



Vägledning

För registrering av stroke

Preliminär version

2026

Vägledning för registrering av Stroke i Riksstroke

Används vid registrering av alla som insjuknar i akut stroke **2026-01-01** och därefter.

Har ni frågor om registrering – hör av er till;

sara.korpela@regionvasterbotten.se 090-785 87 78 eller

riksstroke@regionvasterbotten.se

Innehållsförteckning

Generella instruktioner	2
Vårdrelation.....	3
Grundinformation	4
Vårdflöde	6
Start	9
Första sjukhus.....	9
Reperfusion/operation	10
Trombolys.....	10
Trombektomi.....	11
Hjärnblödning efter trombolys/trombektomi	12
Hemikraniektomi.....	12
För diagnos I61 är frågorna inaktiverade	12
Hjärnblödning	12
NIHSS.....	13
Vård.....	14
Transportsätt vid överflyttning	14
Försämring under pågående vårdtillfälle	14
Radiologi.....	15
Undersökningar	16
Läkemedelsbehandling.....	17
ADL och boende före insjuknandet i stroke	18
Riskfaktorer	19
Riskbedömningar omvårdnad	20
Rehabilitering under slutenvård.....	21
Slut.....	24
Utskrivning akutvård	24
Utskrivning eftervård	24
Rehabiliteringsplan.....	25
Utskrivning från slutenvård	25
Rehabilitering efter utskrivning från slutenvård	26
Information.....	27
Uppföljning.....	28

Generella instruktioner

- **Uppgifter som registreras ska kunna återfinnas i journalen!**
- **Pappersformulären är arbetsmaterial och sparas så länge man anser att de behövs 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 <https://www.riksstroke.org/sve/riksstroke-registreringsplattform/information-patient/> I patientinformationen finns kontaktuppgifter till register samt dataskyddsombud, ni fyller även i kontaktuppgifter till er egen vårdenhets. 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.
Hur man går tillväga för att radera en patient från INCA kommer manual att komma efter release. Om ni behöver radera en patient så hör av er till Riksstroke sara.korpela@regionvasterbotten.se 090-785 87 78 eller riksstroke@regionvasterbotten.se
- **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 stroked diagnos** det gäller även stroke som **bidiagnos**. Riksstroke rekommenderar att även återinsjuknanden registreras. Återinsjuknade inom 28 dagar är exkluderade i Årsrapporten men finns i Dashborden under slutförda registreringar samt i listor. Om patienten har flera insjuknanden inom 28 dagar behöver man endast göra Riksstroke's 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** ska inte registreras i Riksstroke
- **Registrera även de patienter som inte läggs in** - viktigt att dessa synliggörs då stroke-vårdplatser 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. **Uppgift saknas: Det är möjligt att på många frågor ange svarsalternativ okänt där ni inte hittar svaret i journal.** På varje fråga kan man registrera okänt eller uppgift saknas där ni inte hittar svar på respektive fråga.
- **Datum och tider:** Försök registrera datum, timmar och minuter så exakt som möjligt enligt de anvisningar som finns under respektive rubrik. Om exakt minuter ej är möjligt ange så exakt som möjligt i hel eller halvtimme.

Vårdrelation

Information om dubbelregistrering Det är mycket viktigt att ni kontrollerar och anger rätt insjuknandedatum för patienter som kommer från andra sjukhus, annars blir det två vårdtillfällen i Riksstroke!	Dubbelregistrering = Ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. När vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus ansvarar utskrivande sjukhus för att vårdtillfället (akutdelen med uppföljning) blir komplett= "ägende sjukhus". Samtliga sjukhus som deltar i vården av patienten ska registrera den vård som givits vid respektive sjukhus. Beroende på vilken del i patientens vårdkedja man deltagit i åtar man sig under vårdrelation antingen första (start), vårdande eller utskrivande (slut) sjukhus. Tänk på detta om ni <u>inte</u> är slut (ägende) sjukhus: • Fyll i de uppgifter som behövs för att kunna ta del av det som ni gjort på ert sjukhus. För att underlätta bör den som registrerar patienten först skicka förfrågan om att etablera vårdrelation med övriga inblandade sjukhus. När ni loggar in på Riksstroke ta för vana att först hantera vårdrelationsförfrågningar och meddelanden i inkorgen. Detta för att underlätta för de sjukhus som hanterar många patienter med vårdrelation och av vikt för att 3 månaders uppföljningen ska skickas ut från rätt sjukhus. Registrering i plattform: Om samma patient registreras på flera sjukhus med samma eller närliggande datum +/- 5 dagar kommer det upp en varning.
---	--

	Anmärkning: Ibland får patienterna två olika diagnoser vid byte av sjukhus. Detta ger en dubbelregistrering. Riksstroke råder sjukhusen att komma överens om en diagnos.
--	--

Grundinformation

Personnummer Samordningsnummer Reservnummer	Avvakta registrering av personer utan svenskt personnummer tills Riksstroke kommer med anvisningar hur dessa ska hanteras på INCA
Rapporterande sjukhus	Registreras automatiskt för det sjukhus som registrerar.
Insjuknandedag (ÅÅÅÅMMDD)	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Om dag är okänd fyll i år och månad, klicka sedan i fältet okänd dag. Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in eller söker vård. Automatisk överföring sker från formulär Vårdflöde i webbreregistreringen till Startformuläret.
Insjuknandetid (TIM.MIN)	Försök alltid att ange exakt klockslag! Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall (delaytider) beräknas. Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symtom. Om exakta tidpunkten är okänd anges tiden om möjligt till hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall. Om patienten vaknade med symtom, ange tidpunkt när patienten vaknade Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall. 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.
Strokediagnos	I61= Hjärnblödning (blödning konstaterad på datortomografi hjärna, MR-hjärna eller vid obduktion). I63= Cerebral infarkt (avsaknad av blödning vid undersökning med datortomografi hjärna, MR-hjärna eller konstaterad vid obduktion). I64= Akut cerebrovaskulärt 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. OBS I61, I63 och I64 som bidiagnos ska även registreras! Patienten ska ha kliniska strokesymtom om diagnosen ska ställas, tysta infarkter registreras inte.

	Registrera även stroke pga. ovanliga orsaker eller till följd av behandling. Exempel på detta, se nedan. 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). De sällsynta orsakerna till stroke registreras inte i sig, utan det är följdresultatet som registreras om det ger upphov till intracerebral blödning, infarkt eller SAB. 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, kirurgiskt ingrepp av annat slag, stenting av kranskärl, aneurysmbehandling, kärlskador efter strålbehandling. Dessa undantag skall INTE registreras i Riksstroke: • Blödning i metastaser eller i hjärntumörer. • Stroke i samband med operation av hjärntumör. • Hjärninfarkter och hjärnblödningar diagnostiserade i samband med SAB (subarachnoidalblödningar). G45- skall registreras i TIA-modulen se separat vägledning. Enligt Riksstroke's diagnoshandbok 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 bildiagnostik påvisat färsk lesion Från 2020 registreras Subarahnoidalblödning i eget formulär och egen flik i webben Riksstroke - Akutskedet för registrering av SAB(I60) 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 Vägledning SAB I Årsredovisningen för stroke inkluderas diagnoserna I61, I63, I64 och I60 SAB
Tidsintervall från insjuknandet till ankomst till sjukhus	Om insjuknandetidpunkt är okänd d v s ej möjligt att ange hel eller halv timme ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus. Om patienten vaknade med symptom ange tidsintervall från när patienten vaknade. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus.

	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 strokesymtom.
Vårdrelation	Om patienten vårdats vid flera sjukhus för aktuellt strokeinsjuknande besvaras frågan ja. Första (Start)sjukhus = det första sjukhus patienten hade kontakt med för aktuellt strokeinsjuknande. Sjukhuset ansvarar ensamt för att fylla i Startformuläret Vårdande sjukhus= Sjukhus som vare sig är första sjukhus eller utskrivande sjukhus Utskrivande (Slut)sjukhus= Det sjukhus som slutgiltigt skriver ut patienten från slutenvården för aktuellt strokeinsjuknande. Också det sjukhus som ansvarar för 3 månaders uppföljningen oavsett hur lång vårdtid patienten har på andra sjukhus.
Patienten kom med ambulans	Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är frågan ej aktuell att besvara.

Vårdflöde

Logikstyrande variabler	Variabler som styr logik för vilka delar av formulären som ska fyllas i på registeringsplattformen. Endast akutmottagningsbesök= Patienten har inget slutenvårdstillfälle för aktuellt strokeinsjuknande utan har endast ett mottagningsbesök på akutmottagningen i journalen. Besvara de frågor ni kan. <u>Om</u> det inte är i samband med förflyttning till annat sjukhus så vårdrelation finns etablerad. Besvara då Start formuläret, NIHSS vid ankomst, radiologi vid ankomst till första sjukhus samt om trombolys givits. Avliden under vårdtiden= Patienten avlider under pågående vårdtillfälle för aktuellt strokeinsjuknande. Avlidandedatum blir detsamma som utskrivningsdatum. Patienten var redan på sjukhus/akutmottagning vid detta strokeinsjuknande= Besvara 1= ja, om patienten insjuknar i stroke när patienten redan är inlagd på sjukhus eller insjuknar på akutmottagningen om patienten sökt för annan åkomma/orsak än stroke/TIA.
--------------------------------	---

	Ny försämring under pågående vårdtillfälle för stroke/TIA som leder till trombolys eller trombektomi= Besvara 1=ja om patient som redan vårdas ineliggande för stroke/TIA försämras <u>och försämringen leder till behandling med trombolys och /eller trombektomi</u>
Inlagd först på	Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten. <i>Definition av strokeenhet: (se Riksstroke's hemsida)</i> 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. Om patienten enligt rutin vid trombolys först läggs in på annan avdelning till exempel HIA eller MAVA för att få trombolysbehandling* registreras svarsalternativ 4= IVA 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.
Ankomstdag till första sjukhus (ÅÅÅMMDD)	Avser det sjukhus där patienten hade sin första kontakt för detta strokeinsjuknande. Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för stroke. Om redan ineliggande patient drabbas av stroke är ankomstdatum = insjuknandedatum i stroke. Om patienten vårdats på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten <u>först vårdades för detta strokeinsjuknande d v s första (start)sjukhus.</u> Vid förflyttning dokumenteras datum för förflyttningar mellan sjukhus under förflyttningar.
Ankomsttid till första sjukhus (TIM.MIN)	Tid för när patienten kommer till sjukhuset och söker vård pga. stroke. 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". 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. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme. Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall beräknas.
Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	Avser slutligt utskrivningsdatum från akutskedet. Om vård på flera sjukhus under akutskedet är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras. Utskrivande (slut) sjukhus 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.
Förflyttning mellan sjukhus	För patienter där en vårdrelation med annat sjukhus finns anges datum för förflyttning från och ankomst till ert sjukhus (tid möjligt att registrera men frivilligt). D v s inte ankomst till första sjukhus eller utskrivningsdatum.
Vårdavdelning under akutskedet	Avser hela vårdtiden inklusive första avdelning och vårdavdelningar vid ert 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.
Ankomstdag till första strokeenhet (ÅÅMMDD)	Avser inskrivningsdatum för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle vid <u>ert sjukhus</u> . Om dag är okänd fyll i år och månad samt kryssa i fältet okänt datum. Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.
Tidpunkt ankomst till första strokeenhet (TIM.MIN)	Avser tidpunkt för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle vid ert sjukhus . Ankomst till strokeenhet räknas även från när personal från strokeenhet möter upp patienten på röntgen och tar över ansvaret av patienten vid trombolys/trombektomi. 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 vårdenhets eftersom dessa räknas in i målnivån. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme.
Om vårdad utanför strokeenhet, ange totala antalet vård dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning	Registrera antal dagar på strokeenhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning vid ert sjukhus, inläggningsdag = dag 1 . Vid release kommer inte funktion för automatisk uträkning vara på plats så ni får räkna dagar själva. 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 slutenvård . Utskrivningsdatum i akutformuläret = Uppföljningsdatum i uppföljningsformuläret.

Start

Första sjukhus

Patienten vaknade med symtom	Registrera om patienten hade symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos
Senast utan symtom	Registrera om patienten hade symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos, eller om redan inlagd patient drabbas av stroke och insjuknandetiden är okänd OBS! Insjuknandetid= uppvaknande tid. Senast utan symtom anges som egen separat tid.
Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus	Besvaras om insjuknandetiden är okänd. För patient som insjuknat på sjukhus anges tid från senast sedd utan symtom till upptäckt av strokesymtom. Om känd insjuknandetid känd beräknas tidsintervallet automatiskt på webben.
Ankomst/ transportsätt till första sjukhus	Besvara om patienten kom med ambulans eller annat transportsätt till första sjukhus. Om ambulans ange om vägambulans eller luftambulans (helikopter eller flyg). Om en kombination av väg och luftambulans anges svarsalternativ 3= väg och luftambulans. Skulle sjöambulans/ambulansbåt använts ange svarsalternativ vägambulans.
Larm för trombolys/ Trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"	Avser larm för potentiella trombolys-/trombektomi behandlingar. Koda 1= ja om "rädda hjärnan/strokelarm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Strokelarm ska även utlösas från vårdavdelning om patienten redan är inlagd. Koda 1= ja även om larmet inte ledde till trombolys-/trombektomi behandling (till exempel för att DT-hjärna visade en blödning). Svarsalternativ 0= nej gäller också när ambulanspersonal prehospitalt har kontaktat trombolysansvarig jour som då bedömer att inget "rädda hjärnan/strokelarm" ska starta.
Medvetandegrad vid ankomsten till första sjukhus	Gäller medvetandegraden vid första läkarundersökningen efter ankomsten till sjukhus. Detta avser första sjukhuset patienten kommer till efter insjuknandet i stroke.
Trombektomi-center/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi	Registrera om trombektomi-center/jour har kontaktats för ställningstagande till trombektomi. Avser kontakt med jourhavande på trombektomicentrat, neurolog, interventionist eller båda.

Skickad för ställningstagande till trombektomi	Besvaras av sjukhus som inte är trombektomicenter för att få statistik på hur många patienter som skickas för eventuell trombektomi. Datum och tid densamma som förflyttningstiden till trombektomicenter.
--	---

Reperfusion/operation

Trombolys

Trombolys – givet eller påbörjat för akut stroke	Om behandlingen påbörjats men avbrutits anges svarsalternativ 1= ja. Obs! Besvara endast 1=ja om trombolys givits vid ert sjukhus Om 1=ja besvara om behandling gavs vid första ankomst till sjukhus eller vid försämring under pågående vårdtillfälle för Stroke eller TIA. Patient som insjuknat på sjukhus och är inlagd för annan anledning än stroke eller TIA välj alternativ vid första ankomst till sjukhus. För I61 och I64 släcks frågan ner. I 64 = Stroke, ej specificerat som blödning eller infarkt Denna diagnos används om inte bildiagnostik finns eller obduktion gjorts. Det går inte att registrera trombolys i Riksstroke med diagnos I64, dvs stokediagnos som inte är verifierad med DT eller MR hjärna.
Om nej, orsak till att trombolys <u>inte</u> är givet	Flera svarsalternativ kan anges. Koda angiven orsak i journalen till varför trombolys inte är givet. För diagnos I61 släcks frågan ner. Om tiden från insjuknande till ankomst till sjukhus är över 4,5 timmar och är journalfört, registrera ej möjligt att ge behandling inom 4,5 tim från insjuknande (kodas vid känd insjuknande tid). Svarsalternativ felaktigt utebliven larmrutin för Rädda hjärnan innebär att larmrutinen uteblivit och är anledning som är journalförd som orsak varför trombolys inte givits. Andra kontraindikationer ex. blodtryck 185/110 mm Hg eller högre trots akutbehandling med iv antihypertensiv, misstanke om annan diagnos än ischemisk stroke, pågående AK behandling, klar misstanke om septisk embolisering/endokardit. 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.

Datum och tidpunkt för behandlingsstart med trombolys	Ange datum (ÅÅÅÅMMDD) och tidpunkt (TIM.MIN) för behandlingsstart med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter. Behandlingsstart för trombolys är när injektionen ges för Metalyse och när bolusdosen ges för Actilyse.
Reversering genomförd av dabigatran med idarucizumab för att möjliggöra trombolys	Frågan ska besvaras för de patienter som fått trombolys. Det pågår studier på området (FOU) Dabigatran (Pradaxa) Idarucizumab (Praxbind)

Trombektomi

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.

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 hematoma och registreras då i Riksstroke. Men trombektomier för cerebral venös trombos registreras inte i Riksstroke.

För diagnos **I61 och I64** är frågorna inaktiverade.

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

Ambulanstransport triagerades direkt till Trombektomicenter	Ange om ambulanstransporten triagerades direkt till ett trombektomisjukhus utan att stanna vid närmaste sjukhus där trombolys kunnat ges. Svara 1=ja även för de patienter som tillhör universitetssjukhusens upptagningsområde (patientens hemsjukhus), för dessa patienter sker en direkttransport till trombektomicenter.
Överflyttad till trombektomisjukhus från annat sjukhus	Registrera 1= ja, för ev. trombektomi, om överflyttning initierades för trombektomi (oavsett om utfört eller ej). Om 1= ja och anledning för annan orsak än trombektomi, om överflyttning skedde för annan åtgärd eller övriga orsaker (t. ex trombektomicenter är hemortssjukhus). Om patienten INTE har vårdats på ett sjukhus med trombektomicenter behöver frågan ej besvaras.
Trombektomi - genomförd eller påbörjad för akut stroke	Koda 1= ja endast om patienten behandlats med trombektomi eller annan kateterburen behandling på indikationen stroke/hjärninfarkt. Om behandlingen påbörjats men avbrutits anges svarsalternativ 1= ja .

Om överflyttad för trombekтоми, gavs trombolys på första sjukhus	Om patienten erhållit trombolys på första sjukhus innan förflyttning koda 1=ja. OBS! Om trombolysen given på annat sjukhus än trombektomisjukhus koda 0=nej på trombolysfrågan under blocket trombolys för <u>ert</u> sjukhus. Ange det genomförande sjukhusets namn om trombolys givet vid annat sjukhus.
Ankomst till sjukhus med trombektomicer	Ange datum (ÅÅÅÅMMDD) och tidpunkt (TIM.MIN) för ankomst till sjukhus med trombektomicer. Tiden anges under förflyttning mellan sjukhus i formulär Vårdförlopp förflyttning in datum och tid.
Tidpunkt för Kärlpunktion vid trombekтоми.	Ange den dag och den tid då första kärl punkterades. Ange datum (ÅÅÅÅMMDD) och tidpunkt (TIM.MIN) för kärlpunktion med timme och minuter (fyra siffror). Om ej exakt minut kan anges, avrunda till närmaste tio minuter.

Hjärnblödning efter trombolys/trombekтоми

Hjärnblödning med klinisk försämring inom 36 timmar efter trombolys/trombekтоми	Koda 1= ja 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

Hemikraniektomi genomförd för expansiv ischemisk stroke (hjärninfarkt)	Koda 1= ja endast om patienten behandlats med hemikraniektomi på indikationen ischemisk expansiv stroke/hjärninfarkt.
Datum för hemikraniektomi (ÅÅÅÅMMDD)	Datum för hemikraniektomi.

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	Registrera om försök att minska eller avbryta (reversera) effekt av pågående peroral antikoagulantia är genomförd. Gäller om patienten behandlas med perorala antikoagulantia vid insjuknandet.

hjärnblödning (I61), reversering genomförd	
Läkemedel vid reversering av hjärnblödning (I61)	Registrera vilket läkemedel som användes vid reversering. Registrera även läkemedel ingående i reverseringsstudie och behandling med icke godkänt läkemedel
Neurokirurgisk åtgärd genomförd för hjärnblödning	Registrera om neurokirurgisk åtgärd i akutskedet är genomförd för hjärnblödning. Neurokirurgisk åtgärd kan vara till exempel hematomutrymning, hemikranektomi, ventrikeldränage, mätning av intrakraniellt tryck, ligering av aneurysm eller exstirpation av AVM.
Datum för neurokirurgisk åtgärd (ÅÅMMDD)	Ange datum för neurokirurgisk åtgärd.

NIHSS

NIHSS vid ankomst/inläggning	Fyll i NIHSS poäng för varje variabel vid ankomst. Om patienten vårdas på/flyttas till trombektomicenter registrerar trombektomicenter NIHSS som görs närmast innan trombektomi som NIHSS vid ankomst. Övriga registrerar NIHSS vid ankomst till första sjukhus i första hand alt NIHSS vid inläggning. Totalsumman fylls i automatiskt i webben. Om Vakenhetsgrad 3 = koma, patienten okontaktbar fylls totalsumman i automatiskt. Registrera 9 = okänt om det saknas en variabel. Slutsumman räknas ihop, man får sina värden. I statistiken ger detta ett ofullständigt NIHSS slutsumma 99. Se National Institute of Health Stroke Scale på Kunskapsstyrning hälso och sjukvård- stroke under rubrik NIHSS. Se instruktioner för bedömning under varje variabel i manualen. NIHSS
NIHSS vid försämring under pågående vårdtillfälle för Stroke/TIA	Fyll i NIHSS poäng för varje variabel vid försämring när patienten redan vårdas för Stroke/TIA insjuknande <u>om</u> försämringen leder till trombolys och/ eller trombektomi. Patienten har då redan ett NIHSS vid ankomst/ inläggning. Patient som insjuknar i stroke/TIA på sjukhus och vårdas inneliggande för annan anledning. Registrera NIHSS vid ankomst/inläggning.
NIHSS 24 timmar efter trombolys och/eller trombektomi	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.

Vård

Transportsätt vid överflyttning

Ankomst/ transportsätt Sekundärtransport	Besvara om patienten förflyttas mellan sjukhus i anslutning till insjuknandet. EJ återtransporter. Om ambulans ange om vägambulans eller luftambulans (helikopter eller flyg). Om en kombination av väg och luftambulans anges svarsalternativ 3= väg och luftambulans. Skulle sjöambulans/ambulansbåt använts ange svarsalternativ vägambulans.
---	--

Försämring under pågående vårdtillfälle

Registrera här om patient som redan vårdas för stroke eller TIA försämras och försämringen leder till trombolys eller trombektomi behandling. OBS! Ej patient som är inlagd på sjukhus vid insjuknandet för annan orsak

Insjuknandedag (ÅÅÅÅMMDD)	Datum för när patienten insjuknade i akut stroke (som föranleder detta vårdtillfälle). Om dag inte är känd ange år och månad och fyll i fältet okänt datum.
Insjuknandetid (TIM.MIN)	Försök alltid att ange exakt klockslag! Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall (delaytider) beräknas. Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symtom. Om exakta tidpunkten är okänd anges tiden om möjligt till hel eller halv timme. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall. Om patienten vaknade med symtom, ange tidpunkt när patienten vaknade Om okänd tidpunkt - registrera tidpunkten som intervall. Om redan inlagd 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.

Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus	Besvaras om insjuknandetiden är okänd. För patient som försämras under pågående vårdtillfälle för Stroke eller TIA anges tid från senast sedd utan symtom till upptäckt av strokesymtom. Om känd insjuknandetid beräknas tidsintervallet automatiskt på webben.
---	---

Radiologi

Här anges under respektive flik vilka undersökningar som genomförts.

Akut vid första ankomst till sjukhus. Registreras de undersökningar som görs i anslutning till insjuknandet.

Vid förflyttning till trombecktomisjukhus för trombektomi eller annan anledning registreras de undersökningar som görs vid ankomst här.

Under vårdtillfället. Undersökningar som ej utförts akut och som planeras till efter utskrivning

Akut vid försämring under pågående vårdtillfälle som leder till trombolys/trombektomi. De undersökningar som genomförs akut före trombolys/trombektomi vid försämring.

DT- angiografi genomförd i anslutning till första DT	Koda 1=ja om undersökningen är genomförd i anslutning till första datortomografin. Man kan koda 1=ja om undersökningen är gjord inom 24 tim.
DT Perfusion genomförd i anslutning till första DT	Koda 1=ja om undersökningen är genomförd i direkt anslutning till första datortomografin. Man kan koda 1=ja om undersökningen är gjord inom 24 tim.
Storkärlocklusion påvisad på DT-angiografi	Med storkärlocklusion avses en blodpropp i ett av hjärnans stora kärl identifierat på DT-angiografi. Med stora kärl avses: 1. Intrakraniella delen av arteria carotis interna (ICA), typiskt benämnt i svaret som I-ocklusion eller T-ocklusion. Carotisstenos på halsen ingår inte eftersom det sitter utanför skallen. 2. M1- och M2-segmentet av arteria cerebri media, typiskt benämnt M1-ocklusion eller M2-ocklusion. 3. Arteria basilaris, typiskt benämnt som basilaristrombos, basilarisocklusion eller basilaristoppsocklusion. I nuläget registrerar inte Riksstroke kärlocklusioner i mindre kärl som arteria cerebri anterior eller arteria cerebri posterior eftersom de är mer sällsynta och få trombecktoimeras. Avser påvisad akut storkärlocklusion som motsvarar det strokeinsjuknande patienten söker för.
MR hjärna genomförd under vårdtiden	Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med MR-hjärna. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.
Om ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR	Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej. Frågan avser enbart påvisande av färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och

hjärna under vårdtiden visade:	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.
DT-angiografi genomförd men ej i anslutning till första DT	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion) i ett senare skede av vårdtiden. Avser inte den akuta undersökningen som görs i anslutning till förs DT. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.

Undersökningar

Ultraljud halskärl genomförd under vårdtiden	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med ultraljud halskärl under vårdtiden eller att undersökningen är beställd till efter utskrivningen.
Långtids-EKG minst 24 tim (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårdtiden	Registrera om undersökningen är genomförd under vårdtiden eller planeras efter vårdtillfället. Registrera 1= ja om patienten haft Långtids-EKG i minst 24 timmar.
Bedömning sväljförmåga genomförd	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. 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. Ange svarsalternativ 1= ja när initial bedömning av sväljförmågan är genomförd <u>och</u> dokumenterad i journal. Ange svarsalternativ 0= nej/okänt när initial bedömning inte är genomförd (och patienten ej är medvetandesänkt) <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas. Svarsalternativ 3= ej undersökt p.g.a. medvetandesänkt patient (kan ändras till ja senare om patienten blir piggare och testet genomförs).

Läkemedelsbehandling

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

Läkemedel vid insjuknandet besvaras i Vårdformuläret och kan besvaras av samtliga sjukhus som vårdat patienten. Läkemedel vid utskrivning besvaras i slutformuläret

Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid **insjuknandet** respektive vid **utskrivningen** från det aktuella strokeinsjuknandet. Gäller hela vårdtillfället inom 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.

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper och oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. atorvastatin/Lipitor, pravastatin, rosuvastatin/Crestor, simvastatin)
ASA	(t.ex. Tromblyl, Acetylsalicylsyra)
Klopidogrel	(t.ex. Plavix, Clopidogrel, Cloriocard, Grepid)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ovanstående	(t.ex. Brilique, Efient,-Prasugrel, Cilostazol, 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)
Datum för ny- eller återinsättning av perorala antikoagulantia <u>under vårdtiden</u> (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.

ADL och 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.
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 <u>eller</u> annan person till exempel 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 (till exempel 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.

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	Koda 1= ja , om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och/eller Amaurosis fugax. Koda 0= nej , om inget angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda 9= okänt , om osäkra uppgifter. Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi, som inte skall registreras som tidigare TIA.
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda 1= ja om patienten innan insjuknandet i stroke har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhuset eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda 1= ja om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle.

Diabetes, tidigare diagnostiserad eller nyupptäckt	Gäller alla typer av diabetes. Koda 1= ja om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats under detta vårdtillfälle.
Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet	Koda 1= ja om patienten medicinerar för hypertoni. Koda även 1= ja om det råder oklarhet om hypertoni är indikationen för den medicin patienten har. Koda 0= nej om patienten inte har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation. Koda 0= nej om patienten har ordinerats läkemedel för högt blodtryck men själv satt ut läkemedlet.
Rökning	Koda 1= ja 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 6 månader sedan. (Att patienten inte rökt under de senaste sex månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg").

Riskbedömningar omvårdnad

Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning	Registrera 1= ja om riskbedömning gjorts inom 24 h efter ankomst till avdelning. Riskbedömningen görs genom värdering av tre bedömningspunkter; oavsiktlig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt. 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.
Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömning	Registrera 1= ja om risk föreligger enligt bedömning. 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).
Har förebyggande åtgärder vidtagits	Registrera 1= ja om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats
Riskbedömning av munhälsa genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning	Registrera 1=ja om riskbedömning gjorts inom 24 h efter ankomst till avdelning. Bedömningen genomförs med ett strukturerat bedömningsinstrument, till exempel ROAG (Revised Oral Assessment Guide).
Föreligger risk för ohälsa i munnen enligt riskbedömning	Registrera 1= ja om ohälsa föreligger enligt bedömning ovan.
Har förebyggande åtgärder vidtagits	Registrera 1=ja om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats

Rehabilitering under slutenvård

Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped eller annan dysfagispecialist avseende sväljfunktion	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. Bedömningen ska vara baserad på ett fysiskt möte. Svarsalternativ inget behov innefattar även medvetandesänkta patienter. Svarsalternativ ingen logoped eller annan dysfagispecialist tillgänglig innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped eller annan dysfagispecialist. Svarsalternativ 9= okänt, innefattar även när patient avböjer bedömning.
Patienten har under slutenvårdsperioden bedömts av logoped avseende språk-och/eller talfunktion	Registrera om patientens talfunktion under vårdtiden har blivit bedömd av logoped eller om det är beställt till efter utskrivningen. Svarsalternativ nej, inget behov innefattar även medvetandesänkta patienter. Svarsalternativ ingen logoped tillgänglig innebär att patienten har behov av bedömning men har inte blivit bedömd av logoped.

	Svarsalternativ 9= okänt , innefattar även när patient avböjer bedömning.
Efter ankomst till vårdavdelning är bedömning utförd av arbetsterapeut	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. Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte och avser bedömning av om det finns behov av arbetsterapi under slutenvårdtiden. Bedömning dag 1 räknas från och med dagen då patienten skrivs in inom slutenvården, oavsett vårdavdelning. Tiden på akutmottagning räknas ej. Om inneliggande patient insjuknar räknas dag 1 från den dag då strokeinsjuknandet inträffade. Om patient kommer från annat sjukhus registreras inom vilken tid från ankomst till <u>ert</u> sjukhus bedömning utförts.
Patienter har under slutenvårdsperioden erhållit arbetsterapi	Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehabilitering. Frågan om erhållen behandling bygger på föregående fråga om bedömning är gjord. Om man registrerat svarsalternativ 0= nej (d.v.s. ingen bedömning är gjord) kan frågan om erhållen arbetsterapi efter bedömning inte registreras. Arbetsterapi avser bedömning/behandling utförd av arbetsterapeut eller arbetsterapibiträde efter delegering. Administration kring patienten räknas inte in i behandling. 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. 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 Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling. 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.

	Om man registrerat svarsalternativ 0=nej ska anledning till att patienten ej erhållit arbetsterapi anges.
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. Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte och avser en bedömning av om det finns behov av sjukgymnastik/fysioterapi under slutenvårdtiden. Bedömning dag 1 räknas från och med dagen då patienten skrivs in inom slutenvården, oavsett vårdavdelning. Tiden på akutmottagning räknas ej. Om ineliggande patient insjuknar räknas dag 1 från den dag då strokeinsjukandet inträffade. Om patient kommer från annat sjukhus registreras inom vilken tid från ankomst till <u>ert</u> sjukhus bedömning utförts.
Patienten har under slutenvårdsperioden erhållit sjukgymnastik/fysioterapi	Frågan avser hela slutenvårdsperioden och gäller även slutenvårdsrehabiliteringen Frågan om Erhållen behandling bygger på föregående fråga om bedömning är gjord. Om man registrerat svarsalternativ 0= nej (ingen bedömning är gjord) kan frågan om erhållit arbetsterapi efter bedömning inte registreras. Sjukgymnastik/fysioterapi avser bedömning/behandling utförd av sjukgymnast/fysioterapeut eller sjukgymnast-/fysioterapeutassistent efter delegering. Kontinuerliga bedömningar under vårdtillfället (utom ankomstbedömningen) räknas in i behandling. Administration kring patienten räknas inte in i behandling. 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. 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 Tid för vårdplanering och anhörigsamtal räknas inte som någon bedömning/behandling.

	Kontrakturprofylax (vidmakthålla rörlighet vid risk för kontrakturer och vid konstaterad fraktur, prioriteras som 6/10 i nationella riktlinjer) skall, om än passivt för patienten, inkluderas i sjukgymnastik/fysioterapi. 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. Om man registrerat svarsalternativ 0=nej ska anledning till att patienten ej erhållit arbetsterapi anges.
--	---

Slut

Fylls i av utskrivande sjukhus som också blir ansvarigt för 3 månaders uppföljningen oavsett vårdtid på andra sjukhus.

Utskrivning akutvård

Utskrivs till inneliggande slutenvård	Besvaras 1=ja om patienten skrivs ut till eftervård inom slutenvården vid annan akutklinik eller geriatrik/ rehabklinik
--	---

Utskrivning eftervård

Inskrivning och utskrivning eftervård	Här anges datum för inskrivning eftervård (detsamma som datum utskrivningsdatum som anges i vårdflödesformuläret)
Inskrivningsdag (ÅÅMMDD)	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 annan akutklinik eller 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!
Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	Fyll i datum för när patienten slutligen skrivs ut efter Eftervård . Om vård på flera sjukhus/enheter under Eftervården är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset/enheten som ska registreras. Avlider patienten under Eftervården blir utskrivningsdatum = avlidandedatum.

Rehabiliteringsplan

Patienten har fått en skriftlig rehabiliteringsplan	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.
--	---

Utskrivning från slutenvård

Utskriven till från slutenvård	Ange var patienten slutligen skrivs ut efter slutenvården. 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. 4= annan akuttklinik avser fortsatt vård på akutsjukhus, ex. medicin, neurolog eller kirurgklinik 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.
--	---

Rehabilitering efter utskrivning från slutenvård

Rehabilitering efter utskrivning från slutenvård	Planerad rehabilitering. <u>Endast ett svarsalternativ möjligt.</u> Planerad rehabilitering innebär att en sjukgymnast och/eller arbetsterapeut eller annan legitimerad personalkategori deltar i och följer upp rehabiliteringen. - Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljö. Se Nationella riktlinjer för stroke. - 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 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. - Annan rehabilitering. Avser all övrig rehabilitering t ex. dagrehabilitering, poliklinisk rehabilitering, träning hos logoped, omvårdnadsboende med rehabilitering, enbart självträning.
--	--

	- Inget rehabiliteringspotential enligt teambedömning Avser även patienter som har behov av rehabilitering men som har bedömts inte kan tillgodogöra sig rehabilitering efter utskrivning från slutenvård. - 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
--	--

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. Ange svarsalternativ 0= nej/okänt när information ej givits <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas. Svarsalternativ 3= ej relevant p g a patientens tillstånd
Information given om bilkörning	Registrera om information är given om uppehåll med bilkörning. Ange svarsalternativ 0= nej/okänt när information ej givits <u>eller</u> om dokumentation i journal saknas. Svarsalternativ 3 = ej relevant/ saknar körkort eller p g a patientens tillstånd

Uppföljning

Återbesök på grund av det aktuella strokeinsjuknandet är planerat hos sjuksköterska eller läkare	Avser ett fysiskt återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga. Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök. 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.
---	---