

Riktlinjer vid undersökningar utförda av optometrister och optiker i Sverige

Kliniska riktlinjer för Synundersökning

Författare: Rune Brautaset, BSc, MPhil, PhD, leg. optiker, professor

Reviderat/Granskat av:
Jeanette Brandt, MSc Klinisk Optometri, leg. optiker

Godkänt för publicering, datum: 251121



Optikerförbundet

Allmänt om kliniska riktlinjer

Avsikten med kliniska riktlinjer

Kliniska riktlinjer är framtagna av Optikerförbundet för att ange riktlinjer för en lägstanivå för hur undersökningar och/eller bedömningar respektive åtgärder bör utföras vid hantering av patienter av olika kategorier. Dessa har efter bedömning fastställts och ska gälla i Sverige.

Riktlinjerna är omfattande men kortfattat beskrivna. Referenser är inkluderade. Respektive optometrist / optiker är ansvarig för att upprätthålla denna lägsta nivå, göra en samlad bedömning samt att göra de kompletterande undersökningar som kan krävas i det enskilda fallet, eller om nytilkommen kunskap visar att så bör ske. Allt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kliniska riktlinjer revideras löpande.

Optiker och optometrister

I Sverige finns sedan september 2016 optiker med behörighet att rekvirera och administrera läkemedel vid sina undersökningar. Dessa optiker har rätten att använda titeln optometrist i Sverige, vilket överensstämmer med den internationellt använda titeln.

För att inte skapa oklarhet avseende titeln optometrist, får ingen annan än de som har behörighet som optiker att rekvirera och administrera läkemedel, använda titeln optometrist.

Optometrister och optiker är de som utför majoriteten av primära ögonundersökningar i Sverige (<http://www.ecoo.info>, 2017).

Optometrister och optiker har en viktig funktion inom svenska ögonhälsovården.

Innehåll:

Bakgrund	4
Kloka kliniska val i Optometri – så anpassar du arbetet.....	4
I. Följ evidensbaserade riktlinjer.....	4
II. Individanpassad bedömning	4
III. Undvik onödiga åtgärder	4
IV. Samverkan och remiss	4
V. Patientinformation och delaktighet	5
VI. Individanpassad uppföljning	5
VII. Kontinuerlig kompetensutveckling	5
Synundersökningens olika delar	5
1. Anamnes	5
2. Inledande tester (preliminära och övriga tester)	6
3. Refraktion	7
4. Inspektion och funktionskontroll	8
5. Ordination	9
6. Kontaktlinser (vid tillpassning och uppföljning)	9
7. Arbetsmedicin (vid behov)	9
8. Journalföring	9
8.1 Sekretess och åtkomst.....	10
8.2 Inloggning och autentisering.....	11
8.3 Lagring och informationssäkerhet.....	11

Klinisk riktlinje för Synundersökning

Optikerförbundet anser att det, inom hälso- och sjukvården och utifrån optikers unika kompetens, är optiker som är bäst lämpade att utföra och bedöma åtgärder baserat på synundersökningar.

Kloka kliniska val i optometri – så anpassar du arbetet

Optikerförbundet stödjer initiativet Kloka Kliniska Val som du kan läsa mera om här:

<https://forening.sls.se/kkv>

I. Följ evidensbaserade riktlinjer

Optiker och optometrist ska alltid utgå från nationella riktlinjer och vetenskapligt underlag vid undersökning och behandling av patienter. Riktlinjerna anger en lägstanivå för undersökning och åtgärder, men det är varje optikers ansvar att göra en samlad bedömning och vid behov komplettera med ytterligare undersökningar.

II: Individanpassad bedömning

Alla patienter är unika. Optikern ska anpassa undersökning och åtgärder efter patientens ålder, anamnes, symtom och samarbetsförmåga. Det innebär att inte göra mer än nödvändigt, men heller inte missa något viktigt. Exempel: (1) Små barn kräver andra testmetoder än vuxna, och vissa undersökningar (t.ex. cykloplegisk refraktion) är särskilt viktiga i vissa åldersgrupper eller vid särskilda symtom. (2) Synfältsundersökning eller OCT kan inte anses befogat hos en ung person utan symptom eller någon hereditär ögonåkomma.

III. Undvik onödiga åtgärder

Kloka Kliniska Val innebär att undvika överdiagnostik och överbehandling. Gör bara de undersökningar och behandlingar som är motiverade utifrån patientens behov och aktuell evidens. Exempel: (1) Undvik att ordinera glasögon till barn med låggradig hyperopi om det inte finns risk för synutvecklingsstörning eller andra symtom. (2) Ordina inte blåfilterglasögon för att skydda mot ögonskador/ögonsjukdomar då det inte finns något vetenskapligt belägg för detta. (3) Återkalla inte patienten med intervall (kort eller långt) som inte är medicinskt motiverat.

IV. Samverkan och remiss

Vid fynd utanför det normala, eller vid misstanke om allvarlig ögonsjukdom som optikern själv inte kan omhänderta, ska optikern remittera till optikerkollega, ögonläkare eller annan

specialist enligt tydliga kriterier. Samverkan med andra vårdinstanser är en viktig del av Kloka Kliniska Val. För mera information om remisser se vår riktlinje: Remiss

V. Patientinformation och delaktighet

Förklara undersökningsprocessen och resultaten för patienten (och föräldrar vid undersökning av barn). Involvera patienten i besluten och informera om varför vissa undersökningar görs – och varför andra inte görs. Detta ökar tryggheten och förståelsen för vården.

VI. Individanpassad uppföljning

Enligt oss i Optikerförbundet finns det endast ett svar på hur ofta man bör undersöka en patients syn, nämligen så ofta som det finns ett medicinskt behov av det. Dessa behov är givetvis individuella och rekommenderas i samband med en undersökning, men i guiden nedan presenterar vi några övergripande indikationer på lämpliga intervaller:

- Varje år
Årlig undersökning rekommenderas för de som är:
Upp till 18 år – med korrigerat synfel eller samsynsproblem
Över 65 år – om patienten märker att synen förändras
Kontaktlinsanvändare – normal frekvens för uppföljning av ögonhälsa hos kontaktlinsanvändare.
- Vartannat år
Undersökning vartannat år rekommenderas för de som är:
Upp till 18 år – utan synfel eller samsynsproblem, men med synrelaterade symptom.
40-65 år – med och utan synfel eller samsynsproblem, men med synrelaterade symptom.
- Vart tredje till femte år
Undersökning vart tredje till femte år rekommenderas för de som är:
Över 18 år med synrelaterade symptom eller hereditära synåkommor.

VII. Kontinuerlig kompetensutveckling

Optikern ska följa "vetenskap och beprövad erfarenhet" vilket innebär att optikern måste hålla sig uppdaterad om nya riktlinjer, forskning och tekniker. Optikerförbundets riktlinjer revideras löpande och det är viktigt att följa utvecklingen för att kunna göra kloka kliniska val.

Synundersökningens olika delar

1. Anamnes

Anamnes betyder att man samlar in bakgrundsinformation om patientens syn- och ögonrelaterade historia och den lägger därmed grunden för en säker och individanpassad undersökning. All information från anamnesen ska journalföras.

Nedan finns förslag på områden inom vilka frågor bör ställas. Frågorna bör ställas som "öppna frågor", framförallt första gången man träffar patienten.

- Orsak och syfte med besöket (patientens avsikt och förväntningar)
- Tidigare erfarenheter av synhjälpmedel
- Tidigare besök hos optiker, ögonläkare, läkare, ortoptist, ögonsjuksköterska etc.
- Ärftlighet (ögonsjukdomar och andra sjukdomar)
- Allergier
- Allmäntillstånd/hälsotillstånd (ögonrelaterat och övrigt)
- Medicinering (ögonrelaterad och övrig)
- Synkrav och synergonomisk situation (arbete, arbetsmiljö, fritid, belysning, arbetsställning)

2. Inledande tester (*Preliminära och övriga tester*)

Preliminära tester i en synundersökning är de inledande undersökningar och mätningar som görs för att snabbt och systematiskt bedöma ögonens hälsa och funktion innan refraktionen (dvs. bestämning av synfel) påbörjas.

Syftet med preliminära tester är att:

- Upptäcka tecken på ögonsjukdomar eller avvikelser.
- Få en överblick över ögonens motorik, samarbete och grundläggande funktioner.
- Identifiera om det finns behov av ytterligare, mer avancerade undersökningar.

Nedan finns förslag på tester och när de bör utföras.

- Yttre ögoninspektion
 - Bör alltid genomföras. Kan med fördel även göras med hjälp av biomikroskop.
- Pupilldistans (avstånd och nära)
 - Görs normalt första gången man undersöker patienten.
- Coverttest (avstånd och nära)
 - Ingår i det vi normalt benämner som neurologiska tester¹ och bör alltid genomföras.
- Motilitet (ögonrörelser)
 - Ingår i det vi normalt benämner som neurologiska tester och bör alltid genomföras.
- Konvergensnärpunkt
 - Görs normalt om symptom i samband med närarbete framkommer i anamnesen.
- Pupillresponser (direkt, indirekt, swinging flashlight)

- Ingår i det vi normalt benämner som neurologiska tester och bör alltid genomföras.
- Ackommodationsnärpunkt
 - Görs normalt om symptom i samband med närarbete framkommer i anamnesen och hos barn med diffusa symtom samt unga hyperopa.
- Ögondominans
 - Görs normalt första gången man undersöker patienten.
- Konfrontationstest (synfält)
 - Ingår i det vi normalt benämner som neurologiska tester och bör alltid genomföras.
- Amsler
 - Görs normalt om patienten rapporterar om störningar i centrala synfältet eller vid kända förändringar/sjukdomar i ögats bakre segment.

3. Refraktion

Refraktionsbestämning betyder att man undersöker och fastställer ögats brytningsfel. Resultatet av refraktionsbestämningen ligger till grund för ordination av glasögon, kontaktlinser (se avsnitt 6) eller arbetsanpassade synhjälpmedel (se avsnitt 7) och dokumenteras alltid i journalen. Refraktionsbestämningen består normalt av:

- Fri och habituell visus
- Objektiv refraktion (t.ex. retinoskopi, autorefraktor)
 - Utgör ordinationsunderlag när kommunikation med patienten är svår/omöjlig (t.ex. vid låg ålder eller mental förmåga). Används annars som startvärde för subjektiv refraktion.
- Subjektiv refraktion inkl. binokulär avstämning (efter att binokulärseende påvisats)
- Visus med refraktion
- Närrefraktion
- Visus på nära håll med närrefraktion

Cykloplegisk refraktion innebär att man tillfälligt slår ut ögats ackommodationsförmåga (fokuseringsförmåga) med hjälp av ögondroppar, för att kunna mäta det verkliga brytningsfelet utan att ögat "hjälpes till" och maskerar t.ex. en hyperopi (översynthet).

Indikationer

- Barn och unga: Cykloplegisk refraktion rekommenderas särskilt vid undersökning av barn och unga, eftersom de har stark ackommodationsförmåga som riskerar att dölja hyperopi eller andra brytningsfel vid vanlig (icke-cykloplegisk) refraktion.
- Vid misstanke om latent hyperopi: Om du misstänker att barnet har en dold hyperopi som inte syns vid vanlig refraktion.

- Vid misstanke om pseudomyopi: Om barnet har symptom på myopi som varierar, eller om det finns misstanke om att ackommodationen är överaktiv.
- Vid skelning (esotropi): Särskilt vid inåtskelning (ackommoderande esotropi) är cykloplegisk refraktion avgörande för korrekt diagnos och behandling.
- Vid amblyopi: För att säkerställa att rätt brytningsfel upptäcks och behandlas.
- Vid stora skillnader mellan objektiv och subjektiv refraktion: Om resultaten från autorefraktor/retinoskopi och subjektiv refraktion skiljer sig mycket åt.

Praktiskt genomförande

- Optiker med rekvisitionsrätt, dvs optometrist, rekommenderas att använda cyklopentolat. Beskrivning av dosering anpassas efter ålder och irisfärg finns i Riktlinjen för Hantering av Barn.
- Optiker utan rekvisitionsrätt bör remittera till kollega med rekvisitionsrätt när behov av refraktion i cykloplegi föreligger.

4. Inspektion och funktionskontroll

Vid behov, dvs utifrån anamnes och tidigare tester kan en eller flera av följande tester vara kliniskt relevanta att genomföra:

- Binokulära mätningar (fori/tropi, ackommodationsamplitud och facilitet, vergensmätningar, aniseikoni, stereoseende, fixationsdisparitet)
- Utökad bedömning av yttre ögat (ögonlock, konjunktiva, sklera, kornea, tårfilm)
- Utökad bedömning av främre segment (främre kammare, kammarvinkel, iris, lins)
- Bedömning av bakre segment (glaskropp, näthinna, nervutträde, exkavation, kärl, makula)
- Kontrastseende
- Topografi/Keratometri
- Färgseende
- Tonometri (intraokulärt tryck)
- Synfält

Instrumentering för inspektion och funktionskontroll kan omfatta (denna lista inte komplett) prismastav, fixationsdisparitetstest, främre segment OCT, topograf, tårfilmsanalys, gonioskop, oftalmoskop, 90D-lins, funduskamera, bakre segment OCT, axiallängdsmätare, tonometri, synfältsmätare.

Finner man under undersökningen behov av inspektions och funktionskontroll med instrumentering man själv inte har tillgång till bör man remittera till kollega som har tillgång till nödvändig utrustning.

5. Ordination

En ordination innebär ett **beslut om behandling** som fattas av behörig hälso- och sjukvårdspersonal (i detta avseende en optiker/optometrist). Ordinationen dokumenteras i patientjournalen (journalssystemet och dess inloggning ska säkerställa att det framgår och är spårbart vem, och därmed att det är en optiker, som har ordinerat). Historiskt har ordination benämnts "recept" när det gäller styrkorna och tillpassningsinformation för glasögon och/eller kontaktlinser inom optometrisk verksamhet. Recept är dock en juridisk handling för läkemedelshantering och följer Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS2021:75). Inom optometrisk verksamhet används fortfarande ordet "recept" som det dokument som lämnas till patienten för att kunna få hjälpmedlet tillverkat eller expedierat. Oberoende av benämning (ordination eller recept) så ska detta göras och signeras av legitimerad personal, tillika optiker. (Kopia av ordination/recept kan vidimeras av annan personal om det framgår vem som har ordinerat och att den som vidimerar inte utger sig för att vara eller ger sken av att vara legitimerad optiker. Att ge sken av att vara legitimerad när man inte är det är enligt svensk lagstiftning olagligt och därmed straffbart.

Socialstyrelsens handbok om journalssystem är ett stöd vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter. Handboken klargör att **ordination och remiss är medicinska beslut som normalt kräver legitimation och kompetens enligt gällande lagar och föreskrifter. Icke-legitimerad personal får inte fatta sådana beslut självständigt**, utan endast utföra uppgifter på delegation från legitimerad yrkesutövare, och då under tydligt definierade förutsättningar.

Baserat på anamnesen, de inledande testerna, refraktionen och inspektion och funktionskontrollen bör en ordination omfatta:

- Information till patienten om undersökningsresultat.
- Information om korrektions- eller andra behandlingsalternativ.
- Rekommendation till lösning av patientens problem.
- Remiss till läkare vid misstänkta sjukliga förändringar eller skador.
- Remiss till annan vårdgivare vid behov.

Den vård vi optiker ger utifrån vår ordination ska utgå från patientens behov, önskemål och livssituation. Patienten har rätt att förstå sin diagnos, behandlingsalternativ och konsekvens av olika val.

Patienten måste få tillräcklig information för att kunna ge sitt samtycke till behandling eller ordination. Detta gäller även vid ordination av glasögon, kontaktlinser eller andra synhjälpmedel.

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vården ges med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

6. Kontaktlinser (vid tillpassning och uppföljning)

En kontaktlinstillpassning är mer än bara en synundersökning – den omfattar en helhetsbedömning av ögats hälsa, tårfilm, linsens passform och patientens förutsättningar. Detta minskar risken för komplikationer och ökar chansen för ett lyckat och säkert linsbärande. Förslagsvis bör undersökningar i samband med kontaktlinser, utöver ordinarie synundersökning, omfatta:

- Keratometri/Kornealtopografi
- Bedömning med biomikroskop (ögonlock, konjunktiva, sklera, kornea, tårfilm)
- Information om linstyper och rekommendation av lämplig lins
- Bedömning av linsens passform och rörlighet
- Bestämning av överrefraktion och visus
- Information om handhavande, skötsel, bytesintervall, bärandetid, egenkontroll, linsvila, vikten av fungerande glasögon och återbesök
- Kontroll av ögonen och linserna vid återbesök (normalt årligen, men intervallerna för återbesök är individuella och bör anges i journalen)

7. Arbetsmedicin (vid behov)

En arbetsmedicinsk undersökning hos optiker innebär en synundersökning som är särskilt inriktad på att bedöma och optimera synen i relation till patientens arbetsmiljö och arbetsuppgifter. Syftet är att säkerställa att synkraven på arbetsplatsen uppfylls och att förebygga synrelaterade besvär eller arbetsmiljöproblem.

Typiska moment i en arbetsmedicinsk undersökning hos optiker:

- Anamnes med fokus på arbetsmiljö
 - Frågor om arbetsuppgifter, arbetsställning, belysning, bildskärmsarbete, eventuella besvär vid arbete (t.ex. trötta ögon, huvudvärk, dubbelseende).
 - Kartläggning av synkrav i arbetet (avstånd, närarbete, behov av skyddsglasögon etc.).
- Synundersökning
 - Noggrann mätning av synskärpa på olika avstånd (avstånd, mellanavstånd, nära).
 - Refraktionsbestämning (glasögonstyrka).
 - Bedömning av behov av särskilda arbetsglasögon (t.ex. terminalglasögon).
- Bedömning av binokulär funktion
 - Test av samsyn, ögonrörelser och eventuell förekomst av skelning eller dolda synproblem som kan påverka arbetet.
- Undersökning av ögats yttre segment
 - Kontroll av ögonens yttre delar (ögonlock, konjunktiva, hornhinna) för att upptäcka tecken på torra ögon eller andra arbetsrelaterade besvär.
- Bedömning av behov av synhjälpmedel
 - Rekommendation av arbetsanpassade glasögon, filter, skyddsglasögon eller andra hjälpmedel utifrån arbetsmiljön.
- Rådgivning

- Information om ergonomi, belysning, raster och hur man förebygger syntrötthet i arbetet.

8. Journalföring

- Alla ovanstående moment och fynd ska dokumenteras i journalen.
- Om något moment utelämnas, ska detta motiveras och dokumenteras.

Optikerförbundet förutsätter att våra medlemmar, medicinskt ansvarig och arbetsgivare efterlever de regler, lagar och förordningar som reglerar journalföring inom Hälso- och sjukvården. Nedan anges endast kortfattat vad som gäller sekretess, åtkomst, inloggning och autentisering, samt lagring och informationssäkerhet.

1. Sekretess och åtkomst

- **Patientuppgifter är sekretessbelagda.** Endast personal som deltar i vården av patienten eller behöver uppgifterna för sitt arbete får ta del av journalen (inre sekretess).
- **All hantering av patientdata ska ske enligt Patientdatalagen (2008:355) och GDPR.** Det innebär att all information som kan kopplas till en individ och dennes hälsa är känslig och måste skyddas mot obehörig åtkomst.
- **Journaluppgifter får inte lämnas ut till utomstående utan patientens samtycke,** med vissa undantag enligt lag.

2. Inloggning och autentisering

- **Stark autentisering krävs** vid inloggning i journalsystemet. Det innebär vanligtvis e-legitimation eller annan säker tvåfaktorsautentisering.
- **Alla åtgärder i journalsystemet ska kunna härledas till en specifik användare** (loggning). Det ska framgå vem som gjort vad och när i systemet.
- **Behörighetsstyrning:** Åtkomst till journaluppgifter ska styras så att endast de som behöver informationen för sitt arbete får tillgång. Det gäller både inom och mellan vårdenheter.

3. Lagring och informationssäkerhet

- **Patientdata ska lagras säkert** – ofta på servrar med hög säkerhetsnivå, lösenordsskydd och ibland fysisk säkerhet (t.ex. kassaskåp för pappersjournaler).
- **Systemet ska uppfylla kraven i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40)** om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
- **Alla åtgärder och åtkomster ska loggas** så att det går att spåra vem som läst eller ändrat information.

