

# Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård

Täckningsgradsjämförelser och resultat av  
sambearbetningar med Socialstyrelsens register

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2018-2-17

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2018

# Förord

I den här rapporten beskriver Socialstyrelsen myndighetens arbete med kvalitetsregister av betydelse för personer som får hälso- och sjukvård finansierad av kommunerna.

Socialstyrelsen har sedan 2012 regeringens uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice som ska utgöra en stödfunktion till de nationella kvalitetsregistren och forskare i användningen av registerdata. På så sätt ska registerservice bidra till att öka registrens datakvalitet och användbarhet för utvecklingsarbete, forskning och uppföljning. Från 2016 utökades uppdraget till att även erbjuda särskilt stöd till register som innehåller uppgifter om kommunal hälso- och sjukvård.

Rapporten riktar sig till registerhållarna för de olika kvalitetsregistren och huvudmännen för hälso- och sjukvården. Andra målgrupper är de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna samt de medicinskt ansvariga för rehabilitering, läkare och sjuksköterskor i den landstingsfinansierade primärvården. Rapporten vänder sig också till dem som planerar att studera innehållet i primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Ett varmt tack till medverkande kvalitetsregister, som gjorde denna rapport möjlig.

Tack också till Anna Ekendahl, Eva Lejman, Kalle Brandstedt, Michaela Prochazka och Ulrika Eriksson, samtliga utredare på Socialstyrelsen, som bidragit med värdefulla synpunkter.

Rapporten har sammanställts av utredare Marianne Lidbrink. Övriga medverkande har varit Anna Dovärn, Dag Tidemalm, Fredrik Hasselström, Tomas Wänskä och Erik Wahlström alla på enheten för registerservice.

Anna Bennet Bark  
Enhetschef  
Enheten för registerservice



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård .....	9
Innehållet i den första rapporten .....	10
Nyheter i årets rapport .....	11
Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård .....	12
Kommunernas och landstingens ansvar .....	12
Antal patienter med kommunal hälso- och sjukvård .....	13
Vanliga diagnoser och dödsorsaker bland personer med kommunal hälso- och sjukvård .....	14
Resultat av sambearbetningar .....	16
Senior alert .....	16
Skillnader och förändringar av täckningsgrader .....	17
Läkemedelsgenomgångar bland personer 75 år och äldre .....	18
Svenska palliativregistret .....	20
Användning av palliativregistret i kommuner och landsting.....	21
De flesta som avlider har kommunalt finansierad hälso- och sjukvård .....	22
Nationellt Diabetesregister, NDR .....	23
Stora skillnader i täckningsgrader mellan regionerna .....	26
Undersökning av skillnader i täckningsgrad.....	26
Fyra prioriterade åtgärder .....	28
Kvalitetsregistret Riksstroke.....	29
Skillnader och förändringar av täckningsgrader .....	31
Kvalitetsregistret Rikshöft .....	32
Skillnader och förändringar av täckningsgrader .....	34
Svenskt beroenderegister, SBR.....	34
Diskussion .....	37
Slutsatser.....	37
Förslag till fler studier eller undersökningar .....	38
Referenser .....	40
Bilaga 1 Socialstyrelsens register .....	43
Bilaga 2 Definitioner .....	45
Bilaga 3 Metodbeskrivningar.....	46
Populationer i undersökningen.....	46
Senior alert .....	46
Svenska palliativregistret.....	47

NDR .....	47
Riksstroke .....	48
Rikshöft .....	48
SBR.....	48
Bilaga 4 Diagnoser och dödsorsaker .....	49
Bilaga 5 Kompletterande tabeller .....	52

# Sammanfattning

År 2016 fick 392 000 patienter insatser av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Allt fler får vård i denna verksamhet som utgör en del av den landstingsfinansierade primärvården. Den omfattar både ordinärt boende (hemsjukvård) och vård i särskilda boendeformer. De flesta, 83 procent är 65 år och äldre och av dessa vårdas 33 procent i särskilda boenden.

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen hur man kan använda uppgifter från kvalitetsregister för att analysera den kommunala hälso- och sjukvården. Underlaget till rapporten kommer från sambearbetningar mellan Socialstyrelsens olika nationella register och kvalitetsregister som registrerar vård som utförs i kommunerna. De kvalitetsregister som ingår i denna bearbetning är Senior alert, Svenska palliativregistret, Nationellt Diabetesregister (NDR), Riksstroke, Rikshöft och Svenskt beroenderegister (SBR).

I rapporten beskriver Socialstyrelsen:

- i vilken omfattning verksamheter i landsting och kommun dokumenterar i registren (täckningsgradsjämförelser)
- hur sambearbetning av olika register kan tillföra fördjupad information om vården av patienter
- hur Socialstyrelsens olika register och kvalitetsregister kan användas vid forskning om kommunal hälso- och sjukvård
- exempel på hur registerdata kan användas som stöd till verksamhetsutveckling eller för forskning.

Analys av Nationellt diabetesregister, NDR, tillsammans med Socialstyrelsens register visar att 16 procent av alla personer 18 år och äldre i kommunal hälso- och sjukvård använder diabetesläkemedel, insulin eller tablett. Det kan jämföras med att det är 4 till 6 procent av befolkningen i åldern 16 – 84 år som har diabetes. Behovet av en god diabetesvård för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården är med andra ord omfattande. Genom att sambearbeta NDR med Socialstyrelsens register var det möjligt att redovisa viktiga indikatorer på kommunnivå som kan användas som stöd för verksamhetsutveckling.

Socialstyrelsens analys av Svenska palliativregistret visar att vid jämförelse med landstingen, används Svenska palliativregistret oftare i kommunerna. Det är här som många personer har behov av palliativ vård. 57 900 personer, motsvarande 64 procent, av alla som dog 2016, var ”inskrivna” i kommunal hälso- och sjukvård när de avled. Av dessa avled 17 000 på sjukhus och 13 000 av dem fördes från kommunal hälso- och sjukvård till sjukhus i livets slutskede. De flesta bodde i ordinärt boende. Det är möjligt att följa uppgifter om antalet personer som förs till sjukhus i livets slutskede på kommunnivå, som underlag för hur den palliativa vården utvecklas i kommunerna.

Höftfraktur är den främsta orsaken till att personer 80 år eller äldre i kommunal hälso- och sjukvård får vård i slutenvård, 75 procent av dessa är kvinnor. Denna rapport visar att de flesta frakturer sker i ordinärt boende bland dem som redan har kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Dessa uppgifter är också möjliga att använda för att följa verksamheternas arbete med att förebygga höftfrakturer.

Generellt framkommer att täckningsgraden för de olika registren är olika beroende på om vården ges som hemsjukvård eller i särskilda boenden. Det kan bero på att de organisatoriska förutsättningarna för vården i olika boendeformer från början var olika. Kommunerna tog över ansvaret för hälso- och sjukvård från landstingen i samband med ÄDEL-reformen 1992. Vården i särskilda boendeformer lagreglerades medan det blev möjligt att organisera hemsjukvården genom lokala överenskommelser.

Organisationen med läkare i de landstingsfinansierade och övrig hälso- och sjukvårdspersonal i kommunerna, förutsätter en fungerande samverkan, både mellan de båda sjukvårdshuvudmännen och med socialtjänsten. Resultaten som redovisas ovan är alla exempel på områden där samverkan är en förutsättning för en god vård och omsorg.

Sambearbetningarna som redovisas i denna rapport har varit möjliga att göra främst med hjälp av det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret. Detta register var tidigare inte möjligt att använda, då flera landsting/regioner hade kvar ansvaret för vården i hemmet (hemsjukvård). Men allt eftersom fler kommuner tog över ansvaret för hemsjukvården, blev det möjligt att använda registret för olika jämförelser. Från 2019 kommer kommunerna att börja rapportera uppgifter om vårdåtgärder till detta register. När sedan Stockholms läns landsting, som sista huvudman i landet, lämnar över ansvaret för hemsjukvården under de närmaste åren, kommer registret omfatta alla personer med kommunal hälso- och sjukvård, inte bara i särskilda boendeformer, utan också i hemsjukvården.

Tillsammans med registret för insatser i socialtjänsten och LSS-registret utgör det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret en växande användningspotential för uppföljning av verksamheternas kvalitet och forskning om den kommunala hälso- och sjukvården.



# Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård

Nationella kvalitetsregister ger unika möjligheter att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen. Med personnummerbaserade uppgifter om bland annat behov, behandling och resultat av insatser möjliggör kvalitetsregistren uppföljning, utvärdering av och förbättring inom vården och omsorgen. Med stöd av registren är det möjligt att tillämpa ett systematiskt arbetssätt som bygger på kunskap och resultat, en förutsättning för god vård och omsorg. Kvalitetsregistren ger dessutom viktiga underlag för forskning.

Denna rapport

- beskriver i vilken omfattning verksamheter i landsting och kommun dokumenterar i registren
- visar hur sambearbetning av olika register kan tillföra en fördjupad information om vården av patienter
- visar hur Socialstyrelsens olika register och kvalitetsregister kan användas vid forskning om kommunal hälso- och sjukvård.
- ger exempel på nya uppgifter som kan tas fram genom sambearbetningar och användas till verksamhetsutveckling eller vid forskning.

## Om täckningsgrader

Täckningsgradsberäkningar görs för att beskriva hur väl uppgifterna i ett register omfattar målgruppen som det ska representera. Hög täckningsgrad kan öka sannolikheten för att resultaten speglar förhållandena för målgruppen, medan uppgifter från register med låg täckningsgrad ofta bör tolkas med försiktighet. Täckningsgraden påverkas bland annat av att användningen av kvalitetsregister är frivillig och av att patienter kan tacka nej till att delta i registret.

För att beskriva täckningsgraden jämför Socialstyrelsen uppgifterna från kvalitetsregistren med uppgifter från register som ingår i den officiella statistiken. Eftersom verksamheterna enligt lag måste rapportera uppgifter till dessa register, är sannolikheten ofta stor att de ger en god bild av verkliga förhållanden.

### Täckningsgrad

Med täckningsgrad menas hur stor andel av registrets avsedda registerpopulation som har registrerats. Täckningsgraden definieras som andelen personer, händelser eller åtgärder som är registrerade i kvalitetsregistret för viss sjukdom eller annat hälsoproblem jämfört med alla fall i riket som uppfyller kvalitetsregistrets inklusionskriterier (registerpopulationen). Kvalitetsregistrets täckningsgrad är viktig för registrets kvalitet och validitet, men är inte den enda kvalitetsaspekten.

### *Innehållet i denna rapport*

Nedanstående register behandlas i denna rapport.

#### *Nationella kvalitetsregister:*

- Senior alert
- Svenska palliativregistret
- Nationella diabetesregistret, NDR
- Riksstroke
- Rikshöft
- Svenskt beroenderegister, SBR

Innehållet i varje register beskrivs i resultatavsnittet.

#### *Register som Socialstyrelsen ansvarar för:*

- Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård
- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning,
- Patientregistret, PAR
- Läkemedelsregistret
- Dödsorsaksregistret, DORS
- Registret över insatser enligt LSS.

För beskrivning av innehållet i dessa register, se bilaga 1.

Beroende på målgrupperna, har olika register som verksamheten måste rapportera till använts för att beskriva täckningsgraderna. Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård har använts vid samtliga bearbetningar. Till detta register rapporteras de personer som vårdas enligt 12 kap 1,2 §§ och 14 kap 1 § Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, oavsett var patienten har fått vård, i ordinärt eller i särskilt boende (se bilaga 2 definitioner). Från 2019 utökas registret med information om vilka åtgärder som vidtagits. I bilaga 1 om Socialstyrelsens register finns mer information om denna utveckling.

Med hjälp av registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning är det möjligt att beskriva dem som får insatser i särskilda boenden enligt socialtjänstlag (2001:453), SoL. Registret om personer med funktionsnedsättning, insatser enligt LSS, innehåller bland annat information om personer i bostad med särskild service för vuxna enligt 9.9 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Dessa register har också använts vid samtliga sambearbetningar.

All sambearbetning har gjorts via uppgifter om personnummer. Det finns flera register som innehåller mängduppgifter utan att dessa kan kopplas till en viss individ. Denna typ av register ingår inte i dessa sambearbetningar.

### *Innehållet i den första rapporten*

Denna rapport bygger vidare på innehållet i en första rapport som Socialstyrelsen publicerade 2017 [1]. 18 olika register av betydelse för den kommunala hälso- och sjukvården identifierades och ansvariga för de olika registren

fick frågan om de ville delta. Det resulterade i att åtta register sambearbetades med olika register som Socialstyrelsen ansvarar för. Bland annat redovisas hur väl respektive register omfattar dem som får vård finansierad av kommunerna med hjälp av täckningsgradsjämförelser och det framkom också att uppgifter från NDR kunde kopplas till personer med kommunal hälso- och sjukvård. Tre av dessa åtta register är inte inkluderade i denna rapport:

- Svenska demensregistret, SveDem
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens, BPSD
- RiksSår – kvalitetsregister för svårläkta sår.

De är fortfarande aktuella och av värde för vården av personerna i kommunal hälso- och sjukvård. Den förra undersökningen visade dock på svårigheter att göra relevanta täckningsgradsjämförelser. Besök i primärvården rapporteras inte till Socialstyrelsens patientregister som endast omfattar slutenvårdsenheter och specialiserad öppenvård. Eftersom många får en diagnos i primärvården går det inte att via Socialstyrelsens register fastställa hur väl SveDem motsvarar personer med demenssjukdomar i den kommunalt finansierade vården. Samma gäller för BPSD-registret.

RiksSår omfattar personer med svårläkta sår. Det handlar om bensår och fotsår hos personer med eller utan diabetes samt trycksår. Dessa sår förekommer ofta bland äldre personer och risken ökar med stigande ålder [2]. Behandling av dessa personer kräver specialistkompetens, varför det är en fördel att organisera omhändertagandet över kommungränser, med förslagsvis landstingen som samordnande aktör. Undersökningen 2016 visade att publicering inte var möjlig på grund av alltför låg täckningsgrad. Men området är angeläget för alla dem som drabbas av svårläkta sår, då det visar sig att såren kan läka med rätt behandling. SBU:s rapport kan användas som underlag för ett lätt tillgängligt kunskapsstöd.

## Nyheter i årets rapport

Nytt i årets undersökning är att kvalitetsregistret SBR samt Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS inkluderats i sambearbetningarna.

Nytt är också att resultaten presenteras åldersgrupperat 18 – 64 år och 65 år eller äldre. Valet att inkludera personerna från 18 år är ett resultat av en undersökning som Socialstyrelsen gjorde 2015. Den visade att kommuner i 12 regioner/landsting ansvarar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) för samtliga åldrar från 0 år och uppåt enligt en överenskommelse i enlighet med 14 kap 1 § HSL. I sex regioner/landsting omfattar överenskommelserna om hemsjukvård personer från 18 år och uppåt. I Värmland ansvarar kommunerna för hemsjukvården från sju år och i Uppsala från 17 år och uppåt [3].

Med anledning av det valdes 18-årsgränsen, då det innebär att samtliga kommuner som ansvarar för hälso- och sjukvården i ordinärt boende kan inkluderas. Det gäller dock ej kommunerna i Stockholms läns landsting, Norrtälje undantaget. Detta landsting planerar att lämna över ansvaret för hemsjukvården till de övriga kommunerna under de närmaste åren.

Socialstyrelsen visar också hur uppgifter från NDR kan hämtas och användas i den kommunala hälso- och sjukvården till verksamhetsutveckling och hur uppgifter om läkemedelsgenomgångar kan hämtas från Senior alert.

Socialstyrelsen redovisar även vilka diagnoser patienter i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård har fått i samband med vård i slutenvård och specialiserad öppen vård enligt patientregistret. Resultaten beräknades för fyra åldersgrupper: 0 – 17 år, 18 – 64 år, 65 – 79 år och 80 år och uppåt (tabell 12, bilaga 4). Socialstyrelsen tog också fram de vanligaste dödsorsakerna för de olika åldersgrupperna genom att sambearbeta dödsorsaksregistret med det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret (tabell 13, bilaga 4). Resultatet ger en bild av sjukdomspanoramata och en bakgrund till patienternas behov av vård.

## Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård utgör en del av den landstingsfinansierade primärvården. Utredningen God och nära vård (SOU 2017:53) lyfter fram primärvården som den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov och därför förväntas patienterna i första hand vända sig dit för att få en bedömning. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov. Det är också innebörden av regeringens förslag Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (Prop. 2017/18:83). Förslaget ställer nya krav på primärvårdens innehåll och utformning som också är av betydelse för utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården.

## Kommunernas och landstingens ansvar

Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård<sup>1</sup> till dem som bor i särskilda boenden eller får insatsen dagverksamhet enligt SoL<sup>2,3</sup>. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård omfattar även personer i bostad med särskild service för vuxna eller för dem med daglig verksamhet enligt LSS<sup>4</sup>. En kommun kan också, efter överenskommelse med aktuellt landsting, ha ansvar för hälso- och sjukvården i den enskildes bostad<sup>5</sup>, när denne har behov av enskilda insatser eller sammanhängande över tid, dvs hemsjukvård [4].

---

<sup>1</sup> 12 kap 1, 2 §§ HSL

<sup>2</sup> 5 kap 5, 7 §§ SoL

<sup>3</sup> 3 kap 6 § SoL

<sup>4</sup> Prop.92/93:159. S 182

<sup>5</sup> 14 kap 1 § HSL

## Kommunal hälso- och sjukvård och primärvård

Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap 6§ HSL). Behoven tillgodoses med stöd av legitimerad personal i landsting och kommun. I den kommunala hälso- och sjukvården finansierar kommunerna insatser av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, de vanligast förekommande professionerna. Ett fåtal dietister finns också att tillgå. Läkare finansieras av landstingen. Den kommunala hälso- och sjukvården kan utföras av omsorgspersonal på delegation under förutsättning att patientsäkerheten upprätthålls (6 kap 3 § PSL).

Insatserna, rehabilitering och omvårdnad, ges främst av fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Här ingår också att tillhandahålla hjälpmedel. Målet är att förebygga risker som uppstår på grund av ohälsa orsakad av olika sjukdomar eller en plötslig händelse och att stödja personerna i deras dagliga livsföring. Tillgång till läkare för personer i kommunal hälso- och sjukvård är landstingets ansvar<sup>6</sup>.

God samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal i kommuner och landsting och med yrkesutövare i socialtjänsten är en förutsättning för ett personcentrerat arbetssätt.

### Antal patienter med kommunal hälso- och sjukvård

År 2016 vårdades 392 000 patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Majoriteten av dessa, 83 procent, var 65 år eller äldre. Antalet kvinnor och män var ungefär jämt fördelade bland personer upp till och med 64 år. Bland de äldre personerna var andelen kvinnor högre, 63 procent [5]. Skillnaden kan delvis förklaras med att kvinnor lever längre än män.

Sedan 2013 har antalet ökat med 23 700 personer [5]. Samtidigt skedde dock en minskning av andelen äldre i denna verksamhet (figur 1). Anledningen till detta var att andelen personer 65 år eller äldre i riket ökade år 2016.

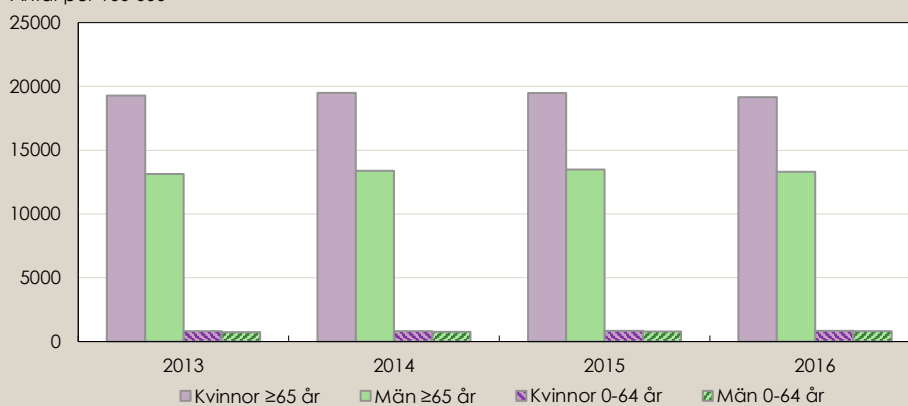
---

<sup>6</sup> 8 kap 1§ och 16 kap 1§ HSL

**Figur 1. Antal personer med minst en insats av kommunal hälso- och sjukvård per 100 000 invånare.**

Fördelat på kön och ålder, år 2013-2016.

Antal per 100 000



Källa: Registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen samt Befolkningsregistret, Statistiska centralbyrån.

En majoritet av patienterna i kommunal hälso- och sjukvård vårdas i hemmet med hemsjukvård [6]. Bland dem som var 65 år eller äldre 2016, bodde ungefär 33 procent i permanent särskilda boenden enligt SoL [7].

## Vanliga diagnoser och dödsorsaker bland personer med kommunal hälso- och sjukvård

Patienter i kommunal hälso- och sjukvård har rätt till medicinsk vård och omvårdnad, habilitering, rehabilitering samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar efter behov. Här ingår också att verksamheterna ska identifiera risker för ohälsa som till exempel fall, undernäring, nedsatt mun- och tandhälsa, trycksår och blåsdysfunktion samt att stödja personer i deras dagliga livsföring, och i livets slutskede.

I nedanstående avsnitt redovisas resultatet av Socialstyrelsens sambearbetning mellan det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret och patientregistret samt dödsorsaksregistret. Resultatet för de vanligaste diagnoserna och dödsorsakerna redovisas i tabell 12 och 13 i bilaga 4.

De vanligaste diagnoserna bland personer upp till och med 17 år är genomgripande utvecklingsstörning, cerebral pares och epilepsi. Det speglar med stor sannolikhet kommunernas uppdrag i LSS-verksamheter. I denna åldersgrupp avled ett fåtal personer i tumörsjukdomar under 2016.

Gemensamt för de tre äldre åldersgrupperna är förekomst av hjärninfarkt (stroke orsakad av en propp) och i de två högre åldersgrupperna handlar det om flera olika besvär från hjärta/kärl. Hypertoni är den vanligaste bidiagnosen i samtliga åldersgrupper 18 år och uppåt. Det får ses som uttryck för att hypertoni främst behandlas i primärvården och därför endast förekommer som bidiagnos, vid besök på sjukhus. Diabetes förekommer i alla dessa grupper. När de 20 mest förekommande diagnoserna inkluderas gäller detta också för KOL.

Ögonsjukdomarna ses i de högre åldrarna, liksom besvär från urinvägarna. Lårbensfrakturer, höftfrakturer, är den allra vanligaste orsaken till att personer 80 år eller äldre vårdas i akutsjukvård. 75 procent av dessa är kvinnor.

Demens är angivet som bidiagnos bland de 20 vanligaste diagnoserna i åldrarna 80 år och uppåt. Samtidigt anges ospecificerad demens som den näst vanligaste dödsorsaken bland personer 80 år och äldre. Den vanligaste dödsorsaken för båda de äldre grupperna är hjärtinsufficiens.

Det är tumörsjukdomar som ligger bakom sex av de tio vanligaste dödsorsakerna bland personer 18 – 64 år. Hjärtsjukdomar, lunginflammation, KOL och diabetes förekommer bland de 10 mest förekommande dödsorsakerna i alla åldersgrupper från 18 år och uppåt.

# Resultat av sambearbetningar

I detta avsnitt beskrivs resultatet av sambearbetningar för de sex kvalitetsregister som inkluderades i projektet. Registrets målpopulation beskrivs inledningsvis och därefter följer en kortfattad redogörelse för varje register. Resultaten presenteras på riks- och landstings/regionnivå. Resultatredovisningarna kompletteras med slutsatser och idéer om möjliga framtida undersökningar.

## Senior alert

Senior alert omfattar personer som har behov av eller som kan få behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Registret stödjer verksamheterna att

- identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Områdena i Senior alert har stark koppling till varandra. En undernärmd person har lättare att falla och att utveckla trycksår, och vid till exempel en höftfraktur ökar risken att utveckla både trycksår och näringsproblem. En god nutrition är också avhängigt en god munhälsa [8]. Att läcka urin på natten får inte bara konsekvenser vad gäller hygien och tvätt, utan kan också ge upphov till fallolyckor [9]. Fallolyckor innebär i sin tur ökad risk för frakturer, speciellt hos äldre kvinnor. Höftfraktur är den vanligaste orsaken till att personer över 80 år vårdas i slutet vård (se tabell 12, bilaga 4). Senior alert erbjuder en möjlighet till ett systematiskt förebyggande arbetssätt.

Registret har som ambition att registrera riskbedömningar och åtgärder som utförs bland personer med behov av förebyggande insatser enligt ovan.

### *Beräkning av täckningsgraden*

Täckningsgraden beräknas som andelen personer som är registrerade i Senior alert utav de som registrerats som särskilt boende enligt socialtjänstregistret eller med någon insats enligt det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret.

Registret för kommunal hälso- och sjukvård gör ingen skillnad på om en registrering handlar om en enstaka insats eller om hemsjukvård. Riskanalyser enligt Senior alert erbjuder personer som har hemsjukvård. Täckningsgraden för dem med enbart en registrering var emellertid låg och kanske inte representativ för dem med hemsjukvård. Vid inkludering av fler registreringar förändrades dock täckningsgraden markant. För jämförelse redovisas därför täckningsgraden för en respektive två eller fler registreringar. Alla personer i särskilda boenden förutsätts ha behov av vård sammanhängande över tid.

Bedömningsinstrumenten i Senior alert är utformade för äldre personer och registret har inte som mål att registrera personer under 65 år. Socialstyrelsen redovisar därför enbart täckningsgraden för personer 65 år och äldre. En mer utförlig metodbeskrivning finns i bilaga 3.



Beräkningarna bygger på registrerade riskbedömningar av undernäring, trycksår och fall bland personer 65 år och äldre 2013 – 2016 i 289 kommuner. Risk för ohälsa i munnen registrerades i 275 kommuner och risk för blåsdysfunktion i 115 kommuner. Täckningsgradsredovisningen omfattar även personerna i kommunen som inte har lämnat uppgifter.

Årets bearbetningar bland personer 65 år eller äldre visar en sammanlagd täckningsgrad om 34 procent i samtliga boendeformer. Flest registreringar sker i särskilda boenden enligt SoL (tabell 1). Här registreras 78 procent av personerna.

**Tabell 1. Antal personer i Senior alert matchade med antal personer i Socialstyrelsens register, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, personer 65 år eller äldre, 2016**

Boendeform	Senior alert Antal personer ≥65 år	Socialstyrelsens register <sup>1</sup> Antal personer ≥65 år	Täckningsgrad (%)
Ordinärt boende med KHSV <sup>2</sup>	27 540	185 553	14,8
varav med 1 registrering	691	31 016	2,2
varav med 2 eller flera registreringar	26 849	154 537	17,4
Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS	625	3 099	20,2
Särskilt boende enligt SoL	65 216	83 709	77,9
<b>Samtliga personer med KHSV</b>	<b>93 381</b>	<b>272 361</b>	<b>34,3</b>

<sup>1</sup> Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS

<sup>2</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

Källa: Kvalitetsregistret Senior alert, Socialstyrelsens register och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.

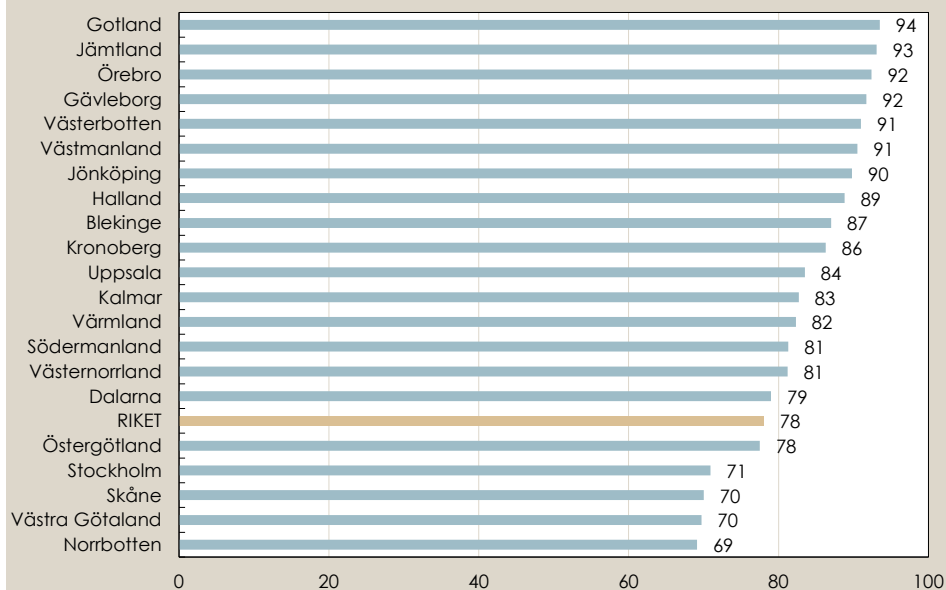
77 procent av de särskilda boendena enligt SoL använder resultaten i Senior alert till verksamhetsutveckling. Det framgår av Socialstyrelsens enhetsundersökning 2017 [10].

## Skillnader och förändringar av täckningsgrader

Täckningsgraden i särskilda boenden varierar mellan 94 procent på Gotland till 69 procent i Norrbotten (figur 2).

Över tid har täckningsgraden i samtliga boendeformer jämfört med uppgifter från 2013 ökat från 27 till 34 procent. Den största ökningen noteras i särskilda boenden enligt SoL, från 61 till 78 procent. Se Excelfil med uppgifter per kommun från 2016 på Socialstyrelsens webbplats.

**Figur 2. Registrering i Senior alert 2016, täckningsgrader (%)  
Särskilda boenden enligt Sol för personer ≥ 65 år**



Källa: Kvalitetsregistret Senior alert och socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning

Socialstyrelsens beräkningar visar att de flesta vårdas i ordinärt boende. Lårbensfrakturer är vanligt förekommande i den kommunalt finansierade verksamheten (se tabell 12, bilaga 4) och de flesta frakturer sker i ordinärt boende bland dem som redan har kommunalt finansierade insatser. Det är med andra ord angeläget att utveckla ett preventivt arbetssätt i verksamheter som vårdar äldre personer och framför allt bland dem som bor i ordinärt boende.

Framtida studier kan handla om att följa upp förekomsten av frakturer och jämföra med förekomst av riskbedömningar och åtgärder i de olika verksamheterna, framför allt i ordinärt boende. Registreringen i Senior alert gör det möjligt att använda uppgifter om vården som underlag för uppföljning och utvärdering på verksamhets – och kommunnivå.

## Läkemedelsgenomgångar bland personer 75 år och äldre

Socialstyrelsen hämtade uppgifter från Senior alert om genomförda läkemedelsgenomgångar. Uppgifterna jämfördes med förskrivningen av olämpliga läkemedel före och sedan efter en läkemedelsgenomgång bland personer 75 år eller äldre i särskilt boende. Frågeställningen var hur förskrivningen av olämpliga läkemedel till personer 75 år och äldre påverkas efter en läkemedelsgenomgång. En mer utförlig metodbeskrivning finns i bilaga 3.

Indikatorn *Användning av minst ett av fyra olämpliga läkemedel* användes. Den omfattar preparat med hög risk för biverkningar hos äldre [11]. De läkemedel som ingår är långverkande bensodiazepiner, läkemedel med antikolinerga effekter samt Tramadol och Propiomazin. Dessa läkemedel bör endast användas om det finns särskilda skäl för det. Den förväntade nyttan med läkemedlet ska stå i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall.

## Läkemedelsgenomgång

Vårdgivaren ska erbjuda en *enkel* läkemedelsgenomgång till de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel vid 1. besök hos läkare i öppen vård, 2. inskrivning i slutenvård, 3. påbörjad hemsjukvård, och 4. inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patienterna som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (dvs särskilt boende). En *fördjupad* läkemedelsgenomgång ska erbjudas vid kvarstående läkemedelsrelaterade problem. (Se 11 kap 3 § HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.)

### Resultat

Mellan 2013 till 2016 gjordes drygt 526 400 riskbedömningar för 199 900 unika personer. Läkemedelsgenomgångar<sup>7</sup> planerades som förbyggande åtgärd mot

- fallrisk i 11 800 bedömningar,
- undernäring i 2 500 bedömningar
- både fall och undernäring i 177 500 riskbedömningar.

Att en patient riskerar att falla, att utveckla eller redan har en undernäring orsakar, enligt noteringarna i Senior alert, ett behov av en läkemedelsgenomgång vid nästan 178 000 bedömningar. Det betyder att behov av läkemedelsgenomgång konstateras som en åtgärd, av flera andra, vid 34 procent av alla riskbedömningar som registrerades i Senior alert 2013 – 2016.

Undersökningen omfattade till slut 43 800 personer 75 år eller äldre med dosdispenserade läkemedel före och efter noterat uppföljningsdatum. En läkemedelsgenomgång antas vara genomförd i direkt anslutning till detta datum. Vid borttagning av dem som inte fått en läkemedelsgenomgång under de senaste två åren och sedan fått en genomgång enligt noteringarna i Senior alert återstod drygt 3 100 personer.

Bland dessa som kunde studeras hade

- 2 766 personer inga olämpliga läkemedel varken före eller efter genomgången
- 73 personer olämpliga läkemedel före men inte efter
- 47 personer inga olämpliga läkemedel före men efter och
- 199 personer olämpliga läkemedel både före och efter genomgången.

<sup>7</sup> I Senior alert används KVÅ-koden XV016, som betyder fördjupad läkemedelsgenomgång

Något tydligt samband mellan läkemedelsförskrivningar och läkemedelsgenomgångar med avseende på resultat av förskrivning av olämpliga läkemedel kan inte ses i denna undersökning. Socialstyrelsen har dock inte prövat hur en genomgång påverkar den övriga förskrivningen. Eftersom fall anges som främsta orsak till behov av en genomgång kan det finnas skäl att förnya undersökningen och inkludera fler läkemedel som ökar risken för fall [11]. Märk också att i Senior alert noteras datum för uppföljning, men det framgår inte om förslaget till åtgärd endast har inneburit en allmän översyn av läkemedelsbehandlingen av ansvarig läkare.

En undersökning som genomfördes i Västra Götaland bland 144 222 individer vid 196 vårdcentraler visar att det inte finns ett klart samband mellan antalet genomförda läkemedelsgenomgångar och läkemedelsförskrivningen [12].

Läkemedelsgenomgångar kan anges som en åtgärd i patientregistret (KVÅkoder XV015 och XV016). Men dessa uppgifter kan inte användas för denna målgrupp då registrering av KVÅ-koderna endast sker för personer som får vård i den specialiserade öppna vården eller i slutenvård.

Socialstyrelsens årliga enhetsundersökning visar att nästan 50 procent av de särskilda boendena har rutiner för hur läkemedelsgenomgångar ska genomföras med dokumenterade uppgifter om den enskildes delaktighet i samband med genomgången [10]. Något fler, drygt 50 procent, av verksamheterna som ger vård och omsorg till personer i ordinärt boende har sådana rutiner.

## Svenska palliativregistret

Den sista tiden i livet kan, trots många svårigheter, bli en värdefull tid för den enskilda människan och hennes familj. Vad som ofta nämns som innebörden i ”en god död” är bevarad självbild och integritet, självbestämmande, att kunna bevara sociala relationer, att få möjlighet att skapa mening och se sammanhang samt en god symtomlindring. En god palliativ vård innebär att den svarar mot patientens behov [13].

Man räknar med att cirka 80 procent av dem som avlider är i behov av palliativ vård [14]. De flesta som avlider inom den palliativa vården är personer med cancersjukdomar men det finns även andra patientgrupper med stora behov av ett palliativt förhållningssätt och kompetens för att kunna ge bästa tänkbara vård. Det handlar till exempel om personer med andra kroniska sjukdomar, som KOL, hjärtsvikt och demens [15]. Dessa sjukdomar är också vanligt förekommande bland personer med kommunal hälso- och sjukvård (tabell 12, bilaga 4).

Svenska palliativregistret innehåller uppgifter om vården och omsorgen till personer under deras sista tid i livet. Uppgifter från den avlidnes senaste levnadsvecka hämtas från patientjournalerna och läggs in i palliativregistret, efter dödsfallet. Uppgifterna från registret sambearbetades med det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret.

När alla som avled under 2016, 91 100 personer, inkluderas i beräkningen (tabell 2), registrerades 74 procent med kommunal hälso- och sjukvård i palliativregistret, varav 72 procent i ordinärt boende och 76 procent i särskilda

boendeformer. 71 procent av dem som avled på sjukhus återfinns i registret. Det var dock ovanligt att personer i ordinärt boende, utan insats av den kommunalt finansierade vården noterades i palliativregistret. Här registrerades 22 procent. De nästan 3 300 personerna utan kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende kan hänföras till den landstingsfinansierade hemsjukvården. Av samtliga som avled 2016 registrerades 65 procent i registret (tabell 2).

Personer som avled i åldrarna mellan 18 – 64 år, registrerades företrädesvis i Svenska palliativregistret när vården gavs i ordinärt boende i den kommunala verksamheten (72 procent) eller på sjukhus (68 procent). I denna åldersgrupp registrerades 44 procent i palliativregistret (tabell 14, bilaga 5).

Palliativregistret användes främst av verksamheter som vårdade äldre personer. Det gäller även för dem som avled på sjukhus. Bland personer 65 år och äldre registrerades 68 procent i palliativregistret (Se tabell 15 bilaga 5).

**Tabell 2. Antal personer i Svenska palliativregistret matchade med antal personer i dödsorsaksregistret, andel (%) som registreras i palliativregistret, olika boendeformer, landsting och kommun, samtliga personer som avled 2016**

Boendeform	Palliativregistret Samtliga personer	DORS <sup>1</sup> Samtliga personer	Andel (%) i palliativregistret
Samtliga med KHSV <sup>2</sup>	42 784	57 866	74
varav i ordinärt boende	19 928	27 769	71,8
Varav i särskilda boendeformer <sup>3</sup>	22 856	30 097	75,9
Avliden på sjukhus, utan KHSV	12 901	18 179	71
Ordinärt boende - utan KHSV	3 276	15 026	21,8
<b>Samtliga personer</b>	<b>58 961</b>	<b>91 071</b>	<b>64,7</b>

<sup>1</sup> Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

<sup>2</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>3</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Svenska palliativregistret och dödsorsaksregistret, patientregistret, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

Det är rimligt att anta att uppgifterna speglar när och var den förväntade döden sker, där den enskilde har behov av den palliativa vården. Uppgifterna om dem som avled utan någon kommunal hälso- och sjukvård i det egna hemmet stärker den tolkningen. Här handlar det med stor sannolikhet om den plötsliga, icke-förväntade döden.

## Användning av palliativregistret i kommuner och landsting

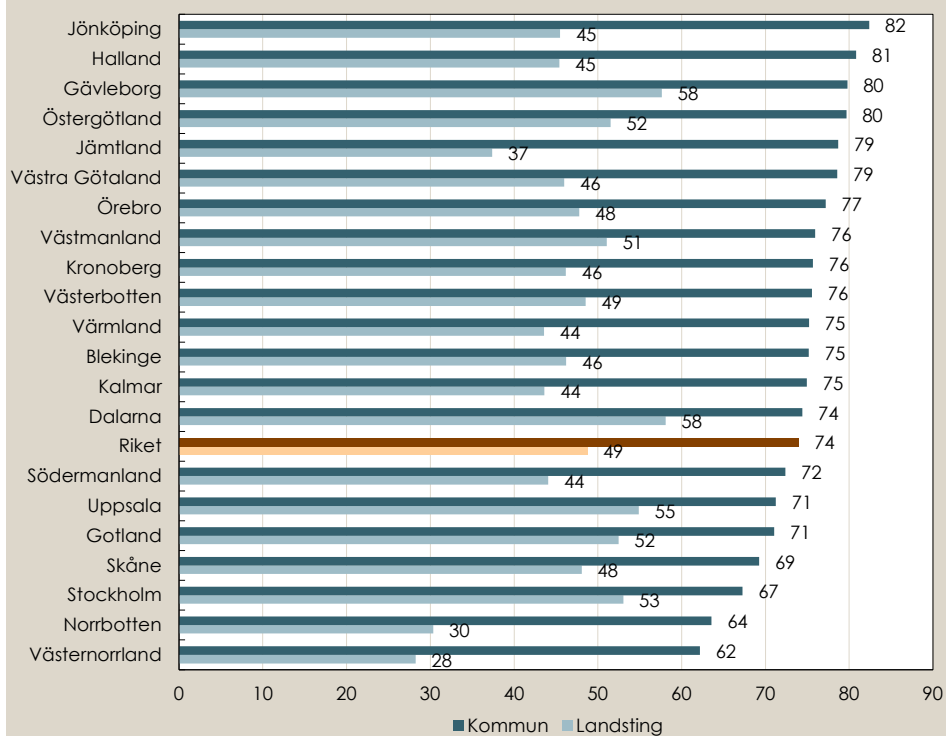
Figur 3 visar hur Svenska palliativregistrets används i kommunalt och landstingsfinansierade verksamheter. Av de 57 900 personerna i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården registrerades 74 procent i Svenska palliativregistret och uppgifterna varierade mellan 82 till 62 procent i de olika regionerna/landstingen.

I den landstingsfinansierade verksamheten avled totalt 33 200 personer 2016 på sjukhus eller i ordinärt boende utan att ha haft kontakt med den

kommunalt finansierade vården. Av dessa noterades 49 procent i Svenska palliativregistret, med en variation om 58 till 28 procent.

I Excelfil på Socialstyrelsens webbplats redovisas andelen kommunalt finansierade verksamheter som registrerar i palliativregistret i kommuner, landsting/regioner och på riksnivå för samtliga åldrar.

**Figur 3. Andel (%) av alla avlidna personer 2016 som registrerades i Svenska palliativregistret, kommunalt och landstingsfinansierade**



Källa: Kvalitetsregistret Svenska palliativregistret och dödsorsaksregistret, patientregistret, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen

Svenska palliativregistret används oftare i den kommunalt finansierade verksamheten. Det är i denna verksamhet som många personer har behov av palliativ vård och här avlider en stor del av befolkningen.

Resultatet speglas också i hur kommunerna svarar att de använder uppgifter från det Svenska palliativregistret i de särskilda boendena. 72 procent anger att resultaten, som fås genom registret, används för utveckling av verksamheternas kvalitet på detta område [10].

### De flesta som avlider har kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

I föregående stycke beskrev Socialstyrelsen att av de 91 100 personerna som avled 2016, var 57 900 personer ”inskrivna” i kommunal hälso- och sjukvård när de dog. Av dessa avled 17 000 på sjukhus och 13 000 av dem var registrerade i palliativregistret, de flesta i ordinärt boende (tabell 3). Resterande 40 900 avled i kommunal hälso- och sjukvård. Det motsvarar 45 procent av alla som dog 2016. Bland de 33 200 personerna som avled utan kommunal

hälso- och sjukvård finns bland annat dem i ordinärt boende i kommunerna i Stockholms läns landsting.

**Tabell 3. Antal avlidna på sjukhus och registrerade i Svenska palliativregistret med och utan kommunal hälso- och sjukvård 2016**

Sjukvårds-huvudman	Boendeform	Avlidna totalt	Avlidna på sjukhus	Avlidna på sjukhus och registrerade i palliativregistret
KHSV <sup>1</sup>	Ordinärt boende	27 769	12 252	9 522
	Särskilda boendeformer <sup>2</sup>	30 097	4 722	3 461
	Alla boendeformer	57 866	16 974	12 983
Ej KHSV	Sjukhus eller okänd boendeform <sup>3</sup>	33 205	18 179	12 901
<b>Totalt</b>		<b>91 071</b>	<b>35 153</b>	<b>25 854</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

<sup>3</sup> 15 026 i ordinärt boende, övriga 18 179 avled på sjukhus, utan känd boendeform.

Källa: Kvalitetsregistret Svenska palliativregistret och dödsorsaksregistret, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

Tabellen ovan visar att 13 000 personer fördes från kommunal hälso- och sjukvård till sjukhus i livets slutskede. De flesta, 9 500 personer, bodde i ordinärt boende.

Resultaten illustrerar behovet av samverkan mellan de olika huvudmännen. Skälen till behoven av sjukhusvård i livets slut ska alltid relateras till den enskilde patientens situation, behov och önskemål. Men också till vårdgivarnas möjligheter och kompetens att ge god palliativ vård. Huvudmännens hälso- och sjukvårdsansvar innebär bland annat att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls och att där det bedrivs sådan verksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges<sup>8</sup>. Det finns skäl att gå vidare och undersöka varför så många i palliativt skede avlider på sjukhus.

Socialstyrelsens utvärdering av det nationella kunskapsstödet i palliativ vård identifierar olika prioriterade områden för förbättring av den palliativa vården [15]. I rapporten poängterar Socialstyrelsen bland annat vikten av att de olika huvudmännen har en gemensam syn på processen för en god palliativ vård och omsorg. Det kan underlätta planering och ansvarsfördelning, och skapa förutsättningar för god samverkan mellan olika aktörer. Här kan det vara en fördel att upprätta en vårdplan för patienternas samlade behov relaterade till insatser som ges både av läkare och kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

## Nationellt Diabetesregister, NDR

Diabetes är en av våra stora folksjukdomar. Man räknar med att det är 4 till 6 procent av befolkningen i åldern 16 – 84 år som har diabetes [16]. En annan

<sup>8</sup> 5 kap 1-5 §§ HSL

uppskattning är att det är cirka 450 000 personer i åldrarna 20 – 79 år som har diabetes [17].

Diabetes är en kronisk sjukdom där blodets nivåer av glukos är förhöjt, vilket i sin tur kan orsaka vävnadsskador, hjärt-kärl sjukdomar och problem med ämnesomsättningen.

Det nationella diabetesregistret, NDR innehåller uppgifter om vården och behandlingen av personer med diabetes typ 1 och 2. Syftet med registret är bland annat att uppnå rekommenderade nivåer för blodsocker och blodtryck för att förebygga olika komplikationer i form av till exempel ögonbottenförändringar eller svårålkta sår.

Denna rapport omfattar personer med läkemedel för både typ 1 och typ 2 diabetes. Typ 2 förekommer oftare och risken att få denna typ av diabetes ökar avsevärt ju äldre man blir [17].

Socialstyrelsens sambearbetning med det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret och patientregistret visar att diabetes förekommer bland de tio vanligaste diagnoserna i samtliga åldersgrupper från 18 år och uppåt. I dessa grupper är diabetes dessutom en av de 20 vanligaste dödsorsakerna (tabell 12 och 13, bilaga 4).

I denna undersökning framkommer att 16 procent av alla personer 18 år eller äldre i den kommunala vården använde diabetesläkemedel 2016. I åldrarna 18 – 64 var det 12 procent och bland dem som var 65 år och äldre var det 17 procent som hade diabetesläkemedel. Populationen varierade i ålder mellan 18 till 108 år med en medelålder på 77 år.

Eftersom personer med diabetes oftast behandlas i primärvården innehåller inte patientregistret information om hela denna patientgrupp. I stället användes läkemedelsregistret som referens för de läkemedelsbehandlade personerna med typ 1 eller typ 2 diabetes. Personer med kostbehandlad diabetes ingår inte i täckningsgradsberäkningarna. Sambearbetningen beskriver andelen personer med och utan kommunal hälso- och sjukvård med förskrivna och uthämtade diabetesläkemedel 2016 som registrerades i NDR 2014 – 2016 (inom 18 månader före expedieringsdatum). För mer information om hur sambearbetningen genomfördes, se bilaga 3.

Registrering i NDR förekommer oftare för personer 18 – 64 år i den kommunala hälso- och sjukvården, där täckningsgraden är 75 procent, jämfört med de äldre personerna med en täckningsgrad om 71 procent (tabell 4 och 5). Som föregående år visar årets granskning att personer i särskilt boende enligt SoL förekommer i avsevärt lägre grad i NDR, vid jämförelse med dem i ordinärt boende. Det gäller i båda åldersgrupperna, där täckningsgraden är 63 procent i åldrarna 18 – 64 år och allra lägst är den bland äldre i särskilt boende, 47 procent. I LSS-boenden är täckningsgraden över lag högre, 75 och 69 procent (tabell 4 och 5).

För samtliga personer, i alla boendeformer och åldrar är täckningsgraden 71 procent (se tabell 16 bilaga 5).

Socialstyrelsen beräknade också täckningsgraden för personer som inte har kommunal hälso- och sjukvård. Denna population får vård i landstingets primärvård, i den slutna eller i den specialiserade öppenvården. Bland dessa personer noteras en högre täckningsgrad, högst är den bland personer 65 år eller äldre, 89 procent. För samtliga personer 18 år eller äldre, som inte får



kommunal hälso- och sjukvård noteras en täckningsgrad om 87 procent (se tabell 16 bilaga 5).

**Tabell 4. Antal personer i NDR matchade med antal personer i läkemedelsregistret med och utan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, personer 18 – 64 år, 2016**

Boendeform	NDR Antal personer 18 – 64 år	Läkemedelsregistret Antal personer 18 – 64 år	Täckningsgrad (%)
Ordinärt boende med KHSV <sup>1</sup>	4750	6159	77,1
Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS	1043	1387	75,2
Särskilt boende enligt SoL	531	844	62,9
<b>Samtliga 18 – 64 år med KHSV</b>	<b>6 324</b>	<b>8 390</b>	<b>75,4</b>
Personer utan KHSV <sup>2</sup>	146 444	174 043	84,1
<b>Samtliga 18 – 64 år</b>	<b>152 768</b>	<b>182 433</b>	<b>83,7</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Motsvarar personer i landstingsfinansierad vård

Källa: Kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) och läkemedelsregistret samt registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

**Tabell 5. Antal personer i NDR matchade med antal personer i läkemedelsregistret med och utan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, personer ≥ 65 år, 2016**

Boendeform	NDR Antal personer ≥ 65 år	Läkemedelsregistret Antal personer ≥ 65 år	Täckningsgrad (%)
Ordinärt boende med KHSV <sup>1</sup>	32 366	40 633	79,7
Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS	353	515	68,5
Särskilt boende enligt SoL	7372	15 563	47,4
<b>Samtliga ≥ 65 år med KHSV</b>	<b>40 091</b>	<b>56 711</b>	<b>70,6</b>
Personer utan KHSV <sup>2</sup>	183 546	207 320	88,5
<b>Samtliga ≥ 65 år</b>	<b>223 637</b>	<b>264 031</b>	<b>84,7</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Motsvarar personer i landstingsfinansierad vård

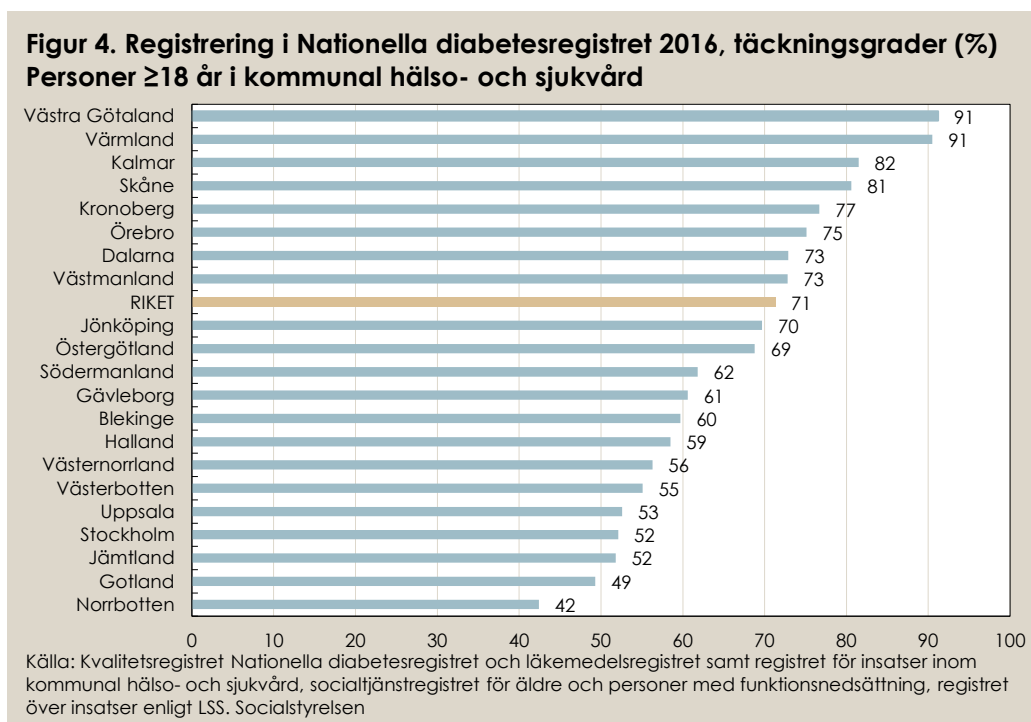
Källa: Kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) och läkemedelsregistret samt registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

Uppgifterna tyder på att både huvudmannskapet, boendeform och ålder har betydelse för hur registreringen i NDR sker bland personer med diabetesläkemedel. Personer 18 – 64 år i kommunal hälso- och sjukvård registreras oftare i NDR, jämfört med personerna 65 år och äldre. Men det är denna grupp som förekommer oftast i NDR i den landstingsfinansierade vården. Gemensamt för samtliga åldersgrupper är dock att personer i kommunal hälso- och sjukvård förekommer i lägre grad i NDR vid jämförelse med dem i landstingsfinansierad vård.

## Stora skillnader i täckningsgrader mellan regionerna

Det finns stora skillnader i täckningsgrader mellan olika regioner/landsting för dem med kommunal hälso- och sjukvård vid bägge jämförelserna som gjordes 2015 och 2016 [1]. År 2016 låg täckningsgraderna på som lägst 42 upp till 91 procent. Riksgenomsnittet för samtliga boendeformer var 71 procent (figur 4). 51 kommuner har en täckningsgrad på över 90 procent och 33 av dessa ligger i Västra Götaland, 9 kommuner i Värmland.

En Excelfil på Socialstyrelsens webbplats redovisar täckningsgraden för kommuner, landsting/regioner och på riksnivå för personer 18 år eller äldre.



Det finns också skillnader mellan kommunerna inom de olika lands- tingen/regionerna. Som exempel kan nämnas att i Värmland varierar täckningsgraderna från 75 till 96 procent, i Örebro från 66 till 86 procent och i Norrbotten från 25 till 86 procent.

## Undersökning av skillnader i täckningsgrad

Med anledning av skillnaderna i täckningsgrader genomförde Socialstyrelsen en enklare undersökning hösten 2017.

Det finns tre olika sätt att föra över uppgifterna från primärvårdens journal till NDR:

- direktöverföring från journal till NDR
- *automatiserad* direktöverföring som kräver viss handpåläggning från vårdhuvudmännens journalsystem till NDR
- manuell registrering i NDRs formulär på webben.

I Västra Götalandsregionen och i stora delar av Stockholms läns landsting direktöverförs data från respektive vårdgivare. Kronoberg, Skåne, och Värmland är exempel på landsting med fungerande *automatiserad* direktöverföring.

År 2016 var täckningsgraden 91,2 procent i Västra Götaland. Det speglar fördelarna med en direktöverföring av uppgifter som är helautomatisk. I Värmland används en överföring som kräver viss handpåläggning, men där har man ändå en hög täckningsgrad om 90,5 procent. Sättet att överföra uppgifterna från primärvårdens journal till NDR, förklarar till viss del skillnaderna men det handlar om mer än så.

### *Intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal i kommuner och landstingen*

Eftersom det också fanns skillnader på kommunnivå inom olika regioner/landsting, kompletterade Socialstyrelsen undersökningen med intervjuer av hälso- och sjukvårdspersonal från olika regioner/landsting med olika sätt att lägga in uppgifter i NDR. Fem diabetessjuksköterskor och två primärvårdsläkare besvarade muntligen på frågor om hur resultaten i NDR används i den kommunala hälso- och sjukvården. Uppgifterna diskuterades också med styrelsen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt med två sjuksköterskor i Melleruds respektive Älvsbyns kommuner, representerandes Västra Götaland (med högst täckningsgrad, 91,2 procent) respektive Norrbotten (med lägst täckningsgrad om 42,4 procent).

### *Sammanfattningsvis framkom*

- Tillfrågade medicinskt ansvariga sjuksköterskor känner inte till att uppgifter från NDR finns som rör personer med diabetes i den kommunala verksamheten.
- Uppgifterna från NDR används inte för verksamhetsuppföljning i kommunerna, fast det skulle vara möjligt.
- Ett landsting, Örebro, har satsat extra sedan 2016 på att överföra uppgifterna till kommunerna för användning vid verksamhetsutveckling. Det resulterade i en avsevärt högre täckningsgrad 2016, jämfört med 2015.
- Sjuksköterskorna i Melleruds kommun, Västra Götaland och i Övertorneå kommun, Norrbotten rapporterar regelbundet fastställda uppföljningar till diabetessjuksköterska på vårdcentral. I Västra Götaland använder man den automatiska överföringstjänsten och i Norrbotten sker kommunikationen av uppgifter till NDR via journalen men med krav på viss knapptryckning. I Mellerud var täckningsgraden 94,3 procent och i Övertorneå var motsvarande uppgifter 86,3 procent 2016.
- Det är vanligt att vårdcentralen ”släpper” kontrollen av personer med diabetes när kommunen går in som ansvarig för kommunal hälso- och sjukvård. Det blir en gränsdragningsfråga om ansvar beroende på resurser och finansiering av till exempel olika hjälpmedel.
- Flera respondenter ser fördelar med huvudmannaskapsövergripande lokala riktlinjer med till exempel fastställda årliga kontroller och användning av individuella vårdplaner med till exempel målnivåer för den enskildes blodsockernivå eller läkemedelsgenomgångar.

- En respondent ser gärna att täckningsgradsberäkningar också beskriver vilka uppgifter som beräkningarna bygger på. Handlar det till exempel enbart om förekomst av kontroll av HbA1c eller ingår också till exempel ögonbottenundersökningar?
- En annan respondent önskar att NDR utvecklas så att det blir möjligt att rapportera var personen vårdas, i särskilt eller i ordinärt boende. Hen framför också att det inte enbart handlar om överföring av provsvar. Det vore också en fördel att överföra andra uppgifter, men för detta krävs enhetliga sökord.

Socialstyrelsen konstaterar att vård och behandling av personer med diabetes är ett angeläget område för samverkan över olika organisations- och huvudmannagränser. Detta kan med fördel regleras i en gemensam, huvudmannaskapsövergripande överenskommelse som innehåller rutiner för vård och omsorg om personer med diabetes. En sådan rutin kan stödja utvecklingen av vårdplaner som omfattar patientens alla behov som behöver tillgodoses av läkare och ibland också sjuksköterskor i landstingen och hälso- och sjukvårdspersonal i kommunerna.

Vid registrering i NDR av vården för personer med diabetes i kommunerna, är det möjligt att använda resultaten för verksamhetsuppföljning av diabetesvården i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. De olika arbetssätten när det gäller överföring av data till NDR som bidrar till en god täckningsgrad bör spridas mellan regioner/landsting.

I följande avsnitt ges exempel på indikatorer som är möjliga att använda för uppföljning.

## Fyra prioriterade åtgärder

Vid sambearbetningen fokuserade Socialstyrelsen på fyra områden: Förekomst av genomförd undersökning i form av

- HbA1C<sup>9</sup>
- Blodtryck
- Enkel fotundersökning (se indikator C1 fotundersökning)
- Ögonbottenundersökning.

Dessa åtgärder är prioriterade enligt Nationella riktlinjer för diabetesvård [16]. Alla fyra ingår i ett urval av indikatorer som Socialstyrelsens expertgrupp ansåg vara lämpliga för nationella målnivåer enligt Socialstyrelsens rapport 2015 [18]. Metodbeskrivning för jämförelserna finns i bilaga 3.

Det framkommer att det går att redovisa uppgifterna om de fyra undersökningarna på kommunnivå. De registreras i högre omfattning bland personer 18 – 64 år, vid jämförelse med de äldre grupperna (tabell 6).

<sup>9</sup> visar hur blodsockerhalten har legat under de senaste två till tre månaderna

**Tabell 6. Andelar (%) med registrerad undersökning i NDR av personer i NDR med kommunal hälso- och sjukvård 2016**

Undersökning	18 – 64 år	65 år eller äldre	18 år eller äldre
HbA1C	87	83	83
Blodtryck	81	78	78
Ögonbotten <sup>1</sup>	60	49	51
Fotundersökning	50	43	44

<sup>1</sup> För ögonbottenundersökning har uppgifter från de senaste tre åren hämtats från NDR. För de övriga undersökningarna från de senaste 12 månaderna.

Källa: Kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) och registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

Genomsnittsvärdet på riksnivå var i denna undersökning för HbA1C 57 mmol/mol med en variation om mellan 20 till 176 mmol/mol. Mål för HbA1C värdet är olika beroende på typ av diabetes, typ 1 eller 2. För typ 1 är målet att andelen patienter med HbA1C över 70 mmol/mol ska vara mindre än 20 procent, för typ 2 mindre än 10 procent.

Det genomsnittliga blodtrycket uppmättes till 133/73 mmHg med variationer om 80/40 till 240/130 mmHg. Även här är målen olika beroende på typ av diabetes. Bland patienter med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt att fler än 90 procent bör ha ett blodtryck lägre än 140/85 mmHg och bland dem med typ 2-diabetes är målet att 65 procent eller fler bör ha ett blodtryck lägre än 140/85 mmHg [18].

Socialstyrelsen har inte beräknat målvärdena för populationen i denna undersökning, då hänsyn måste tas till gruppens olika förutsättningar, vad gäller ålder och övriga sjukdomar. En stor del av patienter i kommunal hälso- och sjukvård kan antas tillhöra gruppen de mest sjuka äldre [19]. Anpassning av riktlinjerna till behoven hos denna grupp beskrivs i en del av Socialstyrelsens riktlinjer [16]. Även om det finns svårigheter att beskriva övergripande målnivåer, kan det vara av intresse att följa andelen personer i ordinärt och i särskilt boende som får olika kontroller genomförda. Uppgifterna kan användas vid uppföljning av diabetesvården för personer i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Bearbetningen ovan relaterar endast till kommunnivå. Det är också möjligt att ta fram uppgifterna för personer i ordinärt boende och i särskilda boendeformer, liksom att skilja på uppgifterna för dem med diabetes typ 1 respektive typ 2.

## Kvalitetsregistret Riksstroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärnskador som orsakas av en blodpropp eller blödning i hjärnan. I 85 procent av alla fall är det en blodpropp som orsakar stroke och i cirka 10 procent av fallen är orsaken en blödning inne i hjärnvävnaden. Cirka 5 procent beror på en blödning mellan hjärnhinnorna. Stroke orsakar en syrebrist som leder till skador i hjärnan som i förlängningen kan leda till funktionsnedsättningar [20].

Blodpropp i hjärnan (cerebral infarkt) är en vanligt förekommande sjukdom bland personer i kommunalt finansierad verksamhet (tabell 12, bilaga 4).

År 2016 inträffade drygt 28 300 strokefall bland cirka 26 500 personer. Ungefär 6 900 personer dog av sjukdomen. I 26 procent av strokefallen avled personen inom 28 dagar från insjuknandet [21].

Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister som kan användas vid vård och behandling av personer med stroke. Syftet är att vara ett verktyg för kontinuerlig kvalitetsutveckling av strokesjukvården och att se till att den håller en hög och jämn kvalitet över hela landet.

Som referens till informationen om innehållet i Riksstroke användes Socialstyrelsens patientregister. Se bilaga 3 för en mer utförlig metodbeskrivning.

Sambearbetningarna visar att täckningsgraden för Riksstroke, jämfört med dem som redan hade vård i de kommunalt finansierade boendeformerna, är högre bland dem som inte hade denna vårdform. Bland de som var 18 till 64 år var täckningsgraden 87 procent och i den äldre åldersgruppen var den allra högst, 90 procent (tabell 7 och 8). Jämförelsen beskriver dem med första-gångsstroke. De har insjuknat akut och de allra flesta har dessförinnan inte haft behov av vård, eller i vart fall inte av kommunal hälso- och sjukvård.

**Tabell 7. Antal personer i Riksstroke med stroke första gången matchade med antal personer i patientregistret, PAR, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, 18 – 64 år 2016**

Boendeform	Riksstroke Antal personer 18 – 64 år	Riksstroke och PAR Antal personer 18 – 64 år	Andel personer (%) i Riksstroke i förhållande till alla i både Riksstroke och PAR 18 – 64 år
Olika boendeformer med KHSV <sup>1</sup>	211	264	79,9
varav i ordinärt boende	183	228	80,3
varav i särskilda boen- deformer <sup>2</sup>	28	36	77,8
Ordinärt boende - utan insatser ifrån KHSV	2962	3415	86,7
<b>Samtliga 18 – 64 år</b>	<b>3173</b>	<b>3679</b>	<b>86,3</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Riksstroke och patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen

**Tabell 8. Antal personer i Riksstroke med stroke första gången matchade med antal personer i patientregistret, PAR, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, ≥ 65 år, 2016**

Boendeform	Riksstroke Antal personer ≥ 65 år	Riksstroke och PAR Antal personer ≥ 65 år	Andel personer (%) i Riksstroke i förhållande till alla i både Riksstroke och PAR Procent
Olika boendeformer med KHSV <sup>1</sup>	4 283	4 906	87,3
varav i ordinärt boende	3 314	3 809	87,4
varav i särskilda boen- deformer <sup>2</sup>	969	1097	88,3
Ordinärt boende - utan insatser ifrån KHSV	9598	10 667	90
<b>Samtliga ≥ 65 år</b>	<b>13 881</b>	<b>15 573</b>	<b>89,1</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

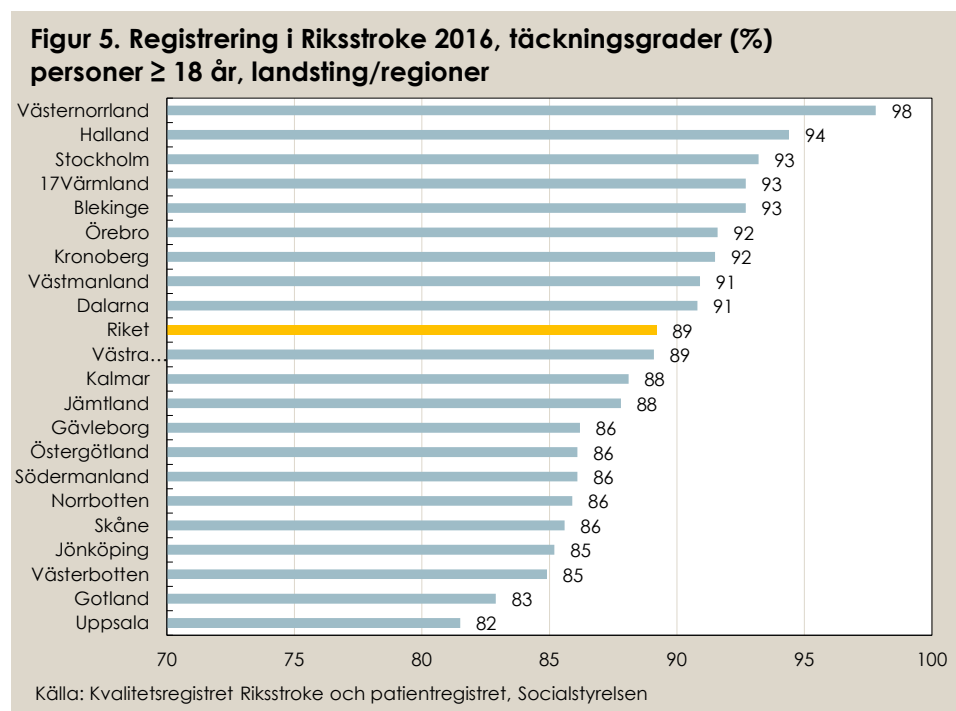
<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Riksstroke och patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen

De flesta, 15 600 personer eller 81 procent, är över 65 år och 4 900 eller 31 procent av dessa insjuknade när de hade kommunalt finansierad vård (tabell 8). Se även tabell 17 i bilaga 5 med resultat för åldrarna 18 år och uppåt.

## Skillnader och förändringar av täckningsgrader

Täckningsgraden för samtliga åldrar och boendeformer har inte förändrats över tid på riksnivå. Sedan 2014 ligger den på mellan 89 till 90 procent. I olika landsting/regioner varierade täckningsgraden 2014 mellan 97 till 78 procent. År 2015 var motsvarande skillnad i täckningsgrad 95 till 77 procent och 2016 var den 98 till 82 procent (figur 5).



De flesta som drabbas av stroke är 65 år eller äldre. Det framgår dock inte var de olika personerna vårdas efter insjuknandet. En sådan uppgift är möjlig att ta fram genom att studera om eller i vilken omfattning personer med förstagångsstroke vårdats i kommunal hälso- och sjukvård både före och efter insjuknandet. En sambearbetning med registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning skulle på motsvarande sätt visa omfattning av kontakter med kommunernas socialtjänst.

Det kan ge svar på hur stor andel av dessa som kunde "skrivas ut" från den kommunala hälso- och sjukvården. En jämförelse med dessa uppgifter och med de kommuner som tillämpar så kallad tidig hemgång med rehabilitering i hemmet skulle också kunna göras.

## Kvalitetsregistret Rikshöft

Ett brutet höft- eller lårben innebär i många fall både långvarig smärta, att man får svårt att röra sig och att man blir helt beroende av andra. Höftfraktur betydde förr ofta slutet på ett självständigt liv för den äldre. Förbättrad operationsteknik och intensifierad rehabilitering och mobilisering direkt efter operation innebär ofta ett snabbt återvändande från akutsjukhuset till den boendeform som patienten hade före frakturer [22].

Höftfraktur är den främsta orsaken till att personer 80 år eller äldre får vård i slutenvård (tabell 12 bilaga 4). 75 procent av dessa är kvinnor<sup>10</sup>. Den höga andelen kvinnor som drabbas förklaras både av en högre medellivslängd hos kvinnor och av att det främst är kvinnor som drabbas av osteoporos (benskörhet).

Rikshöft är det nationella kvalitetsregistret för behandling och uppföljning av personer som drabbats av en höftfraktur. Registreringen av dessa personer syftar till att skapa en jämn och hög vårdkvalitet i landet.

Även här användes Socialstyrelsens patientregister för jämförelse med innehållet i Rikshöft. Se bilaga 3 för en mer utförlig beskrivning hur vi gjorde.

Bland personer 18 – 64 år är täckningsgraden generellt lägre jämfört med den äldre gruppen, 72 respektive 83 procent (tabell 9 och 10). I båda åldersgrupperna är täckningsgraden högst bland personer i särskilda boendeformer 80 respektive 84 procent (tabell 9 och 10). I den äldre gruppen är dock täckningsgraden ungefär lika för de olika boendeformerna (tabell 10).

---

<sup>10</sup> Egen beräkning av sambearbetning mellan det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret och PAR



**Tabell 9. Antal personer i Rikshöft matchade med antal personer i patientregistret, PAR, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, 18 – 64 år 2016**

Boendeform	Rikshöft Antal personer 18 – 64 år	Rikshöft och PAR Antal personer 18 – 64 år	Andel (%) personer i Rikshöft i förhållande till alla i både Rikshöft och PAR
Olika boendeformer med KHSV <sup>1</sup>	293	414	70
varav i ordinärt boende	242	350	69,1
varav i särskilda boendeformer <sup>2</sup>	51	64	79,7
Ordinärt boende - utan insatser ifrån KHSV	658	899	73,2
<b>Samtliga 18 – 64 år</b>	<b>951</b>	<b>1313</b>	<b>72,4</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Riksstroke och patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen

**Tabell 10. Antal personer i Rikshöft matchade med antal personer i patientregistret, PAR, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, ≥ 65 år, 2016**

Boendeform	Rikshöft Antal personer ≥65 år	Rikshöft och PAR Antal personer ≥65 år	Andel (%) personer i Rikshöft i förhållande till alla i både Rikshöft och PAR
Olika boendeformer med KHSV <sup>1</sup>	8 733	10 545	82,8
varav i ordinärt boende	5 624	6 837	82,3
varav i särskilda boendeformer <sup>2</sup>	3 109	3 708	83,9
Ordinärt boende - utan insatser ifrån KHSV	5 014	6 020	83,3
<b>Samtliga personer ≥65 år</b>	<b>13 747</b>	<b>16 565</b>	<b>83</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Riksstroke och patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen

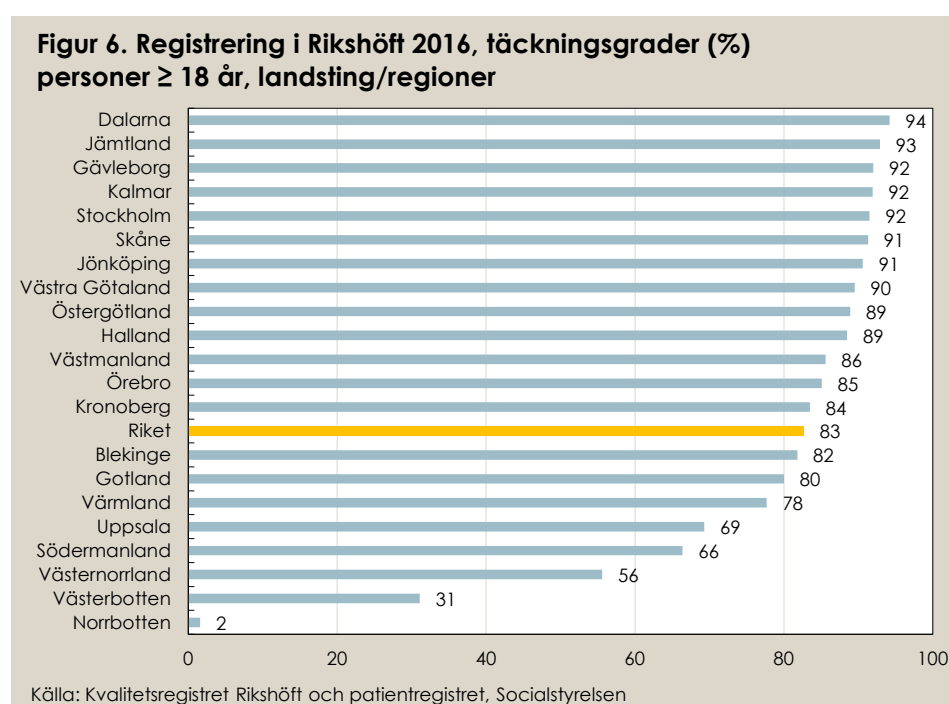
Det är värt att notera är att en majoritet, 10 500 personer motsvarande 64 procent av samtliga äldre personer som drabbades av en höftfraktur 2016 redan hade insatser av den kommunala hälso- och sjukvården. De flesta av dessa 6 800 personer hade vård i ordinärt boende. Kommunernas och landstingens arbete med att förebygga frakturer framstår som mycket angelägen, speciellt för grupperna som redan har hälso- och sjukvård.

Uppgifter om de som brutit höften tillsammans med uppgifter om dessa använder läkemedel som ökar risken för fall, kan ge svar på om orsaker finns att hämta när det gäller läkemedelsbehandlingen [11]. De flesta med höftfraktur är kvinnor. Det är möjligt att undersöka i vilken omfattning dessa har behandlats med bifosfonatläkemedel och hur användningen av dessa har utvecklats. Bifosfonater rekommenderas av Socialstyrelsen som förstahandsbehandling vid osteoporos och hög frakturrisik [23]. Det kan också vara värt att undersöka om det finns något samband mellan frakturen och andra sjukdomar som exempelvis stroke.

Sambehandling mellan registret för socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning skulle även visa hur stor andel av dem som bröt höften som samtidigt hade kontakt med socialtjänsten i ordinärt boende vid tiden för frakturen. Det skulle visa det behov av förebyggande arbete som finns och som socialtjänsten, tillsammans med hälso- och sjukvården kan bidra med.

## Skillnader och förändringar av täckningsgrader

Täckningsgraden för Rikshöft sjönk med fyra procent räknat från 2015 till 83 procent 2016, vilket huvudsakligen kan förklaras med att Norrbotten registrerade ytterst sparsamt i registret jämfört med 2015. 2016 var täckningsgraden mellan 2 till 94 procent i de olika landstingen/regionerna (figur 6).



## Svenskt beroenderegister, SBR

Omkring 780 000 personer över 18 år har ett missbruk eller är beroende av alkohol, varav 330 000 har ett beroende [24]. Alla dessa personer söker dock inte vård för sitt missbruk eller beroende. Cirka 80 000 personer har ett tungt alkoholmissbruk [25].

Antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika har skattats till 55 000 personer [26] och cirka 29 500 personer har en problematisk narkotikaanvändning [27]. Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk har skattats till cirka 8 000 [28]. När det gäller läkemedel har antalet personer med missbruk eller beroende skattats till 45 000–65 000 personer [24].

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador<sup>11</sup>, det gäller också vid vård för

<sup>11</sup> 1 § HSL

missbruk och beroende. I SoL finns särskilda bestämmelser om socialtjänstens ansvar för missbruk, dels att förebygga missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel, dels att kommunen aktivt ska sörja för att den enskilde med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket<sup>12</sup>.

Svenskt beroenderegister, SBR, är ett nationellt kvalitetsregister som omfattar personer i behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel inom psykiatrisk sjukvård. Registrets syfte är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för dessa patienter i Sverige genom att tillhandahålla underlag för förbättringsarbete och forskning. Registret slogs 2015 samman med registret för patienter med läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende (LARO). LARO är behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende. Läkemedlet ska ordinerats tillsammans med psykosocial behandling.

Socialstyrelsen har inte beräknat täckningsgraden för SBR, eftersom registret håller på att etableras och ännu inte används av alla huvudmän. I stället redovisas var personerna i SBR får vård av landstinget, samt i vilken omfattning dessa får kommunalt finansierade insatser, hälso- och sjukvård och de insatser som beskrivs i socialtjänstregistret. För mer information om metoderna, se bilaga 3.

Totalt registrerades 7 421 personer i SBR under 2016 i 19 landsting/regioner. Noteringar i Halland och Västernorrland saknas. De flesta, 64 procent registrerades i Stockholmslandstinget. Personerna var mellan 18 – 86 år, med en medelålder om 45 år.

Tabell 11 visar hur personerna i SBR fördelar sig enligt uppgifterna hämtade från de tre register som användes för sambearbetningen. En person kan ha fått insatser av flera olika vårdgivare eller av socialtjänsten under året.

De allra flesta av dem som registreras i SBR vårdas i landstingsfinansierade verksamheter, 55 procent i slutenvård och 96 procent i högspecialiserad öppen vård. En mycket liten andel, 2,8 procent, har kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, fler, 8,8 procent, får insatser enligt registret för socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Här finns bland annat uppgifter om boenden, hemtjänst, ledsagning och boendestöd.

Personer som LARO-behandlas besöker inte bara den landstingsfinansierade vården. De får också insatser i den kommunala hälso- och sjukvården och av socialtjänsten.

---

<sup>12</sup> 3 kap 7 § och 5 kap 1 och 9 § SoL

**Tabell 11. Andelar (%) i SBR och andelar (%) LARO-behandlade personer i SBR som haft insatser från olika kategorier hälso- och sjukvård eller från socialtjänsten, 2016.**

Huvudmän	Verksamhet där insatserna ges	Andel (%) SBR	Andel (%) LARO-behandlade
Landsting	Sluten vård	54,6	41,5
	Högspecialiserad öppen vård	96,4	92,9
Kommun	KHSV <sup>1</sup>	2,8	2,6
	Socialtjänst <sup>2</sup>	8,8	8,2

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Enligt registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, se bilaga 1 för mer info om innehållet i registret

Källa: Svenskt beroenderegister (SBR), patientregistret (PAR), registret över kommunal hälso- och sjukvård, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

I denna första undersökning har inte olika boendeformer för den kommunala hälso- och sjukvården inkluderats. Personerna bakom de 2,8- procenten kan finnas i särskilda boenden (för äldre eller för personer med funktionsnedsättning) eller i ordinärt boende. Majoriteten av personerna i SBR fick vård i Stockholms läns landsting, där kommunerna inte ansvarar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende och de registreras därför inte i Socialstyrelsens register.

Socialstyrelsen undersökte heller inte vilken typ av insats (till exempel ledsagning, boendestöd) personerna med socialtjänst fick enligt det register som användes.

Vid en förnyad sambearbetning kan jämförelser göras både med avseende på i vilken form av boende (särskilt eller ordinärt) som hälso- och sjukvården gavs och med avseende på olika insatser enligt socialtjänstregistret. Sambearbetning kan också ske med registret för ekonomiskt bistånd.

Socialstyrelsen redovisar också statistik om vuxna personer med missbruk och beroende. Det registret innehåller uppgifter om insatser till personer som har problem med någon form av substansmissbruk: alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel. Med stor sannolikhet förekommer en hel del personer i SBR i detta register. Det innehåller dock mängduppgifter som inte är personnummerbaserade. Sambearbetning med SBR kan därför inte ske.

# Diskussion

Det saknas till stor del mått och data för att bedöma den medicinska kvaliteten i primärvården [29]. Socialstyrelsen kan dock konstatera att när den kommunala hälso- och sjukvården inkluderas i begreppet primärvård finns det möjligheter till analys som inte tidigare har utnyttjats till fullo. Det kan ske med hjälp av olika kvalitetsregister som sambearbetas med de nationella hälsodata- och socialtjänstregistren.

Sambearbetningen hade inte kunnat ske utan uppgifter från registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Detta register kommer att kompletteras med uppgifter om vissa vidtagna vårdåtgärder som kommunerna ska börja lämna den 1 januari 2019. När sedan Stockholmskommunerna tar över hemsjukvården under de närmaste åren kommer det vara möjligt att få en helhetsbild av den kommunala hälso- och sjukvården. När samtliga kommuner inkluderas, utökas antalet patienter i kommunal hälso- och sjukvård med minst 50 000 personer [30].

Hälso- och sjukvårdspersonal i kommunalt finansierad verksamhet registrerar i Senior alert och Svenska palliativregistret. Dessa register omfattar vanligt förekommande omvårdnadsbehov bland patienter både i kommunal och i landstingsfinansierad hälso- och sjukvård. Det handlar om patienter med många olika diagnoser som har svårt att själva klara sin dagliga livsföring och om vården och omsorgen i livets slutskede. Behoven är generella och förekommer i de båda sjukvårdshuvudmännens verksamheter.

Det är landstingens hälso- och sjukvårdspersonal som registrerar patienter till de andra fyra registren i denna rapport. Dessa register inkluderar i olika utsträckning även patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Sambearbetningen gör det möjligt att koppla uppgifterna till olika boendeformer.

Både kommuner och landsting har stor nytta av att använda kvalitetsregister vid uppföljningar av vårdens kvalitet i primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. Nyttan kan förstärkas genom att också sambearbeta uppgifter från olika kvalitetsregister med socialtjänstregistret. I denna rapport beskriver Socialstyrelsen enbart olika boendeformer, men det är också möjligt att med hjälp av socialtjänstregistret beskriva uppgifterna i förhållande till andra insatsformer exempelvis dagverksamheter eller korttidsboende.

Samtidigt ska man komma ihåg att detta är ett nytt och jämförelsevis outforskat fält. Socialtjänstregistret och det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret är båda förhållandevis unga register. Möjligheterna för uppföljning, forskning och utveckling växer ändå stadigt, parallellt med att kvalitetsregistrens kvalitet och täckningsgrad ökar.

## Slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar att

- kommuner såväl som landsting har stor nytta av att använda kvalitetsregister vid uppföljningar av vårdens kvalitet i primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården
- sambearbetningar med kvalitetsregister och Socialstyrelsens register kan tillföra fler användbara uppgifter
- Socialstyrelsens register med uppgifter om kommunernas vård och omsorgsverksamheter sällan används vid forskning eller vid verksamheternas egna uppföljningar
- det finns behov av att sprida uppgifterna om hur sambearbetning kan ske både bland forskare och bland aktuella intressenter i övrigt
- Socialstyrelsen kan till exempel se över hur uppgifter om den kommunala hälso- och sjukvården kan tillföra mer information i framtida publikationer, där så är relevant och möjligt.

## Förslag till fler studier eller undersökningar

### *Läkemedelsgenomgångar*

Något tydligt samband mellan läkemedelsförskrivningar och läkemedelsgenomgångar med avseende på resultat av förskrivning av olämpliga läkemedel kan inte ses i denna undersökning. Socialstyrelsen har dock inte prövat hur en genomgång påverkar den övriga förskrivningen. Eftersom fall anges som främsta orsak till behov av en genomgång kan det finnas skäl att förnya undersökningen och inkludera fler läkemedel som ökar risken för fall.

### *Strokeregistret*

Sambearbetningarna i denna rapport visar att stroke är en vanligt förekommande sjukdom i kommunalt finansierad verksamhet. Uppgifterna i denna undersökning visar inte var de olika personerna vårdas efter insjuknandet eller om insatser från socialtjänsten förekommit/förekommer före och efter att personerna drabbats av en stroke. Dessa uppgifter kan tas fram med hjälp av det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret och socialtjänstregistret. Det kan också ge svar på hur stor andel av dessa som rehabiliterades och som kunde "skrivas ut" från den kommunala hälso- och sjukvården. En jämförelse med dessa uppgifter och med de kommuner som tillämpar tidig hemgång med rehabilitering i hemmet skulle också kunna genomföras.

### *Höftfrakturer*

Höftfrakturer är den vanligaste orsaken till att äldre personer behöver sjukhusvård. Inte heller för området höftfraktur, visar denna undersökning var de olika personerna vårdades i efterförloppet.

De flesta med höftfraktur är kvinnor. Det är möjligt att undersöka i vilken omfattning dessa har behandlats med bifosfonatläkemedel och hur användningen av dessa har utvecklats. Bifosfonater rekommenderas av Socialstyrelsen som förstahandsbehandling vid osteoporos och hög frakturrisk.

Sambearbetning av de som fallit med uppgifter om läkemedel som ökar risken för fall kan ge svar på om orsaker finns att hämta när det gäller läkemedelsbehandlingen. Eller finns det något samband mellan fallet och frakturen och andra sjukdomar som exempelvis stroke?

Framtida studier kan också handla om att följa upp förekomsten av fraktur-  
rer och jämföra med förekomst av riskbedömningar enligt Senior alert i de  
olika verksamheterna, framför allt i ordinärt boende.

### *Svenskt beroenderegister, SBR*

Vid en förnyad sambearbetning kan jämförelser göras både med avseende på  
i vilken form av boende (särskilt eller ordinärt) som hälso- och sjukvården  
gavs och med avseende på olika insatser enligt socialtjänstregistret. Sambear-  
betning kan också ske med registret för ekonomiskt bistånd.

### *Sambearbetning med fler kvalitetsregister*

Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, är en vanligt förekommande sjukdom  
bland personer med kommunal hälso- och sjukvård (tabell 12, bilaga 4).

Luftvägsregistret ger stöd för verksamheterna att följa insatser för personer  
med diagnoserna astma och/eller KOL. Det finns skäl att undersöka vad en  
sambearbetning med detta register kan innebära för att få en djupare kunskap  
om vården av personer med dessa sjukdomar.

Socialstyrelsens statistik om tandhälsa beskriver tandvård utförd inom det  
statliga tandvårdsstödet. De flesta personer som besöker tandvården är mel-  
lan 70 – 79 år. En sambearbetning med tandvårdsregistret och det kommu-  
nala hälso- och sjukvårdsregistret skulle ge en uppfattning om hur personer i  
den kommunalt finansierade vården besöker tandvården. Uppgifter från  
Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit kan tillföra mer kunskap  
om tandhälsan bland personer med kommunal hälso- och sjukvård.

### *Om innehållet i täckningsgradsberäkningar*

Det framgår inte i Socialstyrelsens täckningsgradsberäkningar vilka insatser  
eller registreringar som ligger bakom redovisningen. Frågan togs upp vid  
uppföljningen av täckningsgraderna för NDR och det blev också aktuellt att  
beskriva det i redovisningen för Senior alert.

### *Om behov av utveckling av det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret*

Det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret innehåller uppgifter om perso-  
ner som får hälso- och sjukvård, oavsett var den ges; i hemmet som enstaka  
insats eller som hemsjukvård, i särskilda boenden (korttidsboende eller per-  
manent särskilt boende) eller i dagverksamhet enligt SoL. Vården kan också  
ges i en bostad med särskild service eller i daglig verksamhet enligt LSS. I  
denna undersökning har Socialstyrelsen tagit bort personer i särskilda boen-  
deformer enligt SoL och LSS-registret för att få fram de som bor i ordinärt  
boende. Dessa kan ha fått vården i hemmet, men också i dagverksamhet,  
korttidsboende eller i daglig verksamhet. Boendeformen ordinärt boende som  
redovisas i denna rapport kan därför betyda mer än bara det. Det skulle vara  
en klar fördel om registret utökades med uppgifter om de olika boendefor-  
merna och om vården givits som enstaka insatser eller som hemsjukvård.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. En sammanställning baserad på samkörningar mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. 2017.
2. Svårläkta sår hos äldre: prevention och behandling : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
3. Socialstyrelsen och SKL. Öppna jämförelser 2015 Vård och omsorg om äldre. 2016.
4. Socialstyrelsen. Termbanken. Hämtad 2018 Januari från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=743>
5. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016, egna beräkningar.
6. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2018.
7. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser samt uppgifter hämtade 180205 från Socialstyrelsens statistikdatabas, äldreomsorg, permanent särskilda boenden enligt SoL, egna beräkningar; 2016.
8. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring; 2011.
9. SBU. Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt; 2013.
10. Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård; 2017.
11. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre; 2017.
12. H. Ödesjö, A. Anell, A. Boman, J. Fastbom, S. Franzén, J. Thorn & S. Björck. Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35:3, 271-278, DOI: 10.1080/0281343220171358434. 2017.
13. Socialstyrelsen. God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre; 2004.
14. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede; 2013.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden, Socialstyrelsen; 2016.
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning; 2017.
17. Svenska Diabetesförbundet. Hämtad 2018 Januari 31 från: <https://www.diabetes.se>
18. Socialstyrelsen. Målnivåer för diabetesvård; 2015.
19. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen; 2011.
20. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke Stöd för styrning och ledning Remissversion; 2017.
21. Socialstyrelsen. Statistik om stroke 2016; 2017.
22. <http://rikshoft.se/hoftfraktur/epidemiologi/>. Hämtad 2018 Februari 19 från: <https://www.rikshoft.se>



23. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning; 2012.
24. Socialdepartementet. Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga, SOU 2011:6.; 2011.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende; 2017.
26. Ramstedt, M, Sundin, E, Landberg, J, Raninen, J. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013- en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Stockholm; 2014.
27. Folkhälsomyndigheten. Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007. Hämtad 2018 Januari 31 från:  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se>
28. Folkhälsomyndigheten. Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger : en vägledning; 2015.
29. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum, Rapport 2017:3; 2017.
30. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2017; 2017.
31. Socialstyrelsen. HSLF-FS 2017:67 Uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården; 2017.
32. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2016; 2016.
33. Socialstyrelsen. Täckningsgrader 2017 – Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrer; 2017.



# Bilaga 1 Socialstyrelsens register

De register som har använts i de olika sambearbetningarna listas nedan och mer information finns även på Socialstyrelsens webbplats, via ingången statistik.

## *Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård*

Registret inrättades 2007 och innehåller uppgifter om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Registret innehåller dock ingen information om vilka insatser som ges, utan endast en förteckning över vilka personer som fått en insats och under vilken månad. Om en person har fått insatser (en eller flera) under en månad rapporterar verksamheterna den personen en gång till registret. Det betyder att en person kan rapporteras max tolv gånger under ett år. Under 2016 fick 392 000 personer en eller flera hälso- och sjukvårdsinsatser.

Registret kommer att utökas med fler uppgifter under 2019 enligt Socialstyrelsens föreskrift som publicerades 2017 [31]. Förutom uppgifter om hur många patienter som får någon insats under månaden kommer insamlingen kompletteras med uppgifter om vissa vidtagna vårdåtgärder. Vårdåtgärderna ska klassificeras enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Uppgifterna kommer göra det möjligt att beskriva och analysera den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser på nationell nivå och skapa förutsättningar för att sambearbeta fler uppgifter med kvalitetsregister.

## *Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, SoL-registret*

Registret startade 2007 och omfattar äldre och personer som har fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning och som får kommunal omsorg enligt socialtjänstlagen. I denna rapport kallas registret ibland socialtjänstregistret. Sedan 2013 innehåller det bara beslut som verkställts istället för som mellan 2007-2012 samtliga fattade beslut.

316 500 äldre personer hade minst en verkställd insats enligt SoL den 31 oktober 2016, vilket motsvarar 16 procent av befolkningen, 65 år eller äldre. De vanligaste insatserna för äldre är trygghetslarm, hemtjänst och särskilt boende.

Till dem som är yngre än 65 år är boendestöd, hemtjänst och trygghetslarm de vanligaste socialtjänstinsatserna. Totalt hade nästan 53 300 personer med funktionsnedsättning någon form av insats den 31 oktober 2016.

Registret skiljer inte på insatser i särskilt boende som ges till äldre människor<sup>13</sup> eller till personer med funktionshinder<sup>14</sup>. Uppgifterna om antalet personer i särskilt boende omfattar båda målgrupperna. Registret innehåller inte uppgifter om hur många platser som finns i särskilt boende.

---

<sup>13</sup> 5 kap 5 § SoL

<sup>14</sup> 5 kap 7 § SoL

### *Registret över insatser enligt LSS.*

Registret innehåller uppgifter inrapporterade av kommuner och landsting som avser förhållandena den 1 oktober varje år. Landstingen ansvarar för enkätbaserad inrapportering av insatsen Råd och stöd. Övriga insatser rapporteras in på personnummernivå av kommunerna. Uppgifterna publiceras årligen i mars i en statistikrapport. Rapporten innehåller tabeller över antal personer som fått insatser enligt LSS, uppdelat efter bakgrundsfaktorer om kön, ålder, personkrets och kommun.

### *Patientregistret*

Registret innehåller information om avslutade vårdtillfällen i slutenvård och öppen specialistvård. I registret finns inte uppgifter om primärvård eller om åtgärder som utförs av andra yrkesgrupper än läkare.

### *Läkemedelsregistret*

Läkemedelsregistret innehåller alla läkemedel som hämtats ut mot recept på apotek. Dosföreskrivna läkemedel och uppgifter om uthämtade förmånsberättigade förbrukningsartiklar ingår också.

### *Dödsorsaksregistret*

Dödsorsaksregistret innehåller bland annat information om dödsorsak för alla personer som avlidit i Sverige.

## Bilaga 2 Definitioner

### *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och hemsjukvård*

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård utgör en del av primärvården. Kommunerna är skyldiga att tillhandahålla hälso- och sjukvård, läkarinsatserna undantagna, för personer i olika särskilda boendeformer och som har insatser i dagverksam/daglig verksamhet. Därutöver kan kommunerna, efter överenskommelse med aktuellt landsting, ansvara för vården av personer i ordinärt boende (hemsjukvård). Samtliga kommuner har tagit över hemsjukvården, utom dem i Stockholms läns landsting, Norrtälje kommun undantaget. Det pågår diskussioner om ett övertagande, med tiden för det är i februari 2018 ännu inte fastslagen.

Kommunernas ansvar för hemsjukvården varierar beroende på hur överenskommelserna ser ut, bland annat med avseende på ålder. I 12 landsting/regioner omfattar det kommunala hemsjukvårdsansvaret alla åldrar och i sex landsting/regioner finns en åldersgräns från 18 år. I Uppsala och Värmland är åldersgränserna från 17 respektive sju år [3].

### *Hemsjukvård*

Hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar både enstaka insatser (hembesök) och hemsjukvård. Socialstyrelsens definition för hemsjukvård är vård som ges sammanhängande över tid [4]. För att erbjuda personer hemsjukvård i ordinärt boende, tillämpar kommunerna vanligtvis två förutsättningar:

- behovet förväntas pågå mer än 14 dagar, det vill säga, vara sammanhängande över tid
- den enskilde ska ha svårt att funktionsmässigt ta sig från hemmet till en vårdcentral, den så kallade tröskelprincipen [32].

I denna rapport används termen hemsjukvård för att beskriva vård given i den enskildes egna bostad, dvs i ordinärt boende

### *Ordinärt boende*

Begreppet ordinärt boende används som synonymt till den enskildes egen bostad. Här ingår också seniorboenden och trygghetsboenden.

### *Särskilt boende*

Särskilt boende är också den enskildes egen bostad. Det särskilda består i att det krävs ett beslut av en kommunal nämnd för att få tillgång till boendet. En biståndshandläggare utreder och beslutar om denna insats på delegation.

Det finns olika typer av särskilda boenden. I denna rapport behandlas följande:

- Särskilt boende för äldre personer enligt 5 kap 5 § SoL
- Särskilt boende för personer med funktionshinder enligt 5 kap 7§ SoL
- Bostad med särskild service för vuxna enligt 9.9 § LSS

# Bilaga 3 Metodbeskrivningar

## Populationer i undersökningen

### *Ordinärt boende*

Personer med insatser i ordinärt boende definierades genom att exkludera samtliga personer i särskilda boendeformer enligt SoL och LSS från populationen i registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

### *Ordinärt boende – en registrering under året*

Personer i ordinärt boende med enstaka insatser: Här ingår samtliga personer (som inte avlidit under året) med enbart en registrering i registret för kommunal hälso- och sjukvård under året.

### *Ordinärt boende – två eller fler registreringar under året*

Personer i ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård: Samtliga personer (som inte avlidit under året) med två eller fler insatser enligt ovanstående register under året.

### *Särskilt boende enligt SoL*

Personer i särskilt boende: Samtliga personer i särskilt boende enligt 5 kap 5 och 7 §§ SoL, förutsätts i denna rapport ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser sammanhängande över tid.

### *Personer i bostad med särskild service för vuxna enligt 9.9 § LSS*

Personer i bostad med särskild service enligt LSS: Samtliga personer i bostad med särskild service enligt 9.9 § LSS och med insatser enligt registret för kommunal hälso- och sjukvård. Personer som registrerades i registret över insatser enligt LSS i oktober antas ha bott/bo i bostaden hela året.

## Senior alert

### *Täckningsgradsberäkningar*

I sambearbetningen har de personer valts ut som finns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende enligt SoL eller LSS, hemsjukvård i ordinärt boende eller enstaka insatser i ordinärt boende (se definition bilaga 2). Från Senior alert ingår alla personer 65 år eller äldre som har fått en riskbedömning. En person ingår från det året då den första riskbedömningen gjordes men exkluderas det året som personen avlidit. Täckningsgraden har beräknats som andelen riskbedömda i Senior alert utav alla i särskilt boende, eller alla i ordinärt boende med olika antal insatser i kommunal hälso- och sjukvård enligt kommunala hälso- och sjukvårdsregistret.

### *Läkemedelsgenomgångar*

Personer 75 år och äldre i särskilt boende enligt SoL och med dosförpackade läkemedel inkluderades. Dosförpackade läkemedel valdes dels för att denna distributionsform innebär att ordinationen verkställs snabbt över tid, dels för

att om möjligt undvika vid behovsordinationer, som inkluderas vid receptförskrivning och registreras i läkemedelsregistret. Vid användning av dosförpackade läkemedel, kan en del vid behovsläkemedel undvikas. På särskilda boenden finns, efter överenskommelser med landstinget, ett basförråd, ur vilket vissa vid behovsläkemedel kan hämtas. Dessa läkemedel registreras ej i läkemedelsregistret.

## Svenska palliativregistret

### *Metod för beräkningen*

I denna sambearbetning ingår alla personer som enligt dödsorsaksregistret avled 2016. Denna population sambearbetades sedan mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården, månaden innan eller samma månad som personen avled, och med en boendeform enligt följande: särskilt boende enligt SoL och i år också enligt LSS för vuxna eller ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård. De personer som fanns registrerade i Svenska palliativregistret jämfördes sedan mot den framtagna populationen för att se hur stor andel av den, som även finns med i kvalitetsregistret.

## NDR

### *Metod för täckningsgradsberäkningen*

Ur läkemedelsregistret valdes till den huvudsakliga jämförelsen alla personer med kommunal hälso- och sjukvård 2016 som också tagit ut diabetesläkemedel under samma år och som var 18 år eller äldre vid expedieringsdatum. Jämförelsen utgår från att detta är den totala referenspopulation som NDR ska täcka. NDR:s täckningsgrad definierades som andelen individer i populationen med kommunal hälso- och sjukvård och diabetesläkemedel som hade registrering i NDR inom 18 månader före expedieringsdatum. I en kompletterande jämförelse beräknades också NDR:s täckningsgrad för dem som tagit ut diabetesläkemedel under 2016 och som inte hade kommunal hälso- och sjukvård samma år.

### *Population ur NDR för täckningsgradsberäkning*

Ett villkor för inklusion var registrering i NDR inom 18 månader före expedieringsdatum under 2016, därför identifierades personer registrerade i NDR under åren 2014-2016.

### *Metod för indikatorberäkning*

Först valdes alla personer med kommunal hälso- och sjukvård 2016 som hade registrering i NDR inom 18 månader före slutet av senaste månad med kommunal hälso- och sjukvård och som var över 18 år vid samma tidpunkt. För dessa individer hämtades uppgifter ur NDR relaterade till olika indikatorer under det senaste året eller de senaste tre åren före slutet av senaste månaden med kommunal hälso- och sjukvård:

- HbA1C genomförd under senaste året och senaste värde
- Blodtryckskontroll genomförd under senaste året och senaste värde
- Enkel fotundersökning genomförd under senaste året
- Ögonbottenundersökning genomförd under de senaste tre åren

### *Population ur NDR för indikatorberäkningar*

Ett villkor för inklusion var registrering i NDR inom 18 månader före slutet av senaste månad med kommunal hälso- och sjukvård under 2016, därför identifierades personer registrerade i NDR under åren 2014-2016.

## Riksstroke

### *Metod för täckningsgradsberäkningen*

Urvalet ur patientregistret består av personer som vårdades för sin första stroke under 2016. För information om urval och diagnoskoder se Socialstyrelsens publikation, täckningsgrader 2017 [33]. Populationerna i Strokeregistret och patientregistret sambearbetades. Detta resultat matchades mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården med en boendeform enligt följande: särskilt boende enligt SoL, bostad med särskild service för vuxna enligt LSS eller ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård under samma månad som en stroke registrerades.

## Rikshöft

### *Metod för täckningsgradsberäkningen*

Urvalet ur patientregistret består av alla med en höftfrakturdiagnos enligt patientregistret under 2016. För information om urval och diagnoskoder se Socialstyrelsens publikation, täckningsgrader 2017[33]. Populationerna i Höftregistret och patientregistret sambearbetades. Detta resultat matchades mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården med en boendeform enligt följande: särskilt boende enligt SoL, bostad med särskild service för vuxna enligt LSS eller ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård under samma månad som frakturen registrerades.

## SBR

### *Metod för jämförelsen*

Ur SBR valdes personer med registrering 2016 (n=7421). Därefter beräknades hur stora andelar av dessa som under 2016 fått vård eller insatser vid ett eller flera tillfällen i

- slutenvård,
- högspecialiserade öppenvård,
- socialtjänst eller
- kommunal hälso- och sjukvård

Motsvarande beräkningar gjordes också för den subgrupp inom SBR-urvalet som 2016 haft läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LAROS) (n= 1194).



# Bilaga 4 Diagnoser och dödsorsaker

Diagnoser och dödsorsaker beskrivs i internationella ICD – koder: Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder som grupperar sjukdomar och dödsorsaker. Det möjliggör översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE.

**Tabell 12. Tio mest förekommande huvud- och bidiagnoser bland personer i olika åldersgrupper med kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, 1 oktober 2016**

Mest förekommande huvud- och bidiagnoser, var för sig, i fallande ordning.	0 – 17 år	18 – 64 år	65 – 79 år	80 år eller äldre
	H: = Huvuddiagnos och B = bidiagnos med ICD-koder	H: = Huvuddiagnos och B = bidiagnos med ICD-koder	H: = Huvuddiagnos och B = bidiagnos med ICD-koder	H: = Huvuddiagnos och B = bidiagnos med ICD-koder
1	H: Genomgripande utvecklingsstörningar (F84) B: Epilepsi (G40)	H: Kontrollundersökning efter behandling för andra tillstånd än maligna tumörer (Z09) B: Essentiell hypertoni (I10)	H: Kontrollundersökning efter behandling för andra tillstånd än maligna tumörer (Z09) B: Essentiell hypertoni (I10)	H: Fraktur på lårben (S72) B: Essentiell hypertoni (I10)
2	H: Cerebral pares (G80) B: Genomgripande utvecklingsstörningar (F84)	H och B: Ej insulinberoende diabetes (E 11)	H: Cerebral infarkt (I63) B: Ej insulinberoende diabetes (E11)	H: Hjärtinsufficiens (I50) B: Förmaksflimmer och förmaksfladder (I48)
3	H: Epilepsi (G40) B: Cerebral pares (G80)	H: Cerebral infarkt (I63) B: Epilepsi (G40)	H och B: Förmaksflimmer och förmaksfladder (I48)	H: Cerebral infarkt (I63) B: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom (I25)
4	H: Kontrollundersökning efter behandling för andra tillstånd än maligna tumörer (Z09) B: Hyperaktivitetsstörningar (F90)	H: Insulinberoende diabetes (E10) B: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (F10)	H: Ej insulinberoende diabetes (E11) B: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom (I25)	H: Kontrollundersökning efter behandling för andra tillstånd än maligna tumörer (Z09) B: Ej insulinberoende diabetes (E11)
5	H: Hyperaktivitetsstörningar (F90) B: Lindrig psykisk utvecklingsstörning (F70)	H: Epilepsi (G40) B: Insulinberoende diabetes (E10)	H: Hjärtinsufficiens (I50) B: Förekomst av implantat och transplanterat i hjärta och kärl (Z95)	H: Andra sjukdomar i urinorganen (N39) B: Alz (Z92)

6	H och B: Förändringar i ögats refraktion och ackommodation (H52)	H: Ångest (F10) B: Andra ångest-syndrom (F41)	H: Andra sjukdomar i urinorganen (N39) B: Medicinsk behandling i den egna sjukhistorien (Z92)	H: Förmaksflimmer och förmaksfladder (I48) B: Hjärtinsufficiens (I50)
7	H: Akut övre luftvägsinfektion med multipel och icke specificerad lokalisering (O6) B: Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning (F79)	H: Smärtor från buk och bäcken (R10) B: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom (I25)	H: Fraktur på lårben (S72) B: Förekomst av andra funktionella implantat (Z96)	H: Katarakt (grå starr) vid högre ålder (H75) B: Förekomst av implantat och transplanterat i hjärta och kärl (Z95)
8	H: Lindrig psykisk utvecklingsstörning (F70) B: Downs syndrom (Q90)	H: Smärtor i luftstrupe och bröst-korg (R07) B: Sena effekter av cerebrovas-kulär sjukdom (I69)	H: Katarakt (grå starr) vid högre ålder (H75) B: Hjärtinsufficiens (I50)	H: Glaukom (grön starr) (H40) B: Förekomst av andra funktionella implantat (Z96)
9	H: Astma (J45) B: Tillstånd med konstgjord kroppsöppning (Z93)	H: Andra sjukdomar i urinorganen N39 B: Genomgripande utvecklingsstörningar (F84)	H: Akut hjärtinfarkt (I21) B: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL] (J44)	H: Akut hjärtinfarkt (I21) B: Katarakt (grå starr) vid högre ålder (H75)
10	H: Downs syndrom (Q90) B: Medelsvår psykisk utvecklingsstörning (F71)	H: Andra ångest-syndrom (F41) B: Förekomst av implantat och transplanterat i hjärta och kärl (Z95)	H: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL] (J44) B: Sena effekter av cerebrovas-kulär sjukdom (I69)	H: Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism (J18) B: Andra sjukliga förändringar i näthinnan (H35)

Anmärkning 1: Vid sambearbetningen hämtade Socialstyrelsen uppgifter om personerna med kommunal hälso- och sjukvård oktober 2016 från patientregistret 20 år tillbaka i tiden.

Anmärkning 2: Kontrollundersökningar (I10) är vanligt förekommande i två åldersgrupper, beroende på att sambearbetningen begränsades till en så kallad tre-ställig ICD-nivå. På den fjärde nivån beskrivs vilken typ av efterkontroller som avses, som till exempel kontroller efter olika typer av frakturer eller annan behandling.

Källa: Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård och patientregistret, Socialstyrelsen

**Tabell 13 De 20 vanligaste dödsorsakerna bland personer med kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, olika åldersgrupper, 2016.**

Dödsorsaker i fallande ordning	18 – 64 år	65 – 79 år	80 år eller äldre
	Dödsorsaker med ICD-koder	Dödsorsaker med ICD-koder	Dödsorsaker med ICD-koder
1	Sekundär malign tumör (metastas) med andra och icke specificerade lokalisationer, C79	Hjärtinsufficiens, I50	Hjärtinsufficiens, I50
2	Sekundär malign tumör (metastas) i andningsorganen och matsmältningsorganen, C78	Sekundär malign tumör (metastas) med andra och icke specificerade lokalisationer, C79	Ospecificerad demens, F03
3	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism, J18	Kronisk ischemisk hjärtsjukdom, I25	Kronisk ischemisk hjärtsjukdom, I25
4	Respiratorisk insufficiens (andningssvikt) som ej klassificeras annorstädes, J96	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL], J44	Förmaksflimmer och förmaksfladder, I48
5	Malign tumör i bronk och lunga, C34	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism, J18	Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsa), I10
6	Hjärtstillestånd, I46	Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak) I10	Senilitet, R54
7	Hjärtinsufficiens, I50	Sekundär malign tumör (metastas) i andningsorganen och matsmältningsorganen, C78	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism, J18
8	Andra allmänna symtom och sjukdomstecken, R68	Respiratorisk insufficiens (andningssvikt) som ej klassificeras annorstädes, J96	Hjärtstillestånd, I46
9	Malign tumör i hjärnan, C71	Icke specificerad diabetes, E14	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL], J44
10	Kronisk ischemisk hjärtsjukdom, I25	Hjärtstillestånd, I46	Andra allmänna symtom och sjukdomstecken, R68
11	Annan sepsis, A41	Förmaksflimmer och förmaksfladder I48	Chock som ej klassificeras annorstädes, R57
12	Malign tumör i bröstkörtel, C50	Malign tumör i bronk och lunga, C34	Icke specificerad diabetes, E14
13	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL], J44	Andra allmänna symtom och sjukdomstecken, R68	Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom, I69
14	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, F10	Ospecificerad demens, F03	Kronisk njursvikt, N18
15	Malign tumör i tjocktarmen, C18	Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom, I69	Ateroskleros (åderförkalkning), I70
16	Ofullständigt preciserade hjärtsjukdomar och komplikationer till hjärtsjukdom, I51	Kronisk njursvikt, N18	Alzheimers sjukdom, G30
17	Chock som ej klassificeras annorstädes, R57	Akut hjärtinfarkt, I21	Akut hjärtinfarkt, I21
18	Icke specificerad diabetes, E14	Malign tumör i prostata, C61	Sekundär malign tumör (metastas) med andra och icke specificerade lokalisationer, C79
19	Andra sjukdomar i hjärnan, G93	Ej insulinberoende diabetes, E11	Respiratorisk insufficiens (andningssvikt) som ej klassificeras annorstädes, J96
20	Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak), I10	Chock som ej klassificeras annorstädes, R57	Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt, I64

Källa: Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

# Bilaga 5 Kompletterande tabeller

## Palliativ

**Tabell 14. Antal personer i Svenska palliativregistret matchade med antal personer i dödsorsaksregistret, andel (%) som registreras i palliativregistret, olika boendeformer, 18 – 64 år, 2016**

Boendeform	Palliativregistret Antal personer 18 – 64 år	DORS <sup>1</sup> Antal personer 18 – 64 år	Andel (%) i pallia- tivregistret 18 – 64 år
Ordinärt boende med KHSV <sup>2</sup>	1546	2149	71,9
Särskilda boendeformer <sup>3</sup>	291	496	58,7
Avliden på sjukhus, utan KHSV	2146	3142	68,3
Ordinärt boende - utan KHSV	632	4629	13,7
<b>Samtliga personer 18 – 64 år</b>	<b>4 615</b>	<b>10 416</b>	<b>44,3</b>

<sup>1</sup> Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

<sup>2</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>3</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Svenska palliativregistret och dödsorsaksregistret, patientregistret, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

**Tabell 15. Antal personer i Svenska palliativregistret matchade med antal personer i dödsorsaksregistret, andel (%) som registreras i palliativregistret i olika boendeformer, ≥ 65 år, 2016**

Boendeform	Palliativregistret Antal personer ≥ 65 år	DORS <sup>1</sup> Antal personer ≥ 65 år	Andel (%) i pallia- tivregistret
Ordinärt boende med KHSV <sup>2</sup>	18 381	25 606	71,8
Särskilda boendeformer <sup>3</sup>	22 565	29 601	76,2
Avliden på sjukhus, utan KHSV	10 745	14 742	72,9
Ordinärt boende - utan KHSV	2 642	10 215	25,9
<b>Samtliga personer ≥ 65 år</b>	<b>54 333</b>	<b>80 164</b>	<b>67,8</b>

<sup>1</sup> Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

<sup>2</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>3</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Svenska palliativregistret och dödsorsaksregistret, patientregistret, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

## NDR

**Tabell 16 Antal personer i NDR, med och utan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård matchade med antal personer i läkemedelsregistret, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, personer  $\geq 18$  år, 2016**

Boendeform	NDR Antal personer $\geq 18$ år	Läkemedelsregistret Antal personer $\geq 18$ år	Täckningsgrad (%)
Ordinärt boende med KHSV <sup>1</sup>	37 116	46 792	79,3
Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS	1396	1902	73,3
Särskilt boende enligt SoL	7903	16 407	48,8
<b>Samtliga <math>\geq 18</math> år med KHSV</b>	<b>46 415</b>	<b>65 101</b>	<b>71,3</b>
Personer utan KHSV <sup>2</sup>	329 990	381 363	86,5
<b>Samtliga <math>\geq 18</math> år</b>	<b>376 405</b>	<b>446 464</b>	<b>84,3</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Motsvarar personer i landstingsfinansierad vård

Källa: Kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) och läkemedelsregistret samt registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen.

## Riksstroke

**Tabell 17. Antal personer i Riksstroke med stroke första gången matchade med antal personer i patientregistret, PAR, täckningsgrad (%) i olika boendeformer,  $\geq 18$  år, 2016**

Boendeform	Riksstroke Antal personer $\geq 18$ år	Riksstroke och PAR Antal personer $\geq 18$ år	Andel personer (%) i Riksstroke i förhållande till alla i både Riksstroke och PAR
Olika boendeformer med KHSV <sup>1</sup>	4 494	5 170	86,9
varav i ordinärt boende	3 497	4 037	86,6
varav i särskilda boendeformer <sup>2</sup>	997	1 133	88
Ordinärt boende - utan insatser ifrån KHSV	12 560	14 082	89,2
<b>Samtliga <math>\geq 18</math> år</b>	<b>17 054</b>	<b>19 252</b>	<b>88,6</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Riksstroke och patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen

## Rikshöft

**Tabell 18. Antal personer i Rikshöft matchade med antal personer i patientregistret, PAR, täckningsgrad (%) i olika boendeformer, ≥ 18 år, 2016**

Boendeform	Rikshöft Antal personer ≥ 18 år	Rikshöft och PAR Antal personer ≥ 18 år	Andel (%) personer i Rikshöft i förhållande till alla i både Rikshöft och PAR
Olika boendeformer med KHSV <sup>1</sup>	9 026	10 959	82,3
varav i ordinärt boende	5 866	7 190	81,6
varav i särskilda boendeformer <sup>2</sup>	3 160	3 772	83,8
Ordinärt boende - utan insatser ifrån KHSV	5 672	6 919	81,5
<b>Samtliga ≥ 18 år</b>	<b>14 698</b>	<b>17 878</b>	<b>82,2</b>

<sup>1</sup> Kommunal hälso- och sjukvård

<sup>2</sup> Permanent särskilt boende enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS

Källa: Kvalitetsregistret Riksstroke och patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning samt registret över insatser enligt LSS. Socialstyrelsen