



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

ÅRSRAPPORT 2020

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid
Synnedläggelse

ÅRSRAPPORT FÖR 2020

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, Syncentralen, Region Halland
- Emelie Lombard**, kurator, utvecklingsledare, Synenheten, Region Skåne
- Eva Karlström**, enhetschef, Syncentralen, Region Stockholm
- Sara Andersson** enhetschef Syncentralen, Västra Götalandsregionen
- Jeanette Källstrand**, medicine doktor i vårdvetenskap, ögonsjuksköterska/lektor, Högskolan i Halmstad, Region Halland
- Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare Synskadades Riksförbund, Stockholm
- Susanne Albrecht**, registerspecialist, ögonsjuksköterska, projekt- och utvecklingsledare, Registercentrum Syd, Region Blekinge (adjungerad)

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

Kontakt Fanny.F.Petersson@regionhalland.se

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



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	7
Rehabilitering vid synnedsättning	9
Styrgrupp	12
Antalet registreringar	13
Anslutningsgrad – deltagande enheter	15
Täckningsgrad	17
Demografi	18
Grad av synnedsättning	23
Diagnoser vid synnedsättning	25
Åtgärder och insatser vid rehabilitering	27
Användning av bedömningsinstrument	31
Andel upprättade IRP	35
Väntetid från remiss till första besök	39
Rehabiliteringstid	46
Dashboard - online data	52
Visualisering	54
Tack till deltagande synverksamheter	56
Referenslista	57

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 och i dagsläget har SKRS uppnått certifieringsgrad 3. För närvarande är **26 enheter**, fördelade på **20 av 21 regioner**, registrerade användare i SKRS.

Statistiken i årsrapporten är räknad på data från 2016-01-01--2020-12-31 när det gäller antalet registreringar och presentation av data över tid. I övrigt presenteras data för 2020. Sedan starten har det gjorts **32 285** registreringar i SKRS.

Anslutningsgraden är hög, emedan styrgruppen är 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 syncentralscheferna i Sverige. I årsrapport 2020 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. Se vidare i kapitel om visualisering.

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

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

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

Plan för kontinuerlig systematisk validering

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

Under 2021 lägger styrgruppen fokus på **framtagande av valideringsplan**.

”Syftet med validering av datakvaliteten i registret är att undersöka hur väl våra inmatade data stämmer med verkligheten. Kontroll av validiteten i inmatade data sker mot källdata, i detta fall journaldokumentationen. Registret kan på så vis bilda sig en uppfattning om säkerheten i överföringen av data och huruvida uppgifterna är så bra att de kan användas för tillförlitliga statistiska analyser och processmått.”

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

Inkludering av barn- och ungdomar

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. Under 2021 har kontakt etablerats med Synskaderegistret (som registrerar barn- och ungdomar med synnedbättnings). Det finns intresse för samarbete med SKRS.

Kompetens forskning och vetenskap

Utöver dialog med Synskaderegistret har även styrgruppen haft dialoger med chefer och medarbetare som har koppling till forskning, vetenskap och lärosäten.

Pandemins påverkan (Covid 19)

Under pandemin har flertalet besök inom synverksamhet konverterats till telefon- eller videomöten ur smittskyddssynpunkt. Det är trots allt patienterna som har påverkats mest då synrehabilitering på distans inte kan utföras på samma sätt. Verksamheterna har utvecklats så att det ska vara mer patientsäkert för riskgrupper att komma på fysiska besök, enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer om smittskydd och kohortssjukvård.

Möten i styrgruppen för SKRS och SKRS-dagar har enbart skett digitalt, vilket har påverkat arbetsprocessen. SKRS-dagen har utökats med en halvdag digitalt, vilket mottagits positivt av användare. I framtiden planeras för hybridmöten.

SKRS-KVALITETSINDIKATORER

**Tillgänglighet -
minskad väntetid till rehabilitering**

100% - alla har rätt till en rehabiliteringsplan

Upplevd effekt av rehabilitering

REHABILITERING VID SYNEDSÄTTNING

Bakgrund

Rehabilitering vid synedsättning

En person med synedsättning 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.

Kvalitetsindikatorer för rehabilitering

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

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

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

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
Mellanmänniska 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.

Handlingsplan 2021–2022

- Utveckling av visualisering
- Rekrytera till kompetens inom statistik och forskning & vetenskap till styrgruppen, samt verka för att registret används aktivt för forskning.
- Redovisning av plan för hur data ska valideras
- Fortsatt mäta och utveckla täckningsgraden
- Utveckling av mått och målvärde som är särskilt viktiga för att indikera god kvalitet inom området.
- Inkludera barn och ungdomar (0-19 år) i SKRS
- SKRS samarbetar i projekt om nationell vårdprocess för synrehabilitering

Utöver handlingsplanen behövs en tillgänglighetsanpassning av SKRS modul.
I arbetet med Mäta effekter följer SKRS 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, Syncentralen, Region Halland
- Emelie Lombard**, kurator, utvecklingsledare, Synenheten, Region Skåne
- Eva Karlström**, enhetschef, Syncentralen, Region Stockholm
- Sara Andersson** enhetschef Syncentralen, Västra Götalandsregionen
- Jeanette Källstrand**, medicine doktor i vårdvetenskap, ögonsjuksköterska/lektor, Högskolan i Halmstad, Region Halland
- Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare Synskadades Riksförbund, Stockholm
- Susanne Albrecht**, registerspecialist, ögonsjuksköterska, projekt- och utvecklingsledare, Registercentrum Syd, Region Blekinge (adjungerad)

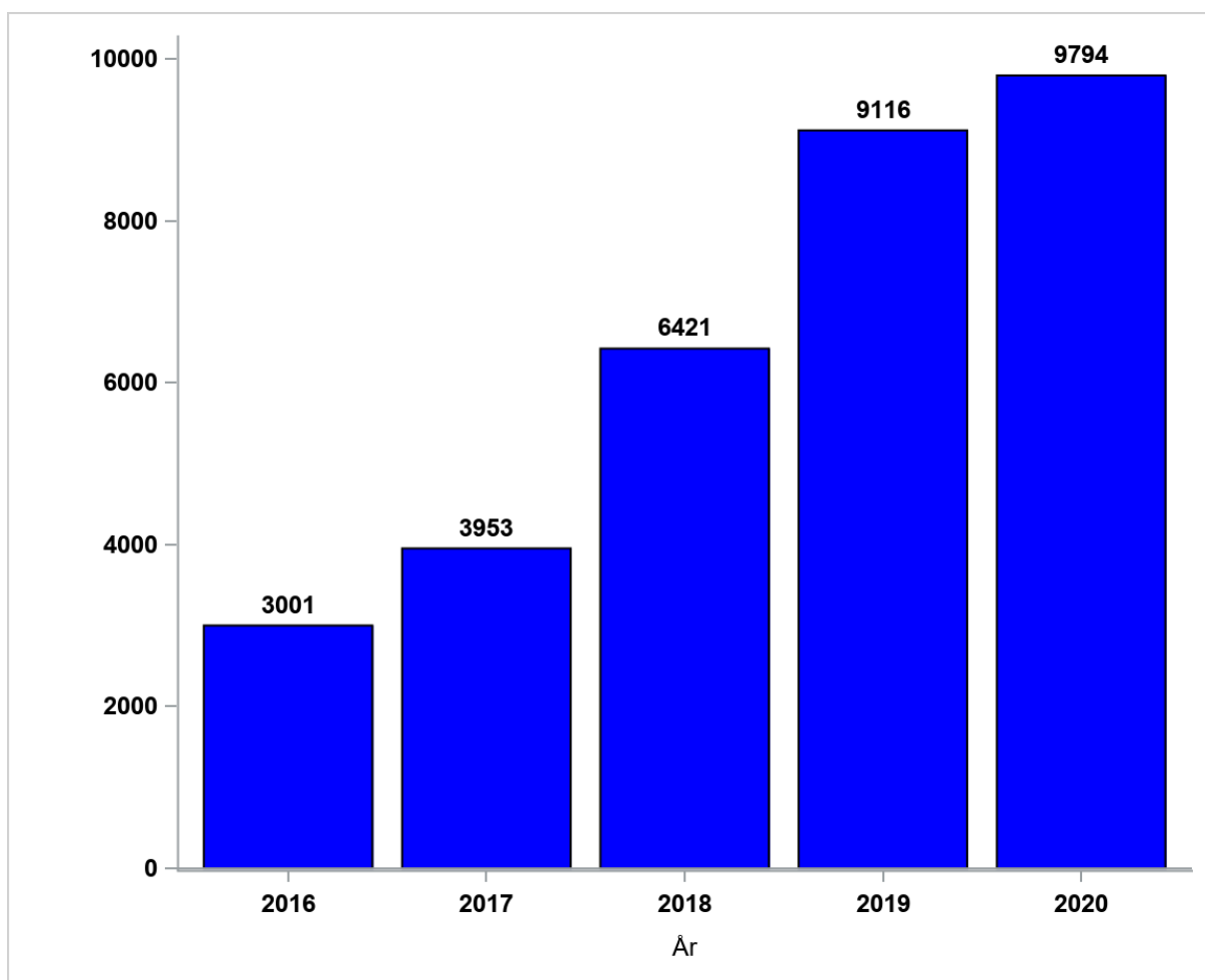
Hemsida <http://rcsyd.se/skrs/>

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 2020-12-31. Sammanlagda antal registreringar uppgår till 32 285. 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 2016–2020. Registeruttag gjort 2021-03-16



Kommentar

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

Tabell 1. Antal registreringar per region i SKRS 2016–2020. Registeruttag gjort 2021-03-16

Region	Besöksår					Total
	2016	2017	2018	2019	2020	
Blekinge	108	155	242	265	260	1030
Dalarna	0	0	112	190	206	508
Gotland	63	97	90	84	121	455
Gävleborg	3	12	144	436	326	921
Halland	401	347	434	508	494	2184
Jämtland-Härjedalen	197	167	121	223	70	778
Jönköping	219	341	212	290	406	1468
Kalmar	59	184	218	260	258	979
Kronoberg	0	0	146	166	102	414
Norrbottnen	66	74	178	257	252	827
Skåne	74	266	969	944	1483	3736
Stockholm	162	244	309	847	1512	3074
Sörmland	1	128	237	309	260	935
Värmland	23	119	484	510	372	1508
Västerbotten	245	251	268	239	317	1320
Västernorrland	93	65	56	391	429	1034
Västmanland	47	190	289	248	233	1007
Västra Götaland	1240	1209	1276	2475	2153	8353
Örebro	0	104	363	208	136	811
Östergötland	0	0	273	266	404	943
Total	3001	3953	6421	9116	9794	32 285

Kommentar

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

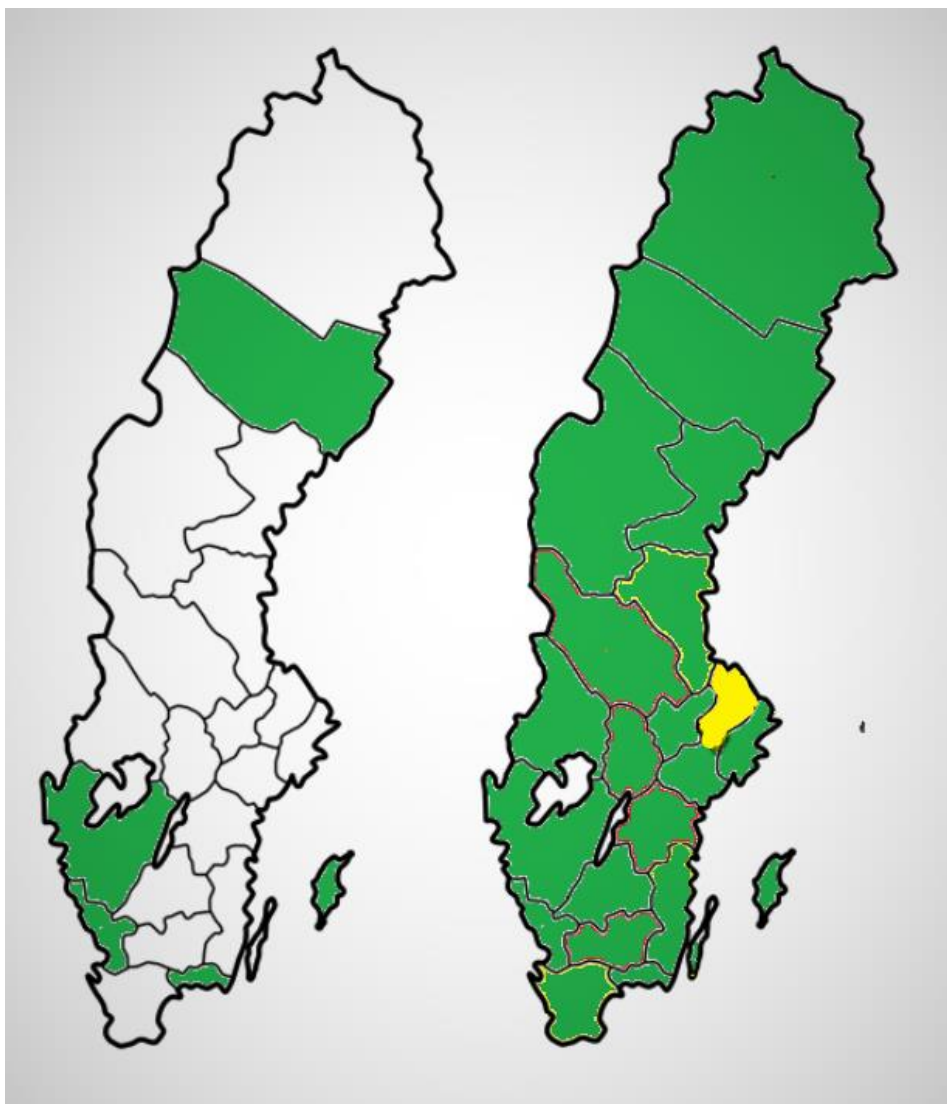
ANSLUTNINGSGRAD- DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER

I dagsläget finns det 26 registrerande enheter i SKRS. Endast en region, Uppsala, hade inte påbörjat registrering 2020.

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. Uppsala har anslutit från 2021.



Start 2015

aktuellt läge 2021

- 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 2021. Under 2021 har Uppsala börjat registrera i SKRS, vilket innebär att vi från 2022 kommer att leverera data från samtliga regioner. 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 2019–2021 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. Under våren 2021 har en helårsmätning av 2020 genomförts. Regionerna har lämnat uppgifter om remisser/egen vårdbegäran som jämförts med antalet registreringar i SKRS med remissdatum under samma period.

Av totalt 21 regioner är det 20 regioner som deltar i SKRS. 18 regioner har lämnat uppgifter om antal remisser, och 12/21 regioner har lämnat uppgift om egen vårdbegäran under jan-december 2020. Täckningsgraden nationellt är 76% för de 12 regioner som lämnat in fullständiga uppgifter. Det innebär en stor förbättring jämfört med den första pilotmätningen.

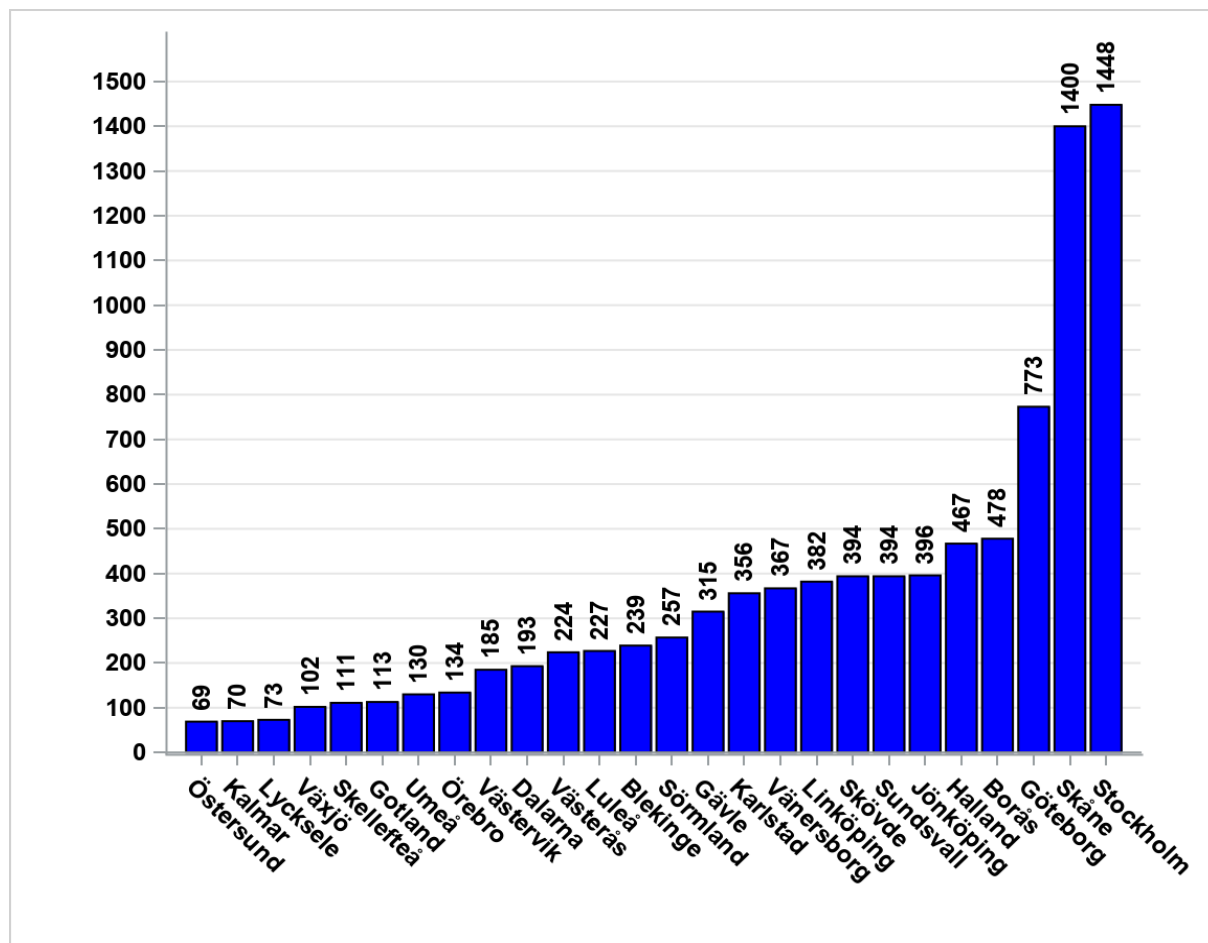
Vid den första pilotmätningen av täckningsgrad som gjordes januari-maj 2019 saknade de flesta regioner rutiner för att ta fram uppgift om remisser respektive egen vårdbegäran. Täckningsgradanalys var därför inte möjlig att genomföra. Styrgruppen såg att det fanns behov av att tydliggöra inklusion- och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

Flera regioner har arbetat fram lokala rutiner för att kunna ta fram uppgifter om remisser/egen vårdbegäran, dock återstår en del arbete. 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 för samtliga regioner för hela året.

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.

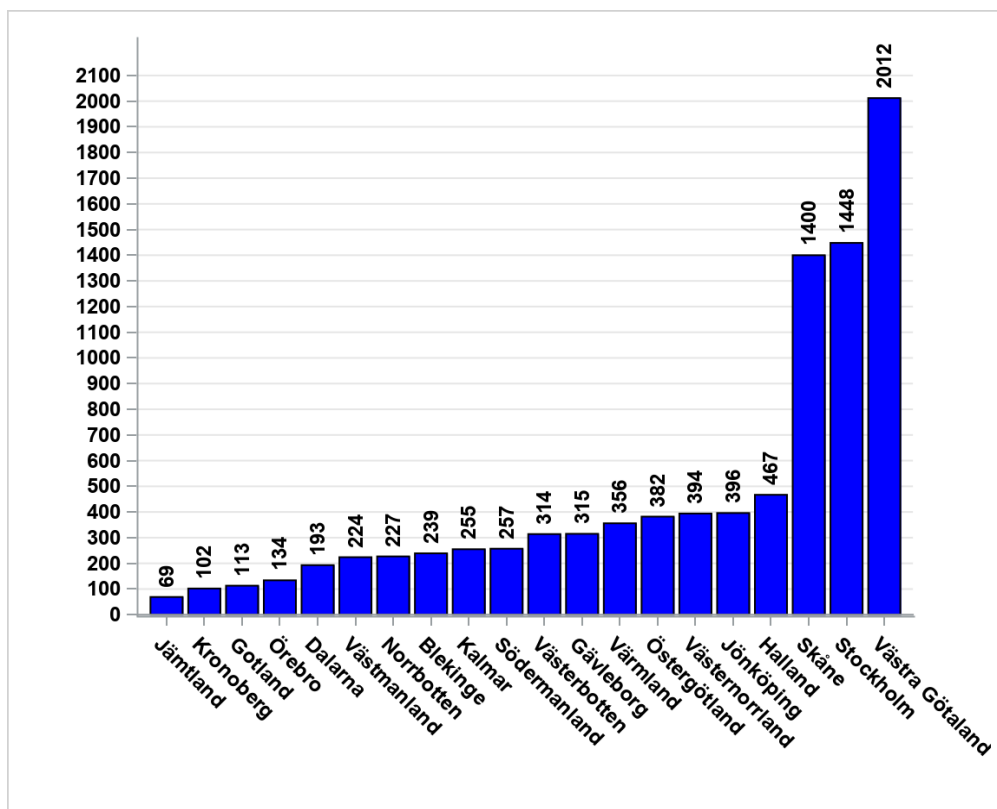
Figur 3. Antal individer som registrerats i SKRS år 2020 per enhet, n=9277. Registeruttag 2021-03-16.,



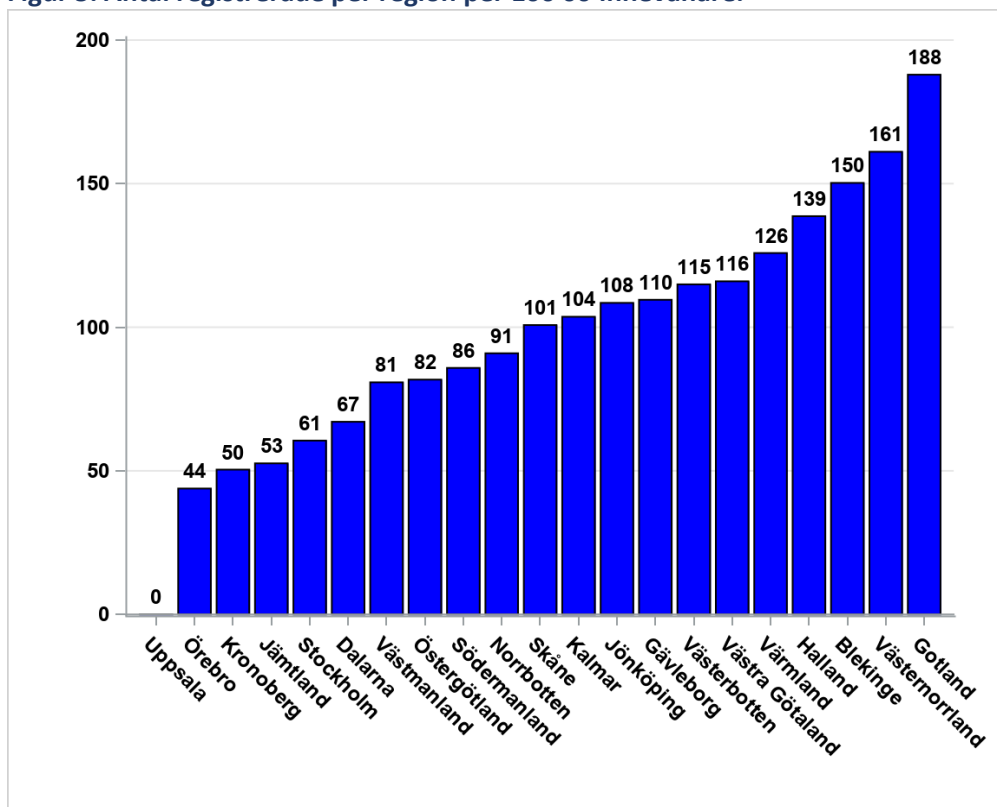
Tabell 2. Antal individer som registrerats i SKRS år 2020 per enhet.

Kliniknamn	År
	2020
	Antal
Blekinge	239
Borås	478
Dalarna	193
Gotland	113
Gävle	315
Göteborg	773
Halland	467
Jönköping	396
Kalmar	70
Karlstad	356
Linköping	382
Luleå	227
Lycksele	73
Skellefteå	111
Skåne	1400
Skövde	394
Stockholm	1448
Sundsvall	394
Sörmland	257
Umeå	130
Vänersborg	367
Västervik	185
Västerås	224
Växjö	102
Örebro	134
Östersund	69
Alla	9297

Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS år 2020 per region, n=9297.
 Registeruttag 2021-03-16.



Figur 5. Antal registrerade per region per 100 000 innevånare.



Kommentar

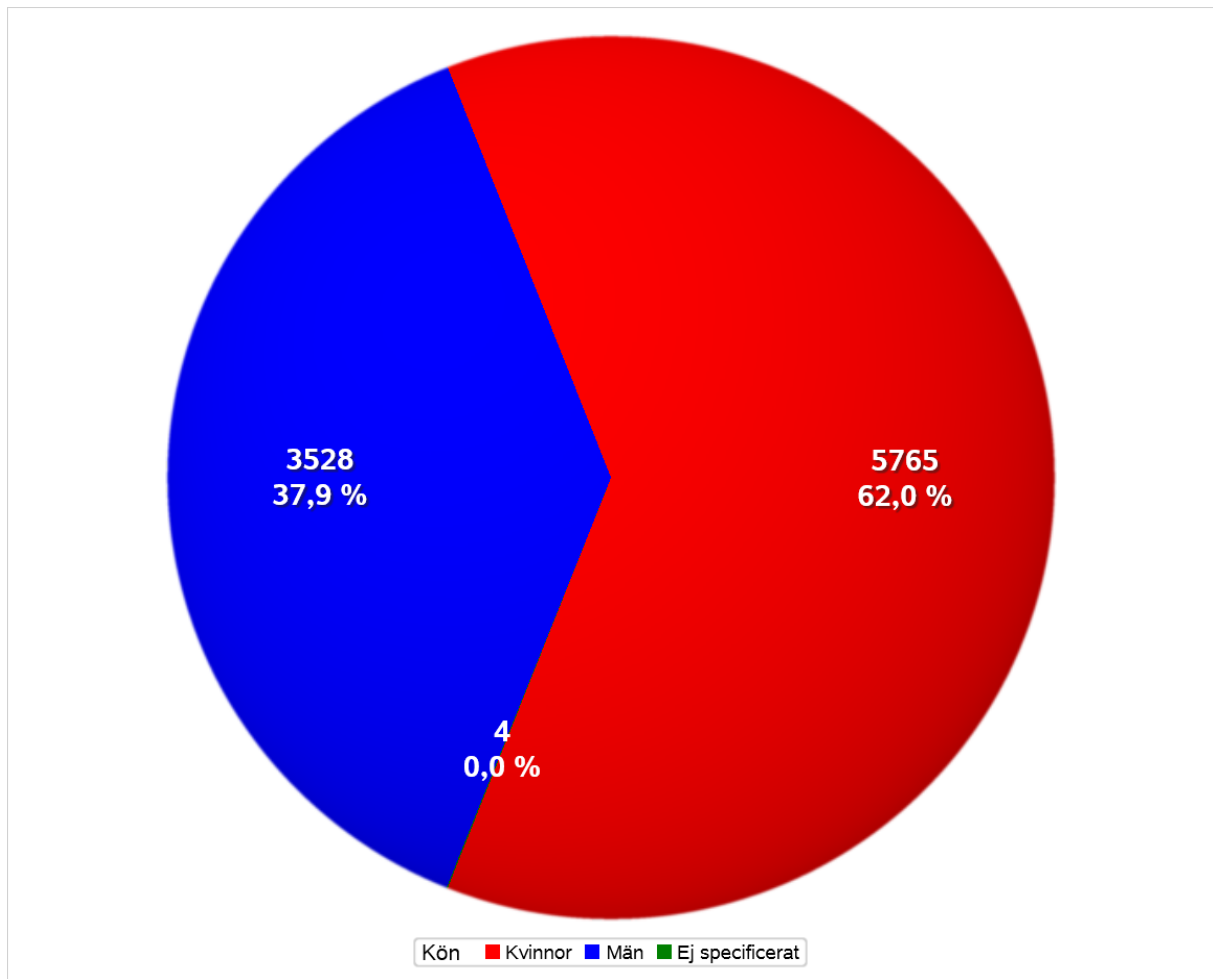
SKRS startade i oktober 2015 med Region Halland, Västra Götaland, Blekinge och Gotland som pilotkliniker. Flertalet andra regioner har kommit igång bra med registrering. Stockholm har genomgått en organisationsförändring och privatisering av verksamheten, vilket initialt ledde till mindre registreringar.

Medelåldern vid kartlägningsbesöket, som registrering i SKRS startar med, är 76 år, för kvinnor ligger medelåldern något högre än för män, se tabell 1. Medianen är 81 år. Äldsta person som förekommer i registret är en kvinna på 108 år.

Tabell 3. Deskriptiv statistik över ålder i SKRS 2020.

Kön	Ålder				
	n	Medel	Minimum	Median	Maximum
Kvinnor	5765	78	13	83	108
Män	3528	73	18	78	102
Ej specificerat	4	89	67	85	119
Total	9297	76	13	81	119

Figur 6. Könsfördelning i SKRS under 2020 62 % kvinnor och 38 % män.



Kommentar

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

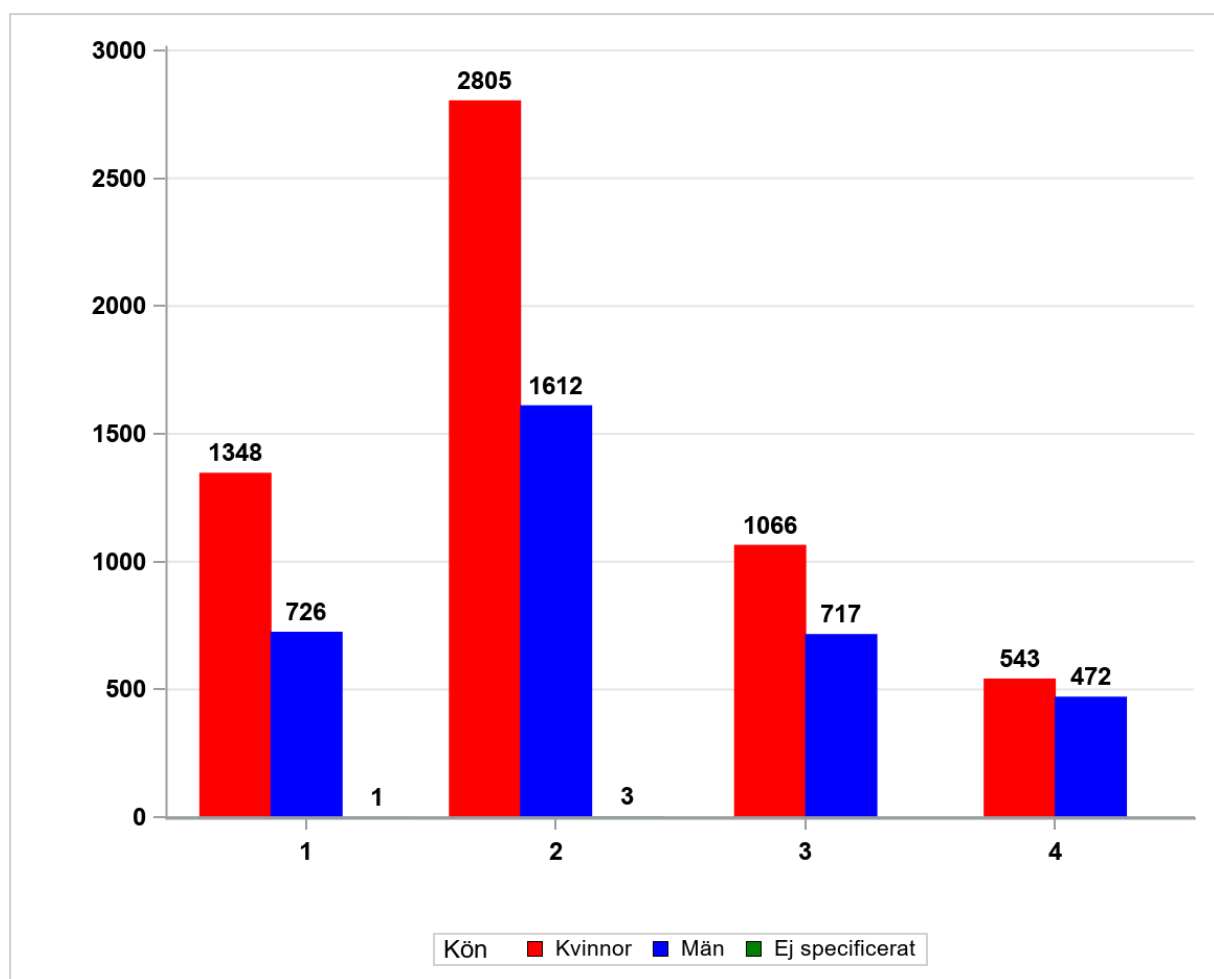
Makularegistret har en könsfördelning på 64 % kvinnor och 36 % män (2020) och i Nationella Kataraktregistrets är könsfördelningen 56,1 % kvinnor och 43,9 % män (2020).

GRAD AV SYNNEDESÄTTNING

Gradering av synnedsättning, 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 synnedsättning enligt WHO:s definition för 2020. Om en individ har flera mätningar för året så inkluderas den senaste gjorda mätningen för året. Endast de individer som har angett "Grad av Synnedsättning" är inkluderade i grafen. Registeruttag 2021-03-16.



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).

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.

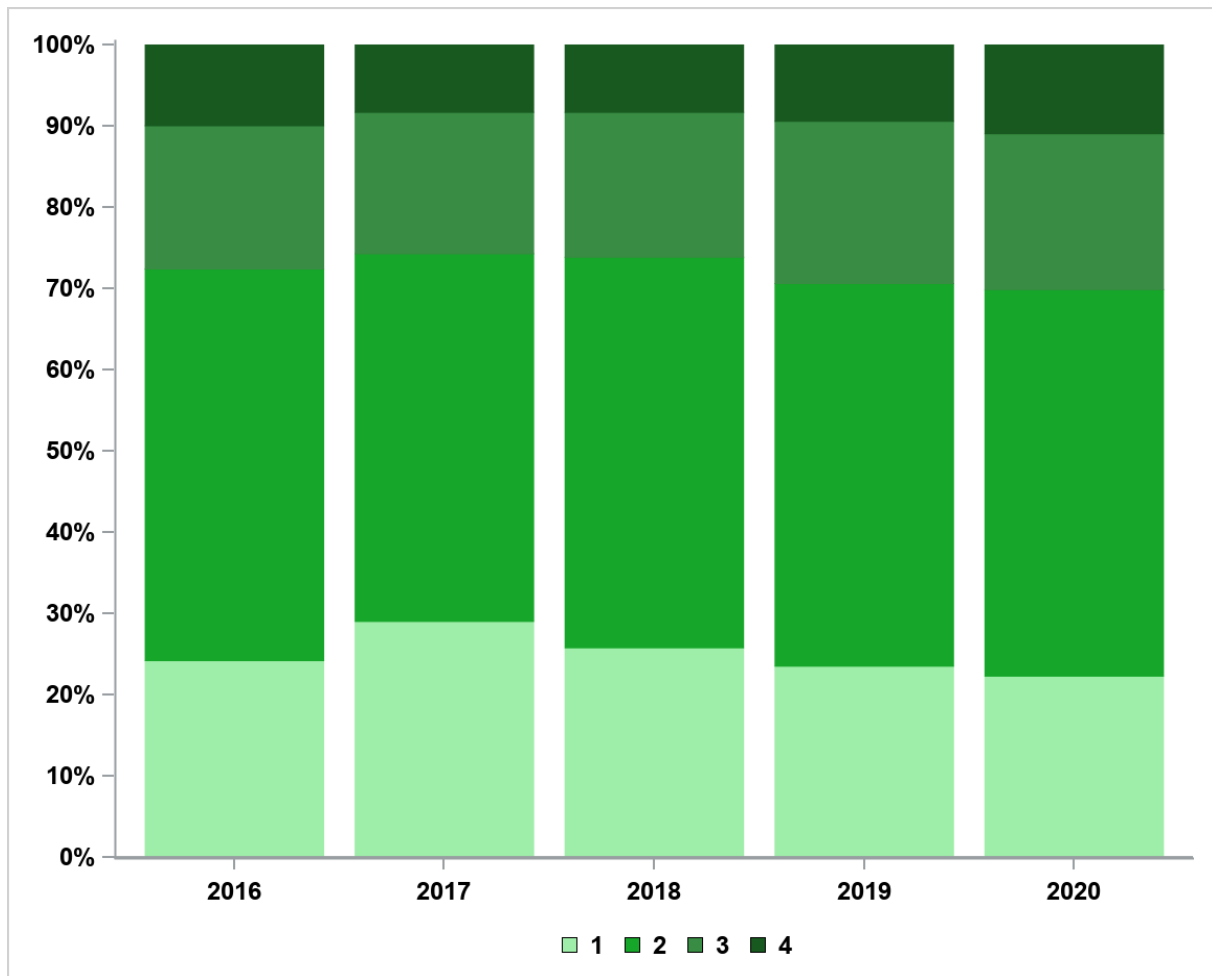
Alternativ 1: Lindrig synnedsättning motsvarar synskärpa 0,3 (lika med eller bättre än).

Alternativ 2: Måttlig synnedsättning motsvarar synskärpa från 0.3–0.1.

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

Alternativ 4: Blindhet motsvarar synskärpa 0.05- ingen ljusperception.

Figur 8. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition. Fördelning i gradering från 1–4 från 2016–2020. Registeruttag 2021-03-16.



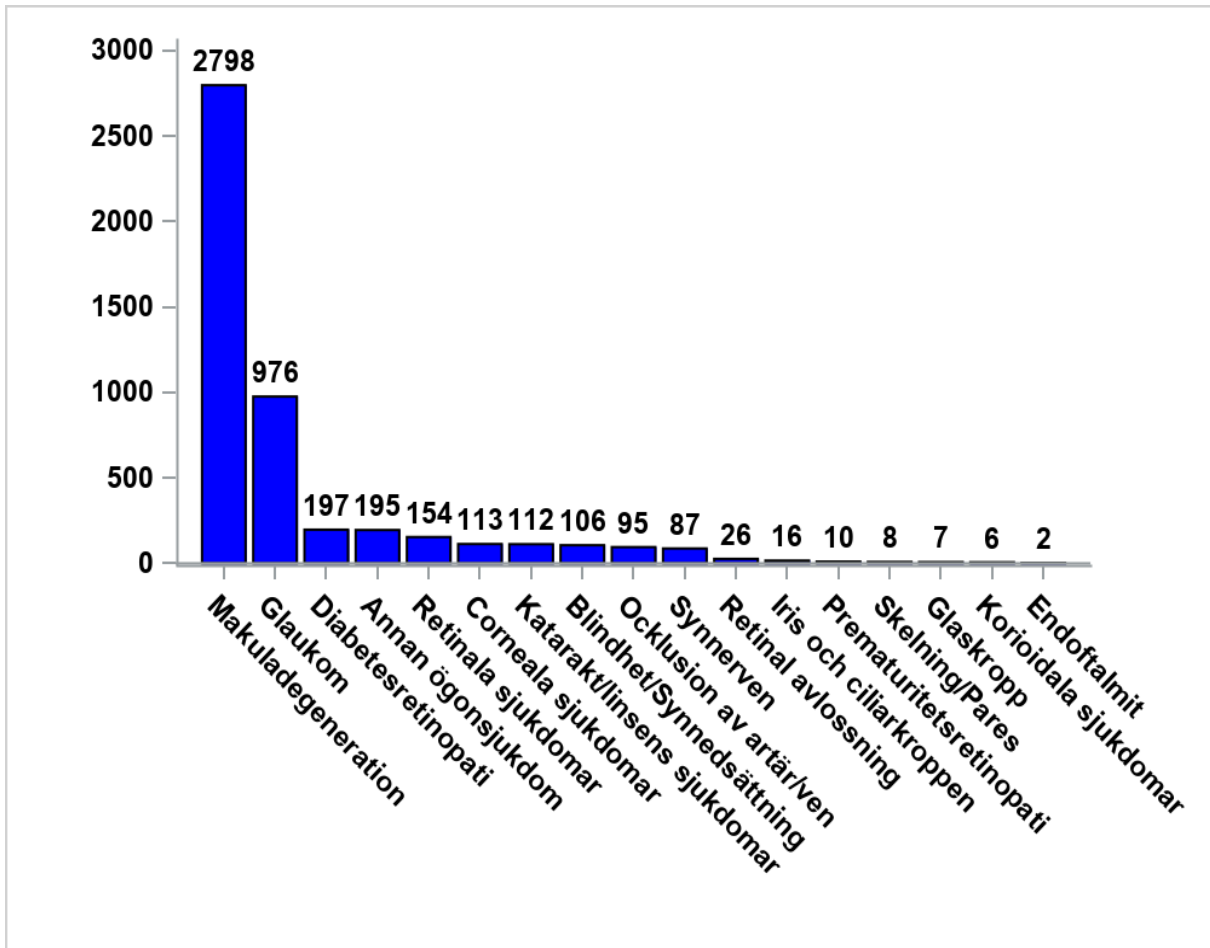
Kommentar

Syngraderingens fördelning mellan de fyra alternativen ligger i stort sett lika mellan 2016–2020. Flest patienter hamnar i gruppen ”måttlig synnedsättning”. I kapitlet om rehabiliteringstid finns en analys gjord av sambandet mellan grad av synnedsättning och rehabiliteringstid.

DIAGNOSER VID SYNNEDESÄTTNING

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

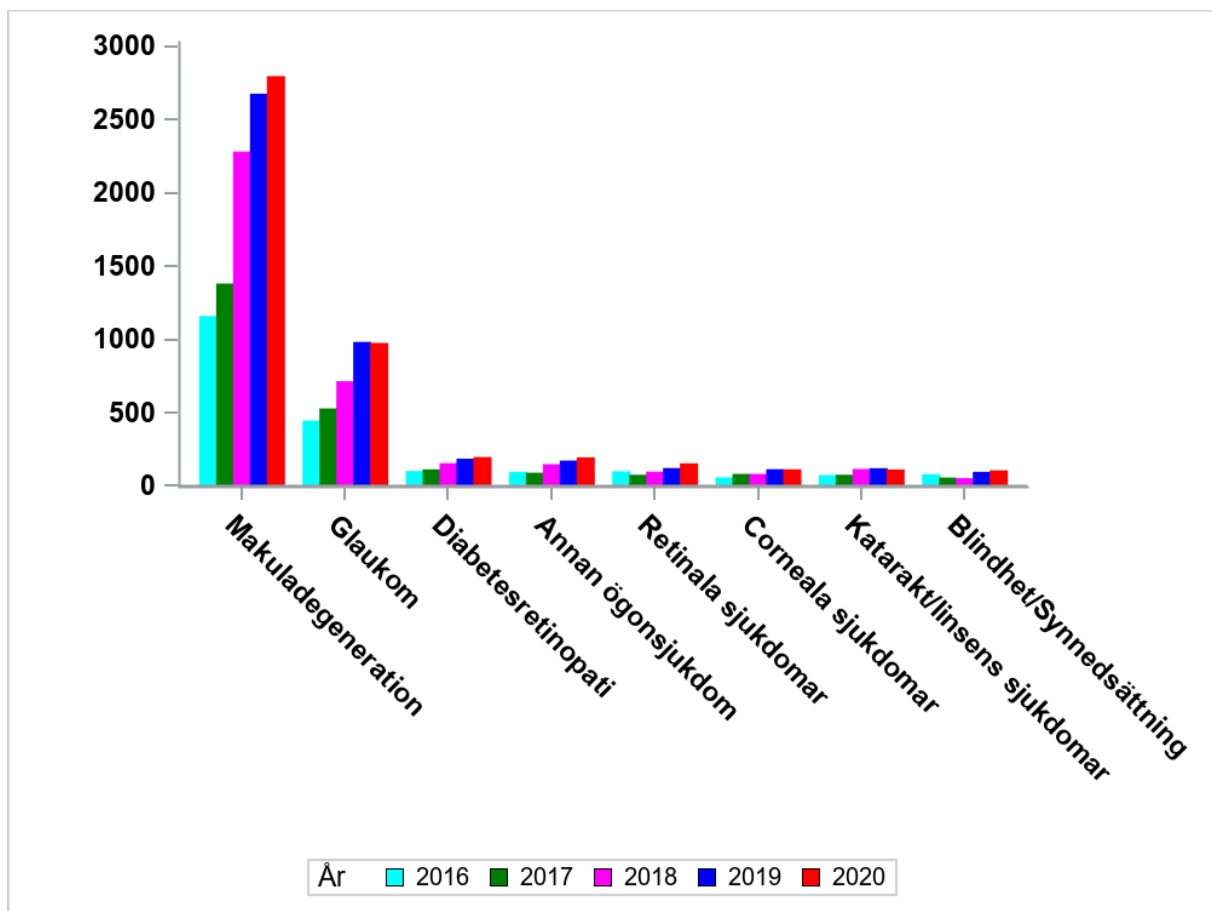
Figur 9. De vanligaste huvuddiagnosgrupperna vid synrehabilitering i SKRS (n=9794). Registeruttag 2021-03-16. Data för 2020.



Kommentar

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

Figur 10. De åtta vanligaste huvuddiagnosgrupperna vid synrehabilitering och förekomsten av dessa under 2016–2020. Registeruttag 2021-03-16.



Kommentar

Om man tittar på huvuddiagnoser över tid, 2016–2020, 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.

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.

Tabell 4a. Summering av de KVÅ koder som används av SKRS. Koder använda under 2016–2020.

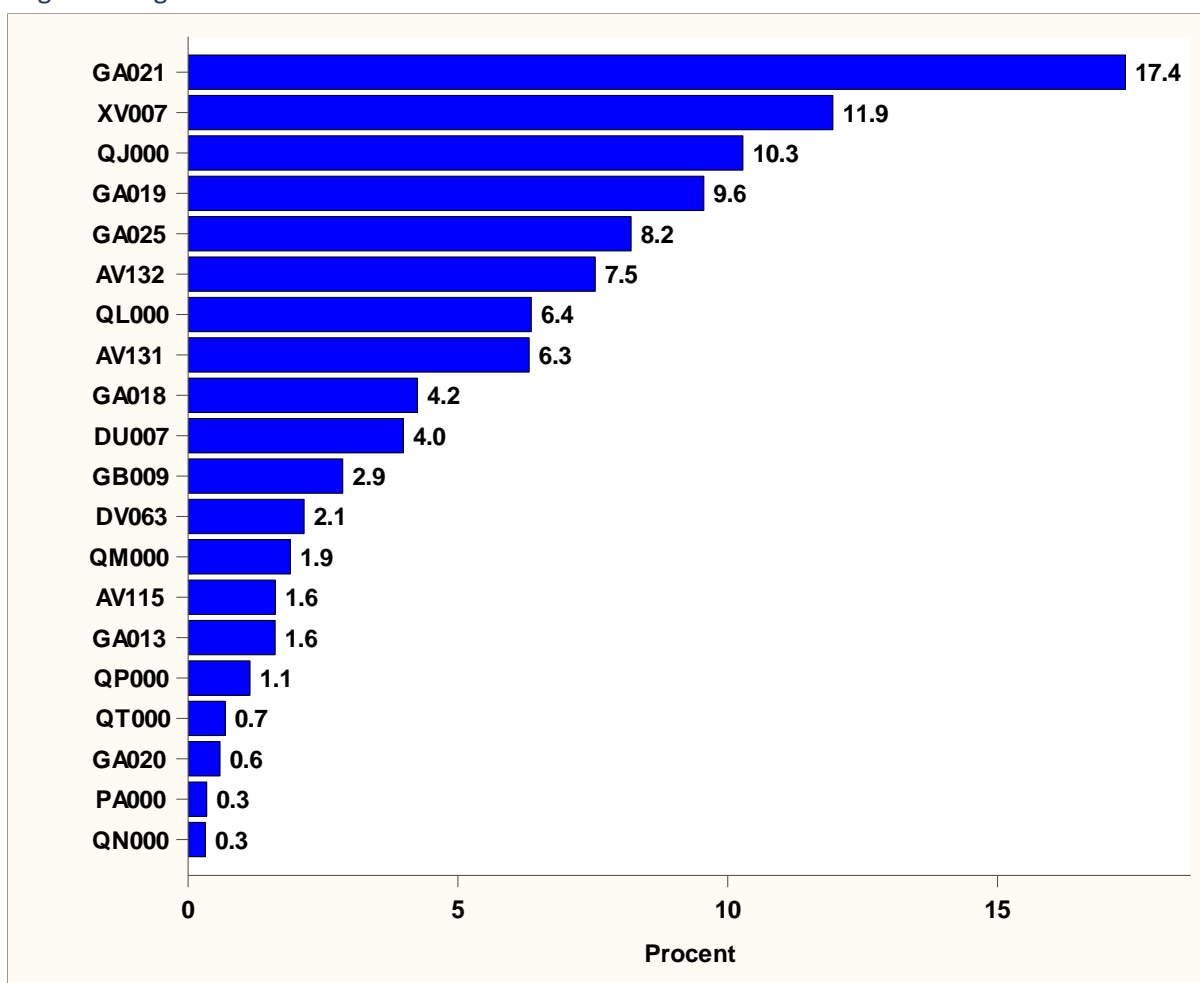
Flera åtgärds-koder registreras på samma individ vid besök.

Text	Antal	Procent
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel (Avs. optiska produkter för synskadade förutom standardglasögon)	22 066	17.4
Uppföljning och kontroll av insatt behandling	15 179	11.9
Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning	13 061	10.3
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel	12 141	9.6
Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel	10 429	8.2
Bedömning av aktivitetsförmåga	9585	7.5
Stöd och träning i att kommunicera	8079	6.4
Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder	8029	6.3
Utprovning och underhåll av slutet, förstoraende Tv-system	5397	4.2
Stödjande samtal	5065	4.0
Information och undervisning riktad till patient	3641	2.9
Rådgivande samtal	2731	2.1
Behandling relaterad till förflyttning	2408	1.9
Fördjupad kartläggning och analys av individens personliga förhållanden	2055	1.6
Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade	2049	1.6
Stöd och träning i hemliv	1458	1.1
Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer	871	0.7
Tillpassning och kontroll av kontaktlins	752	0.6
Utredning psykiska funktioner	439	0.3
Behandling relaterad till personlig vård	410	0.3
Bedömning av att använda kommunikationsutrustning och tekniker	380	0.3
Rådgivning vid arbete och sysselsättning	265	0.2
Stöd i ekonomiskt liv	126	0.1
Stöd och träning kravhantering(stress)	117	0.1
Stöd och/eller träning i socialt och medborgerligt liv	100	0.1
Behandling relaterad till psykiska funktioner	95	0.1
Rådgivning vid studier och studieträning	41	0.0
Stöd och träning i att samspela med andra	29	0.0
Behandlingsrelaterad till rörelsefunktioner	25	0.0
Mindfulness	7	0.0
Information/undervisning om hälsa/ohälsa	3	0.0
Upptagning av yrkesanamnes, genomgång av ergonomiska exponeringsförhållanden	2	0.0
Systematisk psykologisk behandling, annan	2	0.0

Kommentar

Styrgruppen har analyserat utredande åtgärder och infört samlingskoder vilket har gett effekt. De behandlande koderna har granskats vidare. Planen är att ge fokus på de rehabiliterande åtgärderna. SKRS har enats om vilka KVÅ-koder som ska användas i modulen, vilket har varit ett önskemål från användarna. Inom synrehabilitering pågår ett arbete kring en nationell vårdprocess. Arbetet med KVÅ-koder kommer att kopplas till vårdprocessen.

Figur 11. De 20 mest frekvent använda åtgärdskoderna vid besök inom synrehabiliteringsverksamheten av de koder som används i SKRS (koder använda under 2016–2020). Registeruttag 2021-03-16



Tabell 4b. Text till de 20 vanligaste KVÅ koderna (koder använda under 2016–2020 av de koder som används i SKRS).

KVÅ kod	Text
GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel. Avser optiska produkter. för synskadade förutom standardglasögon.
XV007	Uppföljning och kontroll av insatt behandling
QJ000	Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning
GA019	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel
GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel
AV132	Bedömning av aktivitetsförmåga
QL000	Stöd och träning i att kommunicera
AV131	Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
GA018	Utprovning och underhåll av slutet, förstorande Tv-system
DU007	Stödjande samtal
GB009	Information och undervisning riktad till patient
DV063	Rådgivande samtal
QM000	Behandling relaterad till förflyttning
AV115	Fördjupad kartläggning och analys av individens personliga förhållanden
GA013	Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade
QP000	Stöd och träning i hemliv
QT000	Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer
GA020	Tillpassning och kontroll av kontaktlins
PA000	Utredning psykiska funktioner
QN000	Behandling relaterad till personlig vård

Tabell 4c. Summering KVÅ koder som används i SKRS på gruppnivå. Koder använda under 2016–2020.

Grupp	Antal	Procent
Rehab - GA Hjälpmedel	52 834	41.6
Rehab - Q Målområden	26 867	21.1
Utredande	20 490	16.1
Uppföljning	15 179	11.9
Rehab - DU Samtalsstöd	5 074	4.0
Rehab - GB Information	3 641	2.9
Rehab - DV Samhällsstöd	2 857	2.2
Rehab -	95	0.1

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. Diagrammet visas i registrets översikt (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 fyra validerade instrument

ADL-taxonomi (syn),

Upplevd säkerhet

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd)

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

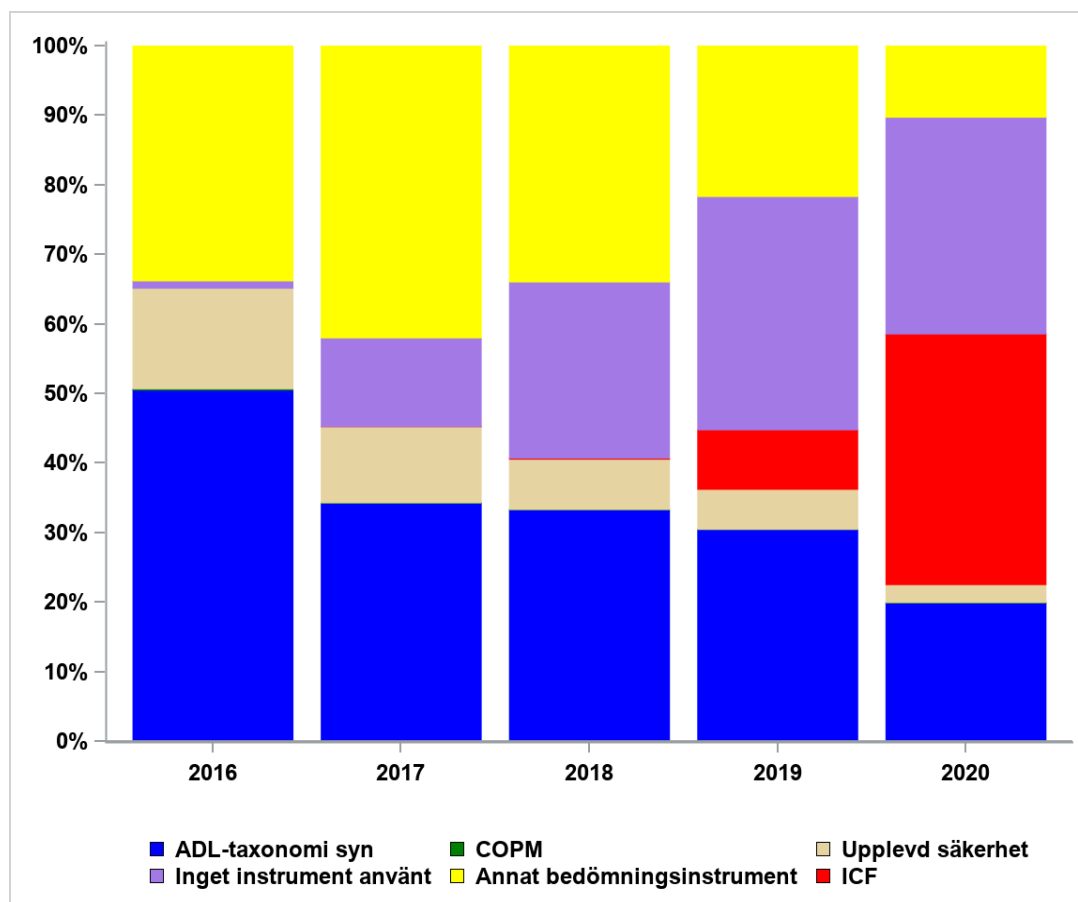
Upplevd säkerhet syftar till att fånga upp tidiga tecken på aktivitetsförändringar hos äldre personer med åldersförändringar i gula fläcken. Instrumentet bygger på patientens självskattning av säkerhet/osäkerhet i vardagliga aktiviteter. Instrumentet används för vägledning i och utvärdering av interventionen.

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.

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.

På många enheter används andra bedömningsinstrument, vilket anges under annat.

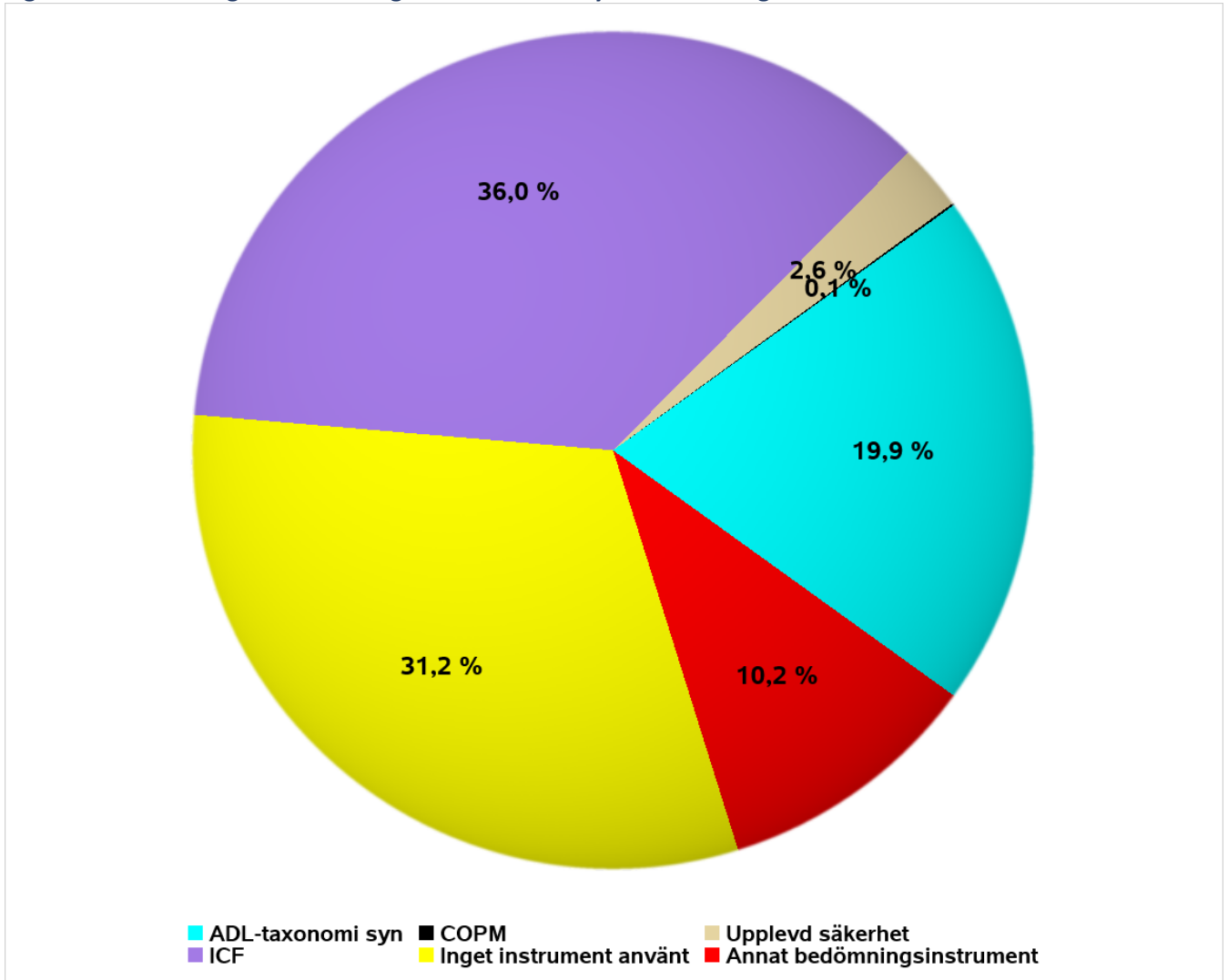
Figur 12 Användning av bedömningsinstrument öve tid, 2016-2020. Nr 4 (lila) i diagrammet är ett bedömningsinstrument baserat på ICF (International Classification of functions).



I SKRS fanns under 2020 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.

Inget bedömningsinstrument använt redovisas också i diagrammet. Vidare ökar andelen ICF-baserade instrument men också de som inte använder bedömningsinstrument. Styrgruppen kommer att arbeta vidare med frågan.

Figur 13. Användning av bedömningsinstrument vid synrehabilitering under 2020.



Tabell 5. Användning av bedömningsinstrument över tid 2016–2020.

Bedömningsinstrument	År									
	2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ADL-taxonomi syn	1058	50,5	993	34,3	1530	33,3	1923	30,5	1264	19,9
COPM	4	0,2	2	0,1	2	0,0	1	0,0	5	0,1
Upplevd säkerhet	303	14,5	317	10,9	332	7,2	363	5,8	163	2,6
ICF	0	0	1	0,0	7	0,2	539	8,5	2286	36,0
Inget instrument använt	22	1,1	369	12,7	1163	25,3	2115	33,5	1977	31,2
Annat bedömningsinstrument	707	33,8	1216	42,0	1557	33,9	1364	21,6	649	10,2
Alla	2094	100	2898	100	4591	100	6305	100	6344	100

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 som använts under 2020 var ICF. Andra regionala bedömningsinstrument har använts och ganska ofta har inget bedömningsinstrument registrerats. Bland de registreringar som gjorts har COPM (n=1) endast använts vid ett tillfälle. Instrumentet är omfattande och kan ha ersatts av ICF-baserade bedömningar.

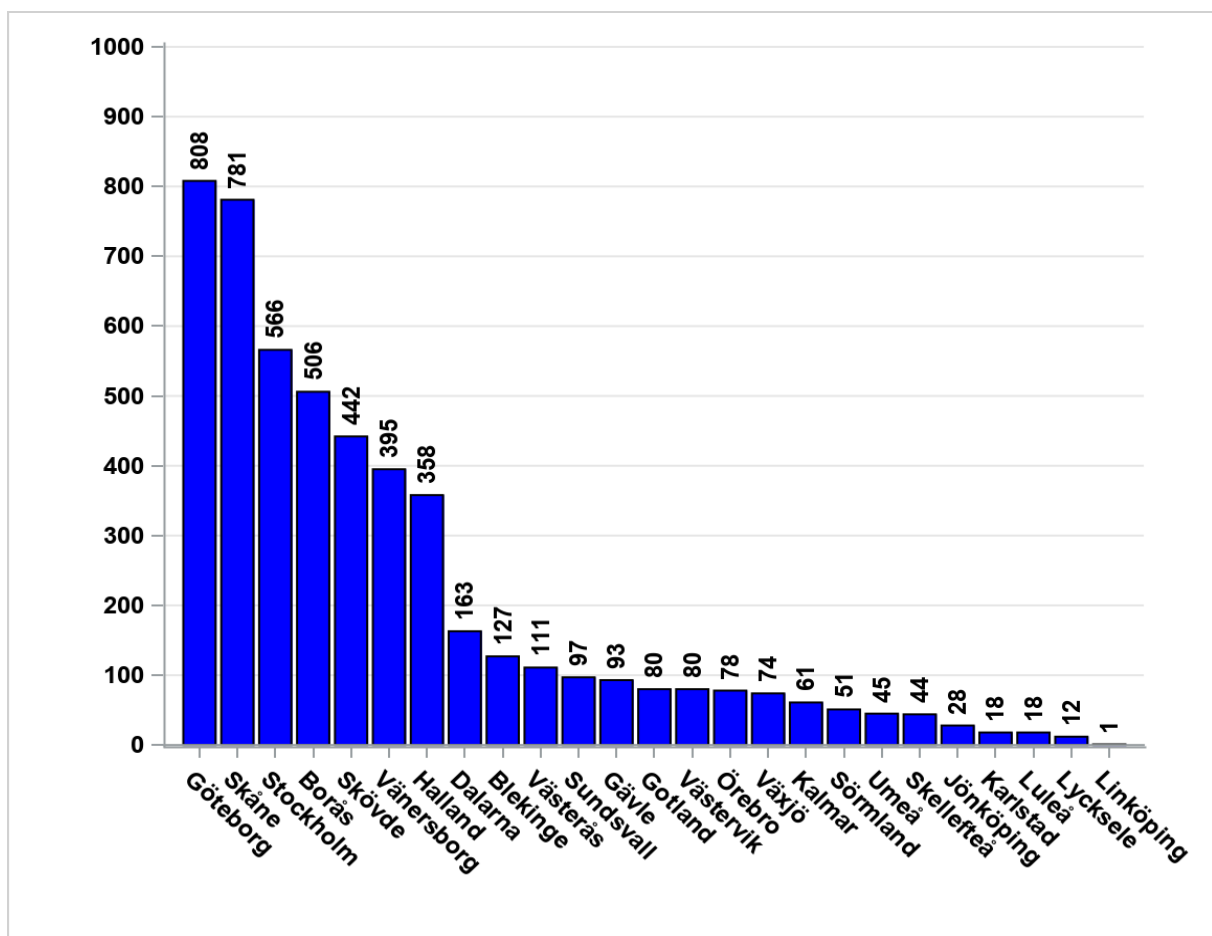
Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikta mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument.

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 över hälften av Sverige (cirka 60 %) 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.

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.

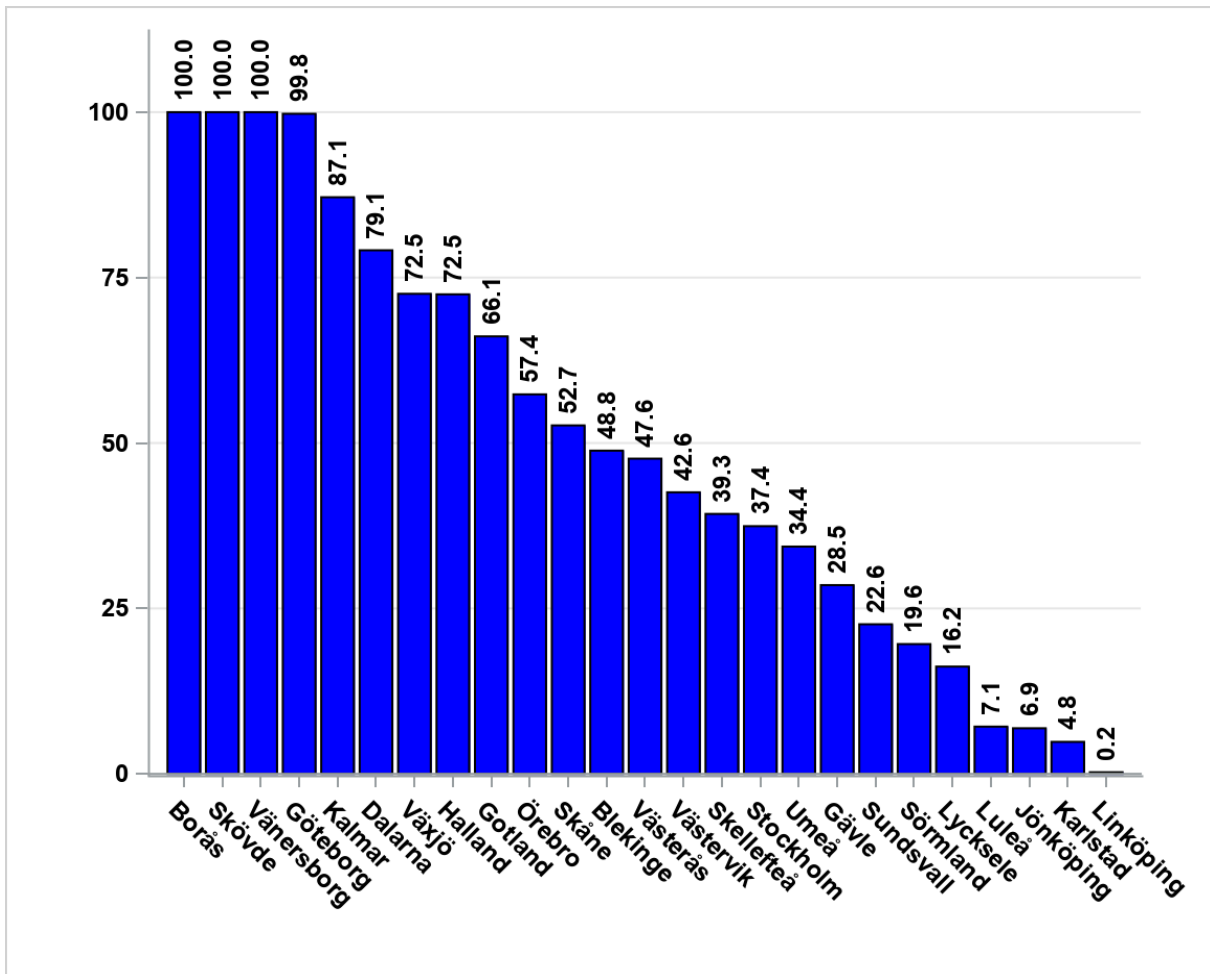
Figur 14. Antal upprättade IRP vid besök per enhet 2020. Registeruttag gjort 2021-03-16



Tabell 6. Antal och andel upprättade IRP vid besök per enhet 2020

Kliniknamn	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	127	48,8	133	51,2	260	100
Borås	506	100	.	.	506	100
Dalarna	163	79,1	43	20,9	206	100
Gotland	80	66,1	41	33,9	121	100
Gävle	93	28,5	233	71,5	326	100
Göteborg	808	99,8	2	0,2	810	100
Halland	358	72,5	136	27,5	494	100
Jönköping	28	6,9	378	93,1	406	100
Kalmar	61	87,1	9	12,9	70	100
Karlstad	18	4,8	354	95,2	372	100
Linköping	1	0,2	403	99,8	404	100
Luleå	18	7,1	234	92,9	252	100
Lycksele	12	16,2	62	83,8	74	100
Skellefteå	44	39,3	68	60,7	112	100
Skåne	781	52,7	702	47,3	1483	100
Skövde	442	100	.	.	442	100
Stockholm	566	37,4	946	62,6	1512	100
Sundsvall	97	22,6	332	77,4	429	100
Sörmland	51	19,6	209	80,4	260	100
Umeå	45	34,4	86	65,6	131	100
Vänersborg	395	100	.	.	395	100
Västervik	80	42,6	108	57,4	188	100
Västerås	111	47,6	122	52,4	233	100
Växjö	74	72,5	28	27,5	102	100
Örebro	78	57,4	58	42,6	136	100
Östersund	.	.	70	100	70	100
Totalt	5037	51,4	4757	48,6	9794	100

Figur 15. Andel upprättade IRP vid besök per enhet 2020. Registeruttag gjort 2021-03-16



Kommentar

Under 2020 är det 51,4 procent av patienterna som har registrerats för att ha fått en IRP upprättad. 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 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 % av individerna
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 39 dagar mellan remissdatum och första besök. I tabellen visas hur väntetiden är på hela materialet samt fördelat på kvinnor (40) och män (36) där skillnad föreligger. Materialet är också redovisat i åldersgrupper, se tabell 5, figur 16. Väntetiden ökar något för de äldre åldersgrupperna.

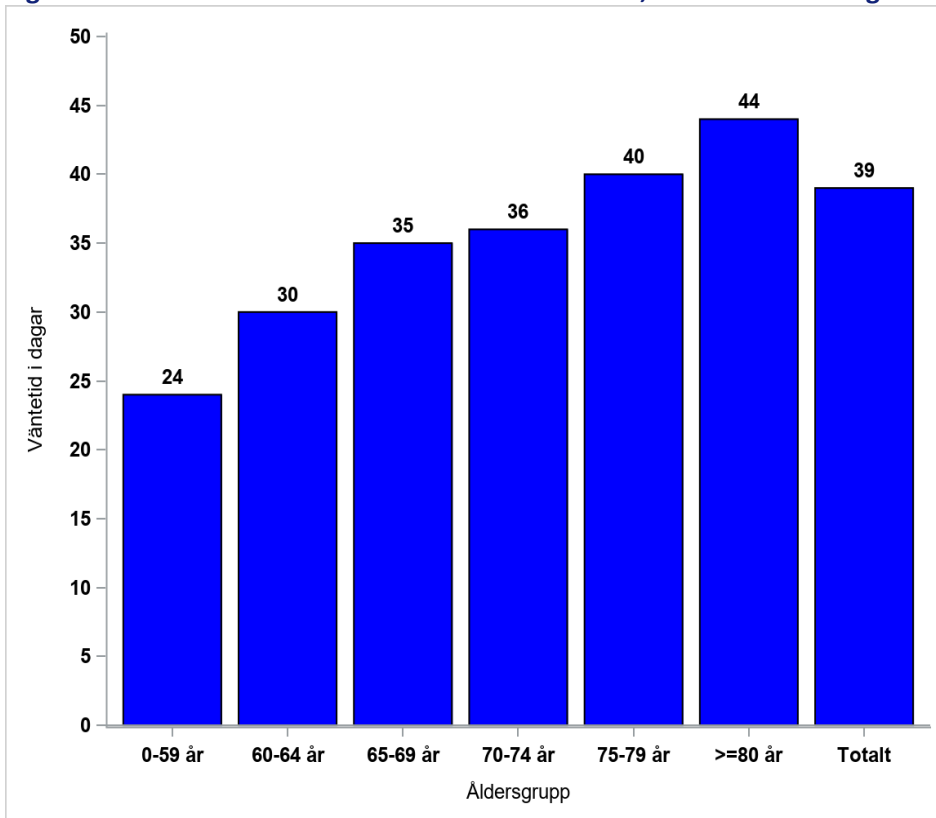
Tabell 7. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2020. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per kön och totalt

Kön	Väntetid i dagar						
	N	Medel	Min.	Q1	Median	Q3	Max.
Kvinnor	5765	63,2	0	20	40	72	1457
Män	3528	59,6	0	18	36	68	1312
Ej specificerat	4	50,0	35	39	51	62	63
Total	9297	61,8	0	20	39	70	1457

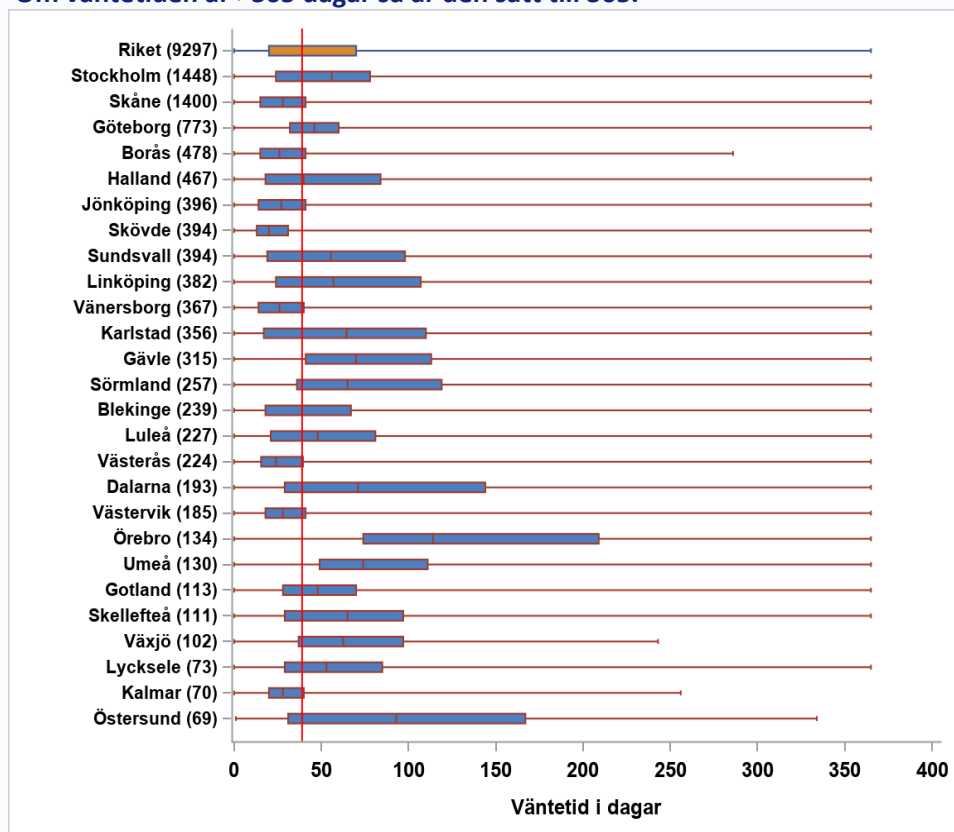
Tabell 8. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2020. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per åldersgrupp och totalt.

Åldersgrupp	Väntetid i dagar						
	N	Medel	Min.	Q1	Median	Q3	Max.
0–59 år	1462	42,5	0	10	24	49	990
60–64 år	312	43,2	0	14	30	53	497
65–69 år	392	51,7	0	16	35	62	1025
70–74 år	701	62,9	0	20	36	68	1080
75–79 år	1266	61,5	0	22	40	70	1457
>=80 år	5164	69,1	0	23	44	78	1403
Total	9297	61,8	0	20	39	70	1457

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



Figur 17. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per enhet och totalt (Riket) år 2020. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365.

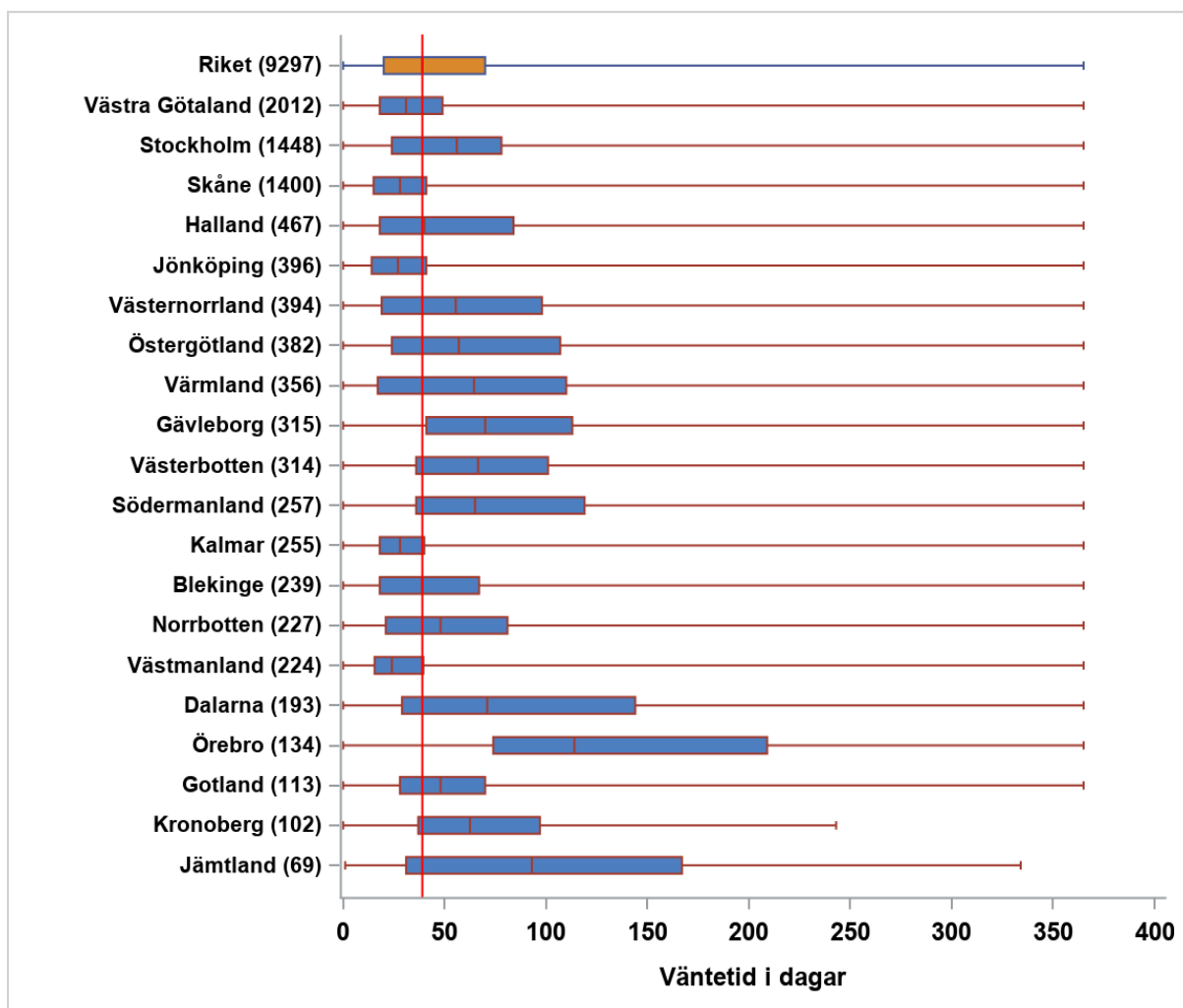


Värdena inom parentes anger antal patienter inom respektive enhet, referenslinjen anger Rikets medianvärde. Enheterna på y-axeln är sorterad efter antal patienter. Observationsvärdenas medianvärde är även markerat med en vertikal linje inuti låddiagrammet.

Tabell 9. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2020. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per enhet och totalt.

Enhet	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Min.	Q1	Median	Q3	Max.
Blekinge	239	51,6	0	18	39	67	480
Borås	478	33,6	0	15	26	41	286
Dalarna	193	118,0	0	29	71	144	829
Gotland	113	73,7	0	28	48	70	461
Gävle	315	89,2	0	41	70	113	841
Göteborg	773	51,7	0	32	46	60	548
Halland	467	65,5	0	18	40	84	688
Jönköping	396	47,1	0	14	27	41	1351
Kalmar	70	36,1	0	20	28	40	256
Karlstad	356	80,8	0	17	65	110	1080
Linköping	382	79,2	0	24	57	107	709
Luleå	227	71,1	0	21	48	81	1276
Lycksele	73	68,6	0	29	53	85	602
Skellefteå	111	101,2	0	29	65	97	1181
Skåne	1400	33,6	0	15	28	41	1457
Skövde	394	30,9	0	13	20	31	717
Stockholm	1448	62,9	0	24	56	78	596
Sundsvall	394	73,7	0	19	56	98	900
Sörmland	257	139,7	0	36	65	119	1312
Umeå	130	110,2	0	49	74	111	1403
Vänersborg	367	32,8	0	14	26	40	785
Västervik	185	54,3	0	18	28	41	1307
Västerås	224	81,1	0	16	24	40	1025
Växjö	102	73,9	0	37	63	97	243
Örebro	134	144,5	0	74	114	209	988
Östersund	69	103,8	1	31	93	167	334
Total	9297	61,8	0	20	39	70	1457

Figur 18. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per region och totalt (Riket) 2020. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365.

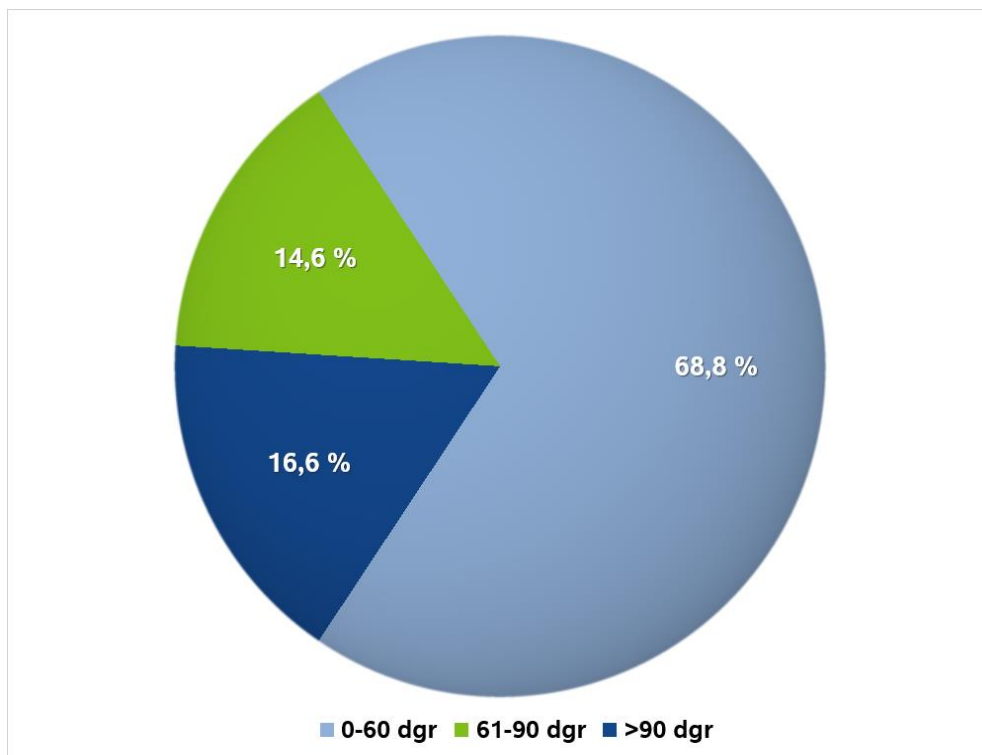


Kommentar

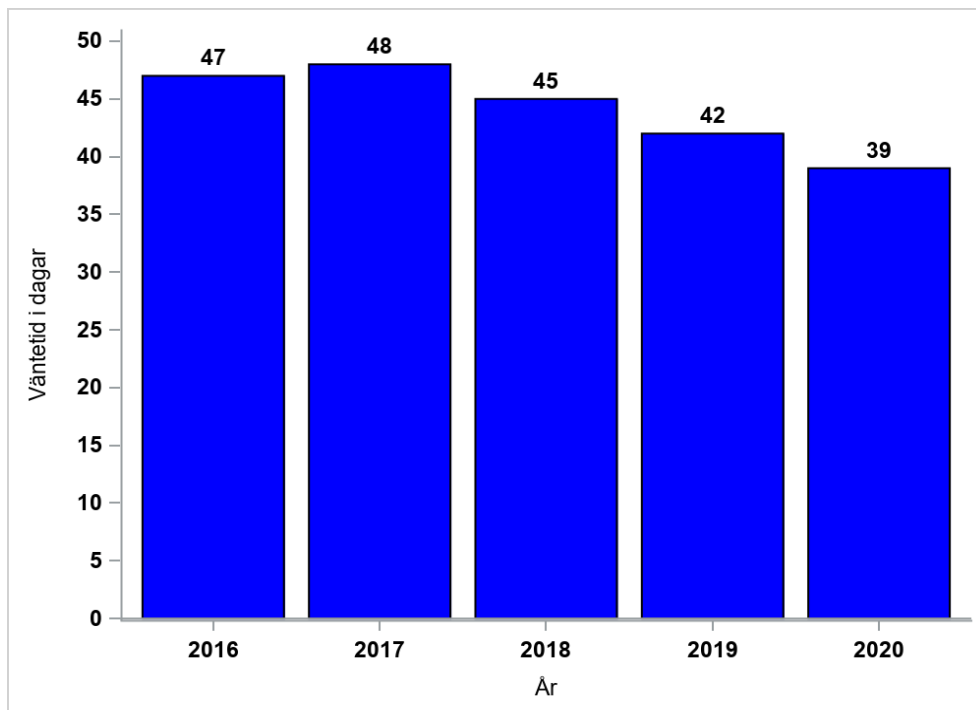
Väntetiden är beräknad på alla registreringar, vilket betyder att självvald väntan och medicinskt orsakat väntan ingår. Personer i yrkesverksam ålder har kortare väntetider enligt statistiken.

Inom styrgruppen har diskussion förts om varför det är så stor spridning från medianen i rikets totala databas, vilket behöver diskuteras och analyseras av styrgruppen, på användarmöten och i nationella synchefsgruppen. En lämplig kvalitetsindikator skulle vara att följa ”andel som startar synrehabilitering inom 2 månader”. I materialet kan man se att de flesta patienter får ett första besök inom 90 dagar från remissdatum. Av figur 19 och 21 framgår att cirka 70 % startar synrehabilitering inom 2 månader (60 dagar).

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



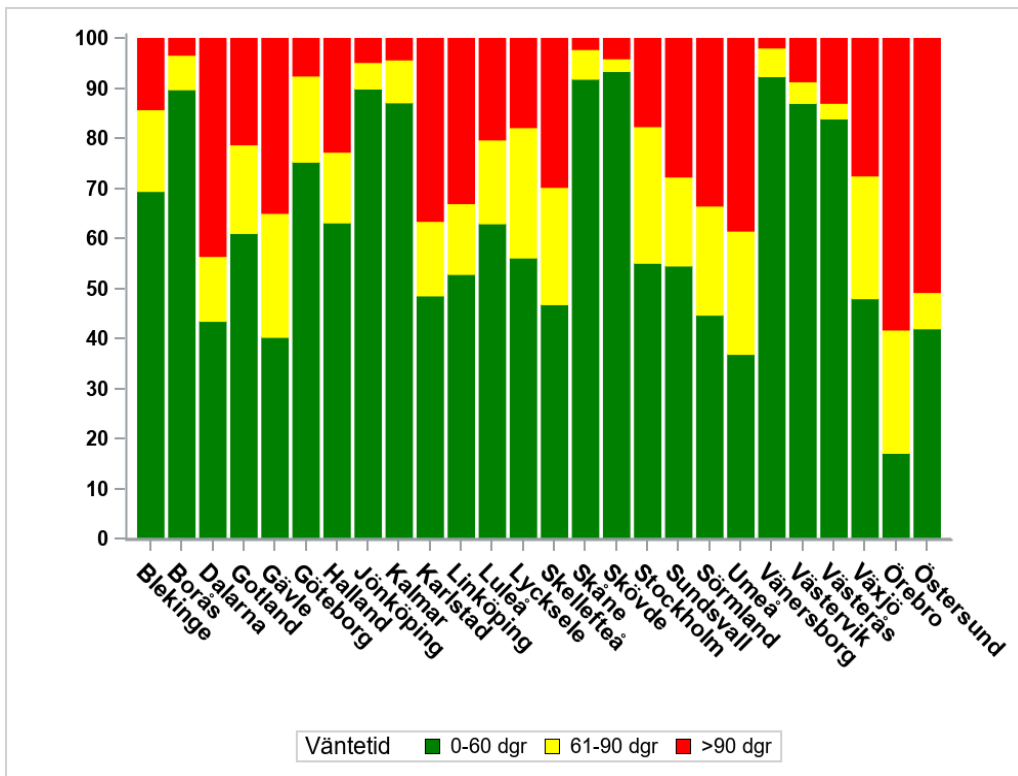
Figur 20. Väntetid från remissdatum till första besök, medianantal dagar 2016 – 2020



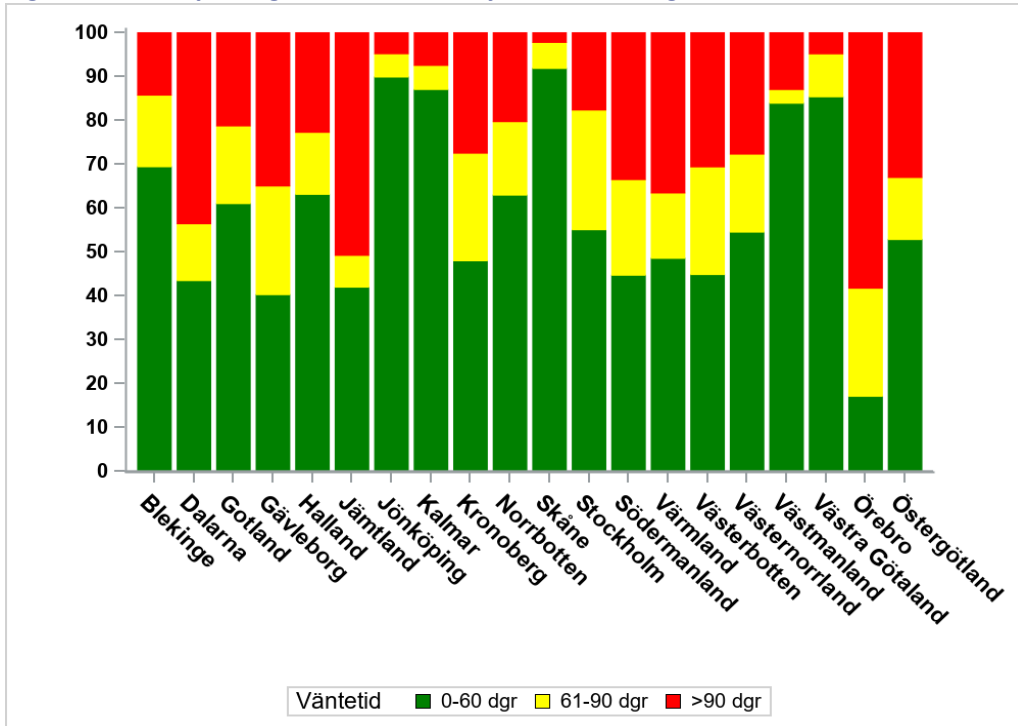
Kommentar

Tillgängligheten till synrehabilitering har ökat om man ser på siffrorna över tid. 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 21 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 22 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.

Tabell 10. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2020 redovisat per region.

Region	0–60 dagar		61–90 dagar		>90 dagar		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	166	69	39	16	34	14	239	100
Dalarna	84	44	25	13	84	44	193	100
Gotland	69	61	20	18	24	21	113	100
Gävleborg	127	40	78	25	110	35	315	100
Halland	295	63	66	14	106	23	467	100
Jämtland	29	42	5	7	35	51	69	100
Jönköping	356	90	21	5	19	5	396	100
Kalmar	222	87	14	5	19	7	255	100
Kronoberg	49	48	25	25	28	27	102	100
Norrbottnen	143	63	38	17	46	20	227	100
Skåne	1286	92	83	6	31	2	1400	100
Stockholm	798	55	395	27	255	18	1448	100
Södermanland	115	45	56	22	86	33	257	100
Värmland	173	49	53	15	130	37	356	100
Västerbotten	141	45	77	25	96	31	314	100
Västernorrland	215	55	70	18	109	28	394	100
Västmanland	188	84	7	3	29	13	224	100
Västra Götaland	1718	85	197	10	97	5	2012	100
Örebro	23	17	33	25	78	58	134	100
Östergötland	202	53	54	14	126	33	382	100
Alla	6399	69	1356	15	1542	17	9297	100

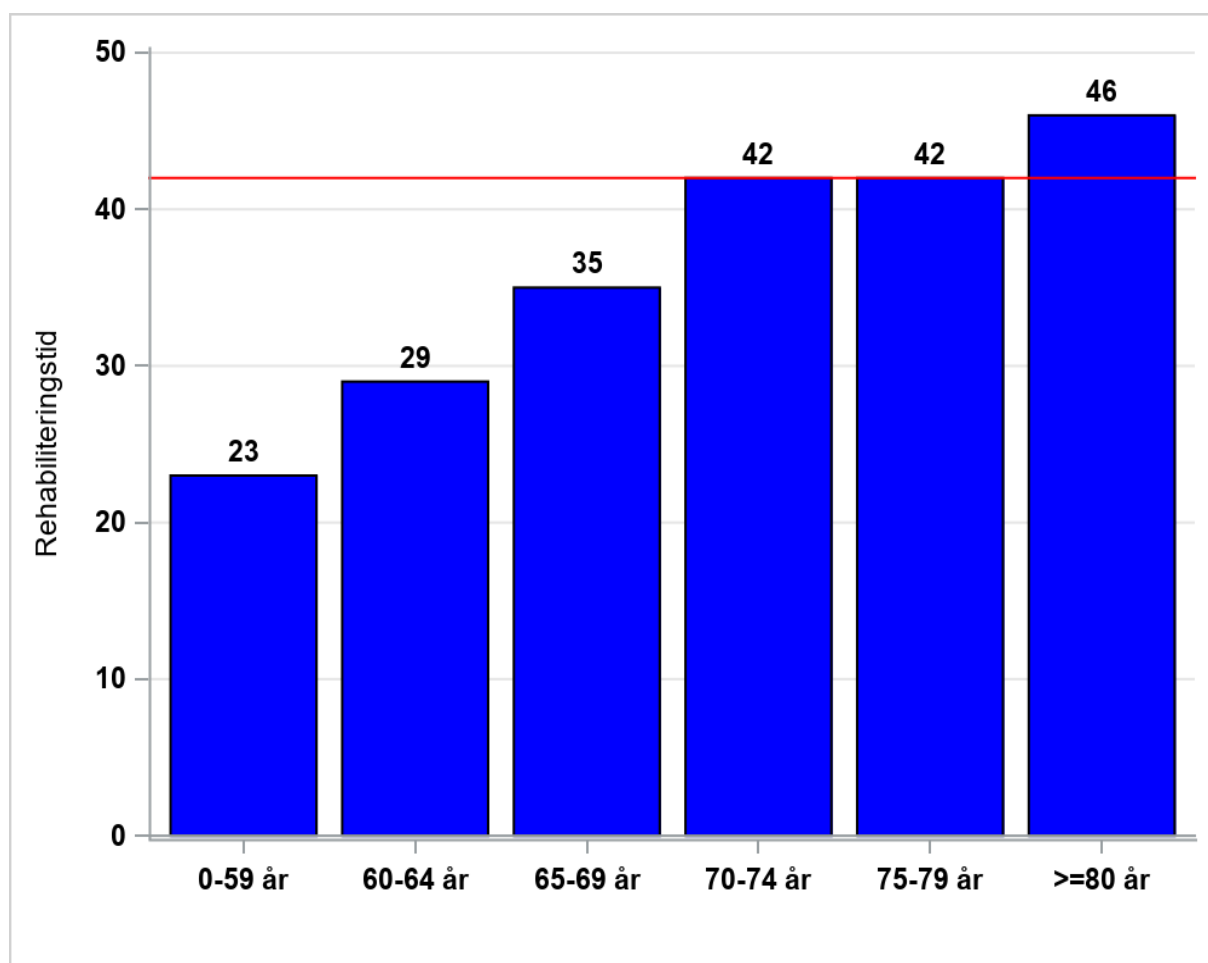
REHABILITERINGSTID

Rehabiliteringstiden varierade från 1–413 dagar, vilket betyder att några patienter har behov av längre rehabiliteringstid beroende exempelvis på att förnyade behov uppkommit. Median för rehabiliteringstid totalt ligger på 42 dagar, cirka 1,5 månader. Mediantidens fördelning för åldersgrupperna, se figur.

Tabell 11. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2020 per kön och totalt.

Kön	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Kvinnor	3744	71,1	0	0	42	106	411
Män	2299	68,6	0	0	42	100	413
Ej specificerat	2	62,5	0	0	63	125	125
Total	6045	70,1	0	0	42	104	413

Figur 23. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per åldersgrupp 2020.



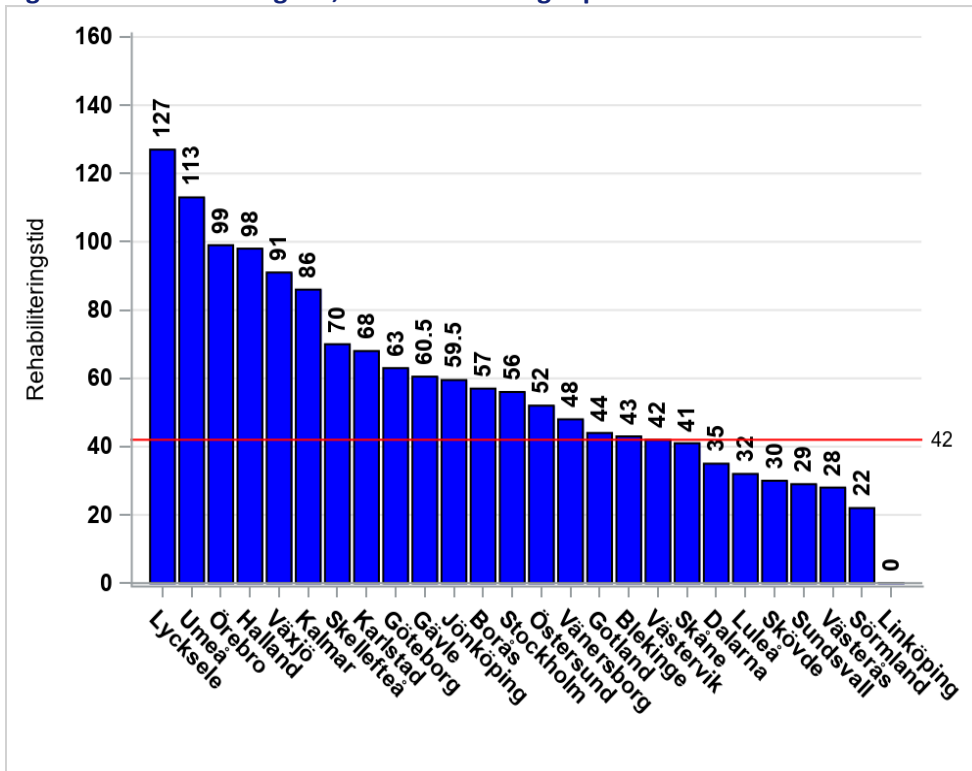
Tabell 12. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2020 per åldersgrupp och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt

Åldersgrupp	Rehabiliteringstid i dagar						
	N	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
0–59 år	884	59,2	0	0	23	93	411
60–64 år	175	66,4	0	0	29	99	398
65–69 år	259	62,7	0	0	35	98	368
70–74 år	429	70,5	0	0	42	103	379
75–79 år	809	71,8	0	0	42	103	413
>=80 år	3489	73,2	0	0	46	107	412
Total	6045	70,1	0	0	42	104	413

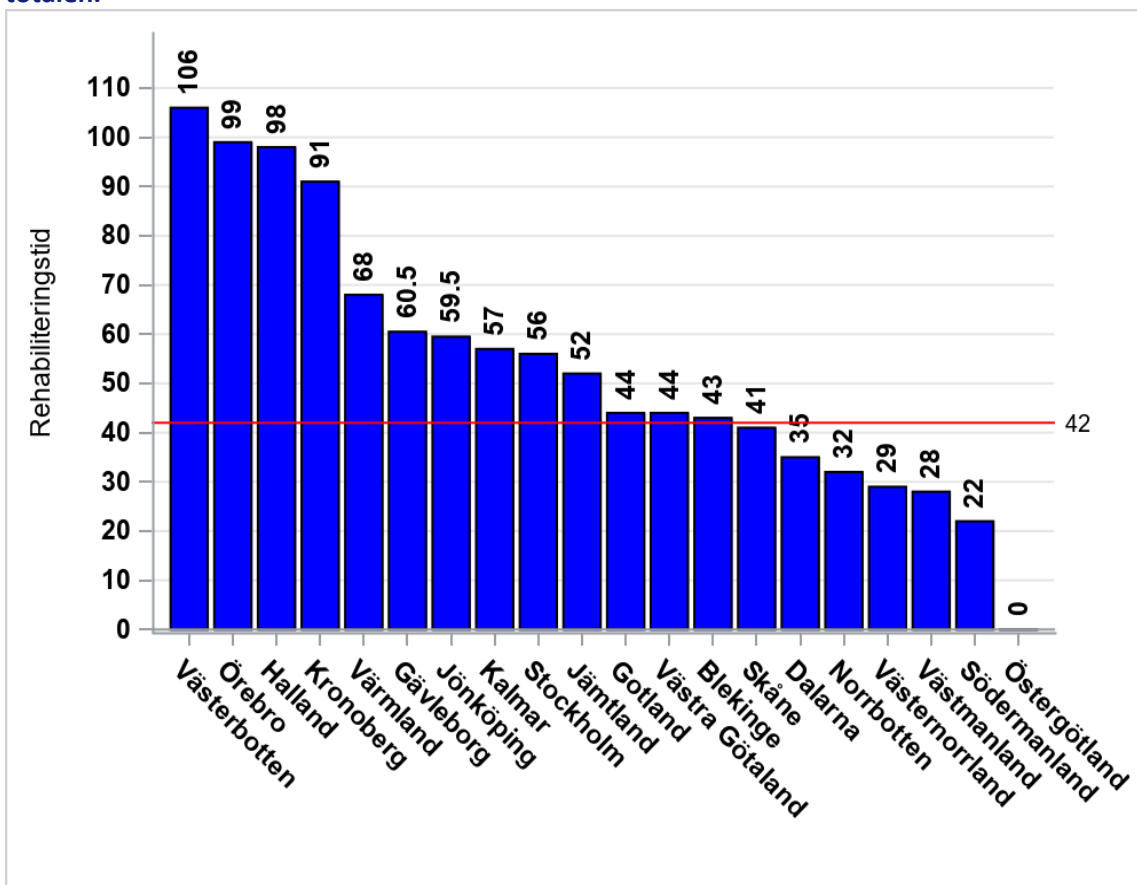
Kommentar

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

Figur 24. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per enhet 2020



Figur 25. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per region 2020. Referenslinjen anger median för totalen.

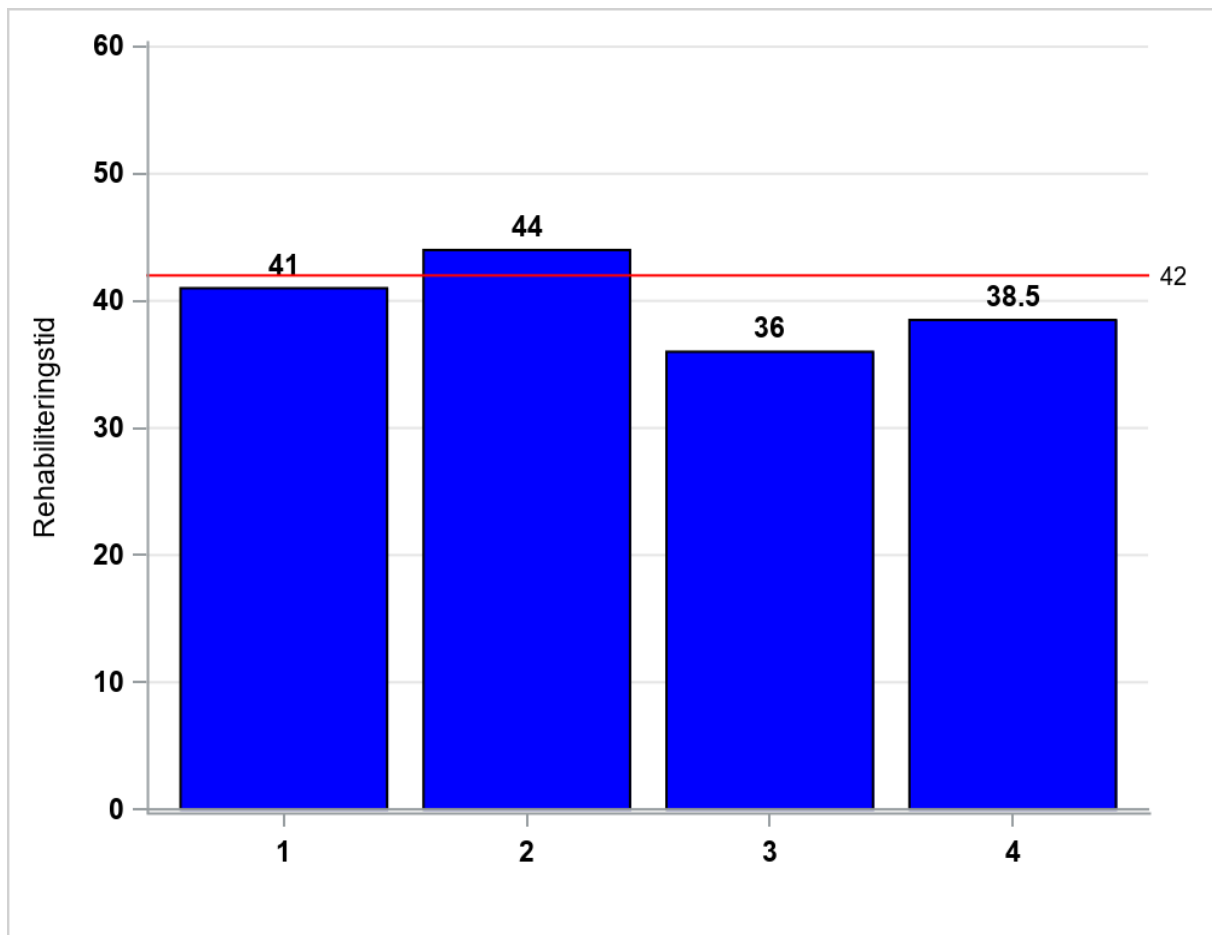


Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden är 42 dagar beräknat per enhet. I figur 25 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 26–27.

Figur 26. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per synnedsättningsgrad (1–4) 2020. Referenslinjen anger median för totalen.



3-

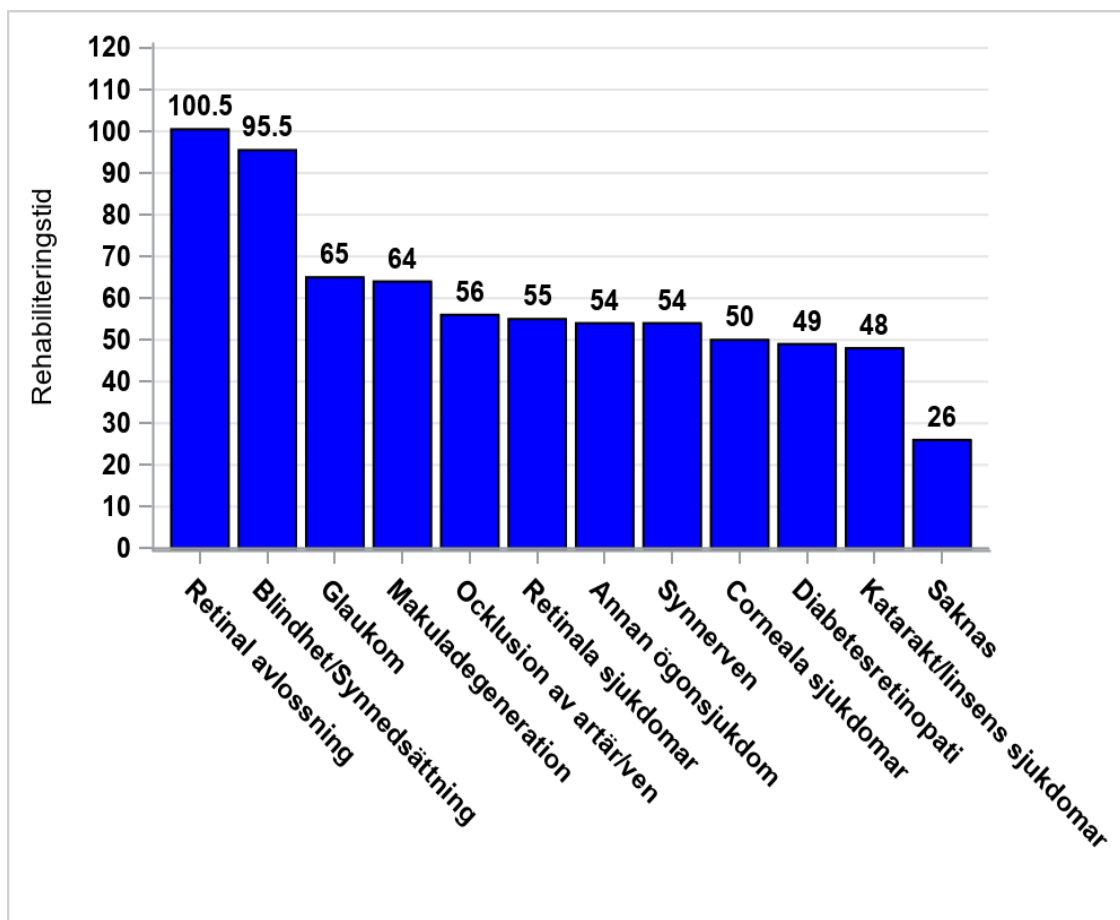
Kommentar

Vid fördelning i grad av synnedsättning ser man att grupp 3–4 har kortare rehabiliteringstid än övriga grupper. En av orsakerna skulle kunna vara att personer med svår synnedsättning i flertalet fall har 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 grav synnedsättning och plötsligen leva med nya förutsättningar.

Tabell 13. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum för grad av synnedsättning och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt.

Synnedsättning	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
1	1383	65,1	0	0	41	99	387
2	2886	73,2	0	0	44	109	412
3	1137	66,5	0	0	36	93	413
4	636	73,6	0	0	39	110	411
NULL	3	40,0	0	0	3	117	117
Total	6045	70,1	0	0	42	104	413

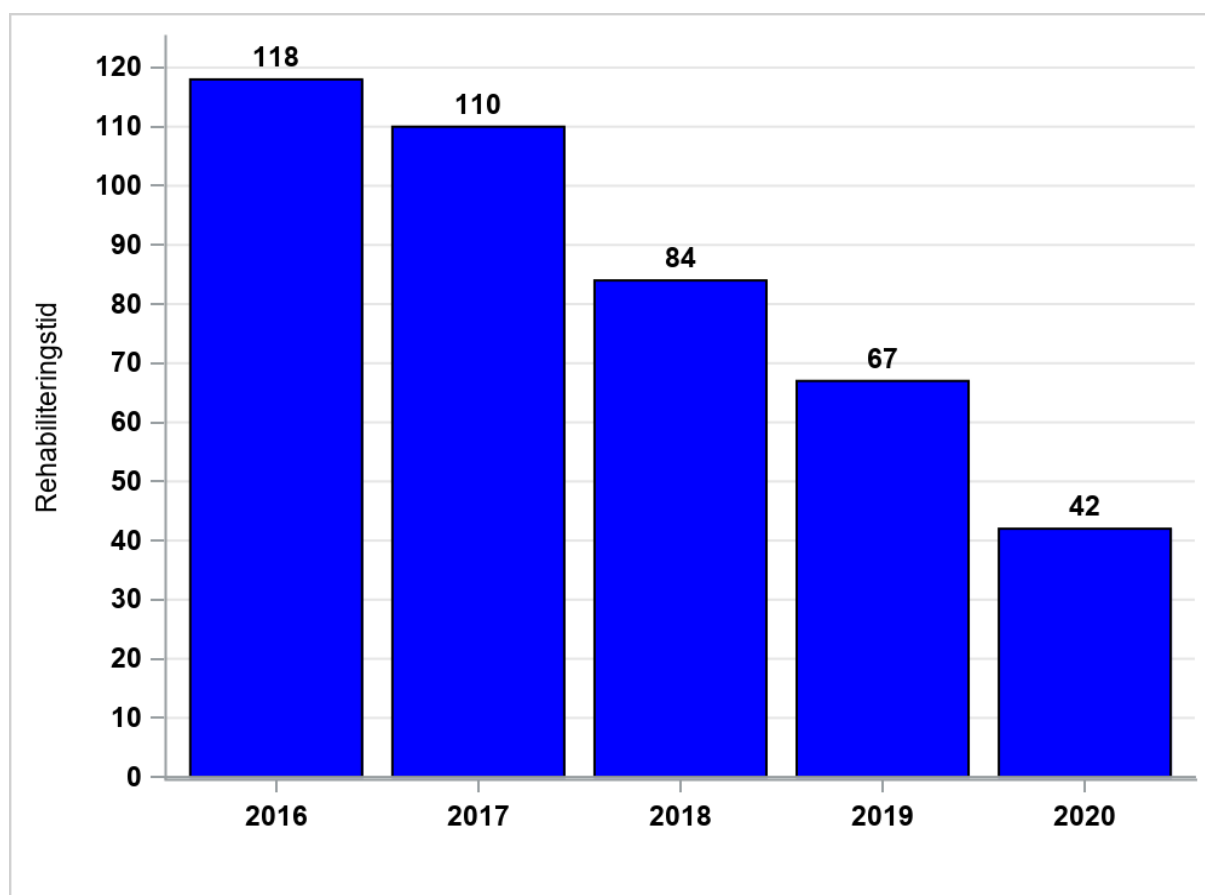
Figur 27. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per diagnosgrupp för grupper med 10 eller fler observationer.



Kommentar

Vid fördelning rehabiliteringstid i diagnosgrupper finns det några grupper som sticker ut; retinal avlossning och blindhet/synnedsättning. Dessa diagnoser kräver ofta mer omfattande och frekventa insatser.

Figur 28. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per år 2016–2020.



Kommentar

Median för rehabiliteringsperioden visar på 42 dagar för år 2020, vilket innebär att rehabiliteringstiden mer än halverats sedan registret startade. Nyttan med att mäta och jämföra sig med 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.

Tabell 14. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per besöksår och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt.

Besöks år	Rehabiliteringstid i dagar						
	N	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
2016	2689	204,7	0	46	118	253	1758
2017	3485	198,6	0	36	110	249	1443
2018	5281	143,7	0	23	84	188	1104
2019	7367	108,2	0	13	67	154	774
2020	6045	70,1	0	0	42	104	413
Total	24 867	129,6	0	18	71	170	1758

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 (uppdatering varje dygn). Arbetet har gjorts för att öka användbarheten av data för verksamheten. Diagrammen på registrets Dashboard har följande innehåll:

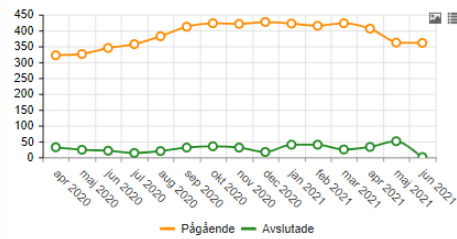
1. Antalet pågående och avslutade patienter som registreras i SKRS per månad. Start av pågående räknas från remissdatum till avslutad rehabilitering via uppföljningsbesök. Visning för 15 månader.
2. Procentuell fördelning av användning av bedömningsinstrument under 15 månader på den egna enheten. Alternativen i registret är ADL-taxonomi, Upplevd säkerhet, COPM eller Annat bedömningsinstrument.
3. Antal upprättade/avslutade rehabiliteringsplaner, IHP/IRP, per månad under det senaste året. Visar även antalet ej upprättade rehabiliteringsplaner i första stapeln.
4. Väntetiden till rehabilitering per månad det senaste året fördelat i tre tidsperioder. Grön stapel= 0–60 dagar, Gul stapel= 61–90 dagar och Röd stapel 91 dagar>. Enhetens värde visar i första stapeln och rikets värde i den ljusare stapeln bredvid.
5. Visar de 10 åtgärds-koder som använts mest frekvent under de sista sex månaderna.
6. Genomsnittlig tid för rehabilitering för enheten under de senaste 15 månaderna, 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.

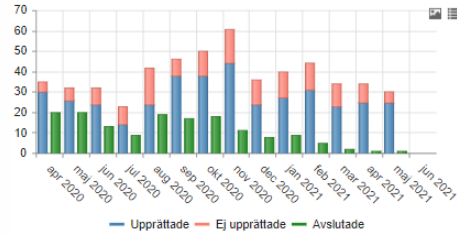
På nästa sida presenteras Dashboard från två olika enheter i Sverige. Genom åskådliggörande diagram kan man snabbt få kunskap om hur många patienter verksamheten omfattar och om det finns uppgående eller nedåtgående trender, antal upprättade rehabiliteringsplaner, användning av bedömningsinstrument,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

SKRS Dashboard

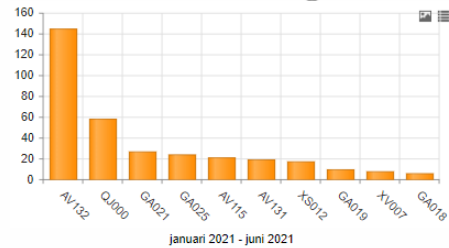
Antal patienter



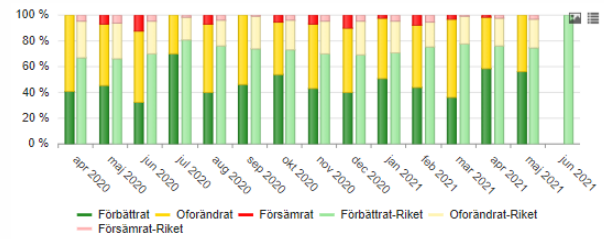
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP



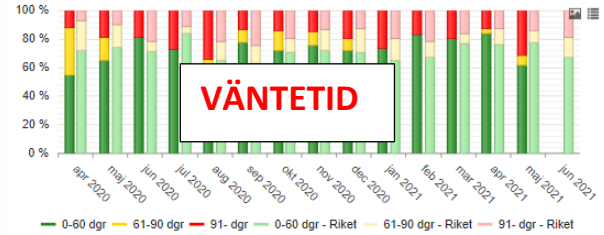
Vilka är de tio vanligaste KVA-koderna på



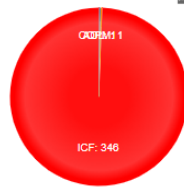
Effektmått



Väntetiden till rehabilitering

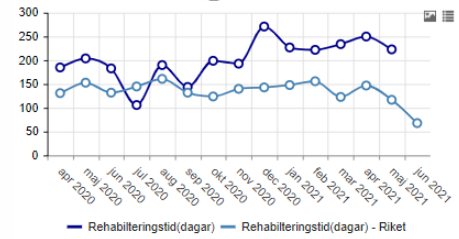


Bedömningsinstrument



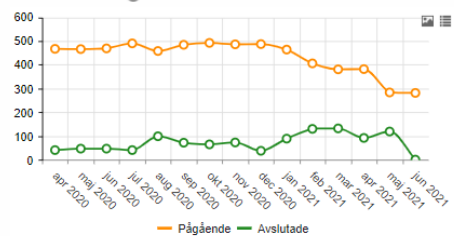
juli 2020 - juni 2021

Rehabiliteringstid i dagar

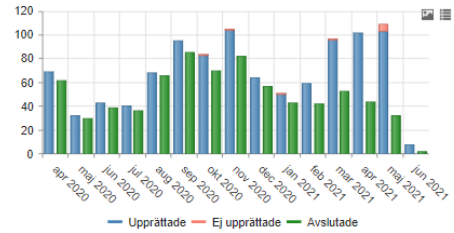


SKRS Dashboard

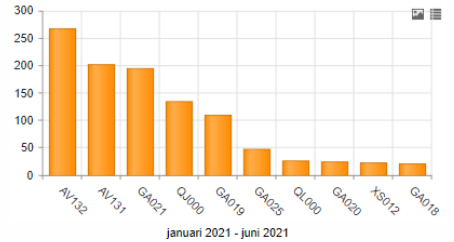
Antal patienter



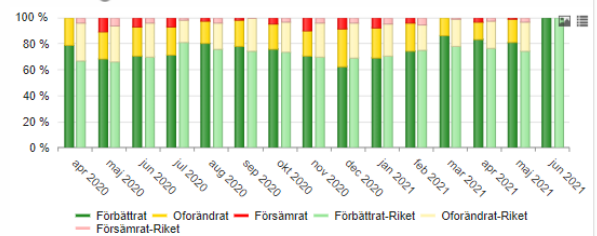
Antal upprättade/avslutade IHP/IRP



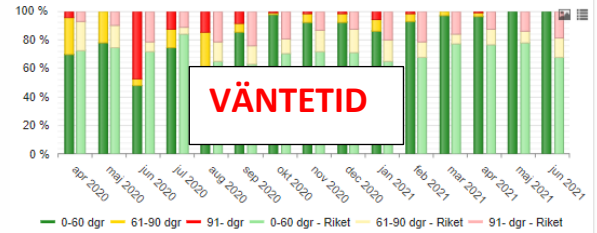
Vilka är de tio vanligaste KVA-koderna på



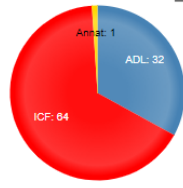
Effektmått



Väntetiden till rehabilitering

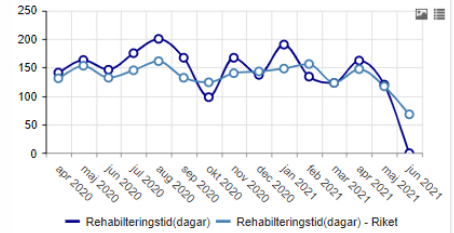


Bedömningsinstrument



juli 2020 - juni 2021

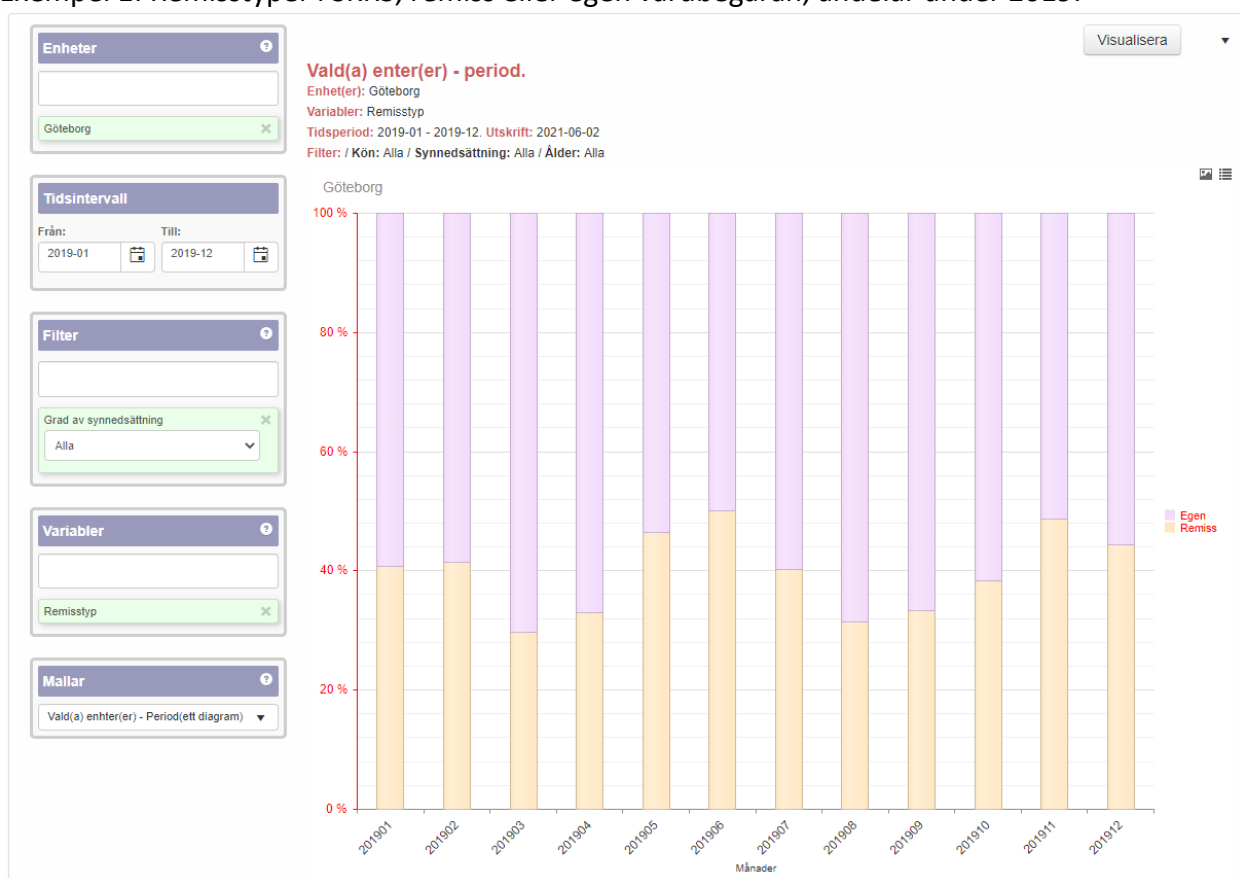
Rehabiliteringstid i dagar



VISUALISERING

I slutet av 2020 påbörjade en grupp i SKRS ett arbete med att ta fram ett dynamiskt visualiseringsverktyg. SKRS finns på Pharosplattformen, vars övriga register har liknande verktyg. Visualiseringen kommer att lanseras till hösten för användarna av registret. När visualiseringen är på plats kommer alla användare att kunna ta fram diagram och tabeller för samtliga variabler efter önskemål. Möjligheten finns att filtrera data för kön, åldersgrupper, grad av synnedsättning och diagnoser. I samband med arbetet har KVÅ som används i SKRS fastställts. I visualiseringen visas de åtgärder som SKRS fokuserar sitt arbete på, synrehabilitering. Diagnoser enligt ICD 10 har grupperats i ett tiotal olika grupper. Varje enhet kan göra diagram över egna data och göra jämförelser med annan enhet, region eller riket. Systemet kan skapa mallar för diagram som används ofta. Verket kommer att fortsätta utvecklas efter behov och önskemål från användare.

Exempel 1: Remisstyper i SKRS, remiss eller egen vårdbegäran, andelar under 2019.



Exempel 2: ICF:s målområden inom synhabilitering.

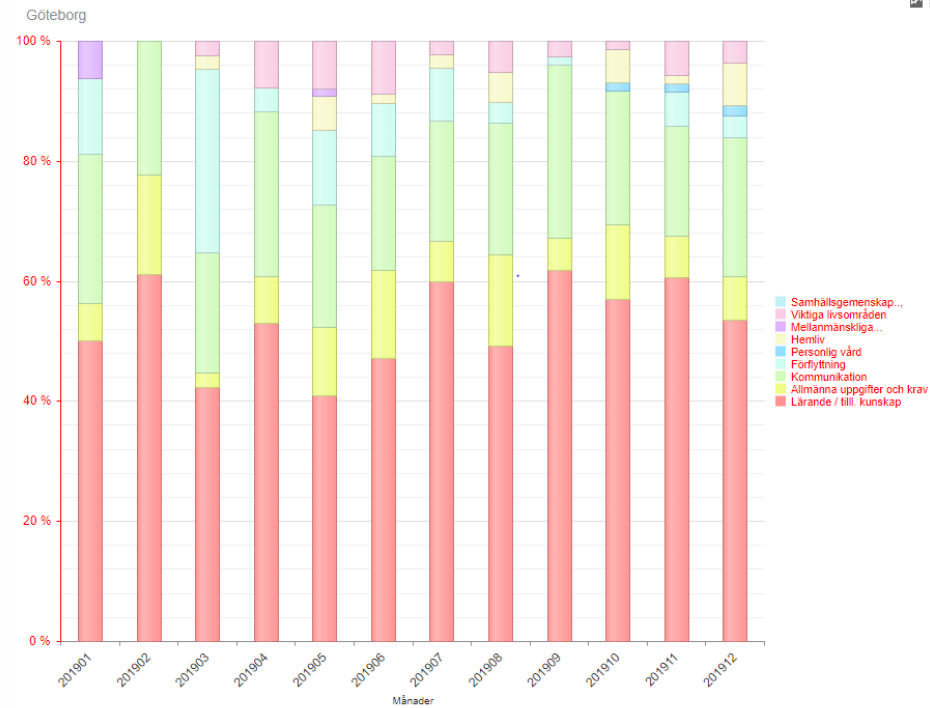
Vald(a) enter(er) - period.

Enhet(er): Göteborg

Variabler: Målområden

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

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



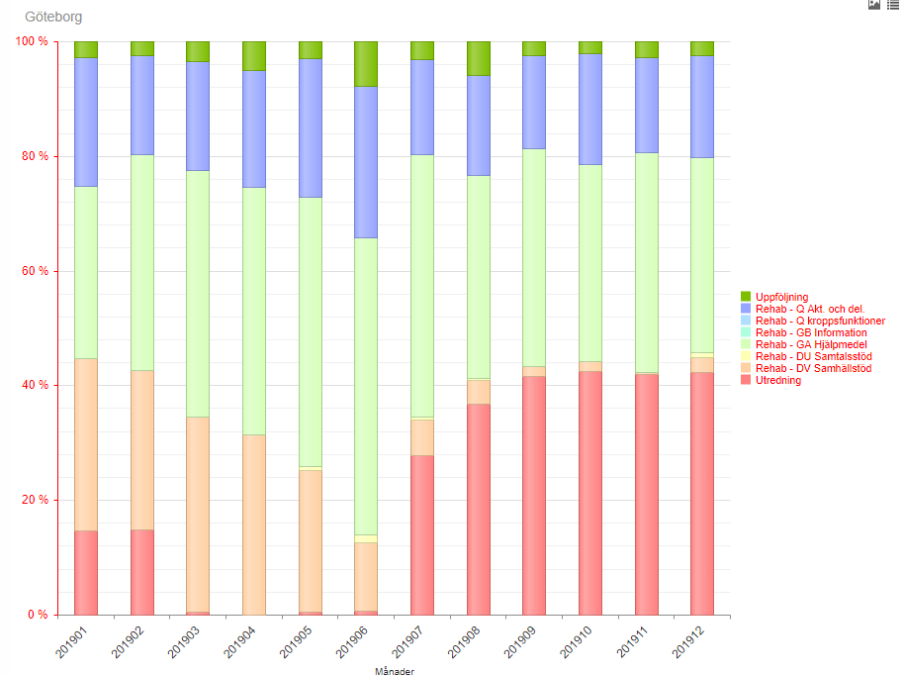
Vald(a) enter(er) - period.

Enhet(er): Göteborg

Variabler: KVÅ grupper (k)

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

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



Exempel 3: KVÅ-gruppernas fördelning.

Tack

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

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

2021-08-25

Styrgruppen för SKRS

Referenslista

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



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