



# NORSK HJERNESLAGREGISTER 3.0

## BRUKERMANUAL 2012

Anvendes for pasienter som blir innlagt for akutt hjerneslag fra og med  
01.04.2012

## **INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>Innhold</b>	<b>Side</b>
<b>Generelle anmerkninger</b>	<b>3</b>
<b>Aktuelle spørsmål og svar</b>	<b>4</b>
<b>Bruk av hurtigtaster i nettversjonen</b>	<b>4</b>
<b>Hovedskjema slagtilfelle (nettversjon side 1)</b>	<b>5-8</b>
<b>Hovedskjema slagtilfelle (nettversjon side 2)</b>	<b>8-10</b>
<b>Hovedskjema slagtilfelle (nettversjon side 3)</b>	<b>10-14</b>
<b>Oppfølgings skjema – 3 måneder etter innleggelse</b>	<b>14-16</b>
<b>Vedlegg Rankin Scale</b>	<b>17</b>
<b>Vedlegg NIHSS</b>	<b>18-19</b>

## GENERELLE ANMERKNINGER

Meld fra til registerkoordinator hvis dere endrer personell som registrerer.

Utgi skriftlig pasientinformasjon om MRS Hjerneslagregister.

Koding skjer i samsvar med skjemaets alternativer.

Prøv å kode konsekvent – all registrering må utføres konsekvent. Registrerer dere avvik, er det viktig å notere avviket for dere selv, for å huske det ved analyse av data (vi anbefaler derfor hvert sykehus å føre egen "loggbok").

Når man går inn i journalsystemet for å lete opp pasienter man ikke har automatisk tilgang til, kan man oppgi "Kvalitetsarbeid administrativt / faglig (paragraf 26)" som årsak til at man aktualiserer journalen.

### Hvilke hjerneslag skal registreres?

- **I61 – Hjerneblødning**
- **I63 – Hjerneinfarkt**
- **I64 – Hjerneslag, ikke spesifisert som blødning eller infarkt**

Alle slagtilfeller som hospitaliseres innen 7 dager etter symptomdebut skal registreres i MRS Hjerneslagregister. Dette gjelder hjerneslag både som hoved- og bidiagnose. Alt som skjer innen 7 dager etter det initiale slaget skal inngå i samme behandlingsperiode. Det betyr at om en pasient får ett eller flere nye slag innen 7 dager etter det initiale slagtilfellet, så blir dette registrert kun som ett slag (det første slaget registreres). Hvis pasienten får et nytt slag mer enn 7 dager etter det initiale slaget, skal det registreres som et nytt hjerneslag.

### Disse tilfellene skal ikke registreres:

- Pasienter under 18 år.
- Pasienter med primær svulst eller metastase i hjernen som får et cerebralt infarkt eller blødning.
- Subarahnoidalblødning (SAB) skal ikke registreres. Infarkter eller reblødning i tilknytning til Subarahnoidalblødning (SAB) skal heller ikke registreres.
- Store hodetraumer (for eksempel trafikulykker) med påfølgende diagnose I61, I63 eller I64 skal ikke registreres.
- Utenlandske statsborgere uten personnummer og/eller bostedsadresse utenfor Norge.

### Hvordan registrerer vi når opplysninger mangler?

Når opplysninger mangler, skal man i utgangspunktet kode 9=ukjent eller vet ikke, men for ukjent tidspunkt skal rubrikkene stå åpne. I nettsversjonen må man ta stilling til dato.

### PAS-tilknytning

Databasen er knyttet opp mot Folkeregisteret, og ved å skrive personnummeret på den pasienten som skal registreres, får man automatisk fram personopplysninger som navn, sivilstatus, adresse og eventuell dødsdato.

### Adresse og kontaktpersoner

Norsk hjerneslagregister  
St. Olavs Hospital  
MTFS boks 180  
3250 Sluppen  
7006 Trondheim

Besøksadresse: Medisinsk Teknisk Forskningscenter (MTFS), 1. etg., Trondheim

Randi Skogseth-Stephani, [randi.skogseth@stolav.no](mailto:randi.skogseth@stolav.no) registerkoordinator, tlf: 72 57 60 47

Hild Fjærtøft, [hild.fjaertoft@stolav.no](mailto:hild.fjaertoft@stolav.no) utviklingsleder, tlf: 72 57 55 31

Bent Indredavik, [bent.indredavik@stolav.no](mailto:bent.indredavik@stolav.no) prosjektleder

## AKTUELLE SPØRSMÅL OG SVAR

### Hvordan får vi med alle pasienter innen sykehuset med diagnosen hjerneslag?

Av erfaring vet vi, at den mest effektive måten for å fange opp samtlige hjerneslagtilfeller, er at man regelmessig benytter lister fra DRG/PAS. Det er derfor ønskelig at den med hovedansvar for registreringen ved hvert sykehus har tilgang til DRG/PAS.

### Er det viktig at alle hjerneslagpasienter som kommer til sykehuset blir registrert?

Ja, ellers blir ikke data pålitelige og sammenlignbare. Vi ønsker å få registrert alle akutte slagpasienter som innlegges innen 7 dager etter symptomdebut. Har en pasient blitt innlagt, undersøkt av lege og fått slagdiagnose, men dør like etter, skal pasienten også registreres i MRS Hjerneslagregister. En pasient som dør før ankomst til sykehuset skal imidlertid ikke registreres. Hos pasienter som dør raskt etter innleggelse, vil opplysninger ofte mangle, manglende opplysninger på skjemaet kodes 9=vet ikke/ukjent.

### Dersom en pasient får diagnosen hjerneslag uten å bli skrevet inn på sykehus, skal pasienten likevel registreres i Midt-Norsk Slagregister?

Nei, registreringen gjelder bare pasienter som blir innlagt på sykehus innen 7 dager fra symptomdebut.

### Hva gjør vi med registreringen ved ferieavvikling?

Det er viktig å innføre prosedyrer som sikrer registrering hele året. Informer derfor kollegaer om at det også skal registreres ved ferieavvikling. Det er viktigst at hovedskjemaet blir fylt ut på alle pasienter.

### Hvordan registrerer vi pasienter som blir flyttet til andre sykehus?

Dersom behandlingen skjer på ulike sykehus, skal hele behandlingsperioden (akutfasen med oppfølging) registreres på det sykehuset som har behandlet pasienten lengst. Oppfølgingen etter 3 måneder kan bare registreres på samme sykehus som har fylt ut akutt-skjemaet. Ved dobbeltregistrering blir behandlingsperioden tilgodesett det sykehuset som har den lengste behandlingsperioden. Kontakt kontaktpersoner på det andre sykehuset ved tvil.

### Hvordan registrerer vi "pasientopplevde data" når pasientens svar ikke stemmer med virkeligheten?

Registrer pasientens svar – ikke endre på det!

Hensikten med "pasientopplevde data" er å vekke interesse og observasjon for hva som skjer etter utskriving. Svar fra pasientene er ingen objektive harde data, og klassifiseres derfor alltid som subjektive "opplevdesdata".

## BRUK AV HURTIGTASTER I NETTVERSJONEN

Bruk tabulator-tasten for å trykke deg gjennom alle spørsmålene

Bruk tallene på tastaturet når du skal velge alternativer. Dette gjelder begge skjemaene, unntatt i "Hovedskjema Slagtilfelle, side 1: Risikofaktorer før hjerneslaget. Der kan du bruke pil-tastene for å velge enten ja, nei eller ukjent og deretter tabulator-tasten for å navigere til neste spørsmål.

Der du skal krysse av for "Ingen av disse", kan du bruke space-tasten. Det samme gjelder for eksempel ved alternativer under "fokale symptomer" i hovedskjemaet, og under "reinnleggelse" og "rehabilitering etter innleggelse", "hjelp i daglige gjøremål" og "besvart av" i tre måneders oppfølgings-skjemaet.

Hurtigtaster	Funksjon
Alt + L	Lagre
Alt + S	Ferdigstill
Alt + O	Til oversikten
Alt + F	Forrige
Alt + N	Neste

HOVEDSKJEMA SLAGTILFELLE  
NETTVERSJON SIDE 1

TILSTAND FØR DET AKTUELLE HJERNESLAGET

<b>Boligforhold</b>	<p><b>1: Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp</b>  <b>2: Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp</b>          Gjelder uansett hva tjenesten omfatter, er utført av kommunen eller private i egen bolig. Gjelder ikke bruk av trygghetsalarm eller matombringing.  <b>3: Omsorgsbolig med døgkontinuerlige tjenester</b>          Omfatter alle boligformer med døgkontinuerlige tjenester og personale, uansett om de benyttes eller ikke. Gjelder også aldershjem. Er boligen tilrettelagt for funksjonshemmede kodes 3 dersom boligen har døgkontinuerlige tjenester og personale. Hvis ikke, skal den kodes som egen bolig.  <b>4: Sykehjem</b>          Man koder 4=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 4.  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Sivilstatus</b>	<p><b>1: Gift/samboende</b>  <b>2: Enke/enkemann</b>  <b>3: Enslig</b>  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Bosituasjon</b>	<p><b>1: Pasienten bor alene.</b>          Man koder "1" om pasienten bodde alene i egen bolig eller omsorgsbolig.  <b>2: Pasienten bor sammen med noen.</b>          Gjelder også aldershjem  <b>3: Sykehjem/institusjon.</b>          Man koder 3=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 3.  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Forflytning</b>	<p><b>1: Alene – ute og inne</b>  <b>2: Alene inne</b>  <b>3: Med hjelp</b> (av andre)  <b>9: Ukjent</b>          Når det er tvil om funksjon ved forflytning, forsøk å innhente opplysninger om hvordan pasienten virkelig forflyttet seg.</p>
<b>Toalettbesøk</b>	<p><b>1: Alene</b>  <b>2: Med hjelp</b>  <b>9: Ukjent</b>          Når det er tvil om hjelpebehov ved toalettbesøk, forsøk å innhente opplysninger om hvordan pasienten virkelig klarte toalettbesøk.</p>
<b>Påkledning</b>	<p><b>1: Alene</b>  <b>2: Med hjelp</b>  <b>9: Ukjent</b>          Når det er tvil om hjelpebehov ved av- og påkledning, forsøk å innhente opplysninger om hvordan pasienten virkelig utførte av- og påkledning.</p>
<b>Modified Rankin Scale (se vedlegg)</b>	<p><b>0: Ingen symptomer</b>  <b>1: Ingen betydelig funksjonssvikt</b>  <b>2: Lett funksjonssvikt</b>  <b>3: Moderat funksjonssvikt</b>  <b>4: Alvorlig funksjonssvikt</b>  <b>5: Svært alvorlig funksjonssvikt</b>  <b>6: Død</b></p>

**RISIKOFAKTORER FØR HJERNESLAGET**

<b>Tidligere hjerneslag</b>	<p><b>1: Ja</b> - Med tidligere hjerneslag menes at man tidligere har fått behandling for fokale utfall som har vedvart mer enn 24 timer.</p> <p><b>2: Nei</b> - Dersom pasienten ikke har eller har hatt noen fokale utfall, koder man "nei", selv om det fins forandring på CT som tyder på tidligere hjerneslag. Tidligere TIA regnes ikke som tidligere hjerneslag.</p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Hvis ja, anfør type hjerneslag</b>	<p><b>1: Infarkt</b></p> <p><b>2: Blødning</b></p> <p><b>3: Uspesifisert</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Tidligere TIA</b>	<p><b>1: Ja</b> - Det kodes "ja" for TIA hvis det foreligger sikre opplysninger om klare forbigående fokale utfall, med full restitusjon innen 24 timer. Dette gjelder også diagnosekode G.45.3, Amaurosis fugax (akutt ensidig synstap).</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Hvis ja, når var siste TIA?</b>	<p><b>1: Innen siste uke</b></p> <p><b>2: 1-4 uker før slaget</b></p> <p><b>3: 4-12 uker før slaget</b></p> <p><b>4: Over 12 uker før slaget</b></p>
<b>Tidligere hjerteinfarkt</b>	<p><b>1: Ja</b> – Det skal kodes "ja" dersom pasienten har hatt hjerteinfarkt før innleggelsen. Dette kan enten være dokumentert i journal eller at pasienten oppgir dette selv. Skal også registreres som "ja" hvis pasienten har gjennomgått et stumt infarkt, dvs. at EKG eller ekko viser tydelige gamle infarktforandringer.</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Gjennomgått store hjerte- eller karintervensjoner</b>	<p><b>1: Ja</b> - Gjelder operasjoner på hjerte, store blodårer, samt intervensjonen invasiv behandling med ballongdilatasjon, stenter og lignende.</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Hvis ja, når?</b>	<p><b>1: Innen siste uke</b></p> <p><b>2: 1-4 uker før slaget</b></p> <p><b>3: 4-12 uker før slaget</b></p> <p><b>4: Over 12 uker før slaget</b></p>
<b>Atrieflimmer bekreftet med EKG tidligere eller i løpet av innleggelsen</b>	<p><b>1: Ja</b> - Det forutsettes EKG-bekreftelse av diagnosen. Man koder "ja" dersom EKG tatt tidligere eller i løpet av innleggelsen viser atrieflimmer (gjelder også paroxysk atrieflimmer/flutter).</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Diabetes</b>	<p><b>1: Ja</b> - Gjelder både type 1 og type 2-diabetes, både diett- og/eller medikament-behandlet. Man koder "ja" dersom pasienten har fått diagnostisert diabetes tidligere, eller om diagnosen er nyoppdaget.</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Medikamentell behandling for høyt blodtrykk</b>	<p><b>1: Ja</b> - Man koder "ja" dersom pasienten ved innleggelse får medikamentell behandling for høyt blodtrykk. Det bør framgå av journal eller informasjon fra pasienten at han bruker medikamenter for høyt blodtrykk. (Aktuelle medikamenter for høyt blodtrykk: Kalsiumblokker, ACE-hemmere, A2 (angiotensin), betablokkere og diuretica.)</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Medikamentell behandling for lipidsenking ved innleggelsen?</b>	<p><b>1: Ja</b> - Man koder "ja" dersom pasienten ved innleggelse får medikamentell behandling for lipidsenking</p> <p><b>2: Nei</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
<b>Røykestatus</b>	<p><b>0: Aldri</b></p> <p><b>1: Røyker</b> - Man koder "røyker" dersom pasienten har brukt tobakksprodukter før innleggelsen. Dette gjelder sigaretter/sigarer og/eller pipe. Eks-røyker vil si at pasienten sluttet å røyke minst en måned før innleggesdato. Øvre grense for eks-røykere finnes ikke. Sluttet pasienten for over 40 år siden skal han fortsatt betegnes som eks-røyker. Hvis pasienten sluttet å røyke for mindre enn en måned før innleggesdato skal han defineres som røyker i registeret.</p> <p><b>2: Eks-røyker (røykfri &gt;1 mnd)</b></p> <p><b>9: Ukjent</b></p>

## STATUS I AKUTTFASEN

Her registreres blant annet om pasienten har ett eller flere **FAST**-symptomer, beinparese eller andre fokale slagsymptomer ved innkomst:

- **Facialisparese**
- **Armparese**
- **Beinparese**
- **Språkproblemer** (afasi = problemer med å finne eller forstå ord)
- **Taleproblemer** (dysartri = utydelig tale)
- Andre fokale slagsymptomer, det gjelder ataksi, dobbeltsyn (diplopi), sensibilitetsutfall, neglekt, synsfeltutfall og vertigo.

<b>Bevissthetsgrad ved innleggelsen</b>	<b>0: Våken</b> <b>1: Døsig, reagerer adekvat ved lett stimulering</b> <b>2: Døsig, reagerer først ved kraftigere/gjentatt stimulering</b> <b>3: Reagerer ikke, eller bare med ikke-målrettet bevegelse</b> <b>9: Ukjent</b> Gjelder bevissthetsgrad ved første legeundersøkelse etter ankomst til sykehuset.
<b>Facialisparese</b>	<b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>3: Ukjent</b>
<b>Armparese</b>	<b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>3: Ukjent</b>
<b>Beinparese</b>	<b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>3: Ukjent</b>
<b>Språk- eller Taleproblemer</b>	Språkproblemer: Afasi = problemer med å finne eller forstå ord. Taleproblemer: Dysartri = utydelig tale. <b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>3: Ukjent</b>
<b>Andre nye fokale slagsymptomer</b>	<b>1: Ja</b> Ved ja, er følgende symptomer mulig å registrere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ataksi</b>: nedsatt styring og koordinasjon av bevegelser, medfører klossethet.</li> <li>• <b>Sensibilitetsutfall</b></li> <li>• <b>Neglekt</b></li> <li>• <b>Dobbeltsyn</b> - Diplopi</li> <li>• <b>Synsfeltutfall</b></li> <li>• <b>Vertigo</b> - Vertigo kan kun registreres ved positiv billediagnostikk (se under "Kriterier for slagdiagnosen").</li> </ul> <b>2: Nei</b> <b>3: Ukjent</b>
<b>NIHSS</b>	NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale (se vedlegg) Angi totalscore ved innleggelse (innen 24 timer), score må være mellom 0 og 42. Utføres av personell som har fått opplæring i bruk av skalaen. Kryss eventuelt av for "ikke utført".  Bruk av NIHSS er ikke vanlig regime ved mange sykehusavdelinger i dag, men de Nasjonale retningslinjene for slagbehandling og -rehabilitering fra høsten 2009 anbefaler bruk av denne standardiserte slagskalaen. Vi anbefaler derfor de ulike avdelinger/sykehus å ta et slikt verktøy i bruk.
<b>Sidelokalisasjon av symptomer</b>	<b>1: Høyre</b> <b>2: Venstre</b> <b>3: Bilateral</b> <b>9: Ukjent</b> Det registreres på hvilken side av kroppen (eventuelt bilateralt) symptomene forekommer. Hvis for eksempel afasi, som ikke kan sidelokaliseres, bruk 9 = ukjent.
<b>Cerebral CT eller MR ved innkomst (innen 24 timer)</b>	<b>1: Ja</b> - Man koder "ja" dersom pasienten ved innkomst (innen 24 timer) blir undersøkt med cerebral CT eller MR. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>

**HOVEDSKJEMA SLAGTILFELLE  
NETTVERSJON SIDE 2**

**MEDIKAMENTELL BEHANDLING FØR DEBUT AV HJERNESLAGET OG**

Hvis pasienten ikke tar noen av medikamentene nedenfor, kryss av for "Ingen av disse". Ved kombinasjonspreparater av for eksempel ACE-hemmer/diuretika eller A2-antagonist/diuretika plottes det for begge medikamentgrupper.

**MEDIKAMENTELL BEHANDLING VED UTREISE**

Ved mors registreres alle medikamenter ved utreise som 2=nei

<b>ASA</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Albyl E, Aspirin, Dispril, Globoid, Magnyl-E, Novid. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Klopidogrel ADP-reseptor- Blokker</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Clopidogrel, Plavix, Ticlid. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>ASA + Dipyridamol</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Asasantin Retard (kombinasjonspreparat med både ASA og Dipyridamol/Persantin Retard) eller Albyl E + Persantin Retard. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Dipyridamol</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Persantin (Retard). <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Warfarin</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Marevan. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Andre perorale antikoagulasjons- midler enn Warfarin</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Angiox, Arixtra, Novastan, Pradaxa, Refludan, Xarelto <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Diuretika</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Aldactone, Atacand Plus, Burinex, CoAprovel, Cozaar Comp, Centyl, Diovan Comp, Diural, Enalapril Comp, Esidrex, Furix, Furosemid, Inspra, Lasix Retard, Lisinopril/hydroklortiazid, Lodoz, Moduretic mite, Normorix mite, Renitec Comp, Samsca, Spirix, Zestoretic mite. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>ACE-hemmer</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Captopril, Enalapril, Enalapril Comp, Gopten, Lisinopril, Lisinopril/Hydroklortiazid, Ramipril, Renitec, Renitec Comp, Triatec, Zaniopress, Zestoretic, Zestoretic mite, Zestril. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>A2-antagonist</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Amias, Aprovel, Atacand, Atacand Plus, CoAprovel, Cozaar, Cozaar Comp, Diovan, Diovan Comp, Irbesartan, Losartan, Micardis, MicardisPlus, Olmetec, Olmetec Comp, Teveten, Teveten Comp, Valsartan. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Betablokker</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Atenolol, Bisoprolol, Brevibloc, Carvedilol, Emconcor, Inderal Retard, Lodoz, Metoprolol, Pranolol, Seloken, Selo-zok, Sotalol, Tenormin, Trandate, Uniloc. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Kalsiumantagonist9:</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Adalat, Amlodipin, Cardizem, Felodipin, Isoptin, Lerkandipin, Lomir, Nimotop, Norvasc, Plendil, Verakard, Zaniidip. <b>2: Nei</b> <b>Ukjent</b>
<b>Statin – Lipidsenkende</b>	<b>1: Ja</b> - For eksempel: Cholestagel, Crestor, Ezetrol, Inegy, Lescol, Lestid, Lipitor, Lovastatin, Mevacor, Niaspan, Omacor, Pravachol, Pravastatin, Questran, Simvastatin, Tredaptive, Sortis, Zocor. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>



### ANTIKOAGULASJONSBEHANDLING UNDER INNLEGGELSEN

Hvis pasienten ikke har fått noen av behandlingene nedenfor, kryss av for "Ingen av disse".

<b>Antikoagulasjon gitt som behandling av det akutte hjerneslaget</b>	<b>1: Ja</b> – Heparin eller lavmolekylært Heparin intravenøst eller subcutant gitt som behandling av det akutte hjerneslaget. Det vil si at målet med behandlingen har vært å påvirke den arterielle trombose og/eller emboli. For eksempel: Atenativ, Enoksaparin, Fragmin, Hepaflex, Heparin, Innohep, Klexane. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Antikoagulasjon gitt som profylakse/ behandling mot DVT og eventuell lungeemboli</b>	<b>1: Ja</b> - Antikoagulasjon med Heparin eller lavmolekylært Heparin intravenøst eller subcutant gitt som profylakse og/eller behandling mot dyp venetrombose og eventuell lungeemboli. For eksempel: Atenativ, Enoksaparin, Fragmin, Hepaflex, Heparin, Innohep, Klexane. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>

### TROMBOLYTISK BEHANDLING

<b>Trombolyse</b>	<b>1: Ja</b> - De følgende spørsmålene besvares bare dersom pasienten ble behandlet med trombolyse eller inkludert i trombolyse studie. <b>2: Nei</b> <b>3: Inklusjon i studie</b> <b>4: Ukjent</b>
<b>Starttidspunkt trombolyse</b>	Oppgi dato (dag, måned og år, 6 siffer) og tidspunkt (time og minutt, fire siffer) for start av trombolyse. Dersom eksakt minutt ikke kan oppgis, avrunder man til nærmeste ti minutt. Trombolyse kan ikke starte senere enn 6 timer fra symptomdebut.
<b>NIHSS – angi totalscore før trombolyse</b>	NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale (se vedlegg). Angi totalscore før trombolyse, score må være mellom 0 og 42. Utføres av personell som har fått opplæring i bruk av skalaen.
<b>NIHSS – angi totalscore 24 timer etter trombolyse</b>	Angi totalscore 24 timer etter trombolyse, score må være mellom 0 og 42.
<b>Hjerneblødning med klinisk forverring innen 36 timer etter behandlingsstart, tilsvarende 4 poeng eller mer på NIHSS?</b>	<b>1: Ja</b> - Man skal kun kode "ja" dersom pasienten innen 36 timer etter behandlingsstart får en symptomgivende hjerneblødning med klinisk forverring tilsvarende 4 poeng eller mer på NIHSS. Det er kun hjerneblødninger som er assosiert med forverrede kliniske symptomer som skal registreres. Hjerneblødningen skal være verifisert med CT eller obduksjon. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>

### TROMBEKTOMI

<b>Er trombektomi eller annen endovaskulær behandling gjennomført?</b>	<b>1: Ja</b> - De følgende spørsmålene besvares bare dersom pasienten ble behandlet med trombektomi eller inkludert i trombektomi studie. Gjelder akuttbehandling med trombektomi eller annen kateterbasert arteriell behandling på cerebrale eller precerebrale kar. <b>2: Nei</b> <b>3: Inklusjon i studie</b> <b>4: Ukjent</b>
<b>Starttidspunkt trombektomi</b>	Oppgi dato (dag, måned og år, 6 siffer) og tidspunkt (time og minutt, fire siffer) for start av trombektomi. Dersom eksakt minutt ikke kan oppgis, avrunder man til nærmeste ti minutt.
<b>NIHSS – angi totalscore før trombektomi</b>	NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale (se vedlegg). Angi totalscore før trombektomi, score må være mellom 0 og 42. Utføres av personell som har fått opplæring i bruk av skalaen.
<b>NIHSS – angi totalscore 24 timer etter trombektomi</b>	Angi totalscore 24 timer etter trombektomi, score må være mellom 0 og 42.

### HEMIKRANIEKTOMI

<b>Er hemikraniectomi gjennomført?</b>	<b>1: Ja</b> - De følgende spørsmålene besvares bare dersom pasienten ble behandlet med hemikraniectomi eller inkludert i hemikraniectomi studie. Gjelder behandling med hemikraniectomi på indikasjonen hjerneslag/hjerneinfarkt. <b>2: Nei</b> <b>3: Inklusjon i studie</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Starttidspunkt hemikraniectomi</b>	Oppgi dato (dag, måned og år, 6 siffer) og tidspunkt (time og minutt, fire siffer) for start av hemikraniectomi. Dersom eksakt minutt ikke kan oppgis, avrunder man til nærmeste ti minutt.

**HOVEDSKJEMA SLAGTILFELLE  
NETTVERSJON SIDE 3**

<b>BEHANDLINGSKJEDEN</b>	
<b>Symptomdebut</b>	<p><b>Dato</b> Datoen pasienten ble rammet av hjerneslag; symptomer som medførte første sykehusinnleggelse for hjerneslaget. Datoen må alltid fylles ut, forsøk alltid å oppgi så nøyaktig dato som mulig. Dersom pasienten våknet med symptom angis siste tidspunkt uten symptom, for eksempel ved leggetid.</p> <p><b>Tidspunkt</b> Oppgi time og minutt (fire siffer) for tidspunktet pasienten fikk sitt første symptom. Det er ikke mulig å skrive tidspunktet 24:00, dette vil automatisk bli endret til 00:00. Ved manglende opplysninger om symptomdebut i innkomstjournalen kan det være nyttig å innhente opplysninger fra eventuell ambulansjournal i elektronisk pasientjournal.</p> <p>Dersom pasienten våknet med symptom, angis siste tidspunkt uten symptom, for eksempel ved leggetid.”</p> <p>Dersom tidspunktet er ukjent, skal rubrikken ikke fylles ut, og om tidspunktet bare kan oppgis til hel time, kan feltet for minutter stå åpent. Forsøk alltid å oppgi nøyaktig klokkeslett.</p>
<b>Våknet pasienten med symptom på hjerneslag?</b>	<b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Innleggings-tidspunkt</b>	<p><b>Dato</b> Datoen pasienten kommer til sykehus for innleggelse, eller datoen en inneliggende pasient rammes av hjerneslag. Dato og tidspunkt for innleggelse finnes under "opphold" i elektronisk pasientjournal, se ellers i journal for å finne tidspunktet dersom en inneliggende pasient rammes av hjerneslag. Dersom pasienten blir behandlet på flere sykehus for det aktuelle hjerneslaget er innleggelsestidspunktet= ankomst til det sykehuset der pasienten først ble behandlet for slag.</p> <p><b>Tidspunkt</b> Oppgi time og minutt (fire siffer) for tidspunktet pasienten kommer til sykehus. Det er ikke mulig å skrive tidspunktet 24:00, dette vil automatisk bli endret til 00:00. Forsøk alltid å oppgi nøyaktig klokkeslett.</p> <p>For pasienter som får hjerneslaget under innleggelse, settes tidspunktet for innleggelse til det samme som symptomdebut for hjerneslaget.</p> <p>Dersom pasienten får hjerneslaget på den avdelingen som behandler hjerneslaget, skrives samme tidspunkt for symptomdebut og ankomst sykehus.</p> <p>Det er viktig at både tidspunkt for symptomdebut og ankomst er utfyllt. Dersom et tidspunkt savnes, kan ingen tidsintervaller beregnes. Forsøk derfor alltid å fylle ut tidspunkt (dette er ikke nødvendig å fylle ut i nettversjonen for å få lagret data).</p>
<b>Tidsintervall symptomdebut </b>	Følgende tidsintervaller for symptomdebuten blir regnet ut av databasen automatisk 1: 0 - 3 timer før innleggelse 2: 3 - 4,5 timer før innleggelse 3: 4,5 - 6 timer før innleggelse 4: 6 - 12 timer før innleggelse

	<p>5: 12 - 24 timer før innleggelse  6: 24 t - 7 dager før innleggelse</p>
<b>Hvor oppsto hjerneslaget</b>	<p><b>1: Utenfor sykehus</b> - Pasient som innlegges fra hjemmet, poliklinikk, psykiatrisk institusjon, sykehjem eller rehabiliteringsavdeling.</p> <p><b>2: I sykehus, ikke prosedyrerelatert</b> – Gjelder pasienter som får akutt hjerneslag under opphold i sykehus, uten relasjon til operasjoner eller prosedyrer.</p> <p><b>3: I sykehus, prosedyrerelatert</b> – Gjelder pasienter som får sitt hjerneslag under eller innen 24 timer etter operasjoner eller prosedyrer. Gjelder enten pasienten behandles poliklinisk eller innlagt. For operasjoner med langvarig postoperativ sedasjon kan et eventuelt slag defineres som prosedyrerelatert også om det diagnostiseres etter 24 timer.</p>
<b>Avdeling / enhet først innlagt</b>	<p>Oppgi det alternativet som best tilsvarer den aktuelle avdeling der pasienten først ble innlagt.</p> <p><b>1: Slagenhet</b>  Slagenhet defineres som: "En spesialenhet for akutt behandling og akuttrehabilitering av pasienter med hjerneslag."  For å benytte benevnelsen slagenhet bør enheten oppfylle de kriterier som har vært tilstede i de slagenheter som er utprøvd, og som har oppnådd positive behandlingseffekter i randomiserte kontrollerte undersøkelser.  Ut i fra de "krav" til en "evidence-based" slagenhet, som er utarbeidet av "The Stroke Unit Trialists` Collaboration", er de viktigste kriterier for at en enhet skal kunne benytte benevnelsen slagenhet at enheten har:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Et spesialopplært personale</li> <li>2. Et systematisk program for: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostikk og utredning.</li> <li>- Repeterende eller kontinuerlig observasjon eller monitorering av vitale funksjoner og nevrologisk status.</li> <li>- Akutt behandling (inkludert behandling for å opprettholde fysiologisk homeostase, antitrombotisk behandling, og forebygging av komplikasjoner).</li> <li>- Tidlig mobilisering og rehabilitering.</li> <li>- Sekundær profylakse.</li> <li>- Tverrfaglig samarbeid.</li> <li>- Opplæring av personalet.</li> </ul> </li> </ol> <p>Og at dette programmet følges i den daglige behandling av pasientene.</p> <p>Enheter som ikke oppfyller disse kriteriene, bør klassifiseres som "annen sengeavdeling", inntil kriteriene er oppfylt.</p> <p>Definisjonen av slagenhet er ikke avhengig av om slagenheten ligger under nevrologisk eller medisinsk avdeling.</p> <p><b>2: Annen sengeavdeling</b>  Man koder 2=annen sengeavdeling dersom pasienten blir innlagt i for eksempel medisinsk, nevrologisk, nevrokirurgisk, intensivavdeling, observasjonsavdeling eller annen avdeling.</p> <p>Den avdelingen som har ferdigbehandlet pasienten for hjerneslaget eller hatt pasienten i lengst tid i løpet av første uke skal registrere pasienten.</p>
<b>Hvis annen avdeling først innlagt, hvilken</b>	<p>Dersom kodet 2=annen sengeavdeling innlagt, spesifiser hvilken sengeavdeling /enhet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1: Medisinsk</b></li> <li><b>2: Nevrologisk</b></li> <li><b>3: Nevrokirurgisk</b></li> <li><b>4: Intensivavdeling</b></li> <li><b>5: Observasjonsavdeling</b></li> <li><b>6: Annen avdeling</b></li> </ol> <p>Man koder 5=observasjonsavdeling dersom pasienten blir innlagt i avdeling for kortvarig observasjon, 0-3 dager.</p>
<b>Overflyttet fra sykehus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1: Ja</b> Pasienten har blitt overflyttet fra annet sykehus.</li> <li><b>2: Nei</b></li> <li><b>9: Ukjent</b></li> </ol>
<b>Hvis overflyttet, fra hvilket sykehus?</b>	<p>Spesifiser hvilket sykehus. Sykehusene står oppført alfabetisk, svaralternativet utland og annet under bokstavene u og a. Man får opp alternative sykehus ved å skrive første bokstav i sykehusnavnet.</p>

## KRITERIER FOR SLAGDIAGNOSEN

	<p><u>Kriterier for slagdiagnosen</u></p> <p>For å stille diagnosen hjerneslag er det nødvendig at det foreligger sikre akutte fokale nevrologiske utfall, som halvsidige pareser, afasi, dysartri, halvsidige sensibilitetsutfall, neglekt, ataksi, diplopi, synsfeltutfall.</p> <p>Positiv billeddiagnostikk (CT/MR har vist tegn til fersk hjerneblødning eller ferskt hjerneinfarkt), styrker diagnosen.</p> <p>For pasienter med bevisstløshet, men positiv billeddiagnostikk, kodes "ja" for "akutte fokale utfall med positiv billeddiagnostikk", selv om det kan være vanskelig å påvise sikre fokale utfall.</p>
<b>Akutte fokale utfall med positiv billeddiagnostikk</b>	<p><b>1: Ja</b>  <b>2: Nei</b>  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Akutte fokale utfall uten positiv billeddiagnostikk</b>	<p><b>1: Ja</b>  <b>2: Nei</b>  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Slagdiagnose</b>	<p><b>1: I 61 = Hjerneblødning:</b> CT/MR eller obduksjon har vist blødning.</p> <p><b>2: I 63 = Hjerneinfarkt:</b> CT/MR eller obduksjon er uten aktuell patologi, eller har vist et aktuelt infarkt).</p> <p>Ved trombolyse der det ikke blir sequele eller billedfunn kodes allikevel <b>I 63</b>.</p> <p><b>9: I 64 = Uspesifisert:</b> Hjerneslag ikke spesifisert som blødning eller infarkt (CT/MR ikke tatt).</p> <p>Dersom pasienten rammes av et nytt hjerneslag innen 7 dager, skal bare det første hjerneslaget registreres.</p> <p>Alle pasienter med diagnosen akutt hjerneslag skal registreres, også de som har akutt hjerneslag som <b>bidagnose</b>. Se unntakene under "Hvilke hjerneslag skal registreres" (side 3)</p>
<b>For pasienter med primær hjerneblødning. Er det gitt blødningsstoppende behandling?</b>	<p><b>1: Ja</b>  <b>2: Nei</b>  <b>9: Ukjent</b></p> <p>Med blødningsstoppende behandling menes en eller flere av følgende behandlingstiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktorkonsentrat (Octaplex)</li> <li>• Fersk frosset plasma (Octaplas)</li> <li>• K-vitamin</li> </ul>
<b>Hvis ja, hvilken?</b>	<p><b>1: Faktorkonsentrat (Octaplex)</b>  <b>2: Ferskt frosset plasma (Octaplas)</b>  <b>3: K-vitamin</b>  <b>4: Faktorkonsentrat + 2 el. 3</b></p>
<b>Angi klokkeslett når blødningsstoppende behandling er gitt</b>	<p><b>Dato</b>  <b>Tidspunkt</b></p>

## HVILKE SUPPLERENDE UNDERSØKELSER OG TILTAK ER UTFØRT?

	<p>Det er ikke indikasjon for å utføre disse supplerende undersøkelsene på alle slagpasienter, og de regnes derfor ikke som kvalitetsindikatorer. Vi ønsker imidlertid å vurdere og sammenligne ressursbruk ved å kartlegge hvor stor andel av slagpasienter i MRS Hjerneslagregister som benytter en eller flere av disse undersøkelsene. Vi har brukt samlebetegnelsen ultralyd på all bruk av diagnostisk ultralyd, enten det benyttes doppler eller ikke.</p>
<b>Billeddiagnostikk av hjerneslaget</b>	<p><b>1: Ingen</b>  <b>2: CT</b>  <b>3: MRI</b></p>

	<b>4: Både CT og MRI</b> <b>5: Annen</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Billeddiagnostikk av ekstrakranielle kar</b>	<b>1: Ingen</b> <b>2: Ultralyd</b> <b>3: CT-angio</b> <b>4: MR-angio</b> <b>5: Kombinasjon av flere</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Billeddiagnostikk av intrakranielle kar</b>	<b>1: Ingen</b> <b>2: Ultralyd</b> <b>3: CT-angio</b> <b>4: MR-angio</b> <b>5: Kombinasjon av flere</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Billeddiagnostikk av hjerte</b>	<b>1: Ingen</b> <b>2: Transthorakal ultralyd: Ecco-cor</b> <b>3: Transøsofageal ultralyd: Ecco-cor</b> <b>4: MRI</b> <b>5: Kombinasjon av flere</b> <b>6: Annen</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Registrering av hjerterytme</b>	<b>1: Ingen</b> <b>2: EKG</b> <b>3: Telemetri</b> <b>4: Holtermonitorering</b> <b>5: Kombinasjon av flere</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Er svelgtest utført?</b>	<b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Er pasienten mobilisert ut av seng?</b>	<b>1: Ja</b> – Dersom pasienten er mobilisert ut av seng i løpet av de første 24 timer etter innleggelse. <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>
<b>Har pasienten fått en tverrfaglig vurdering?</b>	<b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>

#### UTSKRIVING

<b>Utskrivingsdato</b>	Datoen pasienten skrives ut fra sykehuset, registreres ferdigbehandlet i påvente av sykehjem/rehabilitering, og/eller overføres til annen avdeling/institusjon for etterbeh./rehab.
<b>Avdeling utskrevet fra</b>	<b>1: Slagenhet</b> - Definert som en spesialenhet for akutt behandling og akutt rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Enheten må oppfylle visse kriterier for å benytte benevnelsen Slagenhet (se veiledning side 11). <b>2: Annen sengeavdeling</b> - For eksempel Medisinsk, Nevrologisk, Nevrokirurgisk, Intensivavdeling, Observasjonsavdeling, Annen avdeling.
<b>Hvis utskrevet fra annen avdeling, hvilken?</b>	<b>1: Medisinsk</b> <b>2: Nevrologisk</b> <b>3: Nevrokirurgisk</b> <b>4: Intensivavdeling</b> <b>5: Observasjonsavdeling</b> <b>6: Annen avdeling</b>
<b>Utskrives til</b>	<b>1: Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp</b> <b>2: Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp</b> Gjelder uansett hva tjenesten omfatter, er utført av kommunen eller private i egen bolig. Gjelder ikke bruk av trygghetsalarm eller matombringing. <b>3: Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester</b> Omfatter alle boligformer med døgnkontinuerlige tjenester og personale, uansett om de benyttes eller ikke. Gjelder også aldershjem. Er boligen tilrettelagt for funksjonshemmede kodes 3 dersom boligen har døgnkontinuerlige tjenester og personale. Hvis ikke, skal den kodes som egen bolig. <b>4: Sykehjem</b> Man koder 4=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten får

	<p>sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 4.</p> <p><b>5: Annen avdeling for videre behandling</b>  <b>6: Annen avdeling i påvente av sykehjem/rehabilitering</b>  <b>7: Rehabiliteringsavdeling/-institusjon – inkludert intermediaærenhet</b>  <b>8: Opptreningscenter</b>  <b>9: Ukjent</b>  <b>10: Død i løpet av oppholdet</b>  <b>11: Annet</b> Etter punkt 11 fylles en spesifikasjon inn.</p> <p>Oppgi hvor pasienten reiser etter utskrivning fra den avdelingen som behandlet pasienten i akuttfasen (første 7 dager).</p> <p>Alternativ 5 og 6 gjelder for alle typer sykehusavdelinger, unntatt rehabiliteringsavdelinger.</p> <p>Rehabiliteringsplass i sykehjem klassifiseres under alternativ 7=rehabiliteringsavdeling/-institusjon.</p>
<b>Antall dager innlagt</b>	Antall dager blir automatisk utregnet
<b>Eventuelt morsdato</b>	Oppgi alltid dato dersom pasienten dør under sykehusoppholdet.
<b>Obdusert</b>	Oppgi om pasienten blir obdusert ved mors under opphold. <b>1: Ja</b> <b>2: Nei</b> <b>9: Ukjent</b>

### OPPFØLGINGSSKJEMA – 3 måneder etter innleggelse

Har en del felles med nettversjon side 1 og dermed samme problemstillinger i forhold til utfylling. Hvis den som registrerer tar kontakt med pasienten mer enn 3 måneder etter innleggelsestidspunktet, må pasienten prøve å se tilbake hvordan han hadde det tre måneder etter hjerneslaget. Dersom pasienten er død skal man åpne et oppfølgingsskjema og krysse av for "død" under "årsak" til at oppfølging ikke er utført.

<b>Er oppfølging utført</b>	<p><b>Ja</b>  <b>Nei</b></p> <p>Hvis <b>nei</b>, fyll inn "Årsak":  <b>1: Får ikke tak i pasienten</b>  <b>2: Pasienten ønsker ikke å svare</b>  <b>3: Død</b>  <b>4: Annet</b></p> <p>Hvis "<b>4: Annet</b>": spesifiser</p>
<b>Oppfølgingsdato</b>	Tidspunkt for 3 måneders oppfølging
<b>Antall dager mellom innleggelse og oppfølging</b>	Fylles automatisk inn

### PASIENTSTATUS

<b>Boligforhold</b>	<p><b>1: Egen bolig uten hjemmesykepleie/hjemmehjelp</b>  <b>2: Egen bolig med hjemmesykepleie/hjemmehjelp</b>  Gjelder uansett hva tjenesten omfatter, er utført av kommunen eller private i egen bolig. Gjelder ikke bruk av trygghetsalarm eller matombringning.  <b>3: Omsorgsbolig med døgnkontinuerlige tjenester</b>  Omfatter alle boligformer med døgnkontinuerlige tjenester og personale, uansett om de benyttes eller ikke. Gjelder også aldershjem. Er boligen tilrettelagt for funksjonshemmede, kodes 3 dersom boligen har døgnkontinuerlige tjenester og personale. Hvis ikke, skal den kodes som egen bolig.  <b>4: Sykehjem</b> Man koder 4=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 4.  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Sivilstatus</b>	<p><b>1: Gift/samboende</b>  <b>2: Enke/enkemann</b>  <b>3: Enslig</b>  <b>9: Ukjent</b></p>
<b>Bosituasjon</b>	<b>1: Pasienten bor alene.</b>

	<p>Man koder "1" om pasienten bor alene i egen bolig eller omsorgsbolig.</p> <p><b>2: Pasienten bor sammen med noen.</b></p> <p>Gjelder også aldershjem</p> <p><b>3: Sykehjem/institusjon.</b> Man koder 3=sykehjem/institusjon kun dersom pasienten har sannsynlig fast bopel på sykehjem. Avlastningsopphold på sykehjem registreres ikke i svaralternativ 3.</p> <p><b>9: Ukjent</b></p>
--	---

<b>REINNLEGGELSER OG REHABILITERING ETTER UTSKRIVING</b>
--

Innlagt sykehus etter utskrivning?	<p>1: Hele tiden innlagt</p> <p>2: Reinnlagt for nytt slag</p> <p>3: Reinnlagt annen årsak</p> <p>4: Ikke reinnlagt</p>
Hvis reinnlagt for nytt slag, hvilken type slag?	<p>1: Infarkt</p> <p>2: Blødning</p> <p>9: Ukjent</p>
Er du operert i halspulsåre?	<p>1: Ja</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Ukjent</p>
Rehabilitering etter utskrivning	<p>Flere alternativer er mulig:</p> <p><b>Ingen</b></p> <p><b>Døgnopphold i rehabiliteringsavdeling</b></p> <p><b>Opptreningscenter</b></p> <p><b>Døgnrehabilitering i sykehjem – inkludert intermedisær-enheter</b></p> <p><b>Dagrehabilitering</b></p> <p><b>Hjemmerehabilitering</b></p> <p><b>Rehabilitering i fysikalsk institutt</b></p> <p><b>Ukjent</b></p> <p><b>Annet - Spesifiser</b></p>
<b>HJELP I DAGLIGE GJØREMÅL</b>	
Hjelp i daglige gjøremål (ADL) (flere alternativer mulig)	<p>Flere alternativer mulig:</p> <p><b>Ingen</b></p> <p><b>Familie</b></p> <p><b>Hjemmehjelp</b></p> <p><b>Hjemmesykepleie</b></p> <p><b>Institusjon</b></p> <p><b>Andre</b></p>

<b>SPESIELLE FUNKSJONER</b>
-----------------------------

Forflytning	<p>1: Alene – ute og inne</p> <p>2: Alene inne</p> <p>3: Med hjelp</p> <p>9: Ukjent</p>
Toalettbesøk	<p>1: Alene</p> <p>2: Med hjelp</p> <p>9: Ukjent</p>
Påkledning	<p>1: Alene</p> <p>2: Med hjelp</p> <p>9: Ukjent</p>

<b>VURDERING AV OPPFØLGING OG LIVSKVALITET ETTER HJERNESLAGET</b>
---

Har du språk- og/eller taleproblemer etter hjerneslaget?	<p>1: Ja</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Vet ikke/ukjent</p>
Har du synsproblemer etter ditt hjerneslag?	<p>1: Ja – skal bare registrere synsproblemer som har oppstått i forbindelse med det aktuelle hjerneslaget, og ikke synsproblemer av andre årsaker, for eksempel grå/grønn stær.</p> <p>2: Nei</p> <p>9: Vet ikke/ukjent</p>
Har du kommet deg helt etter hjerneslaget?	<p>1: Ja</p>

	2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Har du fått tilstrekkelig hjelp etter hjerneslaget?	1: Ja 2: Nei 3: Har ikke behov 9: Vet ikke/ukjent
Har du fått så mye trening som du ønsker etter hjerneslaget?	1: Ja 2: Nei 3: Har ikke behov 9: Vet ikke/ukjent
Har du vært til legekontroll etter hjerneslaget?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Er du like fornøyd med tilværelsen etter hjerneslaget som før hjerneslaget?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Tar du medisin mot høyt blodtrykk?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Tar du blodfortynnende medisin mot blodpropp?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Tar du medisin mot høyt kolesterol?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Røykestatus	0: Aldri 1: Røyker - Man koder "røyker" dersom pasienten har brukt tobakksprodukter før innleggelsen. Dette gjelder sigaretter/sigarer og/eller pipe. Eks-røyker vil si at pasienten sluttet å røyke minst en måned før innleggingsdato. Øvre grense for eks-røykere finnes ikke. Sluttet pasienten for over 40 år siden skal han fortsatt betegnes som eks-røyker. Hvis pasienten sluttet å røyke for mindre enn en måned før innleggingsdato skal han defineres som røyker i registeret. 2: Eks-røyker (røykfri >1 mnd) 9: Ukjent
Var du yrkesaktiv da du fikk hjerneslag?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Er du yrkesaktiv nå?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Kjørte du bil før du fikk hjerneslag?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Kjører du bil nå?	1: Ja 2: Nei 9: Vet ikke/ukjent
Modified Rankin Scale (0-6) (se vedlegg)	0: Ingen symptomer 1: Ingen betydelig funksjonssvikt 2: Lett funksjonssvikt 3: Moderat funksjonssvikt 4: Alvorlig funksjonssvikt 5: Svært alvorlig funksjonssvikt 6: Død

**BESVART AV**

Kryss av for følgende alternativer (flere alternativer mulig)	Pasient Familie Helsepersonell Andre – Spesifiser
---	--

**VEDLEGG**



## RANKIN SCALE

### **0 - Ingen symptomer i det hele tatt.**

*Pasienten skal ikke ha noen begrensninger eller symptomer.*

### **1 - Ingen betydningsfull funksjonssvikt til tross for symptomer; klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før.**

*Pas har noen symptomer, enten fysiske eller kognitive, f. eks affeksjon av språk/tale, evne til å lese/skrive, fysisk mobilitet, sensibilitet, syn, svelg, humør, men kan fortsette å ta del i alt tidligere arbeid, sosial- eller fritidsaktiviteter.*

*Det avgjørende spørsmålet for å skille mellom 1 og 2 kan være:*

*Klarer pasienten alle aktiviteter som han før gjorde mer enn månedlig?*

### **2 - Lett funksjonssvikt; klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før, men klarer sine daglige gjøremål.**

*Pasienten kan ikke lenger gjøre en del av de aktivitetene som han/hun tidligere vanligvis har gjort. (F. eks kjøre bil, danse, lese, arbeide), men klarer fortsatt å ta vare på seg selv uten hjelp fra andre fra dag til dag. Pasienten kan klare påkledning, forflytning, matlaging/spisesituasjon, toalettbesøk, lage enkle måltider, handle og reise i lokalmiljøet uten å måtte motta hjelp eller tilsyn fra andre. Pasienten skal kunne være overlatt til seg selv alene hjemme i en uke eller mer uten bekymring.*

### **3 - Moderat funksjonssvikt; trenger noe hjelp, men går uten hjelp.**

*Pas trenger ikke hjelp til forflytning/gange (selvstendig forflytning med og uten hjelpemiddel som stokk, rullator). Klarer påkledning, toalettbesøk og å spise etc, men trenger hjelp til mer komplekse aktiviteter. Noen andre må handle, lage mat, vaske – og må besøke pasienten oftere enn ukentlig for å sørge for at disse aktivitetene er gjennomført. Assistansen kan være fysisk eller rådgivende, f. eks pasienten trenger tilsyn eller motivering for å klare finansielle gjøremål.*

### **4 - Alvorlig funksjonssvikt; klarer ikke å gå uten hjelp og klarer ikke å ivareta sine grunnleggende behov uten hjelp.**

*Pasienten må ha hjelp fra andre til noen daglige aktiviteter, f. eks gange, påkledning, toalett, spise. Pasienten blir besøkt minst en og vanligvis to eller flere ganger daglig, eller må bo i nærheten av en hjelper. For å skille 4 fra grad 5 – ta stilling til om pasienten kan bli latt alene for moderate perioder i løpet av dagen.*

### **5 - Svært alvorlig funksjonssvikt; sengeliggende og trenger konstant tilsyn og hjelp.**

*Noen andre må alltid være tilgjengelig på dagtid og noen ganger i løpet av natten – denne trenger ikke være en sykepleier.*

### **6 - Død.**

Referanse: Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age 60. 2. Prognosis. Scottish Medical Journal 1957;2:200-215

NIH STROKE SCALE (NIHSS)

Akutt

Før

2

24

**mottak SE trombolyse timer timer**

Benytt første respons som mål for funksjonen Ikke instruer pasienten (med mindre det er spesifisert i teksten) Noen punkter scores bare hvis de er tilstede (for eksempel		Dato						
		Tid						
<b>1a</b>	<b>Bevissthetsnivå</b> 0 = Våken 1 = Døsigg, reagerer adekvat ved lett stimuleringg 2 = Døsigg, reagerer først ved kraftigere/gentatt stimulering 3 = Reagerer ikke, eller bare med ikke-målrettet bevegelse							
<b>1b</b>	<b>Orientering</b> (spør om måned + alder) 0 = Svarer riktig på to spørsmål 1 = Svarer riktig på ett spørsmål (eller ved alvorlig dysartri) 2 = Svarer <b>ikke</b> riktig på noe spørsmål							
<b>1c</b>	<b>Respons på kommando</b> (lukke øyne + knytte hånd) 0 =Utfører begge kommandoerr korrekt 1 = Utfører en kommando korrekt 2 = Utfører ingen korrekt							
<b>2</b>	<b>Blikkbevegelse</b> (horisontal bevegelse til begge sider) 0 = Normal 1 = Delvis blikkparese (eller ved øyenmuskelparese) 2 = Fiksert blikkreining til siden eller total blikkparese							
<b>3</b>	<b>Synsfelt</b> (bevege fingre/fingertelling i laterale synsfelt) 0 = Normalt 1 = Delvis hemianopsi 2 = Total hemianopsi 3 = Bilateral hemianopsi/							
<b>4</b>	<b>Ansikt</b> (vise tenner, knipe igjen øynene, løfte øyenbryn) 0 = Normal 1 = Utvisket nasolabialfure, asymmetri ved smil 2 = Betydelig lammelse i nedre ansiktshalvdel 3 = Total lammelse i halve ansiktet (eller ved coma)							
<b>5</b>	<b>Kraft i armen</b> (holde armen utstrakt 45° i 10 sekunder 0 = Normal (også ved "ikke testbar") 1 = Drifter til lavere posisjon 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Kun små muskelbevegelser, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse							
<b>6</b>	<b>Kraft i benet</b> (holde benet utstrakt 30° i 5 sekunder) 0 = Normal (også ved ikke testbar) 1 = Drifter til lavere posisjon 2 = Noe bevegelse mot tyngdekraften, drifter til sengen 3 = Ingen bevegelse mot tyngdekraften, faller til sengen 4 = Ingen bevegelse							
<b>7</b>	<b>Koordinasjon/ataksi</b> (finger-nese-prøve/hæl-kne-prøve) 0 = Normal (også ved ikke testbar eller koma) 1 = Ataksi i arm eller ben 2 = Ataksi i arm og ben							
<b>8</b>	<b>Hudfølelse</b> (sensibilitet for stikk) 0 = Normal 1 = Lettere sensibilitetsnedsettelse 2 = Markert sensibilitetsnedsettelse (også ved koma,tetraparese							
<b>9</b>	<b>Språk/afasi</b> (spontan tale, taleforståelse, leseforståelse, benevning) 0 = Normal 1 = Moderat afasi, samtale mulig 2 = Markert afasi, samtale svært vanskelig eller umulig 3 = Ikke språk (også ved koma)							
<b>10</b>	<b>Tale/dysartri</b> (spontan tale) 0 = Normal 1 = Mild – moderat dysartri 2 = Nær uforståelig tale eller anartri (også ved koma)							
<b>11</b>	<b>Neglect</b> (bilateral simultan stimulering av syn og hudsensibilitet) 0 = Normal (også ved hemianopsi med normal sensibilitet) 1 = Neglect i en sansemodalitet 2 = Neglect i begge sansemodaliteter							

	<b>Total NIHSS-Score</b>						
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--