



**RIKSSTROKE**  
The Swedish Stroke Register

# Vägledning

För registrering av stroke i Akutskedet

Version 24

2024

# Vägledning för Akutskedet i Riksstroke

## Version 24

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2024-01-01** och därefter.

Akutformulärets ändringar gäller från **2024-01-01**

Har ni frågor om registrering – hör av er till;

[hannele.hjelm@regionvasterbotten.se](mailto:hannele.hjelm@regionvasterbotten.se) 090-785 87 83 eller


[sara.korpela@regionvasterbotten.se](mailto:sara.korpela@regionvasterbotten.se) 090-785 87 78 eller

[riksstroke@regionvasterbotten.se](mailto:riksstroke@regionvasterbotten.se)

## Innehållsförteckning

<b>Generella anmärkningar .....</b>	<b>3</b>
Dubbelregistrering .....	5
<b>Akutformuläret.....</b>	<b>6</b>
Ankomst till första sjukhus .....	10
Akuta undersökningar/åtgärder.....	10
Inläggning .....	12
NIHSS .....	13
Trombolys.....	13
Trombektomi.....	15
Trombektomi-Center.....	15
Hjärnblödning efter trombolys/trombektomi .....	16
Hemikranektomi.....	16
Hjärnblödning.....	17
ADL och boende före insjuknandet i stroke .....	18
Riskfaktorer .....	19
Information.....	20
Undersökningar under vårdtiden .....	20
Riskbedömning omvårdnad .....	21
Läkemedelsbehandling.....	22
Uppföljning.....	23
Rehabilitering under slutenvård.....	23
Utskrivning akutvård .....	26
Rehabilitering efter utskrivning från akutvård.....	28
Utskrivning eftervård .....	29
Rehabilitering efter utskrivning från eftervård .....	30
<b>Sjukhuskoder i Riksstroke .....</b>	<b>32</b>

# Generella anmärkningar

- Uppgifter som registreras ska kunna återfinnas i journalen!
- Tänk på sekretessen och att ni har rätt behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd! Logga alltid ut av säkerhetsskäl.
- Pappersformulären är arbetsmaterial och sparas så länge man anser att man behöver dem för registreringen, tex för att ändra eventuella inmatningsfel.
- **Målnivå:** I formuläret är Riksstroke's målnivåer markerade med röd färg och symbolen 
- **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. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska ges** genom att patienten/närstående uppmärksammas på Riksstroke's patientinformation. Riksstroke's patientinformation finns att ladda ner på Riksstroke's hemsida <http://www.riksstroke.org/sve/riksstroke-registreringsplattform/information-patient/> I patientinformationen finns kontaktuppgifter till register samt dataskyddsombud, ni fyller även i kontaktuppgifter till er egen vårdenhet. Även en patientinformationsfolder och ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar strokepatienter rekommenderas. Bifoga även Patientinformationen i samband med utskicket av 3-månadersuppföljningen. Vid telefonuppföljning måste respektive sjukhus skapa rutiner för hur Patientinformationen ska ges.
- **Borttagning av patientuppgifter** Patienten har 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.  
På Riksstroke's hemsida <http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/blanketter/> kan patienten ladda ner blankett om en **begäran om utträde** ur registret. Den skall göras skriftligt och skickas till Riksstroke's kansli.  
OBS! Ni kan själv ta bort patientuppgifter från registret om patienten feldiagnostiserats eller felregistrerats dvs patienten skulle aldrig ha registrerats i registret.
- **Begäran om registerutdrag.** På Riksstroke's hemsida finns blankett för begäran om registerutdrag <http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/blanketter/> . Begäran om registerutdrag skall göras skriftligt och skickas till Riksstroke's kansli.
- **Registrera alla\* patienter som får en fastställd akut strokedagnos** det gäller även stroke som **bidiagnos**. Riksstroke rekommenderar att även återinsjuknanden registreras. Återinsjuknade inom 28 dagar är exkluderade i Årsrapporten men finns i Dashboardens övre del samt i Användardefinierade listor. Om patienten har flera

insjuknanden inom 28 dagar behöver man endast göra Riksstroke 3 månaders uppföljning på första insjuknandet.

- **Stroke som bidiagnos;** patienten måste uppfylla kriterierna för stroke – dvs ha kliniska strokesymtom om diagnosen ska ställas. Patienten ska också informeras om diagnosen, behandlas och följas upp för stroke.

**\* Riksstroke rekommenderar att INTE registrera patienter med skyddad identitet eller liknande orsak i Riksstroke.**

- **Patienter under 18 år.**

**Patienter under 18 år** ska inte registreras i Riksstroke! De registreras i BarnRiksstroke registret fr.o.m. 2016. För patientinformation, registreringsformulär eller andra frågor kontakta

[hannele.hjelm@regionvasterbotten.se](mailto:hannele.hjelm@regionvasterbotten.se) 090-785 87 83 eller  
[sara.korpela@regionvasterbotten.se](mailto:sara.korpela@regionvasterbotten.se) 090-785 87 78 eller  
[riksstroke@regionvasterbotten.se](mailto:riksstroke@regionvasterbotten.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. Patienter som **ej** läggs in kan via Användardefinierade listor tas fram för egen sjukhusstatistik. Användardefinierade 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 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><b>Information om dubbelregistrering</b></p> <p><b>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!</b></p>	<p>Dubbelregistrering = Ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter.</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 = "ägande sjukhus".</p> <p>Även det sjukhus som inte är "ägande sjukhus" rekommenderas registrera vårdtillfället. Registrera de frågor som ni anser är viktigt för er, de åtgärder ni gjort.</p> <p>Om ert sjukhus är intresserade av indikatorer vid mitt sjukhus eller att ni använder listor som trombolys och trombektomi</p> <p>Tänk på detta om ni <u>inte</u> är ägande sjukhus:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fyll i de uppgifter som behövs för att kunna ta del av det som ni gjort på ert sjukhus.</li><li>• Rekommenderar att ni inte tar bort en patient som ni inte äger</li></ul> <p>Formulär som inte är helt besvarade hamnar inte i ofullständiga formulär om man inte är ägande sjukhus. Ni ser era resultat via Dashborden på startsidan. 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.</p> <p>Var uppmärksam och kontrollera detta då registreringar av samma vårdtillfälle förekommit med olika insjuknandedatum tidigare år!</p> <p>Registrering i plattform:</p> <p>Om samma patient registreras på flera sjukhus med samma eller närliggande datum +/- 5 dagar kommer det upp en varning samt uppmaning att kontakta det sjukhus som också har registrerat patienten. Sjukhus koden visas på det sjukhus som också har registrerat samma patient.</p> <p>Vid dubbelregistrering uppmanas inblandade sjukhus/strokeenheter kontakta varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf) och därmed följa upp patienten.</p> <p>Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista, lista Trombolys och andra listor samt via Dashborden på startsidan.</p> <p>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</p>
--	--

	<p>Hanterade dubbelregistreringar som tas fram genom att ändra i listans urval till hanterade dubbelregistreringar.</p> <p>Anmärkning: Ibland får patienterna två olika diagnoser vid byte av sjukhus, tex när patient som behandlats med trombolys/trombektomi kan ena sjukhuset registrera I63 och andra G45X. Detta ger en dubbelregistrering. Riksstroke råder sjukhusen att komma överens om en diagnos. Om strokesymtomen försvinner fullständigt efter trombolys och/eller trombektomi rekommenderas i Riksstroke's diagnoslathund diagnosen TIA. Det kan även vara så att det andra sjukhuset kan ge information om att alla symtom faktiskt inte hade gått över inom 24 timmar. Skulle samma vårdtillfälle och trombolysbehandling registreras dubbelt i Riksstroke (signaleras i Riksstroke) har diagnosen I63 företräde över diagnosen G45X – görs av Riksstroke kansliet.</p>
--	---

## AKUTFORMULÄRET

<b>Personnummer</b> <b>Samordningsnummer</b> <b>Reservnummer</b>	<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 Webbregristeringen klicka på endera reservnumret eller samordningsnummer och fyll i den nya rutan som aktiveras. Kom ihåg att klicka på OK efter du fyllt i samordnings eller reservnummer.</p> <p><b>Samordningsnummer</b> 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><b>Reservnummer</b> som i dagsläget går fylla i är antingen ett 12-siffrigt löpnummer till exempel 995234567891 eller ett datum med en bokstav i de 4 sista t.ex. 22010184a3</p> <p>Riksstroke rekommenderar att personer med <b>skyddad identitet eller liknande orsak</b> inte registreras.</p>
<b>Namn</b>	Endast namn kan registreras elektroniskt. Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på formuläret.
<b>Kön</b>	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, måste ni aktivt ange kön.
<b>Rapporterande sjukhus</b>	Registreras automatiskt efter inloggning. Behöver bara skrivas på pappersenkäten om man vill.

<b>Avdelning</b>	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in <b>samma beteckning</b> för respektive avdelning. Data för respektive avdelning kan då även erhållas via användardefinierad lista. Bestäm vad de olika avdelningarna skall benämnas som och registrera det konsekvent.
<b>Ifyllt av</b>	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.
<b>Avliden datum</b> (ÅÅMMDD)	Avser dödsfall under vårddagen.
<b>Hemkommunkod vid insjuknandet</b> (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan <b>inte</b> aktuell.
<b>Hemlänskod vid insjuknandet</b> (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan <b>inte</b> aktuell.
<b>Ålder</b> (Endast i webbregistreringen)	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
<b>Strokediagnos</b>	<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 kvalitet, eller att patienten är avliden och ej obducerad.</p> <p>OBS I61, I63 och I64 som bidiagnos ska även registreras!</p> <p>Patienten ska ha kliniska strokesymtom om diagnosen ska ställas, tysta infarkter registreras inte.</p> <p><b>Registrera även</b> stroke pga. ovanliga orsaker eller till följd av 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>De sällsynta orsakerna till stroke registreras inte i sig, utan det är följdresultatet som registreras om det ger upphov till intracerebral blödning, infarkt eller SAH.</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 reperfusionsterapi, karotisintervention (trombektomi, stent), hjärtoperationer,</p>

	<p>kirurgiskt ingrepp av annat slag, stentning av kranskärl, aneurysmåtgärd, kärlskador efter strålbehandling.</p> <p><b>Dessa undantag skall INTE registreras i Riksstroke:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blödning i metastaser eller i hjärntumörer.</li> <li>• Stroke i samband med operation av hjärntumör.</li> <li>• Hjärninfarkter och hjärnblödningar diagnostiserade i samband med SAH (subarachnoidalblödningar).</li> </ul> <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 är inte en diagnoskod). Data för vårdtillfällen som är registrerade med G45.x redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos I63.</p> <p>Enligt Riksstroke's diagnoslathund skall en tidsbaserad diagnosprincip tillämpas. Om strokesymtomen försvinner fullständigt efter trombolys och/eller trombektomi och ingen strokemimic misstänks ges diagnosen TIA. Diagnosen TIA används även om bilddiagnostik påvisat färsk lesion</p> <p>Från 2020 registreras Subaraknoidalblödning i eget formulär och egen flik i webben <b>Riksstroke - Akutskedet för registrering av SAB(I60)</b> Registreringen ska främst ske på neurokirurgiska kliniker. Om patienten är vårdad på neurokirurgen har neurokirurgen helhetsansvar för registrering och 3-månadersuppföljning. Övriga sjukhus registrerar akutskedet om patienten inte har vårdats på Neurokirurgisk klinik. Formuläret är anpassat till neurokirurgiska kliniker, övriga sjukhus fyller i ett formulär med mindre antal frågor. Se även <a href="#">Vägledning SAB</a></p> <p>I Årsredovisningen för stroke inkluderas diagnoserna I61, I63, I64 och I60 SAB</p>
<p><b>Patienten vaknade med symtom</b></p>	<p>Registrera om patienten hade symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos.</p>
<p><b>Insjuknandedag (ÅÅMMDD)</b></p>	<p>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 eller söker vård.</p> <p>Automatisk överföring sker från Patientsidan i webbregistreringen till Akutskede.</p>



<b>Insjuknandetid (TIM.MIN)</b>	<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 endast säkert kan anges till hel timme och inte minuter registrera "99.99" och ange så exakt tid som möjligt i tidsintervall.</p> <p>Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall enligt nedan fråga.</p> <p>Om patienten vaknade med symtom, <b>ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom</b>. Ex: Om patienten lagt sig 22.00 och var utan symtom då, blir insjuknande tid 22.00. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd anges <b>om möjligt</b> tidpunkt när patienten senast var utan symtom. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedan fråga</p>
<b>Tidsintervall från insjuknandet till ankomst till sjukhus</b>	<p>Om insjuknandetidpunkt är okänd eller enbart hel timme kan fastslås (9999) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om patienten vaknade med symtom ange tidsintervall från när patienten senast var utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om ineliggande patient drabbas av stroke och insjuknandetidpunkt är okänd (senaste tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av strokeinsjuknandet.</p>
<b>Patienten var redan på sjukhus/akutmottagning vid detta strokeinsjuknande</b>	<p>Koda <b>1= ja</b>, om patienten insjuknar i stroke när patienten redan är inlagd på sjukhus eller insjuknar på akutmottagningen om patienten sökt <b>för annan åkomma/orsak</b>.</p>
<b>Patienten kom med ambulans</b>	<p>Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är frågan ej aktuell att besvara.</p>
<b>Larm för trombolys/ Trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"</b>	<p>Avser larm för potentiella trombolys-/trombektomi behandlingar.</p> <p>Koda <b>1= ja</b> om "rädda hjärnan/strokelarm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Strokelarm ska även utlösas från vårdavdelning om patienten redan är inlagd. Koda <b>1= ja</b> även om larmet inte ledde till trombolys-/trombektomi behandling (till exempel för att DT-hjärna visade en blödning).</p> <p>Svarsalternativ <b>2= nej</b> gäller också när ambulanspersonal prehospitalt har kontaktat trombolysansvarig jour som då bedömer att inget "rädda hjärnan/strokelarm" ska starta.</p>

## ANKOMST TILL FÖRSTA SJUKHUS

<b>Ankomstdag till första sjukhus (ÅÅMMDD)</b>	<p>Avser det sjukhus där patienten hade <b>sin första kontakt</b> för detta strokeinsjuknande. Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för stroke.</p> <p>Om redan inläggande 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 detta strokeinsjuknande.</u></p>
<b>Ankomsttid till första sjukhus (TIM.MIN)</b>	<p>Tid för när patienten kommer till sjukhuset och söker vård pga. stroke.</p> <p>Avser den första kontakten på det första sjukhuset. Ex: När patienten kommer till akuten eller röntgen (om patienten tas in via rtg) – patienten "är innanför dörrarna".</p> <p>Om patienten insjuknar i stroke när patienten redan är inlagd på sjukhus eller insjuknar på akutmottagningen när patienten sökt för annan åkomma/orsak blir ankomsttiden samma som insjuknande tiden.</p> <p>Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter <b>i första hand om möjligt</b> registreras som närmast hel eller halv timme annars kodas minuter med "99". Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall beräknas.</p>
<b>Riksstrokes sjukhuskod</b>	<p>Ange Riksstrokes sjukhuskod för första sjukhus. Rullista med Riksstrokes sjukhuskoder finns vid frågan i webben. Sjukhuskoder i Riksstroke finns även på sista sidan i Vägledningen.</p>

## AKUTA UNDERSÖKNINGAR/ÅTGÄRDER

<b>Datortomografi hjärna</b>	<p>Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi-hjärna.</p>
<b>DT- angiografi genomförd i anslutning till första DT</b>	<p>Koda <b>1=ja</b> om undersökningen är genomförd i anslutning till första datortomografien. Man kan koda <b>1=ja</b> om undersökningen är gjord inom 24 tim.</p>
<b>DT Perfusion genomförd i anslutning till första DT</b>	<p>Koda <b>1=ja</b> om undersökningen är genomförd i direkt anslutning till första datortomografien. Man kan koda <b>1=ja</b> om undersökningen är gjord inom 24 tim.</p>
<b>Storkärloklusion påvisad på DT-angiografi</b>	<p>Med storkärloklusion avses en blodpropp i ett av hjärnans stora kärl identifierat på DT-angiografi. Med stora kärl avses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intrakraniella delen av arteria carotis interna (ICA), typiskt benämnt i svaret som I-okklusion eller T-okklusion. Carotisstenos på halsen ingår inte eftersom det sitter utanför skallen.</li> </ol>

	<p>2. M1- och M2-segmentet av arteria cerebri media, typiskt benämnt M1-ocklusion eller M2-ocklusion.</p> <p>3. Arteria basilaris, typiskt benämnt som basilaristrombos, basilarisocklusion eller basilaristoppsocklusion.</p> <p>I nuläget registrerar inte Riksstroke kärlocklusioner i mindre kärl som arteria cerebri anterior eller arteria cerebri posterior eftersom de är mer sällsynta och få trombektomeras.</p>
<p><b>Trombektomi-center/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi</b></p>	<p>Registrera om trombektomi-center/jour har kontaktats för ställningstagande till trombektomi. Avser kontakt med jourhavande på trombektomicentrat, neurolog, interventionist eller båda.</p>
<p><b>Medvetandegrad vid ankomsten till första sjukhus</b></p>	<p>Gäller medvetandegraden vid första läkarundersökningen efter ankomsten till sjukhus. Detta avser första sjukhuset patienten kommer till efter insjuknandet i stroke.</p>
<p><b>Bedömning sväljförmåga genomförd</b></p>	<p>Innebär en initial bedömning/screening om hur patienten kan svälja i anslutning till strokeinsjuknandet. Lokala anvisningar om hur bedömning av sväljförmågan ska göras bör finnas på varje strokeenhet.</p> <p>Koda i Riksstroke om en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten inom ett dygn från ankomst till sjukhuset. (eller senare om patienten är medvetandesänkt vid ankomsten). Svaret skall baseras på vad som är dokumenterat i journalen. Om uppgifter angående sväljbedömning inte finns räknas det som att sväljbedömning inte har genomförts.</p> <p>Ange svarsalternativ <b>1= ja</b> när initial bedömning av sväljförmågan är genomförd <u>och</u> dokumenterad i journal.</p> <p>Ange svarsalternativ <b>2= nej/okänt</b> när initial bedömning inte är genomfört (och patienten ej är medvetandesänkt) <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas.</p> <p>Svarsalternativ <b>3= ej undersökt p.g.a. medvetandesänkt patient</b> (kan ändras till ja senare om patienten blir piggare och testet genomförs).</p>

## INLÄGGNING

<p><b>Patienten vårdades inläggande för detta strokeinsjuknande</b></p>	<p>Om man kodar <b>2= nej</b> är övriga variabler i formuläret frivilliga att besvara. Besvara de frågor ni kan.</p>
<p><b>Inlagd först på</b></p>	<p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten.  <i>Definition av <b>strokeenhet</b>: (se Riksstroke's hemsida)</i></p> <p>Om redan inläggande 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.</p> <p>Om patienten enligt rutin vid trombolys först läggs in på annan avdelning till exempel HIA eller MAVA för att få trombolysbehandling* registreras svarsalternativ <b>4= IVA</b> och det/de svarsalternativ som passar för den/de avdelningar som sedan patienten vårdas på under akutskedet.          *Gäller endast för patienter som vårdas på HIA eller MAVA under trombolys-behandling.</p>
<p><b>Första sjukhus där patienten blev inlagd</b></p>	<p>Ange riksstroke's sjukhus kod          Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen på sista sidan.</p>
<p><b>Ankomstdag till första strokeenhet (ÅÅMMDD)</b></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 <b>"99"</b>. Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.</p>
<p><b>Tidpunkt ankomst till första strokeenhet (TIM.MIN)</b></p>	<p>Avser tidpunkt för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Ankomst till strokeenhet räknas även från när personal från strokeenhet möter upp patienten på röntgen och tar över ansvaret av patienten vid trombolys/trombektomi.</p> <p>Om patienten först vårdades på ex IVA - Registrera det datumet som patienten flyttas till strokeenheten som Ankomst till första strokeenhet. Då kan man skilja på patienter som blivit inlagda på IVA/NIVA/MAVA jämfört med strokeenhet. Det påverkar inte målnivån Strokeenhet, IVA eller NKK som första vårdenheter eftersom dessa räknas in i målnivån.</p> <p>Koda <b>"9999"</b> om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter <b>i första hand om möjligt</b> registreras som närmast hel eller halv timme annars kodas minuter med <b>"99"</b>.</p>
<p><b>Riksstroke's sjukhuskod</b></p>	<p>Ange Riksstroke's sjukhuskod för första strokeenhet. Rullista med Riksstroke's sjukhuskoder finns vid frågan i webben. Sjukhuskoder i Riksstroke finns i Vägledningen på sista sidan.</p>

## NIHSS

<b>NIH STROKE -SKALA</b> <b>NIHSS vid</b> <b>ankomst/inläggning</b>	<p>Fyll i NIHSS poäng för varje variabel vid ankomst. Om patienten vårdas på/flyttas till trombektomcenter välj det NIHSS som görs närmast innan trombektomi. Övriga registrerar NIHSS vid ankomst till första sjukhus i första hand alt NIHSS vid inläggning. Totalsumman fylls i automatiskt i webben.</p> <p>Om Vakenhetsgrad 3 = koma, patienten okontaktbar fylls totalsumman i automatiskt.</p> <p>Registrera 9 = okänt om det saknas en variabel. Slutsumman räknas ihop, man får sina värden. I statistiken ger detta ett ofullständigt NIHSS slutsumma 99.</p> <p>Se <a href="#">SKR NIHSS-manual</a> - National Institute of Health Stroke Scale på Riksstrokes hemsida. Se instruktioner för bedömning under varje variabel i manualen.</p>
<b>NIHSS 24 timmar efter trombolys och/eller trombektomi</b>	<p>Fyll i NIHSS poäng för varje variabel 24 tim efter trombolys och/eller trombektomi. Obs! behöver inte vara precis på timmen 24 tim, görs inom närmaste dygnet. Totalsumman fylls i automatiskt.</p>

## TROMBOLYS

<b>Trombolys – givet eller påbörjat för akut stroke</b>	<p>Om behandlingen påbörjats men avbrutits anges svarsalternativ <b>1= ja</b>. Detta gäller även om endast bolusdos givits. Under svarsalternativ <b>3</b> registreras patienter i trombolys studie eller behandling med icke godkänt läkemedel.</p> <p>För diagnos I61 och I64 blir svaret automatiskt <b>2= nej</b>.</p> <p><b>I 64 = Stroke, ej specificerat som blödning eller infarkt</b> Denna diagnos används om inte bildiagnostik finns eller obduktion gjorts. Det går inte att registrera trombolys i Riksstroke med diagnos I64, dvs strokediagnos som inte är verifierad med DT eller MR hjärna.</p>
<b>Om nej, orsak till att trombolys <u>inte</u> är givet</b>	<p>Flera svarsalternativ kan anges. Koda angiven/na orsak/er i journalen till varför trombolys inte är givet.</p> <p>För diagnos I61 släcks frågan ner.</p> <p>Om tiden från insjuknande till ankomst till sjukhus är över 4,5 timmar och är journalfört, registrera <b>ej möjligt att ge behandling inom 4,5 tim från insjuknande</b> (kodar vid känd insjuknande tid).</p> <p>Svarsalternativ <b>felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan</b> innebär att larmrutinen uteblivit och är anledning som är journalförd som orsak varför trombolys inte givits.</p> <p><b>Andra kontraindikationer</b> ex. blodtryck 185/110 mm Hg eller högre trots akutbehandling med iv antihypertensiv, misstanke om annan</p>

	<p>diagnos än ischemisk stroke, pågående AK behandling, klar misstanke om septisk embolisering/endokardit.</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><b>Ange Riksstroke sjukhuskod där trombolys är givet</b></p>	<p>Om patienten erhållit trombolys ange det givande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke.</p> <p><b>OBS!</b> gäller även om det är det egna sjukhuset som givit trombolys. Denna uppgift måste alltid anges för att kunna redovisa faktiskt antal utförda behandlingar med trombolys på sjukhusnivå.</p> <p>Ange "999" om okänd Riksstroke sjukhuskod Ange "888" om utländskt sjukhus</p> <p>Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.</p>
<p><b>Datum och tidpunkt för behandlingsstart med trombolys</b></p>	<p>Ange <b>datum</b> (ÅÅMMDD) och <b>tidpunkt</b> (TIM.MIN) för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Om minuter är helt okänt fyll i tex 1099. Det går inte att koda okänd timme <b>och</b> minuter vid trombolys start "9999"</p> <p>Behandlingsstart för trombolys är när bolusdosen ges.</p>
<p><b>Reversering genomförd av dabigatran med idarucizumab för att möjliggöra trombolys</b></p>	<p>Frågan ska besvaras för de patienter som fått trombolys. Det pågår studier på området (<b>FOU</b>)</p> <p>Dabigatran (Pradaxa) Idarucizumab (Praxbind)</p>

## TROMBEKTOMI

Trombektomi eller annan kateterburen (endovaskulär) behandling genomförd för stroke (**avser intrakraniella kärl**). Gäller samtliga nedanstående frågor!  
Sinustrombos klassas som stroke när den ger upphov till en akut ischemisk stroke eller intracerebralt hematom och registreras då i Riksstroke. Men trombektomier för cerebral venös trombos registreras inte i Riksstroke.

**För diagnos I61 är frågorna inaktiverade.**

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

<b>Trombektomi - genomförd eller påbörjad för akut stroke</b>	Koda <b>1= ja</b> endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Om behandlingen påbörjats men avbrutits anges svarsalternativ <b>1= ja</b> .
<b>Ange Riksstroke sjukhuskod där trombektomi är genomförd eller påbörjad</b>	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.  Lista över vilka sjukhus som gör trombektomi finns även vid frågan i webben. Ange " <b>888</b> " om utländskt sjukhus.

## TROMBEKTOMI-CENTER

**Frågorna i detta avsnitt besvaras endast för patienter vårdade på trombektomicenter**

Trombektomi sjukhus ska besvara dessa frågor på alla sina ischemiska stroke även om nej på trombektomi.

<b>Ambulanstransport triagerades direkt till Trombektomicenter</b>	Ange om ambulanstransporten triagerades direkt till ett trombektomisjukhus utan att stanna vid närmaste sjukhus där trombolys kunnat ges. Svara <b>1=ja</b> även för de patienter som tillhör universitetssjukhusens upptagningsområde (patientens hemsjukhus), för dessa patienter sker en direkttransport till trombektomicenter.
<b>Överflyttad till trombektomisjukhus från annat sjukhus</b>	Registrera <b>1= ja, för ev. trombektomi</b> , om överflyttning initierades för trombektomi (oavsett om utfört eller ej). Registrera <b>3= ja, för annan orsak än trombektomi</b> , om överflyttning skedde för annan åtgärd eller övriga orsaker (t. ex trombektomicenter är hemortssjukhus).  Om patienten <b>INTE</b> har vårdats på ett sjukhus med trombektomicenter behöver frågan ej besvaras.
<b>Ankomst till sjukhus med trombektomicenter</b>	Ange <b>datum</b> (ÅÅMMDD) och <b>tidpunkt</b> (TIM.MIN) för ankomst till sjukhus med trombektomicenter

<b>Tidpunkt för Kärlpunktion vid trombeaktomi.</b>	Ange den dag och den tid då första kärl punkterades. Ange <b>datum</b> (ÅÅMMDD) och <b>tidpunkt</b> (TIM.MIN) för kärlpunktion med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter.
<b>Ange Riksstroke sjukhuskod för patientens hemortssjukhus enligt folkbokföringen.</b>	Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan och sista sidan i Akutformuläret. Ange "888" om utländskt sjukhus Ange "999" om okänd sjukhuskod

## HJÄRNBLÖDNING EFTER TROMBOLYS/TROMBEAKTOMI

<b>Hjärnblödning med klinisk försämring inom 36 timmar efter trombolys/trombeaktomi</b>	Koda <b>1= ja</b> endast om patienten försämrats kliniskt motsvarande 4 poäng eller mer på NIHSS oavsett hur stor blödning datortomografi-hjärna visar.
---	---

## HEMIKRANIEKTOMI

För diagnos I61 är frågorna inaktiverade

<b>Hemikraniektomi genomförd för expansiv ischemisk stroke (hjärninfarkt)</b>	Koda <b>1= ja</b> endast om patienten behandlats med hemikraniektomi på indikationen ischemisk expansiv stroke/hjärninfarkt. Koda <b>3= ja, ingår i studie</b> , när hemikraniektomi ingår i en studie.
<b>Ange Riksstroke sjukhuskod där hemikraniektomi är genomförd</b>	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 och sista sidan i Akutformuläret.
<b>Datum för hemikraniektomi (ÅÅMMDD)</b>	Datum för hemikraniektomi. Om dag eller månad inte är känd, koda "99".



## HJÄRNBLÖDNING

<b>Lokalisation av hjärnblödning (I61)</b>	Registrera lokalisation av hjärnblödning diagnos I61.
<b>Blödning med ventrikelgenombrott</b>	Registrera om DT/MR hjärna visar blod i hjärnans hålrum (ventrikelgenombrott).
<b>Om behandling med perorala antikoagulantia (Warfarin/NOAK) vid insjuknande i hjärnblödning (I61), reversering genomförd</b>	Registrera om försök att minska eller avbryta (reversera) effekt av pågående peroral antikoagulantia är genomförd. Gäller om patienten behandlas med perorala antikoagulantia vid insjuknandet.
<b>Läkemedel vid reversering av hjärnblödning (I61)</b>	Registrera vilket läkemedel som användes vid reversering. Registrera även läkemedel ingående i reverseringsstudie och behandling med icke godkänt läkemedel
<b>Neurokirurgisk åtgärd genomförd för hjärnblödning</b>	Registrera om neurokirurgisk åtgärd är genomförd för hjärnblödning. Neurokirurgisk åtgärd kan vara till exempel hematotomyning, hemikranektomi, ventrikeldränage, mätning av intrakraniellt tryck, ligering av aneurysm eller exstirpation av AVM.
<b>Ange Riksstroke sjukhuskod för sjukhuset där neurokirurgi för hjärnblödning är genomförd</b>	Om neurokirurgi för hjärnblödning genomfördes ange det givande sjukhusets sjukhuskod i Riksstroke. <b>OBS!</b> 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 i Vägledningen sista sidan.
<b>Datum för neurokirurgisk åtgärd (ÅÅMMDD)</b>	Ange datum för neurokirurgisk åtgärd.

## ADL OCH BOENDE FÖRE INSJUKNANDET I STROKE

<p><b>Boende</b></p>	<p>Enbart larm räknas inte som kommunal hemtjänst.</p> <p><b>3= Särskilt boende</b> 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.</p> <p><b>5= Annat</b> kan t.ex. vara personlig assistent.</p>
<p><b>Ensamboende</b></p>	<p>Koda <b>1= Patienten bodde helt ensam</b> om patienten bor i eget boende ensam, eller i kommunalt särskilt boende.</p> <p>Om hen delar boende med maka/make i lägenhet på servicehus eller i särskilt boende koda <b>2= Patienten delade hushåll med make/maka/sambo <u>eller</u> annan person till exempel syskon, barn eller förälder</b></p> <p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens boendesituation före sjukhusvistelsen registreras.</p>
<p><b>Hjälpbehov</b></p>	<p>Koda om patienten klarar sig själv utan hjälp eller ej. Hjälpbehovet innefattar hjälp med personligt ADL och/eller hushålls-ADL (till exempel hjälp med städ, tvätt, inköp, laga mat).</p>
<p><b>Rörlighet</b></p>	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens rörlighet <b>före</b> sjukhusvistelsen registreras.</p>
<p><b>Toalettbesök</b></p>	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens ev. hjälpbehov vid toalettbesök <b>före</b> sjukhusvistelsen registreras.</p>
<p><b>Kläder</b></p>	<p>I de fall patienten vårdas på sjukhus vid insjuknandet skall patientens hjälpbehov vid av- och påklädning, <b>före</b> sjukhusvistelsen registreras.</p>

## RISKFAKTORER

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

## INFORMATION

<p><b>Information om rökstopp till de som var rökare vid insjuknandet</b></p>	<p>Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i webbbregistreringen.</p> <p>Registrera om information om rökstopp är given.</p> <p>Ange svarsalternativ <b>2= nej/okänt</b> när information ej givits <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas.</p> <p>Svarsalternativ <b>3=</b> ej relevant p g a patientens tillstånd</p>
<p><b>Information given om bilkörning</b></p>	<p>Registrera om information är given om uppehåll med bilkörning.</p> <p>Ange svarsalternativ <b>2= nej/okänt</b> när information ej givits <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas.</p> <p>Svarsalternativ <b>3</b> = ej relevant/ saknar körkort eller p g a patientens tillstånd</p>

## UNDERSÖKNINGAR UNDER VÅRDTIDEN

<p><b>MR hjärna genomförd under vårddtiden</b></p>	<p>Registrera om patienten under vårddtiden är undersökt med MR-hjärna. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.</p>
<p><b>Om ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR hjärna under vårddtiden visade:</b></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 <b>2= ingen färsk hjärninfarkt</b>. Om MR påvisar hjärnblödning och osäkert resultat vad gäller färsk hjärninfarkt koda <b>9= osäkert/okänt undersökningsfynd</b>.</p> <p>Frågan ger möjlighet att följa diagnossättning av TIA och hjärninfarkt relaterat till undersökningsfynd för att se på diagnosglidningar över tid.</p>
<p><b>DT-angiografi genomförd men ej i anslutning till första DT</b></p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion) i ett senare skede av vårddtiden. Avser inte den akuta undersökningen som görs i anslutning till första DT. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.</p>
<p><b>Ultraljud halskärl genomförd under vårddtiden</b></p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med ultraljud halskärl under vårddtiden eller att undersökningen är beställd till efter utskrivningen.</p>

<b>Långtids-EKG minst 24 tim (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårdtiden</b>	<p>Registrera om undersökningen är genomförd under vårdtiden eller planeras efter vårdtillfället.</p> <p>Registrera <b>1= ja</b> om patienten haft Långtids-EKG i minst 24 timmar.</p>
--	--

## Riskbedömningar Omvårdnad

<b>Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning</b>	<p>Registrera <b>1= ja</b> om riskbedömning gjorts inom 24 h efter ankomst till avdelning.</p> <p>Riskbedömningen görs genom värdering av tre bedömningspunkter; oavsiktlig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt.</p> <p>Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA (PSVF Stroke/TIA): Strukturerad nutritionsbedömning/status bör utföras inom 24h. Förmåga till per oralt intag bedöms relaterat till normala dygnsbehov av vätska inom 4 timmar från ankomst till sjukhus.</p>
<b>Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömning</b>	<p>Registrera <b>1= ja</b> om risk föreligger enligt bedömning.</p> <p>Det finns olika formulär för att identifiera och bedöma risken för undernäring. Till exempel NRS-2002 (Nutritional Risk Screening – 2002), MUST (Malnutrition Universal Screening Test) eller SGA (Subjective Global Assessment) som används främst inom kirurgi och onkologi. De lämpar sig för akutsjukvård. MNA (Mini Nutritional Assessment) och MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) är anpassat för äldre individer, det vill säga 65 år och äldre. Varje verksamhet kan själv bestämma om man vill använda något av instrumenten. Förutsättningen är att det innehåller en sammanvägd bedömning av viktförlust, ätsvårigheter, alternativt bedömning av matintag och BMI (Vårdhandboken).</p>
<b>Har förebyggande åtgärder vidtagits</b>	<p>Registrera <b>1= ja</b> om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats</p>
<b>Riskbedömning av munhälsa genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning</b>	<p>Registrera <b>1=ja</b> om riskbedömning gjorts inom 24 h efter ankomst till avdelning.</p> <p>Bedömningen genomförs med ett strukturerat bedömningsinstrument, till exempel ROAG (Revised Oral Assessment Guide).</p>
<b>Föreligger risk för ohälsa i munnen enligt riskbedömning</b>	<p>Registrera <b>1= ja</b> om ohälsa föreligger enligt bedömning ovan.</p>
<b>Har förebyggande åtgärder vidtagits</b>	<p>Registrera <b>1=ja</b> om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats</p>

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

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **insjuknandet** respektive vid **utskrivningen** från det aktuella strokeinsjuknandet. Denna tid inbegriper även fortsatt vård på annat sjukhus om patienten flyttas över i ett tidigt skede exempelvis inom ett par dagar. Gäller hela vårdtillfället inom landstingsfinansierad slutenvård, dvs det går även att registrera läkemedel vid utskrivning från eftervård/rehab.

**Registrera 4= ja** om patienten ingår i läkemedelsstudie.

Registrera även om läkemedelsbehandlingen planeras insättas **inom 2 veckor efter utskrivning**.

Om patienten inte tagit de ordinerade LM; Om uppehåll/paus 3–7 dag registrera **1=ja**, mer än 7 dag registrera **2 = nej**

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. Om uppehåll längre tid paus 3–7 dag registrera **1=ja**, mer än 7 dag registrera **2 = nej**

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

<b>Blodtryckssänkande läkemedel</b>	Avser samtliga grupper och oberoende av indikation
<b>Statiner</b>	(t.ex. atorvastatin/Lipitor, pravastatin, rosuvastatin/Crestor, simvastatin)
<b>ASA</b>	(t.ex. Trombyl, Acetylsalicylsyra)
<b>Klopidogrel</b>	(t.ex. Plavix, Clopidogrel, Cloriocard, Grepid)
<b>Dipyridamol</b>	(Persantin)
<b>Andra trombocythämmare än ovanstående</b>	(t.ex. Brilique, Efiend,-Prasugrel, Cilostazol, Possia)
<b>Warfarin</b>	(Waran)
<b>Om ja, behandling med warfarin vid insjuknande ange PK (INR)-värde oavsett diagnos</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>Edoxaban</b>	(Lixiana)
<b>Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden</b> (ÅÅMMDD)	Avser ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia under vårdtiden. Om behandling pågick vid insjuknandet och inget uppehåll (mindre än 36 timmar) gjordes, ange ankomstdatum till första sjukhus. Om uppehåll på mer än 36 timmar, ange datum för återinsättning.

## UPPFÖLJNING

<p>Återbesök på grund av det aktuella strokeinsjuknandet är planerat hos sjuksköterska eller läkare</p>	<p>Avser ett fysiskt återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga. 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 <b>9= okänt</b>. Om behov av uppgiften kontakta det andra sjukhuset.</p>
---	--

## REHABILITERING UNDER SLUTENVÅRD

<p>Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion</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 <b>2= nej, inget behov</b> innefattar även medvetandesänkta patienter.</p> <p>Svarsalternativ <b>3= nej, ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig</b> innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist.</p> <p>Svarsalternativ <b>9= okänt</b>, innefattar även när patient avböjer bedömning.</p>
<p>Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped avseende talfunktion</p>	<p>Registrera om patientens talfunktion under vårdtiden har blivit bedömd av logoped eller om det är beställt till efter utskrivningen.</p> <p>Svarsalternativ <b>2= nej, inget behov</b> innefattar även medvetandesänkta patienter.</p> <p>Svarsalternativ <b>3= nej, ingen logoped tillgänglig</b> innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped. Svarsalternativ <b>9= okänt</b>, innefattar även när patient avböjer bedömning.</p>
<p>Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av arbetsterapeut</p>	<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>
<p><b>Patienter har under slutenvårdsperioden erhållit arbetsterapi</b></p>	<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 <b>9= okänt</b>.</p> <p>Frågan om Erhållen behandling bygger på föregående fråga om bedömning är gjord. Om man registrerat svarsalternativ <b>5= nej</b> (d.v.s. ingen bedömning är gjord) kan frågan om erhållen arbetsterapi efter bedömning inte registreras.</p> <p>Arbetsterapi avser bedömning/behandling utförd av arbetsterapeut eller arbetsterapibitråde efter delegering.</p> <p>Administration kring patienten räknas inte in i behandling.</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 etcetera</p> <p>Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling.</p> <p>Om arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut tillsammans tränar patienten 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"> <li>• Yttre faktorer som påverkat: t.ex. isolering, patienten ej anträffbar p.g.a. undersökningar bedöms som <b>2</b>. Gäller patienter med behov som inte fått någon arbetsterapi alls under vårdtiden.</li> <li>• Patienter som ej kan medverka p.g.a. mkt kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som <b>3</b></li> <li>• Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som <b>4</b>.</li> </ul>



<p><b>Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av sjukgymnast/fysioterapeut</b></p>	<p>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> <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><b>Patienten har under slutenvårdsperioden erhållit sjukgymnastik/fysioterapi</b></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 <b>9= okänt</b>.</p> <p>Frågan om Erhållen behandling bygger på föregående fråga om bedömning är gjord. Om man registrerat svarsalternativ <b>5= nej</b> (ingen bedömning är gjord) kan frågan om erhållit arbetsterapi efter bedömning inte registreras.</p> <p>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 behandling.</p> <p>Administration kring patienten räknas inte in i behandling.</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 etcetera</p> <p>Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling.</p> <p>Kontrakturprofylax (vidmakthålla rörlighet vid risk för kontrakturer och vid konstaterad fraktur, prioriteras som 6/10 i nationella</p>

	<p>riktlinjer) skall, om än passivt för patienten, inkluderas i sjukgymnastik/fysioterapi.</p> <p>Om arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut tillsammans tränar patienten 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/behandlingar – men samtidigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yttre faktorer som påverkat: t.ex. Isolering, patienten ej anträffbar p.g.a. undersökningar bedöms som "2". Gäller patienter med behov som inte fått någon sjukgymnastik/fysioterapi alls under vårdtiden.</li> <li>• Patienter som ej kan medverka p.g.a. mycket kognitiv nedsättning/demens eller språkförbistring bedöms som "3".</li> <li>• Patienter som inte har sensomotoriska eller kognitiva nedsättningar och ej erhållit behandling samt patienter i palliativ vård bedöms som "4".</li> </ul>
--	---

## UTSKRIVNING AKUTVÅRD

<b>Utskrivningsdag</b> (ÅÅMMDD)	<p>Avser <b>slutligt</b> utskrivningsdatum från akutskedet. Om vård på flera sjukhus under akutskedet är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras.</p> <p>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.</p>
<b>Ange Riksstroke</b> <b>sjukhuskod för</b> <b>utskrivande sjukhus</b>	<p>Ange "999" om okänd Riksstroke sjukhuskod.</p> <p>Ange "888" om utländskt sjukhus.</p> <p>Sjukhuskoder i Riksstroke se Vägledningen sista sidan.</p>
<b>Vårdavdelning under</b> <b>akutskedet</b>	<p>Avser <b>hela vårdtiden inklusive första avdelning och vårdavdelningar vid andra sjukhus under akutskedet</b></p> <p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den fortsatta vårdformen. Registrera samtliga avdelningar som patienten vårdats på även om vårdtiden bara omfattar några timmar.</p>
<b>Om vårdad utanför</b> <b>strokeenhet, ange totala</b> <b>antalet vårddagar på</b> <b>strokeenhet,</b> <b>intensivvårds- eller</b> <b>neurokirurgisk avdelning</b>	<p>Registrera antal dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning, <b>inläggningsdag = dag 1</b>. 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. Möjlighet att ange <b>999= okänt</b> finns. 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 = <b>fortfarande ineliggande</b> på frågan <b>Utskrives till från Akutvård</b>. Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret.</p>
<p><b>Patienten har fått en skriftlig rehabiliteringsplan</b></p>	<p>Ange om patienten har fått en skriftlig rehabiliteringsplan vid utskrivningen från slutenvården. Rehabiliteringsplanen ska innehålla mål och planerade insatser. Rehabiliteringsplanen ska finnas tillgänglig för patient och närstående. Rehabiliteringsplanen är gemensam dokumentation av teamet i en vårdplansanteckning eller rehabiliteringsplananteckning, inte enskilt i varje yrkesgruppsjournal och det ska vara tydligt vem som följer upp, tar vid samt att patient får ta del av den.</p>
<p><b>Utskriven till från Akutvård</b></p>	<p>Ange var patienten slutligen skrivs ut efter Akutvården. <b>2= särskilt boende</b> innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej</i>. Hit hör ex. <b>servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats, växelboende, korttidsboende och avlastningsplats</b>. Ett <i>handikappanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till <i>endast trygghetslarm och/eller matdistribution</i> räknas inte som särskilt boende. <b>4= annan akutklinik</b> avser fortsatt vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik - <b>fortsätt då att fylla i Eftervård</b>. <b>5= geriatrik/rehab</b> om patienten skrivs ut till <b>geriatrik/rehab inom regionfinansierad eftervård</b> fortsätt då att fylla i <b>Eftervård</b>. Det finns inte flera steg för eftervård så man kan inte registrera två olika eftervård utan man får göra så rätt som möjligt. Ex: Strokeenhet till carotisoperation och sen hem efter det – då blir kir eftervård (annan akutklinik). Vården på kärllkirurgen räknas inte till vården på strokeenhet. Det blir en annan sak om det blir rehabilitering efteråt då får man tänka att op är en "konsultation" och räknas med i akutvårdtiden och sen utskrivning till eftervård för rehab. <b>11= fortfarande ineliggande</b> 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>

	Om patienten skrivs ut till annan strokeenhet för fortsatt akutvård bör strokeenheterna ta kontakt med varandra. Detta för att om möjligt komplettera ev. <b>Inskrivningsdatum</b> , ev. <b>Utskrivningsdatum</b> och ev. <b>Utskriven till efter Eftervård</b> inför uppföljningen. Den strokeenhet som efter överenskommelse ska äga vårdtillfället och som gör 3-månadersuppföljningen registrerar första sjukhusets <b>Inskrivningsdatum</b> och andra strokeenhetens <b>Utskrivningsdatum</b> .
<b>Adress, telefon vid Utskrivs till</b>	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 <b>inte</b> elektroniskt.

## REHABILITERING EFTER UTSKRIVNING FRÅN AKUTVÅRD

<b>Rehabilitering efter utskrivning från Akutvård</b>	<p><b>Planerad rehabilitering.</b> 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"> <li>- <b>Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljö.</b> Se Nationella riktlinjer för stroke.</li> <li>- <b>Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam koordinerar utskrivningen men där fortsatt rehabilitering utförs utan multidisciplinärt stroketeam av enskilda vårdgivare från kommun/primärvård</b> Avser hemrehabilitering som utförs av ett team som inte organisatoriskt tillhör strokeenheten. 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.</li> <li>- <b>Dagrehabilitering eller motsvarande</b> avser teambaserad rehabilitering under en bestämd tidsperiod. Innefattar ofta flera patienter samtidigt (kan även avse ev. gruppträning).</li> <li>- <b>Poliklinisk rehabilitering</b> avser rehabilitering vid enskilda besök och innebär individuell träning/ behandling hos en personalkategori på mottagning eller liknade.</li> <li>- <b>Träning hos logoped.</b> Inte enbart planerat återbesök.</li> <li>- <b>Omvårdnadsboende med rehabilitering</b> (ex. särskilt boende, servicehus, korttidsboende eller sjukhem).</li> <li>- <b>Enbart självträning</b></li> <li>- <b>Inget rehabiliteringsbehov föreligger enligt teambedömning</b></li> </ul>
---	--

	<p>Avser även patienter som har behov av rehabilitering men som har bedömts inte kan tillgodogöra sig rehabilitering efter utskrivning från Akutvård.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Patienten tackar nej till erbjuden rehabilitering</b> avser patienter som tackar nej till all planerad rehabilitering och inte enbart till vissa delar.</li> <li>- <b>Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt</b></li> <li>- <b>Okänt</b></li> </ul>
--	---

## UTSKRIVNING EFTERVÅRD gäller fortsatt vård inom region finansierad eftervård

<b>Inskrivningsdag</b> (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 <b>5= geriatrik/rehab</b> efter Akutvård blir det <b>datumet= Inskrivningsdatum</b>. I de fall eftervård sker på <b>annat sjukhus</b>, 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>
<b>Utskrivningsdag</b> (ÅÅMMDD)	<p>Fyll i datum för när patienten slutligen skrivs ut <b>efter Eftervård</b>.</p> <p><b>Om vård på flera sjukhus/enheter under Eftervården är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset/enheten som ska registreras.</b></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>
<b>Patienten har fått en skriftlig rehabiliteringsplan</b>	<p>Ange om patienten har fått en skriftlig rehabiliteringsplan vid utskrivningen från slutenvården. Rehabiliteringsplanen ska innehålla mål och planerade insatser. Rehabiliteringsplanen ska finnas tillgänglig för patient och närstående.</p> <p>Rehabiliteringsplanen är gemensam dokumentation av teamet i en vårdplansanteckning eller rehabiliteringsplananteckning, inte enskilt i varje yrkesgruppsjournal och det ska vara tydligt vem som följer upp, tar vid samt att patient får ta del av den.</p>
<b>Utskriven till från Eftervård</b>	<p>Ange var patienten slutligen skrivs ut <b>när Eftervård är avslutad</b>. <b>2= särskilt boende</b> innefattar alla boendeformer som har <i>tillgång till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i> oavsett om den utnyttjas av de boende eller ej. Hit hör ex. <b>servicehus, gruppboende, vårdhemsboende, sjukhem, slussplats,</b></p>

	<p><b>växelboende, korttidsboende och avlastningsplats.</b> Ett <i>handikappanpassat boende</i> eller <i>seniorboende</i> hör endast hit om boendet har tillgång <i>till service, sjukvårdsinsatser eller rehabilitering</i>, annars ska det kodas som eget boende. Tillgång till <b>endast trygghetslarm och/eller matdistribution</b> räknas inte som särskilt boende.</p> <p><b>4= annan akutklinik</b>, om patienten fortsätter sin vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik.</p> <p><b>11= fortfarande ineliggande</b> 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>
<b>Adress, telefon vid Utskrivs till</b>	<p>Aktuell adress finns att hämta i Registreringsmodulen. För att <i>underlätta vid uppföljningen</i> finns här vid behov möjlighet att fylla i fullständig adress samt telefon dit patienten skrivits ut <b>efter Eftervård</b>. Uppgifterna registreras <b>inte</b> elektroniskt.</p>

## REHABILITERING EFTER UTSKRIVNING FRÅN EFTERVÅRD

<b>Rehabilitering efter utskrivning från Eftervård</b>	<p><b>Planerad rehabilitering.</b> 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"> <li>- <b>Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljö.</b> Se Nationella riktlinjer för stroke.</li> <li>- <b>Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam koordinerar utskrivningen men där fortsatt rehabilitering utförs utan multidisciplinärt stroketeam av enskilda vårdgivare från kommun/primärvård</b> Avser hemrehabilitering som utförs av ett team som inte organisatoriskt tillhör strokeenheten. 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.</li> <li>- <b>Dagrehabilitering eller motsvarande</b> avser teambaserad rehabilitering under en bestämd tidsperiod. Innefattar ofta flera patienter samtidigt (kan även avse ev. gruppträning).</li> <li>- <b>Poliklinisk rehabilitering</b> avser rehabilitering vid enskilda besök och innebär individuell träning/ behandling hos en personalkategori på mottagning eller liknade.</li> </ul>
--	---

- **Träning hos logoped.** Inte enbart planerat återbesök.
- **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** avser patienter som tackar nej till all planerad rehabilitering och inte enbart till vissa delar.
- **Rehabiliteringsbehov finns, men rehabilitering finns inte tillgängligt**
- **Okänt**

## Sjukhuskoder i Riksstroke

<b>RS-sjukhuskoder för 2024</b>			
Alingsås	411	Motala	434
Arvika	412	Mälarsjukhuset (Eskilstuna)	212
Avesta	413	Mölnadal	223
Bollnäs	414	Norrköping (Vrinnevi)	225
Borås	210	Norrtälje	435
Danderyd	211	Nyköping	436
Enköping	415	NÄL (Norra Älvsborgs sjukhus)	324
Falun	213	Oskarshamn	457
Gällivare	418	Piteå	484
Gävle	438	Sahlgrenska	116
Halmstad	215	Skellefteå	440
Helsingborg	216	Sollefteå	441
Hudiksvall	460	S:t Göran (Capio S:t Göran)	228
Hässleholm	455	Sunderbyn	222
Höglandssjukhuset- Eksjö	454	Sundsvall	329
Jönköping- Ryhov sjukhuset	273	Södertälje	445
Kalix	420	Södersjukhuset	230
Kalmar	218	Torsby	446
Karlshamn	421	Trelleborg	447
Karlskoga	475	Umeå	118
Karlskrona	219	Uppsala, Akademiska	110
Karlstad	342	Varberg	449
Karolinska-Solna	143	Visby	232
Karolinska-Huddinge	145	Värnamo	450
Kiruna	423	Västervik	451
Kristianstad	221	Västerås	333
Kullbergsska (Katrineholm)	422	Växjö	234
Kungälv	473	Ystad	352
Skaraborgs sjukhus (SkaS)	327	Ängelholm	456
Köping	326	Örebro	146
Landskrona	427	Örnsköldsvik	453
Lidköping	461	Östersund	236
Lindesberg	429	Östra sjukhuset	235
Linköping	147	Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888
Ljungby	430	Sjukhus med okänd Riksstrokes kod	999
Lund (SUS Lund)	141		
Lycksele	432		
Malmö (SUS Malmö)	115		
Mora	433		