

Rehabilitering för vuxna med syn- eller hörselnedsättning

Landstingens habiliterings- och
rehabiliteringsinsatser

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-1-25

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2012

Förord

Socialstyrelsen har genomfört ett projekt för att beskriva vilka förutsättningar som finns för att följa upp habilitering och rehabilitering. Ett delmål i projektet var att ta fram en jämförelse av landstingens rehabiliteringsinsatser till personer med syn- eller hörselnedsättning.

I denna rapport lyfter Socialstyrelsen fram områden som skulle behöva utvecklas, och de är till stora delar gemensamma för de verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning. Rapporten innehåller också en diskussion om vad som behöver utvecklas för att det ska bli möjligt att göra mer fullständiga jämförelser på nationell nivå.

Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Den kan även vara till nytta för andra intressenter som företrädare för olika intresseorganisationer, personal inom de aktuella verksamheterna samt media.

Flera externa referensgrupper har varit delaktiga i arbetet. Representanter för Föreningen Sveriges Hörselchefer respektive Syncentralernas nationella samverkansgrupp (SYNS) har tillfrågats i olika skeden av arbetet. Vidare har företrädare för berörda intresseorganisationer bidragit med synpunkter: Hörselskadades Riksförbund, Synskadades Riksförbund, Vuxendöva i Sverige och Förbundet Sveriges Dövblinda. Även Hjälpmedelsinstitutet har deltagit i arbetet.

Vera Gustafsson har varit projektledare. Karin Flyckt, Urban Göransson, Staffan Söderberg och Maria Öman har ingått i projektgruppen. Dessutom har Barbro Lutteman och Marie Öberg bidragit med sakkunskap inom syn- respektive hörselområdet. Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence, som tillsammans med Mona Heurgren har utgjort projektets styrgrupp.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
Bakgrund till uppdraget	9
Tidigare kartläggningar	9
Datakällor	13
Centrala begrepp i rapporten	14
<i>Syfte och metod</i>	17
Syfte och avgränsningar	17
Några utgångspunkter	17
Metod	18
Samverkan och kommunikation	19
Rapportens fortsatta disposition	19
<i>Resultat inom synområdet</i>	21
Resultat från datainsamlingen	21
Organisation, uppdrag och regelverk	22
Personalkompetens och rehabiliteringsutbud	28
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	32
Säker hälso- och sjukvård	39
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	40
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	48
<i>Resultat inom hörselområdet</i>	51
Resultat från datainsamlingen	51
Organisation, uppdrag och regelverk	52
Personalkompetens och rehabiliteringsutbud	56
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	61
Säker hälso- och sjukvård	69
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	70
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	77
<i>Diskussion och slutsatser</i>	79
Identifierade utvecklingsområden	79
Är rehabiliteringen av personer med syn- eller hörselnedsättning jämlik?	82

Vad krävs för att möjliggöra framtida uppföljningar?	83
<i>Referenser</i>	85
<i>Bilaga 1. Synenkäten</i>	87
<i>Bilaga 2. Övriga tabeller, syn</i>	104
<i>Bilaga 3. Hörselenkäten</i>	106
<i>Bilaga 4. Övriga tabeller, hörsel</i>	125

Sammanfattning

Många personer – särskilt äldre – drabbas av en syn- eller hörselnedsättning, som gör att de behöver rehabiliteringsinsatser från hälso- och sjukvården. Trots att många behöver rehabilitering saknar rehabiliteringsverksamheterna ofta tydliga riktlinjer och rutiner. Till exempel saknar många verksamheter styrande dokument, som anger vilket uppdrag de har, vilka metoder de ska använda och hur de ska samverka med andra vårdgivare. Det finns också stora skillnader i landet, till exempel när det gäller avgifter eller tillgången till olika personalkategorier. För att invånarna ska få en jämlik vård är det viktigt att följa upp hur dessa verksamheter fungerar, men bristen på data-källor gör att det är svårt idag. Detta är några av huvudbudskapen i denna rapport.

Rapporten baseras på en enkätundersökning till landstingens syncentraler respektive verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering. Vi har inte tittat på insatser till personer vars behov till stor del kan tillgodoses genom utprovning och anpassning av hörapparat, det vill säga det som ibland benämns basal eller grundläggande hörselrehabilitering.

Socialstyrelsen har identifierat flera förbättringsområden. De landsting som i dag inte har utarbetat styrdokument, som till exempel avtal, överenskommer eller riktlinjer för prioriteringar, behöver göra det. Det är nödvändigt – både för att ge personalen en gemensam målbild och för att ge personer som behöver rehabilitering en tydligare uppfattning om vad de kan förvänta sig av verksamheten.

I många landsting saknar verksamheten tillgång till vissa kompetenser, som logoped, psykologer och sjukgymnaster. Här skulle landstingen behöva hitta sätt att bättre tillgodose behovet av insatser från bland annat de nämnda personalkategorierna.

Inom både syn- och hörselområdet finns det en begränsad kunskap om vilka rehabiliteringsinsatser som har effekt. När det gäller vissa bedömnings-, utrednings- och uppföljningsinstrument finns det dock vetenskapligt stöd. Trots detta används instrumenten i begränsad omfattning, och även här finns stora variationer i landet.

Många verksamheter registrerar inte heller avvikelser i den omfattning som skulle vara önskvärd. En systematisk avvikelseanmälan är ett viktigt underlag för kvalitetsutvecklingsarbete, och därför skulle många verksamheter behöva arbeta mer aktivt med detta område.

Även när det gäller rehabiliteringsplaneringen skulle många verksamheter behöva utveckla bättre rutiner. I vissa landsting får den enskilde inte per automatik ta del av sin rehabiliteringsplan, vilket borde vara en självklarhet. För att få en samordnad rehabiliteringsprocess är det också angeläget att samverkan med andra verksamheter förbättras. Detta gäller inte minst samverkan kring vissa utsatta grupper, som till exempel personer med dövblindhet eller andra flerfunktionshinder.

Alla verksamheter genomför inte regelbundna undersökningar för att ta reda på hur enskilda individer upplever att verksamheten fungerar, vilket de borde göra. Det skulle också vara bra om verksamheterna i större utsträckning använde sig av andra metoder än enbart enkäter, som till exempel fokusgrupper eller strukturerade intervjuer.

Bristen på kunskapsunderlag, gemensamma begrepp och definitioner samt tillgängliga datakällor gör att det saknas förutsättningar för att göra mer fullständiga jämförelser på nationell nivå. För att kunna göra nationella uppföljningar i framtiden krävs det därför en fortsatt utveckling inom dessa områden.

Inledning

Bakgrund till uppdraget

Socialstyrelsen fick i 2009 års regleringsbrev i uppdrag att ”beskriva på vilket sätt habiliterings- och rehabiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning ingår som en del i de utvecklingsarbeten som bedrivs inom myndigheten och som ingår i strategin för God vård”. Socialstyrelsen valde att integrera uppdraget i ett projektarbete tillsammans med en del andra kartläggande och beskrivande insatser när det gäller habilitering och rehabilitering för personer med funktionsnedsättning. Projektets huvudmål var att beskriva förutsättningar för att utifrån ett God vård-perspektiv kunna belysa, värdera och jämföra de habiliterings- och rehabiliteringsinsatser som vidtas inom hälso- och sjukvården. Huvuddelen av projektet redovisades i december 2010 genom rapporten *Habilitering och rehabilitering. Förutsättningar för uppföljning* [1].

Ett av projektets delmål var att ta fram en öppen jämförelse av hur sjukvårdshuvudmännen arbetar med att säkerställa en god vård för personer med syn- respektive hörselnedsättning. Uppdraget avgränsades till att endast omfatta landstingens rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning. Det övergripande syftet är att kartlägga landstingens rehabilitering, för att därigenom bidra till lokalt, regionalt och nationellt förbättringsarbete. Syftet är också att pröva förutsättningarna för att göra en verksamhetsutvärdering inom ett område där tillgången till registerdata är begränsad.

Uppdraget har genomförts under år 2011 och redovisas i denna rapport.

Tidigare kartläggningar

Både när det gäller syn- och hörselrehabilitering finns det begränsat med nationella styrdokument, till exempel kunskapssammanställningar och nationella vårdprogram. Det område där det finns mest samlad kunskap är utprovning och anpassning av hörapparater. I början av 2000-talet presenterade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en kunskapssammanställning inom området [2], och några år senare publicerades rapporten *Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård* [3]. Det sistnämnda dokumentet togs fram inom ramen för arbetet med att utveckla nationella medicinska indikationer, som bedrevs i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen. Så sent som förra året antogs också en europisk standard kring tjänster vid utprovning av hörapparater [4].

När det gäller den fördjupade hörselrehabiliteringen saknas i stort sett kunskapssammanställningar och nationella styrdokument. Även inom synområdet är tillgången till dokument som anger vilken typ av rehabiliteringsinsatser som bör erbjudas mycket begränsad. Det saknas alltså ett naturligt

underlag för att utvärdera landets syn- respektive hörselrehabilitering. Trots detta har det gjorts flera försök att samla in uppgifter för att jämföra de rehabiliteringsinsatser som ges i olika delar av landet.

Kvalitetssäkring av rehabiliteringsinsatser

I mitten av 1990-talet utsåg Svenska Audiologiska Sällskapet, som är en paraplyorganisation för yrkesföreningarna inom hörselområdet, en projektgrupp med uppdrag att arbeta fram ett underlag för kvalitetssäkring av hörselrehabiliteringen i Sverige. Syftet var att titta på rehabiliteringsinsatser som inte var direkt kopplade till hörapparatanpassning, eftersom dessa redan kartlagts i dokumentet *Kvalitetssäkring av hörapparatanpassning*.

Trots att projektet pågick under flera års tid resulterade arbetet inte i någon kvalitetssäkring av rehabiliteringsinsatser. I stället innehöll slutrapporten en grundlig sammanställning av de rehabiliteringsinsatser som erbjöds i olika landsting under den aktuella tidsperioden [5]. Kartläggningen visade att det fanns 263 dokumenterade rehabiliteringsinsatser.

Några år senare tog cheferna för landets syncentraler initiativ till motsvarande kartläggning inom synområdet. Kartläggningen finansierades med stimulansmedel från Hjälpmedelsinstitutet och resulterade i en beskrivning av 444 olika rehabiliteringsinsatser, där flertalet gick att hänföra till kategorierna utredning och bedömning samt utprovning och träning [6].

Kartläggningarna visade att många av de metoder som användes varken hade dokumenterats eller utvärderats med hjälp av vetenskapliga metoder. Det saknades också gemensamma begrepp och definitioner, vilket försvårade möjligheten till nationella jämförelser.

Statistik inom hjälpmedelsområdet

Sedan slutet av 1990-talet har Hjälpmedelsinstitutet samlat in statistik inom hjälpmedelsområdet. Statistikinsamlingen har bland annat omfattat verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning.

Statistik från syncentraler

Hjälpmedelsinstitutet har via enkätundersökningar samlat in statistik från landets syncentraler. I undersökningarna, som genomförts vartannat år, har man bland annat begärt in uppgifter om hur många personer som har besökt respektive fått en åtgärd vid syncentralen samt hur många synhjälpmedel som har förskrivits.

Den senast publicerade rapporten gäller situationen under år 2006 [7]. Två år senare genomfördes en ny enkätundersökning, men bortfallet var så pass stort att man valde att inte publicera resultaten.

Det kan finnas flera förklaringar till bortfallet. I en rapport konstaterar Hjälpmedelsinstitutet att både landsting och kommuner är tveksamma till att delta i institutets enkätundersökningar, trots att de genomförs i samråd med SKL [8]. Misstron beror till stora delar på att de svarande är oroliga för att deras statistik inte håller en tillräckligt hög kvalitet – särskilt om resultaten ska jämföras läns- eller kommunvis. En annan förklaring till bortfallet kan

vara det faktum att det pågår parallella insamlingar av statistikuppgifter, till exempel inom ramen för Nysam. Företrädare för syncentralerna har också påpekat att det är en begränsning att uppgifterna som har samlats in huvudsakligen har berört hjälpmedel. En del uppgifter bedöms inte heller vara relevanta eller jämförbara.

Hjälpmedelsinstitutet har beslutat att tills vidare inte samla in några statistikuppgifter inom synområdet.

Statistik inom hörselområdet

Även inom hörselområdet har Hjälpmedelsinstitutet samlat in hjälpmedelsstatistik sedan slutet av 1990-talet. I statistiksammanställningarna har man bland annat redovisat antalet förskrivningar av hörapparater, cochleaimplantat och benförankrade implantat (BAHA) samt antalet nya hörapparatbärare. Även uppgifter om inköpskostnader för hörapparater, implantat och andra hörseltekniska hjälpmedel har redovisats.

Den senaste statistiksammanställningen, som gäller förhållandena under år 2010, innehåller färre uppgifter än tidigare sammanställningar [9]. I sammanställningen redovisas bland annat uppgifter om antalet personer som ordinerats en hörapparat samt hur stor andel av dessa personer som fått en hörapparat till varje öra, så kallad binaural anpassning. Statistiken samlades för första gången in tillsammans med Hörselskadades Riksförbund (HRF).

Sammanställningen baseras på uppgifter från samtliga landsting. Tidigare statistikinsamlingar har haft ett visst bortfall, vilket kan bero på att enkäterna var mer omfattande och att man efterfrågade uppgifter som landstingen hade svårt att ta fram.

Hjälpmedelsinstitutet och HRF kommer att samla in motsvarande uppgifter även år 2012.

Nysams utveckling av nyckeltal

Nysam är ett nätverk för nyckeltalssamverkan inom hälso- och sjukvården. Inom ramen för Nysam utvecklas nyckeltal dels på övergripande landstingsnivå, dels inom olika specialitetsområden.

Nyckeltal inom synområdet

Verksamhetsområdet syncentraler etablerades under våren 2007, på initiativ av de sju landstingen i Uppsala-Örebroregionen. I dag deltar Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Värmland och Örebro i detta arbete.

Sedan 2007 har en utvecklingsgrupp arbetat med att inventera möjliga nyckeltal, ta fram gemensamma definitioner för de data som ska samlas in samt genomföra testinsamlingar av data. I juni 2011 presenterades för första gången en officiell rapport, baserad på data från år 2010 [10]. Rapporten innehåller bland annat besöksstatistik fördelat på individuella besök, gruppbesök och telefonkontakter samt resursdata i form av kostnader för personal och hjälpmedel. Endast ett kvalitetsmått redovisas: Andel brukare som varit på ett första besök inom 90 dagar från remissdatum.

I rapporten dras inga slutsatser kring de data som presenteras. Detta beror bland annat på att verksamheternas uppdrag varierar, vilket försvårar jämförelser. Det primära syftet med nyckeltalen är att syncentralerna ska kunna jämföra sina egna resultat med resultaten från andra verksamheter som har ett likartat uppdrag, och att nyckeltalen därigenom ska bidra till verksamhetsutvecklingen.

För flera av nyckeltalen saknas det uppgifter från vissa landsting, vilket framför allt beror på att dessa har haft svårt att få fram uppgifterna ur sina datasystem. Flera av nyckeltalen redovisas inte alls, eftersom en majoritet av landstingen inte kan få fram tillförlitliga data. Detta gäller framför allt nyckeltal inom kvalitetsområdet, som till exempel andelen personer som får tillgång till en individuell rehabiliteringsplan.

Nysam bedömer att det är angeläget att fortsätta att utveckla nyckeltal som beskriver kvaliteten och effekterna av syncentralernas insatser. Man arbetar också med att ta fram ett gemensamt formulär för kvalitetsuppföljning. Tanken är att formuläret ska innehålla frågor kring bemötande, tillgänglighet, nöjdhet och målpuppfyllelse.

Nyckeltal inom hörselområdet

Nysam utvecklar jämförande nyckeltal även inom hörselområdet. Verksamhetsområdet hörselvård etablerades år 2007, och för närvarande deltar tolv landsting i samarbetet: Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Jämtland, Kronoberg, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västernorrland, Västmanland och Örebro. Hittills har arbetet framför allt handlat om att utveckla nyckeltal och att ta fram gemensamma definitioner för de data som ska samlas in. Nysam har gjort testinsamlingar, men eftersom ett flertal av landstingen bedömer att deras uppgifter inte är kvalitetssäkrade har de inte publicerat några nyckeltal ännu. Målet är att nyckeltalen ska offentliggöras under nästa år.

Nysams utvecklingsgrupp arbetar också med att utarbeta ett gemensamt formulär för kvalitetsuppföljning, som är särskilt anpassat för hörselrehabiliteringen.

Intresseorganisationernas kartläggningar

Intresseorganisationerna har länge efterfrågat nationella kartläggningar, som möjliggör jämförelser mellan olika landsting. Flera av organisationerna som är aktiva inom syn- respektive hörselområdet har vid ett eller flera tillfällen gjort egna kartläggningar.

Synskadades Riksförbund – öppen jämförelse

Synskadades Riksförbund (SRF) genomförde 2008 en enkätundersökning riktad till samtliga landsting [11]. I undersökningen försökte man bland annat kartlägga väntetider, besöksavgifter och resurser i form av exempelvis personaltillgång och årsbudget för hjälpmedel. Jämförelsen innehöll också vissa kvalitetsmått, som till exempel tillgången till en personlig rehabiliteringsplan. Resultaten från undersökningen sammanställdes i en rankingslista, där man rangordnade bästa till sämsta landsting.

Vissa av de verksamheter som berördes av SRF:s undersökning har riktat kritik mot den, eftersom man menar att jämförelsen baseras på uppskattade eller osäkra data. Det faktum att uppdragen varierar mellan olika syncentraler gör också att uppgifterna inte bedöms vara jämförbara.

Årsrapporter från Hörselskadades Riksförbund

Hörselskadades Riksförbund (HRF) har sedan 1998 publicerat årsrapporter om hörselskadades villkor och hörselvården i Sverige. Rapporterna bygger bland annat på data från Statistiska centralbyråns (SCB) levnadsnivåundersökningar och på egna enkäter till verksamheter som arbetar med hörselvård eller hörselrehabilitering. I enkäterna har HRF bland annat ställt frågor om regelverken kring utprovning av hörapparater och om avgifter. HRF har också försökt samla in uppgifter som berör fördjupade rehabiliteringsinsatser, men här har man haft svårt att få in uppgifter från landstingen.

Även när det gäller HRF:s undersökningar finns det verksamheter som har varit kritiska, eftersom man menar att uppgifterna som presenteras inte är tillförlitliga eller jämförbara. Av denna anledning har man avstått ifrån att besvara vissa frågor, eller hela enkäter.

Under 2011 har HRF och Hjälpmedelsinstitutet för första gången gemensamt samlat in uppgifter om hörapparatutprovningar. HRF och Hjälpmedelsinstitutet kommer att fortsätta att samla in dessa uppgifter även under 2012.

Vuxendöva i Sverige – Tecken som stöd (TSS) i hörselvården

Vuxendöva i Sverige (VIS) genomförde 2006 en kartläggning av landstingens insatser när det gäller tecken som stöd (TSS) [12]. I en enkät till hörselvården ställde de bland annat frågor om kriterier för att få tillgång till TSS samt undervisningens upplägg och omfattning.

Datakällor

Kvalitetsregister inom synområdet

Inom ögonsjukvården finns det ett antal olika kvalitetsregister, som samordnas av registerplattformen EyeNet Sweden. Nationella kataraktregistret, som berör gråstarrsoperationer, startade redan år 1992. Sedan dess har ytterligare kvalitetsregister tillkommit: Cornearegistret (hornhinnetransplantationer), Makularegistret (behandlingar av sjukdomar i gula fläcken) och Barnkataraktregistret (underavdelning till Kataraktregistret). Inget av de befintliga kvalitetsregistren innehåller dock information som berör rehabiliteringsprocessen.

Representanter från några syncentraler har sedan 2008 drivit ett arbete med att bygga upp ett kvalitetsregister, med syfte att kunna följa upp och förbättra kvaliteten i rehabiliteringen. Förhoppningen är att det ska kunna tas i bruk under år 2012.

Kvalitetsregister inom hörselområdet

Även inom hörselområdet finns det flera kvalitetsregister, varav majoriteten inte innehåller någon information om rehabiliteringsinsatser. Två av registren berör dock särskilt rehabiliteringsområdet: Grav hörselnedsättning hos vuxna och Hörselbrons kvalitetsregister rörande hörapparatutprovning.

Grav hörselnedsättning hos vuxna

Registret Grav hörselnedsättning hos vuxna ingår som ett av flera delregister i ÖNH registercentrum (Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård).

Syftet med registret är att kartlägga patientgruppen när det gäller bland annat sjukskrivning, rehabilitering, kommunikation och livskvalitet. För att en patient ska läggas in i registret krävs att han eller hon har ett tonmedelvärde som är 70 dB eller sämre på det bästa örat eller en maximal taluppfattbarhet (FB) 30 procent eller sämre på det bästa örat.

Täckningsgraden varierar avsevärt mellan de kliniker som deltar i registret. I några landsting registreras nästan 80 procent av patienterna, men andra landsting har en betydligt lägre täckningsgrad. I dagsläget (januari 2012) är nästan 2 000 personer registrerade, vilket uppskattas motsvara drygt 10 procent av den totala målgruppen.

Hörselbrons kvalitetsregister

Hösten 2009 startade Stockholms läns landsting ett regionalt kvalitetsregister, tillsammans med forskningsinstitutet Hörselbron AB. Syftet med registret är att ta reda på hur den enskilde upplever nyttan av sin hörapparat och kontakten med verksamheten som provat ut hörapparaten. Information samlas in via enkäter som skickas ut per post. Frågorna utgår från det internationellt validerade frågeformuläret *The International Outcome Inventory for Hearing Aids* (IOI-HA).

Under 2011 har flera verksamheter valt att ansluta sig till registret, och för närvarande deltar sex landsting: Skåne, Stockholm, Västernorrland, Västmanland, Örebro och Östergötland. I dagsläget (november 2011) är 27 000 personer registrerade. Fler landsting och privata aktörer planerar att ansluta sig under 2012.

Centrala begrepp i rapporten

Habilitering och rehabilitering

Habilitering och rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna ska vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

I Socialstyrelsens termbank definieras begreppen habilitering och rehabilitering på följande sätt:

Habilitering	insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.
Rehabilitering	insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

En del personer som har en medfödd eller tidigt förvärvad syn- respektive hörselnedsättning har behov av habiliteringsinsatser även i vuxen ålder. För att underlätta läsbarheten använder vi i fortsättningen enbart begreppet rehabilitering, även då vi avser habiliteringsinsatser till vuxna.

Syncentral

Rehabilitering för personer med synnedsättning bedrivs vid särskilda verksamheter, som kallas för syncentral, synenhet, synrehabilitering eller liknande. I denna rapport har vi valt att använda begreppet syncentral, eftersom det är mest etablerat i landet.

Med syncentral avser vi alltså de landstingsverksamheter som utför rehabiliteringsinsatser till personer med synnedsättning.

Basal och fördjupad hörselrehabilitering

Vissa landsting har delat upp hörselrehabiliteringen i en basal del och en fördjupad del. Det saknas en etablerad definition av basal respektive fördjupad hörselrehabilitering, men av praktiska skäl har vi ändå valt att använda begreppen. Avsikten är dock inte att föreslå några definitioner, eftersom detta är något som kräver ett separat utvecklingsarbete.

Med *basal hörselrehabilitering* avser vi i denna rapport insatser till personer som till stor del kan få sina behov tillfredsställda genom utprovning och anpassning av hörapparater. Insatserna kan vara av både teknisk och pedagogisk karaktär. Den basala hörselrehabiliteringen kallas ibland grundläggande eller primär hörselrehabilitering.

Med *fördjupad hörselrehabilitering* avser vi i denna rapport insatser till personer som behöver mer omfattande hörselrehabilitering. Den fördjupade hörselrehabiliteringen kräver ofta insatser från flera kompetenser och den pågår ofta under en längre tid. Insatserna kan alltså vara av både medicinsk,

teknisk, pedagogisk, psykologisk och social karaktär. Den fördjupade hörselrehabiliteringen kallas ibland för utvidgad hörselrehabilitering.

Begreppet hörselrehabilitering är inte optimalt för att beskriva de rehabiliteringsinsatser som ges till personer med hörselnedsättning. Det är personen som rehabiliteras, inte hörselnedsättningen. Vi har ändå valt att använda det begreppet, eftersom det är väl etablerat och ökar läsbarheten.

Syfte och metod

Syfte och avgränsningar

Denna rapport ingår som en del i Socialstyrelsens arbete med att beskriva förutsättningarna för att utifrån ett God vård-perspektiv belysa, värdera och jämföra de habiliterings- och rehabiliteringsinsatser som vidtas inom hälso- och sjukvården. Syftet är att kartlägga landstingens rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättningar utifrån följande frågeställningar:

- Finns det förutsättningar att öppet jämföra och utvärdera landstingens rehabilitering för personer med syn- eller hörselnedsättningar? Om inte – vad skulle krävas för att möjliggöra detta?
- Bedriver landstingen en rehabilitering i enlighet med kvalitetsområdena i God vård?
- Får invånarna i olika delar av landet en jämlik rehabilitering, till exempel genom likartade avgifter, väntetider och andra regelverk?

När det gäller personer med syn- eller hörselnedsättning har kommunerna inget rehabiliteringsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, vilket gör att enbart landstingens insatser kartläggs.

Vidare omfattas endast rehabiliteringsinsatser till vuxna. Med vuxna avses här personer som är äldre än 19 år. Avgränsningen beror på att behoven ofta ser annorlunda ut för barn och ungdomar, och på att habiliterings-/rehabiliteringsansvaret är fördelat mellan flera aktörer.

Slutligen avgränsas kartläggningen inom hörselområdet till att enbart omfatta den fördjupade hörselrehabiliteringen. Avgränsningen motiveras av att den basala hörselrehabiliteringen redan har kartlagts relativt väl, till exempel genom Hjälpmedelsinstitutets statistik och HRF:s årsrapporter.

Några utgångspunkter

Viktiga utgångspunkter är de kvalitetsdimensioner som ingår i begreppet God vård samt de rehabiliteringsbehov som berörda intresseorganisationer har lyft fram i olika sammanhang.

Begreppet God vård

I samband med att Socialstyrelsen tog fram föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) lanserades också sex områden som är viktiga förutsättningar för en god vård. De sex områdena är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård

- jämlik hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Vår ambition är att spegla rehabiliteringen för personer med syn- eller hörselnedsättning utifrån de olika kvalitetsområdena.

Två av områdena låter sig dock inte beskrivas på riktigt samma sätt som de andra: jämlik respektive effektiv hälso- och sjukvård.

Att följa upp att vården är jämlik innebär att utfallet inom de andra kvalitetsområdena studeras utifrån faktorer som kön, ålder, etnisk tillhörighet eller socioekonomi. Det försvåras av bristen på tillgängliga data. Därför kommer jämlikhetsaspekterna endast att beaktas i begränsad omfattning. I den avslutande diskussionen återkommer vi dock till frågan om rehabiliteringsinsatserna i olika delar av landet är jämlika.

För att kunna uttala sig om vårdens effektivitet måste kvaliteten – utifrån de övriga kvalitetsdimensionerna – ställas i relation till kostnaderna. Bristen på evidensbaserad kunskap gör dock att det inte är möjligt att uttala sig om verksamhetens samlade kvalitet. Det är också svårt att få fram jämförbara uppgifter om kostnader. Alltså kommer vi inte att kunna göra någon bedömning av hur effektiv verksamheten är.

Intresseorganisationernas uppfattning om vad som kännetecknar en god rehabilitering

Ett av delmålen i projektet *Habiliterings- och rehabiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning* var att kartlägga vilka områden som är relevanta att följa upp ur ett God vård-perspektiv. För att ta reda på detta anordnade Socialstyrelsen en workshop, där företrädare för ett antal intresseorganisationer deltog. Bland annat deltog representanter från Hörselskadades Riksförbund och Synskadades Riksförbund.

Företrädarna för organisationerna menade att vissa områden är viktiga att följa upp, oavsett funktionsnedsättning. Det handlar bland annat om att rehabiliteringsinsatserna börjar tidigt och att det finns en kontinuerlig och långsiktig planering av insatserna. Detta kan till exempel ske med hjälp av individuella rehabiliteringsplaner och vid behov med en samordnarfunktion.

Andra områden som lyftes fram var tillgång till hjälpmedel, insatser från multiprofessionella team samt psykosocialt stöd – både till den enskilde och till anhöriga eller andra närstående. Organisationernas uppfattning om vad som kännetecknar en god rehabilitering har varit en viktig utgångspunkt i arbetet.

Metod

Bristen på datakällor, till exempel i form av kvalitetsregister, gör att vi huvudsakligen har samlat in uppgifter via enkäter samt genom en granskning av styrande dokument.

Enkät till rehabiliteringsverksamheter inom syn- respektive hörselområdet

I augusti 2011 skickade vi två enkäter till landstingen: en till syncentralerna och en till verksamheter med huvudansvar för den fördjupade hörselrehabiliteringen. Enkäterna omfattande följande frågeområden:

- organisation och regelverk
- personalresurser
- samverkan med andra aktörer
- kvalitetsarbete
- patientsäkerhetsarbete
- brukarinflytande
- väntetider.

Styrande dokument

När vi skickade enkäterna uppmanade vi samtidigt landstingen att bifoga eventuella styrande dokument inom respektive verksamhetsområde. Följande dokument efterfrågades:

- avtal eller överenskommelser med ledningen i landstinget, som beskriver verksamhetens uppdrag och mål
- dokument som beskriver eventuella riktlinjer för prioriteringar
- dokument som beskriver vilka insatser som ska erbjudas olika behovsgrupper eller vilka metoder som ska användas inom verksamheten
- dokument som beskriver vårdkedjan för personer med syn- respektive hörselnedsättning.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har drivits av en projektgrupp inom Socialstyrelsen. Projektledningen har haft regelbunden kontakt med olika externa referensgrupper, för att diskutera kartläggningens inriktning och upplägg.

Föreningen Sveriges Hörselchefer har utsett ett antal representanter, som tillfrågats i olika skeden av arbetet. Inom synområdet har projektledningen haft regelbunden kontakt med representanter för Syncentralens nationella samverkansgrupp (SYNS). Berörda intresseorganisationer (Hörselskadades Riksförbund, Synskadades Riksförbund, Vuxendöva i Sverige och Förbundet Sveriges Dövblinda) har också haft möjlighet att framföra sina synpunkter. Även Hjälpmedelsinstitutet har deltagit i arbetet.

Rapportens fortsatta disposition

Nästa kapitel, *Resultat inom synområdet*, redovisar resultaten från enkätundersökningen till syncentralerna.

Kapitlet *Resultat inom hörselområdet* redovisar resultaten från enkätundersökningen till verksamheter med huvudansvar för den fördjupade hörselrehabiliteringen.

Resultatredovisningen av syn- respektive hörselområdet följer samma struktur och har i stort sett samma rubriksättning. En del bakgrundstexter

finns med i båda resultatredovisningarna, och även en del kommentarer till resultaten. Tanken är att den som bara är intresserad av det ena verksamhetsområdet ska kunna hoppa över det andra kapitlet.

Kapitlet *Diskussion och slutsatser* beskriver vilka utvecklingsområden som är gemensamma för syn- respektive hörselrehabiliteringen. Kapitlet diskuterar också vad som krävs för att det i framtiden ska vara möjligt att göra bättre uppföljningar och jämförelser av landstingens rehabiliteringsinsatser.

Bilaga 1 innehåller enkäten till landstingens syncentraler.

Bilaga 2 innehåller en sammanställning av de uppgifter från enkäten som inte redovisats i kapitlet *Resultat inom synområdet*. Resultaten presenteras per landsting.

Bilaga 3 innehåller enkäten till verksamheter med huvudansvar för landstingets fördjupade hörselrehabilitering.

Bilaga 4 innehåller en sammanställning av de uppgifter från enkäten som inte redovisas i kapitlet *Resultat inom hörselområdet*. Resultaten presenteras per landsting.

Resultat inom synområdet

Resultat från datainsamlingen

Enkätundersökningen

I mitten av augusti 2011 skickade Socialstyrelsen en enkät till de verksamheter som har ansvar för landstingets rehabilitering av personer med synnedsättning, härafter benämnda syncentraler. I nästan alla landsting har syncentralerna en gemensam organisation och ledning, även om det finns enheter på flera geografiska platser i länet. I följebrevet till enkäten påpekade vi därför att landsting med flera enheter kunde välja att lämna ett gemensamt svar som täckte samtliga enheter. Om verksamheten på avgörande punkter skiljde sig åt mellan de olika enheterna rekommenderade vi dock att varje enhet svarade för sig.

Alla landsting utom Landstinget i Jönköping har besvarat enkäten. Samtliga landsting har valt att skicka in ett gemensamt svar för samtliga enheter i länet, förutom Landstinget i Östergötland. Detta innebär att det kom in totalt 21 enkätsvar.

Syncentralerna i Östergötland (Linköping och Norrköping) har lämnat ett svar för respektive enhet, vilket beror på att de är organisatoriskt åtskilda och saknar en gemensam ledning. I resultatredovisningen presenterar vi svaren för både Linköping och Norrköping, i de fall då svaren skiljer sig åt. När svaren i stället överensstämmer presenterar vi endast ett resultat för Landstinget i Östergötland. Detta innebär också att antalet svar ibland är 20 och ibland 21.

Styrande dokument

I juni 2011 skickade Socialstyrelsen ett brev till deltagarna i Nätverket för Sveriges syncentralschefer. I nätverket ingår representanter (en eller flera) från samtliga landsting. I brevet informerade vi om att vi skulle skicka ut en enkät i början av augusti. Vi uppmanade också deltagarna att skicka in eventuella styrdokument inom det egna verksamhetsområdet (för en precisering av vilka dokument som avsågs, se s. 19).

I enkäten, som gick ut i augusti, ställde vi flera frågor om styrdokument (avtal, överenskommelser, riktlinjer för prioriteringar, vårdkedjedokument etc.). Verksamheterna uppmanades att skicka in de aktuella dokumenten, om de inte redan hade gjort detta.

Resultaten från analysen av styrdokumentet redovisas löpande i rapporten.

Kvalitetsbedömning av inkomna data

Samtliga enkätsvar kvalitetsgranskades innan de bearbetades. Om svaren verkade vara felaktiga eller inkonsekventa tog vi kontakt med den aktuella

verksamheten, för att få svaret förtydligat. Detta har bidragit till att det interna bortfallet är relativt litet.

När det gäller vissa frågor har frågekonstruktionen innehållit brister, vilket gör att resultaten är otillförlitliga eller svårtolkade. I några fall har vi därför valt att inte presentera resultaten i rapporten.

Organisation, uppdrag och regelverk

Organisation och uppdrag

Syncentralens organisatoriska tillhörighet varierar mellan olika landsting. Elva landsting har i enkäten uppgett att verksamheten tillhör en habiliterings- eller hjälpmedelsförvaltning, medan sex av landstingen anger att verksamheten tillhör sjukhusets ögonklinik. I Norrbotten ingår syncentralen i Syn- och hörselenheten, som är en samlad organisation för kommunikationshandikapp. Övriga enheter som ingår är länets hörcentraler, teknisk hörselvård, pedagogisk hörselvård och tolkcentral. I Dalarna ingår syncentralen i landstingets hälso- och sjukvårdsförvaltning, i verksamheten hjälpmedel. I Stockholm är syncentralen en egen resultatenhet inom Stockholms läns sjukvårdsområde. För en mer utförlig beskrivning av syncentralernas organisation, se bilaga 2.

Majoriteten av syncentralerna använder sig av WHO:s klassifikation av synnedsättning respektive blindhet [13]. Detta innebär bland annat att man erbjuder insatser till personer med en synskärpa på 0,3 eller sämre (alltså måttlig eller svår synnedsättning eller kategorierna 3, 4 och 5 för blindhet). Vissa verksamheter ansvarar också för insatser till andra grupper, till exempel till personer med CVI (Cerebral Visual Impairment) eller synbortfall på grund av en hjärnskada. I en del landsting ansvarar syncentralen även för kontaktlinsutprovning till personer som behöver kontaktlinser av medicinska skäl, men som har en synskärpa bättre än 0,3.

Styrdokument och ersättningssystem

Verksamhetens uppdrag och mål kan preciseras i olika styrdokument, som till exempel i avtal, överenskommelser eller riktlinjer för prioriteringar. Dokumenten kan vara antagna av den politiska ledningen eller av en tjänstemannaledning på högre nivå.

Resultat från enkätundersökningen

Avtal och överenskommelser

I en majoritet av landstingen (14 av 20) regleras syncentralens uppdrag genom någon form av avtal eller överenskommelse. Det är dock endast i fyra av dessa landsting (Stockholm, Västra Götaland, Norrbotten och Västernorrland) som avtalet eller överenskommelsen endast berör syncentralens verksamhet. I hälften av landstingen styrs verksamheten istället genom avtal eller överenskommelser som är tecknade på en mer övergripande nivå. Detta kan till exempel innebära att styrningen gäller en förvaltnings hela verksamhet, där syncentralen ingår som en av flera enheter. Här bör dock påpekas att avtalet eller överenskommelsen kan innehålla specifika målsättningar

som enbart berör syncentralens verksamhet, även om avtalet eller överenskommelsen gäller flera verksamheter.

I sex av landstingen saknas helt och hållet styrdokument i form av avtal eller överenskommelser.

Tabell 1. Styrning via avtal och överenskommelser

Preciseras syncentralens uppdrag i avtal eller överenskommelse?		Typ av avtal eller överenskommelse	Politiskt förankrat?
Stockholm	Ja	Specifikt för syncentralen	Ja
Uppsala	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Sörmland	Nej	-	-
Östergötland	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Vet ej
Kalmar	Nej	-	-
Gotland	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Nej	-	-
Skåne	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Halland	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Västra Götaland	Ja	Specifikt för syncentralen	Ja
Värmland	Nej	-	-
Örebro	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Västmanland	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Dalarna	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Gävleborg	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Västernorrland	Ja	Specifikt för syncentralen	Ja
Jämtland	Nej	-	-
Västerbotten	Nej	-	-
Norrboten	Ja	Specifikt för syncentralen	Ja

I samtliga landsting där det finns avtal eller överenskommelser är dessa förankrade på politisk nivå. I ett landsting säger sig verksamheten inte känna till om avtalet eller överenskommelsen är politiskt förankrad.

Ersättningsvillkor

Syncentralernas verksamhet styrs i begränsad utsträckning med hjälp av ekonomiska incitament. Majoriteten av landets syncentraler (16 av 20) är anslagsfinansierade. Några landsting (Västra Götaland, Uppsala och Örebro) får dessutom en målrelaterad ersättning, vilket innebär att en del av ersättningen endast betalas ut om verksamheten uppfyller vissa kvalitetsmål. Syncentralen i Stockholm är den enda verksamhet där ersättningen består av tre delar: ett generellt anslag, en målrelaterad ersättning och en produktionsrelaterad ersättning.

Riktlinjer för prioriteringar

Även om verksamhetens uppdrag inte preciseras i avtal eller överenskommelser kan det finnas andra betydelsefulla styrdokument. Ungefär hälften av landstingen (11 av 20) anger att det finns riktlinjer för prioriteringar när det gäller rehabiliteringsinsatser till personer med synnedsättning. I ytterligare två landsting pågår arbetet med att ta fram sådana riktlinjer. I sju av landstingen finns inga prioriteringsdokument, och det pågår inte heller något arbete med att ta fram sådana.

Ungefär hälften av prioriteringsdokumenten är förankrade på politisk nivå.

Tabell 2. Riktlinjer för prioriteringar

	Finns dokument som innehåller riktlinjer för prioriteringar?	Politiskt förankrat?
Stockholm	Nej	-
Uppsala	Ja	Nej
Sörmland	Under framtagande	-
Östergötland	Nej	-
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja	Nej
Kalmar	Nej	-
Gotland	Ja	Ja
Blekinge	Nej	-
Skåne	Ja	Nej
Halland	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja
Värmland	Nej	-
Örebro	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej
Jämtland	Nej	-
Västerbotten	Under framtagande	-
Norrbottn	Nej	-

Tio av de landsting som anger att de har prioriteringsdokument har också skickat in dessa. I några landsting är dokumenten snarare en beskrivning av en rutin eller process än ett renodlat prioriteringsdokument, även om vissa prioriteringar kan framgå.

Sex landsting (Dalarna, Gävleborg, Halland, Skåne, Västra Götaland och Örebro) har skickat in dokument där det tydligt framgår av rubriken att det handlar om en prioriteringsordning. Samtliga dokument utgår från de grundläggande prioriteringsprinciperna: människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. I dokumenten an-

ges inom vilka tidsintervall olika behovsgrupper ska erbjudas tid för ett första besök. Alla landsting har valt att använda sig av tre prioriteringsgrupper.

Högst prioriterade är personer med plötslig grav synnedsättning eller blindhet, personer med allvarlig sjukdom där frånvaro av rehabiliteringsinsatser avsevärt kan sänka livskvaliteten under den kvarvarande livstiden, barn där synutveckling pågår samt personer med ögonsjukdomar som innebär att synen snabbt försämras. För dessa grupper ska ett första besök äga rum inom två till fyra veckor (tidsgränsen varierar mellan landstingen).

När det gäller prioriteringsgrupp 2 och 3 använder man sig av olika benämningar på behovsgrupperna, vilket försvårar jämförelser mellan landstingen.

Kommentarer

I ungefär en tredjedel av landstingen saknas avtal eller överenskommelser, som preciserar verksamhetens uppdrag och målsättningar. I många landsting saknas också riktlinjer för prioriteringar. De prioriteringsdokument som finns är inte alltid politiskt förankrade, vilket tyder på att det inte självklart är den politiska ledningen som tar initiativ till riktlinjer för prioriteringar. Många verksamheter skulle behöva ett tydligare uppdrag – både för att ge personalen en gemensam målbild och för att ge personer i behov av rehabiliteringsinsatser en tydligare uppfattning om vad de kan förvänta sig av verksamheten.

Avgifter

Tidigare kartläggningar visar att regelverken för avgifter varierar avsevärt mellan olika landsting. Detta gäller inte bara hjälpmedel till personer med synnedsättning, utan hela hjälpmedelsområdet.

För att få reda på hur den totala avgiftsbördan ser ut för enskilda individer krävs en relativt omfattande kartläggning, vilket inte har varit möjligt inom ramen för detta arbete. Vi har i stället valt ut två vanliga hjälpmedel där vi har fått indikationer på att regelverken och avgifterna skiljer sig åt mellan olika landsting.

Förstorande videosystem (CCTV) är ett hjälpmedel som förstorar text och bild. Det är avsett för personer som inte kan läsa och skriva med hjälp av andra förstoringshjälpmedel. Förstorande videosystem finns både med och utan färgåtergivning, där versionen med färgåtergivning är dyrare än den svartvita versionen. Vi har valt att titta på avgifterna när det gäller CCTV med färgåtergivning, eftersom detta är ett hjälpmedel som inte självklart ingår i standardsortimentet och som därför är avgiftsbelagt i vissa landsting.

Talboksspelare eller DAISY (Digital accessible information system) är en internationell standard för digitala talböcker. I DAISY struktureras ljud, text och bild på ett sätt som gör det möjligt att söka utan kronologi. DAISY är ett relativt dyrt hjälpmedel, vilket gör att flera landsting har valt att ta ut avgifter.

Resultat från enkätundersökningen

Besöksavgifter

I tre av fyra landsting betalar den enskilde en avgift för att besöka synccentralen. Besöksavgiften varierar mellan 70 och 250 kronor. I fyra av landstingen (Blekinge, Skåne, Uppsala och Östergötland) är besöken avgiftsfria.

Tabell 3. Besöksavgifter

	Besöksavgift vid synccentralen, kr
Stockholm	70
Uppsala	0
Sörmland	100
Östergötland	0
Jönköping	Svar saknas
Kronoberg	100
Kalmar	100
Gotland	150
Blekinge	0
Skåne	0
Halland	100
Västra Götaland	100
Värmland	250
Örebro	80
Västmanland	100
Dalarna	100
Gävleborg	100
Västernorrland	80
Jämtland	100
Västerbotten	100
Norrbottn	100

Förstorande videosystem (CCTV)

Enligt enkätsvaren tar åtta landsting ut en avgift för förstorande videosystem, utöver en eventuell besöksavgift. I fyra av dessa landsting (Dalarna, Kronoberg, Uppsala och Västernorrland) betalar man en egenavgift, som varierar mellan 300 och 330 kronor. I Uppsala påverkas dock egenavgiften av hur många hjälpmedel som man får vid samma tillfälle (300 kronor för ett hjälpmedel, 450 kronor för två hjälpmedel och 600 kronor för tre eller fler hjälpmedel).

I tre landsting (Sörmland, Värmland och Örebro) betalar man en hyresavgift för CCTV med färgåtergivning. I Sörmland och Värmland är hyresavgiften 600 kronor per år, och i Örebro 1 680 kronor per år. Landstinget i Västerbotten tar ut en dispositionsavgift på 1 000 kronor, vilket innebär att pengarna återbetalas när hjälpmedlet lämnas tillbaka till verksamheten.

I fyra landsting finns ett särskilt högkostnadsskydd för hjälpmedel. Beloppet för att komma upp till högkostnadsskyddet varierar mellan 900 och 2 000 kronor under en tolv månaders period.

Tabell 4. Avgifter i samband med förskrivning av förstorande videosystem, kr

	Egenavgift för hjälpmedlet	Hyresavgift (per år)	Annan avgift	Högkostnadsskydd för hjälpmedel
Stockholm	0	0	0	Ja
Uppsala	300	0	0	Ja
Sörmland	0	600	0	Nej
Östergötland	0	0	0	Nej
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	330	0	0	Nej
Kalmar	0	0	0	Nej
Gotland	0	0	0	Nej
Blekinge	0	0	0	Nej
Skåne	0	0	0	Nej
Halland	0	0	0	Nej
Västra Götaland	0	0	0	Nej
Värmland	0	600	0	Ja
Örebro	0	1 680	0	Nej
Västmanland	0	0	0	Nej
Dalarna	150/300	0	0	Nej
Gävleborg	0	0	0	Nej
Västernorrland	300	0	0	Ja
Jämtland	0	0	0	Nej
Västerbotten	0	0	1 000	Nej
Norrbottn	0	0	0	Nej

*Landstinget i Dalarna har uppgett att egenavgiften uppgår till 150 kronor och att det tillkommer en hembesöksavgift på 150 kronor.

Talboksspelare (DAISY)

Sex av landstingen tar ut en avgift vid förskrivning av DAISY, utöver en eventuell besöksavgift. I Dalarna, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala och Västernorrland betalar man en egenavgift, som varierar mellan 300 och 500 kronor. Som tidigare nämnts tillämpar Uppsala ett system som innebär att egenavgiften varierar beroende på hur många hjälpmedel som skrivs ut (se Förstorande videosystem). Även när det gäller DAISY tar Landstinget i Västerbotten ut en dispositionsavgift, i detta fall 500 kronor.

Landstinget i Gävleborg förskriver inte DAISY som ett hjälpmedel, utan detta är något som den enskilde själv får bekosta.

Tabell 5. Avgifter i samband med förskrivning av talboksspelare (DAISY)

	Egenavgift för hjälpmedlet	Hyresavgift (per år)	Annan avgift	Högekostnads- skydd för hjälp- medel
Stockholm	0	0	0	Ja
Uppsala län	300	0	0	Ja
Sörmland	0	100	0	Nej
Östergötland	0	0	0	Nej
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	330	0	0	Nej
Kalmar	0	0	0	Nej
Gotland	0	0	0	Nej
Blekinge	0	0	0	Nej
Skåne	0	0	0	Nej
Halland	0	0	0	Nej
Västra Götaland	0	0	0	Nej
Värmland	0	0	0	Ja
Örebro	0	0	0	Nej
Västmanland	0	0	0	Nej
Dalarna	150	0	0	Nej
Gävleborg	*	*	*	*
Västernorrland	300	0	0	Ja
Jämtland	0	0	0	Nej
Västerbotten	0	0	500	Nej
Norrbottn	500	0	0	Nej

*Landstinget i Gävleborg förskriver inte DAISY som ett hjälpmedel.

Kommentarer

Kartläggningen av besöksavgifter samt avgifter för förstorande videosystem (CCTV) respektive DAISY visar att avgifterna varierar mellan olika landsting. Detta gäller både vilken typ av avgift som tas ut och hur stor avgiften är. Det går dock inte att dra några generella slutsatser om olika landstings avgiftssystem enbart baserat på detta underlag, eftersom resultatet kunde ha blivit ett annat om vi i stället valt att titta på avgifterna för några andra hjälpmedel.

Personalkompetens och rehabiliteringsutbud

Tillgång till olika personalkategorier

Tvärprofessionella insatser är ofta en förutsättning för en väl fungerande rehabilitering. Det är dock svårt att jämföra syncentralernas personalresurser på ett rättvisande sätt, eftersom deras organisation och uppdrag skiljer sig åt. Därför har vi endast samlat in uppgifter om vilka personalkategorier de olika syncentralerna har tillgång till, antingen som anställda inom den egna

verksamheten eller via konsultationer, och inte tittat på antalet årsarbetare eller antalet arbetade timmar.

I enkäten tillfrågades verksamheterna om de har tillgång till följande personalkategorier: optiker, synpedagog eller anpassningslärare, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog, datatekniker eller motsvarande, ögonläkare, sjuksköterska, ortoptist och hörselpedagog. Här redovisar vi endast resultaten på nationell nivå. I bilaga 2 presenteras svaren per landsting.

Resultat från enkätundersökningen

Vissa kompetenser finns inom i stort sett alla verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med synnedsättning. Samtliga syncentraler uppger att de har tillgång till optiker, synpedagog eller anpassningslärare och datatekniker. Alla verksamheter utom en har också tillgång till kurator och ögonläkare.

Knappt hälften av syncentralerna (9 av 21) anger att de har tillgång till sjukgymnast, antingen som anställd eller via konsultationer. En ännu mindre andel har tillgång till psykologisk kompetens (7 av 21).

Några kompetenser som vi frågat efter är inte centrala för rehabiliteringsverksamheten, utan hör snarare hemma inom ögonsjukvården. Detta gäller till exempel sjuksköterska och ortoptist.

Tabell 6. Syncentralernas tillgång till olika yrkeskategorier

Personalkategori	Antal syncentraler där kompetensen är anställd vid syncentralen	Antal syncentraler där kompetensen är tillgänglig via konsultationer	Antal syncentraler där kompetensen saknas
Optiker	21	0	0
Synpedagog eller anpassningslärare	20	0	1
Kurator	20	0	1
Arbetsterapeut	9	1	10
Sjukgymnast	5	4	12
Psykolog	5	2	14
Datatekniker eller motsvarande	11	10	0
Ögonläkare	2	18	1
Sjuksköterska	1	4	16
Ortoptist	0	6	14
Hörselpedagog	1	9	10

Även om verksamheten har tillgång till en kompetens är det inte självklart att man upplever att man kan tillgodose behovet av insatser från den kompetensen. Nästan alla syncentraler (20 av 21) har tillgång till ögonläkare, men sju syncentraler anser ändå att de endast till liten del eller inte alls kan tillgodose brukarnas behov av insatser. Sju av nio syncentraler anser att behovet av sjukgymnast inte kan tillgodoses, trots att de har tillgång till kompetensen. Detta kan till exempel jämföras med personalkategorierna optiker, synpedagog eller anpassningslärare och kurator, där nästan alla syncentraler

som har tillgång till dessa kompetenser anser att behoven åtminstone till stora delar kan tillgodoses.

Personalens bedömning av tillgången till olika rehabiliteringsinsatser

Personer med synnedsättning har behov av olika rehabiliteringsinsatser. En enda person behöver sällan alla typer av insatser, men verksamheten bör ha möjlighet att erbjuda insatser inom nedanstående områden till personer som har behov av detta.

Rehabiliteringsområdena har hämtats från en modell framtagen av Hørselskadades Riksförbund [14], som har anpassats till synområdet.

Personer med synnedsättning behöver *kunskap om synnedsättningen*, det vill säga fördjupade informationsinsatser som till exempel berör synskadan och dess konsekvenser i vardagslivet.

Vidare har många behov av *kommunikationsträning*, som exempelvis träning i datoranvändning, läs- och skrivträning eller utbildning i punktskrift.

En annan central del av rehabiliteringen, framför allt till personer med grav synnedsättning, är träning i *orientering och förflyttning*. Syftet med träningen är att öka förmågan att självständigt röra sig – både i hemmiljö och ute i samhället.

Andra ADL-aktiviteter (aktiviteter i det dagliga livet) är också av stor vikt för att den enskilde ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt, till exempel träning i att klara personlig hygien, hushållsaktiviteter, inköp eller fritidsaktiviteter. Det optimala är om träningen kan ske i *realistisk miljö*, till exempel i hem- och utomhusmiljö.

Många personer har behov av *hjälpmedel*. Det kan handla om optiska hjälpmedel, läs- och anteckningshjälpmedel samt hjälpmedel för förflyttning.

Det är inte ovanligt att personer med synnedsättning har livsstilsrelaterade besvär. Synnedsättningen kan bland annat innebära en ökad risk för muskelspänningar, fallskador och övervikt. Många har därför behov av *fysisk aktivitet*, till exempel råd om fysisk träning, avslappningstekniker eller andra insatser från en sjukgymnast.

Personer med synnedsättning kan i något skede av rehabiliteringsprocessen behöva *socialt eller psykologiskt stöd*, till exempel i form av psykosocial kartläggning, kris- och stödsamtal eller information och rådgivning.

Även *anhöriga och andra närstående kan behöva stödinsatser*, till exempel i form av grupputbildning, för att öka sin kunskap om konsekvenserna av synnedsättningen och för att skapa delaktighet i rehabiliteringsprocessen.

Resultat från enkätundersökningen

Nästan alla syncentraler anser att de åtminstone till stora delar kan tillgodoses behoven av informationsinsatser respektive hjälpmedel. När det gäller kommunikationsträning, träning i orientering och förflyttning samt psykosociala insatser är det fler som anger att behoven inte helt kan tillgodoses.

Mer än hälften av syncentralerna anser att de har svårt att tillgodose behoven av andra ADL-aktiviteter, till exempel träning i att klara personlig hygien eller olika hushållsaktiviteter. Många anger också att de inte kan tillgodose behovet av anhörigstöd.

Fysisk aktivitet är det område där verksamheterna anser att de har svårast att tillgodose brukarnas behov.

Tabell 7. Verksamhetens självskattning av hur man kan tillgodose brukarnas behov av olika rehabiliteringsinsatser

Rehabiliteringsinsats:	Behovet kan tillgodoses:			
	Helt	Till stor del	Till liten del	Inte alls
Kunskap om synnedsättningen	14	6	1	0
Kommunikationsträning	4	13	4	0
Orientering och förflyttning	5	12	4	0
Andra ADL-aktiviteter	2	8	10	1
Hjälpmedel	10	11	0	0
Fysisk aktivitet	1	1	11	8
Socialt och psykologiskt stöd	7	9	5	0
Träning i realistisk miljö	5	10	6	0
Stöd till anhöriga	2	7	12	0

Förutom ADL-träning, sjukgymnastik, psykologinsatser och anhörigstöd lyfter syncentralerna fram andra områden där rehabiliteringsinsatserna skulle behöva utvecklas. Flera påtalar att antalet personer med behov av språktolk ökar, vilket ställer särskilda krav på verksamheten. Andra framhåller att nya grupper har tillkommit eller ökat i omfattning, till exempel personer med synfältsbortfall på grund av tumörer, traumatiska hjärnskador eller stroke. I dag bedömer syncentralerna att de varken har tillräcklig kompetens eller resurser för att tillgodose behoven hos dessa personer.

Vissa syncentraler framhåller också att den tekniska utvecklingen ställer nya krav på verksamheten, till exempel när det gäller att förmedla kunskap om mobil- och datoranvändning. Inte minst när det gäller sociala medier har man svårt att tillfredsställa de förväntningar och behov som finns. Det saknas också riktade gruppverksamheter, både till vissa patientgrupper och till anhöriga.

Kommentarer

Bristen på vissa personalkategorier, som psykologer och sjukgymnaster, påverkar vilka rehabiliteringsbehov verksamheterna upplever att de kan tillgodose. När det gäller psykologiskt och socialt stöd anser dock de flesta verksamheter att de åtminstone till stora delar kan tillgodose brukarnas behov, trots bristen på psykologer. Detta beror sannolikt på att tillgången till kuratorer är relativt god. Eftersom kuratorer och psykologer har olika kompetens kan dock inte den ena personalkategorin ersätta den andra. Därför hade det också varit bättre om enkäten innehållit separata frågor om socialt respektive psykologiskt stöd.

När det gäller sjukgymnaster är bristen mer påtaglig. Här skulle landstingen behöva se över hur behoven kan tillgodoses på ett bättre sätt. Kanske skulle primärvården kunna spela en mer aktiv roll än vad den gör i dag? Detta förutsätter dock en väl fungerande kompetensöverföring och samverkan mellan specialistverksamhet och primärvård. Ett alternativ skulle kunna vara att flera verksamheter med ett likartat uppdrag byggde upp gemensamma sjukgymnastresurser.

Mer än hälften av syncentralerna anser att de inte kan tillgodose brukarnas behov av träning för att kunna utföra dagliga sysslor och uppgifter. ADL-träning är centralt ur ett livskvalitets- och hälsoperspektiv. En utökad samverkan mellan syncentralen och arbetsterapeuter, anställda inom primärvården eller kommunen, skulle kunna vara ett sätt att möta behoven inom detta område.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa sätt.

Det finns inga nationella riktlinjer eller vårdprogram för rehabilitering inom synområdet. Därför är det svårt att kartlägga och mäta om vården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta avsnitt redovisas i stället hur syncentralerna bedriver kvalitetsutvecklingsarbete, till exempel genom att använda nationella standarder och evidensbaserade program och instrument, samt hur förutsättningarna för verksamhetsuppföljning ser ut.

Användning av nationella standarder

Socialstyrelsen tog i mitten av 1990-talet fram en föreskrift om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård, inklusive tandvård (SOSFS 1996:24). För att möta föreskriftens krav började syncentralerna år 1996 formulera nationella kvalitetsstandarder enligt DySSSy-metoden (the Dynamic Standard Setting System). Syftet med arbetet var att införa en gemensam metod för att dokumentera, följa upp och vid behov förbättra arbetet vid syncentralerna. Avsikten var också att komma fram till vad som var en rimlig och relevant kvalitetsnivå på syncentralernas insatser samt att diskutera metoder för att uppnå denna kvalitetsnivå.

Nationell standard i Orientering och Förflyttning (O & F) blev färdig år 2001. I standarden anges vilken nivå som bör uppnås för att personer med synnedsättning eller blindhet ska få en fullgod utbildning i orientering och förflyttning. Den ursprungliga versionen av standarden upplevdes som svår att överblicka och använda i det praktiska arbetet, vilket gjorde att dokumentet konkretiserades under år 2007. Standarden kompletterades med fyra checklistor, där det preciseras vilken typ av aktiviteter som bör genomföras och i vilken omfattning.

Utöver den nationella standarden i orientering och förflyttning har ytterligare tre nationella standarder utarbetats: *Nationell standard för förstorande*

videosystem, Nationell standard för rehabiliteringsplan för personer i yrkesverksam ålder och Nationell standard för vuxna och äldre med diabetesretinopati.

Resultat från enkätundersökningen

Enkätsvaren tyder på att den nationella standarden för orientering och förflyttning har fått störst genomslag i verksamheterna. Ungefär hälften av syncentralerna (10 av 21) anger att man använder sig av den.

När det gäller övriga nationella standarder är användningen mer begränsad. Sex syncentraler använder den nationella standarden för förstorande videosystem, och hälften så många använder standarden för rehabiliteringsplan för personer i yrkesverksam ålder. Ingen av syncentralerna använder i dag standarden för vuxna och äldre med diabetesretinopati. Enligt enkätsvaren är detta dokument också relativt okänt ute i verksamheterna.

Tabell 8. Användning av nationella standarder

	Orientering och förflyttning	Förstorande videosystem	Rehabiliterings- plan	Äldre med dia- betesretinopati
Stockholm	Ja	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland (Linköping)	Nej	Ja	Nej	Nej
Östergötland (Norrköping)	Ja	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja	Ja	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja	Ja	Nej
Västra Götaland	Nej	Ja	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Nej	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Nej	Ja	Nej
Jämtland	Nej	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbotten	Ja	Nej	Ja	Nej

Orsakerna till att man inte använder de nationella standarderna varierar. Flera verksamheter känner över huvud taget inte till att dokumenten existerar. Det gäller framför allt de tre standarder som endast används i ett fåtal

landsting. Flera anger också att standarderna är alltför omfattande och komplicerade för att det ska vara möjligt att använda dem. Man menar också att standardernas krav är höga och att man saknar resurser för att leva upp till dem. Andra framhåller att de personer som har varit delaktiga i att ta fram standarderna har slutat, och att nyanställda inte har introducerats i hur dokumenten ska användas.

Kommentarer

Trots att landets syncentraler lade ner ett omfattande arbete på att ta fram de nationella standarderna används standarderna i dag i begränsad omfattning. Standarden om orientering och förflyttning används mest, vilket sannolikt hänger samman med att dokumentet reviderades relativt nyligen för att bättre passa verksamheternas behov. Att inget av landstingen använder standarden för personer med diabetesretinopati kan bero på att dessa personer utgör en liten andel av alla som får insatser från syncentralen, vilket gör att många landsting saknar praktiska förutsättningar för att till exempel bedriva anpassade gruppverksamheter.

Det finns sannolikt flera skäl till att standarderna inte används, vilket också framkommer av enkätsvaren. En bidragande orsak tycks vara att det saknas fasta strukturer för informationsöverföring och kvalitetsutvecklingsarbete – på både lokal och nationell nivå.

Användning av evidensbaserade program och instrument

År 2008 genomfördes ett projekt med syfte att beskriva kunskapsområden, teoribildningar och metoder inom området habilitering och rehabilitering för personer med synnedsättning eller blindhet. En del av arbetet bestod i att identifiera vilka behandlingsmetoder och arbetssätt som har evidens.

I slutrapporten från projektet [15] konstateras att det enda rehabiliteringsprogram som kan sägas vara evidensbaserat är hälsoutbildningsprogrammet *Att finna nya vägar*. Programmet, som är gruppbaserat, riktar sig till personer med åldersförändringar i gula fläcken (makuladegeneration). I korthet innebär programmet att en mindre grupp träffas vid åtta tillfällen, för att få information och färdighetsträning som bland annat berör personlig omvårdnad, kommunikation, hushållssysslor och förflyttning. Programmet är utvärderat utifrån både patientnytta och kostnadseffektivitet.

Enligt rapporten finns det också vetenskapligt stöd för användningen av vissa bedömnings- och utredningsinstrument inom aktivitetsområdet:

- *Synversionen av ADL-taxonomin* är ett bedömningsinstrument som används för att kartlägga aktivitetsproblem i det dagliga livet (ADL). Sedan 2008 finns en datorbaserad version av ADL-taxonomin. Denna version underlättar också upprättandet av en rehabiliteringsplan tillsammans med den enskilde.
- *COPM (Canadian Model of Occupation Performance)* är ett instrument som innebär att individen själv avgör vad han eller hon vill klara av att göra i vardagen samt hur betydelsefull aktiviteten är.
- *Upplevd säkerhet i vardaglig aktivitet* används för att mäta hur individen upplever säkerheten i samband med olika vardagliga aktiviteter. Instru-

mentet är utformat för personer med åldersrelaterade förändringar i gula fläcken (makuladegeneration).

I övrigt saknas i stort sett vetenskapligt stöd för metoder som berör rehabilitering till personer med synnedsättning.

Resultat från enkätundersökningen

Att finna nya vägar

Drygt hälften av syncentralerna uppger att de använder programmet *Att finna nya vägar*. Majoriteten av dessa har dock gjort vissa lokala anpassningar. Många anger att de har minskat antalet träffar och att grupperna träffas vid ungefär tre tillfällen i stället för de åtta som rekommenderas i programmet. Särskilt i län med stora avstånd har antalet träffar begränsats, eftersom verksamheten har haft svårt att rekrytera deltagare till grupperna. Man menar att många äldre personer varken vill eller orkar resa så många gånger, utan att de tycker att tre grupptillfällen är tillräckligt.

I några landsting har verksamheterna gjort andra förändringar. Syncentralen i Örebro har gjort ett tillägg som innebär att en sjukgymnast medverkar med information. Syncentralen i Gävleborg har ersatt en föreläsning av ögonläkare med en föreläsning av en ögonsjuksköterska.

Syncentraler som inte använder programmet anger att de saknar resurser eller att antalet personer är så begränsat att det inte går att bedriva gruppverksamhet. Flera syncentraler kommenterar dock inte varför de inte använder programmet.

Tabell 9. Användning av rehabiliteringsprogrammet "Att finna nya vägar"

	Används rehabiliteringsprogrammet "Att finna nya vägar"?	Har det skett någon lokal förändring av programmet?
Stockholm	Nej	-
Uppsala	Nej	-
Sörmland	Nej	-
Östergötland (Linköping)	Nej	-
Östergötland (Norrköping)	Ja	Ja
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Nej	-
Gotland	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej
Värmland	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja
Västmanland	Nej	-
Dalarna	Ja	Ja

Gävleborg	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej
Jämtland	Nej	-
Västerbotten	Nej	-
Norrbottn	Ja	Nej

Bedömnings- och uppföljningsinstrument

Ungefär tre fjärdedelar av syncentralerna anger att de använder standardiserade och prövade instrument vid utredning, bedömning och uppföljning. Det instrument som används mest är *Upplevd säkerhet i vardaglig aktivitet*, som används i tolv landsting, följt av *Synversionen av ADL-taxonomin* och *COPM*.

Flera av landstingen som inte använder några instrument i dagsläget anger dock att de redan har deltagit i eller planerar att delta i olika utbildningar för att lära sig mer om instrumenten. I flera landsting finns det också planer på att börja använda instrumenten inom en relativt snar framtid.

På många håll förefaller det inte vara tydligt uttalat, till exempel i interna styrdokument, vilka instrument som ska användas. Endast sex landsting (Dalarna, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Stockholm och Örebro) uppger att de har denna typ av riktlinjer.

Tabell 10. Användning av olika bedömnings- och uppföljningsinstrument

	Upplevd säkerhet i vardaglig aktivitet	Synversionen av ADL-taxonomin	COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
Stockholm	Nej	Ja	Ja
Uppsala	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Nej	Nej	Nej
Gotland	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Nej	Nej
Skåne	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Nej
Västmanland	Nej	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Nej
Jämtland	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Nej

Kommentarer

Det är positivt att så många verksamheter använder programmet *Att finna nya vägar*. Att många valt att minska antalet träffar är inte förvånande, eftersom programmet är relativt omfattande och resurskrävande i sin ursprungsversion. Dessvärre saknas vetenskapligt stöd för att programmet har någon effekt när antalet träffar har minskat så markant. Eftersom de flesta landsting endast anser sig ha praktiska möjligheter att genomföra en kortare version av programmet skulle det vara av värde att utvärdera effekterna av en sådan version.

Även om många verksamheter använder standardiserade och prövade bedömnings- och uppföljningsinstrument skulle det vara bra om ännu fler gjorde det. Sannolikt kommer användningen att öka framöver, eftersom det på flera håll i landet pågår utbildningssatsningar för att öka personalens kunskap om instrumenten. För att kunna utveckla uppföljningssystem på nationell nivå, till exempel i form av kvalitetsregister, skulle det också vara en fördel om verksamheterna använde sig av enhetliga bedömnings- och uppföljningsinstrument.

Förutsättningar för verksamhetsuppföljning

För att få veta vilken statistik landstingen kan få fram frågade vi om syncentralerna registrerar information om antalet personer som fått insatser via syncentralen, antalet gruppbesöksdeltagare samt antalet upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner.

Resultat från enkätundersökningen

Uppgifter om antal personer som får insatser från syncentralen

Samtliga syncentraler registrerar information om hur många personer som får insatser i ett IT-baserat verksamhetssystem. Alla verksamheter utom två säger också att informationen på ett enkelt sätt kan hämtas från systemet. I praktiken är det dock osäkert om detta verkligen är fallet. Syncentralerna uppmanades att lämna uppgifter om hur många personer som fått insatser under år 2010, för att vi skulle få en uppfattning om verksamheternas omfattning. Flera verksamheter har inte lämnat in några sådana uppgifter, trots att de har angivit att denna information lätt kan hämtas från systemet. Några hänvisar till att man har infört ett nytt journalsystem, vilket gör det omöjligt att ta fram uppgifter för det gångna året. Andra redovisar antalet besök, eftersom det är mer komplicerat att få fram uppgifter om antalet personer som besökt syncentralen.

Samtliga verksamheter anger att uppgifterna går att dela upp på både kön och ålder (yngre än 65 år respektive 65 år och äldre). I ungefär hälften av verksamheterna är det också möjligt att hämta information om hur fördelningen mellan olika diagnosgrupper ser ut.

Uppgifter om gruppbesöksdeltagare

Antalet gruppbesöksdeltagare registreras i 19 av 21 verksamheter. I ett landsting (Gotland) registrerar man inte denna typ av information och i ett landsting (Kalmar) känner man inte till om uppgiften registreras eller inte. Däremot är det flera verksamheter (6 av 19) som anger att det är svårt att hämta uppgifter om antalet gruppbesöksdeltagare från det IT-baserade verksamhetssystemet. Några menar att det krävs relativt stora ansträngningar för att få ut informationen ur systemet, medan andra uppger att uppgifterna endast kan tas fram manuellt.

Nästan alla landsting registrerar information om kön och ålder, men det är mer än en tredjedel som inte på ett enkelt sätt kan hämta den informationen.

Uppgifter om upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner

Drygt hälften av syncentralerna (13 av 21) uppger att de registrerar habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Det är dock bara i sju landsting (Gotland, Halland, Norrbotten, Västernorrland, Västmanland, Örebro och Östergötland) som uppgifterna på ett enkelt sätt kan hämtas från systemet. Majoriteten av verksamheterna registrerar dessutom information om kön och ålder, men det är bara ett fåtal som kan hämta informationen i systemet.

Kommentarer

Även om de flesta verksamheterna registrerar information om till exempel antalet personer som besökt syncentralen eller antalet gruppbesöksdeltagare är det många som inte på ett enkelt sätt kan hämta ut informationen ur systemet. Nysam har under flera år försökt samla in denna typ av uppgifter, men det var först år 2011 som man valde att offentliggöra resultaten inom synområdet. Det beror på att uppgifterna tidigare inte har bedömts vara kvalitetssäkrade, eller på att verksamheterna inte har kunnat ta fram de efterfrågade uppgifterna.

När det gäller nyckeltal som ska mäta kvaliteten i verksamheten har Nysam ännu inte publicerat några resultat, eftersom kvalitetssäkrade uppgifter saknas. Detta gäller till exempel information om antalet upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner.

För att kunna följa upp kvaliteten i verksamheten måste syncentralerna i landet enas om gemensamma definitioner samt registrera uppgifterna på ett likartat sätt. Det måste också vara möjligt för verksamheten att på ett enkelt sätt hämta ut informationen ur systemet, vilket dessvärre tycks vara problematiskt på många håll.

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

I sjukhusverksamheter är patientsäkerheten central i kvalitetsarbetet, men för verksamheter som arbetar med rehabilitering har patientsäkerheten en annan innebörd. Begrepp som ”vårdskador” kan upplevas som främmande, eftersom avvikelserna rör andra typer av händelser. I detta avsnitt redovisar vi om syncentralerna tycker att avvikelshanteringssystemet är anpassat efter deras behov, vilken typ av avvikelser som de registrerar samt vilka rutiner de har för att återkoppla avvikelserna.

Avvikelsehantering

Varje vårdgivare måste ha ett system för avvikelshantering, enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Ett system för avvikelshantering består av rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt rutiner för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Från och med den 1 januari 2012 ersätts SOSFS 2005:12 med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Resultat från enkätundersökningen

System för avvikelshantering

Samtliga syncentraler uppger att de har ett system för avvikelshantering. En majoritet anser dock att systemet inte är helt anpassat efter syncentralens verksamhet. Åtta av syncentralerna menar att systemet bara i viss mån är anpassat, medan fyra tycker att systemet inte alls är anpassat efter verksamhetens behov. De syncentraler som är kritiska menar att systemet är utformat efter sjukvårdsverksamheter, vilket gör att det ibland är svårt att använda för verksamheter som arbetar med rehabilitering.

Vilka avvikelser registreras?

De flesta avvikelser som rapporteras från syncentralerna tycks bero på brister i de administrativa rutinerna. Det kan till exempel handla om fel i journalföringen och om kallelser som inte har kommit fram. Flera syncentraler påpekar också att en del avvikelser beror på att remisshanteringen från ögonkliniken eller motsvarande inte har fungerat. En verksamhet menar dock att det kan finnas en underrapportering av avvikelser som berör andra samarbetspartners, eftersom det finns en oro för att avvikelserapporteringen skulle kunna äventyra samverkan.

Flera syncentraler anger att de inte rapporterar avvikelser i den utsträckning som skulle vara önskvärd. I flera landsting har man infört IT-baserade avvikelshanteringssystem relativt nyligen, vilket i vissa fall har lett till att verksamheten blivit sämre på att registrera avvikelser. Utifrån enkätsvaren

går det dock inte att utläsa huruvida detta beror på att systemet i sig komplicerar avvikelserapporteringen, eller om det beror på att personalen ännu inte har lärt sig att hantera systemet.

Rutiner för återkoppling av avvikelser

Även om avvikelser inte alltid registreras i önskvärd omfattning tycks rutinerna för återkoppling vara relativt välfungerande. Samtliga landsting anger att det finns tydliga rutiner för hur avvikelserna ska återkopplas till medarbetare inom den egna verksamheten. I 17 av 20 landsting anger man också att det finns tydliga rutiner för hur avvikelserna ska återkopplas till berörda verksamheter, till exempel till de verksamheter som ansvarar för remittering av personer till syncentralen.

Kommentarer

Det finns avvikelsehanteringssystem i samtliga landsting, men ändå tycks avvikelser inte registreras i den utsträckning som skulle vara önskvärd. Detta kan åtminstone delvis bero på att verksamheterna av tradition inte tänker i termer av avvikelser när arbetet inte fungerar som förväntat. En systematisk avvikelserapportering är ett viktigt underlag för kvalitetsutveckling, och därför är detta ett viktigt utvecklingsområde för många syncentraler.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.

I detta avsnitt redovisar vi hur syncentralerna arbetar för att involvera den enskilde i rehabiliteringsplaneringen samt vilka metoder som används för att ta reda på enskilda individers erfarenheter och synpunkter. I avsnittet redovisas också hur verksamheterna tycker att samverkan med andra aktörer fungerar och i vilken omfattning det finns utarbetade samverkansdokument eller rutiner.

Den enskildes delaktighet i rehabiliteringsplaneringen

Landsting och kommuner ska ta fram en individuell plan för planerade och beslutade insatser för personer med funktionsnedsättning, enligt 3 b och 18 b § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Syftet med planen är att samordna de olika habiliterings-, rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser som den enskilde kan behöva. Planen ska tas fram i samverkan med den enskilde.

Trots att det är reglerat i hälso- och sjukvårdslagen är det inte alla personer som får en individuell rehabiliteringsplan. Det är inte heller självklart att det finns rutiner som säkerställer att den enskilde blir delaktig i planeringen, eller att uppgifterna registreras i journalsystemet.

Resultat från enkätundersökningen

Rutiner för delaktighet

En majoritet av syncentralerna (17 av 21) har rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet i framtagandet av habiliterings- och rehabiliteringsplaner. I ungefär hälften av dessa verksamheter är rutinerna dokumenterade. I fyra landsting saknas rutiner, men i både Sörmland och Gävleborg arbetar man för närvarande med att ta fram sådana.

Dokumentering av planer

Två tredjedelar av syncentralerna (14 av 21) dokumenterar rutinmässigt habiliterings-/rehabiliteringsplanen i den enskildes journal. I några landsting registreras planen i journalen ibland, men inte rutinmässigt. I Blekinge, Sörmland och Östergötland dokumenteras inte habiliterings-/rehabiliteringsplanerna i journalsystemet, men både Blekinge och Östergötland anger att de skriver in vissa rehabiliteringsmål i journalen. I Sörmland har man påbörjat ett förbättringsarbete, med ambitionen att rehabiliteringsplanen i framtiden ska registreras i journalsystemet.

Den enskildes tillgång till planen

Vid ungefär hälften av syncentralerna får den enskilde ett eget exemplar av habiliterings-/rehabiliteringsplanen. Sju av syncentralerna har rutiner för detta medan fem anger att det förekommer, men inte rutinmässigt. I Sörmland och Värmland pågår ett förbättringsarbete, som på sikt bör innebära att den enskilde får ett eget exemplar av planen.

Tabell 11. Habiliterings- och rehabiliteringsplaner

	Finns rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet?	Dokumenteras planen i den enskildes journal?	Får den enskilde ett eget exemplar av planen?
Stockholm	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Uppsala	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Sörmland	Nej	Nej	Nej
Östergötland (Linköping)	Ja, ej dokumenterade	Nej	Nej
Östergötland (Norrköping)	Ja, dokumenterade	Nej	Nej
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Kalmar	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Nej
Gotland	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Halland	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Västra Götaland	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Värmland	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Nej
Örebro	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt

Västmanland	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Dalarna	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Nej
Gävleborg	Nej	Ja, ej rutinmässigt	Nej
Västernorrland	Nej	Ja, rutinmässigt	Nej
Jämtland	Ja, ej dokumenterade	Ja, ej rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Västerbotten	Ja, ej dokumenterade	Ja, ej rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Norrbottn	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt

Kommentarer

Flera verksamheter som inte delar ut habiliterings-/rehabiliteringsplaner menar att planerna inte efterfrågas av den enskilde. Man kan dock fundera över om det verkligen är den enskilde som ska ta detta initiativ. Det förefaller rimligare att den enskilde alltid får möjlighet att ta del av planen och sedan kan tacka nej till det. Verksamheterna behöver alltså utveckla rutiner för detta.

Bristen på dokumenterade rutiner för rehabiliteringsplaneringen kan i värsta fall leda till att enskilda individer inte får tillgång till den samordnade rehabilitering som de har behov av. På flera håll i landet pågår dock förbättringsarbeten, både för att ta fram riktlinjer för själva rehabiliteringsplaneringen och för att öka registreringen av upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Många landstingsledningar har också börjat ställa krav på att verksamheterna ska kunna redovisa antalet upprättade planer. I vissa fall är en del av den målrelaterade ersättningen kopplad till detta kvalitetsmål.

En samordnad rehabiliteringsprocess

En väl fungerande samordning mellan enskilda yrkesutövare, mellan olika verksamheter samt mellan olika organisationer är viktig för att rehabiliteringen ska fungera för den enskilde.

Samordningen är särskilt central för personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. År 2007 tog Socialstyrelsen fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, vilka reviderades året därpå (SOSFS 2008:20). Det centrala i föreskrifterna är kravet på att kommuner och landsting ska ta fram gemensamma rutiner för samordning av enskilda personers habiliterings- och rehabiliteringsinsatser. Den som bedöms ha behov av samordning ska erbjudas en namngiven person, som får ett ansvar för att samordna insatserna.

En viktig samverkanspart är de kommunala syninstruktörer, som finns i vissa av landets kommuner. Syninstruktörerna är anställda av kommunen för att arbeta med informations- och stödinsatser till framför allt äldre personer med synnedsättning. I en del kommuner arbetar dessa personer med insatser till både personer med syn- och hörselnedsättningar, vilket gör att de där benämns syn- och hörselinstruktörer.

Resultat från enkätundersökningen

Samverkan med andra landstingsverksamheter

I hälften av landstingen (10 av 20) finns det dokument som beskriver vårdkedjan för personer i behov av rehabilitering vid synnedsättning. I ytterligare några landsting pågår arbetet med att ta fram sådana.

Tabell 12. Tillgång till vårdkedjedokument

	Finns dokument som beskriver vårdkedjan för personer i behov av synrehabilitering?
Stockholm	Nej
Uppsala	Nej
Sörmland	Under framtagande
Östergötland	Nej
Jönköping	Svar saknas
Kronoberg	Ja
Kalmar	Nej
Gotland	Ja
Blekinge	Nej
Skåne	Under framtagande
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Nej
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Nej
Västernorrland	Nej
Jämtland	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbottn	Ja

Oavsett om vårdkedjedokument finns eller inte anger verksamheterna att den landstingsinterna samverkan skulle behöva utvecklas. Detta gäller inte minst samverkan kring personer som har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar utöver synnedsättningen, och som inte tillhör syncentralernas traditionella målgrupp. Flera syncentraler lyfter fram behovet av att utveckla samverkan med andra rehabiliteringsverksamheter, som till exempel arbetar med rehabilitering för personer med stroke. Man efterlyser också bättre samverkansformer med habiliterings- och hjälpmedelsverksamheter.

Flera syncentraler skulle vilja ha ett mer utvecklat samarbete med primärvården, till exempel när det gäller sjukgymnastik. Några verksamheter framhåller också att primärvården skulle kunna spela en mer aktiv roll i rehabiliteringen av äldre personer med lindrigare synnedsättningar.

Samverkan med kommunerna

De flesta syncentraler anger att deras landsting, tillsammans med berörda kommuner, har utarbetat samordningsrutiner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det är dock bara ett fåtal (Blekinge, Gotland och Örebro) som har tagit fram samordningsrutiner som specifikt berör personer med synnedsättning.

Samtliga landsting utom ett har svarat att det finns syninstruktörer eller syn- och hörselinstruktörer anställda i åtminstone en kommun i länet, men endast två av landstingen (Gotland och Jämtland) har uppgett att de har skriftliga avtal eller överenskommelser med dem.

Trots bristen på skriftliga dokument svarar nästan samtliga syncentraler att samverkan fungerar bra. Flera framhåller att instruktörerna är en viktig resurs, och att de har regelbundna möten med instruktörerna. På vissa håll anordnar syncentralen särskilda utbildningar som riktar sig till instruktörerna. Det finns dock även exempel på verksamheter som tycker att syninstruktörernas uppdrag är oklart, och att det finns en förväntan på att personalen vid syncentralen ska fungera som arbetsledare för instruktörerna.

Kommentarer

I många landsting saknas dokument som beskriver vårdkedjan för personer med synnedsättning. Inte minst när det gäller personer som inte tillhör syncentralens traditionella målgrupp, som till exempel personer med stroke eller andra förvärvade hjärnskador, tycks det finnas ett behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen och öka samverkan mellan berörda verksamheter.

Primärvårdens roll när det gäller rehabilitering för personer med synnedsättning skulle också behöva diskuteras. Under åren 2004–2008 pågick ett nationellt projekt, som i korthet innebar att äldre personer med lindrigare synnedsättning fick sina rehabiliteringsinsatser utförda av personal inom primärvården eller kommunen (det så kallade Synteprojektet). Projektet drevs av Hjälpmedelsinstitutet och Synskadades Riksförbund, med ekonomiskt stöd från Allmänna arvsfonden. I några län (Dalarna, Gävleborg, Stockholm och Örebro) genomfördes försöksverksamheter, och i viss mån lever arbetssättet kvar på dessa platser. Kanske skulle detta arbetssätt kunna användas på flera ställen i landet.

Även när det gäller kommunerna kan det finnas anledning att se över samverkansformerna. Särskilt när det gäller grupper med mer komplexa behov, som till exempel personer med dövblindhet, är det angeläget att det finns väl fungerande rutiner för samverkan.

Metoder för att fånga upp enskilda individers uppfattning om verksamheten

Ett sätt att ta reda på enskilda individers och deras närståendes uppfattning om verksamheten är att genomföra regelbundna brukarundersökningar. Med brukarundersökning avses här en kartläggning i form av enkäter, strukturerade intervjuer eller fokusgrupper, med syfte att fånga den enskildes uppfattning om verksamheten. Regelbundna möten med berörda intresseorganisationer bidrar också till att identifiera förbättringsområden.

Resultat från enkätundersökningen

Metoder för brukarundersökningar

12 av 20 syncentraler har under de senaste två åren genomfört en brukarundersökning. Samtliga landsting som har gjort en sådan undersökning har använt sig av enkäter. Syncentralerna i Gävleborg och Stockholm har dessutom samlat in information genom strukturerade intervjuer.

Tabell 13. Metoder för brukarundersökningar

	Brukarundersökning under de senaste 24 månaderna?	Om ja, vilken eller vilka metoder har använts?			
		Enkätundersökning	Strukturerade intervjuer	Fokusgrupper	Annan metod
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	-	-	-	-
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Nej	-	-	-	-
Kalmar	Nej	-	-	-	-
Gotland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	-	-	-	-
Skåne	Nej	-	-	-	-
Halland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Örebro	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	-	-	-	-
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	-	-	-	-
Jämtland	Nej	-	-	-	-
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej

Flera syncentraler som inte har gjort någon brukarundersökning under de senaste två åren hänvisar till den patientenkät som några landsting tillsammans håller på att ta fram.

Tillgänglighetsanpassning av enkäter

Majoriteten av syncentralerna gör någon eller några tillgänglighetsanpassningar för att underlätta för den enskilde att besvara enkäten. I tio av tolv

landsting finns pappersenkäten tillgänglig i stor stil. I några landsting finns enkäten dessutom tillgänglig i elektronisk form (Sörmland, Uppsala, Västernorrland och Västra Götaland) eller i punktskrift (Stockholm, Uppsala, Västernorrland och Västmanland). Det finns också exempel på verksamheter som använder sig av taktila bilder, t.ex. glad och ledsen gubbe, för den som har svårt att ta till sig skriftlig information (Halland). Vid vissa syncentraler gör man också intervjuer, till exempel via telefon, när man upplever att det finns behov av detta.

Inte i något landsting finns enkäten tillgänglig på andra språk än svenska.

Tabell 14. Tillgänglighetsanpassning av enkäter

	Elektronisk form	Stor stil	Punkt-skrift	Andra språk	Intervjuer vid behov	Annat
Stockholm	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	-	-	-	-	-	-
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	-	-	-	-	-	-
Kalmar	-	-	-	-	-	-
Gotland	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej
Blekinge	-	-	-	-	-	-
Skåne	-	-	-	-	-	-
Halland	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Värmland	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Örebro	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Dalarna	-	-	-	-	-	-
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	-	-	-	-	-	-
Jämtland	-	-	-	-	-	-
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Norrbottnen	Nej	Nej	Nej	Nej	Svar saknas	Ja

Åtgärder med anledning av brukarundersökningar

Ungefär hälften av de syncentraler som har gjort brukarundersökningar ger exempel på åtgärder som de har vidtagit med anledning av resultaten. Flera verksamheter har fått kritik när det gäller öppettider och bristande telefon-tillgänglighet och har därför vidtagit åtgärder för att förbättra detta. Några verksamheter har också fått synpunkter på den fysiska tillgängligheten i lokalerna. I ett landsting (Gotland) har man förändrat arbetet kring rehabiliteringsplanerna som ett resultat av undersökningarna.

Flera syncentraler anger att de inte har vidtagit några åtgärder, eftersom resultaten från undersökningarna har varit så pass positiva.

Samverkan med intresseorganisationerna

Nästan alla syncentraler anger att de har regelbundna möten med representanter för berörda intresseorganisationer, det vill säga minst två möten per år. I ett landsting träffar man organisationerna ungefär en gång per år. I några landsting finns också särskilda grupper som träffas regelbundet för att diskutera hjälpmedelssortimentet.

Andra former av samverkan med organisationerna är mer ovanliga. I en tredjedel av landstingen medverkar representanter från föreningarna i syncentralens informationsinsatser till nya brukare. I fyra landsting (Dalarna, Kronoberg, Skåne och Västmanland) deltar representanter från föreningarna dessutom regelbundet i utvecklingsprojekt inom verksamheten. Några syncentraler samverkar med föreningarna på andra sätt, till exempel genom att medverka vid föreningarnas aktiviteter.

Kommentarer

Nästan hälften av syncentralerna har inte gjort någon brukarundersökning under de senaste två åren. En bidragande orsak till detta är sannolikt att några syncentraler håller på att utveckla en gemensam enkät, tillsammans med Indikator (Institutet för kvalitetsindikatorer). Region Skåne och Landstinget i Värmland är under hösten 2011 pilotverksamheter för enkäten, som kommer att genomföras med hjälp av telefonintervjuer.

De verksamheter som genomför regelbundna enkätundersökningar gör ofta någon form av tillgänglighetsanpassning, för att öka den enskildes möjlighet att självständigt besvara enkäten. Detta är angeläget, eftersom enkäter inte bör besvaras med hjälp av personal som den enskilde står i beroendeställning till. Flera verksamheter har dessutom påpekat att svarsfrekvensen inte är tillräckligt hög, vilket också talar för att ytterligare tillgänglighetsanpassningar skulle behövas.

Inte i något landsting har enkäten översatts till andra språk. Flera verksamheter har påtalat att de har svårt att tillgodose behoven hos personer med annan etnisk bakgrund, eftersom språksvårigheterna gör att de till exempel inte kan delta i gruppverksamheter. Mot denna bakgrund skulle det vara särskilt angeläget att samla in synpunkter från personer som inte talar svenska.

Många verksamheter har inte vidtagit några åtgärder utifrån resultaten från brukarundersökningarna, eftersom resultaten är så pass positiva. De positiva resultaten kan naturligtvis bero på att verksamheten fungerar bra, men de skulle också kunna tyda på att de metoder som används inte fångar upp kritiska synpunkter på ett tillräckligt effektivt sätt.

Det är positivt att nästan alla verksamheter har regelbundna möten med berörda intresseorganisationer, och att många samverkar med organisationerna även på andra sätt.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.

I detta avsnitt redovisas vilka krav på väntetider som gäller syncentralernas verksamhet samt hur förutsättningarna för att följa upp väntetider ser ut.

Väntetider

Den nationella vårdgarantin gäller inte hjälpmedelsförsörjning, men omfattar däremot övriga rehabiliteringsinsatser som ges vid landstingens syncentraler. Många verksamheter registrerar dock inte sina väntetider i den nationella väntetidsdatabasen *Väntetider i vården*.

Resultat från enkätundersökningen

Landstingens krav på väntetider

Två tredjedelar av syncentralerna (14 av 21) anger att väntetiden till ett första besök på syncentralen får vara högst 90 dagar, och att detta är ett uttalat krav. Det innebär att de följer kraven i den nationella vårdgarantin. I fem landsting (Östergötland, Skåne, Halland, Gävleborg och Norrbotten) har landstinget beslutat att skärpa tidsgränsen till 60 dagar. Landstinget i Kalmar har gått ännu längre och tillämpar en tidsgräns på 45 dagar.

En syncentral (Norrköping) svarar att det inte finns något krav på väntetider, eftersom verksamheten inte omfattas av vårdgarantin. Det påstår även vissa av de landsting som ändå har uppgett en maximal väntetid, vilket gör resultaten svårtolkade. Kanske finns det fler verksamheter som inte har något formellt krav på maximal väntetid än vad som framgår av tabellen nedan.

Landstinget i Västmanland anger att tidsgränsen är 30 dagar för personer i yrkesverksam ålder samt barn. En granskning av landstingens riktlinjer för prioriteringar visar att flera landsting har olika krav på väntetider för olika målgrupper (se rubriken *Riktlinjer för prioriteringar*).

Tabell 15. Krav på maximal väntetid till ett första besök vid syncentralen

	90 dagar	60 dagar	Annat
Stockholm	Ja		
Uppsala	Ja		
Sörmland	Ja		
Östergötland (Linköping)		Ja	
Östergötland (Norrköping)			Omfattas inte av vårdgarantin men försöker ändå korta väntetiderna.
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja		
Kalmar			45 dagar enligt landstingsbeslut.
Gotland	Ja		
Blekinge	Ja		
Skåne		Ja	
Halland		Ja	
Västra Götaland	Ja		
Värmland	Ja		
Örebro	Ja		
Västmanland	Ja		30 dagar för personer i yrkesverksam ålder samt barn.
Dalarna	Ja		
Gävleborg		Ja	
Västernorrland	Ja		
Jämtland	Ja		
Västerbotten	Ja		
Norrbotten		Ja	

Redovisning av väntetider

I enkäten uppmanades syncentralerna att ange hur stor andel av de vuxna brukarna som väntade på ett första besök, som hade väntat längre än 90 dagar. Uppgiften skulle baseras på förhållandena den 31 maj 2011.

Hälften av landstingen (10 av 20) anger att de kan lämna uppgifter om andelen som väntat längre än 90 dagar vid den aktuella tidpunkten. De landsting som inte kunde göra det har olika skäl till detta. Flera säger att det inte går att få fram uppgifter om väntetider ur det patientadministrativa systemet, utan att väntetiderna i stället bevakas manuellt. Det gör att det är svårt att få fram uppgifter för en tidpunkt som redan har passerat. Även i landsting där väntetider registreras i systemet kan det vara problematiskt att få fram uppgifterna i efterhand. Några landsting anger också att väntetider endast redovisas vid bestämda tidpunkter, till exempel kvartalsvis.

Många landsting saknar alltså möjlighet att ta fram de efterfrågade uppgifterna. Det är också osäkert om de uppgifter som vi har fått in verkligen är kvalitetssäkrade. Detta gör att vi inte redovisar några väntetider i denna rapport.

Kommentarer

Det finns påtagliga svårigheter att följa upp väntetiderna till rehabilitering inom synområdet. I vissa landsting saknas datasystem som registrerar väntetider, vilket gör att väntetiderna i stället följs manuellt. För att möjliggöra nationella jämförelser av väntetider till synrehabilitering måste gemensamma system för väntetidsrapportering utvecklas.

Utifrån de inkomna uppgifterna tycks det dock som att väntetiderna varierar avsevärt mellan landstingen. Flera syncentraler anger att ingen hade väntat längre än 90 dagar, medan andra syncentraler anger att denna grupp utgör nästan 20 procent av samtliga väntande. Verksamheterna skulle behöva analysera varför väntetiderna skiljer sig åt, för att se om det går att lära sig något av de verksamheter som inte har någon kösituation.

Resultat inom hörselområdet

Resultat från datainsamlingen

Enkätundersökningen

I mitten av augusti 2011 skickade Socialstyrelsen en enkät till de verksamheter som har huvudansvar för landstingets fördjupade hörselrehabilitering. Om ansvaret var delat mellan flera verksamheter, vilket det är i vissa landsting, uppmanade vi verksamheten med huvudansvar för insatserna att sammanställa ett gemensamt svar från landstinget.

Enkäten innehöll ett fåtal frågor om organisation av och remissregler för tjänster vid utprovning av hörapparater, ibland benämnt basal eller primär hörselrehabilitering. Förhoppningen var att den verksamhet som hade huvudansvar för den fördjupade rehabiliteringen även skulle kunna besvara dessa frågor.

Alla landsting utom Landstinget i Västmanland har besvarat enkäten. Detta innebär att det kom in totalt 20 enkätsvar.

Styrande dokument

I samband med att enkäten gick ut uppmanade vi verksamheterna att skicka in de styrande dokument som fanns inom respektive landsting. Med styrande dokument avsågs till exempel avtal, överenskommelser och riktlinjer för prioriteringar.

Resultaten från analysen av styrdokumenterna redovisas löpande i rapporten.

Kvalitetsbedömning av inkomna data

Samtliga enkätsvar kvalitetsgranskades innan de bearbetades. Om svaren verkade vara felaktiga eller inkonsekventa tog vi kontakt med den aktuella verksamheten, för att få svaret förtydligat. Detta har bidragit till att det interna bortfallet är relativt litet.

Några landsting, där ansvaret för den fördjupade hörselrehabiliteringen är fördelat på flera verksamheter, har haft svårt att lämna ett gemensamt svar som täcker samtliga verksamheter. I dessa fall har vi uppmanat landstingen att ange det svarsalternativ som gäller den största delen av verksamheten. Detta gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

När det gäller vissa frågor har frågekonstruktionen innehållit brister, vilket gör att resultaten är otillförlitliga eller svårtolkade. I dessa fall har vi därför valt att inte presentera resultaten i rapporten.

Organisation, uppdrag och regelverk

Organisation och uppdrag

Landstingen har valt att organisera sin rehabiliteringsverksamhet på olika sätt. I vissa landsting har man gjort en uppdelning i basal respektive fördjupad hörselrehabilitering. På andra håll är olika verksamheter ansvariga för olika delar i rehabiliteringsprocessen, eller för insatser till specifika grupper. I en del landsting utförs all hörselrehabilitering inom en och samma organisation.

Resultat från enkätundersökningen

Basal och fördjupad hörselrehabilitering

Drygt hälften av landstingen (12 av 20) har delat upp sin hörselrehabilitering i en basal och en fördjupad del.

Tabell 16. Basal hörselrehabilitering

	Har landstinget gjort en uppdelning i basal och fördjupad hörselrehabilitering?	Utförs basal hörselrehabilitering av privata hörcentraler eller audionomtagningar?*	Krävs remiss till basal hörselrehabilitering?
Stockholm	Ja	Ja, helt	Nej
Uppsala	Ja	Ja, delvis	Nej
Sörmland	Nej	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Ja
Kalmar	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja
Blekinge	Ja	Nej	Ja
Skåne	Ja	Ja, delvis	Nej
Halland	Ja	Nej	Nej
Västra Götaland	Nej	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej	Nej
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Ja
Västernorrland	Ja	Nej	Ja
Jämtland	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Nej	Ja
Norrbottn	Nej	Nej	Ja

*Med privata hörcentraler eller audionomtagningar avses här sådana som drivs av en privat aktör, men som får finansiering från landstinget.

I en majoritet av landstingen utförs den basala hörselrehabiliteringen i landstingets egen regi. I Stockholm, Skåne och Uppsala tillämpas ett valfritt system, vilket innebär att det är möjligt att välja både förskrivare och hjälpmedel. I flera landsting pågår diskussioner om att införa liknande system, men det är i dagsläget inte klart när eventuella förändringar kommer att äga rum.

I hälften av landstingen (10 av 20) krävs ingen remiss för att få tillgång till basal hörselrehabilitering, utan det går att ta direktkontakt med verksamheten.

Organisation och uppdrag för den fördjupade hörselrehabiliteringen

Organisationen av den fördjupade hörselrehabiliteringen varierar mellan landstingen. I enkäten anger knappt hälften av landstingen (8 av 20) att den fördjupade hörselrehabiliteringen tillhör sjukhusets audiologiska klinik, ÖNH-klinik eller motsvarande. Ungefär lika många (7 av 20) anger att verksamheten tillhör en habiliterings- och hjälpmedelförvaltning eller motsvarande.

Fem landsting säger att den fördjupade rehabiliteringen är organiserad på annat sätt. I några landsting är ansvaret delat mellan flera verksamheter. I Uppsala är det till exempel ÖNH-kliniken som ansvarar för rehabiliteringsinsatser till vissa grupper, som behandling av CI-patienter under det första året efter operation eller KBT-behandling till personer med tinnitus. Övriga rehabiliteringsinsatser utförs av hörcentralen, som tillhör habiliterings- och hjälpmedelförvaltningen. Även landsting som har angett att den fördjupade rehabiliteringen tillhör sjukhusets ÖNH-klinik eller habiliterings- och hjälpmedelförvaltning påpekar i sina kommentarer att ansvaret är delat mellan flera verksamheter. En mer utförlig beskrivning av hur organisationen av den fördjupade hörselrehabiliteringen ser ut finns i bilaga 4.

Flertalet landsting har inga kriterier för vilka grupper som ska få tillgång till fördjupad hörselrehabilitering; i stället utgår man från den enskildes behov. Några landsting har tagit fram mer specifika kriterier. Utmärkande för dessa landsting är att man har infört eller planerar att införa ett vårdvalssystem för den basala hörselrehabiliteringen, vilket gör att man måste kunna definiera vem som ska få tillgång till basal respektive fördjupad hörselrehabilitering. Kriterierna är dock relativt övergripande, och även i dessa landsting sker det också en bedömning utifrån den enskildes behov.

I drygt hälften av landstingen utför den fördjupade hörselrehabiliteringen utprovning av arbetshjälpmedel (12 av 20). Kostnadsansvaret för arbetshjälpmedel är delat mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men i dessa landsting utför alltså verksamheten utprovningen av hjälpmedlen.

Kommentarer

Organisationen av både den basala och den fördjupade hörselrehabiliteringen varierar i landet. Det är svårt att på ett enkelt sätt beskriva hur organisationen ser ut eller att kategorisera landstingen utifrån organisation.

Styrdokument och ersättningssystem

Verksamhetens uppdrag och mål kan preciseras i olika styrdokument, som till exempel i avtal, överenskommelser eller riktlinjer för prioriteringar. Dokumenten kan vara antagna av den politiska ledningen eller av en tjänstemannaledning på högre nivå.

Resultat från enkätundersökningen

Avtal och överenskommelser

I drygt hälften av landstingen (11 av 20) regleras uppdraget för den fördjupade hörselrehabiliteringen genom någon form av avtal eller överenskommelse. Det är dock bara i ett landsting (Östergötland) som dokumentet enbart berör den fördjupade hörselrehabiliteringen. I övriga landsting styrs verksamheten i stället genom avtal eller överenskommelser som är tecknade på en mer övergripande nivå. Det kan till exempel innebära att styrningen gäller en förvaltnings hela verksamhet, där hörselrehabiliteringen ingår som en av flera enheter. Även om dokumentet gäller flera verksamheter kan det dock innehålla målsättningar som är specifika för den fördjupade hörselrehabiliteringen.

I nio landsting saknas helt styrdokument i form av avtal eller överenskommelser.

I nästan alla landsting där verksamheten styrs genom avtal eller överenskommelser är dokumentet förankrat på politisk nivå. I två landsting säger sig verksamheten inte känna till om dokumentet är politiskt förankrat.

Tabell 17. Styrning via avtal och överenskommelser

Preciseras uppdraget för den fördjupade hörselrehabiliteringen i avtal eller överenskommelse?		Typ av avtal eller överenskommelse	Politiskt förankrat?
Stockholm	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Uppsala	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Sörmland	Ja	Specifikt för verksamheten	Vet ej
Östergötland	Ja	Specifikt för verksamheten	Ja
Jönköping	Nej	-	-
Kronoberg	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Vet ej
Kalmar	Nej	-	-
Gotland	Nej	-	-
Blekinge	Nej	-	-
Skåne	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Halland	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Västra Götaland	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Värmland	Nej	-	-
Örebro	Nej	-	-
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Gävleborg	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja

Västernorrland	Ja	Övergripande för flera verksamheter	Ja
Jämtland	Nej	-	-
Västerbotten	Nej	-	-
Norrbottn	Nej	-	-

Ersättningsvillkor

Verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering styrs i begränsad utsträckning med ekonomiska incitament. Majoriteten av verksamheterna är enbart anslagsfinansierade (16 av 20). I två landsting (Västra Götaland och Uppsala) får verksamheten dessutom en målrelaterad ersättning, vilket innebär att en del av ersättningen endast betalas ut om verksamheten uppfyller vissa kvalitetsmål. I Stockholm får verksamheten endast en produktionsbaserad ersättning, vilket innebär att ersättningen baseras på antalet besök och andra produktionsmått. Landstinget i Värmland har inte besvarat frågan, med hänvisning till att verksamhetens budget ingår i hörselvårdens budget.

Riktlinjer för prioriteringar

Även om verksamhetens uppdrag inte alltid preciseras i avtal eller överenskommelser kan det finnas andra betydelsefulla styrdokument. Fem landsting anger att de har riktlinjer för prioriteringar när det gäller den fördjupade hörselrehabiliteringen. I ytterligare tre landsting pågår arbete med att ta fram denna typ av riktlinjer. I drygt hälften av landstingen (12 av 20) finns inga prioriteringsdokument för den fördjupade hörselrehabiliteringen, och enligt enkätsvaren pågår det inte heller något arbete med att ta fram sådana.

Endast i två landsting är prioriteringsdokumenten förankrade på politisk nivå. I ytterligare ett (Västerbotten) finns det ett politiskt beslut om vissa utbudsbegränsningar.

Tabell 18. Riktlinjer för prioriteringar

	Finns dokument som innehåller riktlinjer för prioriteringar?	Politiskt förankrade?
Stockholm	Nej	-
Uppsala	Under framtagande	-
Sörmland	Nej	-
Östergötland	Nej	-
Jönköping	Nej	-
Kronoberg	Under framtagande	-
Kalmar	Nej	-
Gotland	Nej	-
Blekinge	Nej	-
Skåne	Ja	Nej
Halland	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja

Värmland	Nej	-
Örebro	Nej	-
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Nej	-
Gävleborg	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej
Jämtland	Nej	-
Västerbotten	Under framtagande	-
Norrbotten	Nej	-

Kommentarer

I nästan hälften av landstingen saknas avtal eller överenskommelser som preciserar verksamhetens uppdrag och målsättningar. I många landsting saknas också riktlinjer för prioriteringar, och det är bara ett fåtal prioriteringsdokument som är förankrade på politisk nivå. Många verksamheter skulle behöva ett tydligare uppdrag – både för att ge personalen en gemensam målbild och för att ge brukarna en tydligare uppfattning om av vad de kan förvänta sig av verksamheten.

Personalkompetens och rehabiliteringsutbud

Tillgång till olika personalkategorier

Tvärprofessionella insatser är ofta en förutsättning för en väl fungerade rehabilitering. Det är dock svårt att jämföra personalresurser på ett rättvisande sätt, eftersom verksamheternas organisation och uppdrag skiljer sig åt. Därför har vi endast samlat in uppgifter om vilka personalkategorier den fördjupade hörselrehabiliteringen har tillgång till. Med *tillgång till* menar vi anställda inom samtliga verksamheter som arbetar med fördjupade rehabiliteringsinsatser till vuxna personer med hörselnedsättning.

I enkäten ställde vi frågan om verksamheterna har tillgång till följande personalkategorier: medicinsk audiolog, teknisk audiolog, audionom, hörselpedagog, sjukgymnast, kurator, psykolog, hörselvårdsingenjör, tekniker, logoped, teckenspråkslärare, TSS-lärare och ototekniker. Här redovisar vi endast resultaten på nationell nivå. I bilaga 4 presenteras resultaten per landsting.

Resultat från enkätundersökningen

Vissa kompetenser finns inom i stort sett alla verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering. Nästan alla har tillgång till audionom, hörselpedagog och kurator. Tekniker, teckenspråkslärare samt TSS-lärare (tecken som stöd) finns i ungefär tre fjärdedelar av landstingen. Drygt hälften har tillgång till psykolog respektive logoped. Sjukgymnast har bara sex landsting tillgång till.

Tabell 19. Yrkeskategorier inom den fördjupade hörselrehabiliteringen

Personalkategori	Antal landsting där verksamheten har tillgång till kompetensen	Antal landsting där kompetensen saknas
Medicinsk audiolog	13	7
Teknisk audiolog	6	14
Audionom	20	0
Hörselpedagog	18	2
Sjukgymnast	6	14
Kurator	19	1
Psykolog	12	8
Hörselvårdsingenjör	13	7
Tekniker	16	5
Logoped	10	9
Teckenspråkslärare	13	5
TSS-lärare	14	6
Ototekniker	7	13

Även om verksamheten har tillgång till en kompetens är det inte självklart att man anser att man kan tillgodose behovet av insatser från den kompetensen. Detta gäller framför allt ”bristkompetenser”, det vill säga personalkategorier som saknas inom många landsting. Tio landsting har tillgång till logoped, men tre av dessa anger ändå att de endast till liten del eller inte alls kan tillgodose brukarnas behov. Fyra av sex landsting anser att behoven av insatser från sjukgymnast inte kan tillgodoses, trots att kompetensen finns inom den egna verksamheten. Detta kan till exempel jämföras med personalkategorierna audionom, hörselpedagog, kurator, tekniker och teckenspråkslärare, där samtliga landsting som har tillgång till kompetensen anser att behoven åtminstone till stora delar kan tillgodoses.

Kommentarer

Det är svårt att jämföra personaltillgången, eftersom verksamheternas uppdrag varierar. I vissa landsting är hörselvården sammanhållen, vilket gör att den medicinska kompetensen naturligt ingår som en del i verksamheten. I andra landsting finns den medicinska kompetensen inom en annan organisation, vilket i sig inte behöver vara en nackdel. I många landsting är verksamheten inte uppdelad i basal respektive fördjupad hörselrehabilitering, vilket också påverkar vilka personalkategorier man har tillgång till.

Vi kan dock konstatera att vissa kompetenser saknas i många landsting, trots att de skulle vara en tillgång inom den fördjupade hörselrehabiliteringen. Det handlar till exempel om psykolog, logoped och sjukgymnast. Här anger många verksamheter att de har svårt att tillgodose behovet av insatser med befintliga personalresurser.

Personalens bedömning av tillgången till olika rehabiliteringsinsatser

Personer med hörselnedsättning har behov av olika rehabiliteringsinsatser. En enda person behöver sällan alla typer av insatser, men verksamheten bör ha möjlighet att erbjuda insatser inom nedanstående områden till personer som har behov av detta.

Områdena har hämtats från en modell framtagen av Hörselskadades Riksförbund, det så kallade rehabiliteringshjulet [14].

Personer med hörselnedsättning behöver *kunskap om hörselnedsättningen*, det vill säga fördjupade informationsinsatser om hörselnedsättningen och dess konsekvenser i vardagslivet.

Många behöver också stöd för att utveckla *hörselstrategier*, det vill säga strategier för att lösa vardagens olika hörselsituationer.

Kommunikationsträning är en annan central del av rehabiliteringen. Här ingår till exempel utbildning i teckenspråksanvändning eller tecken som stöd (TSS). Personer med grav hörselnedsättning kan också behöva få *kunskap om tolkanvändning*, det vill säga bli medvetna om att möjligheten till tolkanvändning finns samt hur tolkningen praktiskt går till. Andra kan ha behov av *röst- och talvård*, som i första hand bör ges av en logoped.

Väl fungerade hjälpmedel är ofta en förutsättning för att övriga rehabiliteringsinsatser ska fungera. *Hörapparater* ska inte bara provas ut och tillhandahållas. Det är också viktigt att den enskilde får information om hur hörapparaten ska användas. Andra *hörseltekniska hjälpmedel*, som till exempel gör det lättare att uppfatta TV eller telefon, kan också vara betydelsefulla.

Att dagligen anstränga sig för att uppfatta vad andra säger är påfrestande, även för kroppen. Detta kan till exempel leda till anspänning, huvudvärk och trötthet. Många personer har därför behov av *fysisk aktivitet*, till exempel råd om fysisk träning, avslappningstekniker eller andra insatser från en sjukgymnast.

Personer med hörselnedsättning kan i något skede av rehabiliteringsprocessen behöva *socialt eller psykologiskt stöd*, till exempel i form av psykosocial kartläggning, kris- och stödsamtal eller information och rådgivning.

Även *anhöriga och andra närstående kan behöva stödinsatser* för att öka sin kunskap om konsekvenserna av hörselnedsättningen och för att skapa delaktighet i rehabiliteringsprocessen.

Resultat från enkätundersökningen

Alla verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering anser att de åtminstone till stora delar kan tillgodose brukarnas behov av information samt strategier för att hantera vardagliga situationer. De allra flesta anser också att de kan tillgodose behoven av hörapparater.

När det gäller hörseltekniska hjälpmedel är det fler som anser att de inte helt kan tillgodose behovet av insatser. Detsamma gäller kommunikationsträning, kunskap om tolkanvändning, socialt och psykologiskt stöd samt stöd till anhöriga.

Verksamheterna bedömer att de har svårast att tillgodose behoven av röst- och talvård samt fysisk aktivitet.

Tabell 20. Verksamheternas självskattning av hur de kan tillgodose brukarnas behov av olika rehabiliteringsinsatser

Rehabiliteringsinsats:	Behovet kan tillgodoses:			
	Helt	Till stor del	Till liten del	Inte alls
Kunskap om hörselnedsättningen	15	5	0	0
Hörselstrategier	13	7	0	0
Kommunikationsträning	10	7	3	0
Kunskap om tolkanvändning	11	5	4	0
Röst- och talvård	2	2	8	8
Hörapparater	15	3	0	1
Hörseltekniska hjälpmedel	10	7	2	0
Fysisk aktivitet	1	1	7	11
Socialt och psykologiskt stöd	9	10	1	0
Stöd till anhöriga	9	8	2	1

Flera verksamheter framhåller att de inte kan tillgodose rehabiliteringsbehoven hos vissa grupper. När det gäller dövblindhet är antalet personer inom många landsting så pass begränsat att det kan vara svårt att upparbeta en tillräcklig kompetens inom verksamheten.

Tillgången till teckenspråkig personal är också som ett problem. Det finns till exempel verksamheter som inte kan erbjuda psykosociala insatser till personer med dövhet, eftersom personalen inte kan kommunicera på teckenspråk. Flera verksamheter skulle också vilja erbjuda gruppverksamhet i en större utsträckning än vad som idag är möjligt.

Kommentarer

Bristen på vissa personalkategorier, som logopeder, psykologer och sjukgymnaster, påverkar vilka rehabiliteringsbehov verksamheterna upplever att de kan tillgodose. När det gäller psykologiskt och socialt stöd anser dock de flesta verksamheter att de åtminstone till stora delar kan tillgodose behovet av insatser, trots bristen på psykologer. Detta beror sannolikt på att tillgången till kuratorer är relativt god. Eftersom kuratorer och psykologer har olika kompetens kan dock inte den ena personalkategorin ersätta den andra. Därför hade det också varit bättre om enkäten innehållit separata frågor om socialt respektive psykologiskt stöd.

Bristen på sjukgymnaster och logopeder är mer påtaglig. Här skulle landstingen behöva se över hur behoven kan tillgodoses på ett bättre sätt. När det gäller sjukgymnastinsatser skulle kanske primärvården kunna spela en mer aktiv roll än vad den gör idag? Detta förutsätter dock en väl fungerande kompetensöverföring och samverkan mellan specialistverksamhet och primärvård. Ett alternativ skulle kunna vara att flera verksamheter med ett lik-

artat uppdrag byggde upp gemensamma sjukgymnastresurser. På motsvarande sätt skulle flera verksamheter kunna samarbeta kring logopedresurser.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa sätt.

Det finns inga nationella riktlinjer eller vårdprogram för den fördjupade hörselrehabiliteringen. Därför är det svårt att kartlägga och mäta om vården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta avsnitt redovisas i stället hur verksamheterna bedriver kvalitetsutvecklingsarbete, till exempel genom att använda andra nationella styrdokument och standardiserade och prövade bedömnings- och uppföljningsinstrument, samt hur förutsättningarna för verksamhetsuppföljning ser ut.

Användning av nationella styrdokument

Även om det saknas nationella riktlinjer eller vårdprogram finns det andra styrdokument som har tagits fram på nationell nivå.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen startade år 2005 ett samarbetsprojekt, med syfte att ta fram nationella medicinska indikationer. Anledningen var att den utvidgade nationella vårdgarantin införts. Den gjorde det ännu mer angeläget att analysera och tydliggöra på vilka grunder man fattar beslut om en viss vårdåtgärd. Ett av delprojekten handlade om diagnosen hörselnedsättningar och åtgärdsgruppen hörselrehabiliteringar.

I slutrapporten från projektet – *Hörselrehabilitering för vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård* – beskrivs bland annat indikationer för olika typer av hörapparater och implantat samt för tekniska hörselhjälpmedel. Vidare beskrivs vad den diagnostiska utredningen bör omfatta samt vilka metoder som bör användas för att utvärdera nyttan av hörapparatpassningen. Rapporten innehåller begränsat med vägledande riktlinjer när det gäller andra delar av rehabiliteringsprocessen, som exempelvis insatser för att öka förmågan till kommunikation eller psykosociala insatser.

Mot denna bakgrund beslutade det nationella nätverket för landets hörselvårdschefer att utarbeta ett dokument som även beaktar övriga delar av rehabiliteringsprocessen. Dokumentet *Nationella riktlinjer avseende re/habilitering för vuxna personer med hörselnedsättning* fastställdes av styrelsen för Föreningen Sveriges Hörselchefer i mars 2010. Dokumentet innehåller bland annat riktlinjer för utredning och bedömning samt för utarbetandet av rehabiliteringsplaner.

År 2010 fastställdes också *Europeisk standard för tjänster vid utprovning av hörapparater*. Standarden har utarbetats av en europeisk kommitté och anpassats till svenska villkor av en grupp bestående av representanter för bland annat Hörseltjänst i Skåne, Svensk Teknisk Audiologisk Förening, Svenska Audiologiska sällskapet samt Svenska Audionomföreningen (SvAf). Dokumentet innehåller huvudsakligen riktlinjer för den basala hörselrehabiliteringen. I enkäten till landstingen frågade vi trots detta om do-

kumentet används, eftersom även personer med behov av fördjupade rehabiliteringsinsatser behöver hörapparater.

Resultat från enkätundersökningen

Enkätsvaren tyder på att en majoritet av landstingen (14 av 20) följer dokumentet *Hörselrehabilitering av vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård*. Flera verksamheter påpekar dock att de endast följer dokumentet till viss del, eftersom de inte har tillräckligt med resurser för att nå de uppställda intentionerna. Men det finns också exempel på verksamheter som i stället har kompletterat dokumentet. I Uppsala har man till exempel gjort ett tillägg om att verksamheten ska utgå från ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) i behovsinventeringen.

Fem landsting svarar att de inte följer dokumentet. Detta motiveras framförallt av att det inte innehåller tillräcklig vägledning för verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering. Ett landsting säger att man inte känner till om verksamheten följer dokumentet eller inte.

En majoritet av landstingen (15 av 20) uppger att de följer *Nationella riktlinjer avseende re/habilitering för vuxna personer med hörselnedsättning*, som tagits fram av Föreningen Sveriges Hörselchefer. Även här anger många verksamheter att de endast delvis följer dokumentet. Några säger till exempel att de inte arbetar med rehabiliteringsplaner på det sätt som beskrivs i riktlinjerna (se också avsnittet *Den enskildes delaktighet i rehabiliteringsplaneringen*).

Knappt hälften av verksamheterna (9 av 19) uppger att de följer *Europeisk standard för tjänster vid utprovning av hörapparater*. Några verksamheter anger att de inte använder standarden eftersom de inte arbetar med hörapparatanpassning. Andra säger att de i dag inte använder standarden, men att ambitionen är att de ska göra det på sikt.

Tabell 21. Användning av nationella styrdokument

	Europeisk standard för tjänster vid utprovning av hörapparater	Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård	Nationella riktlinjer avseende re/habilitering för vuxna med hörselnedsättning
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Nej	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Vet ej	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja
Halland	Vet ej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja

Värmland	Nej	Ja	Nej
Örebro	Vet ej	Ja	Nej
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Nej	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Ja
Västernorrland	Nej	Ja	Ja
Jämtland	Svar saknas	Vet ej	Vet ej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja
Norrbotten	Ja	Nej	Ja

Kommentarer

Även om samtliga landsting följer åtminstone något av de nationella styrdokumentet, är det mindre än hälften som följer alla tre. Frågan är dock formulerad på ett sätt som gör resultaten svårtolkade. För det första läser verksamheterna sannolikt in olika betydelse i begreppet ”följer”. För det andra kan det vara svårt att svara nekande på frågan, eftersom den indikerar att landstingen *borde* följa de nämnda dokumenten. Slutligen berör två av dokumenten huvudsakligen verksamheter som arbetar med hörapparatutprovning. Detta gör att svaren sannolikt påverkas av huruvida den verksamhet som besvarat enkäten ansvarar för den basala hörselrehabiliteringen eller inte.

Kommentarerna kring frågan tyder dock på att verksamheterna upplever att de har behov av ytterligare gemensamma vägledningsdokument, där alla aspekter av rehabiliteringsprocessen beaktas.

Användning av standardiserade och prövade bedömnings- och uppföljningsinstrument

När det gäller rehabilitering för personer med hörselnedsättning finns det flera standardiserade och prövade bedömnings- och uppföljningsinstrument, som används i olika delar av rehabiliteringsprocessen.

I dokumentet *Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård* [3] lyfter expertgruppen bland annat fram följande instrument för hörapparat Anpassning: IOI-HA (International Outcome Inventory for hearing aids), HAUQ (Hearing Aid User's Questionnaire) och GHABP (Glasgow Hearing Aid Benefit Profile). När det gäller andra delar av rehabiliteringen nämns bland annat COSI (Client Oriented Scale of Improvement), IPPA (Individually Prioritised Problems Analysis) samt GP (Göteborgsprofilen).

Utöver ovanstående instrument finns det instrument som är utformade för vissa grupper. När det gäller personer med Tinnitus används till exempel instrumenten THI (Tinnitus Handicap Inventory) samt TRQ (Tinnitus Reaction Questionnaire). Inom den fördjupade hörselrehabiliteringen används också instrument för att mäta patientens sinnesstämning, till exempel HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale).

I enkäten frågade vi om verksamheterna använde några av ovanstående instrument. De uppmanades också ange andra instrument som användes inom verksamheten.

Resultat från enkätundersökningen

Drygt hälften av landstingen (13 av 20) anger att de använder några standardiserade och prövade instrument vid utredning, bedömning och uppföljning.

Vilka instrument som används varierar dock avsevärt mellan landstingen. Vanligast är HADS, som används i sju landsting. Sex landsting använder IOI-HA, och fem använder THI. Flertalet instrument används dock endast i några enstaka landsting. Vilka instrument som används i respektive landsting framgår av tabellen nedan.

Nio landsting anger att det är tydligt uttalat, till exempel i interna styrdokument, vilka instrument som ska användas.

Tabell 22. Användning av standardiserade och prövade instrument

	Används några standardiserade och prövade instrument?	Om ja, vilka?	Är det tydligt uttalat att instrumenten ska användas?
Stockholm	Ja	IOI-HA, HAUQ, THI, HADS,	Ja
Uppsala	Ja	HAUQ, IOI-HA, TRQ, HADS, ISI, SWLS	Nej
Sörmland	Ja	GP	Nej
Östergötland	Ja	SSQ, IOI-HA, HAUQ, THI, HADS, GBI	Nej
Jönköping	Ja	IOI-HA, THI, TRQ, HADS, BDI-II, BAI och MADRAS (av psykolog). GP vid enstaka tillfällen.	Nej
Kronoberg	Nej	-	-
Kalmar	Nej	-	-
Gotland	Nej	-	-
Blekinge	Nej	-	-
Skåne	Ja	IOI-HA, THI, HADS, ICF-kartläggningsformulär, Tinnitusenkät, hörselrehabiliteringsenkät, Vad är ett bra liv, Rangordning vuxna, Kasambaserade frågor	Ja
Halland	Ja	IOI-HA, IF-mätning	Ja
Västra Götaland	Ja	APHAB, COSI, HHIE, CSS, IOI-HA, THI, HADS, NHP och TSQ	Ja
Värmland	Ja	HAUQ	Ja
Örebro	Ja	IOI-HA. Har tidigare arbetat med HAUQ och IPPA.	Ja
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja	IOI-CI, HADS, Besvärsgredning vid Tinnitus. Har också provat GP, HAUQ och COSI.	Ja
Gävleborg	Nej	-	-
Västernorrland	Nej	-	-
Jämtland	Nej	-	-
Västerbotten	Ja	COSI, IOI-HA, TRQ	Ja
Norrbottn	Ja	Egna behovsanalyser och egen uppföljning	Ja

Kommentarer

Det finns en stor variation mellan landstingen – både när det gäller om man över huvud taget använder några standardiserade och prövade instrument och vilka instrument som i så fall används.

Eftersom uppdragen och organisationen skiljer sig åt mellan landstingen är det viktigt att vara försiktig vid tolkningen av resultaten. Det är tänkbart att landsting där den basala hörselrehabiliteringen finns inom en annan organisation har utelämnat de instrument som används där (till exempel IOI-HA, HAUQ och GHABP). Det är också tänkbart att verksamheten som be-

svarat enkäten inte har rehabiliteringsansvaret för samtliga patientgrupper (till exempel personer med tinnitus eller cochleaimplantat), vilket gör att instrument som är utformade specifikt för dessa grupper inte anges.

Med detta sagt är det ändå anmärkningsvärt att det är så stora skillnader mellan landstingen. Det är också oroväckande att så många verksamheter anger att de inte över huvud taget använder några standardiserade och prövade instrument.

Förutsättningar för verksamhetsuppföljning

För att få veta vilken statistik landstingen kan få fram frågade vi om verksamheterna registrerar information om antalet personer som fått insatser, antalet gruppbesöksdeltagare samt antalet upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner.

Resultat från enkätundersökningen

Uppgifter om antal personer som får insatser från den fördjupade hörselrehabiliteringen

Samtliga landsting utom ett (Värmland) registrerar information om hur många personer som får insatser i ett IT-baserat verksamhetssystem. Flertalet landsting (15 av 19) anger också att informationen på ett enkelt sätt kan hämtas från systemet. Flera landsting kan dock inte särredovisa hur många som får tillgång till insatser utöver hörapparatutprovning, eftersom man inte har delat upp verksamheten i basal och fördjupad hörselrehabilitering.

Samtliga verksamheter som registrerar information om antalet personer som får tillgång till insatser anger att uppgifterna kan delas upp på ålder (yngre än 65 år respektive 65 år och äldre). Alla landsting utom ett registrerar informationen fördelad på kön. Knappt hälften av landstingen (7 av 18) registrerar dessutom information om antalet personer som får insatser, fördelat på olika diagnoser. Fem av dessa anger att uppgiften på ett enkelt sätt kan hämtas från det IT-baserade verksamhetssystemet.

Uppgifter om gruppbesöksdeltagare

Antalet gruppbesöksdeltagare registreras i 18 av 20 landsting. I ett landsting (Jönköping) registrerar man inte denna typ av information och ett landsting (Jämtland) har inte besvarat frågan. Dessutom anger ytterligare fyra landsting (Gotland, Kalmar, Uppsala och Västerbotten) att det är svårt att hämta uppgiften från det IT-baserade verksamhetssystemet. I några av dessa landsting går det att få fram informationen ur systemet, men det krävs relativt stora ansträngningar. Andra anger att uppgifterna endast kan tas fram manuellt.

Flertalet landsting registrerar information om gruppbesöksdeltagarnas kön och ålder, men mer än en tredjedel kan inte på ett enkelt sätt hämta informationen från systemet.

Uppgifter om upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner

Drygt hälften av landstingen (11 av 21) uppger att de registrerar habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Det är dock bara åtta landsting (Gotland,

Gävleborg, Halland, Jönköping, Kronoberg, Uppsala, Västra Götaland och Örebro) som anger att uppgifterna på ett enkelt sätt kan hämtas från det IT-baserade verksamhetssystemet. Knappt hälften av landstingen registrerar dessutom information om kön och ålder, men det är bara ett fåtal som kan hämta informationen ur systemet.

Deltagande i kvalitetsregister

I dagsläget finns två kvalitetsregister som berör rehabilitering för vuxna personer med hörselnedsättning: Grav hörselnedsättning hos vuxna och Hörselbrons kvalitetsregister. Registren beskrivs utförligare i avsnittet *Kvalitetsregister inom hörselområdet* på s. 14.

Mer än hälften av verksamheterna som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering (13 av 20) anger att de deltar i registret Grav hörselnedsättning hos vuxna. Ett landsting (Uppsala) anger att verksamheten med huvudansvar för den fördjupade hörselrehabiliteringen inte deltar i registret, men att sjukhusets ÖNH-klinik gör det. Sex landsting deltar inte alls i registret. Som förklaringar anges till exempel bristande information eller att den ÖNH-klinik som ansvarar för den första registreringen av patienter i registret har valt att inte delta.

Fem landsting anger att de deltar i Hörselbrons kvalitetsregister, som syftar till att ta reda på hur den enskilde upplever nyttan av sin hörapparat. Ytterligare ett landsting (Uppsala) kommer att ansluta sig till registret den 1 januari 2012.

Några landsting som inte deltar i Hörselbrons kvalitetsregister anger att detta beror på bristande information. Andra menar att kostnaderna för att delta i registret är alltför höga. Två landsting anger att det är möjligt att följa samma parametrar genom de egna uppföljningssystemen, och att de därför inte behöver delta i kvalitetsregistret.

Tabell 23. Deltagande i kvalitetsregister

Landsting	Deltar i Grav hörselnedsättning hos vuxna?	Deltar i Hörselbrons kvalitetsregister?
Stockholm	Ja	Ja
Uppsala	Nej, men andra verksamheter inom landstinget deltar	Ja
Sörmland	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Nej
Kronoberg	Ja	Nej
Kalmar	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Nej
Skåne	Nej, men verksamheten planerar att ansluta sig	Ja
Halland	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Nej
Värmland	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Nej
Västernorrland	Nej	Ja
Jämtland	Ja	Nej
Västerbotten	Nej	Nej
Norrbottn	Ja	Nej

Kommentarer

Även om de flesta verksamheterna registrerar information om till exempel antalet personer som fått insatser eller antalet gruppbesöksdeltagare är det många som inte på ett enkelt sätt kan hämta informationen ur det IT-baserade verksamhetssystemet. Nysam har under flera år försökt samla in denna typ av uppgifter, men har ännu inte publicerat några nyckeltal. Det beror antingen på att verksamheterna inte har kunnat ta fram de efterfrågade uppgifterna, eller på att uppgifterna inte har bedömts vara kvalitetssäkrade. För att kunna göra uppföljningar på nationell nivå måste uppgifterna registreras på ett likartat sätt, och gå att hämta från systemen.

Drygt hälften av landstingen deltar i kvalitetsregistret Grav hörselnedsättning för vuxna. För att öka täckningsgraden krävs det att fler hörselkliniker, som registrerar patienterna i registret, väljer att ansluta sig. Även täckningsgraden inom respektive landsting behöver öka. Många personer som tillhör registrets målgrupp besöker inte hörselklinikerna regelbundet, där registrering av patienter sker. I vissa landsting, till exempel i Värmland, har man samlat in uppgifter via enkäter och därigenom ökat täckningsgraden. Liknande metoder skulle sannolikt behövas även i andra landsting.

För att rehabiliteringsinsatserna ska följas upp på ett tillfredsställande sätt är det också angeläget att samverka mellan registrerande kliniker och verksamheterna som ansvarar för rehabiliteringsinsatserna utvecklas.

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

I sjukhusverksamheter är patientsäkerheten central i kvalitetsarbetet, men för verksamheter som arbetar med rehabilitering har patientsäkerheten en annan innebörd. Begrepp som ”vårdskador” kan upplevas som främmande, eftersom avvikelserna rör andra typer av händelser. I detta avsnitt redovisar vi om verksamheterna som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering tycker att avvikelshanteringssystemet är anpassat efter deras behov, vilken typ av avvikelser som de registrerar samt vilka rutiner de har för att återkoppla avvikelserna.

Avvikelsehantering

Varje vårdgivare måste ha ett system för avvikelshantering, enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Ett system för avvikelshantering består av rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt rutiner för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Från och med den 1 januari 2012 ersätts SOSFS 2005:12 med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Resultat från enkätundersökningen

System för avvikelshantering

Samtliga verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering uppger att de har ett system för avvikelshantering. En majoritet tycker dock att systemet inte är helt anpassat efter den typ av verksamhet som de bedriver. Åtta landsting menar att systemet bara i viss mån är anpassat, och fem menar att systemet inte alls är anpassat efter verksamhetens behov. Verksamheter som är kritiska menar att systemet är utformat efter sjukvårdsverksamheter, vilket gör att det ibland är svårt att använda för verksamheter som arbetar med rehabilitering.

Vilka avvikelser rapporteras?

Flertalet avvikelser som rapporteras tycks bero på brister i de administrativa rutinerna. Det kan till exempel handla om kallelser som har kommit fel eller om brister i remisshanteringen. Flera landsting har också rapporterat avvikelser som berör beställning och utnyttjande av språktolkar. Andra exempel på avvikelser gäller leverans av hjälpmedel eller enskilda personalärenden.

En fjärdedel av landstingen registrerade inte några avvikelser som berörde den fördjupade hörselrehabiliteringen under år 2010.

Rutiner för återkoppling av avvikelser

Samtliga landsting anger att det finns tydliga rutiner för hur avvikelser ska återkopplas till medarbetare inom den egna verksamheten. I 17 av 20 landsting menar man också att det finns tydliga rutiner för hur avvikelserna ska återkopplas till andra verksamheter, till exempel till de verksamheter som ansvarar för remittering av personer till fördjupad hörselrehabilitering.

Kommentarer

Många verksamheter tycker inte att avvikelshanteringssystemet är anpassat efter den egna verksamheten, och det kan bidra till att avvikelser inte registreras i den omfattning som skulle vara önskvärd. Flera landsting anger att de inte har rapporterat några avvikelser alls under det gångna året, vilket kan vara ett tecken på just detta. En systematisk avvikelserapportering är ett viktigt underlag för kvalitetsutveckling, och därför är detta ett viktigt utvecklingsområde för de verksamheter som arbetar med rehabiliteringsinsatser till personer med hörselnedsättning.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.

I detta avsnitt redovisar vi hur verksamheterna arbetar för att involvera den enskilde i rehabiliteringsplaneringen samt vilka metoder som används för att ta reda på enskilda individers erfarenheter och synpunkter. I avsnittet redovisas också hur verksamheterna upplever att samverkan med andra aktörer fungerar och i vilken omfattning det finns utarbetade samverkansdokument eller rutiner.

Den enskildes delaktighet i rehabiliteringsplaneringen

Landsting och kommuner ska ta fram en individuell plan för planerade och beslutade insatser för personer med funktionsnedsättning, enligt 3 b och 18 b § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Syftet med planen är att samordna de olika habiliterings-, rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser som den enskilde kan behöva. Planen ska tas fram i samverkan med den enskilde.

I *Nationella riktlinjer avseende re/habilitering för vuxna personer med hörselnedsättning*, som fastställts av styrelsen för Föreningen Sveriges Hörselchefer, ingår riktlinjer för rehabiliteringsplaneringen. I dokumentet står bland annat att rehabiliteringsplanen ska dokumenteras i den enskildes journal och att den enskilde ska få ett eget exemplar av planen.

Resultat från enkätundersökningen

Rutiner för delaktighet

En majoritet av verksamheterna som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering (18 av 20) har rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet i framtagandet av habiliterings- och rehabiliteringsplaner. I drygt hälften av

dessa landsting är rutinerna dokumenterade. Två landsting anger att det saknas rutiner.

Dokumentering av planer

Majoriteten av verksamheterna (15 av 20) anger att de rutinmässigt dokumenterar habiliterings-/rehabiliteringsplanerna i den enskildes journal. Två landsting dokumenterar planen i journalen ibland, men inte regelmässigt.

Tre landsting (Gotland, Kalmar och Västerbotten) dokumenterar för närvarande inte habiliterings- och rehabiliteringsplanerna i journalsystemet. Kalmar registrerar dock vissa sökord och Västerbotten kommer att börja dokumentera planerna i journalen under våren 2012. Nu dokumenteras de i ett separat verksamhetsregister.

Den enskildes tillgång till planen

Knappt hälften av landstingen (9 av 20) anger att den enskilde rutinmässigt får tillgång till sin habiliterings-/rehabiliteringsplan. I sex landsting förekommer det att den enskilde får tillgång till planen, men inte rutinmässigt. I fyra landsting sker det inte alls.

Tabell 24. Habiliterings- och rehabiliteringsplaner

	Finns rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet?	Dokumenteras planen i den enskildes journal?	Får den enskilde ett eget exemplar av planen?
Stockholm	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Uppsala	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Sörmland	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Östergötland	Nej	Ja, rutinmässigt	Nej
Jönköping	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Kronoberg	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Kalmar	Ja, ej dokumenterade	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Ja, ej dokumenterade	Ja, ej rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Skåne	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Halland	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Västra Götaland	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Värmland	Ja, ej dokumenterade	Ja, ej rutinmässigt	Nej
Örebro	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Gävleborg	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, ej rutinmässigt
Västernorrland	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt
Jämtland	Ja, ej dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Svar saknas
Västerbotten	Ja, dokumenterade	Nej	Ja, rutinmässigt
Norrbottn	Ja, dokumenterade	Ja, rutinmässigt	Ja, rutinmässigt

Kommentarer

Flera verksamheter som inte delar ut habiliterings-/rehabiliteringsplaner menar att planerna inte efterfrågas av den enskilde. Man kan dock fundera över om det verkligen är den enskilde som ska ta detta initiativ. Det förefaller rimligare att den enskilde alltid får möjlighet att ta del av planen och sedan kan tacka nej till det. Verksamheterna behöver alltså utveckla rutiner för detta.

Bristen på dokumenterade rutiner för rehabiliteringsplaneringen kan i värsta fall leda till att enskilda individer inte får tillgång till den samordnade rehabilitering som de har behov av. På flera håll i landet pågår dock förbättringsarbeten, både för att ta fram riktlinjer för själva rehabiliteringsplaneringen och för att öka registreringen av upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Många landstingsledning har också börjat ställa krav på att verksamheterna ska kunna redovisa antalet upprättade planer. I vissa fall är en del av den målrelaterade ersättningen kopplad till detta kvalitetsmål.

En samordnad rehabiliteringsprocess

En väl fungerande samordning mellan enskilda yrkesutövare, mellan olika verksamheter samt mellan olika organisationer är viktig för att rehabiliteringen ska fungera för den enskilde.

Samordningen är särskilt central för personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. År 2007 tog Socialstyrelsen fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, vilka reviderades året därpå (SOSFS 2008:20). Det centrala i föreskrifterna är kravet på att kommuner och landsting ska ta fram gemensamma rutiner för samordning av enskilda personers habiliterings- och rehabiliteringsinsatser. Den som bedöms ha behov av samordning ska erbjudas en namngiven person, som får ett ansvar för att samordna insatserna.

En viktig samverkanspart är de kommunala hörselinstruktörer, som finns i vissa av landets kommuner. Hörselinstruktörerna är anställda av kommunen för att arbeta med informations- och stödinsatser till framför allt äldre personer med hörselnedsättning. I en del kommuner arbetar dessa personer med insatser till både personer med syn- och hörselnedsättning, vilket gör att de där benämns syn- och hörselinstruktörer.

Resultat från enkätundersökningen

Samverkan med andra landstingsverksamheter

I hälften av landstingen (10 av 20) finns det dokument som beskriver vårdkedjan för personer i behov av fördjupad hörselrehabilitering. I ytterligare fem landsting pågår arbetet med att ta fram sådana.

Flera landsting som anger att de har vårdkedjedokument påpekar dock att dessa enbart berör en begränsad del av verksamheten eller vissa specifika grupper. Det kan till exempel handla om personer med tinnitus, dövblindhet eller cochleaimplantat. I några av landstingen håller man för närvarande på ta fram dokument även för andra grupper.

Tabell 25. Tillgång till vårdkedjedokument

	Finns dokument som beskriver vårdkedjan för personer i behov av fördjupad hörselrehabilitering?
Stockholm	Nej
Uppsala	Under framtagande
Sörmland	Under framtagande
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Under framtagande
Gotland	Nej
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Under framtagande
Örebro	Under framtagande
Västmanland	Svar saknas
Dalarna	Under framtagande
Gävleborg	Nej
Västernorrland	Nej
Jämtland	Nej
Västerbotten	Under framtagande
Norrbotten	Ja

Majoriteten av de verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering anger att de skulle behöva utveckla samverkan med andra aktörer inom landstinget. I fyra landsting (Halland, Kalmar, Värmland och Östergötland) ser dock verksamheten inte något behov av utvecklad samverkan.

I flera landsting där rehabiliteringsverksamheten ligger organisatoriskt åtskild från den övriga hörselvården framhåller man att samverkan med sjukhusets ÖNH-klinik eller motsvarande skulle behöva utvecklas. Det är också många som vill samarbeta mer med logopeder, sjukgymnaster och psykologer, det vill säga kompetenser som ofta saknas inom den egna rehabiliteringsverksamheten (se avsnittet *Personalkompetens och rehabiliteringsutbud*).

När det gäller insatser till personer med en kombination av syn- och hörselnedsättning anser många verksamheter att det behövs en utökad samverkan, framför allt med landstingens syncentraler. Personer med dövblindhet upplevs vara en utsatt grupp, där det inte finns tillräcklig kompetens.

Andra aktörer som nämns är habiliteringsverksamheter, primärvård och geriatrik.

Samverkan med kommunerna

De flesta verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering anger att deras landsting, tillsammans med berörda kommuner, har utarbetat samordningsrutiner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det är dock bara två landsting (Halland och Västra Götaland) som har tagit fram samordningsrutiner som specifikt berör personer med hörselnedsättning.

Samtliga landsting utom två (Jämtland och Sörmland) anger att det finns hörselinstruktörer eller kombinerade syn- och hörselinstruktörer i åtminstone en kommun i länet. Men det är bara i tre av landstingen (Dalarna, Gotland och Örebro) som det finns skriftliga avtal eller överenskommelser med de kommunala instruktörerna. I Västerbotten håller man för närvarande på ta fram ett avtal som berör instruktörerna i några av länets kommuner.

Trots bristen på skriftliga dokument svarar nästan samtliga verksamheter att samverkan fungerar bra. Flera framhåller att instruktörerna är en viktig resurs, som dessvärre inte finns i alla kommuner. Några verksamheter anger dock att samverkan skulle behöva utvecklas, till exempel genom utökade utbildnings- och informationsinsatser.

Kommentarer

Ungefär hälften av landstingen saknar dokument som beskriver vårdkedjan för personer med hörselnedsättning. Det är dock positivt att det i flera landsting pågår arbete med att ta fram sådana dokument. Särskilt i landsting där många olika verksamheter ger insatser till personer med hörselnedsättning är det viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen och öka samverkan mellan verksamheterna.

Även när det gäller kommunerna kan det finnas anledning att se över samverkansformerna. Särskilt när det gäller grupper med mer komplexa behov, som till exempel personer med dövblindhet, är det angeläget att det finns väl fungerande rutiner för samverkan.

Metoder för att fånga upp enskilda individers uppfattning om verksamheten

Ett sätt att ta reda på enskilda individers och deras närståendes uppfattning om verksamheten är att genomföra regelbundna brukarundersökningar. Med brukarundersökning avses här en kartläggning i form av enkäter, strukturerade intervjuer eller fokusgrupper, med syfte att fånga den enskildes uppfattning om verksamheten. Regelbundna möten med berörda intresseorganisationer bidrar också till att identifiera förbättringsområden.

Resultat från enkätundersökningen

Metoder för brukarundersökningar

16 av 20 verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering har under de senaste två åren gjort en brukarundersökning. Flera verksamheter påpekar dock att undersökningen inte har omfattat samtliga personer som får insatser via den fördjupade hörselrehabiliteringen. I stället har den varit riktad till grupper med en specifik diagnos eller som fått en viss insats.

Samtliga landsting utom ett (Dalarna) har använt sig av enkäter. I Dalarna har man i stället samlat in information genom strukturerade intervjuer och fokusgrupper. Dessa metoder har också använts i några av de andra landstingen, som ett komplement till enkätundersökningarna.

Tabell 26. Metoder för brukarundersökningar

	Brukarundersökning under de senaste 24 månaderna?	Om ja, vilken eller vilka metoder har använts?			
		Enkätundersökning	Strukturerade intervjuer	Fokusgrupper	Annan metod
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	-	-	-	-
Blekinge	Nej	-	-	-	-
Skåne	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Värmland	Nej	-	-	-	-
Örebro	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Nej	-	-	-	-
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Norrbottn	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej

Tillgänglighetsanpassning av enkäter

Några verksamheter har tillgänglighetsanpassat enkäten. I tre landsting (Skåne, Stockholm och Uppsala) går det att få enkäten i elektronisk form, och i fyra landsting (Halland, Kronoberg, Uppsala och Örebro) är enkäten tillgänglig i stor stil. I Kronoberg har man kompletterat enkätfrågorna med bilder, för att underlätta vid kognitiva funktionsnedsättningar.

Ett landsting anger att man inte fått göra några tillgänglighetsanpassningar, trots att man uttryckt önskemål om detta. Skälet var att enkäten skulle se enhetlig ut.

Inte i något landsting finns enkäten tillgänglig på andra språk än svenska.

Åtgärder med anledning av brukarundersökningar

Drygt hälften av de verksamheter som gjort brukarundersökningar ger exempel på åtgärder som de har vidtagit med anledning av resultaten. Flera verksamheter har fått kritik när det gäller öppettider och bristande telefon-tillgänglighet, och har därför vidtagit åtgärder för att förbättra detta. Några verksamheter anger att resultaten från undersökningarna har lett till ett förändrat upplägg av vissa gruppverksamheter.

Flera verksamheter anger att de inte har vidtagit några åtgärder, eftersom resultaten från undersökningarna har varit så pass positiva.

Samverkan med intresseorganisationerna

Samtliga verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering anger att de har regelbundna möten med representanter för berörda intresseorganisationer, det vill säga minst två möten per år.

Många verksamheter samverkar med organisationerna även på andra sätt. I en dryg tredjedel av landstingen medverkar representanter från föreningarna i verksamhetens informationsinsatser till nya brukare. I tre landsting (Dalarna, Skåne och Västra Götaland) deltar representanter från föreningarna regelbundet i pågående utvecklingsprojekt.

Åtta landsting anger att samverkan med organisationerna sker på annat sätt. Ett exempel på detta kan vara att man gemensamt anordnar studiecirklar eller andra gruppverksamheter. Vissa landsting har också en nära samverkan med organisationerna vid till exempel utarbetandet av hjälpmedelsanvisningar. I ett landsting (Västra Götaland) utbildar verksamheten och Hörselskadades Riksförbund tillsammans så kallade hörselhjälpare, som ska fungera som en länk mellan brukare och verksamhet.

Kommentarer

Det är positivt att de flesta verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering genomför regelbundna brukarundersökningar. Flera verksamheter påpekar dock att enkäten som används omfattar hela landstinget, vilket gör att frågorna inte alltid är anpassade efter rehabiliteringsverksamhetens behov. Det finns också exempel på landsting där man inte har tillåtit göra några tillgänglighetsanpassningar, med motiveringen att enkäten ska se enhetlig ut. Eftersom många personer med hörselnedsättning är äldre är det inte ovanligt att de även har problem med synen. Därför skulle det vara bra om enkäterna var tillgängliga i exempelvis stor stil. Det är också en brist att inte något av landstingen har översatt enkäten till andra språk.

Många verksamheter har inte vidtagit några åtgärder utifrån resultaten från brukarundersökningarna, eftersom resultaten är så pass positiva. De positiva resultaten kan naturligtvis bero på att verksamheten fungerar bra, men de skulle också kunna tyda på att de metoder som används inte fångar upp kritiska synpunkter på ett tillräckligt effektivt sätt.

Det är positivt att samtliga verksamheter har regelbundna möten med berörda intresseorganisationer, och att många samverkar med organisationerna även på andra sätt.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.

I detta avsnitt redovisas vilka krav på väntetider som gäller verksamheter med ansvar för fördjupad hörselrehabilitering samt hur förutsättningarna för att följa upp väntetider ser ut.

Väntetider

Verksamheter som arbetar med rehabiliteringsinsatser omfattas av den nationella vårdgarantin. Hjälpmedelsförsörjning ingår generellt sett inte i garantin, men utprovning av hörapparater är ett undantag. Många verksamheter som arbetar med fördjupade rehabiliteringsinsatser till personer med hörselnedsättning registrerar dock inte sina väntetider i den nationella väntetidsdatabasen *Väntetider i vården*.

Resultat från enkätundersökningen

Landstingens krav på väntetider

Drygt hälften av verksamheterna (11 av 20) anger att väntetiden till ett första besök får vara högst 90 dagar, och att detta är ett uttalat krav. Det innebär att de följer kraven i den nationella vårdgarantin. I sju landsting (Gävleborg, Halland, Jönköping, Norrbotten, Skåne, Värmland och Örebro) har landstinget beslutat att skärpa tidsgränsen till 60 dagar. I två landsting (Östergötland och Kalmar) anger verksamheten att det inte är några väntetider till den fördjupade hörselrehabiliteringen, och att de därför inte heller följer upp väntetiderna.

Verksamheten i Västra Götaland anger att kraven på väntetider varierar beroende på målgrupp.

Tabell 27. Krav på maximal väntetid till ett första besök inom den fördjupade hörselrehabiliteringen

	90 dagar	60 dagar	Annat
Stockholm	Ja		
Uppsala	Ja		
Sörmland	Ja		
Östergötland			Vi har inga väntetider till den fördjupade hörselrehabiliteringen, och därför inte heller någon uppföljning av väntetiderna.
Jönköping		Ja	
Kronoberg	Ja		
Kalmar			Finns ej väntetider, kallas omgående
Gotland	Ja		
Blekinge	Ja		
Skåne		Ja	
Halland		Ja	

Västra Götaland	Ja		
Värmland		Ja	
Örebro		Ja	
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja		
Gävleborg		Ja	
Västernorrland	Ja		
Jämtland	Ja		
Västerbotten	Ja		
Norrbottn		Ja	

Redovisning av väntetider

I enkäten uppmanades verksamheterna att ange hur stor andel av de vuxna brukarna som väntade till ett första besök, som hade väntat längre än 90 dagar. Uppgiften skulle baseras på förhållandena den 31 maj 2011.

Knappt hälften av landstingen (8 av 20) anger att de kan lämna uppgifter om andelen som väntat längre än 90 dagar vid den aktuella tidpunkten. De landsting som inte kunde göra det har olika skäl till detta. Några säger att det inte går att få fram uppgifter ur det patientadministrativa systemet, utan att väntetiderna i stället bevakas manuellt. Det gör att det är svårt att få fram uppgifter för en tidpunkt som redan har passerat. Även i landsting där väntetiderna registreras i systemet kan det vara problematiskt att få fram uppgifterna i efterhand. Några landsting anger också att väntetider endast redovisas vid bestämda tidpunkter, till exempel kvartalsvis. Vissa landsting säger att de inte kan få fram uppgifterna, eftersom väntetider till barn respektive vuxna inte särredovisas. Andra anger att de inte följer väntetider till andra rehabiliteringsinsatser än hörapparatutprovning.

Även bland de landsting som har lämnat in uppgifter om väntetider är det några som anger att väntetiderna gäller hörapparatutprovning och inte andra rehabiliteringsinsatser.

Många landsting saknar alltså möjlighet att ta fram de efterfrågade uppgifterna. Det är också osäkert om de uppgifter som vi har fått in verkligen är kvalitetssäkrade. Detta gör att vi inte redovisar några väntetider i denna rapport.

Kommentarer

Det finns påtagliga svårigheter att följa upp väntetiderna till fördjupad hörselrehabilitering. Detta beror delvis på att det finns brister i rutinerna för väntetidsrapportering. Det är också svårt att särskilja väntetider till hörapparatutprovning från väntetider till andra rehabiliteringsinsatser. För att möjliggöra nationella jämförelser av väntetider till hörselrehabilitering, utöver hörapparatutprovning, måste gemensamma system för väntetidsrapportering utvecklas.

Diskussion och slutsatser

Identifierade utvecklingsområden

Kartläggningen visar att det finns många områden som skulle behöva utvecklas. Flera av dessa är gemensamma för de verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning.

Verksamheterna behöver en ökad styrning och ledning

Det är viktigt att det finns styrdokument som beskriver verksamheternas uppdrag och målsättningar. Ett tydligt uppdrag gör att personalen får en gemensam målbild och kännedom om vad ledningen förväntar sig att verksamheten ska uppnå.

I många landsting saknas idag avtal eller överenskommelser. Ungefär en tredjedel av alla verksamheter inom synområdet saknar sådana styrdokument, och inom hörselområdet är det nästan hälften som gör det. Endast i ett fåtal landsting styrs verksamheterna med någon form av ekonomiska incitament.

I många landsting saknas också riktlinjer för prioriteringar. När prioriteringsdokument finns är dessa sällan politiskt förankrade.

Även om det finns exempel på verksamheter som regleras genom tydliga styrdokument skulle många verksamheter behöva ett mer preciserat uppdrag.

Eftersatta rehabiliteringsbehov och bristkompetenser behöver uppmärksammas

Verksamheterna anser att det finns områden där de helt kan tillgodose brukarnas rehabiliteringsbehov, men att det även finns områden där de inte kan det. De flesta bedömer att behoven av information är relativt väl tillgodosedda – både om syn- respektive hörselnedsättningen och om dess konsekvenser i vardagslivet. Även när det gäller tillgången till hjälpmedel menar man att behoven åtminstone till stora delar kan tillgodoses. Däremot anser syncentralerna att det finns brister när det gäller exempelvis ADL-träning, fysisk aktivitet, psykologinsatser och anhörigstöd. Inom hörselområdet anser man framför allt att det är svårt att tillgodose behoven av röst- och talvård och fysisk aktivitet.

Att ovanstående behov inte kan tillgodoses tycks bero på att rehabiliteringsverksamheterna har för liten tillgång till vissa personalkategorier, som logopeder, psykologer och sjukgymnaster. Många landsting skulle behöva se över vilka kompetenser de saknar samt utreda om verksamheternas organisation och arbetssätt skulle behöva förändras för att de bättre ska kunna tillgodose de rehabiliteringsbehov som nu är eftersatta.

I sammanhanget ska nämnas att vi inte har haft möjlighet att på ett systematiskt sätt fråga personer med syn- respektive hörselnedsättning om deras

uppfattning. Det är tänkbart att de skulle välja att lyfta fram andra eftersatta rehabiliteringsbehov.

Fler borde använda standardiserade och prövade bedömnings- och uppföljningsinstrument

En väl genomförd utredning, kartläggning och bedömning utgör grunden för all rehabilitering. Inom både syn- och hörselområdet finns det flera instrument som kan användas i dessa sammanhang och som har vetenskapligt stöd.

De flesta verksamheter anger att de använder åtminstone något instrument som är standardiserat och vetenskapligt prövat. Det är dock anmärkningsvärt att flera verksamheter – framför allt inom hörselområdet – anger att de inte över huvud taget använder några sådana instrument.

I en majoritet av verksamheterna är det inte uttalat vilka instrument som ska användas, till exempel i interna styrdokument.

Alla verksamheter som arbetar med rehabiliteringsinsatser borde använda sig av de standardiserade och prövade instrument som finns. Inom synområdet pågår det utbildningssatsningar på flera håll i landet, för att öka personalens kunskap om instrumenten. Detta innebär förhoppningsvis att användningen av instrumenten kommer att öka framöver.

Arbetet med avvikelserapportering behöver utvecklas

Alla verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning har tillgång till ett system för avvikelshantering. Trots detta tycks det inte som att avvikelser registreras i den omfattning som skulle vara önskvärd. Detta kan åtminstone delvis bero på att systemen upplevs vara svåra att använda, eftersom de är utformade utifrån sjukvårdsverksamheter. Det kan också bero på att verksamheterna inte traditionellt tänker i termer av avvikelser när arbetet inte fungerar som förväntat.

En systematisk avvikelserapportering är ett viktigt underlag för kontinuerlig kvalitetsutveckling och för patientsäkerhet. Därför skulle många rehabiliteringsverksamheter behöva arbeta mer aktivt med detta område.

Rehabiliteringsplaneringen behöver tydligare rutiner

Det är reglerat i hälso- och sjukvårdslagen att rehabiliteringen ska planeras i samverkan med den enskilde. Trots detta är det inte alla verksamheter som har rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet i framtagandet av habiliterings-/rehabiliteringsplanen. Även när det finns rutiner är dessa inte alltid dokumenterade.

På många håll saknas också rutiner för att dokumentera planerna i den enskildes journal.

Mer än hälften av landstingen saknar rutiner som gör att den enskilde regelmässigt får tillgång till ett eget exemplar av rehabiliteringsplanen. Flera verksamheter som inte delar ut rehabiliteringsplaner menar att de inte är efterfrågade. Utifrån ett brukarperspektiv är det dock oerhört viktigt att den

enskilde får ta del av den egna planeringen, utan att aktivt behöva fråga efter det.

Bristen på rutiner för rehabiliteringsplaneringen kan leda till att enskilda individer inte får tillgång till den samordnade rehabilitering som de har behov av. På flera håll i landet pågår dock förbättringsarbeten – både för att ta fram riktlinjer för rehabiliteringsplaneringen och för att öka registreringen av upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Många landstingsledningar har också börjat ställa krav på att verksamheten ska kunna redovisa antalet upprättade planer, och i några fall är en del av den målrelaterade ersättningen kopplad till detta kvalitetsmål.

Samverkan kan förbättras – särskilt för vissa grupper

I många landsting saknas dokument som beskriver vårdkedjan för personer med syn- respektive hörselnedsättning. Framför allt när det gäller personer som inte tillhör verksamheternas traditionella målgrupper skulle det behövas en tydligare ansvarsfördelning och en ökad samverkan mellan berörda aktörer. Det kan till exempel handla om personer med stroke och andra förvärvade hjärnskador eller personer med en kombination av flera funktionsnedsättningar. Vidare skulle primärvårdens roll när det gäller rehabilitering för personer med lättare syn- respektive hörselnedsättningar behöva diskuteras och tydliggöras.

Även när det gäller kommunerna finns det anledning att se över samverkansformerna. Särskilt när det gäller grupper med mer komplexa behov, som till exempel personer med dövblindhet, är det angeläget att det finns väl fungerande rutiner för samverkan.

Metoder för att fånga upp enskilda individers uppfattning om verksamheten behöver utvecklas

Kartläggningen visar att flera verksamheter inte genomför regelbundna undersökningar för att ta reda på enskilda individers uppfattning om hur verksamheten fungerar. Särskilt inom synområdet är det många landsting som inte har gjort någon sådan undersökning under de senaste två åren. En bidragande orsak till detta kan vara att några syncentraler deltar i ett utvecklingsarbete tillsammans med Indikator (Institutet för kvalitetsindikatorer), med syfte att utarbeta en gemensam enkät.

Bland de verksamheter som genomför regelbundna enkätundersökningar gör de flesta åtminstone någon form av tillgänglighetsanpassning av enkäten, för att öka den enskildes möjlighet att självständigt besvara den. Detta är angeläget, eftersom enkäter inte bör besvaras med hjälp av personal som den enskilde står i beroendeställning till. Flera verksamheter har dock påpekat att svarsfrekvensen inte är tillräckligt hög, vilket talar för att ytterligare tillgänglighetsanpassningar skulle behövas.

Varken inom syn- eller hörselområdet används enkäter översatta till andra språk. Flera verksamheter har påtalat att de har svårt att tillgodose behoven hos personer som inte behärskar svenska språket, och därför skulle det vara särskilt angeläget att hitta sätt att samla in synpunkter från dem.

Många verksamheter har inte vidtagit några åtgärder utifrån resultaten från undersökningarna, eftersom resultaten är så pass positiva. Det kan naturligtvis bero på att verksamheten fungerar bra, men det skulle också kunna vara ett tecken på att undersökningarna inte fångar upp eventuell kritik. Detta talar i så fall för att man i större utsträckning borde använda sig av andra metoder än enbart enkätundersökningar för att samla in information om enskilda individers uppfattning om verksamheten.

Det krävs bättre uppföljning av väntetider

Många landsting har svårt att redovisa väntetider till rehabiliteringsverksamheterna. Detta beror åtminstone delvis på att det inte finns rutiner och administrativa system som gör det möjligt att regelbundet följa upp väntetider. Det är anmärkningsvärt att flera landsting endast bevakar väntetider manuellt. För att möjliggöra nationella jämförelser av väntetider krävs det att gemensamma eller likartade system för väntetidsrapportering utvecklas.

Är rehabiliteringen av personer med syn- eller hörselnedsättning jämlik?

Resultaten tyder på att det finns omfattande geografiska skillnader när det gäller rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning.

Både när det gäller avgifter för besök och vissa hjälpmedel varierar regelverken avsevärt mellan landstingen. I alla landsting utom fyra betalas en avgift vid besök till syncentralen, och beloppet varierar. Även avgifterna för vanliga hjälpmedel (förstorande videosystem och DAISY) skiljer sig åt mellan landstingen.

När det gäller hörselområdet har Hörselskadades Riksförbund (HRF) under flera år samlat in uppgifter om patientens kostnader vid utprovning av hörapparat, inklusive besöksavgifter. Vi har därför valt att inte själva samla in några uppgifter om detta. HRF:s kartläggning från mars 2011 visar att det finns mycket stora variationer i landet – både när det gäller vilken typ av avgift som tas ut och hur stor avgiften är. Skillnaderna inom hörselområdet har bland annat uppmärksammats inom SKL:s så kallade harmoniseringsarbete.

Ur ett jämlikhetsperspektiv är skillnaderna i avgifter inte acceptabla. Tidigare kartläggningar från Socialstyrelsen [16] visar också att personer med funktionsnedsättning har en lägre disponibel inkomst och oftare är i behov av ekonomiskt bistånd än andra. I juni 2011 tillsatte regeringen en särskild utredning, med uppdrag att se över avgiftsstrukturen för bland annat hälso- och sjukvård, läkemedel och äldre- och handikappomsorg. En utgångspunkt för utredningen är att de som har det sämst ställt ekonomiskt eller är mest i behov av vård eller omsorg inte ska behöva avstå från vård på grund av höga kostnader.

Det finns också skillnader när det gäller vilka personalkategorier verksamheten har tillgång till. I vissa landsting finns i stort sett alla rehabiliteringskompetenser tillgängliga – antingen inom verksamheten eller via konsultationer. Andra landsting har bara tillgång till ett fåtal personalkategorier. Även om tillgången till olika kompetenser naturligtvis påverkas av lands-

tingets storlek, innebär det att möjligheten att ta del av olika rehabiliteringsinsatser varierar i landet.

Vidare finns det stora skillnader när det till exempel gäller användningen av standardiserade och prövade instrument vid bedömning, utredning och uppföljning. Även tillgången till styrdokument och dokumenterade rutiner, som till exempel anger riktlinjer för rehabiliteringsplaneringen, varierar i landet.

Andra jämlikhetsaspekter, som till exempel kön, ålder och socioekonomi, har inte varit möjliga att studera. Det beror på att de data som krävs för att göra den typen av jämförelser saknas.

Vad krävs för att möjliggöra framtida uppföljningar?

Bristen på kunskapsunderlag, gemensamma begrepp och definitioner samt tillgängliga datakällor gör att det saknas förutsättningar för att göra mer fullständiga jämförelser på nationell nivå. För att kunna göra nationella uppföljningar i framtiden krävs det därför en fortsatt utveckling inom dessa områden.

Fortsatt utveckling av evidensbaserad kunskap

Kunskapen om vilka metoder som har effekt är relativt begränsad när det gäller rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning. Även jämfört med andra rehabiliteringsområden tycks forsknings- och utvecklingsarbetet vara eftersatt. En kartläggning som genomförts i Skåne [17] visar till exempel att den rehabilitering som ges utanför synområdet oftare tar avstamp i vetenskapliga teorier eller utgår från rehabiliteringsprogram än den rehabilitering som ges inom synområdet.

Från verksamheternas sida har man vid flera tillfällen framfört önskemål om att Socialstyrelsen ska ta fram styrdokument i form av nationella riktlinjer. I dagsläget bedömer vi att detta inte är möjligt, då kunskapen om vilka metoder som har effekt är så pass begränsad. För att på sikt kunna ta fram nationella styrdokument krävs ett fortsatt arbete med forskning och utveckling inom området.

Gemensamma begrepp och definitioner

För att kunna följa upp och jämföra rehabiliteringsinsatser behöver man också en gemensam terminologi, och det saknas i dag. Den bristen har konstaterats i tidigare kartläggningar av både syn- och hörselområdet, men problemet tycks kvarstå.

Socialstyrelsen fick i juni 2011 ett nationellt samordningsansvar för att leda och samordna arbetet med en ändamålsenlig och strukturerad information inom vård och omsorg. Det nya uppdraget innebär att Socialstyrelsen kan spela en mer aktiv roll i arbetet med att utveckla gemensamma begrepp och definitioner.

Även det utvecklingsarbete som bedrivs inom ramen för Nysam samt utvecklingen av kvalitetsregister kan på sikt förväntas bidra till en mer enhetlig terminologi.

Utveckling av datakällor

För att kunna jämföra landstingens rehabiliteringsinsatser behövs det bättre datakällor. Inom hörselområdet finns det redan flera kvalitetsregister, och inom synområdet finns det konkreta planer på att bygga upp ett register som omfattar rehabilitering. För att data från kvalitetsregistren ska kunna användas i nationella jämförelser krävs det dock att fler landsting deltar i registren och att täckningsgraden inom respektive landsting ökar.

Verksamheterna behöver också utveckla bättre och likartade system för verksamhetsuppföljning. Många verksamheter registrerar visserligen uppgifter, men det går inte alltid att hämta dem från IT-systemen.

Många landsting registrerar inte uppgifter som berör kvaliteten i verksamheten, till exempel information om upprättade habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Även när det gäller väntetider tycks det finnas brister i uppföljningsrutinerna.

Det skulle också behöva utvecklas gemensamma sätt att mäta de enskildas upplevelser av rehabiliteringsinsatserna. För närvarande pågår flera utvecklingsarbeten som berör detta område. Nysams utvecklingsgrupper – både inom syn- och hörselområdet – håller på ta fram ett gemensamt uppföljningsformulär, som ska användas på individnivå. Några landsting håller också på att utarbeta en gemensam enkät för rehabiliteringsverksamheterna, i samarbete med Indikator.

Varaktiga strukturer för kvalitetsutvecklingsarbete

Både inom syn- och hörselområdet möts landstingen i olika sammanhang för att bland annat diskutera kvalitetsfrågor. Ett exempel är utvecklingsgrupperna i Nysam, där drygt hälften av landstingen deltar. Även i samband med utvecklingen av kvalitetsregistren förs diskussioner om hur kvaliteten i verksamheten kan mätas och utvecklas. Ansvariga chefer för rehabiliteringsverksamheterna träffas också regelbundet för att diskutera olika verksamhets- och utvecklingsfrågor.

För att få en kunskapsbaserad verksamhet kan det dock finnas behov av ytterligare forum, där man kan diskutera kvalitetsfrågor och sprida kunskap mellan verksamheterna.

Antalet personer som arbetar med rehabiliteringsinsatser till personer med syn- respektive hörselnedsättning är relativt begränsat. För att det gemensamma utvecklingsarbetet inte ska vara beroende av engagemanget hos enskilda individer är det viktigt att det finns varaktiga strukturer för kvalitetsutvecklingsarbete.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Habilitering och rehabilitering. Förutsättningar för uppföljning. Socialstyrelsen; 2010.
2. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hörapparat för vuxna – nytta och kostnader. SBU; april 2003. Rapport nr 164.
3. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård. Publicerad juni 2008 på www.tillgangligvard.nu.
4. Swedish Standards Institute (SIS). Tjänster vid utprovning av hörapparater. Mars 2011. Svensk standard SS-EN 15927:2010.
5. Ringdahl A, Abrahamsson R, Blomberg B, Karlsson O, Linstam E, Milioris G-B. Kvalitetssäkring av hörselrehabiliteringen i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering 1999:03.
6. Lutteman B. Kartläggning av rehabiliteringsinsatser på syncentralerna i Sverige. Hjälpmedelsinstitutet; 2001. Stimulansbidrag för kompetensutveckling inom hjälpmedelsverksamheten, rapport nr 225.
7. Brundell S. Statistik från syncentraler 2006. Hjälpmedelsinstitutet; 2008.
8. Gustafsson, L. SKL:s statistikuppdrag till Hjälpmedelsinstitutet. Slutrapport. Statistik om hjälpmedel, 2008-2010. Hjälpmedelsinstitutet; 2010.
9. Hjälpmedelsinstitutet. Statistik – antalet förskrivna hörapparater ökar. Hämtad 2011-11-24 från <http://www.hi.se/sv-se/Arbetsomraden/Statistik>
10. Nysam. Nyckeltal 2010. Rapport Syncentraler. Nysam; juni 2011.
11. Sköld B. Öppen jämförelse av rehabilitering för personer med synskada. Synskadades Riksförbund (SRF). Publicerad 2008 på www.srf.nu
12. Perstrand L, Wolf M. TSS inom hörselvården. Redovisning av enkätundersökning 2006. Vuxendöva i Sverige (VIS); 2007.
13. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning (ICD-10-SE), Socialstyrelsen; 2010.
14. Hörselskadades Riksförbund. John Wayne bor inte här. Om hörselskadade och hörselvården i Sverige. Hörselskadades Riksförbund; 2009. Årsrapport 2009.
15. Berndtsson I, Kroksmark U. Kunskapsutveckling inom synområdet. Hjälpmedelsinstitutet; 2008.
16. Socialstyrelsen. Inkomster och utgifter för vissa personer 20-64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK. Socialstyrelsen; 2010.
17. Bergström B, Daag P, Lindén L, Löfgren I, Tufvesson I. Rehabiliteringsprocessen i fokus – en inventering av arbetssätt och metoder för personer med grav synskada. Forsknings- och utvecklingsenheten, Habilitering och Hjälpmedel, Region Skåne; 2010. Bulletin Nr 2/2010.

Bilaga 1. Synenkäten

Habiliterings- och rehabiliteringsinsatser till vuxna personer med synnedsättning

Praktiska anvisningar för att besvara enkäten

Hantera den elektroniska enkäten så här:

- Spara enkäten i din dator. Namnge enkäten med syncentralens namn.
- Fyll i enkäten i de gråmarkerade fälten (klicka dig fram med musen eller tabtangenten). Undvik semikolon när du skriver in text.
- Spara den ifyllda enkäten och skicka den med e-post till: synrehab@socialstyrelsen.se senast fredagen den 2 september 2011.

Fylls i av den som besvarar enkäten

Landsting eller motsvarande:	
Syncentral eller motsvarande:	
Namn på ansvarig för ifyllandet av enkäten:	
Befattning:	
Telefon:	E-post:

Syfte med enkäten

Socialstyrelsen genomför denna enkät för att få information om hur landstingen arbetar med habiliterings- och rehabiliteringsinsatser till vuxna personer med synnedsättning. Insatserna kan beröra exempelvis personer med uttalad synnedsättning, blindhet och dövblindhet. Med vuxna avses här personer äldre än 19 år.

Enkäten riktar sig till verksamheter med ansvar för landstingets synhabilitering/-rehabilitering (i många landsting kallade syncentraler). Om det finns flera syncentraler eller motsvarande i ett landsting/region kan dessa välja att lämna ett gemensamt svar. Eventuella skillnader mellan verksamheterna påpekas i så fall i kommentarfältet under respektive fråga. Ange tydligt vilken eller vilka verksamheter som enkätsvaret omfattar.

Av praktiska skäl används i denna enkät fortsättningsvis begreppet "syncentral" som benämning på verksamheter med ansvar för synhabilitering/synrehabilitering. Vidare används begreppet "synrehabilitering", trots att även insatser till vuxna personer med medfödd synnedsättning omfattas (habiliteringsinsatser).

Om inget annat anges gäller frågorna förhållanden då enkäten besvaras.

Frågor

Frågor om enkäten besvaras av Vera Gustafsson, tel 075-247 43 20, e-post: vera.gustafsson@socialstyrelsen.se

A. Organisation och regelverk

Organisation och uppdrag

A1. Hur är landstingets synrehabilitering organiserad?

Ange endast ett alternativ.

- ☐ Syncentralen tillhör sjukhusets/sjukhusens ögonklinik
- ☐ Syncentralen tillhör habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
- ☐ På annat sätt → *Beskriv hur:*

Eventuella kommentarer:

A2. Vilka kriterier gäller för att få tillgång till synrehabilitering?

Om det finns dokument som beskriver kriterierna, bifoga detta.

Avtal och ersättningssystem

A3. Preciserar syncentralens uppdrag i avtal eller överenskommelse med ledningen i landstinget?

Med ledningen i landstinget avses antingen den politiska ledningen eller tjänstemannaledning på olika nivåer (t.ex. förvaltningsnivå). Ange endast ett alternativ.

- ☐ Ja, genom specifikt avtal/överenskommelse som berör syncentralens verksamhet
- ☐ Ja, genom avtal/överenskommelse som inte bara gäller syncentralen utan en mer övergripande nivå (t.ex. för en förvaltnings hela verksamhet)
- ☐ Ja, genom annat avtal/överenskommelse → *Beskriv:*
- ☐ Nej → *Gå till fråga A5*

Eventuella kommentarer:

Om syncentralens uppdrag preciseras genom avtal eller överenskommelse – bifoga kopia av avtalet/överenskommelsen om detta inte redan skickats in till Socialstyrelsen.

A4. Är avtalet eller överenskommelsen antagen på politisk nivå?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

A5. Vilka ekonomiska ersättningsvillkor gäller för syncentralens verksamhet?

Ange endast ett alternativ.

- ☐ Enbart anslagsfinansiering
- ☐ En anslagsfinansierad del och en produktionsrelaterad del

- ☐ En anslagsfinansierad del, en produktionsrelaterad del och en målrelaterad del
- ☐ En anslagsfinansierad del och en målrelaterad del
- ☐ Andra ersättningsvillkor → *Ange vilka:*

Eventuella kommentarer:

Avgifter

A6. Betalar den enskilde någon besöksavgift vid syncentralen?

- ☐ Ja → *Ange besöksavgiften:* kr
- ☐ Nej

Eventuella kommentarer:

A7. Vilka avgifter betalar den enskilde i samband med förskrivning av förstorande videosystem (CCTV) med färgåtergivning?

Flera olika avgifter kan anges.

- ☐ Besöksavgift *Ange besöksavgiften:* kr
- ☐ Utprovningsavgift *Ange utprovningsavgiften:* kr
- ☐ Egenavgift för hjälpmedlet *Ange egenavgiften:* kr
- ☐ Hyresavgift *Ange hyresavgiften under en ettårsperiod:*
kr
- ☐ Andra avgifter *Ange vilka avgifter samt antal kronor:*
- ☐ Ingen avgift

Eventuella kommentarer:

A8. Vilka avgifter betalar den enskilde i samband med förskrivning av talboks-spelare (Daisy)?

Flera olika avgifter kan anges.

- ☐ Besöksavgift *Ange besöksavgiften:* kr
- ☐ Utprovningsavgift *Ange utprovningsavgiften:* kr
- ☐ Egenavgift för hjälpmedlet *Ange egenavgiften:* kr
- ☐ Hyresavgift *Ange hyresavgiften under en ettårsperiod:*
kr
- ☐ Andra avgifter *Ange vilka avgifter samt antal kronor:*
- ☐ Ingen avgift

Eventuella kommentarer:

A9. Tillämpas någon form av högkostnadsskydd?

- ☐ Ja → *Beskriv:*
- ☐ Nej

Eventuella kommentarer:

B. Personalresurser

B1. Har syncentralen tillgång till följande personalkategorier?

Här avses inte personalens grundutbildning, utan den personalkategori som man arbetar som vid syncentralen. Ange hur situationen såg ut i maj 2011.

	Ja, anställd vid syncentralen	Ja, via konsultationer	Nej
Optiker	☐	☐	☐
Synpedagog/anpassningslärare	☐	☐	☐
Kurator	☐	☐	☐
Arbetssterapeut	☐	☐	☐
Sjukgymnast	☐	☐	☐
Psykolog	☐	☐	☐
Datatekniker/motsvarande	☐	☐	☐
Ögonläkare	☐	☐	☐
Sjuksköterska	☐	☐	☐
Ortoptist	☐	☐	☐
Hörselpedagog	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

B2. Har syncentralen tillgång till andra personalkategorier som arbetar med rehabilitering av vuxna med synnedsättning?

☐ Ja, anställd vid syncentralen

Ange vilka personalkategorier:

☐ Ja, via konsultationer

Ange vilka personalkategorier:

☐ Ja, på annat sätt

Ange hur samt vilka personalkategorier:

☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- B3. I vilken utsträckning upplever ni att era brukares behov av insatser från respektive personalkategori kan tillgodoses?

	Behovet kan tillgodoses:				Inte aktuellt
	helt	till stor del	till liten del	inte alls	
Optiker	☐	☐	☐	☐	☐
Synpedagog/anpassningslärare	☐	☐	☐	☐	☐
Kurator	☐	☐	☐	☐	☐
Arbetssterapeut	☐	☐	☐	☐	☐
Sjukgymnast	☐	☐	☐	☐	☐
Psykolog	☐	☐	☐	☐	☐
Datatekniker/motsvarande	☐	☐	☐	☐	☐
Ögonläkare	☐	☐	☐	☐	☐
Sjuksköterska	☐	☐	☐	☐	☐
Ortoptist	☐	☐	☐	☐	☐
Hörselpedagog	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

Utbud av rehabiliteringsinsatser

- B4. Hur upplever ni på syncentralen att ni, för de personer som får insatser från er, kan tillgodose behoven av följande rehabiliteringsinsatser?

Med **kunskap om synnedsättningen** avses fördjupade informationsinsatser som t.ex. berör synskadan och dess konsekvenser i vardagslivet.

Med **kommunikationsträning** avses insatser för att träna förmågan till kommunikation, t.ex. träning i datoranvändning, läs- och skrivträning eller utbildning i punktskrift.

Med **orientering och förflyttning** avses insatser för att träna förmågan till självständig förflyttning.

Med **andra ADL-aktiviteter** avses insatser för att träna förmågan till dagliga aktiviteter, t.ex. personlig hygien, hushållsaktiviteter, inköp samt utövande av fritidsaktiviteter.

Med **hjälpmedel** avses utbudet av t.ex. optiska hjälpmedel, läs- och anteckningshjälpmedel samt hjälpmedel för förflyttning.

Med **fysisk aktivitet** avses t.ex. sjukgymnastik och råd om fysisk träning/avslappning.

Med **socialt och psykologiskt stöd** avses t.ex. psykosocial kartläggning, kris och stödsamtal samt information och rådgivning.

Med **träning i realistisk miljö** avses träningsinsatser som utförs i den miljö där personen med synnedsättning vanligtvis vistas. Det kan t.ex. handla om träning i hemmet, på arbetsplatsen eller i utomhusmiljö. Träningen sker alltså på annan plats än inom syncentralens lokaler.

Med **stöd till anhöriga** avses insatser riktade till anhöriga, för att öka deras kunskap om konsekvenserna av synnedsättningen och skapa delaktighet i rehabiliteringsprocessen.

	Behovet kan tillgodoses:				Inte aktuellt
	helt	till stor del	till liten del	inte alls	
Kunskap om synnedsättningen	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation	☐	☐	☐	☐	☐
Orientering och förflyttning	☐	☐	☐	☐	☐
Andra ADL-aktiviteter	☐	☐	☐	☐	☐
Hjälpmedel	☐	☐	☐	☐	☐
Fysisk aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
Socialt och psykologiskt stöd	☐	☐	☐	☐	☐
Träning i realistisk miljö	☐	☐	☐	☐	☐
Stöd till anhöriga	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- B5. Upplever ni på syncentralen att det finns behov av andra rehabiliteringsinsatser hos era brukare som ni i dagsläget har svårt att tillgodose?

C. Samverkan mellan syncentralen och andra aktörer

Samverkan mellan syncentralen och andra landstingsverksamheter

Med andra landstingsverksamheter avses exempelvis ögonklinik, habiliteringsverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, verksamhet med ansvar för hörselrehabilitering, primärvård etc.

- C1. Finns dokument som beskriver vårdkedjan för personer i behov av synhabilitering/rehabilitering (t.ex. vårdprogram)?

☐ Ja → Bifoga relevanta dokument om de inte redan skickats in till Socialstyrelsen.

☐ Nej

☐ Under framtagande

Eventuella kommentarer:

- C2. Finns det verksamheter inom landstinget med vilka ni på syncentralen skulle behöva utveckla er samverkan?

- ☐ Ja
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- C3. Om ja – beskriv med vilka verksamheter samt på vilket sätt samverkan skulle behöva utvecklas.

Samverkan mellan syncentralen och kommunerna

- C4. Har landstinget och länets kommuner gemensamt utarbetat rutiner för samordning av habilitering och rehabilitering, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering?

Båda ja-alternativen kan anges

- ☐ Ja, för habilitering och rehabilitering generellt
☐ Ja, för personer med synnedsättning
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- C5. Finns syninstruktörer och/eller kombinerade syn- och hörselinstruktörer i någon eller några kommuner i ert län/region?

*Med **syninstruktörer** avses personer som är anställda av kommunen och som arbetar med informations- och stödinsatser till framförallt äldre personer med synnedsättning. Med **kombinerade syn- och hörselinstruktörer** avses personer med samma uppdrag som syninstruktörerna, men som arbetar med informations- och stödinsatser både till personer med syn- och hörselnedsättning.*

- ☐ Ja, i minst en kommun
☐ Nej, inte i någon kommun → Gå till fråga D1
☐ Vet inte → Gå till fråga D1

Eventuella kommentarer:

- C6. Hur upplever ni på syncentralen att samverkan med de kommunala syninstruktörerna/syn- och hörselinstruktörerna fungerar?

- C7. Förekommer det skriftliga avtal eller överenskommelser med de kommunala syninstruktörerna/syn- och hörselinstruktörerna?

- ☐ Ja, i minst en kommun
☐ Nej, inte i någon kommun
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

D. Kvalitetsarbete

Styrdokument för syncentralens verksamhet

- D1. Finns dokument som anger vilka insatser som ska erbjudas olika behovsgrupper eller vilka metoder som ska användas inom syncentralens verksamhet?

- ☐ Ja → Bifoga relevanta dokument om de inte redan skickats in till Socialstyrelsen
- ☐ Nej
- ☐ Under framtagande

Eventuella kommentarer:

- D2. Finns dokument som innehåller riktlinjer för prioriteringar inom syncentralens verksamhetsområde?

- ☐ Ja → Bifoga relevanta dokument om de inte redan skickats in till Socialstyrelsen.
- ☐ Nej → Gå till fråga D4
- ☐ Under framtagande → Gå till fråga D4

Eventuella kommentarer:

- D3. Är dokumenten som innehåller riktlinjer för prioriteringar förankrade på politisk nivå?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Eventuella kommentarer:

Användning av framtagna standards inom synområdet

- D4. Används någon av följande nationella standards vid syncentralen?

De nationella standarderna listade nedan är utarbetade av syncentralernas kvalitetsråd. Svara ja om standarden används, även om det skett någon lokal förändring av standarden.

	Ja	Nej
Nationell standard för orientering och förflyttning (O&F)	☐	☐
Nationell standard för förstorande videosystem	☐	☐
Nationell standard för rehabiliteringsplan för personer i yrkesverksam ålder	☐	☐
Nationell standard för vuxna och äldre med diabetesretinopati	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- D5. Har det skett några lokala förändringar av någon eller några standards?

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga D7

Eventuella kommentarer:

D6. Beskriv kortfattat på vilket sätt standarden eller standarderna förändrats samt orsaken till förändringarna.

D7. Om någon eller några av de nationella standarderna inte används – beskriv varför:

Användning av bedömnings- och uppföljningsinstrument

D8. Används några standardiserade och prövade instrument vid utredning, bedömning och/eller uppföljning?

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga D11

Eventuella kommentarer:

D9. Vilka instrument används?

- ☐ Upplevd säkerhet i vardaglig aktivitet
☐ Synversionen av ADL-taxonomin
☐ COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
☐ Andra instrument → Ange vilka:

Eventuella kommentarer:

D10. Är det inom verksamheten tydligt uttalat, t.ex. i interna styrdokument, att instrumentet/instrumenten ska användas?

- ☐ Ja
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

Rehabiliteringsprogram

D11. Används rehabiliteringsprogrammet "Att finna nya vägar"?

"Att finna nya vägar" är ett hälsoutbildningsprogram för personer med åldersförändringar i gula fläcken (makuladegeneration). Svara ja om programmet används, även om det skett någon lokal förändring av programmet.

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga D14

Eventuella kommentarer:

D12. Har det skett någon lokal förändring av programmet?

☐ Ja

☐ Nej → Gå till fråga D15

Eventuella kommentarer:

D13. Beskriv kortfattat på vilket sätt programmet har förändrats samt orsaken till förändringen.

D14. Om programmet "Att finna nya vägar" inte används – beskriv varför:

Förutsättningar för verksamhetsuppföljning

D15. Förutsättningar att lämna uppgifter om **brukare** som mottagit insatser under året

Med brukare avses en person som är registrerad hos vårdgivaren. En brukare kan representeras av en eller flera företrädare/anhöriga.

	Registreras information i IT-baserat verksamhetssystem?			Kan uppgiften på ett enkelt sätt hämtas från IT-baserat verksamhetssystem?		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Antal vuxna brukare	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på kön	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på yngre än 65 år och 65 år eller äldre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika behovsgrupper	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika diagnoser	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

D16. Om uppgiften om antalet vuxna brukare kan hämtas, ange antalet brukare som mottagit insatser under 2010.

Med vuxna avses här personer äldre än 19 år. Om antalet vuxna inte kan särredovisas, t.ex. för att syncentralens verksamhet omfattar både barn och vuxna, ange om möjligt det totala antalet brukare oavsett ålder. Kommentera i så fall detta i kommentarfältet.

personer

Eventuella kommentarer:

D17. Förutsättningar att lämna uppgifter om **gruppbesöksdeltagare** under året

Med gruppbesök avses vårdkontakt inom öppenvård som innebär personligt möte där fler än en patient/individ möter vårdgivare.

	Registreras informationen i IT-baserat verksamhetssystem?			Kan uppgiften på ett enkelt sätt hämtas från IT-baserat verksamhetssystem?		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Antal vuxna deltagare totalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på kön	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på yngre än 65 år och 65 år eller äldre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika behovsgrupper	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika diagnoser	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

D18. Förutsättningar att lämna uppgifter om **upprättade habiliterings-/rehabiliteringsplaner** under året

Med upprättade habiliterings-/rehabiliteringsplaner avses ett tydligt avgränsat dokument med uppgifter om aktuell planering för brukaren. I planen anges mål och åtgärder samt ansvar för dessa, och när och av vem uppföljning ska göras. Habiliterings-/rehabiliteringsplanerna ska upprättas i samråd med aktuella brukare/närstående/personal.

	Registreras informationen i IT-baserat verksamhetssystem?			Kan uppgiften på ett enkelt sätt hämtas från IT-baserat verksamhetssystem?		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Antal totalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på kön	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på yngre än 65 år och 65 år eller äldre	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

E. Patientsäkerhetsarbete

E1. Finns system för avvikelshantering?

Med system för avvikelshantering avses rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

☐ Ja

☐ Nej → Gå till fråga F1

Eventuella kommentarer:

E2. Är systemet för avvikelshantering anpassat efter den typ av verksamhet som bedrivs vid syncentralen?

☐ Ja, helt → Gå till fråga F4

☐ Ja, i viss mån

☐ Nej, inte alls

Eventuella kommentarer:

E3. Om systemet inte är helt anpassat efter syncentralens verksamhet, beskriv på vilket sätt det inte är anpassat.

E4. Vilken är den vanligaste typen av avvikelser som, år 2010, registrerades vid syncentralen?

E5. Finns det tydliga rutiner för hur information om inträffade avvikelser ska återkopplas till:

	Ja	Nej
Medarbetarna inom den egna verksamheten	☐	☐
Andra berörda verksamheter, exempelvis verksamheter som ansvarar för remittering av personer till syncentralen	☐	☐

Eventuella kommentarer:

E6. Om det finns risker inom patientsäkerhetsområdet som inte framkommer genom ert avvikelshanteringssystem – beskriv gärna dessa:

F. Brukarinflytande

Den enskildes delaktighet i habiliterings-/rehabiliteringsplaneringen

- F1. Finns rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet i framtagandet av habiliterings-/rehabiliteringsplaner?

- ☐ Ja, det finns dokumenterade rutiner
☐ Ja, men rutinerna är inte dokumenterade
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- F2. Dokumenteras habiliterings-/rehabiliteringsplanen i den enskildes journal?

- ☐ Ja, habiliterings-/rehabiliteringsplaner registreras rutinmässigt i journalen
☐ Ja, det förekommer, men inte rutinmässigt
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- F3. Får den enskilde/brukaren tillgång till ett eget exemplar av habiliterings-/rehabiliteringsplanen?

- ☐ Ja, den enskilde får rutinmässigt tillgång till sin habiliterings-/rehabiliteringsplan
☐ Ja, det förekommer, men inte rutinmässigt
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

Samverkan med brukarorganisationer

- F4. Sker samverkan med berörda brukarorganisationer på något eller några av följande sätt?

Med regelbundna samverkansmöten avses minst två möten under en tolv månadersperiod.

Med regelbundet deltagande i utvecklingsprojekt respektive informationsinsatser avses att brukarmedverkan sker återkommande, och inte endast vid något enskilt tillfälle.

Flera alternativ kan anges.

	Ja	Nej	Vet inte
Regelbundna och dokumenterade samverkansmöten mellan berörda organisationer och representanter för syncentralen (brukarråd)	☐	☐	☐
Representanter från organisationerna deltar regelbundet i utvecklingsprojekt som pågår inom syncentralen	☐	☐	☐
Representanter från organisationerna deltar regelbundet i syncentralens informationsinsatser till nya brukare	☐	☐	☐
Annat	☐	☐	☐
<i>Om annat, ange vad:</i>			

Eventuella kommentarer:

Upplevelser av insatser vid syncentralen

- F5. Har syncentralen under de senaste 24 månaderna genomfört någon brukarundersökning?

Med brukarundersökning avses kartläggning i form av till exempel enkäter, strukturerade intervjuer eller fokusgrupper, med syfte att fånga de enskildas uppfattning om verksamheten.

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga G1
☐ Vet inte → Gå till fråga G1

Eventuella kommentarer:

- F6. Vilken eller vilka metoder har använts?

Flera alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Enkätundersökning	☐	☐
Strukturerade intervjuer	☐	☐
Fokusgrupper	☐	☐
Annan metod	☐	☐
<i>Om annan metod, ange vilken/vilka:</i>		

Eventuella kommentarer:

- F7. Om enkätundersökningar används - görs någon tillgänglighetsanpassning för att underlätta den enskildes möjligheter att besvara enkäten?

Flera alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Enkäten finns tillgänglig i elektronisk form	☐	☐
Pappersenkät finns tillgänglig i stor stil	☐	☐
Pappersenkät finns tillgänglig i punktskrift	☐	☐
Enkäten finns tillgänglig på andra språk	☐	☐
<i>Om andra språk, ange vilka:</i>		
Intervjuer, t.ex. via telefon, genomförs vid behov	☐	☐
Annan tillgänglighetsanpassning	☐	☐
<i>Om annan, ange vilken/vilka:</i>		

Eventuella kommentarer:

- F8. Ge exempel på konkreta åtgärder som vidtagits med anledning av resultaten från kartläggningen eller kartläggningarna.

G. Väntetider

Med **väntetid** avses här antal dagar från det datum då vårdgivaren i överenskommelse med patienten fattar beslut om remiss/vårdbegäran till dess att första besöket äger rum.

Med **aktivt väntande** avses samtliga personer som väntar på ett besök till syncentralen. Till aktivt väntande räknas inte personer som avlidit, redan har varit på besök eller inte längre vill eller anser sig behöva komma på besök.

Med **patientvald väntan** avses att personen är informerad och frivilligt har avstått erbjudande om vård inom den aktuella tidsgränsen.

- G1. Vilket krav på maximal väntetid till första besök gäller för syncentralens verksamhet?

- ☐ 90 dagar, d.v.s. den väntetid som gäller enligt den nationella vårdgarantin
☐ 60 dagar
☐ Annat → Ange vad:

Eventuella kommentarer:

- G2. Är det möjligt att för den 31 maj 2011 ange hur stor andel av alla brukare som väntade på en tid för ett första besök till syncentralen som väntat längre än 90 dagar?

- ☐ Ja
☐ Nej → Ange varför uppgiften inte kan lämnas:
→ Gå till fråga G5

Eventuella kommentarer:

G3. Antal väntande den 31 maj 2011 som väntat längre än 90 dagar

Med vuxna avses här personer äldre än 19 år. Om antalet vuxna inte kan särredovisas, t.ex. för att syncentralens verksamhet omfattar både barn och vuxna, ange om möjligt det totala antalet oavsett ålder. Kommentera i så fall detta i kommentarfältet.

	Antal vuxna väntande
Aktivt väntande, oavsett väntetid	personer
Aktivt väntande längre än 90 dagar	personer
varav på grund av patientvald väntan	personer

Eventuella kommentarer:

G4. Kan uppgifterna om antal väntande den 31 maj 2011 delas upp på kön och/eller ålder?

	Kön			Yngre än 65 år och 65 år eller äldre		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Aktivt väntande, oavsett väntetid	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivt väntande längre än 90 dagar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
varav på grund av patientvald väntan	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

G5. Är det möjligt att för den 31 maj 2011 ange hur stor andel av alla brukare som väntade på en tid för ett första besök till syncentralen som väntat längre än 60 dagar?

☐ Ja

☐ Nej → Ange varför uppgiften inte kan lämnas:

Eventuella kommentarer:

G6. Antal väntande den 31 maj 2011 som väntat längre än 60 dagar

Med vuxna avses här personer äldre än 19 år. Om antalet vuxna inte kan särredovisas, t.ex. för att syncentralens verksamhet omfattar både barn och vuxna, ange om möjligt det totala antalet oavsett ålder. Kommentera i så fall detta i kommentarfältet.

	Antal väntande
Aktivt väntande, oavsett väntetid	personer
Aktivt väntande längre än 60 dagar	personer
varav på grund av patientvald väntan	personer

Eventuella kommentarer:

H. Kommentarer till enkäten

Om ni har generella kommentarer till enkäten, skriv dessa här:

Spara den ifyllda enkäten och skicka den med e-post till: synrehab@socialstyrelsen.se senast **fredagen den 2 september 2011**.

Stort tack för er medverkan!

Bilaga 2. Övriga tabeller, syn

Tabell 28. Syncentralernas organisatoriska tillhörighet

Vilken organisation tillhör syncentralen?	
Stockholm	Annan organisation
Uppsala	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Sörmland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Östergötland	Sjukhusets/sjukhusens ögonklinik
Jönköping	Svar saknas
Kronoberg	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Kalmar	Sjukhusets/sjukhusens ögonklinik
Gotland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Blekinge	Sjukhusets/sjukhusens ögonklinik
Skåne	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Halland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Västra Götaland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Värmland	Sjukhusets/sjukhusens ögonklinik
Örebro	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Västmanland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Dalarna	Annan organisation
Gävleborg	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Västernorrland	Sjukhusets/sjukhusens ögonklinik
Jämtland	Annan organisation
Västerbotten	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Norrbottn	Annan organisation

Tabell 29. Syncentralernas tillgång till olika yrkeskategorier, per landsting

	Optiker	Synpedagog*	Kurator	Arbets- terapeut	Sjuk- gymnast	Psykolog
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Uppsala län	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Östergötland (Linköping)	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Östergötland (Norrköping)	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej

Skåne	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Svar saknas	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*I enkäten frågade vi efter tillgången till synpedagog/anpassningslärare, vilket gör att även anpassningslärare inkluderas i svaret.

Tabell 29. Syncentralernas tillgång till olika yrkeskategorier (fortsättning)

	Datatekniker	Ögonläkare	Sjuksköterska	Ortoptist	Hörselpedagog
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Uppsala län	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Östergötland (Linköping)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Östergötland (Norrköping)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Svar saknas	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Jämtland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Nej	Svar saknas
Norrbottn	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Bilaga 3. Hørselenkäten

Habiliterings- och rehabiliteringsinsatser till vuxna med behov av fördjupad hörselhabilitering/rehabilitering

Praktiska anvisningar för att besvara enkäten

Hantera den elektroniska enkäten så här:

- Spara enkäten i din dator. Namnge enkäten med landstingets namn.
- Fyll i enkäten i de gråmarkerade fälten (klicka dig fram med musen eller tabtangenten). Undvik semikolon när du skriver in text.
- Spara den ifyllda enkäten och skicka den med e-post till: horselrehab@socialstyrelsen.se senast **fredagen den 2 september 2011**.

Fylls i av den som besvarar enkäten

Landsting eller motsvarande:	
Verksamhet med huvudansvar för fördjupad hörselrehabilitering:	
Namn på ansvarig för ifyllandet av enkäten:	
Befattning:	
Telefon:	E-post:

Syfte med enkäten

Socialstyrelsen genomför denna enkät för att få information om hur landstingen arbetar med habiliterings- och rehabiliteringsinsatser till vuxna personer i behov av fördjupad hörselrehabilitering (inklusive personer med exempelvis tinnitus, Ménières sjukdom, dövhet eller dövblindhet). Med vuxna avses här personer äldre än 19 år.

Enkäten riktar sig till den verksamhet inom landstinget som har huvudansvar för de fördjupade habiliterings-/rehabiliteringsinsatserna. Om ansvaret är delat mellan flera verksamheter är det önskvärt att verksamheten med huvudansvar för insatserna inhämtar underlag och sammanställer ett gemensamt svar från landstinget. Om förhållandena skiljer sig åt mellan olika verksamheter vilket gör att det är svårt att besvara vissa frågor, ange detta i kommentarsraden under respektive fråga samt beskriv kortfattat hur förhållandena skiljer sig åt.

Av praktiska skäl används i denna enkät fortsättningsvis benämningen "den fördjupade hörselrehabiliteringen". Med detta avses all verksamhet inom landstinget som arbetar med fördjupade habiliterings- och rehabiliteringsinsatser till vuxna personer med hörselnedsättning.

Om inget annat anges gäller frågorna förhållanden då enkäten besvaras.

Frågor

Frågor om enkäten besvaras av Vera Gustafsson, tel 075-247 43 20, e-post:

vera.gustafsson@socialstyrelsen.se

A. Organisation av landstingets hörselrehabilitering

Landstingets organisation av basal och fördjupad hörselrehabilitering

Med **basal hörselrehabilitering** avses här insatser till personer vars behov till stor del kan tillfredsställas genom utprovning och förskrivning av hörapparat. Insatserna är både av teknisk och pedagogisk karaktär. Den basala hörselrehabiliteringen benämns ibland grundläggande eller primär hörselrehabilitering.

Med **fördjupad hörselrehabilitering** avses här insatser till personer som är i behov av mer omfattande hörselrehabilitering. Den fördjupade hörselrehabiliteringen kräver ofta insatser från flera kompetenser och pågår under en längre tid. Den fördjupade hörselrehabiliteringen benämns ibland utvidgad hörselrehabilitering.

- A1. Har landstinget delat upp sin hörselrehabilitering i en basal och en fördjupad del (se definitioner ovan)?

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga A3
☐ Vet inte → Gå till fråga A3

Eventuella kommentarer:

- A2. Ange vilka kriterier som gäller för att få tillgång till fördjupad hörselrehabilitering?

Om det finns dokument som beskriver kriterierna, bifoga detta.

- A3. Vem ansvarar för utförandet av den basala hörselrehabiliteringen?

Med landstingsdrivna verksamheter avses sådana som drivs av landstinget i egen regi.

Med privata verksamheter avses sådana som drivs av en privat aktör, men som erhåller finansiering från landstinget.

- ☐ All basal hörselrehabilitering utförs av landstingsdrivna hörcentraller/audionommottagningar → Gå till fråga A5
☐ Merparten av den basala hörselrehabiliteringen utförs av landstingsdrivna hörcentraller/audionommottagningar, men en del utförs av privata hörcentraller/ audionommottagningar
☐ Merparten av den basala hörselrehabiliteringen utförs av privata hörcentraller/audionommottagningar, men en del utförs av landstingsdrivna hörcentraller/ audionommottagningar
☐ All basal hörselrehabilitering utförs av privata hörcentraller/audionommottagningar

Eventuella kommentarer:

- A4. Om den basala hörselrehabiliteringen helt eller delvis utförs av privata utförare – tillämpas ett valfrihetssystem?

Med valfrihetssystem avses att brukarna har möjlighet att välja bland flera olika utförare. Ange det system som gäller vid den tidpunkt då enkäten besvaras.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

A5. Tillämpas "fritt val av hjälpmedel" för hörapparater?

Med fritt val av hjälpmedel avses att brukaren efter bedömning kan få en rekvisition från sin förskrivare. Rekvisitionen kan sedan användas för inköp av hjälpmedel hos valfri leverantör.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

A6. Finns beslut om förändringar när det gäller basal hörselrehabilitering?

Med beslut om förändringar avses förändringar som är politiskt beslutade, men som ännu inte hunnit träda i kraft.

- ☐ Ja → Ange vilka samt när dessa förväntas träda i kraft:
☐ Nej
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

Remissregler

A7. Hur får den som behöver basal hörselrehabilitering tid för ett första besök?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Via remiss från audiolog/ÖNH-läkare
☐ Via remiss från primärvården
☐ Direktkontakt med hörcentral/ audionommottagning (d.v.s. det krävs ingen remiss)
☐ På annat sätt → Ange hur:

Eventuella kommentarer:

A8. Hur får den som behöver fördjupad hörselrehabilitering tid för ett första besök?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Via remiss från audiolog/ÖNH-läkare
☐ Via remiss från primärvården
☐ Via remiss från audionommottagning/hörcentral
☐ Direktkontakt med verksamhet med huvudansvar för fördjupad hörselrehabilitering (d.v.s. det krävs ingen remiss)
☐ På annat sätt → Ange hur:

Eventuella kommentarer:

B. Organisation och styrning av den fördjupade hörselrehabiliteringen

B1. Hur är den fördjupade hörselrehabiliteringen organiserad?

Ange endast ett alternativ.

- ☐ Sjukhusets/sjukhusens audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande ansvarar för all fördjupad hörselrehabilitering
- ☐ Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande ansvarar för all fördjupad hörselrehabilitering
- ☐ Ansvar för fördjupad hörselrehabilitering är delat mellan sjukhusets audiologiska klinik eller motsvarande och habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande → *Beskriv hur:*
- ☐ På annat sätt → *Beskriv hur:*

Eventuella kommentarer:

B2. Utför den fördjupade hörselrehabiliteringen utprovning av arbetshjälpmedel?

Med arbetshjälpmedel avses tekniska hjälpmedel som man behöver på sin arbetsplats om man har en funktionsnedsättning. Ansvar för arbetshjälpmedel är delat mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men i vissa landsting utför landstingets verksamheter utprovning av hjälpmedlen.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

Avtal och ersättningssystem för den fördjupade hörselrehabiliteringen

B3. Preciserar uppdraget för den fördjupade hörselrehabiliteringen i avtal eller överenskommelse med ledningen i landstinget?

Med ledningen i landstinget avses antingen den politiska ledningen eller tjänstemannaledning på olika nivåer (t.ex. förvaltningsnivå). I landsting där samma verksamhet utför både basal och fördjupad hörselrehabilitering kan avtal eller överenskommelse som gäller hela verksamheten avses.

Ange endast ett alternativ.

- ☐ Ja, genom specifikt avtal/överenskommelse som berör verksamhet med huvudansvar för fördjupad hörselrehabilitering
- ☐ Ja, genom avtal/överenskommelse som inte bara gäller den fördjupade hörselrehabiliteringen utan en mer övergripande nivå (t.ex. för en förvaltnings hela verksamhet)
- ☐ Ja, genom annat avtal/överenskommelse → *Beskriv:*
- ☐ Nej → *Gå till fråga B5*

Eventuella kommentarer:

Om verksamhetens uppdrag preciseras genom avtal eller överenskommelse – bifoga kopia av avtalet/överenskommelsen

B4. Är avtalet eller överenskommelsen förankrad på politisk nivå?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

B5. Vilka ekonomiska ersättningsvillkor gäller för den fördjupade hörselrehabiliteringen?

Ange endast ett alternativ.

- ☐ Enbart anslagsfinansiering
☐ En anslagsfinansierad del och en produktionsrelaterad del
☐ En anslagsfinansierad del, en produktionsrelaterad del och en målrelaterad del
☐ En anslagsfinansierad del och en målrelaterad del
☐ Andra ersättningsvillkor → *Ange vilka:*

Eventuella kommentarer:

C. Samverkan mellan den fördjupade hörselrehabiliteringen och andra aktörer

Samverkan mellan den fördjupade hörselrehabiliteringen och andra landstingsverksamheter

Med andra landstingsverksamheter avses exempelvis audiologkliniker/ÖNH-kliniker, hörcentraler eller andra utförare av basal hörselrehabilitering, tolkcentral, syncentral, habiliteringsverksamhet, hjälpmedelsverksamhet och primärvård. Vilka verksamheter som är relevanta påverkas av hur landstinget har valt att organisera sin hörselrehabilitering.

C1. Finns dokument som beskriver vårdkedjan för personer i behov av fördjupad hörselrehabilitering (t.ex. vårdprogram)?

- ☐ Ja → *Bifoga relevanta dokument om dessa inte redan skickats in till Socialstyrelsen*
☐ Nej
☐ Under framttagande

Eventuella kommentarer:

C2. Finns det verksamheter inom landstinget med vilka ni skulle behöva utveckla er samverkan?

- ☐ Ja
☐ Nej → *Gå till fråga C4*

Eventuella kommentarer:

C3. Beskriv med vilka verksamheter samt på vilket sätt samverkan skulle behöva utvecklas.

Samverkan med kommunerna

- C4. Har landstinget och länets kommuner gemensamt utarbetat rutiner för samordning av habilitering och rehabilitering, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering?

Båda ja-alternativen kan anges

- ☐ Ja, för habilitering och rehabilitering generellt
☐ Ja, för personer med hörselnedsättning
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- C5. Finns hörselinstruktörer och/eller kombinerade syn- och hörselinstruktörer i någon eller några kommuner i ert län/region?

*Med **hörselinstruktörer** avses personer som är anställda av kommunen och som arbetar med informations- och stödinsatser till framförallt äldre personer med hörselnedsättning. Hörselinstruktörerna ska också utgöra ett stöd till de hörselombud som är anställda på kommunala äldreboenden eller vid arbetslag inom hemtjänsten.*

*Med **kombinerade syn- och hörselinstruktörer** avses personer med samma uppdrag som hörselinstruktörerna, men som arbetar med informations- och stödinsatser till både personer med syn- och hörselnedsättning.*

- ☐ Ja, i minst en kommun
☐ Nej → Gå till fråga D1
☐ Vet inte → Gå till fråga D1

Eventuella kommentarer:

- C6. Hur upplever ni att samverkan med de kommunala hörselinstruktörerna/syn- och hörselinstruktörerna fungerar?

- C7. Förekommer det skriftliga avtal eller överenskommelser mellan den fördjupade hörselrehabiliteringen och de kommunala hörselinstruktörerna/syn- och hörselinstruktörerna?

- ☐ Ja, i minst en kommun
☐ Nej, inte i någon kommun
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

D. Personalresurser

- D1. Har den fördjupade hörselrehabiliteringen tillgång till följande personalkategorier?

Här avses inte personalens grundutbildning, utan den personalkategori som man arbetar som inom rehabiliteringsverksamheten.

Inkludera anställda inom samtliga verksamheter som arbetar med fördjupade rehabiliteringsinsatser till vuxna personer med hörselnedsättning.

Ange hur personalsituationen såg ut i maj 2011.

	Ja	Nej
Medicinsk audiolog	☐	☐
Teknisk audiolog	☐	☐
Audionom	☐	☐
Hörselpedagog	☐	☐
Sjukgymnast	☐	☐
Kurator	☐	☐
Psykolog	☐	☐
Hörselvårdsingenjör	☐	☐
Tekniker	☐	☐
Logoped	☐	☐
Teckenspråklärare	☐	☐
TSS-lärare	☐	☐
Ototekniker	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- D2. Har ni inom den fördjupade hörselrehabiliteringen tillgång till andra personalkategorier som arbetar med rehabilitering av vuxna med hörselnedsättning?

☐ Ja → Ange vilka personalkategorier:

☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- D3. I vilken utsträckning upplever ni att era brukares behov av insatser från respektive personalkategori kan tillgodoses?

	Behovet kan tillgodoses:				Inte aktuellt
	helt	till stor del	till liten del	inte alls	
Medicinsk audiolog	☐	☐	☐	☐	☐
Teknisk audiolog	☐	☐	☐	☐	☐
Audionom	☐	☐	☐	☐	☐
Hörselpedagog	☐	☐	☐	☐	☐
Sjukgymnast	☐	☐	☐	☐	☐
Kurator	☐	☐	☐	☐	☐
Psykolog	☐	☐	☐	☐	☐
Hörselvårdsingenjör	☐	☐	☐	☐	☐
Tekniker	☐	☐	☐	☐	☐
Logoped	☐	☐	☐	☐	☐
Teckenspråklärare	☐	☐	☐	☐	☐
TSS-lärare	☐	☐	☐	☐	☐
Ototekniker	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

Utbud av rehabiliteringsinsatser

- D4. I vilken utsträckning upplever ni att era brukares behov av följande rehabiliteringsinsatser kan tillgodoses?

Med **hörselskadekunskap** avses fördjupade informationsinsatser som t.ex. berör hörselskadan och dess konsekvenser i vardagslivet.

Med **hörselstrategier** avses stödinsatser som hjälper den enskilde att utveckla strategier för att lösa vardagens olika hörselsituationer.

Med **kommunikationsträning** avses insatser som ökar förmågan till kommunikation, t.ex. utbildning i teckenspråksanvändning eller tecken som stöd (TSS).

Med **kunskap om tolkanvändning** avses insatser som syftar till att medvetandegöra brukaren om möjligheten till tolkanvändning samt hur detta praktiskt går till.

Med **röst-/talvård** avses t.ex. logopediska insatser till personer med grav hörselnedsättning eller till döva.

Med **hörapparater** avses både utprovning av hörapparaten och information om hur hörapparaten ska användas.

Med **hörseltekniska hjälpmedel** avses t.ex. hjälpmedel som gör att det blir lättare att t.ex. uppfatta TV/radio, dörrklocka/telefon eller kommunikationssystem för samtal/möten.

Med **fysisk träning/aktivitet** avses t.ex. sjukgymnastik och råd om fysisk träning/avslappning.

Med **socialt och psykologiskt stöd** avses t.ex. psykosocial kartläggning, kris och stödsamtal samt information och rådgivning.

Med **stöd till anhöriga** avses insatser riktade till anhöriga, för att öka deras kunskap om konsekvenserna av hörselnedsättningen och skapa delaktighet i rehabiliteringsprocessen. Även insatser för att involvera anhöriga i kommunikationsträningen avses, t.ex. genom att erbjuda utbildning i teckenspråk eller TSS.

	Behovet kan tillgodoses:				Inte aktuellt
	helt	till stor del	till liten del	inte alls	
Hörselskadekunskap	☐	☐	☐	☐	☐
Hörselstrategier	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikationsträning	☐	☐	☐	☐	☐
Kunskap om tolkanvändning	☐	☐	☐	☐	☐
Röst-/talvård	☐	☐	☐	☐	☐
Hörapparater	☐	☐	☐	☐	☐
Hörseltekniska hjälpmedel	☐	☐	☐	☐	☐
Fysisk träning/aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
Socialt och psykologiskt stöd	☐	☐	☐	☐	☐
Stöd till anhöriga	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- D5. Upplever ni att det finns behov av andra rehabiliteringsinsatser hos era brukare som ni i dagsläget har svårt att tillgodose?

E. Kvalitetsarbete

Styrdokument på verksamhetsnivå

- E1. Finns dokument som anger vilka insatser som ska erbjudas olika behovsgrupper eller vilka metoder som ska användas inom fördjupad hörselrehabilitering?

- ☐ Ja → *Bifoga relevanta dokument*
☐ Nej
☐ Under framtagande

Eventuella kommentarer:

E2. Finns dokument som innehåller riktlinjer för prioriteringar när det gäller fördjupad hörselrehabilitering?

- ☐ Ja → *Bifoga relevanta dokument*
☐ Nej → *Gå till fråga E4*
☐ Under framtagande → *Gå till fråga E4*

Eventuella kommentarer:

E3. Är dokument som innehåller riktlinjer för prioriteringar förankrade på politisk nivå?

- ☐ Ja
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

Användning av standards och riktlinjer

E4. Följer den fördjupade hörselrehabiliteringen dokumentet "Europeisk standard för tjänster vid utprovning av hörapparater"?

Den europeiska standarden "Tjänster vid utprovning av hörapparater" fastställdes av SIS (Swedish Standard Institute) i september 2010.

- ☐ Ja
☐ Nej → *Kommentera gärna varför inte:*
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

E5. Följer den fördjupade hörselrehabiliteringen dokumentet "Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård"?

Dokumentet "Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård" togs fram inom ramen för projektet Nationella Medicinska Indikationer (NMI), som drevs i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen. Dokumentet "Hörselrehabilitering till vuxna" publicerades i juni 2008.

- ☐ Ja
☐ Nej → *Kommentera gärna varför inte:*
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

E6. Följer den fördjupade hörselrehabiliteringen dokumentet "Nationella riktlinjer avseende re/habilitering för vuxna med hörselnedsättning"?

Dokumentet "Nationella riktlinjer avseende re/habilitering för vuxna personer med hörselnedsättning" fastställdes av styrelsen för Föreningen Sveriges Hörselchefer i mars 2010.

- ☐ Ja
☐ Nej → *Kommentera gärna varför inte:*
☐ Vet inte

Eventuella kommentarer:

Användning av bedömnings- och uppföljningsinstrument

E7. Använder den fördjupade hörselrehabiliteringen några standardiserade och prövade instrument vid utredning, bedömning eller uppföljning?

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga E11

Eventuella kommentarer:

E8. Vilket eller vilka instrument används?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ APHAB (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit)
☐ SSQ (Speech, Spatial and Qualities of Hearing Aid)
☐ COSI (Client Oriented Scale of Improvement)
☐ IPPA (Individually Prioritized Problem Analysis)
☐ HAUQ (Hearing Aid User's Questionnaire)
☐ HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly)
☐ CSS (The Communication Strategies Scale)
☐ SADL (Satisfaction with Amplification in Daily Life)
☐ GP (Göteborgsprofilen)
☐ GHABP (Glasgow Hearing Aid Benefit Profile)
☐ IOI-HA (International Outcome Inventory for Hearing Aids)
☐ IOI-CI (International Outcome Inventory for Cochlear Implant)
☐ IOI-AI (International Outcome Inventory for Alternative Intervention)
☐ IOI-SO (International Outcome Inventory for Significant Other)
☐ THI (Tinnitus Handicap Inventory)
☐ TRQ (Tinnitus Reaction Questionnaire)
☐ HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale)
☐ Andra instrument → Ange vilka:

Eventuella kommentarer:

E9. Är det inom verksamheten tydligt uttalat, t.ex. i interna styrdokument, att instrumentet/instrumenten ska användas?

- ☐ Ja
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

Förutsättningar för verksamhetsuppföljning

- E10. Förutsättningar att lämna uppgifter om **brukare** som mottagit insatser under året

Med brukare avses en person som är registrerad hos vårdgivaren. En brukare kan representeras av en eller flera företrädare/anhöriga.

	Registreras informationen i IT-baserat verksamhetssystem?			Kan uppgiften på ett enkelt sätt hämtas från IT-baserat verksamhetssystem?		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Antal vuxna brukare	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på <i>kön</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på <i>yngre än 65 år och 65 år eller äldre</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika <i>behovsgrupper</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika <i>diagnoser</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- E11. Om uppgiften om antalet vuxna brukare kan hämtas, ange antalet brukare som mottagit insatser under 2010.

Med vuxna avses här personer äldre än 19 år. Om antalet vuxna inte kan särredovisas, t.ex. för att verksamheten omfattar både barn och vuxna, ange om möjligt det totala antalet brukare oavsett ålder. Kommentera i så fall detta i kommentarfältet.

personer

Eventuella kommentarer:

E12. Förutsättningar att lämna uppgifter om **gruppbesöksdeltagare** under året

Med gruppbesök avses vårdkontakt inom öppenvård som innebär personligt möte där fler än en patient/individ möter vårdgivare.

	Registreras informationen i IT-baserat verksamhetssystem?			Kan uppgiften på ett enkelt sätt hämtas från IT-baserat verksamhetssystem?		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Antal vuxna deltagare totalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på kön	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på yngre än 65 år och 65 år eller äldre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika behovsgrupper	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på olika diagnoser	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

E13. Förutsättningar att lämna uppgifter om **upprättade habiliterings-/rehabiliteringsplaner** under året

Med upprättade habiliterings-/rehabiliteringsplaner avses ett tydligt avgränsat dokument med uppgifter om aktuell planering för brukaren. I planen anges mål och åtgärder samt ansvar för dessa, och när och av vem uppföljning ska göras. Habiliterings-/rehabiliteringsplanerna ska upprättas i samråd med aktuella brukare/närstående/personal.

	Registreras informationen i IT-baserat verksamhetssystem?			Kan uppgiften på ett enkelt sätt hämtas från IT-baserat verksamhetssystem?		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Antal totalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på kön	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fördelat på yngre än 65 år och 65 år eller äldre	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

E14. Deltar den fördjupade hörselrehabiliteringen i kvalitetsregistret för grav hörselnedsättning?

Kvalitetsregistret för grav hörselnedsättning ingår som ett delregister i ÖNH – Nationellt kvalitetsregistret för öron- näs- och halssjukvård.

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Ja
- ☐ Nej, men verksamheten planerar att ansluta sig → *Ange när:*
- ☐ Nej, men andra verksamheter inom landstinget deltar i registret
→ *Ange vilka:*
- ☐ Nej → *Kommentera gärna varför inte:*

Eventuella kommentarer:

E15. Deltar den fördjupade hörselrehabiliteringen i Hörselbrons kvalitetsregister (rörande hörapparatutprovning)?

Flera alternativ kan anges.

- ☐ Ja
- ☐ Nej, men verksamheten planerar att ansluta sig → *Ange när:*
- ☐ Nej, men andra verksamheter inom landstinget deltar i registret
→ *Ange vilka:*
- ☐ Nej → *Kommentera gärna varför inte:*

Eventuella kommentarer:

F. Patientsäkerhetsarbete

F1. Finns system för avvikelshantering?

Med system för avvikelshantering avses rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

- ☐ Ja
- ☐ Nej → *Gå till fråga F4*

Eventuella kommentarer:

F2. Är systemet för avvikelshantering anpassat efter den typ av verksamhet som bedrivs inom den fördjupade hörselrehabiliteringen?

- ☐ Ja, helt → *Gå till fråga F4*
- ☐ Ja, i viss mån
- ☐ Nej, inte alls

Eventuella kommentarer:

F3. Om systemet inte är helt anpassat efter verksamhetens behov, beskriv på vilket sätt det inte är anpassat.

F4. Vilken är den vanligaste typen av avvikelser som, år 2010, registrerades inom den fördjupade hörselrehabiliteringen?

- F5. Finns det tydliga rutiner för hur information om inträffade avvikelser ska återkopplas till:

	Ja	Nej
Medarbetarna inom den egna verksamheten	☐	☐
Andra berörda verksamheter, exempelvis verksamheter som ansvarar för remittering av personer till fördjupad hörselrehabilitering	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- F6. Om det finns risker inom patientsäkerhetsområdet som inte framkommer genom ert avvikelshanteringssystem – beskriv gärna dessa:

G. Brukarinflytande

Den enskildes delaktighet i habiliterings-/rehabiliteringsplaneringen

- G1. Finns rutiner för att säkerställa den enskildes delaktighet i framtagandet av habiliterings-/rehabiliteringsplaner?

- ☐ Ja, det finns dokumenterade rutiner
☐ Ja, men rutinerna är inte dokumenterade
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- G2. Dokumenteras habiliterings-/rehabiliteringsplanen i den enskildes journal?

- ☐ Ja, habiliterings-/rehabiliteringsplaner registreras rutinmässigt i journalen
☐ Ja, det förekommer, men inte rutinmässigt
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

- G3. Får den enskilde/brukaren tillgång till ett eget exemplar av habiliterings-/rehabiliteringsplanen?

- ☐ Ja, den enskilde får rutinmässigt tillgång till sin habiliterings-/rehabiliteringsplan
☐ Ja, det förekommer, men inte rutinmässigt
☐ Nej

Eventuella kommentarer:

Samverkan med brukarorganisationer

- G4. Sker samverkan med berörda brukarorganisationer på något eller några av följande sätt?

Med regelbundna samverkansmöten avses minst två möten under en tolv månaders period.
Med regelbundet deltagande i utvecklingsprojekt respektive informationsinsatser avses att brukarmedverkan sker återkommande, och inte endast vid något enstaka tillfälle.
Flera alternativ kan anges.

	Ja	Nej	Vet inte
Regelbundna och dokumenterade samverkansmöten mellan berörda organisationer och representanter för den fördjupade hörselrehabiliteringen (brukarråd)	☐	☐	☐
Representanter från organisationerna deltar regelbundet i utvecklingsprojekt som pågår inom den fördjupade hörselrehabiliteringen	☐	☐	☐
Representanter från organisationerna deltar regelbundet informationsinsatser till nya brukare	☐	☐	☐
Annat	☐	☐	☐
Om annat, ange vad:			

Eventuella kommentarer:

Upplevelser av insatser från den fördjupade hörselrehabiliteringen

- G5. Har den fördjupade hörselrehabiliteringen under de senaste 24 månaderna genomfört någon brukarundersökning?

Med brukarundersökning avses kartläggning i form av till exempel enkäter, strukturerade intervjuer eller fokusgrupper, med syfte att fånga de enskildas uppfattning om verksamheten.

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga H1
☐ Vet inte → Gå till fråga H1

Eventuella kommentarer:

G6. Vilken eller vilka metoder har använts?

Flera alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Enkätundersökning	☐	☐
Strukturerade intervjuer	☐	☐
Fokusgrupper	☐	☐
Annan metod	☐	☐
<i>Om annan metod, ange vilken/vilka:</i>		

Eventuella kommentarer:

G7. Om enkätundersökningar används - görs någon tillgänglighetsanpassning för att underlätta den enskildes möjligheter att besvara enkäten?

Flera alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Enkäten finns tillgänglig i elektronisk form	☐	☐
Pappersenkät finns tillgänglig i stor stil	☐	☐
Pappersenkät finns tillgänglig i punktskrift	☐	☐
Enkäten finns tillgänglig på andra språk	☐	☐
<i>Om andra språk, ange vilka:</i>		
Annan tillgänglighetsanpassning	☐	☐
<i>Om annan, ange vilken/vilka:</i>		

Eventuella kommentarer:

G8. Ge exempel på konkreta åtgärder som vidtagits med anledning av resultaten från kartläggningen eller kartläggningarna.

H. Väntetider

Med **väntetid** avses här antal dagar från det datum då vårdgivaren i överenskommelse med patienten fattar beslut om remiss/vårdbegäran till dess att första besöket äger rum.

Med **aktivt väntande** avses samtliga personer som väntar på ett besök till fördjupad hörselrehabilitering. Till aktivt väntande räknas inte personer som avlidit, redan har varit på besök eller inte längre vill eller anser sig behöva komma på besök.

Med **patientvald väntan** avses att personen är informerad och frivilligt har avstått erbjudande om vård inom den aktuella tidsgränsen.

- H1. Vilket krav på maximal väntetid till första besök gäller för den fördjupade hörselrehabiliteringen?

☐ 90 dagar, d.v.s. den väntetid som gäller enligt den nationella vårdgarantin

☐ 60 dagar

☐ Annat → Ange vad:

Eventuella kommentarer:

- H2. Är det möjligt att för den 31 maj 2011 ange hur stor andel av alla brukare som väntade på en tid för ett första besök till fördjupad hörselrehabilitering som väntat längre än 90 dagar?

☐ Ja

☐ Nej → Ange varför uppgiften inte kan lämnas:

→ Gå till fråga H5

Eventuella kommentarer:

- H3. Antal väntande den 31 maj 2011 som väntat längre än 90 dagar

Med vuxna avses här personer äldre än 19 år. Om antalet vuxna inte kan särredovisas, t.ex. för att verksamheten omfattar både barn och vuxna, ange om möjligt det totala antalet oavsett ålder. Kommentera i så fall detta i kommentarfältet.

	Antal vuxna väntande
Aktivt väntande, oavsett väntetid	personer
Aktivt väntande längre än 90 dagar	personer
varav på grund av patientvald väntan	personer

Eventuella kommentarer:

- H4. Kan uppgifterna om antal väntande den 31 maj 2011 delas upp på kön och/eller ålder?

	Kön			Yngre än 65 år och 65 år eller äldre		
	Ja	Nej	Vet inte	Ja	Nej	Vet inte
Aktivt väntande, oavsett väntetid	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Aktivt väntande längre än 90 dagar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
varav på grund av patientvald väntan	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer:

- H5. Är det möjligt att för den 31 maj 2011 ange hur stor andel av alla brukare som väntade på en tid för ett första besök till fördjupad hörselrehabilitering som väntat längre än 60 dagar?

☐ Ja

☐ Nej → *Ange varför uppgiften inte kan lämnas:*

Eventuella kommentarer:

- H6. Antal väntande den 31 maj 2011 som väntat längre än 60 dagar

Med vuxna avses här personer äldre än 19 år. Om antalet vuxna inte kan särredovisas, t.ex. för att verksamheten omfattar både barn och vuxna, ange om möjligt det totala antalet oavsett ålder. Kommentera i så fall detta i kommentarfältet.

	Antal väntande
Aktivt väntande, oavsett väntetid	personer
Aktivt väntande längre än 60 dagar	personer
varav på grund av patientvald väntan	personer

Eventuella kommentarer:

I. Kommentarer till enkäten

Om ni har generella kommentarer till enkäten, skriv dessa här:

Spara den ifyllda enkäten och skicka den med e-post till: horselrehab@socialstyrelsen.se senast **fredagen den 2 september 2011**.

Stort tack för er medverkan!

Bilaga 4. Övriga tabeller, hörsel

Tabell 30. Organisation av den fördjupade hörselrehabiliteringen

	Vilken verksamhet ansvarar för den fördjupade hörselrehabiliteringen?
Stockholm	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Uppsala	Ansvar är delat mellan habiliterings- och hjälpmedelsförvaltning och sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Sörmland	Ansvar är delat mellan habiliterings- och hjälpmedelsförvaltning och sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Östergötland	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Jönköping	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Kronoberg	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Kalmar	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Gotland	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Blekinge	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Skåne	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Halland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Västra Götaland	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Värmland	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Örebro	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande
Västmanland	Svar saknas
Dalarna	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Gävleborg	Habiliterings-/hjälpmedelsförvaltning eller motsvarande
Västernorrland	Organiserad på annat sätt (sammanhållen hörselvård, intraprenad inom landstinget)
Jämtland	Organiserad på annat sätt (pedagogiska hörselvården ansvarar för rehabiliteringen)
Västerbotten	Organiserad på annat sätt (Nämnden för funktionshinder och habilitering är driftnämnd för bl.a. hörselrehabiliteringen men organisatoriskt ingår verksamheten i ett område med många andra verksamheter)
Norrbottn	Sjukhusets audiologiska klinik/ÖNH-klinik eller motsvarande

Tabell 31. Den fördjupade hörselrehabiliteringens roll vid utprovning av arbets-hjälpmedel

	Utför den fördju- pade hörselrehabi- literingen utprov- ning av arbets- hjälpmedel?	Kommentarer
Stockholm	Nej	Vi skulle önska att detta kunde ingå i vårt uppdrag då helhetssynen på patientens tillvaro på så sätt kunde uppfyllas. Vi är heller inte förbundna till någon specifik leverantör för förskrivning av hjälpmedel, vilket ofta är fallet med de privata audiomottagningarna.
Uppsala	Nej	
Sörmland	Nej	Ger råd och stöd samt vägleder patienten i samband med ansökan om arbetsplatshjälpmedel.
Östergötland	Ja	
Jönköping	Ja	Bekostas av Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
Kronoberg	Ja	
Kalmar	Ja	
Gotland	Nej	
Blekinge	Ja	Delvis, t.ex. programmering av streamer. Vi hänvisar patienten till privat aktör för utprovning av hörseltekniska hjälpmedel som tillhör Försäkringskassan.
Skåne	Nej	
Halland	Nej	Dialog på enheten förs kring möjlighet att starta utprovning av arbetstekniska hjälpmedel för att kunna erbjuda totalrehabilitering.
Västra Götaland	Ja	Ett väl etablerat samarbete med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och landstingets hörsel- och dövverksamhet. Berörda parter och patienten (eventuellt med kontaktman och arbetsgivare) träffas för ett planeringsmöte, där habiliterings-/rehabiliteringsplanen ligger till grund. Viktigt är att arbetshjälpmedel kan kombineras med hörapparat, hörhjälpmedel som landstinget har ordinerat. Det ekonomiska ansvaret fördelas mellan de berörda parterna.
Värmland	Ja	
Örebro	Ja	Just nu ligger detta ämne inom den fördjupade hörselrehabiliteringen, men det pågår en diskussion om den ska ligga inom den tekniska avdelningen på kliniken istället.
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja	Det är den tekniska hörselvården som gör detta på uppdrag av Försäkringskassan, AF hörsel eller arbetsgivaren. Detta hör till den fördjupade rehabiliteringen och samverkan sker med de andra hörselverksamheterna.
Gävleborg	Nej	
Västernorrland	Ja	I väldigt liten omfattning.
Jämtland	Ja	
Västerbotten	Nej	Vi har kommit fram till att hörselföretagen har bättre kunskap än vi så vi gör inte själva utprovningen. Däremot kan vi hjälpa till med samord-

		ningen kring detta.
Norrboten	Ja	Det är audionomen på hörcentralen som förskriver hjälpmedel till arbetsplatsen men det är en ingenjör från tekniska hörselvården som installerar aktuellt hjälpmedel. Vi utför uppdraget åt Försäkringskassan.

Tabell 32. Den fördjupade hörselrehabiliteringens tillgång till olika yrkeskategorier, per landsting

	Medi- cinsk audio- log	Teknisk audio- log	Audio- nom	Hörsel- peda- gog	Sjuk- gym- nast	Kura- tor	Psy- kolog
Stockholm	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Jönköping	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Skåne	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Halland	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar sak- nas	Svar sak- nas
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Jämtland	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Västerbotten	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Norrboten	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja

Tabell 32. Den fördjupade hörselrehabiliteringens tillgång till olika yrkeskategorier (fortsättning)

	Hörsel- vårdsingen- jör	Tekniker	Logoped	Tecken- språks- lärare	TSS- lärare	Ototek- niker
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Svar saknas	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Kronoberg	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Kalmar	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Ja			Nej	Nej
Blekinge	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Region Skåne	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
Region Halland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Västmanland	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas	Svar saknas
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Jämtland	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Västerbotten	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Norrbottn	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja