



SKRS

ÅRSRAPPORT 2019

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid
Synnedläggelse

Årsrapport för 2019

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning.

Årsrapporten är sammanställd av RC Syd i samverkan med Registerhållare Fanny Petersson och styrgruppen.

Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA): Region Blekinge

Registerhållare **Fanny Petersson**, verksamhetschef, Kommunikation, Hälsa och funktionsstöd, Region Halland

Styrgrupp

- Anna-Karin Öhman**, utvecklingsstrateg, Region Västerbotten
- Ann-Charlotte Edman**, synpedagog, Syncentral, Region Halland
- Anne Granath**, verksamhetschef Syn- och Tolkverksamheten Västra Götalandsregionen (tidigare registerhållare aug. 2019)
- Annelie Lindberg**, verksamhetsutvecklare, Västra Götalandsregionen (aug 2019)
- Emelie Lombard**, kurator, utvecklingsledare, Region Skåne
- Eva Karlström**, enhetschef, Syncentralen, Region Stockholm
- Sara Andersson** enhetschef Syncentral, Västra Götalandsregionen
- Jeanette Källstrand**, medicine doktor i vårdvetenskap, ögonsjuksköterska/lektor, Högskolan i Halmstad
- Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare Synskadades Riksförbund
- Susanne Albrecht**, registerspecialist, ögonsjuksköterska/utvecklingsledare Registercentrum Syd, Region Blekinge (adjungerad)

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

Kontakt Fanny.F.Petersson@regionhalland.se

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



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	7
Rehabilitering vid synnedläggning	10
Styrgrupp	12
Antalet registreringar	13
Anslutningsgrad – deltagande enheter	15
Täckningsgrad	17
Dashboard - online data	18
Demografi	20
Grad av synnedläggning	23
Diagnoser vid synnedläggning	25
Åtgärder och insatser vid rehabilitering	27
Användning av bedömningsinstrument	29
Andel upprättade IRP	31
Väntetid från remiss till första besök	33
Rehabiliteringstid	38
Tack till deltagande synverksamheter	43
Referenslista	44

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

Registreringen i SKRS startade i oktober 2015. SKRS har uppnått certifieringsgrad 3. I dagsläget är **26 enheter** som är fördelade på **20 av 21 regioner** registrerade användare i SKRS.

Statistiken i årsrapporten är räknad på data från 2015-10-01-2019-12-31 när det gäller antalet registreringar. I övrigt presenteras data för 2019. Sedan starten har det gjorts **24 484** registreringar i SKRS. Styrgruppen har gjort en analys av utfallet. Anslutningsgraden är hög. Styrgruppen är väl medveten om att önskvärd täckningsgrad för pålitliga data ännu inte är helt uppnådd. Arbetet med att förbättra täckningsgraden har prioriterats högt i styrgruppen och kommer så göras även framöver i samverkan med syncentralscheferna i Sverige. I årsrapport 2019 har en metod för beräkning av täckningsgrad prövats, se kapitel om täckningsgrad.

Kvalitetsindikatorer för rehabilitering

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

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

I dagsläget kan SKRS få fram statistik om tillgänglighet och upprättande av rehabiliteringsplan, men ytterligare uppgifter om resultat av rehabiliteringen eftersträvas. Styrgruppen har beslutat att införa ett effektmått för rehabilitering, vilket har påbörjats som pilotprojekt av Västra Götaland Region (Borås, Göteborg, Vänersborg och Skövde) och Region Halland under 2018–2019. 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

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	

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

Framtidsplaner

- Parallellt med SKRS arbete pågår inom synverksamheterna att arbeta fram en gemensam nationell vårdprocess. Under 2019 startades det upp pilotprojekt inom synenheterna i Västra Götalandsregionen, Region Jämtland/Härjedalen, Region Halland, Region Skåne och Region Stockholm. Områdena detta berörde var
 - o Synfunktion
 - o Orientering och förflyttning
 - o IKT (informations- och kommunikationsteknologi)

Under våren 2020 påbörjades en implementering till resterande regioner, samt fortsatt arbete med de resterande områdena.

- Plan för kontinuerlig systematisk validering
- Inkludering av barn- och ungdomar
Idag registrerar SKRS vuxna patienter från 20 år som är i behov av synrehabiliterande insatser. Tanken är att SKRS ska utvecklas så att även barn och ungdomar 0 – 19 år inkluderas.

Hur COVID-19 har berört synverksamheterna under första halvåret 2020. Eftersom synverksamheternas målgrupp till största del är 70+, så har verksamheterna påverkats stort. Detta i sin tur arbete med SKRS.

Planerade möten med SKRS har enbart skett digitalt, vilket till en del försvårat arbetsprocessen.

Det är trots allt patienterna som har påverkats mest då flera synenheter få sköta möten med patienter digitalt. Senare under våren har verksamheterna förberett så att det ska vara mer patientsäkert för riskgrupper, allt enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

SKRS-KVALITETSINDIKATORER

**Tillgänglighet -
minskad väntetid till rehabilitering**

**100% - alla har rätt till en
rehabiliteringsplan**

Upplevd effekt av rehabilitering

REHABILITERING VID SYNVEDSÄTTNING

Bakgrund

Rehabilitering vid synvedsättning

En person med synvedsättning 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 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 blir 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.

Utveckling av registret:

- Att mäta och utveckla täckningsgraden
- Effektmått via ICF-Internationell klassificering av Funktionstillstånd, Funktionsnedsättning och Hälsa (pågående projekt)
- Ökad tydlighet och bättre definition av åtgärds-koder (KVÅ)
- Visualisering och standardrapporter
- SKRS samarbetar i projekt om nationell vårdprocess för synrehabilitering
- Utöka registret till att omfatta även barn- och ungdomar
- Synanpassning av webbmodul
- PROM (Patient Reported Outcome Measures)

SKRS STYRGRUPP

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

Registerhållare **Fanny Petersson**, verksamhetschef, Kommunikation, Hälsa och funktionsstöd, Region Halland

Styrgrupp

- Anna-Karin Öhman**, utvecklingsstrateg, Habiliteringscentrum, Region Västerbotten
- Ann-Charlotte Edman**, synpedagog, Syncentral, Region Halland
- Anne Granath**, verksamhetschef Syn- och Tolkverksamheten Västra Götalandsregionen (tidigare registerhållare aug. 2019)
- Annelie Lindberg**, verksamhetsutvecklare, Västra Götalandsregionen (aug 2019)
- Emelie Lombard**, kurator, utvecklingsledare, Region Skåne
- Eva Karlström**, enhetschef, Syncentralen, Region Stockholm
- Sara Andersson** enhetschef Syncentral, Västra Götalandsregionen
- Jeanette Källstrand**, medicine doktor i vårdvetenskap, ögonsjuksköterska/lektor, Högskolan i Halmstad
- Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare Synskadades Riksförbund
- Susanne Albrecht**, registerspecialist, ögonsjuksköterska/utvecklingsledare Registercentrum Syd, Region Blekinge (adjungerad)

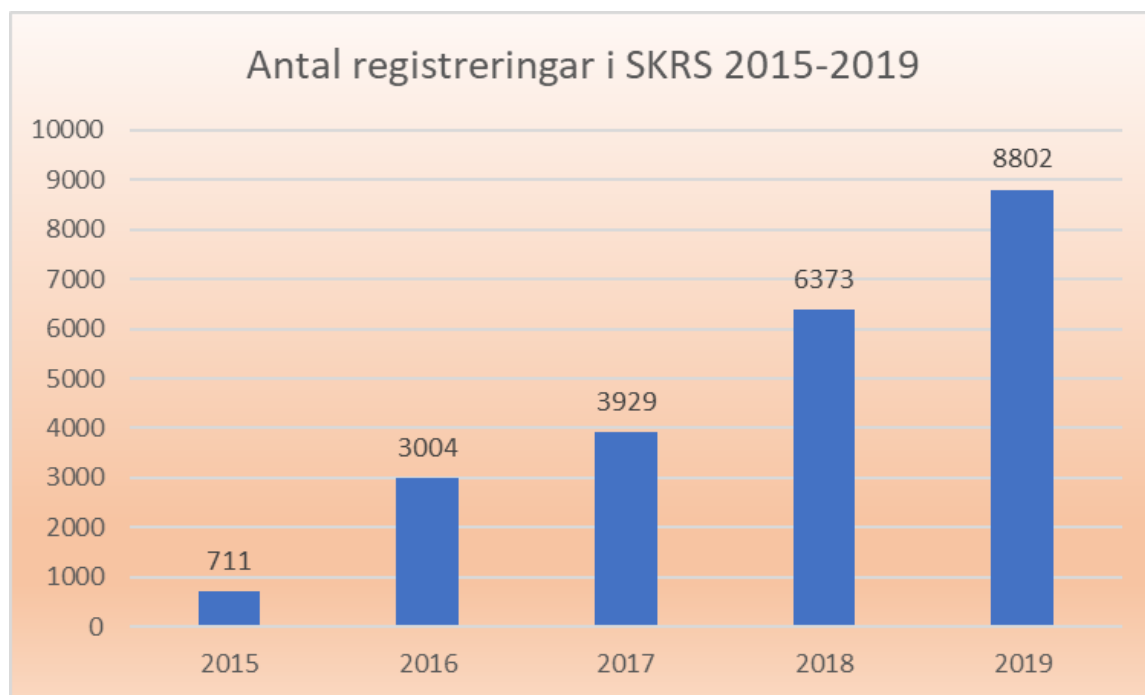
Hemsida <http://rcsyd.se/skrs/>

Kontakt Fanny.F.Petersson@regionhalland.se

ANTALET REGISTRERINGAR

SKRS startade i oktober 2015. I figur 1 ses utvecklingen i antal registreringar i SKRS till och med 2019-12-31. Sammanlagda antal registreringar uppgår till 22819. 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 2015–2019. Registeruttag gjort 2020-03-03.



Kommentar

Antalet registreringar i SKRS har stigit stadigt uppåt sedan starten i oktober 2015.

Tabell 1. Antal registreringar per region i SKRS 2015–2019.

	Besöksår					Total
	2015	2016	2017	2018	2019	
Stockholm	3	162	243	309	841	1558
Sörmland	0	1	126	232	303	662
Östergötland	0	0	0	270	256	526
Jönköping	0	219	338	205	260	1022
Kronoberg	0	0	0	146	162	308
Kalmar	4	59	183	217	255	718
Gotland	45	63	95	90	80	373
Blekinge	27	112	155	240	261	795
Skåne	0	73	266	966	938	2243
Halland	269	401	344	429	497	1940
Västra Götaland	352	1240	1208	1270	2467	6537
Värmland	1	23	116	483	507	1130
Örebro	0	0	102	358	204	664
Västmanland	2	47	189	288	237	763
Dalarna	0	0	0	112	191	303
Gävleborg	1	3	11	142	433	590
Västernorrland	5	92	63	55	341	556
Jämtland	2	197	166	120	119	604
Västerbotten	0	246	249	262	205	962
Norrbottn	0	66	75	179	245	565
Total	711	3004	3929	6373	8802	22819

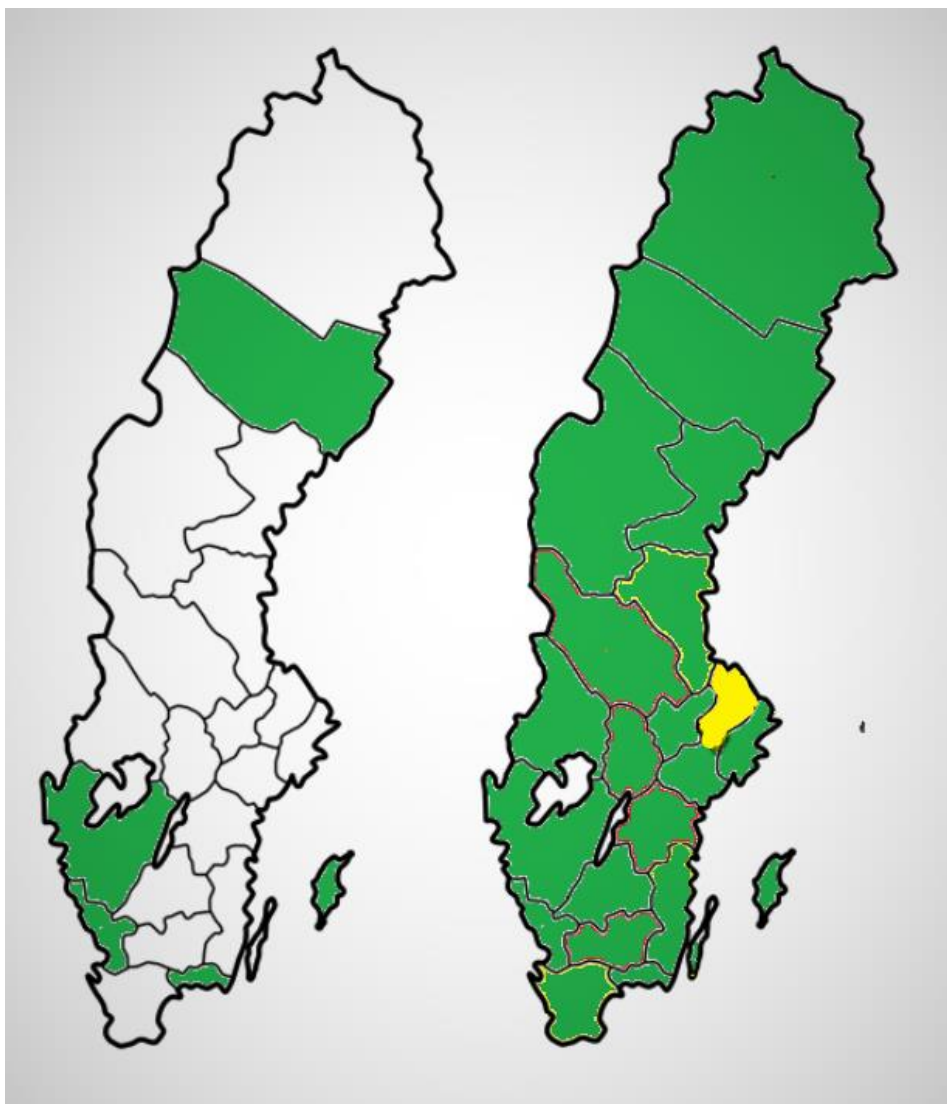
DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER- ANSLUTNINGSGRAD

I dagsläget finns det 26 registrerande enheter i SKRS. Endast en region, Uppsala, har inte påbörjat registrering.

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
Örebro
Östergötland
 Linköping

Kommentar

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



Start 2015

aktuellt läge 2020

- Registrerar (grön)
- Registrerar ej (gul)

Figur 2. Anslutningsgrad i SKRS. Kartan till vänster visar vilka landsting som deltog i pilotregistrering 2015 och till höger visas anslutningsgraden i maj 2020.

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 inte startat registrera.

TÄCKNINGSGRAD I SKRS

Styrgruppen har under 2019 och 2020 fokuserat på att ta 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 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.

Styrgruppen har gjort två pilotmätningar, januari-maj 2019 respektive januari-februari 2020. Regionerna har lämnat uppgifter om remisser/egen vårdbegäran som jämförts med antalet registreringar i SKRS med remissdatum under samma period.

Av totalt 21 regioner är det 20 regioner som deltar i SKRS. 14 regioner har lämnat uppgifter om antal remisser och egen vårdbegäran under jan-februari 2020. Resultat innebär en stor förbättring jämfört med den första pilotmätningen.

Vid den första pilotmätningen av täckningsgrad som gjordes januari-maj 2019 saknade de flesta regioner rutiner för att ta fram uppgift om remisser respektive egen vårdbegäran. Täckningsgradanalys var därför inte möjlig att genomföra. Styrgruppen såg att det fanns behov av att tydliggöra inklusion- och exklusionskriterier och lokala rutiner.

Flera regioner har inför andra piloten arbetat fram lokala rutiner för att kunna ta fram uppgifter om remisser/egen vårdbegäran. Styrgruppen har fört diskussioner och genomfört workshops i synchefsgruppen om hur täckningsgraden i SKRS kan öka, vilket stöd som behövs. Det gavs också möjlighet att dela erfarenheter. Under användarmötet har kontaktpersonerna arbetat i workshops och diskuterat hur enhetliga rutiner ska se ut. Styrgruppens arbete kommer att fortsätta för att få fram optimala rutiner. Återkoppling per region kommer att ges av styrgruppen. Inför nästa årsrapport är ambitionen att kunna leverera siffror per region (andel registrerade).

DASHBOARD I SKRS- ÖVERSIKT ONLINE

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. Arbetet har gjorts för att öka användbarheten av data för verksamheten.

Diagrammen på Dashboard har följande innehåll:

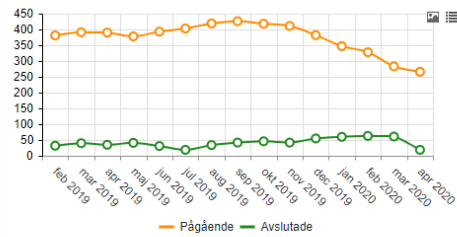
1. Antalet pågående och avslutade patienter som registreras i SKRS per månad. Start av pågående räknas från remissdatum till avslutad rehabilitering via uppföljningsbesök. Visning för aktuell månad och 12 månader bakåt.
2. Procentuell fördelning av användning av bedömningsinstrument under 12 månader 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.

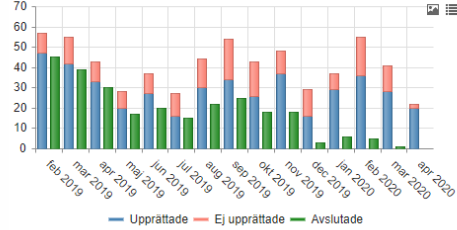
På nästa sida presenteras Dashboard från två olika enheter i Sverige. Genom åskådliggörande diagram kan man snabbt få kunskap om hur många patienter verksamheten omfattar och om det finns uppgående eller nedåtgående trender, antal upprättade rehabiliteringsplaner, användning av bedömningsinstrument,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

SKRS Dashboard

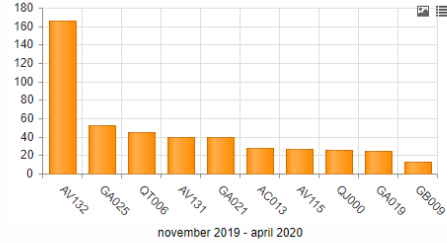
Antal patienter



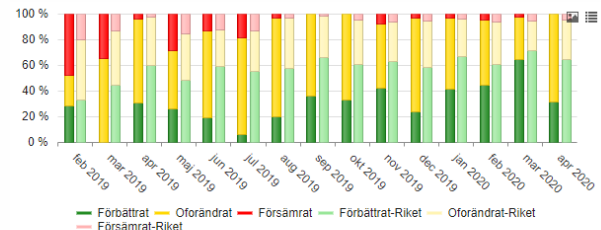
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP



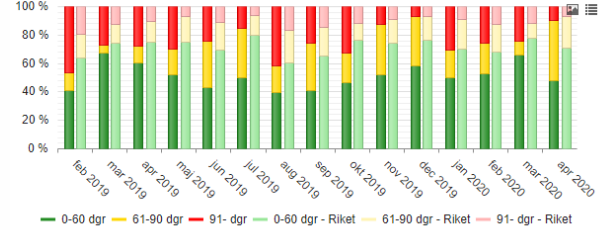
Vilka är de tio vanligaste KVÄ-koderna på



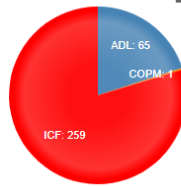
Effektmått



Väntetiden till rehabilitering

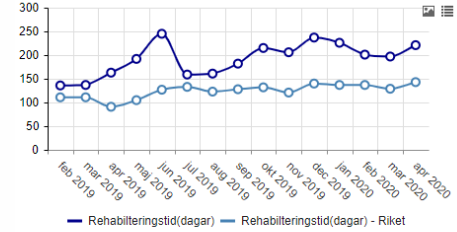


Bedömningsinstrument



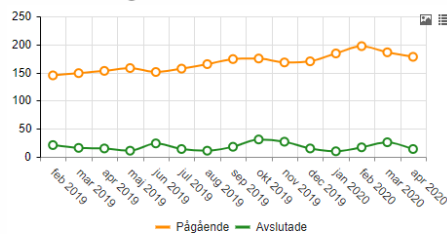
maj 2019 - april 2020

Rehabiliteringstid i dagar

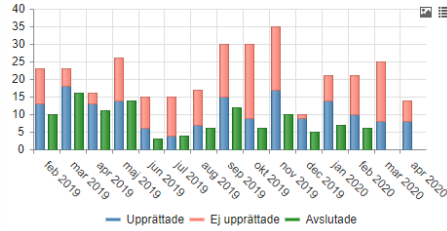


SKRS Dashboard

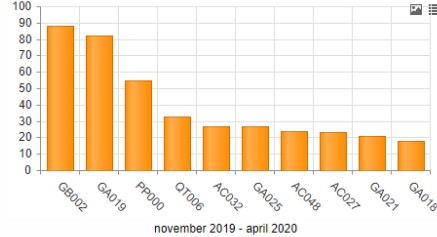
Antal patienter



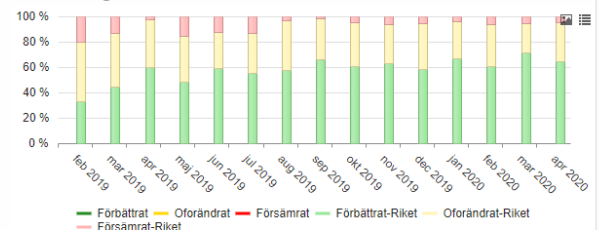
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP



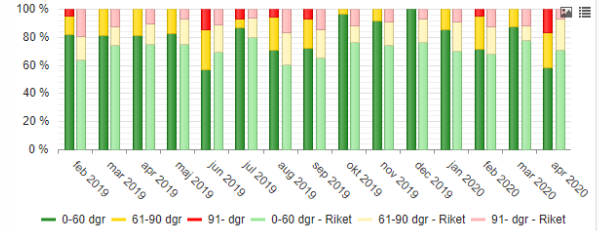
Vilka är de tio vanligaste KVÄ-koderna på



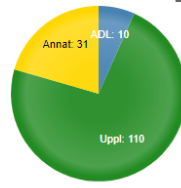
Effektmått



Väntetiden till rehabilitering

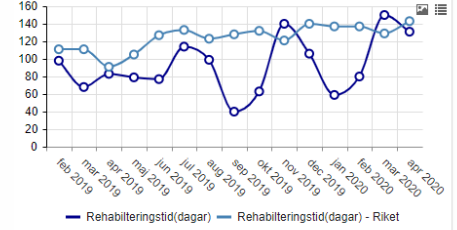


Bedömningsinstrument



maj 2019 - april 2020

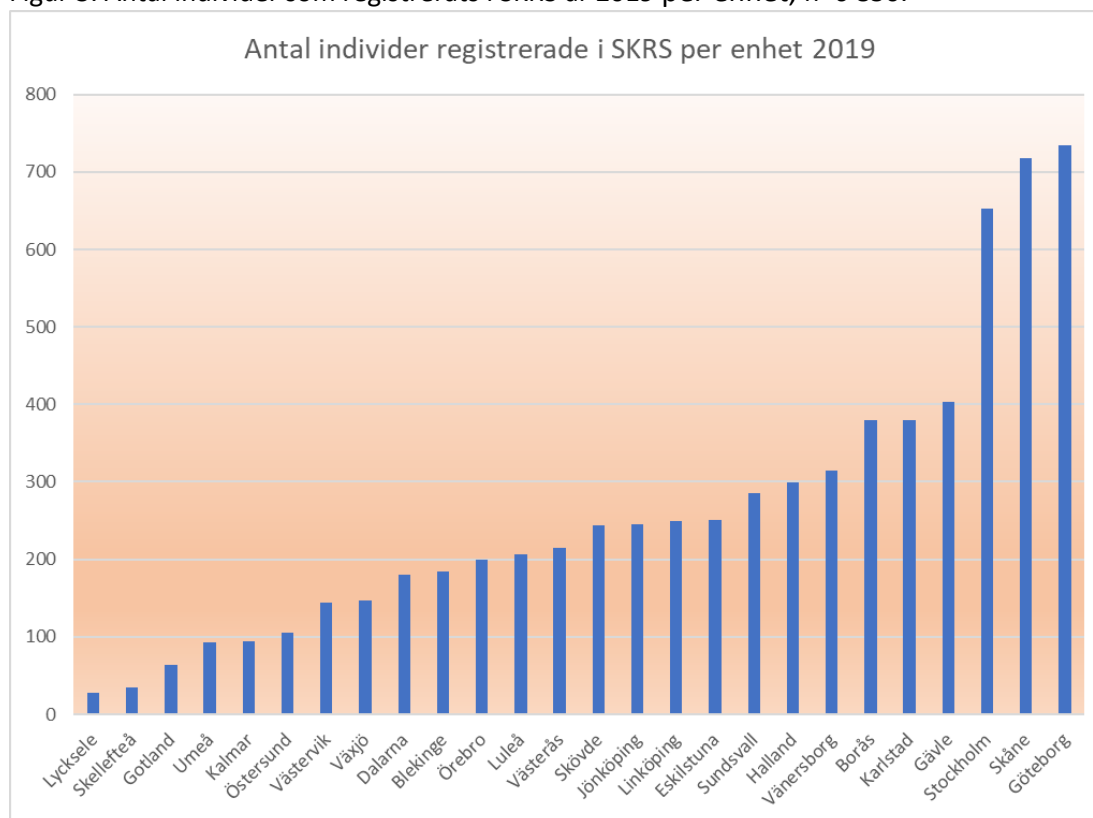
Rehabiliteringstid i dagar



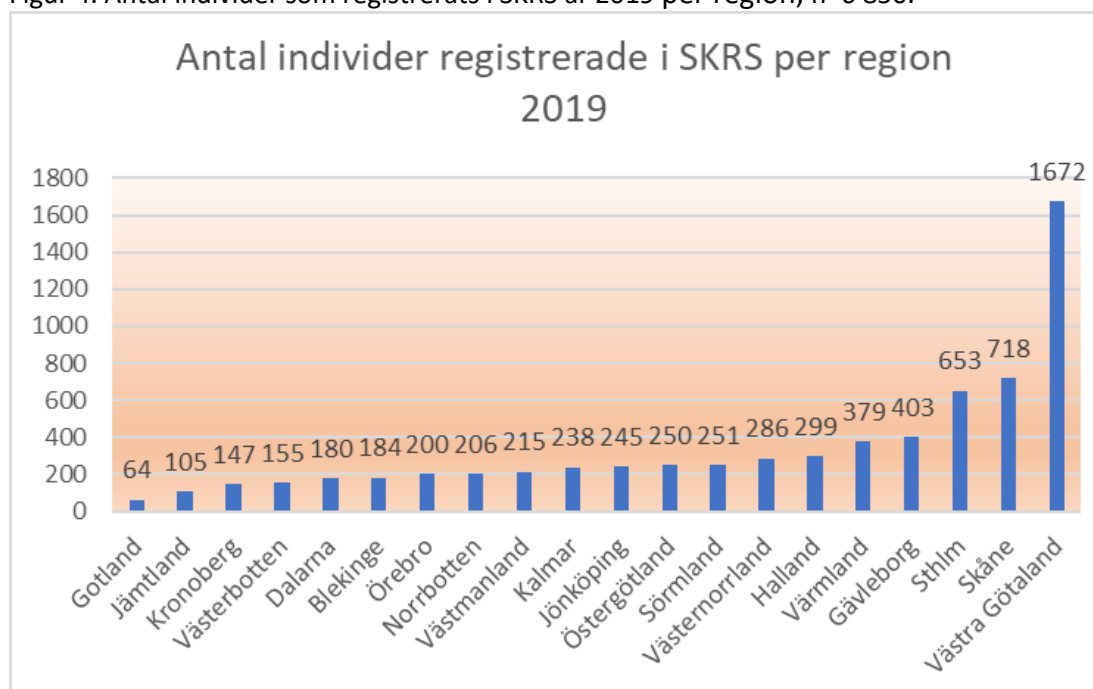
DEMOGRAFI

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 datauttag från 3 mars 2020.

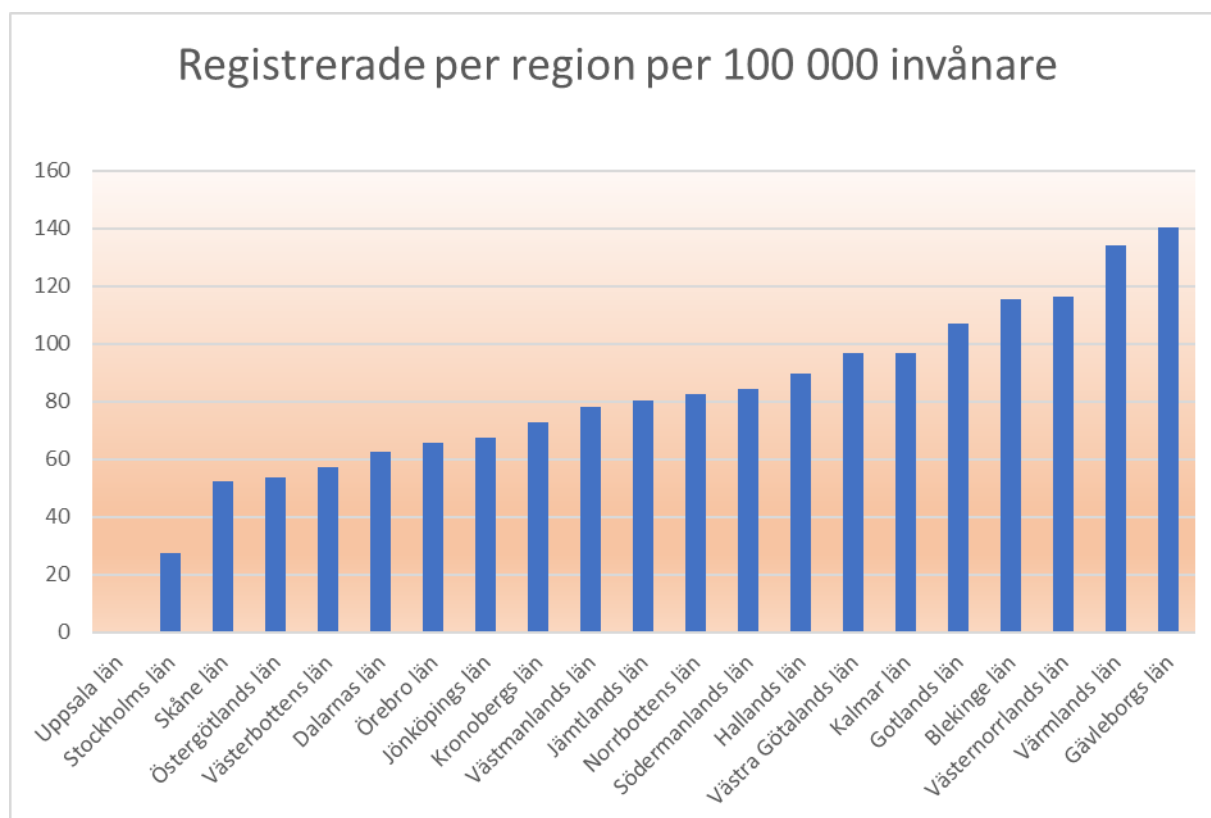
Figur 3. Antal individer som registrerats i SKRS år 2019 per enhet, n=6 850.



Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS år 2019 per region, n=6 850.



Figur 5. Antal registrerade per region per 100 00 innevånare.



Kommentar

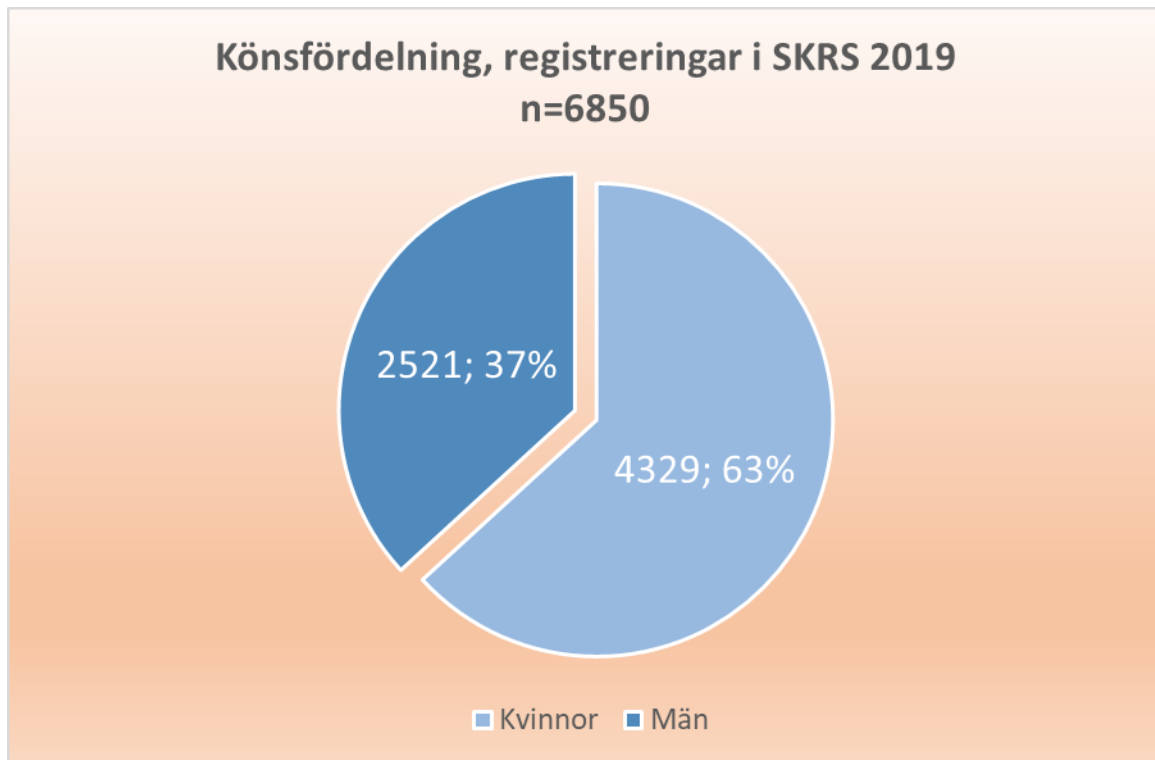
SKRS startade 2015 med Region Halland, Västra Götaland, Blekinge och Gotland som pilotkliniker från start. Flertalet andra regioner har kommit igång bra med registrering. Stockholm har genomgått en organisationsförändring och privatisering av verksamheten, vilket initialt ledde till mindre registreringar.

Medelåldern vid kartlägningsbesöket, som registrering i SKRS startar med, är 77,3 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 104 år.

Tabell 2. Ålder vid kartläggning, medelålder och median för kvinnor och män

Kön	Medel	Median	Minimum	Maximum	N
K	79,1	83	20	104	4329
M	74,1	80	20	101	2521
Total	77,3	82	20	104	6850

Figur 6. Könsfördelning i SKRS under 2019 63% kvinnor och 37 % män.



Kommentar

Könsfördelningen i SKRS ligger i stort sett på samma fördelning som gäller för gråstarrskirurgi och våt maculadegeneration, det vill säga kvinnorna dominerar. Könsfördelningen är cirka 60/40 bland de som drabbas av flertalet ögonsjukdomar.

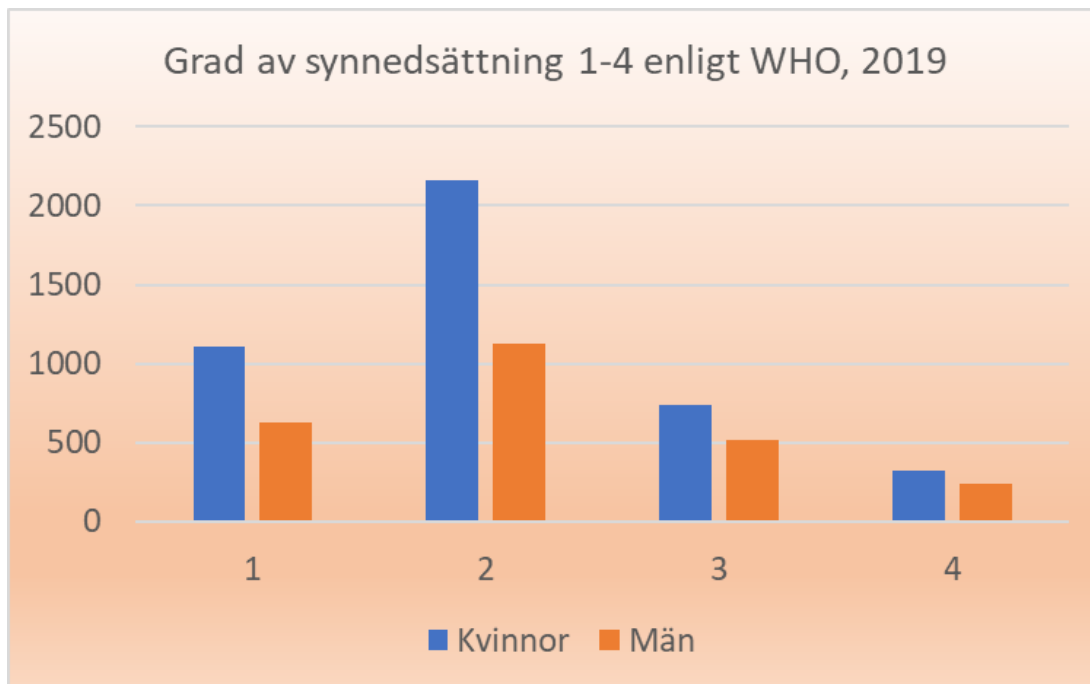
Makularegistret har en könsfördelning på 64 % kvinnor och 36 % män och i Nationella Kataraktregistrets är könsfördelningen 57,7 % kvinnor och 42,3 % män (2019).

GRAD AV SYNEDSÄTTNING

Gradering av synnedläggelse, enligt WHO:s definition, görs i SKRS. Det fjärde alternativet, blindhet, innehåller egentligen tre graderingar, vilket i SKRS 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 synnedläggelse enligt WHO:s definition. Antal patienter och gradering från 1-4. N=6850. Orange stapel= kvinnor, blå stapel= män



Kommentar

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

Synnedläggelse som anges nedan avser synskärpa med befintlig korrektion (egna glas). Andra synnedläggelser 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.

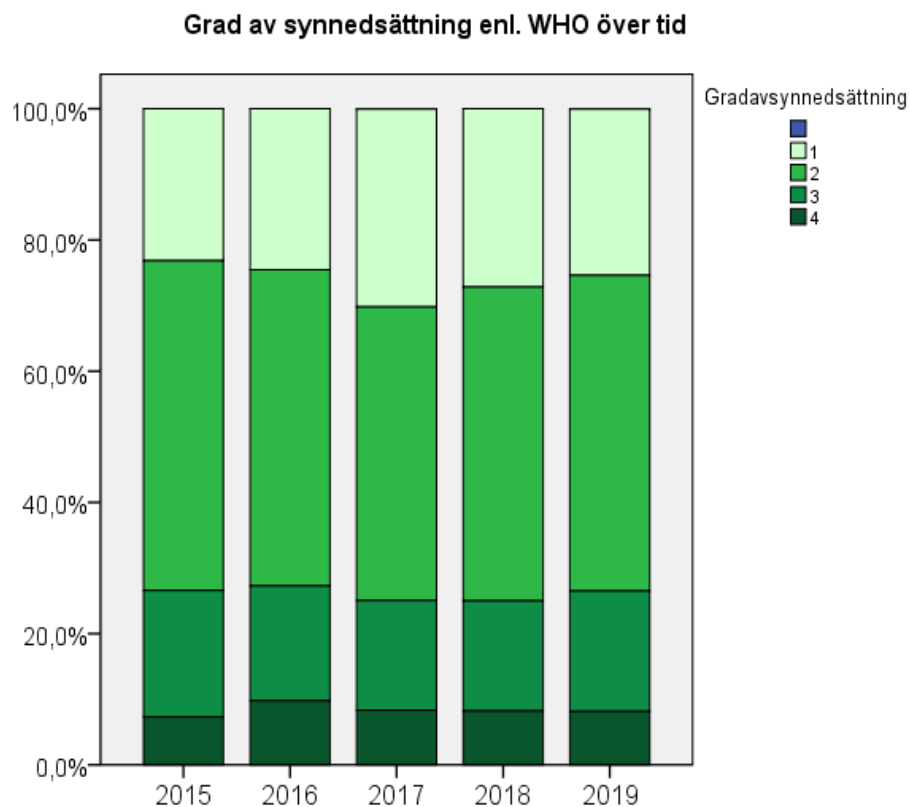
Alternativ 1: Lindrig synnedläggelse motsvarar synskärpa 0,3 (lika med eller bättre än).

Alternativ 2: Måttlig synnedläggelse motsvarar synskärpa från 0,3-0,1.

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

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

Figur 8. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition. Fördelning i gradering från 1–4 från 2015–2019.



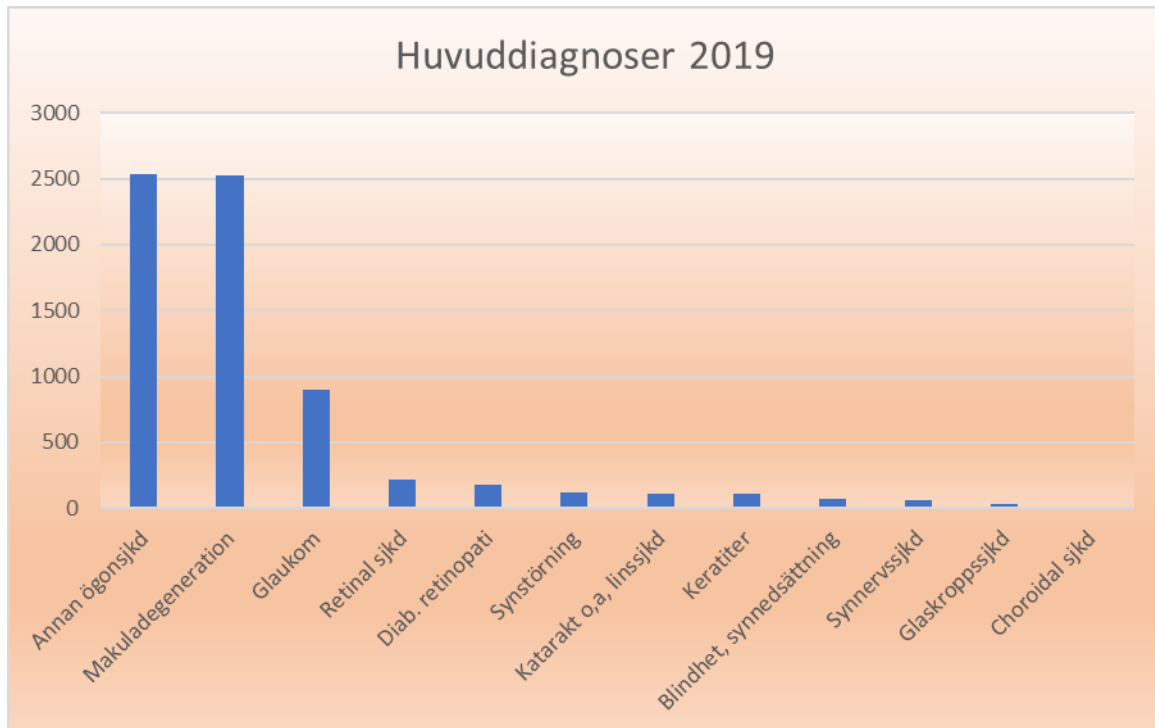
Kommentar

Syngraderingens fördelning mellan de fyra alternativen ligger i stort sett lika mellan 2015–2019. Flest patienter hamnar i gruppen ”måttlig synnedsättning”. Finns det samband mellan grad av synnedsättning och rehabiliteringstid? I kapitlet om rehabiliteringstid är en analys gjord av frågeställningen.

DIAGNOSER VID SYNVEDSÄTTNING

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.

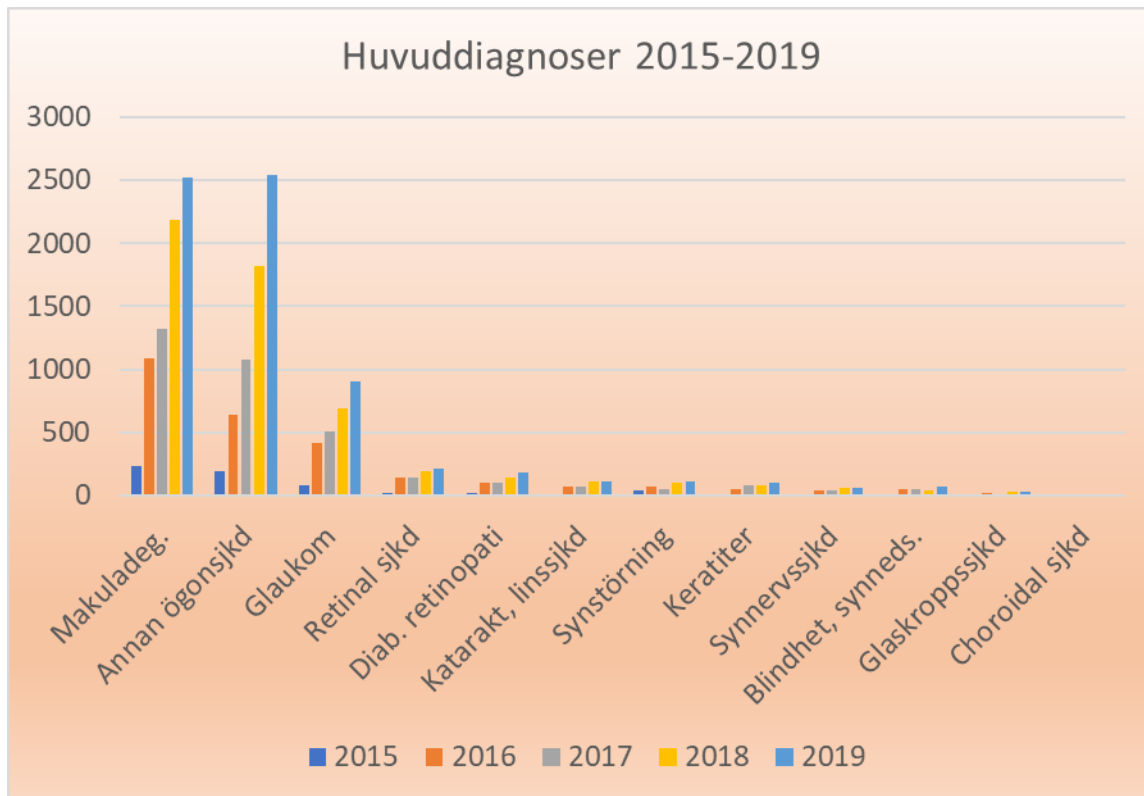
Figur 9. De vanligaste huvuddiagnosgrupperna vid synrehabilitering i SKRS (n=5389).



Kommentar

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

Figur 10. De vanligaste huvuddiagnosgrupperna vid synrehabilitering i SKRS (n=6850)



Kommentar

Om man tittar på huvuddiagnoser över tid, 2015–2019, så ser man att trenden är oförändrad. De vanligast förekommande diagnoserna är desamma. Att antalet över tid ökar är snarare en effekt av registrets tillväxt och ökade anslutningsgrad.

ÅTGÄRDER OCH INSATSER VID REHABILITERING

Ett tvärprofessionellt team är engagerat i rehabiliteringens olika insatser. Det handlar om insatser som ska bidra till att en person med funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsen).

I SKRS registreras insatserna enligt kodverket "Klassifikation av vårdåtgärder"(KVÅ). En person kan få flera åtgärds-koder registrerade vid besök.

De 20 mest använda åtgärderna (KVÅ-koderna) täcker 81,2 % av de KVÅ som registreras i SKRS inom synverksamheterna i Sverige.

Tabell 3. De 20 vanligaste åtgärdsregistreringarna (KVÅ) i SKRS. Flera åtgärder registreras på samma individ vid besök.

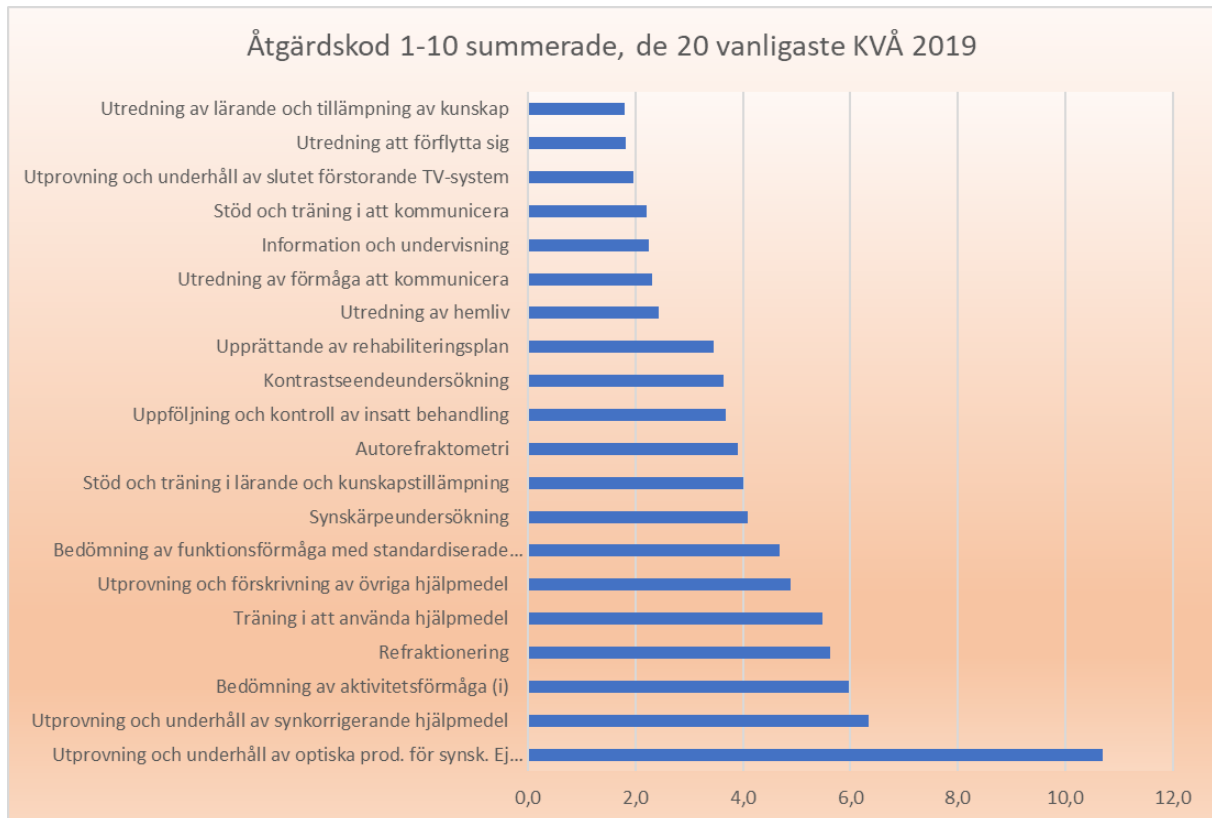
	Antal	Procent
Utprovning och underhåll av optiska produkter för synnedsatta. Ej standardglas	4221	10,7
Utprovning och underhåll av synkorrigering hjälpmedel	2502	6,3
Bedömning av aktivitetsförmåga (i)	2355	6,0
Refraktionering	2216	5,6
Träning i att använda hjälpmedel	2160	5,5
Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel	1931	4,9
Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder	1849	4,7
Synskärpeundersökning	1613	4,1
Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning	1579	4,0
Autorefraktometri	1544	3,9
Uppföljning och kontroll av insatt behandling	1452	3,7
Kontrastseendeundersökning	1435	3,6
Upprättande av rehabiliteringsplan	1364	3,5
Utredning av hemliv	958	2,4
Utredning av förmåga att kommunicera	913	2,3
Information och undervisning	888	2,3
Stöd och träning i att kommunicera	868	2,2
Utprovning och underhåll av slutet förstorande Tv-system	775	2,0
Utredning att förflytta sig	716	1,8
Utredning av lärande och tillämpning av kunskap	712	1,8

Kommentar

Styrgruppen har analyserat utredande åtgärder och infört samlingskoder under 2018 vilket har gett effekt under 2019. De behandlande koderna har granskats vidare. Planen är att ge fokus på de rehabiliterande åtgärder. Att tydliggöra och att enas om vilka KVÅ-koder som ska användas har varit ett önskemål från användarna. Inom synrehabilitering pågår ett arbete

kring en nationell vårdprocess. Arbetet med KVÅ-koder kommer att kopplas till vårdprocessen.

Figur 11. De 20 mest frekvent använda åtgärdskoderna vid besök inom synrehabiliteringsverksamheten. Vid ett besök är det vanligt förekommande att flera åtgärder registreras. Cirka 40 000 KVÅ för drygt 6850 patienter.



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. Diagrammet visas i en *Dashboard* på SKRS första sida.

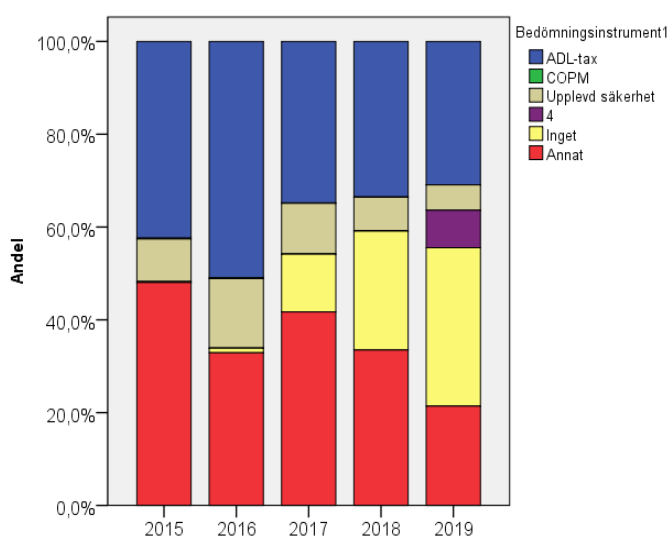
ANVÄNDNING AV BEDÖMNINGSSINSTRUMENT

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 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.

ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. På många enheter används andra bedömningsinstrument, vilket anges under annat. 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.

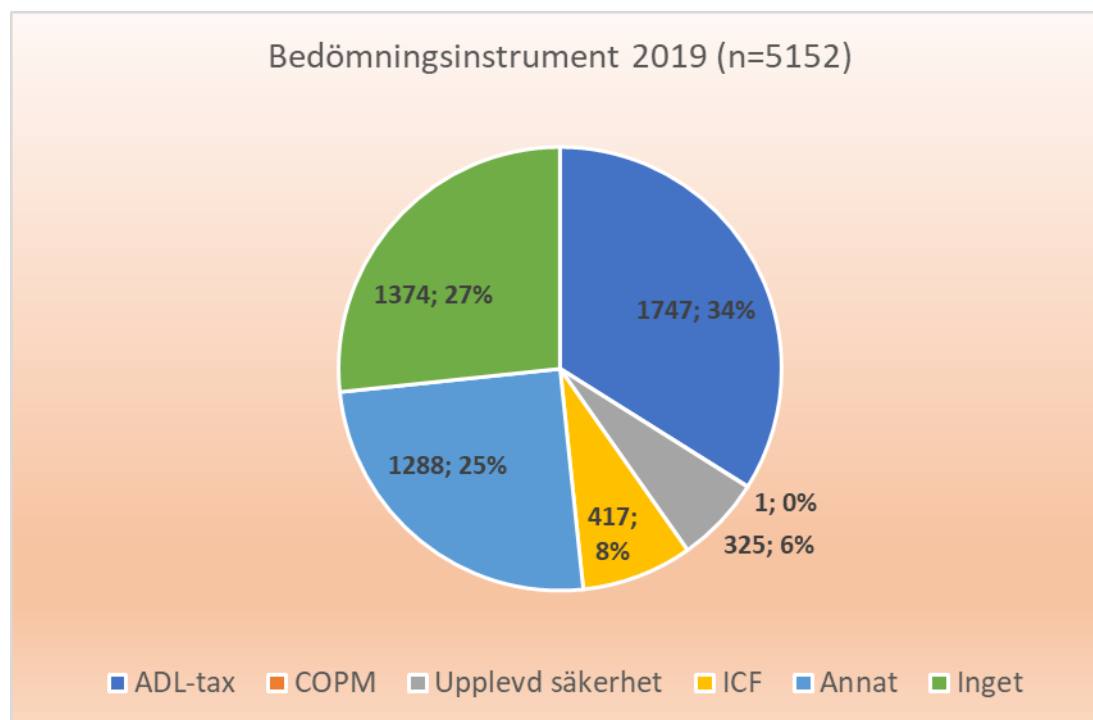
Figur 12 Användning av bedömningsinstrument öve tid, okt 2015-2019. Nr 4 (lila) i diagrammet är ett bedömningsinstrument baserat på ICF (International Classification of functions).



I SKRS fanns under 2019 fyra validerade instrument ADL-taxonomi (1), COPM (2), Upplevd säkerhet (3) och ICF (4). Alternativet "Annat" anger att ett annat regionalt bedömningsinstrument har använts.

Inget bedömningsinstrument använt redovisas också i diagrammet. Styrgruppen kommer att arbeta vidare med frågan.

Figur 13. Användning av bedömningsinstrument vid synrehabilitering



ADL-taxonomi	COPM	Upplevd säkerhet	ICF	Inget	Annat
1747	1	325	417	1374	1288

Kommentar

Det vanligaste validerade bedömningsinstrumentet som används 2019 är **ADL taxonomin Syn** (n=1737). Andra regionala bedömningsinstrument används flitigt (n=1288) och ganska ofta har inget bedömningsinstrument registrerats (n=1374). Bland de registreringar som gjorts har **COPM** (n=1) endast använts vid ett tillfälle. Instrumentet är omfattande och kan ha ersatts av ICF-baserade bedömningar.

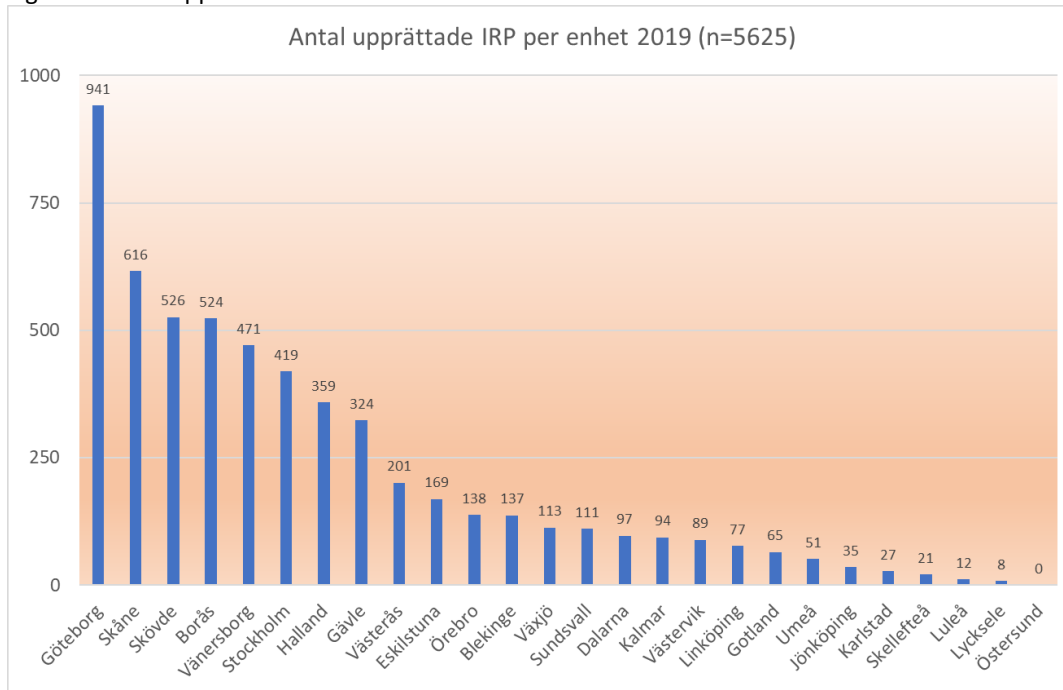
Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikta mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument.

Vid analys av data har alternativet "annat" studerats närmare och det visar sig att alternativet "annat" till stor del består av ICF-baserade bedömningar. Därför har ett nytt svarsalternativ, ICF, lagts till under 2019. Generellt kan man säga att hälften av Sverige (ca 48%) använder något validerat bedömningsinstrument och resten använder regionala varianter av instrument. Resultatet kräver vidare analys och åtgärder.

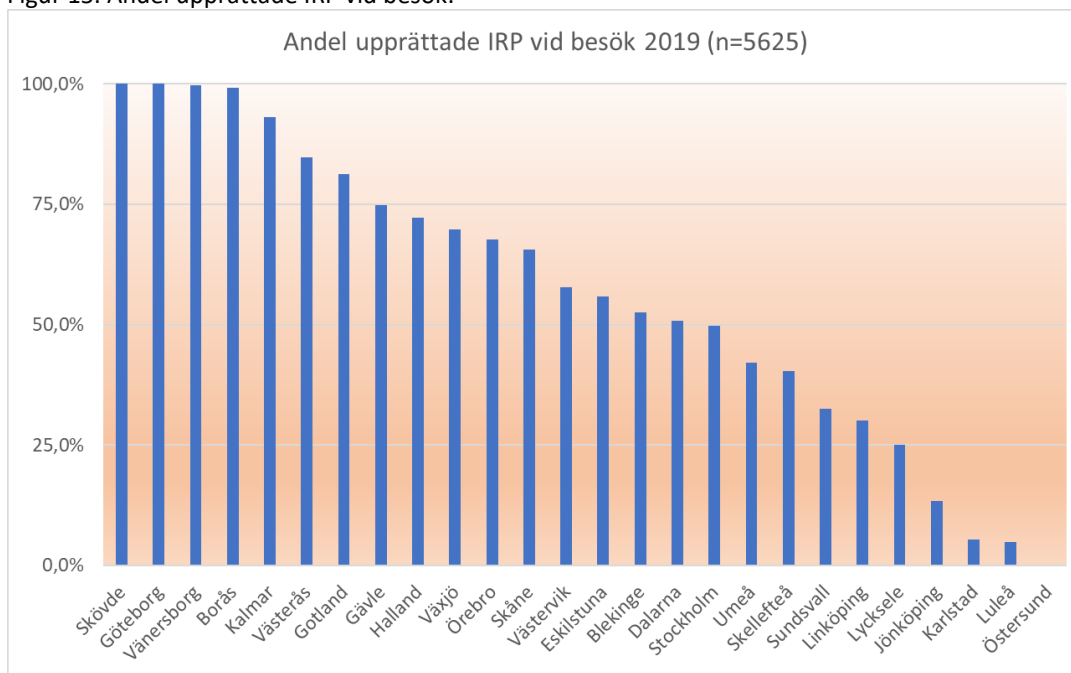
ANDEL UPPRÄTTADE IRP (INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN)

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 14. Antal upprättade IRP vid besök. Alla enheter redovisade.




Figur 15. Andel upprättade IRP vid besök.



Kommentar

Under 2019 är det cirka 64 procent av patienterna som har registrerats för att ha fått en 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 för 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.

VÄNTETID FRÅN REMISSDATUM TILL FÖRSTA BESÖK

Patienten remitteras från ögonklinik för synrehabiliterande insatser. Median för väntetid från remiss till första besök är 41 dagar mellan remissdatum och första besök. I tabellen visas hur väntetiden är på hela materialet samt fördelat på kvinnor (42) och män (40) där skillnad föreligger. Materialet är också redovisat i åldersgrupper, se tabell 5, figur 16. Väntetiden ökar något för de äldre åldersgrupperna.

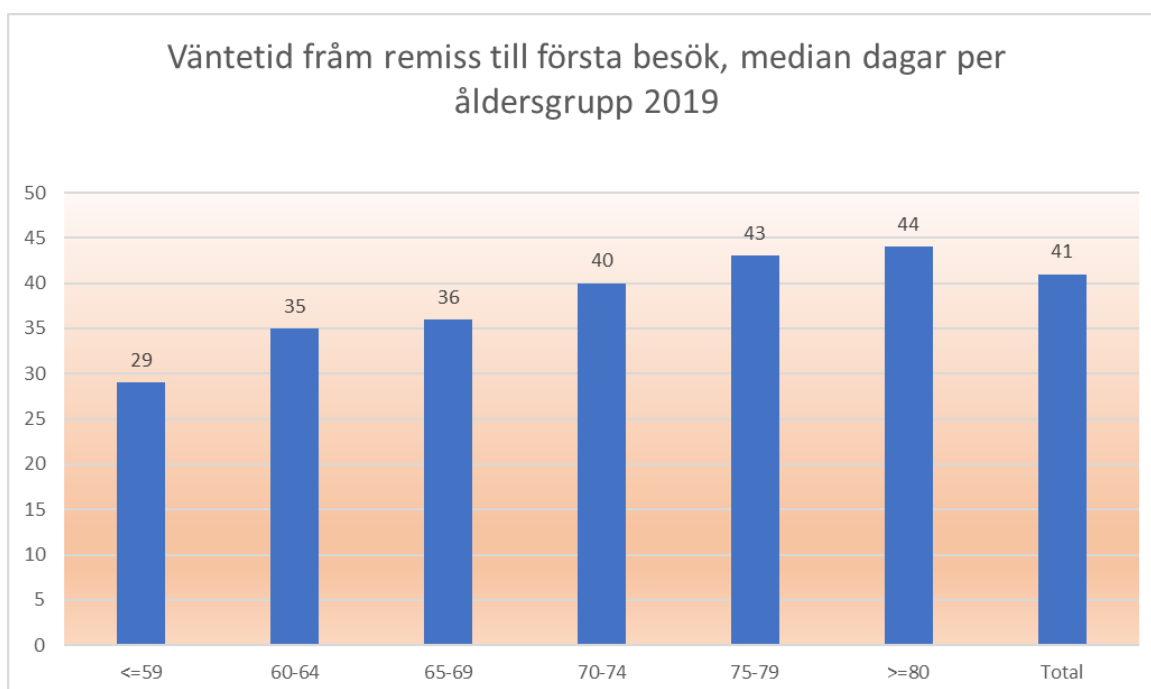
Tabell 4. Väntetid från remissdatum till första besök, total, kvinnor och män, 2019. Tiden är beräknad från remissdatum till besöksdatum för första besök.

KÖN	MEDIAN	MEDEL	N (ANTAL)
K	42	57,8	5533
M	40	57	3269
TOTAL	41	57,5	8802

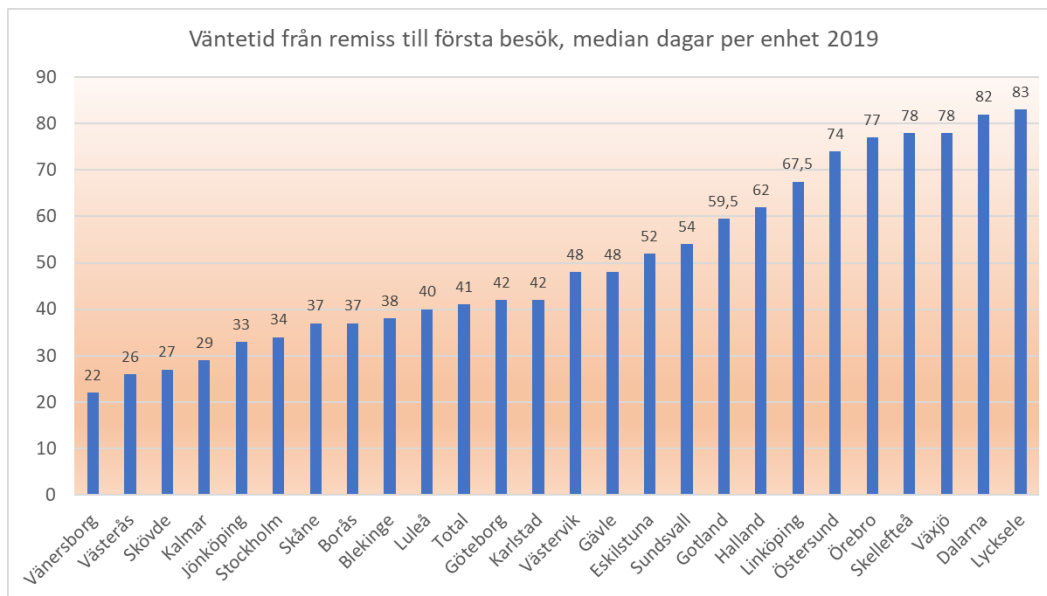
Tabell 5. Väntetid från remissdatum till första besök (åldersgrupper) 2019. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besök

ÅLDERSGRUPP	MEDIAN	MEDEL	N
<=59	29	48,1	1285
60-64	35	51,3	255
65-69	36	53,9	413
70-74	40	58,7	684
75-79	43	57,7	1155
>=80	44	60,3	5010
TOTAL	41	57,5	8802

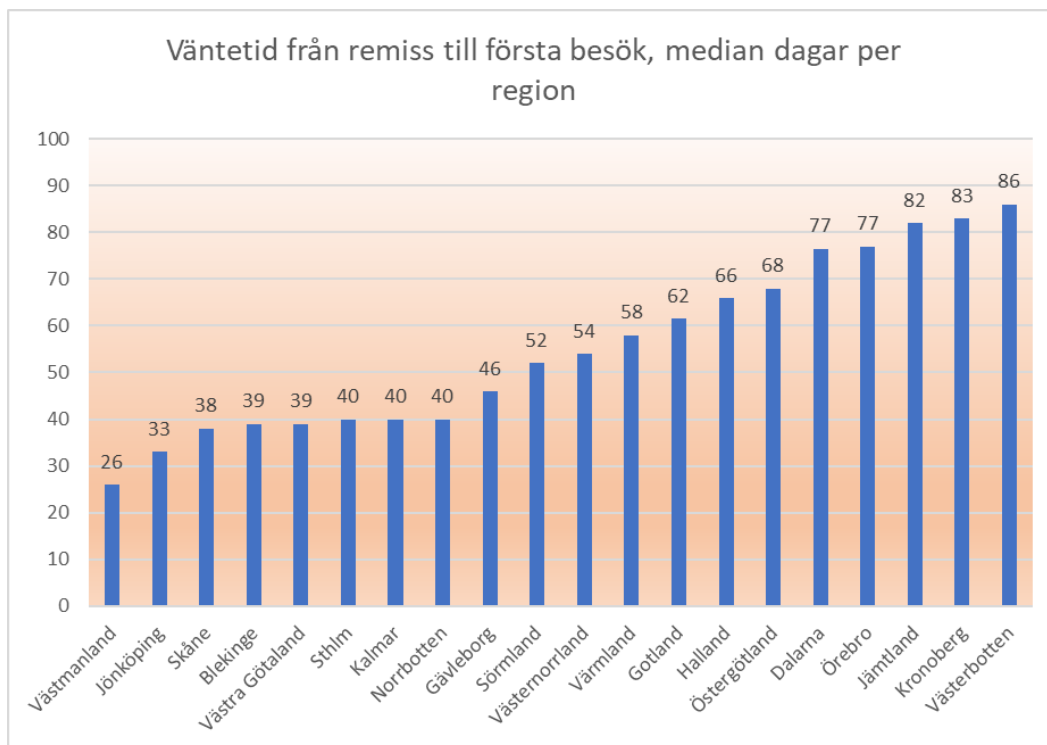
Figur 16. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar i åldersgrupper.



Figur 17. Väntetid från remissdatum till första besök per enhet i medianantal dagar.
Total = Alla rikets registreringar i SKRS under 2019.



Figur 18. Väntetid från remissdatum till första besök per region i medianantal dagar.
Total = Alla rikets registreringar i SKRS under 2019.

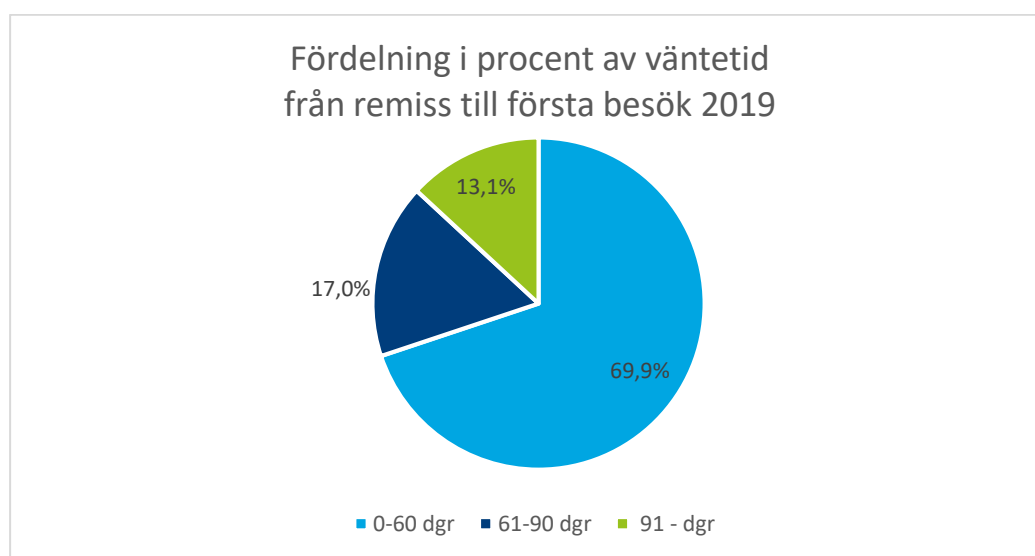


Kommentar

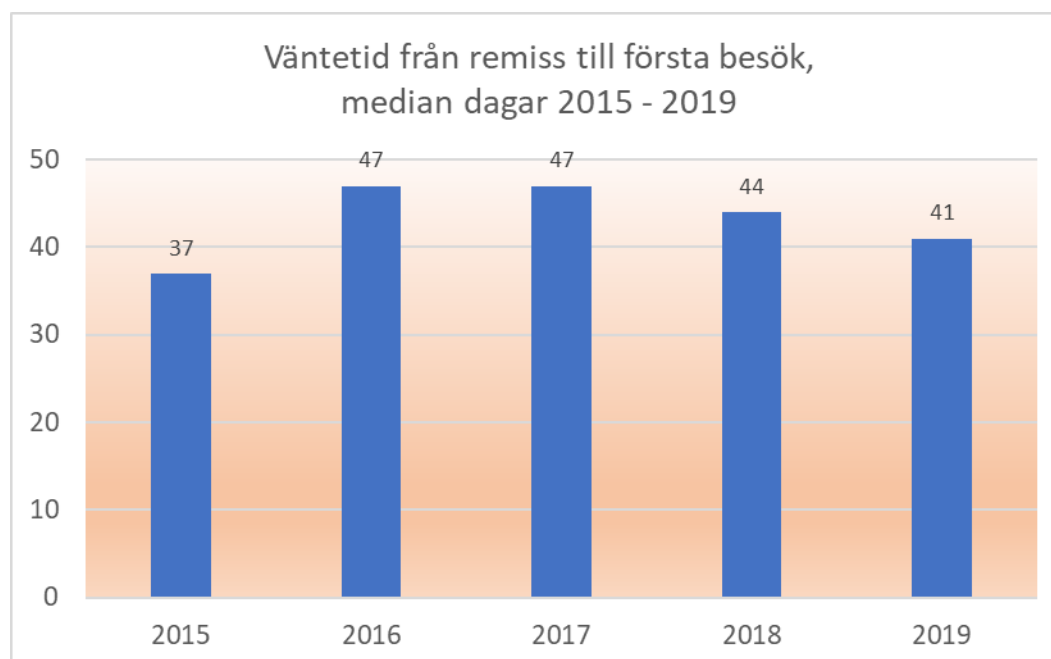
Väntetiden är beräknad på alla registreringar, vilket betyder att självvald väntan och medicinskt orsakat väntan ingår. Personer i yrkesverksam ålder har kortare väntetider enligt statistiken.

Inom styrgruppen har diskussion förts om varför det är så stor spridning från medianen i rikets totala databas, vilket behöver diskuteras och analyseras av styrgruppen, på användarmöten och i nationella synchefsgruppen. En lämplig kvalitetsindikator skulle vara att följa ”andel som startar synrehabilitering inom 2 månader”. I materialet kan man se att de flesta patienter får ett första besök inom 90 dagar från remissdatum. Av figur 21 framgår att cirka 70 % startar synrehabilitering inom 2 månader (60 dagar).

Figur 19. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar per enhet.



Figur 20. Väntetid från remiss till första besök i medianantal dagar 2015 - 2019

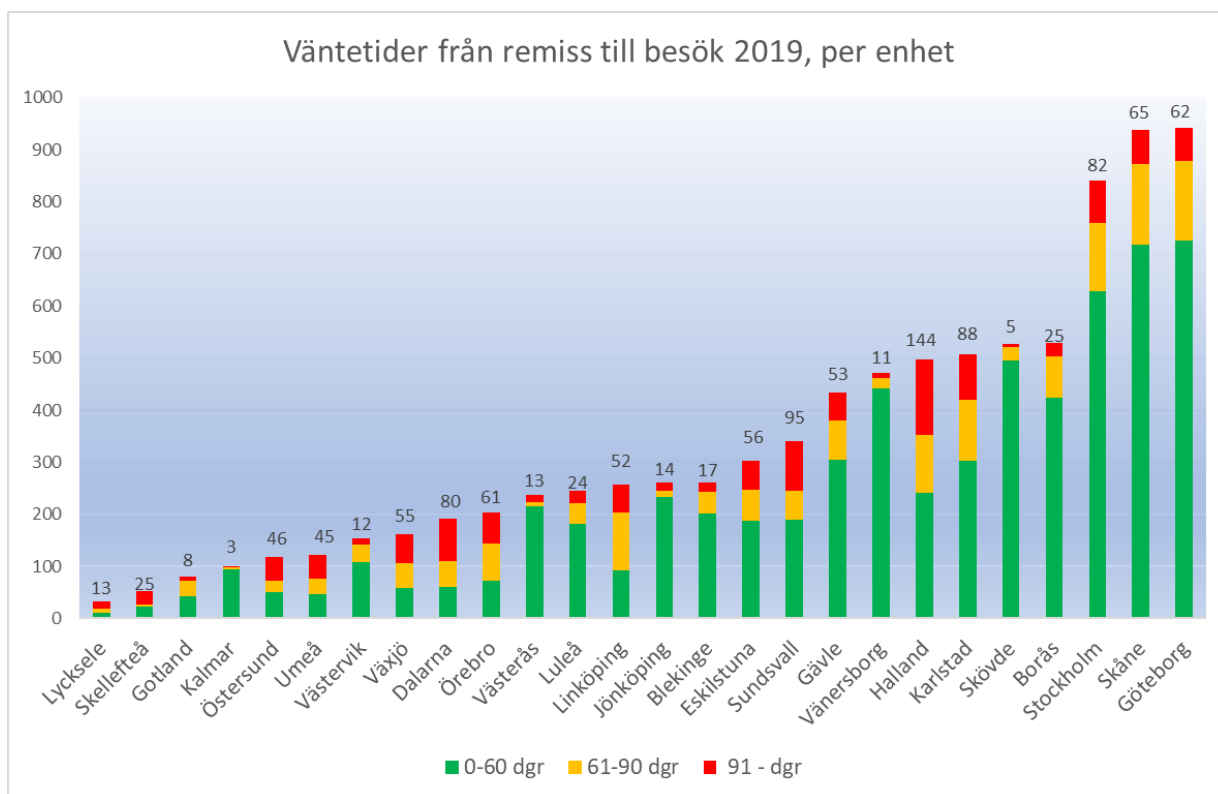


Kommentar

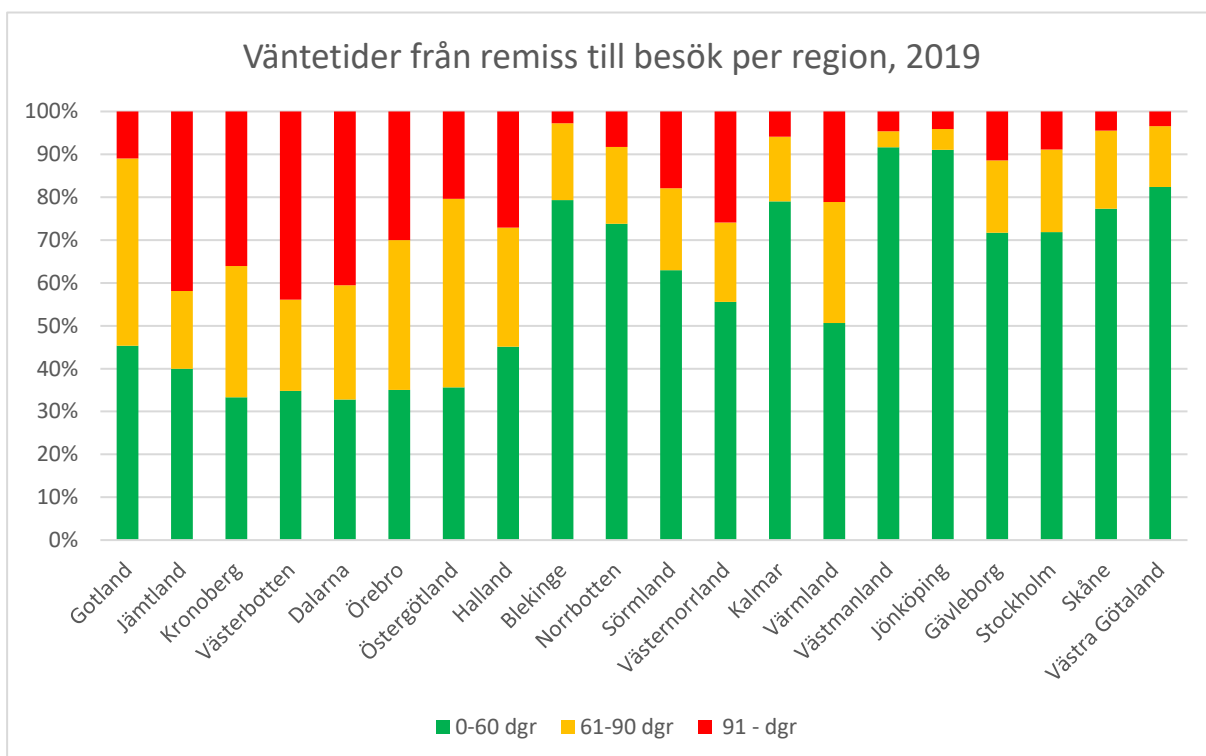
Tillgängligheten till synrehabilitering har ökat om man ser på siffrorna över tid. Första årets

data (2015) består endast av ett kvartal och några få enheter. De senaste åren har väntetiden i medianantal dagar minskat.

Figur 21. 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.



Figur 22. Andel per region som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar



Kommentar

Enligt befintliga data varierar väntetiden mellan verksamheterna. I figur 23 visas 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 vilket bedöms kan bero på att individen med stigande ålder får flera sjukdomar som kan påverka möjligheten till att medverka i rehabiliteringsinsatser.

I figur 24 visas hur väntetiden ser ut per region och det går att se vilka regioner som har mer problem med väntetider än andra. Ett problem som oftast är relaterat till vårdtyngd och bemanningssituation i regionen.

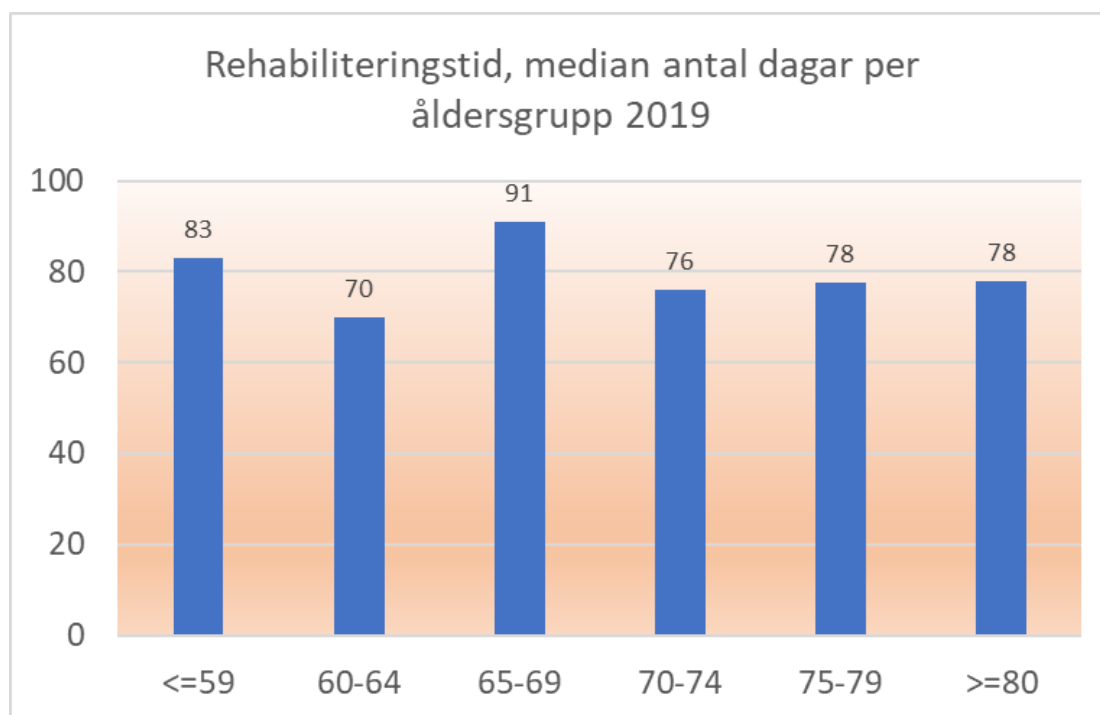
REHABILITERINGSTID

Rehabiliteringstiden varierade från 1–623 dagar, vilket betyder att några patienter har behov av längre rehabiliteringstid beroende exempelvis på att förnyade behov uppkommit. Median för rehabiliteringstid totalt ligger på 62 dagar, cirka 2 månader. Mediantiden är något längre för kvinnor (62) än för män (61). Mediantidens fördelning för åldersgrupperna, se figur 25

Tabell 6. Medel och mediantid för rehabilitering för kvinnor och män.

Kön	Medel	Median	N
K	82,5	63	1811
M	82,9	61	1114
Total	82,7	62	2925

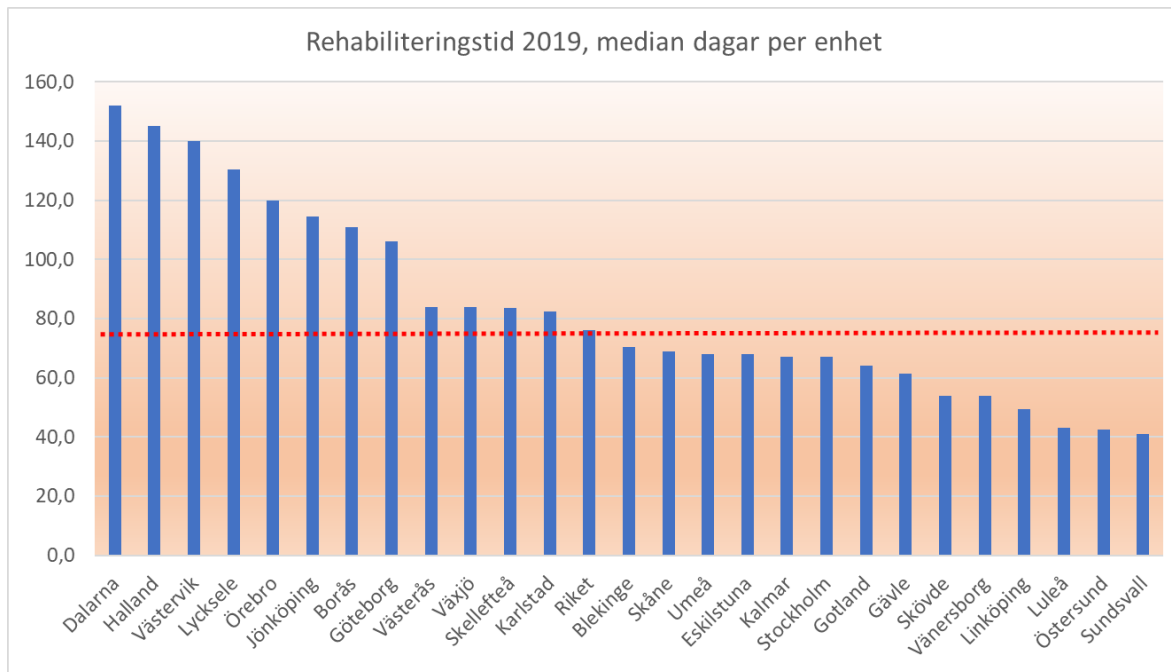
Figur 23. Rehabiliteringstid, median i antal dagar per åldersgrupp 2019.



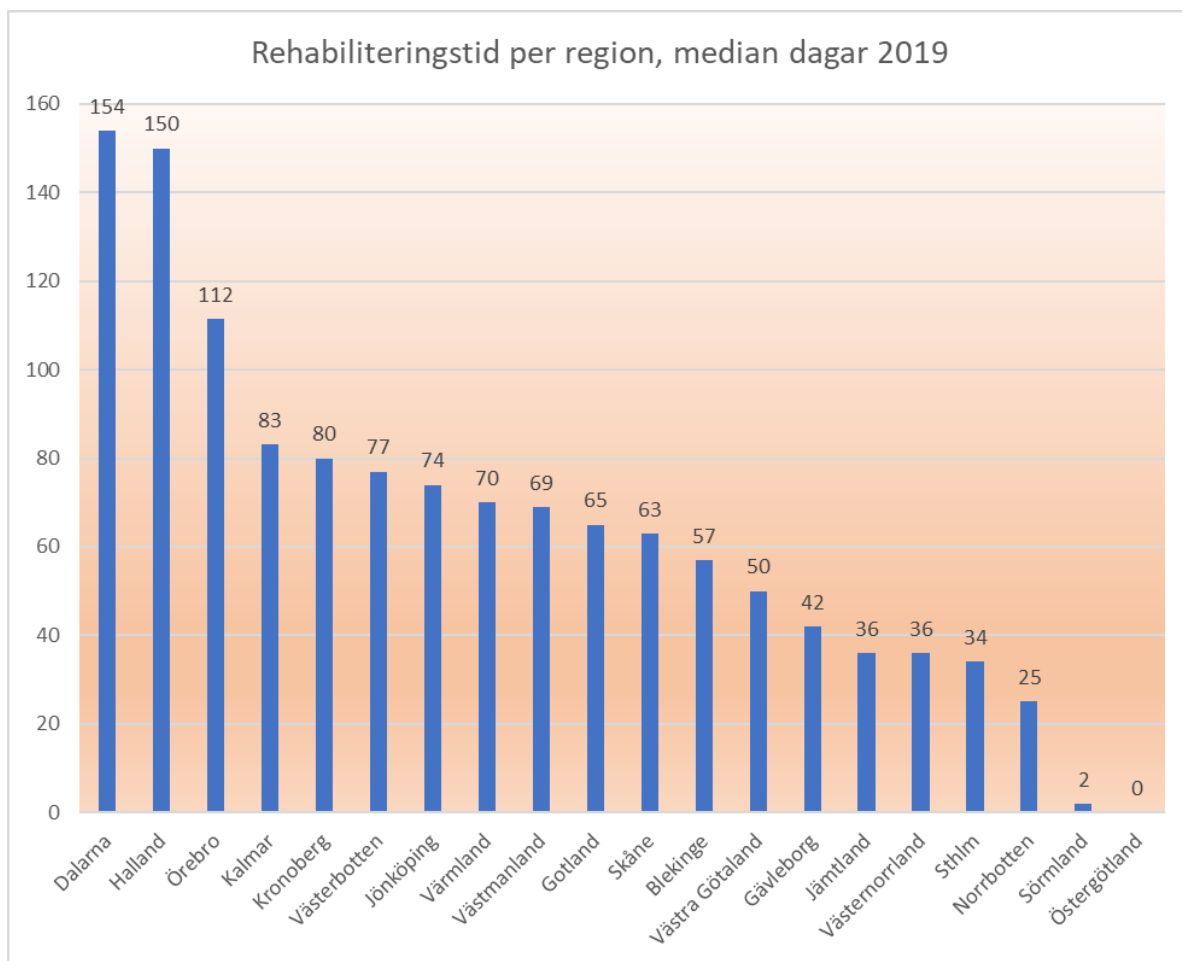
Kommentar

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 användarmöten. 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. Många behöver ha en närstående med vid besök, vilket ytterligare kan förlänga rehabiliteringstiden.

Figur 24. Rehabiliteringstid per enhet för 2019. Median för TOTAL=76 dagar.



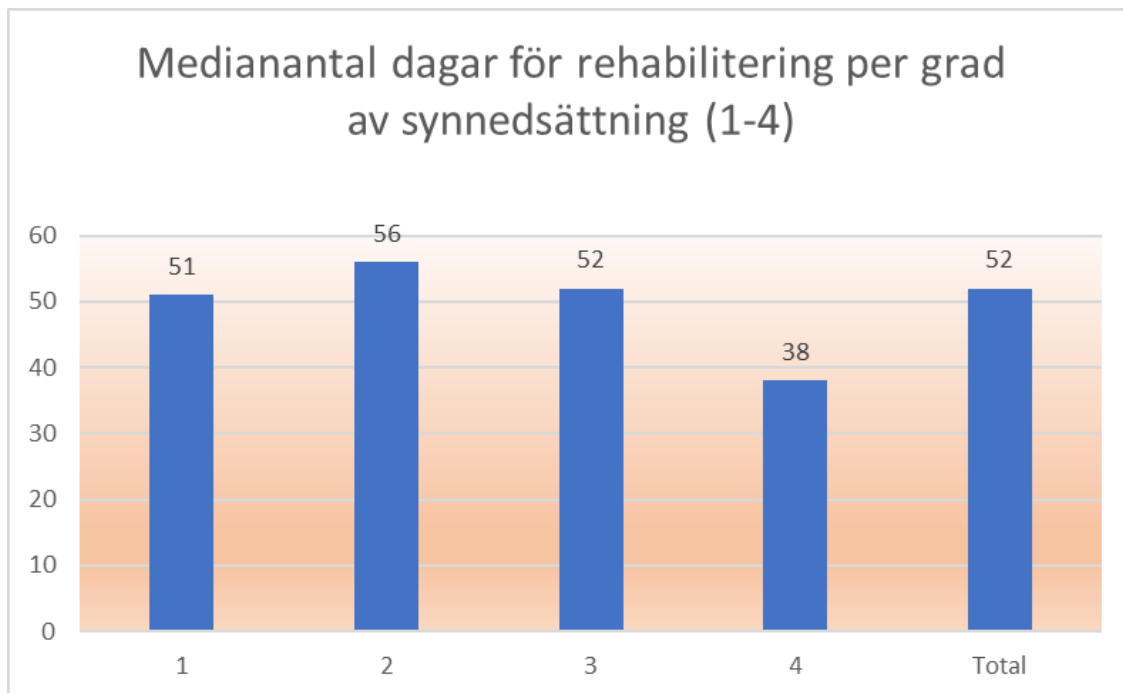
Figur 25. Rehabiliteringstid per region, 2019.



Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden är 76 dagar beräknat per enhet. I figur 27 visas mediandagar per region. Inom styrgruppen har diskussion förekommit om varför det är så stor spridning från medianen i riket, vilket behöver diskuteras vidare i olika forum. I årets årsrapport har därför gjorts fler analyser av rehabiliteringstid, fördelat i grad av synnedsättning och diagnosgrupper, se figur 26–27.

Figur 26. Rehabiliteringstid, medianantal dagar fördelat i grad av synnedsättning, 2019.



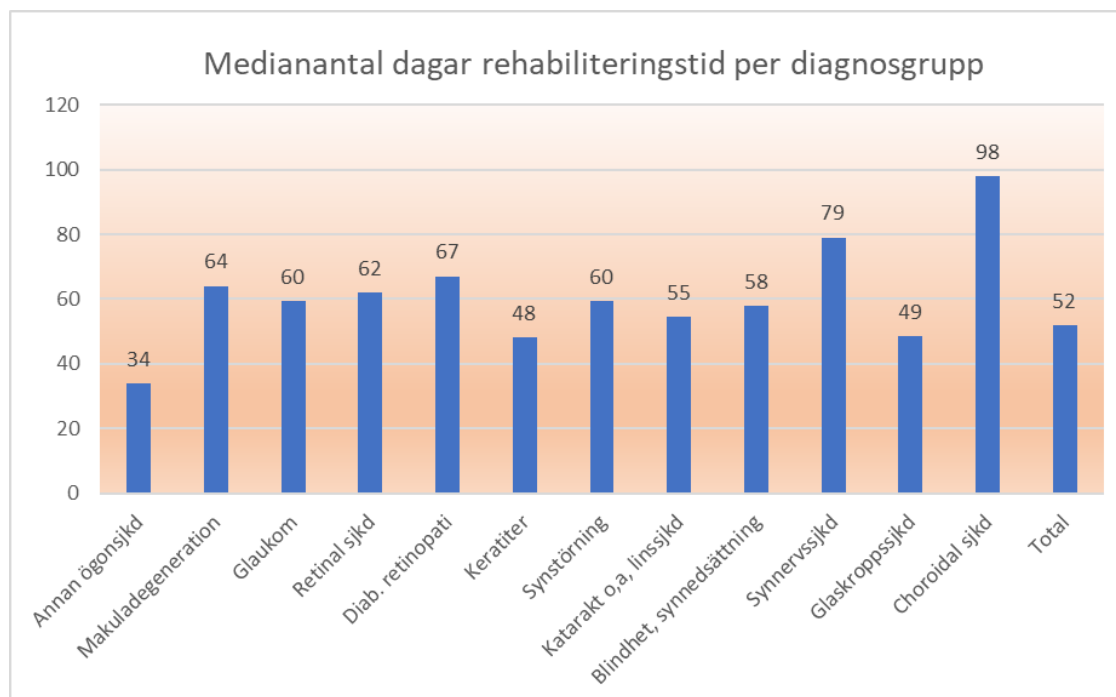
Kommentar

Vid fördelning i grad av synnedsättning ser man att grupp 4 har kortare rehabiliteringstid än övriga grupper. Det finns dock ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna (enligt ANOVA; variansanalys), delvis beroende av att grupp 4 är den till antalet minsta gruppen.

Tabell 7. Grad av synnedsättning, frekvenstabeller.

<i>Grad</i>	<i>Antal</i>
1	1057
2	1978
3	743
4	335

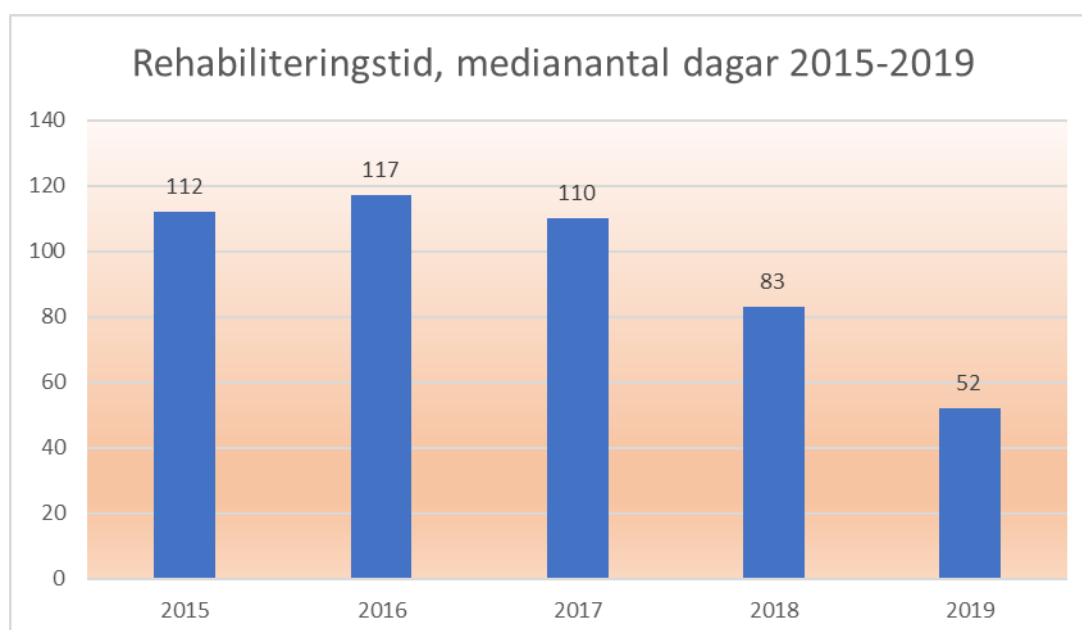
Figur 27. Rehabiliteringstid, medianantal dagar fördelat i diagnosgrupper, 2019.



Kommentar

Vid fördelning rehabiliteringstid i diagnosgrupper finns det några grupper som sticker ut; annan ögonsjukdom, synnervssjukdom och choroidal sjukdom. Annan ögonsjukdom är den största gruppen i materialet, vilket visar sig ha några lägre mediaantal dagar. För synnervssjukdom (34) och choroidal sjukdom (5) rör det sig om små material där individens förutsättning och yttre omständigheter kan påverka.

Figur 28. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per år 2015–2019.



Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden visar på 52 dagar för år 2019, vilket innebär att rehabiliteringstiden halverats sedan registret startade. Nyttan med att mäta och jämföra sig med andra tror styrgruppen har lett till att enheterna har arbetat med lokala rutiner som sedan har lett till att rehabiliteringstiden kortats ned.

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.

2020-08-25

Styrgruppen för SKRS

Referenslista

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



Registerhållare SKRS
Fanny Peterson

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

Tekniska frågor och support
rtsydkarlskrona@regionblekinge.se

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



SKRS