



SKRS

Syntolkning av bild: Logotyp för SKRS, glasögon i vitt med orange-rosa bakgrund format som ett städ.

ÅRSRAPPORT 2022



Syntolkning av bild: Pioner i olika rosa nyanser.

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid
Synnedsättning

ÅRSRAPPORT FÖR 2022

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning.

Årsrapporten är sammanställd av RC Syd i samverkan med registerhållare Eva Karlström och styrgruppen.

Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA): Region Blekinge.

Registerhållare Eva Karlström, enhetschef, Region Stockholm

Styrgrupp

- Anette Strömqvist**, medicinsk sekreterare, Region Jämtland-Härjedalen
- Ann-Charlotte Edman**, synpedagog, Region Halland
- Emelie Winterhof**, kurator, utvecklingsledare, Region Skåne
- Helena Backteman**, synpedagog, Region Västerbotten
- Sara Andersson** enhetschef, Västra Götalandsregionen
- Sofia Evertsson**, verksamhetsutvecklare, Västra Götalandsregionen
- Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare Synskadades Riksförbund, Stockholm
- Ulrika Kjellström**, ögonläkare, Region Skåne
- Kristina Tornqvist**, ögonläkare, Region Skåne

Susanne Albrecht, registerspecialist/ögonsjuksköterska, Registercentrum Syd, Region Blekinge

Pernilla Olausson, dataanalytiker, Registercentrum Syd, Region Skåne

Webbplats <http://rcsyd.se/skrs/>

E-mail eva.karlstrom@sodexo.com

Webbplats RC Syd <https://rcsyd.se/>



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	7
Rehabilitering vid synnedläggning	10
Styrgrupp	13
Antalet registreringar	14
Anslutningsgrad – deltagande enheter	16
Täckningsgrad	18
Demografi	19
Grad av synnedläggning	24
Diagnoser vid synnedläggning	27
Åtgärder och insatser vid rehabilitering	30
Användning av bedömningsinstrument	35
Andel upprättade IRP	39
Väntetid från remiss till första besök	43
Rehabiliteringstid	54
Effektmått (sex kliniker)	61
Dashboard - online data	65
Visualisering	67
Tack till deltagande synverksamheter	69
Referenslista	70

SAMMANFATTNING

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning (SKRS)

Syftet med SKRS är att öka kunskapen om rehabiliteringsåtgärder och dess effekter för att uppnå en likvärdig synrehabilitering i Sverige. Syftet är också att utveckla process- och resultatmått efter relevanta evidensbaserade åtgärder samt utgöra underlag för verksamhetsutveckling, kliniskt förbättringsarbete och forskning.

Genom att identifiera remisskriterier, åtgärder, metoder, ledtider och insatsernas effekt vill SKRS säkerställa att "Rätt patient får rätt behandling i rätt tid av rätt behandlare". Därigenom kan den beprövade erfarenheten granskas och leda till att evidens tillämpas som underlag vid diskussioner och beslut om vilka rehabiliterande åtgärder som gör störst nytta och vad som ska prioriteras.

Förväntningarna är en nationell samsyn och verksamhetsutveckling mot en holistisk, jämlik, evidensbaserad, tillgänglig och effektiv synrehabilitering.

Nuläge

I dagsläget har SKRS uppnått certifieringsgrad 3. För närvarande är **27 enheter**, fördelade på **21 regioner**, registrerade användare av SKRS. Det innebär att från 2022 deltar samtliga regioner i SKRS.

Statistik

Statistiken i årsrapporten är räknad på data från 2016 till 2022 när det gäller antalet registreringar och 2017-2022 gällande övrig presentation av data över tid. I övrigt presenteras i årsrapporten data för 2022. Sedan starten har det gjorts **56 496** registreringar i SKRS.

Anslutningsgraden är hög, dock är styrgruppen medveten om att önskvärd täckningsgrad ännu inte är helt uppnådd. Arbetet med att förbättra täckningsgraden har prioriterats högt i styrgruppen och kommer så göras även framöver i samverkan med syncheferna i Sverige. I årsrapport 2022 har ytterligare steg framåt tagits för att hitta en hållbar metod för beräkning av täckningsgrad, se kapitel om täckningsgrad. Under 2020–2021 har ett flexibelt rapportverktyg, visualisering, tagits fram av en arbetsgrupp inom SKRS. Vidareutveckling av visualiseringen har gjorts under 2022. För ytterligare information se vidare i kapitel om visualisering.

Nationell vårdprocess

Parallellt med SKRS arbete pågår inom synverksamheterna ett arbete med att ta fram en gemensam nationell vårdprocess. Under 2019 startades det upp pilotprojekt inom synenheterna i Västra Götalandsregionen, Region Jämtland/Härjedalen, Region Halland, Region Skåne och Region Stockholm. Områdena detta berörde var

- Synfunktion
- Orientering och förflyttning
- IKT (informations- och kommunikationsteknologi)

Under våren 2020 påbörjades en implementering till övriga regioner, samt fortsatt arbete med resterande områden (lärande och tillämpa kunskap, personlig vård och hemliv, psykosocialt, barn och ungdomar).

Plan för kontinuerlig systematisk validering

För att det ska bli meningsfullt att använda kvalitetsregisterdata som stöd i vårdens förbättringsarbete är det av yttersta vikt att data är korrekta och kompletta.

Under 2022 har styrgruppen haft fokus på **utveckling av valideringsplan**.

SKRS har använt sig av den manual SKR och representanter från flera registercentrum har utvecklat. SKRS har inte validerat data tidigare, och befinner sig på certifieringsnivå 3. Under 2022 är planen att utveckla SKRS vidare för att uppnå certifieringsnivå 2.

Inkludering av barn- och ungdomar

I SKRS registreras vuxna patienter från 20 år som är i behov av synrehabiliterande insatser. SKRS ska utvecklas så att även barn och ungdomar 0 – 19 år inkluderas. Under 2022 har SKRS samarbetat med Synskaderegistret (som registrerar barn- och ungdomar med synnedläggelse). Tre personer med kunskap om synhabilitering har inkluderats i styrgruppen; Helena Bacteman (synpedagog barn och ungdomar), Kristina Tornqvist (ögonläkare, PhD) och Ulrika Kjellström (ögonläkare, PhD). Plan för utveckling av nytt formulär för barn och ungdomar har skett under våren 2023.

Kompetens forskning och vetenskap

Styrgruppens medlemmar med forskningskompetens inom oftalmologi och synrehabilitering har tillsammans med ytterligare en ögonläkare, Marion Schroeder och en disputerad arbetsterapeut, Katarina Baudin, tagit fram ett forskningsprogram under året. I programmet kommer uppgifterna från synenheter/synmottagningar som registrerar i SKRS att användas för att beräkna och belysa förekomsten av olika ögonsjukdomar som, i en svensk kohort, leder till allvarlig synnedläggelse, samt hur den demografiska fördelningen av de olika diagnoserna ser ut. Vidare kommer en utvärdering av de rehabiliterande/rehabiliterande insatserna att genomföras med fokus på typ av insats, duration och effekt.

Möten

Styrgruppens möten och SKRS-dagar har skett digitalt under 2022.

SKRS-kvalitetsindikatorer




Ett arbete har genomförts med att skapa kvalitetsindikatorer för SKRS.

Arbetsgruppen har använt den handbok som sammanställts av Socialstyrelsen; "Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg.

Indikatorn har kartlagts, bedömts och prövats utifrån följande sex kriterier; riktning, relevans, validitet, vedertagen, påverkbar och mätbar.

- **Tillgänglighet - Väntetid till rehabilitering**
- **Upprättande av rehabiliteringsplan för alla**
- **Upplevd effekt av rehabilitering "Mäta effekter" olika målområden ICF**

För de första två indikatorerna uppfyller kraven för en god indikator. För indikator tre, *upplevd effekt av rehabilitering*, så bör validiteten prövas samt att den är kunskapsbaserat och vedertagen på nationellt plan.

	Tillgänglighet - Väntetid till rehabilitering
	Upprättande av rehabiliteringsplan för alla
	Upplevd effekt av rehabilitering "Mäta effekter" olika målområden ICF

Under arbetet gavs förslag på flera indikatorer som styrgruppen kommer att arbeta vidare med.

- Uppföljning (avslutande) av IHP/IRP
- Tillgänglighet till IHP/IRP för brukare ur perspektivet patientmedverkan. Det kräver utveckling av ny variabel i SKRS eller att den vetskapen kan fångas ur annan datakälla.

REHABILITERING VID SYNNEDESÄTTNING

Bakgrund

Rehabilitering vid synnedsetsättning

En person med synnedsetsättning kan behöva stöd, i form av strategier, hjälpmedel eller psykosocialt stöd för att klara det dagliga livet.

”Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan 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.” (definition Socialstyrelsen).

Vid synverksamheten finns specifik kunskap om synnedsetsättningen och dess konsekvenser. Arbetet med synrehabilitering är ett tvärprofessionellt arbete som kan bestå av insatser från optiker, arbetsterapeut, synpedagog, kurator, psykolog, fysioterapeut, IKT-utbildare (informations- och kommunikationsteknik). I arbetet ingår samverkan med bland annat ögonsjukvården, habiliteringen, kommunerna, arbetsförmedlingen inriktning syn.

Syftet med SKRS

Syftet med SKRS är att öka kunskapen om rehabiliteringsåtgärder och dess effekt för att uppnå likvärdig synrehabilitering i Sverige, att utveckla process- och resultatmått efter relevanta evidensbaserade åtgärder, samt att utgöra underlag för forskning, verksamhetsutveckling och kliniskt förbättringsarbete.

Förväntade förbättringar

Genom att identifiera remisskriterier, åtgärder, metoder, ledtider och insatsernas effekt vill SKRS säkerställa att ”Rätt patient får rätt behandling i rätt tid av rätt behandlare”. Därigenom kan den beprövade erfarenheten granskas och leda till att evidens tillämpas som underlag vid diskussioner och beslut om vilka rehabiliterande åtgärder som gör störst nytta och vad som ska prioriteras. Förväntningarna är en nationell samsyn och verksamhetsutveckling mot en holistisk, jämlik, evidensbaserad, tillgänglig och effektiv synrehabilitering.

Uppgifter i kvalitetsregistret

I SKRS samlas data om personer som blivit aktuella för synrehabilitering. Variabler som registreras är listade nedan och variabler kopplat till tillgänglighet och rehabiliteringstid är inkluderade.

Variabler

Bakgrundsdata
Demografi
Diagnoskoder (enligt ICD10)
Synskärpa, lång och nära håll
Grad av synnedsättning
Andra funktionsnedsättningar
Bedömningsinstrument
KVÅ Klassifikation av åtgärds-koder
Individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan (IRP/IHP)
Ankomstdatum för remiss/egen vårdbegäran
Besöksdatum
Uppföljningsdatum

Komplett variabellista kan erhållas vid kontakt med registret.

Kvalitetsindikatorer för rehabilitering

SKRS medverkar till att ta fram nationella kvalitetsindikatorer tillsammans med ledningen för synverksamheterna i Sverige. Grundläggande kvalitetsindikatorer enligt SKRS är:

- **Ökad tillgänglighet i form av minskad väntetid till rehabilitering**
- **100% upprättande av rehabiliteringsplan – alla har rätt till en plan**
- **Upplevd effekt av rehabilitering**

I dagsläget kan SKRS få fram statistik om tillgänglighet och upprättande av rehabiliteringsplan, men ytterligare uppgifter om resultat av rehabiliteringen eftersträvas. Styrgruppen har infört ett effektmått för rehabilitering, vilket har påbörjats som pilotprojekt av Västra Götaland Region (Borås, Göteborg, Vänersborg och Skövde) och Region Halland under 2018–2020. En utvärdering av pilotprojektet "Mäta effekter" har genomförts under hösten 2020. Ansvarig för utvärderingen var Jeanette Källstrand, Med. Dr som valde att genomföra utvärderingen genom fokusintervjuer. Intervjuerna skedde i grupp, fysiskt eller digitalt, med behandlare på samtliga syncentraler i Halland och Västra Götalandsregionen som deltagit i pilotprojektet. Utvärderingen resulterade i en rapport som samtliga chefer och kontaktpersoner för SKRS fått tagit del av. I rapporten ges förslag på hur man kan gå vidare för en implementering till övriga syncentraler samt att få bedömningsmallen validerad. Under 2021-2022 har Skåne och Gotland utbildats och påbörjat använda bedömningsmallen för att mäta effekter. Se vidare i kapitel om effektmått. Därefter ska bedömningsmallen valideras och en implementering ska ske i hela landet.

Effektmåttet utgår ifrån kodverket ICF (International Classification of Functions, Disability and Health) och använder nio olika områden (domäner) för att klassificera målet för rehabilitering. De nio områdena är:

Lärande och tillämpa kunskap
Allmänna uppgifter och krav
Kommunikation
Förflyttning
Personlig vård
Hemliv
Mellanmänskliga interaktioner och relationer
Viktiga livsområden
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Målen specificeras därefter: exempelvis att läsa och skriva, inom målområdet *Lärande och tillämpa kunskap*. Därefter skattas svårigheten enligt ICF före och efter rehabiliteringsinsatsen. Genom att mäta gradering av svårigheten både före och efter rehabilitering erhålls ett effektmått. Styrgruppen är medveten om att effektmåttet kan påverkas av sjukdomsgrad och eventuell progress.

Gradering av svårighet (enligt ICF-skala):

Ingen svårighet	0–4%
Lätt svårighet	5–24%
Måttlig svårighet	25–49%
Stor svårighet	50–95%
Total svårighet	96–100%
Går ej att skatta	

Framtidsplaner

Handlingsplan 2023–2024

- Fortsatt mäta och utveckla täckningsgraden
- Fortsatt utveckling av statistikvisningar och visualiseringsverktyget i SKRS
- Onlineåterkoppling av relevant information till registrets användare på webbplats för SKRS, genom utvecklare på RC Syd.
- Registret bidrar med data till kvalitetsuppföljning och forskning
- Styrgruppen har nu rekryterat medlemmar med kompetens inom statistik, forskning & vetenskap och ett forskningsprojekt startar under 2023-2024
- Färdigställa plan för hur data ska valideras och genomföra valideringsprojekt 2024
- Utveckling av flera mått och målvärden som är särskilt viktiga för att indikera god kvalitet inom området.
- Införa mått på upplevd effekt av synrehabilitering "Mäta effekter" på alla synenheter under 2023-2024
- Fortsatt arbete med att inkludera barn och ungdomar (0-19 år) i SKRS
- SKRS samarbetar i projekt om nationell vårdprocess för synrehabilitering
- Registret har som ambition att utvecklas mot högre certifieringsnivå och uppfylla kriterierna för certifieringsnivå 2

Utöver handlingsplanen finns det behov av tillgänglighetsanpassning i SKRS. I arbetet med att mäta effekter följer SKRS patientrapporterade mått PROM (Patient Reported Outcome Measures).

SKRS STYRGRUPP

Styrgruppen är tvärprofessionellt utformad inom synrehabiliteringsverksamhet och geografiskt spridd över landet. Under utvecklingen av SKRS har två patientföreträdare från Synskadades Riksförbund (SRF) varit aktiva. Under 2022 har Mikael Ståhl från SRF varit patientföreträdare t o m nov 2022.

Styrgruppen har utökats med Helena Backteman, synpedagog, som arbetar med barn- och ungdomar. Ulrika Kjellström och Kristina Tornqvist, båda ögonläkare med erfarenhet av habilitering/rehabilitering av synnedläggning, har inkluderats i styrgruppen från 2022.

Registerhållare Eva Karlström, enhetschef, Region Stockholm

STYRGRUPP

Anette Strömqvist, medicinsk sekreterare, Region Jämtland-Härjedalen

Ann-Charlotte Edman, synpedagog, Region Halland

Emelie Winterhof, kurator, utvecklingsledare, Region Skåne

Helena Backteman, synpedagog, Region Västerbotten

Sara Andersson, enhetschef, Västra Götalandsregionen

Sofia Evertsson, verksamhetsutvecklare, Västra Götalandsregionen

Mikael Ståhl, patientföreträdare, utredare/handläggare, Synskadades Riksförbund, Stockholm (tom nov -22). Ersättare Cecilia Ekstrand, SRF (from febr 2023).

Kristina Tornqvist, ögonläkare, Region Skåne

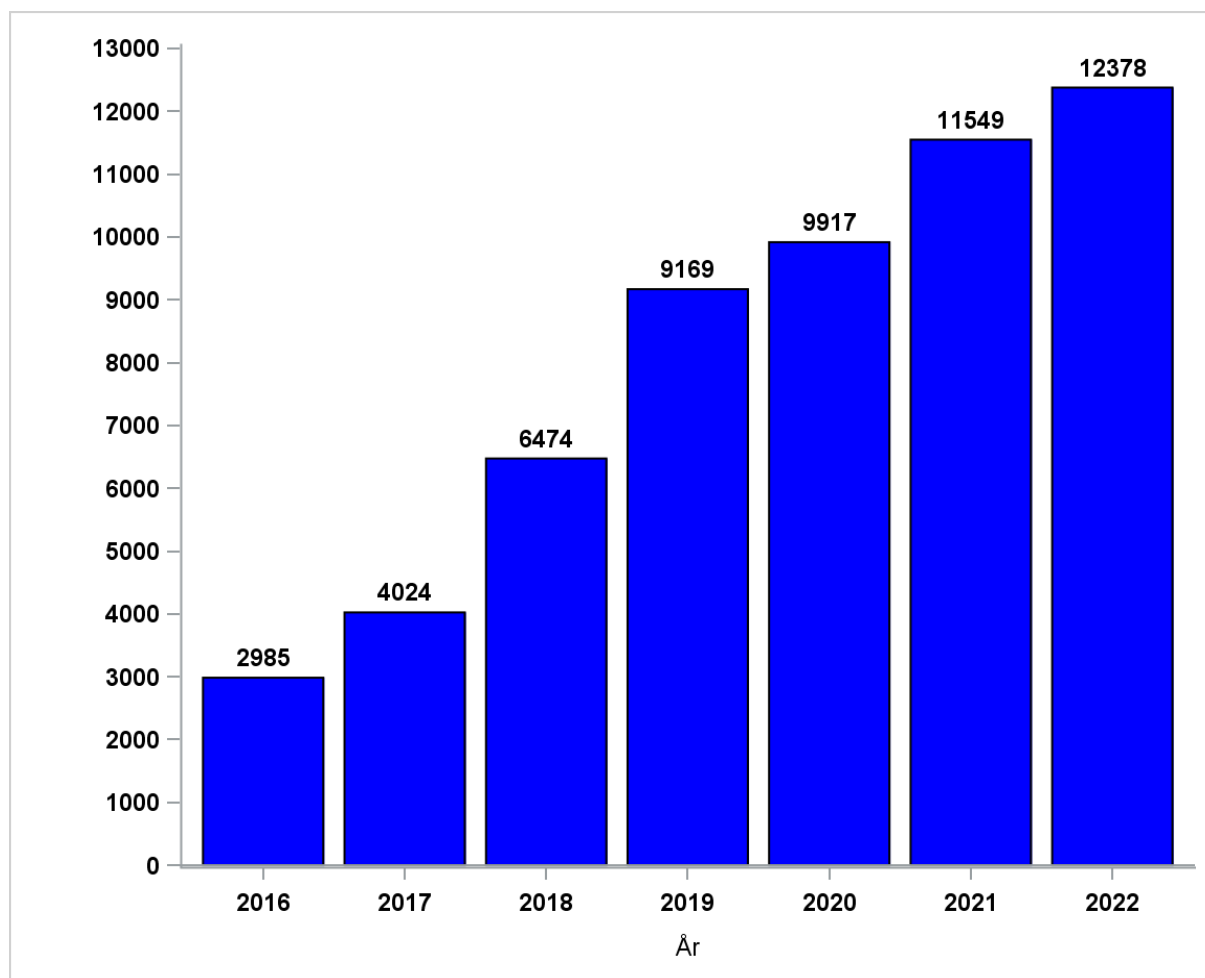
Ulrika Kjellström, ögonläkare, Region Skåne

Susanne Albrecht, registerspecialist, ögonsjuksköterska, projekt- och utvecklingsledare, Registercentrum Syd, Region Blekinge (adjungerad).

ANTALET REGISTRERINGAR

SKRS startade som registerkandidat i oktober 2015. I figur 1 ses utvecklingen i antal registreringar i SKRS till och med 2022-12-31. Det sammanlagda antalet registreringar uppgår till 56 496. I tabell 1 visas fördelningen per region. En individ kan ha flera registreringar i SKRS. En registrering i SKRS omfattar kartläggning, återbesök och uppföljning. Ny registrering påbörjas när det finns behov av ytterligare rehabiliteringsinsatser.

Figur 1. Antal registreringar i SKRS 2016-2022. Registeruttag 2022-04-12.



Kommentar

Antalet registreringar i SKRS har utvecklats stadigt uppåt sedan starten i oktober 2015. Färre registreringar kan noteras vid starten av pandemin, vilket tolkas som en avvaktande hållning till synrehabiliterande besök i hälso- och sjukvården. Även om pandemin fortgått under verksamhetsåret 2022 har antalet registreringar ökat återigen, vilket talar för att ett stort antal besök konverterats till telefon- och digitala besök.

**Tabell 1. Antal registreringar per region i SKRS 2016–2022.
Registeruttag gjort 2023-04-12.**

Region	Besöksår							Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Blekinge	109	155	241	264	261	301	280	1611
Dalarna	0	0	112	190	198	164	295	959
Gotland	62	98	89	84	123	131	167	754
Gävleborg	3	12	143	436	328	400	300	1622
Halland	400	347	435	510	500	377	529	3098
Jämtland	193	172	124	225	80	126	111	1031
Jönköping	221	346	213	290	407	397	419	2293
Kalmar	59	184	217	259	273	235	276	1503
Kronoberg	0	0	147	167	102	191	211	818
Norrbottn	66	74	180	257	252	231	266	1326
Stockholm	155	243	309	847	1514	2048	2074	7190
Skåne	73	266	972	945	1492	1650	1711	7109
Södermanland	4	154	279	339	291	382	389	1838
Uppsala	0	0	0	0	0	11	257	268
Värmland	23	132	489	511	375	495	521	2546
Västerbotten	246	270	268	253	344	367	349	2097
Västernorrland	92	65	55	392	432	458	458	1952
Västmanland	43	191	288	248	238	295	345	1648
Västra Götaland	1235	1211	1275	2474	2161	2515	2636	13507
Örebro	1	104	363	210	140	277	332	1427
Östergötland	0	0	275	268	406	498	452	1899
Total	2985	4024	6474	9169	9917	11549	12378	56496

Kommentar

Under första året 2015 gjordes 711 registreringar, vilket har inkluderats i totalsumman.

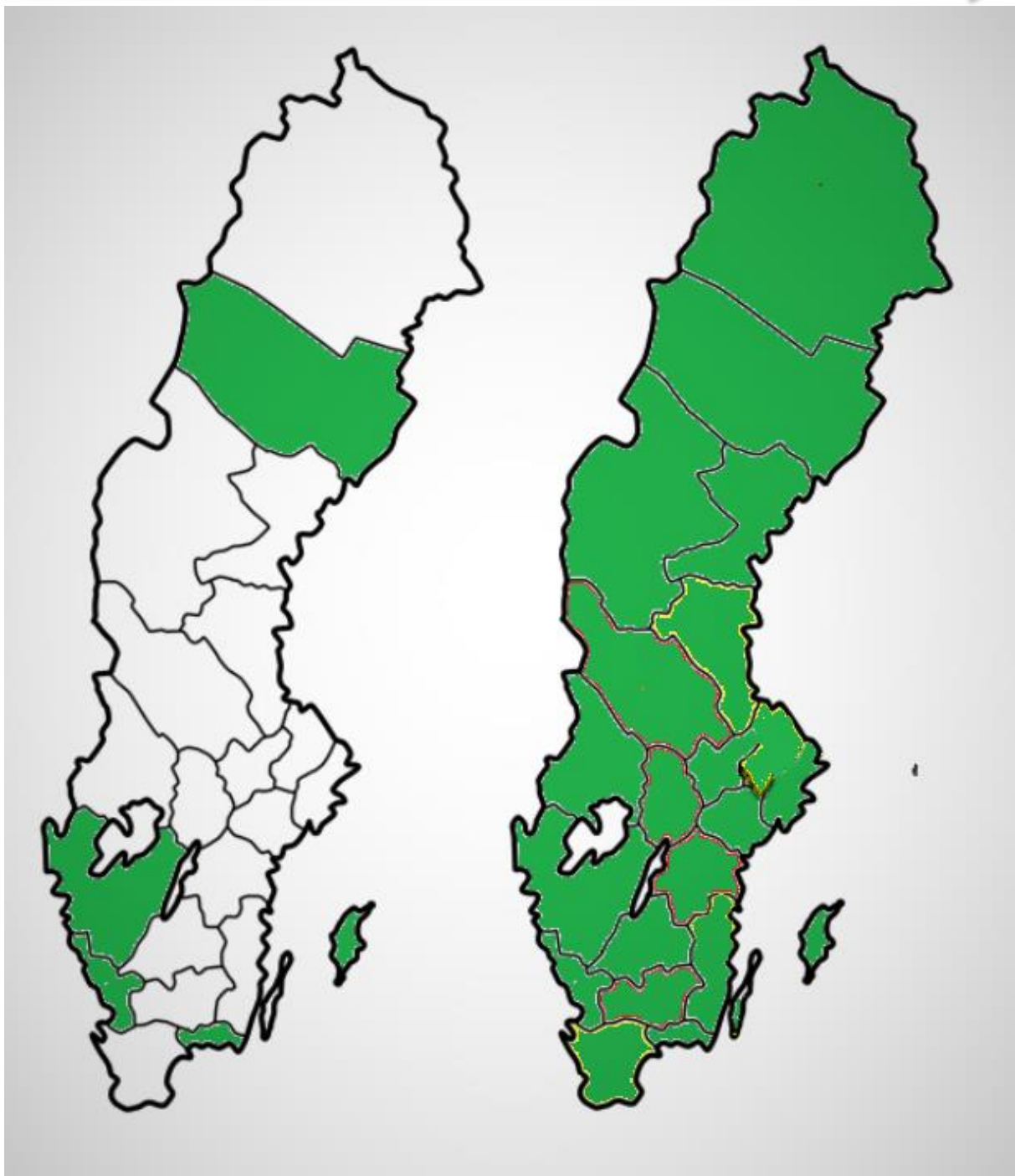
ANSLUTNINGSGRAD- DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER

I dagsläget finns det 27 registrerande enheter i SKRS. Samtliga enheter/regioner i Sverige har varit anslutna till SKRS. Uppsala startade registrera under hösten 2021.

Blekinge
Dalarna
Gotland
Gävleborg
Halland
Jämtland-Härjedalen
 Östersund
Jönköping
Kalmar
 Kalmar
 Västervik
Kronoberg
 Växjö
Norrbotten
 Luleå
Skåne
Stockholm
Sörmland
Värmland
 Karlstad
Västerbotten
 Lycksele
 Skellefteå
 Umeå
Västernorrland
 Sundsvall
Västmanland
 Västerås
Västra Götaland
 Borås
 Göteborg
 Skövde
 Vänersborg
Uppsala
Örebro
Östergötland
 Linköping

Kommentar

Antalet registreringar i SKRS har ökat sedan starten. Styrgruppen arbetar vidare med att förbättra täckningsgraden i de olika regionerna. Uppsala har anslutit från 2021.



Start 2015

Aktuellt läge 2023



Registrerar (grön)

Figur 2. Anslutningsgrad i SKRS. Kartan till vänster visar vilka regioner som deltog i pilotregistrering 2015 och till höger visas anslutningsgraden i maj 2022. Under 2021 har Uppsala börjat registrera i SKRS, vilket innebär att SKRS från 2022 kommer att leverera data från samtliga regioner.

Markerat län med grönt betyder att enheten inom länet är ansluten och aktiv i SKRS.

TÄCKNINGSGRAD I SKRS

18

Styrgruppen har sedan 2019 tagit fram uppgifter om täckningsgraden för registret. För att kunna mäta den krävs någon form av jämförelsedatabas. I flertalet kvalitetsregister används Socialstyrelsens hälsodataregister (PAR=Patientregistret) som underlag för beräkning av täckningsgraden. Synverksamheterna rapporterar inte till hälsodataregistret PAR och styrgruppen har behövt hitta en annan metod.

Initialt krävs en remiss från ögonläkare för att få stöd från synverksamheterna i Sverige. När den första rehabiliteringsperioden avslutas kan patienten sedan återkomma genom en remiss eller en egen vårdbegäran. Styrgruppen har valt att använda antalet remisser/egen vårdbegäran som underlag för att räkna ut täckningsgraden. Uppgifterna hämtas från regionernas patientadministrativa system och/eller manuella rutiner.

Sedan våren 2021 har helårsmätning genomförts. Regionerna har lämnat uppgifter om remisser/egen vårdbegäran som jämförts med antalet registreringar i SKRS med remissdatum under samma period.

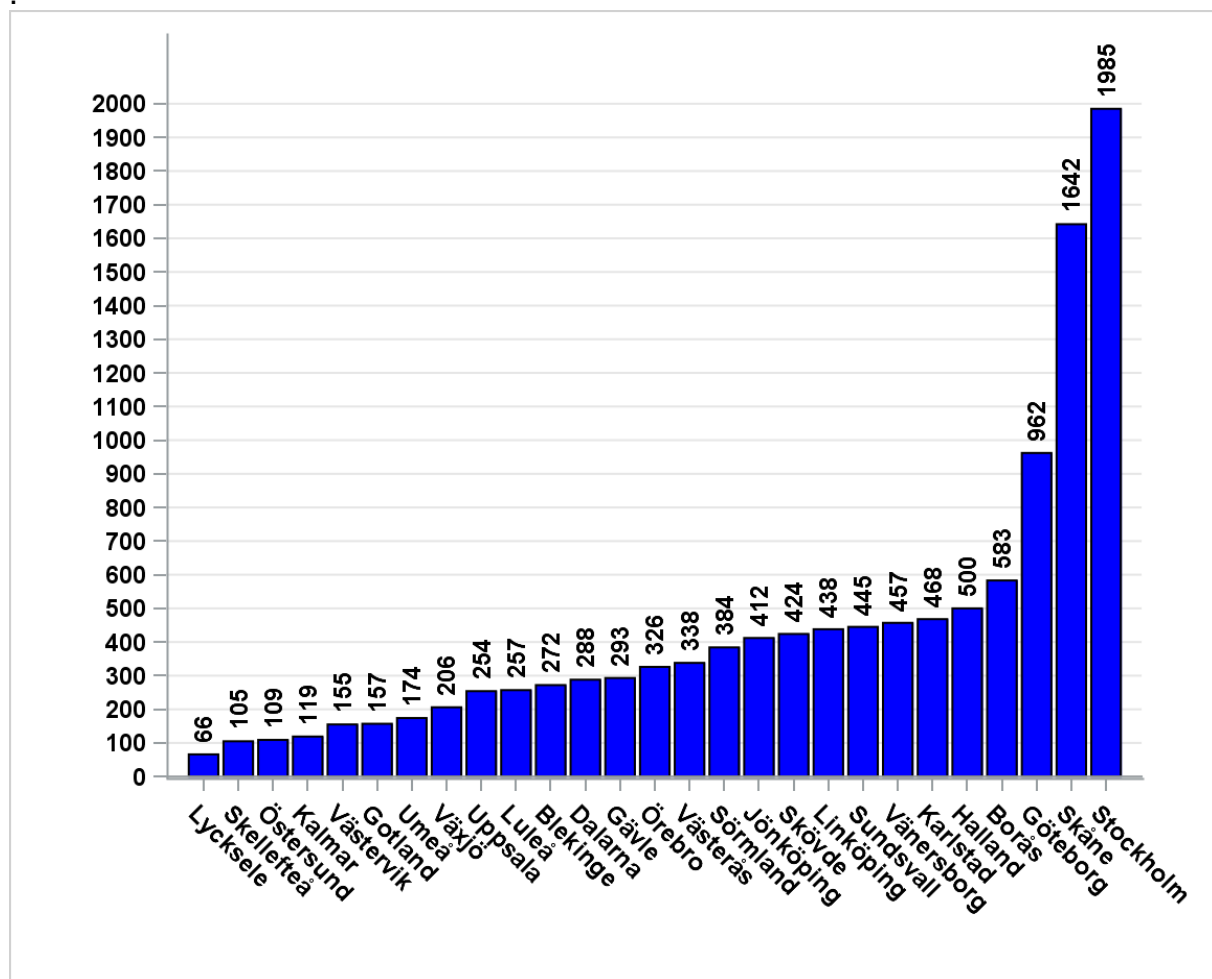
Av totalt 21 regioner deltar nu samtliga i SKRS. 21 regioner har lämnat uppgifter om antal remisser, och 20/21 regioner har lämnat uppgift om egen vårdbegäran under jan-december 2022. Täckningsgraden nationellt är 73 % för de 20 regioner som lämnat in fullständiga uppgifter. Det innebär en stor förbättring jämfört med den första pilotmätningen.

Antalet regioner som har arbetat fram lokala rutiner för att kunna ta fram uppgifter om remisser/egen vårdbegäran har ökat från 2021. Styrgruppen har fört diskussioner i synchefsgruppen om täckningsgraden och kvalitetssäkring av data i SKRS. Nya chefer har introducerats i hur täckningsgraden räknas fram och vilka lokala rutiner som behövs vid synenheterna. Under användarmöten har kontaktpersoner och chefer arbetat i workshops och diskuterat aktiviteter för fortsatt positiv utveckling av täckningsgraden i SKRS. Återkoppling per region kommer att ges av styrgruppen.

DEMOGRAFI

Registret registrerar vuxna patienter från 20 år som är i behov av synrehabiliterande insatser. Målet är att utveckla registret till att omfatta även barn- och ungdomar. Statistiken som följer i årsrapporten är räknad på ett datauttag från 2023-04-12.

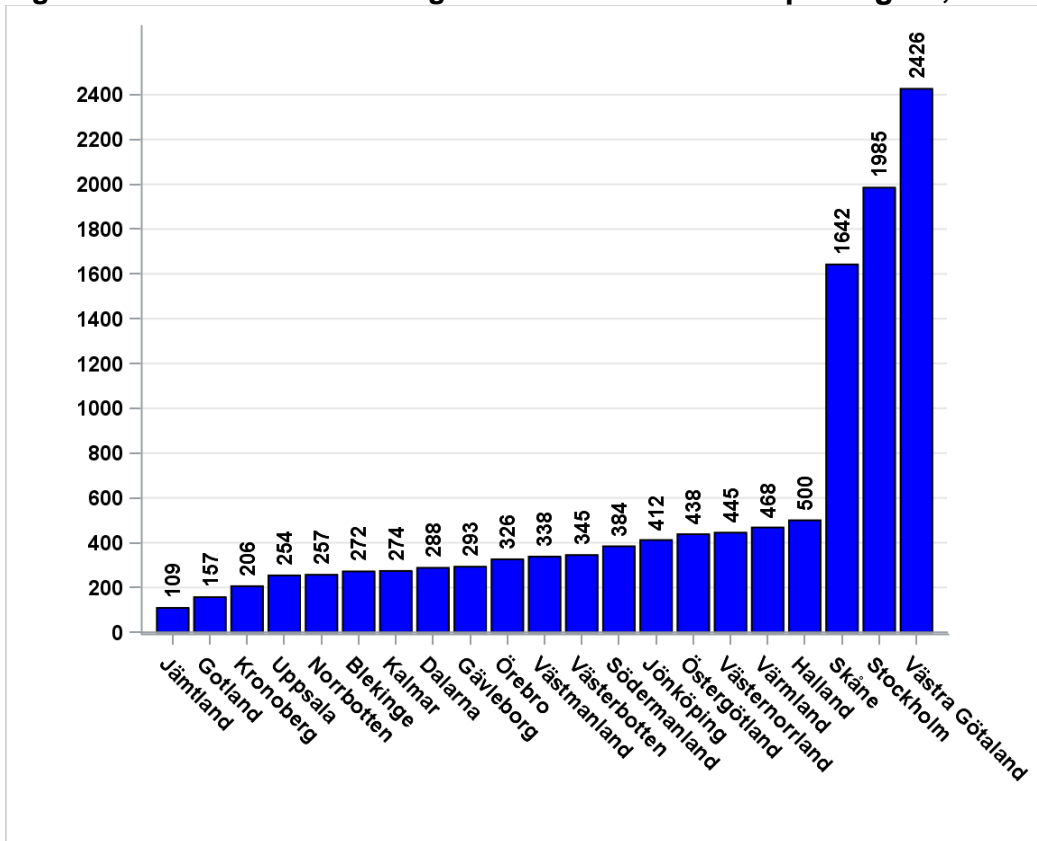
**Figur 3. Antal individer som registrerats i SKRS år 2022 per enhet, n=11819
Registeruttag 2023-04-12.**



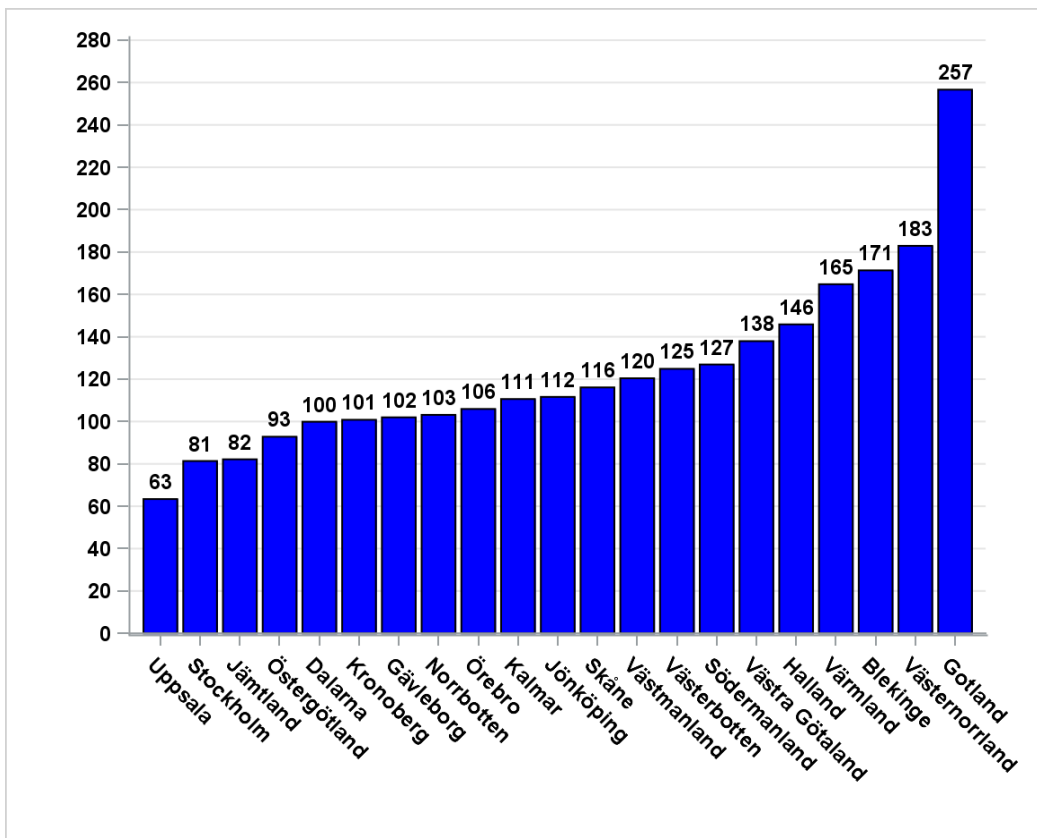
Tabell 2. Antal individer som registrerats i SKRS år 2022 per enhet.

Kliniknamn	År
	2022
	Antal
Blekinge	272
Borås	583
Dalarna	288
Gotland	157
Gävle	293
Göteborg	962
Halland	500
Jönköping	412
Kalmar	119
Karlstad	468
Linköping	438
Luleå	257
Lycksele	66
Skellefteå	105
Skåne	1642
Skövde	424
Stockholm	1985
Sundsvall	445
Sörmland	384
Umeå	174
Uppsala	254
Vänersborg	457
Västervik	155
Västerås	338
Växjö	206
Örebro	326
Östersund	109
Alla	11819

Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS år 2022 per region, n= 11819.



Figur 5. Antal registrerade per region per 100 000 invånare. Uttag gjort 2023-04-12.



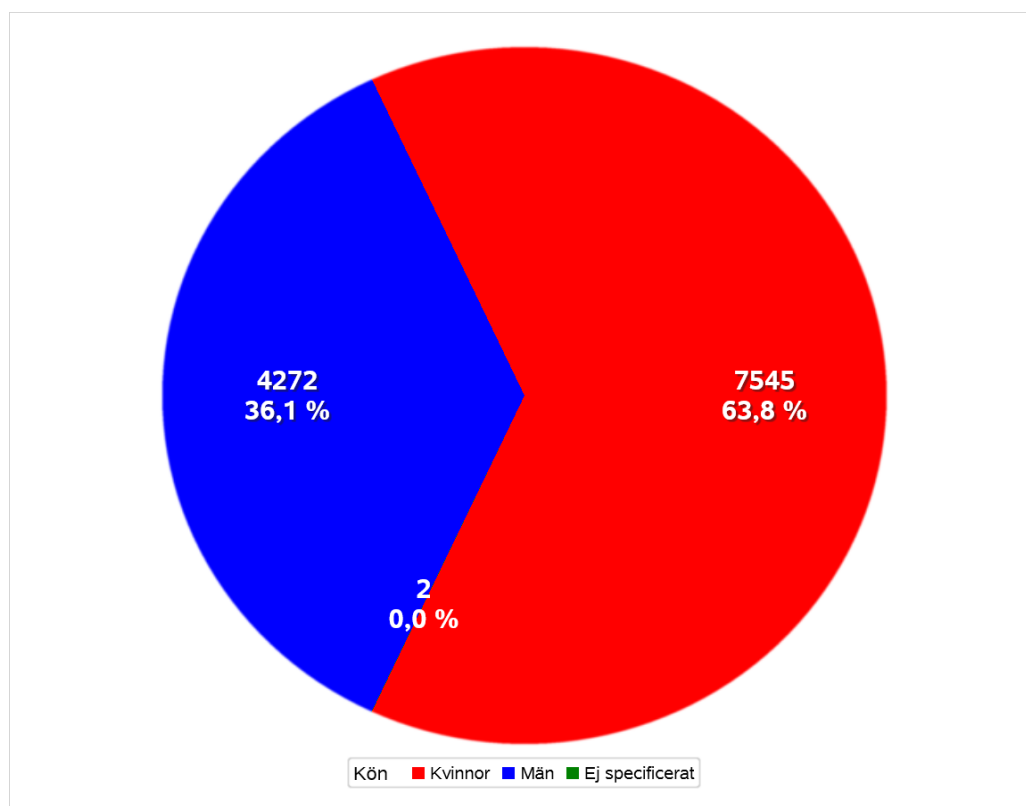
SKRS startade i oktober 2015 med Region Halland, Västra Götaland, Blekinge och Gotland som pilotkliniker. Flertalet andra regioner har kommit i gång utmärkt med registreringen. Stockholm har genomgått en organisationsförändring och privatisering av verksamheten, vilket initialt ledde till mindre registreringar. Under hösten 2021 har Uppsala startat registrera i SKRS.

Medelåldern var 78 år vid kartlägningsbesöket (2022). För kvinnor ligger medelåldern något högre än för män, se tabell 3. Medianen är 83 år.

Tabell 3. Deskriptiv statistik över ålder i SKRS 2022. Registeruttag 2023-04-12.

Kön	Ålder				
	n	Medel	Minimum	Median	Maximum
Kvinnor	7545	80	18	84	109
Män	4272	75	18	80	120
Ej specificerat	2	77	68	77	85
Total	11819	78	18	83	120

Figur 6. Könsfördelning för de som har registrerats i SKRS 2022. Uttag 2023-04-12



Kommentar

23

Könsfördelningen i SKRS var 63,8 % kvinnor (2022), vilket i stort sett ligger på oförändrad nivå jämfört med tidigare år.

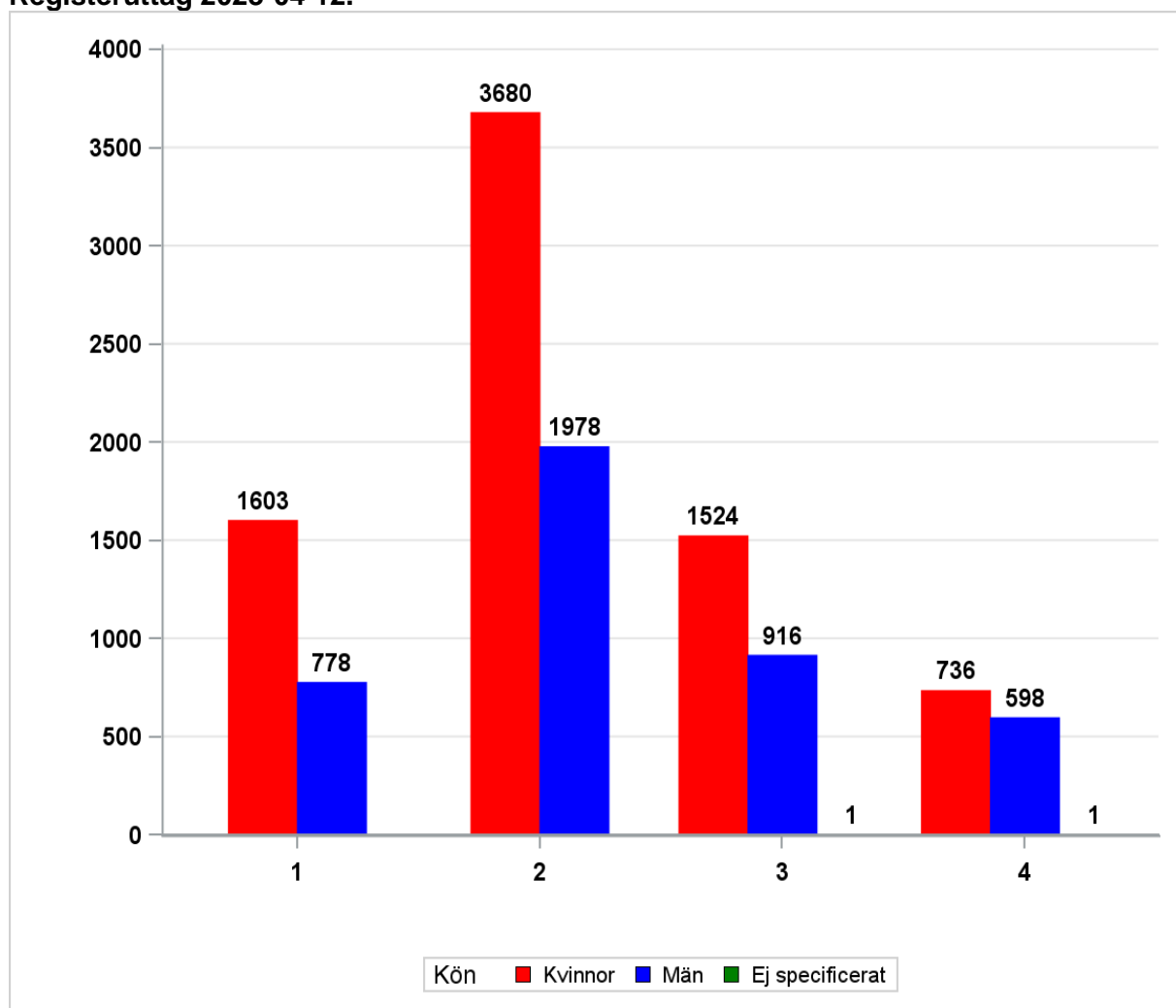
Bland flertalet ögonsjukdomar är kvinnor dominerade vilket också visar sig i SKRS. Inom register för gråstarrskirurgi och våt makuladegeneration har könsfördelningen legat kring 60/40, med övervägande andel kvinnor.

GRAD AV SYNNEDESÄTTNING

Gradering av synnedesättning, enligt WHO:s definition, görs i SKRS. Det fjärde alternativet, blindhet, innehåller i WHO:s originalutförande tre graderingar, vilket i SKRS har slagits samman till ett alternativ som här benämns blindhet. Följande alternativ finns valbara i registret

- 1= Lindrig
- 2= Måttlig
- 3= Svår
- 4= Blindhet

Figur 7. Grad av synnedesättning enligt WHO:s definition, år 2022. Registeruttag 2023-04-12.



Kommentar

Den vanligaste graden av synnedesättning bland både kvinnor och män är grad 2= måttlig. Översatt till synskärpa är det 0,1–0,3 enligt Snellens bokstavstavla. Synnedesättning som anges nedan avser synskärpa med befintlig korrektion (egna

glas).

Andra synnedsättningar, än synskärpa lika med eller bättre än 0,3, gör att även alternativ 1 finns med i materialet. Fortsatt analys i styrgruppen krävs och ett utvecklingsarbete inom SKRS kommer att startas framöver om syngraderingen.

Syngradering och synskärpa

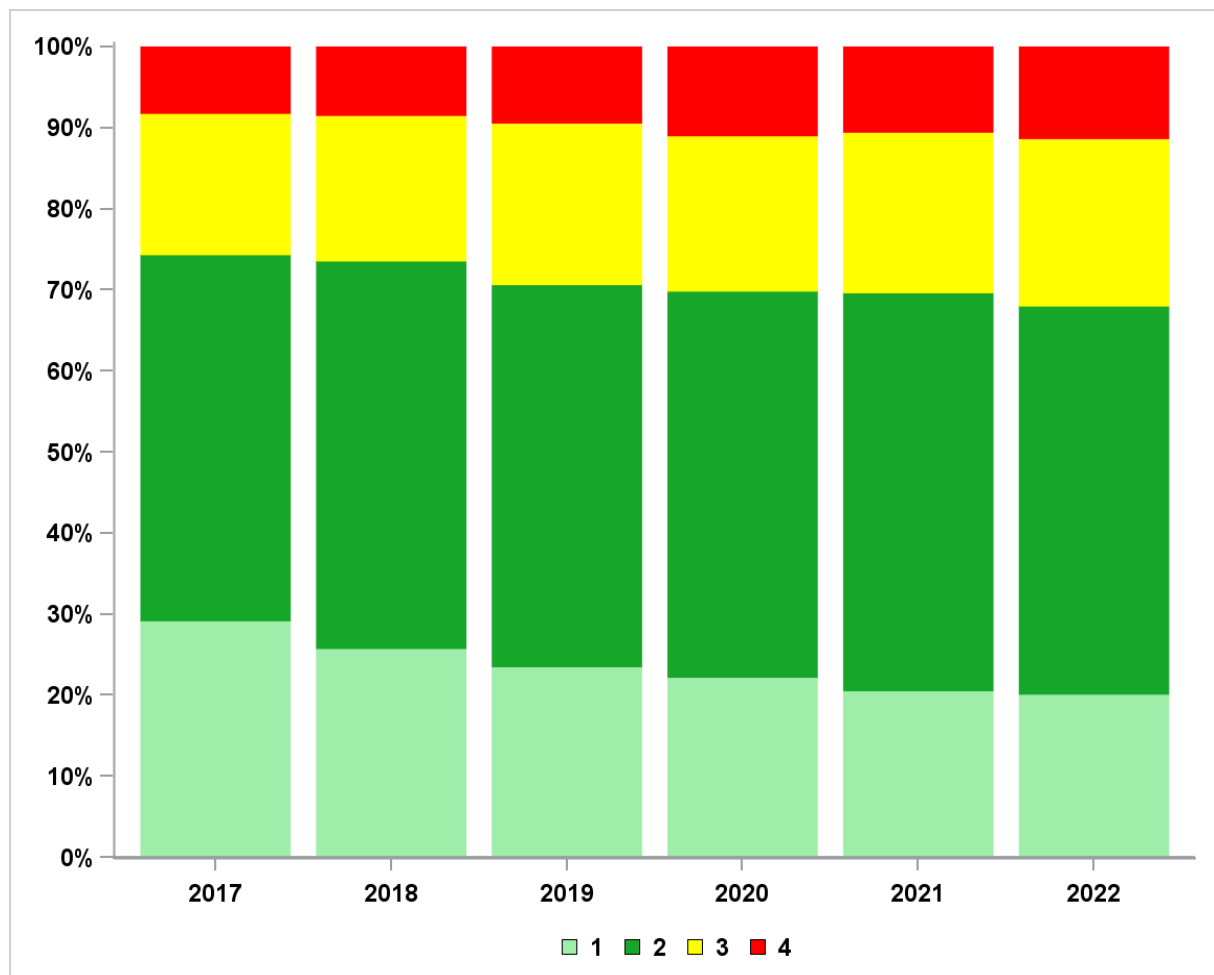
Alternativ 1: Lindrig synnedsättning motsvarar synskärpa 0,3 (lika med eller bättre än).

Alternativ 2: Måttlig synnedsättning motsvarar synskärpa från 0,3–0,1.

Alternativ 3: Svår synnedsättning motsvarar synskärpa 0,1–0,05.

Alternativ 4: Blindhet motsvarar synskärpa 0,05- ingen ljusperception.

Figur 8. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition. Fördelning i gradering från 1–4 från 2017–2022. Registeruttag 2023-04-12.



Kommentar

Syngraderingens fördelning mellan de fyra alternativen ligger i stort sett oförändrat mellan 2017–2022. Flest patienter hamnar i gruppen "måttlig synnedsättning". En minskning av andelen med lindrig synnedsättning har skett över tid, från 29 % 2017 till 20 % 2022. I stället har andelen med måttlig eller svår synnedsättning ökat med 3

respektive 4 procent. I kapitlet om rehabiliteringstid finns en analys gjord av sambandet mellan grad av synnedsättning och rehabiliteringstid.

26

Tabell 4. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition över tid 2017-2022.

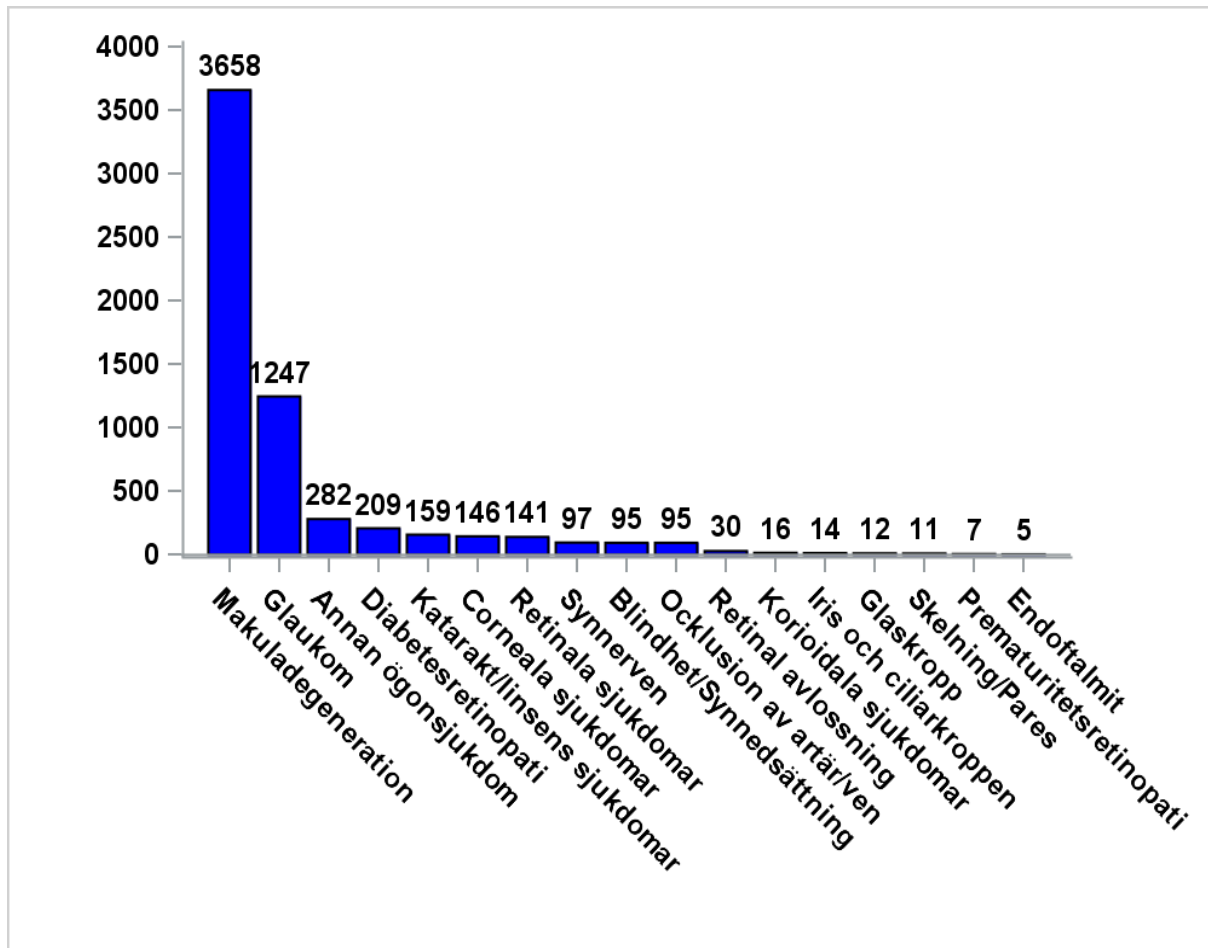
Grad av synnedsättning	År											
	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1127	29	1600	26	2048	24	2090	22	2264	21	2381	20
2	1743	45	2966	48	4101	47	4478	48	5401	49	5658	48
3	673	17	1114	18	1734	20	1801	19	2179	20	2441	21
4	316	8	524	8	817	9	1030	11	1157	11	1335	11
Alla	3859	100	6204	100	8700	100	9399	100	11001	100	11815	100

Om en individ har flera mätningar för året så inkluderas den senaste gjorda mätningen för året. Endast de individer som har angett en grad av synnedsättning är inkluderade i graf och tabell.

DIAGNOSER VID SYNEDSÄTTNING

Diagnosregistrering är en viktig bakgrundsvariabel i SKRS och som också underlättar jämförelser med andra kvalitetsregister. Huvuddiagnos är en obligatorisk variabel, emedan bidiagnoser är valfria att registrera.

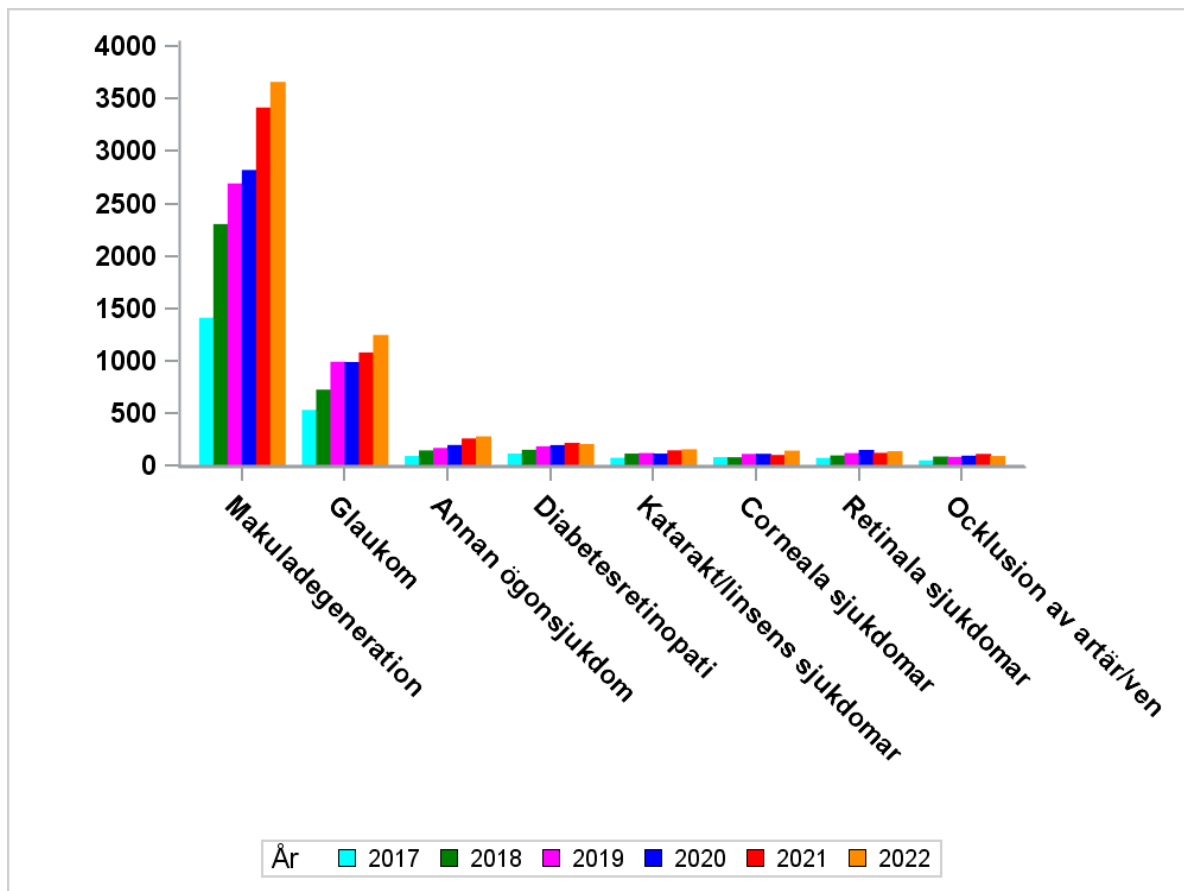
Figur 9. Fördelning av huvuddiagnoserna år 2022 (n=6224). Registeruttag 2023-04-12.



Kommentar

Makuladegeneration är den vanligast förekommande huvuddiagnosen, därefter följer glaukom, diabetes och retinala sjukdomar. Alternativet annan ögonsjukdom är det fjärde vanligaste diagnosvalet, vilket föranleder misstanke om att valet görs när den aktuella diagnosen inte framgår av remissen från ögonläkare.

Figur 10. De åtta vanligaste huvuddiagnoserna 2022 och förekomsten för dessa år 2017 – 2022. 28



Kommentar

Om man tittar på huvuddiagnoser över tid, 2017–2022, så ser man att de vanligast förekommande diagnoserna är makuladegeneration och glaukom. Att antalet över tid ökar är snarare en effekt av registrets tillväxt och ökade anslutningsgrad.

Huvuddiagnos är en obligatorisk variabel vid remittering och förstagångsbesök. Så kallade egenremisser/egen vårdbegäran kräver för närvarande inte huvuddiagnos. Något som diskuterats i styrgruppen och det kommer att korrigeras vid utveckling av registret.

Tabell 5a-b. Antal för olika huvuddiagnoser 2017-2022. Tabell b innehåller även registreringar som saknar diagnosuppgift.

Diagnosgruppering	År					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Makuladegeneration	1412	2304	2691	2819	3414	3658
Glaukom	534	727	993	990	1081	1247
Annan ögonsjukdom	95	148	172	200	262	282
Diabetesretinopati	118	154	187	199	220	209
Katarakt/linsens sjukdomar	78	118	123	118	149	159
Retinala sjukdomar	77	100	123	153	125	141
Corneala sjukdomar	84	83	115	116	105	146
Ocklusion av artär/ven	54	90	87	98	115	95
Blindhet/Synnedläggning	57	55	97	108	103	95
Synnerven	41	63	74	88	88	97
Retinal avlossning	12	20	23	28	25	30
Iris och ciliarkroppen	6	12	8	16	12	14
Glaskropp	4	16	12	7	14	12
Korioidala sjukdomar	7	11	11	6	9	16
Skelning/Pares	11	9	3	8	12	11
Prematuritetsretinopati	7	5	9	10	5	7
Endoftalmit	0	2	3	3	2	5
Total	2597	3917	4731	4967	5741	6224

Diagnosgruppering	År					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Saknas	1427	2557	4438	4950	5808	6154
Makuladegeneration	1412	2304	2691	2819	3414	3658
Glaukom	534	727	993	990	1081	1247
Annan ögonsjukdom	95	148	172	200	262	282
Diabetesretinopati	118	154	187	199	220	209
Katarakt/linsens sjukdomar	78	118	123	118	149	159
Retinala sjukdomar	77	100	123	153	125	141
Corneala sjukdomar	84	83	115	116	105	146
Ocklusion av artär/ven	54	90	87	98	115	95
Blindhet/Synnedläggning	57	55	97	108	103	95
Synnerven	41	63	74	88	88	97
Retinal avlossning	12	20	23	28	25	30
Iris och ciliarkroppen	6	12	8	16	12	14
Glaskropp	4	16	12	7	14	12
Korioidala sjukdomar	7	11	11	6	9	16
Skelning/Pares	11	9	3	8	12	11
Prematuritetsretinopati	7	5	9	10	5	7
Endoftalmit	0	2	3	3	2	5
Total	4024	6474	9169	9917	11549	12378

ÅTGÄRDER OCH INSATSER VID REHABILITERING ³⁰

I SKRS registreras insatserna enligt kodverket "Klassifikation av vårdåtgärder"(KVÅ). För en person kan flertalet insatser/åtgärder registreras.

Tabell 6a. Summering av de KVÅ koder som används av SKRS. Koder använda under 2017–2022. Flera åtgärds-koder registreras på samma individ vid besök. Uttag 20230412.

Text	Antal	Procent
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel(Avs. optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)	31595	16.1
Bedömning av aktivitetsförmåga	24963	12.7
Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder	22330	11.4
Uppföljning och kontroll av insatt behandling	22168	11.3
Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning	18091	9.2
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel	15294	7.8
Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel	15287	7.8
Stöd och träning i att kommunicera	9332	4.7
Utprovning och underhåll av slutet, förstörande TV-system	7684	3.9
Fördjupad kartläggning och analys av individens personliga förhållanden	4402	2.2
Information och undervisning riktad till patient	3706	1.9
Stödjande samtal	3518	1.8
Behandling relaterad till förflyttning	3138	1.6
Rådgivande samtal	3136	1.6
Stöd och träning i hemliv	2603	1.3
Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade	2510	1.3
Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer	1892	1.0
Behandling relaterad till personlig vård	1013	0.5
Tillpassning och kontroll av kontaktlins	923	0.5
Bedömning av att använda kommunikationsutrustning och tekniker	890	0.5
Stöd i ekonomiskt liv	392	0.2
Utredning psykiska funktioner	339	0.2
Rådgivning vid arbete och sysselsättning	318	0.2
Stöd och träning kravhantering(stress)	264	0.1
Stöd och/eller träning i socialt och medborgerligt liv	242	0.1
Information/undervisning om hälsa/ohälsa	148	0.1
Systematisk psykologisk behandling, annan	90	0.0
Systematisk psykologisk behandling, KBT	90	0.0
Behandlingsrelaterad till rörelsefunktioner	86	0.0
Stöd och träning i att samspela med andra	70	0.0
Rådgivning vid studier och studieträning	62	0.0
Behandling relaterad till psykiska funktioner	57	0.0
Upptagning av yrkesanamnes, genomgång av ergonomiska exponeringsförhållanden	34	0.0
Mindfulness	25	0.0
Krishantering	19	0.0

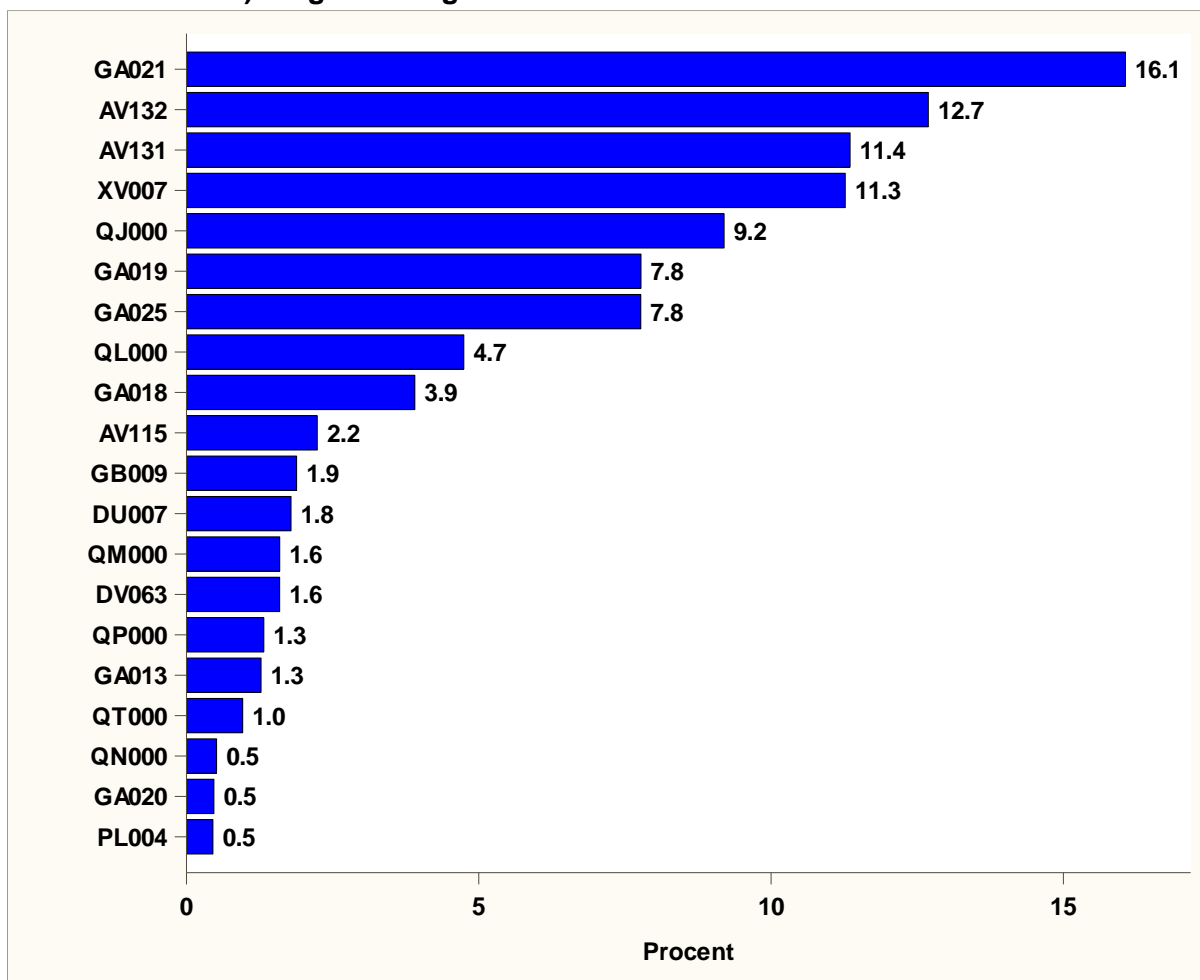
Kommentar

Styrgruppen har analyserat utredande åtgärder och infört samlingskoder vilket har gett effekt. De behandlande koderna har granskats vidare. Planen är att ge fokus på

de rehabiliterande åtgärderna. SKRS har enats om vilka KVÅ-koder som ska användas i modulen, vilket har varit ett önskemål från användarna. Inom synrehabilitering pågår ett arbete kring en nationell vårdprocess. Arbetet med KVÅ-koder kommer att kopplas till vårdprocessen.

31

Figur 11. De 20 mest frekvent använda åtgärdskoderna vid besök inom synrehabiliterings-verksamheten av de koder som används i SKRS (koder använda under 2017–2022). Registeruttag 2023-04-12.



**Tabell 6b. Text till de 20 vanligaste KVÅ koderna (koder använda under 2017–2022) 32
av de koder som används i SKRS. Registeruttag 2023-04-12.**

KVÅ kod	Text
GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel(Avs. optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)
AV132	Bedömning av aktivitetsförmåga
AV131	Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
XV007	Uppföljning och kontroll av insatt behandling
QJ000	Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning
GA019	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel
GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel
QL000	Stöd och träning i att kommunicera
GA018	Utprovning och underhåll av slutet, förstoraende TV-system
AV115	Fördjupad kartläggning och analys av individens personliga förhållanden
GB009	Information och undervisning riktad till patient
DU007	Stödande samtal
QM000	Behandling relaterad till förflyttning
DV063	Rådgivande samtal
QP000	Stöd och träning i hemliv
GA013	Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade
QT000	Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer
QN000	Behandling relaterad till personlig vård
GA020	Tillpassning och kontroll av kontaktlins
PL004	Bedömning av att använda kommunikationsutrustning och tekniker

**Tabell 6c. Summering KVÅ koder som används i SKRS på gruppnivå.
Koder använda under 2017–2022. Registeruttag 2023-04-12.**

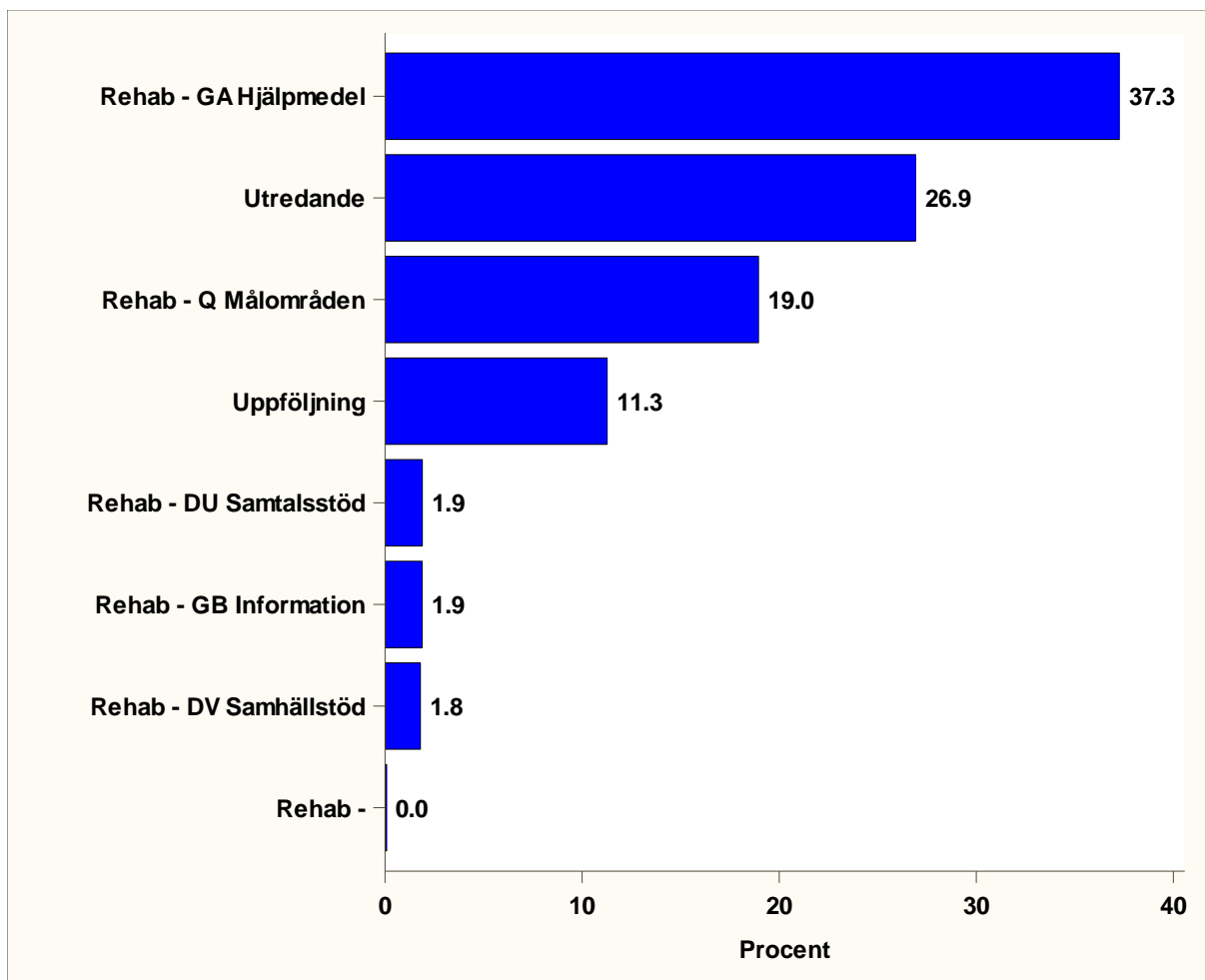
Grupp	Antal	Procent
Rehab - GA Hjälpmedel	73293	37.3
Utredande	52958	26.9
Rehab - Q Målområden	37278	19.0
Uppföljning	22168	11.3
Rehab - DU Samtalsstöd	3723	1.9
Rehab - GB Information	3706	1.9
Rehab – DV Samhällsstöd	3528	1.8
Rehab -	57	0.0

Kommentar

De mest frekvent använda åtgärdskoderna finns listade i tabell och diagram. En utveckling av registret har skett så att varje enhet kan följa egen kodning och får kontinuerligt förevisat de 10 mest frekvent använda åtgärdskoderna. Diagrammet visas i registrets översikt (dashboard), på SKRS första sida. SKRS har gjort en

gruppering av åtgärdskoderna för att kunna se vilka koder som är kopplade till hjälpmedel, målområden, utredning och uppföljning. I figur 12 och tabell 5 redovisas fördelningen av åtgärds-koder i grupperna. Flest registrerade åtgärds-koder finns inom hjälpmedel, utredning, målområden och uppföljning. 33

Figur 12. Gruppering av åtgärds-koder vid besök inom synrehabilitering (gruppering som används i SKRS visualisering) 2017-2022. Registeruttag 2023-04-12.



Tabell 7. Summering KVÅ koder som används vid visualisering på gruppnivå - och 34
 uppdelat per år 2017-2022.

Grupp	År											
	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rehab - GB Information	278	2.62	467	2.92	792	2.83	728	2.04	591	1.18	850	1.51
Rehab -	0	0	2	0.01	2	0.01	18	0.05	26	0.05	9	0.02
Rehab - DU Samtalsstöd	183	1.73	439	2.74	717	2.56	865	2.42	939	1.88	580	1.03
Rehab - DV Samhällstöd	198	1.87	375	2.34	700	2.50	669	1.87	763	1.53	823	1.46
Rehab - GA Hjälpmedel	5806	54.80	8629	53.93	12211	43.56	12487	34.92	16047	32.13	18113	32.12
Rehab - Q Målområden	2604	24.58	3279	20.49	4555	16.25	5671	15.86	9808	19.64	11361	20.15
Uppföljning	1341	12.66	2178	13.61	2905	10.36	3776	10.56	5539	11.09	6429	11.40
Utredande	184	1.74	631	3.94	6150	21.94	11542	32.28	16225	32.49	18226	32.32
Total	10594	100.00	16000	100.00	28032	100.00	35756	100.00	49938	100.00	56391	100.00

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

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

I SKRS finns fyra validerade instrument:

- **ICF** (Internationell klassifikation av funktionstillstånd)
- **ADL-taxonomi** (syn)
- **Upplevd säkerhet**
- **COPM** (Canadian Occupational Performance Measure)

ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF kan användas som kliniskt verktyg för att beskriva och strukturerat dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom olika områden inom vård och omsorg.

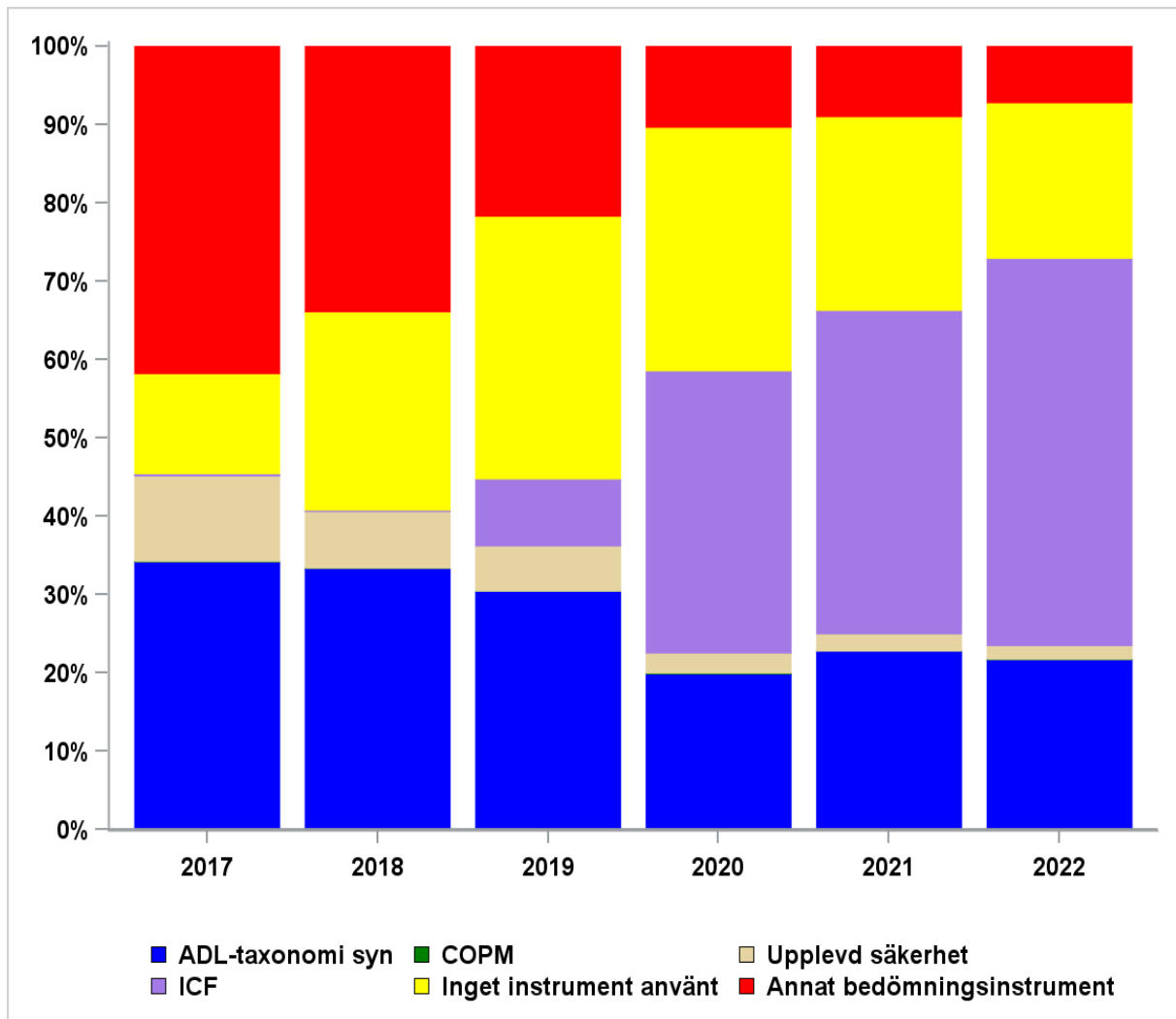
ADL-taxonomin är ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter.

Upplevd säkerhet syftar till att fånga upp tidiga tecken på aktivitetsförändringar hos äldre personer med åldersförändringar i gula fläcken. Instrumentet bygger på patientens självskattning av säkerhet/osäkerhet i vardagliga aktiviteter. Instrumentet används för vägledning i och utvärdering av interventionen.

COPM är en individualiserad bedömning av en patients egen uppfattning av problem som denne stöter på vid utförandet av en aktivitet. Instrumentet publicerades första gången 1990. Instrumentet kommer ursprungligen från Kanada och har översatts till svenska av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Flera synenheter har börjat att "Mäta effekter" som utgår från ICF vid kartläggning och bedömning, vilket kan förklara ökningen av ICF och minskningen annat bedömningsinstrument (röd stapel i diagram 13).

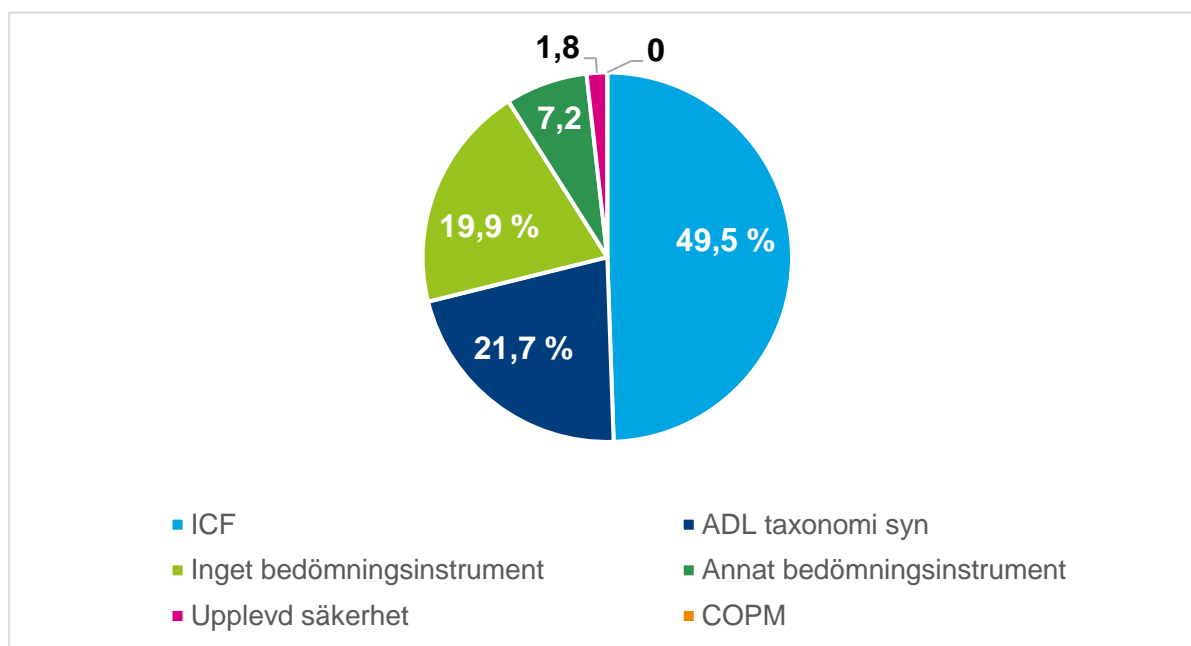
Figur 13. Användning av bedömningsinstrument över tid 2017-2022. Registeruttag 2023-04-12 36



I SKRS fanns under 2022 fyra validerade instrument ADL-taxonomi (1), COPM (2), Upplevd säkerhet (3) och ICF (4). Alternativet "Annat" anger att ett annat regionalt bedömningsinstrument har använts. Om en individ har flera bedömningar för året så inkluderas den senaste gjorda bedömningen för året. Observationer där bedömningsinstrument saknas är exkluderade i grafen.

Andelen ICF-baserade instrument ökade kraftigt under 2020 och en fortsatt ökning ses även under 2022. Inget bedömningsinstrument använt finns också redovisat i diagrammet, där kan ses en liten minskning jämfört med föregående år. Men det är en fjärdedel (24,8%) som har valt detta svarsalternativ. Frågan bearbetas vidare av styrgruppen.

Figur 14. Användning av bedömningsinstrument 2022 i procent. Uttag 2023-04-12. 37



Tabell 8. Användning av bedömningsinstrument över tid 2017-2022. Uttag 2023-04-12.

Bedömningsinstrument	År											
	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ADL-taxonomi syn	995	34,2	1531	33,3	1924	30,4	1278	19,9	1719	22,8	1760	21,7
COPM	2	0,1	2	0,0	1	0,0	6	0,1	1	0,0	4	0,0
Upplevd säkerhet	318	10,9	332	7,2	365	5,8	165	2,6	166	2,2	142	1,8
ICF	8	0,3	8	0,2	542	8,6	2315	36,0	3115	41,3	4010	49,5
Inget instrument använt	372	12,8	1163	25,3	2120	33,5	1997	31,1	1865	24,7	1611	19,9
Annat bedömningsinstrument	1216	41,8	1555	33,9	1370	21,7	663	10,3	676	9,0	582	7,2
Alla	2911	100,0	4591	100,0	6322	100,0	6424	100,0	7542	100,0	8109	100,0

Kommentar

Om en individ har flera bedömningar för året så inkluderas den senaste gjorda bedömningen för året. Observationer där svar angående bedömningsinstrument saknas är exkluderade i tabellen.

Det vanligaste validerade bedömningsinstrumentet (49.5 %) som använts under 2022 var ICF. Andra regionala bedömningsinstrument har använts och ganska ofta har inget bedömningsinstrument registrerats. Bland de registreringar som gjorts har COPM (n=1) endast använts vid ett tillfälle. Instrumentet är omfattande och kan ha ersatts av ICF-baserade bedömningar.

Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikt mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument. Vid analys av data har alternativet "annat" studerats närmare och det visar sig att alternativet "annat" till stor del består av ICF-baserade bedömningar. Därför har ett nytt svarsalternativ, ICF, lagts till under 2019. Generellt visar analysen att 71,2 % av Sveriges synverksamheter använder något validerat bedömningsinstrument och

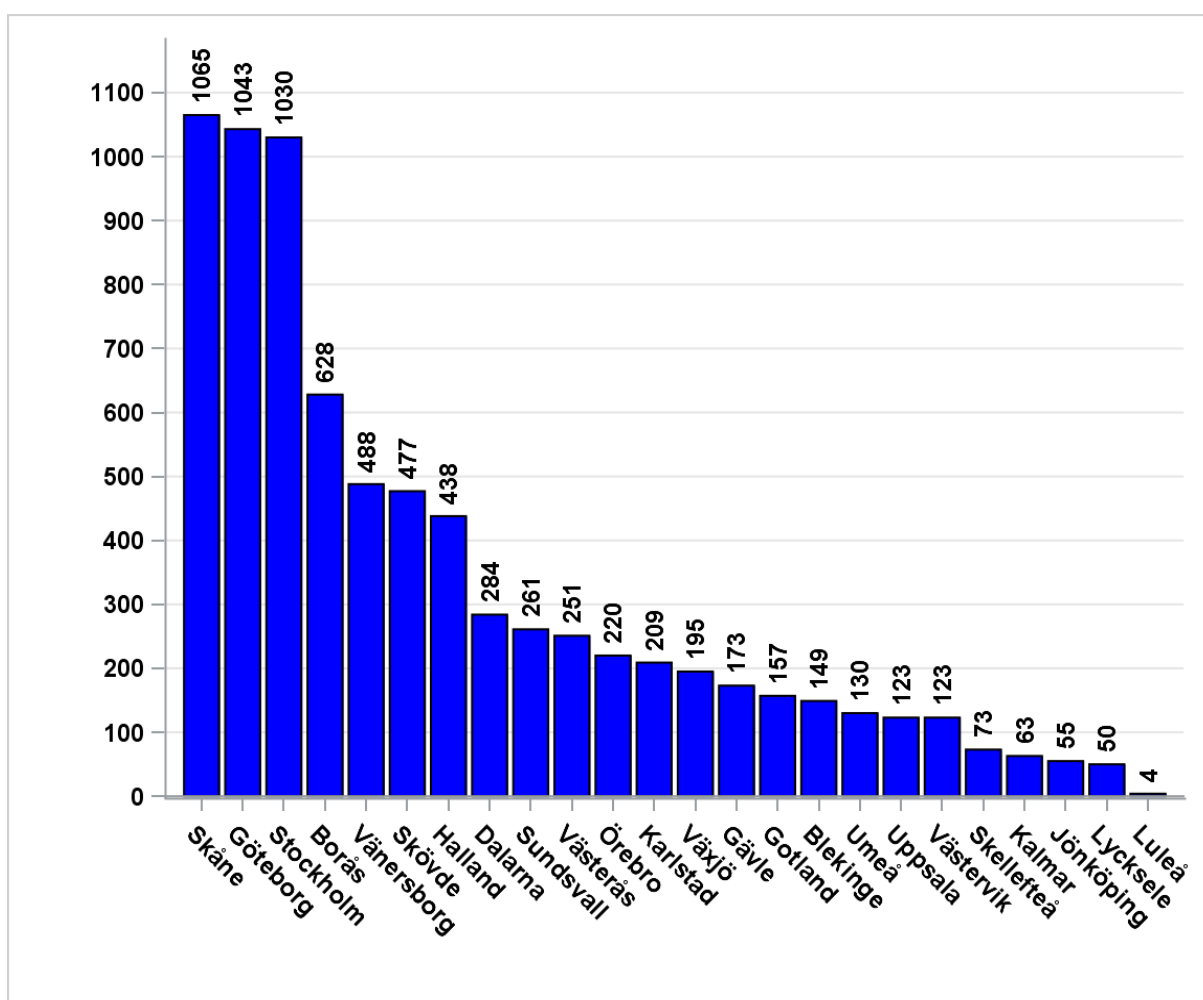
resten använder andra eller inget bedömningsinstrument. Resultatet kräver vidare 38
analys och åtgärder som bland annat görs i samband med översyn av nationell
vårdprocess syn.

ANTAL OCH ANDEL UPPRÄTTADE IRP (INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN)

I hälso- och sjukvårdslagen framgår det att verksamheten i samverkan med patienten, ska upprätta en individuell plan. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Registret följer datum för upprättad respektive avslutad plan. Syftet är att följa hur stor andel patienter som får en plan upprättad, hur stor andel som avslutas och hur lång rehabiliteringstiden är. Målet är att alla patienter (100 %) ska ha en upprättad plan.

Figur 15. Antal upprättade IRP vid besök per enhet 2022. Registeruttag 2023-04-12.

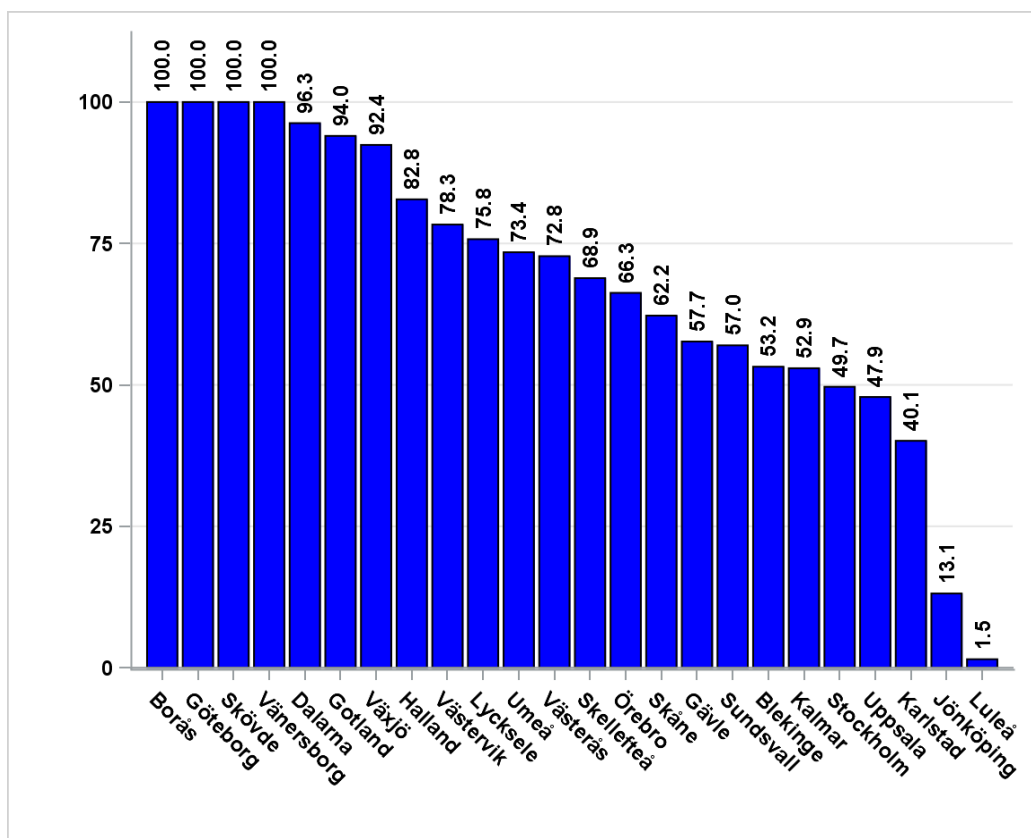


Tabell 9. Antal och andel upprättade IRP vid besök per enhet 2022. Uttag 2023-04-12. 40

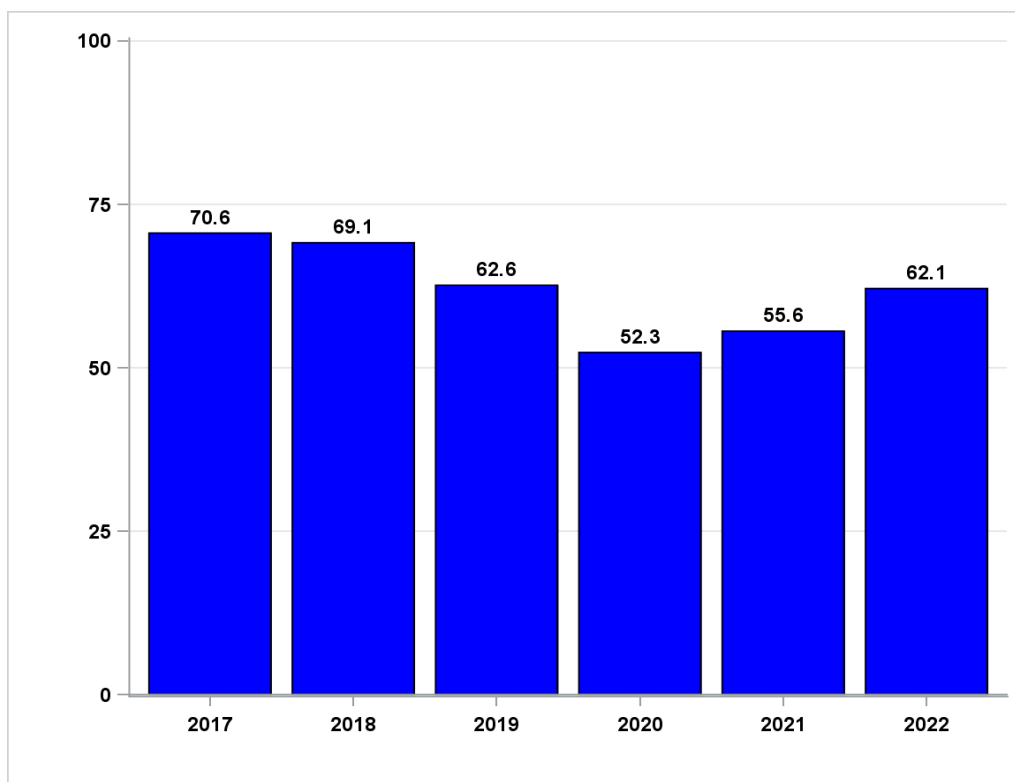
Kliniknamn	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	149	53,2	131	46,8	280	100,0
Borås	628	100,0	.	.	628	100,0
Dalarna	284	96,3	11	3,7	295	100,0
Gotland	157	94,0	10	6,0	167	100,0
Gävle	173	57,7	127	42,3	300	100,0
Göteborg	1043	100,0	.	.	1043	100,0
Halland	438	82,8	91	17,2	529	100,0
Jönköping	55	13,1	364	86,9	419	100,0
Kalmar	63	52,9	56	47,1	119	100,0
Karlstad	209	40,1	312	59,9	521	100,0
Linköping	.	.	452	100,0	452	100,0
Luleå	4	1,5	262	98,5	266	100,0
Lycksele	50	75,8	16	24,2	66	100,0
Skellefteå	73	68,9	33	31,1	106	100,0
Skåne	1065	62,2	646	37,8	1711	100,0
Skövde	477	100,0	.	.	477	100,0
Stockholm	1030	49,7	1044	50,3	2074	100,0
Sundsvall	261	57,0	197	43,0	458	100,0
Sörmland	.	.	389	100,0	389	100,0
Umeå	130	73,4	47	26,6	177	100,0
Uppsala	123	47,9	134	52,1	257	100,0
Vänersborg	488	100,0	.	.	488	100,0
Västervik	123	78,3	34	21,7	157	100,0
Västerås	251	72,8	94	27,2	345	100,0
Växjö	195	92,4	16	7,6	211	100,0
Örebro	220	66,3	112	33,7	332	100,0
Östersund	.	.	111	100,0	111	100,0
Totalt	7689	62,1	4689	37,9	12378	100,0

**Målet är en individuell
rehabiliteringsplan för
alla**

Figur 16. Andel upprättade IRP vid besök per enhet 2022. Registeruttag 2023-04-12. 41



Figur 17. Andel upprättade IRP vid besök totalt för 2017-2022. Uttag 2023-04-12.



**Tabell 10. Andel upprättade IRP vid besök totalt för åren 2017-2022.
Uttag 2023-04-12.**

År	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2017	2841	70,6	1183	29,4	4024	100,0
2018	4475	69,1	1999	30,9	6474	100,0
2019	5741	62,6	3428	37,4	9169	100,0
2020	5191	52,3	4726	47,7	9917	100,0
2021	6421	55,6	5128	44,4	11549	100,0
2022	7689	62,1	4689	37,9	12378	100,0
Totalt	32358	60,5	21153	39,5	53511	100,0

Kommentar

Under 2022 var det 62,1 procent av patienterna som har registrerats för att ha fått en IRP upprättad, vilket är en ökning från 2021 med 10 %, se figur 17. Variationerna är stora mellan enheter och regioner. I samband med besök inom synverksamheten är det viktigt att formulera en plan för rehabiliteringen. En individuell rehabiliteringsplan upprättas och följs upp tillsammans med patient. I planen ska mål för behandlingen, planerade behandlingsinsatser och uppföljning av resultat dokumenteras. Rehabiliteringsplanen säkerställer patientens delaktighet och ska tydliggöra behandlingsperiod samt gränsen mellan det som genomförs som egenvård och behandlingsinsatser som kräver hälso- och sjukvårdens kompetens. Rehabiliteringsplanen är ett bra verktyg för att tydliggöra målen och insatserna samt ett sätt att konkretisera personcentrerad vård och arbetet med patientkontrakt. I SKRS Dashboard kan varje enhet följa att IRP upprättats och avslutats. Ett mått för kvalitet på rehabilitering är sätta ett målvärde på att 100 procent av patienterna får en individuell rehabiliteringsplan upprättad.

VÄNTETID FRÅN REMISSDATUM TILL FÖRSTA BESÖK

Patienten remitteras från ögonklinik för synrehabiliterande insatser. Median för väntetid från remiss till första besök är 47 dagar mellan remissdatum och första besök. I tabell 9 visas väntetiden för hela materialet samt fördelat på kvinnor och män, där medianen ligger på 47 för båda könen. Materialet är också redovisat i åldersgrupper, se tabell 10 och figur 18. Väntetiden ökar något i de äldre åldersgrupperna.

Tabell 11. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2022. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket 2022 uppdelat per kön och totalt. Registeruttag 2023-04-12.

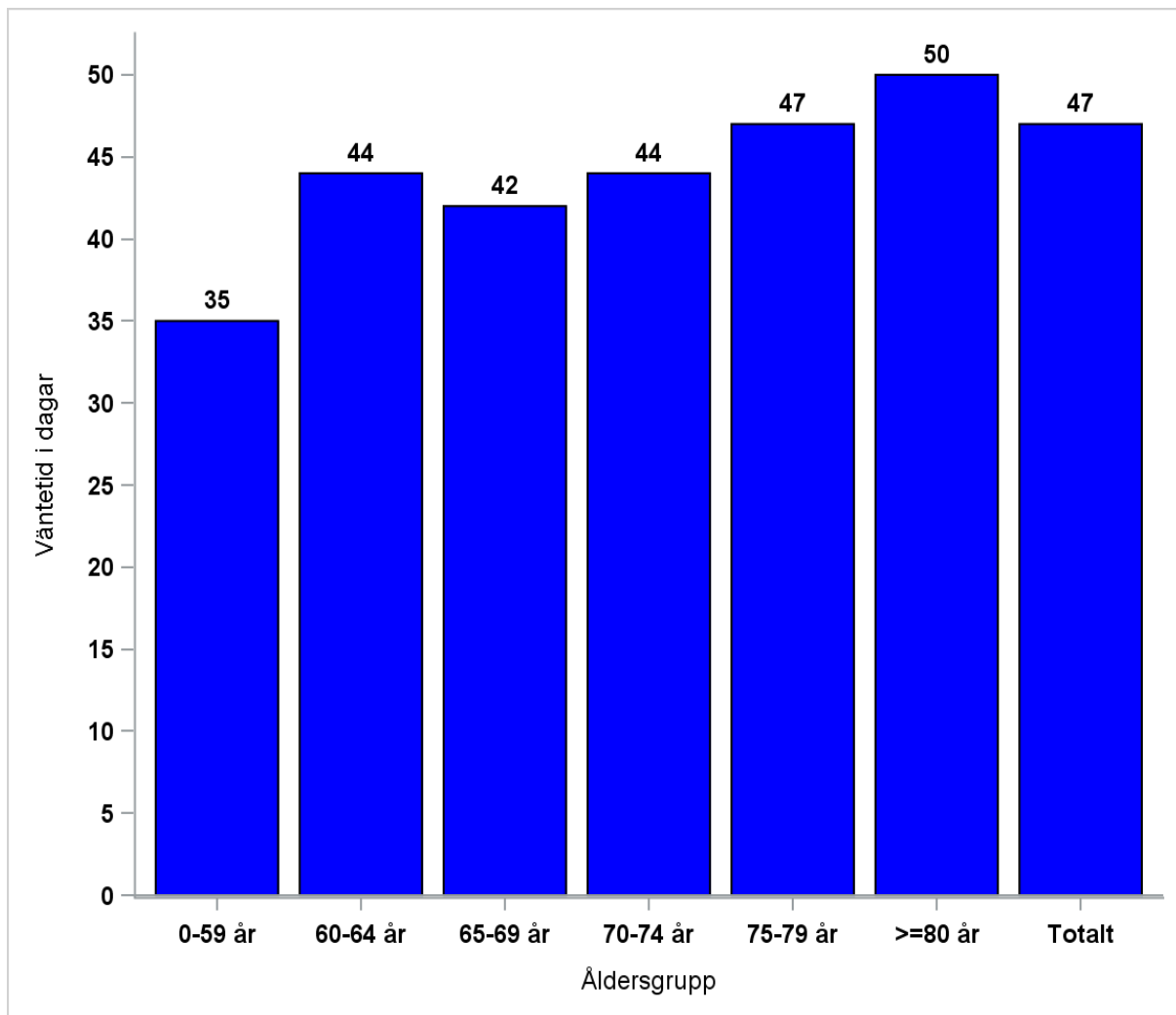
Kön	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Kvinnor	7545	77,0	0	26	47	97	2248
Män	4272	79,8	0	25	47	94	2280
Ej specificerat	2	53,0	7	7	53	99	99
Total	11819	78,0	0	26	47	96	2280

Tabell 12. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2021. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per åldersgrupp och totalt.

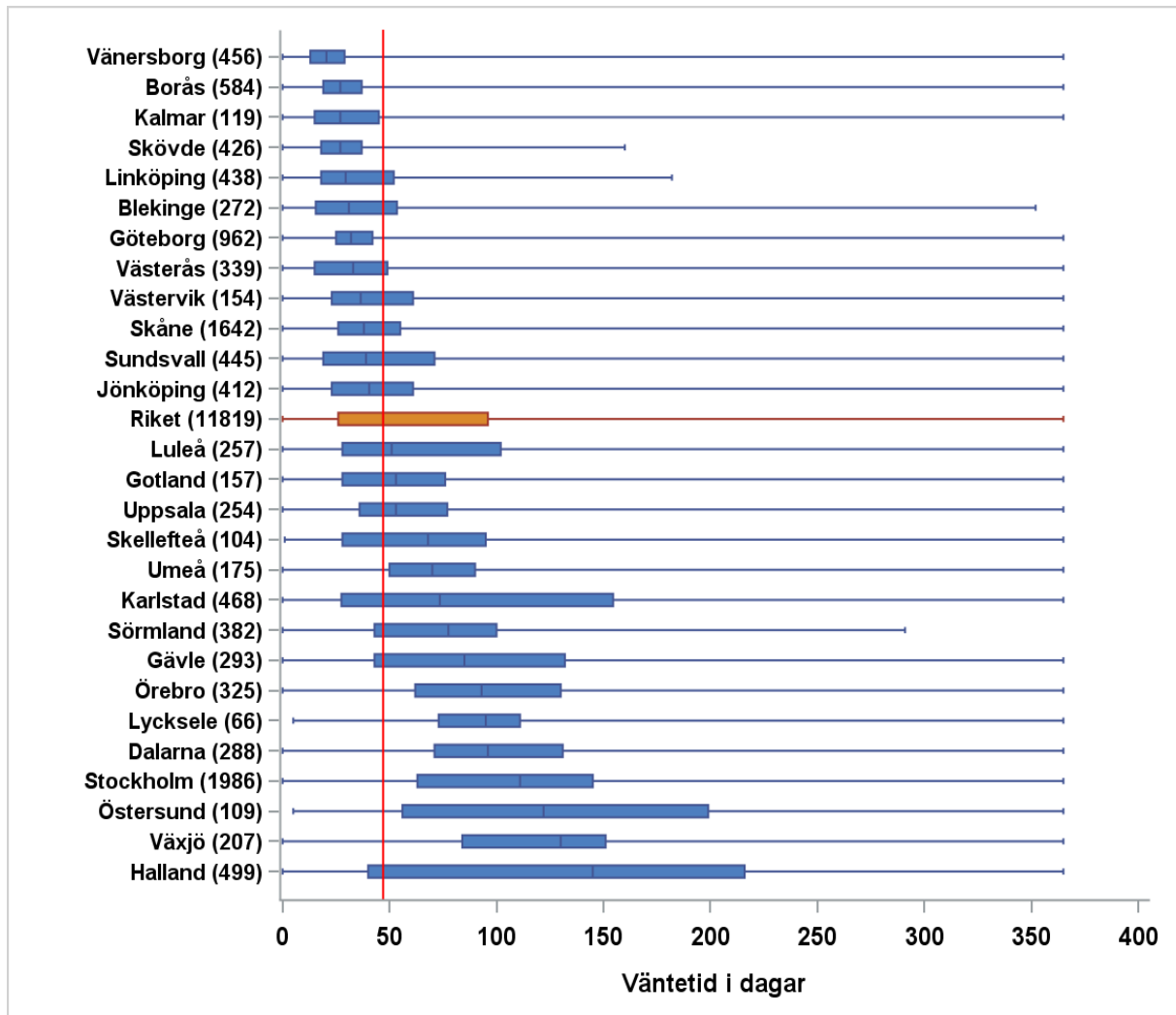
Åldersgrupp	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
0-59 år	1445	73,7	0	18	35	66	2280
60-64 år	317	64,9	0	25	44	80	1467
65-69 år	422	72,8	0	23	42	99	1244
70-74 år	811	78,9	0	24	44	98	2086
75-79 år	1598	75,0	0	26	47	92	1667
>=80 år	7226	80,3	0	28	50	104	2248
Total	11819	78,0	0	26	47	96	2280

I tabell 11-12 finns benämningen Q1: En fjärdedel av observationerna är mindre än första kvartilen (Q1), ibland kallad undre kvartilen. Q3: Tre fjärdedelar av observationerna är mindre än tredje kvartilen (Q3), ibland kallad övre kvartilen.

Figur 18. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar i åldersgrupper. Registeruttag 2023-04-12.



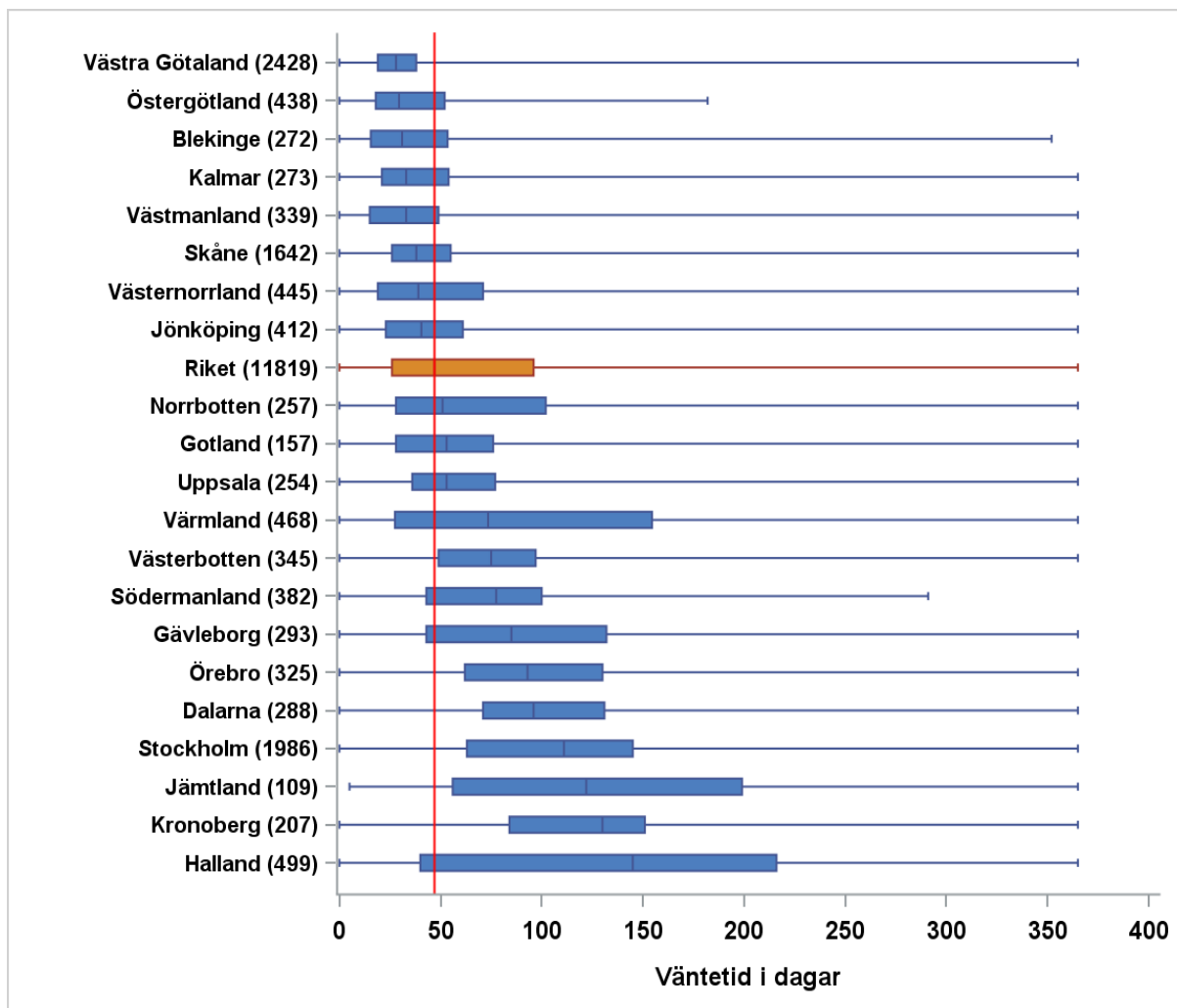
Figur 19. Boxplot över väntetid från remissdatum till första besöket, per enhet och totalt (Riket) år 2022. Om väntetiden är >365 dagar är den satt till 365 dagar. Registeruttag 2023-04-12. 45



Tabell 13. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2022. Tid från 46 remissdatum till besöksdatum för första besöket, per enhet och totalt.

Enhet	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
Blekinge	272	36,6	0	16	31	54	352
Borås	584	31,2	0	19	27	37	398
Dalarna	288	109,5	0	71	96	131	1244
Gotland	157	74,8	0	28	53	76	1219
Gävle	293	119,6	0	43	85	132	1308
Göteborg	962	44,7	0	25	32	42	2192
Halland	499	136,5	0	40	145	216	849
Jönköping	412	67,2	0	23	41	61	2160
Kalmar	119	44,8	0	15	27	45	1241
Karlstad	468	100,2	0	28	74	155	1433
Linköping	438	36,0	0	18	30	52	182
Luleå	257	69,7	0	28	51	102	517
Lycksele	66	109,6	5	73	95	111	651
Skellefteå	104	85,2	1	28	68	95	1718
Skåne	1642	46,9	0	26	38	55	1072
Skövde	426	28,6	0	18	27	37	160
Stockholm	1986	126,1	0	63	111	145	2280
Sundsvall	445	50,5	0	19	39	71	760
Sörmland	382	80,3	0	43	78	100	291
Umeå	175	93,5	0	50	70	90	1581
Uppsala	254	61,9	0	36	53	77	644
Vänersborg	456	26,4	0	13	21	29	826
Västervik	154	48,7	0	23	37	61	622
Västerås	339	101,5	0	15	33	49	1618
Växjö	207	121,1	0	84	130	151	475
Örebro	325	173,4	0	62	93	130	2248
Östersund	109	132,8	5	56	122	199	795
Total	11819	78,0	0	26	47	96	2280

Figur 20. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per region och totalt (Riket) 2022. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365 dagar. Registeruttag gjort 2023-04-12. 47



Kommentar

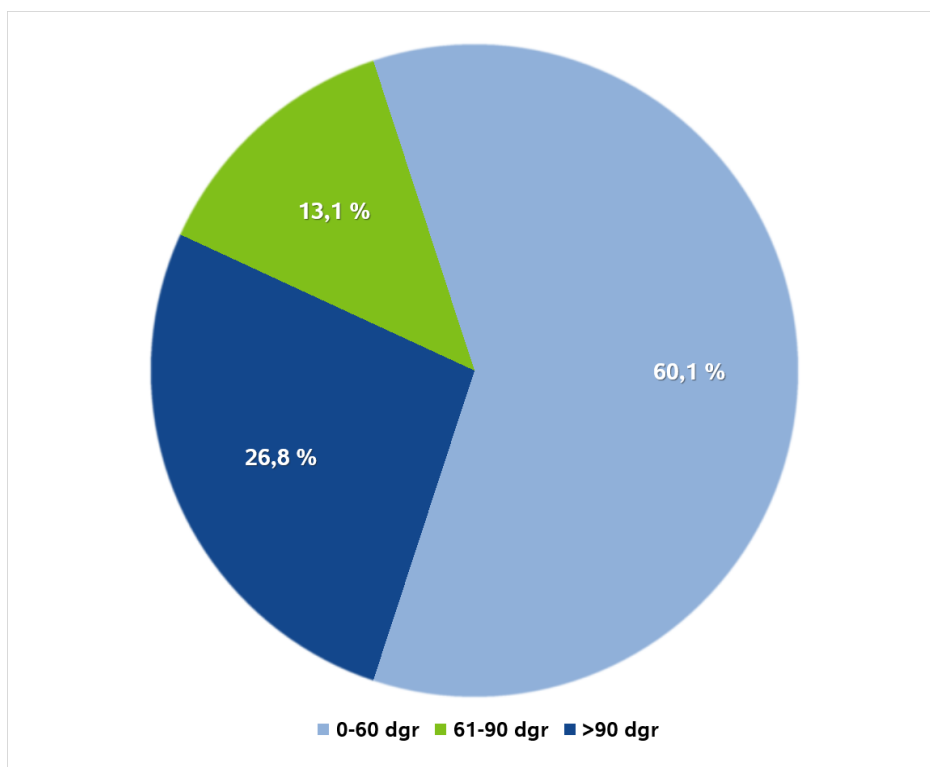
Väntetiden är beräknad på alla registreringar, vilket betyder att självvald väntan och medicinskt orsakat väntan ingår. Personer i yrkesverksam ålder har kortare väntetider enligt statistiken.

Inom styrgruppen har diskussion förts om varför det är så stor spridning från medianen i rikets totala databas, vilket behöver diskuteras och analyseras av styrgruppen, på användarmöten och i nationella synchefsgruppen. En lämplig kvalitetsindikator skulle vara att följa "andel som startar synrehabilitering inom 2 månader". I materialet kan man se att de flesta patienter får ett första besök inom 90 dagar från remissdatum. Av figur 19 och 21 framgår att cirka 60 % startar synrehabilitering inom 2 månader (60 dagar).

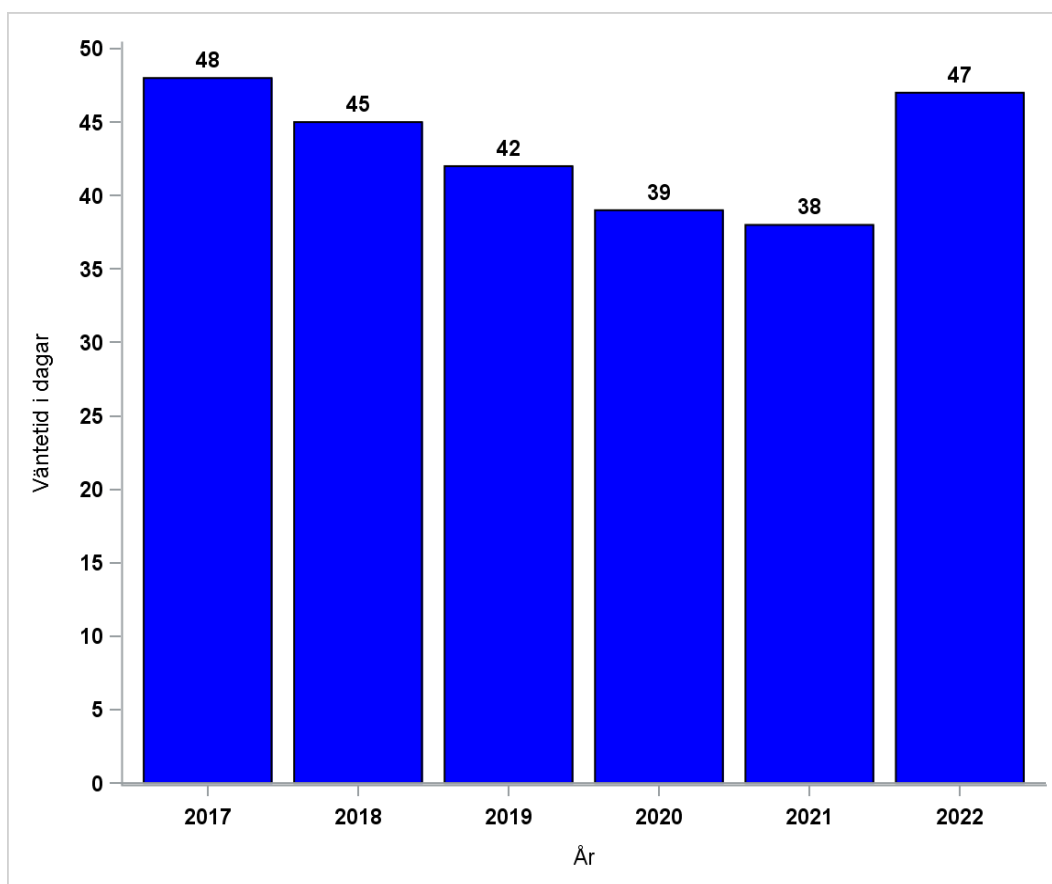
Tabell 14.Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2022.
 Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per region och totalt. Registeruttag 2023-04-12.

Region	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
Blekinge	272	36,6	0	16	31	54	352
Dalarna	288	109,5	0	71	96	131	1244
Gotland	157	74,8	0	28	53	76	1219
Gävleborg	293	119,6	0	43	85	132	1308
Halland	499	136,5	0	40	145	216	849
Jämtland	109	132,8	5	56	122	199	795
Jönköping	412	67,2	0	23	41	61	2160
Kalmar	273	47,0	0	21	33	54	1241
Kronoberg	207	121,1	0	84	130	151	475
Norrbottnen	257	69,7	0	28	51	102	517
Skåne	1642	46,9	0	26	38	55	1072
Stockholm	1986	126,1	0	63	111	145	2280
Södermanland	382	80,3	0	43	78	100	291
Uppsala	254	61,9	0	36	53	77	644
Värmland	468	100,2	0	28	74	155	1433
Västerbotten	345	94,1	0	49	75	97	1718
Västernorrland	445	50,5	0	19	39	71	760
Västmanland	339	101,5	0	15	33	49	1618
Västra Götaland	2428	35,2	0	19	28	38	2192
Örebro	325	173,4	0	62	93	130	2248
Östergötland	438	36,0	0	18	30	52	182
Total	11819	78,0	0	26	47	96	2280

Figur 21. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2022. 49



Figur 22. Väntetid från remissdatum till första besök, medianantal dagar 2017-2022.

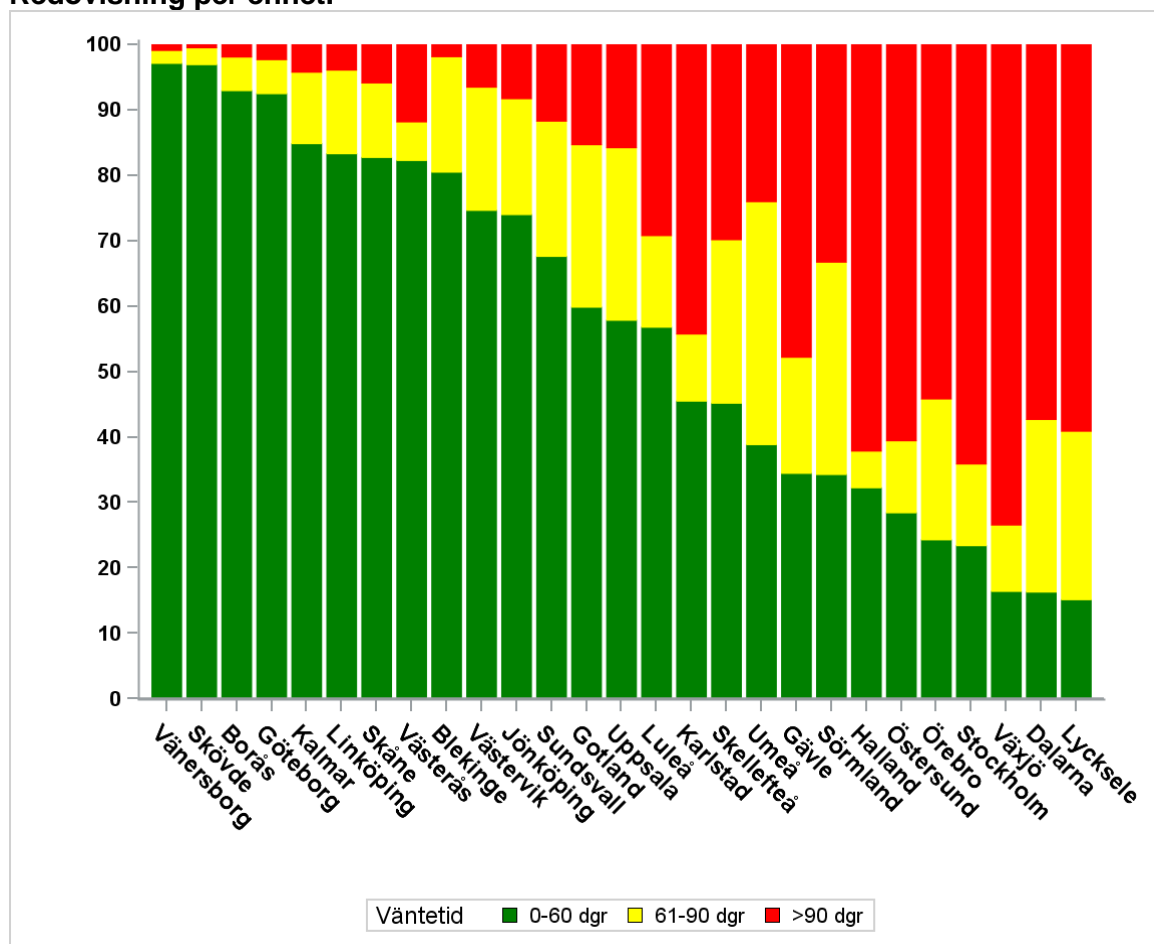


Tillgängligheten till synrehabilitering har ökat fram till 2021. Det senaste året har dock väntetiden i medianantal dagar ökat från 38 dagar 2021 till 47 dagar för 2022.

Tabell 15. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar per år.

År	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
2017	3860	58,8	0	27	48	75	796
2018	6204	58,6	0	26	45	70	1048
2019	8701	57,3	0	24	42	67	1289
2020	9401	60,8	0	20	39	70	1457
2021	11001	62,5	0	21	38	71	1842
2022	11819	78,0	0	26	47	96	2280
Total	50986	64,1	0	23	42	75	2280

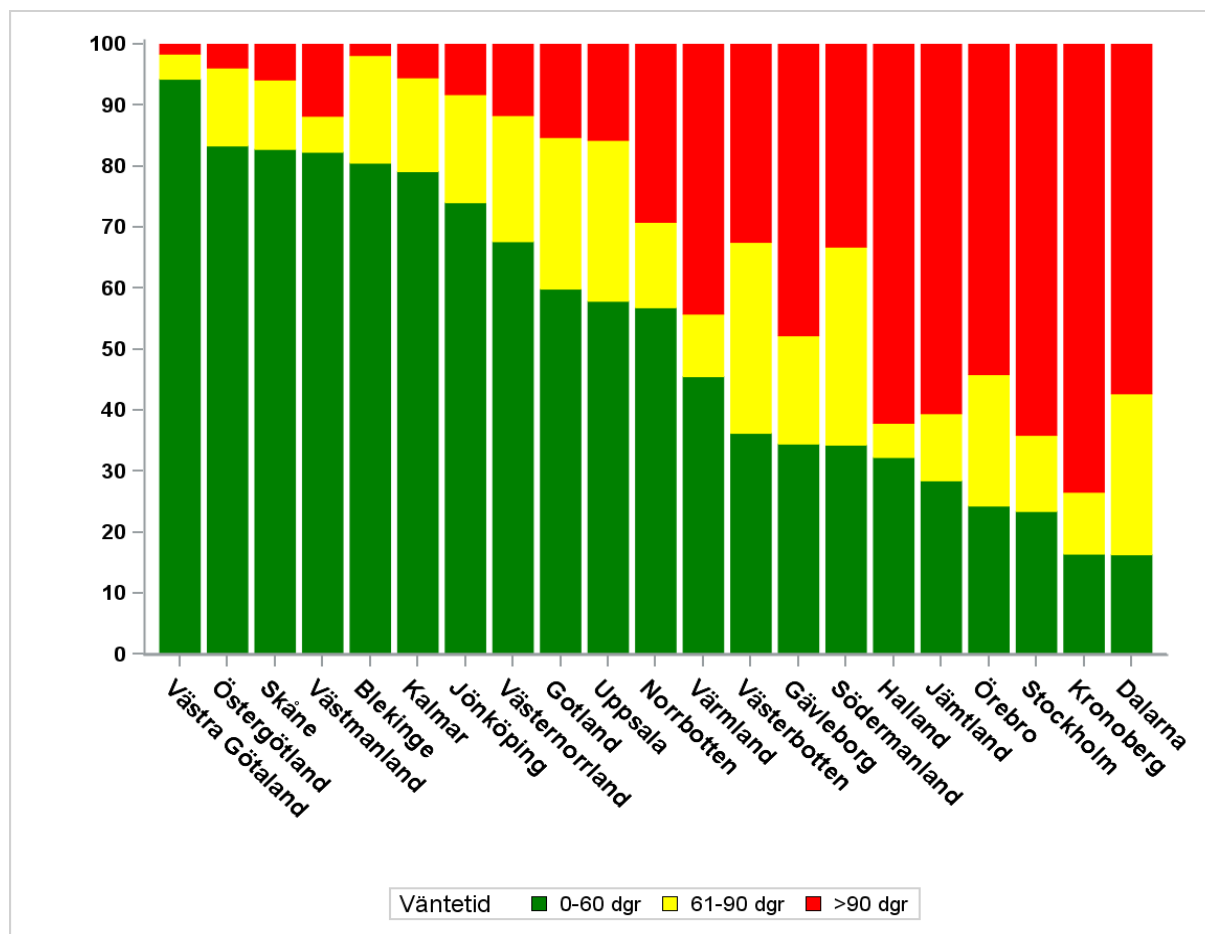
Figur 23. Andel som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar. Den röda stapeln och siffran visar antal individer som har väntat >90 dagar, 2022. Redovisning per enhet.



Tabell 16. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2021 redovisat per enhet.

Enhet	0-60 dagar		61-90 dagar		>90 dagar		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	219	81	48	18	5	2	272	100
Borås	543	93	30	5	11	2	584	100
Dalarna	47	16	76	26	165	57	288	100
Gotland	94	60	39	25	24	15	157	100
Gävle	101	34	52	18	140	48	293	100
Göteborg	890	93	50	5	22	2	962	100
Halland	161	32	28	6	310	62	499	100
Jönköping	305	74	73	18	34	8	412	100
Kalmar	101	85	13	11	5	4	119	100
Karlstad	213	46	48	10	207	44	468	100
Linköping	365	83	56	13	17	4	438	100
Luleå	146	57	36	14	75	29	257	100
Lycksele	10	15	17	26	39	59	66	100
Skellefteå	47	45	26	25	31	30	104	100
Skåne	1359	83	187	11	96	6	1642	100
Skövde	413	97	11	3	2	0	426	100
Stockholm	465	23	248	12	1273	64	1986	100
Sundsvall	301	68	92	21	52	12	445	100
Sörmland	131	34	124	32	127	33	382	100
Umeå	68	39	65	37	42	24	175	100
Uppsala	147	58	67	26	40	16	254	100
Vänersborg	443	97	9	2	4	1	456	100
Västervik	115	75	29	19	10	6	154	100
Västerås	279	82	20	6	40	12	339	100
Växjö	34	16	21	10	152	73	207	100
Örebro	79	24	70	22	176	54	325	100
Östersund	31	28	12	11	66	61	109	100
Alla	7107	60	1547	13	3165	27	11819	100

Figur 24. Andel per region som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar, 2022. Redovisning per region. 52



Tabell 17. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2022 redovisat per region.

Region	0-60 dgr		61-90 dgr		>90 dgr		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	219	81	48	18	5	2	272	100
Dalarna	47	16	76	26	165	57	288	100
Gotland	94	60	39	25	24	15	157	100
Gävleborg	101	34	52	18	140	48	293	100
Halland	161	32	28	6	310	62	499	100
Jämtland	31	28	12	11	66	61	109	100
Jönköping	305	74	73	18	34	8	412	100
Kalmar	216	79	42	15	15	5	273	100
Kronoberg	34	16	21	10	152	73	207	100
Norrbottn	146	57	36	14	75	29	257	100
Skåne	1359	83	187	11	96	6	1642	100
Stockholm	465	23	248	12	1273	64	1986	100
Södermanland	131	34	124	32	127	33	382	100
Uppsala	147	58	67	26	40	16	254	100

Värmland	213	46	48	10	207	44	468	100
Västerbotten	125	36	108	31	112	32	345	100
Västernorrland	301	68	92	21	52	12	445	100
Västmanland	279	82	20	6	40	12	339	100
Västra Götaland	2289	94	100	4	39	2	2428	100
Örebro	79	24	70	22	176	54	325	100
Östergötland	365	83	56	13	17	4	438	100
Alla	7107	60	1547	13	3165	27	11819	100

Kommentar

Enligt befintliga data varierar väntetiden mellan verksamheterna. I figurerna visas hur stort antal individer per enhet, som har fått vänta mer än 90 dagar på rehabilitering. Denna graf kan varje enhet följa kontinuerligt i registrets översikt, "Dashboard".

Väntetiden mellan remissdatum och första besök skiljer sig inte mellan könen men den ökar med stigande ålder vilket bedöms kan bero på att individen med stigande ålder får flera sjukdomar som kan påverka möjligheten till att medverka i rehabiliteringsinsatser. Hjälpbehovet ökar med stigande ålder och besök på synverksamheten engagerar närstående som följer med som stöd, vilket innebär att hänsyn måste tas till när stödpersonen kan bistå.

I figur 22 visas att medianantal dagar i väntetid har ökat från 38 till 47 dagar för 2022.

I figur 23 visas hur väntetiden ser ut per region och det går att se vilka regioner som har större problem med väntetider än andra. Ett problem som oftast är relaterat till vårdtyngd och bemanningssituation i regionen. I registret finns i dagsläget ingen variabel som fångar patienter som enligt egen önskan vill avvakta besök till synrehabilitering.

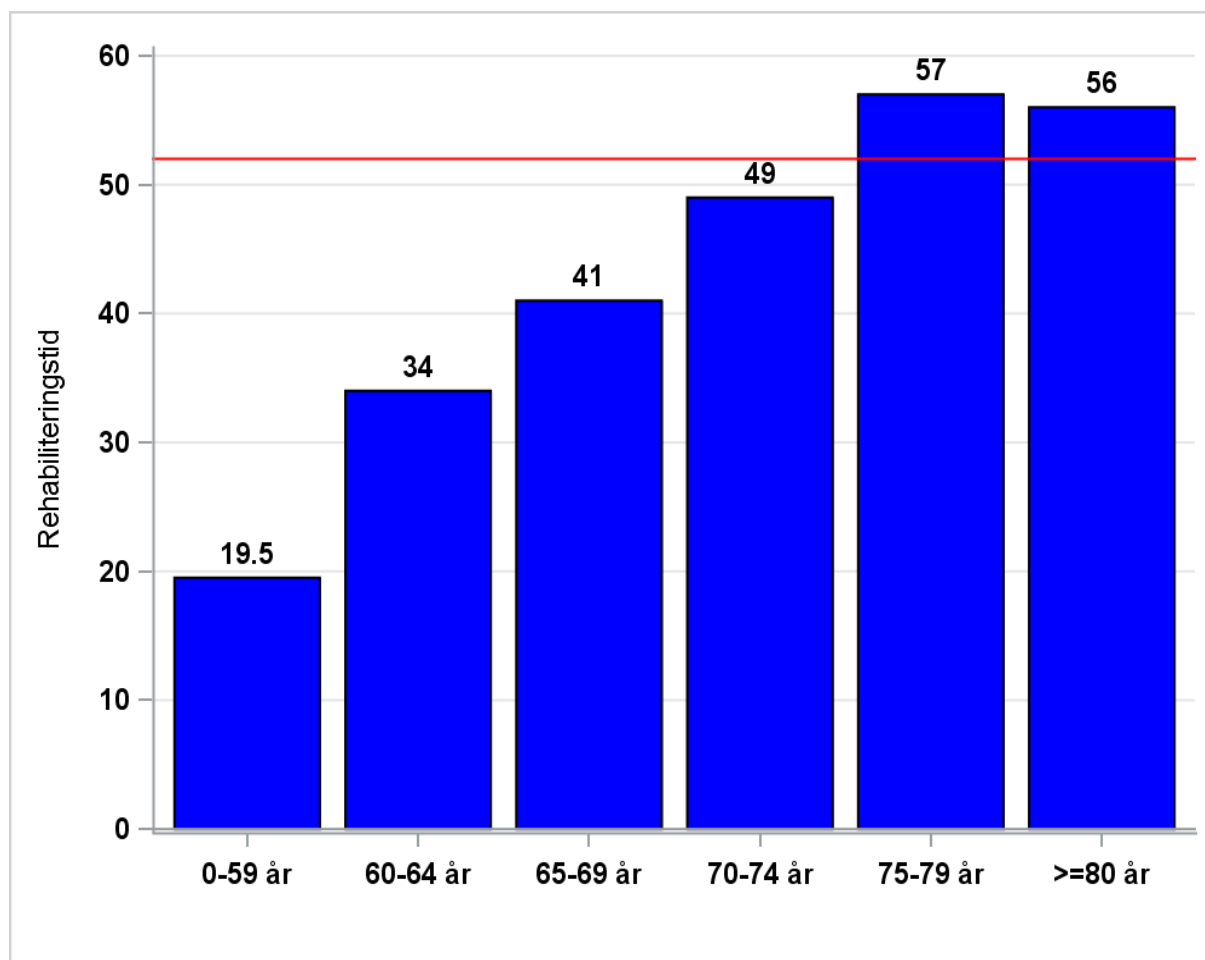
REHABILITERINGSTID

Rehabiliteringstiden varierade från 1–440 dagar, vilket betyder att några patienter har behov av längre rehabiliteringstid beroende exempelvis på att förnyade behov uppkommit. Median för rehabiliteringstid totalt ligger på 52 dagar. Mediantidens fördelning per åldersgrupp, var god se figur.

Tabell 18. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2022 per kön och totalt. Registeruttag 2023-04-12.

Kön	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Kvinnor	5818	71,4	0	1	54	107	440
Män	3275	69,7	0	0	50	107	439
Ej specificerat	2	14,5	0	0	15	29	29
Total	9095	70,7	0	0	52	107	440

Figur 25. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per åldersgrupp 2022. Referenslinjen anger median för totalen. Registeruttag 2023-04-12.



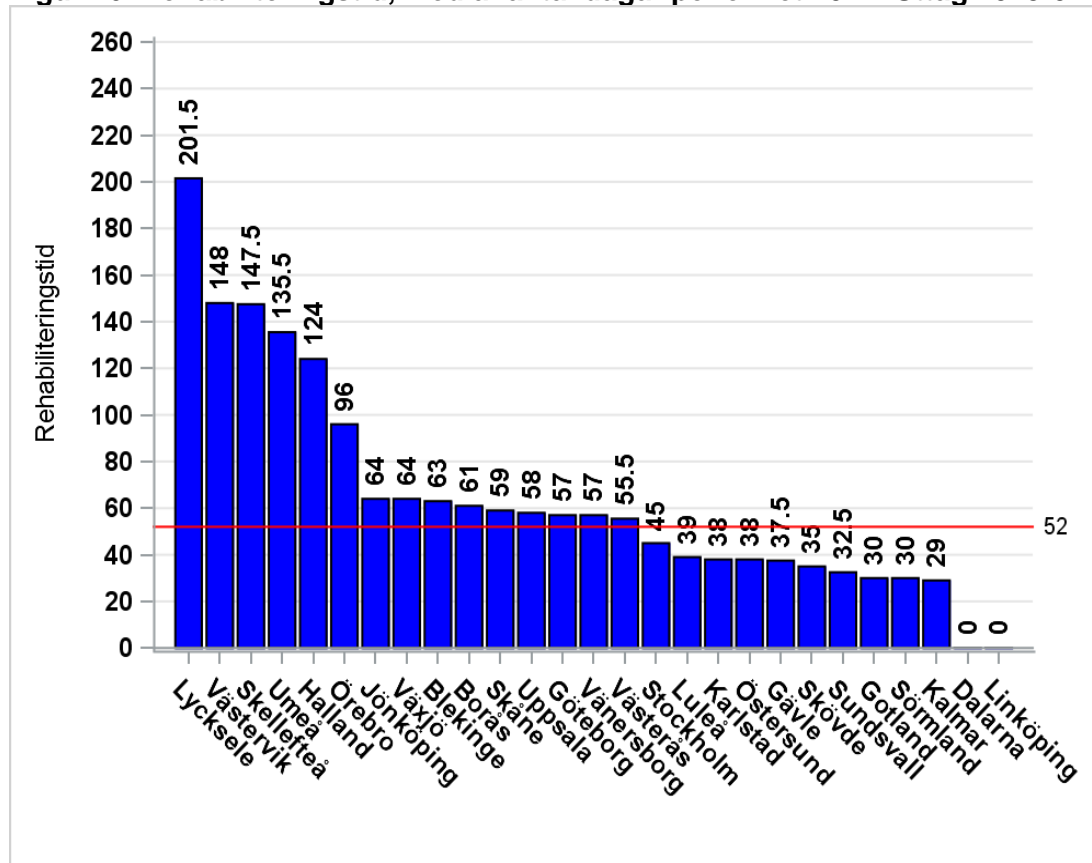
Tabell 19. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2022 per åldersgrupp och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt. Registeruttag 2023-04-12.

Åldersgrupp	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
0-59 år	1030	54,8	0	0	20	85	376
60-64 år	232	63,7	0	0	34	100	379
65-69 år	336	62,2	0	0	41	92	352
70-74 år	588	72,6	0	0	49	115	398
75-79 år	1217	76,4	0	17	57	112	421
>=80 år	5692	73,0	0	13	56	110	440
Total	9095	70,7	0	0	52	107	440

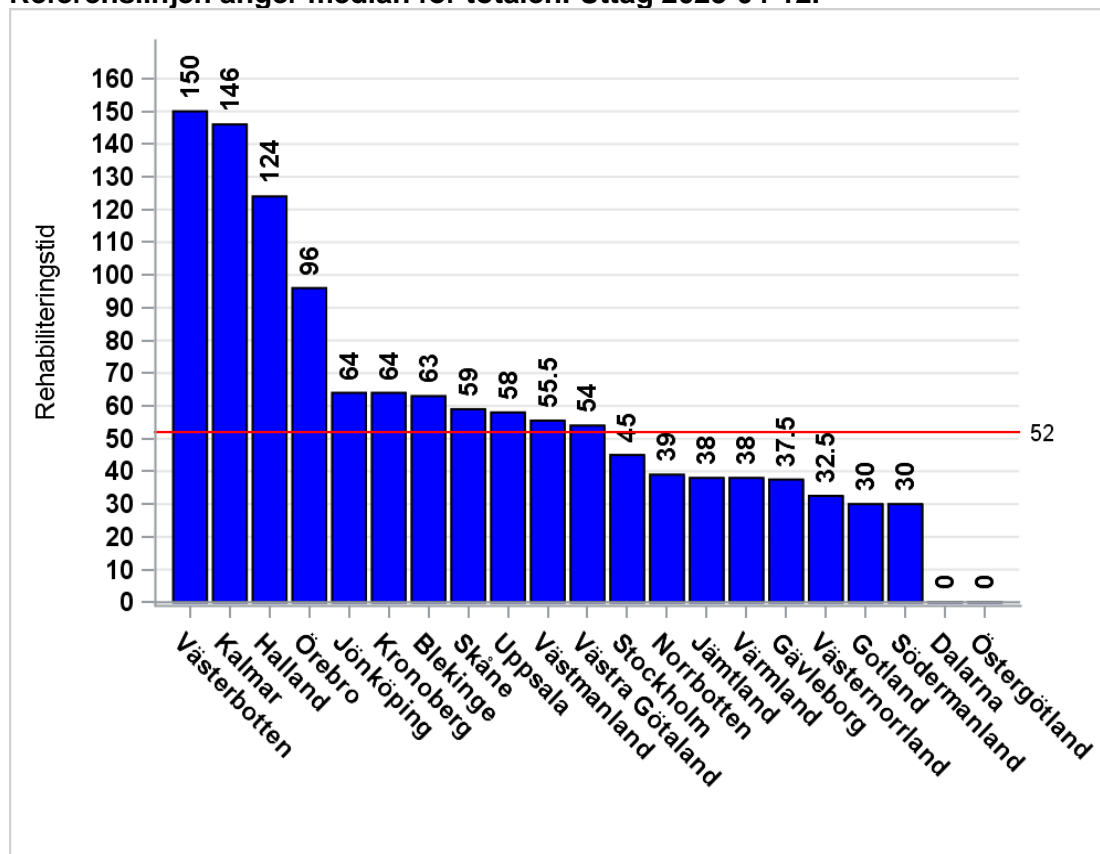
Kommentar

Rehabiliteringstiden kan påverkas av individens förutsättningar och yttre omständigheter. Några patienter har mindre behov som är enkla att åtgärda med rehabilitering eller hjälpmedel medan andra kan ha komplicerade situationer som kräver stora insatser från hela synrehabiliteringsteamet. Frågan om skillnaderna i rehabiliteringstid diskuterats vid SKRS-dagar. Olika förklaringar kan vara; interna rutiner för avslut av rehabiliteringsperiod, självvald väntan eller medicinskt orsakad väntan. Gemensamma kriterier för avslut vid självvald väntan eller medicinsk väntan saknas. SKRS har ingen variabel i nuläget som följer självvald väntan. Många behöver ha en närstående med vid besök, vilket kan vara en ytterligare förklaring till att rehabiliteringstiden förlängs.

Figur 26. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per enhet 2022. Uttag 2023-04-12.



Figur 27. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per region 2022. Referenslinjen anger median för totalen. Uttag 2023-04-12.



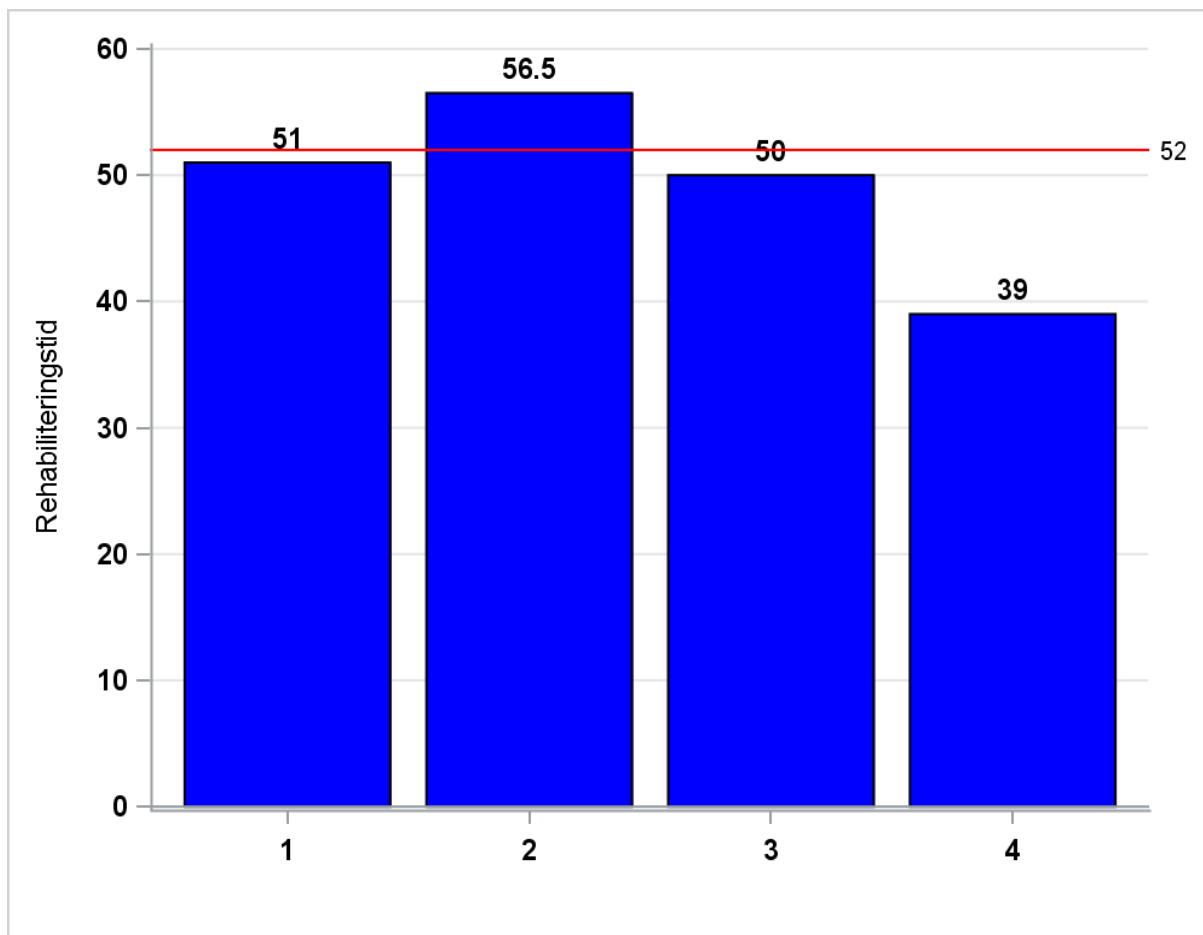
Median för rehabiliteringsperioden är 52 dagar för hela materialet för 2022. I figur 26 visas medianantal dagar per region. Inom styrgruppen har diskussion förekommit om varför det är så stor spridning från medianen i riket, vilket behöver diskuteras vidare i samband med SKRS-dagar.

I årets årsrapport har därför gjorts fler analyser av rehabiliteringstid, fördelat i grad av synnedsättning och diagnosgrupper, se figur 28-29.

Tabell 20. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per region och totalt. Uttag 2023-04-12.

Region	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	231	74,2	0	6	63	111	370
Dalarna	153	36,8	0	0	0	52	440
Gotland	67	54,8	0	22	30	58	371
Gävleborg	84	67,8	0	21	38	69	351
Halland	327	126,5	0	75	124	168	395
Jämtland	83	67,1	0	30	38	96	272
Jönköping	241	80,3	0	0	64	117	421
Kalmar	82	155,6	0	84	146	247	365
Kronoberg	177	70,1	0	41	64	93	355
Norrbottnen	71	66,0	0	0	39	85	331
Skåne	1153	74,6	0	26	59	107	385
Stockholm	1717	64,6	0	0	45	97	439
Södermanland	264	71,8	0	0	30	117	407
Uppsala	176	71,1	0	24	58	105	352
Värmland	403	62,4	0	0	38	100	364
Västerbotten	196	159,6	0	70	150	231	406
Västernorrland	384	49,1	0	15	33	64	324
Västmanland	212	66,8	0	3	56	103	312
Västra Götaland	2451	68,0	0	8	54	104	398
Örebro	199	113,7	0	57	96	153	384
Östergötland	424	18,4	0	0	0	3	312
Total	9095	70,7	0	0	52	107	440

Figur 28. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per synnedsättningsgrad (1-4) 2022. 58
Referenslinjen anger median för totalen. Registeruttag 2023-04-12.



3-

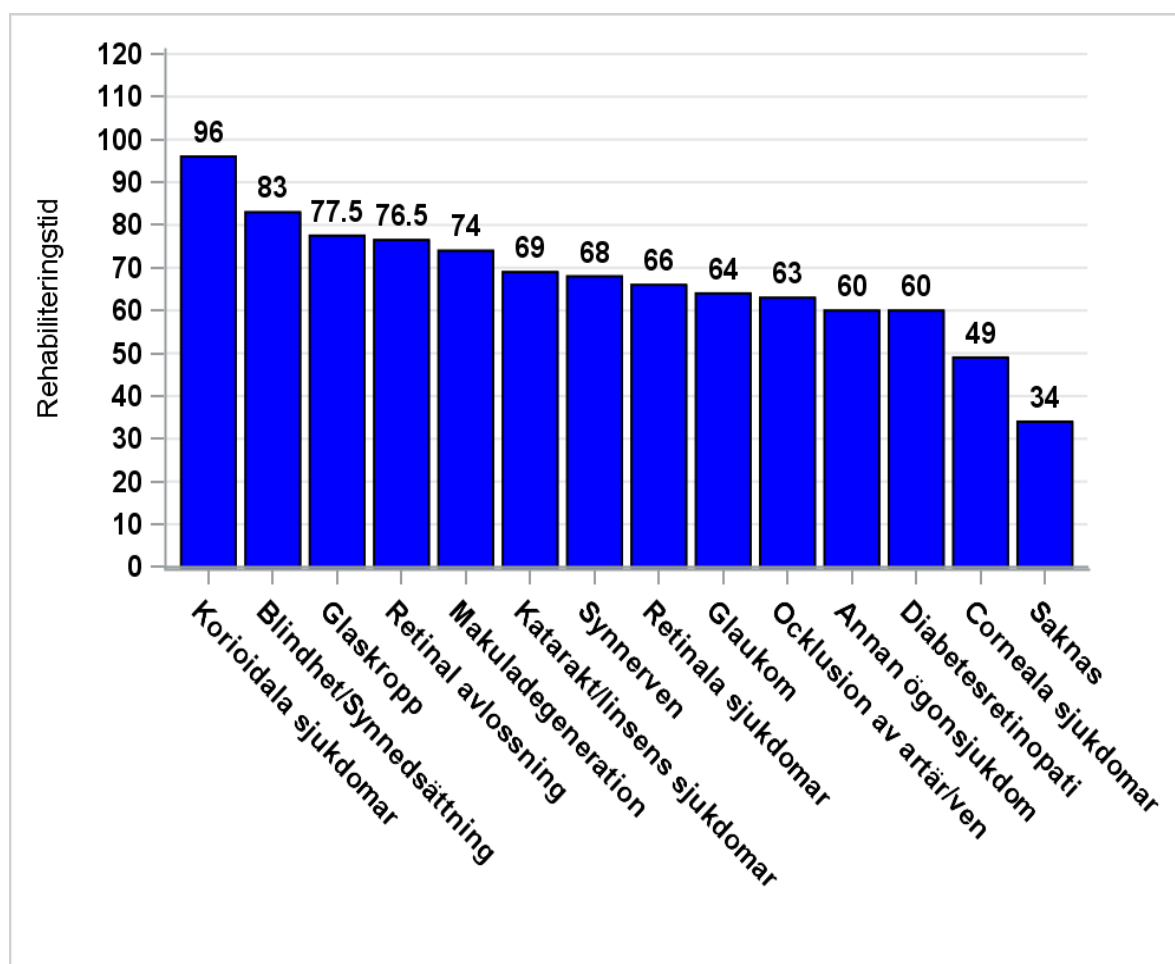
Kommentar

Vid fördelning i grad av synnedsättning ser man att grupp 4 har kortare rehabiliteringstid än övriga grupper. En av orsakerna skulle kunna vara att personer med svår synnedsättning prioriteras och i flertalet fall kan ha haft sina besvär under längre tid, varit i kontakt med synenheten tidigare och har en önskan om rehabilitering inom ett specifikt målområde. Till skillnad mot att erhålla en synnedsättning och plötsligen leva med nya förutsättningar vilket i sin tur kan leda till ökat behov av rehabiliteringsinsatser.

Tabell 21. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum för grad av synnedsättning och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt. 59

Synnedsättning	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
1	1797	68,4	0	0	51	102	440
2	4434	73,2	0	10	57	110	439
3	1846	71,1	0	0	50	110	405
4	1016	63,4	0	0	39	95	385
NULL	2	162,5	1	1	163	324	324
Total	9095	70,7	0	0	52	107	440

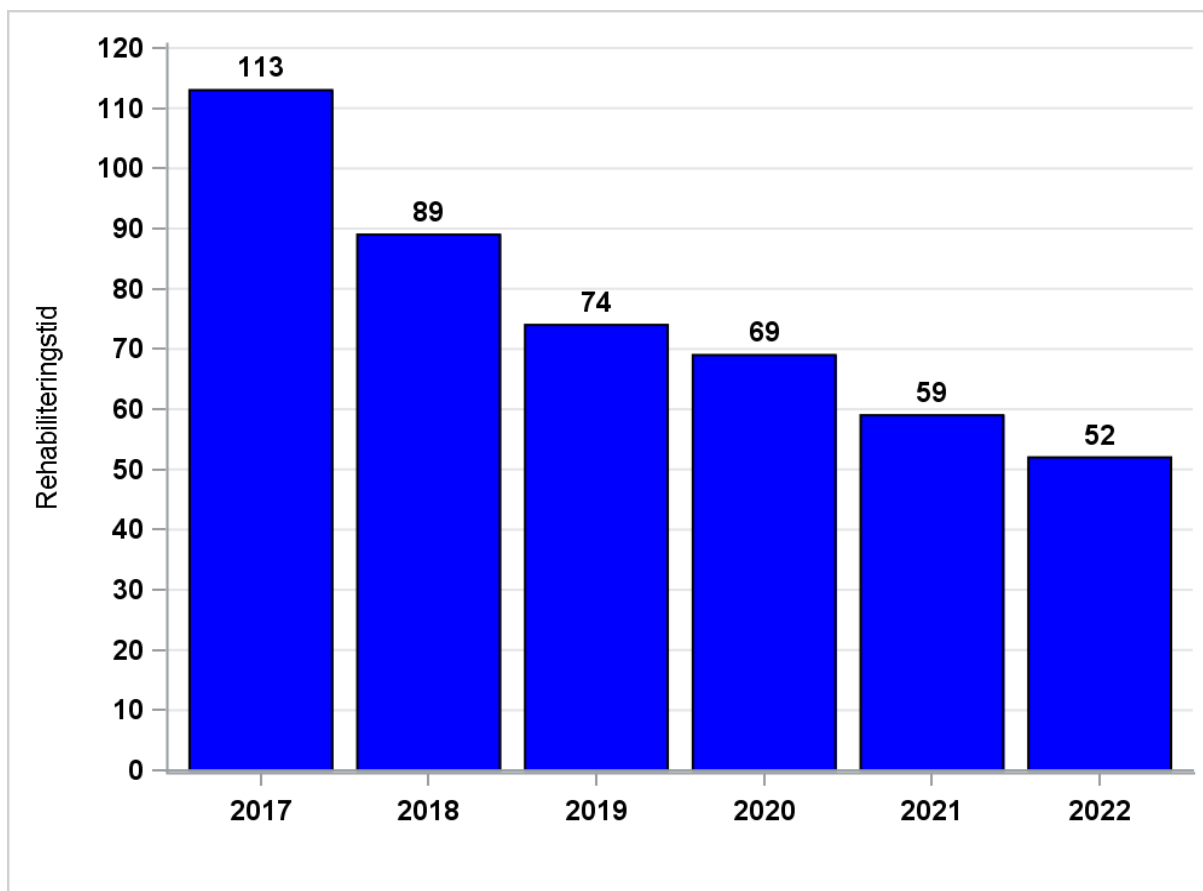
Figur 29. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per diagnosgrupp för grupper med 10 eller fler observationer. Registeruttag 2023-04-12.



Kommentar

Vid fördelning i diagnosgrupper varierar rehabiliteringstiden mellan 49-96 dagar. Diagnos verkar inte ha påverkan på rehabiliteringstiden utan behovet av tid ligger mer på det individuella planet, relaterat till hur omfattande svårigheterna är och om det krävs frekventa rehabiliteringsinsatser.

Figur 30. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per år 2017-2022. Uttag 2023-04-12. 60
Registeruttag 2023-04-12.



Tabell 22. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per besöksår och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt. Registeruttag 2023-04-12.

Besöks år	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
2017	3686	235,2	0	36	113	270	2169
2018	5596	175,0	0	24	89	205	1827
2019	8038	144,0	0	16	74	179	1511
2020	8770	136,2	0	14	69	190	1169
2021	9819	101,5	0	6	59	139	789
2022	9095	70,7	0	0	52	107	440
Total	45004	129,7	0	15	67	161	2169

Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden visar på 52 dagar för år 2022, vilket innebär att rehabiliteringstiden minskat sedan registret startade. Nyttan med att mäta och jämföra sig med sig själv och andra kan ha lett till att enheterna har arbetat med lokala rutiner som sedan har lett till att rehabiliteringstiden kortats ned. Ökat fokus på värdet av rehabiliteringsplaner med tydliga mål, överenskommelser och medvetenhet om nästa steg.

EFFEKT MÅTT

Metod

Enheterna Borås, Göteborg, Vänersborg, Kristianstad (Synenhet Skåne), Skövde, Gotland och Halland har arbetat med "mäta effekter" i SKRS. Data har sammanställts för sju enheter med avseende på de målområden som finns uppsatta för patienterna. I tabellerna redovisas antal mål, dvs om en patient har flera mål så ingår alla målen. Endast mål som har besvarats både före och efter uppföljning är med i sammanställningen. Tidsperioden som undersökts är mål uppsatta under 2019-2022. För respektive mål så görs en gradering av svårigheten genom att ange en siffra mellan 1–5, se Lista 1. I sammanställningarna så har endast mål med 0–4 använts. Skattning av målet görs sedan vid uppföljning. Skattningen görs av behandlaren efter en bedömning av patientens subjektiva upplevelse om förbättring eller försämring vid uppföljning av rehabilitering.

En variabel som kallas *Resultat* har räknats ut där vi tar resultat vid uppföljning minus resultat vid ursprung om skillnaden är negativ klassificeras det som *Förbättring*, om 0 så blir det *Oförändrat* och om positiv så blir det *Försämring*.

Lista 1 Skattning av resultat för mål

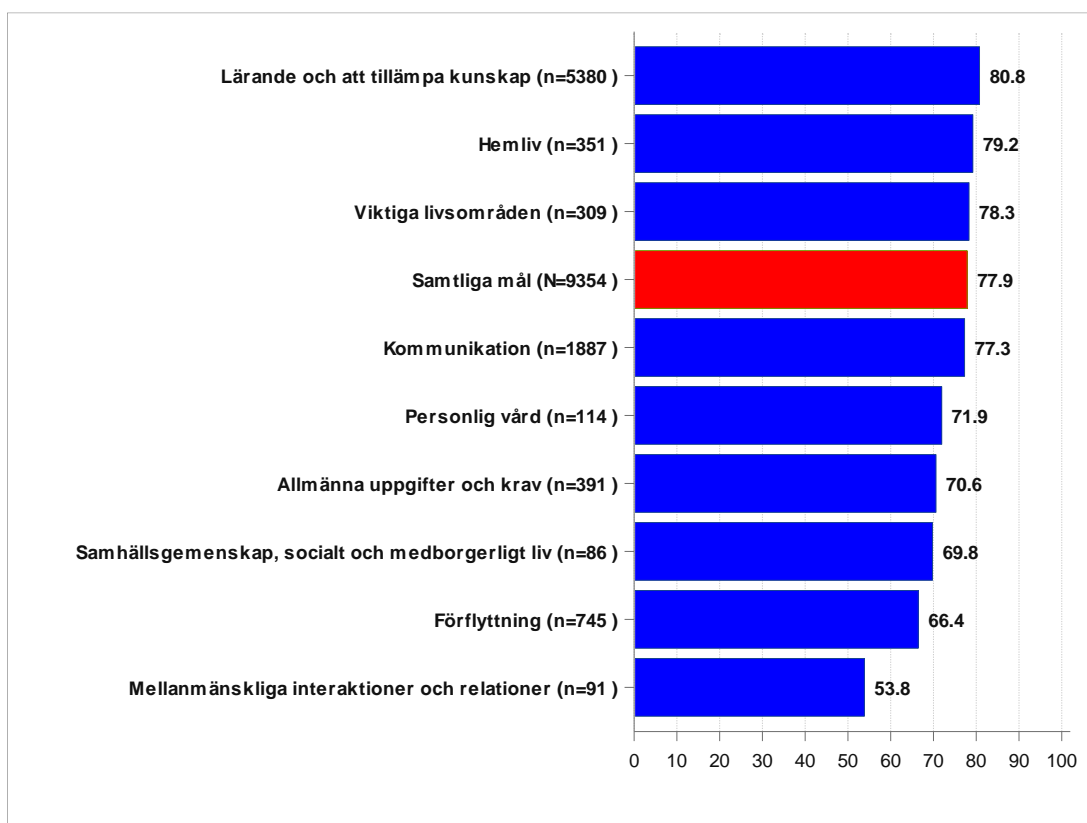
0 Ingen svårighet	0-4%
1 Lätt svårighet	5-24%
2 Måttlig svårighet	25-49%
3 Stor svårighet	50-95%
4 Total svårighet	96-100%
5 Går ej att skatta	

Resultat

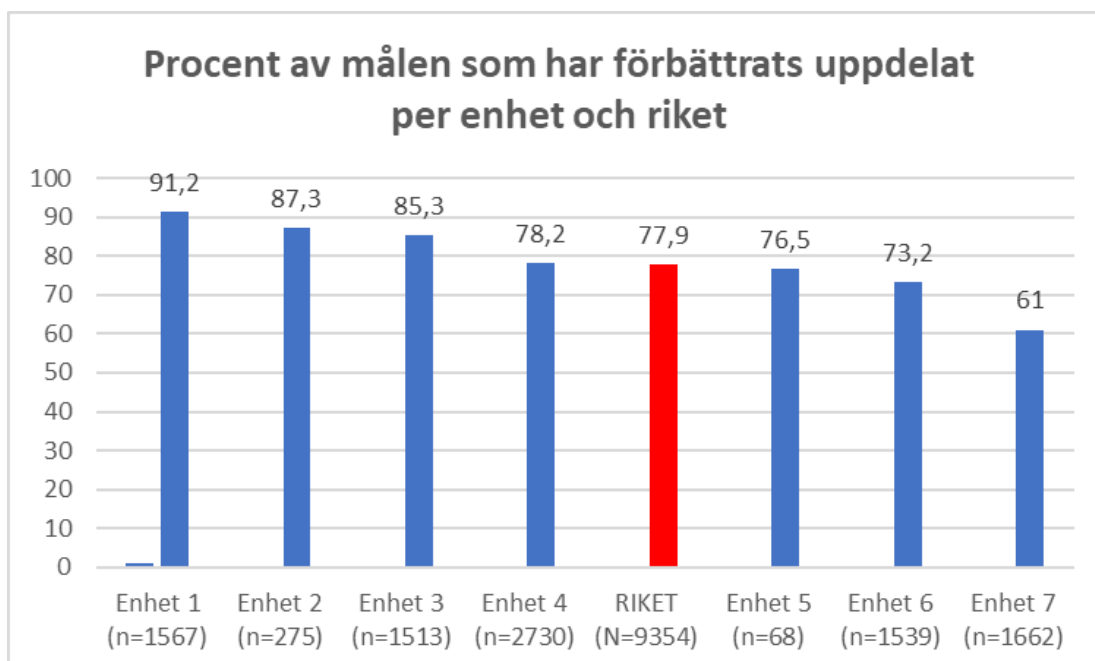
Tabell 23. Andel av målen som har förbättrats i procent, uppdelat på respektive målområde och samtliga målområden för riket. Tidsperiod 2019-2022.

Antal satta mål	Andel med förbättring	Målområde
n=5380	80,8	Lärande och att tillämpa kunskap
n=351	79,2	Hemliv
n=309	78,3	Viktiga livsområden
n=1887	77,3	Kommunikation
n=114	71,9	Personlig vård
n=391	70,6	Allmänna uppgifter och krav
n=86	69,8	Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
n=745	66,4	Förflyttning
n=91	53,8	Mellanmänskliga interaktioner och relationer
N=9354	77,9	Samtliga målområden

Figur 31. Procent av målen som har förbättrats uppdelat per mål och samtliga mål. 62



Figur 32. Procent av målen som har förbättrats uppdelat per enhet och riket



Tabell 24 : Resultat innan uppföljning per mål för alla synenheter

Mål	Resultat ursprung										Total	
	Ingen svårighet 0-4%		Lätt svårighet 5-24%		Måttlig svårighet 25-49%		Stor svårighet 50-95%		Total svårighet 96-100%			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lärande och att tillämpa kunskap	18	0.3	484	9.0	1829	34.0	2126	39.5	923	17.2	5380	100.0
Allmänna uppgifter och krav	1	0.3	55	14.1	206	52.7	121	30.9	8	2.0	391	100.0
Kommunikation	3	0.2	174	9.2	660	35.0	716	37.9	334	17.7	1887	100.0
Förflyttning	7	0.9	104	14.0	323	43.4	260	34.9	51	6.8	745	100.0
Personlig vård	1	0.9	23	20.2	35	30.7	33	28.9	22	19.3	114	100.0
Hemliv	0	0	36	10.3	125	35.6	148	42.2	42	12.0	351	100.0
Mellanmänskliga interaktioner och relationer	0	0	14	15.4	41	45.1	32	35.2	4	4.4	91	100.0
Viktiga livsområden	1	0.3	42	13.6	148	47.9	104	33.7	14	4.5	309	100.0
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	0	0	11	12.8	33	38.4	22	25.6	20	23.3	86	100.0
Alla mål	31	0.3	943	10.1	3400	36.3	3562	38.1	1418	15.2	9354	100.0

Tabell 15 : Resultat efter uppföljning per mål för alla synenheter

Mål	Resultat uppföljning										Total	
	Ingen svårighet 0-4%		Lätt svårighet 5-24%		Måttlig svårighet 25-49%		Stor svårighet 50-95%		Total svårighet 96-100%			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lärande och att tillämpa kunskap	1011	18.8	2488	46.2	1354	25.2	422	7.8	105	2.0	5380	100.0
Allmänna uppgifter och krav	60	15.3	184	47.1	119	30.4	25	6.4	3	0.8	391	100.0
Kommunikation	405	21.5	807	42.8	492	26.1	148	7.8	35	1.9	1887	100.0
Förflyttning	121	16.2	311	41.7	230	30.9	69	9.3	14	1.9	745	100.0
Personlig vård	28	24.6	58	50.9	16	14.0	9	7.9	3	2.6	114	100.0
Hemliv	90	25.6	142	40.5	82	23.4	32	9.1	5	1.4	351	100.0
Mellanmänskliga interaktioner och relationer	14	15.4	25	27.5	35	38.5	14	15.4	3	3.3	91	100.0
Viktiga livsområden	90	29.1	121	39.2	78	25.2	17	5.5	3	1.0	309	100.0
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	9	10.5	37	43.0	23	26.7	11	12.8	6	7.0	86	100.0
Alla mål	1828	19.5	4173	44.6	2429	26.0	747	8.0	177	1.9	9354	100.0

Kommentar (effektmaß)

Det är endast 7 av 27 enheter som har arbetat med att mäta effekter och som därför redovisas. Det finns en diskrepans mellan olika enheter, se figur 32. Skillnaden mellan enheterna kräver en djupare analys och att mera data kommer in. Observera att antalet mål som har skattats skiljer sig åt mellan enheterna.

Vid analys av de sammanslagna siffrorna för enheterna (figur 31) ses procentuella siffror mellan 53,8-80,8 som upplever förbättring efter rehabilitering. Högst

procentuell förbättring finns inom målområde hemliv och lärande och att tillämpa kunskap. Minst procentuell förbättring ses för mellanmännsliga interaktioner och relationer, som dock är en mindre grupp (n=91). Inom det mest frekvent valda målområdet lärande och att tillämpa kunskap (n=5380) finns delmål som att läsa text och att skriva.

Det ett fortsatt arbete för styrgruppen att validera och analysera siffrorna om varför det föreligger skillnader mellan både målområden och enheter. Skillnaderna kan utgöras av en normalvariation på det individuella planet, dels i hur patienten kommunicerar sin upplevelse av insatserna med behandlaren, dels grad av synnedsättning och i vilken omfattning den påverkar individen. Det bör också påpekas att individer har olika förutsättningar redan vid ingång till rehabilitering på grund av om man är frisk för övrigt, är multisjuk eller har andra funktionsnedsättningar. Styrgruppen har också noterat att för 31 mål (tabell 24) fanns det redan inledningsvis inga svårigheter med, vilket då givetvis är svårt att förbättra. Här behöver metod och rutiner ses över vilka mål som sätts för varje individ men det är relevant att kommentera att det utgör endast 0,3 % procent av alla mål som satts (tabell 24).

För att arbeta med "mäta effekter" i SKRS krävs det utbildning i ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Alla enheter i Sverige arbetar inte med ICF i nuläget.

Under 2023 pågår ett införande av att mäta effekter för samtliga enheter i SKRS. Ytterligare tre enheter har startat före sommaren 2023 och planen är att ett tiotal enheter till kommer att införas under hösten, vilket kommer att utöka antalet analyserande mål/delmål i nästa årsrapport. Målbilden i SKRS är att senast 2024-06-01 ska alla synenheter deltaga genom att mäta effekterna av rehabilitering.

Tidplan: Införande av att "mäta effekter" (ICF).

1. Borås	2016
2. Göteborg	2016
3. Vänersborg	2016
4. Skövde	2016
5. Halland	2016
6. Kristianstad (Synenhet Skåne)	2021
7. Gotland	2022
8. Karlstad, Värmland	2023 maj
9. Sundsvall, Västernorrland	2023 juni
10. Västervik	2023 juni

Aktuellt läge i augusti 2023: 10/27 enheter använder "effektmaßt" i SKRS och fler enheter är planerade under hösten 2023 och 2024.

DASHBOARD I SKRS- ÖVERSIKT ONLINE

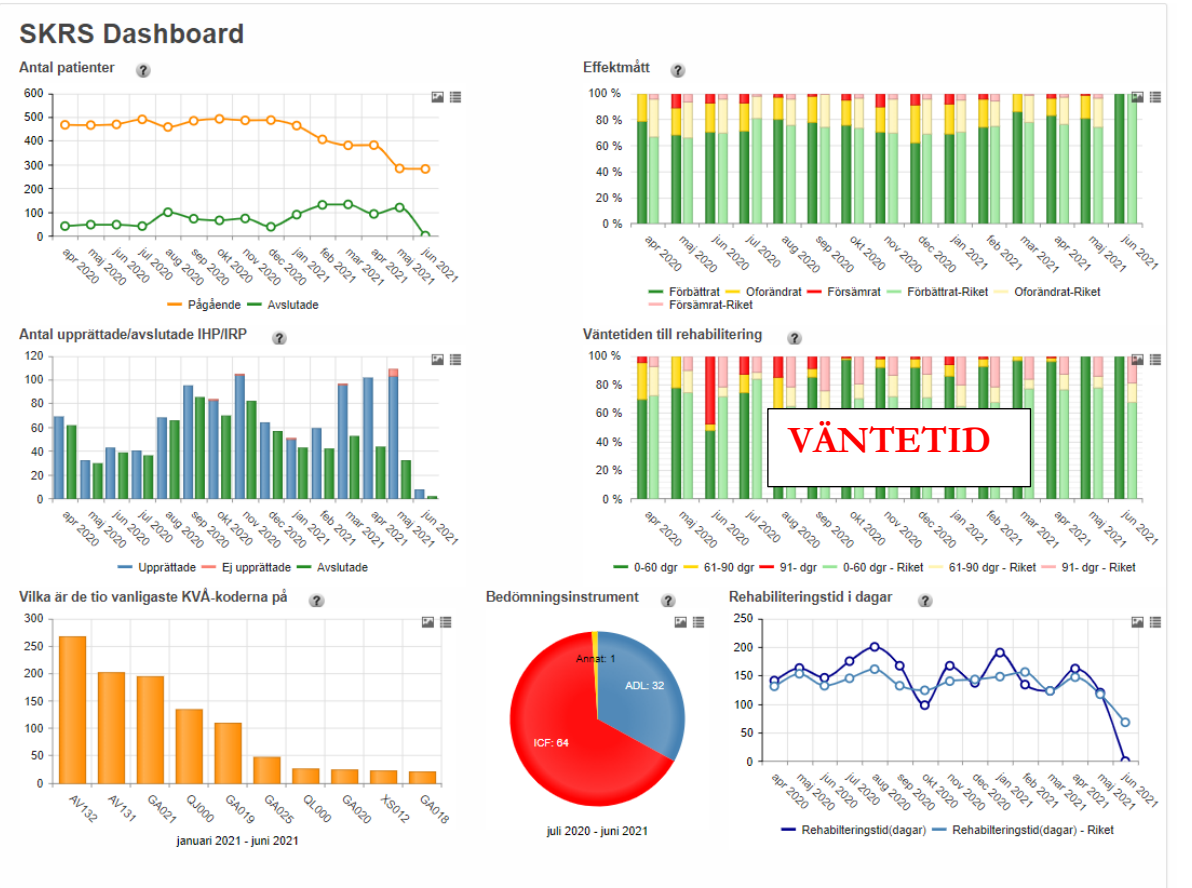
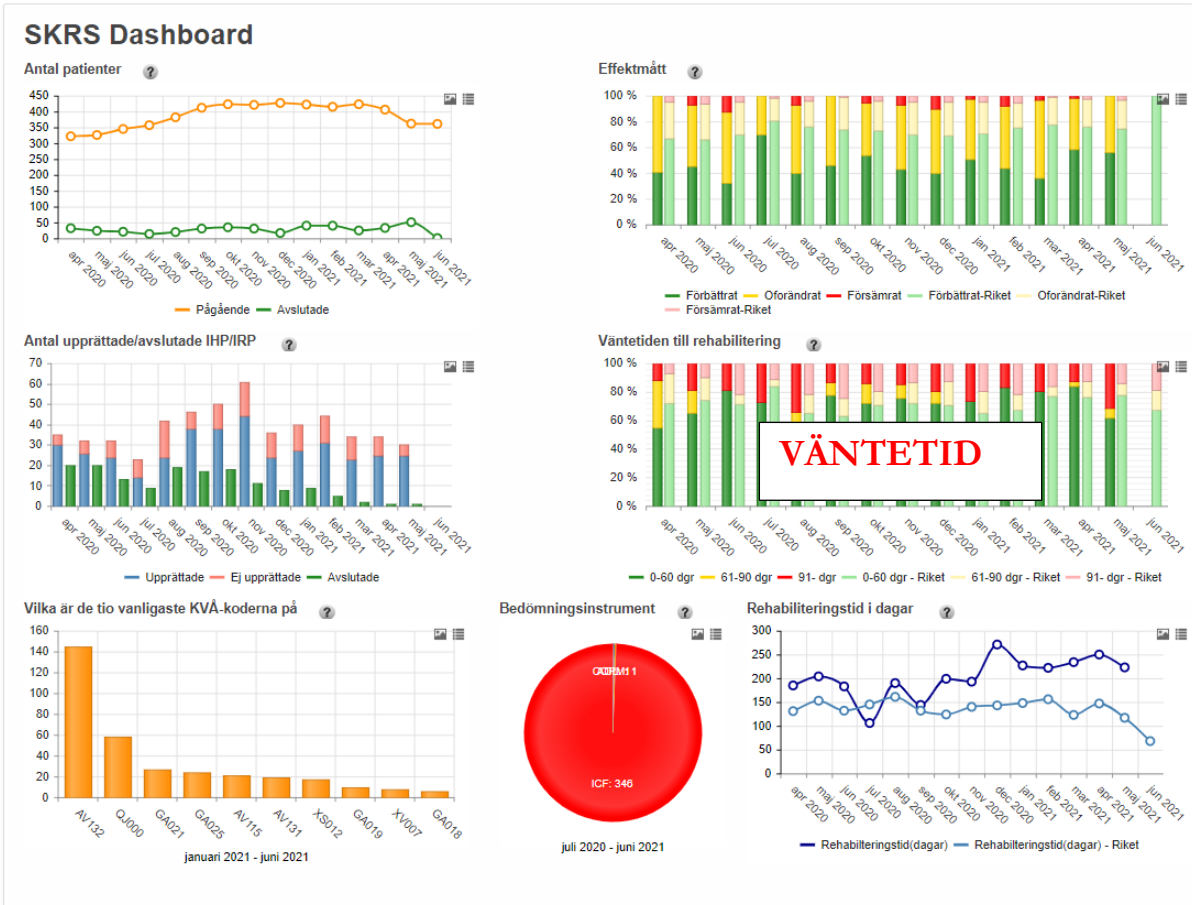
65

SKRS har utvecklat en Dashboard som alla enheter finner på första sidan i registret. Det är en översikt av enhetens registreringar och ger uppdatering av statistik i sex olika diagram online (uppdatering varje dygn). Arbetet har gjorts för att öka användbarheten av data för verksamheten. Diagrammen på registrets Dashboard har följande innehåll:

1. Antalet pågående och avslutade patienter som registreras i SKRS per månad. Start av pågående räknas från remissdatum till avslutad rehabilitering via uppföljningsbesök. Visning för 15 månader.
2. Procentuell fördelning av användning av bedömningsinstrument under 15 månader på den egna enheten. Alternativen i registret är ADL-taxonomi, Upplevd säkerhet, COPM eller Annat bedömningsinstrument.
3. Antal upprättade/avslutade rehabiliteringsplaner, IHP/IRP, per månad under det senaste året. Visar även antalet ej upprättade rehabiliteringsplaner i första stapeln.
4. Väntetiden till rehabilitering per månad det senaste året fördelat i tre tidsperioder. Grön stapel= 0–60 dagar, Gul stapel= 61–90 dagar och Röd stapel 91 dagar>. Enhetens värde visar i första stapeln och rikets värde i den ljusare stapeln bredvid.
5. Visar de 10 åtgärds-koder som använts mest frekvent under de sista sex månaderna.
6. Genomsnittlig tid för rehabilitering för enheten under de senaste 15 månaderna, dvs från remissdatum till avslutad rehabilitering. Diagrammet innehåller både enhetens och rikets data.
7. Effektmått. Pilotprojekt för Halland och Västra Götaland. Visar en bedömning av grad av besvär för uppsatta mål inom vald domän enligt ICF, mätning görs före och efter rehabilitering. Den första stapeln visar enhetens resultat, stapeln bredvid i ljusare ton visar Rikets resultat. Övriga kliniker ser Rikets siffror som i dagsläget består av dessa två enheter sammanslagna.

För samtliga diagram gäller att man kan se exakt antal dagar, individer, åtgärds-koder i klartext etc. när man håller muspekaren över stapeln/linjen. Ytterligare information om diagraminnehåll visas under frågetecknet till höger.

På nästa sida presenteras Dashboard från två olika enheter i Sverige. Genom åskådliggörande diagram kan man snabbt få kunskap om hur många patienter verksamheten omfattar och om det finns uppgående eller nedåtgående trender, antal upprättade rehabiliteringsplaner, användning av bedömningsinstrument, väntetider, rehabiliteringstider och vilka åtgärder som enheten ägnar sig åt. Exempelvis: Vid en jämförelse av diagram 4 är åskådliggörs att det finns något större problem med väntetider för enhet 1 än enhet 2. Det går också att se att enhet 1 företrädesvis använder ICF som bedömningsinstrument och enhet 2 använder ICF och ADL taxonomi syn. Rehabiliteringstiden för enhet 2 ligger generellt något lägre.

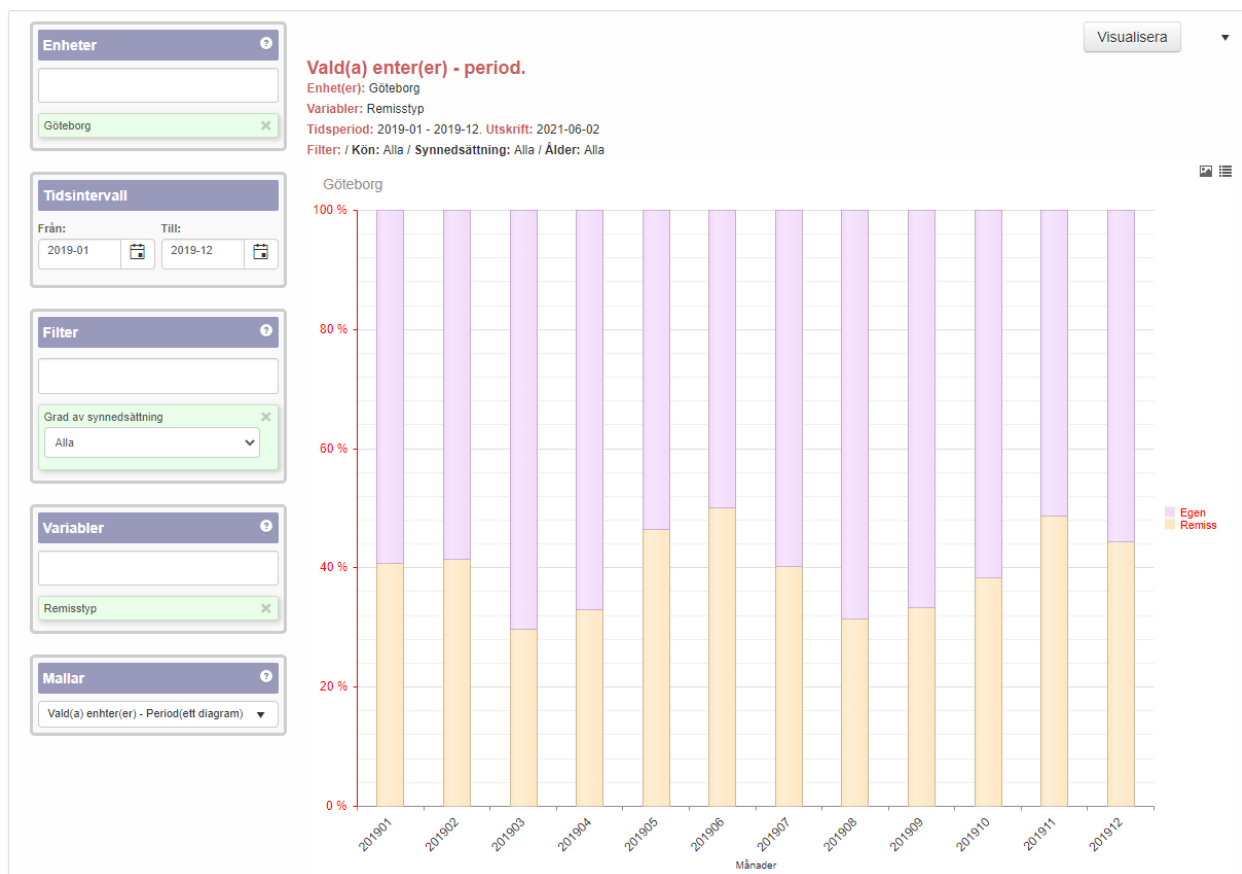


VISUALISERING

Under 2021 lanserades ett dynamiskt visualiseringsverktyg i registret. SKRS finns på Pharosplattformen, vars övriga register har liknande verktyg. Alla användare kan nu ta fram diagram och tabeller för samtliga variabler efter eget önskemål. Möjligheten finns att filtrera data för kön, åldersgrupper, grad av synnedsättning och diagnoser. I samband med arbetet har KVÅ som används i SKRS fastställts. I visualiseringen visas de åtgärder som SKRS fokuserar sitt arbete på, synrehabilitering. Diagnoser enligt ICD 10 har grupperats i ett tiotal olika grupper.

Varje enhet kan göra diagram över egna data och göra jämförelser med annan enhet, region eller riket. Systemet kan skapa mallar för diagram som används ofta. Verket kommer att fortsätta utvecklas efter behov och önskemål från användare. Under 2022 har visualiseringen utvecklats ytterligare. Införandet av barn och ungdomar i SKRS kommer att ge behov av ytterligare översyn.

Exempel 1: Andel remisstyper i SKRS, remiss eller egen vårdbegäran.



Exempel 2: ICF:s målområden inom synhabilitering.

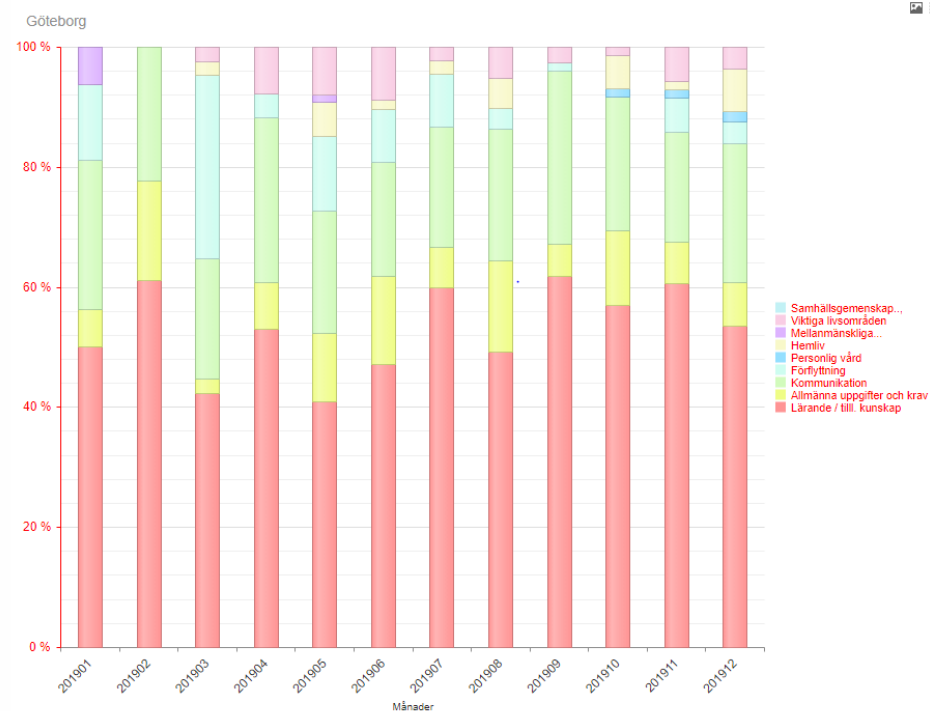
Vald(a) enter(er) - period.

Enhet(er): Göteborg

Variabler: Målområden

Tidsperiod: 2019-01 - 2019-12. Utskrift: 2021-06-02

Filter: / Kön: Alla / Synnedsättning: Alla / Ålder: Alla



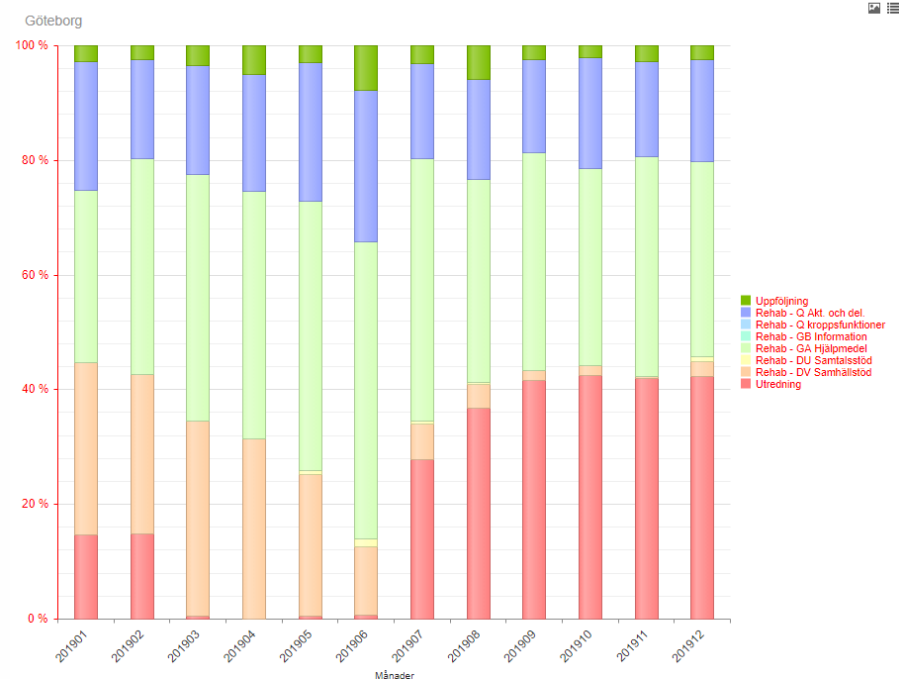
Vald(a) enter(er) - period.

Enhet(er): Göteborg

Variabler: KVÅ grupper (kd)

Tidsperiod: 2019-01 - 2019-12. Utskrift: 2021-06-02

Filter: / Kön: Alla / Synnedsättning: Alla / Ålder: Alla



Exempel 3: KVÅ-gruppernas fördelning.

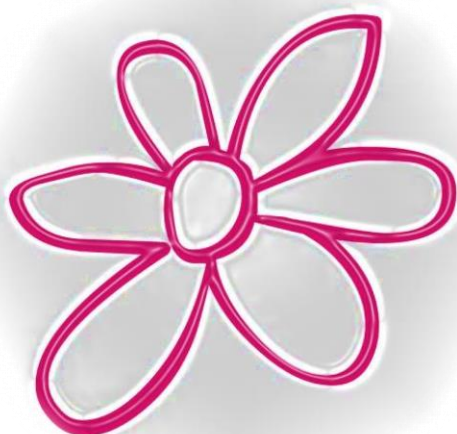
Tack

till medverkande synverksamheter som under året bidragit till SKRS registrering. Ert arbete utgör grunden för de resultat som kommer att analyseras av styrgruppen och verka för registrets huvudsyfte att kvalitetsförbättra för dagens och morgondagens patienter i behov av synrehabilitering.

Vi hoppas att vår sammanställning kommer att medverka till ökad kunskap inom synrehabilitering.

2023-08-24

Styrgruppen för SKRS



Referenslista

1. Hälsa- och sjukvårdslagen (2017). Stockholm. (2017:30)
Internet 2019-08-28. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
2. ICF. Socialstyrelsen utveckla verksamheten. Klassificering och koder.
Internet 2020-05-05: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/>
3. Socialstyrelsen termbank. Rehabilitering och Rehabiliteringsplan.
Internet 2019-08-28: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/termbanken/>
4. Samverkan i re/habilitering – en vägledning
Internet 2019-08-28: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2008-126-4.pdf>



Kontaktinformation

Funktionsbrevlåda för rutin- och utbildningsfrågor
hoh.skrs@vgregion.se

Tekniska frågor och support

rcsydkarlskrona@regionblekinge.se

Hemsida

<https://rcsyd.se/skrs/>

Registerhållare: Eva Karlström



Syntolkning av bild: Logotyp för SKRS, glasögon i vitt med orange-rosa bakgrund format som ett städ.