombolystart Vid trombektomistart Ett dygn efter trombolys/trombektomi</p> <p>Koda "nej" om fullständig NIHSS bedömning upptill 24 poäng inte är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär.</p> <p>Koda "okänt" om det är oklart ifall fullständig NIHSS-bedömning upptill 24 poäng är utförd utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär eller ej.</p> <p>Det är NIHSS-bedömning utifrån Riksstrokes NIHSS-formulär som ska registreras, inte modifierade NIHSS-bedömningar som görs under den efterföljande övervakningen av patienten.</p>
<p>Fullständig symtomregress efter trombolys/trombektomi inom 24 timmar efter strokeinsjuknande</p>	<p><u>Samtliga</u> symtom ska ha gått i regress. NIHSS= 0 poäng innebär inte fullständig symtomregress eftersom NIHSS inte är en fullständig neurologstatus.</p>
<p>Hjärnblödning med <u>klinisk försämring</u> inom 36 timmar efter trombolys/trombektomi</p>	<p>Koda 1= ja endast om patienten försämrats kliniskt motsvarande 4 poäng eller mer på NIHSS oavsett hur stor blödning datortomografi-hjärna visar.</p>

Hemikranektomi

För diagnos I61 är frågorna inaktiverade

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

Utskrivning efter Akutvård

Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	Avser <u>slutligt</u> utskrivningsdatum från akutskedet. Om vård på flera sjukhus under akutskedet är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras. Fyll i datum för när patienten slutligen skrivs ut från sjukhus avseende vård under akutskedet eller det <i>datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus för eftervård</i> . Utskrivningsdatum får då samma datum som Inskrivningsdatum för eftervård. Avlider patienten under vårdtiden blir utskrivningsdatum = avlidandedatum.
Vårdavdelning under akutskedet, avser även vårdavdelningar vid andra sjukhus under akutskedet	Obs! gäller även vård på andra sjukhus under akutskedet. Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den fortsatta vårdformen. Registrera samtliga avdelningar som patienten vårdats på även om vårdtiden bara omfattar några timmar.

<p>Om vårdad utanför strokeenhet, ange totala antalet vård dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning</p>	<p>Registrera antal dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning, inläggningsdag = dag 1. Om vård på flera strokeenheter är det den totala vårdtiden på strokeenhet som skall anges.</p> <p>Uträkning av antal dagar på strokeenhet sker automatiskt för strokeenheter med obruten vårdkedja om patienten lades in på strokeenhet direkt.</p> <p>Automatisk uträkning av antal dagar sker även om vård på flera strokeenheter, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning.</p> <p>Möjlighet att ange 999= okänt finns.</p> <p>Registrering av vårdtid är maximerat till 100 dagar för akutformuläret, därefter måste man övergå till formuläret för 3-månadersuppföljning. Vid uppnådda 100 dagar måste patienten "skrivas ut från akutformuläret". Man anger då att patienten = fortfarande inneliggande på frågan Utskrives till från Akutvård.</p> <p>Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret.</p>
<p>Utskriven till från Akutvård</p>	<p>Ange var patienten slutligen skrivs ut efter Akutvården.</p> <p>2= särskilt boende innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i> oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej. Hit hör ex. servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende och avlastningsplats. Ett <i>handikappsanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till endast trygghetslarm och/eller matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>4= annan akutklinik avser fortsatt vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik - fortsätt då att fylla i Eftervård.</p> <p>5= geriatrik/rehab om patienten skrivs ut till geriatrik/rehab inom landstingsfinansierad eftervård fortsätt då att fylla i Eftervård.</p> <p>11= fortfarande inneliggande anges om patienten efter 100 dagar fortfarande ligger kvar på sjukhus när det är dags för 3-månadersuppföljning. Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret.</p> <p>Om patienten utskrivs till annan strokeenhet för fortsatt akutvård bör strokeenheterna ta kontakt med varandra. Detta för att om möjligt komplettera ev. Inskrivningsdatum, ev. Utskrivningsdatum och ev. Utskriven till efter Eftervård inför uppföljningen. Den strokeenhet som efter överenskommelse ska äga vårdtillfället och som gör 3-månadersuppföljningen registrerar första sjukhusets Inskrivningsdatum och andra strokeenhetens Utskrivningsdatum.</p>

Adress, telefon vid Utskrivs till	För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut. Det gäller även om patienten förflyttas vidare till annat sjukhus för Eftervård. Detta registreras inte elektroniskt.
--	---

Rehabiliteringsplan efter utskrivning från akutvård

Rehabiliteringsplan efter utskrivning från Akutvård	<p>Flera svarsalternativ är möjliga att registrera. Planerad rehabilitering innebär att en sjukgymnast och/eller arbetsterapeut eller annan legitimerad personalkategori deltar i och följer upp rehabiliteringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens. Se Nationella riktlinjer för stroke. - Övrig hemrehabilitering innebär inte krav på ett multidisciplinärt team med speciell strokekompetens. Uppföljning av förflyttning och utprovning av hjälpmedel räknas inte som hemrehabilitering. Det krävs en mer specifik träningsinsats. - Dagrehabilitering eller motsvarande avser teambaserad rehabilitering under en bestämd tidsperiod. Innefattar ofta flera patienter samtidigt (kan även avse ev. gruppträning). - Poliklinisk rehabilitering avser rehabilitering vid enskilda besök och innebär individuell träning/ behandling hos en personalkategori på mottagning eller liknade. - Omvårdnadsboende med rehabilitering (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem). - Inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning Avser även patienter som har behov av rehabilitering men som har bedömts inte kan tillgodogöra sig rehabilitering efter utskrivning från Akutvård. - Enbart självträning - Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering (svarsalternativet avser patienter som tackar nej till all planerad rehabilitering och inte enbart till vissa delar). - Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt - Okänt
--	---

Eftervård gäller fortsatt vård inom landstingsfinansierad eftervård

Inskrivningsdag (ÅÅMMDD)	<p>Skriv in datum för när patienten överförs till annan klinik <i>inom sjukhuset</i> eller överförs <i>till annat sjukhus</i> för rehabilitering. Om patienten skrivits ut till 5= geriatrik/rehab efter Akutvård blir det datumet= Inskrivningsdatum. I de fall eftervård sker på annat sjukhus, försök då även få med vårdtiden från det andra sjukhuset under Eftervård. Sträva efter att fånga den <i>totala vårdtiden</i> för varje vårdtillfälle även om patienten överflyttas till annan klinik eller sjukhus. Det är den totala vårdtiden som är viktigast!</p>
Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	<p>Fyll i datum för när patienten slutligen skrivs ut efter Eftervård.</p> <p>Om vård på flera sjukhus/enheter under Eftervården är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset/enheten som ska registreras.</p> <p>Avlider patienten under Eftervården blir utskrivningsdatum = avlidandedatum.</p> <p>Om patienten har skrivits ut från annat sjukhus och annat sjukhus "äger" vårdtillfället bör icke ägande sjukhus diskutera om man har något behov av uppgiften, i så fall kontakta utskrivande sjukhus annars kan frågan lämnas obesvarad.</p>
Utskriven till från Eftervård	<p>Ange var patienten slutligen skrivs ut när Eftervård är avslutad.</p> <p>2= särskilt boende innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i> oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej. Hit hör ex. servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende och avlastningsplats. Ett <i>handikappanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till endast trygghetslarm och/eller matdistribution räknas inte som särskilt boende.</p> <p>4= annan akutklinik, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik.</p> <p>11= fortfarande ineliggande anges om patienten efter 100 dagar fortfarande ligger kvar på sjukhus när det är dags för 3-månadersuppföljning. Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret.</p>
Adress, telefon vid Utskrivs till	<p>Aktuell adress finns att hämta i Registreringsmodulen.</p> <p>För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här vid behov möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut efter Eftervård. Uppgifterna registreras inte elektroniskt.</p>

Rehabiliteringsplan efter utskrivning från eftervård

Rehabiliteringsplan efter utskrivning från Eftervård	<p>Flera svarsalternativ är möjliga att registrera.</p> <p>Planerad rehabilitering innebär att en sjukgymnast och/eller arbetsterapeut eller annan legitimerad personalkategori deltar i och följer upp rehabiliteringen.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemrehabilitering med multidisciplinärt rehabiliteringsteam (inklusive tillgänglig läkare) med speciell strokekompetens. Se Nationella riktlinjer för stroke.- Övrig hemrehabilitering innebär inte krav på ett multidisciplinärt team med speciell strokekompetens. Uppföljning av förflyttning och utprovning av hjälpmedel räknas inte som hemrehabilitering. Det krävs en mer specifik träningsinsats.- Dagrehabilitering eller motsvarande avser teambaserad rehabilitering under en bestämd tidsperiod. Innefattar ofta flera patienter samtidigt (kan även avse ev. gruppträning).- Poliklinisk rehabilitering avser rehabilitering vid enskilda besök och innebär individuell träning/ behandling hos en personalkategori på mottagning eller liknade.- Omvårdnadsboende med rehabilitering (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem).- Enbart självträning.- Inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning Avser även patienter som har behov av rehabilitering men som har bedömts inte kan tillgodogöra sig rehabilitering efter utskrivning från Eftervård.- Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering (svarsalternativet avser patienter som tackar nej till all planerad rehabilitering och inte enbart till vissa delar)- Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt- Okänt
---	---

Uppföljning

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

Rehabilitering under slutenvård

Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av arbetsterapeut	<p>Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömning av arbetsterapeut är utförd. Det gäller ej patienter i palliativ vård där bedömningen kan göras av läkare eller sjuksköterska.</p> <p>Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte och avser bedömning av om det finns behov av arbetsterapi under slutenvårdtiden.</p> <p>Bedömning dag 1 räknas från och med dagen då patienten skrivs in inom slutenvården, oavsett vårdavdelning. Tiden på akutmottagning räknas ej.</p> <p>Om ineliggande patient insjuknar räknas dag 1 från den dag då strokeinsjuknandet inträffade.</p> <p>Om patient kommer från annat sjukhus registreras 1:a bedömning som okänt om inte bedömning från arbetsterapeut överrapporteras.</p>
Patienter har under slutenvårdsperioden erhållit arbetsterapi	<p>Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehabilitering.</p> <p>Frågan är viktig men p.g.a. olika organisationer av vården är frågan omöjlig att svara på för vissa sjukhus – om uppgifter från hela slutenvårdstiden inte kan erhållas kodas 9= okänt.</p> <p>Frågan om Erhållen behandling bygger på föregående fråga om bedömning är gjord. Om man registrerat svarsalternativ 5= nej (d.v.s. ingen bedömning är gjord) kan frågan om erhållit arbetsterapi efter bedömning inte registreras.</p>

	<p>Svaret avser sammanlagd tid arbetsterapi i medeltal per dag, under den del av hela slutenvårdtiden som patienten bedömts ha haft behov (gäller veckans 7 dagar). Arbetsterapi avser bedömning/behandling utförd av arbetsterapeut eller arbetsterapibiträde efter delegering. Kontinuerliga bedömningar under vårdtillfället (utom ankomstbedömningen) räknas in i behandlingstiden.</p> <p>Administration kring patienten räknas inte in i behandlingstiden.</p> <p>Ett samtal med information om självträning eller rådgivning av olika slag kan vara en behandlingsåtgärd. Men ett samtal av mer allmän karaktär för arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut "stämna av läget" är inte en behandlande åtgärd. Anpassningar, administrativa uppgifter och externa kontakter inbegrips inte i detta.</p> <p>Det är den faktiska tiden som man möter patienten som räknas. Inte tiden för förskrivning, intygsskrivning, kontakt med firmor, hjälpmedelscentral, resor till och från hjälpmedelscentral, mekning etc.</p> <p>Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling.</p> <p>Om arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut tillsammans tränar patienten 30 minuter registrerar både arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i sina respektive formulär. Grunden för detta är att de två professionerna kompletterar varandra och det görs olika bedömningar/behandlingsåtgärder – men samtidigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yttre faktorer som påverkat: t.ex. isolering, patienten ej anträffbar p.g.a. undersökningar bedöms som 3. Gäller patienter med behov som inte fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden. • Patienter som ej kan medverka p.g.a. mkt kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som 4. • Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som 5.
Datum för behandlingsstart (ÅÅMMDD)	Ange datum för behandlingsstart arbetsterapi. Avser ej bedömning.
Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av sjukgymnast/fysioterapeut	Svaret avser inom vilken tid efter ankomst till vårdavdelning som bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är utförd. Det gäller ej patienter i palliativ vård där bedömningen kan göras av läkare eller sjuksköterska.

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

	<p>Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling.</p> <p>Kontrakturprofylax (vidmakthålla rörlighet vid risk för kontraktur och vid konstaterad fraktur, prioriteras som 6/10 i nationella riktlinjer) skall, om än passivt för patienten, inkluderas i tiden sjukgymnastik/fysioterapi</p> <p>Om arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut tillsammans tränar patienten 30 minuter registrerar både arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i sina respektive formulär. Grunden för detta är att de två professionerna kompletterar varandra och det görs olika bedömningar/behandlingsåtgärder – men samtidigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yttre faktorer som påverkat: t.ex. Isolering, patienten ej anträffbar p.g.a. undersökningar bedöms som "3". Gäller patienter med behov som inte fått någon sjukgymnastik/fysioterapi alls under vårdtiden. • Patienter som ej kan medverka p.g.a. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som "4". • Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som "5".
<p>Datum för behandlingsstart sjukgymnastik/fysioterapi (ÅÅMMDD)</p>	<p>Ange datum behandlingsstart sjukgymnastik/fysioterapi. Avser ej bedömning.</p>

Sjukhuskoder i Riksstroke

RS-sjukhuskoder för 2017	
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
Högländssjukhuset- 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
Kullbergsska (Katrineholm)	422
Kungälv	473
Skaraborgs sjukhus (SkaS)*	327
Köping*	326
Landskrona	427
Lidköping	461
Lindesberg	429
Linköping	147
Ljungby	430
Lund (SUS Lund)	141
Lycksele	432
Malmö (SUS Malmö)	115
Mora	433
Motala	434

Mälarsjukhuset (Eskilstuna)	212
Möndal	223
Norrköping/Finspång*	225
Norrtälje	435
Nyköping	436
NÄL *(Norra Älvsborgs sjukhus)	324
Oskarshamn	457
Piteå	484
Sahlgrenska	116
Skellefteå	440
Sollefteå	441
S:t Görän (Capio S:t Görän)	228
Sunderbyn	222
Sundsvall*	329
Södertälje	445
Södersjukhuset	230
Torsby	446
Trelleborg	447
Umeå	118
Uppsala, Akademiska	110
Varberg	449
Visby	232
Värnamo	450
Västervik	451
Västerås	333
Växjö	234
Ystad *	352
Ängelholm	456
Örebro	146
Örnsköldsvik	453
Östersund	236
Östra sjukhuset	235
Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888
Sjukhus med okänd Riksstrokes kod	999

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

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

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

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

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

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

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

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

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