



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

Vägledning

För TIA registrering i Riksstroke

Version 25

2025

Vägledning för TIA-registrering i Riksstroke

Version 25

Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2025-01-01** och därefter.

Formulärets ändringar gäller från 2025-01-01.

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;

hannele.hjelm@regionvasterbotten.se Tel. 090 -785 87 83 eller

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

riksstroke@regionvasterbotten.se

Innehållsförteckning

GENERELLA ANMÄRKNINGAR	3
DUBBELREGISTRERING	4
TIA-FORMULÄRET	5
ANKOMST	8
AKUTA UNDERSÖKNINGAR/ÅTGÄRDER	8
INLÄGGNING	9
RISKFAKTORER	10
INFORMATION.....	11
UNDERSÖKNINGAR UNDER VÅRDTIDEN.....	12
RISKBEDÖMINGAR OMVÅRDNAD.....	13
UNDERSÖKNING FUNKTIONSFÖRMÅGA.....	14
LÄKEMEDELSBEHANDLING, SE ÄVEN FASS	14
UPPFÖLJNING	15
SJUKHUSKODER I RIKSSTROKE	16

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 
- **TIA-modul** infördes den 1 januari 2010 i Riksstroke. **Uppföljningsformulär** finns inte för TIA-patienterna och de skall inte följas upp i dagsläget.
- **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 göras** 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 vårdenheter. Även en patientinformationsfolder och ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar strokepatienter rekommenderas.
- **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 själva 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 TIA-diagnos, gäller även TIA som bidiagnos. **Obs!** Gäller **ej** G45.4 transitorisk global amnesi. Enbart diagnosen G45.4 innebär ingen ökad riskfaktor för stroke och diagnosen i sig medför inte behov av sekundärprevention, återbesök eller råd om att avstå bilkörning.

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

- **Registrera även de patienter som inte läggs in** - viktigt att dessa synliggörs då strokevårdplatser dras ner! Om patient läkarundersökts och fått TIA-diagnos men avlider kort därefter ska även registrering ske, dock inte om patienten inkommer död. Patienter som **ej** läggs in kan via 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. I Årsrapporten för TIA redovisas både inlagda och 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".
- **Datum och tider** – Undvik **9999** och **99** i möjligaste mån, försök registrera datum, timmar och minuter så exakt som möjligt enligt de anvisningar som finns under respektive rubrik.

DUBBELREGISTRERING

<p>Information om dubbelregistrering</p> <p>Det är mycket viktigt att ni kontrollerar och anger rätt insjuknandedatum för patienter som kommer från andra sjukhus, annars blir det två vårdtillfällen i Riksstroke!</p>	<p>Dubbelregistrering= Ett vårdtillfälle <i>med samma insjuknandedatum</i> som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter.</p> <p>Riksstroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst = "ägande sjukhus". " Icke ägande" sjukhus registrera de frågor som ni anser är viktigt för er, de åtgärder ni gjort. Ni ser era resultat via Dashborden på startsidan. För att underlätta bör TIA-formulärets data registreras så snart som möjligt. För att underlätta för de strokeenheter där dubbelregistreringar är vanligt förekommande, försök om möjligt utarbeta rutiner för de inblandade strokeenheterna, hur ni lämpligen registrerar dessa patienter som vårdas på flera strokeenheter.</p> <p>Var uppmärksam och kontrollera detta då registreringar av samma vårdtillfälle förekommit med olika insjuknandedatum tidigare år!</p> <p>Registrering i plattform: 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. Sjukhuskoden visas för det sjukhus som också har registrerat samma patient.</p>
---	--

	<p><i>Vid dubbelregistrering uppmanas inblandade sjukhus/strokeenheter kontakta varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf).</i></p> <p>Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista.</p> <p><i>Listan "Dubbelregistreringar" är inställd på att visa ej hanterade dubbelregistrerade vtf. Sjukhusen måste aktivt välja vilket sjukhus som skall äga vtf för att vtf skall tas bort från denna lista. Vtf överförs då automatiskt till listan Hanterade dubbelregistreringar som tas fram genom att ändra i listans urval till hanterade dubbelregistreringar.</i></p>
--	---

TIA-FORMULÄRET

<p>Personnummer Samordningsnummer Reservnummer</p>	<p>Om patienten 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 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>Samordningsnummer 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: $70\ 10\ 03 + 60 = 70\ 10\ 63 - 2391$</p> <p>Reservnummer som i dagsläget går att 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 skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras.</p>
Namn	Adress och telefon registreras ej elektroniskt utan kan skrivas på pappersformuläret, endast namn kan registreras elektroniskt.
Kön	Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, måste ni aktivt ange kön.
Rapporterande sjukhus	Registreras automatiskt efter inloggning.

	Behöver bara skrivas på pappersenkäten om man vill.
Avdelning	Om ni önskar jämföra vård på olika avdelningar inom sjukhuset är det viktigt att alla som registrerar matar in samma beteckning för resp. avdelning. Data för respektive avdelning kan då även erhållas via Användardefinierade listor Bestäm vad de olika avdelningarna skall benämnas som och registrera det konsekvent.
Ifyllt av	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.
Avlidandedatum (Endast i webbregistreringen)	Finns endast i webbfönstret och ifylls endast om patienten avlider under vårdtiden.
Hemkommunkod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet (Endast i webbregistreringen)	Sker automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Ålder (Endast i webbregistreringen)	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
TIA diagnos	<p>G 45 = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim. Decimalen i TIA-diagnosen är tvingande att fylla i för att möjliggöra urskiljning av Amaurosis fugax (G45.3) vid vissa analyser.</p> <p>OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!</p> <p>G45.X TIA-diagnos efter trombolysbehandling eller efter trombektomi.</p> <p>Möjlighet finns att registrera TIA-diagnos i Akutformuläret för stroke vid fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet efter trombolysbehandling eller trombektomi.</p> <p>Obs! Detta är ett valfritt alternativ för varje sjukhus.</p> <p>Data för dessa vårdtillfällen som registreras med diagnos G45.x redovisas i statistikmodulen tillsammans med data registrerade med diagnos I 63.</p> <p>(Decimalen x har enbart en registreringsteknisk betydelse och är inte en diagnos som kan sättas i patientens journal).</p>
Patienten vaknade med symtom	Registrera om patienten hade stroke-/TIA-symtom vid uppvaknandet efter sömn eller narkos.
Insjuknandedag (ÅÅMMDD)	Datum för när patienten insjuknade i TIA, ange debut av senaste episoden om det varit flera episoder tidigare, som

	<p>föranleder detta vårdtillfälle. Om dag eller månad inte är känd, koda "99".</p> <p>Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten kommer in till sjukhus eller söker vård.</p> <p>Automatisk överföring sker från Patientsidan i webbregistreringen till Akutskede.</p>
Insjuknandetid (TIM.MIN)	<p>Försök alltid att ange exakt klockslag! Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall (delaytider) beräknas.</p> <p>Ange timme och minuter (fyra siffror) för när patienten fick sitt första symtom. Om tidpunkten 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, ange tidpunkt när patienten senast var utan symtom. 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 TIA och insjuknandetidpunkt är okänd anges om möjligt tidpunkt när patienten senast var utan symtom. Om okänd tidpunkt registreras tidpunkten som intervall, enligt nedanstående fråga</p>
Tidsintervall från insjuknande till ankomst till sjukhus	<p>Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart hel timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om patienten vaknade med symtom ange tidsintervall när patienten senast var utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om ineliggande patient drabbas av TIA och insjuknandetidpunkt är okänd (senaste tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av TIA-insjuknandet.</p>
Patienten var redan på sjukhus/akutmottagning vid TIA-insjuknandet	<p>Koda 1= ja, om patienten insjuknar i TIA när patienten redan är inlagd på sjukhus eller insjuknar på akutmottagningen om patienten sökt för annan åkomma/orsak.</p>
Patienten kom med ambulans	<p>Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är frågan ej aktuell att besvara.</p>
Larm för trombolys/Trombektomi "Rädda hjärnan/strokelarm"	<p>Avser larm för potentiella trombolys-/trombektomi behandlingar. Koda 1= ja om "rädda hjärnan/strokelarm" har utlösts antingen från ambulans eller på akutmottagningen. Strokelarm kan även utlösas från vårdavdelning om patienten</p>

	<p>redan är inlagd.</p> <p>Koda 1= ja även om larmet inte ledde till trombolys-/trombektomi behandling (t.ex. för att DT-hjärna visade en blödning).</p> <p>Svarsalternativ 2= nej gäller också när ambulanspersonal prehospitalt har kontaktat trombolysansvarig jour som då bedömer att inget "rädda hjärnan/strokelarm" ska starta.</p>
--	--

ANKOMST

<p>Ankomstdag till sjukhus (ÅÅMMDD)</p> <p>Avser det sjukhus där patienten vårdades i öppen/slutenvård för det aktuella TIA insjuknandet</p>	<p>Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är ankomstdatum = insjuknandedatum.</p> <p>Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.</p>
<p>Tidpunkt för ankomst till sjukhus (TIM.MIN)</p>	<p>Ange timme och minuter när patienten kommer till sjukhus. Avser tidpunkt för ankomst till det sjukhus där patienten <u>först vårdades för TIA</u> om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle.</p> <p>Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter <u>i första hand om möjligt</u> registreras som närmast hel eller halv timme annars koda minuter med "99".</p> <p>Saknas en tidsangivelse kan inga tidsintervall beräknas.</p> <p>Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är ankomsttid till sjukhus = insjuknandetiden i TIA.</p>

AKUTA UNDERSÖKNINGAR/ÅTGÄRDER

<p>Datortomografi hjärna under vårdtiden.</p>	<p>Registrera om patienten under vårdtiden är undersökt med datortomografi hjärna.</p>
<p>DT- angiografi genomförd i direkt anslutning till första DT</p>	<p>Koda 1=ja om undersökningen är genomförd i anslutning till första datortomografin. Man kan koda 1=ja om undersökningen är gjord inom 24 tim.</p>
<p>DT Perfusion genomförd i anslutning till första DT</p>	<p>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.</p>
<p>Storkärsockklusion påvisad på DT-angiografi</p>	<p>Med storkärsockklusion avses en blodpropp i ett av hjärnans stora kärl identifierat på DT-angiografi. Avser påvisad akut storkärsockklusion som motsvarar det strokeinsjuknande patienten söker för.</p>

	<p>Med stora kärl avses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>I nuläget registrerar inte Riksstroke kärlockklusioner i mindre kärl som arteria cerebri anterior eller arteria cerebri posterior eftersom de är mer sällsynta och få trombektomeras.</p>
Trombektomi- center/jour kontaktad för ställningstagande till trombektomi	<p>Registrera om trombektomi-center/jour har kontaktats för ställningstagande till trombektomi.</p> <p>Avser kontakt med jourhavande på trombektomicentrat, neurolog, interventionist eller båda.</p>

INLÄGGNING

Patienten vårdades inneliggande för TIA-insjuknandet	<p>Koda 1= ja, om patienten vårdats inneliggande. Om man kodar 2= nej, svara på de frågor som ni kan.</p>
Patienten vårdades inom specialistöppenvård/dagvård vid strokeenheten för det aktuella TIA-insjuknandet	<p>Koda om patienten vårdats på specialistöppenvård/dagvård vid strokeenhet för det aktuella TIA-insjuknandet. Frågan avser att fånga hur många patienter med TIA som vårdats inom öppen- respektive slutestrokevård.</p> <p>Med öppenvård (svarsalternativ 1= ja) avses avgränsade besök dagtid vid strokemottagning eller strokeenhet, och med slutenvård (svarsalternativ 2= nej) avses inneliggande vårdtid, detta även om patienten endast är på avdelningen dagtid (s.k. nattpermission).</p>
Inlagd först på	<p>Ange typ av avdelning som bäst motsvarar den första vårdformen vid ankomsten till sjukhuset.</p> <p><i>Definition av strokeenhet: (se Riksstroke's hemsida).</i></p> <p>Om redan inneliggande patient drabbas av stroke, registrera den typ av avdelning som patienten eventuellt flyttas till. Om patienten blir kvar på den avdelning där patienten insjuknat</p>

	<p>registreras den typen av avdelning.</p> <p>Om patienten först läggs in på HIA eller MAVA för trombolysbehandling* registreras svarsalternativ 4= IVA och det/de svarsalternativ som passar för den/de avdelningar som sedan patienten vårdas på under akutskedet.</p> <p>*Gäller endast för patienter som vårdas på HIA under trombolysbehandling.</p>
Vård på strokeenhet	Koda om patienten har vårdats på strokeenhet för detta strokeinsjuknande.
Ankomstdag till strokeenhet (ÅÅMMDD) Avser den strokeenhet där patienten vårdades i öppen/slutenvård för det aktuella TIA insjuknandet	Avser inskrivningsdatum för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Om dag inte är känd, koda "99" . Om okänd insjuknandemånad, registrera den mest sannolika månaden. I annat fall registrera den månad det är när patienten läggs in.
Tidpunkt för ankomst till strokeenhet (TIM.MIN)	Avser tidpunkt för ankomst till den <u>första</u> strokeenheten patienten vårdas på för detta vårdtillfälle om vård på flera strokeenheter. Koda "9999" om tidpunkten är okänd. Om tidpunkten bara kan anges till hel timme bör minuter i första hand om möjligt registreras som närmast hel eller halv timme annars kodalas minuter med "99" .

RISKFAKTORER

Stroke tidigare	Med tidigare stroke menas att man tidigare vårdats för fokala bortfall som <u>inte</u> avklingat inom 24 timmar (TIA räknas inte som tidigare stroke). Även om det finns förändring på datortomografi som tyder på tidigare stroke men patienten inte har eller haft några fokala bortfall koda "nej" .
TIA/Amaurosis fugax tidigare (Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi)	Koda 1= ja , om patienten tidigare diagnostiserats för TIA och/eller Amaurosis fugax. Koda 2= nej , om inget finns angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda 9= okänt , om osäkra uppgifter.
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda 1=ja om patienten innan insjuknandet i TIA har diagnostiserats för förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer/fladder.
Förmaksflimmer, nyupptäckt vid ankomst till sjukhus eller under vårdtiden (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda 1=ja om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder vid ankomst till sjukhus eller under detta vårdtillfälle.
Diabetes, tidigare diagnostiserat eller	Gäller alla typer av diabetes. Koda 1=ja om patienten har diabetes sedan tidigare eller om diabetes diagnostiserats

nyupptäckt	under detta vårdtillfälle.
Behandling mot högt blodtryck vid insjuknandet	<p>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.</p> <p>Koda 2=nej om patienten <u>inte</u> har hypertoni men har blodtryckssänkande läkemedel för annan indikation.</p> <p>Koda 2=nej om patienten har ordinerats läkemedel för högt blodtryck men själv satt ut läkemedlet.</p>
Rökning	<p>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 3 månader sedan. (<i>Att patienten inte rökt under de senaste sex månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg"</i>).</p>

INFORMATION

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

UNDERSÖKNINGAR UNDER VÅRDTIDEN

<p>MR hjärna genomförd under vårddagen</p>	<p>Registrera om patienten under vårddagen är undersökt med MR-hjärna. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.</p>
<p>Om ja och diagnos hjärninfarkt (I63), MR hjärna under vårddagen visade:</p>	<p>Koda om MR-hjärna visat hjärninfarkt eller ej. Frågan avser enbart påvisande av färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och ingen färsk hjärninfarkt koda 2= ingen färsk hjärninfarkt. Om MR påvisar hjärnblödning och osäkert resultat vad gäller färsk hjärninfarkt koda 9= osäkert/okänt undersökningsfynd. Frågan ger möjlighet att följa diagnossättning av TIA och hjärninfarkt relaterat till undersökningsfynd för att se på diagnosglidningar över tid.</p>
<p>DT-angiografi genomförd men ej i anslutning till första DT</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med DT-angiografi (avser inte DT-perfusion) i ett senare skede av vårddagen. Avser inte den akuta undersökningen som görs i anslutning till första DT. Registrera även om undersökningen är beställd till efter utskrivning.</p>
<p>Ultraljud halskärl genomförd under vårddagen</p>	<p>Registrera genom att markera om patienten är undersökt med ultraljud halskärl under vårddagen eller att undersökningen är beställd till efter utskrivningen.</p>
<p>Långtids-EKG minst 24 tim (telemetri, Holter eller motsvarande) genomförd under vårddagen</p>	<p>Registrera om undersökningen är genomförd under vårddagen eller planeras efter vårddagen. Registrera 1= ja om patienten haft Långtids-EKG i minst 24 timmar.</p>

Riskbedömningar Omvårdnad

<p>Riskbedömning för undernäring genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning</p>	<p>Registrera 1= ja 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>
<p>Föreligger risk för undernäring enligt riskbedömning</p>	<p>Registrera 1= ja 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>
<p>Har förebyggande åtgärder vidtagits</p>	<p>Registrera 1= ja om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats</p>
<p>Riskbedömning av munhälsa genomförd inom 24 h efter ankomst till avdelning</p>	<p>Registrera 1=ja 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>
<p>Föreligger risk för ohälsa i munnen enligt riskbedömning</p>	<p>Registrera 1= ja om ohälsa föreligger enligt bedömning ovan.</p>
<p>Har förebyggande åtgärder vidtagits</p>	<p>Registrera 1=ja om förebyggande åtgärder vidtagits och dokumenterats</p>

UNDERSÖKNING FUNKTIONSFÖRMÅGA

Bedömning av logoped utförd under vårdtiden	Registrera om bedömning av logoped är gjord under vårdtiden. Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte
Bedömning av arbetsterapeut utförd under vårdtiden	Registrera om bedömning av arbetsterapeut är gjord under vårdtiden. Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte
Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut utförd under vårdtiden	Registrera om bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är gjord under vårdtiden. Bedömningen skall vara baserad på ett fysiskt möte

LÄKEMEDELSBEHANDLING, SE ÄVEN FASS

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

<p>Besvara om patienten har läkemedelsbehandling vid insjukandet resp. vid utskrivningen från det aktuella vårdtillfället. Denna tid kan även inbegripa fortsatt vård på annat sjukhus om patienten flyttas över i ett tidigt skede exempelvis inom ett par dagar. Registrera 4= ja om patienten ingår i läkemedelsstudie. Registrera även om läkemedelsbehandlingen planeras insättas inom 2 veckor efter utskrivning.</p> <p>Om patienten inte tagit de ordinerade LM; Om uppehåll/paus 3-7 dag registrera 1=ja, mer än 7 dag registrera 2 = nej</p> <p>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</p> <p>Om patienten avlider under vårdtiden registreras ej läkemedel vid utskrivning.</p>	
Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper oberoende av indikation
Statiner	(t.ex. atorvastatin/Lipitor, pravastatin, rosuvastatin/Crestor, simvastatin)
ASA	(t.ex. Trombyl Acetylsalicylsyra)
Clopidogrel	(t.ex. Plavix ,Clopidogrel, Cloriocard, Grepid)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ovanstående	(t.ex. Brilique, Efight, 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.

UPPFÖLJNING

Återbesök planerat	Avser ett fysiskt återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga. Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.
Utskrivningsdag (ÅÅMMDD)	Avser slutligt utskrivningsdatum från vårdtillfället för TIA. Om vård på flera sjukhus/kliniker under vårdtillfället är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras.

Sjukhuskoder i Riksstroke

RS-sjukhuskoder för 2025			
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 Görän (Cario S:t Görän)	228
Hässleholm	455	Sunderbyn	222
Högländssjukhuset- 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
Lindesberg	429	Östersund	236
Linköping	147	Östra sjukhuset	235
Ljungby	430	Sjukhus utan RS-kod = Utländska	888
Lund (SUS Lund)	141	Sjukhus med okänd Riksstrokes kod	999
Lycksele	432		
Malmö (SUS Malmö)	115		
Mora	433		