



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

# ÅRSRAPPORT 2021

Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid  
Synnedsättning



# ÅRSRAPPORT FÖR 2021

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**

**Anette Strömqvist**, medicinsk sekreterare, Region Jämtland-Härjedalen

**Ann-Charlotte Edman**, synpedagog, Region Halland

**Emelie Lombard**, kurator, utvecklingsledare, Region Skåne

**Eva Karlström**, enhetschef, Region Stockholm

**Ewa Nielsen**, synpedagog, Region Örebro, Örebro Universitet

**Helena Backteman**, synpedagog, Region Västerbotten

**Sara Andersson** enhetschef, Västra Götalandsregionen

**Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare  
Synskadades Riksförbund, Stockholm

**Jeanette Källstrand**, medicine doktor i vårdvetenskap,  
ögonsjuksköterska/lektor, Högskolan i Halmstad

**Susanne Albrecht**, registerspecialist/ögonsjuksköterska,  
Registercentrum Syd, Region Blekinge

**Pernilla Olausson**, dataanalytiker, Registercentrum Syd, Region Skåne

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

Kontakt [Fanny.F.Petersson@regionhalland.se](mailto:Fanny.F.Petersson@regionhalland.se)

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





# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Sammanfattning</b>	<b>7</b>
<b>Rehabilitering vid synnedläggning</b>	<b>10</b>
<b>Styrgrupp</b>	<b>13</b>
<b>Antalet registreringar</b>	<b>14</b>
<b>Anslutningsgrad – deltagande enheter</b>	<b>16</b>
<b>Täckningsgrad</b>	<b>18</b>
<b>Demografi</b>	<b>19</b>
<b>Grad av synnedläggning</b>	<b>24</b>
<b>Diagnoser vid synnedläggning</b>	<b>27</b>
<b>Åtgärder och insatser vid rehabilitering</b>	<b>29</b>
<b>Användning av bedömningsinstrument</b>	<b>33</b>
<b>Andel upprättade IRP</b>	<b>37</b>
<b>Väntetid från remiss till första besök</b>	<b>40</b>
<b>Rehabiliteringstid</b>	<b>50</b>
<b>Effektmått (sex kliniker)</b>	<b>57</b>
<b>Dashboard - online data</b>	<b>59</b>
<b>Visualisering</b>	<b>61</b>
<b>Tack till deltagande synverksamheter</b>	<b>63</b>
<b>Referenslista</b>	<b>64</b>



# SAMMANFATTNING

## Svenskt Kvalitetsregister för Rehabilitering vid Synnedsättning (SKRS)

Syftet med SKRS är att öka kunskapen om rehabiliteringsåtgärder och dess effekter för att uppnå en likvärdig synrehabilitering i Sverige. Syftet är också att utveckla process- och resultatmått efter relevanta evidensbaserade åtgärder samt utgöra underlag för verksamhetsutveckling, kliniskt förbättringsarbete och forskning.

Genom att identifiera remisskriterier, åtgärder, metoder, ledtider och insatsernas effekt vill SKRS säkerställa att "Rätt patient får rätt behandling i rätt tid av rätt behandlare". Därigenom kan den beprövade erfarenheten granskas och leda till att evidens tillämpas som underlag vid diskussioner och beslut om vilka rehabiliterande åtgärder som gör störst nytta och vad som ska prioriteras.

Förväntningarna är en nationell samsyn och verksamhetsutveckling mot en holistisk, jämlik, evidensbaserad, tillgänglig och effektiv synrehabilitering.

### Nuläge

I dagsläget har SKRS uppnått certifieringsgrad 3. För närvarande är **27 enheter**, fördelade på **21 regioner**, registrerade användare av SKRS. Det innebär att från 2021 deltar samtliga regioner i SKRS.

Statistiken i årsrapporten är räknad på data från 2016 till 2021 när det gäller antalet registreringar och 2017-2021 gällande övrig presentation av data över tid. I övrigt presenteras i årsrapporten data för 2021. Sedan starten har det gjorts **43 881** registreringar i SKRS.

Anslutningsgraden är hög, dock är styrgruppen medveten om att önskvärd täckningsgrad ännu inte är helt uppnådd. Arbetet med att förbättra täckningsgraden har prioriterats högt i styrgruppen och kommer så göras även framöver i samverkan med synenhetscheferna i Sverige. I årsrapport 2021 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.

Parallellt med SKRS arbete pågår inom synverksamheterna ett arbete med att ta 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 har styrgruppen haft fokus på **framtagande av valideringsplan**.

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**

I SKRS registreras 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 synnedläggelse) och ett samarbete med SKRS har inletts. Tre personer med kunskap om synrehabilitering har inkluderats i styrgruppen; Helena Backteman (synpedagog barn och ungdomar), Kristina Tornqvist (ögonläkare, PhD) och Ulrika Kjellström (ögonläkare, PhD).

### **Kompetens forskning och vetenskap**

De nya styrgruppsmedlemmarna har tillika forskningskompetens inom oftalmologi och synrehabilitering.

### **Pandemins påverkan (Covid 19)**

Pandemin har fortsatt påverkat verksamheterna. Besök såsom kartläggning och till en del uppföljningsbesök har utförts via distansbesök, telefon eller video. Detta kommer sannolikt att fortsätta efter pandemin, där det är en vinst för patienter, som slipper att åka långt för ett besök. 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

Under året har ett arbete genomförts med att skapa kvalitetsindikatorer för SKRS. Arbetsgruppen har använt den handbok som sammanställts av Socialstyrelsen; "Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Indikatorn har kartlagts, bedömts och prövats utifrån följande sex kriterier; riktning, relevans, validitet, vedertagen, påverkbar och mätbar.

- **Tillgänglighet - Väntetid till rehabilitering**
- **Upprättande av rehabiliteringsplan för alla**
- **Upplevd effekt av rehabilitering "Mäta effekter" olika målområden ICF**

För de första två indikatorerna är utfallet att de uppfyller kraven för en god indikator. För indikator tre, *upplevd effekt av rehabilitering*, så bör validiteten prövas samt att den är kunskapsbaserat och vedertagen på nationellt plan.

Tillgänglighet -  
Väntetid till rehabilitering

Upprättande av rehabiliteringsplan för alla

Upplevd effekt av rehabilitering "Mäta effekter" olika målområden ICF

Under arbetet gavs förslag på flera indikatorer som styrgruppen kommer att arbeta vidare med.

- Uppföljning (avslutande) av IHP/IRP
- Tillgänglighet till IHP/IRP för brukare ur perspektivet patientmedverkan. Det kräver utveckling av ny variabel i SKRS eller att den vetskapen kan fångas ur annan datakälla.

# REHABILITERING VID SYNNEDESÄTTNING

## Bakgrund

### Rehabilitering vid synnedläggelse

En person med synnedläggelse kan behöva stöd, i form av strategier, hjälpmedel eller psykosocialt stöd för att klara det dagliga livet.

”Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.” (Socialstyrelsen).

Vid synverksamheten finns specifik kunskap om funktionsnedläggelsen 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 resultatmål 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 Skåne och Gotland börjat att mäta effektmått och använda bedömningsmallen. Se vidare i kapitel om effektmått. Därefter ska bedömningsmallen valideras och en implementering ska ske i hela landet.

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

Lärande och tillämpa kunskap  
Allmänna uppgifter och krav  
Kommunikation  
Förflyttning  
Personlig vård  
Hemliv  
Mellanmänskliga interaktioner och relationer  
Viktiga livsområden  
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

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

*Gradering av svårighet (enligt ICF-skala):*

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

## **Framtidsplaner**

### **Handlingsplan 2022–2023**

- Onlineåterkoppling av relevant information till registrets användare på webbplats för SKRS, genom utvecklare på RC Syd.,
- Rekrytera till kompetens inom statistik och forskning & vetenskap till styrgruppen, samt verka för att registret används aktivt för forskning.
- Färdigställa plan för hur data ska valideras
- Fortsatt mäta och utveckla täckningsgraden
- Utveckling av flera mått och målvärden 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
- Fortsatt utveckling av visualisering i SKRS steg

Utöver handlingsplanen finns det behov av tillgänglighetsanpassning i SKRS. I arbetet med att mäta effekter följer SKRS patientrapporterade mått PROM (Patient Reported Outcome Measures).

## SKRS STYRGRUPP

Styrgruppen är tvärprofessionellt utformad inom synrehabiliteringsverksamhet och geografiskt spridd över landet. Under utvecklingen av SKRS har två patientföreträdare från Synskadades Riksförbund (SRF) varit aktiva. Under 2021 har Mikael Ståhl från SRF varit patientföreträdare.

Under 2021 har styrgruppen planerat för att inkludera barn- och ungdomar i SKRS, vilket gjort att styrgruppen förstärkts med Helena Backteman, synpedagog, som arbetar med barn- och ungdomar.

**Ulrika Kjellström och Kristina Tornqvist**, båda ögonläkare med erfarenhet av habilitering/rehabilitering av synnedläggelse, har inkluderats i styrgruppen från 2022.

### Registerhållare

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

### Styrgrupp

**Anette Strömqvist**, medicinsk sekreterare, Region Jämtland-Härjedalen (from april)

**Ann-Charlotte Edman**, synpedagog, Region Halland

**Emelie Lombard**, kurator, utvecklingsledare, Region Skåne

**Eva Karlström**, enhetschef, Region Stockholm

**Ewa Nielsen**, synpedagog, Region Örebro, Örebro Universitet

**Helena Backteman**, synpedagog, Region Västerbotten (f r o m augusti)

**Sara Andersson**, enhetschef, Västra Götalandsregionen

**Mikael Ståhl**, patientföreträdare, utredare/handläggare  
Synskadades Riksförbund, Stockholm

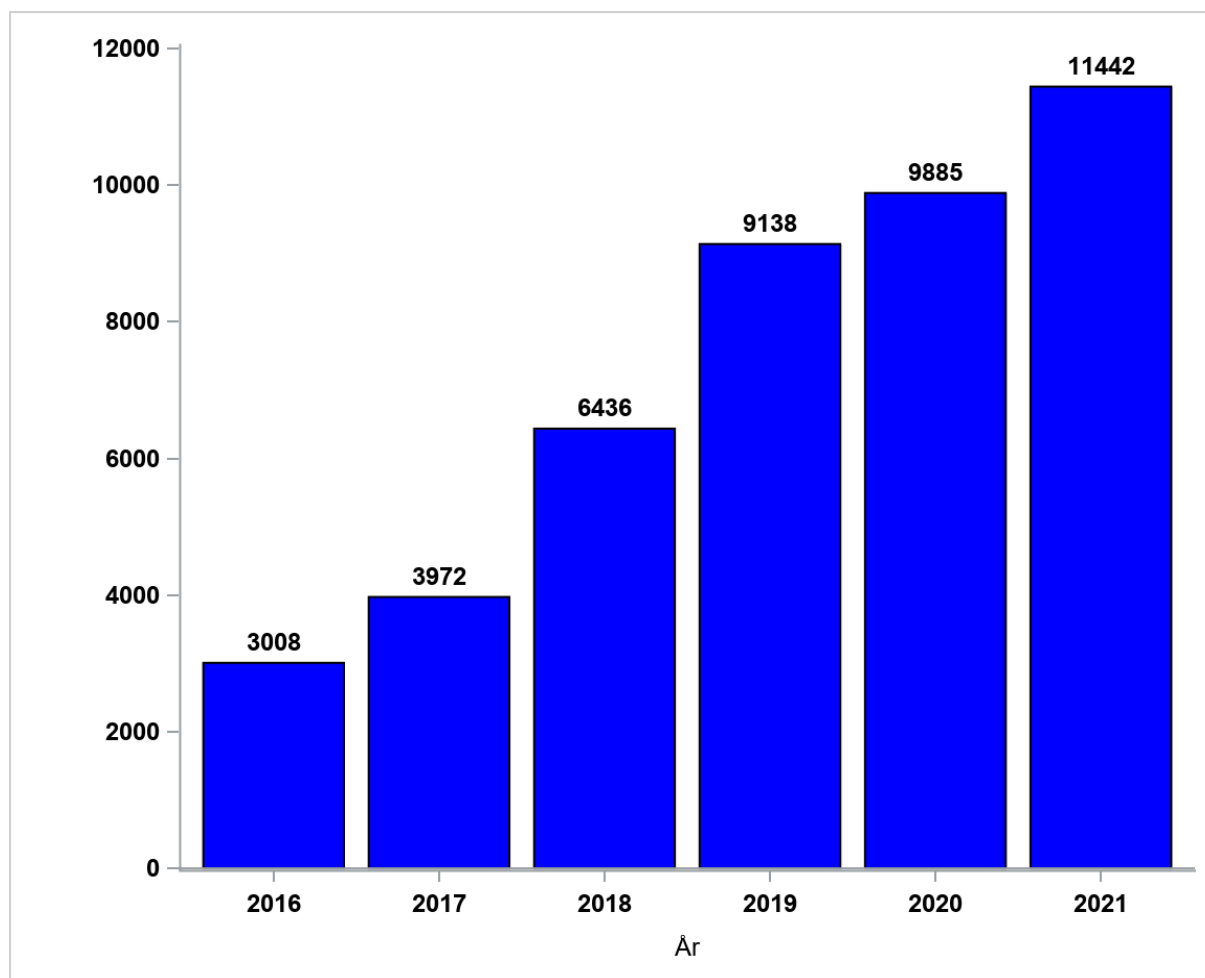
**Jeanette Källstrand**, medicine doktor i vårdvetenskap,  
ögonsjuksköterska/lektor, Högskolan i Halmstad (t o m april)

**Susanne Albrecht**, registerspecialist, ögonsjuksköterska, projekt- och  
utvecklingsledare, Registercentrum Syd, Region Blekinge (adjungerad).

## ANTALET REGISTRERINGAR

SKRS startade som registerkandidat i oktober 2015. I figur 1 ses utvecklingen i antal registreringar i SKRS till och med 2021-12-31. Det sammanlagda antalet registreringar uppgår till 43 881. 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 2016-2021. Registeruttag 2022-04-28.



### ***Kommentar***

Antalet registreringar i SKRS har utvecklats stadigt uppåt sedan starten i oktober 2015. Färre registreringar kan noteras vid starten av pandemin, vilket tolkas som en avvaktande hållning till synrehabiliterande besök i hälso- och sjukvården. Även om pandemin fortgått under verksamhetsåret 2021 har antalet registreringar ökat återigen, vilket talar för att ett stort antal besök konverterats till telefon- och digitala besök.

Tabell 1. Antal registreringar per region i SKRS 2016–2020.  
 Registeruttag gjort 2022-04-28.

Region	Besöksår						Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
<b>Blekinge</b>	108	155	242	264	262	301	1332
<b>Dalarna</b>	0	0	112	188	198	163	661
<b>Gotland</b>	63	98	91	84	123	130	589
<b>Gävleborg</b>	3	12	143	436	328	401	1323
<b>Halland</b>	402	349	435	510	500	372	2568
<b>Jämtland</b>	197	170	123	225	80	124	919
<b>Jönköping</b>	221	346	213	290	407	391	1868
<b>Kalmar</b>	59	184	217	259	270	212	1201
<b>Kronoberg</b>	0	0	147	167	102	191	607
<b>Norrbottn</b>	66	74	180	257	252	231	1060
<b>Skåne</b>	74	266	972	945	1493	1648	5398
<b>Stockholm</b>	162	244	310	847	1515	2051	5129
<b>Södermanland</b>	1	126	241	321	281	366	1336
<b>Uppsala</b>	0	0	0	0	0	9	9
<b>Värmland</b>	23	121	485	512	374	495	2010
<b>Västerbotten</b>	246	253	268	243	325	341	1676
<b>Västernorrland</b>	94	65	56	391	432	454	1492
<b>Västmanland</b>	47	191	289	248	239	290	1304
<b>Västra Götaland</b>	1241	1213	1275	2475	2161	2515	10880
<b>Örebro</b>	1	105	363	209	137	269	1084
<b>Östergötland</b>	0	0	274	267	406	488	1435
<b>Total</b>	3008	3972	6436	9138	9885	11442	43881

*Kommentar*

Under första året 2015 gjordes 711 registreringar, vilket har inkluderats i totalsumman 43 881.

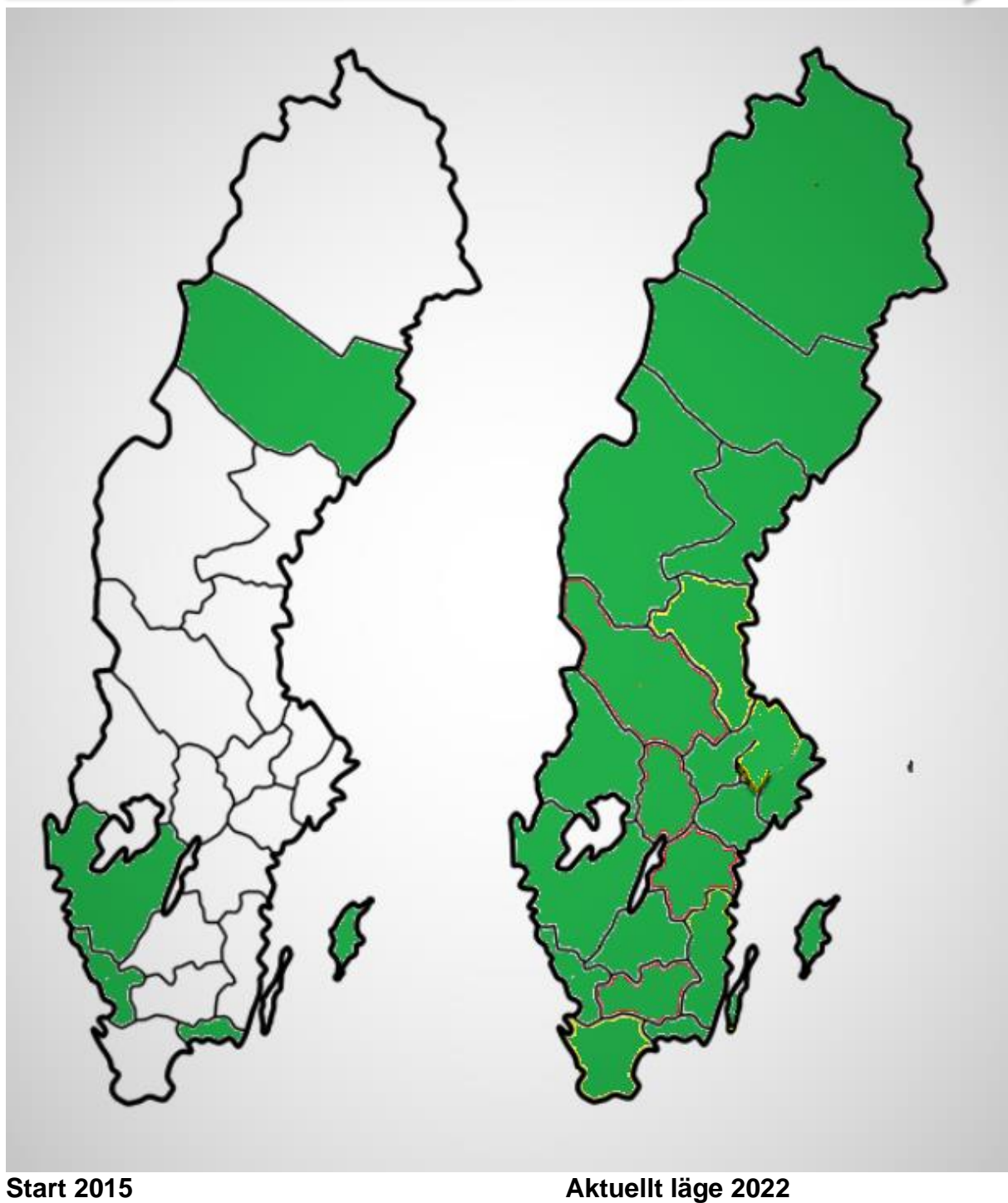
# ANSLUTNINGSGRAD- DELTAGANDE SYNVERKSAMHETER

I dagsläget finns det 27 registrerande enheter i SKRS. Samtliga enheter/regioner i Sverige har varit anslutna till SKRS. Uppsala startade registrera under hösten 2021.

Blekinge  
Dalarna  
Gotland  
Gävleborg  
Halland  
Jämtland-Härjedalen  
    Östersund  
Jönköping  
Kalmar  
    Kalmar  
    Västervik  
Kronoberg  
    Växjö  
Norrbotten  
    Luleå  
Skåne  
Stockholm  
Sörmland  
Värmland  
    Karlstad  
Västerbotten  
    Lycksele  
    Skellefteå  
    Umeå  
Västernorrland  
    Sundsvall  
Västmanland  
    Västerås  
Västra Götaland  
    Borås  
    Göteborg  
    Skövde  
    Vänersborg  
Uppsala  
Örebro  
Östergötland  
    Linköping

## *Kommentar*

Antalet registreringar i SKRS har ökat sedan starten. Styrgruppen arbetar vidare med att förbättra täckningsgraden i de olika regionerna. Uppsala har anslutit från 2021.



Figur 2. Anslutningsgrad i SKRS. Kartan till vänster visar vilka landsting som deltog i pilotregistrering 2015 och till höger visas anslutningsgraden i maj 2022. 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

18

Styrgruppen har sedan 2019 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 PAR och styrgruppen har behövt hitta en annan metod.

Initialt krävs en remiss från ögonläkare för att få stöd från synverksamheterna i Sverige. När den första rehabiliteringsperioden avslutas kan patienten sedan återkomma genom en remiss eller en egen vårdbegäran. Styrgruppen har valt att använda antalet remisser/egen vårdbegäran som underlag för att räkna ut täckningsgraden. Uppgifterna hämtas från regionernas patientadministrativa system och/eller manuella rutiner.

Sedan våren 2021 har helårsmätning genomförts. Regionerna har lämnat uppgifter om remisser/egen vårdbegäran som jämförts med antalet registreringar i SKRS med remissdatum under samma period.

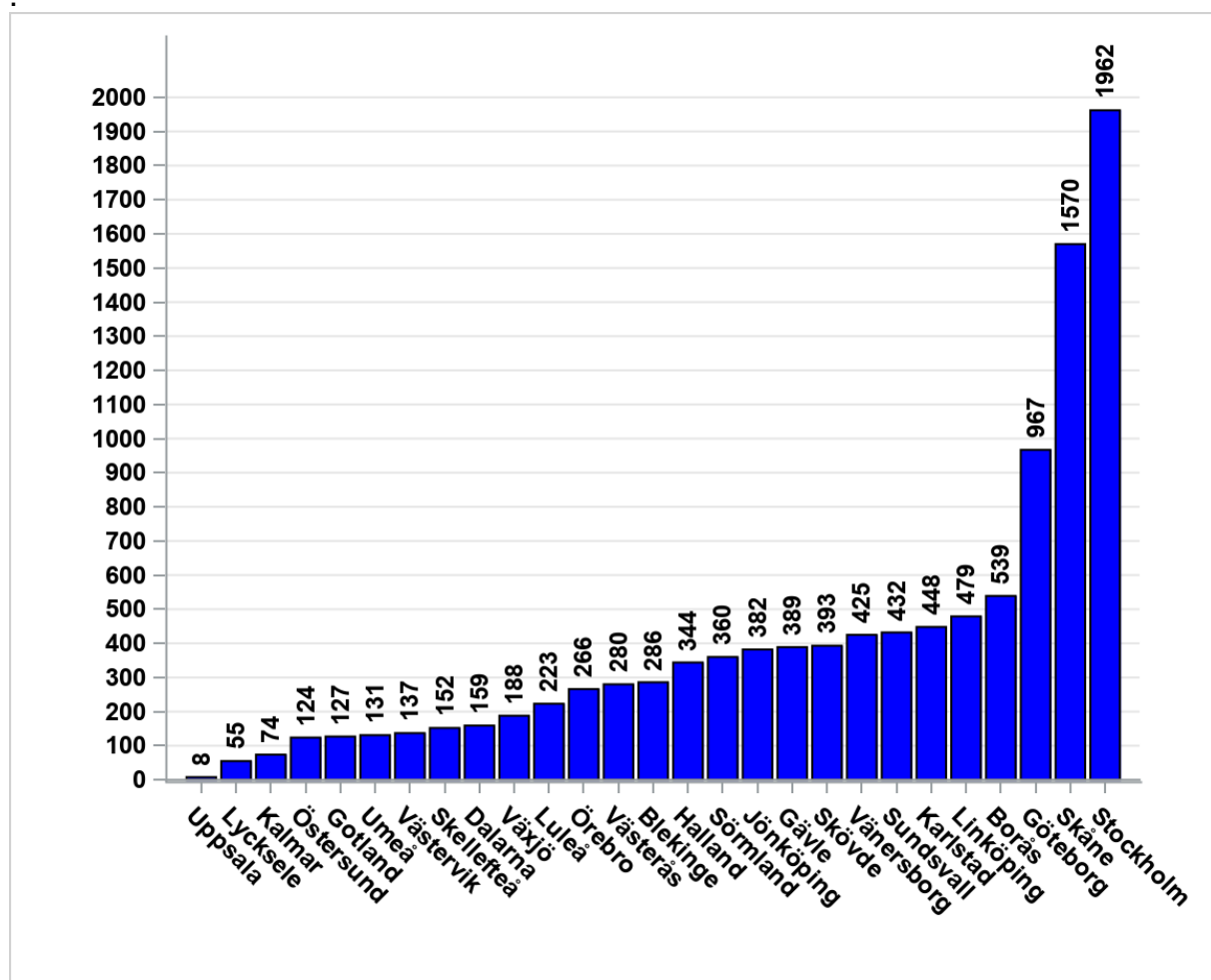
Av totalt 21 regioner deltar nu samtliga i SKRS. 21 regioner har lämnat uppgifter om antal remisser, och 15/21 regioner har lämnat uppgift om egen vårdbegäran under jan-december 2021. Täckningsgraden nationellt är 71% för de 15 regioner som lämnat in fullständiga uppgifter. Det innebär en stor förbättring jämfört med den första pilotmätningen.

Flera regioner har arbetat fram lokala rutiner för att kunna ta fram uppgifter om remisser/egen vårdbegäran. Styrgruppen har fört diskussioner i synchefgruppen om hur täckningsgraden i SKRS kan öka, vilket stöd som behövs. Under användarmötet har kontaktpersonerna arbetat i workshops och diskuterat rutiner och Styrgruppens arbete fortsätter för att öka Täckningsgraden i registret. Återkoppling per region kommer att ges av styrgruppen.

# DEMOGRAFI

Registret registrerar vuxna patienter från 20 år som är i behov av synrehabiliterande insatser. Målet är att utveckla registret till att omfatta även barn- och ungdomar. Statistiken som följer i årsrapporten är räknad på ett datauttag från 2022-04-28.

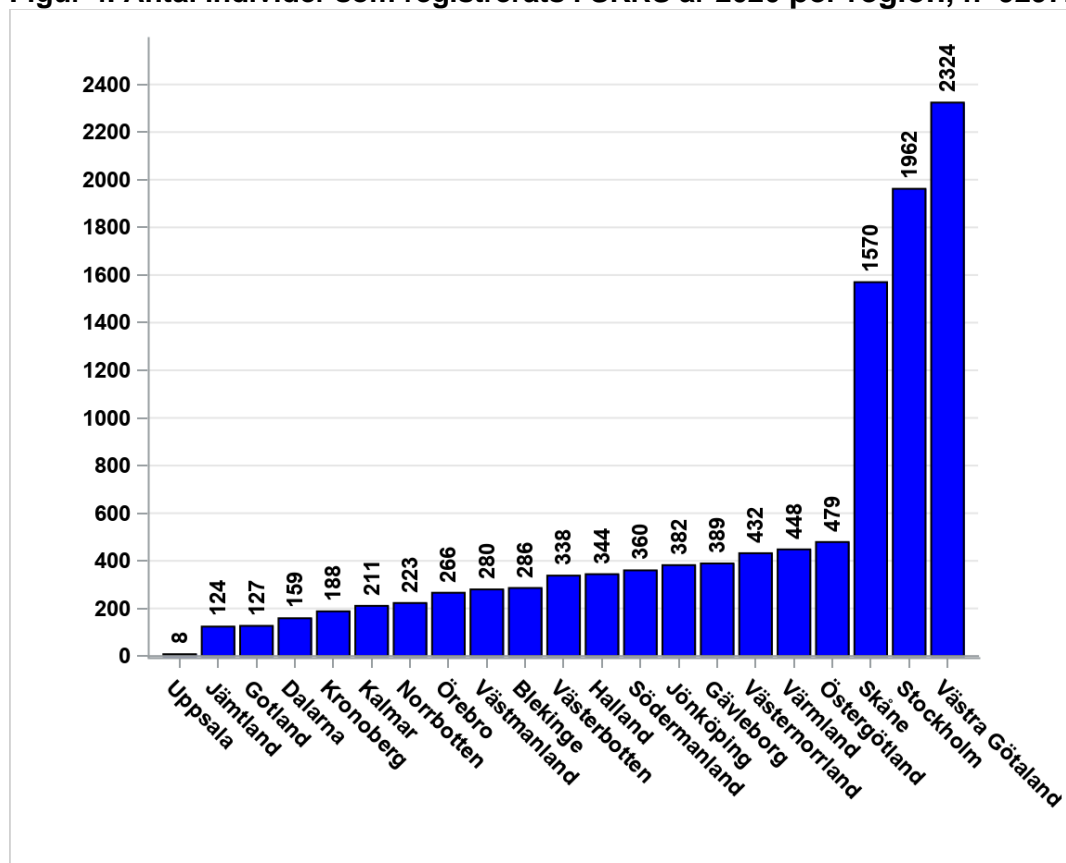
Figur 3. Antal individer som registrerats i SKRS år 2021 per enhet, n=9277. Registeruttag 2022-04-28.



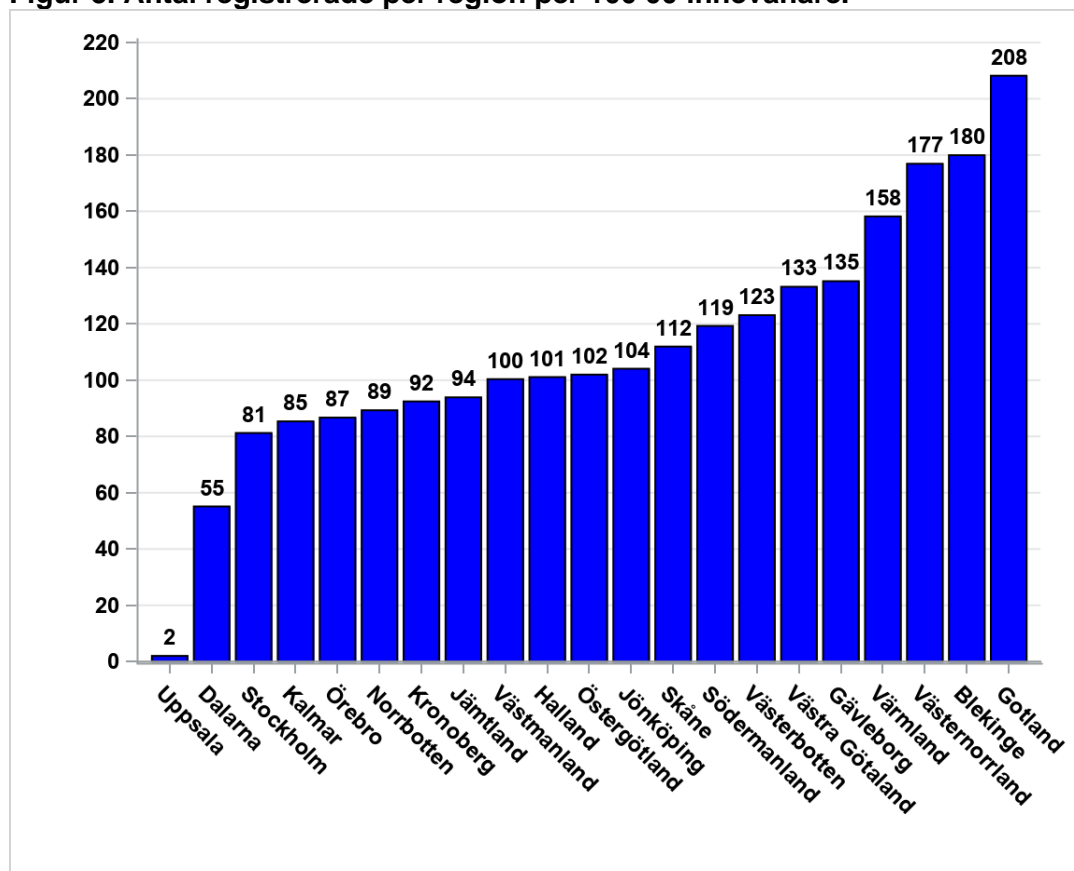
**Tabell 2. Antal individer som registrerats i SKRS år 2021 per enhet.**

Kliniknamn	År
	2021
	Antal
Blekinge	286
Borås	539
Dalarna	159
Gotland	127
Gävle	389
Göteborg	967
Halland	344
Jönköping	382
Kalmar	74
Karlstad	448
Linköping	479
Luleå	223
Lycksele	55
Skellefteå	152
Skåne	1570
Skövde	393
Stockholm	1962
Sundsvall	432
Sörmland	360
Umeå	131
Uppsala	8
Vänersborg	425
Västervik	137
Västerås	280
Växjö	188
Örebro	266
Östersund	124
Alla	10900

Figur 4. Antal individer som registrerats i SKRS år 2020 per region, n=9297.



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



**Kommentar**

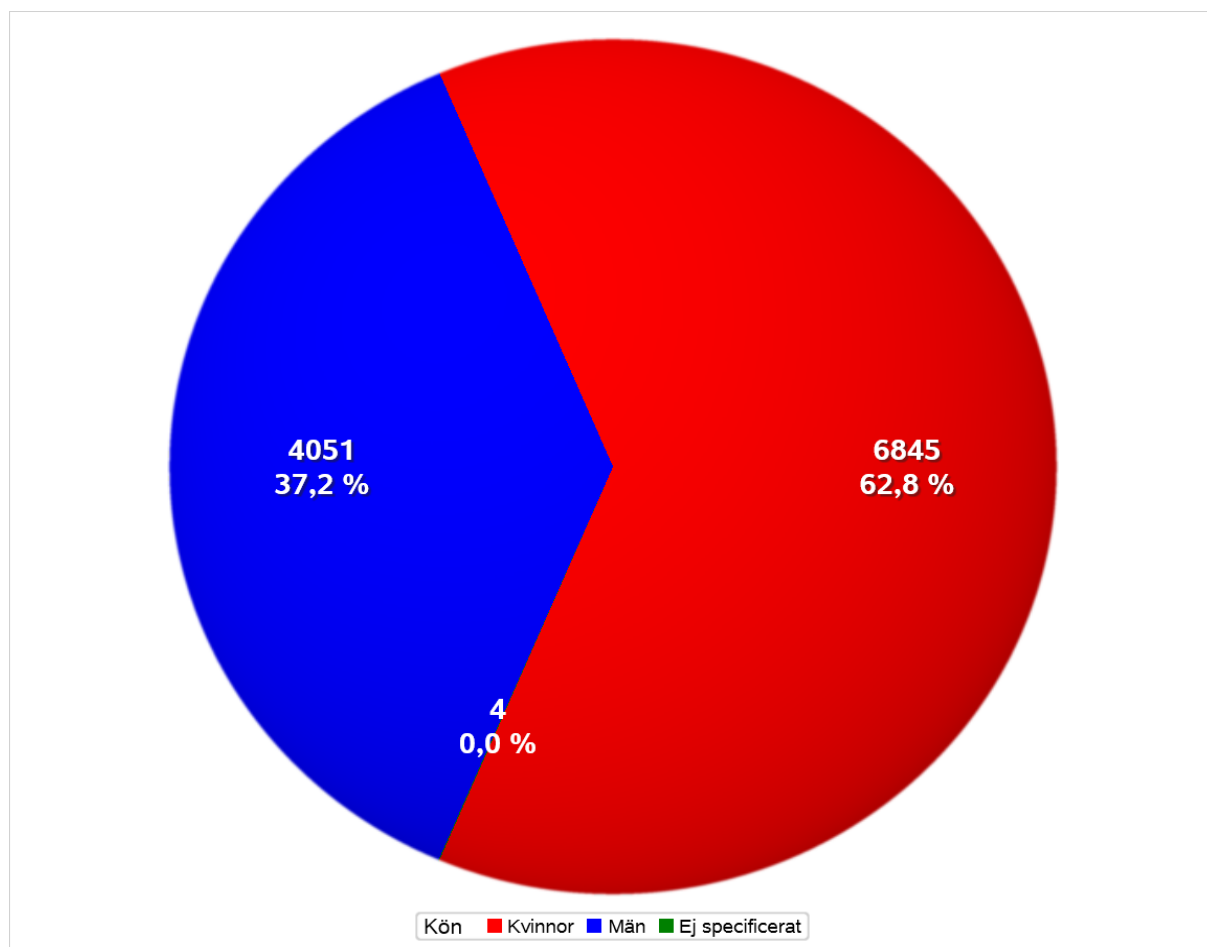
SKRS startade i oktober 2015 med Region Halland, Västra Götaland, Blekinge och Gotland som pilotkliniker. Flertalet andra regioner har kommit i gång utmärkt med registreringen. Stockholm har genomgått en organisationsförändring och privatisering av verksamheten, vilket initialt ledde till mindre registreringar. Under hösten 2021 har Uppsala startat registrera i SKRS.

Medelåldern var 77 år vid kartlägningsbesöket (2021). För kvinnor ligger medelåldern något högre än för män, se tabell 3. Medianen är 82 år. Äldsta person som förekommer i registret är en kvinna på 108 år.

**Tabell 3. Deskriptiv statistik över ålder i SKRS 2021. Registeruttag 2022-04-28.**

Kön	Ålder				
	n	Medel	Minimum	Median	Maximum
<b>Kvinnor</b>	6845	79	7	83	108
<b>Män</b>	4051	75	12	80	105
<b>Ej specificerat</b>	4	65	48	66	81
<b>Total</b>	10900	77	7	82	108

Figur 6. Könsfördelning för de som har registrerats i SKRS 2021.



**Kommentar**

Könsfördelningen i SKRS var 62,8 % kvinnor (2021), vilket i stort sett ligger på oförändrad nivå jämfört med tidigare år.

Bland flertalet ögonsjukdomar är kvinnor dominerade vilket också visar sig i SKRS. Vid gråstarrskirurgi och våt makuladegeneration var kvinnor dominerande.

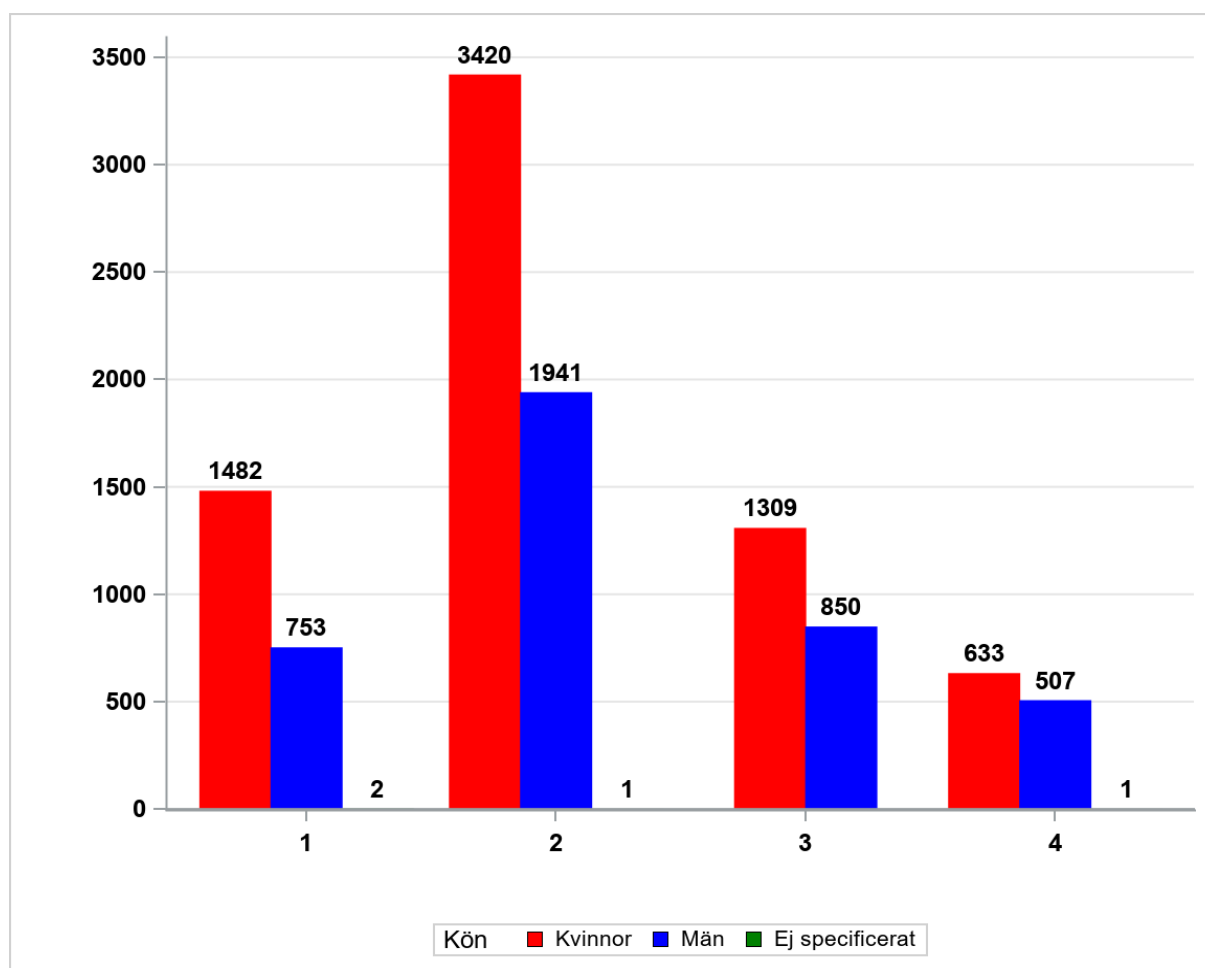
Exempelvis i Svenska Makularegistret var könsfördelningen 64 % kvinnor och 36 % män (2021) och i Nationella Kataraktregistrets 57,3 % kvinnor och 42,7 % män (2021).

# GRAD AV SYNNEDESÄTTNING

Gradering av synnedsättning, enligt WHO:s definition, görs i SKRS. Det fjärde alternativet, blindhet, innehåller i WHO:s originalutförande tre graderingar, vilket i SKRS har slagits samman till ett alternativ som här benämns blindhet. Följande alternativ finns valbara i registret

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

Figur 7. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition, år 2021.  
Registeruttag 2022-04-28.



## Kommentar

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

### Syngradering och synskärpa

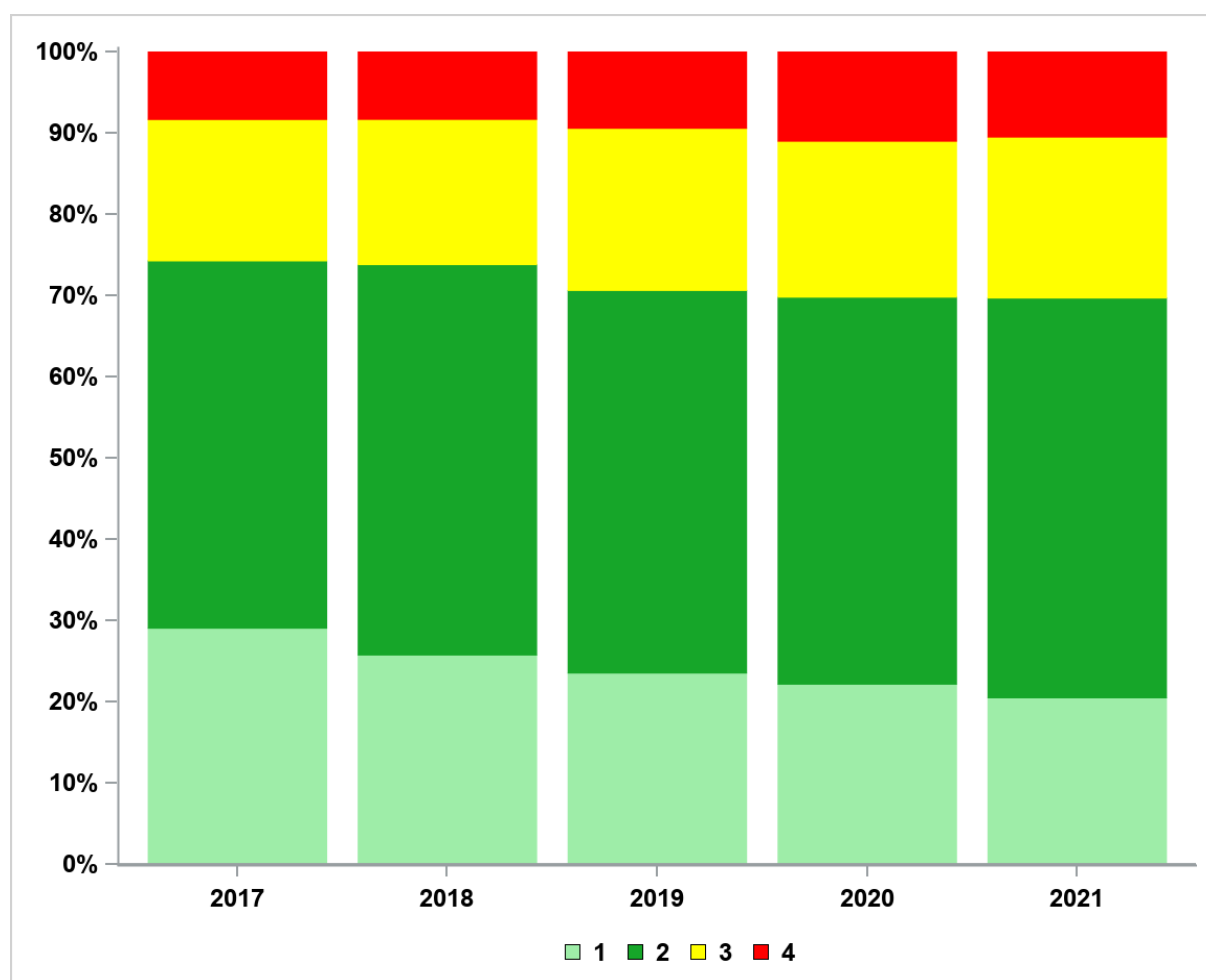
Alternativ 1: Lindrig synnedsättning motsvarar synskärpa 0,3 (lika med eller bättre än).

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 2017–2021. Registeruttag 2022-04-28.**



### Kommentar

Syngraderingens fördelning mellan de fyra alternativen ligger i stort sett oförändrat mellan 2017–2021. Flest patienter hamnar i gruppen "måttlig synnedsättning". En minskning av andelen med lindrig synnedsättning har skett över tid, från 29 % 2017 till 21% 2021. I stället har andelen med måttlig eller svår synnedsättning ökat med

fyra respektive tre procent. I kapitlet om rehabiliteringstid finns en analys gjord av sambandet mellan grad av synnedsättning och rehabiliteringstid. 26

**Tabell 4. Grad av synnedsättning enligt WHO:s definition över tid 2017-2021.**

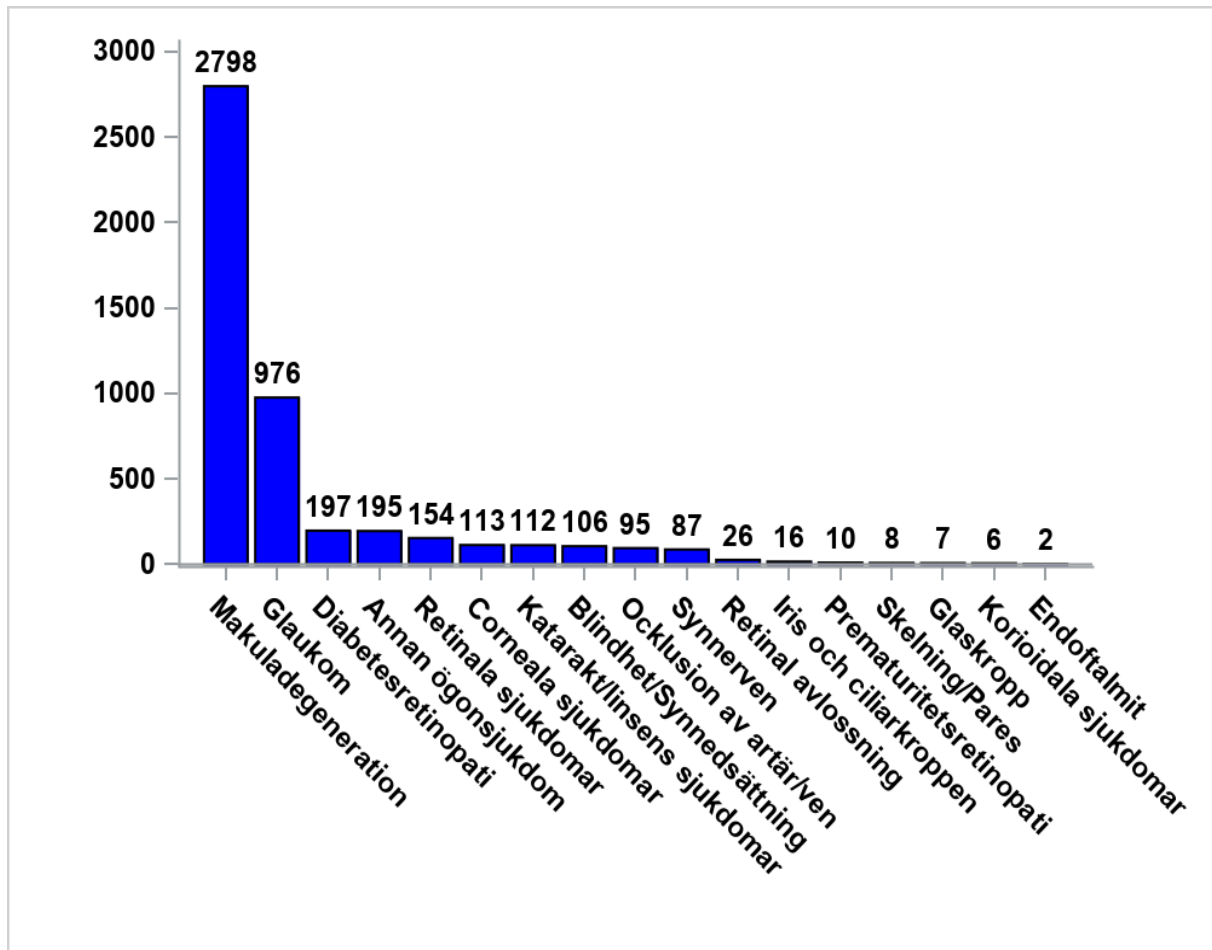
Grad av synnedsättning	År									
	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1107	29	1590	26	2044	24	2079	22	2237	21
2	1720	45	2962	48	4082	47	4460	48	5362	49
3	662	17	1102	18	1730	20	1797	19	2159	20
4	316	8	511	8	814	9	1028	11	1141	10
Alla	3805	100	6165	100	8670	100	9364	100	10899	100

Om en individ har flera mätningar för året så inkluderas den senaste gjorda mätningen för året. Endast de individer som har angett en grad av synnedsättning är inkluderade i graf och tabell.

# DIAGNOSER VID SYNNEDESÄTTNING

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

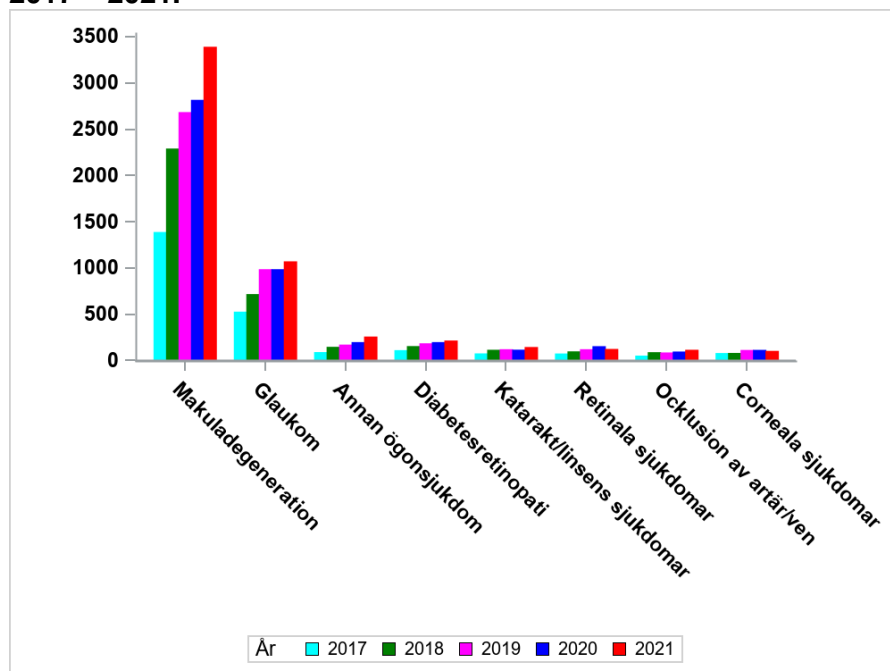
Figur 9. Fördelning över huvuddiagnoserna år 2021 (n=5696). Registeruttag 2022-04-28.



## 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 huvuddiagnoserna 2021 och förekomsten för dessa år 2017 – 2021.**



### Kommentar

Om man tittar på huvuddiagnoser över tid, 2017–2021, så ser man att de vanligast förekommande diagnoserna är makuladegeneration och glaukom. Att antalet över tid ökar är snarare en effekt av registrets tillväxt och ökade anslutningsgrad.

Huvuddiagnos är en obligatorisk variabel vid remittering och förstagångsbesök. Så kallade egenremisser/egen vårdbegäran kräver ej huvuddiagnos.

**Tabell 5. Antal för olika huvuddiagnoser 2017-2021.**

Diagnosgruppering	År				
	2017	2018	2019	2020	2021
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Makuladegeneration	1389	2291	2685	2817	3391
Glaukom	528	718	987	987	1072
Annan ögonsjukdom	91	148	172	199	259
Diabetesretinopati	112	156	186	199	216
Katarakt/linsens sjukdomar	77	116	122	117	146
Retinala sjukdomar	76	99	122	155	125
Corneala sjukdomar	81	82	114	115	104
Ocklusion av artär/ven	53	90	87	97	116
Blindhet/Synnedläggning	57	53	97	108	101
Synnerven	41	61	75	88	87
Retinal avlossning	13	20	23	27	25
Iris och ciliarkroppen	5	12	9	16	12
Glaskropp	4	16	12	7	14
Korioidala sjukdomar	7	11	11	6	9
Skelning/Pares	11	9	3	8	12
Prematuritetsretinopati	7	5	9	10	5
Endoftalmit	0	2	3	3	2
<b>Total</b>	<b>2552</b>	<b>3889</b>	<b>4717</b>	<b>4959</b>	<b>5696</b>

## ÅTGÄRDER OCH INSATSER VID REHABILITERING 29

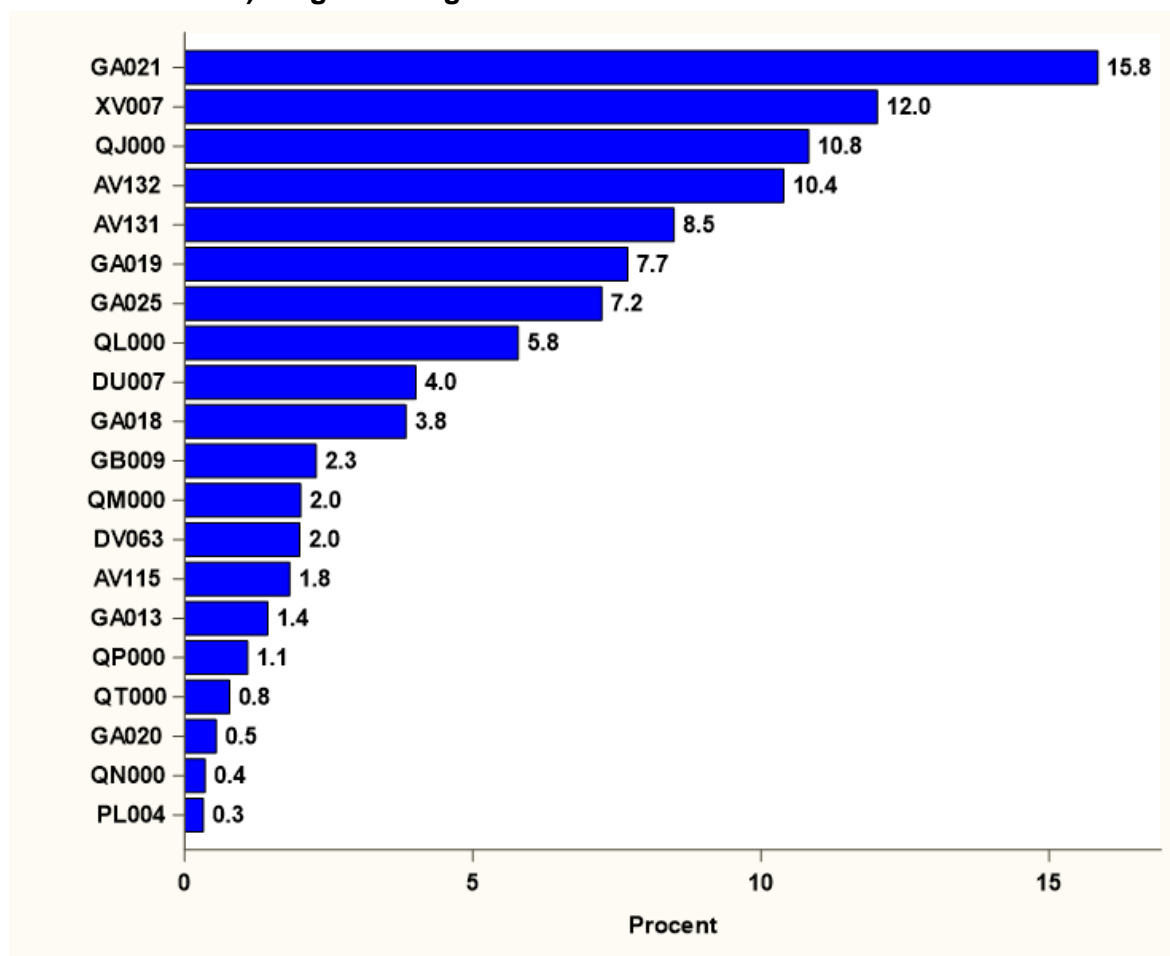
Ett tvärprofessionellt team är engagerat i rehabiliteringens olika insatser. Det handlar om insatser som ska bidra till att en person med funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt 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 6a. Summering av de KVÅ koder som används av SKRS. Koder använda under 2017–2021. Flera åtgärds-koder registreras på samma individ vid besök.**

Text	Antal	Procent
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel (Avs. optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)	29152	15.8
Uppföljning och kontroll av insatt behandling	22114	12.0
Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning	19919	10.8
Bedömning av aktivitetsförmåga	19126	10.4
Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder	15627	8.5
Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel	14146	7.7
Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel	13318	7.2
Stöd och träning i att kommunicera	10652	5.8
Stödjande samtal	7383	4.0
Utprovning och underhåll av slutet, förstorande TV-system	7064	3.8
Information och undervisning riktad till patient	4198	2.3
Behandling relaterad till förflyttning	3702	2.0
Rådgivande samtal	3670	2.0
Fördjupad kartläggning och analys av individens personliga förhållanden	3356	1.8
Utprovning och underhåll av datorhjälpmedel för synskadade	2654	1.4
Stöd och träning i hemliv	2016	1.1
Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer	1433	0.8
Tillpassning och kontroll av kontaktlins	1006	0.5
Behandling relaterad till personlig vård	655	0.4
Bedömning av att använda kommunikationsutrustning och tekniker	596	0.3
Utredning psykiska funktioner	399	0.2
Rådgivning vid arbete och sysselsättning	387	0.2
Stöd i ekonomiskt liv	296	0.2
Stöd och träning kravhantering(stress)	296	0.2
Systematisk psykologisk behandling, annan	183	0.1
Stöd och/eller träning i socialt och medborgerligt liv	177	0.1
Behandling relaterad till psykiska funktioner	140	0.1
Systematisk psykologisk behandling, KBT	62	0.0
Stöd och träning i att samspela med andra	62	0.0
Rådgivning vid studier och studieträning	57	0.0
Information/undervisning om hälsa/ohälsa	55	0.0
Behandlingsrelaterad till rörelsefunktioner	45	0.0
Mindfulness	40	0.0
Krishantering	8	0.0
Upptagning av yrkesanamnes, genomgång av ergonomiska exponeringsförhållanden	7	0.0

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 synrehabiliterings-verksamheten av de koder som används i SKRS (koder använda under 2017–2020). Registeruttag 2022-04-28.**



**Tabell 4b. Text till de 20 vanligaste KVÅ koderna (koder använda under 2017–2021 av de koder som används i SKRS).**

KVÅ kod	Text
GA021	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel(Avs. optiska prod. för synskadade förutom standardglasögon)
XV007	Uppföljning och kontroll av insatt behandling
QJ000	Stöd och träning i lärande och kunskapstillämpning
AV132	Bedömning av aktivitetsförmåga
AV131	Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
GA019	Utprovning och underhåll av synkorrigerande hjälpmedel
GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel
QL000	Stöd och träning i att kommunicera
DU007	Stödjande samtal
GA018	Utprovning och underhåll av slutet, förstorande TV-system
GB009	Information och undervisning riktad till patient
QM000	Behandling relaterad till förflyttning
DV063	Rådgivande samtal
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
QN000	Behandling relaterad till personlig vård
PL004	Bedömning av att använda kommunikationsutrustning och tekniker

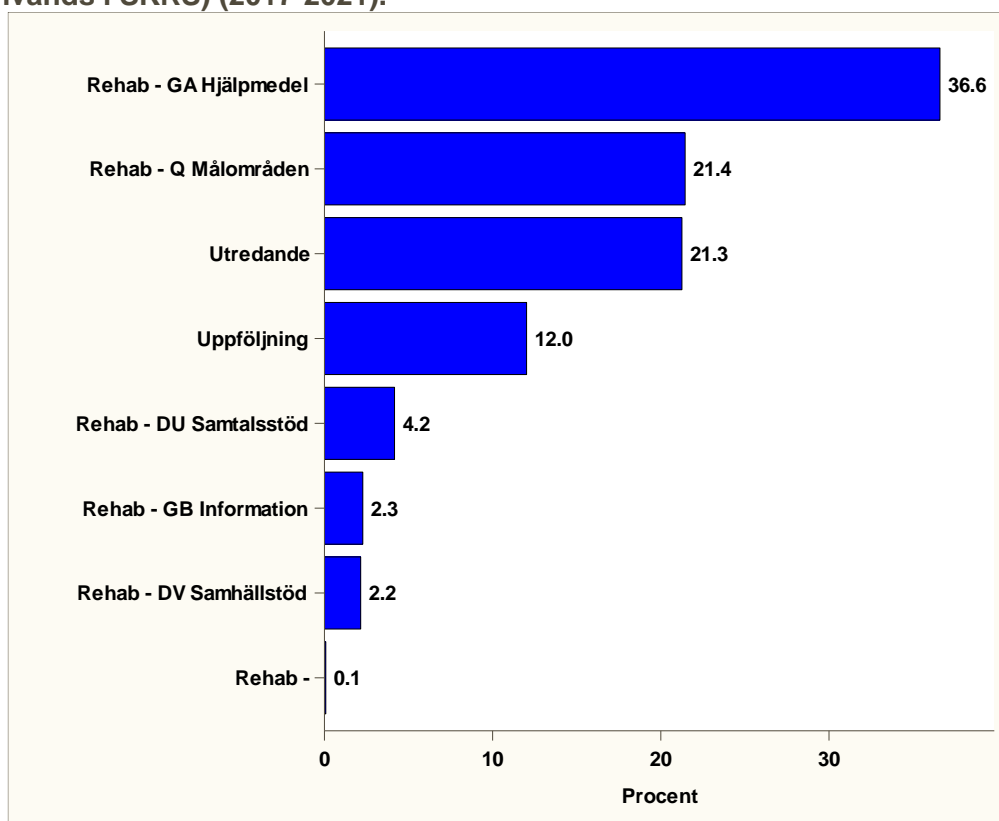
**Tabell 4c. Summering KVÅ koder som används i SKRS på gruppnivå. Koder använda under 2017–2021.**

Grupp	Antal	Procent
Rehab - GA Hjälpmedel	67340	36.6
Rehab - Q Målområden	39464	21.4
Utredande	39111	21.3
Uppföljning	22114	12.0
Rehab - DU Samtalsstöd	7668	4.2
Rehab - GB Information	4198	2.3
Rehab - DV Samhällsstöd	3966	2.2
Rehab -	140	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. SKRS har gjort en gruppering av åtgärdskoderna för att kunna se vilka koder som är kopplade till hjälpmedel, målområden, utredning och uppföljning. I figur 12 och tabell 5 redovisas fördelningen av åtgärds koder i grupperna. Flest registrerade åtgärds koder finns inom hjälpmedel, utredning, målområden och uppföljning.

Figur 12. Gruppering av åtgärds-koder vid besök inom synrehabilitering (gruppering<sup>32</sup> som används i SKRS) (2017-2021).



Tabell 5 . Summering KVÅ koder som används vid visualisering på grupp-nivå - och uppdelat per år 2017-2021.

Grupp	År										Total	
	2017		2018		2019		2020		2021			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rehab - GB Information	395	2.76	616	2.91	1216	3.33	1142	2.47	829	1.26	4198	2.28
Rehab -	0	0	18	0.08	4	0.01	73	0.16	45	0.07	140	0.08
Rehab - DU Samtalsstöd	323	2.26	811	3.83	1534	4.19	2307	4.99	2693	4.10	7668	4.17
Rehab - DV Samhällsstöd	225	1.57	537	2.53	955	2.61	1011	2.19	1238	1.88	3966	2.16
Rehab - GA Hjälpmedel	7333	51.29	10598	50.01	15065	41.20	15109	32.68	19235	29.28	67340	36.60
Rehab - Q Målområden	3901	27.28	4889	23.07	6780	18.54	8683	18.78	15211	23.15	39464	21.45
Uppföljning	1939	13.56	3068	14.48	3940	10.77	5342	11.55	7825	11.91	22114	12.02
Utredande	182	1.27	654	3.09	7075	19.35	12573	27.19	18627	28.35	39111	21.26
<b>Total</b>	<b>14298</b>	<b>100.00</b>	<b>21191</b>	<b>100.00</b>	<b>36569</b>	<b>100.00</b>	<b>46240</b>	<b>100.00</b>	<b>65703</b>	<b>100.00</b>	<b>184001</b>	<b>100.00</b>

Standardiserade bedömningsmetoder, inom hälso- och sjukvård fungerar som ett stöd i utredningsarbetet när man ska bedöma enskilda personers situation, funktion eller hjälpbehov. Användning av standardiserade bedömningsmetoder bidrar till en evidensbaserad praktik.

Att använda en standardiserad bedömningsmetod innebär att bedöma en situation, funktion eller behov med hjälp av ett vetenskapligt prövat bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Ett bedömningsinstrument kan till exempel vara en checklista med viktiga faktorer, ett formulär med frågor, en skattningsskala eller ett index.

I SKRS finns fyra validerade instrument:

- **ICF** (Internationell klassifikation av funktionstillstånd)
- **ADL-taxonomi** (syn)
- **Upplevd säkerhet**
- **COPM** (Canadian Occupational Performance Measure)

**ICF** är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF kan användas som kliniskt verktyg för att beskriva och strukturerat dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom olika områden inom vård och omsorg.

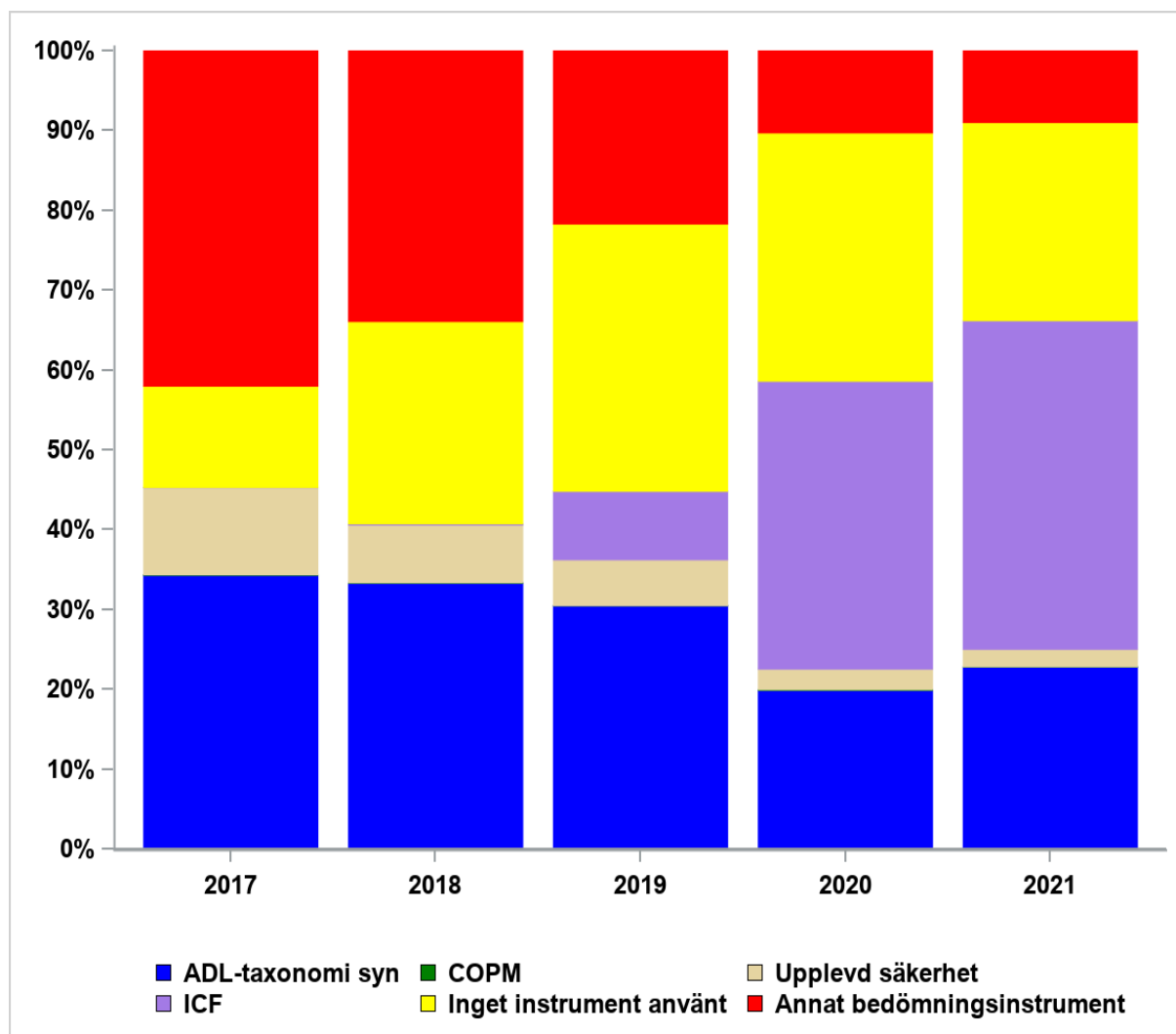
**ADL-taxomin** är ett bedömningsinstrument och en systematik för beskrivning av en persons förmåga till vardagliga aktiviteter.

**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.

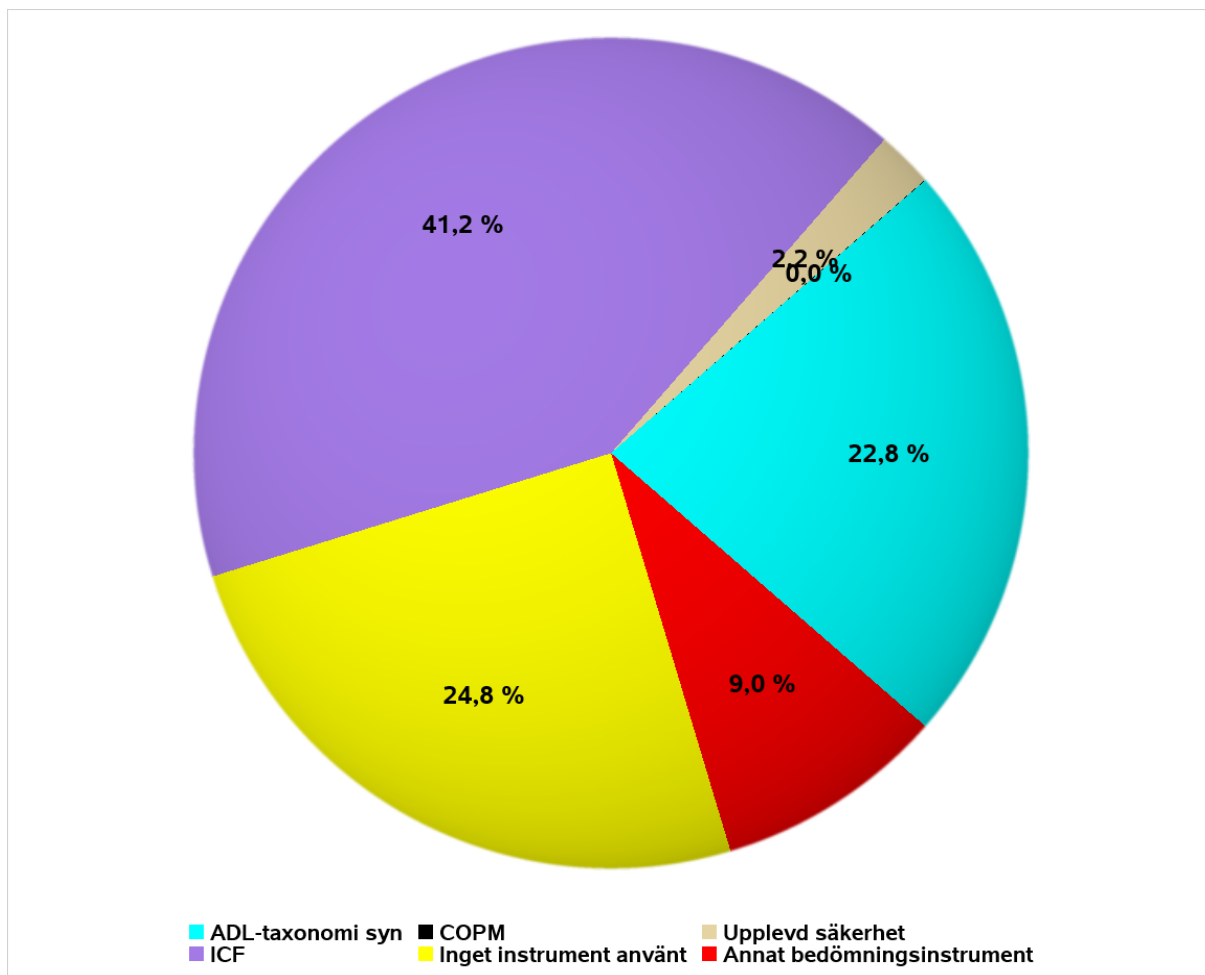
På många enheter används andra bedömningsinstrument, vilket anges under annat.

Figur 13. Användning av bedömningsinstrument över tid 2017-2021.



I SKRS fanns under 2021 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. Observationer där bedömningsinstrument saknas är exkluderade i grafen. Andelen ICF-baserade instrument ökade kraftigt under 2020 och en fortsatt ökning ses under 2021. Inget bedömningsinstrument använt finns också redovisat i diagrammet, där kan ses en liten minskning jämfört med föregående år. Men det är en fjärdedel (24,8%) som har valt detta svarsalternativ. Frågan bearbetas vidare av styrgruppen.

Figur 14. Användning av bedömningsinstrument 2021.



Tabell 6. Användning av bedömningsinstrument över tid 2017-2021.

Bedömningsinstrument	År									
	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ADL-taxonomi syn	995	34,3	1530	33,3	1924	30,5	1274	19,9	1709	22,8
COPM	2	0,1	2	0,0	1	0,0	6	0,1	1	0,0
Upplevd säkerhet	316	10,9	332	7,2	363	5,8	166	2,6	164	2,2
ICF	1	0,0	7	0,2	541	8,6	2309	36,1	3080	41,2
Inget instrument använt	368	12,7	1163	25,3	2112	33,5	1992	31,1	1857	24,8
Annat bedömningsinstrument	1217	42,0	1555	33,9	1367	21,7	657	10,3	670	9,0
Alla	2899	100,0	4589	100,0	6308	100,0	6404	100,0	7481	100,0

**Kommentar**

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

Det vanligaste validerade bedömningsinstrumentet som använts under 2021 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. 36

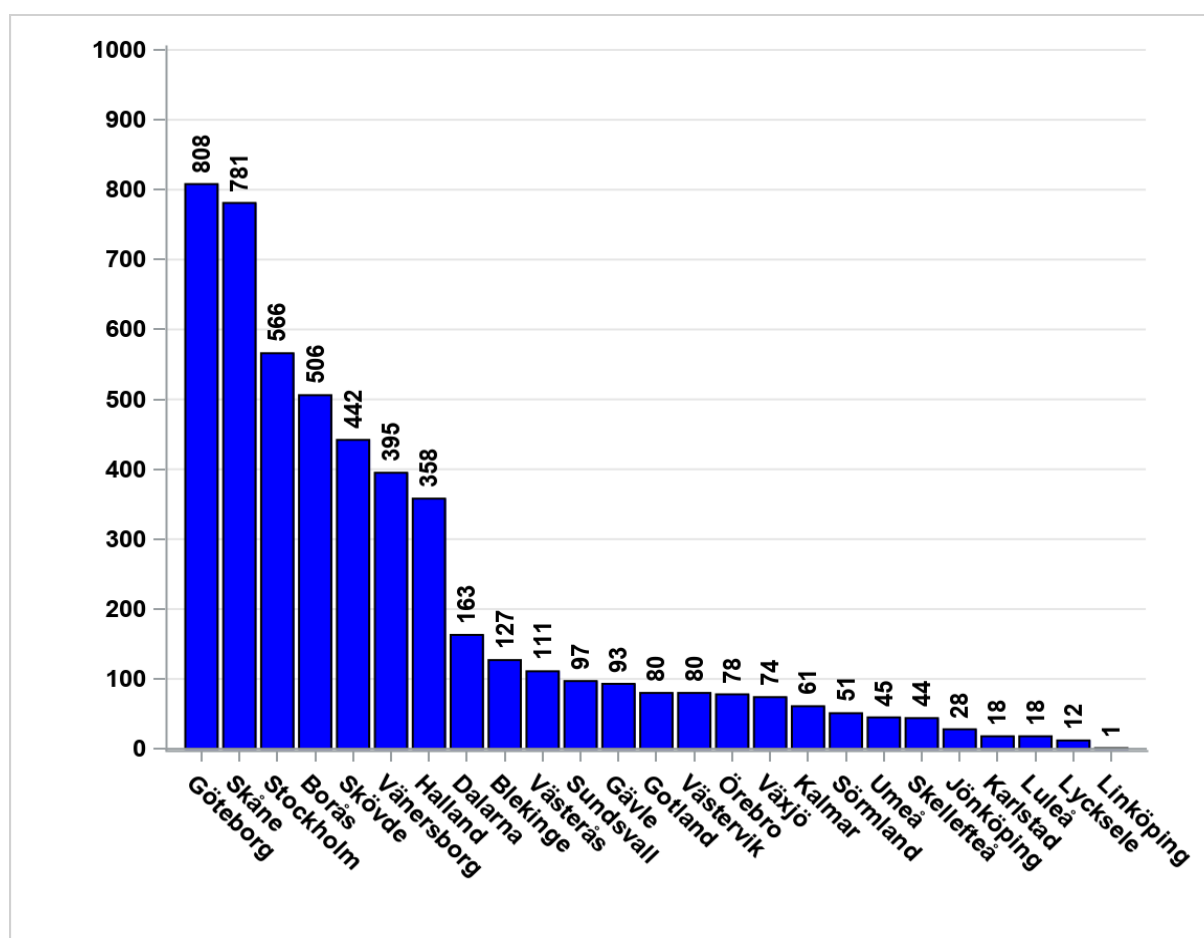
Efter inventering i SKRS av vilka bedömningsinstrument som används, är avsikten en sikta mot nationell konsensus om lämpliga validerade bedömningsinstrument. Vid analys av data har alternativet "annat" studerats närmare och det visar sig att alternativet "annat" till stor del består av ICF-baserade bedömningar. Därför har ett nytt svarsalternativ, ICF, lagts till under 2019. Generellt visar analysen att 65% av Sveriges synverksamheter använder något validerat bedömningsinstrument och resten använder andra eller inget bedömningsinstrument. Resultatet kräver vidare analys och åtgärder som bland annat görs i samband med översyn av nationell vårdprocess syn.

## ANTAL OCH ANDEL UPPRÄTTADE IRP (INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN)

I hälso- och sjukvårdslagen framgår det att verksamheten i samverkan med patienten, ska upprätta en individuell plan. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Registret följer datum för upprättad respektive avslutad plan. Syftet är att följa hur stor andel patienter som får en plan upprättad, hur stor andel som avslutas och hur lång rehabiliteringstiden är. Målet är att alla patienter (100 %) ska ha en upprättad plan.

Figur 15. Antal upprättade IRP vid besök per enhet 2021

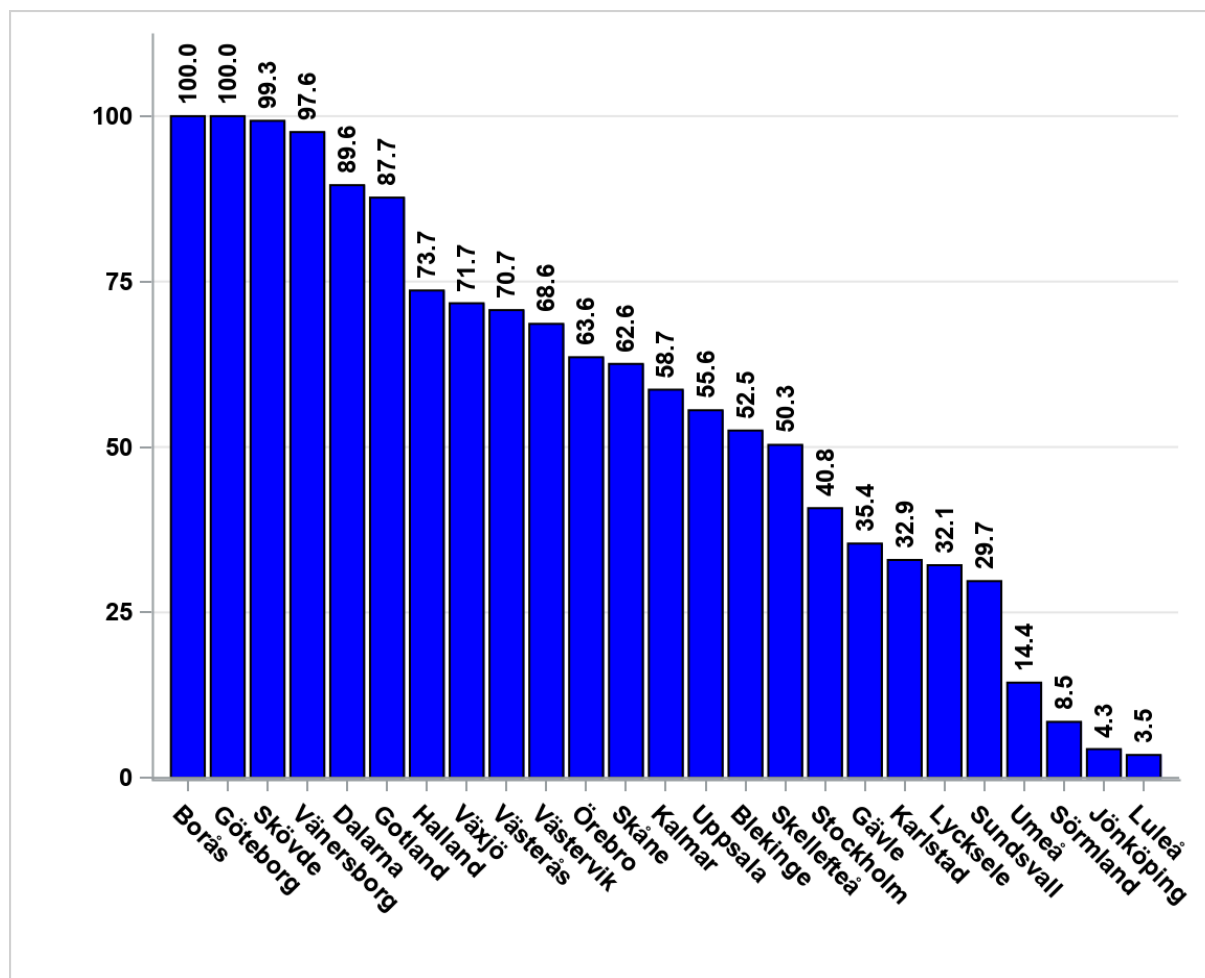


Tabell 7. Antal och andel upprättade IRP vid besök per enhet 2021.

Kliniknamn	IRP utfört				Total	
	Ja		Nej			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	158	52,5	143	47,5	301	100
Borås	578	100,0	.	.	578	100
Dalarna	146	89,6	17	10,4	163	100
Gotland	114	87,7	16	12,3	130	100
Gävle	142	35,4	259	64,6	401	100
Göteborg	1051	100,0	.	.	1051	100
Halland	274	73,7	98	26,3	372	100
Jönköping	17	4,3	374	95,7	391	100
Kalmar	44	58,7	31	41,3	75	100
Karlstad	163	32,9	332	67,1	495	100
Linköping	.	.	488	100,0	488	100
Luleå	8	3,5	223	96,5	231	100
Lycksele	18	32,1	38	67,9	56	100
Skellefteå	77	50,3	76	49,7	153	100
Skåne	1031	62,6	617	37,4	1648	100
Skövde	425	99,3	3	0,7	428	100
Stockholm	836	40,8	1215	59,2	2051	100
Sundsvall	135	29,7	319	70,3	454	100
Sörmland	31	8,5	335	91,5	366	100
Umeå	19	14,4	113	85,6	132	100
Uppsala	5	55,6	4	44,4	9	100
Vänersborg	447	97,6	11	2,4	458	100
Västervik	94	68,6	43	31,4	137	100
Västerås	205	70,7	85	29,3	290	100
Växjö	137	71,7	54	28,3	191	100
Örebro	171	63,6	98	36,4	269	100
Östersund	.	.	124	100,0	124	100
<b>Totalt</b>	<b>6326</b>	<b>55,3</b>	<b>5116</b>	<b>44,7</b>	<b>11442</b>	<b>100</b>

**Målet är:  
Individuell  
rehabiliteringsplan  
för alla  
100%**

Figur 16. Andel upprättade IRP vid besök per enhet 2021. Registeruttag gjort 2022-04-28. 39



### Kommentar

Under 2021 var det 55,3 procent av patienterna som har registrerats för att ha fått en IRP upprättad, vilket är en liten ökning från 51% 2020. Variationerna är stora mellan enheter och regioner. I samband med besök inom synverksamheten är det viktigt att formulera en plan för rehabiliteringen. En individuell rehabiliteringsplan upprättas och följs upp tillsammans med patient. I planen ska mål för behandlingen, planerade behandlingsinsatser och uppföljning av resultat dokumenteras. Rehabiliteringsplanen säkerställer patientens delaktighet och ska tydliggöra behandlingsperiod samt gränsen mellan det som genomförs som egenvård och behandlingsinsatser som kräver hälso- och sjukvårdens kompetens. Rehabiliteringsplanen är ett bra verktyg för att tydliggöra målen och insatserna samt ett sätt att konkretisera personcentrerad vård och arbetet med patientkontrakt.

I SKRS Dashboard kan varje enhet följa att IRP upprättats och avslutats.

Ett mått för kvalitet på rehabilitering är sätta ett målvärde på att 100 procent av patienterna får en individuell rehabiliteringsplan upprättad.

## VÄNTETID FRÅN REMISSDATUM TILL FÖRSTA BESÖK

Patienten remitteras från ögonklinik för synrehabiliterande insatser. Median för väntetid från remiss till första besök är 38 dagar mellan remissdatum och första besök. I tabellen visas väntetiden för hela materialet samt fördelat på kvinnor och män, där medianen ligger på 37 respektive 38 dagar. Materialet är också redovisat i åldersgrupper, se tabell 6 och figur 16. Väntetiden ökar något i de äldre åldersgrupperna.

Tabell 5. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök 2021. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket 2021 uppdelat per kön och totalt.

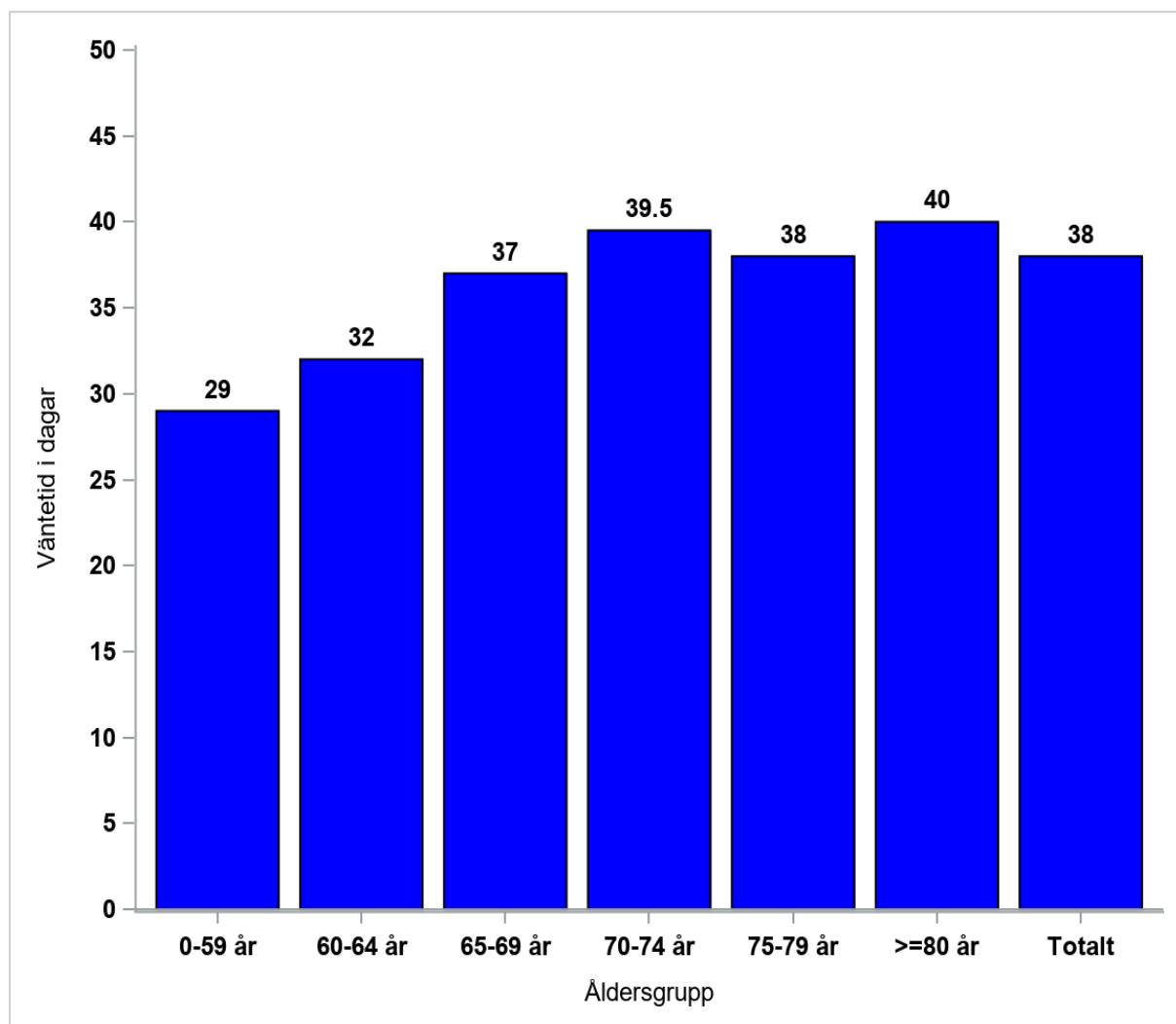
Kön	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
<b>Kvinnor</b>	6845	63,4	0	22	37	71	1842
<b>Män</b>	4051	61,3	0	21	38	71	1548
<b>Ej specificerat</b>	4	65,8	26	27	65	105	107
<b>Total</b>	10900	62,6	0	22	38	71	1842

Tabell 6. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2021. Tid från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per åldersgrupp och totalt.

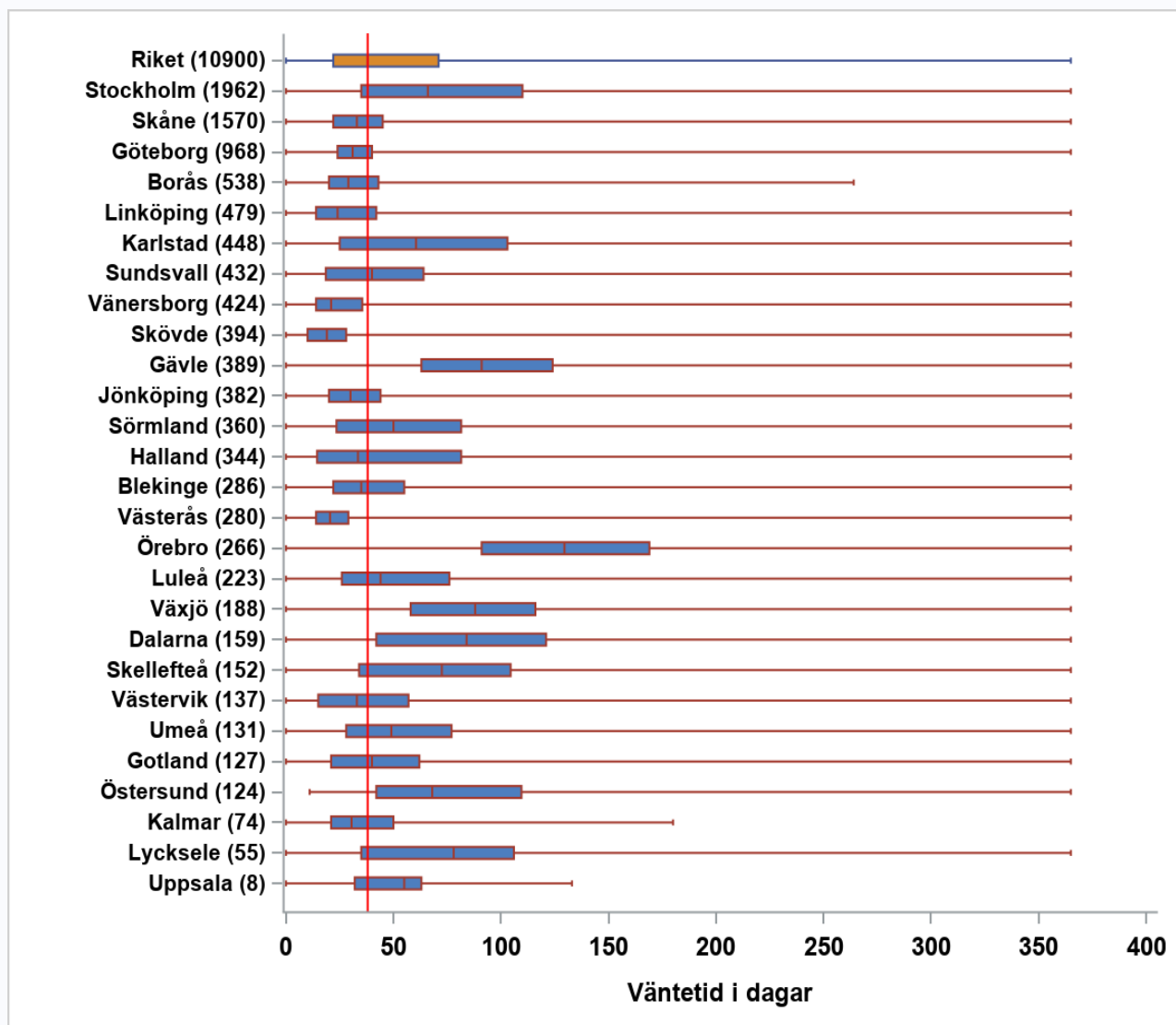
Åldersgrupp	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
<b>0-59 år</b>	1492	54,4	0	14	29	49	1713
<b>60-64 år</b>	320	57,9	0	19	32	54	1219
<b>65-69 år</b>	419	58,4	0	20	37	65	1545
<b>70-74 år</b>	780	59,1	0	22	40	72	638
<b>75-79 år</b>	1453	60,9	0	22	38	71	1324
<b>&gt;=80 år</b>	6436	65,8	0	24	40	79	1842
<b>Total</b>	10900	62,6	0	22	38	71	1842

I tabell 5-6 finns benämningen Q1: En fjärdedel av observationerna är mindre än första kvartilen (Q1), ibland kallad undre kvartilen. Q3: Tre fjärdedelar av observationerna är mindre än tredje kvartilen (Q3), ibland kallad övre kvartilen.

Figur 17. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar i åldersgrupper.



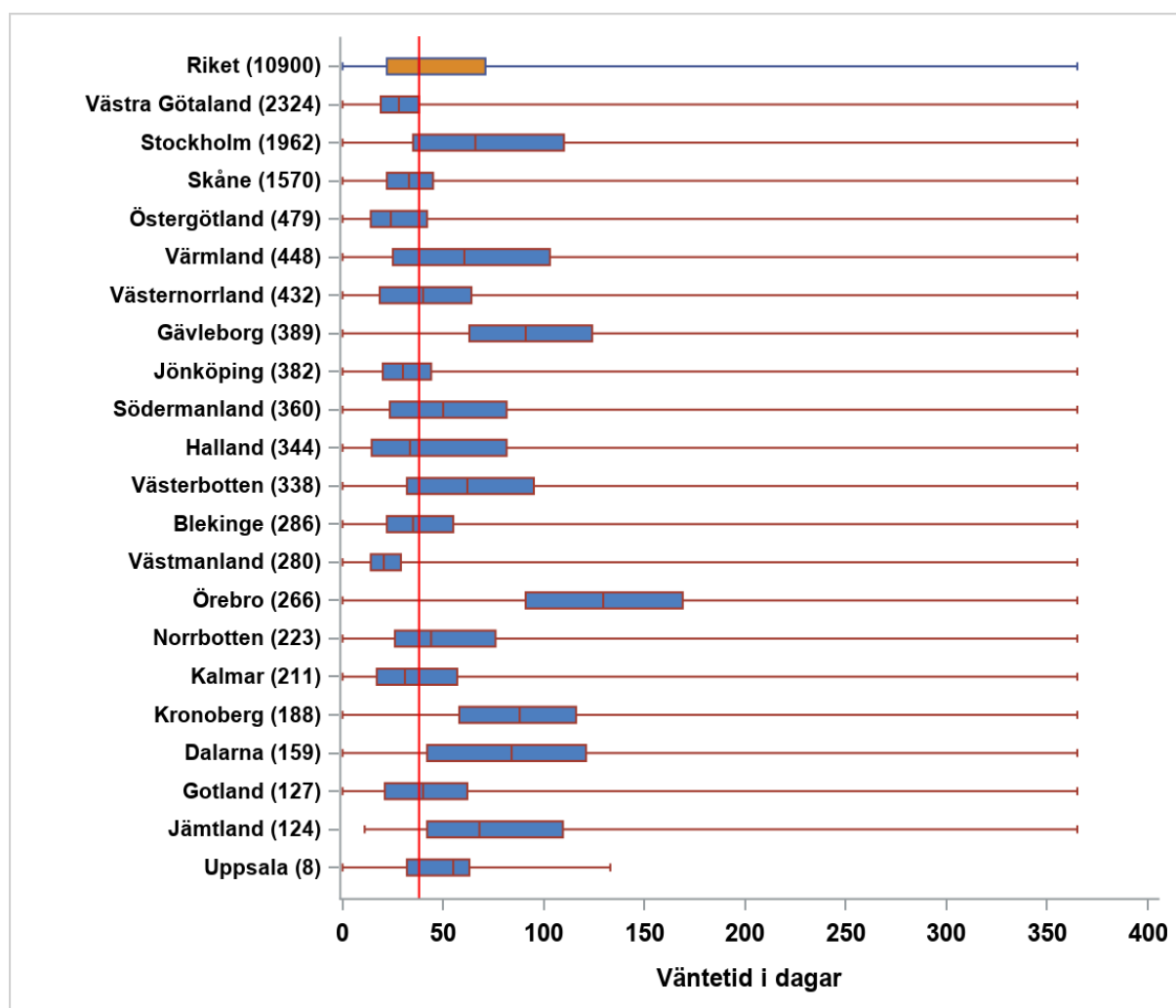
Figur 18. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per enhet och totalt (Riket) år 2021. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365.



Tabell 7. Deskriptiv statistik över antal dagar från remiss till besök år 2021. Från remissdatum till besöksdatum för första besöket uppdelat per enhet och totalt

Enhet	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	286	45,0	0	22	35	55	438
Borås	538	32,8	0	20	29	43	264
Dalarna	159	107,8	0	42	84	121	1099
Gotland	127	53,2	0	21	40	62	516
Gävle	389	130,3	0	63	91	124	1288
Göteborg	968	39,8	0	24	31	40	1510
Halland	344	82,9	0	15	34	82	1705
Jönköping	382	38,1	0	20	30	44	1295
Kalmar	74	39,7	0	21	31	50	180
Karlstad	448	77,9	0	25	61	103	1292
Linköping	479	35,5	0	14	24	42	1197
Luleå	223	72,0	0	26	44	76	903
Lycksele	55	85,5	0	35	78	106	462
Skellefteå	152	82,3	0	34	73	105	582
Skåne	1570	39,1	0	22	33	45	1553
Skövde	394	26,2	0	10	19	28	1042
Stockholm	1962	83,7	0	35	66	110	1713
Sundsvall	432	56,8	0	19	40	64	1842
Sörmland	360	87,5	0	24	50	82	1328
Umeå	131	96,5	0	28	49	77	1588
Uppsala	8	54,1	0	32	55	63	133
Vänersborg	424	30,5	0	14	21	36	1445
Västervik	137	59,5	0	15	33	57	1324
Västerås	280	56,7	0	14	21	29	1548
Växjö	188	93,1	0	58	88	116	557
Örebro	266	135,3	0	91	130	169	1372
Östersund	124	97,2	11	42	68	110	1006
<b>Total</b>	10900	62,6	0	22	38	71	1842

Figur 19. Box-plot över väntetid från remissdatum till första besök, per region och totalt (Riket) 2021. Om väntetiden är >365 dagar så är den satt till 365.

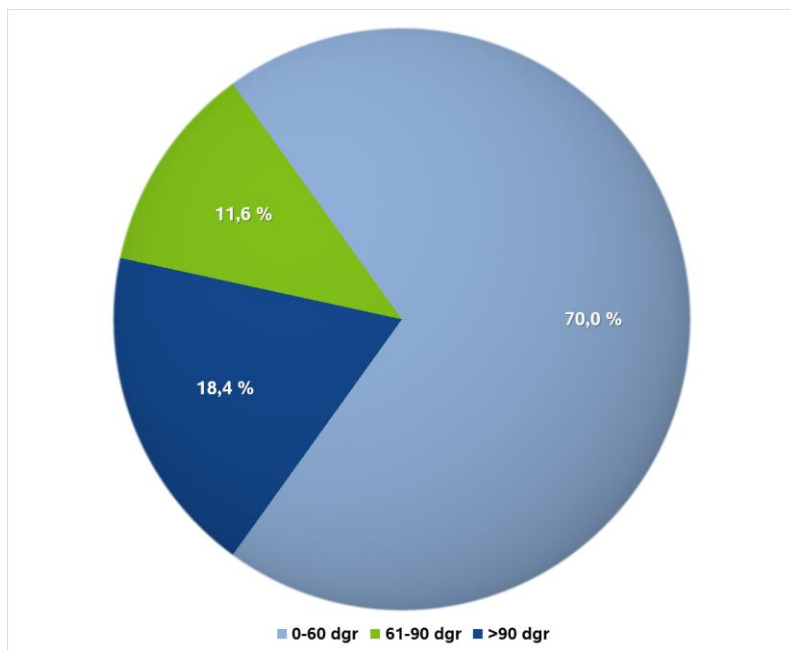


### Kommentar

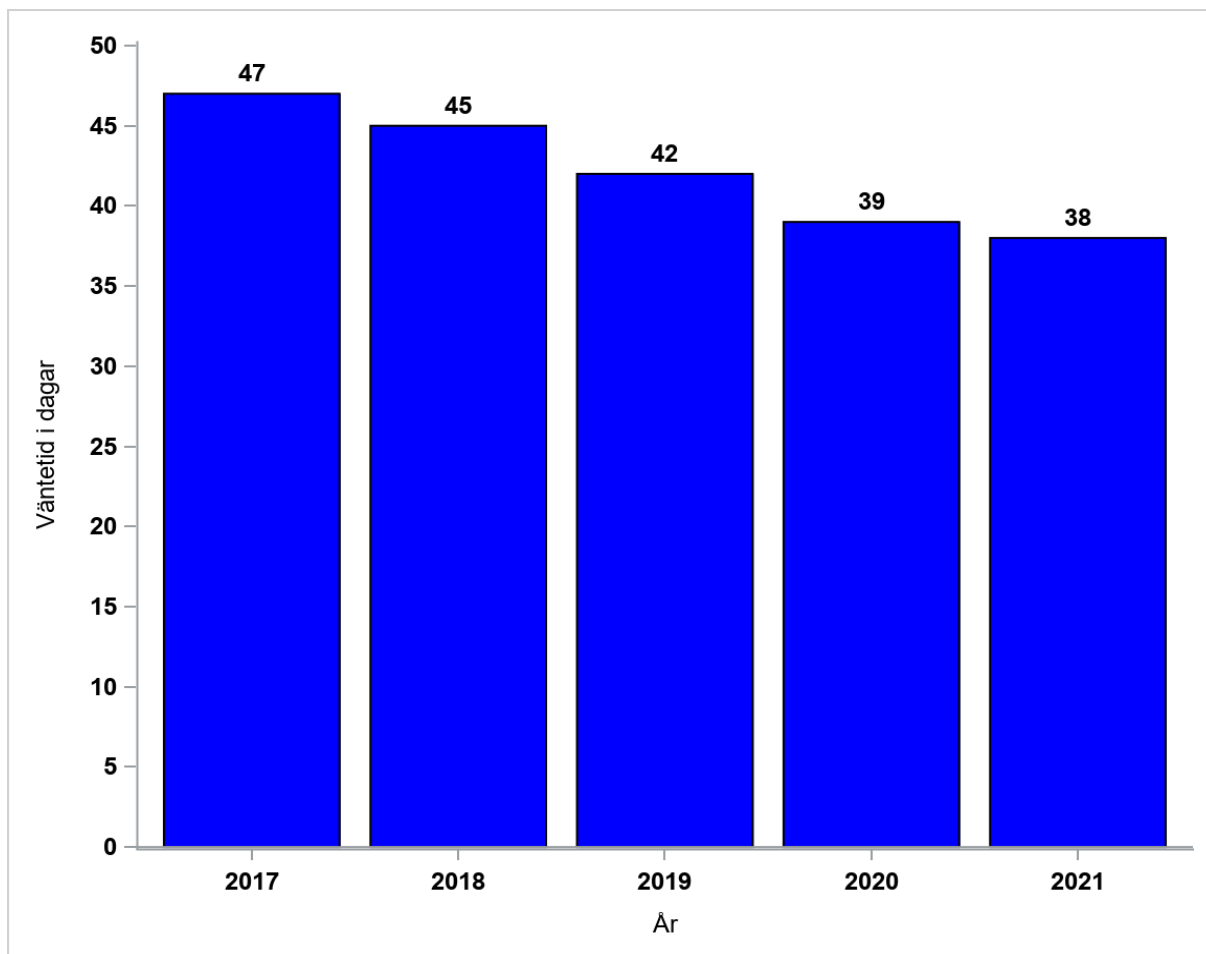
Väntetiden är beräknad på alla registreringar, vilket betyder att självvald väntan och medicinskt orsakat väntan ingår. Personer i yrkesverksam ålder har kortare väntetider enligt statistiken.

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 20. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2021. 45



Figur 21. Väntetid från remissdatum till första besök, medianantal dagar 2017-2021.

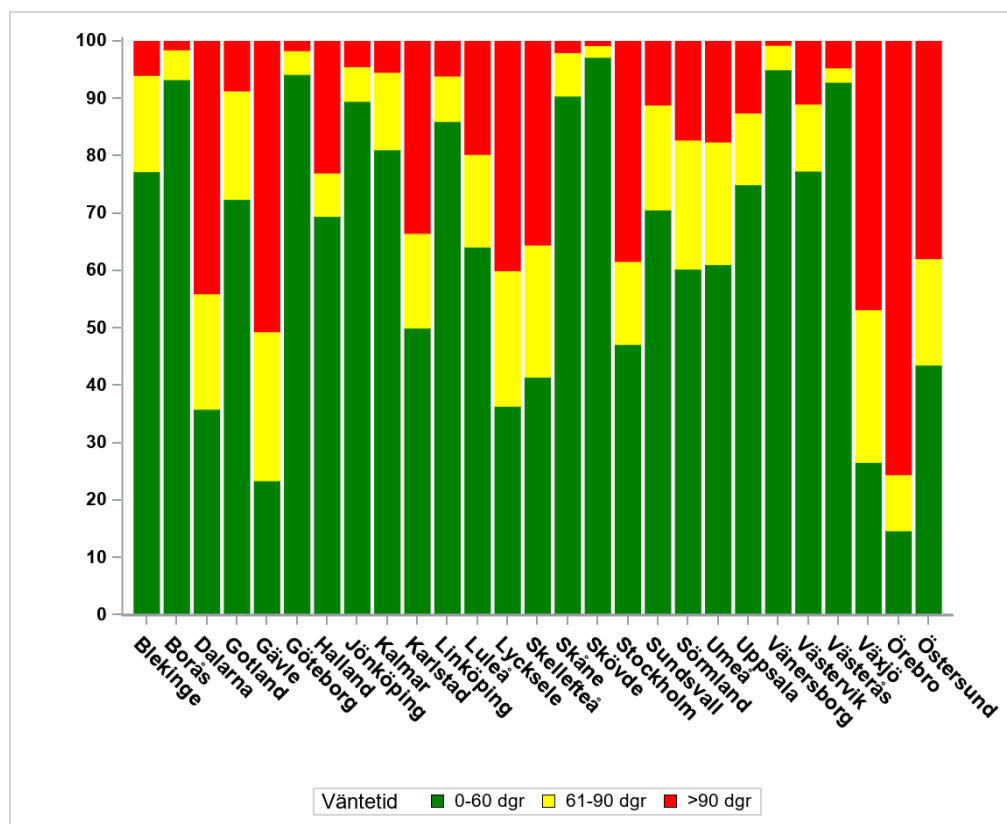


Tillgängligheten till synrehabilitering har ökat om man ser på siffrorna över tid. De senaste åren har väntetiden i medianantal dagar minskat från 47 dagar 2017 till 38 dagar 2021.

Tabell 8. Väntetid från remissdatum till första besök, median i antal dagar per år.

År	Väntetid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
2017	3806	59,9	0	27	47	75	1007
2018	6165	59,2	0	26	45	70	1205
2019	8671	57,7	0	24	42	67	1305
2020	9366	61,2	0	20	39	70	1457
2021	10900	62,6	0	22	38	71	1842
Total	38908	60,4	0	22	41	70	1842

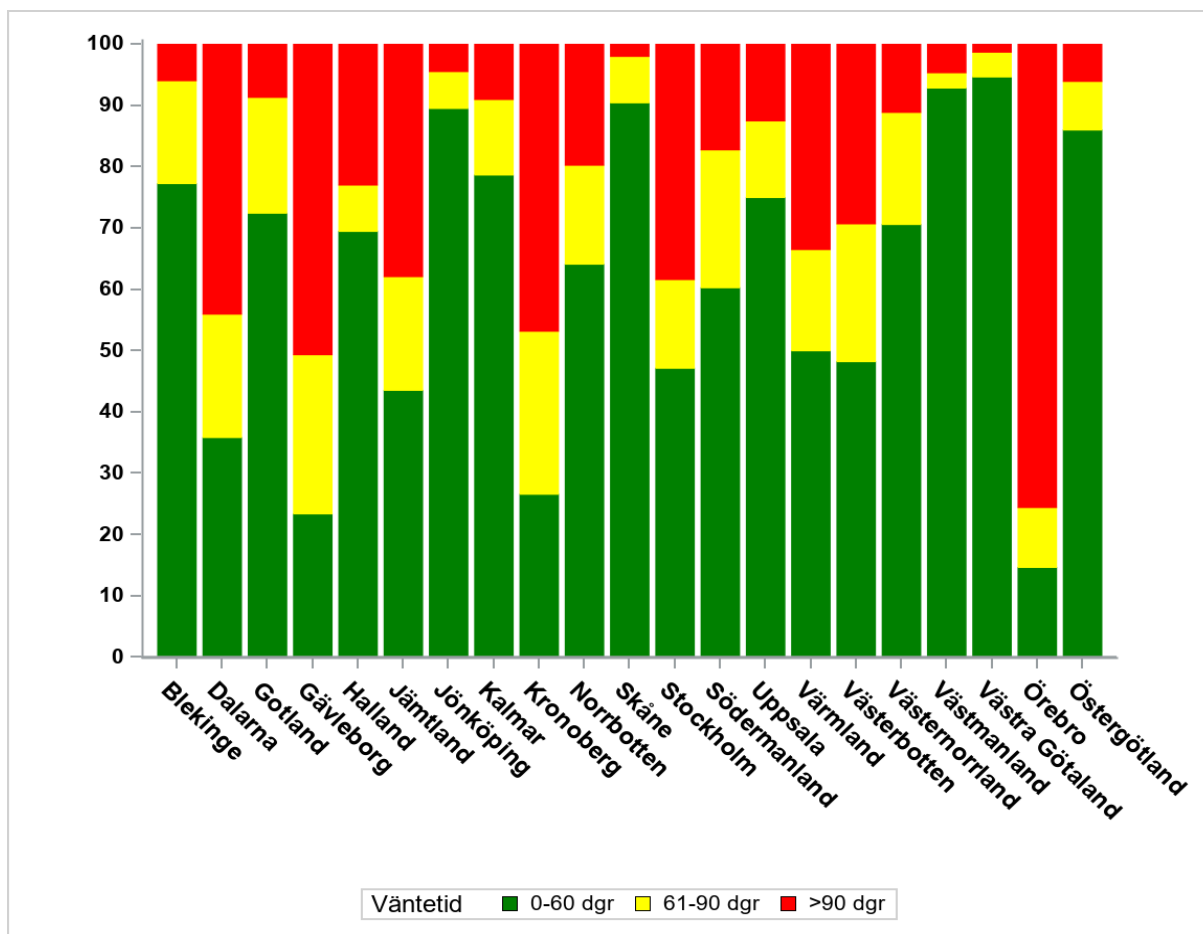
Figur 22. Andel som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar. Den röda stapeln och siffran visar antal individer som har väntat >90 dagar, 2021. Redovisning per enhet.



**Tabell 9. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar år 2021 redovisat per enhet.**

Enhet	0-60 dgr		61-90 dgr		>90 dgr		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	221	77	48	17	17	6	286	100
Borås	502	93	28	5	8	1	538	100
Dalarna	57	36	32	20	70	44	159	100
Gotland	92	72	24	19	11	9	127	100
Gävle	91	23	101	26	197	51	389	100
Göteborg	912	94	40	4	16	2	968	100
Halland	239	69	26	8	79	23	344	100
Jönköping	342	90	23	6	17	4	382	100
Kalmar	60	81	10	14	4	5	74	100
Karlstad	224	50	74	17	150	33	448	100
Linköping	412	86	38	8	29	6	479	100
Luleå	143	64	36	16	44	20	223	100
Lycksele	20	36	13	24	22	40	55	100
Skellefteå	63	41	35	23	54	36	152	100
Skåne	1420	90	119	8	31	2	1570	100
Skövde	383	97	8	2	3	1	394	100
Stockholm	925	47	284	14	753	38	1962	100
Sundsvall	305	71	79	18	48	11	432	100
Sörmland	217	60	81	23	62	17	360	100
Umeå	80	61	28	21	23	18	131	100
Uppsala	6	75	1	13	1	13	8	100
Vänersborg	403	95	18	4	3	1	424	100
Västervik	106	77	16	12	15	11	137	100
Västerås	260	93	7	3	13	5	280	100
Växjö	50	27	50	27	88	47	188	100
Örebro	39	15	26	10	201	76	266	100
Östersund	54	44	23	19	47	38	124	100
Alla	7626	70	1268	12	2006	18	10900	100

Figur 23. Andel per region som startar synrehabilitering inom 0–60, 61–90 eller >90 dagar, 2021. Redovisning per region. 48



Tabell 10. Andel som startar synrehabilitering inom 60, 90 eller >90 dagar, år 2021 redovisat per region.

Region	0-60 dgr		61-90 dgr		>90 dgr		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekinge	221	77	48	17	17	6	286	100
Dalarna	57	36	32	20	70	44	159	100
Gotland	92	72	24	19	11	9	127	100
Gävleborg	91	23	101	26	197	51	389	100
Halland	239	69	26	8	79	23	344	100
Jämtland	54	44	23	19	47	38	124	100
Jönköping	342	90	23	6	17	4	382	100
Kalmar	166	79	26	12	19	9	211	100
Kronoberg	50	27	50	27	88	47	188	100
Norrbottn	143	64	36	16	44	20	223	100
Skåne	1420	90	119	8	31	2	1570	100
Stockholm	925	47	284	14	753	38	1962	100

<b>Södermanland</b>	217	60	81	23	62	17	360	100
<b>Uppsala</b>	6	75	1	13	1	13	8	100
<b>Värmland</b>	224	50	74	17	150	33	448	100
<b>Västerbotten</b>	163	48	76	22	99	29	338	100
<b>Västernorrland</b>	305	71	79	18	48	11	432	100
<b>Västmanland</b>	260	93	7	3	13	5	280	100
<b>Västra Götaland</b>	2200	95	94	4	30	1	2324	100
<b>Örebro</b>	39	15	26	10	201	76	266	100
<b>Östergötland</b>	412	86	38	8	29	6	479	100
<b>Alla</b>	7626	70	1268	12	2006	18	10900	100

### **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. Denna graf kan varje enhet följa kontinuerligt i registrets översikt, "Dashboard".

Väntetiden mellan remissdatum och första besök skiljer sig inte mellan könen men den ökar med stigande ålder vilket bedöms kan bero på att individen med stigande ålder får flera sjukdomar som kan påverka möjligheten till att medverka i rehabiliteringsinsatser. Hjälpbehovet ökar med stigande ålder och besök på synverksamheten engagerar närstående som följer med som stöd, vilket innebär att hänsyn måste tas till när stödpersonen kan bistå.

I figur 22 visas 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. I registret finns i dagsläget ingen variabel som fångar patienter som enligt egen önskan vill avvakta besök till synrehabilitering.

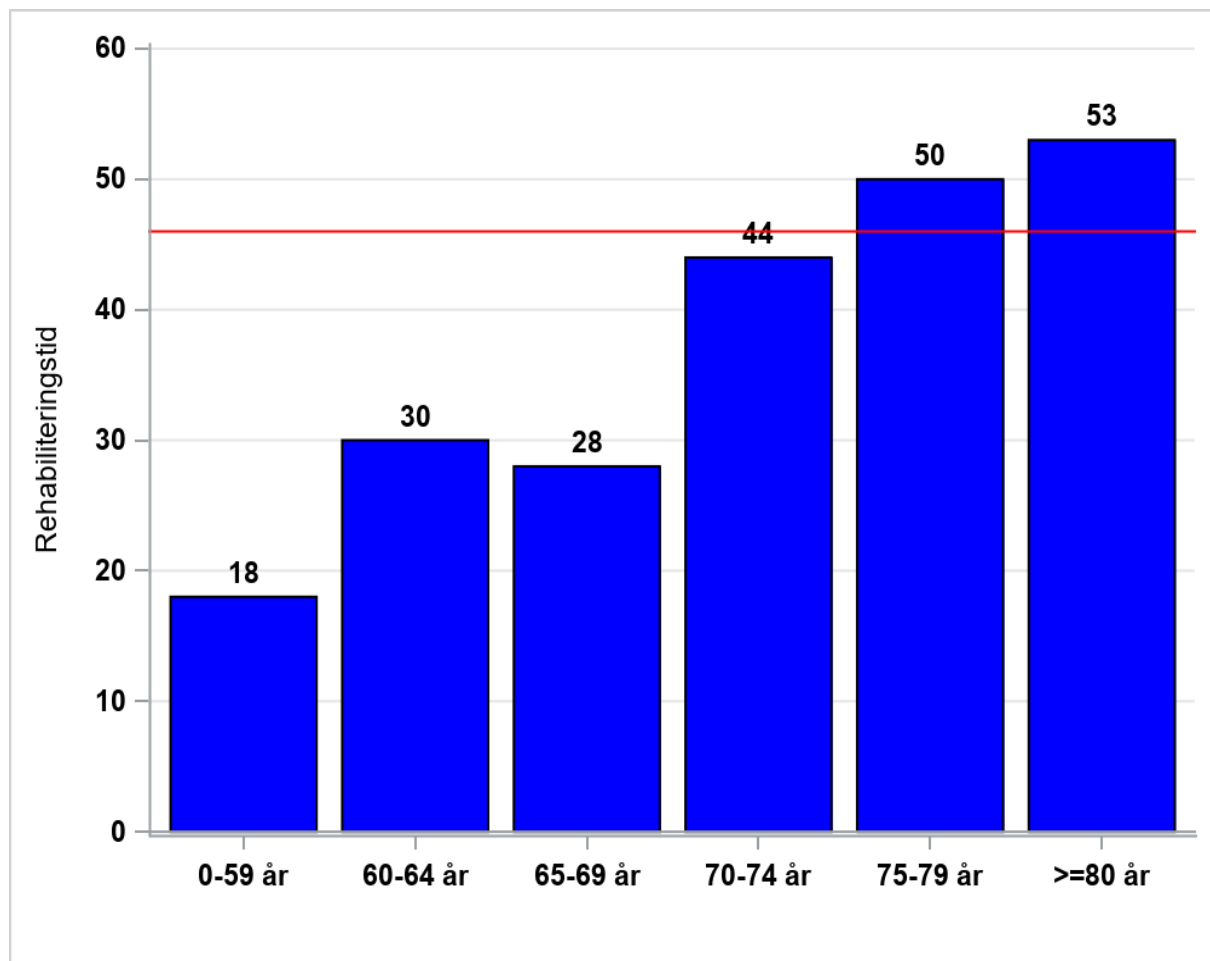
# REHABILITERINGSTID

Rehabiliteringstiden varierade från 1–440 dagar, vilket betyder att några patienter har behov av längre rehabiliteringstid beroende exempelvis på att förnyade behov uppkommit. Median för rehabiliteringstid totalt ligger på 46 dagar, cirka 1,5 månader. Mediantidens fördelning per åldersgrupp, var god se figur.

Tabell 11. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2021 per kön och totalt.

Kön	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Kvinnor	4938	70,3	0	0	49	103	439
Män	2872	67,8	0	0	42	105	440
Ej specificerat	3	44,7	0	0	36	98	98
Total	7813	69,3	0	0	46	104	440

Figur 24. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per åldersgrupp 2021. Referenslinjen anger median för totalen.



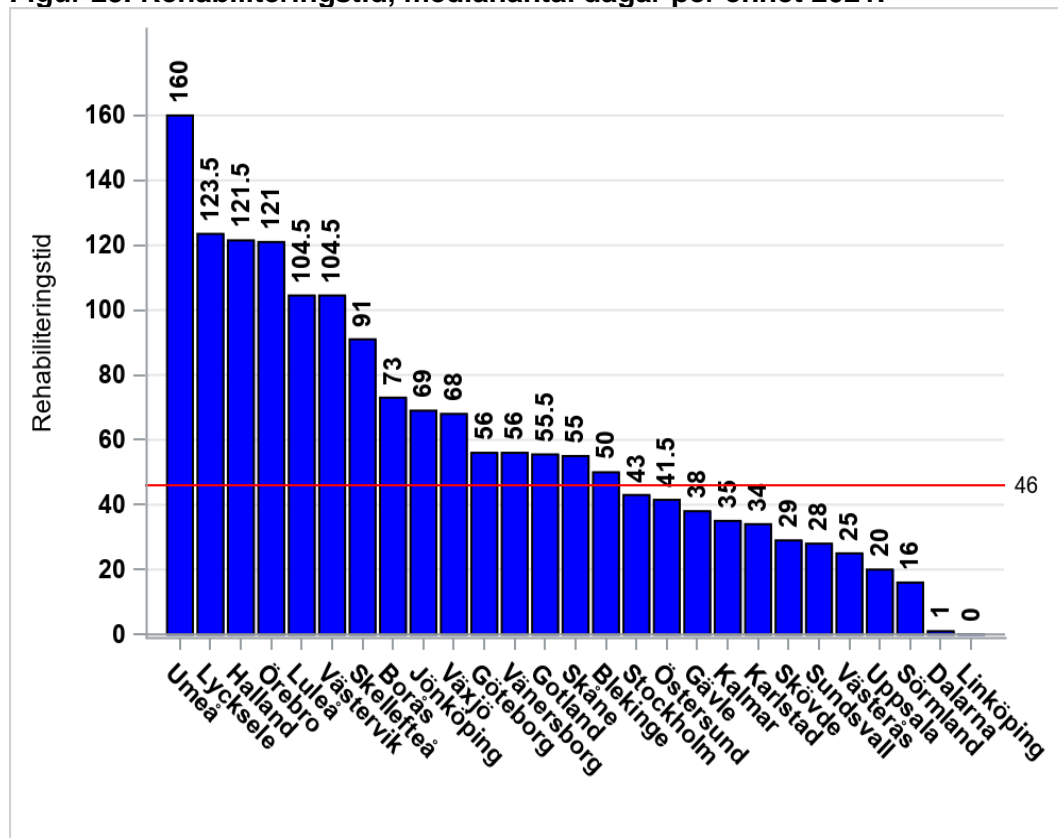
**Tabell 12. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum 2021 per åldersgrupp och totalt. Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt.**

Åldersgrupp	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
0-59 år	1051	59,8	0	0	18	92	439
60-64 år	219	58,4	0	0	30	84	415
65-69 år	298	57,7	0	0	28	92	377
70-74 år	530	70,6	0	0	44	104	433
75-79 år	1019	74,0	0	9	50	112	440
>=80 år	4696	71,6	0	6	53	105	440
<b>Total</b>	<b>7813</b>	<b>69,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>104</b>	<b>440</b>

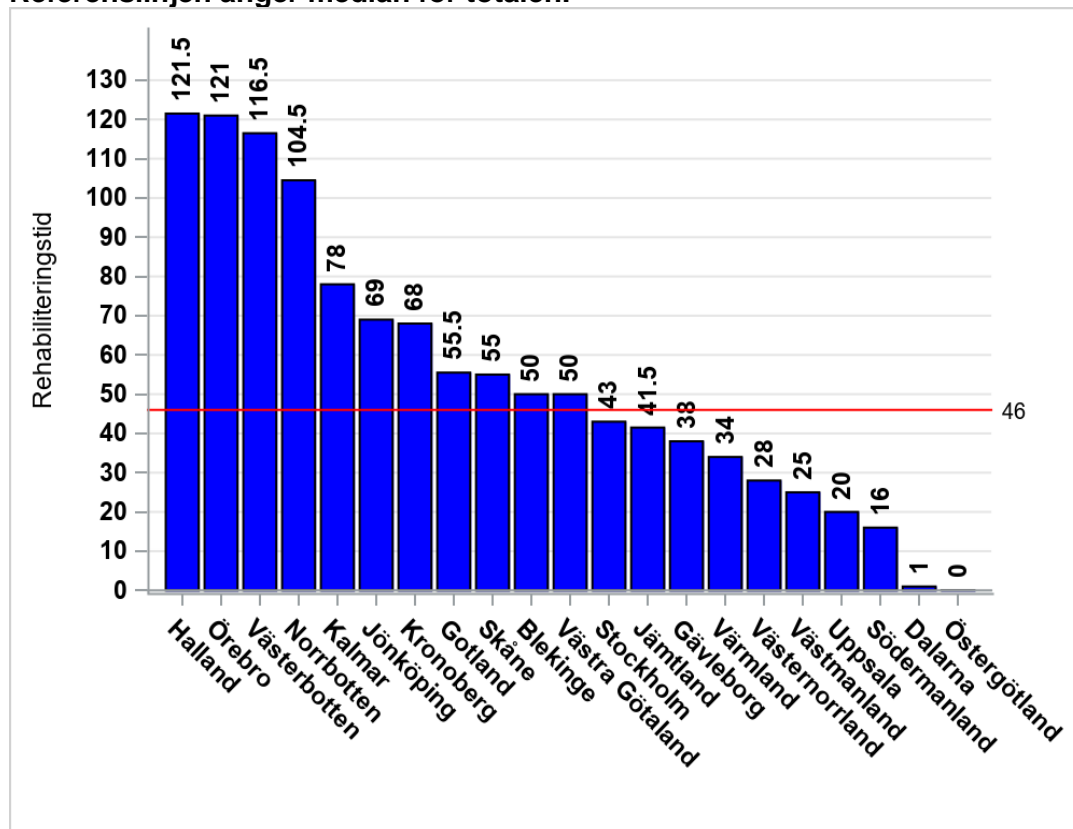
### **Kommentar**

Rehabiliteringstiden kan påverkas av individens förutsättningar och yttre omständigheter. Några patienter har mindre behov som är enkla att åtgärda med rehabilitering eller hjälpmedel medan andra kan ha komplicerade situationer som kräver stora insatser från hela synrehabiliteringsteamet. Frågan om skillnaderna i rehabiliteringstid diskuterats vid SKRS-dagar. Olika förklaringar kan vara; interna rutiner för avslut av rehabiliteringsperiod, självvald väntan eller medicinskt orsakad väntan. Gemensamma kriterier för avslut vid självvald väntan eller medicinsk väntan saknas. SKRS har ingen variabel i nuläget som följer självvald väntan. Många behöver ha en närstående med vid besök, vilket kan vara en ytterligare förklaring till att rehabiliteringstiden förlängs.

Figur 25. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per enhet 2021.



Figur 26. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per region 2020. Referenslinjen anger median för totalen.



Median för rehabiliteringsperioden är 46 dagar för hela materialet för 2021. 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.

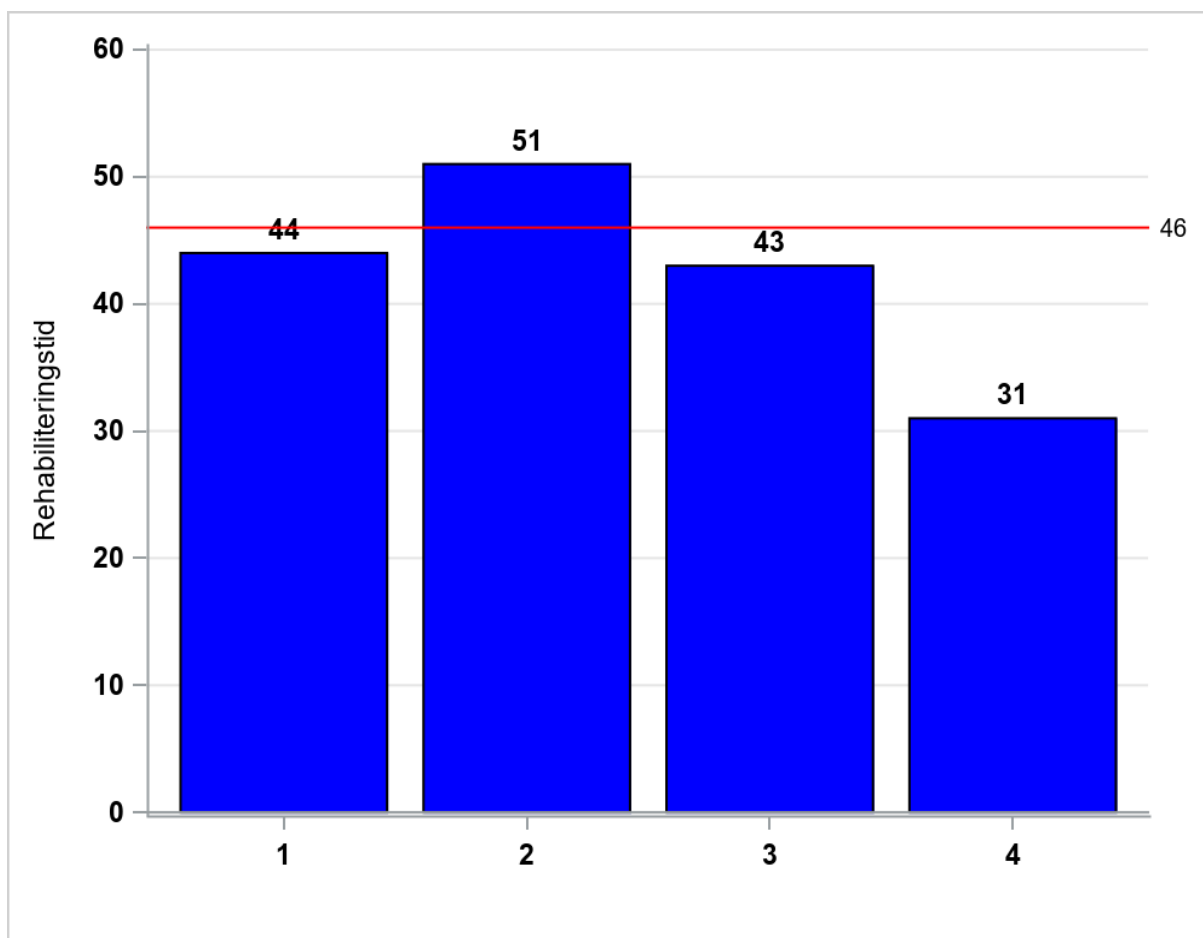
I årets årsrapport har därför gjorts fler analyser av rehabiliteringstid, fördelat i grad av synnedsättning och diagnosgrupper, se figur 26–27.

**Tabell 13. Deskriptiv statistik över antal dagar från besöksdatum till uppföljningsdatum per region och totalt.**

Region	Rehabiliteringstid i dagar						
	n	Medel	Minimum	Q1	Median	Q3	Maximum
Blekinge	251	64,9	0	0	50	98	377
Dalarna	93	34,2	0	0	1	61	199
Gotland	82	86,2	0	27	56	115	402
Gävleborg	125	56,4	0	27	38	67	294
Halland	280	145,7	0	70	122	217	439
Jämtland	94	67,9	0	31	42	85	330
Jönköping	151	83,7	0	0	69	114	399
Kalmar	56	108,7	0	28	78	158	376
Kronoberg	164	77,5	0	42	68	106	376
Norrbottn	16	143,0	0	12	105	282	371
Skåne	1203	71,4	0	23	55	104	440
Stockholm	1320	64,3	0	0	43	96	433
Södermanland	263	53,8	0	0	16	81	424
Uppsala	5	67,8	0	0	20	63	256
Värmland	352	85,1	0	0	34	127	440
Västerbotten	130	126,7	0	55	117	186	365
Västernorrland	361	44,7	0	8	28	60	337
Västmanland	135	58,3	0	1	25	76	304
Västra Götaland	2191	68,9	0	0	50	105	410
Örebro	74	134,6	0	73	121	183	364
Östergötland	467	22,7	0	0	0	13	377
<b>Total</b>	<b>7813</b>	<b>69,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>104</b>	<b>440</b>

Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt

**Figur 27. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per synnedsättningsgrad (1-4) 2021. 54**  
Referenslinjen anger median för totalen.



3-

### **Kommentar**

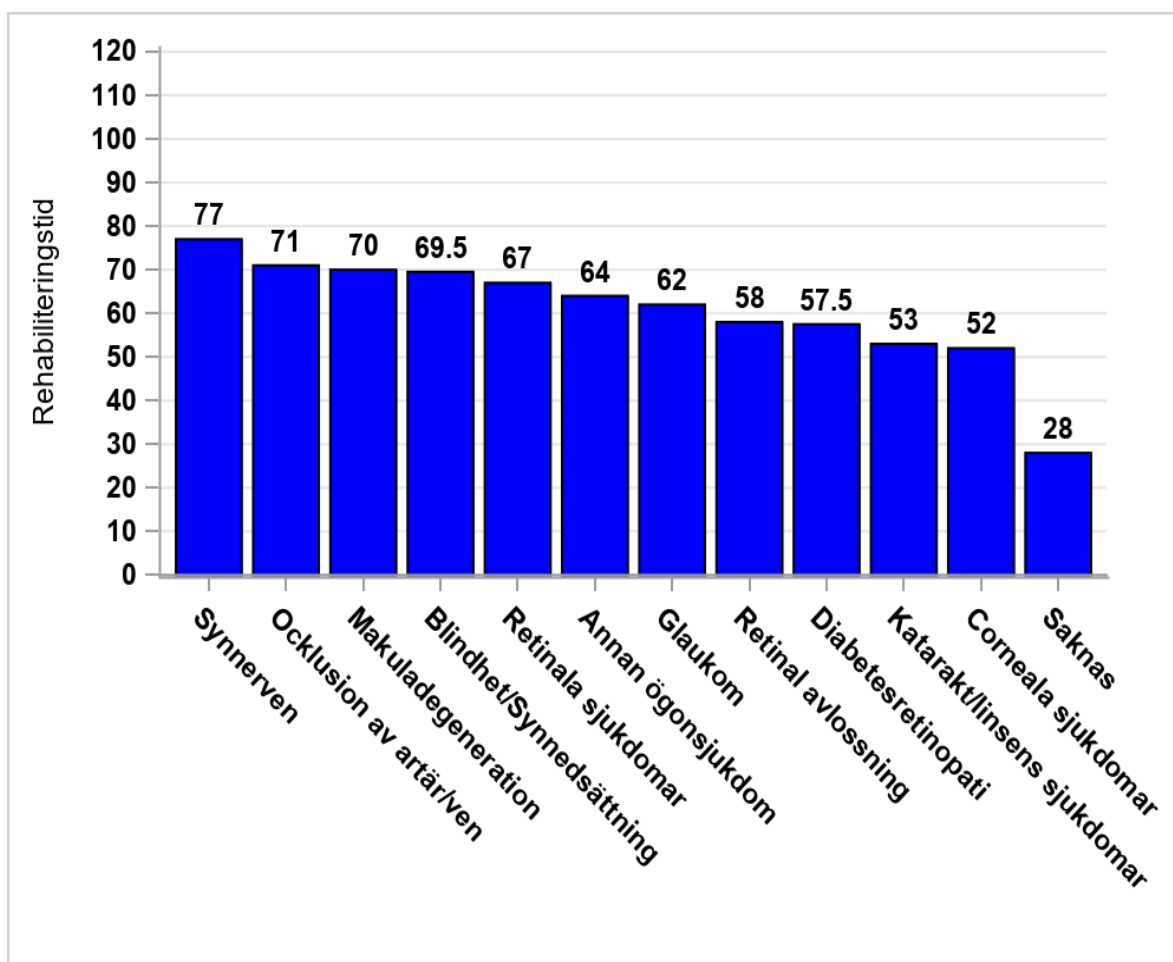
Vid fördelning i grad av synnedsättning ser man att grupp 3–4 har kortare rehabiliteringstid än övriga grupper. En av orsakerna skulle kunna vara att personer med svår synnedsättning i flertalet fall kan ha haft sina besvär under längre tid, varit i kontakt med synenheten tidigare och har en önskan om rehabilitering inom ett specifikt målområde. Till skillnad mot att erhålla en synnedsättning och plötsligen leva med nya förutsättningar vilket i sin tur kan leda till ökat behov av rehabiliteringsinsatser.

**Tabell 14. 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	1603	67,6	0	0	44	101	419
2	3818	72,6	0	0	51	107	440
3	1558	66,2	0	0	43	98	439
4	834	63,6	0	0	31	97	415
<b>Total</b>	7813	69,3	0	0	46	104	440

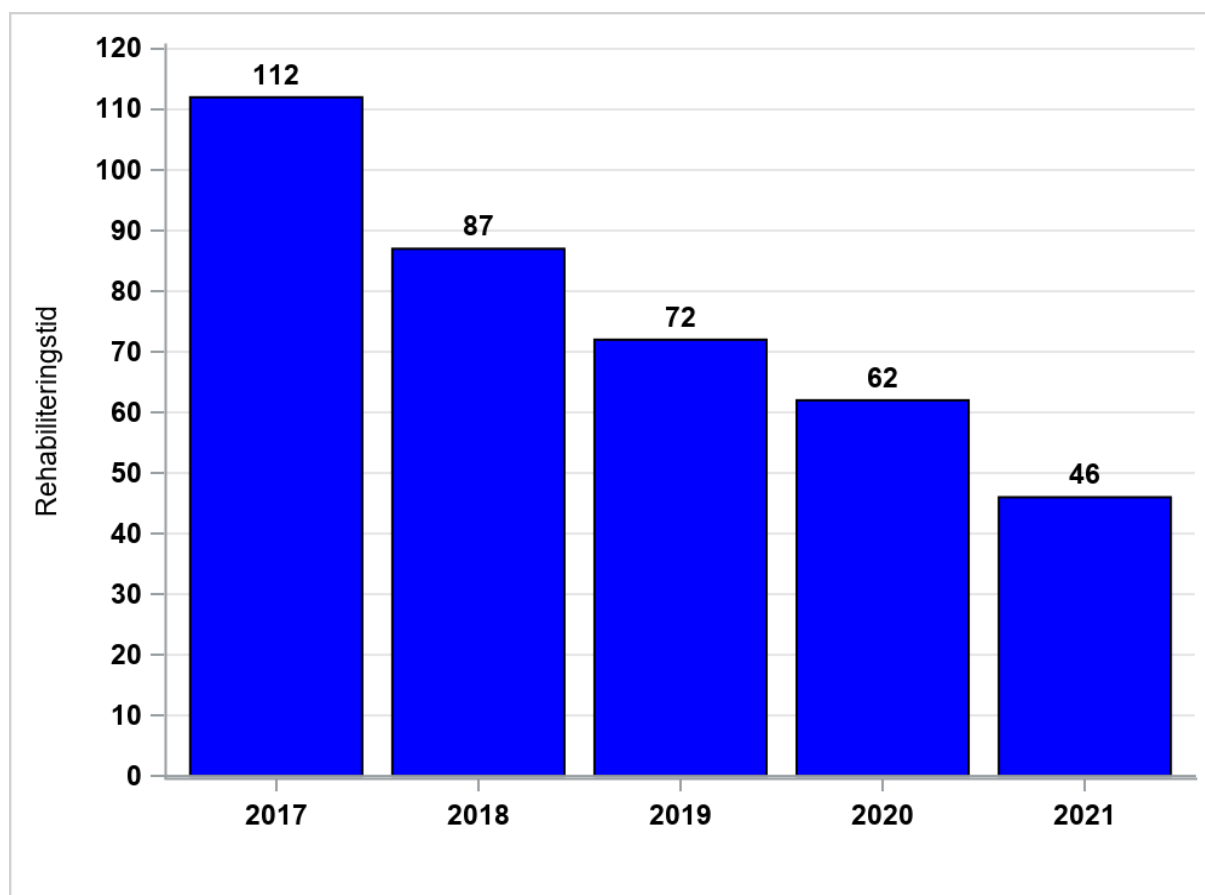
Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt.

**Figur 28. Rehabiliteringstid, medianantal dagar per diagnosgrupp för grupper med 10 eller fler observationer.**



### **Kommentar**

Vid fördelning i diagnosgrupper varierar rehabiliteringstiden mellan 28-77 dagar. Diagnos verkar inte ha påverkan på rehabiliteringstiden utan behovet av tid ligger mer på det individuella planet, relaterat till hur omfattande svårigheterna är och om det krävs frekventa rehabiliteringsinsatser.



Tabell 15. 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
2017	3566	221,3	0	37	112	262	1840
2018	5430	161,4	0	24	87	199	1532
2019	7799	128,2	0	15	72	171	1098
2020	8029	113,3	0	10	62	170	788
2021	7813	69,3	0	0	46	104	440
<b>Total</b>	<b>32637</b>	<b>126,2</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>67</b>	<b>162</b>	<b>1840</b>

Antal (n) anger registrerade besök med uppföljningsdatum ifyllt.

**Kommentar**

Median för rehabiliteringsperioden visar på 46 dagar för år 2021, 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.

# EFFEKT MÅTT

## Metod

Enheterna Borås, Göteborg, Vänersborg, Kristianstad i Synenhet Skåne, Skövde, och Halland har arbetat med "mäta effekter" i SKRS. Data har sammanställts med avseende på de målområden som finns uppsatta för patienterna. Enheten i tabellerna är antal mål, dvs om en patient har flera mål så ingår alla målen. Endast mål som har besvarats både före och efter uppföljning är med i sammanställningen. Tidsperioden som undersökts är mål uppsatta under 2016-2022.

För respektive mål så görs en gradering av svårigheten genom att ange en siffra mellan 1–5, se Lista 1. I sammanställningarna så har endast mål med 0–4 använts. Skattning av målet görs sedan vid uppföljning. Skattningen görs av behandlaren efter en bedömning av patientens subjektiva upplevelse om förbättring eller försämring vid uppföljning av rehabilitering.

En variabel som kallas *Resultat* har räknats ut där vi tar resultat vid uppföljning minus resultat vid ursprung om skillnaden är negativ klassificeras det som *Förbättring*, om 0 så blir det *Oförändrat* och om positiv så blir det *Försämring*.

### Lista 1 Skattning av resultat för mål

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

## Resultat

**Tabell 16. Andel av målen som har förbättrats i procent, uppdelat på respektive målområde och samtliga målområden för riket (sex enheter sammanslagna). Tidsperiod 2016-2022 (maj).**

Antal satta mål	Andel med förbättring	Målområde
n=3840	79,9	Lärande och att tillämpa kunskap
n=297	72,4	Allmänna uppgifter och krav
n=1386	78,8	Kommunikation
n=550	65,1	Förflyttning
n=83	77,1	Personlig vård
n=249	80,3	Hemliv
n=101	56,4	Mellanmänskliga interaktioner och relationer
n=211	79,1	Viktiga livsområden
n=78	69,2	Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
N=6795	77,6	Samtliga målområden

**Kommentar (effektått)**

Det är första gången som siffror redovisas för "Måta effekter" i SKRS. Det är endast 6 av 27 enheter som har arbetat med att måta effekter och som därför redovisas. Det finns en stor diskrepans mellan olika enheter, därför har vi valt att redovisa endast rikets siffror för uppsatta mål. Skillnaden mellan enheterna kråver en djupare analys.

Vid analys av rikets siffror ses procentuella siffror mellan 56,4-80,3 som upplever förbåttning efter rehabilitering. Högst procentuell förbåttning finns inom målområde hemliv och lärande och tillämpa kunskap. Minst procentuell förbåttning ses för mellanmänskliga interaktioner och relationer, som dock är en mindre grupp (101). Inom det mest frekvent valda målområdet lärande och tillämpa kunskap (3840) finns delmål som att läsa text och att skriva.

Det ett fortsatt arbete för styrgruppen att validera och analysera siffrorna om varför det föreligger skillnader mellan både målområden och enheter. Skillnaderna kan utgöras av en normalvariation på det individuella planet, dels i hur patienten kommunicerar sin upplevelse av insatserna med behandlaren, dels grad av synnedsåttning och i vilken omfattning den påverkar individen. Det bör också påpekås att individer har olika förutsåttningar redan vid ingång till rehabilitering på grund av om man är frisk för övrigt, är multisjuk eller har andra funktionsnedsåttningar.

För att arbeta med "måta effekter" i SKRS kråvs det utbildning i ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Alla enheter i Sverige arbetar inte med ICF i nulåget. Målbilden i SKRS är att senast 2024-06-01 ska alla synenheter arbeta med "Måta effekter".

# DASHBOARD I SKRS- ÖVERSIKT ONLINE

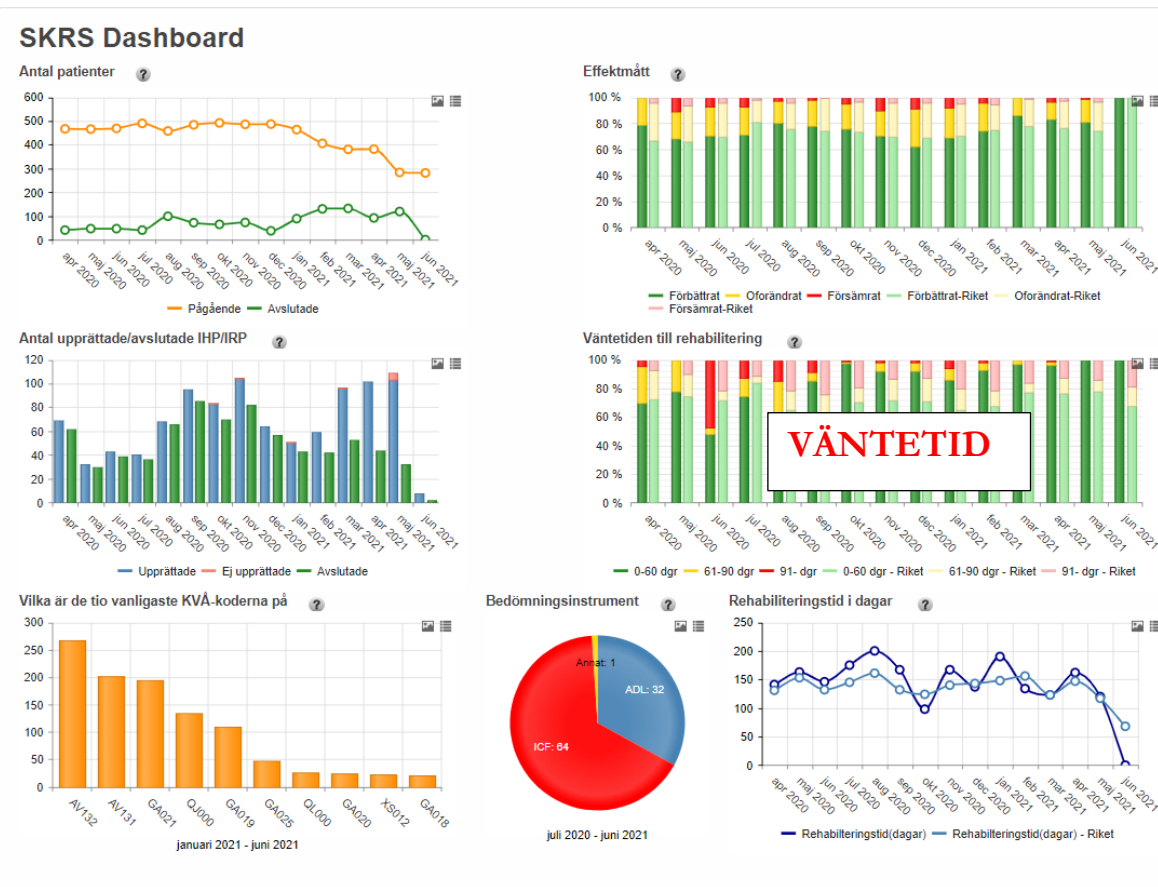
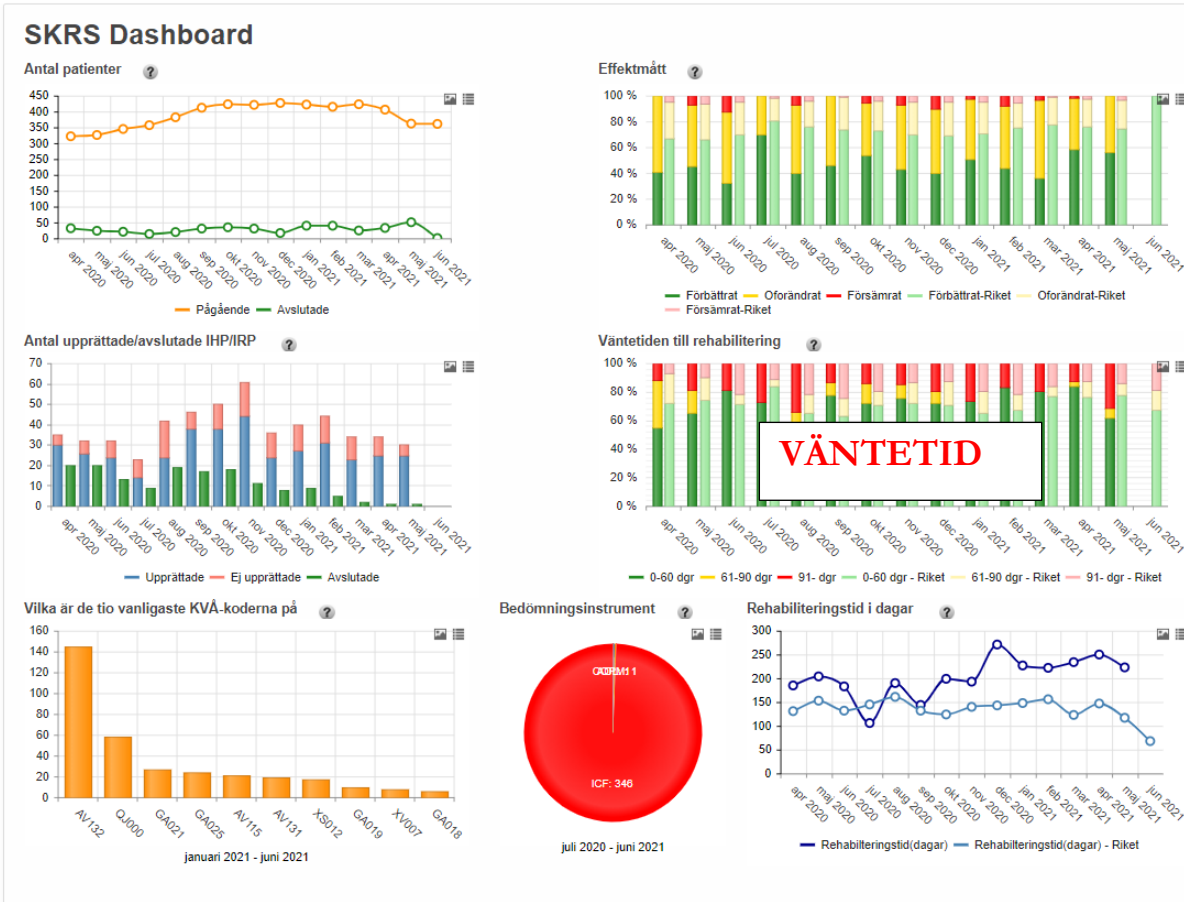
59

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, dvs 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.

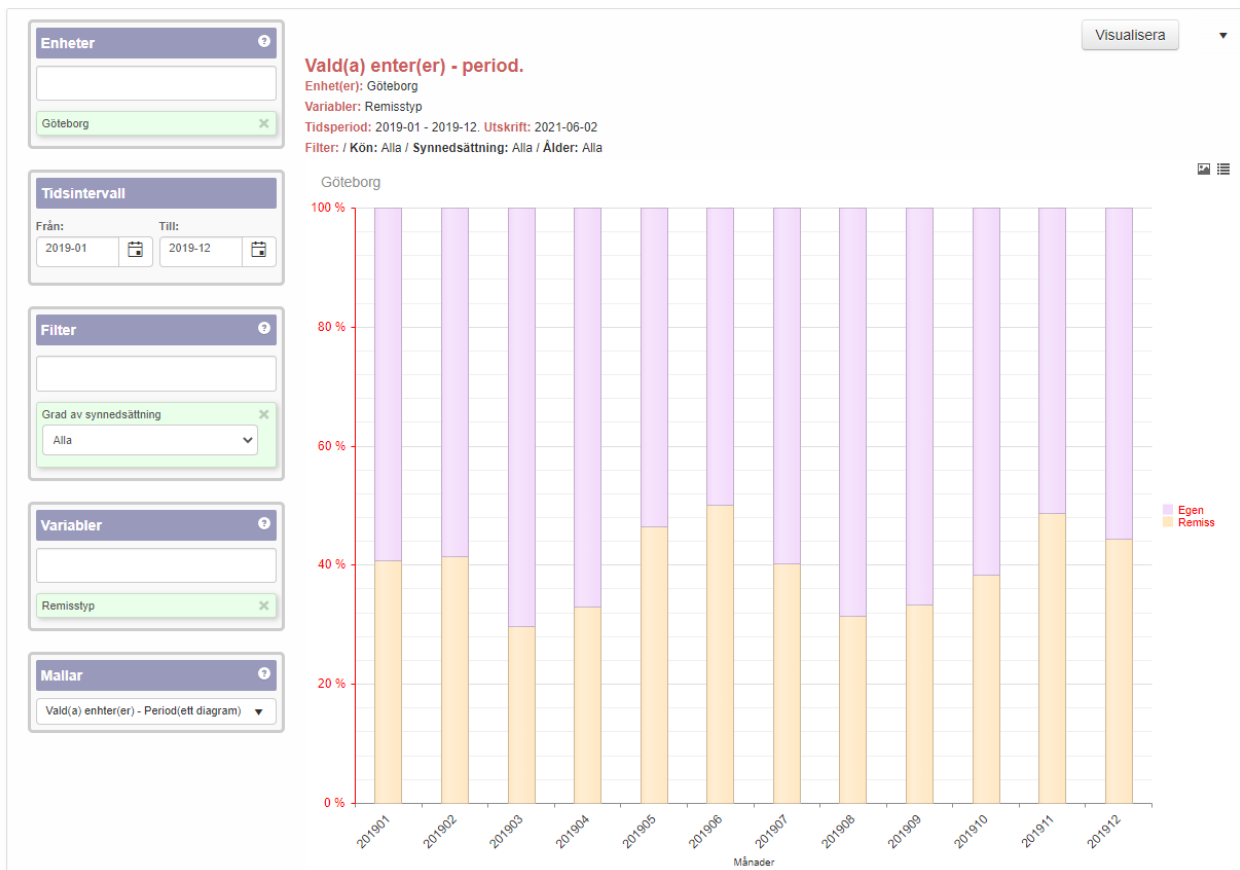


# VISUALISERING

Under 2021 lanserades ett dynamiskt visualiseringsverktyg i registret. SKRS finns på Pharosplattformen, vars övriga register har liknande verktyg. Alla användare kan nu ta fram diagram och tabeller för samtliga variabler efter eget önskemål. Möjligheten finns att filtrera data för kön, åldersgrupper, grad av synnedsättning och diagnoser. I samband med arbetet har KVÅ som används i SKRS fastställts. I visualiseringen visas de åtgärder som SKRS fokuserar sitt arbete på, synrehabilitering. Diagnoser enligt ICD 10 har grupperats i ett tiotal olika grupper.

Varje enhet kan göra diagram över egna data och göra jämförelser med annan enhet, region eller riket. Systemet kan skapa mallar för diagram som används ofta. 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.

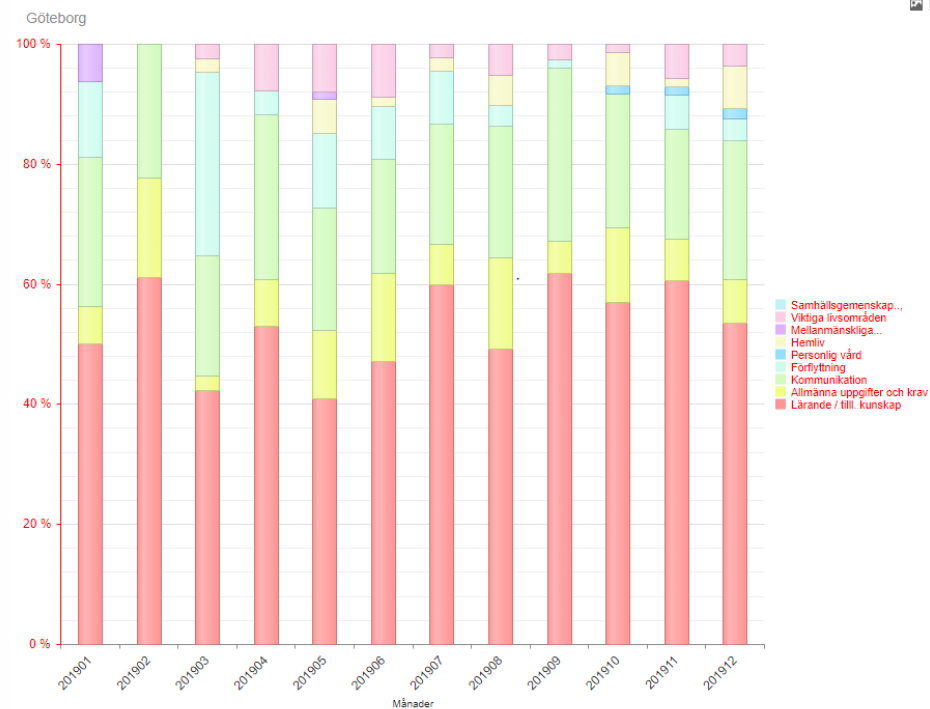
Vald(a) enter(er) - period.

Enhet(er): Göteborg

Variabler: Målområden

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

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



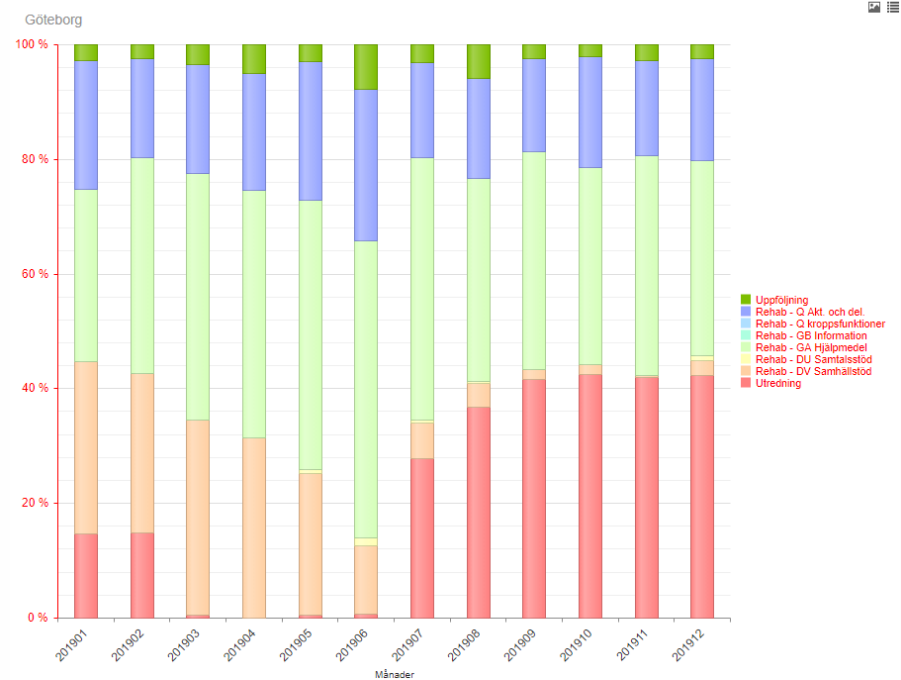
Vald(a) enter(er) - period.

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

2022-09-01

Styrgruppen för SKRS

## Referenslista

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



SKRS

**Registerhållare**

Fanny

**SKRS**

Peterson

**Kontaktinformation**

Funktionsbrevlåda för rutin- och utbildningsfrågor

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

Tekniska frågor och support

[rcsydkarlskrona@regionblekinge.se](mailto:rcsydkarlskrona@regionblekinge.se)

**Hemsida**

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



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