



SKRS

ÅRSRAPPORT 2017

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning

Årsrapport för 2017

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning.

Årsrapporten är sammanställd av Susanne Albrecht och Thomas Troäng, RC Syd i samverkan med Registerhållare Anne Granath och styrgruppen.

Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA): Regionstyrelsen Västra Götalandsregionen.

Registerhållare **Anne Granath**

Styrgrupp **Anne Granath**, verksamhetschef Syn- och Tolkverksamheten
Västra Götalandsregionen
Eva Kalén, avdelningschef, leg. arbetsterapeut, samordnare dövblindteam,
Halland
Ann-Charlotte Edman, synpedagog, Kungsbacka
Anna-Karin Öhman, utvecklingsstrateg/samordnare dövblindteam,
Västerbotten
Caroline Reinhag, kurator, Gotland
Annelie Lindberg, verksamhetsutvecklare, synpedagog, Skövde
Jeanette Källstrand, medicine doktor i vårdvetenskap,
ögonsjuksköterska/lektor, Halmstad Högskola
Synneve Dahlin-Ivanoff, medicine doktor, Göteborgs Universitet
Susanne Albrecht, ögonsjuksköterska/utvecklingsledare/projektledare
Registercentrum Syd Karlskrona
Vivianne Emanuelsson, patientföreträdare, Stockholm
Mikael Ståhl, patientföreträdare, utredare/ombudsman
Synskadades Riksförbud, Stockholm

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

Kontakt anne.granath@vgregion.se

Hemsida RC Syd <http://rcsyd.se/>



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	7
Rehabilitering vid synnedsättning	9
SKRS styrgrupp	10
Antalet registreringar	11
Deltagande synverksamheter	12
Dashboard i SKRS- online data	14
Demografi	16
Diagnoser vid synnedsättning	18
Grad av synnedsättning	19
Åtgärder och insatser vid rehabilitering	21
Användning av bedömningsinstrument	23
Andel upprättade IRP	25
Rehabiliteringstid	27
Väntetid från remiss till första besök	29
Tack till deltagande synverksamheter	33
Referenslista	34

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 forskning och verksamhetsutveckling samt kliniskt förbättringsarbete.

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

SKRS är certifierat som registerkandidat, med start i oktober 2015. I dagsläget är 29 enheter registrerade som användare i SKRS. Blekinge, Halland, Gotland och Skövde har varit pilotkliniker och registrerat data före oktober 2015.

I mars 2018 fanns det 8 791 registrerade besök i SKRS. Årsrapportens statistik är räknad på dat från 2015-10-01-2018-03-26. Styrgruppen har gjort en analys av utfallet, väl medvetna om att önskvärd täckningsgrad för pålitliga data ännu inte är helt uppnådd. Arbetet med att förbättra täckningsgraden har prioriterats högt och kommer så göras även framöver.

Antalet registreringar i SKRS fortlöper och för att påvisa utveckling har stycket om antalet registreringar och deltagande enheter redovisat till och med augusti 2018 (sidan 10-11, figur 1 och 2).

Kvalitetsindikatorer för rehabilitering

SKRS planerar att medverka till att ta fram nationella kvalitetsindikatorer, som visar kvalitet av rehabilitering samt förändringar av kvalitet över tid. Grundläggande indikatorer enligt SKRS är:

- tillgänglighet i form av väntetid till rehabilitering
- upprättande av rehabiliteringsplan (ja(/nej)
- 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 beslutat att införa ett effektmått för rehabilitering, vilket har påbörjats som pilotprojekt av Västra Götaland (Borås, Göteborg, Vänersborg och Skövde) och Halland under 2018. Pilotprojekt kommer att utvärderas före bredare införande i SKRS. Måttet utgår

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

Lärande och tillämpa kunskap

Allmänna uppgifter och krav

Kommunikation

Förflyttning

Personlig vård

Hemliv

Mellanmänskliga interaktioner och relationer

Viktiga livsområden

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Målen specificeras därefter: exempelvis att läsa och skriva, inom målområdet *Lärande och tillämpa kunskap*. Därefter skattar patienten 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.

Grad 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

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.” (Socialstyrelsen)

Vid synverksamheten finns specifik kunskap om funktionsnedsättningen och dess konsekvenser. Arbetet med synrehabilitering är ett tvärprofessionellt arbete som kräver insatser från optiker, arbetsterapeuter, synpedagoger, kuratorer, IKT-utbildare (informations- och kommunikationsteknik) med flera. I arbetet ingår samverkan med ögonsjukvården.

Vad är 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.

Vilka uppgifter innehåller kvalitetsregistret?

I SKRS samlas data om personer som blir aktuella för synrehabilitering. Det registreras bakgrundsdata, demografi, diagnoskoder, åtgärds-koder, bedömningsinstrument och rehabiliteringsplaner. Exempelvis:

Bakgrundsdata

Kön

Ålder

Bostadsort

Landsting/region/ort

Andra ev. funktionsnedsättningar

Övriga variabler

Synskärpa, långt och nära håll

Bedömningsinstrument

Grad av synnedsättning

KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder)

Diagnoskoder

Individuell habiliterings- och rehabiliteringsplan (IHP/IRP)

Utveckling av registret:

- Synanpassning av webbmodul
- Utöka registret till att omfatta även barn- och ungdomar
- Effektmått via ICF-Internationell klassificering av Funktionstillstånd, Funktionsnedsättning och Hälsa (påbörjat i pilotform 2018)
- Visualisering och standardrapporter
- Fler bedömningsinstrument
- PROM

SKRS STYRGRUPP

Styrgruppen är tvärprofessionellt utformad och geografiskt spridd över landet. Under utvecklingen av SKRS har två patientföreträdare från Synskadades Riksförbund (SRF) varit aktiva.

Registerhållare **Anne Granath**

Styrgrupp **Anne Granath**, verksamhetschef Syn och Tolkverksamheten
Västra Götalandsregionen
Eva Kalén, avdelningschef, leg. arbetsterapeut, samordnare dövblindteam,
Halland
Ann-Charlotte Edman, synpedagog, Kungsbacka
Anna-Karin Öhman, utvecklingsstrateg/samordnare dövblindteam,
Västerbotten
Carolina Reinhag, Kurator, Visby
Annelie Lindberg, verksamhetsutvecklare, synpedagog, Skövde
Jeanette Källstrand, medicine doktor i vårdvetenskap,
ögonsjuksköterska/lektor, Halmstad Högskola
Synneve Dahlin-Ivanoff, medicine doktor, Göteborgs Universitet
Susanne Albrecht, ögonsjuksköterska/utvecklingsledare/projektledare
Registercentrum Syd Karlskrona
Vivianne Emanuelsson, patientföreträdare, Stockholm
Mikael Ståhl, patientföreträdare, utredare/ombudsman
Synskadades Riksförbud, Stockholm

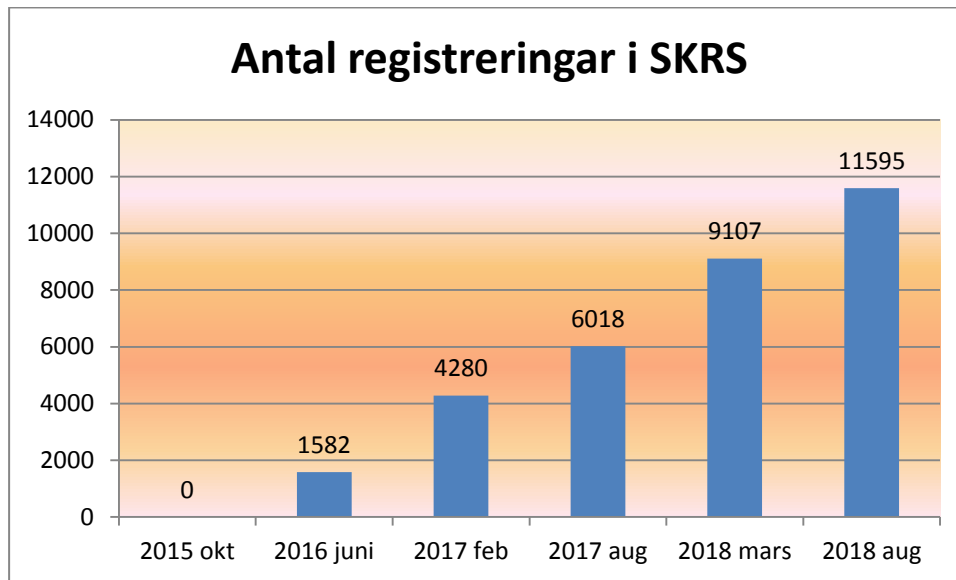
Hemsida <http://rcsyd.se/anslutna-register/skrs3>

Kontakt anne.granath@vgregion.se

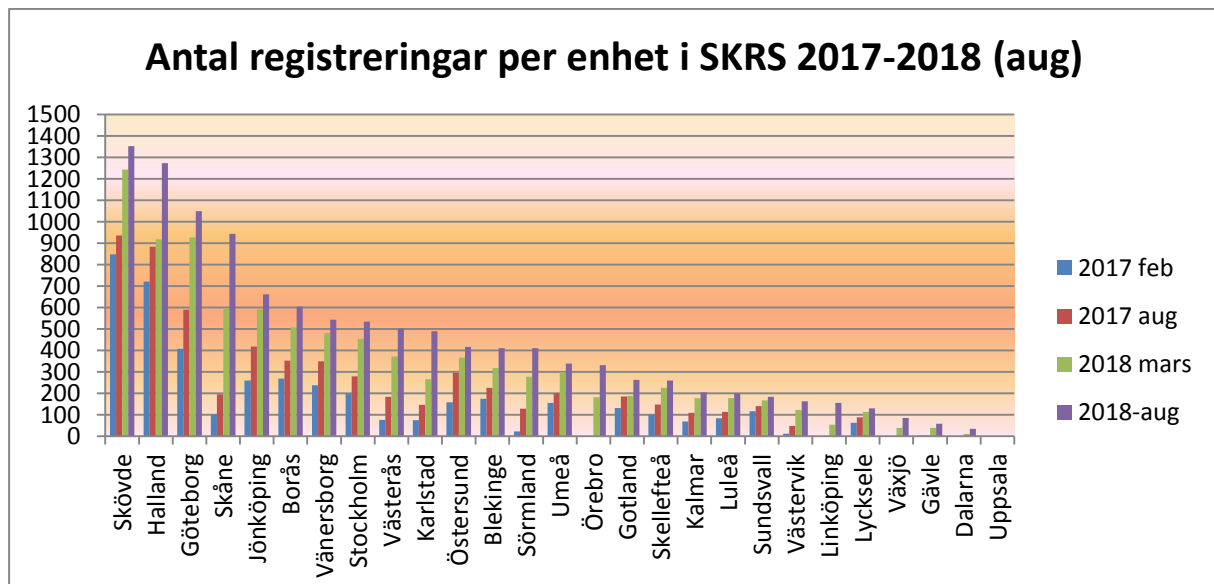
ANTALET REGISTRERINGAR

SKRS startade i oktober 2015. I figur 1 ses utvecklingen i antal registreringar i SKRS till och med augusti 2018. I figur 2 visas fördelningen per enhet. En individ kan ha flera registreringar i SKRS. En registrering i SKRS omfattar kartläggning, återbesök och uppföljning. Ny registrering påbörjas när en ny bedömning av ytterligare rehabiliteringsinsatser görs (en ny IRP/IHP startas). Det kan ske om progress av sjukdomen eller andra sjukdomar tillkommit.

Figur 1. Antal registreringar i SKRS sedan starten oktober 2015 till augusti 2018. (n=11 595).



Figur 2 Antal registreringar, fördelning per enhet. (n= 11 595).



Kommentar

Antalet registreringar i SKRS har stigit sedan starten. Statistiken i figuren visar hur många registreringar som finns per enhet, de senast startade verksamheterna ses till höger.

DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER

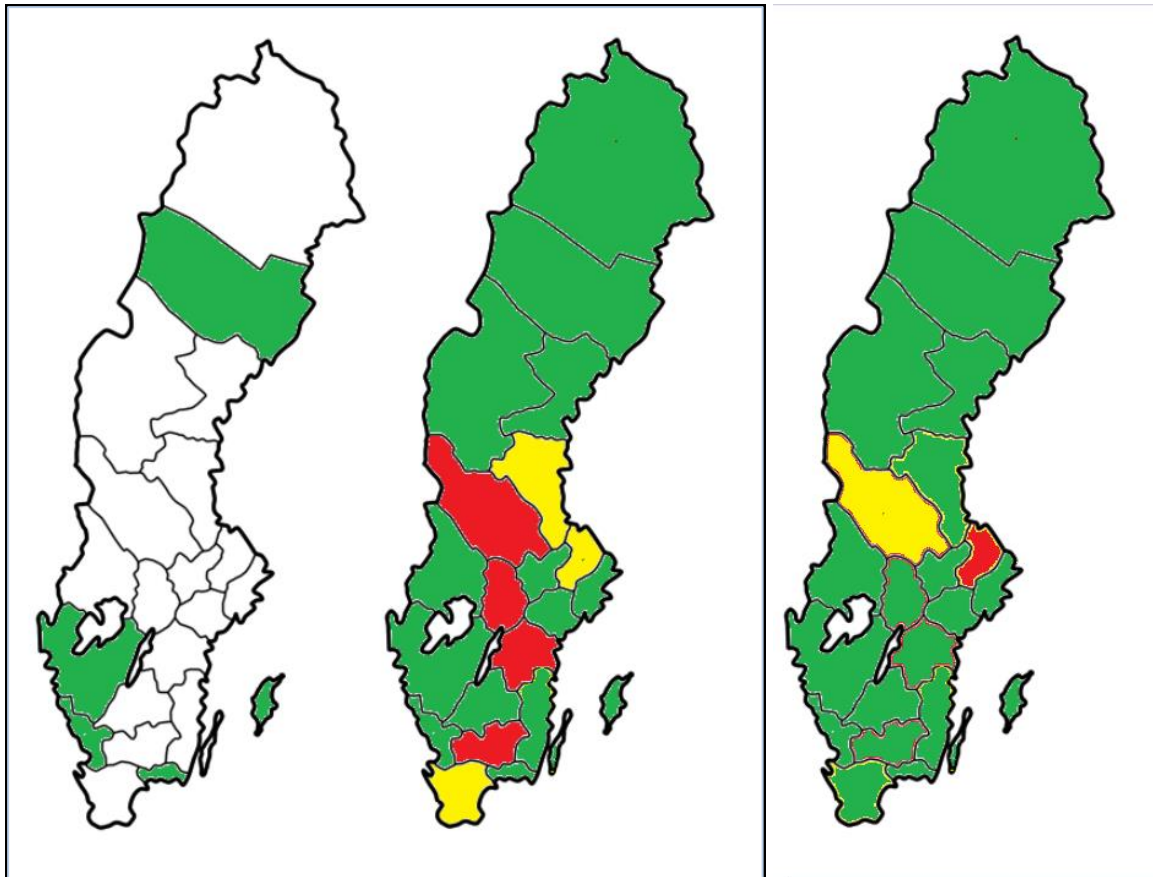
I dagsläget finns det 26 registrerande enheter i SKRS. Endast en enhet (Uppsala) har inte påbörjat registrering.

Enhet	Feb. -17	Aug. -17	Mars -18	Aug. -18
Blekinge	174	225	318	410
Borås	268	352	508	605
Dalarna			10	34
Gotland	131	185	188	263
Gävle	3	3	38	58
Göteborg	408	590	927	1049
Halland	721	884	918	1274
Jönköping	260	418	591	661
Kalmar	69	109	177	204
Karlstad	75	146	265	490
Linköping			53	155
Luleå	83	114	177	200
Lycksele	63	88	114	130
Skellefteå	100	147	226	260
Skövde	848	936	1243	1352
Stockholm	198	279	454	534
Sundsvall	117	141	167	184
Skåne	101	196	595	943
Sörmland	23	129	278	410
Umeå	155	200	299	339
Uppsala				
Vänersborg	237	349	481	543
Västervik	12	48	122	163
Västerås	76	184	371	501
Växjö			38	85
Örebro			182	331
Östersund	158	295	367	416
RIKET	4 280	6018	9107	11 595

Kommentar

Antalet registreringar i SKRS har ökat sedan starten. Alla landsting/regioner utom en registrerar i dagsläget i SKRS. Styrgruppen arbetar vidare med att förbättra täckningsgraden i de olika landstingen/regionerna.

Samtliga registreringar för Skåne görs på Synenheten vuxna Skåne. Det innebär att fyra enheter (Lund, Malmö, Kristianstad och Helsingborg) har slagits samman till en. Kronoberg och Östergötland deltog i utbildning om SKRS den 14 september 2017 och har därefter startat registrering. Samtliga landsting/regioner blir inbjudna på användarmötet och styrgruppen arbetar vidare med att förbättra täckningsgraden. Övrig statistik i årsrapporten är räknad på data t o m mars 2018. En extra kolumn har gjorts för deltagande enheters antal registreringar för att visa utvecklingen till och med augusti 2018.



Start 2015

Aug 2017

Aug 2018

- Registrerar (grön)
- Registrerar ej (gul)
- Deltager ej

Figur 3. Kartan till vänster visar vilka landsting som deltog i pilotregistrering 2015, nästa karta visar antalet deltagande landsting i aug 2017 och i mars 2018. SKRS startade i oktober 2015 med att utbilda landets synverksamheter i registrering. Markerat län med grönt betyder att enheten inom länet är ansluten och aktiv i SKRS. Markerat län med gult har gått utbildning inom SKRS men har just startat registrera. Rödmarkerade län deltog inte i aug 2018.

DASHBOARD I SKRS- ÖVERSIKT ONLINE

Under det första halvåret 2017 har SKRS utvecklat en dashboard på registrets första sida. Det är en översikt av enhetens registreringar och ger uppdatering av statistik i sex olika diagram online. Arbetet har gjorts för att öka användbarheten av data för verksamheten. Diagrammen på 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 aktuell månad och 12 månader bakåt.
2. Procentuell fördelning av användning av bedömningsinstrument under 12 månader på den egna enheten. Alternativen i registret är ADL-taxonomi, Upplevd säkerhet, COPM eller Annat bedömningsinstrument.
3. Antal upprättade/avslutade rehabiliteringsplaner, IHP/IRP, per månad under det senaste året. Visar även antalet ej upprättade rehabiliteringsplaner i första stapeln.
4. Väntetiden till rehabilitering per månad det senaste året fördelat i tre tidsperioder. Grön stapel= 0-60 dagar, Gul stapel= 61-90 dagar och Röd stapel 91 dagar >. Enhetens värde visar i första stapeln och rikets värde i den ljusare stapeln bredvid.
5. Visar de 10 åtgärds-koder som använts mest frekvent under de sista sex månaderna.
6. Genomsnittlig tid för rehabilitering för enheten under de senaste 12 månaderna, d v s från remissdatum till avslutad rehabilitering. Diagrammet innehåller både enhetens och rikets data.
7. Effektmått. Pilotprojekt för Halland och Västra Götaland. Visar en bedömning av grad av besvär för uppsatta mål inom vald domän enligt ICF, mätning görs före och efter rehabilitering. Den första stapeln visar enhetens resultat, stapeln bredvid i ljusare ton visar Rikets resultat. Övriga kliniker ser Rikets siffror som i dagsläget består av dessa två enheter sammanslagna.

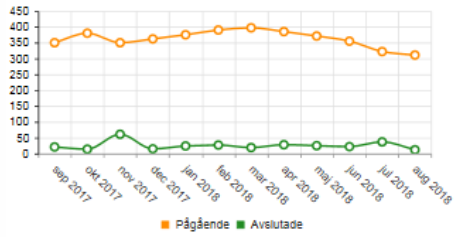
För samtliga diagram gäller att man kan se exakt antal dagar, individer, åtgärds-koder i klartext etc. när man håller muspekaren över stapeln/linjen. Ytterligare information om diagraminnehåll visas under frågetecknet till höger.

På nästa sida presenteras dashboard från två olika enheter i Sverige. Genom åskådliggörande diagram kan man snabbt få kunskap om hur många patienter verksamheten omfattar och om det finns uppgående eller nedåtgående trender, antal upprättade rehabiliteringsplaner, användning av bedömningsinstrument, väntetider, rehabiliteringstider och vilka åtgärder som enheten ågnar sig åt.

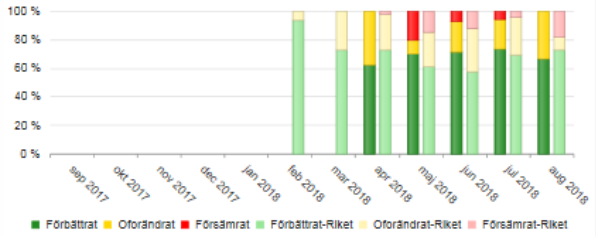
Exempelvis: Vid en jämförelse av diagram 4 är det lätt att se att det för tillfället finns mer problem med väntetider för enhet 1 än enhet 2.

SKRS Dashboard **ENHET 1**

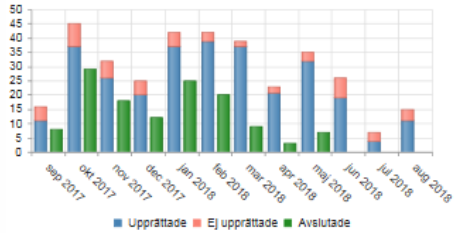
Antal patienter



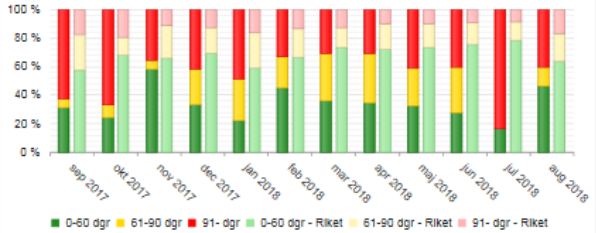
Effektmått



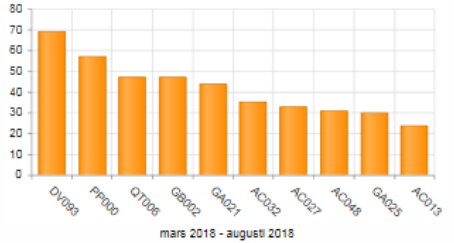
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP



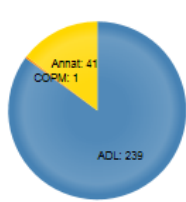
Väntetiden till rehabilitering



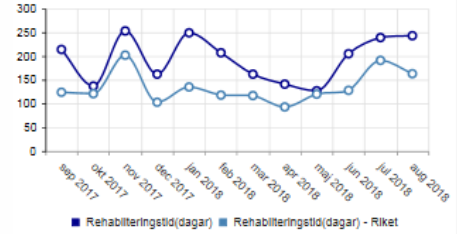
Vilka är de tio vanligaste KVA-koderna på



Bedömningsinstrument

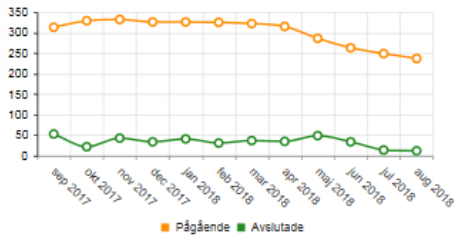


Rehabiliteringstid i dagar

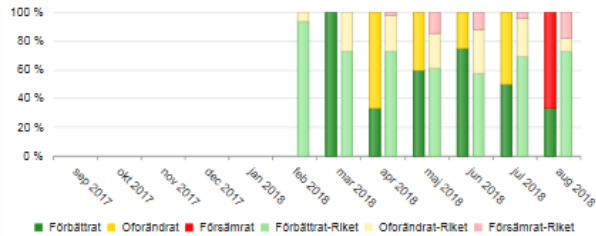


SKRS Dashboard **ENHET 2**

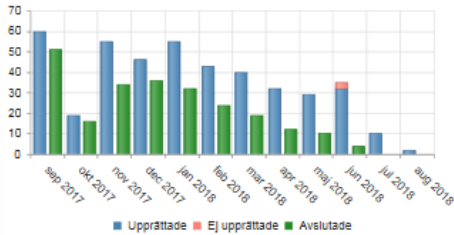
Antal patienter



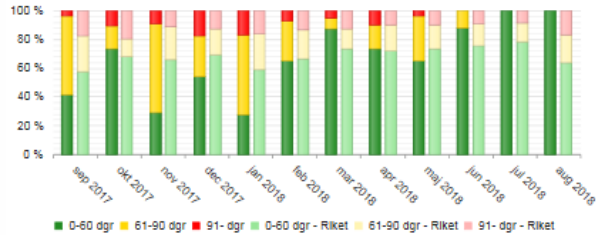
Effektmått



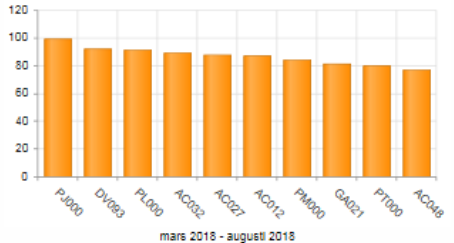
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP



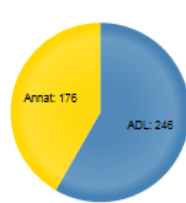
Väntetiden till rehabilitering



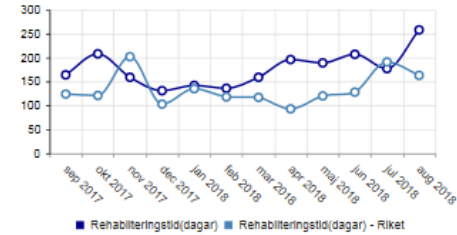
Vilka är de tio vanligaste KVA-koderna på



Bedömningsinstrument



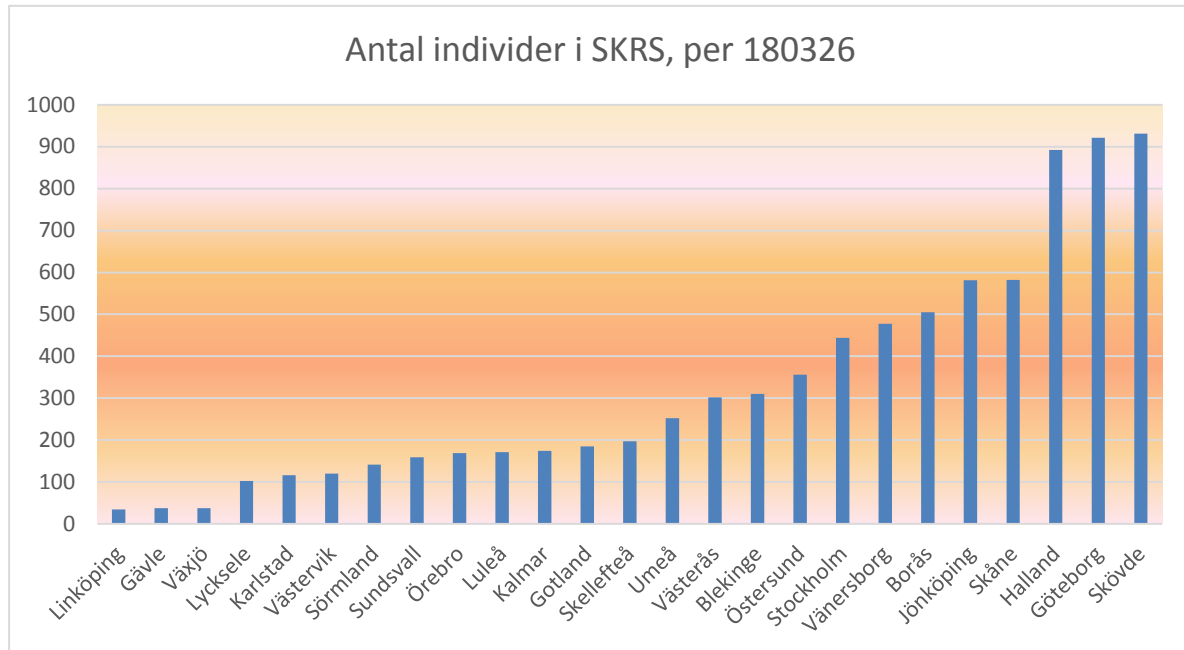
Rehabiliteringstid i dagar



DEMOGRAFI

Registret registrerar vuxna patienter från 20 år som är i behov av synrehabiliterande insatser. Målet är att utveckla registret till att omfatta även barn- och ungdomar. Statistiken som följer i årsrapporten är räknad på ett datuttag från 26 mars 2018.

Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS t o m 2018-03-26 (n=7953)

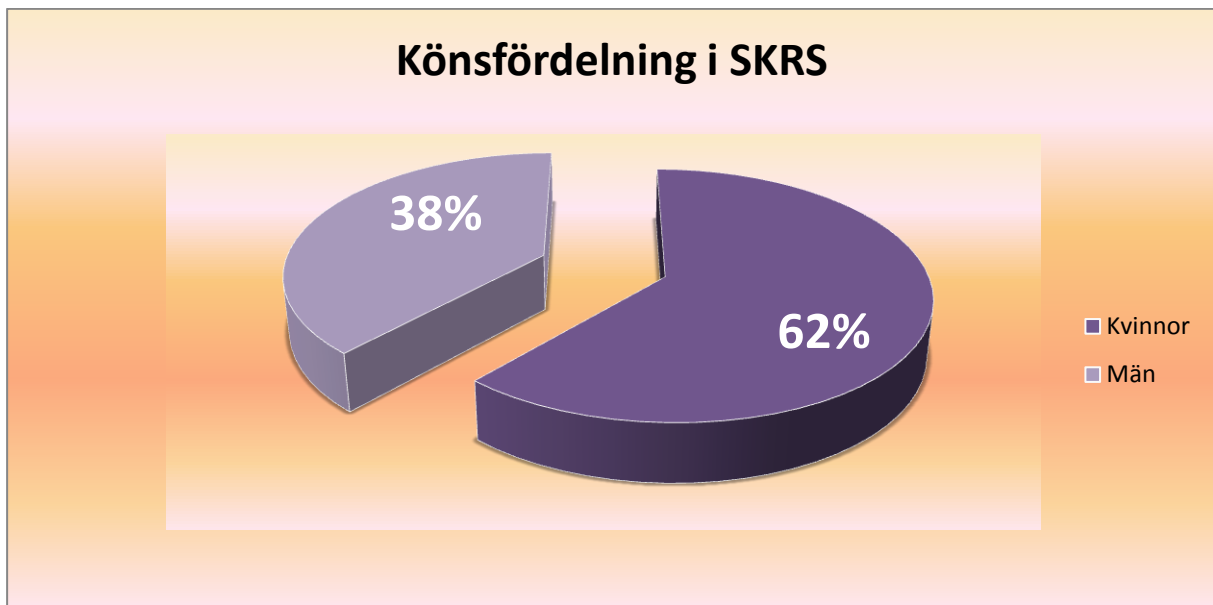


Medelåldern vid kartlägningsbesöket, som registrering i SKRS startar med, är 77,9 år, för kvinnor ligger medelåldern något högre än för män, se tabell 1. Medianen är 82 år. Äldsta person som förekommer i registret är en kvinna på 106 år.

Tabell 1. Ålder vid kartläggning, medelålder och median för kvinnor och män

Ålder vid kartläggning					
Kön	Medel	Median	Minimum	Maximum	N
K	79,4	83	11	106	5098
M	75,3	80	17	101	3085
Total	77,9	82	11	106	8183

Figur 5. Könsfördelning i SKRS är 62 procent kvinnor och 38 procent män.



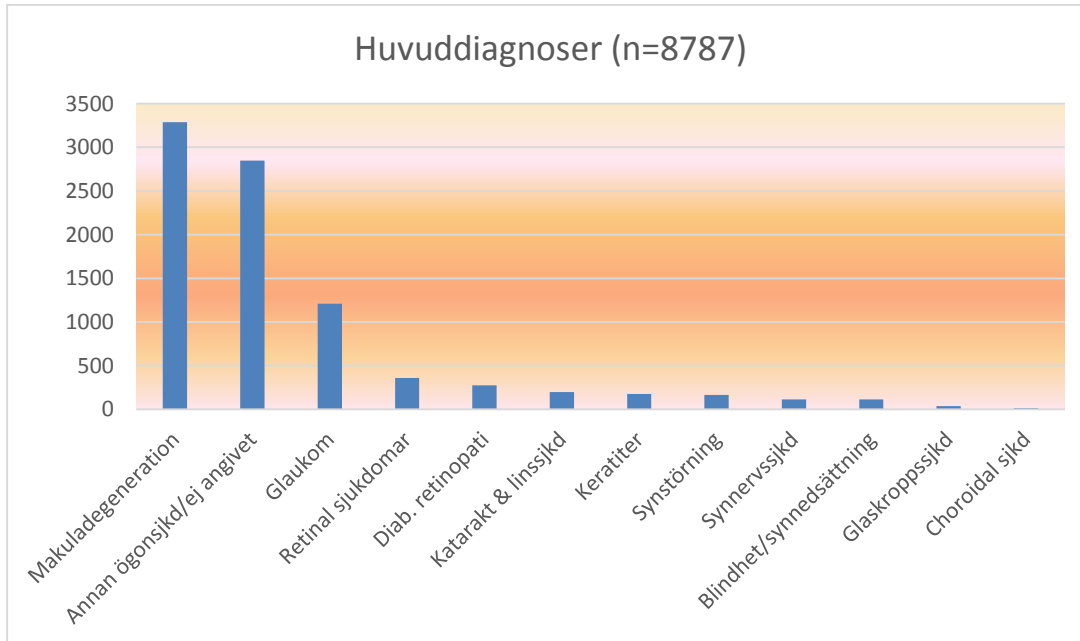
Kommentar

Könsfördelningen i SKRS ligger i stort sett på samma fördelning som gäller för gråstarrkirurgi och våt makuladegeneration, det vill säga kvinnorna dominerar, fördelningen är cirka 60/40 bland de som drabbas av flertalet ögonsjukdomar. Makularegistret har en könsfördelning på 64 % kvinnor och 36 % män (2007-2017). I Nationella Kataraktregistrets är könsfördelningen för 2017; 58,5 kvinnor och 41,5 % män.

DIAGNOSER VID SYNEDSÄTTNING

Diagnosregistrering är en viktig bakgrundsvariabel i SKRS och som också underlättar jämförelser med andra kvalitetsregister. Cirka 70 % har angett en specificerad huvuddiagnos vilken numera är en obligatorisk variabel. Bidiagnoser är valfria att registrera.

Figur 6. De vanligaste huvuddiagnosgrupperna vid synrehabilitering i SKRS.



Kommentar

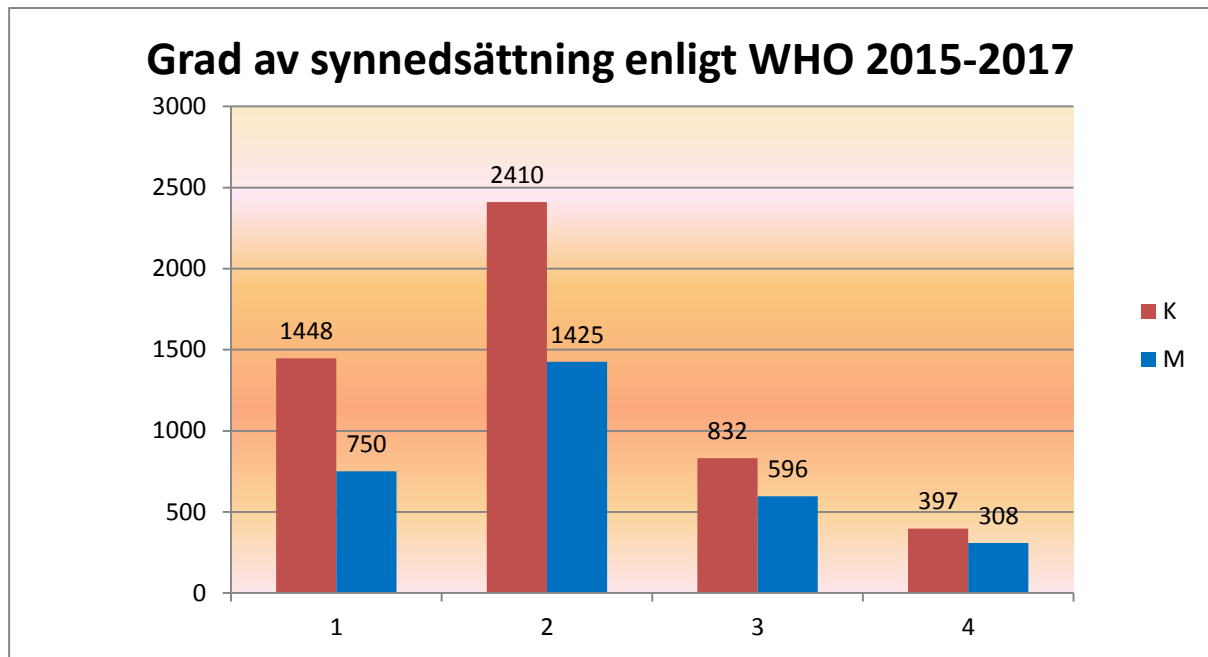
Makuladegeneration är den vanligast förekommande huvuddiagnosen, därefter följer glaukom, retinala sjukdomar och diabetes.

GRAD AV SYNEDSÄTTNING

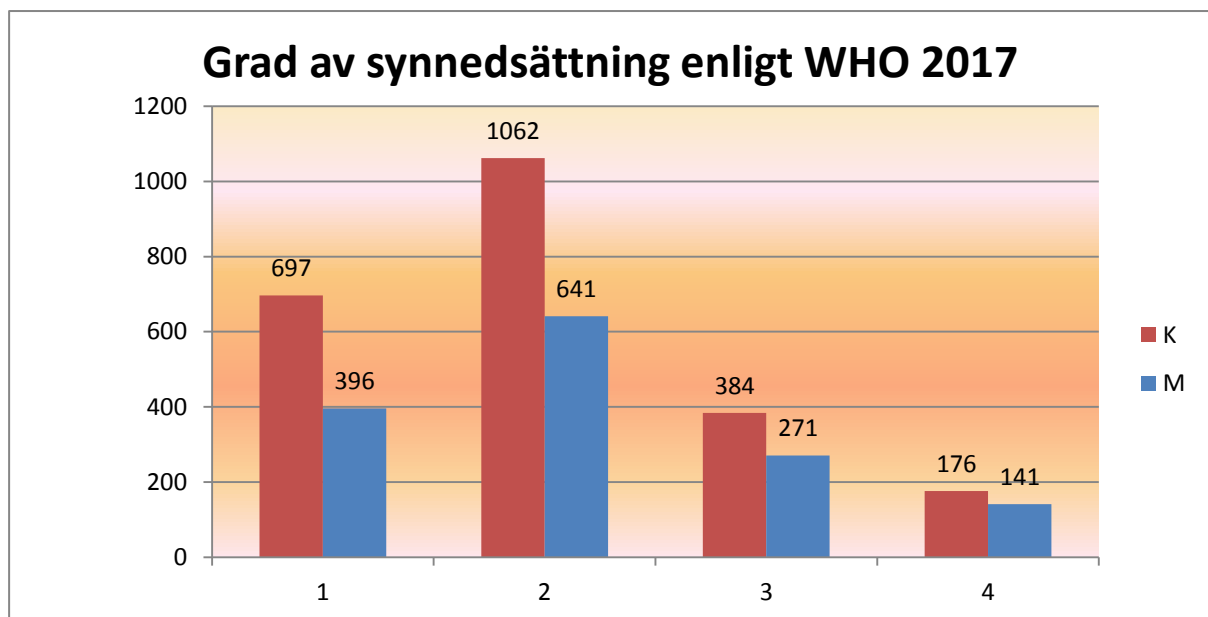
Gradering av synnedstättning, enligt WHO's definition, görs i SKRS. WHO's definition innehåller tre grader av det fjärde alternativet, blindhet, vilket i registret är sammanslaget till ett alternativ som här benämns blindhet. Följande alternativ finns valbara i registret

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

Figur 7. Grad av synnedstättning enligt WHO's definition. Antal patienter och gradering från 1-4. N=8178.



Figur 8. Grad av synnedstättning enligt WHO's definition. Antal patienter och gradering från 1-4. N=3774.



Kommentar

Den vanligaste graden av synnedsättning bland både kvinnor och män är grad 2= måttlig. Översatt till synskärpa 0,1-0,3 (enligt Snellen).

Synnedsättning som anges nedan avser synskärpa med befintlig korrektion (egna glas).

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

Alternativ 2: Måttlig synnedsättning motsvarar synskärpa enligt Snellen från 0.3-0.1.

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

Alternativ 4: Blindhet motsvarar synskärpa 0.05- ingen ljusperception.

ÅTGÄRDER OCH INSATSER VID REHABILITERING

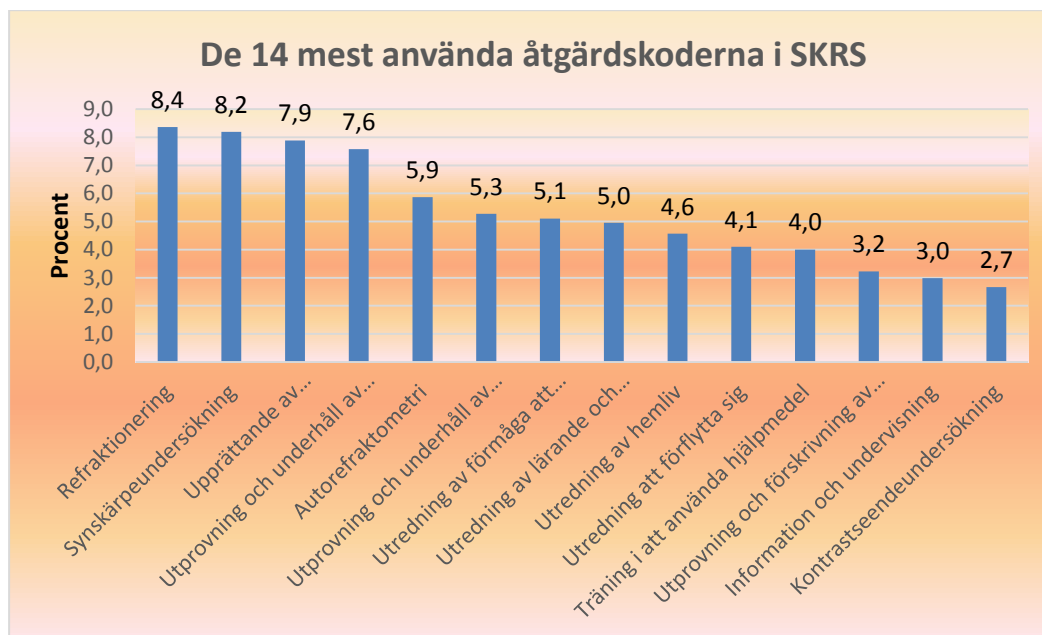
Ett tvärprofessionellt team är engagerat i rehabiliteringens olika insatser. Det handlar om att förbättra patientens funktionsförmåga, om att undanröja faktiska och psykologiska hinder för patientens att självständigt och aktivt ta del av samhällslivet och om att ge praktisk, psykosocial hjälp samt ekonomisk rådgivning. Inblandade professioner är optiker, synpedagog/arbetsterapeut/synrehabiliterare, kurator, psykolog, fysioterapeut och IKT-utbildare (Informations- och kommunikationsteknologi). I SKRS registreras insatserna enligt kodverket "Klassifikation av vårdåtgärder" (KVÅ). En person får flera åtgärds-koder registrerade vid besök.

De 14 mest använda åtgärderna (KVÅ-koderna) täcker 75 % av det som utförs inom synverksamheterna i Sverige.

Tabell 2. De vanligaste åtgärdsregistreringarna (KVÅ) i SKRS. Flera åtgärder registreras på samma individ vid besök.

1	AC027	Refraktionering
2	AC032	Synskärpeundersökning (LN/NH)
3	DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan
4	GA019	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel. Ej standardglas.
5	AC048	Autorefraktometri
6	GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel.
7	PL000	Utredning av förmåga att kommunicera
8	PJ000	Utredning av lärande och tillämpning av kunskap
9	PP000	Utredning av hemliv
10	PM000	Utredning att förflytta sig
11	QT006	Träning i att använda hjälpmedel
12	GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel
13	GB002	Information och undervisning
14	AC013	Kontrastseendeundersökning

Figur 9. De 14 mest frekvent använda åtgärdskoderna vid besök inom synrehabiliteringsverksamheten. Vid ett besök är det vanligt förekommande att flera åtgärder registreras.



Kommentar

De mest frekvent använda åtgärdskoderna finns listade i tabell och diagram. En utveckling av registret har skett så att varje enhet kan följa sin egen kodning och får kontinuerligt förevisat de 10 mest frekvent använda åtgärdskoderna på enheten, vilket visas i en dashboard på SKRS första sida. Ett av syftena med SKRS är att öka kunskapen om rehabiliteringsåtgärder och dess effekt för att uppnå likvärdig synrehabilitering i Sverige. Styrgruppen behöver analysera uppgifterna om KVÅ i SKRS ytterligare.

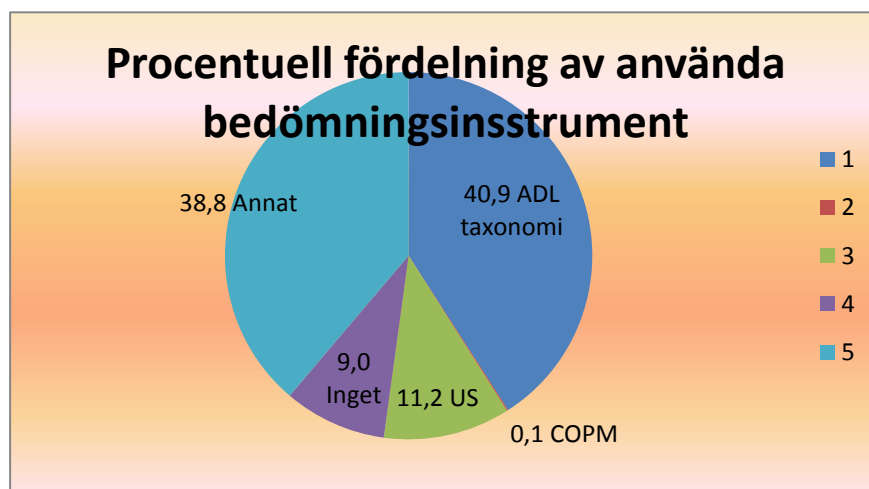
ANVÄNDNING AV BEDÖMNINGSSINSTRUMENT VID SYNREHABILITERING

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 kan bidra 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 tre validerade instrument ADL-taxonomi (syn), Upplevd säkerhet och COPM (Canadian Occupational Performance Measure). *ADL-taxonomi* 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 klients 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.

På många enheter används andra bedömningsinstrument, vilket anges under annat. Ett av uppdragen i SKRS är att ta reda på vilka olika typer av instrument som används.

Figur 10. Användning av bedömningsinstrument vid synrehabilitering. I SKRS finns tre validerade instrument ADL-taxonomi (1), COPM (2), Upplevd säkerhet (3). Alternativet "Annat" (5) anger att ett annat regionalt bedömningsinstrument. Inget bedömningsinstrument använt redovisas som nummer 4.



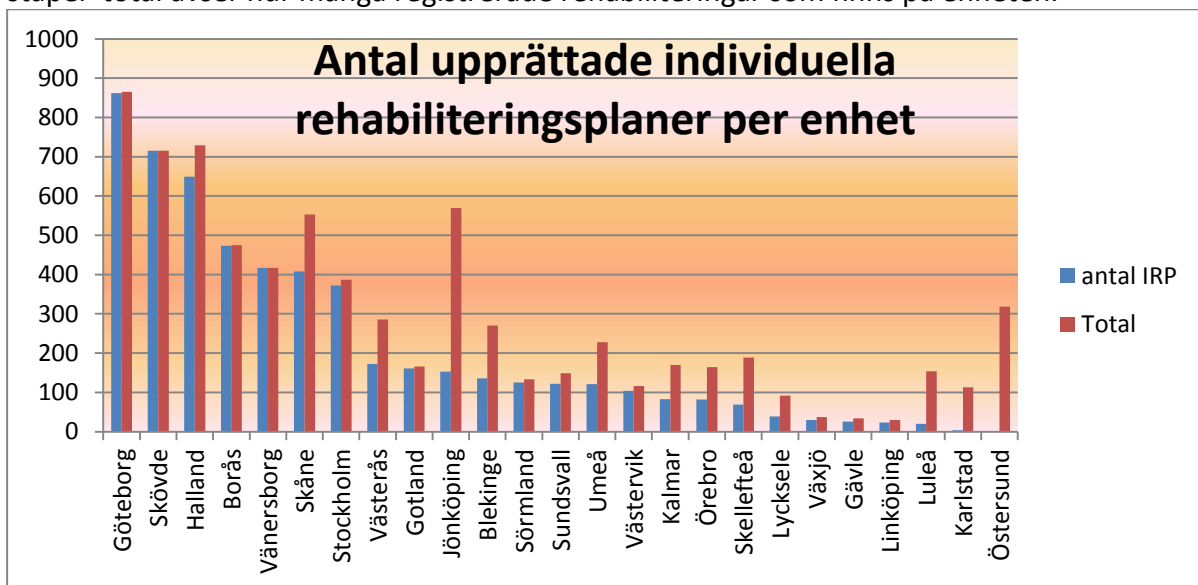
Kommentar

Det vanligaste validerade bedömningsinstrumentet som används är **ADL taxonomin Syn** (n=2799), därefter kommer **Upplevd säkerhet** (n=713). Bland de registreringar som gjorts har **COPM** (n=9) endast använts vid nio tillfällen. Andra regionala bedömningsinstrument används flitigt (n=3850). Inget bedömningsinstrument registrerades (n=581). Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikta mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument.

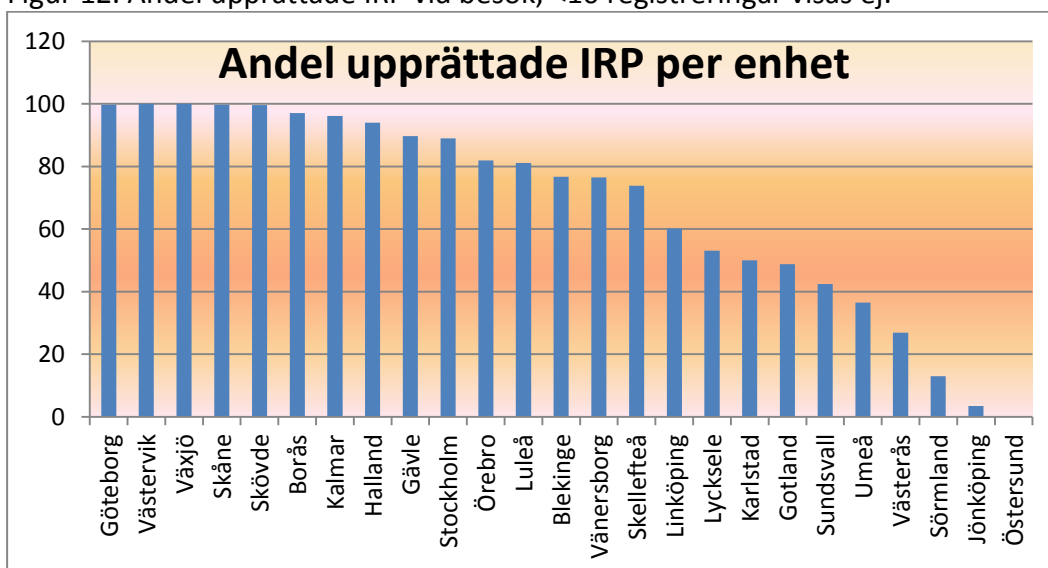
ANDEL UPPRÄTTADE IRP (INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN)

I hälso- och sjukvårdslagen framgår det att verksamheten i samverkan med patienten, ska upprätta en individuell plan. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå. Registret följer datum för upprättad respektive avslutad plan. Syftet är att följa hur stor andel patienter som får en plan upprättad, hur stor andel som avslutas och hur lång rehabiliteringstiden är. Målet är att alla patienter (100 %) ska ha en upprättad plan.

Figur 11. Antal upprättade IRP vid besök, minst 10 registrerade, Dalarna saknas. Röd stapel=total avser hur många registrerade rehabiliteringar som finns på enheten.



Figur 12. Andel upprättade IRP vid besök, <10 registreringar visas ej.

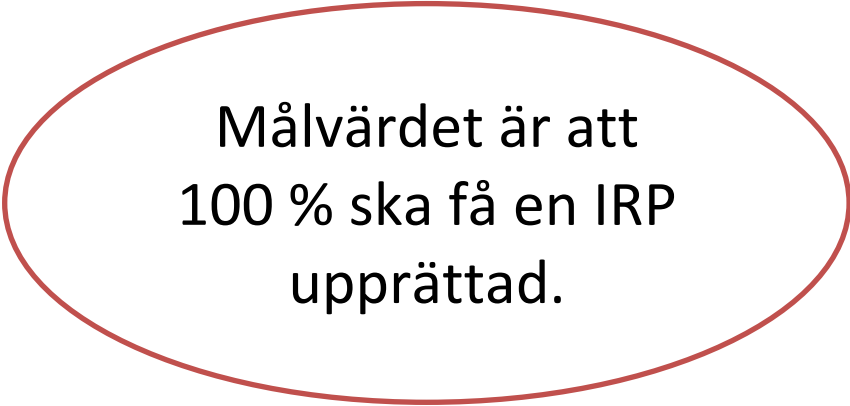


Kommentar

För registrerade från oktober 2015-2018-03-26 är det 73,7 procent av patienterna som har fått en IRP upprättad. För de enheter som har registrerat över ett år så ligger procenttalen mellan 74-100 procent som får en IHP/IRP upprättad.

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 behandlingsplan för patienter med längre och/eller återkommande behandlingsperiod. Rehabiliteringsplanen är också ett sätt att konkretisera personcentrerad vård.

I SKRS dashboard kan respektive enhet följa att upprättade planer avslutas. Ett basmått på kvalitet på rehabilitering är sätta ett målvärde på att 100 procent av patienterna får en individuell rehabiliteringsplan upprättad.



**Målvärdet är att
100 % ska få en IRP
upprättad.**

REHABILITERINGSTID

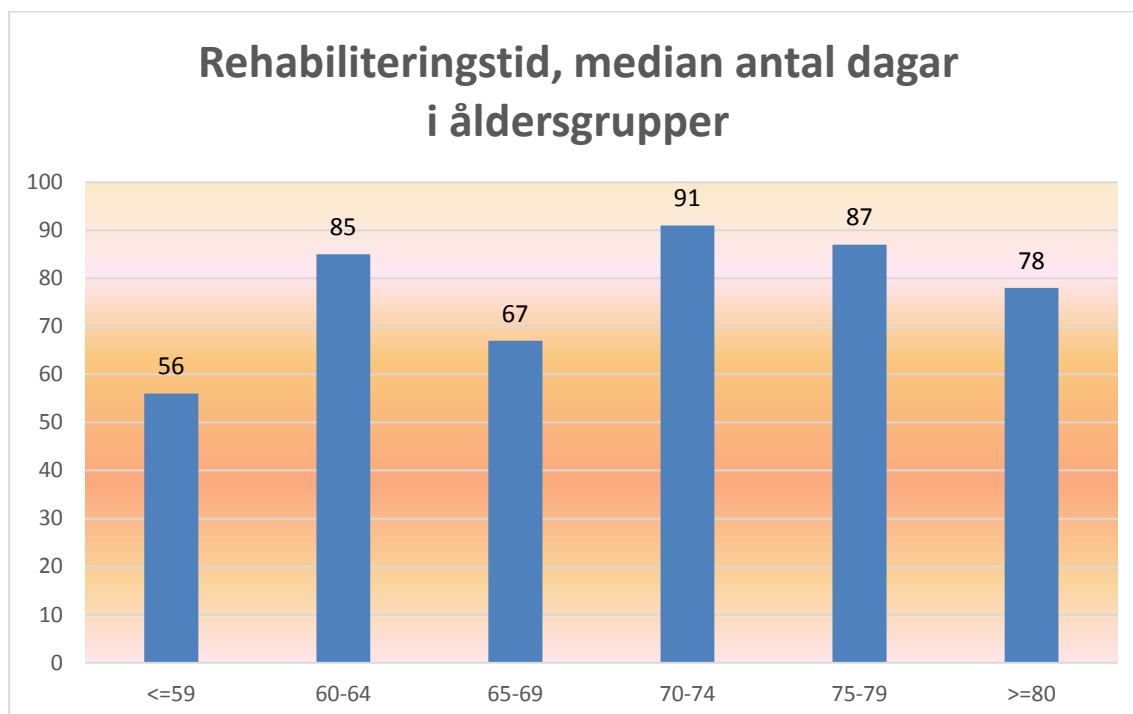
Cirka 75 % av patienterna som registreras i SKRS får en rehabiliteringsplan upprättad. Vid analys av data har ett urval gjorts för de planer som var både upprättade och avslutade. Rehabiliteringstiden varierade från 0-767 dagar, vilket betyder att några patienter har behov av längre rehabiliteringstid beroende exempelvis på att förnyade behov uppkommit. Median för rehabiliteringstid totalt ligger på 78 dagar, det vill säga 2,5 månader. Mediantiden är något längre för kvinnor (82) än för män (74). Mediantidens fördelning för åldersgrupperna, se figur 13.

Tabell 3. Medel och mediantid för rehabilitering för kvinnor och män.

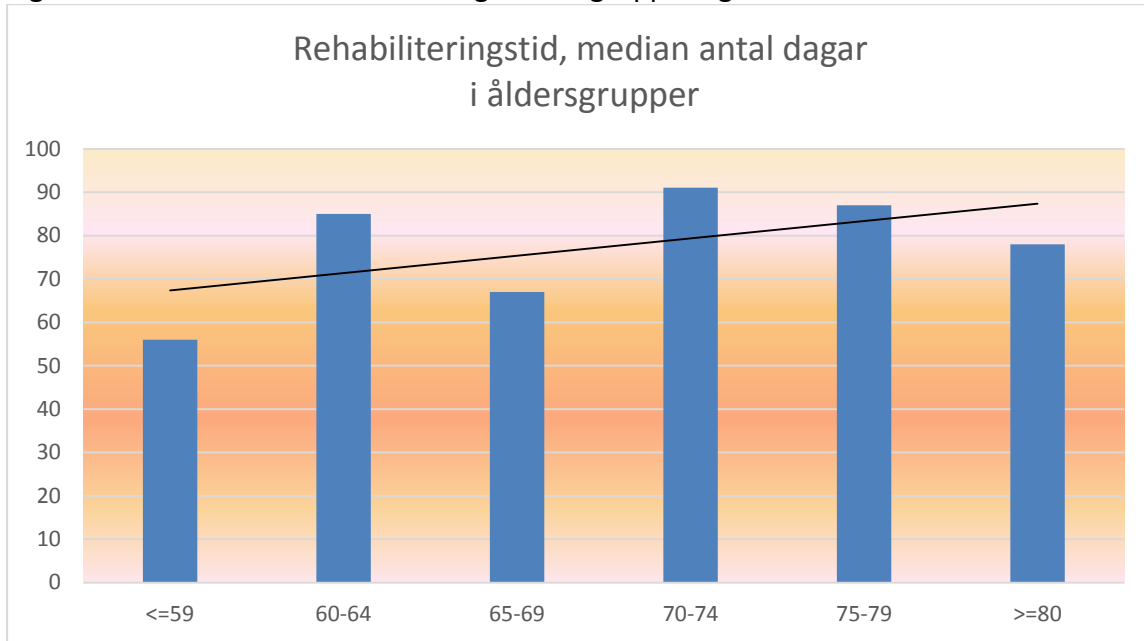
Antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum för upprättad och avslutade IRP

Kön	Medel	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum	N
K	118,4	123,73120	82	0	753	2869
M	110,5	117,37091	74	0	767	1737
Total	115	121,42138	78	0	767	4611

Figur 13. Mediantid för rehabilitering i åldersgruppering.



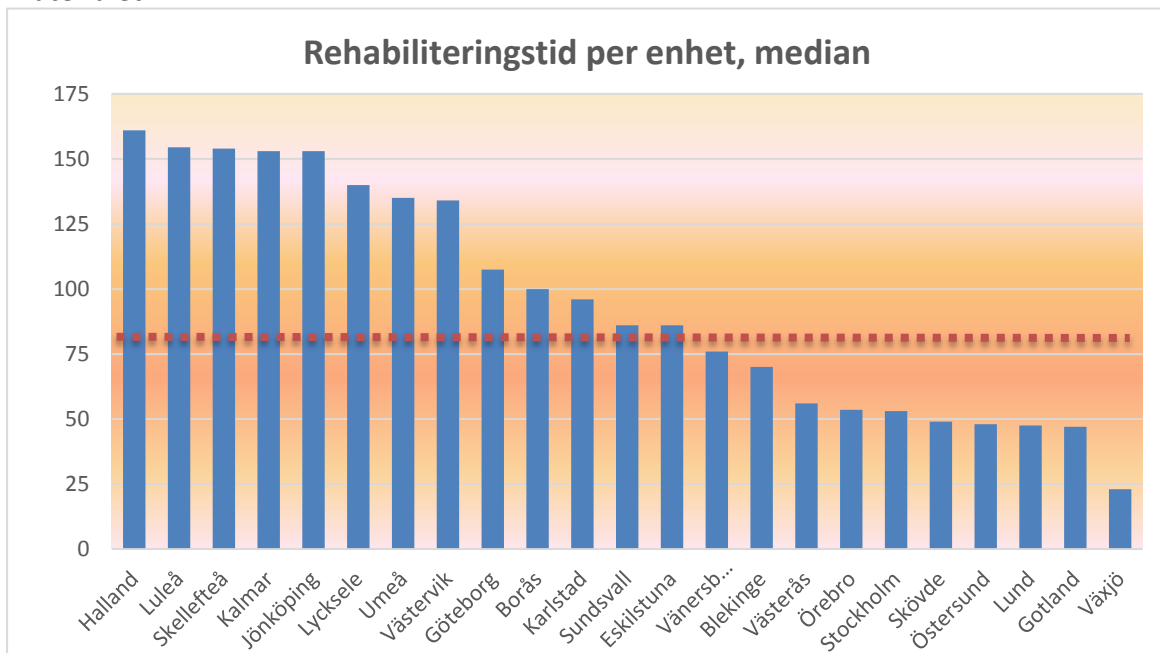
Figur 14. Mediantid för rehabilitering i åldersgruppering.



Kommentar

Trendlinjen visar en diskret ökning av rehabiliteringstiden i de högre åldersgrupperna. Mer data krävs för att befästa att det rör sig om en trend. Om det visar sig vara en trend bör orsaksanalys göras.

Figur 15. Rehabiliteringstid per enhet. Enheter med <10 registreringar är borttagna ur materialet.



Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden är 78 dagar, för kvinnor 82 dagar, respektive 74 dagar för män. Inom styrgruppen har diskussion förekommit om varför det är så stor spridning från medianen i riket, vilket behöver diskuteras vidare i olika forum.

VÄNTETID FRÅN REMISSDATUM TILL FÖRSTA BESÖK

Patienten remitteras från ögonklinik för synrehabiliterande insatser. I genomsnitt tar det 46 dagar mellan remissdatum och första besök. I tabellen visas hur väntetiden är på hela materialet samt fördelat på kvinnor och män (47 respektive 46 dagar). Materialet är också redovisat i åldersgrupper, se tabell 5 och figur 16.

Tabell 4. Väntetid från remissdatum till första besök, total, kvinnor och män.

Tid från remissdatum till besöksdatum för första besök

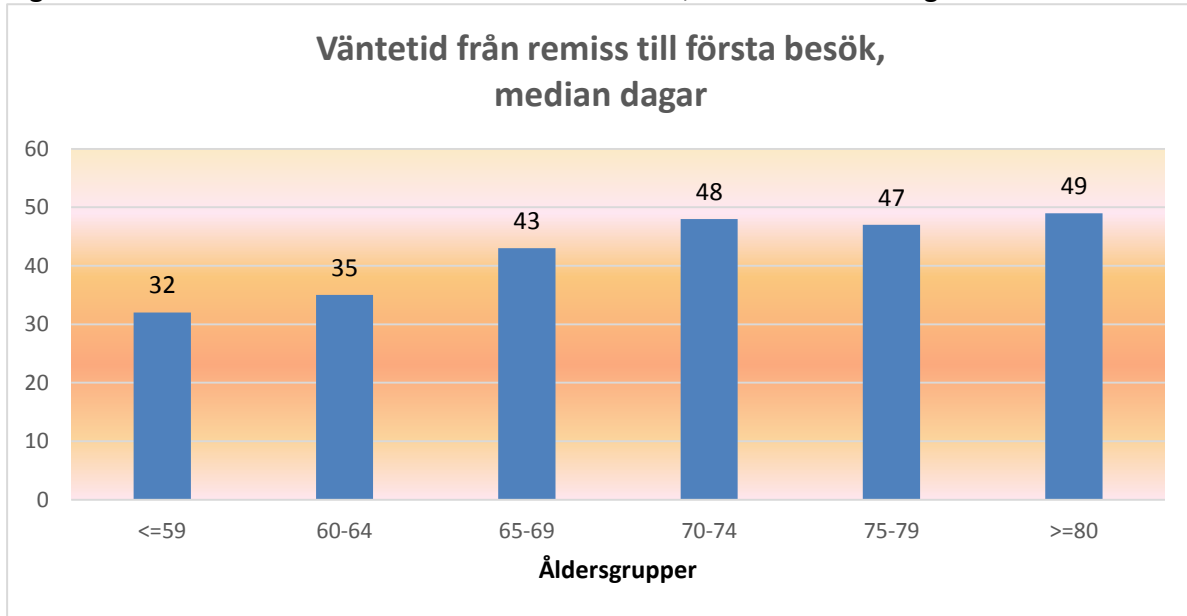
Kön	Medel	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum	N
K	56,8	53,9	47	0	796	5095
M	57,3	55,8	46	0	718	3083
Total	53,9	54,5	46	0	796	8190

Tabell 5. Väntetid från remissdatum till första besök (åldersgrupper)

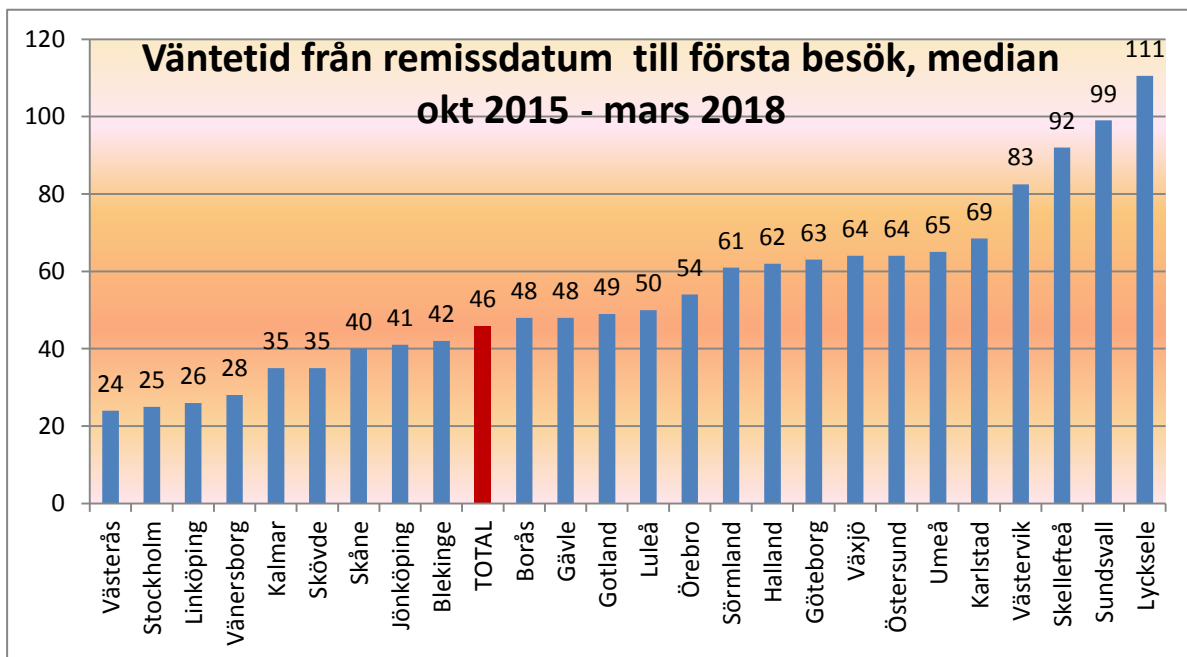
Tid från remissdatum till besöksdatum i antal dagar

åldersgrupp	Medel	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum	N
<=59	50,39	51,21	32	0	738	1008
60-64	48,37	49,95	35	0	644	295
65-69	58,32	40,89	43	0	715	337
70-74	56,85	41,48	48	0	502	673
75-79	56,40	41,72	47	0	588	1050
>=80	58,95	43,25	49	0	796	4827
Total	56,99	44,11	46	0	796	8190

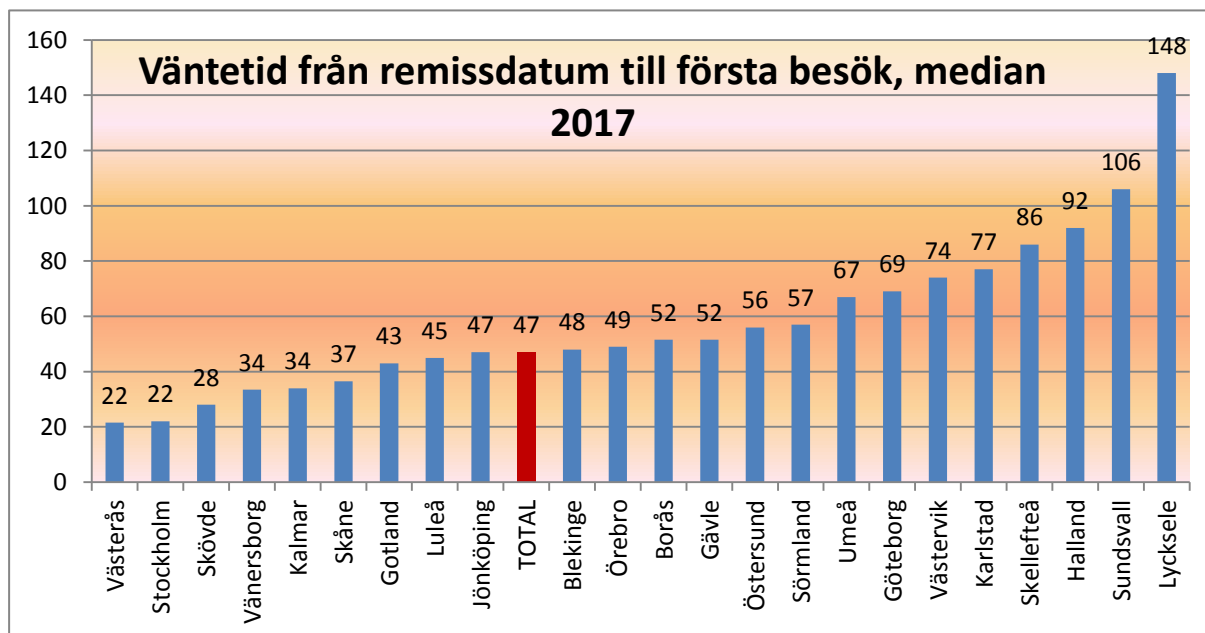
Figur 16. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar.



Figur 17. Väntetid från remissdatum till första besök per enhet (median dagar). <10 registreringar redovisas ej. Total = Alla rikets registreringar i SKRS.



Figur 18. Väntetid från remissdatum till första besök per enhet (median dagar). <10 registreringar redovisas ej.

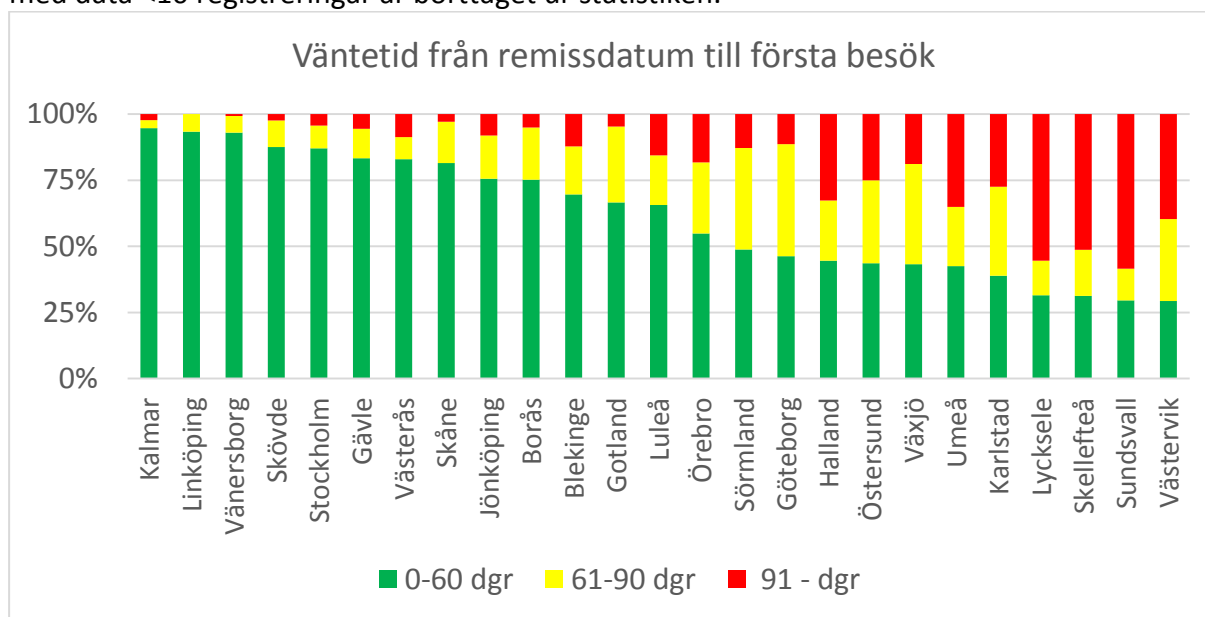


Kommentar

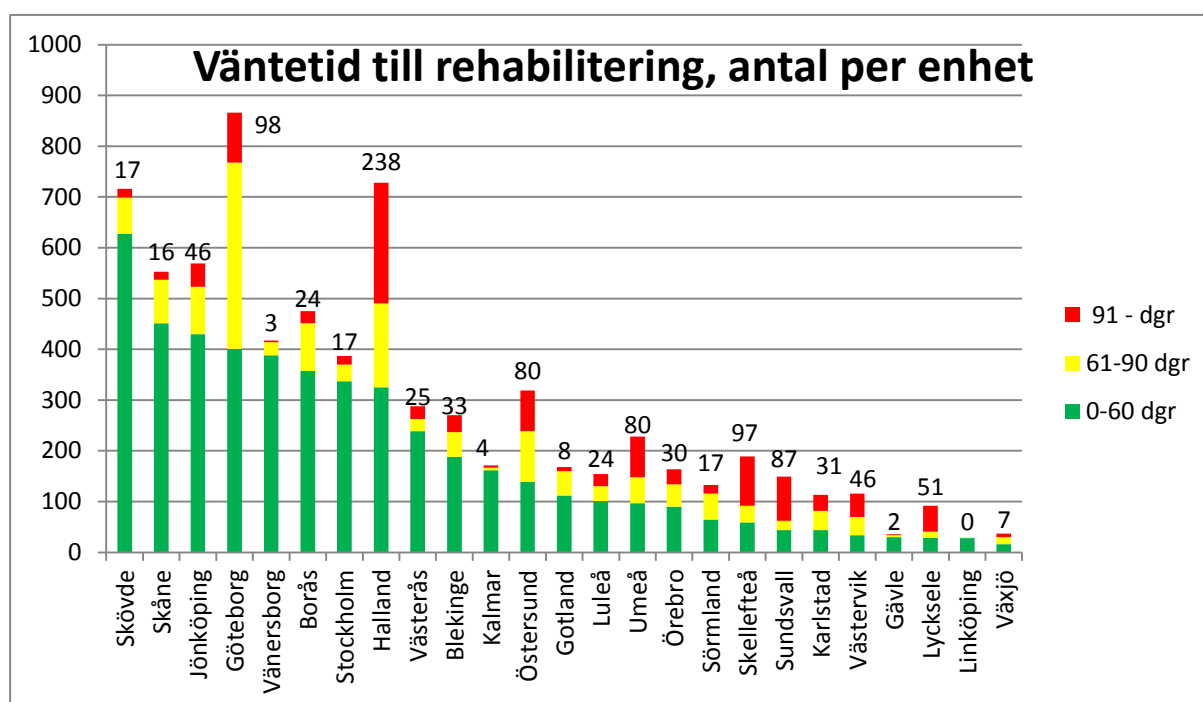
Inom styrgruppen har diskussion förts om varför det är så stor spridning från medianen i rikets totala databas. Detta behöver vi diskutera vidare på användarmöten och nationella synchefsgruppen.

En lämplig kvalitetsindikator skulle vara att följa ”andel som startar synrehabilitering inom 3 månader”. I materialet kan man se att de flesta patienter får ett första besök inom 90 dagar från remissdatum. Därför har vi även tittat på hur stor andel som startar rehabilitering inom 60 dagar. Endast data från enheter med över 10 registreringar redovisas.

Figur 19. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar per enhet. Enhet med data <10 registreringar är borttaget ur statistiken.



Figur 20. Antal som startar synrehabilitering inom 0-60, 61- 90 eller >90 dagar. Den röda stapeln och siffran visar antal individer som har väntat >90 dagar.



Kommentar

Enligt befintliga data varierar väntetiden mellan verksamheterna. Endast data med > 10 registreringar finns med i figur 16-20. Det innebär att data från Dalarna saknas i diagrammen. I figur 19 visas den procentuella fördelningen i väntetidsgrupper per enhet. Av figur 20 framgår det hur stort antal individer per enhet, som har fått vänta mer än 90 dagar på rehabilitering.

Väntetiden mellan remissdatum och första besök skiljer sig inte mellan könen men den ökar med stigande ålder och har dessutom ökat över tid.

Tack

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

Vi hoppas få välkomna nya enheter under det kommande året som vill medverka till ökad kunskap inom synrehabilitering.

2018-08-30

Styrgruppen för SKRS

Referenslista

1. Hälso- och sjukvårdslagen (2017). Stockholm. (2017:30)

Internet 2017-09-08. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

2. ICF. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (2017).

Internet 2017-09-08.

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf>

3. Socialstyrelsen termbank. Rehabiliteringsplan (2017).

Internet 2017-09-08: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=436>



Registerhållare SKRS
Anne Granath

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

Tekniska frågor och support
rcsydkarlskrona@ltblekinge.se

Hemsida
<http://rcsyd.se/anslutna-register/skrs>



SKRS