



SKRS

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

# ÅRSRAPPORT 2023



Syntolkning av bild: Pioner i olika rosa nyanser.

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid  
Synnedsättning



# ÅRSRAPPORT FÖR 2023

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

**Helena Backteman**, synpedagog, Region Västerbotten

**Sara Andersson** enhetschef, Västra Götalandsregionen

**Sofia Evertsson Marberg**, verksamhetsutvecklare,  
Västra Götalandsregionen

**Ulrika Kjellström**, ögonläkare, Region Skåne

**Kristina Tornqvist**, ögonläkare, Region Skåne

**Cecilia Ekstrand**, patientföreträdare, SRF, Stockholm

**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](mailto:eva.karlstrom@sodexo.com)

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





# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Sammanfattning</b>	<b>7</b>
<b>Rehabilitering vid synnedläggelse</b>	<b>10</b>
<b>Styrgrupp</b>	<b>13</b>
<b>Antalet registreringar</b>	<b>14</b>
<b>Anslutningsgrad – deltagande enheter</b>	<b>16</b>
<b>Täckningsgrad</b>	<b>18</b>
<b>Demografi</b>	<b>19</b>
<b>Grad av synnedläggelse</b>	<b>24</b>
<b>Diagnoser vid synnedläggelse</b>	<b>27</b>
<b>Åtgärder och insatser vid rehabilitering</b>	<b>30</b>
<b>Användning av bedömningsinstrument</b>	<b>35</b>
<b>Andel upprättade IRP</b>	<b>39</b>
<b>Väntetid från remiss till första besök</b>	<b>43</b>
<b>Rehabiliteringstid</b>	<b>54</b>
<b>Effektmått (21/27 enheter)</b>	<b>61</b>
<b>Dashboard - online data</b>	<b>65</b>
<b>Visualisering</b>	<b>67</b>
<b>Tack till deltagande synverksamheter</b>	<b>69</b>
<b>Referenslista</b>	<b>70</b>



# 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 under 2023 har samtliga regioner deltagit med registrering i SKRS.

### Statistik

Statistiken i årsrapporten är räknad på data från 2016 till 2023 när det gäller antalet registreringar och 2017-2023 gällande övrig presentation av data över tid. I övrigt presenteras i årsrapporten data för 2023. Sedan starten har det gjorts **69 550** 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 2023 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. För ytterligare information se vidare i kapitel om visualisering.

### Nationell vårdprocess

Ett nationellt samarbete mellan syncentralerna i Sverige och kvalitetsregistret SKRS, har resulterat i en nationell vårdprocess för synhabilitering/synrehabilitering. Arbetet påbörjades 2019 med fokus på att säkerställa likvärdig synrehabilitering/habilitering utifrån de utredande och behandlande åtgärderna inom respektive målområde. Under 2023 deltog medarbetare ifrån 15 syncentraler och medlemmar ifrån SKRS styrgrupp i arbetet med att skapa en nationell samsyn kring vårdprocessens samtliga processteg. Resultatet lanseras i början av 2024 i form av en nationell presentation/workshop riktad till samtliga syncentraler i Sverige.

Resultatet publiceras även på en nationell plattform.

Den nationella vårdprocessen innehåller bl.a. standardiserade målformuleringar som är utformade för att kunna utvärderas i samråd med patient. Målformuleringarna i den nationella vårdprocessen har synkats med verktyget för att mäta effekter i SKRS och utgår ifrån domänerna i ICF (aktivitet och delaktighet). Processen beskriver även vilka KVÅ-koder som ska registreras i SKRS vid olika typer av insatser.

### **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 2023 har styrgruppen haft fokus på att genomföra en validering av SKRS. Valideringen genomfördes under maj-juni 2024. En rapport är sammanställd och finns för nedladdning från SKRS hemsida.

SKRS har använt sig av den manual som finns sammanställd av Sveriges Kommuner och Regioner. SKRS befinner sig på certifieringsnivå 3. Under 2023 har arbete pågått för 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 kommer den 1 oktober 2024 att introducera SKRS BoU, så att även barn och ungdomar 0 – 19 år kan inkluderas i SKRS. Under året har SKRS samarbetat med Synskaderegistret (som registrerar barn- och ungdomar med synnedläggelse). Tre personer med kunskap om synhabilitering har inkluderats i styrgruppen; Helena Backteman (synpedagog barn och ungdomar), Kristina Tornqvist (ögonläkare, PhD) och Ulrika Kjellström (ögonläkare, PhD). SKRS kommer inför starten i oktober 2024 att arrangera en webbutbildning för nya användare som arbetar med barn och ungdomar.

### **Kompetens forskning och vetenskap**

Styrgruppens medlemmar med forskningskompetens inom oftalmologi och synrehabilitering har tillsammans med ytterligare en ögonläkare, Marion Schroeder och två disputerade arbetsterapeuter, Katarina Baudin och Malin Regardt, tagit fram ett forskningsprogram under året. I programmet kommer uppgifterna från synenheter/synmottagningar som registreras 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. Forskargruppen har erhållit statistik och skriver just nu på manus till den första artikeln.

### **Möten**

Styrgruppens möten och SKRS-dagar har skett digitalt under 2023. Endast ett hybridmöte i oktober för styrgruppen.

### **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.

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

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.

### Vården i siffror

Tre indikatorerna inlämnats för publicering på Vården i siffror under våren 2024. Två av dem gäller tillgänglighet till rehabilitering/habilitering som är av stor relevans för patienten, såväl barn som vuxna. Att snabbt få hjälp med synrehabilitering för att bevara/öka delaktighet och självständighet.

1. Tillgänglighet till synrehabilitering/-habilitering per region och enhet (0-60 dagar).
2. Tillgänglighet till synrehabilitering/-habilitering per region och enhet (0-90 dagar).

Den tredje indikatorn berör upprättande av IRP/IHP. SKRS följer datum för upprättad respektive avslutad rehabiliterings-/habiliteringsplan. Syftet är att följa hur stor andel patienter som får en rehabiliterings-/habiliteringsplan upprättad. Målet är att så gott som alla patienter ska ha en upprättad plan (IRP/IHP).

3. Andel upprättade individuella rehabiliterings-/habiliteringsplaner (IRP/IHP).

Publicering på Vården i siffror pågår under september 2024.

# REHABILITERING VID SYNNEDESÄTTNING

## Bakgrund

### Rehabilitering vid synnedläggelse

En person med synnedläggelse 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 synnedläggelsen 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**
- **Alla som får re/habiliterande insatser (behandlande åtgärder har rätt till en upprättad individuell re/habiliteringsplan**
- **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 som får 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 2023–2024 har samtliga synenheter utbildats och flertalet påbörjat att använda bedömningsmallen för att mäta effekter. Se vidare i kapitel om effektmått.

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	

## **Handlingsplan 2024–2025**

Fortsatt mäta och utveckla täckningsgraden

- Registret har som ambition att utvecklas mot högre certifieringsnivå och uppfylla kriterierna för certifieringsnivå 2. Ansökan görs i Q4 2024.
- SKRS- BoU startar den 1 oktober 2024. Från den 1 oktober finns det möjlighet att registrera barn och ungdomar (0-19 år). Registret kommer att fortsätta med arbetet att inkludera barn och ungdomar.
- Registret har publicerat tre indikatorer på Vården i siffror och arbetar med en fjärde indikator.
- Fortsatt utveckling av statistikvisningar och visualiseringsverktyget i SKRS
- Öppen redovisning av aktuell statistik på hemsidan för allmänhet finns på plats med ska kan utvecklas ytterligare.
- Registret bidrar med data till kvalitetsuppföljning och forskning genom att styrgruppen arbetar tillsammans med forskare i ett forskningsprogram med manus till första artikeln om SKRS.
- Det första valideringsprojektet har genomförts under våren 2024, rapport finns och en systematisk långtidsplanering för validering ska utvecklas. Resultatet av valideringen kommer att återrapporteras till respektive synenhet.
- Utveckling av flera mått och målvärden som är särskilt viktiga för att indikera god kvalitet inom området.
- Fortsatt implementering av effektmått för upplevd effekt av synrehabilitering "Mäta effekter". Samtliga enheter är nu utbildade och registrerar mål för patienterna, se kapitel om "effektmått".
- SKRS samarbetar i projekt om nationell vårdprocess för synrehabilitering

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 1-2 patientföreträdare från Synskadades Riksförbund (SRF) varit aktiva.

**Registerhållare Eva Karlström**, enhetschef, Region Stockholm

### **STYRGRUPP**

**Helena Backteman**, synpedagog, Region Västerbotten

**Sara Andersson**, enhetschef, Västra Götalandsregionen

**Sofia Evertsson Marberg**, verksamhetsutvecklare, Västra Götalandsregionen

**Cecilia Ekstrand**, patientföreträdare, Synskadades Riksförbund

**Kristina Tornqvist**, ögonläkare, Region Skåne

**Ulrika Kjellström**, ögonläkare, Region Skåne

*Adjungerade från RC Syd*

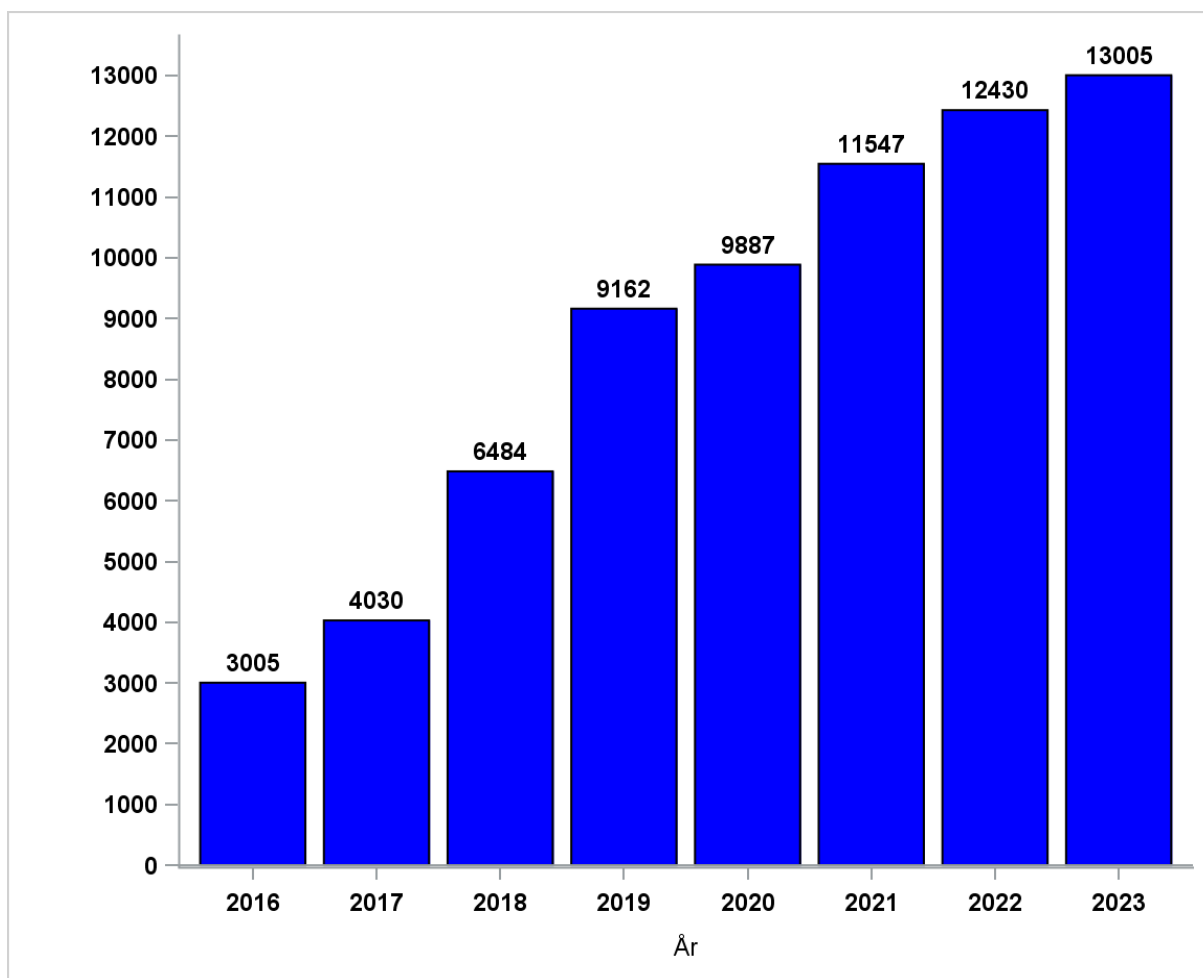
**Susanne Albrecht**, registerspecialist, ögonsjuksköterska, projekt- och utvecklingsledare, Registercentrum Syd

**Pernilla Olausson**, dataanalytiker, Registercentrum Syd

## ANTALET REGISTRERINGAR

SKRS startade som registerkandidat i oktober 2015. I figur 1 ses utvecklingen i antal registreringar i SKRS till och med 2023-12-31. Det sammanlagda antalet registreringar uppgick då till 69 550. 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 2016-2023. Registeruttag 2024-04-02.



### ***Kommentar***

Antalet registreringar i SKRS har utvecklats stadigt uppåt sedan starten i oktober 2015. Under pandemin konverterades många besök på syncentral till telefon- och digitala möten.

Tabell 1. Antal registreringar per region i SKRS 2016–2023.  
 Registeruttag gjort 2024-04-02.

Region	Besöksår								Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
<b>Blekinge</b>	109	155	241	264	261	301	280	261	1872
<b>Dalarna</b>	0	0	116	189	198	164	297	318	1282
<b>Gotland</b>	63	98	91	84	123	131	169	167	926
<b>Gävleborg</b>	3	12	143	436	328	399	295	430	2046
<b>Halland</b>	400	348	434	512	504	383	546	462	3589
<b>Jämtland</b>	196	172	124	225	80	126	111	152	1186
<b>Jönköping</b>	221	346	213	290	407	397	428	414	2716
<b>Kalmar</b>	59	184	217	258	267	234	282	299	1800
<b>Kronoberg</b>	0	0	148	167	102	191	211	212	1031
<b>Norrbottn</b>	66	74	180	257	252	231	266	179	1505
<b>Skåne</b>	74	266	972	945	1491	1650	1712	1840	8950
<b>Stockholm</b>	160	244	309	846	1512	2050	2080	2558	9759
<b>Södermanland</b>	4	154	279	339	270	376	392	365	2179
<b>Uppsala</b>	0	0	0	0	0	10	259	276	545
<b>Värmland</b>	23	132	489	511	375	495	522	519	3066
<b>Västerbotten</b>	245	271	269	253	347	371	351	376	2483
<b>Västernorrland</b>	94	65	55	392	431	458	459	378	2332
<b>Västmanland</b>	47	191	288	248	238	295	344	310	1961
<b>Västra Götaland</b>	1240	1213	1275	2470	2160	2512	2636	2679	16185
<b>Örebro</b>	1	105	363	210	140	278	332	368	1797
<b>Östergötland</b>	0	0	278	266	401	495	458	442	2340
<b>Total</b>	3005	4030	6484	9162	9887	11547	12430	13005	69550

*Kommentar*

Under första året 2015 (Q4) gjordes 711 registreringar, vilket har inkluderats i totalsumman.



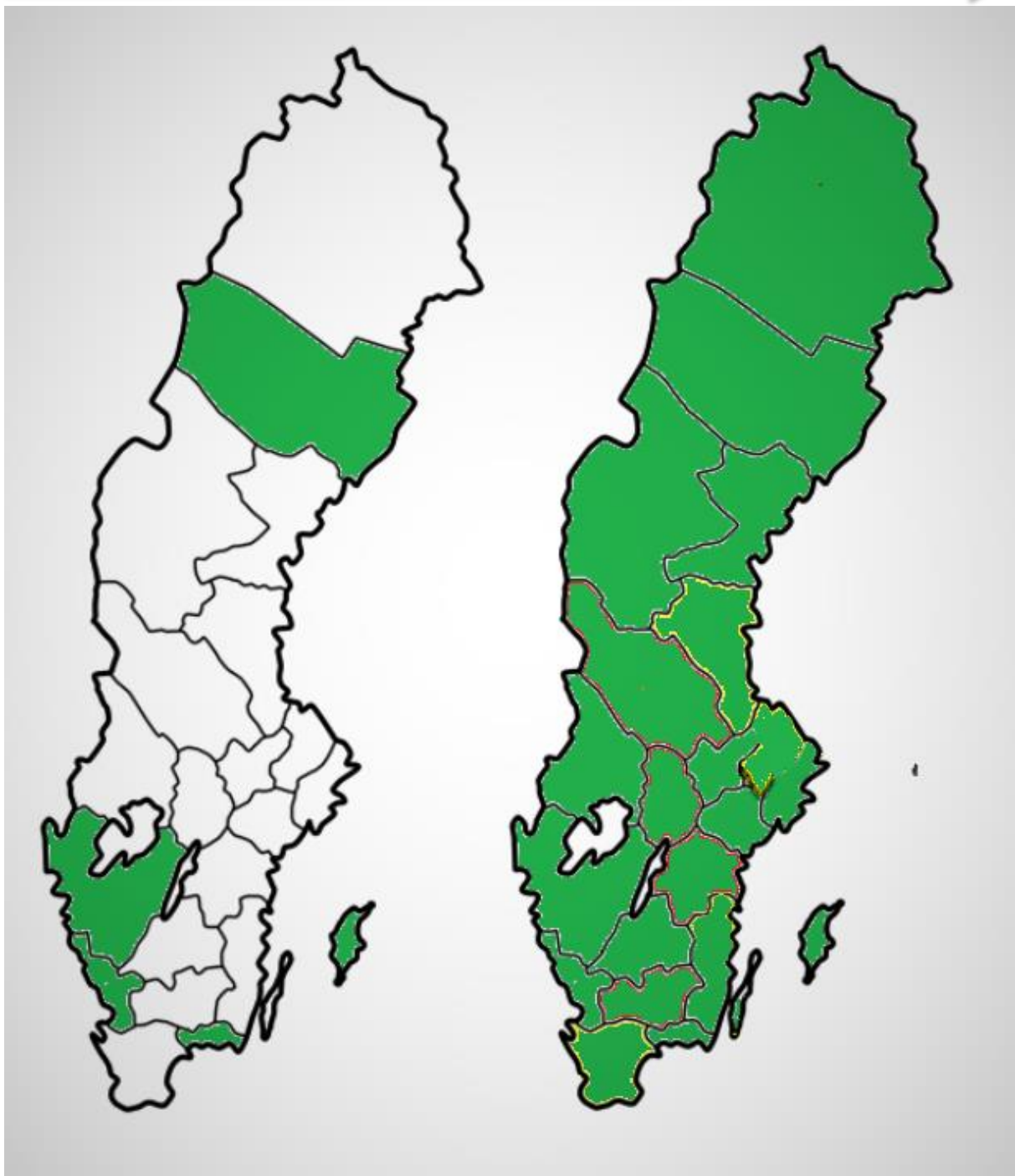
# ANSLUTNINGSGRAD- DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER

I dagsläget finns det 27 registrerade enheter i SKRS. Samtliga enheter/regioner i Sverige har varit anslutna till SKRS.

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.



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

# TÄCKNINGSGRAD I SKRS

19

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.

Täckningsgraden i registret beräknas med antal remisser och egen vårdbegäran i SKRS dividerat med det totala antalet remisser och egen vårdbegäran hämtat från det patientadministrativa systemet eller manuella rutiner per kalenderår.

Täckningsgraden beräknas som en procentandel med:

- **Täljare**

Totalt antal remisser/egen vårdbegäran registrerade i SKRS under det aktuella året.

- **Nämnare**

Antal remisser/egen vårdbegäran vid synenheten under det aktuella året

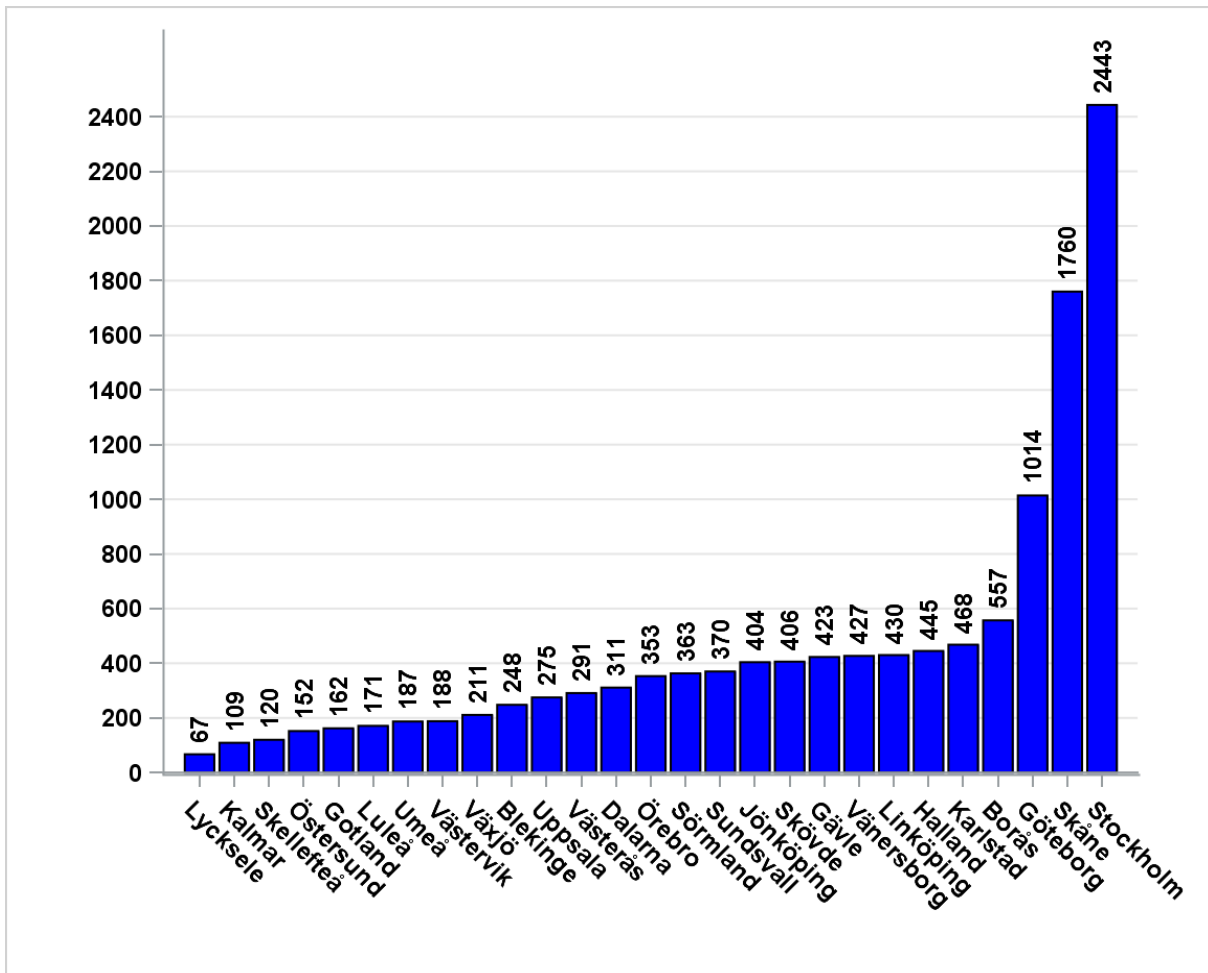
Av totalt 21 regioner deltar nu samtliga i SKRS. 21 regioner har lämnat uppgifter om antal remisser, och 20/21 regioner har lämnat uppgift om egen vårdbegäran under jan-december 2023. Täckningsgraden nationellt är 73 % för de 20 regioner som lämnat in fullständiga uppgifter.

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 synchefsggruppen om täckningsgraden och kvalitetssäkring av data i SKRS. 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.

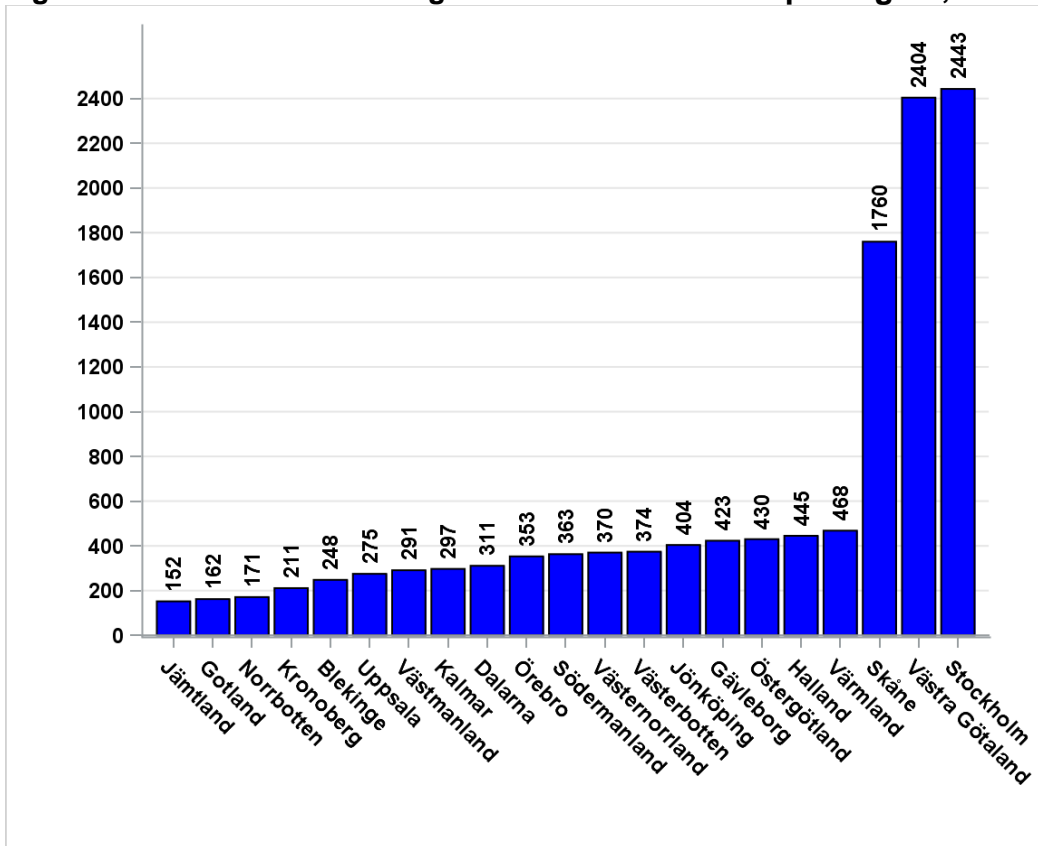
Figur 3. Antal individer som registrerats i SKRS år 2023 per enhet, n=11819  
Registeruttag 2024-04-02.



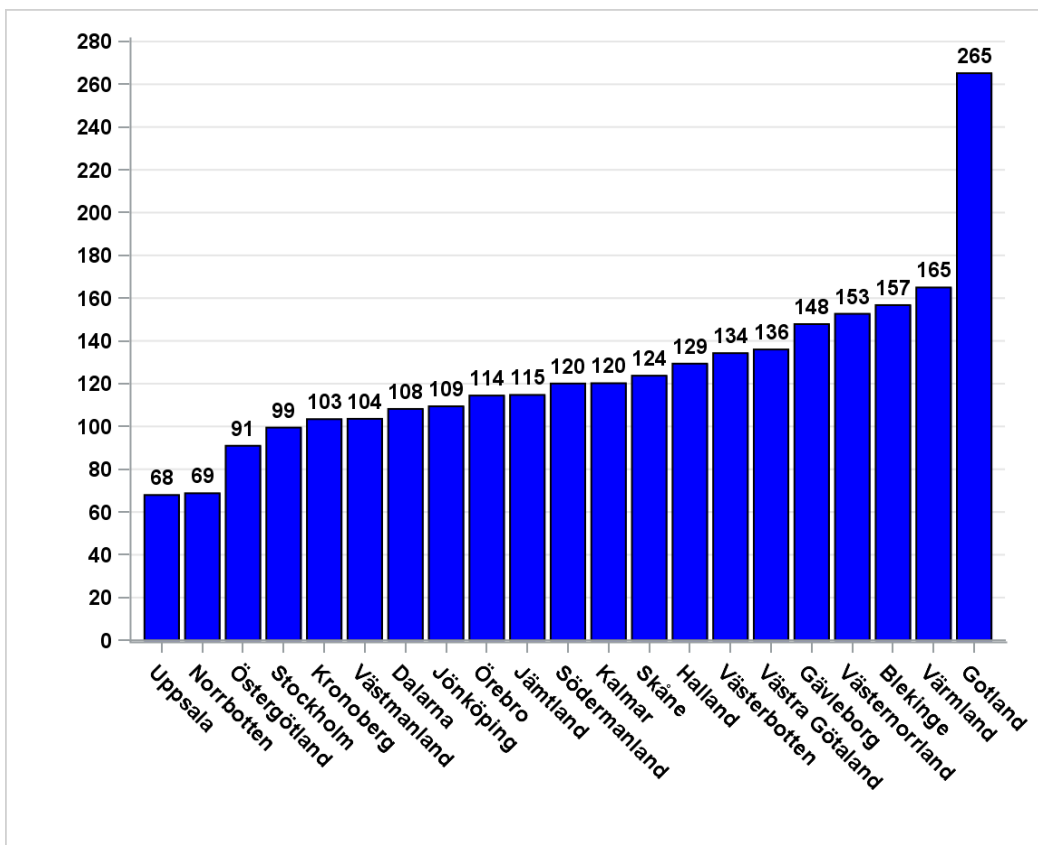
Tabell 2. Antal individer som registrerats i SKRS år 2023 per enhet.

Kliniknamn	År
	2023
	Antal
Blekinge	248
Borås	557
Dalarna	311
Gotland	162
Gävle	423
Göteborg	1014
Halland	445
Jönköping	404
Kalmar	109
Karlstad	468
Linköping	430
Luleå	171
Lycksele	67
Skellefteå	120
Skåne	1760
Skövde	406
Stockholm	2443
Sundsvall	370
Sörmland	363
Umeå	187
Uppsala	275
Vänersborg	427
Västervik	188
Västerås	291
Växjö	211
Örebro	353
Östersund	152
Alla	12355

Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS år 2023 per region, n= 12 355



Figur 5. Antal registrerade per region per 100 000 invånare. Uttag gjort 2024-04-02.



### Kommentar

23

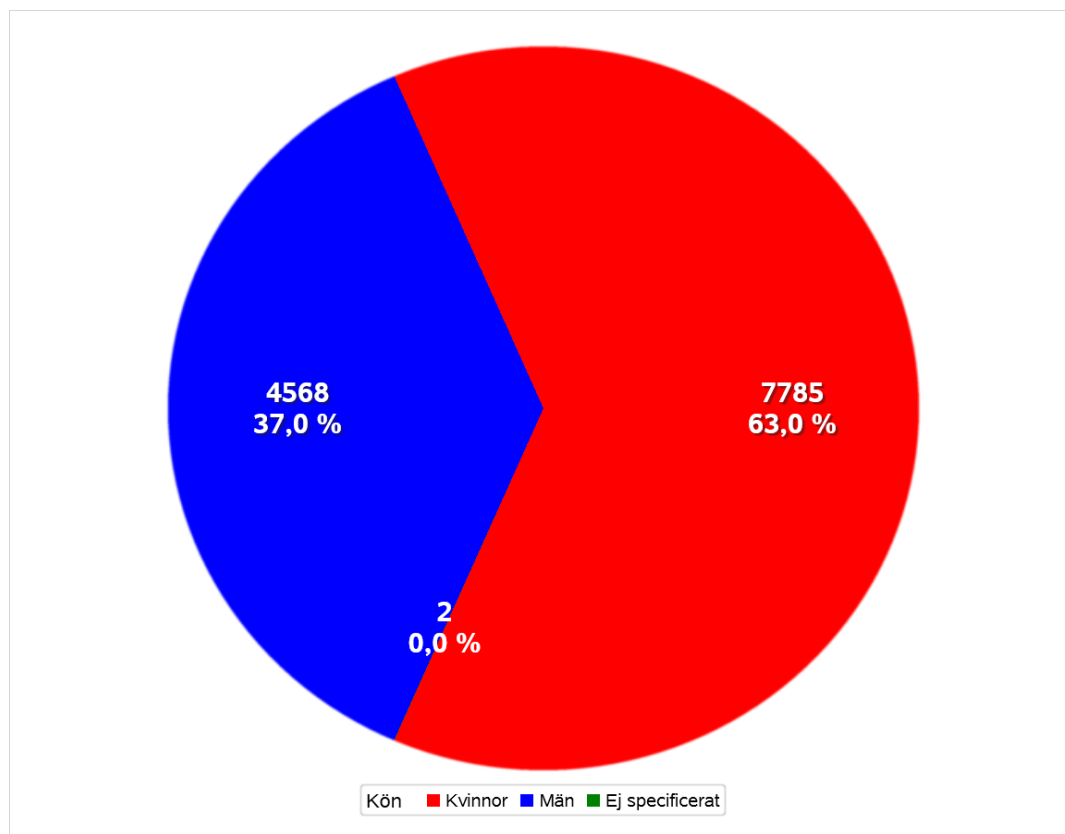
SKRS startade i oktober 2015 med Region Halland, Västra Götaland, Blekinge och Gotland. Västerbotten anslöt som pilotklinik 2016. Sedan 2021 deltagar samtliga synenheter i Sverige.

Medelåldern var 77 år vid kartlägningsbesöket (2023). För kvinnor ligger medelåldern något högre än för män, se tabell 3. Medianen är 82 år.

**Tabell 3. Deskriptiv statistik över ålder i SKRS 2023. Registeruttag 2024-04-02.**

Kön	Ålder				
	n	Medel	Minimum	Median	Maximum
Kvinnor	7785	79	10	83	106
Män	4568	74	14	80	102
Ej specificerat	2	87	79	87	94
Total	12355	77	10	82	106

**Figur 6. Könsfördelning för de som har registrerats i SKRS 2023. Uttag 2024-04-22**



### ***Kommentar***

24

Könsfördelningen i SKRS var 63,8 % kvinnor (2023), 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.

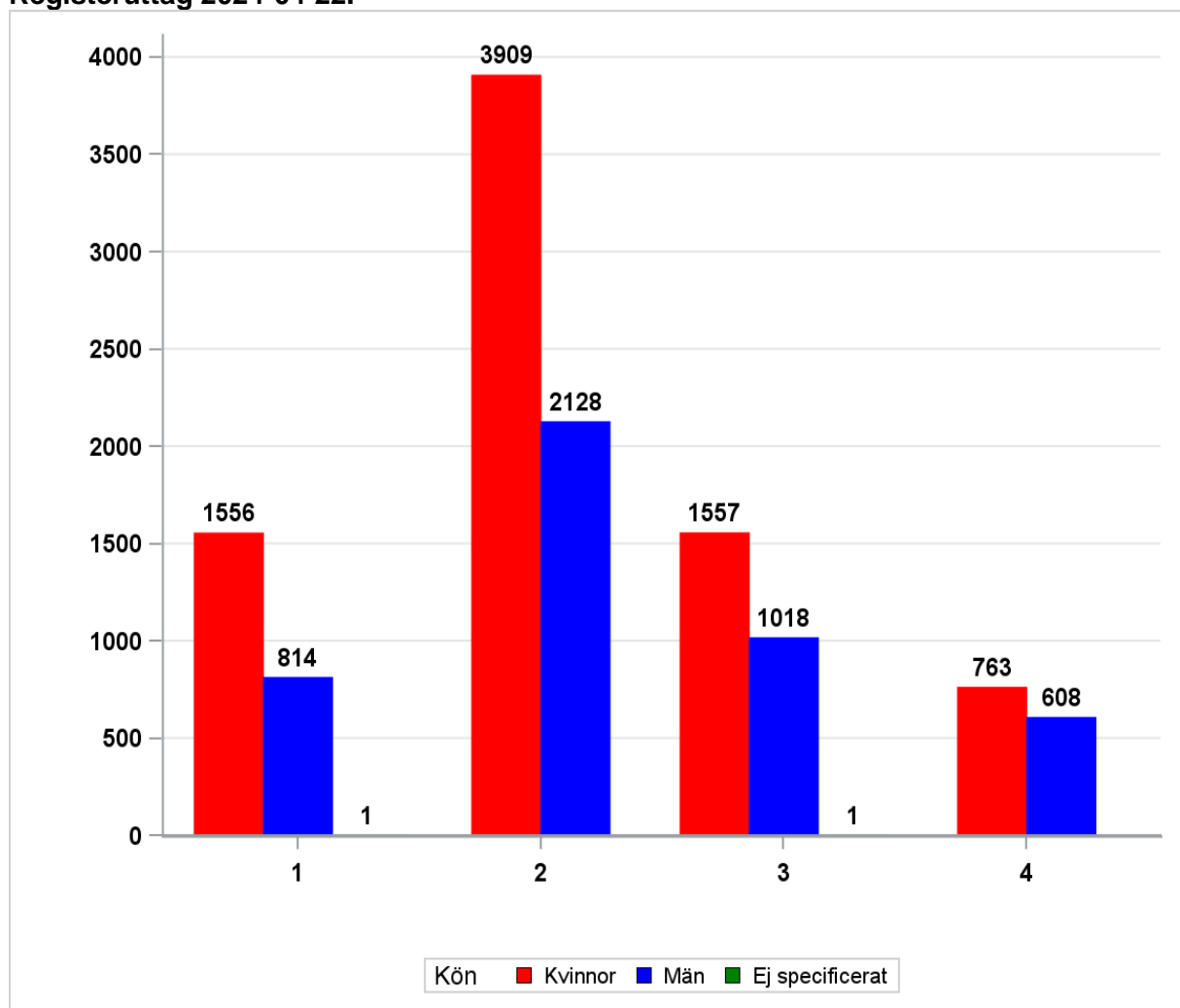


# GRAD AV SYNNEDESÄTTNING

Gradering av synnedsättning 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 synnedsättning i SKRS, år 2023.  
Registeruttag 2024-04-22.



## Kommentar

Den vanligaste graden av synnedsättning bland både kvinnor och män är grad 2= måttlig. Översatt till synskärpa är det 0,1–0,3 enligt Snellens bokstavstavla.

Synnedssättning som anges utgår ifrån synskärpa med bästa korrektion(glasögon eller kontaktlinser) 26

Andra synnedssättningar, 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

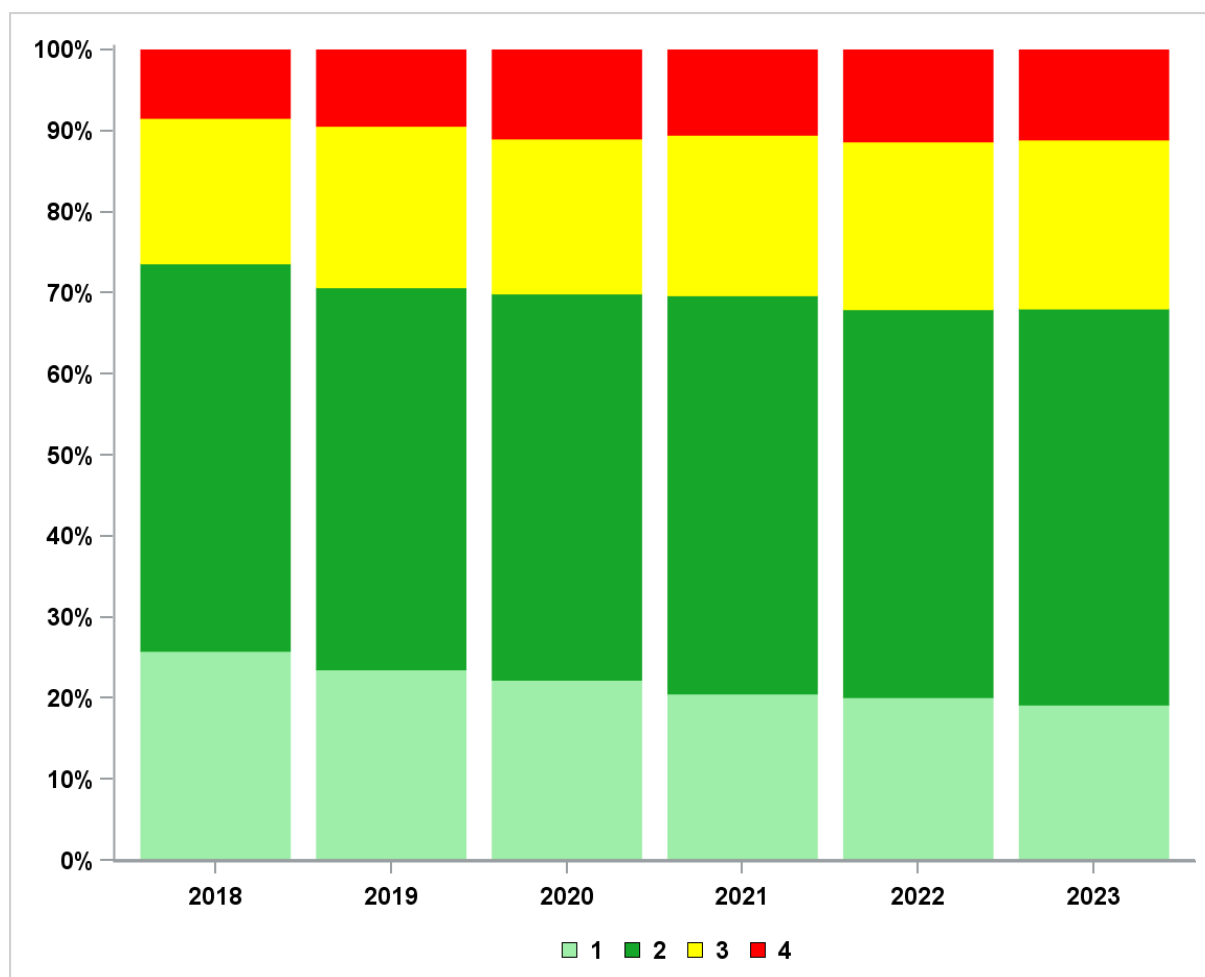
Alternativ 1: Lindrig synnedssättning motsvarar synskärpa 0,3 (lika med eller bättre än).

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

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

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

**Figur 8. Grad av synnedssättning i SKRS. Fördelning i syngradering från 1–4, 2018–2023. Registeruttag 2024-04-12.**



### Kommentar

Syngraderingens fördelning mellan de fyra alternativen ligger i stort sett oförändrat mellan 2018–2023. Flest patienter hamnar i gruppen "måttlig synnedssättning". En

minskning av andelen med lindrig synnedsättning har skett över tid, från 26% 2018 <sup>27</sup> till 19% 2023. 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.

**Tabell 4. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition över tid 2018-2023.**

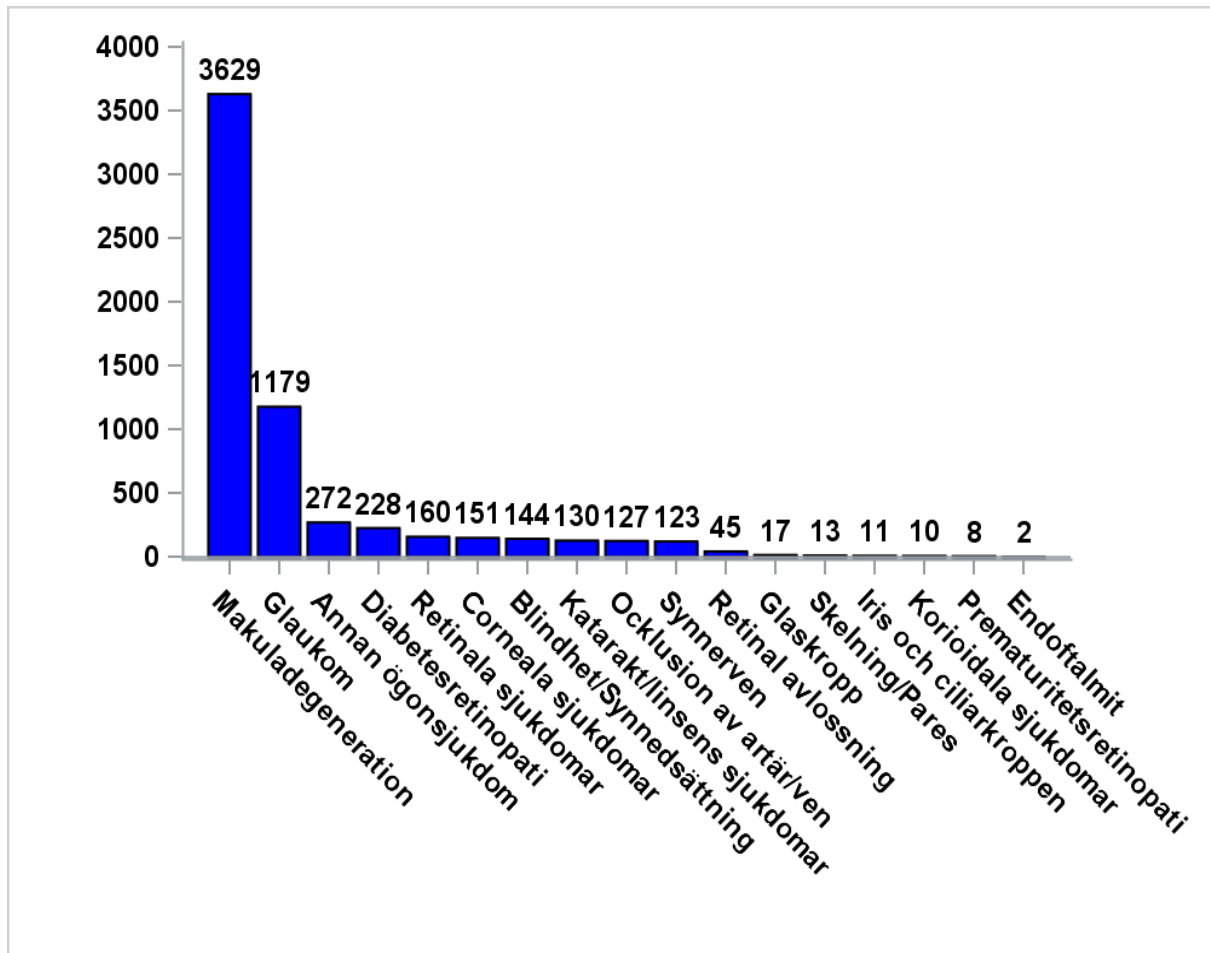
Grad av synnedsättning	År											
	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>1</b>	1605	26	2047	24	2087	22	2261	21	2386	20	2371	19
<b>2</b>	2972	48	4100	47	4468	48	5405	49	5679	48	6037	49
<b>3</b>	1116	18	1733	20	1793	19	2179	20	2456	21	2576	21
<b>4</b>	524	8	818	9	1029	11	1156	11	1345	11	1371	11
<b>Alla</b>	6217	100	8698	100	9377	100	11001	100	11866	100	12355	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.

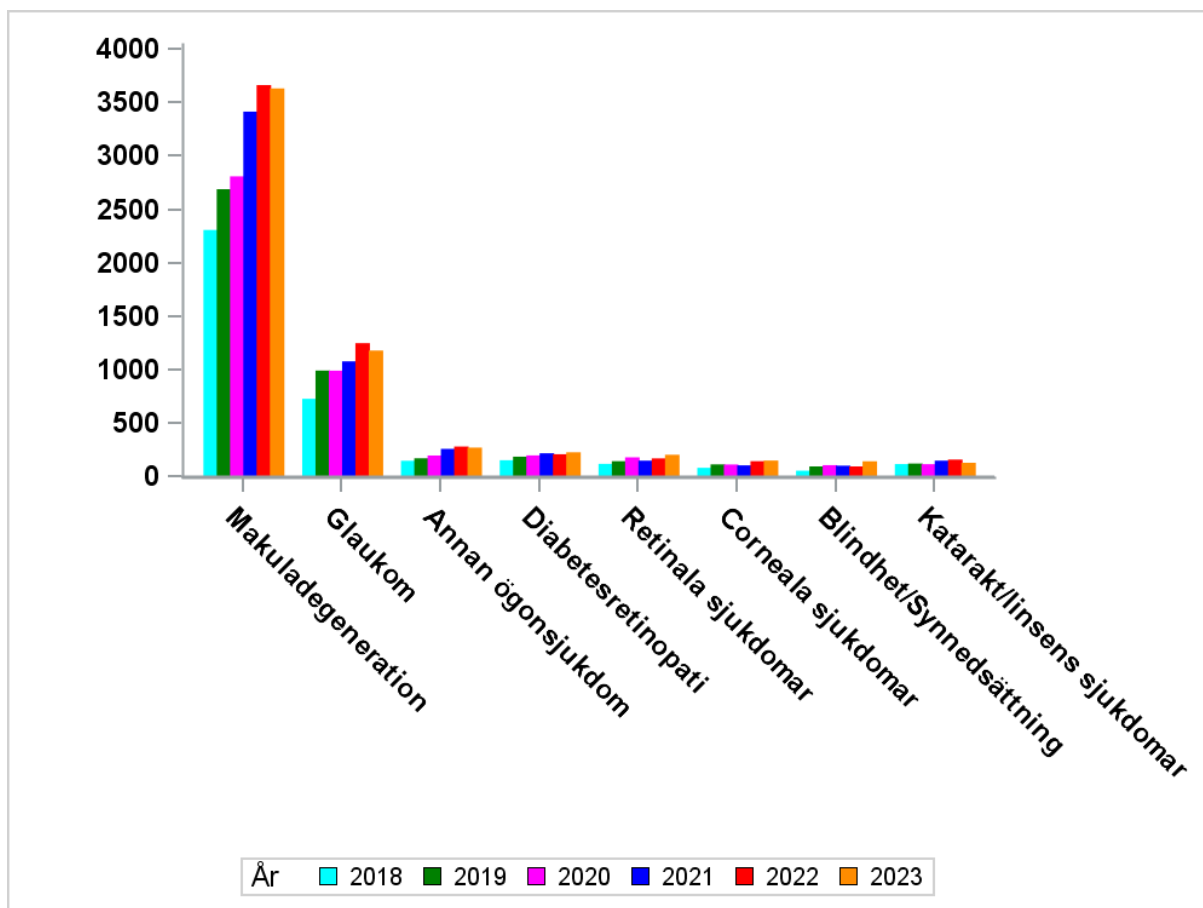
Figur 9. Fördelning av huvuddiagnoserna år 2023 (n=6249). Registeruttag 2024-04-02.



## Kommentar

Makuladegeneration är den vanligast förekommande huvuddiagnosen, därefter följer glaukom, diabetes och retinala sjukdomar. Alternativet annan ögonsjukdom är det tredje 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 2023 och förekomsten för dessa år 2018 – 2023. 29



### Kommentar

Om man tittar på huvuddiagnoser över tid, 2018–2023, 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. Ungefär hälften av registreringarna innehåller därav en huvuddiagnos. Något som diskuterats i styrgruppen och det kommer att korrigeras vid utveckling av registret.

**Tabell 5a-b. Antal för olika huvuddiagnoser 2017-2023. Tabell b innehåller även registreringar som saknar diagnosuppgift.**

Diagnosgruppering	År					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Makuladegeneration	2306	2687	2807	3412	3660	3629
Glaukom	728	992	991	1078	1248	1179
Annan ögonsjukdom	149	172	198	260	282	272
Diabetesretinopati	154	187	199	219	210	228
Retinala sjukdomar	100	122	153	125	141	160
Katarakt/linsens sjukdomar	118	123	117	150	160	130
Corneala sjukdomar	83	115	114	106	145	151
Ocklusion av artär/ven	90	87	98	115	94	127
Blindhet/Synnedläggning	56	96	108	103	96	144
Synnerven	64	74	88	88	99	123
Retinal avlossning	20	23	28	25	30	45
Glaskropp	16	12	7	14	12	17
Iris och ciliarkroppen	12	8	16	12	14	11
Korioidala sjukdomar	11	11	6	9	16	10
Skelning/Pares	9	3	8	12	11	13
Prematuritetsretinopati	5	9	10	5	7	8
Endoftalmit	2	3	3	2	5	2
<b>Total</b>	<b>3923</b>	<b>4724</b>	<b>4951</b>	<b>5735</b>	<b>6230</b>	<b>6249</b>

Diagnosgruppering	År					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Saknas	2561	4438	4936	5812	6200	6756
Makuladegeneration	2306	2687	2807	3412	3660	3629
Glaukom	728	992	991	1078	1248	1179
Annan ögonsjukdom	149	172	198	260	282	272
Diabetesretinopati	154	187	199	219	210	228
Retinala sjukdomar	100	122	153	125	141	160
Katarakt/linsens sjukdomar	118	123	117	150	160	130
Corneala sjukdomar	83	115	114	106	145	151
Ocklusion av artär/ven	90	87	98	115	94	127
Blindhet/Synnedläggning	56	96	108	103	96	144
Synnerven	64	74	88	88	99	123
Retinal avlossning	20	23	28	25	30	45
Glaskropp	16	12	7	14	12	17
Iris och ciliarkroppen	12	8	16	12	14	11
Korioidala sjukdomar	11	11	6	9	16	10
Skelning/Pares	9	3	8	12	11	13
Prematuritetsretinopati	5	9	10	5	7	8
Endoftalmit	2	3	3	2	5	2
<b>Total</b>	<b>6484</b>	<b>9162</b>	<b>9887</b>	<b>11547</b>	<b>12430</b>	<b>13005</b>

## ÅTGÄRDER OCH INSATSER VID REHABILITERING

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 under 2017–2023. Flera åtgärds-koder registreras på samma individ vid besök. Uttag 2024-04-12.**

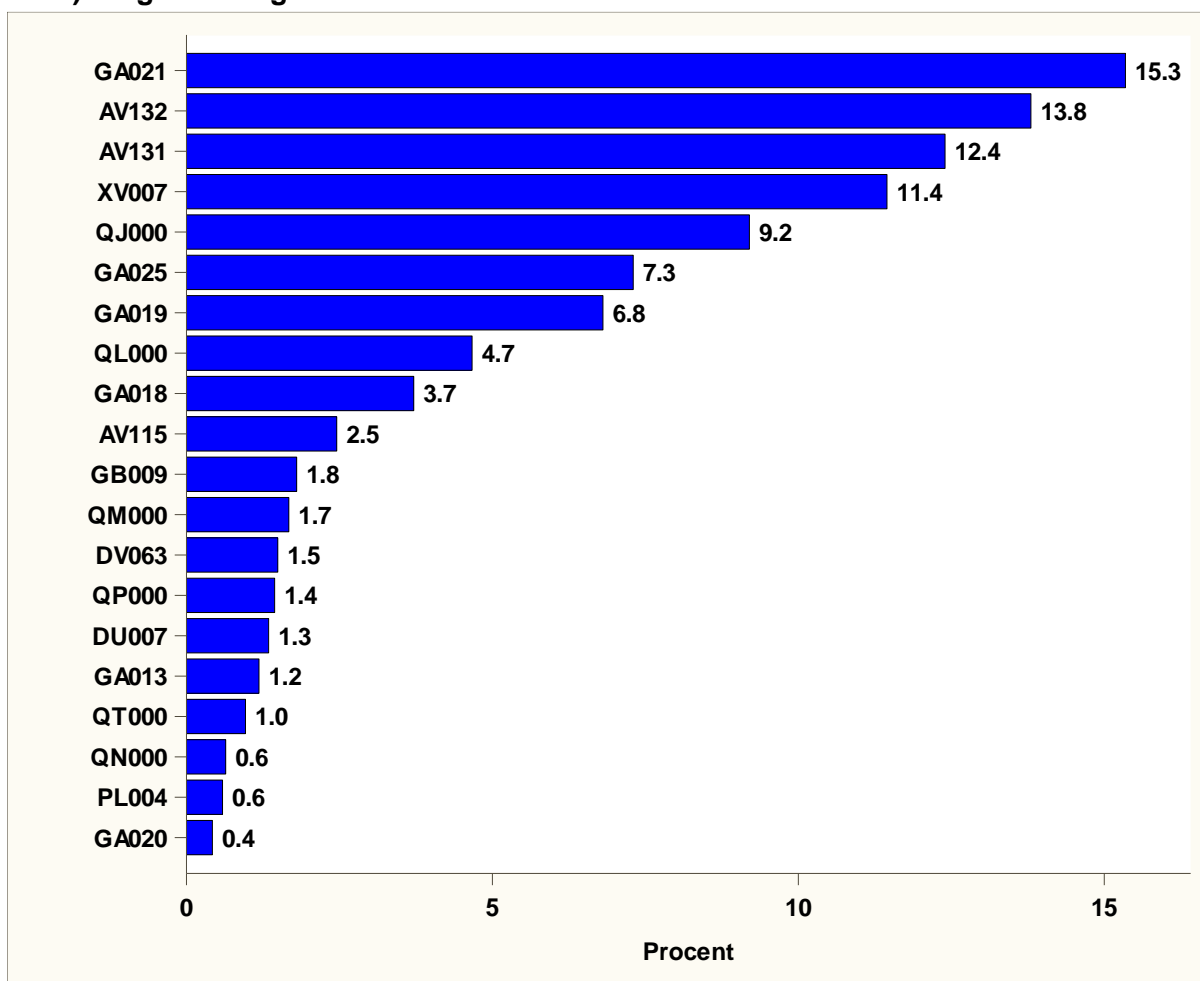
Text	Antal	Procent
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel(Avs. optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)	31595	16.1
Bedömning av aktivitetsförmåga	24963	12.7
Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder	22330	11.4
Uppföljning och kontroll 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, förstoraende 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 samspeka 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 32 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 har kopplats till den nationella vårdprocessen, som beskriver vilka KVÅ-koder som ska registreras i SKRS vid olika typer av insatser.

**Figur 11. De 20 mest frekvent använda åtgärdskoderna vid besök inom synrehabiliteringen av de koder som används i SKRS (koder använda under 2018–2023). Registeruttag 2024-04-02.**





**Tabell 6b. Text till de 20 vanligaste KVÅ koderna (koder använda under 2018–2023) 33  
av de koder som används i SKRS. Registeruttag 2024-04-02.**

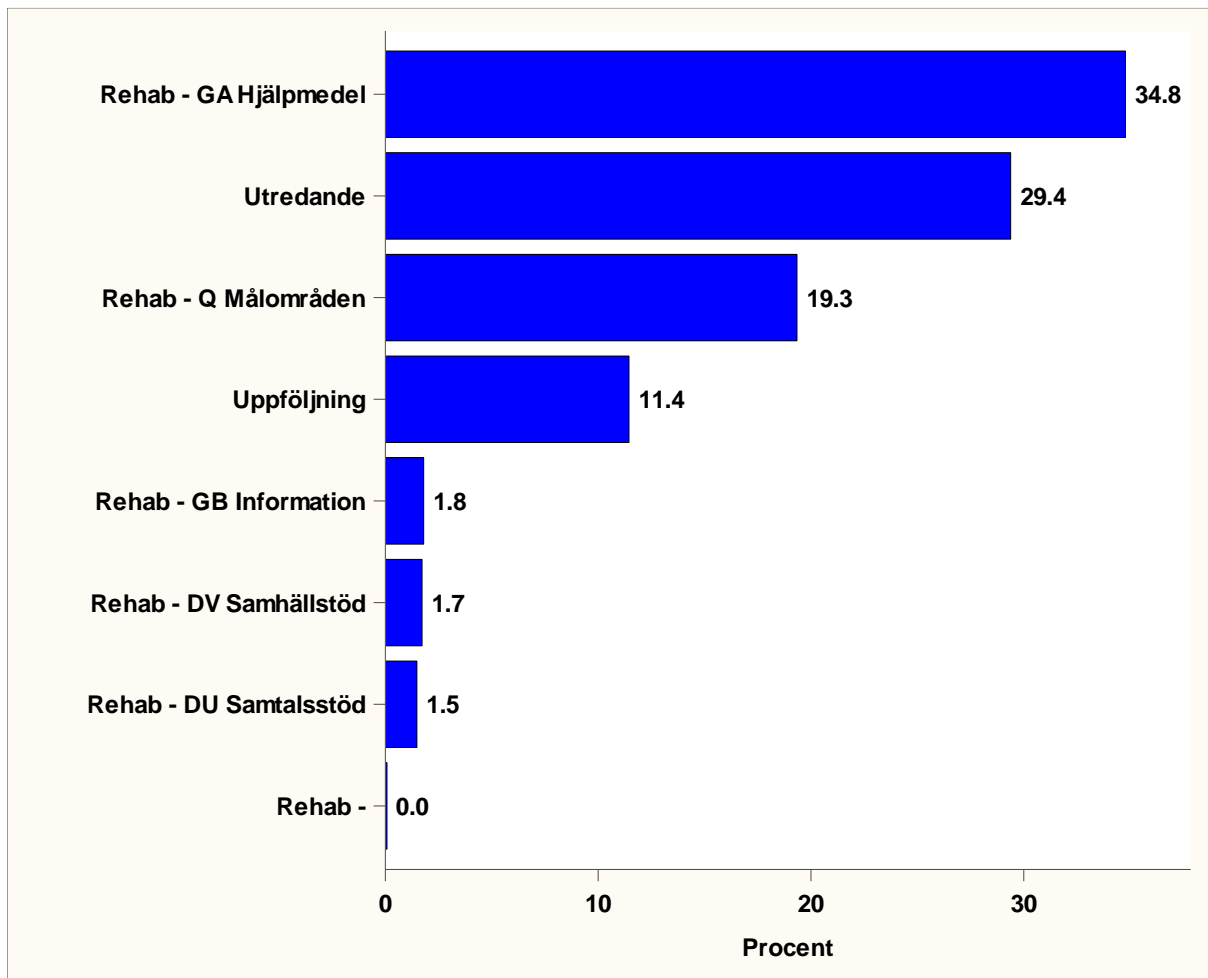
<b>KVÅ kod</b>	<b>Text</b>
GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel(Avs. optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)
AV132	Bedömning av aktivitetsförmåga
AV131	Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
XV007	Uppföljning och kontroll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

**Tabell 6c. Summering KVÅ koder som används i SKRS på gruppnivå.  
Koder använda under 2018–2023. Registeruttag 2024-04-02.**

<b>Grupp</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Rehab - GA Hjälpmedel	85987	34.8
Utredande	72651	29.4
Rehab - Q Målområden	47823	19.3
Uppföljning	28306	11.4
Rehab - GB Information	4453	1.8
Rehab - DV Samhällsstöd	4265	1.7
Rehab - DU Samtalsstöd	3663	1.5
Rehab -	101	0.0

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 7 redovisas fördelningen av åtgärds-koder i grupper. Flest registrerade åtgärds-koder finns inom hjälpmedel, utredning, målområden och uppföljning.

**Figur 12. Gruppering av åtgärds-koder vid besök inom synrehabilitering (gruppering som används i SKRS visualisering) 2018-2023. Registeruttag 2024-04-02.**



Tabell 7. Summering KVÅ koder som används vid visualisering på gruppnivå - och 35  
 uppdelat per år 2018-2023. Registeruttag 2024-04-02.

Grupp	År											
	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rehab - GB Information	468	2.92	791	2.82	730	2.04	592	1.18	856	1.50	1016	1.68
Rehab -	2	0.01	2	0.01	18	0.05	26	0.05	9	0.02	44	0.07
Rehab - DU Samtalsstöd	438	2.73	718	2.56	864	2.42	931	1.86	575	1.01	137	0.23
Rehab - DV Samhällstöd	374	2.33	701	2.50	671	1.88	768	1.53	833	1.46	918	1.52
Rehab - GA Hjälpmedel	8648	53.94	12209	43.55	12480	34.89	16070	32.08	18235	32.04	18345	30.38
Rehab - Q Målområden	3282	20.47	4556	16.25	5673	15.86	9853	19.67	11417	20.06	13042	21.60
Uppföljning	2188	13.65	2912	10.39	3793	10.60	5617	11.21	6670	11.72	7126	11.80
Utredande	634	3.95	6148	21.93	11538	32.26	16242	32.42	18325	32.19	19764	32.73
<b>Total</b>	<b>16034</b>	<b>100.00</b>	<b>28037</b>	<b>100.00</b>	<b>35767</b>	<b>100.00</b>	<b>50099</b>	<b>100.00</b>	<b>56920</b>	<b>100.00</b>	<b>60392</b>	<b>100.00</b>

Grupp	Total	
	Antal	%
Rehab - GB Information	4453	1.80
Rehab -	101	0.04
Rehab - DU Samtalsstöd	3663	1.48
Rehab - DV Samhällstöd	4265	1.72
Rehab - GA Hjälpmedel	85987	34.78
Rehab - Q Målområden	47823	19.34
Uppföljning	28306	11.45
Utredande	72651	29.38
<b>Total</b>	<b>247249</b>	<b>100.00</b>

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.

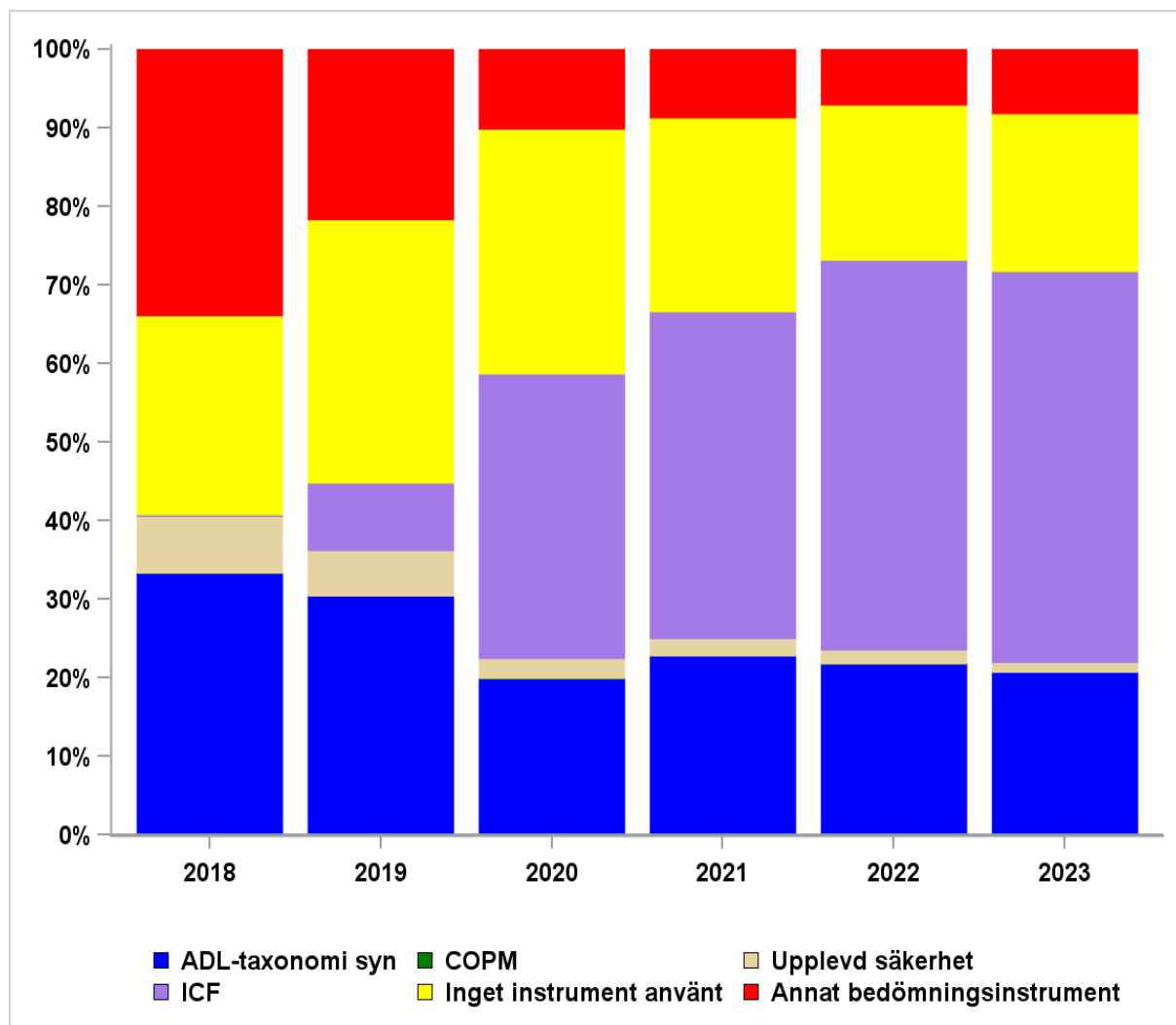
**ADL-taxonomin** är ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter.

**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 (se figur 13).

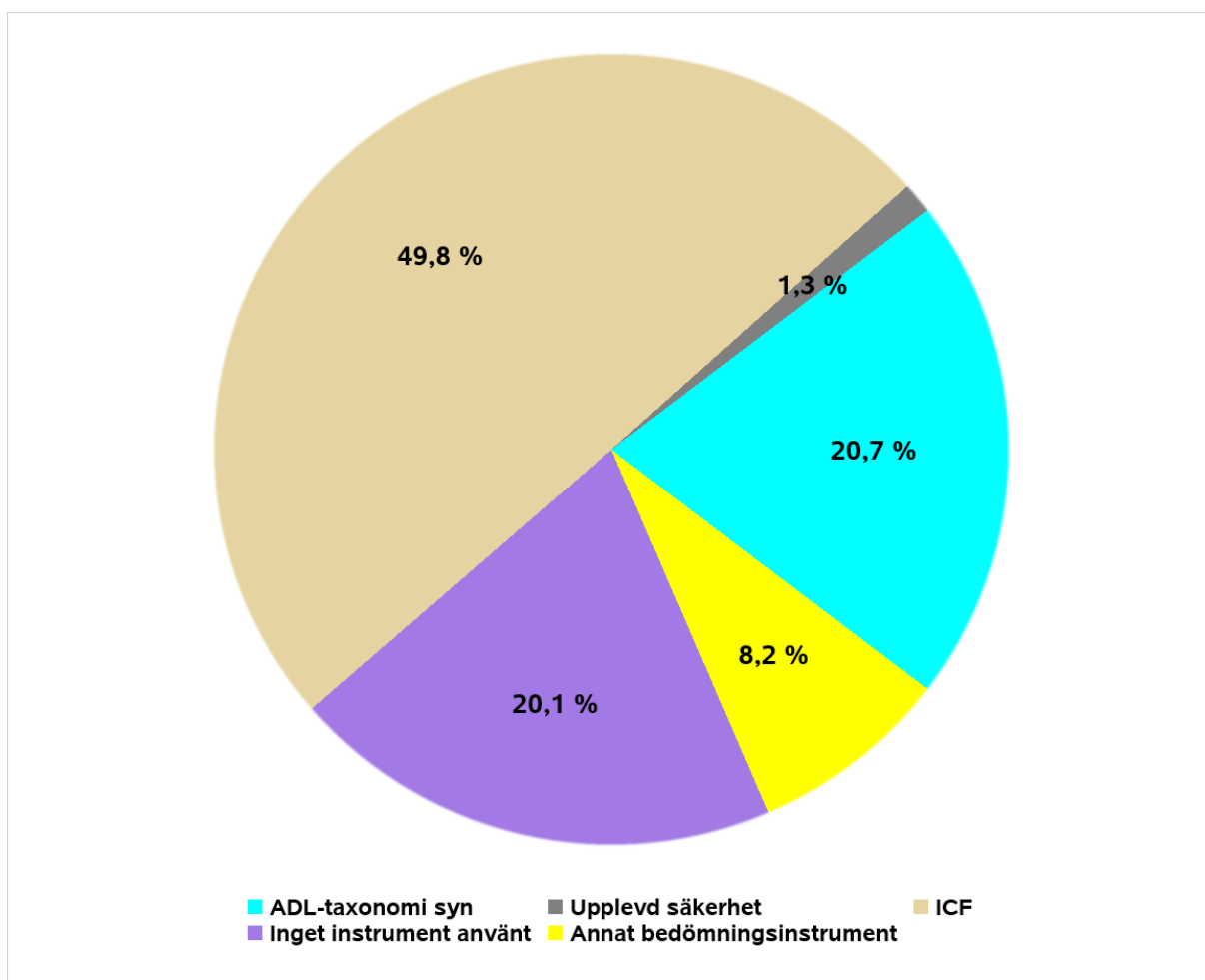
**Figur 13. Användning av bedömningsinstrument över tid 2018-2023. Registeruttag 2024-04-02.** 37



I SKRS fanns under 2023 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 2020-2023. Inget bedömningsinstrument använt finns också redovisat i diagrammet, där kan ses en minskning jämfört med föregående år. Men det är en femtedel (20%) som har valt detta svarsalternativ. Frågan bearbetas vidare av styrgruppen.

Figur 14. Användning av bedömningsinstrument 2023 i procent. Uttag 2024-04-02. 38



Tabell 8. Användning av bedömningsinstrument över tid 2018-2023. Uttag 2024-04-02.

Bedömningsinstrument	År											
	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ADL-taxonomi syn	1530	33,3	1922	30,4	1274	19,9	1720	22,8	1771	21,8	1745	20,7
COPM	2	0,0	1	0,0	6	0,1	1	0,0	4	0,0	0	0
Upplevd säkerhet	332	7,2	365	5,8	162	2,5	166	2,2	143	1,8	106	1,3
ICF	9	0,2	544	8,6	2324	36,2	3140	41,6	4039	49,6	4190	49,8
Inget instrument	1164	25,3	2117	33,5	1998	31,2	1862	24,7	1608	19,8	1691	20,1
Annat instrument	1557	33,9	1369	21,7	650	10,1	656	8,7	575	7,1	687	8,2
Alla	4594	100,0	6318	100,0	6414	100,0	7545	100,0	8140	100,0	8419	100,0

### **Kommentar**

39

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 (49.8 %) som använts under 2023 var ICF-baserade instrument. "Annat bedömningsinstrument" som har använts regionalt har registrerats 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.

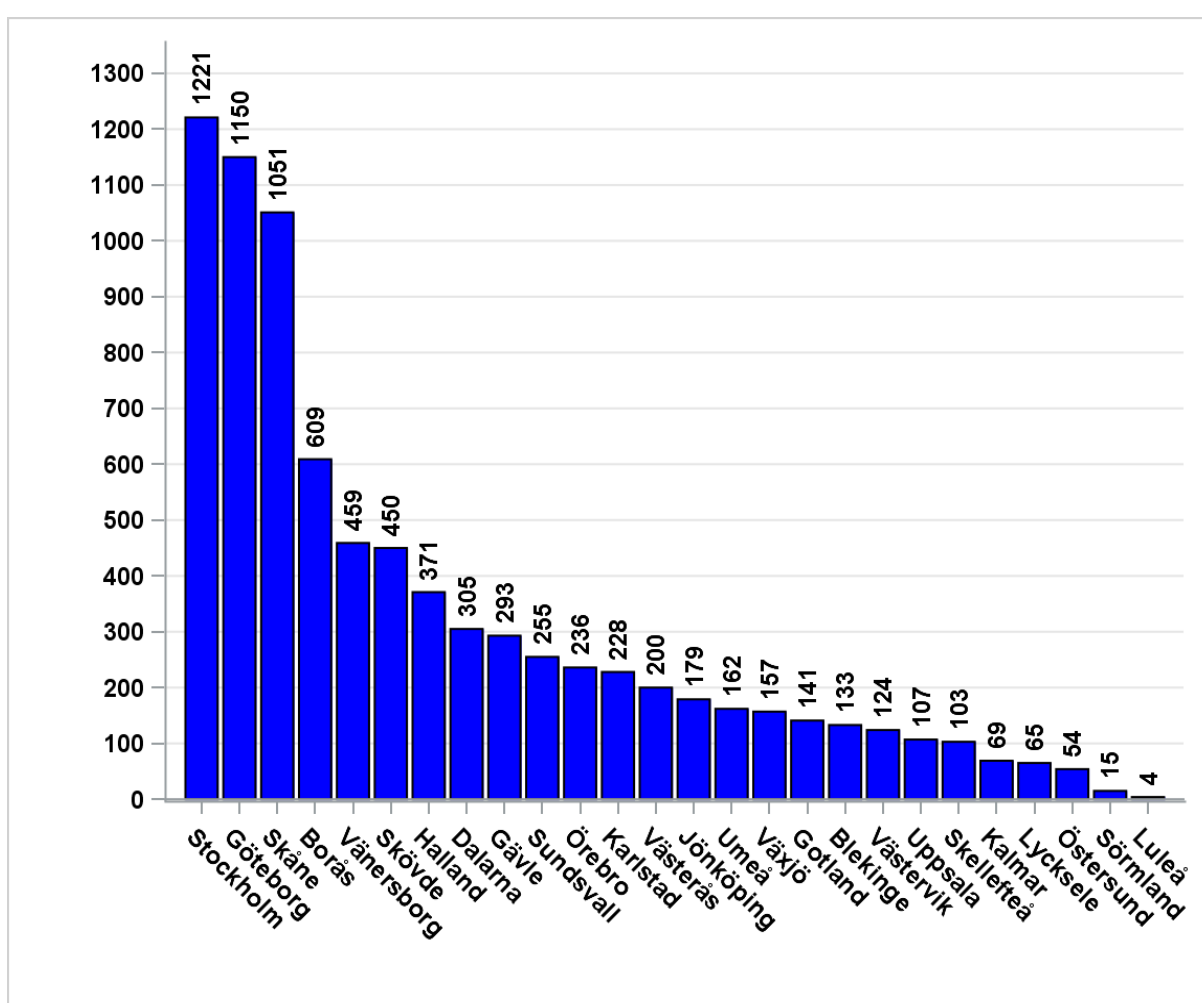
Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikta mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument. Vid analys av data har alternativet "annat" studerats närmare och det visar sig att alternativet "annat" till stor del består av ICF-baserade bedömningar. 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 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 så gott som alla patienter ska ha en upprättad plan.

Figur 15. Antal upprättade IRP vid besök per enhet 2023. Registeruttag 2024-04-02.



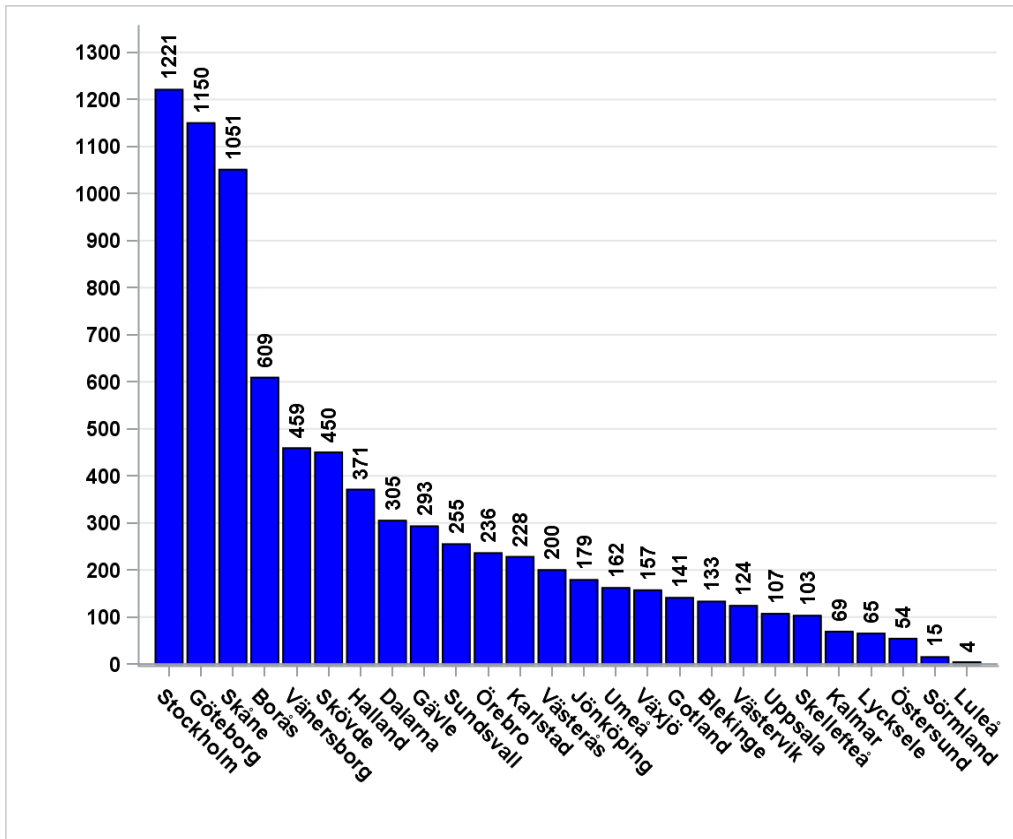


Tabell 9. Antal och andel upprättade IRP vid besök per enhet 2023. Uttag 2024-04-02. 41

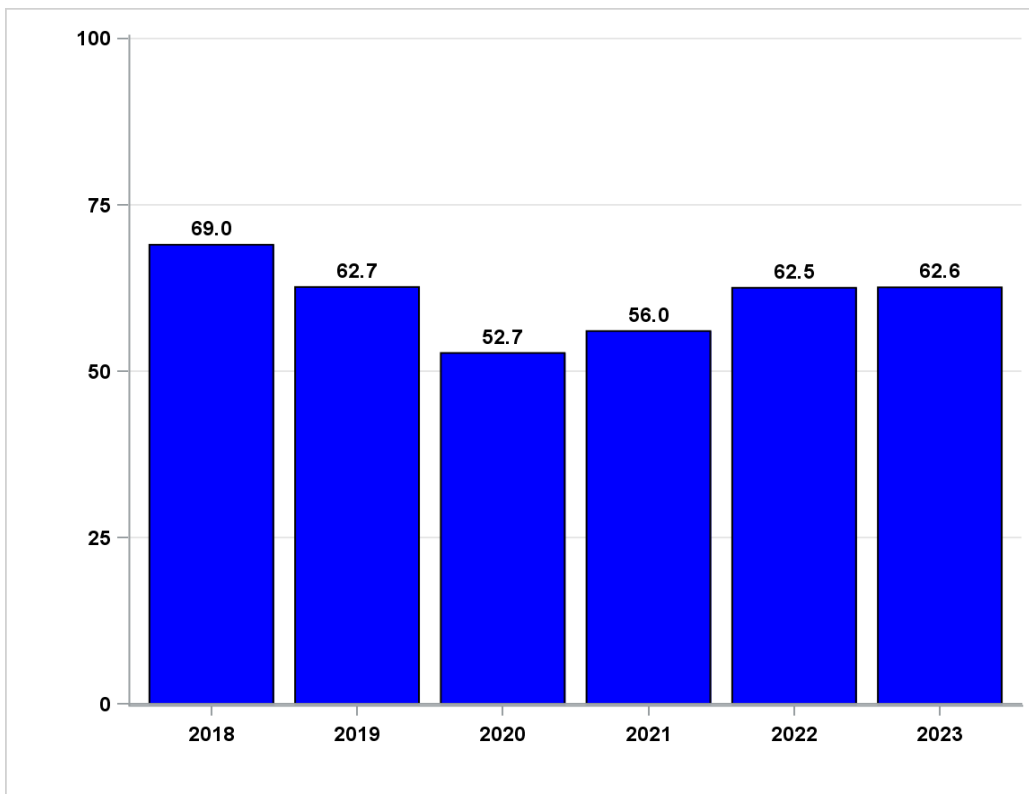
Kliniknamn	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	133	51,0	128	49,0	261	100,0
Borås	609	100,0	0	0	609	100,0
Dalarna	305	95,9	13	4,1	318	100,0
Gotland	141	84,4	26	15,6	167	100,0
Gävle	293	68,1	137	31,9	430	100,0
Göteborg	1150	100,0	0	0	1150	100,0
Halland	371	80,3	91	19,7	462	100,0
Jönköping	179	43,2	235	56,8	414	100,0
Kalmar	69	63,3	40	36,7	109	100,0
Karlstad	228	43,9	291	56,1	519	100,0
Linköping	0	0	442	100,0	442	100,0
Luleå	4	2,2	175	97,8	179	100,0
Lycksele	65	95,6	3	4,4	68	100,0
Skellefteå	103	85,8	17	14,2	120	100,0
Skåne	1051	57,1	789	42,9	1840	100,0
Skövde	450	99,8	1	0,2	451	100,0
Stockholm	1221	47,7	1337	52,3	2558	100,0
Sundsvall	255	67,5	123	32,5	378	100,0
Sörmland	15	4,1	350	95,9	365	100,0
Umeå	162	86,2	26	13,8	188	100,0
Uppsala	107	38,8	169	61,2	276	100,0
Vänersborg	459	97,9	10	2,1	469	100,0
Västervik	124	65,3	66	34,7	190	100,0
Västerås	200	64,5	110	35,5	310	100,0
Växjö	157	74,1	55	25,9	212	100,0
Örebro	236	64,1	132	35,9	368	100,0
Östersund	54	35,5	98	64,5	152	100,0
<b>Totalt</b>	<b>8141</b>	<b>62,6</b>	<b>4864</b>	<b>37,4</b>	<b>13005</b>	<b>100,0</b>

**”Målet är att alla som är i behov av re/habiliterande insatser (behandlande åtgärder) ska få en upprättad individuell re/habiliteringsplan”**

Figur 16. Andel upprättade IRP vid besök per enhet 2023. Registeruttag 2024-04-02. 42



Figur 17. Andel upprättade IRP vid besök totalt för 2018-2023. Uttag 2024-04-02.



**Tabell 10. Andel upprättade IRP vid besök totalt för åren 2018-2023.  
Uttag 2024-04-02.**

År	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>2018</b>	4474	69,0	2010	31,0	6484	100,0
<b>2019</b>	5740	62,7	3422	37,3	9162	100,0
<b>2020</b>	5214	52,7	4673	47,3	9887	100,0
<b>2021</b>	6470	56,0	5077	44,0	11547	100,0
<b>2022</b>	7773	62,5	4657	37,5	12430	100,0
<b>2023</b>	8141	62,6	4864	37,4	13005	100,0
<b>Totalt</b>	37812	60,5	24703	39,5	62515	100,0

### **Kommentar**

Under 2023 var det 62,6 procent av patienterna som har registrerats för att ha fått en IRP upprättad, vilket är en ökning från 2020, se figur 17. Under 2018 var siffran nästan 70%, men det är värt att notera i sammanhanget att anslutningsgrad och täckningsgraden i SKRS inte var optimal under 2018. Registret startade oktober 2015.

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 att så hög andel som möjligt av patienterna får en individuell rehabiliteringsplan upprättad.

SKRS har en definition av rehabiliteringsplan som stöd för synenheterna i manualen som reviderades nyligen, vilket kan vara en förklaring ökningen från 2020.

# VÄNTETID FRÅN REMISSDATUM TILL FÖRSTA BESÖK

Patienten remitteras från ögonklinik för synrehabiliterande insatser. Median för väntetid från remiss till första besök var 43 dagar under 2023. I tabell 11 visas väntetiden för hela materialet samt fördelat på kvinnor och män. Materialet är också redovisat i åldersgrupper, se tabell 12 och figur 18. Väntetiden ökar något i de äldre åldersgrupperna.

**Tabell 11. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2023. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket, uppdelat per kön och totalt. Registeruttag 2024-04-02.**

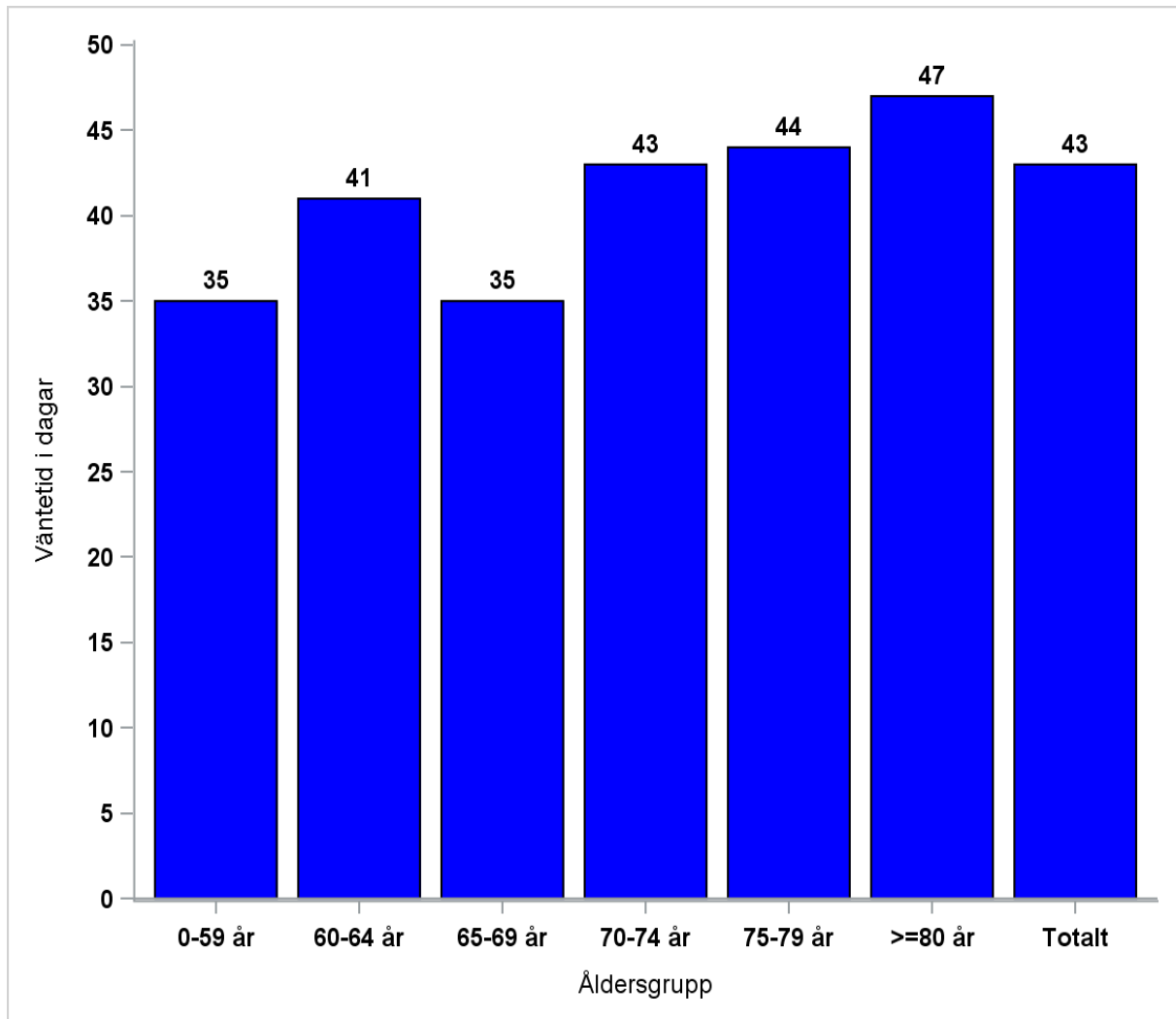
Kön	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
<b>Kvinnor</b>	8179	67,6	0	22	43	82	2716
<b>Män</b>	4823	72,7	0	21	43	82	3123
<b>Ej specificerat</b>	2	19,5	7	7	20	32	32
<b>Total</b>	13004	69,5	0	22	43	82	3123

**Tabell 12. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2023. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per åldersgrupp och totalt.**

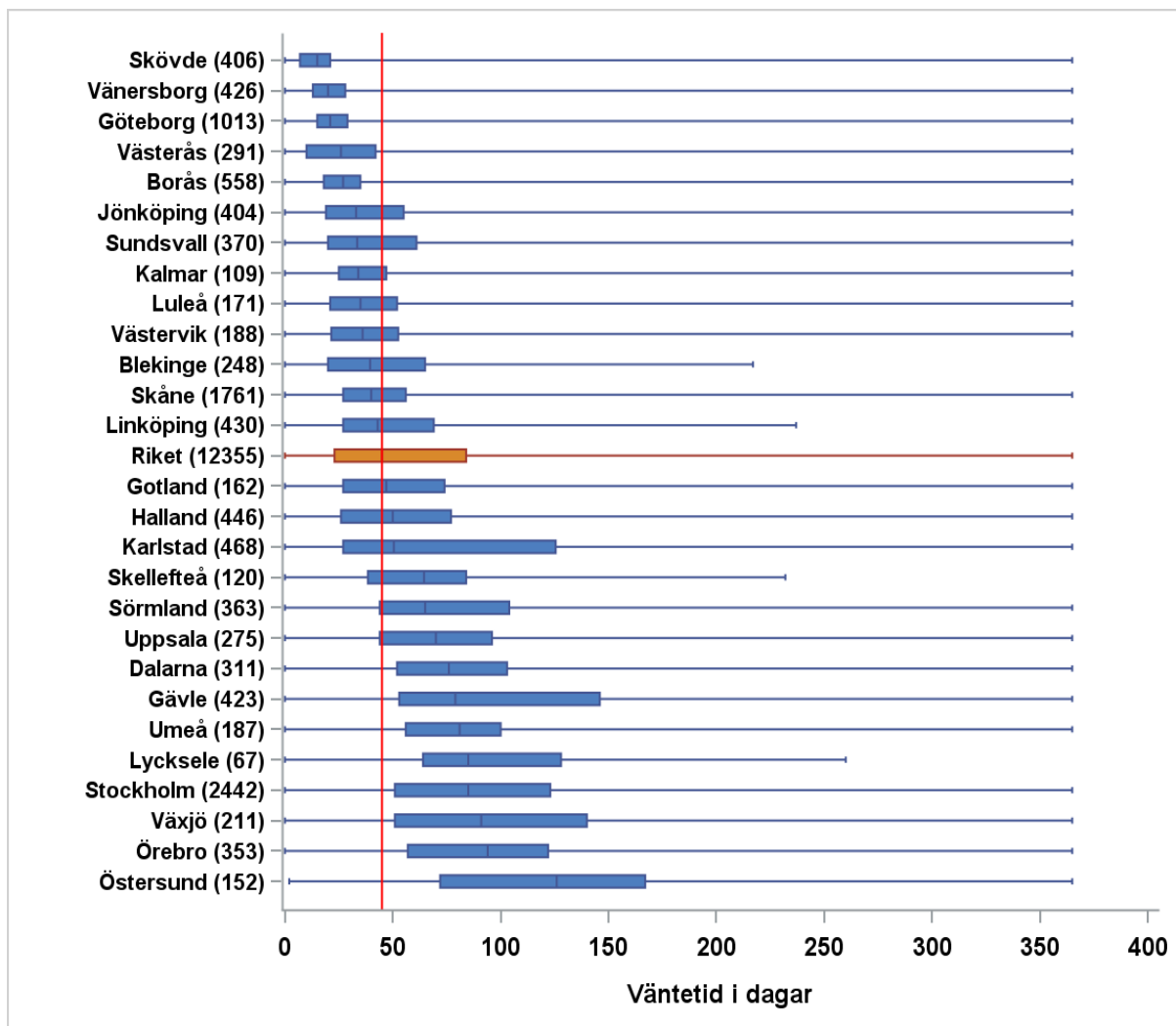
Åldersgrupp	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
<b>0-59 år</b>	1771	<b>67,8</b>	0	16	<b>35</b>	71	2431
<b>60-64 år</b>	414	<b>88,0</b>	0	21	<b>41</b>	91	2114
<b>65-69 år</b>	471	<b>64,3</b>	0	19	<b>35</b>	80	2042
<b>70-74 år</b>	822	<b>75,5</b>	0	21	<b>43</b>	83	2716
<b>75-79 år</b>	1871	<b>69,3</b>	0	21	<b>44</b>	80	3123
<b>&gt;=80 år</b>	7655	<b>68,6</b>	0	24	<b>47</b>	84	2049
<b>Total</b>	13004	<b>69,5</b>	0	22	<b>43</b>	82	3123

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 2024-04-02.



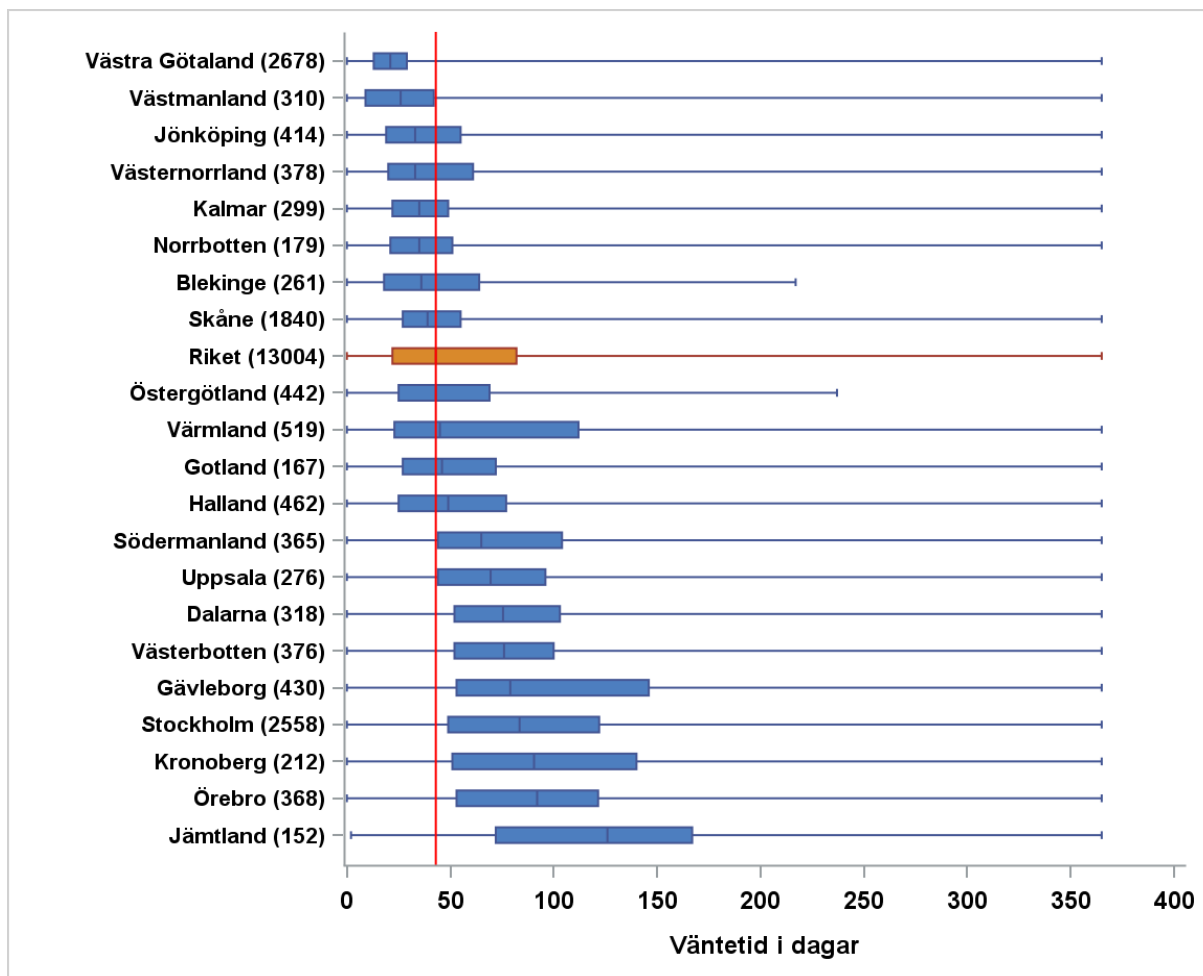
**Figur 19. Boxplot över väntetid från remissdatum till första besöket, per enhet och totalt (Riket) år 2023. Om väntetiden är >365 dagar är den satt till 365 dagar. Registeruttag 2024-04-02.**



Tabell 13. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2023. Tid från 47 remissdatum till besöksdatum för första besöket, per enhet och totalt.

Enhet	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	261	45,9	0	18	36	64	217
Borås	609	33,6	0	19	27	36	1505
Dalarna	318	85,1	0	52	76	103	679
Gotland	167	63,5	0	27	46	72	1684
Gävle	430	136,7	0	53	79	146	1805
Göteborg	1149	27,2	0	14	21	29	1980
Halland	462	63,6	0	25	49	77	1643
Jönköping	414	56,4	0	19	33	55	2716
Kalmar	109	60,6	0	25	34	47	2583
Karlstad	519	75,1	0	23	45	112	1082
Linköping	442	47,6	0	25	43	69	237
Luleå	179	50,9	0	21	35	51	574
Lycksele	68	103,3	0	64	85	128	287
Skellefteå	120	68,5	0	39	65	84	232
Skåne	1840	53,9	0	27	39	55	1870
Skövde	451	22,5	0	7	14	20	2431
Stockholm	2558	100,5	0	49	84	122	1194
Sundsvall	378	56,7	0	20	33	61	1378
Sörmland	365	80,8	0	44	65	104	568
Umeå	188	133,8	0	56	81	100	1994
Uppsala	276	73,4	0	44	70	96	623
Vänersborg	469	24,1	0	12	20	28	777
Västervik	190	49,4	0	21	36	52	1261
Västerås	310	70,2	0	9	26	42	3123
Växjö	212	99,0	0	51	91	140	442
Örebro	368	127,6	0	53	92	122	2105
Östersund	152	173,3	2	72	126	167	2470
<b>Total</b>	13004	69,5	0	22	43	82	3123

**Figur 20. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per region och totalt (Riket) 2023. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365 dagar. Registeruttag gjort 2024-04-02.** 48



*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, se figur 18.

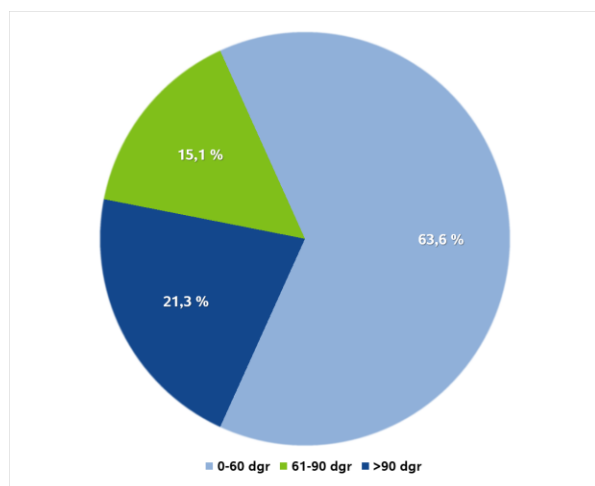
Inom styrgruppen har diskussion förts om varför det är så stor spridning från medianen i rikets totala databas, vilket behöver diskuteras och analyseras av styrgruppen, på användarmöten och i nationella synchefsgruppen. En lämplig kvalitetsindikator skulle vara att följa ”andel som startar synrehabilitering 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 63,6% startar synrehabilitering inom 2 månader (60 dagar).



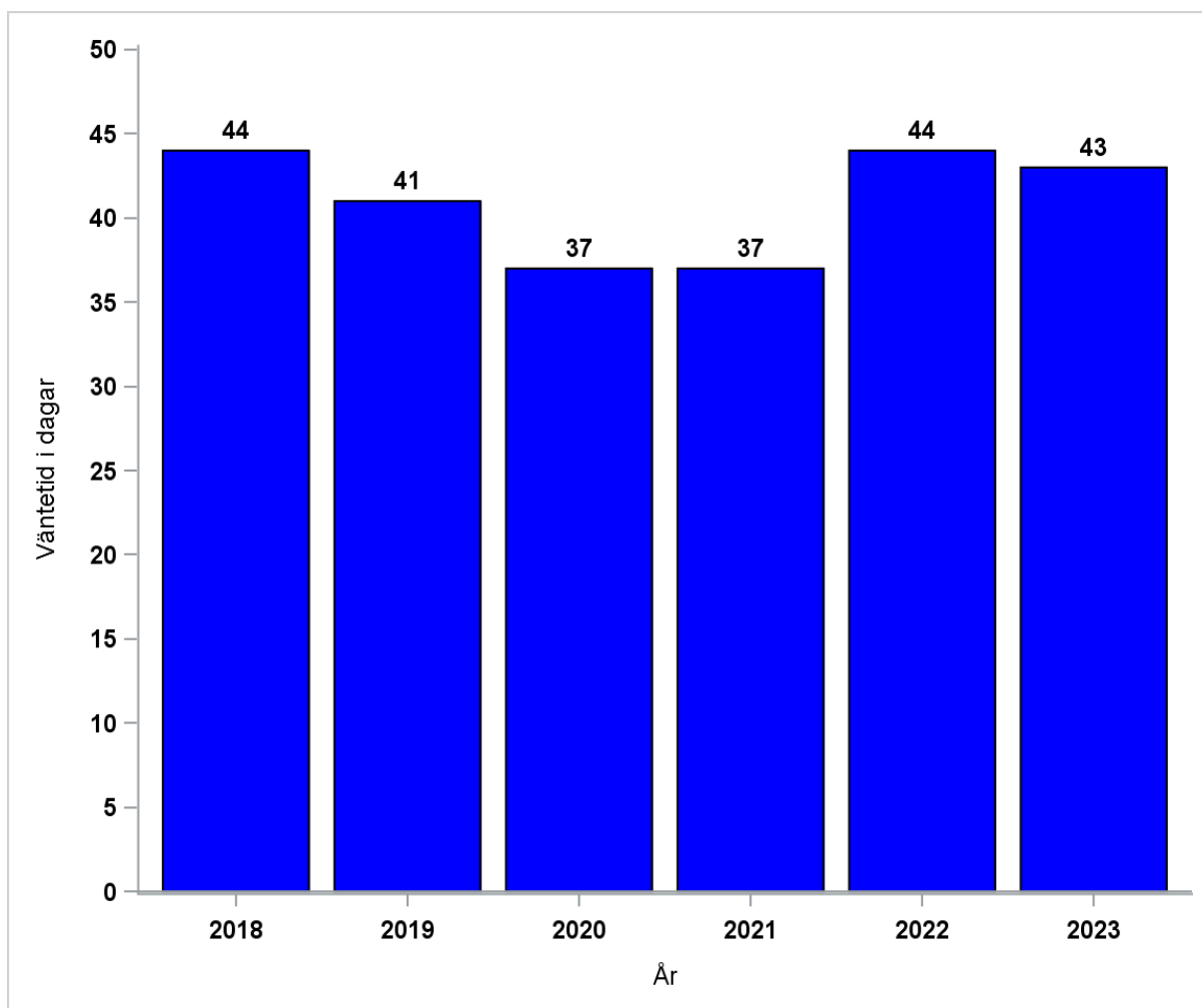
Tabell 14. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2023. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per region och totalt. Registeruttag 2024-04-02.

Region	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	261	45,9	0	18	36	64	217
Dalarna	318	85,1	0	52	76	103	679
Gotland	167	63,5	0	27	46	72	1684
Gävleborg	430	136,7	0	53	79	146	1805
Halland	462	63,6	0	25	49	77	1643
Jämtland	152	173,3	2	72	126	167	2470
Jönköping	414	56,4	0	19	33	55	2716
Kalmar	299	53,4	0	22	35	49	2583
Kronoberg	212	99,0	0	51	91	140	442
Norrbottn	179	50,9	0	21	35	51	574
Skåne	1840	53,9	0	27	39	55	1870
Stockholm	2558	100,5	0	49	84	122	1194
Södermanland	365	80,8	0	44	65	104	568
Uppsala	276	73,4	0	44	70	96	623
Värmland	519	75,1	0	23	45	112	1082
Västerbotten	376	107,4	0	52	76	100	1994
Västernorrland	378	56,7	0	20	33	61	1378
Västmanland	310	70,2	0	9	26	42	3123
Västra Götaland	2678	27,3	0	13	21	29	2431
Örebro	368	127,6	0	53	92	122	2105
Östergötland	442	47,6	0	25	43	69	237
<b>Total</b>	<b>13004</b>	<b>69,5</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>43</b>	<b>82</b>	<b>3123</b>

Figur 21. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2023.



Figur 22. Väntetid från remissdatum till första besök, medianantal dagar 2018-2023. 50



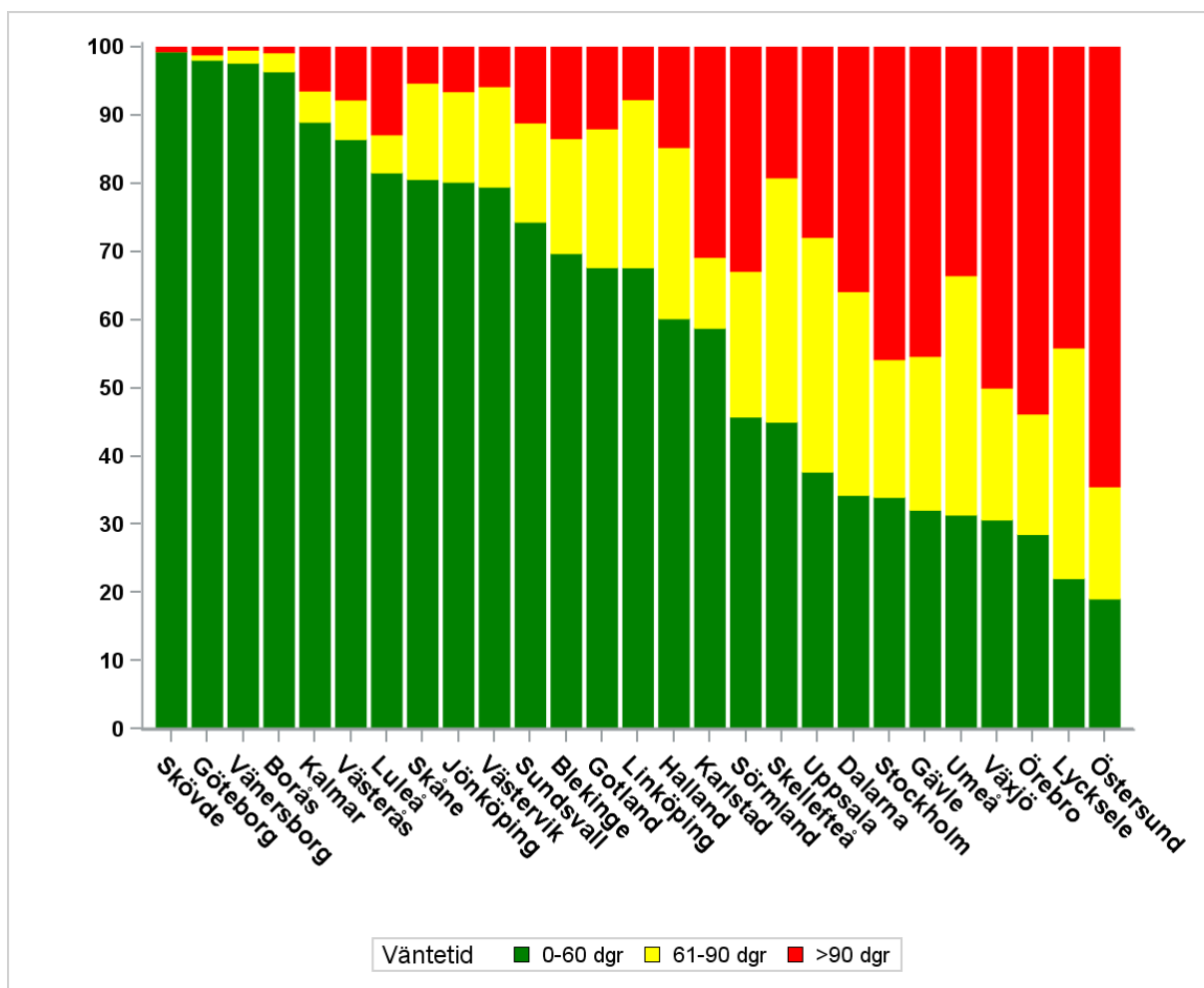
*Kommentar*

Tillgängligheten till synrehabilitering har ökat mellan 2018-2021. De senaste åren har väntetiden i medianantal dagar ökat från 38 dagar till 43 dagar för 2023.

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
2018	6414	58,9	0	25	44	70	1205
2019	9090	56,9	0	23	41	66	1305
2020	9814	59,7	0	18	37	69	1457
2021	11531	61,4	0	21	37	70	2461
2022	12428	75,4	0	24	44	93	2280
2023	13004	69,5	0	22	43	82	3123
<b>Total</b>	62281	64,7	0	22	41	75	3123

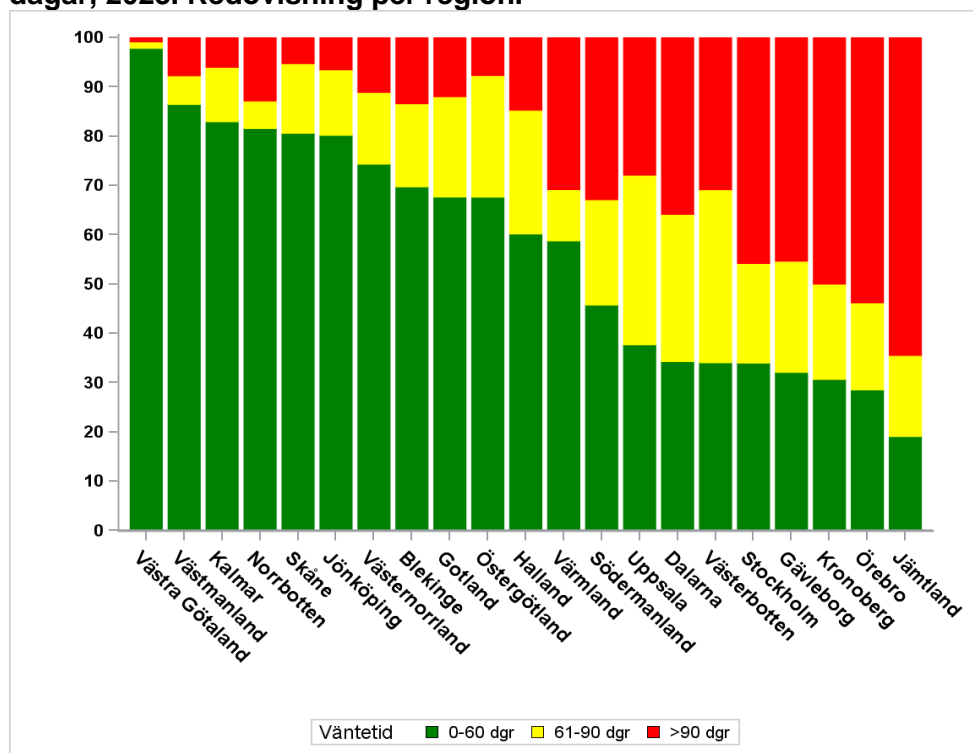
Figur 23. Andel som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar. Den röda stapeln och siffran visar antal individer som har väntat >90 dagar, 2023. Redovisning per enhet.



**Tabell 16. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2023 redovisat per enhet.**

Enhet	0-60 dagar		61-90 dagar		>90 dagar		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	182	70	44	17	35	13	261	100
Borås	587	96	17	3	5	1	609	100
Dalarna	109	34	95	30	114	36	318	100
Gotland	113	68	34	20	20	12	167	100
Gävle	138	32	97	23	195	45	430	100
Göteborg	1127	98	9	1	13	1	1149	100
Halland	278	60	116	25	68	15	462	100
Jönköping	332	80	55	13	27	7	414	100
Kalmar	97	89	5	5	7	6	109	100
Karlstad	305	59	54	10	160	31	519	100
Linköping	299	68	109	25	34	8	442	100
Luleå	146	82	10	6	23	13	179	100
Lycksele	15	22	23	34	30	44	68	100
Skellefteå	54	45	43	36	23	19	120	100
Skåne	1483	81	260	14	97	5	1840	100
Skövde	448	99	0	0	3	1	451	100
Stockholm	869	34	517	20	1172	46	2558	100
Sundsvall	281	74	55	15	42	11	378	100
Sörmland	167	46	78	21	120	33	365	100
Umeå	59	31	66	35	63	34	188	100
Uppsala	104	38	95	34	77	28	276	100
Vänersborg	458	98	9	2	2	0	469	100
Västervik	151	79	28	15	11	6	190	100
Västerås	268	86	18	6	24	8	310	100
Växjö	65	31	41	19	106	50	212	100
Örebro	105	29	65	18	198	54	368	100
Östersund	29	19	25	16	98	64	152	100
Alla	8269	64	1968	15	2767	21	13004	100

Figur 24. Andel per region som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar, 2023. Redovisning per region. 53



Tabell 17. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2023 redovisat per region.

Region	0-60 dgr		61-90 dgr		>90 dgr		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	182	70	44	17	35	13	261	100
Dalarna	109	34	95	30	114	36	318	100
Gotland	113	68	34	20	20	12	167	100
Gävleborg	138	32	97	23	195	45	430	100
Halland	278	60	116	25	68	15	462	100
Jämtland	29	19	25	16	98	64	152	100
Jönköping	332	80	55	13	27	7	414	100
Kalmar	248	83	33	11	18	6	299	100
Kronoberg	65	31	41	19	106	50	212	100
Norrbottn	146	82	10	6	23	13	179	100
Skåne	1483	81	260	14	97	5	1840	100
Stockholm	869	34	517	20	1172	46	2558	100
Södermanland	167	46	78	21	120	33	365	100
Uppsala	104	38	95	34	77	28	276	100
Värmland	305	59	54	10	160	31	519	100
Västerbotten	128	34	132	35	116	31	376	100
Västernorrland	281	74	55	15	42	11	378	100
Västmanland	268	86	18	6	24	8	310	100
Västra Götaland	2620	98	35	1	23	1	2678	100
Örebro	105	29	65	18	198	54	368	100
Östergötland	299	68	109	25	34	8	442	100
Alla	8269	64	1968	15	2767	21	13004	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 dagar 2021 till 43 dagar för 2023. Enligt figur 21 så har cirka 64% av individerna fått en tid inom 60 dagar, 15% inom 61-90 dagar, För 21,3 % (var femte individ) är väntetiden till synenheten mer än 90 dagar.

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. Ökningen av väntetiden skulle också kunna vara en effekt av vårdskulden efter pandemin. Vårdskulden blir fördröjd hos synenheten eftersom det krävs remiss från ögonläkare för nya patienter. I registret finns i dagsläget ingen variabel som fångar patienter som enligt egen önskan vill avvakta besök till synrehabilitering.

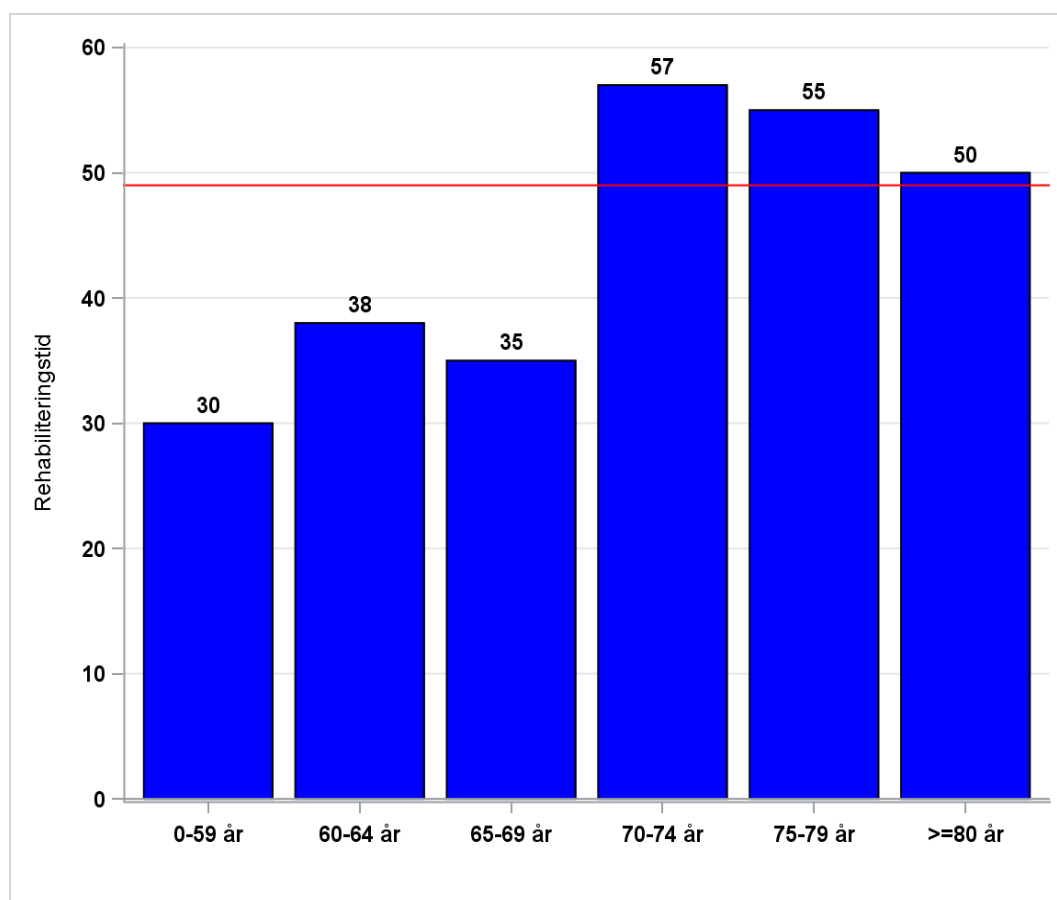
## REHABILITERINGSTID

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 2023 per kön och totalt. Registeruttag 2024-04-22.**

Kön	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Max
<b>Kvinnor</b>	6260	<b>71,0</b>	0	2	<b>50</b>	105	534
<b>Män</b>	3714	<b>66,6</b>	0	0	<b>46</b>	99	468
<b>Ej specificerat</b>	2	<b>0,0</b>	0	0	<b>0</b>	0	0
<b>Total</b>	9976	<b>69,4</b>	0	0	<b>49</b>	103	534

**Figur 25. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per åldersgrupp 2023. Referenslinjen anger median för totalen. Registeruttag 2024-04-02.**



**Tabell 19. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2023 per åldersgrupp och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt. Registeruttag 2024-04-02.**

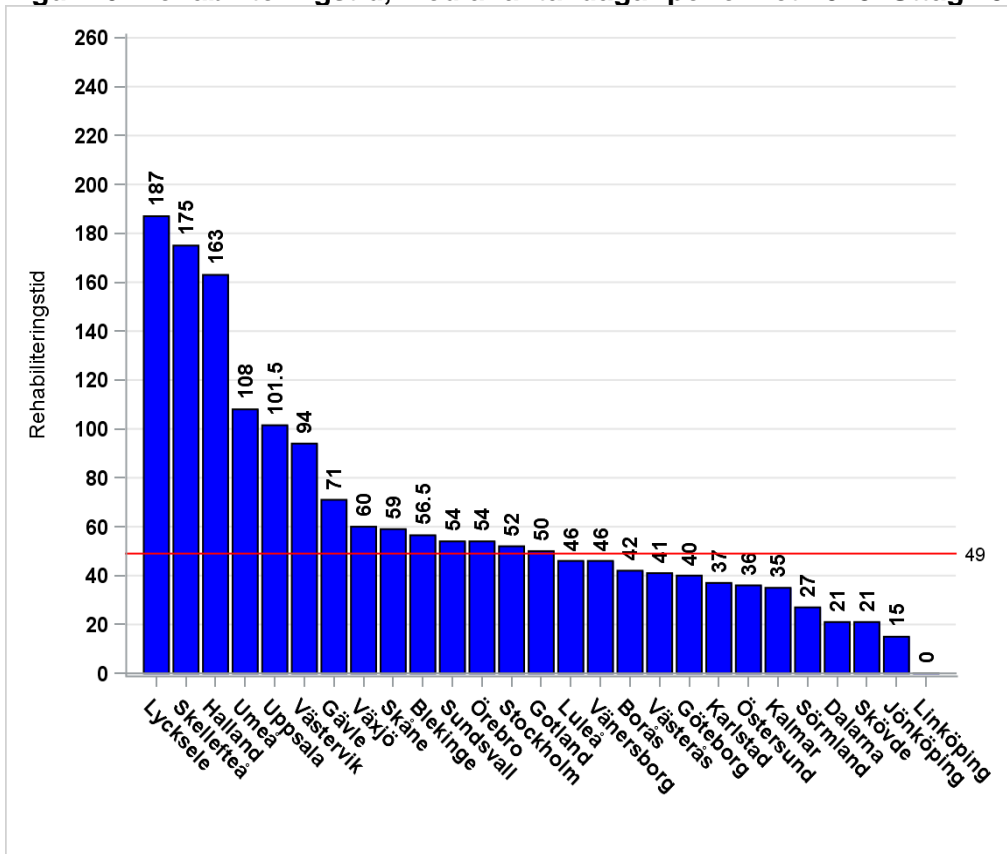
Åldersgrupp	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
0-59 år	1249	62,5	0	0	30	98	412
60-64 år	303	65,4	0	0	38	99	468
65-69 år	356	65,2	0	0	35	101	359
70-74 år	619	72,5	0	8	57	108	402
75-79 år	1438	73,2	0	14	55	107	431
>=80 år	6011	70,0	0	8	50	102	534
<b>Total</b>	9976	69,4	0	0	49	103	534

### ***Kommentar***

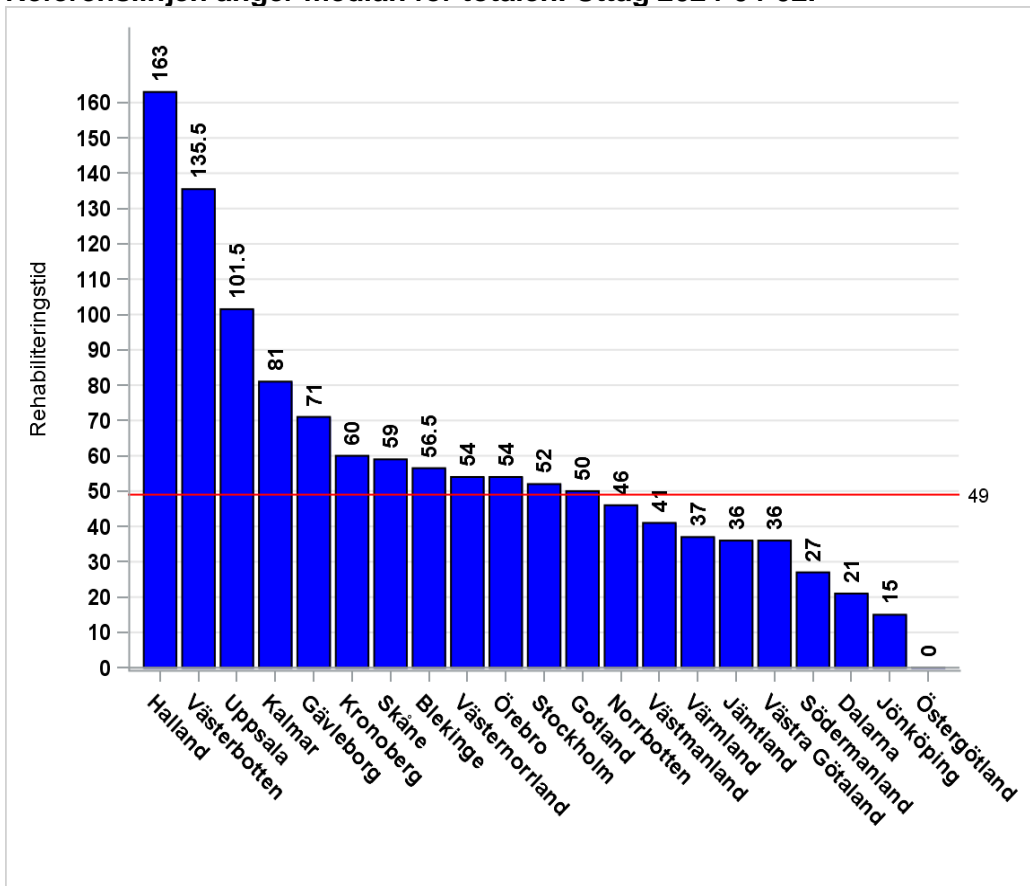
Rehabiliteringstiden kan påverkas av individens förutsättningar och yttre omständigheter. Några patienter har mindre behov som är enkla att åtgärda med rehabilitering eller hjälpmedel medan andra kan ha komplicerade situationer som kräver stora insatser från hela synrehabiliteringsteamet. Frågan om skillnaderna 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 2023. Uttag 2024-04-02.



Figur 27. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per region 2023. Referenslinjen anger median för totalen. Uttag 2024-04-02.



### Kommentar

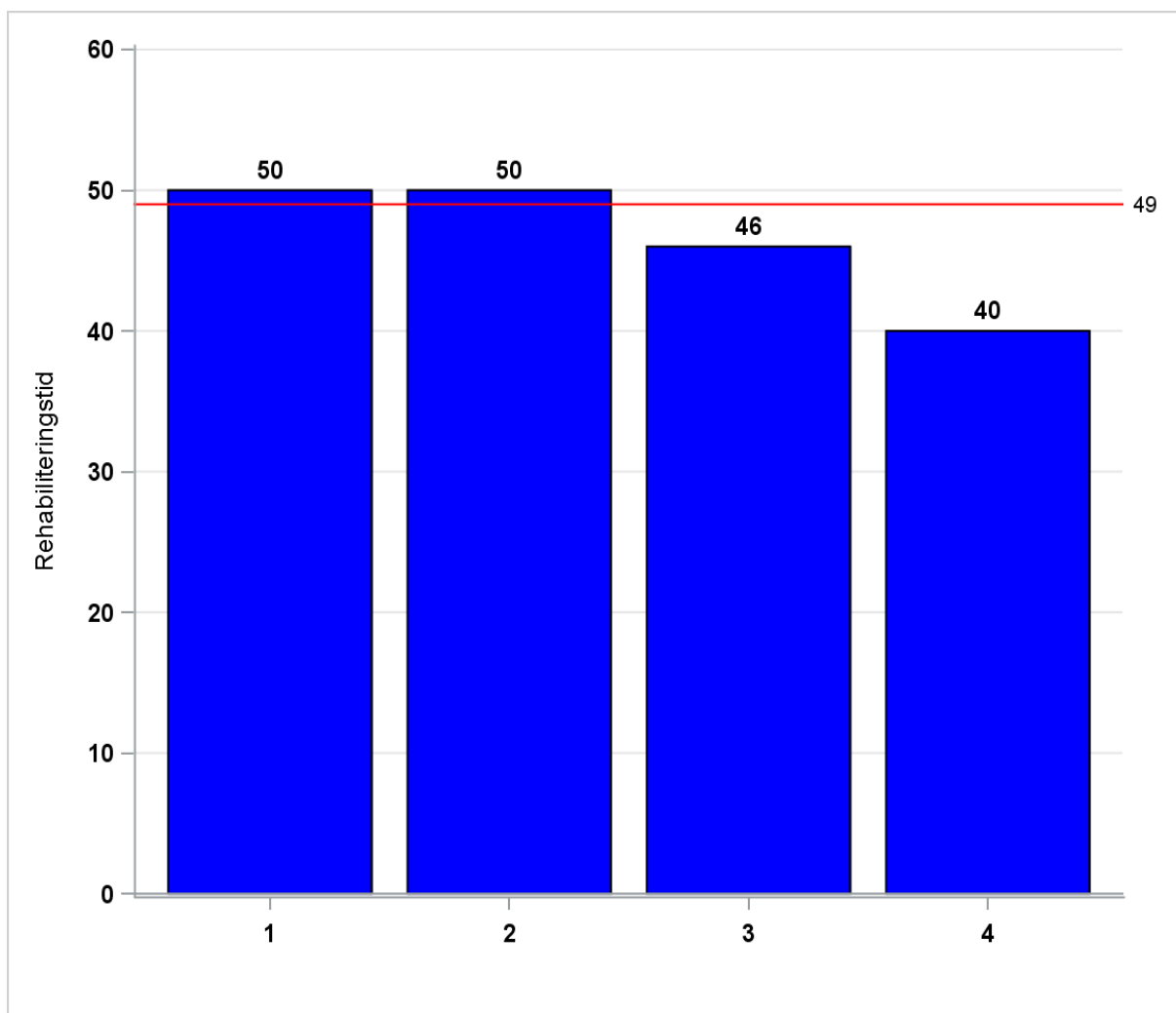
Median för rehabiliteringsperioden är 49 dagar för hela materialet för 2023. I figur 27 visas medianantal dagar per region. Inom styrgruppen har diskussion förekommit om varför det är så stor spridning från medianen i riket, vilket behöver diskuteras vidare i samband med SKRS-dagar.

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 2024-04-02.**

Region	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
Blekinge	180	78,3	0	0	57	118	423
Dalarna	254	34,8	0	0	21	51	412
Gotland	86	78,4	0	26	50	126	251
Gävleborg	141	94,5	0	29	71	147	383
Halland	271	160,8	0	112	163	202	415
Jämtland	134	53,0	0	28	36	64	259
Jönköping	237	49,5	0	0	15	77	314
Kalmar	175	93,6	0	28	81	130	391
Kronoberg	169	70,1	0	20	60	90	363
Norrbottn	31	87,6	0	1	46	128	468
Skåne	1355	74,9	0	27	59	106	431
Stockholm	2101	73,9	0	0	52	113	410
Södermanland	247	82,5	0	0	27	140	443
Uppsala	208	117,6	0	52	102	176	345
Värmland	410	58,4	0	2	37	90	326
Västerbotten	234	148,0	0	74	136	203	390
Västernorrland	277	72,8	0	27	54	106	380
Västmanland	258	72,9	0	0	41	104	534
Västra Götaland	2507	50,9	0	0	36	76	404
Örebro	267	68,0	0	21	54	93	352
Östergötland	434	23,8	0	0	0	34	293
<b>Total</b>	9976	69,4	0	0	49	103	534

**Figur 28. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per synnedsättningsgrad (1-4) 2023. 59**  
Referenslinjen anger median för totalen. Registeruttag 2024-04-02.



3-

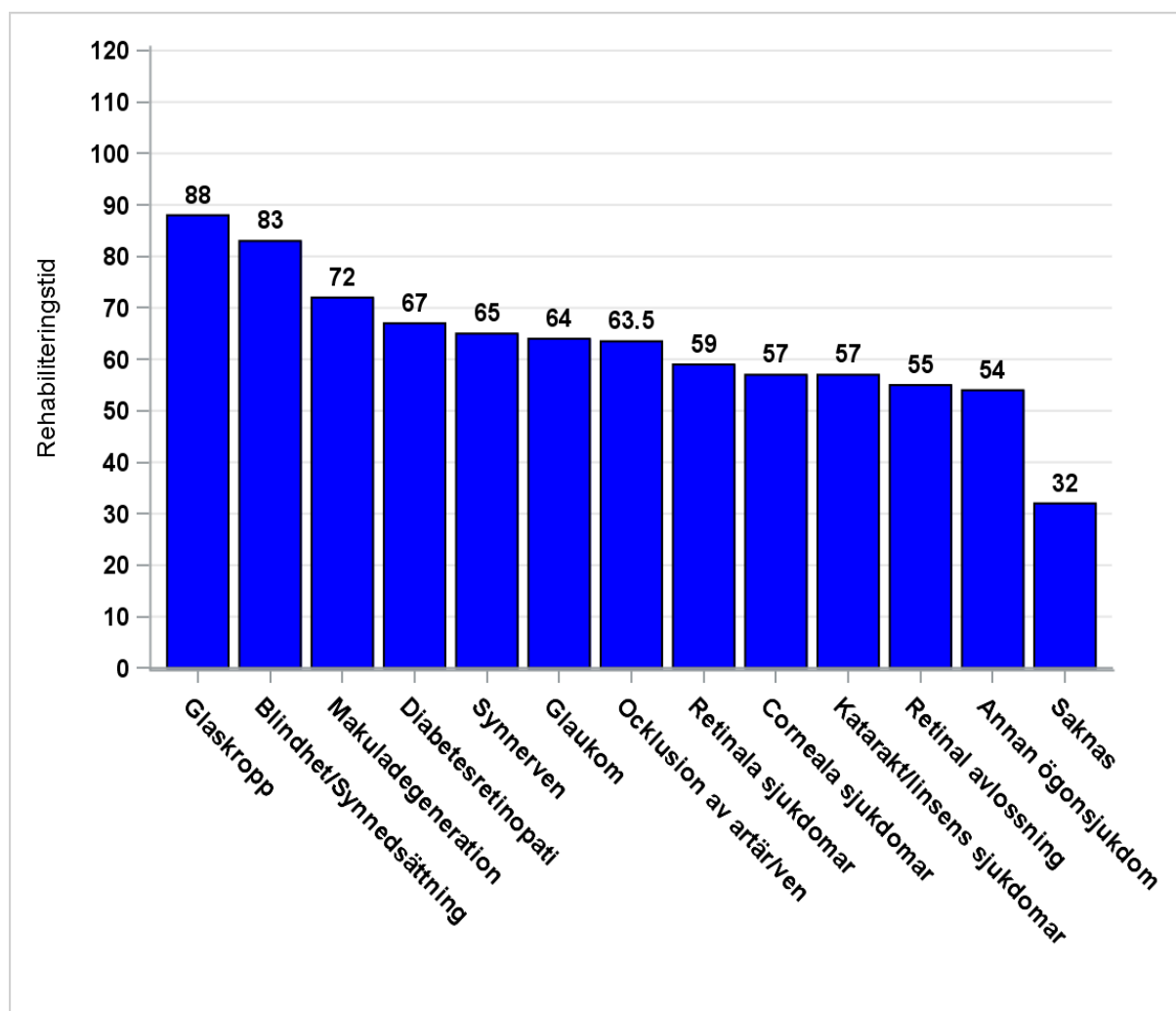
### **Kommentar**

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.

Synnedsättning	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
1	1883	70,6	0	0	50	107	418
2	4926	70,2	0	4	50	104	534
3	2068	68,9	0	1	46	101	468
4	1099	64,2	0	0	40	94	402
<b>Total</b>	9976	69,4	0	0	49	103	534

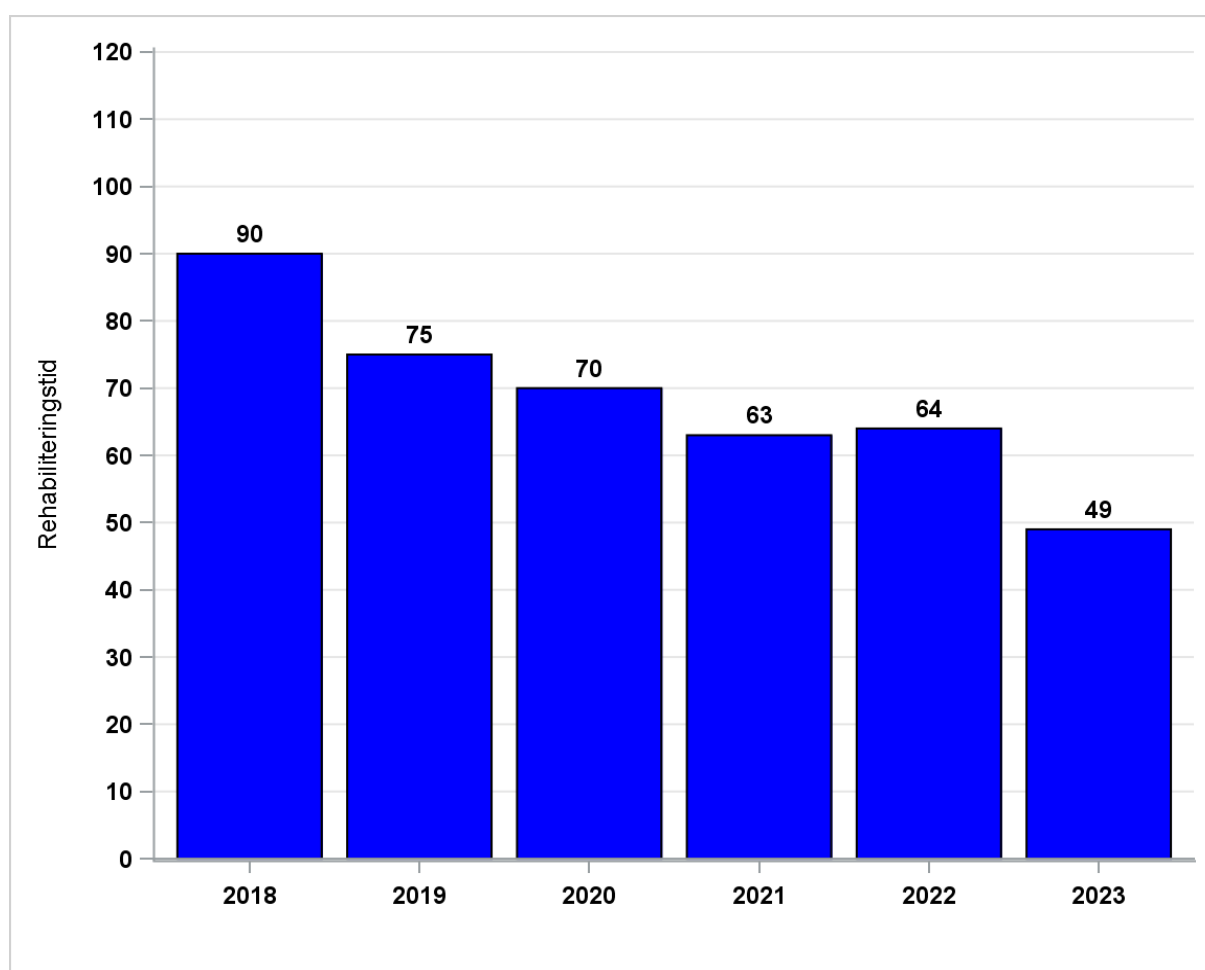
Figur 29. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per diagnosgrupp för grupper med 10 eller fler observationer. Registeruttag 2024-04-02.



### Kommentar

Vid fördelning i diagnosgrupper varierar rehabiliteringstiden mellan 54-88 dagar. Diagnos verkar inte påverka 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 2018-2023. Uttag 2024-04-02. 61



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	Min	Q1	Median	Q3	Max
2018	5653	182,7	0	24	90	209	2115
2019	8207	152,4	0	15	75	182	1888
2020	9021	149,2	0	15	70	198	1462
2021	10411	122,7	0	10	63	155	1141
2022	11058	102,8	0	15	64	142	882
2023	9976	69,4	0	0	49	103	534
Total	54326	124,0	0	14	64	154	2115

### Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden visar på 49 dagar för år 2023, 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.

## EFFEKTMÅTT

### Metod

Enheterna Borås, Göteborg, Vänersborg, Skövde, Kristianstad (Synenhet Skåne), Halland och Gotland har arbetat under några år med "mäta effekter" i SKRS. Under 2023 och våren 2024 har utbildning och implementering med att mäta effekter pågått i SKRS. Vid sammanställning av årsrapport har 21 enheter startat att mäta effekter. Data har sammanställts för 14 enheter med avseende på de målområden som finns uppsatta för patienterna, borttagna är de enheter med färre mål än 10.

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 2019-2023-12-31.

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

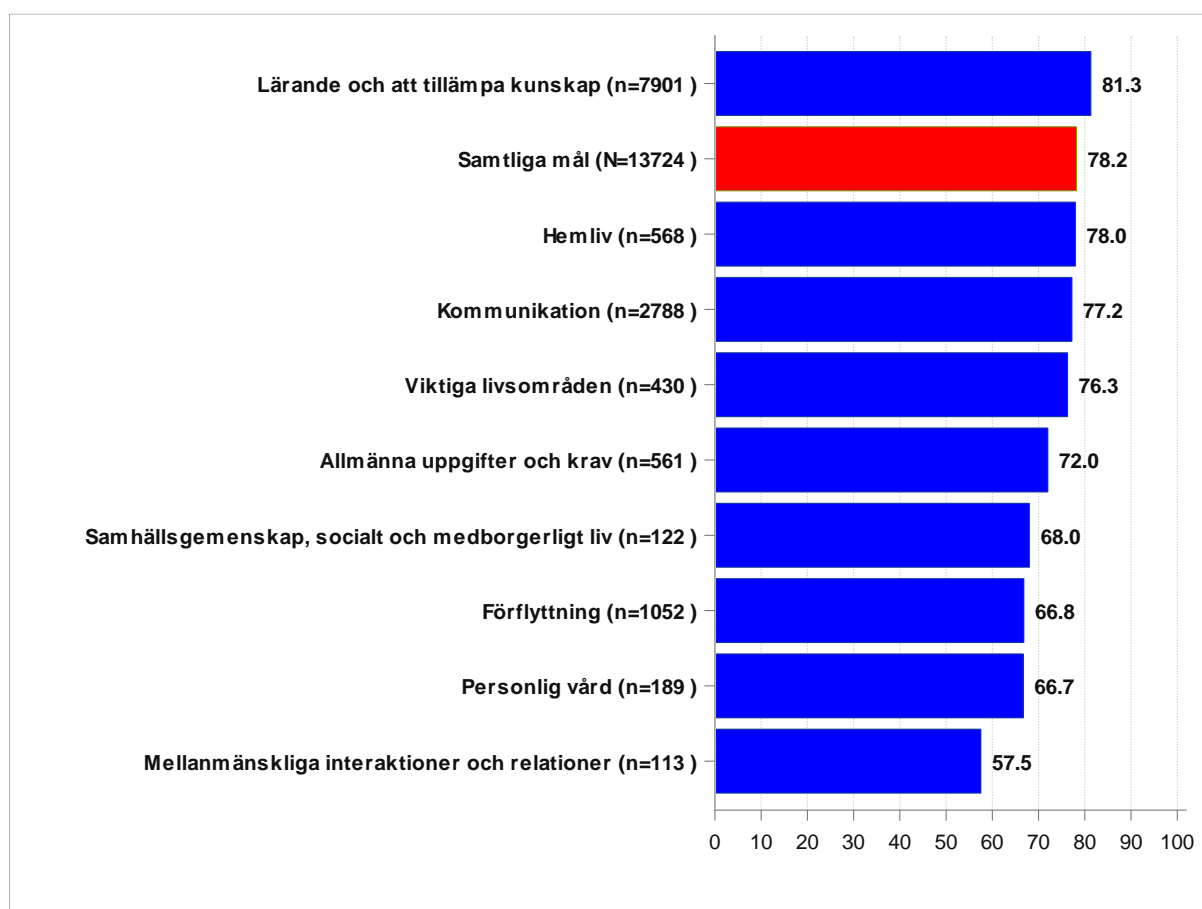
0 Ingen svårighet	0-4%
1 Lätt svårighet	5-24%
2 Måttlig svårighet	25-49%
3 Stor svårighet	50-95%
4 Total svårighet	96-100%
5 Går ej att skatta	

# Resultat

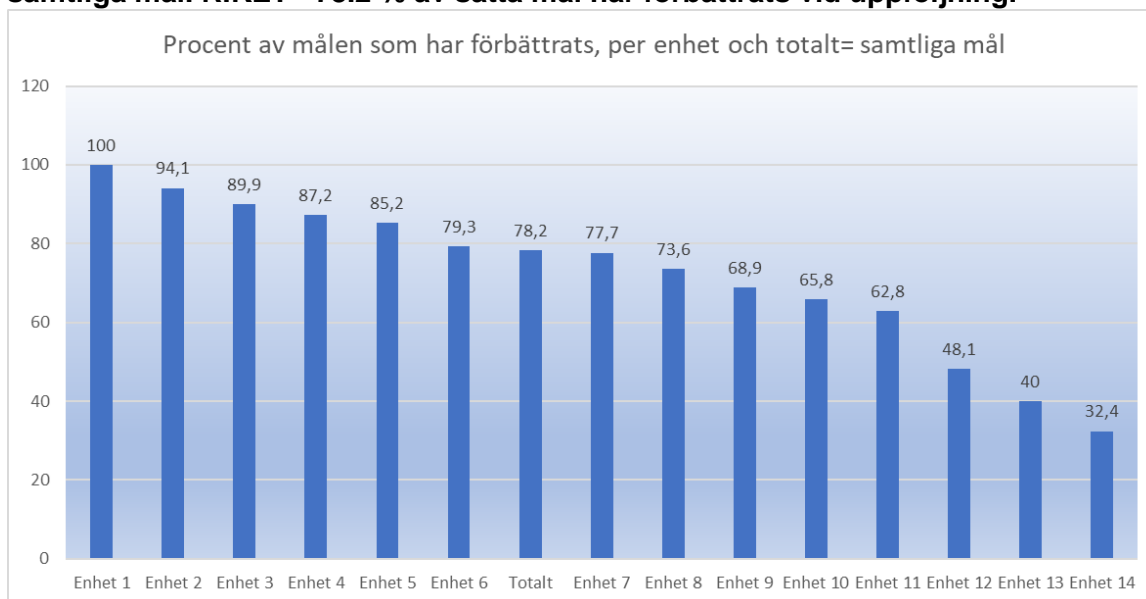
Tabell 23. Andel av målen som har förbättrats i procent, uppdelat på respektive målområde och samtliga målområden för riket. Tidsperiod 2019-2023.

Målområde (antal satta mål)	Andel med förbättring
Lärande och att tillämpa kunskap (n=7901 )	81.3
Hemliv (n=568 )	78.0
Kommunikation (n=2788 )	77.2
Viktiga livsområden (n=430 )	76.3
Allmänna uppgifter och krav (n=561 )	72.0
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv (n=122 )	68.0
Förflyttning (n=1052 )	66.8
Personlig vård (n=189 )	66.7
Mellanmänniska interaktioner och relationer (n=113 )	57.5
Samtliga mål (N=13724 )	78.2

Figur 31. Procent av målen som har förbättrats uppdelat per mål och samtliga mål. Tidsperiod 2019-2023.



**Figur 32. Procent av målen som har förbättrats uppdelat per enhet och totalt för samtliga mål. RIKET= 78.2 % av satta mål har förbättrats vid uppföljning.**



**Tabell 24 : Resultat innan uppföljning (ursprung) per mål för alla synenheter som startat med effektmått.**

Sjukhus	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	%
Blekinge	0	0	0	0	1	100.0	0	0	0	0	1	100.0
Borås	12	0.6	165	8.6	676	35.3	773	40.4	287	15.0	1913	100.0
Dalarna	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	4	100.0
Gotland	0	0	12	5.0	150	62.0	63	26.0	17	7.0	242	100.0
Göteborg	2	0.1	342	9.1	1623	43.1	1475	39.2	321	8.5	3763	100.0
Halland	6	0.3	190	8.3	829	36.1	954	41.6	315	13.7	2294	100.0
Jönköping	0	0	0	0	3	60.0	2	40.0	0	0	5	100.0
Kalmar	0	0	0	0	6	60.0	3	30.0	1	10.0	10	100.0
Karlstad	0	0	31	25.6	44	36.4	17	14.0	29	24.0	121	100.0
Kristianstad	1	0.1	126	10.8	450	38.6	409	35.0	181	15.5	1167	100.0
Lycksele	0	0	2	5.9	17	50.0	12	35.3	3	8.8	34	100.0
Skellefteå	0	0	4	20.0	11	55.0	4	20.0	1	5.0	20	100.0
Skövde	15	0.8	233	11.7	772	38.7	816	40.9	157	7.9	1993	100.0
Sundsvall	1	2.2	8	17.8	21	46.7	10	22.2	5	11.1	45	100.0
Sörmland	0	0	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Umeå	0	0	10	12.3	56	69.1	13	16.0	2	2.5	81	100.0
Uppsala	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.0	1	100.0
Vänersborg	1	0.1	125	6.3	476	23.8	714	35.7	682	34.1	1998	100.0
Västervik	0	0	2	22.2	3	33.3	2	22.2	2	22.2	9	100.0
Västerås	0	0	2	11.8	8	47.1	5	29.4	2	11.8	17	100.0
Örebro	0	0	0	0	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100.0
Alla enheter	38	0.3	1254	9.1	5149	37.5	5275	38.4	2008	14.6	13724	100.0



Tabell 25 : Resultat efter uppföljning per mål för alla synenheter

Sjukhus	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	%
Blekinge	0	0	1	100.0	0	0	0	0	0	0	1	100.0
Borås	580	30.3	797	41.7	382	20.0	117	6.1	37	1.9	1913	100.0
Dalarna	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	4	100.0
Gotland	2	0.8	110	45.5	110	45.5	16	6.6	4	1.7	242	100.0
Göteborg	377	10.0	1946	51.7	1159	30.8	250	6.6	31	0.8	3763	100.0
Halland	235	10.2	760	33.1	861	37.5	353	15.4	85	3.7	2294	100.0
Jönköping	2	40.0	0	0	3	60.0	0	0	0	0	5	100.0
Kalmar	8	80.0	2	20.0	0	0	0	0	0	0	10	100.0
Karlstad	50	41.3	57	47.1	9	7.4	1	0.8	4	3.3	121	100.0
Kristianstad	439	37.6	483	41.4	150	12.9	71	6.1	24	2.1	1167	100.0
Lycksele	0	0	8	23.5	13	38.2	10	29.4	3	8.8	34	100.0
Skellefteå	1	5.0	9	45.0	7	35.0	3	15.0	0	0	20	100.0
Skövde	148	7.4	1079	54.1	609	30.6	143	7.2	14	0.7	1993	100.0
Sundsvall	1	2.2	35	77.8	7	15.6	2	4.4	0	0	45	100.0
Sörmland	3	100.0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100.0
Umeå	1	1.2	39	48.1	33	40.7	8	9.9	0	0	81	100.0
Uppsala	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.0	1	100.0
Vänersborg	773	38.7	778	38.9	298	14.9	102	5.1	47	2.4	1998	100.0
Västervik	5	55.6	2	22.2	2	22.2	0	0	0	0	9	100.0
Västerås	3	17.6	9	52.9	5	29.4	0	0	0	0	17	100.0
Örebro	1	33.3	2	66.7	0	0	0	0	0	0	3	100.0
Alla enheter	2631	19.2	6118	44.6	3649	26.6	1076	7.8	250	1.8	13724	100.0

\*Synenheten vuxna Skåne benämns med Kristianstad i tabellen, de har startat med effektmått först.

### Kommentar (effektmått)

Det är 21 av 27 enheter som har arbetat med att mäta effekter under 2023. I enhetsredovisningen (figur 32) ingår de 14 enheter som har 10 mål eller flera genomförda under 2023. Det finns en diskrepans mellan olika enheter. 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 siffrorna för samtliga enheterna (figur 31) ses procentuella siffror mellan 57,5-81,3 som upplever förbättring efter rehabilitering. I dessa siffror ingår alla registrerade enheter. Högst procentuell förbättring finns inom målområdet "hemliv" och "lärande och att tillämpa kunskap". Minst procentuell förbättring ses för "mellanmänniska interaktioner och relationer", som dock är en mindre grupp (n=113). Inom det mest frekvent valda målområdet "lärande och att tillämpa kunskap" (n=7901) finns delmål som att läsa text och att skriva.

Ett fortsatt arbete för styrgruppen är 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 <sup>66</sup> 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 38 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.

För att arbeta med "mäta effekter" i SKRS krävs det utbildning i ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Under 2023-2024 har samtliga enheter fått utbildning i att mäta effekter och en introduktion i ICF.

I årsrapporten för 2023 har 21 enheter startat att mäta effekter, vilket har utökat antalet analyserande mål/delmål från 9 345 (2022) till 13 754 (2023), en utökning med 4370 mål. Målbilden i SKRS är att senast 2024-06-01 ska alla synenheter delta genom att mäta effekterna av rehabilitering.

Tidplan för utbildning och start av "mäta effekter" i SKRS.

<i>enhet</i>	<i>utbildning</i>	<i>start</i>
1. Borås	2016	2016
2. Göteborg	2016	2016
3. Vänersborg	2016	2016
4. Skövde	2016	2016
5. Halland	2016	2016
6. Synenhet Skåne (Kristianstad)	2021	2021
7. Gotland	2022	2022
8. Karlstad, Värmland	2023 maj	2023
9. Linköping	2023 juni	
10. Umeå	2023 juni	2023
11. Skellefteå	2023 juni	2023
12. Lycksele	2023 juni	2023
13. Sundsvall	2023 juni	2023
14. Kalmar	2023 juni	2023
15. Västervik	2023 juni	2023*
16. Stockholm	2023 sept	
17. Jönköping	2023 sept	2023*
18. Dalarna	2023 okt	2023*
19. Blekinge	2023 okt	2023*
20. Örebro	2023 okt	2023*
21. Östersund	2023 okt	
22. Västerås	2023 okt	2023
23. Växjö	2024 jan	
24. Uppsala	2024 jan	2023*
25. Gävle	2024 feb	
26. Luleå	2024 feb	
27. Eskilstuna	2024 feb	2023*

\* Nystartad enhet, <10 mål t o m 2023-12-31.

# DASHBOARD I SKRS- ÖVERSIKT ONLINE

67

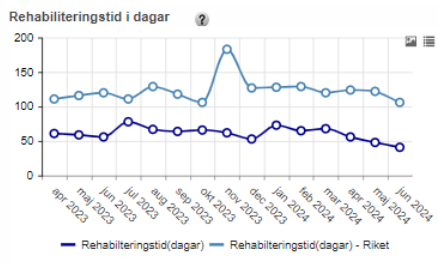
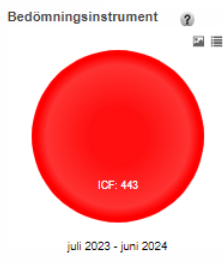
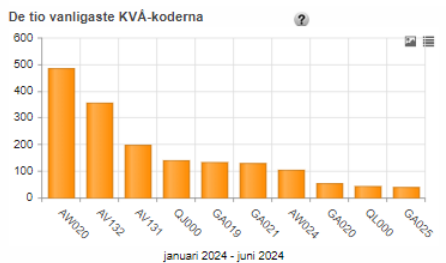
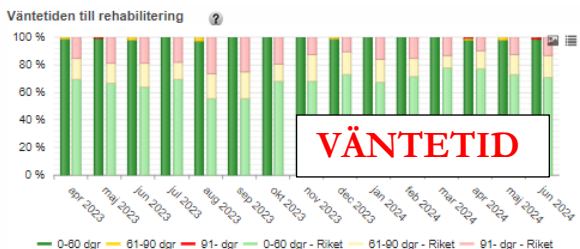
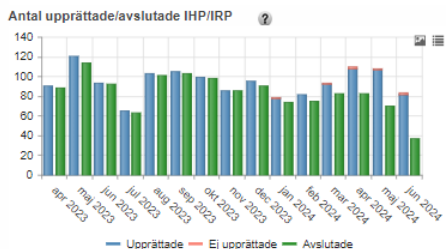
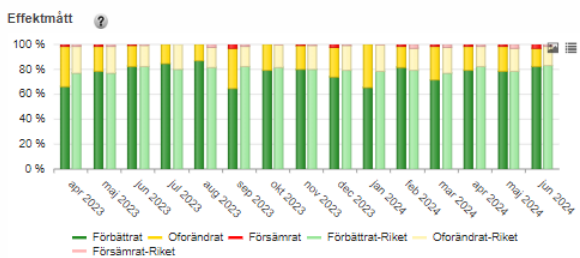
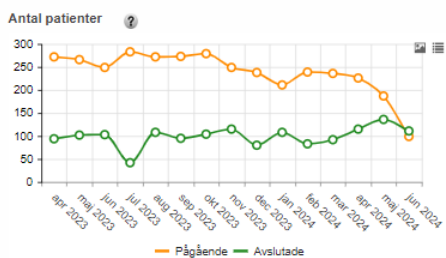
SKRS har utvecklat en Dashboard som alla enheter finner på första sidan i registret. Det är en översikt av enhetens registreringar och ger uppdatering av statistik i sex olika diagram online (uppdatering varje dygn). Arbetet har gjorts för att öka användbarheten av data för verksamheten. Diagrammen på 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 re/habilitering 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 re/habilitering för enheten under de senaste 15 månaderna, dvs från remissdatum till avslutad re/habilitering. Diagrammet innehåller både enhetens och rikets data.
7. Effektmått. 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.

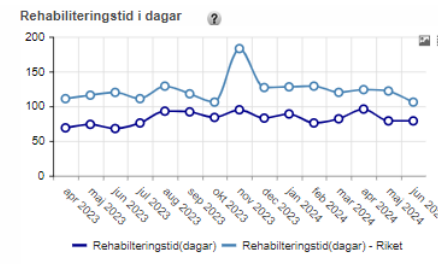
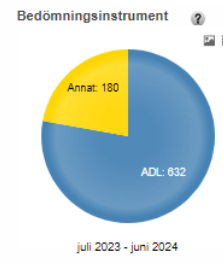
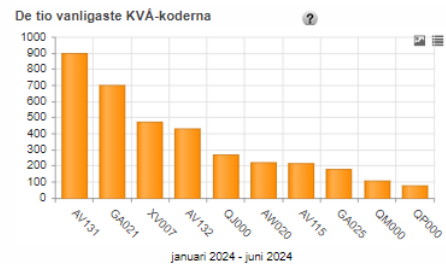
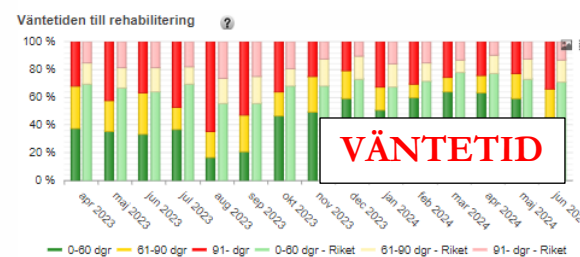
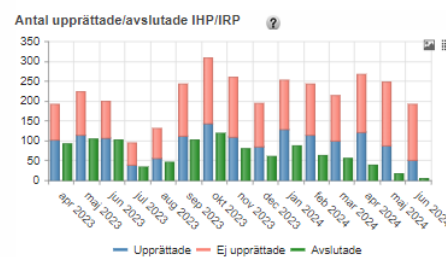
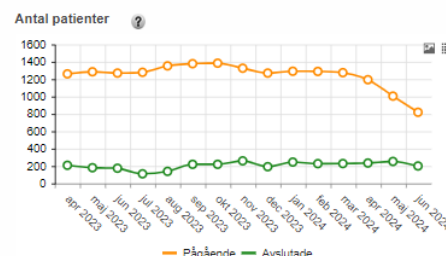
För samtliga diagram gäller att man kan se exakt antal dagar, individer, åtgärds-koder i klartext etc. när man håller muspekaren över stapeln/linjen. Ytterligare information om diagraminnehåll visas under frågetecknet till höger.

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 åskådliggörs att det finns något större problem med väntetider för enhet 2 än enhet 1. Det går också att se att enhet 1 använder ICF som bedömningsinstrument och enhet 2 använder ADL taxonomi syn och annat bedömningsinstrument.

### SKRS Dashboard



### SKRS Dashboard

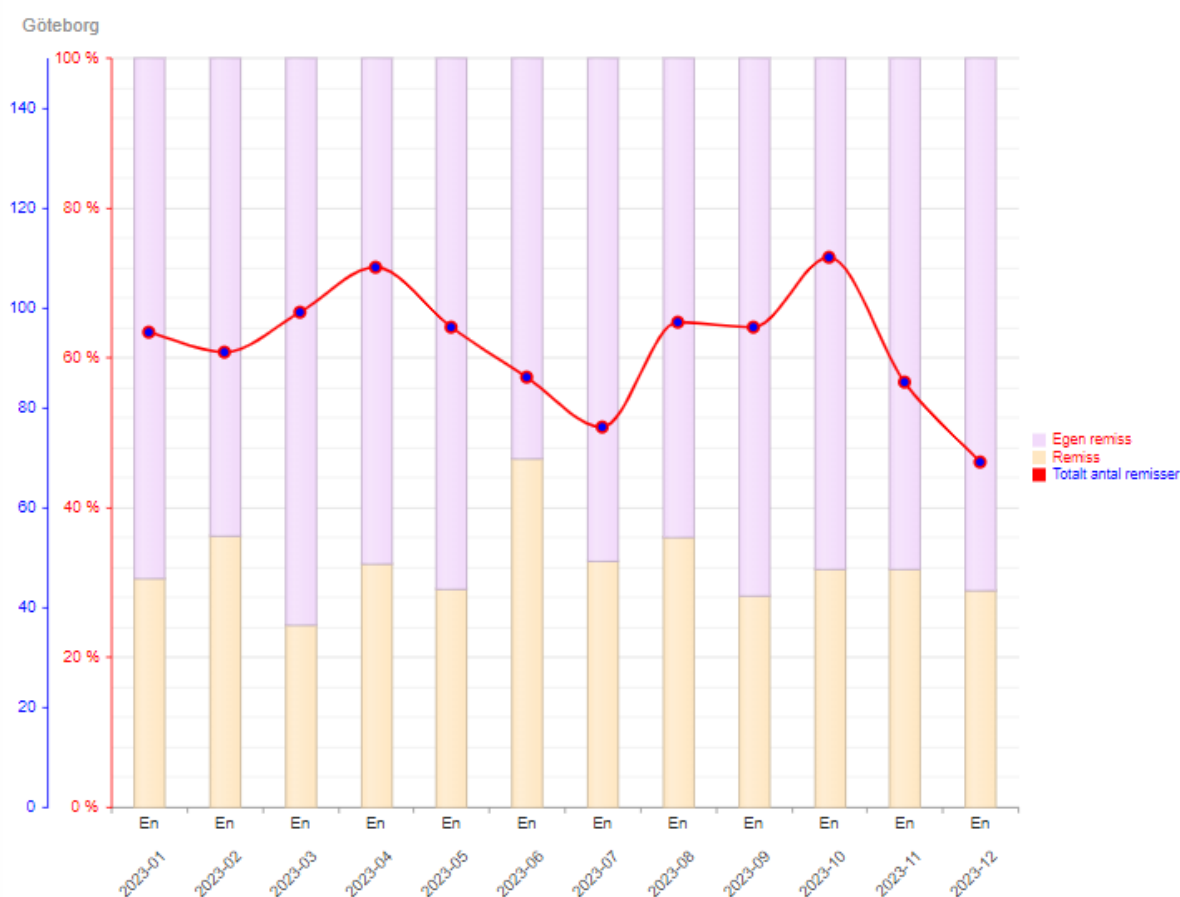


## VISUALISERING

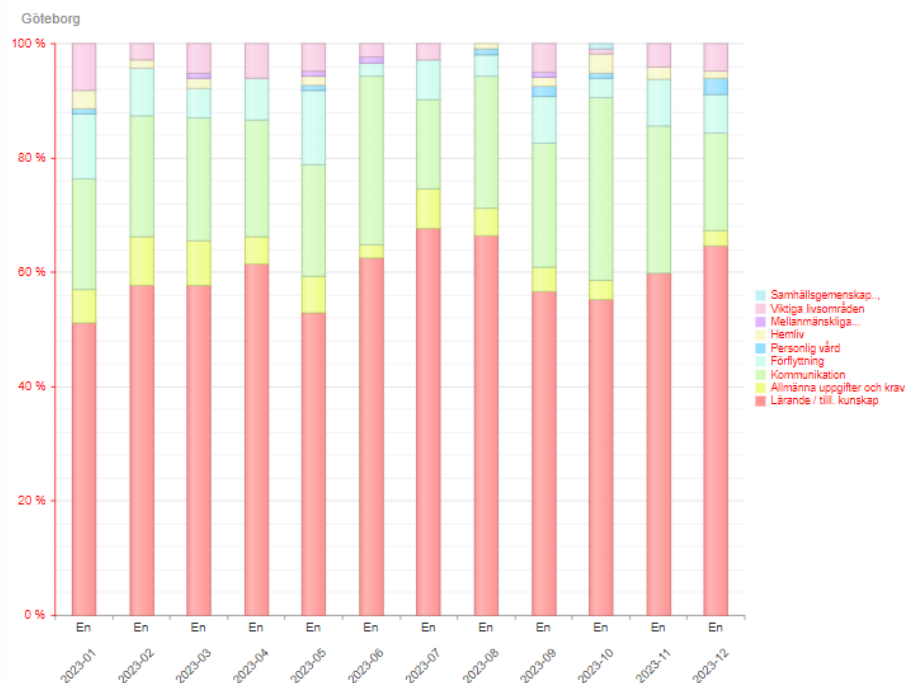
Under 2021 lanserades ett dynamiskt visualiseringsverktyg i registret. SKRS finns på Pharosplattformen, vars övriga register har liknande verktyg. Alla användare kan nu ta fram diagram och tabeller för samtliga variabler efter eget önskemål. Möjligheten finns att filtrera data för kön, åldersgrupper, 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. Verktöget kommer att fortsätta utvecklas efter behov och önskemål från användare. Införandet av barn och ungdomar i SKRS under 2024 ger behov av ytterligare översyn.

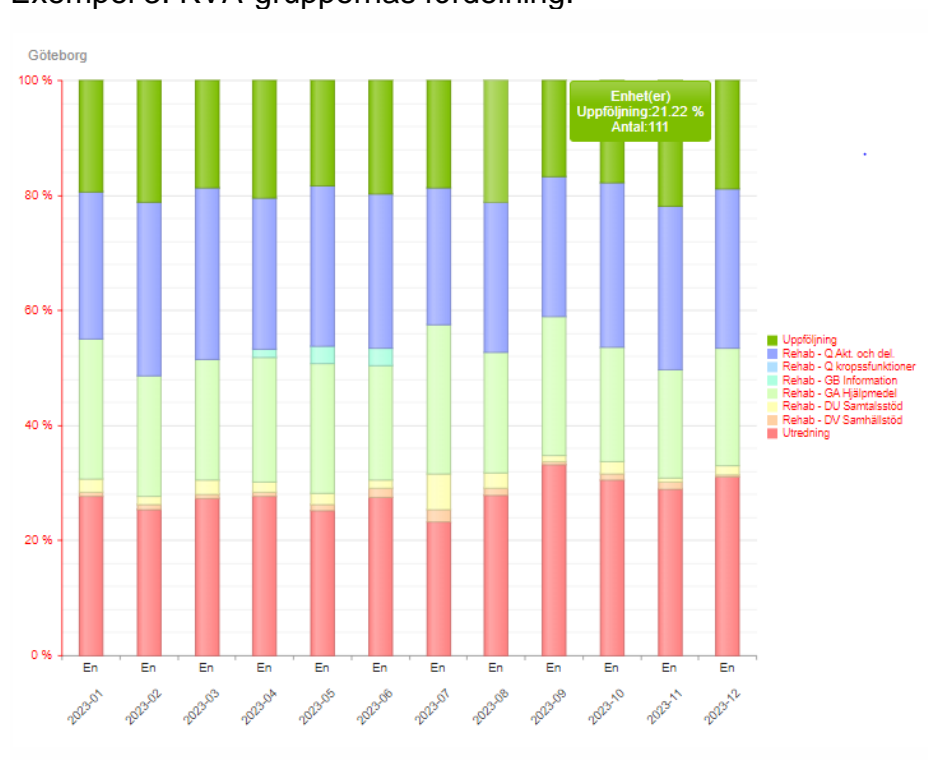
Exempel 1: Andel remisstyper i SKRS, remiss eller egen vårdbegäran.



## Exempel 2: ICF:s målområden inom synhabilitering.



## 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.

2024-09-19

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](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](mailto:hoh.skrs@vgregion.se)

**Tekniska frågor och support**

[rcsydkarlskrona@regionblekinge.se](mailto: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.