



RIKSSTROKE
The Swedish Stroke Register

Vägledning

För TIA registrering i Riksstroke

Version 5.0

Vägledning för TIA-registrering i Riksstroke

Version 5.0

Används vid registrering av alla som insjuknar i **TIA 2014-01-01** och därefter.

Formulärets ändringar gäller från 2014-01-01.

Har ni frågor om registreringen – hör av er till;

[Sari Wallin](#) Tel. 090-785 87 78 eller

[Åsa Johansson](#) Tel. 090 -785 87 83

Om ni byter administratör för Riksstroke på ert sjukhus – Be er verksamhetschef intyga bytet med ett mejl med namn på nuvarande administratör samt på efterträdaren till Sari eller Åsa enligt ovan.

OBS!

- **Uppgifter som registreras ska kunna återfinnas i journalen**
- **Tänk på sekretessen och behörigheter när ni går in i olika klinikers journaler, ansök om tillstånd!**
- **"Logga alltid ut" innan ni lämnar datorn - av säkerhetsskäl!**
- **Pappersformulären ska sparas i 2 år eftersom de innehåller källdata!**

Innehållsförteckning

Generella anmärkningar	4
TIA-formuläret.....	5
TIA-Diagnos.....	7
Vårdkedja	7
Riskfaktorer	9
ABCD2 score	10
Akutvård/Diagnostik	11
Läkemedelsbehandling	12
Information och uppföljning	13

Generella anmärkningar

- **OBS! Tänk på sekretessen och att ni har behörighet när ni går in i olika journaler, ansök om tillstånd!**
- **TIA-modul** infördes den 1 januari 2010 i Riksstroke. TIA är frivillig för sjukhusen att registrera. **Uppföljningsformulär** finns ej ännu för TIA-patienterna och de skall inte följas upp i dagsläget.
- Inledande kan det vara svårigheter att hitta alla uppgifter i journal som skall föras in i TIA-modulen. Detta blir då en kvalitetsförbättringsmöjlighet i sig att allt eftersom rutiner tillkommer för att införa efterfrågade uppgifter i TIA formuläret minskar andelen uppgift saknas.
- **Viktigt att informera patienter och närstående om registrering i Riksstroke.**
Det krävs *inget medgivande* från patienten till att registreras men patienterna måste informeras innan de registreras i ett kvalitetsregister enligt Patientuppgiftslagen. **En tydlig INFORMATION om Riksstroke till patienten/närstående ska göras** genom att patienten/närstående uppmärksammas på exempelvis en patientinformationsfolder eller ett anslag på strokeenheten och på övriga aktuella avdelningar eller mottagningar som vårdar TIA-patienter! Riksstroke's patientinformation inhämtas via (<http://www.Riksstroke.org/>). Skriv ut och fyll i Personuppgiftsansvarig för ert landsting samt kontaktperson till vilken patienten/ närstående kan höra sig till vid önskemål av utdrag eller radering av uppgifter.
***Glöm ej att anmäla Riksstroke till personuppgiftsansvarig i ert landsting.**
- **Borttagning av patientuppgifter** - Enligt Patientuppgiftslagen har en patient rätt att inte delta i ett kvalitetsregister. Denna rätt gäller även om registrering i kvalitetsregistret redan har skett - i så fall skall **samtliga uppgifter** om patienten och vårdtillfället så snart som möjligt tas bort från registret.
Meddela Sari eller Åsa **per telefon**, personnummer, sjukhuskod och insjuknandedatum när ni tar bort en redan registrerad patient. Detta för att säkerställa att vårdtillfället raderas från Riksstroke's back-up filer.
- **Registrera alla* patienter som får en fastställd TIA-diagnos**, gäller även TIA som bidiagnos. **Obs!** Gäller ej G45.4 transitorisk global amnesi.
***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 statistikmodul och Fördefinierade listor tas fram för egen sjukhusstatistik. Statistikmodul och Fördefinierade listor är inställt på inlagda patienter, det måste aktivt göras ett val för att se Ej inlagda patienter.
- **Koda konsekvent** - för all registrering gäller att den ska ske konsekvent enligt formulärens alternativ. Registrerar ni på något vis avvikande är det viktigt att ni noterar avvikelser för er själva, för att ha i minnet vid analys av data. Vi rekommenderar därför varje sjukhus att föra egen "loggbok".

TIA-formuläret

Personnummer	<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.</p> <p>Är patienten född på 1800-talet, måste man vid registrering ändra sekel från 1900 till 1800.</p> <p>Riksstroke rekommenderar att personer med skyddad identitet eller liknande orsak inte registreras.</p>
Kön	<p>Vid fullständigt personnummer räknar programmet själv ut rätt kön. Om personnumret inte är fullständigt, glöm ej att ange kön.</p>
Namn, adress, telefon	<p>Kan fyllas i på pappersformuläret vid behov men adress och telefon registreras ej elektroniskt.</p>
Valfri uppgift	<p>T ex namn och telefon till närstående eller annat kan fyllas i på pappersformuläret vid behov men registreras ej elektroniskt.</p>
Insjuknandedatum	<p>Datum för när patienten insjuknade i TIA, ange debut av senaste episoden om det varit flera episoder tidigare, som föranleder detta vårdtillfälle. Om dag eller månad inte är känd, koda "99". 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>Dubbelregistrering</p>	<p>Dubbelregistrering = ett vårdtillfälle med samma insjuknandedatum som registreras vid två eller flera sjukhus/strokeenheter. Vid dubbelregistrering kommer information fram med uppmaning att inblandade sjukhus/strokeenheter kontaktar varandra för överenskommelse att aktivt välja vilket sjukhus som ska "äga" vårdtillfället (vtf).</p> <p>Det "ägande" sjukhuset erhåller vtf i statistikmodulen. Icke "ägande" sjukhus återfinner data från vtf i Användardefinierad lista och i Sjukhusspecifika tabeller.</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> <p>Riksstroke rekommenderar att när vården skett på strokeenhet vid olika sjukhus bör hela vårdtillfället registreras på den strokeenhet som vårdat patienten längst. För att underlätta bör TIA-formulärets data registreras så snart som möjligt.</p> <p>För att underlätta för de strokeenheter där dubbelregistreringar är vanligt förekommande försök om möjligt utarbeta rutiner för de inblandade strokeenheterna, hur ni lämpligen registrerar dessa patienter som vårdas på flera strokeenheter.</p>
----------------------------------	---

TIA-Diagnos

TIA-diagnos	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. OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras!
TIA-diagnos efter trombolysbehandling eller efter trombektomi	Möjlighet finns att registrera TIA-diagnos vid fullständig symtomregress inom 24 timmar efter insjuknandet efter trombolysbehandling eller trombektomi i Akutformuläret. Obs! Detta är ett valfritt alternativ för varje sjukhus.

Vårdkedja

Rapporterande sjukhus	Registreras automatiskt efter inloggning.
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 kan även erhållas via statistikmodulerna för respektive avdelning.
Ifyllt av	Den som fyller i <i>pappersformuläret</i> anger sitt namn (frivillig uppgift). Detta registreras inte elektroniskt.
Avlidandedatum	Finns endast i webbfönstret och ifylls endast om patienten avlider under vårdtiden
Hemkommunkod vid insjuknandet	Skер automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Hemlänskod vid insjuknandet	Skер automatiskt för personer med fullständigt personnummer, för personer med reservnummer eller samordningsnummer är frågan inte aktuell.
Ålder	Patientens ålder uppskattas om reservnummer eller samordningsnummer är registrerat. Detta för att data ska kunna redovisas i tabeller med åldersindelning.
Har patienten vårdats ineliggande för detta TIA-insjuknandet?	Koda 1 = ja, om patienten varit ineliggande eller redan var ineliggande på sjukhuset för annan åkomma/orsak vid insjuknandet i TIA.
Kom patienten med ambulans?	Gäller även transport med helikopter. Om redan ineliggande patient drabbas av TIA är frågan ej aktuell att besvara.
TIA-diagnos	G 45 = TIA/cerebral ischemi/övergående inom 24 tim OBS! G 45.4 transitorisk global amnesi skall ej registreras! Automatisk överföring från Patientsidan

Antal timmar från insjuknandet till ankomst till sjukhus	<p>Ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om patienten vaknat med symtom anges senaste tid utan symtom. Koda tidsintervallet för antalet timmar från insjuknande till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om insjuknandetidpunkt är okänd (9999) eller enbart timme kan fastslås (ex 1099) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknade till ankomst till sjukhus.</p> <p>Om inneliggande patient drabbas av TIA och insjuknandetidpunkt är okänd (senast tidpunkt utan symtom saknas) ange så exakt tidsintervall som möjligt från insjuknandet till upptäckt av TIA-insjuknandet</p>
Insjuknandedatum	<p>Datum för när patienten insjuknade i TIA (som föranleder detta vårdtillfälle). Automatisk överföring från Patientsidan.</p>
Ankomstdatum	<p>Datum för när patienten kommer till sjukhuset för vård för TIA. Om redan inneliggande patient drabbas av TIA är insjuknandedatum i TIA = ankomstdatum till sjukhus.</p> <p>Om vård på flera sjukhus under samma vårdtillfälle är ankomstdatum = inskrivningsdatum på det sjukhus där patienten först vårdades för TIA.</p>
Utskrivningsdatum	<p>Avser <u>slutligt</u> utskrivningsdatum från vårdtillfället för TIA. Om vård på flera sjukhus/kliniker under vtf är det utskrivningsdatum från det sista sjukhuset som ska registreras.</p> <p>Fyll i datum för när patienten skrivs ut från sjukhuset eller det datum som patienten överförs till annan klinik/sjukhus.</p>

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 angivet om TIA/Amaurosis fugax tidigare i journalen. Koda 9 = okänt , om osäkra uppgifter.
Förmaksflimmer, tidigare diagnostiserad (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Ange om patienten har förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder innan insjuknandet i TIA. Koda " ja " om patienten har oregelbunden rytm och EKG visar förmaksflimmer eller om tidigare EKG visat förmaksflimmer.
Förmaksflimmer, nyupptäckt (Gäller även intermittent flimmer eller fladder)	Koda " ja " om det har diagnostiserats förmaksflimmer/fladder eller intermittent förmaksflimmer/fladder under detta vårdtillfälle
Rökning	Koda " ja " om patienten är daglig rökare (minst en cigarett per dag). Gäller även om patienten har slutat röka för mindre än 3 månader sedan. (Att patienten inte rökt under de senaste tre månaderna är satt utifrån att personen är på "rätt väg").

ABCD2 score

OBS! ABCD2 score är endast ett prognostiskt score och har ingen annan funktion. Fyll i svarsalternativets siffra.

Under några av frågor har svars alternativ *uppgift saknas* lagts till i registreringsfönstret under rubriken ABCD2 score som skall användas om inte uppgifter återfinns i journalen. Dessa 9:or räknas inte in i den totala score poängen.

Ålder	Koda 1 = ≥ 60 år Koda 0 = < 60 år
Blodtryck	Koda 1 = $\geq 140/90^*$ vid undersökning om resultatet visar det. Koda 0 = $< 140/90$ Koda 9 = okänt/uppgift saknas om blodtryck ej är tagit eller uppgift om värdet ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset. * OBS! Det räcker att antingen det systoliska är >140 eller det diastoliska är >90 för att koda 1= $\geq 140/90$.
Klinisk bild	Koda resultat av klinisk bild. TIA kan yttra sig med många olika symtom. ABCD2score efterfrågar enbart två symtomgrupper. Koda 1 = talsvårigheter utan svagheter Koda 2 = svaghet i ena sidan (unilateral) kan vara i kombination med andra symtom Koda 0 = övriga symtom Koda 9 = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
Symtomens varaktighet	Koda 1 = symtom varat 10-59 minuter Koda 2 = symtom varat ≥ 60 minuter Koda 0 = symtom varat < 60 minuter Koda 9 = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
Diabetes	Koda 1 = diabetes, tidigare diagnosticerad eller nyupptäckt Koda 0 = ingen diabetes Koda 9 = okänt/uppgift saknas om uppgift ej finns i journal efter undersökningen vid ankomsten till sjukhuset.
Summa ABCD2 score	Summa ABCD2 score, programmet registrerar automatisk den totala poängsumman, max 7 p.

Akutvård/Diagnostik

Datortomografi hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)	Registrera om datortomografi hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet.
MR hjärna under akutskedet (inom 7 dagar efter insjuknandet)	Registrera om MR-hjärna genomförts inom 7 dagar efter insjuknandet.
Om ja, MR hjärna under akutskedet	Om MR-hjärna är genomförd koda: 1 = om MR-hjärna visar färsk hjärninfarkt 2 = om MR-hjärna <u>inte</u> visar färsk hjärninfarkt 9 = om osäkert eller okänt undersökningsfynd
Ultraljud halskärl genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med Ultraljud halskärl.
CT-angio genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med CT-angio (avser inte CT-perfusion).
MR-angio genomförd	Registrera genom att markera om patienten är undersökt med MR-angio.
Undersökt kärlområde med CT- eller MR-angiografi	Om CT- eller MR-angiografi genomförts notera vilka kärl som undersöktes. (Fråga alltid läkare vid osäkerhet om kärlområde) OBS! Endast ett svarsalternativ är möjligt!
Långtids-EKG (Telemetri, Holter eller motsvarande) under vårdtiden	Registrera endast första tillfället undersökningen genomförs för detta insjuknande.
Bedömning av arbetsterapeut	Registrera om bedömning av arbetsterapeut är gjord.
Bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut	Registrera om bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut är gjord.

Läkemedelsbehandling

(se även **FASS**, länk finns på **Riksstroke**s hemsida)

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

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

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

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

Blodtryckssänkande läkemedel	Avser samtliga grupper oberoende av indikation
Statiner	(ex Crestor, Lipitor, Pravastatin, Simvastin, Zocord)
ASA	(ex Trombyl)
Klopidogrel	(Plavix). Koda även Tiklopidin.
ASA + dipyridamol	(Asasantin)
Dipyridamol	(Persantin)
Andra trombocythämmare än ASA, clopidogrel och dipyridamol	(ex. Brilique, Efiect, Pletal, Possia)
Warfarin	(Waran)
Andra perorala antikoagulantia än Warfarin	(Eliquis, Pradaxa och Xarelto)
Huvudorsak varför warfarin eller andra perorala antikoagulantia ej är insatt vid utskrivning vid förmaksflimmer och diagnos G 45	Denna fråga avser endast patienter med diagnos G 45 och förmaksflimmer.
Förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept)	Koda om förskrivning av FaR (fysisk aktivitet på recept) är gjord.

Information och uppföljning

Information om rökstopp	Om patient inte röker gråmarkeras denna ruta i webbregistreringen. Registrera om information om rökstopp är given. Finns inte uppgifter journalförda om information om rökstopp är given anges uppgift saknas.
Information om bilkörning	Registrera om information är given om uppehåll med bilkörning.
Återbesök planerat	Avser återbesök hos läkare och/eller sjuksköterska. Flera svarsalternativ är möjliga. Telefonuppföljning ska inte registreras som återbesök.

Samkörning planeras med Swedvasc för information om tidsintervall till kärlkirurgisk intervention alt. endovaskulär behandling