



**RIKSSTROKE**  
The Swedish Stroke Register

# Vägledning

För registrering av omvårdnadsvariabler i  
Akutskedet

Version 2025

# Vägledning för registrering av omvårdnadsvariabler i Riksstroke

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke 2025-01-01 och därefter

Har ni frågor om registrering – hör av er till;

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

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

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

## Innehåll

Generella anmärkningar.....	2
Fall .....	3
Munhälsa.....	4
Nutrition/Undernäring .....	5
Residualurin.....	6
Smärta .....	7
Trycksår .....	7

## Generella anmärkningar

- Uppgifterna som registreras ska kunna återfinnas i journal
- 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.

**Definition risk:** Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank).

**Definition förebyggande:** Åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar (Socialstyrelsens termbank).

**Definition åtgärd:** Handling som är inriktad på (visst) resultat (Socialstyrelsens termbank).

<b>Personnummer Samordningsnummer 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 Webbregistreringen klicka på endera reservnummer eller samordningsnummer och fyll i den nya rutan som aktiveras.</p> <p><b>Samordningsnummer</b> består liksom personnummer av tio siffror. De inledande sex siffrorna utgår från personens födelsetid (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: <math>70\ 10\ 03 + 60 = 70\ 10\ 63 - 2391</math></p> <p><b>Reservnummer</b> 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 <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 specialurval i statistikmodulen. Bestäm vad de olika avdelningarna skall benämnas som och registrera det konsekvent.
<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.

## Fall

**Definition Fall:** En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej (Vårdhandboken).

<b>Har riskbedömning för fallrisk gjorts?</b>	<b>Riskbedömning kan göras</b> med flera olika instrument eftersom strokepatienter kan vara ganska komplexa och enstaka skalor blir därmed för grova att använda i bedömningen av strokepatienter.
---	--

	<p><b>Svara Ja</b> om ni gjort bedömning avseende fallrisk med riskbedömningsinstrument som t.ex. Downton Fall Risk Index, Bergs balans skala, Time Up and Go.</p> <p><b>Svara Ja</b> även om ni bedömer fallrisk utifrån exempelvis vårdplan som avser sjukgymnastisk/fysioterapeutisk balansbedömning som görs i sittande, stående och gående och avser både postural stabilitet och postural orientering samt även yrselbedömning.</p> <p>Detta tillsammans med den sensomotoriska och kognitiva bedömningen blir en mer komplett fallriskbedömning för en strokepatient.</p> <p>Enligt Nationella rekommendationer och Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp ska riskbedömning avseende fall göras vid ankomst till vårdavdelning. Enligt Vårdhandboken inom 24 timmar.</p>
<b>Föreligger risk för fall enligt genomförd fallriskbedömning?</b>	<b>Svara Ja</b> om risk för fall bedöms enligt ovan bedömning.
<b>Har förebyggande åtgärder vidtagits?</b>	<b>Svara Ja</b> om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats.
<b>Har patienten fallit under vårdtillfället?</b>	<b>Svara Ja</b> om fall enligt definition ovan.
<b>Ledde fallet till en vårdskada?</b>	<p><b>Definition fallskada:</b> En fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall (Vårdhandboken).</p> <p><b>Definition vårdskada:</b> Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet (Socialstyrelsen termbank).</p>

## Munhälsa

**Definition Munhälsa:** Ett tillstånd där individen är fri från smärta och sår i munnen. Vidare innebär en god munhälsa frånvaro av sjukdomar i munnen och andra tillstånd som påverkar munhålan och som begränsar individens förmåga att tugga, le och tala. (WHO)

<b>Har riskbedömning gjorts?</b>	Bedömningen genomförs med ett strukturerat bedömningsinstrument, till exempel ROAG (Revised Oral Assessment Guide).
----------------------------------	---

	<p>En ROAG bedömning bör genomföras i samband med inskrivning av nya patienter alternativt som en del av övrig riskbedömning (Vårdhandboken)</p> <p>Ska göras inom 24 timmar efter ankomst till vårdavdelningen</p>
<b>Föreligger ohälsa i munnen eller risk för ohälsa i munnen enligt genomfört bedömningsinstrument?</b>	<b>Svara Ja</b> om ohälsa föreligger enligt bedömning ovan
<b>Har förebyggande åtgärder vidtagits</b>	<b>Svara ja</b> om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats

## Nutrition/Undernäring

**Definition undernäring:** Med undernäring avses "Näringsrubbnig i form av brist på näringsämnen som orsakar sjukdom eller försämring av kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp" (Vårdhandboken)

<b>Har riskbedömning för undernäring gjorts?</b>	<p><b>Svara ja</b> om riskbedömning gjorts. Riskbedömningen görs genom värdering av tre bedömningspunkter; oavsiktlig viktförlust, ättsvårigheter och undervikt.</p> <p><b>Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA (PSVF Stroke/TIA):</b> Strukturerad nutitionsbedömning/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 riskbedömningsinstrument?</b>	<p><b>Svara 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, ättsvårigheter, alternativt bedömning av matintag och BMI (Vårdhandboken).</p>
<b>Har förebyggande åtgärder vidtagits?</b>	<b>Svara ja</b> om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats

<p><b>Har följande åtgärder genomförts:</b>  <b>Dietistbedömning</b>  <b>Nasogastrisk sond</b>  <b>PEG/RIG</b>  <b>TPN</b></p>	<p>Svara på om och när åtgärder genomförts.</p> <p>Om sväljscreening visar risk för sväljsvårighet rekommenderas att klinisk sväljbedömning görs av logoped inom 1-3 dygn (PSVF Stroke/TIA)</p> <p>Vid fynd av sväljsvårigheter: Applicera nasogastrisk sond inom 24–72 timmar. Överväg PEG vid kvarstående sväljsvårigheter som förväntas överstiga 2–4 veckor. (Beslutsstöd Dysfagi och nutrition efter stroke – NAG stroke)</p>
<p><b>Om sond får patienten sväljträna?</b></p>	<p><b>Svara Ja</b> om patienten får sväljträna och det har dokumenterats.</p>

## Residualurin

**Definition:** Urinretention innebär att blåstömningen inte sker alls eller att tömningen är ofullständig med Residualurin. Residualurin, avser den urin som blir kvar i urinblåsan efter urinering.

<p><b>Har patienten KAD vid inskrivningen på första sjukhus (kronisk KAD)?</b></p>	<p><b>Svara ja</b> om patienten har en KAD (kvarliggande kateter) vid inskrivningen på första sjukhus.</p>
<p><b>Kontroll av residualurin genomförd.</b></p>	<p><b>Svara Ja</b> om kontroll är genomförd och dokumenterad.</p> <p>Tidsfaktorn är viktig, där snabb upptäckt och behandling (inom 1-2 timmar) av blåsvolymer mellan 500 ml och 1000 ml minskar risken för kroniska skador (Vårdhandboken)</p>
<p><b>Hade patienten residualurin?</b></p>	<p>Residualurin &gt;200 mL (uppmätt vid första blåsscanningen) = hög risk (Vårdhandboken). Alla patienter som skrivs in för sjukhusvård bör bedömas avseende risk för urinretention. Aktuell risknivå (ingen risk, allmän risk eller hög risk) dokumenteras i patientens journal inom 24 timmar efter ankomst. (Vårdhandboken)</p>
<p><b>Vilka åtgärder har vidtagits?</b></p>	<p>Flera alternativ är möjliga.</p> <p>Schema för kontroll av blåstömning. <a href="#">Kontroll och åtgärd - blåsovervakning (vardhandboken.se)</a></p>
<p><b>Har patienten KAD vid utskrivningen?</b></p>	<p><b>Svara ja</b> om KAD (kvarliggande kateter) vid utskrivning.</p>

## Smärta

**Definition smärta:** En obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse kopplad till – eller liknande det man upplever vid – vävnadsskada eller hotande vävnadsskada. (International Association for the Study of Pain IASP Maj 2020).

<b>Har patienten smärta?</b>	<b>Svara Ja</b> om patienten har smärta enligt definition ovan.
<b>Har patientens smärta skattats med ett bedömningsinstrument (t.ex. VAS, Abbey Pain Scale)?</b>	Valet av skala bör anpassas utifrån patientens specifika situation och behov.
<b>Har åtgärder vidtagits för att lindra smärtan?</b>	<b>Svara ja</b> om åtgärder vidtagits och dokumenterats
<b>Har uppföljning med bedömningsinstrument utförts för att utvärdera vidtagna åtgärder (t.ex VAS, Abbey Pain Scale)?</b>	<b>Svara ja</b> om uppföljning gjord och dokumenterad av smärta efter vidtagna åtgärder.

## Trycksår

**Definition trycksår:** Trycksår är en lokaliserad skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, som är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Trycksår orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada och/eller av att vävnadscellerna deformeras och därav skadas av trycket (Vårdhandboken).

<b>Har riskbedömning för trycksår gjorts? Skall göras inom 24 h efter ankomst till avdelning.</b>	Riskbedömning ska göras vid ankomst till sjukhus eller i början av en vårdperiod oavsett om personen är på en vårdinrättning eller vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård. En strukturerad riskbedömning ska genomföras snarast efter ankomst för att identifiera personens risk för trycksår (Vårdhandboken).
<b>Föreligger risk för trycksår enligt riskbedömning?</b>	Använd ett strukturerat riskbedömningsinstrument tillsammans med klinisk erfarenhet och kunskap om relevanta riskfaktorer för trycksår och vårdrelaterade riskmoment. I Sverige är modifierade Nortonskala (MNS) och Riskbedömning Trycksår skala (RBT) vanligt förekommande och validerade riskbedömningsinstrument.
<b>Har patient med trycksår eller risk för trycksår fått åtgärder vidtagna</b>	<b>Svara ja</b> om åtgärder är vidtagna och dokumenterade
<b>Har patienten utvecklat trycksår under vårdtiden?</b>	Svara på om patienten hade trycksår vid utskrivning eller dokumenterade redan vid ankomst till sjukhuset.