



SKRS

MANUAL TILL KVALITETSREGISTER

Innehållet i manualen är sammanställt av styrgruppen i samarbete med Registercentrum Syd, Karlskrona

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SID.

3	INLEDNING
3	BAKGRUND SYFTE MED SKRS
4	PATIENTLISTA, REGISTRERING
5	HISTORIK, PERSON
6	FLIK 1 REMISS
8	FLIK 2 KARTLÄGGNING
9	FLIK 3 ÅTERBESÖK
10	FLIK 4 UPPFÖLJNING
10	EXPORT AV DATA
11	RAPPORT AV UTDATA
12	BILAGA 1 GRAD AV SYNNEDESÄTTNING
13	BILAGA 2 KVÅ
14	BILAGA 2 FÖRKORTNINGAR AV VARIABELNAMN



SKRS – MANUAL

Svenskt kvalitetsregister för rehabilitering vid synnedsättning nås via länken:

<https://www.eyenetreg.se/skrs/>

Alternativa ingångar genom kvalitetsregistrets egen hemsida eller associerat registercentrums hemsida.

RC Syd Karlskrona- EyeNet Sweden

<http://www.rcsyd.se>

Inloggning ska i första hand ske via starkt autentiserat e-tjänstekort (SITHS) eller genom personlig inloggning med användarID och säkert lösenord. Om du loggar in med e-tjänstekort använd följande länk:

<https://eyenetreg.se/PLP>

För att ansöka om användning av e-tjänstekort (SITHS), se separat manual.

Vid problem att komma in på länken kontakta RC Syd Karlskrona.

E-post rcsydkarlskrona@ltblekinge.se

Vad är syftet med SKRS?

Syftet med SKRS är att öka kunskapen om rehabiliteringsåtgärder och dess effekt för att uppnå likvärdig synrehabilitering i Sverige. Att utveckla process- och resultatmätt efter relevanta evidens-baserade åtgärder samt utgöra underlag för forskning och verksamhetsutveckling samt klinisk förbättringsarbete.

Vilka uppgifter innehåller kvalitetsregistret?

Bakgrundsdata och demografi. Processmätt på kvalitet. Eftersom syftet med SKRS är att: "Rätt patient ska få rätt behandling av rätt behandlare i rätt tid" är våra viktigaste processmätt remisskriterier, behandlande åtgärder(KVÅ), bedömningsinstrument, väntetid/ ledtider från remissdatum till avslutad individuell rehabiliteringsplan, ledtider för olika behandlande åtgärder, från remiss-första besök- återbesök-uppföljning- avslutad rehabiliteringsplan, metoder som ger bäst/ störst effekt, behandlingstid och effekt per målområde med hänsyn till demografi och genusperspektiv, uppföljning och andel upprättade och avslutade individuella rehabiliteringsplaner

För användarsupport kontaktas Inloggning & teknisk support rcsydkarlskrona@ltblekinge.se
SKRS hemsida <http://www.rcsyd.se>

Adress

SKRS

RC Syd - EyeNet Sweden

Blekingesjukhuset

371 85 KARLSKRONA

Styrgrupp

Anne Granath, registerhållare

Susanne Albrecht

Synneve Dahlin-Ivanoff

Ann-Charlotte Edman

Vivianne Emanuelsson

Eva Kalén

Jeanette Källstrand Eriksson

Annelie Lindberg

Carolina Lindström

Anna-Karin Öhman



PATIENTLISTA

Alla patienter som ingår i klinikens registrering listas i patientlista. Det finns en lista för pågående patienter (aktiva) och en för avslutade (inaktiva). Listan kan sorteras på samtliga rubriker; personnummer, efternamn, förnamn, remissdatum, kartläggningsdatum, återbesöksdatum och uppföljningsdatum.

REGISTRERING

REGISTRERING AV NY PATIENT som kommer på remiss eller egenremiss.

Tag fram fliken remiss och sök personnummer ååååmmddnnnn. Tjänsten via befolkningsregistret kommer upp. Befolkningsregistret levererar patientens förnamn, efternamn och bostadsort enligt följande

Klara Emilia Anna Blomster, LÄCKEBY hittades i folkbokföringsregistret. Spara personen med det angivna personnumret? Svara med JA om personen ska ingå i SKRS, besvara annars frågan med nej.

Om patienten inte har ett svenskt personnummer, men ska registreras med temporärt personnummer i SKRS. På fliken "PERSON" registreras förnamn, efternamn, födelsedatum och kön.

I registret finns en funktion för att byta från reservnummer till ett svenskt personnummer.

Status för personen. Om patienten avlider så kommer det att ske en automatisk uppdatering från befolkningsregistret en gång/månad.

REGISTRERING AV REDAN PÅBÖRJAD PATIENT

Om Du ska fortsätta på en påbörjad patient välj "PATIENTLISTA", "PÅGÅENDE" eller fyll i personnummer och tryck på "SÖK".

Välj avsedd patient och fortsatt registrera in data. Patienter som är godkända och avslutade fall finner Ni under "AVSLUTADE". Gör vidare registrering enligt variabellistan som följer, per flik.

HISTORIK

För varje typ av besök finns en flik för historik över föregående besök. Följande information finns; Besöksdatum, status (signerad/osignerad) och tid för signering.

Personnummer: ååååmmddnnnn

1912121212



Rensa

Klara Blomster (K) 1912121212

Kartläggnings-
besök

Historik

Person

Ny

Spara

Signera

Ångra

Ta bort

Besöksdatum	Status	Signeratdatum
2015-04-22	Signerad	2015-09-02 12:20
2015-01-19	Signerad	2015-09-02 12:19
2014-07-14	Signerad	2015-03-27 13:15

PERSON

Personuppgifterna på sidan är, personnummer, förnamn, efternamn, kön. Postadress, postnummer, ort, län, kommun.

Till höger finns ruta för aktiv/inaktiv, diagnos, avliden, datum för bortgång, överflyttning till annan registerande enhet. Den enhet som registrerade patienten först i SKRS är den som gör överflyttningen.

Kartläggnings-
besök

Historik

Person

Ny

Spara

Signera

Ångra

Ta bort

Personuppgifter

Personnummer
1912121212
Hämta uppgifter ?

Förnamn
Klara

Efternamn
Blomster

Kön
Kvinna

C/O

Postadress 1

Postadress 2

Postadress 3

Postnummer
371 22

Ort
Rudbeckia

Län
Stockholms län

Kommun
--Välj--

Status

Aktiv
☒

Exkludera från registret ?
☐

Diagnos

Avliden
☐

Datum

Klinik
Överflytta till → EyeNetAdmin, Karlskrona

REGISTRERING

FLIK 1- Remiss

På flik remiss registreras synbedömning och diagnos. All information som ska registreras på fliken kommer från remissen eller den nulägesbeskrivning som gjorts vid egenremiss.

1.1 Remissdatum

Fyll i datum för remiss/egenremiss till enheten. Här avses det datum som ögonläkaren skriver remissen. Fyll i rutan för egenremiss om så är fallet. Begreppet "egenremiss" definieras som att redan känd person tar ny kontakt med SC vid förnyade besvär.

1.3 SYN – Synskärpa höger

Registrera synskärpa på långt håll, som är angiven på remissen eller i journalen. Synskärpan ska vara synskärpan med bästa korrektion. Följande svarsalternativ finns upplagda i lista. Det går att skriva in alternativ exempelvis 1,33 som finns i slutet av listan. Svarsalternativet "ej utfört" kan registreras genom att skriva in bokstaven e, då kommer alternativet automatiskt fram.

Amauros - P - HR - 0,01 - 0,025 - 0,03 - 0,04 - 0,05 - 0,06 - 0,08 - 0,10 - 0,13 - 0,16 - 0,20 - 0,25 - 0,3 - 0,31 - 0,32 - 0,40 - 0,50 - 0,6 - 0,63 - 0,70 - 0,77 - 0,80 - 0,90 - 1,00 - 1,33 - 1,50 - 1,60 - 2,0 - Ej utfört

1.4 SYN – Synskärpa vänster

Registrera synskärpa på långt håll. Följande svarsalternativ finns upplagda i lista. Det går att skriva in alternativ exempelvis 1,33 som finns i slutet av listan. Svarsalternativet "ej utfört" kan registreras genom att skriva in bokstaven e, då kommer alternativet automatiskt fram.

Amauros - P - HR - 0,01 - 0,025 - 0,03 - 0,04 - 0,05 - 0,06 - 0,08 - 0,10 - 0,13 - 0,16 - 0,20 - 0,25 - 0,3 - 0,31 - 0,32 - 0,40 - 0,50 - 0,6 - 0,63 - 0,70 - 0,77 - 0,80 - 0,90 - 1,00 - 1,33 - 1,50 - 1,60 - 2,0 - Ej utfört

1.5 Närvisus

Variabeln registrerar synskärpa på nära håll i punkter. Följande svarsalternativ finns upplagda i lista- ej 24 p, 24 p, 18p, 14p, 12p, 10p, 9p, 8p, 7p, 6p, 5p, 4p, Ej utfört.

1.6 Synfältsbortfall

Registrera om det enligt remiss framgår att personen har synfältsbortfall. Svarsalternativ: Ja/Nej/.

1.7 Huvuddiagnos

Personens huvudsakliga sjukdomsorsak registreras enligt ICD10. Upplagt i SKRS finns samtliga diagnoser inom ögonsjukvård. Huvuddiagnos

registreras först i journaldokumentation. Denna variabel är obligatorisk.

1.8 Bidiagnos

Om en person har exempelvis har våt AMD men också har en grå starr och är myop kan registreringen se ut så här:

H35.3B - Åldersrelaterad makuladegeneration (AMD), våt (exsudativ) form

H25.1 - Senil nukleär katarakt

H52.1 - Myopi

Det är inte obligatoriskt att registrera bidiagnoser. Glöm inte att spara och signera.

1.9 Annan diagnos

Registrera om patienten har en annan diagnos som är av vikt vid behandling.

Andra diagnoser skrivs in enligt ICD10s klassificering, dvs med bokstav, tvåsiffrig kod och eventuell tilläggskod, ex H35.3B.

Det är inte obligatoriskt att registrera bidiagnoser.

FLIK 2 – Kartlägningsbesök

Första besöket på syncentralen benämns i SKRS kartlägningsbesök. Består av fyra flikar:

- Kartläggning
- Rehabiliteringsplan
- Åtgärder
- Annan åtgärd

Behovsbedömning

2.1 SYN – Grad av synnedsättning

Registrera grad av synnedsättning enligt WHO's definition. Följande alternativ finns valbara

- Lindrig
- Måttlig
- Svår
- Blindhet

WHO's definition, se bilaga 1 för mer information.

Definitionen innehåller tre grader av blindhet. I SKRS har de tre graderna slagit samman till blindhet.

2.2 Annan funktionsnedsättning

Välj bland följande svarsalternativ om annan diagnostiserad funktionsnedsättning föreligger. Vid ingen ytterligare funktionsnedsättning registreras alternativet ingen.

- Ingen
- Nedsatt hörsel

- Nedsatt rörelseförmåga
- Utvecklingsstörning
- Kognitiva nedsättningar
- Psykisk funktionsnedsättning
- Dövblindhet

2.3 Bedömningsinstrument

Registrera validerade/standardiserade bedömningsinstrument som använts för behovsbedömning.

- ADL-taxonomi syn
- COPM
- Upplevd säkerhet
- Annat bedömningsinstrument/test/samtal/observation

Standardiserade bedömningsmetoder, inom hälso- och sjukvård fungerar som ett stöd i utredningsarbetet när man ska bedöma enskilda personers situation, funktion eller hjälpbehov. Användning av standardiserade bedömningsmetoder kan bidra till en evidensbaserad praktik.

Att använda en standardiserad bedömningsmetod innebär att bedöma en situation, funktion eller behov med hjälp av ett vetenskapligt prövat bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Ett bedömningsinstrument kan till exempel vara en checklista med viktiga faktorer, ett formulär med frågor, en skattningsskala eller ett index.

Om man har använt ett annat bedömningsinstrument anges vilket i fri text under nästa variabel vilket som använts, se 2:4.

2.4 Annat bedömningsinstrument/test

Om man har använt ett annat bedömningsinstrument som ej är standardiserat exempelvis test, samtal och observation, ange vilket i fri text, exempelvis Utvärdering Halmstad. Av texten bör framgå om man använder ett gemensamt för region eller landsting.

Om det finns ytterligare validerade instrument (utöver ADL-taxonomi, COPM, Upplevd säkerhet) skriv in dem här.

Det är viktigt att man på enheten bestämmer ett enhetligt sätt att skriva in testen i fritext. Skriver en användare med stor bokstav och en annan med liten bokstav blir det sorterat som två olika typer vid automatiserad analys. Välj ett enhetligt uttryck.

OBS registrera ej under bedömningsinstrument!

Undersökningar som finns definierade som åtgärds-koder ska inte registreras här, exempelvis synskärpa, närsynskärpa, refraktion, synfält. Det registreras under variabeln åtgärds-koder, Klassifikation av Vårdåtgärder (KVÅ).

2.6 Datum för individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan

Registrera datum för IHP/IRP. Om plan ej är gjord, markera i rutan "ej utfört".

Datum för IHP/IRP fylls i automatiskt vid kartlägningsbesöket. Om IHP/IRP inte upprättas vid detta besök, gå in aktivt och kryssa i rutan: Ej utförd.

Vid nästa (återbesök) får den vårdgivare som upprättar IHP/IRP ta bort detta kryss och fylla i med faktiskt datum för upprättad plan.

2.10 KVÅ - Klassifikation av VårdÅtgärder

Registrera den åtgärds kod som passar för besöket på syncentralen. Om fler åtgärds koder ägt rum vid samma besök, registrera samtliga koder. Det finns plats för 16 koder vid samma besök.

Om vid utprovning av optiskt hjälpmedel även ett kuratorsbesök har ägt rum, notera samtliga KVÅ, exempelvis

GA019 Utprovning/underhåll av synkorrigerande hjälpmedel
(korrektionsglas och handhållen optik)

DU007 Stödjande samtal

Åtgärdslistan som finns inlagd är ett urval av koder som används nationellt, se bilaga 2.

Om du inte hittar rätt kod i listan, registrera koder genom att föra in koden enligt principen för KVÅ, 2 bokstäver och tre siffror (BBSSS)

Koden införs under annan åtgärd.

Det är viktigt att upprätta lokala rutiner för vem som ska registrera när flera professioner träffar samma patient samma dag. Glöm inte att spara och signera.

2.11 Annan åtgärd

Registrera valfri KVÅ enligt totala kodverket. 999= okänt.

Åtgärdslistan som finns inlagd är ett urval av koder som används nationellt. Om du inte hittar rätt kod i listan, registrera koder genom att föra in koden enligt principen för KVÅ, 2 bokstäver och tre siffror (BBSSS). Önskemål om att tillföra fler vanliga koder till listan mottas tacksamt av styrgruppen.

FLIK 3– Återbesök

3.1 Bedömningsinstrument

Registrera validerade/standardiserade bedömningsinstrument som använts för behovsbedömning.

- ADL-taxonomi syn
- COPM
- Upplevd säkerhet
- Annat bedömningsinstrument/test/samtal/observation

Standardiserade bedömningsmetoder, inom hälso- och sjukvård fungerar som ett stöd i utredningsarbetet när man ska bedöma enskilda personers situation, funktion eller hjälpbehov. Användning av standardiserade bedömningsmetoder kan bidra till en evidensbaserad praktik.

Att använda en standardiserad bedömningsmetod innebär att bedöma en situation, funktion eller behov med hjälp av ett vetenskapligt prövat bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Ett bedömningsinstrument kan till exempel vara en checklista med viktiga faktorer, ett formulär med frågor, en skattningsskala eller ett index.

Om man har använt ett annat bedömningsinstrument anges vilket i fri text under nästa variabel vilket som använts, se 2:4. Om man har använt ett annat bedömningsinstrument anges vilket i fri text under nästa variabel vilket som använts, se 2:4.

3.2 Annat bedömningsinstrument/test

Om man har använt ett annat bedömningsinstrument som ej är standardiserat exempelvis test, samtal och observation, ange vilket i fri text, exempelvis Utvärdering Halmstad. Av texten bör framgå om man använder ett gemensamt för region eller landsting.

Om det finns ytterligare validerade instrument (utöver ADL-taxonomi, COPM, Upplevd säkerhet) skriv in dem här.

Det är viktigt att man på enheten bestämmer ett enhetligt sätt att skriva in testen i fritext. Skriver en användare med stor bokstav och en annan med liten bokstav så blir det sorterat som två olika typer vid automatiserad analys. Välj ett enhetligt uttryck.

OBS registrera ej under bedömningsinstrument!

Undersökningar som finns definierade som åtgärds-koder ska inte registreras här, exempelvis synskärpa, närsynskärpa, refraktion, synfält. Det registreras under variabeln åtgärds-koder, Klassifikation av Vårdåtgärder (KVÅ).

3.3 Datum för individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan

Registrera datum för IHP/IRP. Om plan ej är gjord, markera i rutan "ej utfört".

3.4 KVÅ - Klassifikation av Vårdåtgärder

Registrera den åtgärds-kod som passar för besöket på syncentralen. Om fler åtgärds-koder ägt rum vid samma besök, registrera samtliga koder. Om vid utprovning av optiskt hjälpmedel även ett kuratorsbesök har ägt rum, notera samtliga KVÅ.

GA019 Utprovning/underhåll av synkorrigerande hjälpmedel (korrektionsglas och handhållen optik)

DU007 Stödjande samtal

Åtgärdslistan som finns inlagd är ett urval av koder som används nationellt, se bilaga 1.

Om du inte hittar rätt kod i listan, registrera koder genom att föra in koden enligt principen för KVÅ, 2 bokstäver och tre siffror (BBSSS)

Om besöket sker i hemmet registrera följande kod

3.5 Annan åtgärd

Registrera valfri KVÅ enligt totala kodverket. Alternativen är 1-2 och 999= okänt.

Åtgärdslistan som finns inlagd är ett urval av koder som används nationellt. Om du inte hittar rätt kod i listan, registrera koder genom att föra in koden enligt principen för KVÅ, 2 bokstäver och tre siffror (BBSSS). Önskemål om att tillföra fler koder till listan meddelas styrgruppen.

FLIK 4 – Uppföljning

Uppföljning av patientens rehabilitering

4.1 Uppföljning

Registrera om uppföljning har genomförts. Svarsalternativen är:

- Ja
- Nej – Avliden
- Nej – Flyttat
- Nej – Avbruten

4.2 Datum för uppföljning

Registrera det datum som uppföljningen gjordes, som blir datum för avslut av IHP/IRP. Om man upprättar och avslutar en vårdplan vid första besöket går man direkt från kartläggning till uppföljning.

Vid sista återbesöket fyller man i uppgifterna där och går sedan vidare till flik uppföljning och fyller i uppgifterna där.

ADMINISTRATION

Byta personnummer

För att byta ett reservnummer till patientens riktiga personnummer gå till personfliken. I dagsläget finns inte funktionen utvecklad.

Export

Exportfunktion av data finns utvecklat i registret. Varje deltagande klinik kan exportera **egna lokala data** till **textfil** eller **Excel**. Välj sidan för exportera. På sidan anges för vilken tidsperiod data önskas. Filen visas och kan sedan bearbetas i valfritt statistikprogram (ex. SPSS, STATA, SAS).

Vid exportuttag presenteras data med förkortade variabelnamn efter databasens upplägg.

Exportera enhetsdata
Här kan du exportera enhetens data« Tillbaka

Enhet

Alla

Bara godkända

Ja

Gör export

Rapporter

Standardrapporter

Arbetet med rapporter till SKRS pågår. När funktionen finns kommer detta kapitel att fyllas på angående manual för uttag av rapporter i registret.

2016-01-25

Sammanställt i samarbete med styrgruppen för SKRS

Susanne Albrecht
Utvecklingsledare - Projektledare
Leg. Ögon- och forskningssjuksköterska



RC Syd Karlskrona
Blekingesjukhuset
371 85 KARLSKRONA
Tel arb 0455 735140
susanne.albrecht@tblekinge.se <http://rcsyd.se>

BILAGA 1

Grad av synnedsättning (flik 2)

I kvalitetsregistret SKRS används kategori lindrig, måttlig, svår och blindhet. Blindhet som in nedstående klassificering återfinns i tre grader, slås samman till ett begrepp – blindhet.

Ospecificerad synnedsättning (i båda ögonen)

Synnedsättning kategori 9

Synnedsättning UNS

Anmärkning:

Nedanstående tabell anger en klassifikation av svårighetsgraden av synnedsättning rekommenderad i the Resolution of the International Council of Ophthalmology (2002) and the Recommendations of the WHO Consultation on "Development of Standards for Characterization of Vision Loss and Visual Functioning" (Sept 2003). För att gradera synnedsättning med koderna H54.0 till H54.3 ska synskärpan mätas med båda ögonen öppna och i förekommande fall med befintlig korrektion (egna glas). För att gradera synnedsättningen med koderna H54.4 till H54.6 ska synskärpan mätas i ett öga och i förekommande fall med befintlig korrektion.

Om hänsyn tas till synfältets storlek ska patienter med synfält ej större än 10 runt centrum i det bästa ögat placeras i kategori 3. Vid blindhet i ett öga (H54.4) gäller graden av synfältsbortfall det blinda ögat.

Tabell 1 Föreslagen revidering av kategorier för synnedsättning

Synnedsättning Kategori Lindrig eller ingen synnedsättning 0	Synskärpa med befintlig korrektion (egna glas)	
	Mindre än:	Lika med eller bättre än: 6/18, 3/10 (0.3), 20/70
Måttlig synnedsättning 1	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200
Svår synnedsättning 2	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
Blindhet 3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02)5/300 (20/1200)
Blindhet 4	1/60*1/50 (0.02)5/300 (20/1200)	Ljusperception
Blindhet 5	Ingen ljusperception	
9	Obestämd eller icke specificerad	
* eller fingerräkning vid 1 m		

Anmärkning:

Termen synnedsättning i kategorin H54 innefattar kategori 0 för lindrig eller ingen synnedsättning, kategori 1 för måttlig synnedsättning, kategori 2 för svår synnedsättning, kategorierna 3, 4 och 5 för blindhet och kategori 9 för ospecificerad synnedsättning. Termen "low vision" i ICD-10 (förut översatt till svenska med "nedsatt syn" och "synskada UNS") som tidigare ingick i denna kategori, har ersatts av kategorierna 1 och 2 för att undvika sammanblandning med dem som behöver vård för allvarligt nedsatt syn.

BILAGA 2

Åtgärds-koder

Under fliken åtgärder registreras klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), enligt lista utgiven av Socialstyrelsen. En åtgärds-kod är en **kod** som används för statistisk beskrivning av åtgärder i hälso- och sjukvård. Koden kan sökas fram i listorna eller skrivas in direkt i rutan för kod (om man kan koden). För mer information om KVÅ se följande länk.

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva>

<i>Value</i>	<i>Text</i>	<i>External value</i>
0	AC008	Färgsinnestest
1	AC011	Keratometri
2	AC012	Klinisk undersökning av ögon
3	AC013	Kontrastseendeundersökning
4	AC027	Refraktionering
5	AC031	Synfältsundersökning, manuell
6	AC032	Synskärpeundersökning
7	AC034	Tryckmätning
8	AC046	Korneal topografi
9	AC047	Skiascopi
10	AC048	Autorefraktometri
11	AC050	Stereoseende
12	AC065	Synbedömning utan medverkan
13	PA000	Utredning psykiska funktioner
14	PJ000	Utredning av lärande och tillämpning av kunskap
15	PL000	Utredning av förmåga att kommunicera
16	PM000	Utredning att förflytta sig
17	PN000	Utredning av personlig vård
18	PP000	Utredning av hemliv
19	PQ000	Utredning mellanmänskliga relationer
20	PR000	Utredning av arbets-, studie- och ekonomiskt liv
21	PS000	Utredning av socialt och medborgerligt liv
22	PT000	Utredning av omgivningsfaktorer
23	DU007	Stödjande samtal
24	DV063	Rådgivande samtal
25	QA009	Stöd vid oro
26	QJ000	Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning
27	QL000	Stöd och träning i att kommunicera
28	QM000	Behandling relaterad till förflyttning
29	QN000	Behandling relaterad till personlig vård
30	QP000	Stöd och träning i hemliv
31	QQ000	Stöd och träning i att samspela med andra
32	QR001	Rådgivning vid studier och studieträning
33	QR002	Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer
36	GA013	Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade
37	GA018	Utprovning och underhåll av slutet, förstörande TV-system

38	GA019	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel
39	GA020	Tillpassning och kontroll av kontaktlinns
40	GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel (Avser optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)
41	GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel
42	QT006	Träning i att använda hjälpmedel
43	DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
44	XS001	Information och rådgivning med företrädare för patienten
45	XS003	Information och rådgivning med patient per brev
46	XS005	Externt informationsutbyte
47	XS007	Konferens med patient
48	XS008	Konferens om patient
49	XS011	Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten
50	XS012	Information och rådgivning med patient per telefon
51	GB002	Information och undervisning
52	GD002	Intyg - enklare
53	GD003	Intyg - omfattande
54	XV008	Utfärdande av recept hjälpmedelskort och livsmedelsanvisning
55	XV007	Uppföljning och kontroll av insatt behandling
56	GB004	Patientrelaterad extern information och utbildning
57	GB009	Information och undervisning riktad till patient
58	GB010	Information och undervisning riktad till närstående
59	ZV044	Behandling administrerad via internet

BILAGA 3

Förkortningar av variabelnamn enligt variabellista - exportuttag av
lokala enhetens utdata

Kolumnrubrik

Id

RegisteringUnitId

PersonId

Remissdatum

Besokdatum

EgenRemiss

SynskärpaHoger

SynskärpaVanster

Narvisus

Synfaltbortfall

Huvuddiagnos

BidiagnosA

BidiagnosB

AnnanDiagnos1

AnnanDiagnos2

Approved

K_Id

Besöksdatum

GradAvSynnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

AnnanFunktionsnedsattning

Behovsbedomning

Bedomningsinstrument1

AnnatBedomningsinstrument1

Bedomningsinstrument2

AnnatBedomningsinstrument2

Bedomningsinstrument3

AnnatBedomningsinstrument3

Bedomningsinstrument4

AnnatBedomningsinstrument4

Bedomningsinstrument5

AnnatBedomningsinstrument5

DatumForIHP_IRP

IHP_IRP_EjUtfört

Approved

Uppf_id

förklaring

löpnummer för registrering

registrerande enhets idnummer

löpnummer för registrerade

remissdatum, gäller även datum för
egenremiss

datum för besök

synskärpa på LH, höger öga

synskärpa på LH, höger öga

synskärpa på NH (nära håll)

synfältsbortfall, 1=ja, 2=nej

enligt ICD10 kodsysteem H35.3B

enligt ICD10 kodsysteem

enligt ICD10 kodsysteem

ifylls av registrerare enligt ICD10

ifylls av registrerare enligt ICD10

bokstavs och sifferkombination

godkänd registrering, true or false

datum för besök

enligt WHO:s definition

1=Ingen

2=Nedsatt Hörsel

3=Nedsatt Rörelse

4=Utvecklingsstörning

5=Kognitiv nedsättning

6=Psykisk funktionsnedsättning

7=Dövsblindhet

datum för individuell hab-
rehabiliteringsplan

om ej IHP/IRP är ifyllt

godkänd true(ja) or false (nej)

uppföljningsID, löpnummer

Uppf_RegUnitId	klirik/enhet
Uppföljning	1=ja, 2=nej avliden, 3=nej flyttat, 4=nej avbruten
UppföljningsSatt	1=strukturerat samtal, 2=Observation, 3= validerat bedömningsinstrument, 4=test
Uppföljningsdatum	datum för uppföljning
Uppf_BedInstr1	
Uppf_AnBedInstr1	
Uppf_BedInstr2	
Uppf_AnBedInstr2	
Uppf_BedInstr3	
Uppf_AnBedInstr3	
Uppf_BedInstr4	
Uppf_AnBedInstr4	
Uppf_BedInstr5	
Uppf_AnBedInstr5	
Approved	Godkänd true (ja) or false (nej)
Atgarder	registrerade åtgärds-koder (KVÅ)

ANNANFNED

Value	Text
1	Nej
2	Nedsatt hörsel
3	Nedsatt rörelseförmåga
4	Utvecklingsstörning
5	Kognitiva nedsättningar
6	Psykisk funktionsnedsättning
7	Dövblindhet

BEDOMBEHOV

Value	Text
1	Strukturerat samtal No
2	Observation
3	Bedömningsinstrument(validerat)
4	Test

BEDOMINSTRU

Value	Text
1	ADL-taxonomi syn
2	COPM
3	Upplevd säkerhet
99	Annat bedömningsinstrument

NARVISUS

Value	Text
1	4p
2	5p
3	6p

4	7p
5	8p
6	9p
7	10p
8	12p
9	14p
10	18p
11	24p
12	ej 24p
99	Ej utfört

SNELLEN

<i>Value</i>	<i>Text</i>
1	AMAUROS
2	P
3	HR
4	0,01
5	0,025
6	0,03
7	0,04
8	0,05
9	0,06
10	0,08
11	0,10
12	0,13
13	0,16
14	0,20
15	0,25
16	0,31
17	0,32
18	0,40
19	0,50
20	0,63
21	0,70
22	0,77
23	0,80
24	0,90
25	1,00
26	1,25
27	1,33
28	1,60
29	2,00
30	0,30
31	0,60
99	Ej utfört

SYNNEDSATTNING

<i>Value</i>	<i>Text</i>
1	Lindrig
2	Måttlig
3	Svår
4	Blindhet

UPPFOLJ

<i>Value</i>	<i>Text</i>
1	Ja
2	Nej - Avliden
3	Nej - Flyttat
4	Nej - Avbruten



SKRS