



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

ÅRSRAPPORT 2024



Syntolkning av bild: Pioner i olika rosa nyanser.

Svenskt Kvalitetsregister för
Re/-habilitering vid Synnedsättning

ÅRSRAPPORT – 2024

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning.

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

Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA): Region Skåne

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. Under 2024 har fyra nya styrgruppsmedlemmar rekryterats.

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

Fredrik Stockhaus, patientföreträdare, SRF, Stockholm

Mattias Erlandsson, kurator, Västra Götalandsregionen

Nesrin Dahil, enhetschef, Region Skåne

Clara Tröger, kurator, Region Uppsala

John Franzén, verksamhetsutvecklare, Region
Västmanland

Susanne Albrecht, projektledare, 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	6
Rehabilitering vid synnedsättning	10
Styrgrupp	14
Antalet registreringar	15
Anslutningsgrad – deltagande enheter	17
Täckningsgrad	19
Demografi	21
Grad av synnedsättning	25
Diagnoser vid synnedsättning	28
Åtgärder och insatser vid rehabilitering	31
Användning av bedömningsinstrument	34
Andel upprättade IRP	38
Väntetid från remiss till första besök	42
Rehabiliteringstid	53
Effektmått (25/27 enheter)	60
Barn och ungdomar (2024-20250331)	65
Dashboard - online data	92
Visualisering	94
Tack till deltagande synverksamheter	96
Referenslista	97

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 2024 har samtliga regioner deltagit med registrering i SKRS.

Statistik

Statistiken i årsrapporten är räknad på data från 2016 till 2024 när det gäller antalet registreringar och 2019-2024 gällande övrig presentation av data över tid. I övrigt presenteras i årsrapporten data för 2024. Sedan starten har det gjorts **82 812** 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 2024 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. Under 2024 har en aktuell statistik för hemsidan tagits fram i samarbete med RC Syd.

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 2024 deltog medarbetare ifrån 15 syncentraler och medlemmar ifrån SKRS styrgrupp i arbetet med att skapa en nationell samsyn kring vårdprocessens samtliga processteg. Resultatet lanserades 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.

Genomförd kontinuerlig systematisk validering i SKRS

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 året har styrgruppen haft fokus på att genomföra en validering av SKRS, arbetet utfördes av RC Syd i maj-juni 2024. SKRS har använt sig av den manual för validering som finns sammanställd av Sveriges Kommuner och Regioner.

Det sammanlagda resultatet för samtliga 27 enheters validerade registreringar (n=1620) var överensstämmande och korrekta i 89 % av fallen. Det totala resultatet per variabel har en variation mellan 83-97%. Den mest överensstämmande variabeln var besöksdatum vid kartläggning (97%) och den minst överensstämmande remissdatum (83%). Valideringsrapporten sammanställdes i augusti 2024, och finns för nedladdning från SKRS hemsida.

Certifieringsnivå

SKRS befinner sig på certifieringsnivå 3. Under 2024 har arbete pågått för att utveckla SKRS vidare för att uppnå certifieringsnivå 2.

Inkludering av barn- och ungdomar

Den 1 oktober 2024 introducerades registrering av barn och ungdomar i SKRS. I årets rapport finns ett nytt kapitel om barn och ungdomar 0 – 19 år. I kapitlet har data från 2024-20250331 inkluderats.

Under året har SKRS samarbetat med Synskaderegistret (som registrerar barn- och ungdomar med synnedsättning). 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). I samband med uppstarten arrangerades 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 registrerar i SKRS att användas för att beräkna och belysa förekomsten av olika ögonsjukdomar som, i en svensk kohort, leder till allvarlig synnedsättning, samt hur den demografiska fördelningen av de olika diagnoserna ser ut. Vidare kommer en utvärdering av de habiliterande/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 2024. 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.

För de första två indikatorerna uppfylldes 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.

Vården i siffror

Tre indikatorerna har 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 av tre indikatorer på Vården i siffror skedde under september 2024. På följande länk finner ni kvalitetsindikatorerna på Vården i siffror.

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning (SKRS)

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning (SKRS)

Bättre än eller lika med Riksnitt

Sämrre än Riksnitt

Ej tillämpbar

Namn

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

↑↓

Riket

Jämtland Härj...

Stockholm

Gotland

Kronoberg

Halland

Gävleborg

Norrbottn

Örebro

Skåne

Västernorrland

Upprättade individuella rehabiliterings-/habiliteringsplaner vid synnedsättning

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

62,6 %

35,5 %

47,7 %

84,4 %

74,1 %

80,3 %

68,1 %

2,2 %

64,1 %

57,1 %

67,5 %

↗

↘

↘

↘

↘

↘

↗

↗

↘

↘

↗

Önskat värde: Högt, Måtenhet: %

Tillgänglighet till synrehabilitering/-habilitering (0-60 dagar)

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

63,6 %

19,1 %

34 %

67,7 %

30,7 %

60,2 %

32,1 %

81,6 %

28,5 %

80,6 %

74,3 %

↗

↘

↗

↗

↗

↘

↗

↗

↗

↘

↗

Önskat värde: Högt, Måtenhet: %

Tillgänglighet till synrehabilitering/-habilitering (0-90 dagar)

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

2023

78,7 %

35,5 %

54,2 %

88 %

50 %

85,3 %

54,7 %

87,2 %

46,2 %

94,7 %

88,9 %

↗

↘

↗

↗

↗

↗

↗

↗

↗

↗

↗

Önskat värde: Högt, Måtenhet: %

De tre kvalitetsindikatorerna på Vården i siffror, data från 2023.

REHABILITERING VID SYNNEDESÄTTNING

Bakgrund

Rehabilitering vid synnedsättning

En person med synnedsättning 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 synnedsättningen 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 påbörjats som pilotprojekt av Västra Götaland Regionen (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 att 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 att 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 2025–2026

Under perioden 2025–2026 kommer följande insatser att genomföras inom ramen för Svenska Kvalitetsregistret för Synrehabilitering (SKRS):

- 1. Täckningsgrad**
Arbetet med att mäta och utveckla täckningsgraden fortsätter, i syfte att säkerställa en hög datakvalitet och representativitet.
- 2. Certifieringsnivå**
Registret strävar efter att uppnå certifieringsnivå 2 enligt gällande kriterier. Ansökan om uppgradering skickades senast in under fjärde kvartalet 2024.
- 3. Inkludering av barn och ungdomar**
Den 1 oktober 2024 startade SKRS – Barn och ungdomar 0–19 år. Arbetet med att inkludera denna målgrupp i registret fortlöper under 2025.
- 4. Utökning av indikatorer**
En fjärde indikator införs för att mäta effekten av rehabiliteringsinsatser.
- 5. Statistik och visualisering**
Utvecklingen av statistikvisningar och visualiseringsverktyg inom SKRS fortgår.
- 6. Öppen statistikredovisning**
Aktuell statistik finns tillgänglig för allmänheten via SKRS webbplats. Denna funktion ska vidareutvecklas för ökad transparens och användarvänlighet.
- 7. Forskning och kvalitetsuppföljning**
Registret bidrar med data till forskning och kvalitetsuppföljning. Styrgruppen samarbetar med forskare inom ett forskningsprogram, där manus till den första vetenskapliga artikeln om SKRS är under arbete.

8. Valideringsarbete

Resultat från validering av data på respektive synenhet analyseras och följs upp.

9. Utveckling av kvalitetsmått

Flera nya mått och målvärden utvecklas för att bättre indikera god kvalitet inom synrehabilitering.

10. Effektmått för upplevd nytta

Implementeringen av effektmått för upplevd effekt av synrehabilitering fortsätter under rubriken "Mäta effekter".

11. Nationell vårdprocess

SKRS deltar i projekt kring utvecklingen av en nationell vårdprocess för synrehabilitering.

12. Plattformsbyte

SKRS kommer att byta plattform från Pharos till 3C. Migrationsprojekt startat mars 2025, planerat avslut av projektet december 2025.

Övriga utvecklingsbehov

Utöver ovanstående handlingsplan identifieras ett behov av tillgänglighetsanpassning inom SKRS. I arbetet med att mäta effekter används patientrapporterade mått, PROM (Patient Reported Outcome Measures), som ett centralt verktyg.

SKRS STYRGRUPP

Registerhållare Eva Karlström, enhetschef, Region Stockholm

Styrgrupp

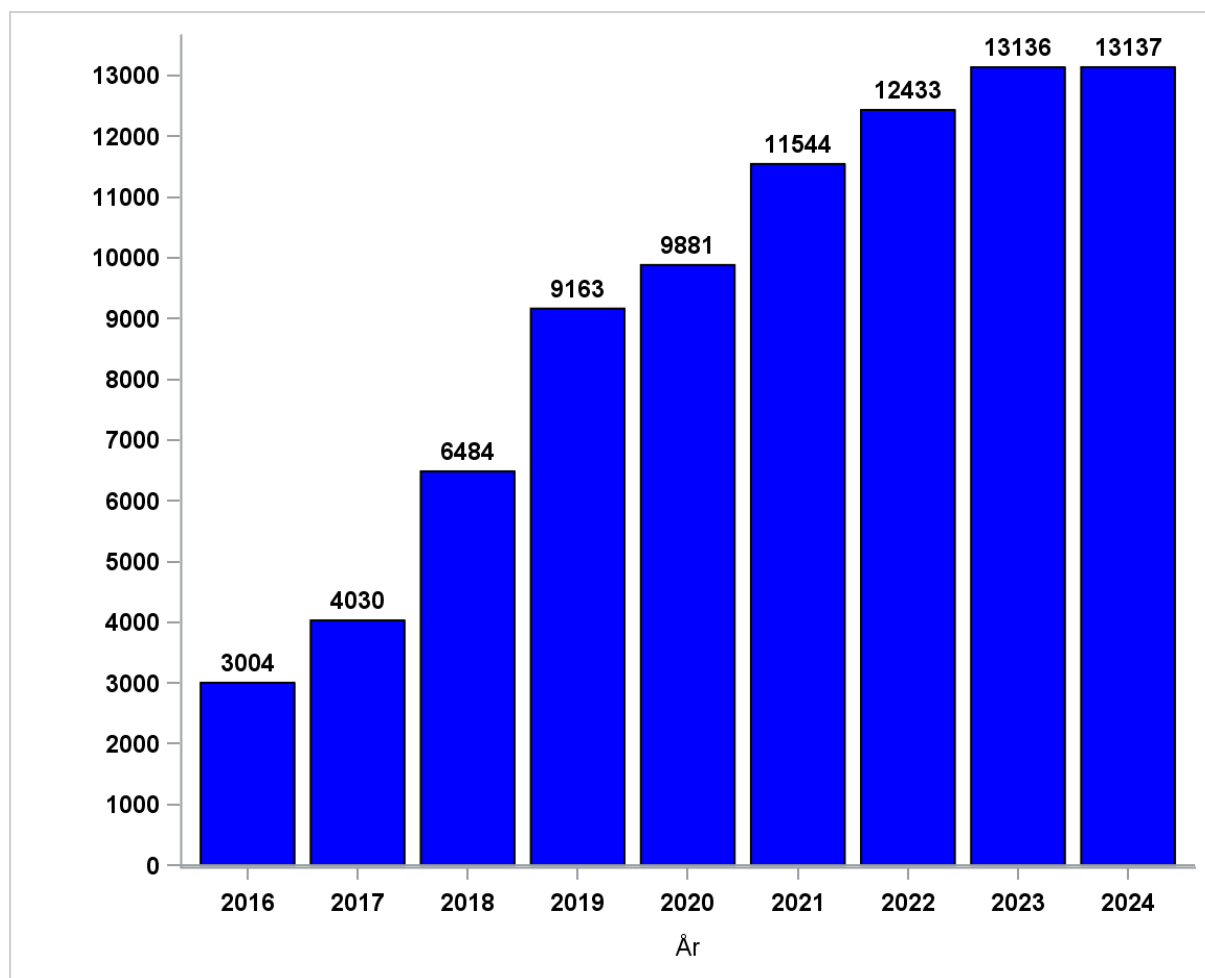
Helena Backteman, synpedagog, Region Västerbotten
Sara Andersson enhetschef, Västra Götalandsregionen
Sofia Evertsson Marberg, verksamhetsutvecklare,
Västra Götalandsregionen
Ulrika Kjellström, ögonläkare, Region Skåne
Kristina Tornqvist, ögonläkare, Region Skåne
Fredrik Stockhaus, patientföreträdare, SRF, Stockholm
Mattias Erlandsson, kurator, Västra Götalandsregionen
Nesrin Dahil, enhetschef, Region Skåne
Clara Tröger, kurator, Region Uppsala
John Franzén, verksamhetsutvecklare,
Region Västmanland

Susanne Albrecht, projektledare, registerspecialist,
ögonsjuksköterska. Registercentrum Syd, Region Blekinge
Pernilla Olausson, dataanalytiker
Registercentrum Syd, Region Skåne

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 2016-2024. Registeruttag 2025-04-29.



Kommentar

Antalet registreringar i SKRS har utvecklats stadigt uppåt sedan starten i oktober 2015. Under 2024 ligger antalet registreringar på 13 137. Siffran skiljer sig endast från 2023 med en registrering, vilket leder till tanken att den uppåtgående trenden varje år har brutits. Med tanke på tillägg av barn och ungdomar borde siffran öka mer till 2025.

Tabell 1. Antal registreringar per region i SKRS 2016–2023.
Registeruttag gjort 2025-04-29.

Region	Besöksår									Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Blekinge	109	155	241	264	261	301	280	266	300	2177
Dalarna	0	0	116	189	197	164	297	349	292	1604
Gotland	63	98	91	84	123	131	169	168	180	1107
Gävleborg	3	12	143	436	328	398	296	432	360	2408
Halland	400	348	434	512	504	383	546	476	332	3935
Jämtland	196	172	124	225	80	126	111	157	151	1342
Jönköping	221	346	213	290	407	397	428	429	490	3221
Kalmar	59	184	217	258	267	234	283	306	267	2075
Kronoberg	0	0	148	168	101	191	211	212	184	1215
Norrbottn	66	74	180	257	252	231	265	179	164	1668
Stockholm	160	244	309	846	1512	2050	2080	2559	2673	12433
Synerheten Skåne	74	266	972	945	1489	1649	1711	1844	1898	10848
Södermanland	4	154	279	339	270	376	392	374	322	2510
Uppsala	0	0	0	0	0	10	259	276	319	864
Värmland	23	132	489	511	375	495	522	520	439	3506
Västerbotten	245	271	269	253	347	371	350	378	357	2841
Västernorrland	94	65	55	392	431	458	459	384	401	2739
Västmanland	47	191	288	248	238	295	344	309	400	2360
Västra Götaland	1239	1213	1275	2470	2159	2511	2636	2679	2855	19037
Örebro	1	105	363	210	140	278	335	376	263	2071
Östergötland	0	0	278	266	400	495	459	463	490	2851
Total	3004	4030	6484	9163	9881	11544	12433	13136	13137	82812

- *) Varav 8 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2016.
- *) Varav 7 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2017.
- *) Varav 7 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2018.
- *) Varav 19 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2019.
- *) Varav 19 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2020.
- *) Varav 21 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2021.
- *) Varav 22 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2022.
- *) Varav 18 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2023.
- *) Varav 213 registreringar för barn mellan 0-19 år under 2024

Kommentar

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

I oktober 2024 startade registrering av barn och ungdomar <20 år i SKRS. Det fåtalet registreringar som finns för barn 0-19 år bedöms vara individer från 18 år och uppåt eller efterregistreringar. Den övre gränsen för vad som är barn och ungdomar skiljer sig mellan i Sveriges regioner. De två alternativa gränserna som förekommer är 18 eller 20 år.

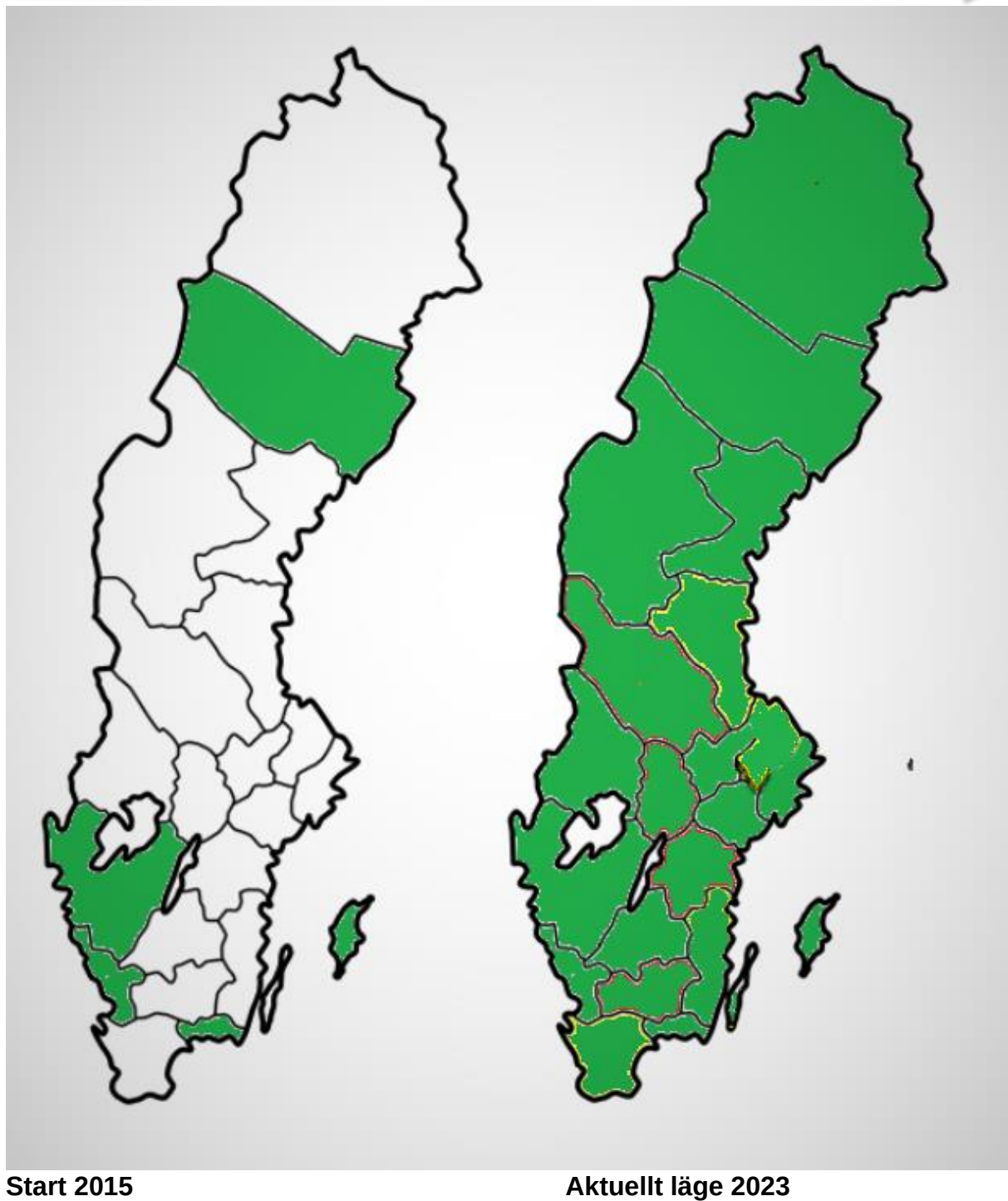
ANSLUTNINGSGRAD- DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER

I dagsläget finns det 27 registrerande 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.



 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 2025. 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.

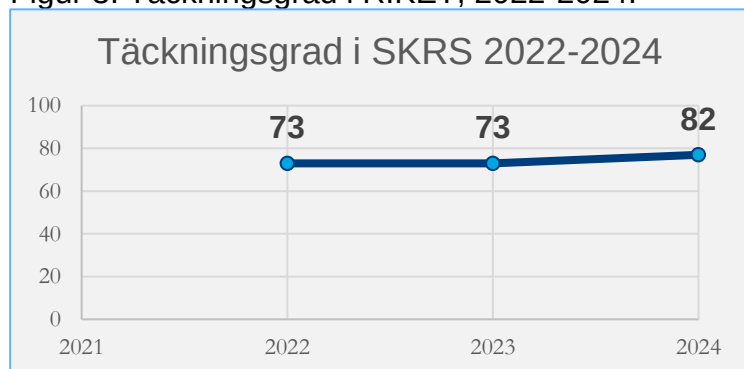
- **Nämnare**

Antal remisser/egen vårdbegäran vid synenheten under det aktuella året

Av totalt 21 regioner deltar samtliga i SKRS. Angående resultat har 21 av 21 regioner har lämnat uppgifter om antal remisser, och 20 av 21 regioner har lämnat uppgift om egen vårdbegäran under jan-december 2024. Täckningsgraden nationellt är 82 % för de 20 regioner som lämnat in fullständiga uppgifter, se figur 3.

Under användarmöten har SKRS styrgrupp informerat om vikten av en ökande täckningsgrad för bättre kvalitativa data i registret. Täckningsgraden för certifieringsnivå 2 ska vara högre än 60 procent vilket SKRS uppnår med 2024 års siffror. Kontaktpersoner och chefer har under användarmöten diskuterat aktiviteter för fortsatt positiv utveckling av täckningsgraden i SKRS. Återkoppling per region kommer att ges av styrgruppen.

Figur 3. Täckningsgrad i RIKET, 2022-2024.



Tabell 2. Täckningsgrad per region för 2022-2024.

Täckningsgrad (%) i SKRS	2022	2023	2024
RIKET	73,0	73,0	82,0
01 Stockholm	62,0	84,0	100,0
02 Uppsala	34,0	36,0	57,0
03 Södermanland	96,0	96,0	74,0
04 Östergötland	99,0	100,0	96,0
05 Jönköping	-	71,0	83,0
06 Kronoberg	72,0	67,0	75,0
07 Kalmar	89,0	100,0	90,0
08 Gotland	90,0	88,0	89,0
09 Blekinge	97,0	100,0	97,0
10 Skåne	58,0	55,0	61,0
11 Halland	68,0	55,0	100,0
12 Västra Götaland	85,0	86,0	93,0
13 Värmland	67,0	81,0	81,0
14 Örebro	100,0	70,0	91,0
15 Västmanland	100,0	100,0	100,0
16 Dalarna	46,0	51,0	51,0
17 Gävleborg	100,0	100,0	100,0
18 Västernorrland	-	88,0	86,0
19 Jämtland	76,0	36,0	55,0
20 Västerbotten	77,0	60,0	64,0
21 Norrbotten	63,0	100,0	60,0

Kommentar

För Region Jönköping redovisas endast täckningsgraden för nyinkomna remisser som saknar uppgift om antal egen vårdbegäran.

Avvikelser i täckningsgrad kan förklaras av att refuserade remisser kommit med i statistiken, dubbelremisser på samma patient, kontaktlinspatienter som finns med i underlaget som inte ingår i SKRS målgrupp.

DEMOGRAFI

Registret registrerar vuxna patienter från 20 år som är i behov av synrehabiliterande insatser. Från den 1 oktober 2024 omfattar registret även barn- och ungdomar. Statistiken som följer i årsrapporten är räknad på ett datauttag från 2025-04-29.

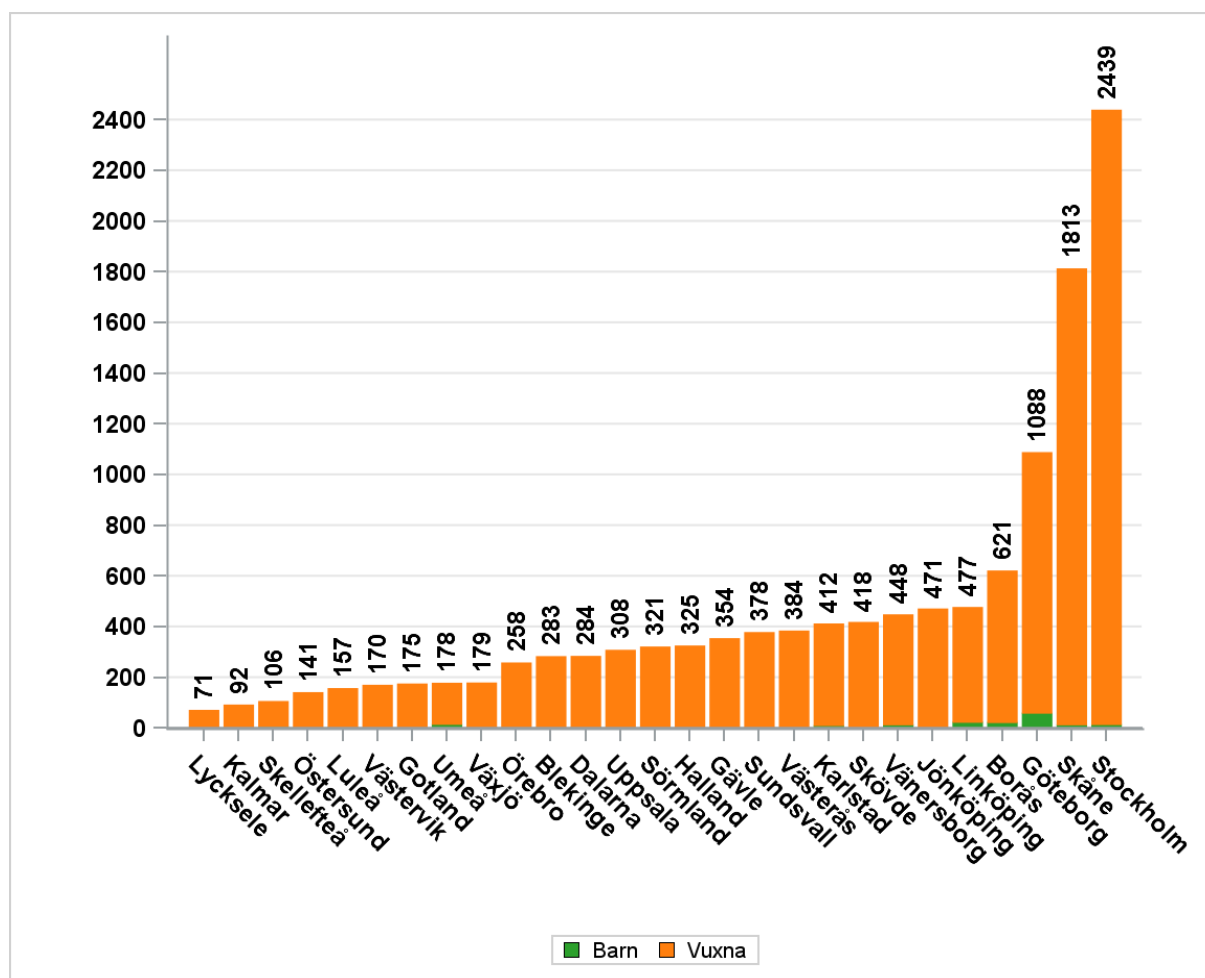
Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS år 2024 per enhet, antalet unika individer.

Totalt n=12 351

Vuxna (≥ 20 år) n=12 130

Barn (0-19 år) n= 211

Registeruttag 2025-04-29.



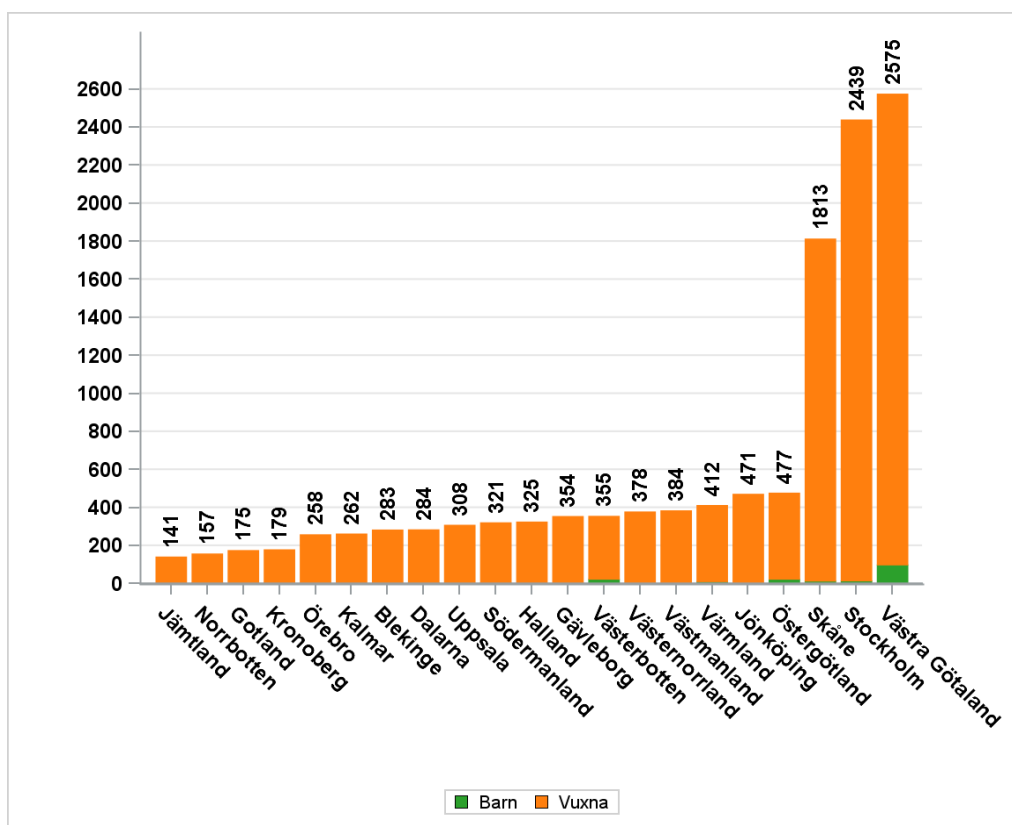
Det finns enstaka individer som har registrerat på flera enheter därför blir totalsumman i tabellen inte exakt samma som totalt antal unika patienter.

Tabell 3. Antal individer som registrerats i SKRS år 2024 per enhet.

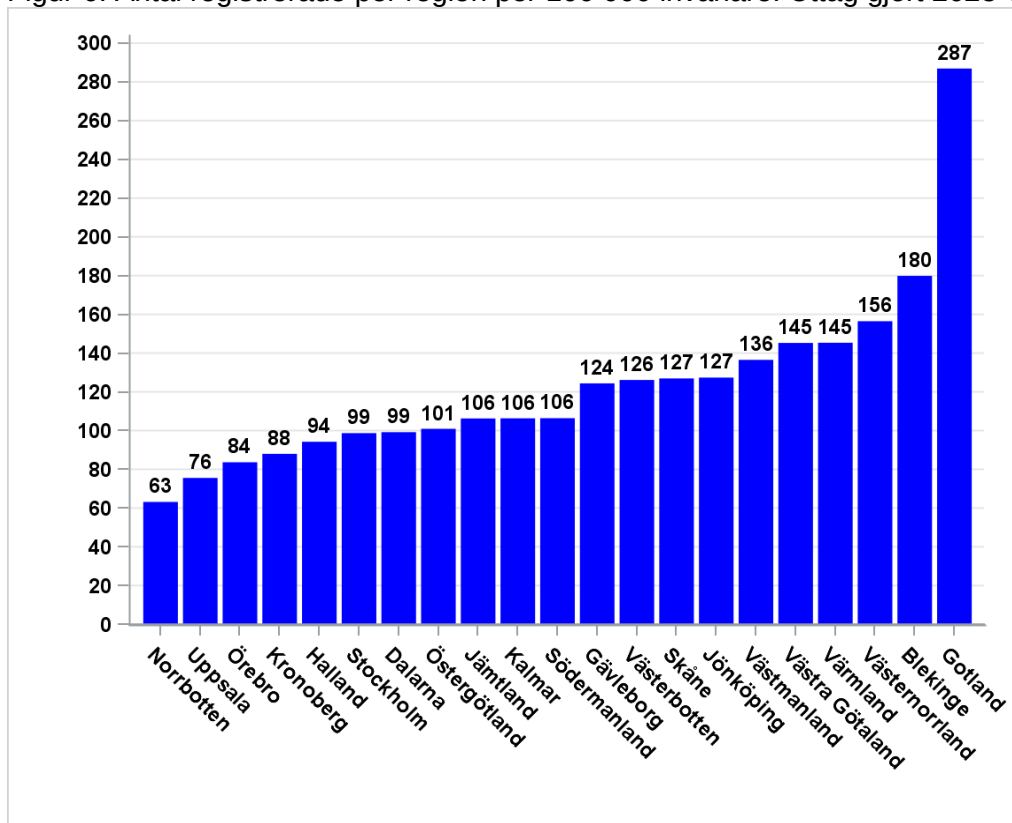
Synenhet	Barn	Vuxna	Alla
	n	n	n
Blekinge	1	282	283
Borås	23	598	621
Dalarna	5	279	284
Gotland	0	175	175
Gävle	0	354	354
Göteborg	60	1028	1088
Halland	1	324	325
Jönköping	2	469	471
Kalmar	0	92	92
Karlstad	11	401	412
Linköping	24	453	477
Luleå	4	153	157
Lycksele	2	69	71
Skellefteå	6	100	106
Skåne	14	1799	1813
Skövde	2	416	418
Stockholm	15	2424	2439
Sundsvall	2	376	378
Sörmland	3	318	321
Umeå	16	162	178
Uppsala	1	307	308
Vänersborg	14	434	448
Västervik	0	170	170
Västerås	0	384	384
Växjö	4	175	179
Örebro	0	258	258
Östersund	1	140	141
Totalt	211	12140	12351

Figur 5. Antal individer som registrerats i SKRS år 2024 per region (n=12 351)

23



Figur 6. Antal registrerade per region per 100 000 invånare. Uttag gjort 2025-04-29.

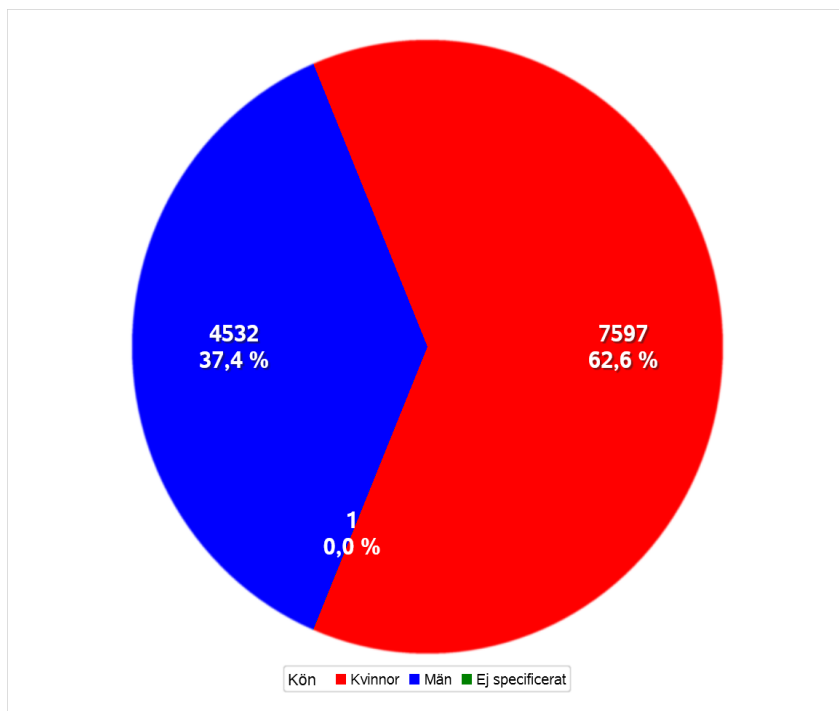


SKRS startade i oktober 2015 med Region Halland, Västra Götaland, Blekinge och Gotland. Västerbotten anslöt som pilotenhet 2016. Sedan 2021 deltar samtliga synenheter i Sverige. Medelåldern var 78 år vid kartlägningsbesöket för år 2024. För kvinnor ligger medelåldern något högre än för män, se tabell 3. Medianen är 82 år. I tabell och figur ingår endast vuxna, från 20 år. Barn redovisas i särskilt kapitel.

Tabell 4. Deskriptiv statistik över ålder i SKRS 2024. Registeruttag 2025-04-29.
Alla individer från 20 år.

Kön	Ålder				
	n	Medel	Minimum	Median	Maximum
Kvinnor	7597	79	20	83	107
Män	4532	75	20	80	104
Total	12130	78	20	82	107

Figur 7. Könsfördelning för registrerade i SKRS 2024, ≥ 20 år. Uttag 2025-04-29.



Kommentar

Könsfördelningen i SKRS var 62,6 % kvinnor under 2024, 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

25

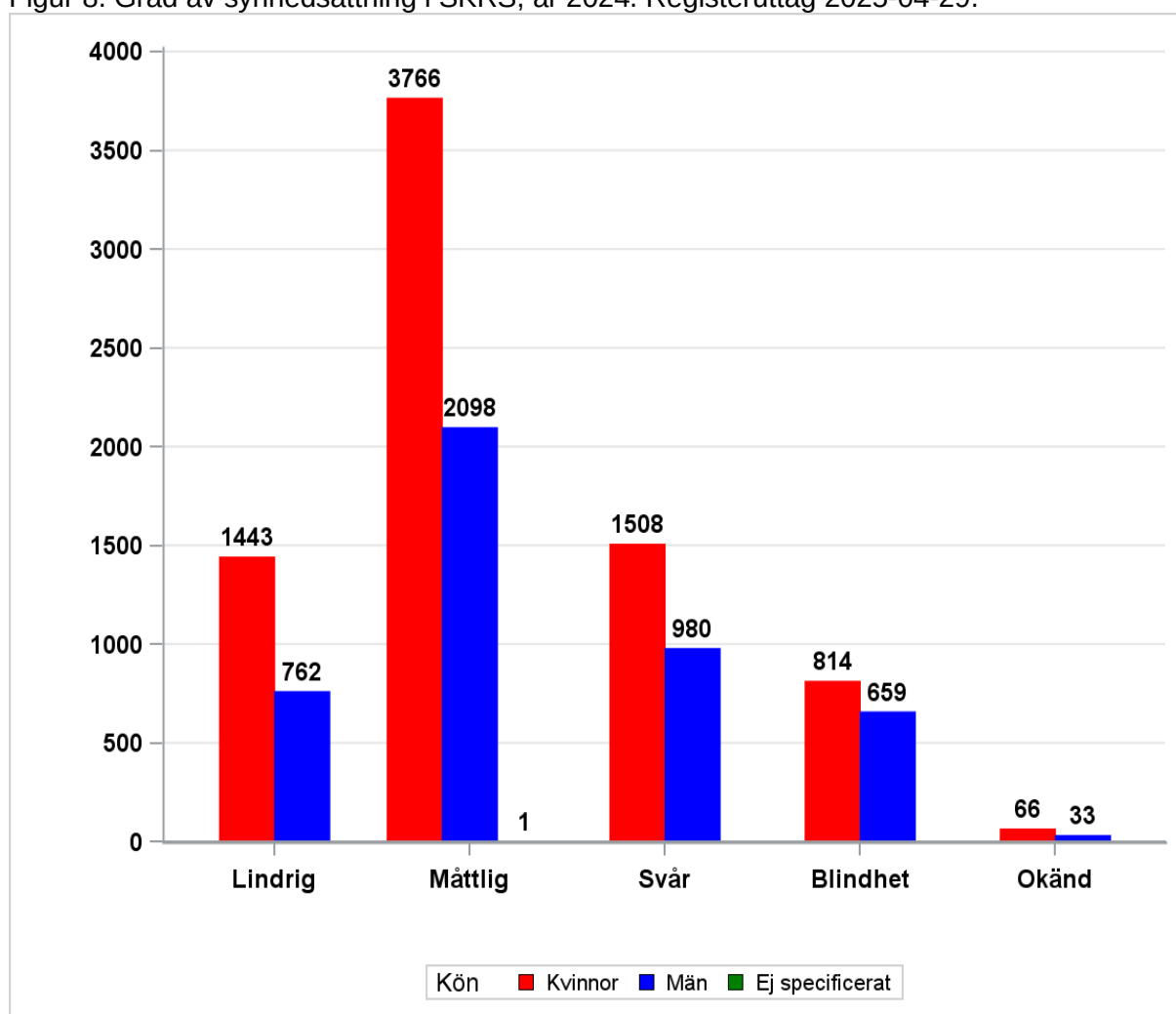
Gradering av synnedsättning görs i SKRS. Det fjärde alternativet, blindhet, innehåller i WHO:s originalutförande tre graderingar, vilket i SKRS slagits samman till ett alternativ som här benämns blindhet, se figur 7.

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

Följande alternativ, enligt WHO:s klassifikation, finns valbara i registret från oktober 2024. I nästa årsrapport kommer SKRS att redovisa enligt WHO:s klassificering, även för vuxna.

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

Figur 8. Grad av synnedsättning i SKRS, år 2024. Registeruttag 2025-04-29.



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.

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

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

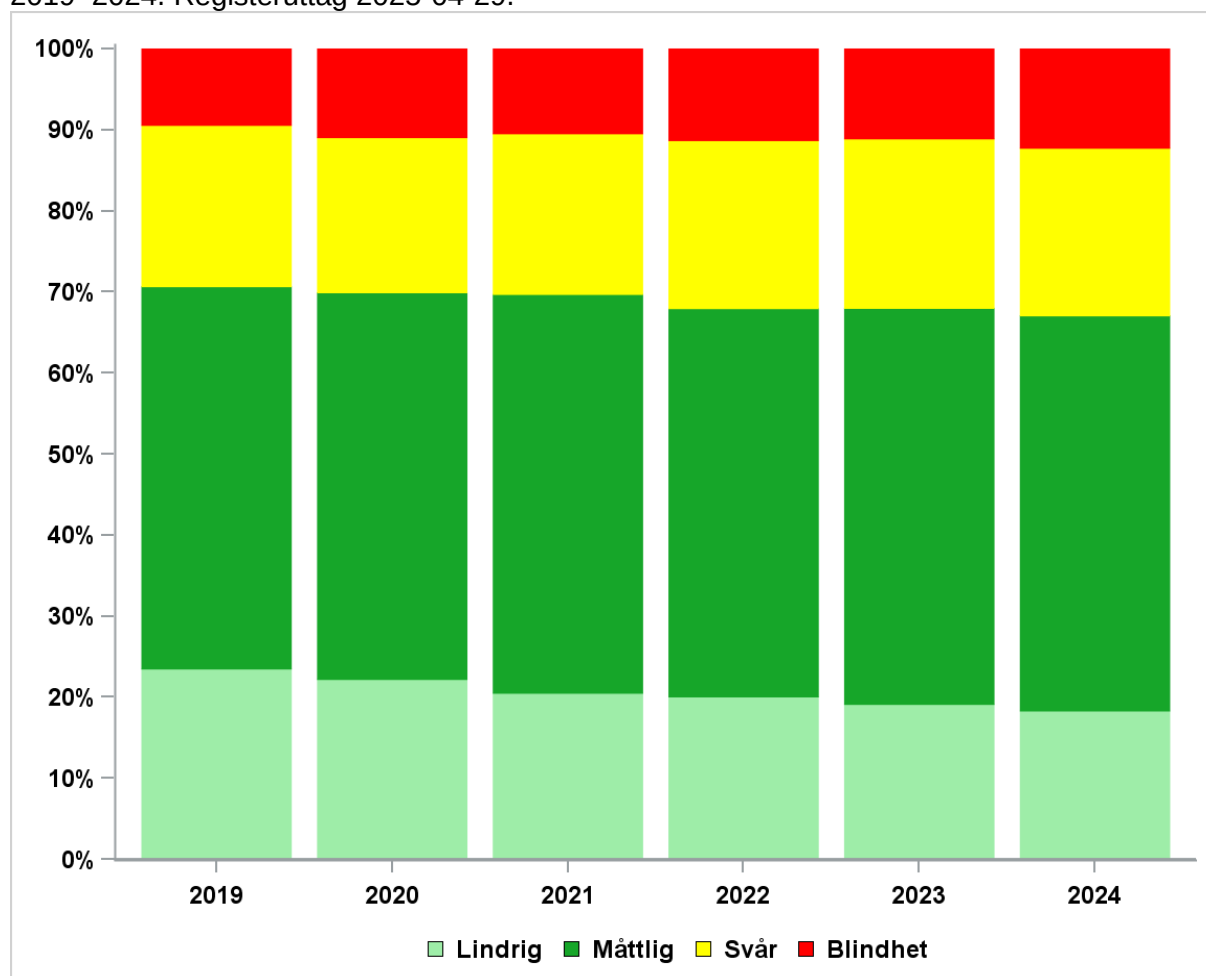
Alternativ 1: Lindrig synnedsättning motsvarar synskärpa 0,3 (= eller bättre än).

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 9. Grad av synnedsättning i SKRS. Fördelning i syngradering från 1–4, 2019–2024. Registeruttag 2025-04-29.



Kommentar

Syngraderingens fördelning mellan de fyra alternativen ligger i stort sett oförändrat mellan 2019–2024. Flest patienter hamnar i gruppen "måttlig synnedsättning". En minskning av andelen med lindrig synnedsättning har skett över tid, från 24% 2019

till 18% 2024. I stället har andelen med måttlig eller svår synnedsättning ökat med 27 2 respektive 1 procent. Andel patienter med gradering blindhet har under tidsperioden ökat från 9 till 12%. I kapitlet om rehabiliteringstid finns en analys gjord av sambandet mellan grad av synnedsättning och rehabiliteringstid.

Tabell 5. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition över tid 2019-2024.

Grad av synnedsättning	År											
	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lindrig	2041	24	2078	22	2252	21	2377	20	2384	19	2205	18
Måttlig	4095	47	4463	48	5401	49	5676	48	6086	49	5865	49
Svår	1728	20	1790	19	2176	20	2456	21	2605	21	2488	21
Blindhet	818	9	1023	11	1148	10	1339	11	1381	11	1473	12
Alla	8682	100	9354	100	10977	100	11848	100	12456	100	12031	100

Mer information för analys och tolkning

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.



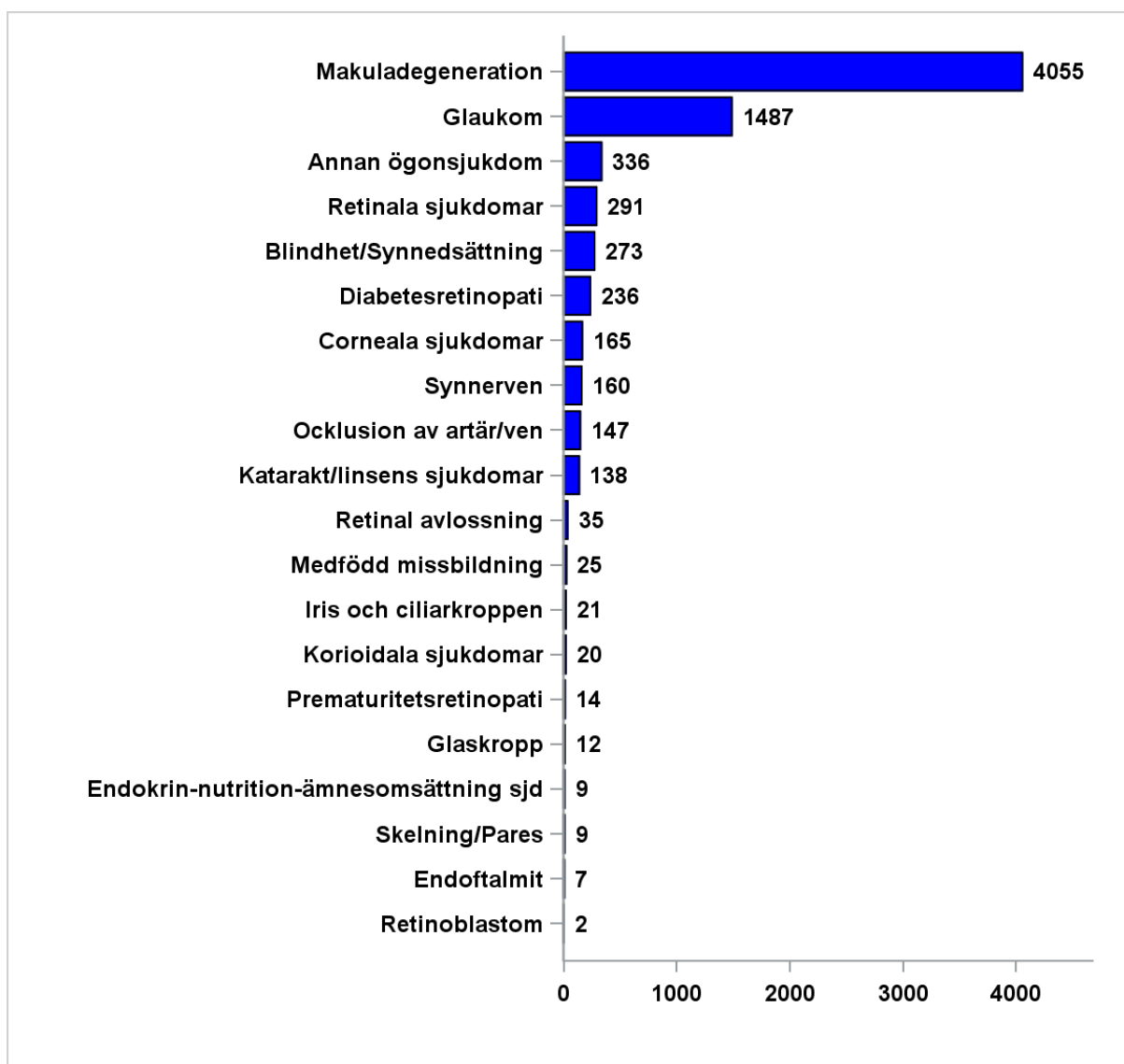
Syntolkning av bild; händer som formar ett hjärta som ramar in solnedgång över havet (Mediarkivet Region Blekinge)

DIAGNOSER VID SYNEDSÄTTNING

28

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.

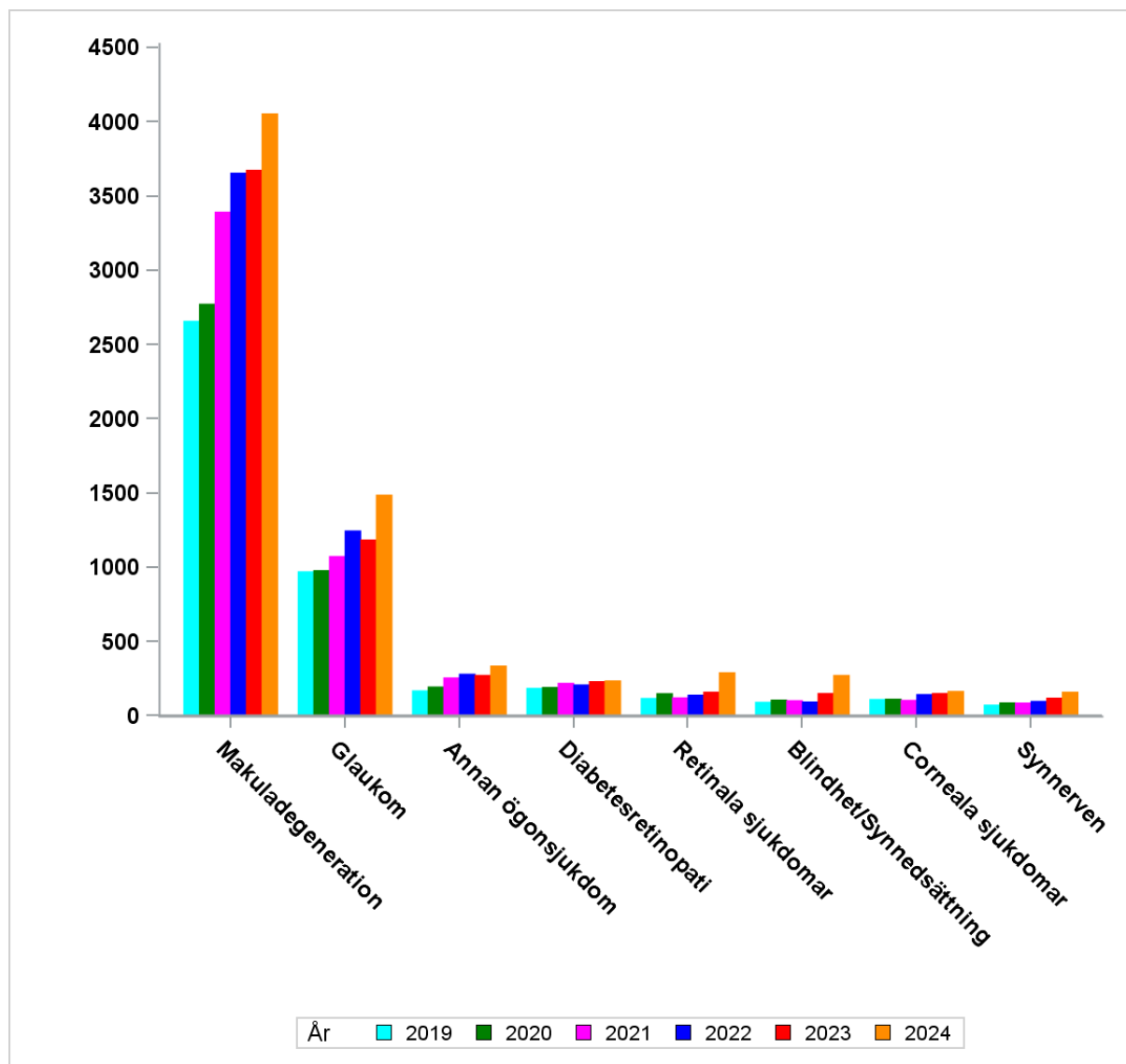
Figur 10. Fördelning av huvuddiagnoserna år 2024 (n=7442). Registeruttag 2025-04-29.



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 11. De åtta vanligaste huvuddiagnoserna 2024 och förekomsten för år 2019 – 2024. 29



Kommentar

Om man tittar på huvuddiagnoser över tid, 2019–2024, 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 har tidigare inte krävt diagnos. Ungefär hälften av registreringarna innehåller därav en huvuddiagnos. Från den 1 oktober 2024 är diagnos obligatoriskt.

Tabell 6a-b. Antal för olika huvuddiagnoser 2019-2024. Tabell b innehåller även registreringar som saknar diagnosuppgift (egen remiss).

30

Diagnosgruppering	År					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Makuladegeneration	2658	2773	3393	3656	3675	4055
Glaukom	971	979	1074	1246	1185	1487
Annan ögonsjukdom	169	195	256	281	273	336
Diabetesretinopati	186	192	220	209	231	236
Retinala sjukdomar	118	150	122	140	160	291
Blindhet/Synnedläggelse	92	107	103	94	151	273
Katarakt/linsens sjukdomar	117	114	150	160	131	138
Corneala sjukdomar	111	113	105	144	151	165
Ocklusion av artär/ven	85	98	115	95	127	147
Synnervens sjukdomar	73	88	87	98	120	160
Retinal avlossning	23	27	25	30	47	35
Iris och ciliarkroppen	8	16	12	14	12	21
Glaskropp	11	7	14	12	17	12
Korioidala sjukdomar	11	5	9	16	11	20
Skelning/Pares	3	8	12	10	14	9
Prematuritetsretinopati	9	10	5	7	9	14
Medfödd missbildning	0	0	0	0	0	25
Endoftalmit	2	3	2	5	2	7
Endokrin-nutrition-ämnesomsättning sjd	0	0	0	0	0	9
Retinoblastom	0	0	0	0	0	2
Total	4647	4885	5704	6217	6316	7442

Diagnosgruppering	År					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Saknas	4125	4586	5411	5777	6314	5060
Makuladegeneration	2658	2773	3393	3656	3675	4055
Glaukom	971	979	1074	1246	1185	1487
Annan ögonsjukdom	169	195	256	281	273	336
Diabetesretinopati	186	192	220	209	231	236
Retinala sjukdomar	118	150	122	140	160	291
Blindhet/Synnedläggelse	92	107	103	94	151	273
Katarakt/linsens sjukdomar	117	114	150	160	131	138
Corneala sjukdomar	111	113	105	144	151	165
Ocklusion av artär/ven	85	98	115	95	127	147
Synnervens sjukdomar	73	88	87	98	120	160
Retinal avlossning	23	27	25	30	47	35
Iris och ciliarkroppen	8	16	12	14	12	21
Glaskropp	11	7	14	12	17	12
Korioidala sjukdomar	11	5	9	16	11	20
Skelning/Pares	3	8	12	10	14	9
Prematuritetsretinopati	9	10	5	7	9	14
Medfödd missbildning	0	0	0	0	0	25
Endoftalmit	2	3	2	5	2	7
Endokrin-nutrition-ämnesomsättning sjd.	0	0	0	0	0	9
Retinoblastom	0	0	0	0	0	2
Total	8772	9471	11115	11994	12630	12502

ÅTGÄRDER OCH INSATSER VID REHABILITERING 31

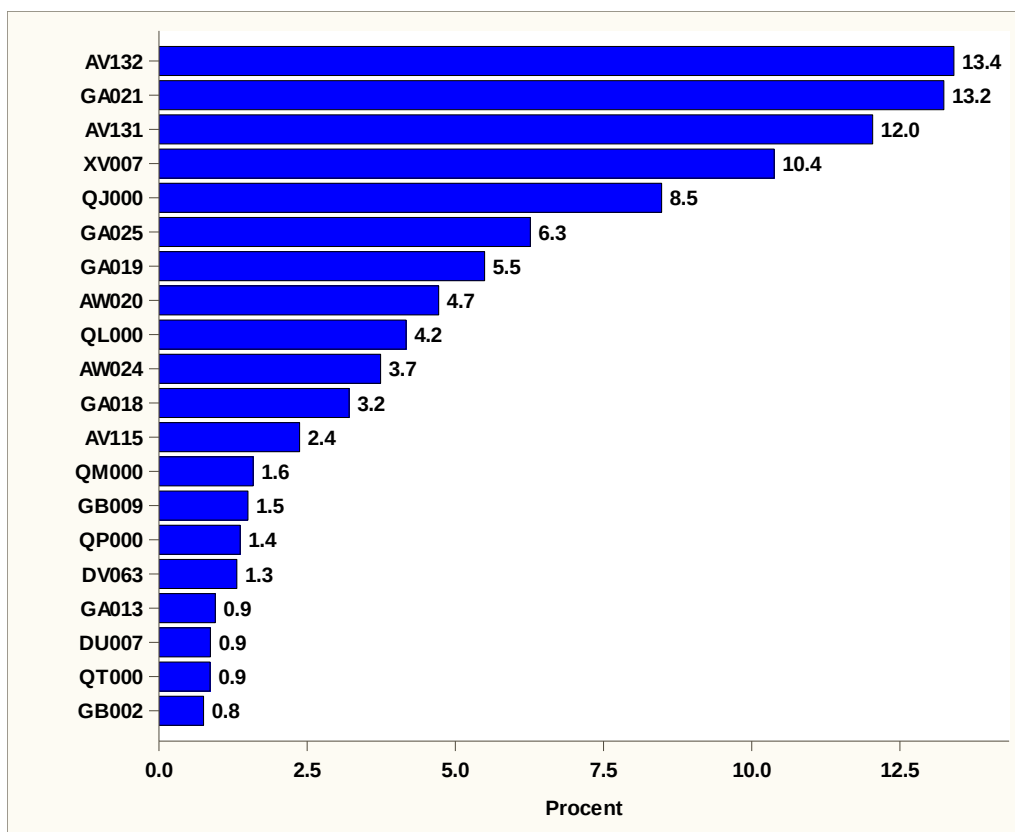
I SKRS registreras insatserna enligt kodverket *"Klassifikation av vårdåtgärder"* (KVÅ). För en person kan flertalet insatser/åtgärder registreras.

Tabell 6a. Summering av de KVÅ koder som används av SKRS under 2019–2024. Flera åtgärds-koder registreras på samma individ vid besök. Uttag 2025-04-29.

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 åtgärder. 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 12. De 20 mest frekvent använda åtgärds-koderna vid besök inom synrehabiliteringen vuxna, av de koder som använts i SKRS under 2019–2024. Registeruttag 2025-04-29.



Tabell 7a. Text till de 20 vanligaste KVÅ koderna (koder använda under 2019–2024) av de 32 koder som används i SKRS. Registeruttag 2025-04-29.

KVÅ kod	Text
AV132	Bedömning av aktivitetsförmåga
GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel (Avser optiska produkter för synskadade förutom standardglasögon)
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
AW020	Upprättande av rehabiliteringsplan
QL000	Stöd och träning i att kommunicera
AW024	Uppföljning av rehabiliteringsplan
GA018	Utprovning och underhåll av slutet, förstörande TV-system
AV115	Fördjupad kartläggning och analys av individens personliga förhållanden
QM000	Behandling relaterad till förflyttning
GB009	Information och undervisning riktad till patient
QP000	Stöd och träning i hemliv
DV063	Rådgivande samtal
GA013	Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade
DU007	Stödjande samtal
QT000	Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer
GB002	Information och undervisning

Tabell 7b. Summering KVÅ koder som används i SKRS på gruppnivå. Koder använda under 2019–2024 sorterade enligt gruppering i SKRS. Registeruttag 2025-04-29.

Grupp	Antal	Procent
Rehab - GA Hjälpmedel	95269	29.5
Utredande	92207	28.6
Uppföljning	61299	19.0
Rehab - Q Målområden	57593	17.8
Rehab - DV Samhällstöd	4983	1.5
Rehab - GB Information	4845	1.5
Rehab - DU Samtalsstöd	3252	1.0
Hab - Information	3075	1.0
Rehab -	149	0.0

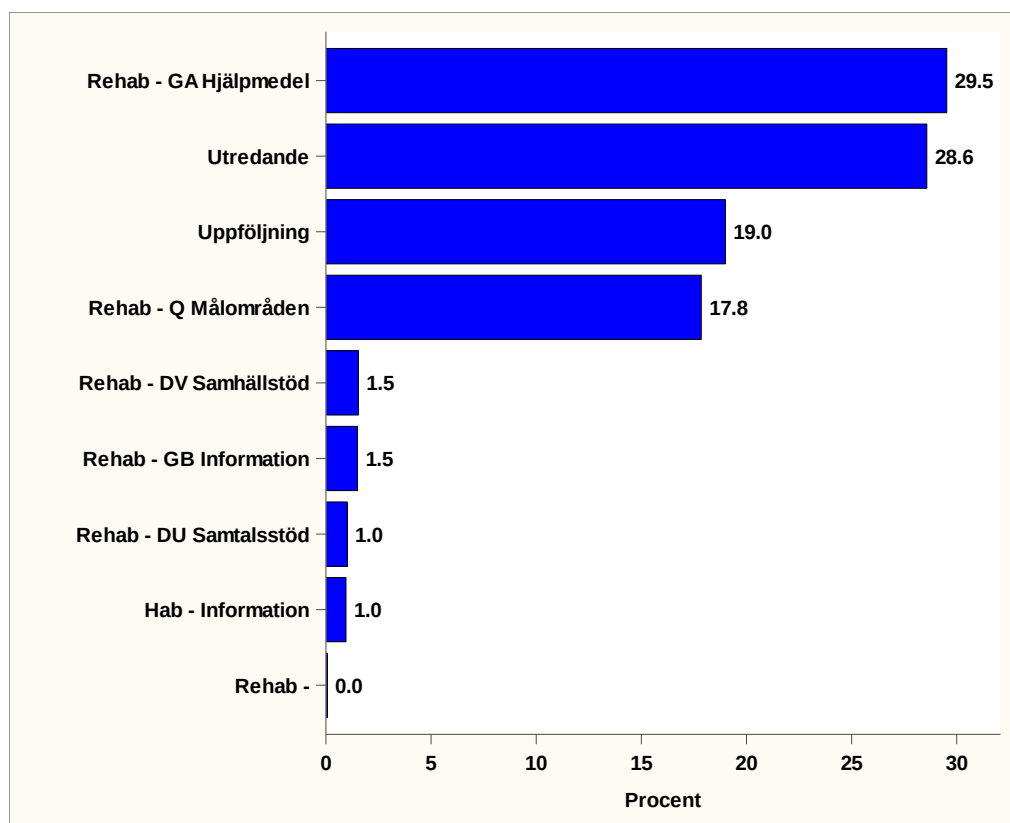
Kommentar

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

Figur 13. Gruppering av åtgärds-koder vid besök inom synrehabilitering. Gruppering som används i SKRS 2019-2024. Registeruttag 2025-04-29.



Tabell 8. Summering KVÅ koder som används vid visualisering på grupp-nivå - och uppdelat per år 2019-2024. Registeruttag 2025-04-29.

Grupp	År												Total	
	2019		2020		2021		2022		2023		2024			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rehab - GB Information	783	2,69	719	1,99	580	1,15	832	1,37	1005	1,40	926	1,24	4845	1,50
Hab - Information	1197	4,12	577	1,60	263	0,52	382	0,63	388	0,54	268	0,36	3075	0,95
Rehab -	2	0,01	18	0,05	24	0,05	9	0,01	37	0,05	59	0,08	149	0,05
Rehab - DU Samtalsstöd	701	2,41	842	2,33	896	1,78	549	0,90	129	0,18	135	0,18	3252	1,01
Rehab - DV Samhällstöd	688	2,37	662	1,83	742	1,48	805	1,32	906	1,27	1180	1,58	4983	1,54
Rehab - GA Hjälpmedel	12148	41,79	12418	34,34	15963	31,79	18176	29,88	18450	25,76	18114	24,22	95269	29,53
Rehab - Q Målområden	4489	15,44	5603	15,50	9751	19,42	11355	18,67	13025	18,19	13370	17,88	57593	17,85
Uppföljning	2942	10,12	3833	10,60	5811	11,57	10457	17,19	17785	24,84	20471	27,37	61299	19,00
Utredande	6117	21,04	11487	31,77	16188	32,24	18263	30,02	19886	27,77	20266	27,10	92207	28,58
Total	29067	100,00	36159	100,00	50218	100,00	60828	100,00	71611	100,00	74789	100,00	322672	100,00

Kommentar

I gruppen hjälpmedel ser vi en minskning av registrering av KVÅ. En tänkbar orsak kan vara att målgruppen använder egna smarta telefoner eller digitala lösningar. Uppföljning registreras i större utsträckning om man tittar på statistik över tid (2019-2024).

ANVÄNDNING AV BEDÖMNINGSSINSTRUMENT

34

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.

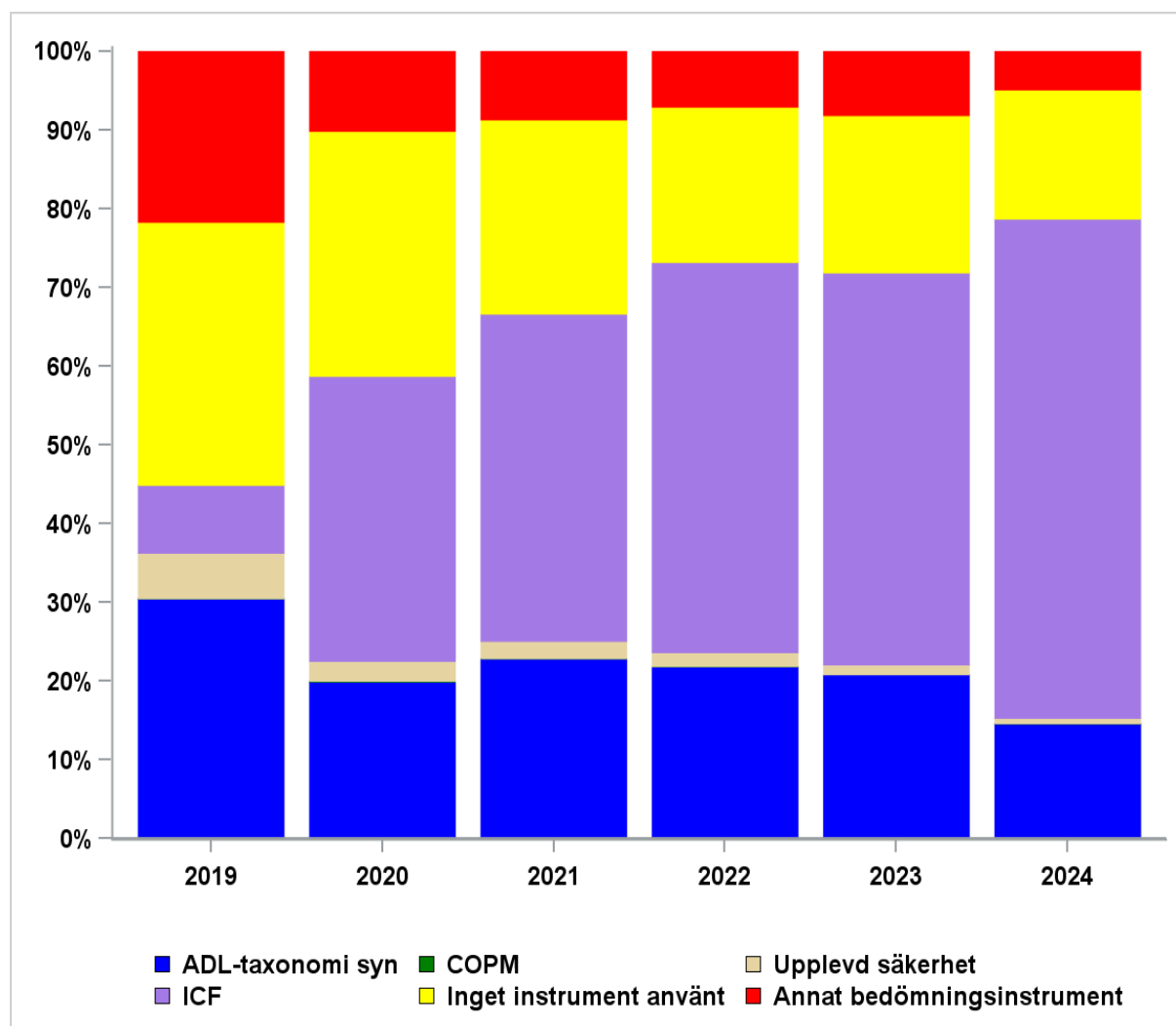
ADL-taxonomin är ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter.

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.

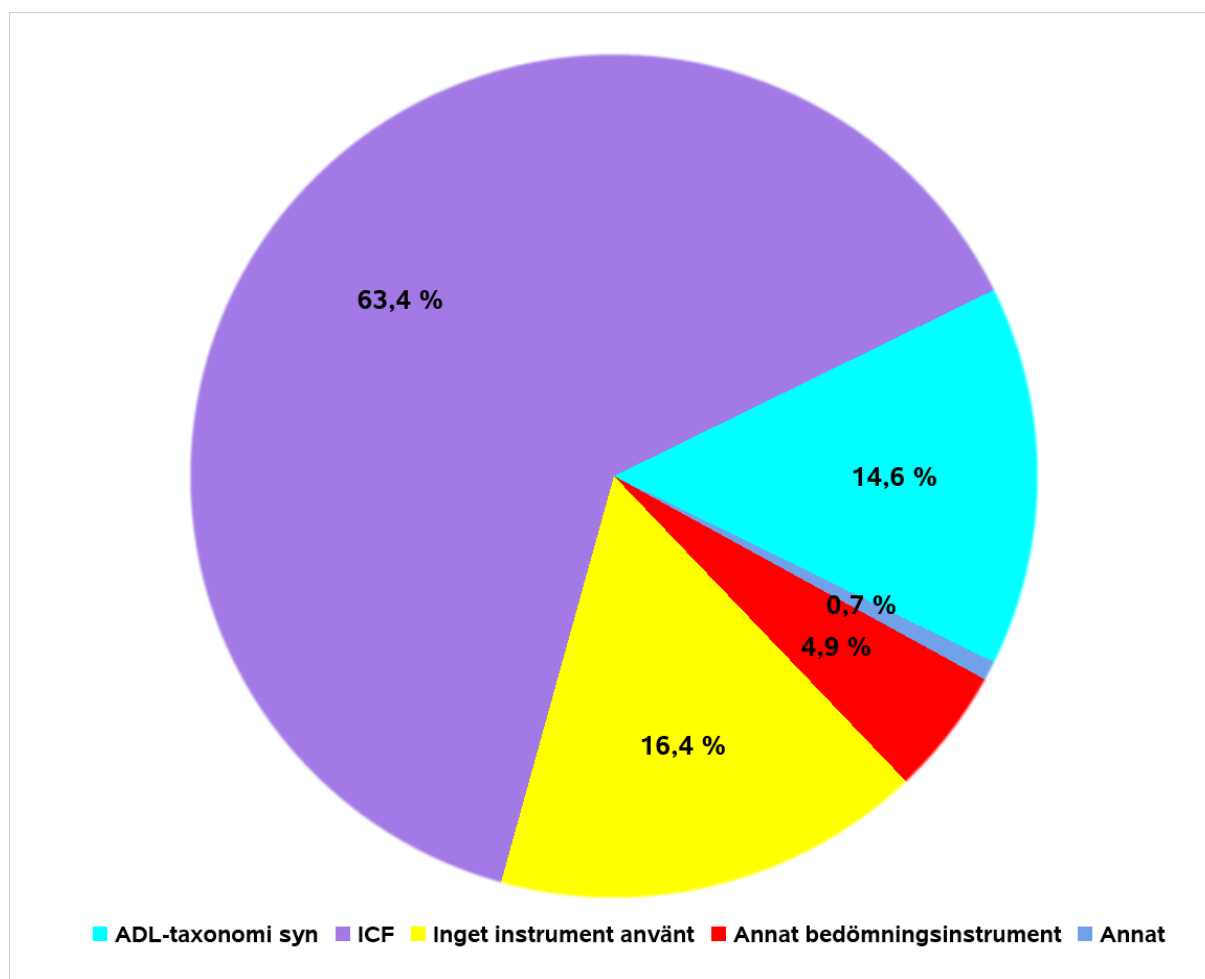
Flera synenheter har börjat att "Mäta effekter" som utgår från ICF vid kartläggning och bedömning, vilket kan förklara ökningen av ICF och minskningen annat bedömningsinstrument (se figur 13).

Figur 14. Användning av bedömningsinstrument över tid 2018-2023. Registeruttag 2025-04-29. 35



I SKRS fanns under 2024 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 2020-2024. 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.



Tabell 9. Användning av bedömningsinstrument över tid 2018-2024. Uttag 2025-04-29.

Bedömningsinstrument	År											
	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ADL-taxonomi syn	1921	30,5	1274	19,9	1720	22,9	1774	21,8	1771	20,8	1248	14,6
COPM	1	0,0	6	0,1	1	0,0	4	0,0	0	0	4	0,0
Upplevd säkerhet	365	5,8	162	2,5	166	2,2	143	1,8	106	1,2	59	0,7
ICF	544	8,6	2318	36,2	3129	41,6	4030	49,6	4234	49,8	5436	63,4
Inget instrument använt	2107	33,4	1993	31,1	1857	24,7	1604	19,7	1700	20,0	1406	16,4
Annat bedömningsinstrument	1368	21,7	648	10,1	653	8,7	574	7,1	691	8,1	418	4,9
Alla	6306	100,0	6401	100,0	7526	100,0	8129	100,0	8502	100,0	8571	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 (63.2%) som använts under 2024 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.

37

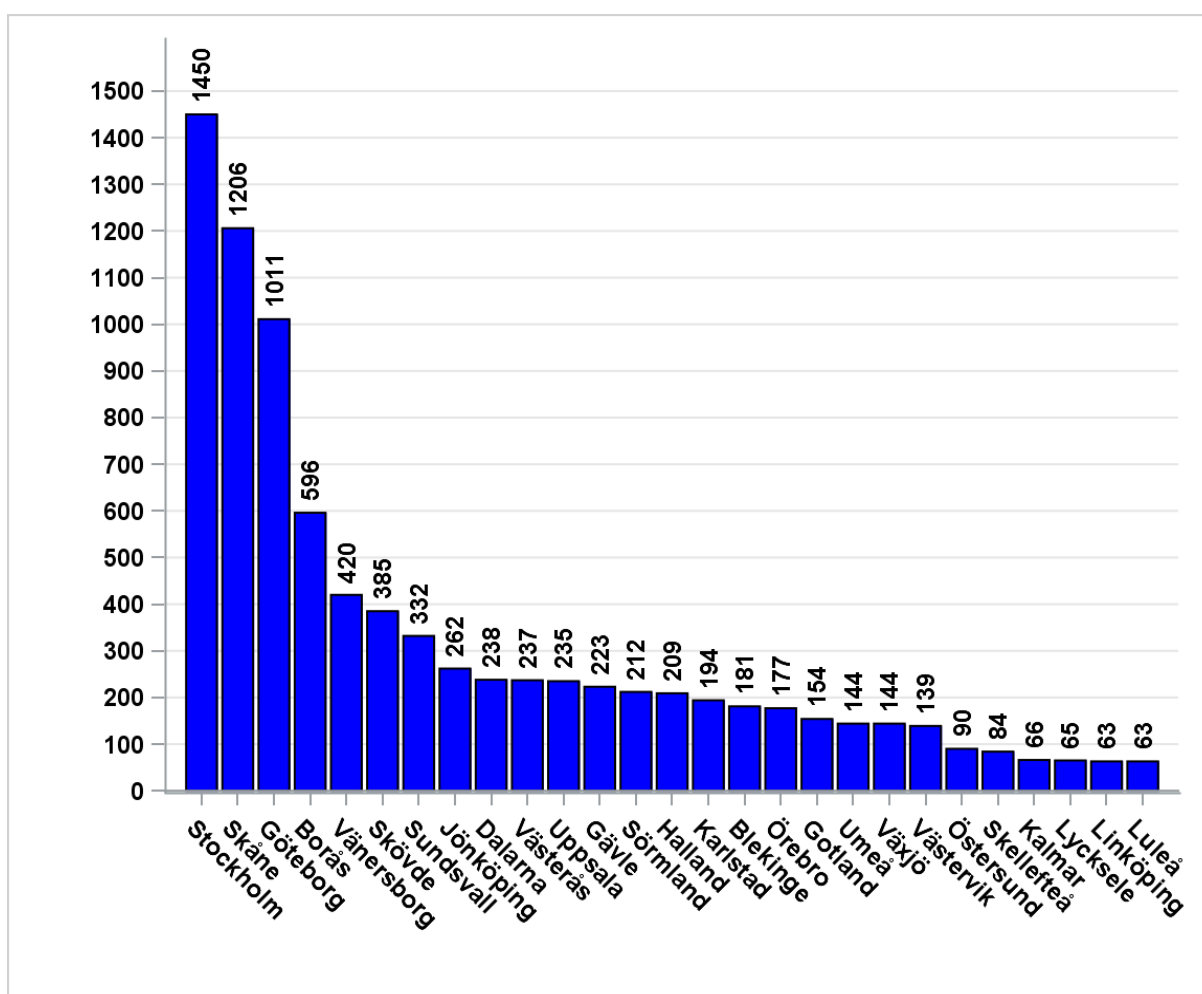
Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikta mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument. Vid analys av data har alternativet "annat" studerats närmare och det visar sig att alternativet "annat" till stor del består av ICF-baserade bedömningar. 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 16. Antal upprättade IRP vid besök per enhet 2024. Registeruttag 2025-04-29.



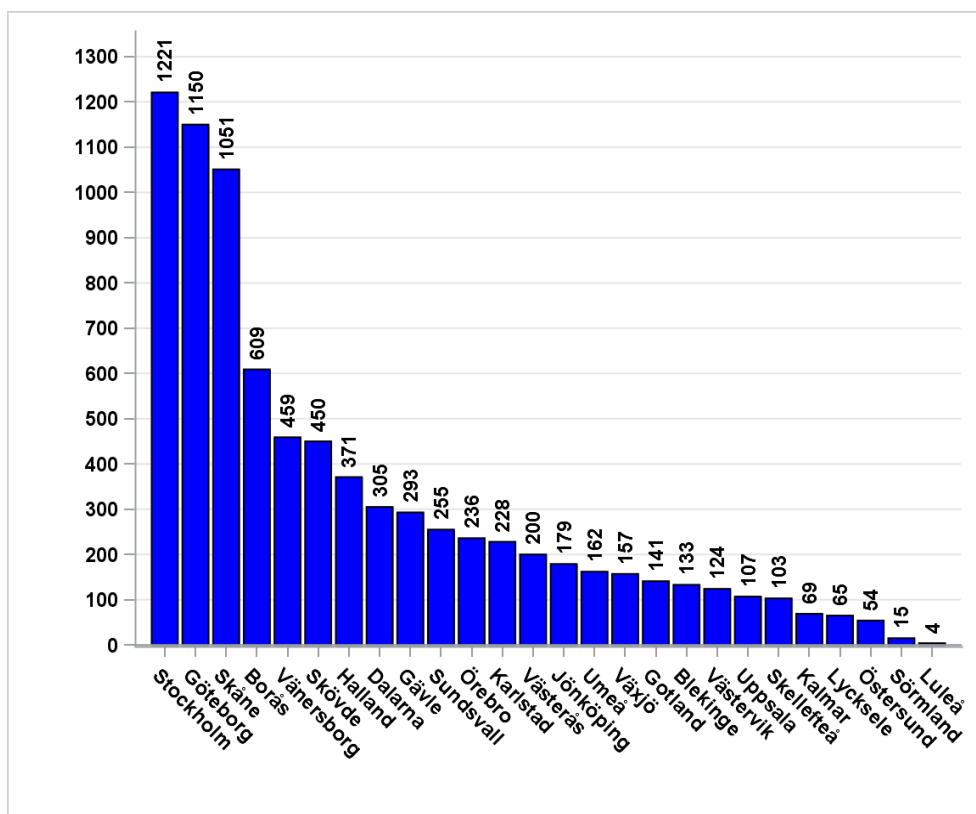
Tabell 10. Antal och andel upprättade IRP vid besök per enhet 2024. Uttag 2025-04-29. 39

	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Synerhet						
Blekinge	181	64,2	101	35,8	282	100,0
Borås	596	99,7	2	0,3	598	100,0
Dalarna	238	85,3	41	14,7	279	100,0
Gotland	154	88,0	21	12,0	175	100,0
Gävle	223	63,2	130	36,8	353	100,0
Göteborg	1011	98,6	14	1,4	1025	100,0
Halland	209	64,5	115	35,5	324	100,0
Jönköping	262	55,9	207	44,1	469	100,0
Kalmar	66	71,7	26	28,3	92	100,0
Karlstad	194	48,5	206	51,5	400	100,0
Linköping	63	13,9	390	86,1	453	100,0
Luleå	63	41,2	90	58,8	153	100,0
Lycksele	65	94,2	4	5,8	69	100,0
Skellefteå	84	84,0	16	16,0	100	100,0
Skåne	1206	67,0	593	33,0	1799	100,0
Skövde	385	92,5	31	7,5	416	100,0
Stockholm	1450	59,9	972	40,1	2422	100,0
Sundsvall	332	88,3	44	11,7	376	100,0
Sörmland	212	66,7	106	33,3	318	100,0
Umeå	144	88,9	18	11,1	162	100,0
Uppsala	235	76,5	72	23,5	307	100,0
Vänersborg	420	97,2	12	2,8	432	100,0
Västervik	139	82,2	30	17,8	169	100,0
Västerås	237	61,7	147	38,3	384	100,0
Växjö	144	82,3	31	17,7	175	100,0
Örebro	177	68,6	81	31,4	258	100,0
Östersund	90	64,3	50	35,7	140	100,0
Totalt	8580	70,7	3550	29,3	12130	100,0

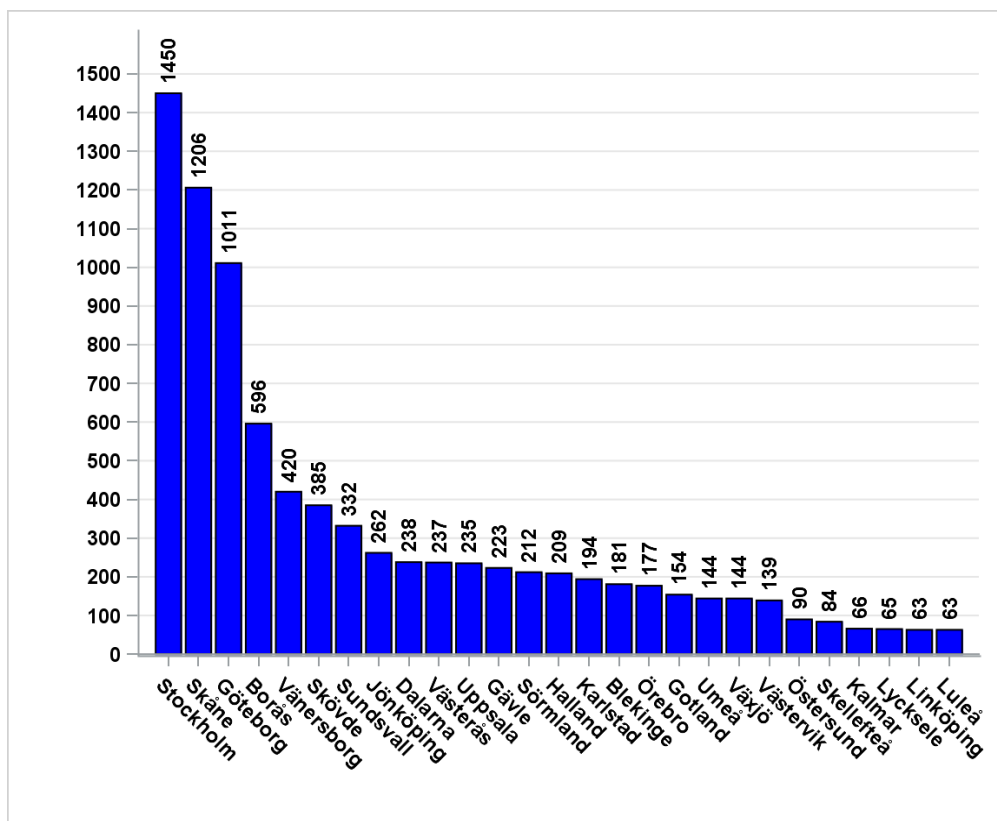
”Målet är att alla som är i behov av re/habiliterande insatser (behandlande åtgärder) ska få en upprättad individuell re/habiliteringsplan”

Figur 17. Andel upprättade IRP vid besök per enhet 2024. Registeruttag 2025-04-29.

40



Figur 18. Andel upprättade IRP vid besök totalt per region för 2019-2024. Uttag 2025-04-29.



Tabell 11. Andel upprättade IRP vid besök totalt för åren 2019-2024.
Uttag 2025-04-29.

41

	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
År						
2019	5480	63,1	3202	36,9	8682	100,0
2020	4973	53,2	4381	46,8	9354	100,0
2021	6180	56,3	4797	43,7	10977	100,0
2022	7471	63,1	4377	36,9	11848	100,0
2023	7918	63,6	4538	36,4	12456	100,0
2024	8580	70,7	3550	29,3	12130	100,0
Totalt	40602	62,0	24845	38,0	65447	100,0

Kommentar

Under 2024 var det 70,7 procent av patienterna som har registrerats för att ha fått en IRP upprättad, vilket är en ökning från 2020, se tabell 10.

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

42

Patienten remitteras från ögonklinik för synrehabiliterande insatser. Median för väntetid från remiss till första besök var 37 dagar under 2024. 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 12. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2024. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket, uppdelat per kön och totalt. Registeruttag 2025-04-29.

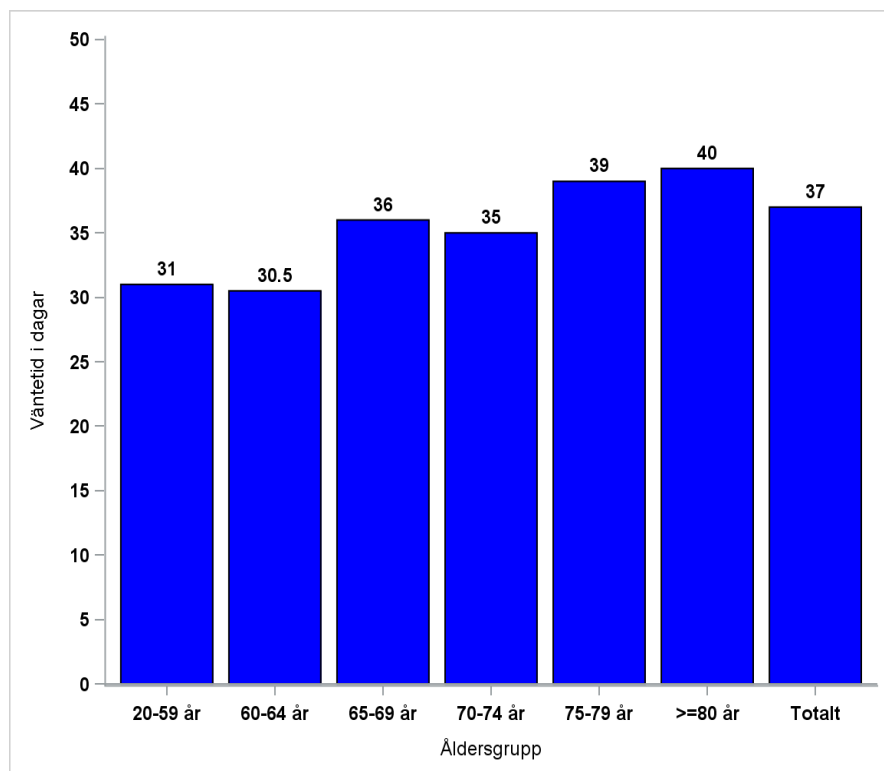
Kön	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Kvinnor	7963	50,1	0	21	38	65	1138
Män	4771	49,1	0	20	37	66	1020
Ej specificerat	1	111,0	111	111	111	111	111
Total	12735	49,7	0	21	37	65	1138

Tabell 13. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2024. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per åldersgrupp och totalt.

Åldersgrupp	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
20-59 år	1678	45,9	0	16	31	58	1138
60-64 år	396	45,4	0	15	31	58	868
65-69 år	503	50,3	0	14	36	63	781
70-74 år	864	46,7	0	18	35	62	579
75-79 år	1733	51,3	0	22	39	69	905
>=80 år	7561	50,7	0	23	40	67	752
Total	12735	49,7	0	21	37	65	1138

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 19. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar i åldersgrupper. 43
Registeruttag 2025-04-29.



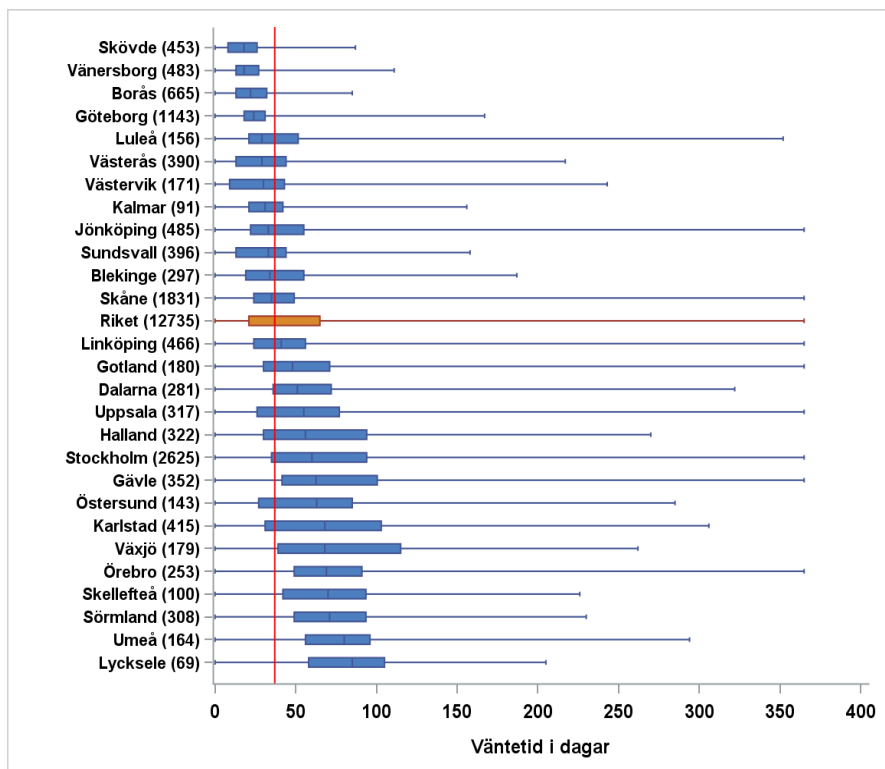
Tabell 14. Jämförelse av antal dagar från remiss till första besök för 20-59 åringar med de som är 60 år eller äldre. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket,

Gruppering	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
20-59 år	1678	45,9	0	16	31	58	1138
>=60	11057	50,3	0	22	39	66	905
Total	12735	49,7	0	21	37	65	1138

Kommentar

För att analysera skillnaden i väntetid mellan 20-59 åringar och de som är 60 år eller äldre användes Wilcoxon rank-sum test (Mann–Whitney U-test), ett icke-parametriskt test för oberoende grupper. Resultatet visade en statistiskt signifikant skillnad i väntetid mellan grupperna ($p < .0001$), vilket indikerar att de två grupperna i genomsnitt har olika lång väntetid.

Figur 20. Boxplot över väntetid från remissdatum till första besöket, per enhet och totalt (Riket) år 2024. Om väntetiden är >365 dagar är den satt till 365 dagar.
Registeruttag 2025-04-29.



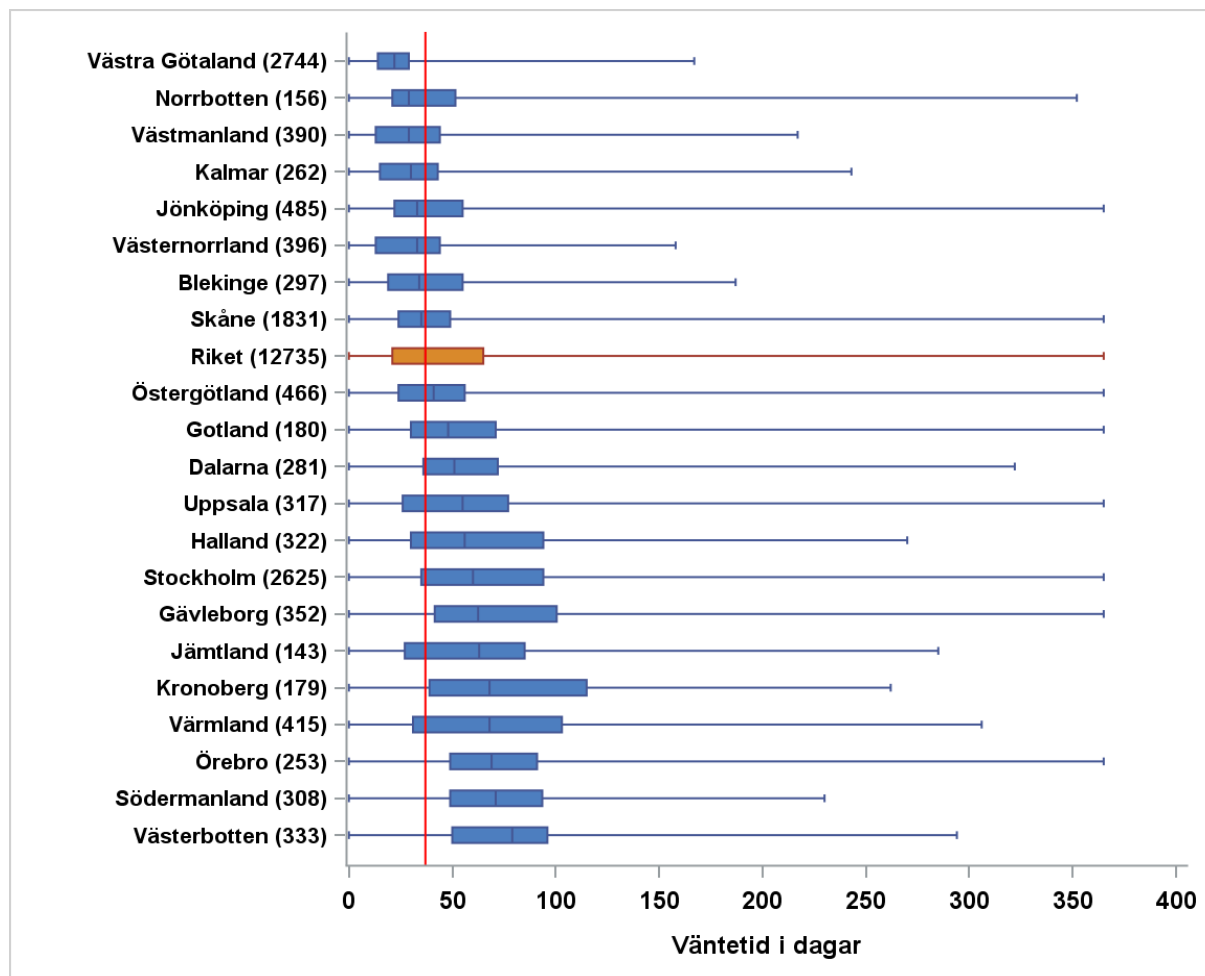
Tabell 15. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2024. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket, per enhet och totalt.

45

Enhet	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	297	38,1	0	19	34	55	187
Borås	665	23,9	0	13	22	32	85
Dalarna	281	58,4	0	36	51	72	322
Gotland	180	54,8	0	30	48	71	378
Gävle	352	76,0	0	42	63	101	559
Göteborg	1143	25,4	0	18	24	31	167
Halland	322	63,8	0	30	56	94	270
Jönköping	485	58,9	0	22	33	55	1138
Kalmar	91	37,8	0	21	31	42	156
Karlstad	415	71,9	0	31	68	103	306
Linköping	466	46,9	0	24	41	56	446
Luleå	156	43,9	0	21	29	52	352
Lycksele	69	85,7	0	58	85	105	205
Skellefteå	100	72,2	0	42	70	94	226
Skåne	1831	39,4	0	24	35	49	905
Skövde	453	18,9	0	8	18	26	87
Stockholm	2625	68,3	0	35	60	94	634
Sundsvall	396	32,9	0	13	33	44	158
Sörmland	308	76,5	0	49	71	94	230
Umeå	164	78,9	0	56	80	96	294
Uppsala	317	61,0	0	26	55	77	425
Vänersborg	483	20,6	0	13	18	27	111
Västervik	171	32,9	0	9	30	43	243
Västerås	390	31,8	0	13	29	44	217
Växjö	179	79,2	0	39	68	115	262
Örebro	253	77,3	0	49	69	91	752
Östersund	143	62,7	0	27	63	85	285
Total	12735	49,7	0	21	37	65	1138

Figur 21. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per region och totalt (Riket) 2024. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365 dagar.
Registeruttag gjort 2025-04-29.

46



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. Resultatet visade en statistiskt signifikant skillnad i väntetid mellan grupperna ($p < .0001$).

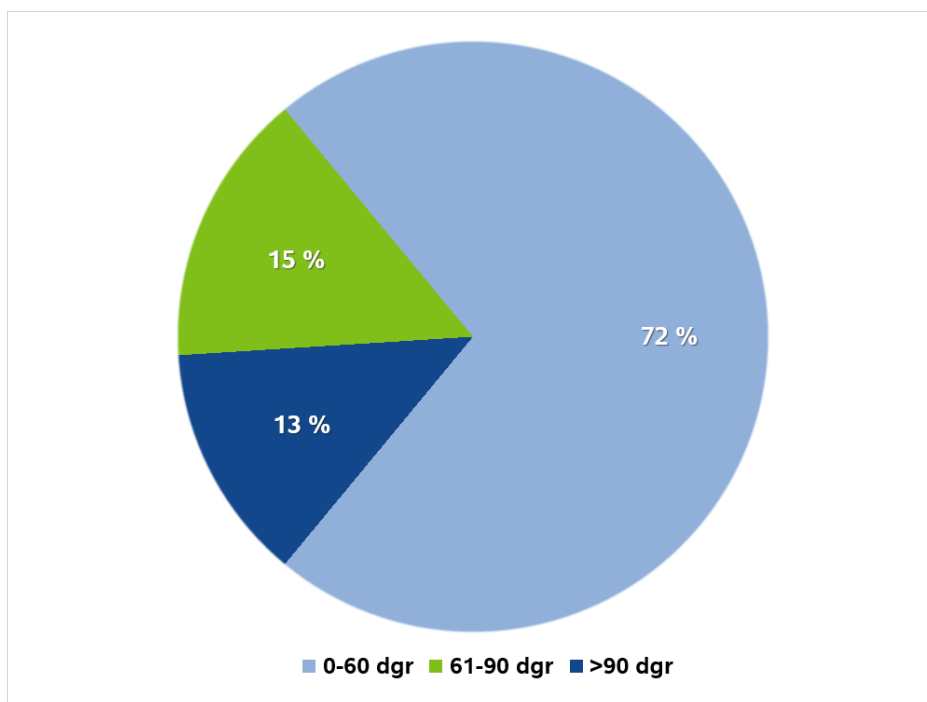
Inom styrgruppen har diskussion förts om varför det är så stor spridning från medianen i rikets totala databas, vilket behöver diskuteras och analyseras av styrgruppen, på användarmöten och i nationella synchefsgruppen. En lämplig kvalitetsindikator skulle vara att följa "andel som startar synrehabilitering inom 2 månader". Av figur 21 framgår att 72% startar synrehabilitering inom 60 dagar, 15% mellan 61-90 dagar och 13% mer än 90 dagar.

Tabell 16. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2024. 47
Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per region och totalt.
Registeruttag 2025-04-29.

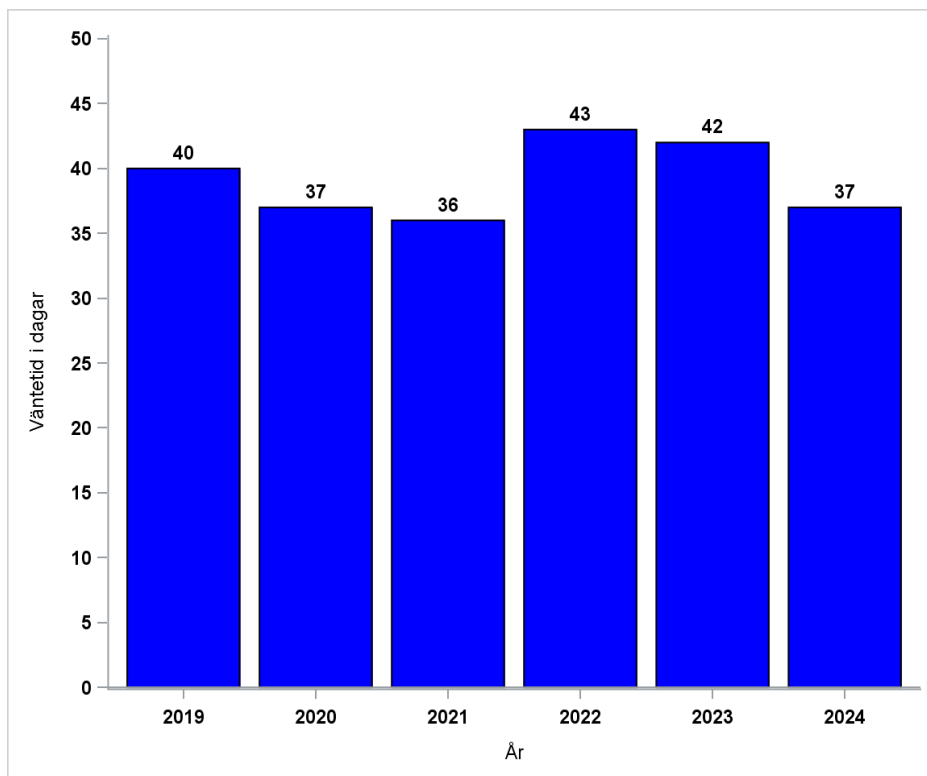
Region	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	297	38,1	0	19	34	55	187
Dalarna	281	58,4	0	36	51	72	322
Gotland	180	54,8	0	30	48	71	378
Gävleborg	352	76,0	0	42	63	101	559
Halland	322	63,8	0	30	56	94	270
Jämtland	143	62,7	0	27	63	85	285
Jönköping	485	58,9	0	22	33	55	1138
Kalmar	262	34,6	0	15	30	43	243
Kronoberg	179	79,2	0	39	68	115	262
Norrbottn	156	43,9	0	21	29	52	352
Skåne	1831	39,4	0	24	35	49	905
Stockholm	2625	68,3	0	35	60	94	634
Södermanland	308	76,5	0	49	71	94	230
Uppsala	317	61,0	0	26	55	77	425
Värmland	415	71,9	0	31	68	103	306
Västerbotten	333	78,3	0	50	79	96	294
Västernorrland	396	32,9	0	13	33	44	158
Västmanland	390	31,8	0	13	29	44	217
Västra Götaland	2744	23,1	0	14	22	29	167
Örebro	253	77,3	0	49	69	91	752
Östergötland	466	46,9	0	24	41	56	446
Total	12735	49,7	0	21	37	65	1138

Figur 22. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024.

48



Figur 23. Väntetid från remissdatum till första besök, medianantal dagar 2019-2024.



Kommentar

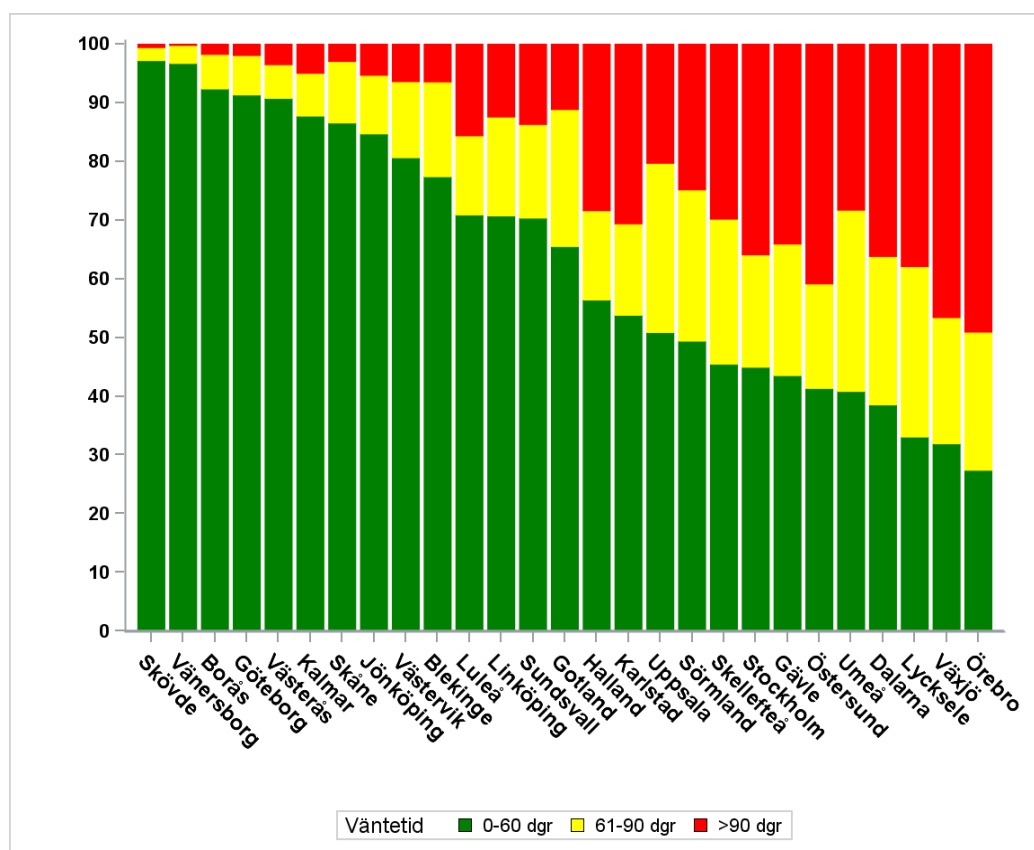
Tillgängligheten till synrehabilitering ökade mellan 2018-2021. Under 2022-2023 har tillgängligheten minskat något, men glädjande nog ses en ökad tillgänglighet för 2024, en ökning som motsvarar i medianantal dagar från 43 dagar till 37 dagar för 2024.

Tabell 17. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar per år.

49

År	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
2019	8913	49,9	0	23	40	64	1211
2020	9652	53,0	0	18	37	68	785
2021	11342	53,4	0	21	36	67	2461
2022	12213	65,7	0	24	43	90	2248
2023	12899	57,9	0	21	42	78	3123
2024	12735	49,7	0	21	37	65	1138
Total	67754	55,3	0	21	40	71	3123

Figur 24. Andel som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar. Den röda stapeln visar andel individer som har väntat >90 dagar, 2024. Redovisning per enhet.

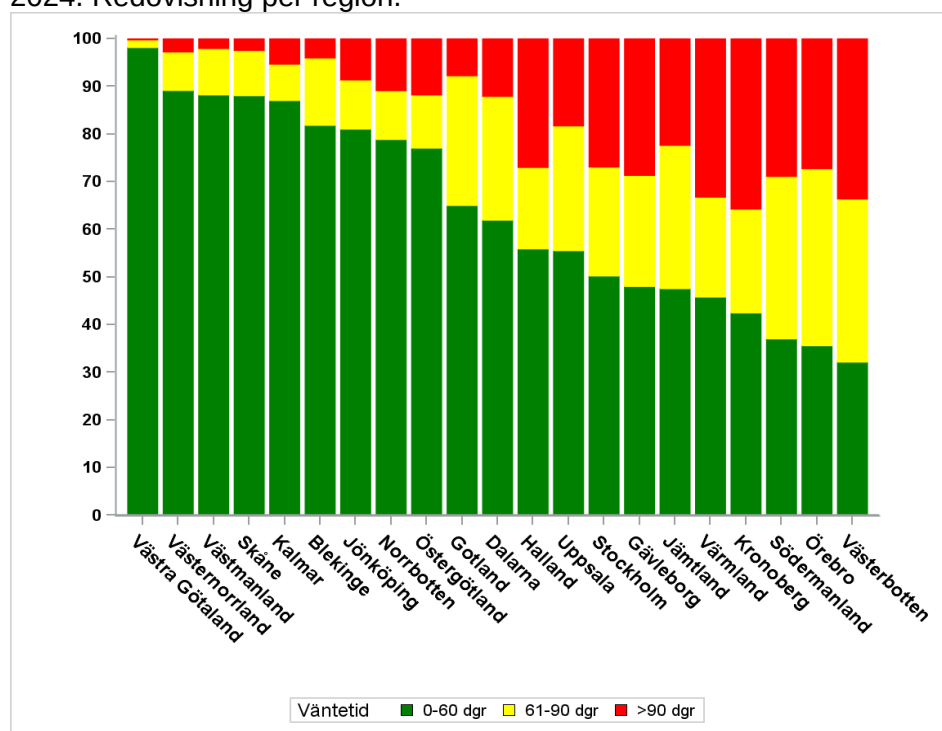


Tabell 18. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024, redovisat per enhet.

50

Synenhet	0-60 dgr		61-90 dgr		>90 dgr		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	243	82	42	14	12	4	297	100
Borås	651	98	14	2	.	.	665	100
Dalarna	174	62	73	26	34	12	281	100
Gotland	117	65	49	27	14	8	180	100
Gävle	169	48	82	23	101	29	352	100
Göteborg	1119	98	18	2	6	1	1143	100
Halland	180	56	55	17	87	27	322	100
Jönköping	393	81	50	10	42	9	485	100
Kalmar	80	88	5	5	6	7	91	100
Karlstad	190	46	87	21	138	33	415	100
Linköping	359	77	52	11	55	12	466	100
Luleå	123	79	16	10	17	11	156	100
Lycksele	18	26	24	35	27	39	69	100
Skellefteå	41	41	27	27	32	32	100	100
Skåne	1612	88	174	10	45	2	1831	100
Skövde	447	99	6	1	.	.	453	100
Stockholm	1318	50	600	23	707	27	2625	100
Sundsvall	353	89	32	8	11	3	396	100
Sörmland	114	37	105	34	89	29	308	100
Umeå	48	29	63	38	53	32	164	100
Uppsala	176	56	83	26	58	18	317	100
Vänersborg	476	99	6	1	1	0	483	100
Västervik	148	87	15	9	8	5	171	100
Västerås	344	88	38	10	8	2	390	100
Växjö	76	42	39	22	64	36	179	100
Örebro	90	36	94	37	69	27	253	100
Östersund	68	48	43	30	32	22	143	100
Alla	9127	72	1892	15	1716	13	12735	100

Figur 25. Andel per region som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar, 51 2024. Redovisning per region.



Tabell 19. 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	243	82	42	14	12	4	297	100
Dalarna	174	62	73	26	34	12	281	100
Gotland	117	65	49	27	14	8	180	100
Gävleborg	169	48	82	23	101	29	352	100
Halland	180	56	55	17	87	27	322	100
Jämtland	68	48	43	30	32	22	143	100
Jönköping	393	81	50	10	42	9	485	100
Kalmar	228	87	20	8	14	5	262	100
Kronoberg	76	42	39	22	64	36	179	100
Norrbottn	123	79	16	10	17	11	156	100
Skåne	1612	88	174	10	45	2	1831	100
Stockholm	1318	50	600	23	707	27	2625	100
Södermanland	114	37	105	34	89	29	308	100
Uppsala	176	56	83	26	58	18	317	100
Värmland	190	46	87	21	138	33	415	100
Västerbotten	107	32	114	34	112	34	333	100
Västernorrland	353	89	32	8	11	3	396	100
Västmanland	344	88	38	10	8	2	390	100
Västra Götaland	2693	98	44	2	7	0	2744	100
Örebro	90	36	94	37	69	27	253	100
Östergötland	359	77	52	11	55	12	466	100
Alla	9127	72	1892	15	1716	13	12735	100

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 minskat från 43 dagar 2023 till 37 dagar för 2024. Enligt figur 21 så har cirka 72% av individerna fått en tid inom 60 dagar, 15% inom 61-90 dagar. För 13% är väntetiden till synenheten mer än 90 dagar (= ej inom vårdgarantin).

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

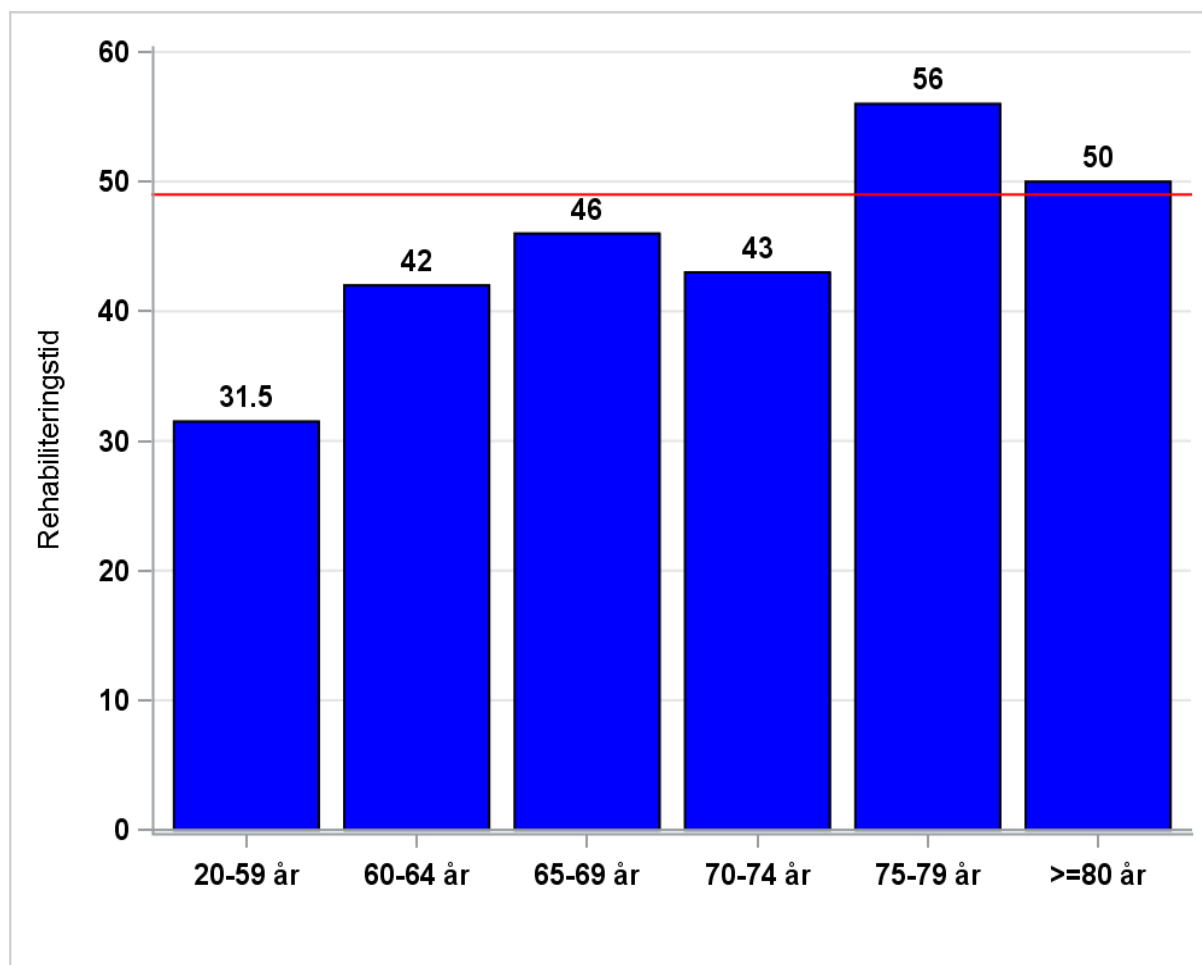
53

Rehabiliteringstiden varierade från 1–446 dagar, vilket betyder att några patienter har behov av längre rehabiliteringstid beroende exempelvis på att förnyade behov uppkommit. Median för rehabiliteringstid totalt ligger på 49 dagar. Mediantidens fördelning per åldersgrupp, var god se figur 25.

Tabell 20. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2023 per kön och totalt. Registeruttag 2025-04-29.

Kön	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Kvinnor	6754	68,4	0	0	49	101	446
Män	4131	66,7	0	0	48	99	424
Total	10885	67,8	0	0	49	101	446

Figur 26. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per åldersgrupp 2024. Referenslinjen anger median för totalen. Registeruttag 2025-04-29.



Tabell 21. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2024 per åldersgrupp och totalt. Registeruttag gjort 2025-04-29.

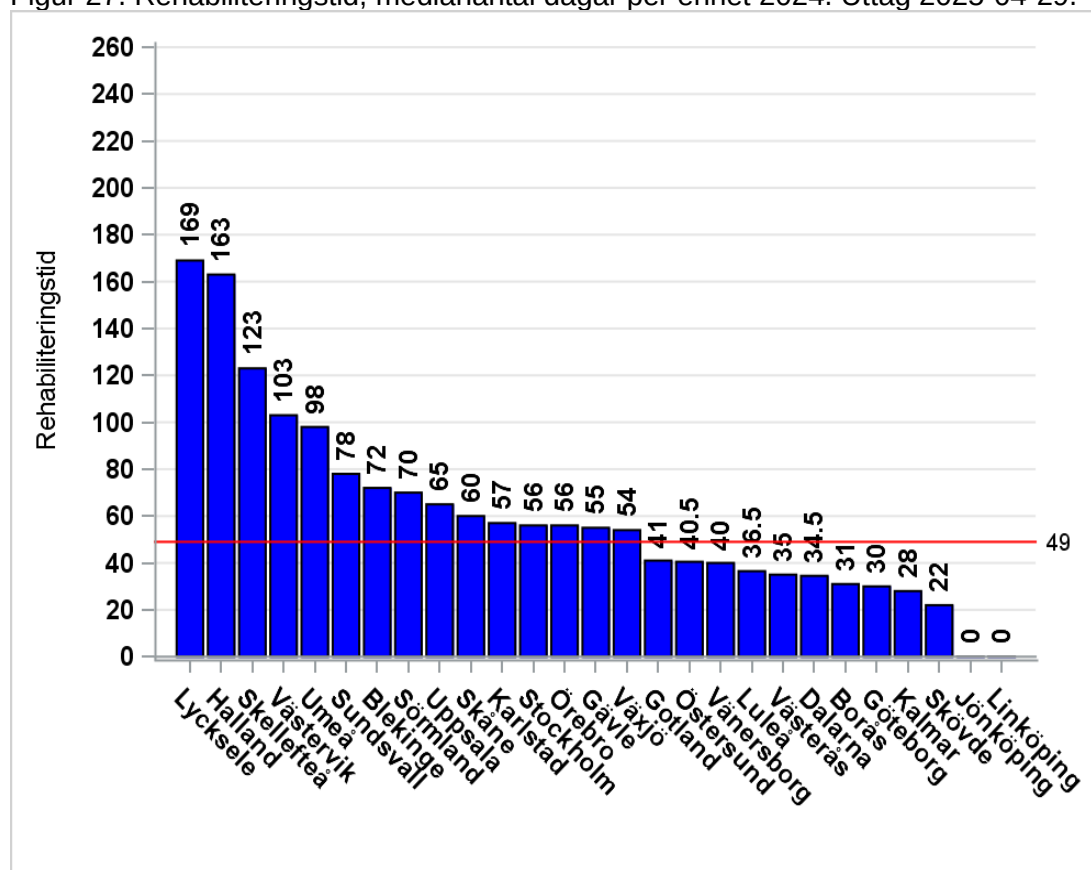
54

Åldersgrupp	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
20-59 år	1356	62,7	0	0	32	94	446
60-64 år	332	65,1	0	0	42	102	428
65-69 år	429	64,2	0	0	46	97	419
70-74 år	728	67,1	0	9	43	98	401
75-79 år	1465	75,1	0	13	56	113	428
>=80 år	6575	67,6	0	7	50	99	434
Total	10885	67,8	0	0	49	101	446

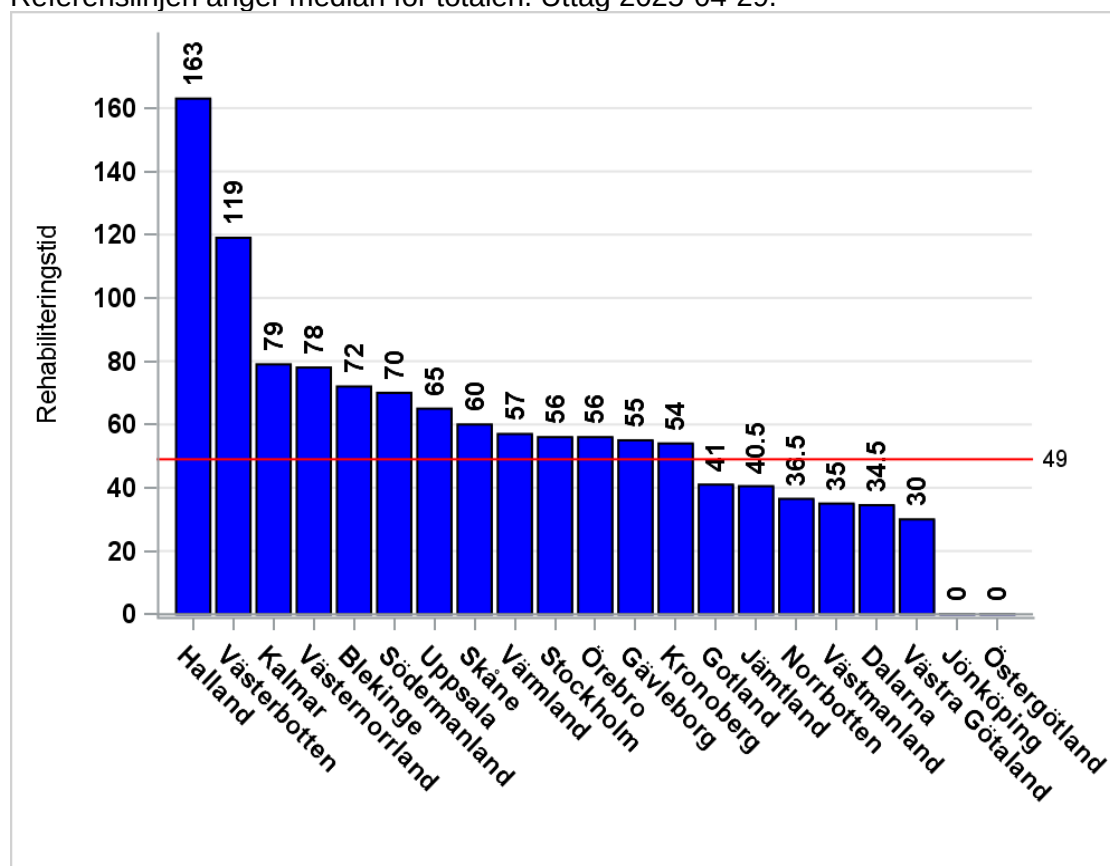
Kommentar

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 27. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per enhet 2024. Uttag 2025-04-29.



Figur 28. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per region 2024. Referenslinjen anger median för totalen. Uttag 2025-04-29.



Median för rehabiliteringsperioden är 49 dagar för hela materialet för 2024. 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.

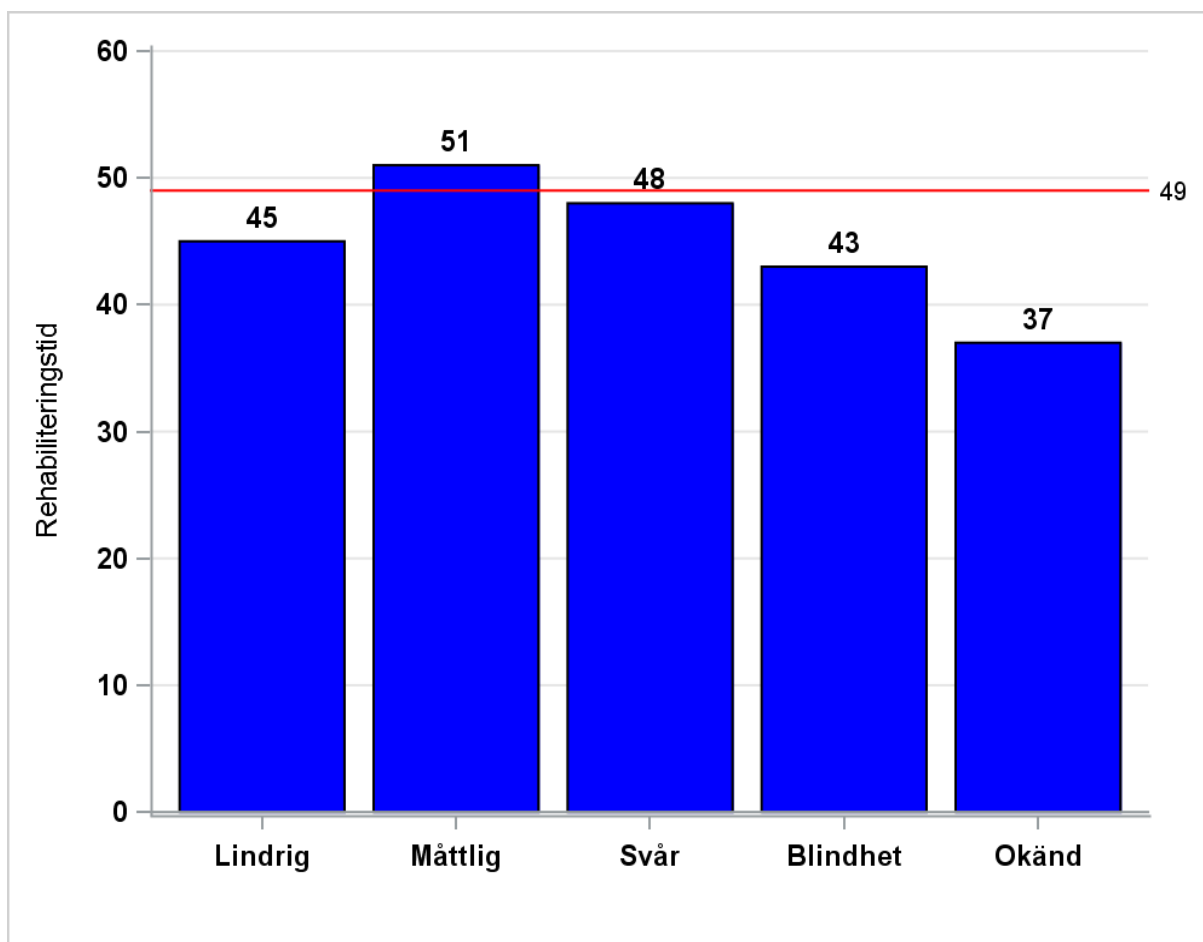
I årets årsrapport har därför gjorts fler analyser av rehabiliteringstid, fördelat i grad av synnedsättning och diagnosgrupper, se figur 28-29.

Tabell 22. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per region och totalt. Registeruttag gjort 2025-04-29.

Region	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	266	82,4	0	22	72	128	364
Dalarna	246	61,3	0	0	35	91	384
Gotland	127	71,7	0	19	41	112	409
Gävleborg	181	80,3	0	26	55	118	357
Halland	227	172,5	0	112	163	244	419
Jämtland	136	51,8	0	28	41	65	296
Jönköping	306	53,1	0	0	0	77	406
Kalmar	177	82,8	0	25	79	115	446
Kronoberg	162	70,1	0	25	54	97	330
Norrboten	84	53,1	0	13	37	92	228
Skåne	1495	76,2	0	25	60	107	428
Stockholm	2434	74,2	0	0	56	109	434
Södermanland	210	85,4	0	0	70	139	350
Uppsala	249	79,5	0	31	65	105	376
Värmland	333	76,4	0	22	57	109	414
Västerbotten	259	127,4	0	66	119	177	356
Västernorrland	360	85,9	0	39	78	122	295
Västmanland	344	56,9	0	0	35	84	364
Västra Götaland	2640	43,8	0	0	30	66	412
Örebro	188	78,6	0	13	56	97	434
Östergötland	461	27,1	0	0	0	29	372
Total	10885	67,8	0	0	49	101	446

Figur 29. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per synnedsättningsgrad (1-4) 2024. Referenslinjen anger median för totalen. Registeruttag 2025-04-29.

57



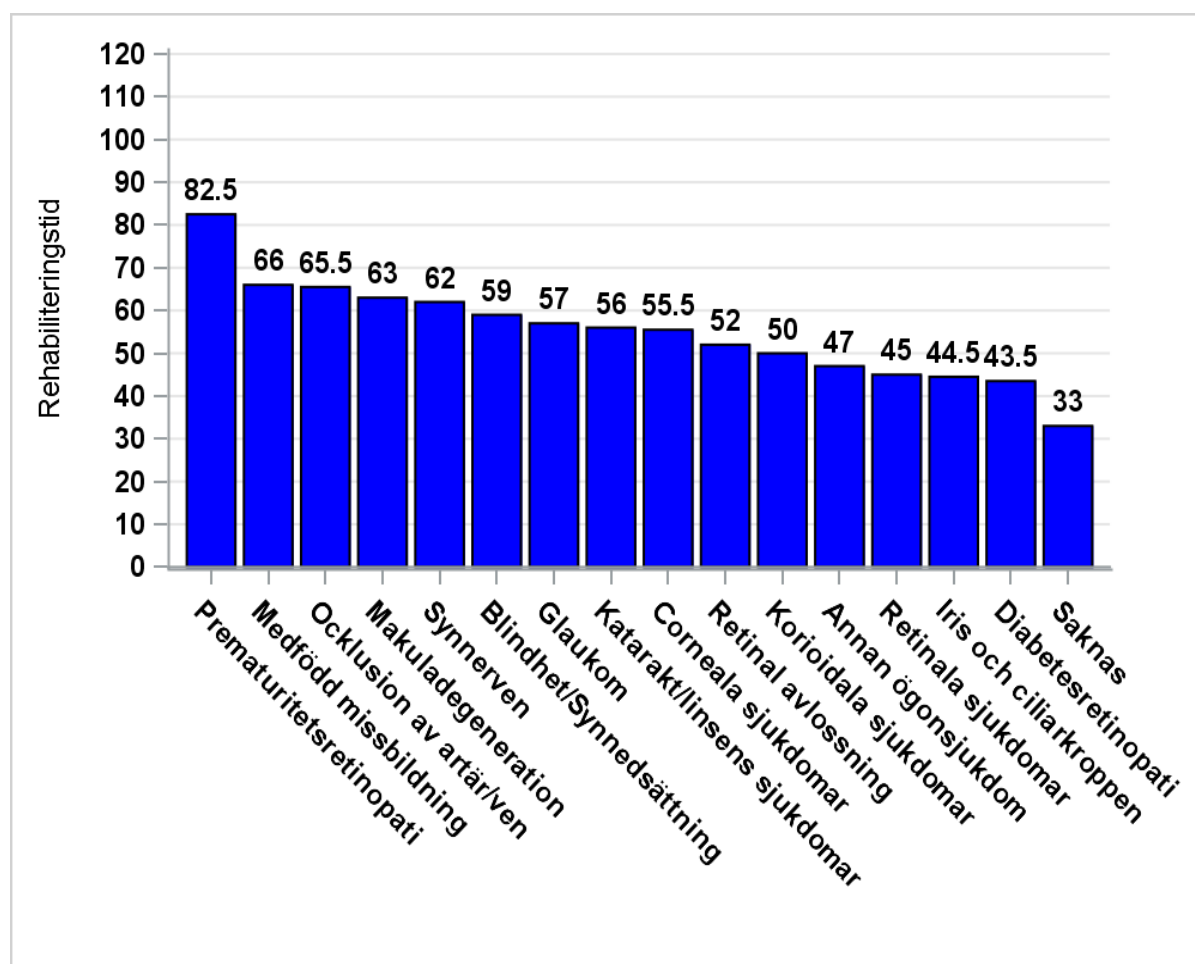
Kommentar

Vid fördelning i grad av synnedsättning ser man att 1(lindrig) och 4 (blindhet) 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 23. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum för 58 grad av synnedsättning och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt.

Synnedsättning	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Lindrig	1912	64,1	0	0	45	100	434
Måttlig	5279	68,6	0	6	51	100	419
Svår	2269	70,4	0	5	48	104	446
Blindhet	1350	66,6	0	0	43	100	428
Okänd	75	43,2	0	0	37	71	154
Total	10885	67,8	0	0	49	101	446

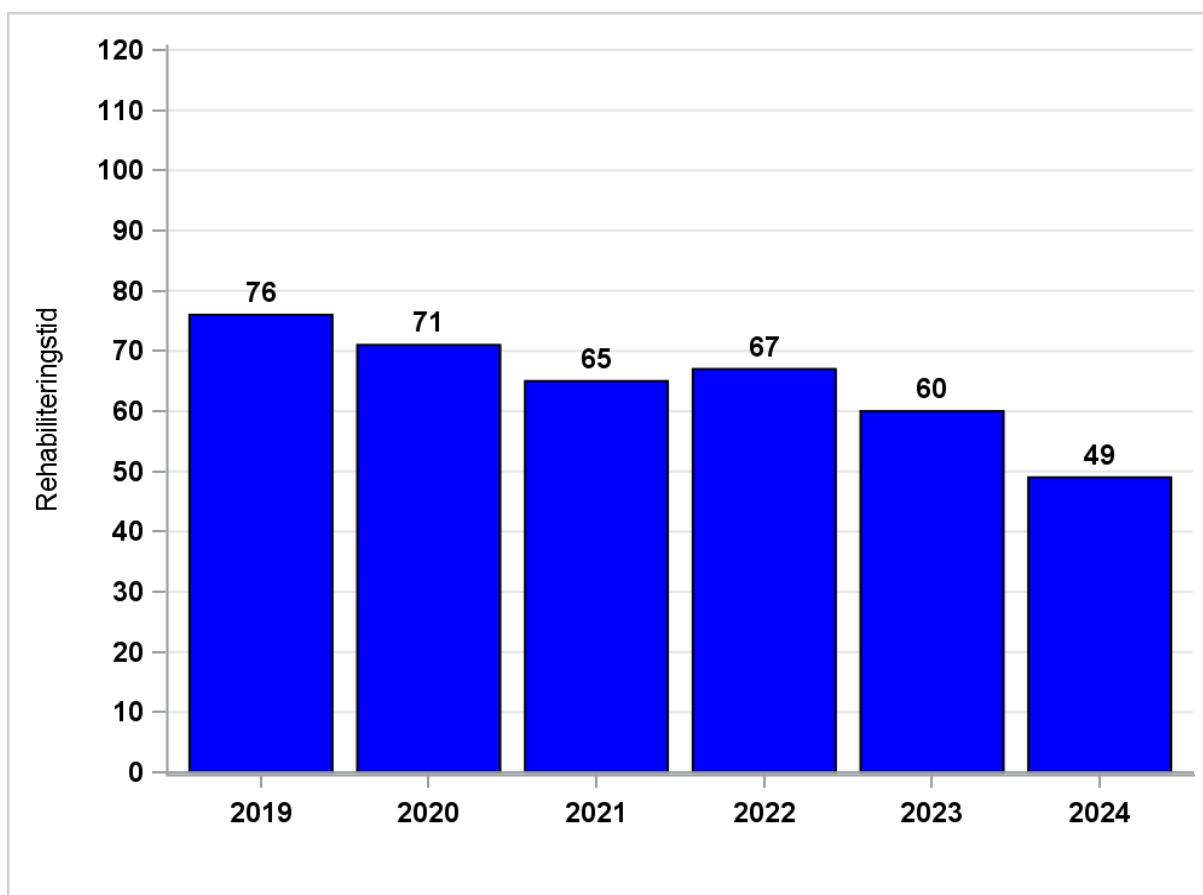
Figur 30. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per diagnosgrupp, för grupper med 10 eller fler observationer. Registeruttag 2025-04-29.



Kommentar

Vid fördelning i diagnosgrupper varierar rehabiliteringstiden mellan 33-82,5 dagar. Diagnos verkar inte påverka 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 31. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per år 2019-2024. Uttag 2025-04-29. 59



Tabell 24. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per besöksår och totalt 2019-2024. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt. Registeruttag 2023-04-12.

Besöksår	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
2019	8241	158,8	0	15	76	184	2267
2020	9099	158,9	0	15	71	202	1841
2021	10561	132,5	0	12	65	161	1468
2022	11492	117,0	0	17	67	151	1159
2023	11960	98,3	0	14	60	139	831
2024	10885	67,8	0	0	49	101	446
Total	62238	119,1	0	13	63	148	2267

Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden visar på 49 dagar för år 2024, 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 med koppling till nationell vårdprocess.

EFFEKT MÅTT

60

Metod

Enheterna Borås, Göteborg, Vänersborg, Skövde, Kristianstad (Synenhet Skåne), Halland och Gotland har arbetat under några år med "mäta effekter" i SKRS. Under 2023-2024 har utbildning och implementering med att mäta effekter pågått i SKRS. Vid sammanställning av årsrapport har 25/27 enheter startat att mäta effekter. 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 2019-2024-12-31.

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	

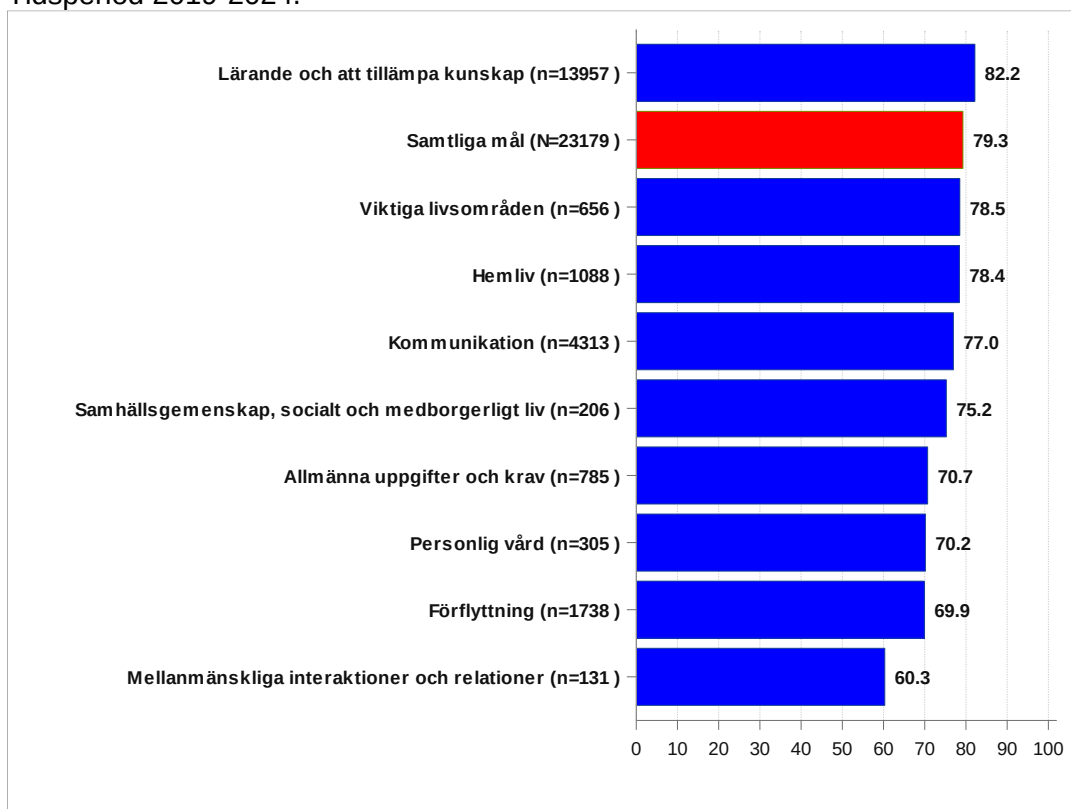
Resultat

Tabell 25. Andel av målen som har förbättrats i procent, uppdelat på respektive målområde och samtliga målområden för riket. Tidsperiod 2019-2024.

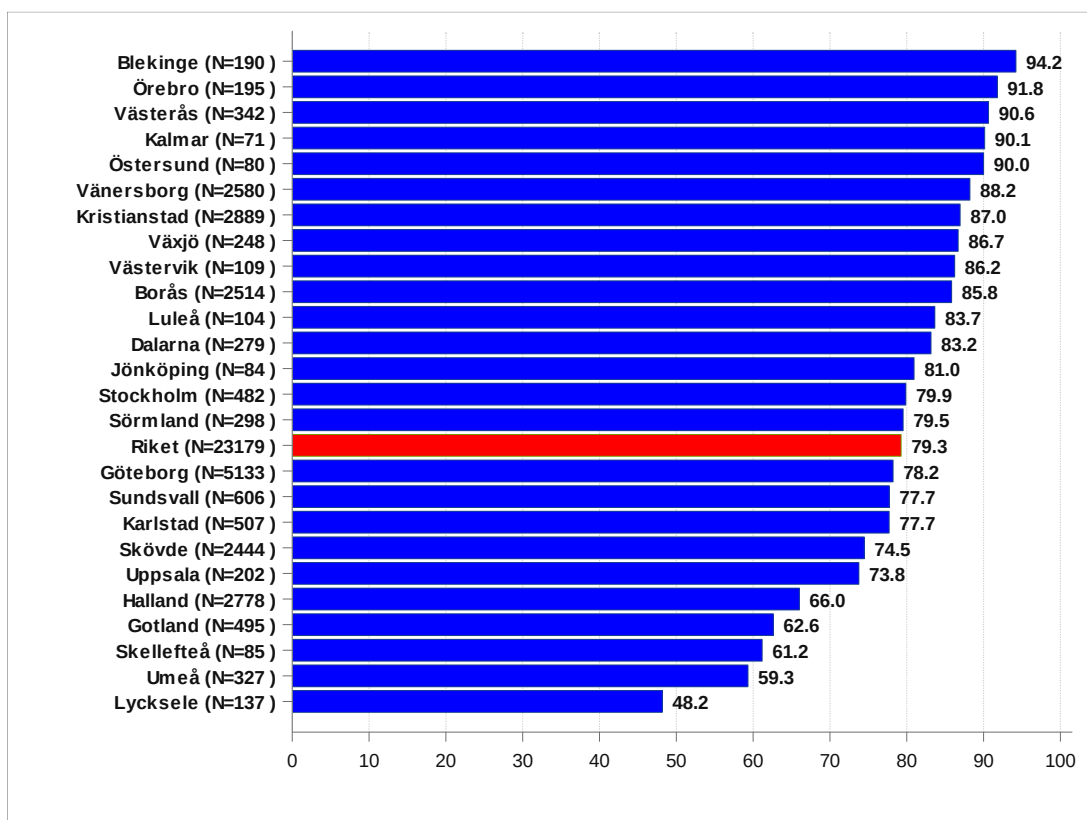
Målområde (antal satta mål)	Antal mål	Andel mål med förbättring
Lärande och att tillämpa kunskap	n=13957	82,2
Viktiga livsområden	n=656	78,5
Hemliv	n=1088	78,4
Kommunikation	n=4313	77,0
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	n=206	75,2
Allmänna uppgifter och krav	n=785	70,7
Personlig vård	n=305	70,2
Förflyttning	n=1738	69,9
Mellanmänskliga interaktioner och relationer	n=131	60,3
Samtliga mål	N=23179	79,3

Figur 32. Procent av målen som har förbättrats uppdelat per mål och samtliga mål. Tidsperiod 2019-2024.

61



Figur 33. Procent av målen som har förbättrats uppdelat per enhet och totalt för samtliga mål 2019-2024. RIKET= 79,3 % av satta mål har förbättrats vid uppföljning.



Tabell 26. Resultat vid kartläggning per mål för alla synenheter som startat med effektmått. 62

Synenhet	Resultat kartläggning										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	1	0.5	24	12.6	44	23.2	33	17.4	88	46.3	190	100.0
Borås	14	0.6	211	8.4	845	33.6	1050	41.8	394	15.7	2514	100.0
Dalarna	0	0	36	12.9	104	37.3	81	29.0	58	20.8	279	100.0
Gotland	0	0	17	3.4	271	54.7	170	34.3	37	7.5	495	100.0
Göteborg	4	0.1	420	8.2	2169	42.3	2104	41.0	436	8.5	5133	100.0
Halland	7	0.3	212	7.6	1010	36.4	1210	43.6	339	12.2	2778	100.0
Jönköping	0	0	8	9.5	20	23.8	40	47.6	16	19.0	84	100.0
Kalmar	1	1.4	3	4.2	25	35.2	31	43.7	11	15.5	71	100.0
Karlstad	1	0.2	104	20.5	183	36.1	99	19.5	120	23.7	507	100.0
Kristianstad	1	0.0	225	7.8	1032	35.7	1125	38.9	506	17.5	2889	100.0
Luleå	0	0	14	13.5	26	25.0	50	48.1	14	13.5	104	100.0
Lycksele	1	0.7	6	4.4	63	46.0	59	43.1	8	5.8	137	100.0
Skellefteå	0	0	14	16.5	41	48.2	24	28.2	6	7.1	85	100.0
Skövde	15	0.6	263	10.8	974	39.9	992	40.6	200	8.2	2444	100.0
Stockholm	0	0	41	8.5	182	37.8	206	42.7	53	11.0	482	100.0
Sundsvall	1	0.2	29	4.8	264	43.6	248	40.9	64	10.6	606	100.0
Sörmland	0	0	30	10.1	94	31.5	79	26.5	95	31.9	298	100.0
Umeå	0	0	29	8.9	190	58.1	92	28.1	16	4.9	327	100.0
Uppsala	0	0	14	6.9	59	29.2	89	44.1	40	19.8	202	100.0
Vänersborg	1	0.0	149	5.8	591	22.9	988	38.3	851	33.0	2580	100.0
Västervik	0	0	5	4.6	26	23.9	41	37.6	37	33.9	109	100.0
Västerås	0	0	19	5.6	152	44.4	129	37.7	42	12.3	342	100.0
Växjö	0	0	18	7.3	99	39.9	88	35.5	43	17.3	248	100.0
Örebro	1	0.5	15	7.7	69	35.4	75	38.5	35	17.9	195	100.0
Östersund	0	0	1	1.3	9	11.3	34	42.5	36	45.0	80	100.0
Alla synenhet	48	0.2	1907	8.2	8542	36.9	9137	39.4	3545	15.3	23179	100.0

Tabell 27. Resultat efter uppföljning per mål för alla synenheter.

Synenhet	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	88	46.3	82	43.2	13	6.8	5	2.6	2	1.1	190	100.0
Borås	778	30.9	1042	41.4	491	19.5	149	5.9	54	2.1	2514	100.0
Dalarna	51	18.3	153	54.8	54	19.4	15	5.4	6	2.2	279	100.0
Gotland	7	1.4	198	40.0	242	48.9	40	8.1	8	1.6	495	100.0
Göteborg	500	9.7	2635	51.3	1612	31.4	346	6.7	40	0.8	5133	100.0
Halland	271	9.8	937	33.7	1063	38.3	416	15.0	91	3.3	2778	100.0
Jönköping	30	35.7	31	36.9	15	17.9	5	6.0	3	3.6	84	100.0
Kalmar	37	52.1	24	33.8	8	11.3	2	2.8	0	0	71	100.0
Karlstad	209	41.2	201	39.6	45	8.9	30	5.9	22	4.3	507	100.0
Kristianstad	991	34.3	1177	40.7	483	16.7	170	5.9	68	2.4	2889	100.0
Luleå	15	14.4	59	56.7	18	17.3	10	9.6	2	1.9	104	100.0
Lycksele	4	2.9	40	29.2	58	42.3	30	21.9	5	3.6	137	100.0
Skellefteå	6	7.1	44	51.8	26	30.6	9	10.6	0	0	85	100.0
Skövde	175	7.2	1295	53.0	781	32.0	173	7.1	20	0.8	2444	100.0
Stockholm	115	23.9	203	42.1	125	25.9	31	6.4	8	1.7	482	100.0
Sundsvall	31	5.1	332	54.8	195	32.2	40	6.6	8	1.3	606	100.0
Sörmland	67	22.5	144	48.3	45	15.1	24	8.1	18	6.0	298	100.0
Umeå	19	5.8	131	40.1	150	45.9	23	7.0	4	1.2	327	100.0
Uppsala	26	12.9	82	40.6	60	29.7	23	11.4	11	5.4	202	100.0
Vänersborg	972	37.7	952	36.9	420	16.3	166	6.4	70	2.7	2580	100.0
Västervik	38	34.9	23	21.1	33	30.3	13	11.9	2	1.8	109	100.0
Västerås	78	22.8	204	59.6	53	15.5	4	1.2	3	0.9	342	100.0
Växjö	79	31.9	125	50.4	28	11.3	4	1.6	12	4.8	248	100.0
Örebro	52	26.7	115	59.0	18	9.2	5	2.6	5	2.6	195	100.0
Östersund	16	20.0	50	62.5	7	8.8	3	3.8	4	5.0	80	100.0
Alla synenhet	4655	20.1	10279	44.3	6043	26.1	1736	7.5	466	2.0	23179	100.0

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

Kommentar (effektmått)

Det är 25 av 27 enheter som har arbetat med att mäta effekter under 2024. I enhetsredovisningen (figur 32) ingår de 25 enheter som har 10 mål eller flera genomförda under 2024. 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 60,3-82,2 som upplever förbättring efter rehabilitering. I dessa siffror ingår alla registrerade enheter. Högst procentuell förbättring finns inom målområdet "lärande och att tillämpa kunskap", "viktiga livsområden" och "hemliv". Minst procentuell förbättring ses för "mellanmänniska interaktioner och relationer", som dock är en mindre grupp (n=131). Inom det mest frekvent valda målområdet "lärande och att tillämpa kunskap" (n=13957) 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 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 48 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 <1 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 2024 har 25 enheter startat att mäta effekter, vilket har utökat antalet analyserande mål/delmål från 9 345 (2022) till 23 179 (2024). Målbilden i SKRS är att senast 2024-06-01 ska alla synenheter delta genom att mäta effekterna av rehabilitering. Några nystartade enheter har färre mål <10, vilket gör att de inte finns med i redovisningen (Gävle och Linköping).

BARN OCH UNGDOMAR (0-19 år)

Från den 1 oktober 2024 har det varit möjligt att registrera barn och ungdomar i SKRS. I ett första skede har extra variabler och en anpassad remiss lagts till i registret. För att få möjlighet att visa mera statistik har styrgruppen valt att presentera data från 2024 till 2025-03-31, när det gäller barn och ungdomar i SKRS.

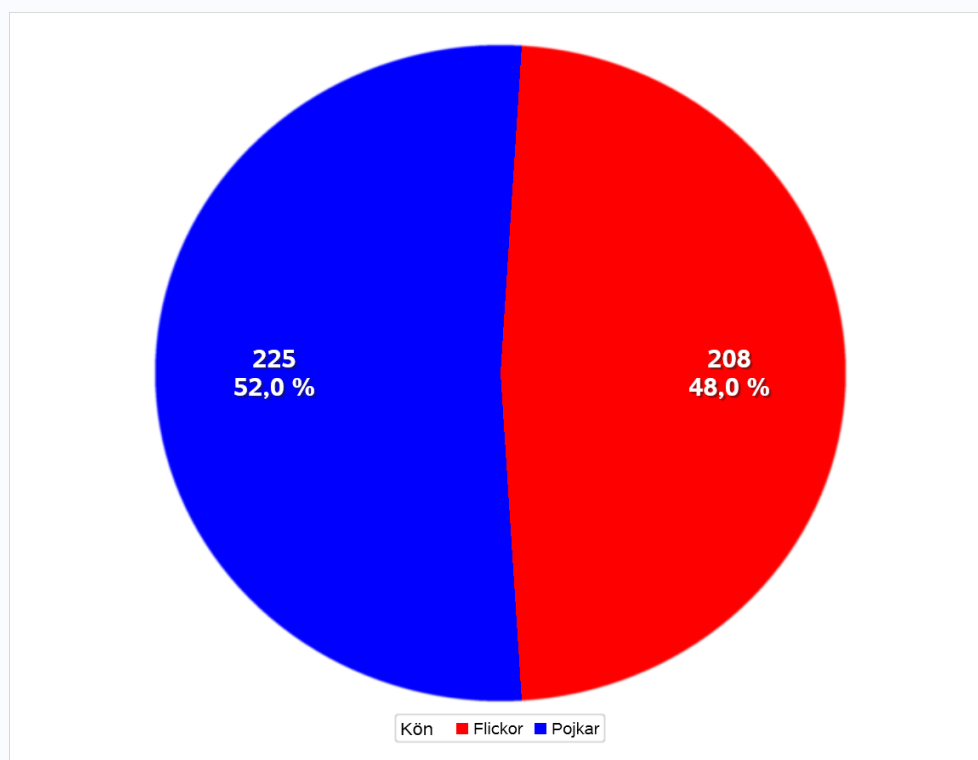
Tabell 28. Antal individer i SKRS 2024 per enhet - Barn och Ungdomar 0-19 år.
Registeruttag gjort 2025-04-29 - Registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.

Synenhet	Barn och Ungdomar
	N
Blekinge	1
Borås	58
Dalarna	10
Göteborg	116
Halland	6
Jönköping	5
Karlstad	16
Linköping	28
Luleå	6
Lycksele	3
Skellefteå	7
Skövde	14
Stockholm	62
Sundsvall	5
Skåne	20
Sörmland	9
Umeå	31
Uppsala	1
Vänersborg	30
Västerås	1
Växjö	4
Östersund	1
Totalt	434

Tabell 29. Deskriptiv statistik över ålder i SKRS 2024/2025. - Barn och Ungdomar 0-19 år). Registeruttag, 2025-04-29. Alla registreringar fram till 2025-03-31.

Kön	Ålder				
	n	Medel	Minimum	Median	Maximum
Flickor	208	10	0	9	19
Pojkar	225	9	0	9	19
Total	433	10	0	9	19

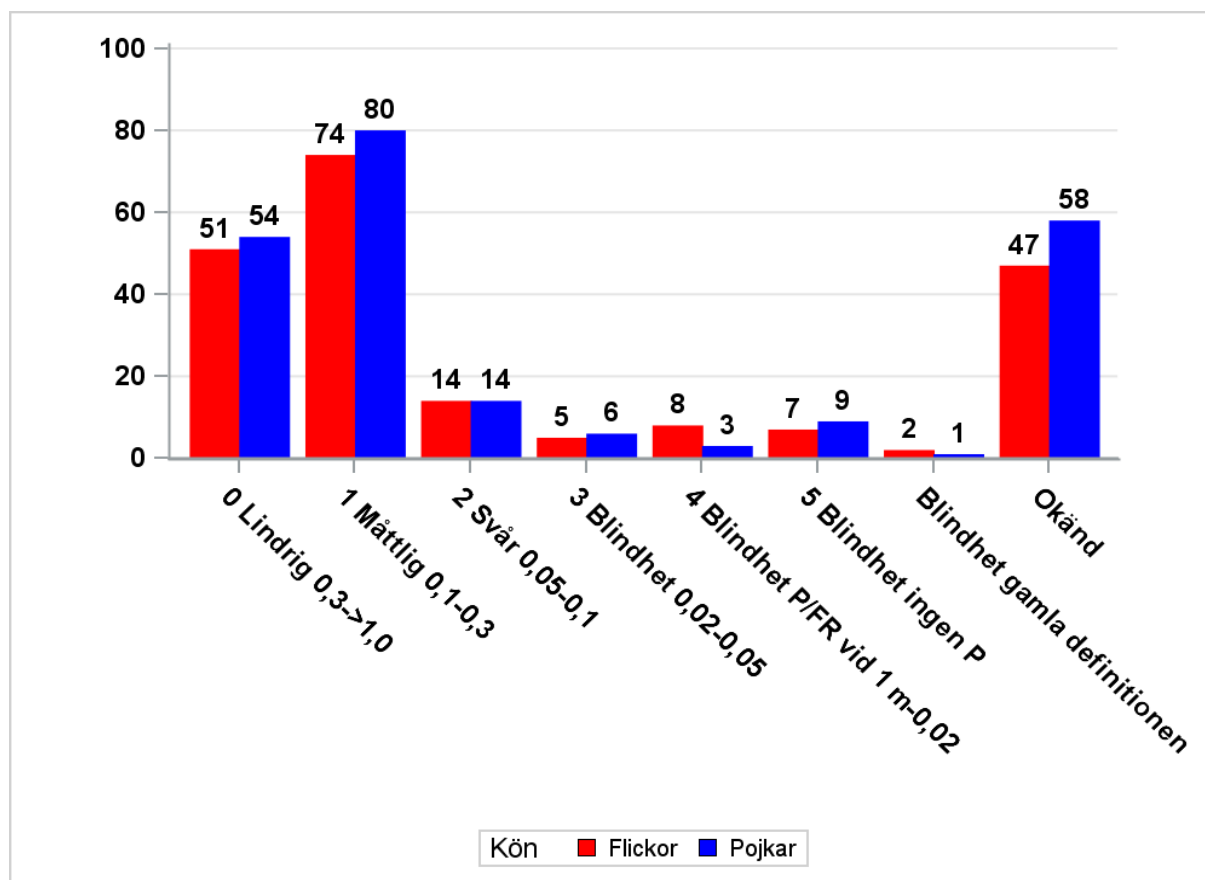
Figur 34. Könsfördelning för registreringar i SKRS 2024/2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag gjort 2025-04-29 - Alla registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.



Grad av synnedsättning

67

Figur 35. Grad av synnedsättning enligt WHO, år 2024 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag 2025-04-29. Registreringar fram till 2025-03-31 inkluderade.



v

Tabell 30. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition, år 2024 – Barn och ungdomar 0-19 år. Registeruttag 2025-04-29. Alla registreringar t om- 2025-03-31 inkluderade.

Kön	Grad av synnedsättning																Total	
	0		1		2		3		4		5		Blindhet gamla definitionen		Okänd			
	Lindrig 0,3->1,0		Måttlig 0,1-0,3		Svår 0,05-0,1		Blindhet 0,02-0,05		Blindhet P/FR vid 1 m-0,02		Blindhet ingen P							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Flickor	51	24,5	74	35,6	14	6,7	5	2,4	8	3,8	7	3,4	2	1,0	47	22,6	208	100,0
Pojkar	54	24,0	80	35,6	14	6,2	6	2,7	3	1,3	9	4,0	1	0,4	58	25,8	225	100,0
Total	105	24,2	154	35,6	28	6,5	11	2,5	11	2,5	16	3,7	3	0,7	105	24,2	433	100,0

Diagnos

Tabell 31. Fördelning över huvuddiagnoserna - Barn och ungdomar 0-19 år.
 Registerutdrag 2025-04-29. Alla registreringar fram till 2025-03-31 inkluderade.
 Antalet är unika patienter inom varje gruppering, en patient kan ha flera diagnoser men endast en huvuddiagnos. En patient med flera diagnoser kan ingå i flera grupperingar om det finns flera registreringar. Antalet unika patienter som har angivit minst en huvuddiagnos under aktuell period är 416.

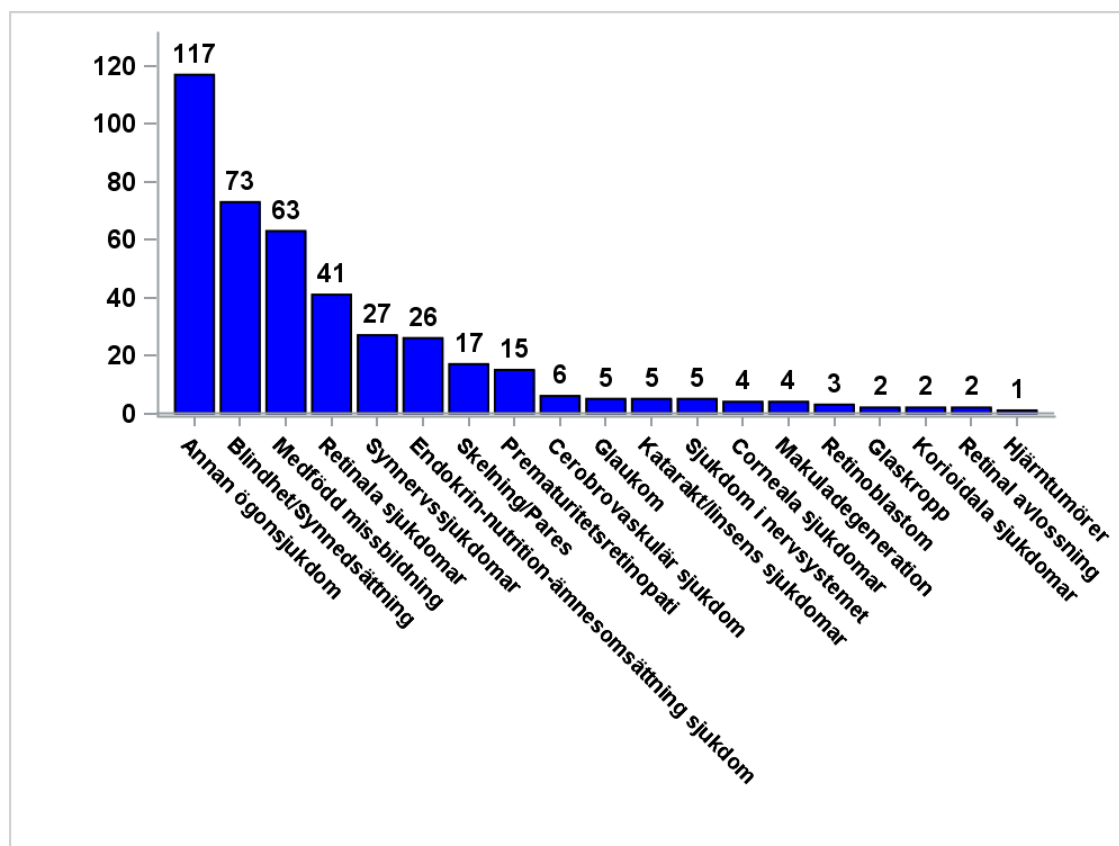
Diagnosgruppering	Antal
Annan ögonsjukdom	117
Blindhet/Synnedläggning	73
Medfödd missbildning	63
Retinala sjukdomar	41
Synervervssjukdomar	27
Endokrin-nutrition-ämnesomsättning sjukdom	26
Skelning/Pares	17
Prematuritetsretinopati	15
Cerebrovaskulär sjukdom	6
Katarakt/linsens sjukdomar	5
Sjukdom i nervsystemet	5
Glaukom	5
Makuladegeneration	4
Corneala sjukdomar	4
Retinoblastom	3
Retinal avlossning	2
Glaskropp	2
Korioidala sjukdomar	2
Hjärntumörer	1

Kommentar

Vid ny remiss till synenheten på barn framkommer inte alltid diagnos på grund av att det är oklart. Det innebär att "annan ögonsjukdom" väljs som diagnos.

Figur 36. Fördelning av huvuddiagnoser år 2024/2025 – Barn och ungdomar 0-19 år. Registeruttag 2025-04-29. Alla registreringar fram till 2025-03-31 inkluderade.

69



Kommentar

Sedan barn och ungdomar började registreras har tillägg av diagnosgrupper gjorts, bland annat medfödd missbildning, endokrin- och näringsämnesomsättnings sjukdomar, prematuritetsretinopati, cerebrovaskulär sjukdom och sjukdomar i nervsystemet. De mest frekvent registrerade diagnoskoderna är "annan ögonsjukdom" och "blindhet/synnedstättning" som båda är ospecifika och inte beskriver den egentliga bakomliggande sjukdomen. Anledningen till detta fenomen kan vara att diagnosen inte är klarlagd ännu när barnet remitteras till synhabiliteringen eller att den som registrerar remissen i SKRS inte har kännedom om den egentliga diagnosen tex om barnet registreras i SKRS via en egenremiss. I det fortsatta arbetet är det en viktig uppgift att sträva efter mer exakt diagnossättning för att SKRS ska kunna användas för utvärdering av de habiliterande insatserna och deras resultat vid respektive sjukdom och för att det ska gå att få en korrekt och detaljerad bild av det sjukdomspanorama som orsakar synnedstättning hos barn.

WHO:s klassifikation av synnedstättning i originalversion används i SKRS från och med 1 oktober 2024. För barn och ungdomar redovisas syngradering enligt originalgrupper från WHO.

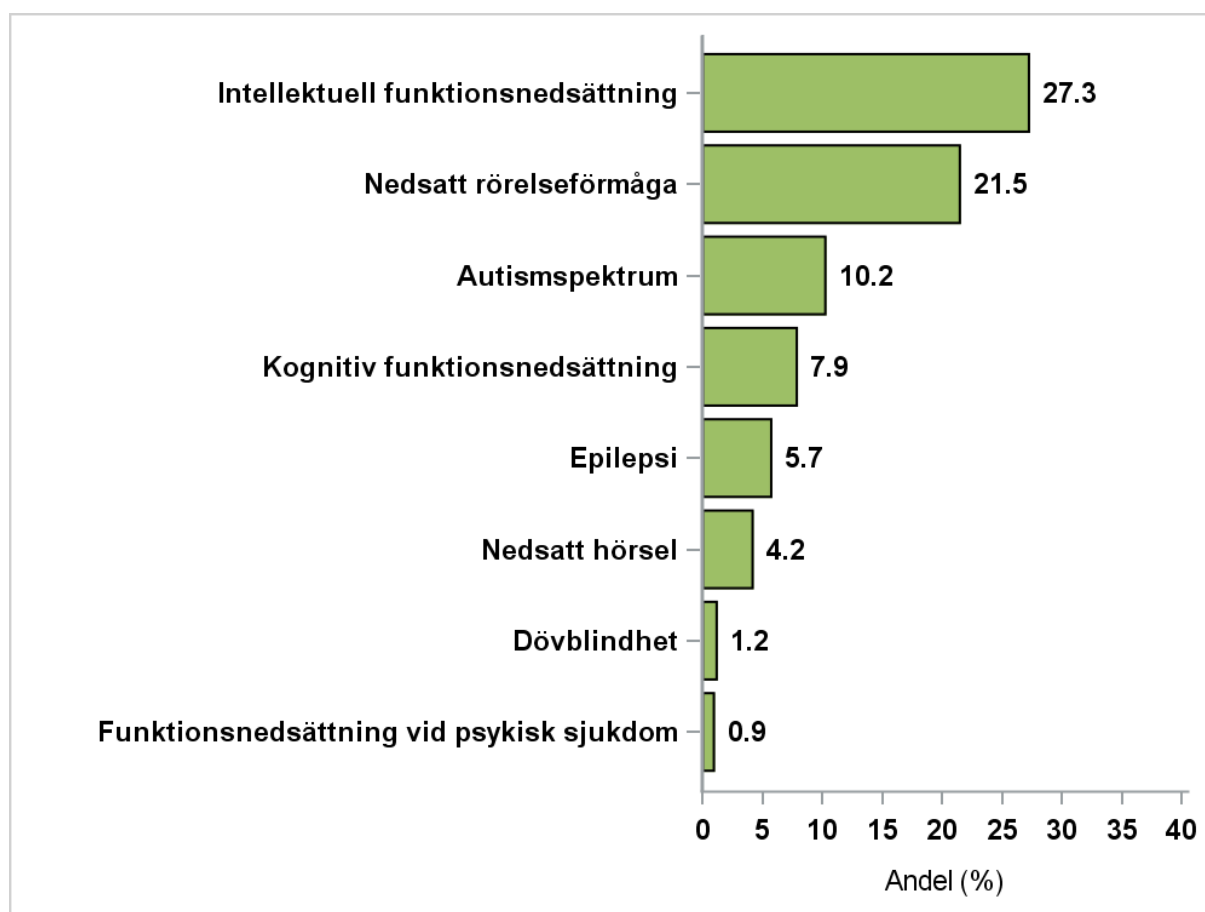
Annan funktionsnedsättning vid synnedsättning

70

Tabell 32. Annan funktionsnedsättning 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år.
Registeruttag 2025-04-29. Registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade

Annan funktionsnedsättning	Svar				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Ingen annan funktionsnedsättning	237	54,7	196	45,3	433	100,0
Autismspektrum	43	10,2	377	89,8	433	100,0
Dövblindhet	5	1,2	428	98,8	433	100,0
Epilepsi	24	5,7	396	94,3	433	100,0
Intellektuell funktionsnedsättning	118	27,3	315	72,7	433	100,0
Kognitiv funktionsnedsättning	34	7,9	399	92,1	433	100,0
Nedsatt hörsel	18	4,2	415	95,8	433	100,0
Nedsatt rörelseförmåga	93	21,5	340	78,5	433	100,0
Funktionsnedsättning vid psykisk sjukdom	4	0,9	429	99,1	433	100,0

Figur 37. Andel med annan funktionsnedsättning 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag 2025-04-29. Registreringar fram till 2025-03-31.



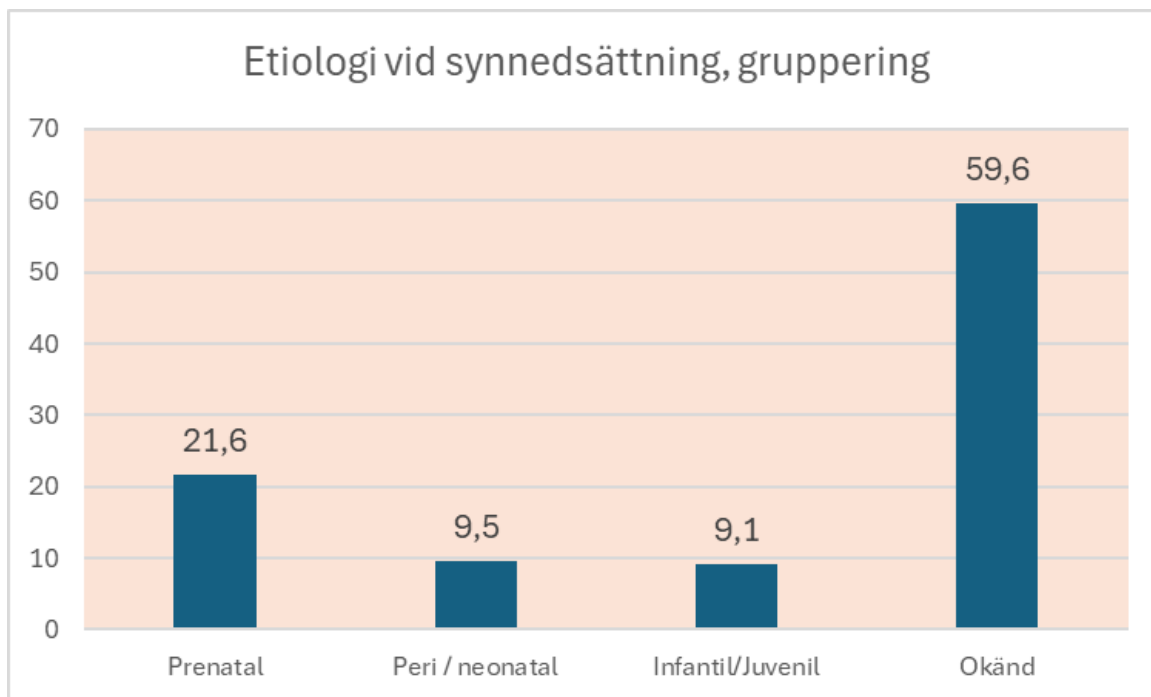
Kommentar

Barn med synnedsättning kan också ha andra funktionsnedsättningar. För de barn och ungdomar som är registrerade i SKRS är det vanligast att det finns en samtidig intellektuell funktionsnedsättning, följt av nedsatt rörelseförmåga.

Etiologi vid synnedsättning

72

Figur 38. Etiologi 2024 och 2025 - (Barn och Ungdomar 0-19 år).
Endast de individerna som besvarat frågan ingår i grafen.



Tabell 33. Etiologi 2024 och 2025 - (Barn och Ungdomar 0-19 år). Registeruttag 2025-04-29.
Alla registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.

Svar	Antal f	Andel %
Prenatal	50	21,6
Peri / neonatal	22	9,5
Infantil/Juvenil	21	9,1
Okänd	139	59,6
Alla	232	100,0

Tabell 34. Specifiering av etiologi 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år.

73

Gruppering	Specifiering	Antal	Andel (%)
Prenatal	Annan prenatal orsak, ospecificerad	2	4,0
	Annan prenatal orsak, specificerad	1	2,0
	Genetisk med känt kromosomfel	21	42,0
	Genetisk utan känt kromosomfel	11	22,0
	Infektion	1	2,0
	Okänd	14	28,0
	Alla	50	100,0
Peri / neonatal	Andra komplikationer v prematuritet (<36; <2500g)	10	45,5
	Andra neonatala komplikationer hos fullgångna	1	4,5
	Asfyxi hos fullgångna	3	13,6
	Okänd	6	27,3
	Syrebrist med prematuritet	2	9,1
	Alla	22	100,0
Infantil / juvenil	Andra generella sjukdomar, ospecificerade	1	4,8
	Andra generella sjukdomar, specificerade	3	14,3
	Infektion	4	19,0
	Neoplasm	1	4,8
	Okänd	9	42,9
	Trauma	3	14,3
	Alla	21	100,0

Kommentar (figur 37 och tabell 33 och 34)

Hos majoriteten av barnen som är registrerade i SKRS är etiologin till sjukdomen angiven som okänd. I de fall etiologin är känd så är det vanligast med en prenatal orsak och då ofta genetisk. Även beträffande etiologin är det eftersträvarsvårt att specificera etiologin i större utsträckning.

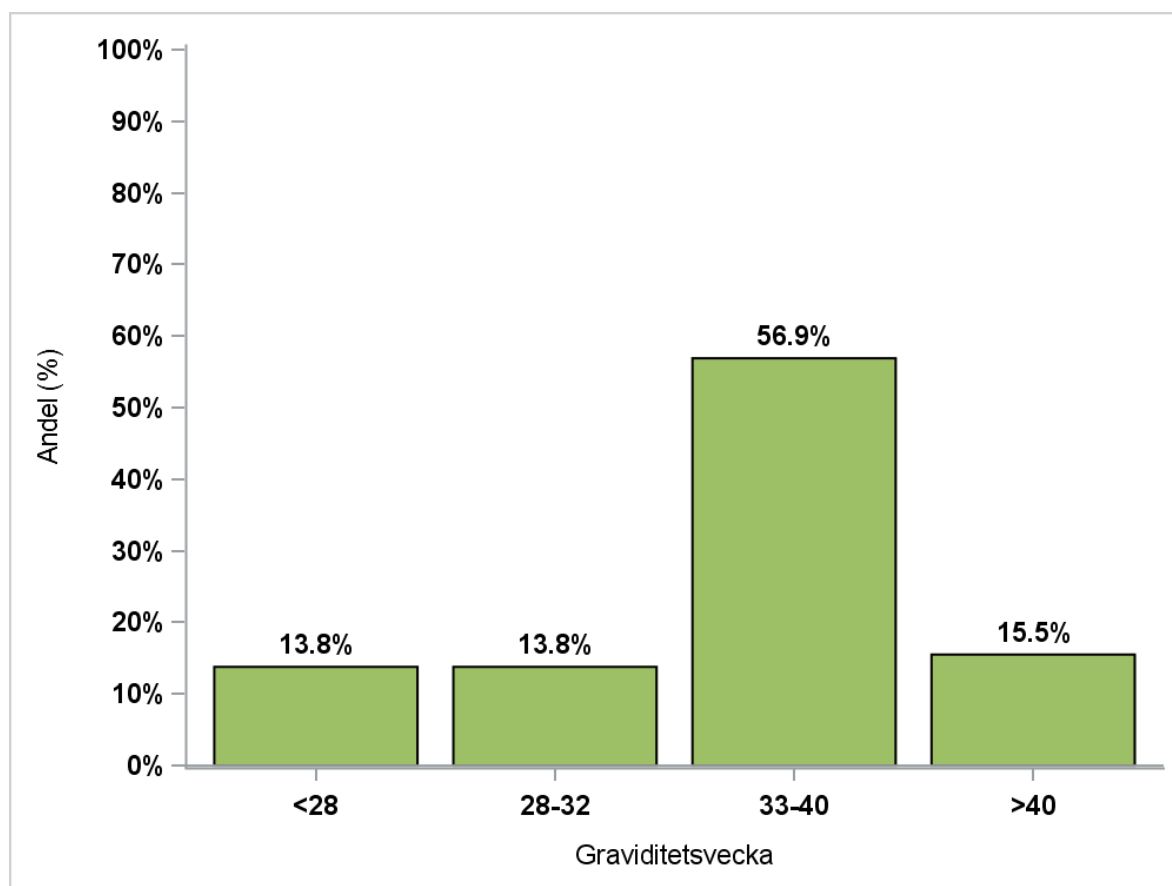
Graviditetsvecka, födelsevikt och hereditet.

74

Tabell 35. Graviditetsvecka 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år.
Registeruttag gjort 2025-04-29. Alla registreringar fram till 2025-03-31 inkluderade.

Graviditetsvecka	Antal	% Andel
<28	8	13,8
28-32	8	13,8
33-40	33	56,9
>40	9	15,5
Alla	58	100,0

Figur 39. Graviditetsvecka 2024 och 2025-03-31 - Barn och Ungdomar 0-19 år.



Tabell 36. Deskriptiv statistik över födelsevikt 2024 och 2025-03-31.
Barn och Ungdomar 0-19 år.

75

Födelsevikt i gram				
n	Medel	Minimum	Median	Maximum
41	2605	461	2965	4800

Tabell 37. Fördelning av födelsevikt 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år.

Födelsevikt i gram	Antal	Andel (%)
<500 g	1	2,4
500-1000 g	7	17,1
1001-1500 g	1	2,4
1501-2000 g	2	4,9
2001-2500 g	5	12,2
2501-4500 g	24	58,5
>4500 g	1	2,4
Alla	41	100,0

Kommentar

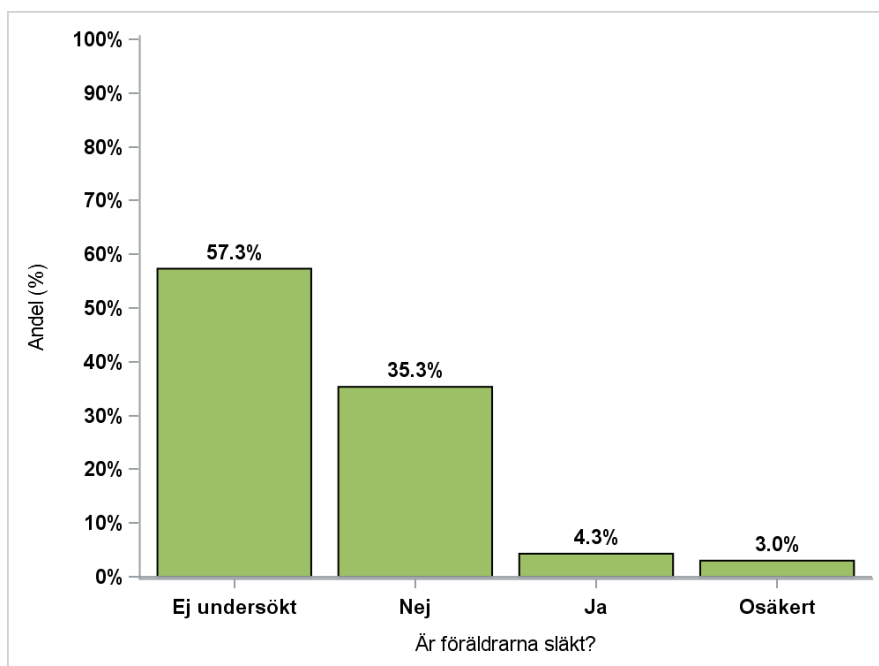
De flesta barnen med synnedsättning har fötts i vecka 33-40 (56,9%) och har normalvikt (58,5%). Det kan noteras att endast 58 (graviditetsvecka) respektive 41 barn (födelsevikt) har ett registrerat värde för dessa två parametrar. Det är fortsättningsvis av vikt att försöka förbättra registreringsfrekvensen av dessa data för att få en bättre bild av betydelsen av graviditetslängd och födelsevikt hos barn med synfunktionsnedsättning.

Tabell 38. Släktskap hos föräldrar, 2024 och 2025-03-31. Barn och Ungdomar 0-19 år.

Är föräldrarna släkt	Antal	Andel (%)
Ej undersökt	133	57,3
Ja	10	4,3
Nej	82	35,3
Osäkert	7	3,0
Alla	232	100,0

Figur 40. Släktskap hos föräldrar, 2024 och 2025-03-31. Barn och Ungdomar 0-19 år.

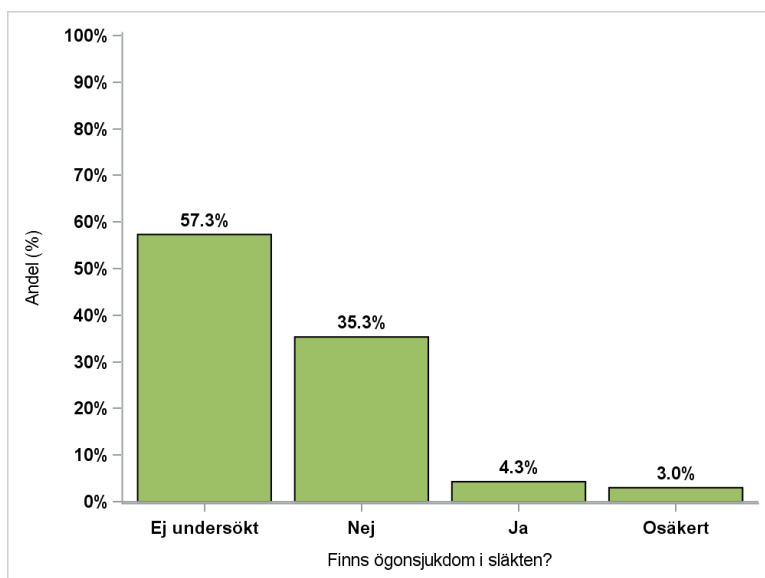
76



Tabell 39. Ögonsjukdom i släkten 2024 och 2025-03-31, barn och ungdomar 0-19 år.

Finns ögonsjukdom i släkten	Antal	% Andel
Ej undersökt	133	57,3
Ja	10	4,3
Nej	82	35,3
Osäkert	7	3,0
Alla	232	100,0

Figur 41. Finns ögonsjukdom i släkten. Barn och ungdomar 0-19år.



Tabell 40. Fördelning av födelseland för 2024 och 2025-03-31.
Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag gjort 2025-04-29.

77

Födelseland	Antal	Andel (%)
Danmark	1	0,6
Etiopien	2	1,2
Indien	1	0,6
Irak	1	0,6
Iran	1	0,6
Kongo-Kinshasa	1	0,6
Lettland	1	0,6
Pakistan	2	1,2
Somalia	1	0,6
Storbritannien	1	0,6
Sverige	157	90,8
Syrien	1	0,6
Uganda	1	0,6
Ukraina	1	0,6
Ungern	1	0,6
Alla	173	100,0

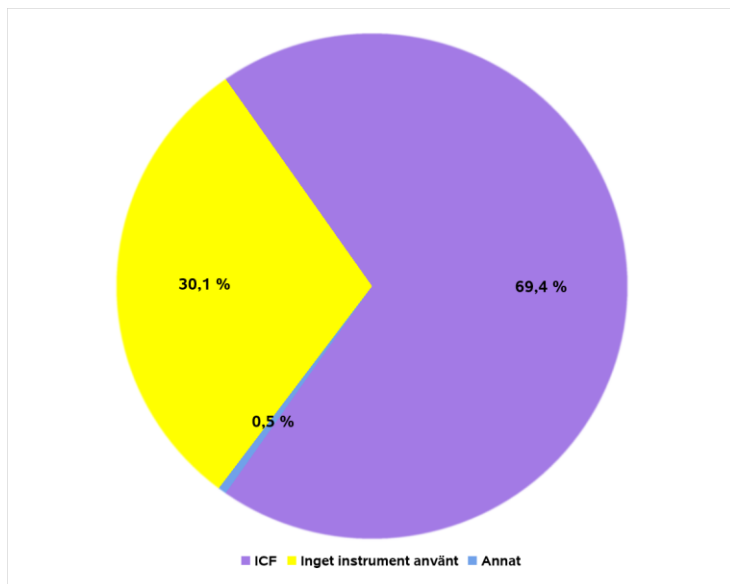
Kommentar

De flesta barn och ungdomar som har registrerats är födda i Sverige (90,8%). Uppgifterna om släktskap och äftlighet inhämtas från ögonläkarens remiss/uppgifter och saknas bland cirka 60 % av registreringarna. Registreringen är relativt nystartad i SKRS.

Bedömningsinstrument

78

Figur 42. Användning av bedömningsinstrument 2024 och 2025-03-31.
Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag gjort 2025-04-29.
Alla registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.



Tabell 40. Användning av bedömningsinstrument 2024 och 2025.
Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag gjort 2025-04-29.
Registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.

Bedömningsinstrument	n	%
ADL-taxonomi syn	1	0,3
ICF	261	69,4
Inget instrument använt	113	30,1
Annat bedömningsinstrument	1	0,3
Alla	376	100,0

Kommentar

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

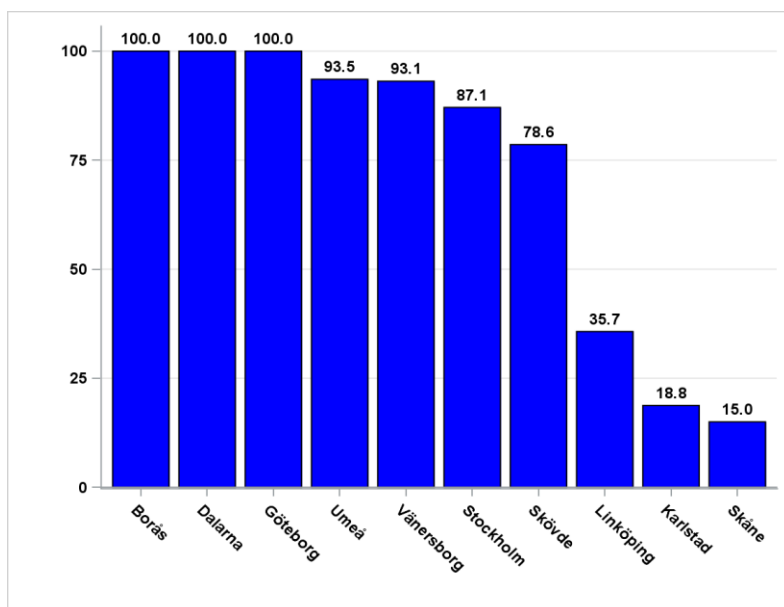
Individuell habiliteringsplan (IHP)

79

Tabell 41. Andel patienter med upprättade IHP vid minst ett besök för 2024 och 2025
- Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag 2025-04-29.
Registreringar fram till 2025-03-31 inkluderade.

	Antal	%
IHP utfört		
Ja	347	80,1
Nej	86	19,9
Total	433	100,0

Figur 43. Andel upprättade IHP vid besök totalt för 2024 och 2025 per enhet -
Barn och Ungdomar 0-19 år.



Tabell 42. Antal och andel upprättade IHP vid besök totalt för 2024 och 2025 per enhet -
Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag gjort 2025-04-29 Alla registreringar fram till 2025-
03-31 är inkluderade.

	IHP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Synerhet						
Blekinge	0	0	1	100,0	1	100,0
Borås	58	100,0	0	0	58	100,0
Dalarna	10	100,0	0	0	10	100,0
Göteborg	116	100,0	0	0	116	100,0
Halland	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Jönköping	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Karlstad	3	18,8	13	81,3	16	100,0
Linköping	10	35,7	18	64,3	28	100,0

Luleå	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Lycksele	3	100,0	0	0	3	100,0
Skellefteå	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Skåne	3	15,0	17	85,0	20	100,0
Skövde	11	78,6	3	21,4	14	100,0
Stockholm	54	87,1	8	12,9	62	100,0
Sundsvall	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Sörmland	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Umeå	29	93,5	2	6,5	31	100,0
Uppsala	0	0	1	100,0	1	100,0
Vänersborg	27	93,1	2	6,9	29	100,0
Västerås	0	0	1	100,0	1	100,0
Växjö	4	100,0	0	0	4	100,0
Östersund	1	100,0	0	0	1	100,0
Totalt	347	80,1	86	19,9	433	100,0

Kommentar

Under 2024 och 2025 fram till var det 80,1% av patienterna som har registrerats för att ha fått en IHP upprättad, Variationerna beträffande frekvensen av inrättade habiliteringsplaner är stora mellan enheter och regioner. I samband med besök inom synverksamheten är det viktigt att formulera en plan för habiliteringen. En individuell habiliteringsplan upprättas och följs upp tillsammans med patient och vårdnadshavare samt representanter för förskola och skola. I planen ska mål för behandlingen, planerade behandlingsinsatser och uppföljning av resultat dokumenteras. Habiliteringsplanen säkerställer patientens och vårdnadshavarnas delaktighet och ska tydliggöra behandlingsperiod samt gränsen mellan det som genomförs som egenvård och behandlingsinsatser som kräver hälso- och sjukvårdens kompetens.

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

Tillgänglighet till synhabilitering för barn och ungdomar

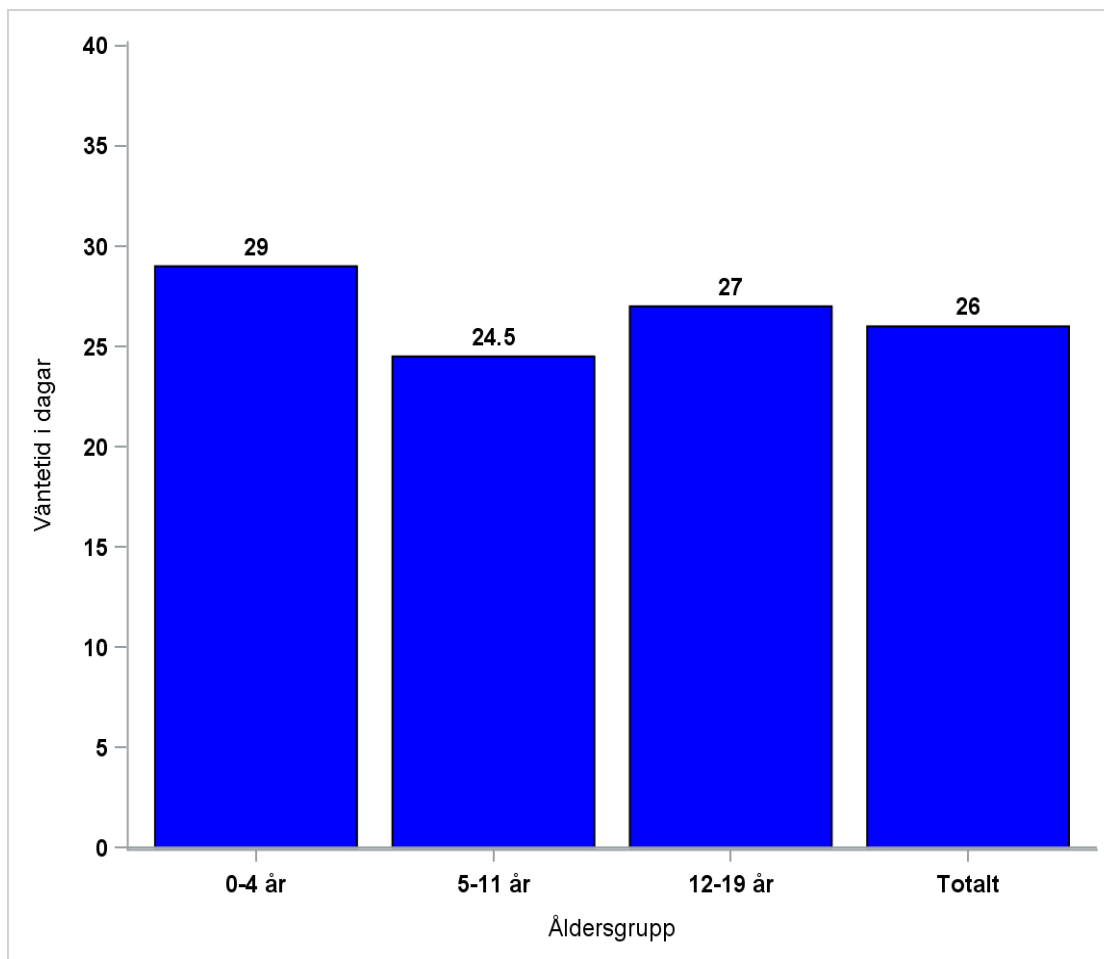
Tabell 43 Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Tid från remiss till besöksdatum för första besök, 2024, uppdelat i per kön och totalt. Registeruttag 2025-04-29. Alla registreringar till och med 2025-03-31 inkluderade.

Kön	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Flickor	214	34,9	0	16	27	43	366
Pojkar	232	30,2	0	13	24	42	170
Total	446	32,5	0	14	26	42	366

Tabell 44. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Tid från remiss till besöksdatum för första besök, 2024, uppdelat i per åldersgrupp och totalt. Registeruttag 2025-04-29. Alla registreringar till och med 2025-03-31 inkluderade.

Åldersgrupp	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
0-4 år	97	32,9	0	15	29	43	148
5-11 år	174	31,1	0	11	25	42	366
12-19 år	175	33,6	0	15	27	42	322
Total	446	32,5	0	14	26	42	366

Figur 44. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar per åldersgrupp 82 och totalt år 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år.
Registeruttag 2025-04-29. Alla registreringar till och med 2025-03-31 inkluderade.



Tabell 45. Jämförelse av antal dagar från remiss till första besök för 5-11 åringar med övriga åldrar för barn och ungdomar. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket.

Gruppering	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
5-11 år	174	31,1	0	11	25	42	366
Övriga	272	33,4	0	15	28	42	322
Total	446	32,5	0	14	26	42	366

Tabell 46. Jämförelse av antal dagar från remiss till första besök 2024 och 2025 för Barn och Ungdomar 0-19 år med Vuxna 2024. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket. 83

Gruppering	Väntetid i dagar						
	N	Medel	Min	Q1	Median	Q3	Max
Barn och ungdomar	446	32,5	0	14	26	42	366
Vuxna	12735	49,7	0	21	37	65	1138
Total	13181	49,1	0	21	37	64	1138

Kommentar om tillgänglighet till synhabilitering (väntetid)

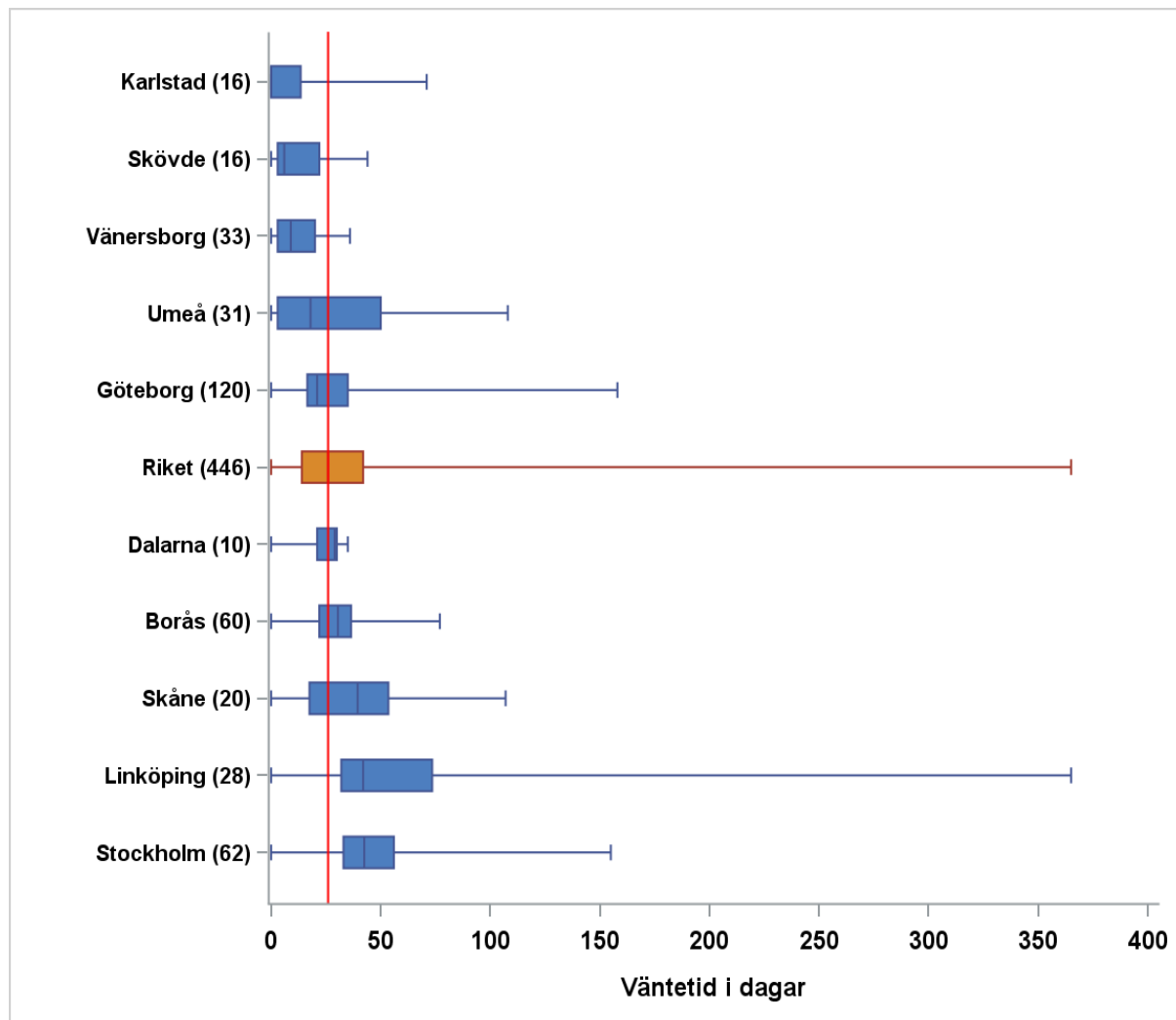
Tillgängligheten/väntetiden för barn och ungdomar (0-19 år) är i median 26 dagar. Vid uppdelning i åldersgrupper har barnen mellan 5-11 år har bäst tillgänglighet (25 dagar). För att analysera skillnaden i väntetid mellan 5-11 åringar och de övriga användes Wilcoxon rank-sum test (Mann–Whitney U-test), ett icke-parametriskt test för oberoende grupper. Resultatet visade att det inte föreligger någon statistiskt säkerställd skillnad i väntetid mellan åldersgrupperna ($p=0.2967$).

Väntetiden för barn/ungdomar ligger något bättre till än väntetiden för vuxna (>20 år) som i median för 2024 låg på 37 dagar, se tabell 46.

I tabell 46 har en jämförelse gjorts mellan väntetiden för barn/ungdomar och vuxna. För att analysera skillnaden i väntetid mellan barn och vuxna användes Wilcoxon rank-sum test (Mann–Whitney U-test), ett icke-parametriskt test för oberoende grupper. Resultatet visade **en statistiskt signifikant skillnad i väntetid** mellan grupperna ($p<.0001$), vilket indikerar att barn och vuxna i genomsnitt har olika lång väntetid. Vid bedömning av analysen vill vi påminna om att materialet för barn och ungdomar endast omfattar 6 månaders registrering.

Figur 45. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per enhet och totalt (Riket) år 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. 84

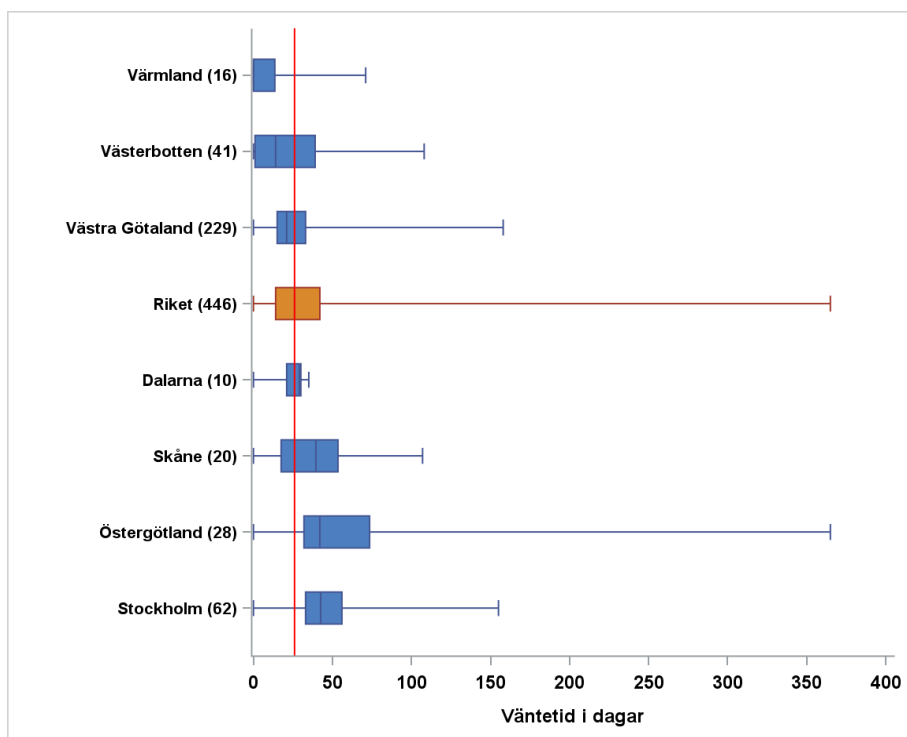
Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365. Endast synenheter med 10 eller fler remisser är inkluderade. Registeruttag gjort 2025-04-29 - Alla registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade. Röd linje representerar median= 27 dagar.



Kommentar

I figuren ses de tio synenheter som har startat att rapportera barn och ungdomar. Sammanlagt har 449 remisser registrerats. Väntetiden för habilitering ser olika ut på synenheterna i Sverige. Synenheter med kortare väntetid än riket totalt finns till vänster om den röda medianlinjen, och synenheter till höger om linjen har något längre väntetider. I figur 45 redovisas per enhet och i figur 46 per region. Endast synenheter med fler än 10 remisser registrerade i SKRS finns med i diagrammen.

Figur 46. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per region och totalt (Riket) 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. 85
Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365. Endast synenheter med 10 eller fler remisser är inkluderade.

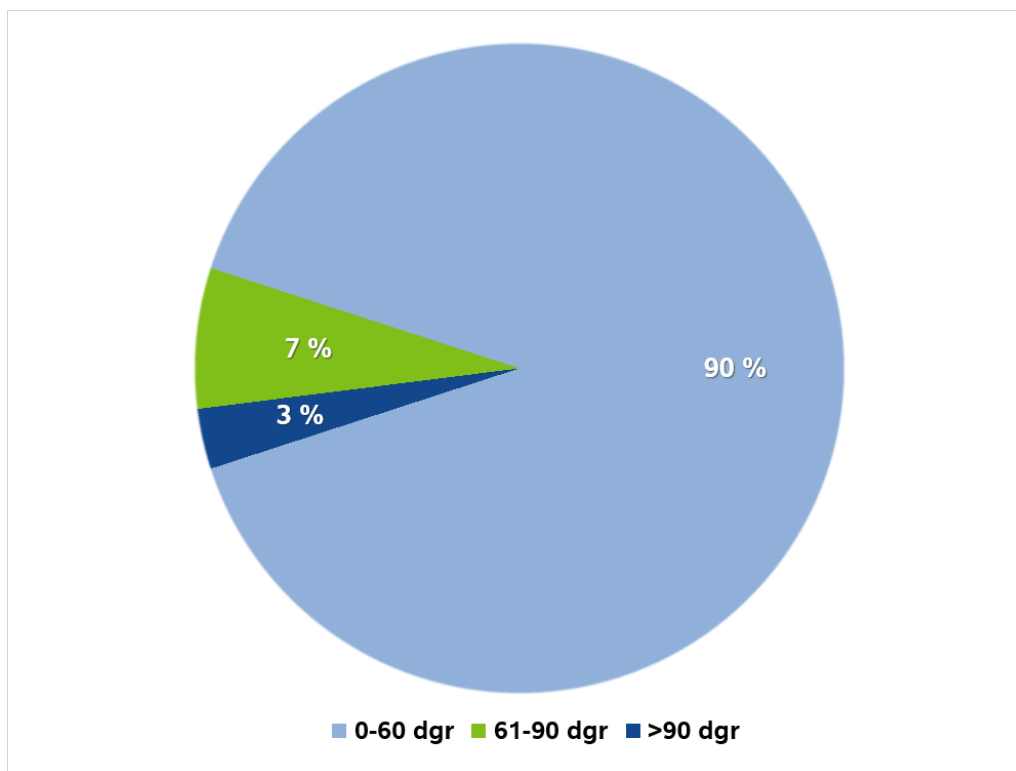


Tabell 47. Deskriptiv statistik, antal dagar från remiss till besök 2024 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per region och totalt. Registeruttag gjort 2025-04-29.

Region	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	1	29,0	29	29	29	29	29
Dalarna	10	25,1	0	21	29	30	35
Halland	6	77,0	0	0	67	164	164
Jämtland	1	42,0	42	42	42	42	42
Jönköping	5	101,6	6	43	54	83	322
Kronoberg	4	39,0	35	36	37	43	47
Norrbottn	7	20,1	0	0	13	47	54
Skåne	20	38,2	0	18	40	54	107
Stockholm	62	45,2	0	33	43	56	155
Södermanland	9	24,7	0	0	21	33	69
Uppsala	1	119,0	119	119	119	119	119
Värmland	16	10,2	0	0	0	14	71
Västerbotten	41	23,2	0	1	14	39	108
Västernorrland	5	33,4	0	0	29	46	92
Västmanland	1	37,0	37	37	37	37	37
Västra Götaland	229	25,9	0	15	21	33	158
Östergötland	28	62,3	0	32	42	74	366
Total	446	32,5	0	14	26	42	366

Figur 47. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024 och 2025- Barn och Ungdomar 0-19 år.

86



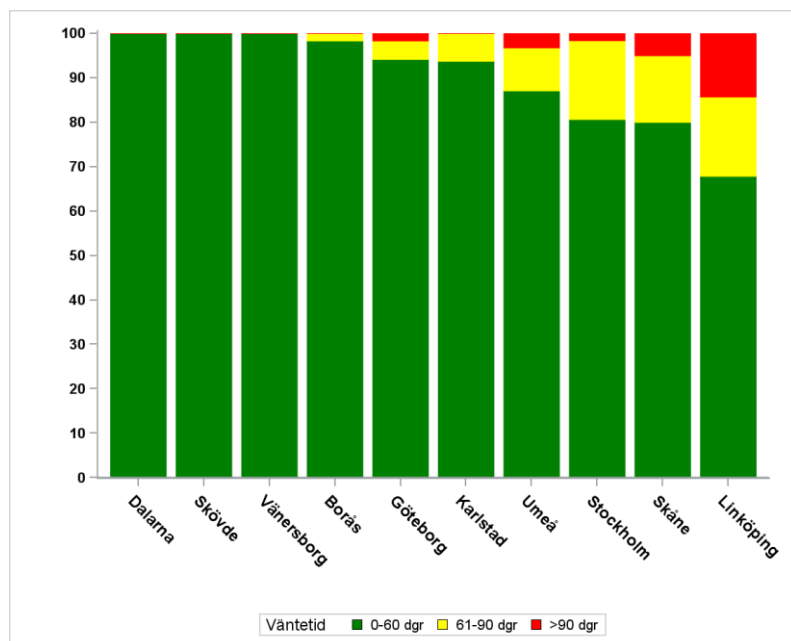
Kommentar om tillgänglighet för barn och ungdomar

Det är 17 av 21 regioner som har börjat registrera i SKRS för barn och ungdomar per 2025-03-31. Flest antal barn har registrerats i region Västra Götaland. Tio regioner har registrerat mindre än 10 remisser, vilket tyder på att alla inte kommit i gång fullt ut med registrering av barn och ungdomar. De fyra regioner som inte startat med någon registrering var Gotland, Gävleborg, Kalmar och Örebro.

Cirka 90 % av barnen får tid för synhabilitering inom 60 dagar. Sju procent väntar mellan 61-90 dagar, och endast 3 % i mer än 90 dagar. Det högsta antalet dagar i väntetid ses i tabellen i kolumn maximum antal dagar i väntetid. Någon registrering har så lång väntetid som 366 dagar. Väntetid kan vara relaterat till multisjuklighet, där livshotande tillstånd prioriteras och problem som har relaterat till vårdtyngd och bemanningssituation i regionen.

I figur 48-49 visas andelen som får tid inom 60 dagar i gröna staplar per enheter och per region. För exakta siffror se tabell 48-49.

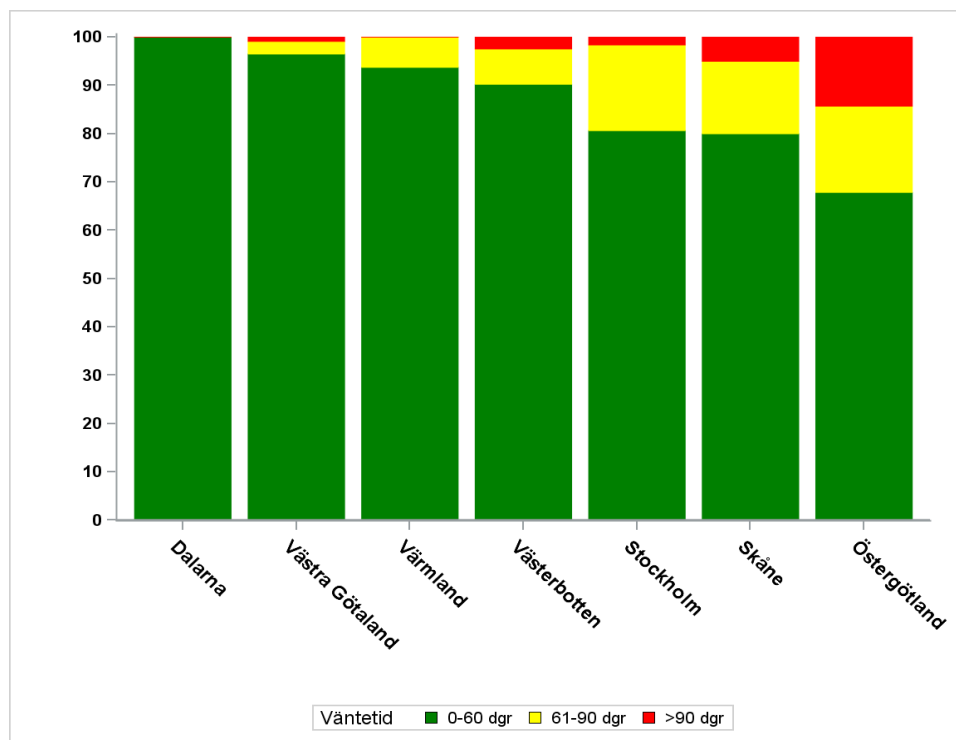
Figur 48. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024 och 2025⁸⁷
 - Barn och Ungdomar 0-19 år, redovisat per enhet för de med 10 eller fler remisser.
 Registeruttag gjort 2025-04-29 - Alla registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.



Tabell.48. Antal och andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år. Per enhet.

Synenhet	0-60 dagar		61-90 dagar		>90 dagar		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	1	100	0	0	0	0	1	100
Borås	59	98	1	2	0	0	60	100
Dalarna	10	100	0	0	0	0	10	100
Göteborg	113	94	5	4	2	2	120	100
Halland	3	50	0	0	3	50	6	100
Jönköping	3	60	1	20	1	20	5	100
Karlstad	15	94	1	6	0	0	16	100
Linköping	19	68	5	18	4	14	28	100
Luleå	7	100	0	0	0	0	7	100
Lycksele	3	100	0	0	0	0	3	100
Skellefteå	7	100	0	0	0	0	7	100
Skåne	16	80	3	15	1	5	20	100
Skövde	16	100	0	0	0	0	16	100
Stockholm	50	81	11	18	1	2	62	100
Sundsvall	4	80	0	0	1	20	5	100
Sörmland	8	89	1	11	0	0	9	100
Umeå	27	87	3	10	1	3	31	100
Uppsala	0	0	0	0	1	100	1	100
Vänersborg	33	100	0	0	0	0	33	100
Västerås	1	100	0	0	0	0	1	100
Växjö	4	100	0	0	0	0	4	100
Östersund	1	100	0	0	0	0	1	100
Alla	400	90	31	7	15	3	446	100

Figur 49. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024 och 2025⁸⁸
Barn och Ungdomar 0-19 år, redovisat per region för de med 10 eller fler remisser.
Registeruttag gjort 2025-04-29 - Alla registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade



Tabell.49. Antal och andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år, redovisat per region.

Region	0-60 dagar		61-90 dagar		>90 dagar		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	1	100	0	0	0	0	1	100
Dalarna	10	100	0	0	0	0	10	100
Halland	3	50	0	0	3	50	6	100
Jämtland	1	100	0	0	0	0	1	100
Jönköping	3	60	1	20	1	20	5	100
Kronoberg	4	100	0	0	0	0	4	100
Norrbottn	7	100	0	0	0	0	7	100
Skåne	16	80	3	15	1	5	20	100
Stockholm	50	81	11	18	1	2	62	100
Södermanland	8	89	1	11	0	0	9	100
Uppsala	0	0	0	0	1	100	1	100
Värmland	15	94	1	6	0	0	16	100
Västerbotten	37	90	3	7	1	2	41	100
Västernorrland	4	80	0	0	1	20	5	100
Västmanland	1	100	0	0	0	0	1	100
Västra Götaland	221	97	6	3	2	1	229	100
Östergötland	19	68	5	18	4	14	28	100
Alla	400	90	31	7	15	3	446	100

Habiliteringstid för barn och ungdomar

89

Tabell 50. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2024 och 2025 - Barn och Ungdomar 0-19 år, per kön och totalt.

Kön	Habiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Flickor	106	31,4	0	0	4	56	203
Pojkar	118	24,7	0	0	0	44	159
Total	224	27,9	0	0	0	47	203

Tabell 51. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2024 per åldersgrupp och totalt. Registeruttag gjort 2025-04-29 Registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade

Åldersgrupp	Habiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
0-4 år	38	35,5	0	0	17	70	153
5-11 år	91	27,2	0	0	0	44	182
12-19 år	95	25,5	0	0	0	47	203
Total	224	27,9	0	0	0	47	203

Kommentar

Barn och ungdomars habiliteringstid varierar mellan 1-203 dagar i ett begränsat material som är insamlat under 6 månader, bestående av 224 registreringar. För pojkar är medelvärdet för habiliteringstid lägre än för flickor. Vid uppdelning i åldersgrupper har den yngsta gruppen (0-4 år) det högsta medelvärdet (35.5 dagar). I tabell 52 ses statistik över habiliteringstid per diagnosgrupp.

I detta material skiljer sig medelvärdet av habiliteringstiden markant från medianen. Median är 0 för hela gruppen registrerade. Det beror på att medelvärdet påverkas kraftigt av extremvärden – exempelvis ett fåtal patienter med mycket lång habiliteringstid. Medianen däremot är robust mot sådana avvikelser, eftersom den visar det mittersta värdet i datamängden. När data är snedfördelad eller innehåller extremvärden (outliers) ger **medianen en mer representativ bild av den typiska habiliteringstiden** i gruppen.

Habilitering för barn och ungdomar skiljer sig åt från vuxna. Många verksamheter arbetar med årliga synundersökningar och uppföljning av habiliteringsplan. Införandet av arbetssätt enligt nationell vårdprocess syn pågår och i det arbetet har synenheterna kommit olika långt i Sverige. SKRS följer utvecklingen i verksamheterna.

Tabell 52. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per 90 diagnosgrupp 2024 och 2025. Barn och Ungdomar 0-19 år. Registeruttag gjort 2025-04-29. Registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade Registreringar fram till 2025-03-31 är inkluderade.

Gruppering	Habiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Min.	Q1	Median	Q3	Max.
Annan ögonsjukdom	62	25,7	0	0	0	44	182
Blindhet/Synnedläggelse	43	36,9	0	0	21	73	154
Medfödd missbildning	26	18,5	0	0	0	25	98
Retinala sjukdomar	19	18,7	0	0	0	38	108
Synnervssjukdomar	14	26,8	0	0	4	72	96
Skelning/Pares	13	18,7	0	0	0	0	125
Endokrin-nutrition- ämnesomsättningssjukdomar	11	25,8	0	0	17	58	80
Saknas	10	33,9	0	0	0	44	203
Prematuritetsretinopati	6	53,2	0	0	39	69	172
Cerebrovaskulär sjukdom	5	12,4	0	0	7	8	47
Katarakt/linsens sjukdomar	3	41,0	0	0	59	64	64
Sjukdom i nervsystemet	3	23,3	0	0	7	63	63
Korioidala sjukdomar	2	10,0	0	0	10	20	20
Retinal avlossning	2	71,0	0	0	71	142	142
Corneala sjukdomar	1	0,0	0	0	0	0	0
Glaukom	1	0,0	0	0	0	0	0
Hjärntumörer	1	30,0	30	30	30	30	30
Makuladegeneration	1	159,0	159	159	159	159	159
Retinoblastom	1	63,0	63	63	63	63	63
Total	224	27,9	0	0	0	47	203

Mäta effekter (barn och ungdomar 0-19 år)

91

Endast 43 mål för habilitering har satts för barn och ungdomar under 2024-2025-03-31. Endast ett fåtal synenheter har börjat använda sig av att mäta effekter. Styrgruppen har därför valt att inte presentera de få data som har inkommit för 2024-10-01—2025-03-31. Mäta effekter i SKRS behöver utvecklas ytterligare för att passa barn och ungdomars behov av habiliteringsinsatser. Planen är att det kommer att vara med i nästa årsrapport.

DASHBOARD I SKRS- ÖVERSIKT ONLINE

92

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:

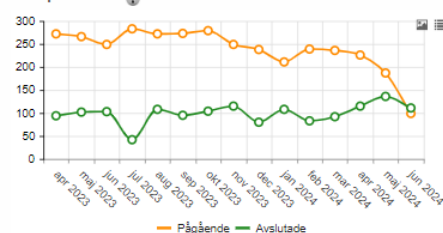
1. Antalet pågående och avslutade patienter som registreras i SKRS per månad. Start av pågående räknas från remissdatum till avslutad rehabilitering via uppföljningsbesök. Visning för 15 månader.
2. Procentuell fördelning av användning av bedömningsinstrument under 15 månader på den egna enheten. Alternativen 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, d v s 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 synenheter 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.

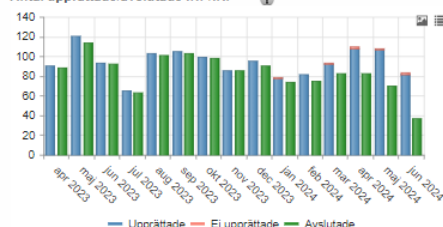
På nästa sida presenteras Dashboard från två olika enheter i Sverige. Genom åskådliggörande diagram kan man snabbt få kunskap om hur många patienter verksamheten omfattar och om det finns uppgående eller nedåtgående trender, antal upprättade rehabiliteringsplaner, användning av bedömningsinstrument, 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

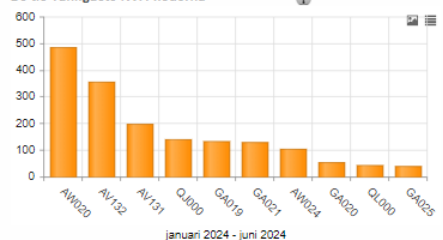
Antal patienter ?



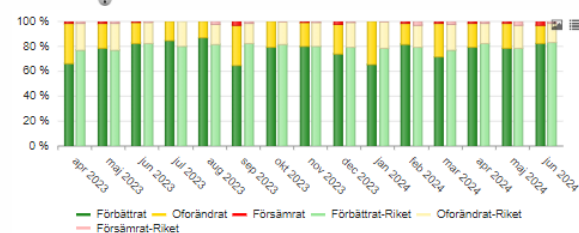
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP ?



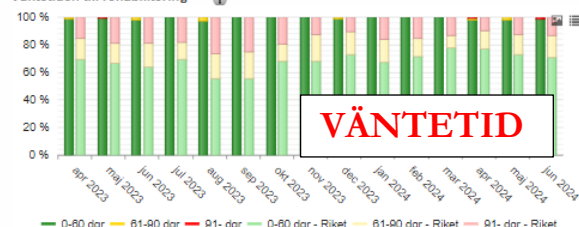
De tio vanligaste KVÄ-koderna ?



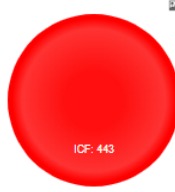
Effektmått ?



Väntetiden till rehabilitering ?

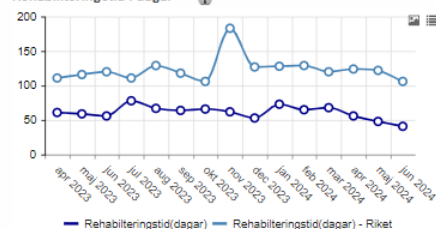
**VÄNTETID**

Bedömningsinstrument ?



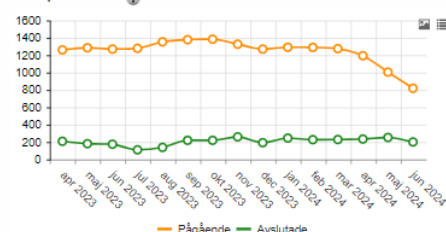
juli 2023 - juni 2024

Rehabiliteringstid i dagar ?

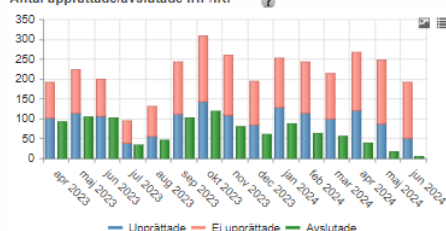


SKRS Dashboard

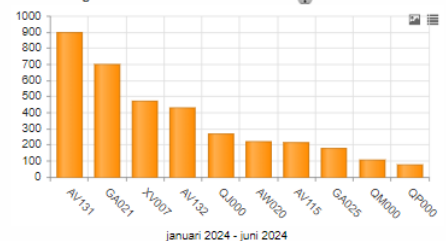
Antal patienter ?



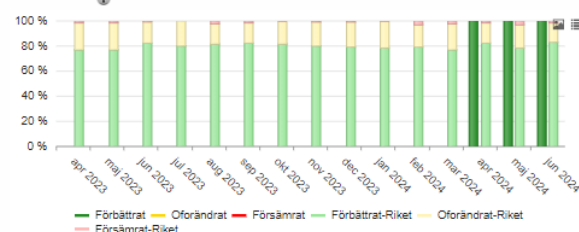
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP ?



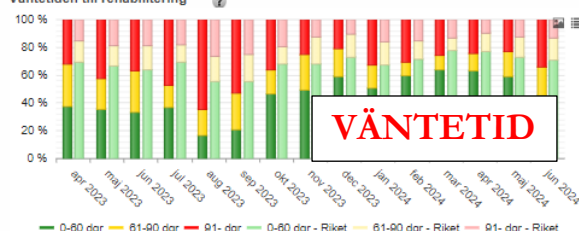
De tio vanligaste KVÄ-koderna ?



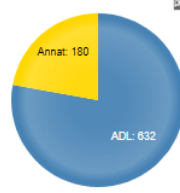
Effektmått ?



Väntetiden till rehabilitering ?

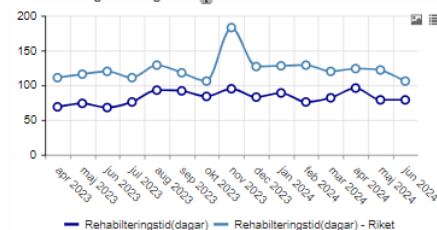
**VÄNTETID**

Bedömningsinstrument ?



juli 2023 - juni 2024

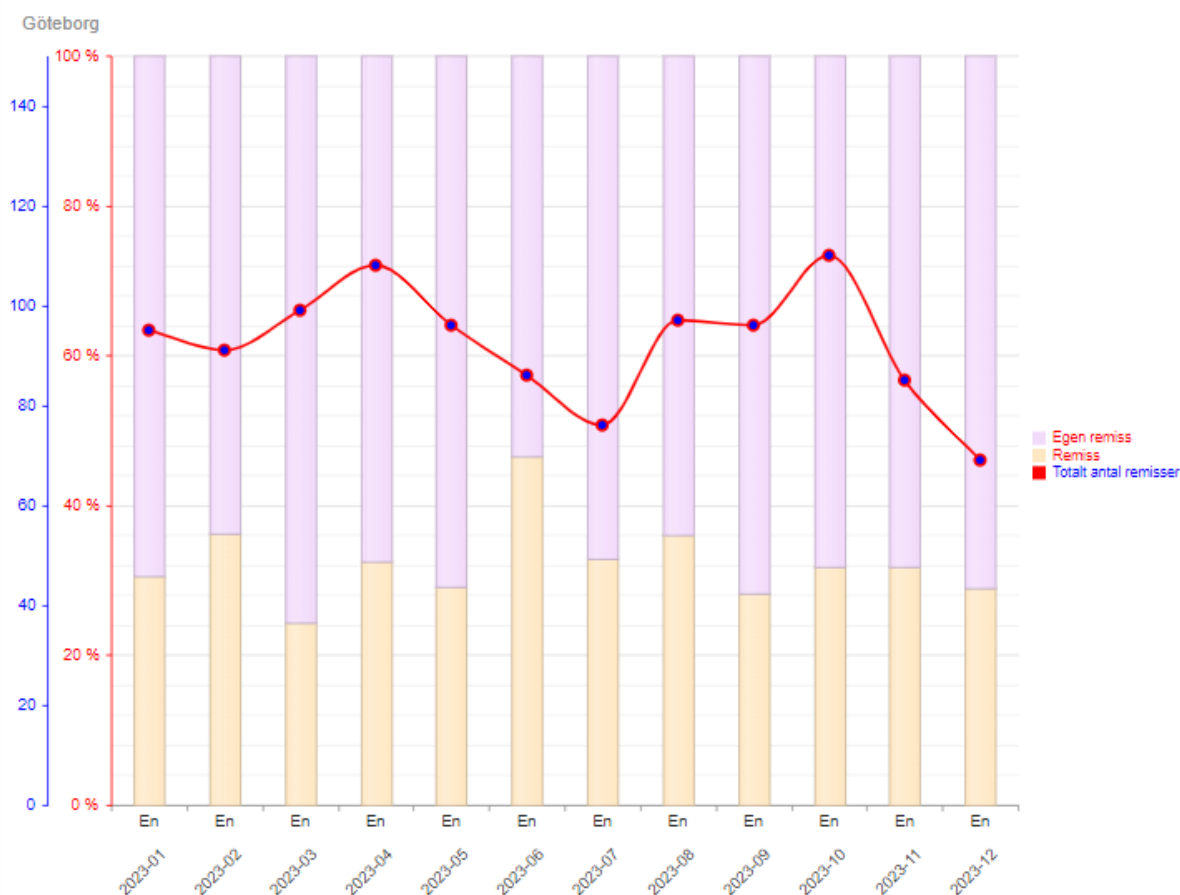
Rehabiliteringstid i dagar ?



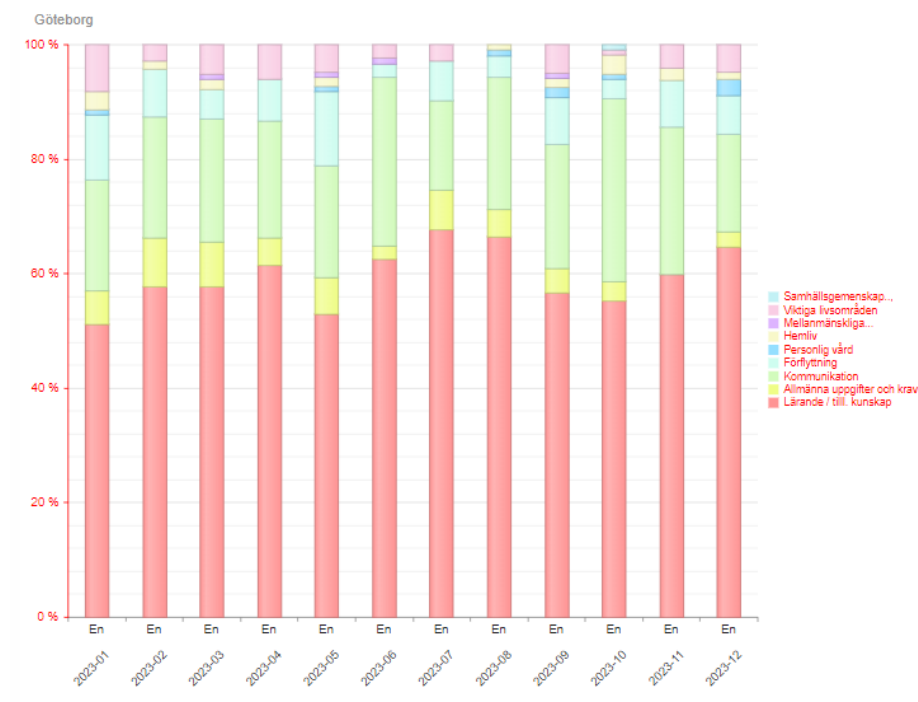
Under 2021 lanserades ett dynamiskt visualiseringsverktyg i registret. SKRS finns på Pharosplattformen, vars övriga register har liknande verktyg. Alla användare kan nu ta fram diagram och tabeller för samtliga variabler efter eget önskemål. Möjligheten finns att filtrera data för kön, åldersgrupper, 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. Justeringar har gjorts i visualiseringen för att omfatta tillagda variabler om barn och ungdomar.

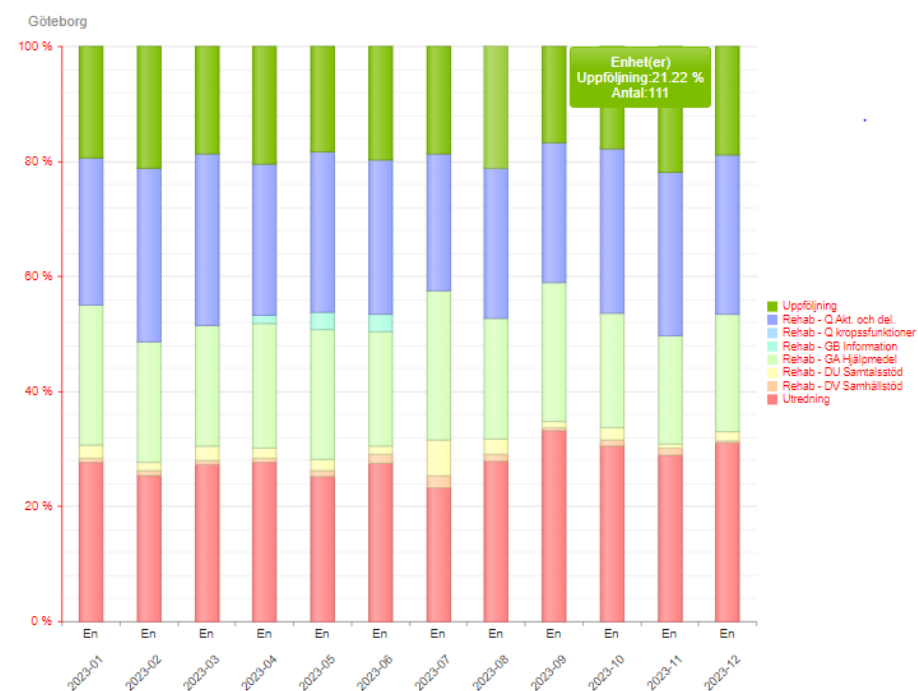
Exempel 1: Andel remisstyper i SKRS, remiss eller egen vårdbegäran.



Exempel 2: ICF:s målområden inom synhabilitering.



Exempel 3: KVÅ-gruppernas fördelning.



Stort 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. Ett speciellt tack till verksamheter och referensgrupper som arbetat med införandet av barn och ungdomar i SKRS.

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

2025-08-27

Styrgruppen för SKRS



Referenslista

97

1. Hälso- 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 utvecklar 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.
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.