

# Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård

En sammanställning baserad på samkörningar  
mellan kvalitetsregister och hälsodataregister

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 2017-1-25  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), januari 2017

# Förord

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. Under 2016 utökades uppdraget till att även erbjuda särskilt stöd till register som innehåller uppgifter om kommunal hälso- och sjukvård.

I den här rapporten beskriver Socialstyrelsen myndighetens arbete med kvalitetsregister inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Rapporten riktar sig till registerhållarna för de olika kvalitetsregistren och huvudmännen för den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Andra målgrupper är de medicinska ansvariga sjuksköterskorna samt de medicinskt ansvariga för rehabilitering samt läkare i den landstingsfinansierade primärvården. Ett varmt tack till medverkande kvalitetsregister, som gjorde denna rapport möjlig.

Rapporten har sammanställts av Marianne Lidbrink. Övriga medverkande har varit Anna Dovärn, Dag Tidemalm, Erik Wahlström och Max Köster.

Anna Bennet Bark  
Enhetschef  
Enheten för registerservice



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård .....	8
Om kommunal hälso- och sjukvård .....	8
Innehållet i projektet .....	9
Definitioner .....	13
Resultat av kartläggning och samkörningar .....	15
Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård .....	15
Senior alert .....	16
SveDem .....	18
BPSD-registret .....	19
Svenska palliativregistret .....	21
Kvalitetsregistret RiksSår .....	22
Nationellt Diabetesregister, NDR .....	23
Kvalitetsregistret Riksstroke .....	24
Kvalitetsregistret Rikshöft .....	25
Sammanfattande reflektioner .....	26
Målpopulationerna i undersökningen .....	26
Täckningsgrader genom olika samkörningar .....	26
Fortsatta arbeten .....	27
Referenser .....	29



# Sammanfattning

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen resultatet av en särskild satsning på kvalitetsregister inom den kommunala hälso- och sjukvården. Antalet personer som får kommunfinansierad vård ökar kontinuerligt, och den mesta ökningen sker för personer i ordinärt boende, vid jämförelse med särskilt boende. Det finns emellertid få register som beskriver behov och insatser i denna verksamhet. Syftet med satsningen har bland annat varit att belysa de register som finns och hur samkörning med olika register kan bidra till att öka kunskapen om den kommunala hälso- och sjukvården. Projektet kan ses som en första kartläggning om vilken information som är möjlig att få fram med hjälp av de register som finns. Resultatet ger underlag till hur framtida fördjupande studier kan bidra med mer information om denna verksamhet.

Socialstyrelsen identifierade 18 olika kvalitetsregister som betydelsefulla för utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa har följande åtta register samkörts på olika sätt med Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister samt dödsorsaksregister.

- Senior alert
- Svenska demensregistret, SveDem
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens, BPSD
- Svenska Palliativregistret
- RiksSår – kvalitetsregister för svårläkta sår
- Nationellt Diabetesregister, NDR
- Riksstroke
- Rikshöft

Samkörningarna visar bland annat att patientregistret inte lämpar sig särskilt väl för täckningsgradsberäkningar för flera av de register som ingår i undersökningen. Orsaken är att patientregistret inte innehåller information om personer som får vård och omsorg i primärvården, som den kommunala hälso- och sjukvården är en del av. Här har Socialstyrelsen i stället använt andra sätt att identifiera en avgränsad målpopulation, och tagit hjälp av Socialstyrelsens läkemedelsregister eller dödsorsaksregister. Registret Senior alert lämpar sig väl för täckningsgradsberäkningar med registret för kommunal hälso- och sjukvård.

Täckningsgraden för tre register, Senior alert, BPSD och Palliativregistret, som huvudsakligen beskriver omvårdnadsåtgärder är högre i särskilt boende, det vill säga registren används främst i denna boendeform, även fast den vård som beskrivs i främst Senior alert och Palliativregistret också ges i ordinärt boende. Värt att notera är att täckningsgraden för NDR är lägre för personer som får kommunfinansierad vård, jämfört med dem som får landstingsfinansierad vård.

# Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård

Nationell registerservice hjälper årligen kvalitetsregister med olika samkörningar med de hälsodataregister som finns vid Socialstyrelsen, för att på så sätt hjälpa till att förbättra registrens kvalitet i kvalitetsregister såväl som i hälsodataregister. Under 2016 har myndigheten satsat extra på kvalitetsregister inom den kommunala hälso- och sjukvården, eftersom dessa register inte har tagit till vara denna service i så stor utsträckning tidigare. Målet med satsningen var att belysa de register som finns och att se över hur Socialstyrelsens stöd till dessa kan förbättras. Ett annat mål har varit att se över möjligheterna till att jämföra de olika populationerna, till exempel genom att beräkna täckningsgrader mellan kvalitetsregister och olika hälsodataregister.

I denna rapport beskriver Socialstyrelsen några av de samarbetningar som gjorts för register som finns inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rapporten sammanfattar även vilka möjligheter som finns för att utveckla detta arbete i framtiden. I rapporten används uttrycket *kommunal hälso- och sjukvård* som liktydigt med vård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Kommunal hälso- och sjukvård förkortas här KHS.

## Om kommunal hälso- och sjukvård

Nästan 391 000 personer fick vård i KHS under 2015. Av dessa var 84 procent 65 år eller äldre och 61 procent var kvinnor [1].

### Vanliga sjukdomar eller symtom hos äldre

De vanligaste förekommande sjukdomarna eller symtomen bland personer 65 år eller äldre med KHS är hjärtinsufficiens, hjärtflimmer, stroke, höft- och knäledsartros, höftfraktur, urinvägsinfektion, lunginflammation och kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, med akut försämring [2].

I KHS ingår bland annat omvårdnad, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Vanligt förekommande omvårdnadsåtgärder handlar om att förebygga risker som uppstår på grund av ohälsa orsakad av de olika sjukdomarna som beskrivs ovan och att stödja personerna i deras dagliga livsföring.

År 2015 genomförde Socialstyrelsen en testinsamling i fem kommuner som ett led i att utveckla registret för KHS till att också omfatta utförda åtgärder klassificerade enligt Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ [3]. Testinsamlingen visade bland annat att de vanligaste åtgärderna inom den kommunala hälso- och sjukvården är:



- läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos, förskrivning och läkemedelstillförsel
- hjälpmedelsförskrivning
- sårvård
- bedömning av huden
- bedömning av hjälpmedelsbehov
- bedömning av smärta

Resultaten av de insamlade uppgifterna kan inte ses som representativa för de deltagande kommunerna eller landet som helhet, men ger ändå en grov bild av vad som kan ingå i KHS.

## Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård

Enligt 18 § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ska varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller till dem som får insatsen dagverksamhet enligt SoL. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård omfattar även bostad med särskild service för vuxna enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS.

De vanligast förekommande legitimerade yrkesgrupperna i KHS är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Även dietister förekommer. Hälso- och sjukvård som ges av läkare ingår inte i KHS. Läkarinsatserna finansieras av landstinget och enligt 3 § HSL ingår det i landstingets ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är bosatta inom landstinget. Det gäller även för personer i kommunernas olika boendeformer.

Ansvaret omfattar också, efter överenskommelse med aktuellt landsting, personer som får hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet enstaka gånger eller sammanhängande över tid (hemsjukvård). År 2015 hade samtliga kommuner, förutom i Stockholms län, tagit över ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Norrtälje utgör ett undantag i detta sammanhang, då även hemsjukvården här är kommunfinansierad.

## Innehållet i projektet

Till detta projekt har flera nationella kvalitetsregister, hälsodataregister och socialtjänstregistret samt dödsorsaksregistret som Socialstyrelsen tillhandahåller använts. Projektets uppdrag var att kartlägga kvalitetsregister som på olika sätt beskriver den kommunfinansierade vården och att ta fram täckningsgrader för kvalitetsregister med hjälp av de register som finns vid Socialstyrelsen. Andra aspekter har även varit att redogöra för de register som i första hand beskriver omvårdnadsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården. En kortfattad information om samtliga register som ingår i rapporten presenteras i följande avsnitt.

## Nationella kvalitetsregister som ingår i projektet

Nationella kvalitetsregister ger unika möjligheter att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen. Med individbaserade uppgifter om bland annat

behov, behandling och resultat av insatser möjliggör kvalitetsregistren uppföljning, utvärdering av och förbättring inom vården och omsorgen. De ger dessutom viktiga underlag för forskning och kan användas för uppföljningar i verksamheterna.

### *Senior alert*

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Varje person som har kontakt med vård eller omsorg kan, efter samtycke, registreras vad gäller riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat. Syftet med Senior alert är att förbättra det förebyggande arbetet inom ovanstående områden och att stimulera till ett proaktivt och systematiskt arbetssätt utifrån den enskilda personens behov.

Områdena i Senior alert har stark koppling till varandra. En undernärd 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 [4]. Att läcka urin på natten får inte bara konsekvenser vad gäller hygien och tvätt, utan kan också ge upphov till fallolyckor [5]. Fallolyckor innebär i sin tur ökad risk för frakturer, speciellt hos äldre kvinnor (se avsnittet om Rikshöft).

### *Svenska Demensregistret, SveDem*

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som har som syfte att bidra till förbättring och utveckling av vården av demenssjuka i Sverige. Målet är att skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

Det finns cirka 160 000 personer med en demenssjukdom i Sverige. Cirka 8 procent av befolkningen som är äldre än 65 år har denna sjukdom och vid 90 års ålder är det närmare hälften som utvecklat sjukdomen [6]. Antalet årligt nyinsjuknade är cirka 25 000 personer och beräknas öka under 2020-talet, då det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Vården och omsorgen om personer med demenssjukdomar utgör en betydande del av den kommunala hälso- och sjukvården, och prognoserna pekar enhälligt åt att det fortsätter vara så under många år framöver.

Demenssjuka personer vårdas främst i primärvården. Eftersom patientregistret saknar uppgifter om primärvård (se stycket om patientregistret längre ner i texten) så är patientregistret en dålig datakälla för information om demenssjukdom. Kvalitetsregistret tillhandahåller därför mycket viktig kompletterande information. I den här rapporten har vi valt att beräkna täckningsgraden för en mindre och mer specificerad grupp från hälsodataregistren - de som diagnostiserats med Alzheimers sjukdom och får läkemedel för det.

### *Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD-registret*

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom med beteendemässiga och psykiska symptom, och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av

denna patientkategori över hela landet. Registret stimulerar till ett systematiskt utvecklingsarbete med stöd av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [7].

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom [7]. Det kan omfatta en rad olika symtom som exempelvis aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar.

Registrets population är precis som för SveDems population svår att hitta i de nationella hälsodataregistren, på grund av att personerna i BPSD ofta inte rapporteras till patientregistret. De som registreras i BPSD behöver inte ha fått en demensdiagnos. Det räcker med att symptomen finns där för att de ska kunna registreras. Detta gör det svårt att hitta jämförbara populationer i Socialstyrelsens register. För att ändå kunna göra en generell jämförelse mellan registren har alla som diagnostiserats med en demensdiagnos i patientregistret valts ut för att ingå i jämförelsen.

### *Svenska palliativregistret*

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för vården i livets slutskede. Syftet är att med stöd av verksamhetens resultat, förbättra vården i detta skede av livet, oberoende av diagnos.

Varje år avlider drygt 90 000 människor i Sverige. Det är vårdens och omsorgens ansvar att ge en god palliativ vård som utgår från de fyra hörnstenarna symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Den palliativa vården ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos. När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt [8].

För beräkning av täckningsgraden användes Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Både den landstings- och den kommunfinansierade vården rapporterar till detta register.

### *RiksSår - kvalitetsregister för svårläkta sår*

RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister för patienter med svårläkta sår. Det kan användas som ett verktyg för att åstadkomma en kunskapsbaserad och systematisk vård och behandling med uppgifter för uppföljning på individnivå. Ett svårläkt sår är ett sår som inte läkt inom 6 veckor, till exempel ett bensår, ett trycksår eller fotsår. Personer med svårläkta sår är ofta äldre, medianåldern hos dem som registreras i RiksSår är 80 år.

Merparten av personer med svårläkta sår behandlas inom primärvården men även i hemsjukvård, sjukhusbunden vård eller hos privata vårdgivare. Då primärvården inte finns med i patientregistret valde vi ut en mindre population från patientregistret – de med trycksår som huvuddiagnos. Dessa jämfördes med registreringarna i RiksSår. På så sätt skapade vi en mindre population för beskrivning av täckningsgraden.

### *Nationellt Diabetesregister, NDR*

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 svårläkta sår.

Diabetes är en av våra stora folksjukdomar men antalet personer med sjukdomen är oklart. En grov uppskattning är att det är drygt 500 000 personer som har diabetes [9].

Eftersom personer med diabetes oftast behandlas i primärvården innehåller inte patientregistret information om hela denna patientgrupp. Istället användes läkemedelsregistret som referens för de läkemedelsbehandlade personerna med typ 1 eller typ 2 diabetes. Personer med kostbehandlad diabetes ingår inte i täckningsgradsberäkningarna.

### *Riksstroke*

Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister för stroke. Syftet är att vara ett verktyg för kontinuerlig kvalitetsutveckling av strokesjukvården och se till att den håller en hög och jämn kvalitet över hela landet.

Stroke är ett samlingsnamn för hjärnskador som orsakas av en blodpropp eller blödning i hjärnan. Årligen drabbas cirka 30 000 personer i Sverige av stroke. Stroke är den vanligaste orsaken till fysiska funktionsnedsättningar hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Män har något större risk att drabbas än kvinnor i samma ålder. Medelåldern för män är 73 år och för kvinnor 77 år [10].

De flesta (mer än 80 procent) är över 65 år. Vid samkörning med Socialstyrelsens patientregister och registret om KHS framkommer det att stroke är en av de vanligaste förekommande diagnoserna bland personer i den kommunalt finansierade vården [2].

Som referens till informationen om innehållet i Riksstroke användes Socialstyrelsens patientregister.

### *Rikshöft*

Rikshöft är det nationella kvalitetsregistret för behandling och uppföljning av höftfrakturpatienter. Registreringen av patienter med höftfraktur syftar till att skapa en jämn och hög vårdkvalitet i landet.

Höftfrakturer ökar med stigande ålder och relationen kvinnor och män är 3 till 1. Den höga andelen kvinnor som drabbas av höftfraktur förklaras både av en högre medellivslängd hos kvinnor och av att det främst är kvinnor som drabbas av osteoporos (benskörhet). Höftfrakturer hos patienter som är yngre än 50 år är sällsynta och utgör bara 2 procent av alla höftfrakturer i Sverige. Livstidsrisken för en kvinna att få höftfraktur har beräknats till 20 procent, och bland de kvinnor som når 90 års ålder har nästan varannan haft höftfraktur [11].

Även här användes Socialstyrelsens patientregister för jämförelse med innehållet i Rikshöft.

## Socialstyrelsens register som ingår i projektet

De register som har använts i de olika samkörningarna listas nedan och mer information finns även på respektive registers webbplats.

*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. Under 2015 fick närmare 400 000 personer en eller flera hälso- och sjukvårdsinsatser.

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

Registret startade 2007 och innehåller uppgifter om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Vanliga insatser till äldre är särskilt boende, hemtjänst i ordinärt boende samt trygghetslarm. Till personer med funktionsnedsättning är vanliga insatser hemtjänst och boendestöd.

*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 hämtas ut mot recept på apotek men även uppgifter om uthämtade förmånsberättigade förbrukningsartiklar.

*Dödsorsaksregistret*

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

## Definitioner

### Populationen i undersökningen

Den enskildes boendeform, ordinärt eller särskilt boende, framgår inte av registret för kommunal hälso- och sjukvård. I syfte att fastställa typ av boende för populationen i undersökningen, samkördes uppgifterna med registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Här finns uppgifterna fördelade på olika insatser i de olika boendeformerna.

Det framgår inte heller i registret för KHS om personen har ett behov av vård sammanhängande över tid eller ej. Sådan vård som ges i patientens bostad eller motsvarande är definitionen för hemsjukvård enligt Socialstyrelsens termbank [12]. 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 [13].

I beräkningarna i denna rapport förutsattes att personer med två eller fler insatser under ett år hade behov av vård sammanhängande över tid. För att få fram personerna som fick insatserna i ordinärt boende, exkluderas samtliga personer i särskilda boendeformer enligt SoL och LSS. Populationerna definierades därefter enligt följande:

- Personer i ordinärt boende med enstaka insatser: Här ingår samtliga personer (som inte avlidit under året) med enbart en insats enligt registret för kommunal hälso- och sjukvård under året.
- Personer i ordinärt boende med behov av insatser sammanhängande över tid: Samtliga personer (som inte avlidit under året) med två eller fler insatser enligt ovanstående register under året.
- Personer i särskilt boende: Samtliga personer (som inte avlidit under året) i särskilt boende enligt SoL, förutsattes ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser sammanhängande över tid. Cirka 95 procent av personerna i särskilt boende fick två eller fler hälso- och sjukvårdsinsatser under 2015 [14].

Uppgifter från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning användes för 2013 till 2015.

## Täckningsgrad

Med täckningsgrad menas hur stor andel av registrets avsedda registerpopulation som har registrerats. Det är en viktig del i kvalitetsregistrets datakvalitet men inte den enda kvalitetsaspekten. Täckningsgraden definieras som andel av personerna som är registrerade i kvalitetsregistret med viss diagnos eller åtgärd, av alla fall enligt inklusionskriterierna med denna diagnos eller åtgärd i riket.

Täckningsgraden kan vara svår att beräkna om registerpopulationens storlek är okänd eller om det saknas användbara jämförelsedatabaser. Ett särskilt problem rör de kvalitetsregister som följer patientgrupper som främst registreras i primärvården, eftersom patientregistret inte innehåller primärvårdsuppgifter. I de sammanställningar som finns med i rapporten finns just denna problematik och jämförelserna bör ses som en utgångspunkt när det gäller att säga något om kvaliteten och bör heller inte jämföras med varandra eftersom förutsättningarna till att nå hög täckningsgrad varierar mellan de register som presenteras i rapporten.

I denna rapport används för några register en variant av beräkning av täckningsgrad, en så kallad *gold standard*. En referenspopulation skapas med hjälp av ett av Socialstyrelsens register och därefter beräknas kvalitetsregistrets täckningsgrad mot denna. Referenspopulationen är oftast en mer avgränsad population än den som kvalitetsregistret avser att inkludera. Denna referenspopulation kan, men behöver inte, motsvara alla som finns i landet. Metoden säger inget om hur bra täckningen är i Socialstyrelsens register, eftersom metoden per definition betraktar urvalet som heltäckande. Skälet till detta tillvägagångssätt är att de populationer som finns i kvalitetsregistren, saknas i patientregistret. Därmed är det inte möjligt att få fram en sann täckningsgrad för hela populationen i kvalitetsregistret med stöd av patientregistret.

# Resultat av kartläggning och samkörningar

I detta avsnitt beskrivs de kvalitetsregister som inkluderades i inventeringen och därefter presenteras resultat av samkörningarna för åtta register.

## Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård

I ett första skede inkluderades fem kvalitetsregister som beskriver vård och omsorg om personer i kommunal hälso- och sjukvård. Även de kvalitetsregister som innehåller uppgifter om personer med diagnoser eller åtgärder som är vanligt förekommande bland de personer som får kommunal hälso- eller sjukvård listas nedan. För åtta register testades möjligheten till att utveckla metoder för samkörningar mellan kvalitetsregister och de register som finns vid Socialstyrelsen.

**Tabell 1. Kvalitetsregister som identifierades som betydelsefulla för den kommunala hälso- och sjukvården.**

Register	Innehåll	Ingår i projektet
Senior alert	Uppgifter om riskbedömningar, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.	Ja
Svenska demensregistret, SveDem	Uppgifter om vård och behandling för personer med en demenssjukdom.	Ja
Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD	Uppgifter om olika vårdåtgärder för personer med demenssjukdomar	Ja
Svenska Palliativregistret	Uppgifter om vården och omsorgen under den sista tiden som den enskilde levde.	Ja
Rikssår - kvalitetsregister för svåråtkta sår	Uppgifter om vård och behandling för personer med svåråtkta sår.	Ja
Nationellt Diabetesregister, NDR	Uppgifter om vård och behandling för personer med diabetes typ 1 och 2.	Ja
Riksstroke	Uppgifter om vård och behandling för personer som drabbats av stroke	Ja
Rikshöft	Uppgifter om vård och behandling för personer som drabbats av en höftfraktur	Ja
Nationella kvalitetsregistret för hörselrehabilitering	Uppgifter om hörselrehabiliteringar med hörapparat. Del av Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs- och halssjukvård.	Nej
Rikssvikt	Uppgifter om vård och behandling för personer med hjärtsvikt	Nej
Luftvägsregistret	Uppgifter om vården och behandling för personer med astma och KOL	Nej

Register	Innehåll	Ingår i projektet
HabQ	Uppgifter om habilitering för barn och unga med funktionsnedsättningar.	Nej
Svensk Reumatologis kvalitetsregister	Uppgifter om vården och behandlingen för personer med reumatiska sjukdomar	Nej
Svenskt Beroenderegister	Uppgifter om personer i behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel inom psykiatrisk sjukvård.	Nej
BUSA, Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD	Uppgifter om vård och behandling för personer med ADHD	Nej
Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom	Uppgifter om vård och behandling för personer med bipolär affektiv sjukdom.	Nej
Nationellt kvalitetsregister för psykosvård	Uppgifter om vård och behandling för personer med psykosjukdomar.	Nej
Kvalitetsstjärnan (kvalitetsregister för uppföljning av psykiatrisk vård)	Uppgifter om vård och stöd för personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning.	Nej
Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ)	Register under utveckling. Skolhälsovården är ej en del av den kommunala hälso- och sjukvården enligt 18 § HSL. Det som förenar är kommunen som den gemensamma finansören av insatser.	Nej

## Senior alert

Senior alert omfattar personer som har behov av eller kan få behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. I teorin kan därför samtliga personer i registret för kommunal hälso- och sjukvård finnas i kvalitetsregistret.

Samkörningen visar en bra täckningsgrad, nästan 80 procent i särskilt boende 2015. För hemsjukvård (minst 2 insatser under ett år) är användningen inte av samma omfattning, 36 procent 2015.

**Tabell 2. Antal personer i Socialstyrelsens register för kommunal hälso- och sjukvård som förekommer i Senior alert 2015.**

Boendeform	Antal personer i Socialstyrelsens register	Antal personer från Socialstyrelsens register som återfinns i Senior alert	Täckningsgrad, procent
Ordinärt boende – en insats i KHS	40 896	8 471	20,7
Ordinärt boende – hemsjukvård i KHS	186 496	67 074	36,0
Särskilt boende	88 003	69 854	79,4
<b>Totalt – oavsett boendeform</b>	<b>315 395</b>	<b>145 399</b>	<b>46,1</b>

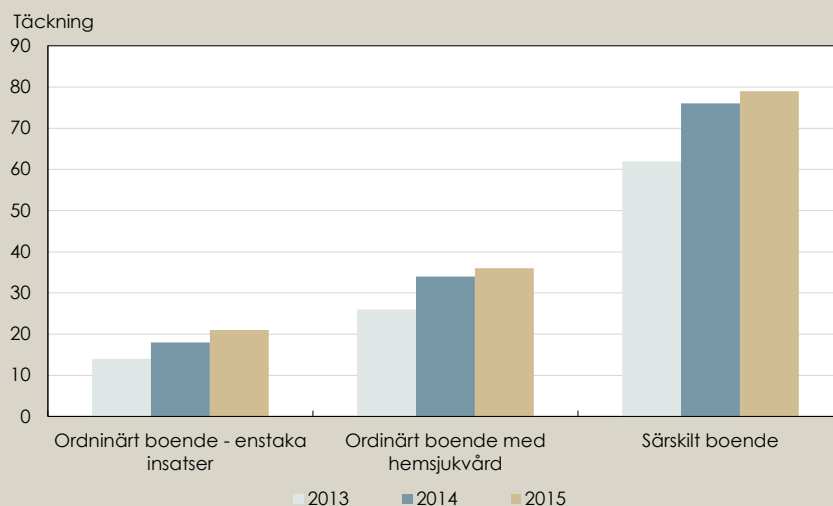
Källa: registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och Senior alert

Det framkommer att allt fler personer med KHS deltar i Senior alert. I samtliga boendeformer ökade andelen med drygt 11 procentenheter mellan 2013–2015. I särskilt boende har det ökat med drygt 17 procent-



tenheter. I hemsjukvården ses en ökning med 10 procentenheter under samma period. Ett förväntat resultat är att personer som enbart fått en insats i ordinärt boende under året, förekommer mer sällan i Senior alert.

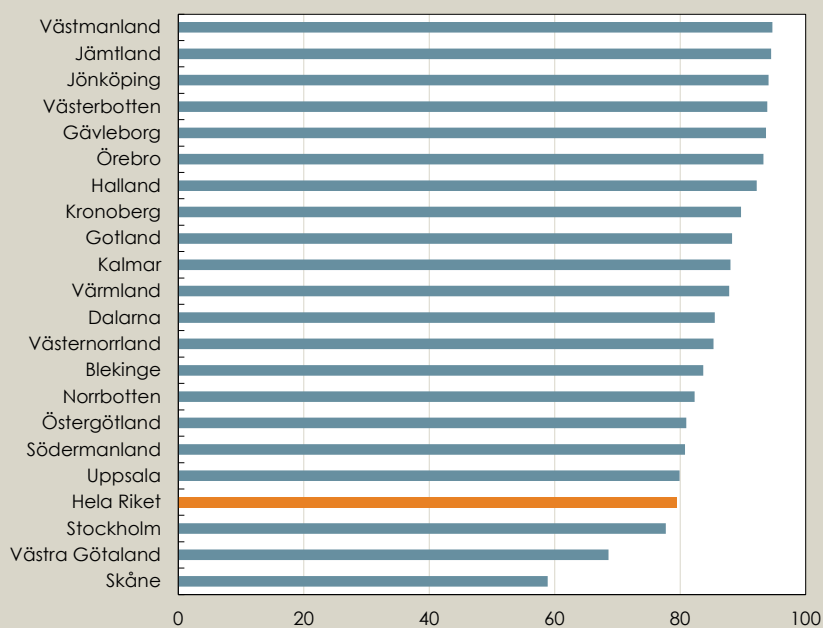
**Figur 1. Andel av de personer i Socialstyrelsens register för kommunal hälso- och sjukvård som förekommer i Senior alert**



Källa: Senior alert, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

På länsnivån varierar täckningsgraden i särskilt boende från 95 procent i Västmanland till 59 procent i Skåne.

**Figur 2. Användningen av Senior alert i särskilt boende 2015**



Källa: Senior alert, registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Täckningsgraden för Senior alert i särskilt boende 2015 var 100 procent i elva kommuner. Samtliga kommuner registrerar i registret. Till vilken utsträckning som samtliga områden (undernäring, trycksår, fall, munhälsa och blåsdysfunktion) används eller ej, beskrivs inte i denna samkörning.

### Metod

I samkörningen har de personer valts ut som finns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende, hemsjukvård i ordinärt boende eller enstaka insatser i ordinärt boende (se definition på sida 14). Denna population har betraktats som en *gold standard*, det vill säga att vi betraktar denna population som en sann referens av verkligheten och att den är heltäckande. Från Senior alert ingår alla personer som har fått en riskbedömning. Samtliga personer som finns med i något register mellan 2013 och 2015 ingår med undantag för de personer som avlidit under samma år. Senior alerts population har sedan jämförts mot de som finns registrerade i den kommunala hälso- och sjukvården och resultat anger vilken andel av denna population som Senior alert har.

## SveDem

Många personer med demenssjukdom får diagnosen i primärvården. Eftersom primärvården inte rapporterar till patientregistret uppstår svårigheter med samkörningen. Därför definierades en mindre mer specificerad grupp från hälsodataregistren, med resultatet att samkörningen berör ett mycket litet antal personer.

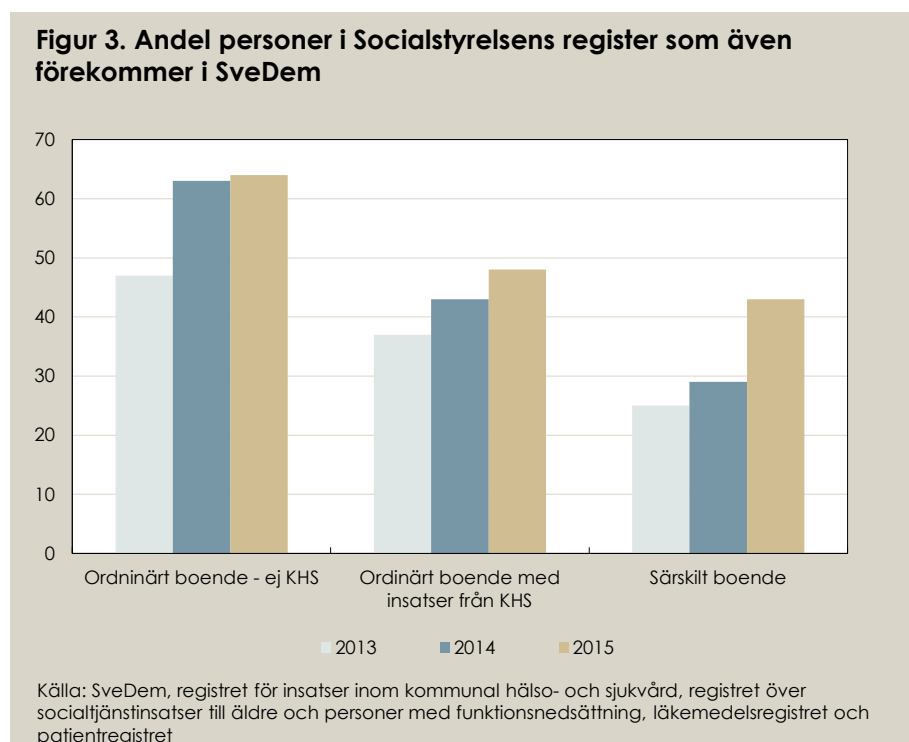
Det framkommer att av personer i ordinärt boende som inte har kommunal hälso- och sjukvård registrerades 64 procent och sedan blir täckningsgraden lägre för personer med insatser i kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Lägst är täckningsgraden i särskilt boende. 2015 var den 43 procent.

**Tabell 3. Antal personer i Socialstyrelsens register och som även förekommer i SveDem 2015.**

Boendeform	Antal registrerade personer i Socialstyrelsens register	Antal personer från Socialstyrelsens register som återfinns i SveDem	Andel registrerade i Socialstyrelsens register som finns i SveDem
Ordinärt boende – insatser i KHS	481	233	48,4
Särskilt boende	160	68	42,5
Ordinärt boende utan registreringar i KHS	1 984	1 272	64,1
<b>Totalt – oavsett boendeform</b>	<b>2 625</b>	<b>1 573</b>	<b>59,9</b>

Källa: SveDem, läkemedelsregistret, patientregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Vid jämförelse över tid ses en ökande täckningsgrad mellan 2013 till 2015 (figur 3).



### Metod

För att få en entydigt definierad diagnos, inkluderades enbart uppgifter om personer med Alzheimers sjukdom från patientregistret som diagnostiserats på vissa specifika medicinska verksamhetsområden, och som dessutom behandlades med läkemedel enligt läkemedelsregistret. Detta urval gjordes för att med största säkerhet inkludera personer som fått en basal demensutredning enligt Socialstyrelsens rekommendationer, för att därmed kunna fastställa att de som ingår i populationen verkligen har en demenssjukdom. Det specifika urvalet från patientregistret och läkemedelsregistret, borde innebära att dessa ska finnas i SveDem. Urvalet betraktas som en *gold standard*, och betraktas innehålla alla personer med Alzheimers sjukdom (även om så inte behöver vara fallet). Denna population samkördes sedan mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende eller ordinärt boende med insatser (se definition på sida 14). De personer som fanns registrerade i SveDem jämfördes sedan mot den framtagna populationen för att se hur stor andel av den, som även finns med hos SveDem.

## BPSD-registret

BPSD registret innehåller uppgifter om omvårdnad av personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Verksamheterna använder en systematisk arbetsmetod som utgår från nationella

riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom [7]. Registret stimulerar till användning av arbetsmetoden, där mål för insatserna formuleras och åtgärder vidtas för att sedan utvärderas.

Cirka 22 procent av personerna i särskilt boende med en demensdiagnos återfinns i BPSD. För ordinärt boende är andelen som finns i bägge registren låg, vilket kan ha att göra med att jämförelsen inte avspeglar samma populationer. Värt att notera är att det finns verksamheter som använder BPSD-registret utan att de enskilda personerna, får kommunal hälso- och sjukvård (KHS).

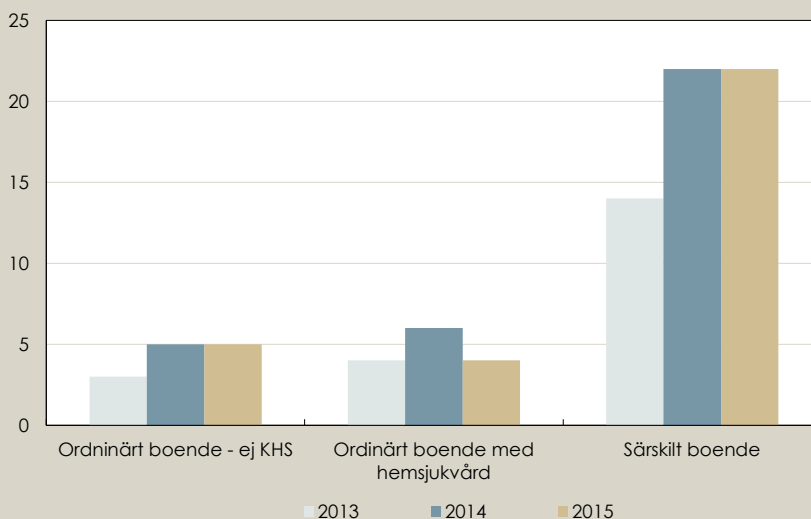
**Tabell 4. Antal personer i Socialstyrelsens register och som även förekommer i BPSD 2015.**

Boendeform	Antal registrerade personer med demensdiagnos i Socialstyrelsens register	Antal registrerade personer med demensdiagnos i Socialstyrelsens register som även finns i BPSD	Andel i både patientregistret och BPSD. Procent
Ordinärt boende – ensstaka insats i KHS	733	5	0,7
Ordinärt boende – hemsjukvård i KHS	7 472	295	3,9
Särskilt boende	10 444	2 256	21,6
Ordinärt boende utan registreringar i KHS	15 955	844	5,3
<b>Totalt – oavsett boendeform</b>	<b>34 604</b>	<b>3 400</b>	<b>9,8</b>

Källa: BPSD, patientregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Över tid ses först en ökning av registreringen i BPSD-registret, en ökning som emellertid tycks avstanna 2015.

**Figur 4. Andel personer i Socialstyrelsens register som även förekommer i BPSD**



Källa: BPSD, patientregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Trots att andelen personer som finns i de båda registren i denna jämförelse är låg, är användningen relativt vanligt förekommande. År 2015 förekom registreringar av personer i BPSD-registret i 216 kommuner enligt den jämförelse som vi gjort (fler kommuner registrerar dock till kvalitetsregistret). Hög samstämmighet mellan BPSD och patientregistret kan inte nås under nuvarande förhållanden, eftersom många personer får sin demensdiagnos i primärvården. Dessa uppgifter rapporteras inte till patientregistret.

### Metod

Från patientregistret valdes alla patienter ut som fått en demensdiagnos mellan 2013 och 2015. Urvalet betraktas som en *gold standard*, och betraktas innehålla alla personer med demens. Denna population samkördes sedan mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende eller ordinärt boende med hemsjukvård (se definition på sida 14). De personer som inte hade insatser i den kommunal hälso- och sjukvården grupperades också som en grupp. Personerna som fanns registrerade i BPSD jämfördes sedan mot den framtagna populationen för att se hur stor andel av den, som även finns med hos BPSD. Då BPSD har för avsikt att registrera de med beteendemässiga och psykiska symptom, blir populationerna inte helt jämförbara.

## Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret innehåller uppgifter om vården och omsorgen till personer under deras sista tid i livet. Man räknar med att cirka 80 procent av dem som avlider är i behov av palliativ vård [8].

Antal personer som registrerades som avlidna i palliativregistret har i stort sett varit oförändrat i särskilt boenden mellan 2013 till 2015, vilket innebär att täckningsgraden har legat runt 80 procent dessa tre år. För personer som vårdats i ordinärt boende är täckningsgraden något lägre.

**Tabell 5. Antal avlidna personer enligt dödsorsaksregistret som även återfinns i palliativregistret under 2015.**

Boendeform	Antal i dödsorsaksregistret	Antal i dödsorsaksregistret som även finns i palliativregistret	Andel i både dödsorsaksregistret och palliativregistret
Ordinärt boende – insatser i KHS	29 696	21 895	73,7
Särskilt boende	28 675	22 377	78,0
<b>Totalt – med och utan insatser i KHS</b>	<b>91 002</b>	<b>60 251</b>	<b>66,2</b>

Källa: Svenska palliativregistret, dödsorsaksregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Samtliga kommuner utom en lämnade uppgifter om personer som avled i särskilt boende 2015. Samma år förekom registreringar i palliativregister av personer som avled i ordinärt boende i alla kommuner.

### Metod

I denna samkörning har alla personer som finns med i dödsorsaksregistret valts ut. Denna population har betraktats som en *gold standard* och antas därför innehålla alla avlidna i Sverige (vilket i detta fall även är sant då kvaliteten på dödsorsaksregistret är god). Denna population samkördes sedan mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården, månaden innan eller samma månad som personen avled, och har en boendeform enligt följande: särskilt boende eller ordinärt boende med en insats (se definition på sida 14). De personer som inte hade insatser i den kommunala hälso- och sjukvården grupperades som en egen grupp. De personer som fanns registrerade i Palliativregistret jämfördes sedan mot den framtagna populationen för att se hur stor andel av den, som även finns med hos Palliativregistret.

## Kvalitetsregistret RiksSår

Kvalitetsregistret RiksSår innehåller uppgifter om hur verksamheterna kan behandla personer med svårsläkta sår på ett systematiskt sätt och utifrån befintlig kunskap. Då svårsläkta sår är vanligt förekommande bland äldre personer, är stöd av registret vid behandling av personer med svårsläkta sår aktuellt för äldre personer som får vård i kommunal hälso- och sjukvård.

Ett försök att avgränsa populationen att enbart omfatta dem med trycksår för att åstadkomma en bra jämförelsepopulation, en *gold standard*, gjordes. Personerna som får en sår diagnos i patientregistret är dock betydligt fler än dem i kvalitetsregistret och vi konstaterar en brist på

lämpliga urval. Då antalet som överensstämmer i de två registren är så få visas ingen tabell för kvalitetsregistret. RiksSår används främst i Blekinge, Jämtland och Stockholms län.

### Metod

Alla registrerade personer i RiksSår ingår i analysen, oavsett sårtyp. Dessa matchades med de personer som registrerats i patientregistret, med trycksår som huvuddiagnos.

## Nationellt Diabetesregister, NDR

Samkörningen beskriver andelen personer i kommunal hälso- och sjukvård, KHS, med förskrivna och från apoteket uthämtade diabetesläkemedel som registrerades i NDR 2015.

De personer som får hemsjukvård förekommer i lägre grad i NDR, jämfört med dem som enbart fått en insats under hela året i ordinärt boende. Personer i särskilt boende förekommer med minst andelar, 38 procent.

**Tabell 6. Antal personer i Socialstyrelsens register som även förekommer i NDR 2015.**

Boendeform	Antal personer med diabetesläkemedel	Antal personer med diabetesläkemedel som även finns med i NDR	Andel i både läkemedelsregistret och NDR
Ordinärt boende – en insats i KHS	6 192	4 837	78,1
Ordinärt boende – hemsjukvård i KHS	34 427	24 521	71,2
Särskilt boende	12 338	4 626	37,5
Samtliga boendeformer	52 957	33 984	64,2

Källa: Nationellt diabetesregister, läkemedelsregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Vid samkörning av NDR och läkemedelsregistret, utan specificering av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, matchas drygt 90 procent av individerna mellan 50 och 80 år [15]. NDR används med andra ord inte i kommunal hälso- och sjukvård i samma omfattning som i den landstingsfinansierade vården.

Flera särskilda boenden använder fullständiga läkemedelsförråd. Användningen av läkemedel vid dessa boenden registreras inte i läkemedelsregistret. Genom läkemedelsregistret fångas enbart individuellt förskrivna läkemedel på recept eller genom dosförpackade förskrivningar. Det kan vara en bidragande orsak till den lägre andelen personer i NDR i särskilt boende, men kan inte utgöra hela förklaringen. En annan förklaring är helt enkelt att NDR inte används i samma utsträckning i särskilt boende, vid jämförelse med användningen i ordinärt boende.

## Metod

Ur läkemedelsregistret valdes alla personer med diabetesläkemedel under 2015 ut till jämförelsen. Denna population betraktas som en *gold standard*, det vill säga att alla läkemedelsbehandlade diabetiker ska finnas här (vilket inte riktigt är fallet då t.ex. utdelning från läkemedelsförråd förekommer). Denna population samkördes sedan mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende, ordinärt boende med enstaka insatser eller ordinärt boende med hemsjukvård (se definition på sida 14). Personer som fanns registrerade i NDR jämfördes sedan mot den framtagna populationen för att se hur stor andel, som även finns med hos NDR.

## Kvalitetsregistret Riksstroke

Stroke är en vanligt förekommande diagnos bland personer 65 år eller äldre som får KHS [2].

Andelen som finns med i både patientregistret och i Riksstroke är marginellt högre i särskilt boende i jämförelse med dem som får kommunala insatser i ordinärt boende. Personer utan KHS förekommer oftare i registret, vilket kan förklaras med att stroke drabbar plötsligt hos personer som tidigare inte haft behov av kommunalt finansierade hälso- och sjukvårdsinsatser. De söker och får vård akut och registreras då i patientregistret. Denna grupp är också flest till antalet.

**Tabell 7. Antalet personer med stroke i patientregistret och Riksstroke 2015.**

Boendeform	Antal personer registrerade i patientregistret	Antal personer registrerade i Riksstroke	Andel som finns i både patientregistret och Riksstroke
Ordinärt boende – utan registrering i KHS	13 734	13 125	85,4
Ordinärt boende – med insats i KHS	4 121	3 789	83,4
Särskilt boende	1 071	991	87,5

Källa: Riksstroke, patientregistret, registret kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Andelen som överensstämmer mellan Riksstroke och patientregistret är hög och stabil och har inte förändrats mycket de senaste tre åren [16].

## Metod

Urvalet ur patientregistret består av alla vårdtillfällen med stroke som registreras för första gången under 2015. Samma urval gäller från Riksstroke. Dessa populationer har sedan samkörts. (Se Socialstyrelsens täckningsgradsrapport för mer information vilka diagnoskoder som användes [16].) Resultatet av detta har sedan samkörts mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende eller ordinärt boende med



enstaka insatser (se definition på sida 14) under samma månad som en stroke registrerades. De personer som inte hade insatser i KHS grupperades som en egen grupp.

## Kvalitetsregistret Rikshöft

Höftfraktur förekommer ofta bland personer med KHS [2]. Det speglas också av resultaten i kvalitetsregistret Rikshöft.

Andelen som finns med i både patientregistret och i Rikshöft är högre för personer som får insatser i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, jämfört med dem som inte får sådana insatser. I särskilt boende är det 87 procent som överensstämmer mellan de två registren.

**Tabell 8. Antalet personer med höftfrakturer i patientregistret och i Rikshöft 2015.**

Boendeform	Antal personer registrerade i patientregistret	Antal personer registrerade i Rikshöft	Andel som finns i både patientregistret och i Rikshöft
Ordinärt boende – utan registrering i KHS	6 298	5 646	81,4
Ordinärt boende – med insats i KHS	7 509	6 871	85,5
Särskilt boende	3 306	2 961	86,4

Källa: Rikshöft, patientregistret, registret kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Någon anmärkningsvärd förändring över de tre år som jämfördes ses inte, andelen som finns med i båda registren är stabil och hög. Resultatet speglar att arbetet med att förebygga allvarliga frakturer är en angelägen uppgift, speciellt för verksamheter i de olika boendeformerna.

### Metod

Urvalet ur patientregistret består av alla höftfrakturdiagnoser. Samma urval gäller från Rikshöft. De olika populationerna samkördes därefter. (För mer information om vilka diagnoskoder som användes, se Socialstyrelsens täckningsgradsrapport 2016 [16].) Resultatet av detta har sedan samkörts mot de personer som fanns med i den kommunala hälso- och sjukvården och har en boendeform enligt följande: särskilt boende eller ordinärt boende med enstaka insatser (se definition på sida 14) under samma månad som frakturen registrerades. De personer som inte hade insatser i den kommunal hälso- och sjukvården grupperades som en egen grupp.

# Sammanfattande reflektioner

Här diskuteras resultaten av samkörningarna med olika register. Avslutningsvis presenterar vi förslag till fortsatta studier och behandlar registrens roll som kunskapsstöd och behov av sådana där nationella riktlinjer saknas.

## Målpopulationerna i undersökningen

Tre grupperingar identifierades bland personer med KHS. I ordinärt boende var det personer med en hälso- och sjukvårdsinsats under hela året, och personer med två eller fler insatser samt dem i särskilt boende. Projektet fokuserade främst på gruppen personer 65 år eller äldre eftersom dessa utgör 84 procent av alla som får KHS. Vid samkörningarna inkluderades de som levde vid årets slut, det vill säga inte hade registrerats i dödsorsaksregistret under året samt dem med aktuell diagnos, eller dem med aktuell läkemedelsbehandling beroende på det kvalitetsregister som undersöktes.

Vid en ny undersökning bör man överväga att inkludera fler individer, genom att ta bort kravet på att samtliga har överlevt hela året.

## Täckningsgrader genom olika samkörningar

Uppgifterna i Senior alert beskriver behov och åtgärder som ligger inom kompetensområdet för den legitimerade personalen i KHS. Det lämpar sig därför väl att samköra Senior alert med registret för kommunal hälso- och sjukvård för att beskriva täckningsgraden för kvalitetsregistret. 100-procentig samstämmighet mellan de olika registren inträffade också för personer i särskilt boende i elva kommuner.

Patientregistret lämpar sig väl för täckningsgradsberäkningar av kvalitetsregistren Riksstroke och Rikshöft, mindre bra för SveDem, BPSD och RiksSår och inte alls för Senior alert. Det beror på att personer i KHS ofta får en medicinsk diagnos i primärvården, som inte rapporterar till patientregistret. Det var speciellt märkbart för personer med demensdiagnoser. De två utpräglade omvårdnadsregistren Senior alert och BPSD registrerar framförallt omvårdnadsdiagnoser och åtgärder utifrån identifierade behov, inte medicinska diagnoser.

För Riksstroke och Rikshöft var täckningsgraden hög vid jämförelse med patientregistret, beroende på att de båda registren beskriver akuta tillstånd där personerna har behov av slutenvård med registrering i patientregistret som följd.

## Fortsatta arbeten

### Fler och fördjupande studier

Socialstyrelsen har undersökt vad som är möjligt att göra för att, utifrån befintliga register, få fram mer information om den kommunala hälso- och sjukvården. Arbetet har främst fokuserats på samkörningar med olika register för att beskriva täckningsgrader. Resultatet av samkörningarna visar hur det är möjligt att gå vidare med fortsatta arbeten.

Det handlar till exempel om att undersöka

- i vilken utsträckning personer med diabetes i kommunal hälso- och sjukvård får del av rekommenderade åtgärder enligt nationella riktlinjer [17]
- om det är möjligt att identifiera flera målpopulationer med hjälp av läkemedelsregistret
- hur samkörning av kvalitetsregister som registrerar samma typ av insats kan ge mer kunskap om innehållet i den kommunfinansierade vården
- hur samkörning av olika register kan beskriva ett händelseförlopp vid olika typer av behov
- i vilken omfattning som verksamheterna registrerar olika områden (alla eller några) i ett kvalitetsregister.

Det handlar också om att inkludera

- ytterligare kvalitetsregister av dem som projektet identifierade enligt tabell 1
- personer yngre än 65 år då det kommunala hemsjukvårdsansvaret alltid omfattar personer från 18 år och uppåt, i flera kommuner även barn
- LSS-populationen som finns i Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

### Avslutande diskussion

Det framkommer att användningen av registren är ojämn vid jämförelse mellan de olika boendeformerna. NDR används till exempel främst i den landstingsfinansierade vården som personer i ordinärt boende har del av men mer sällan i den kommunala hälso- och sjukvården. Boendeformen och huvudmannskapet avgör användningen av NDR.

Senior alert däremot används inte alls i samma utsträckning i ordinärt boende som i särskilt boende. Samtidigt ökar andelen personer som får vård och omsorg i ordinärt boende, medan andelen i särskilt boende minskar [14]. Det är angeläget att personer i kommunal hälso- och sjukvård får tillgång till god vård och omsorg oavsett boendeform.

Användningen av kvalitetsregister stimulerar till kunskapsbaserad och systematisk vård och behandling och uppföljning på individnivå. Det gör registren till viktiga aktörer när det gäller att sprida kunskaper i verksamheterna och att åstadkomma en god hälso- och sjukvård. Diagnosrelate-

rade register har stöd i nationella riktlinjer. Motsvarande tillgång till aktuell kunskap finns dock inte för innehållet i Senior alert eller RiksSår, trots att forskning finns på dessa områden som underlag för en evidensbaserad vård. Det är vanligt att undernäring, trycksår, fall, ohälsa i munnen, blåsdysfunktion och svårläkta sår utvecklas som en följd av flera olika sjukdomar. Nationella kunskapsstöd med rekommendationer för prioriterade åtgärder skulle här kunna bidra till ett ökat stöd för ett systematiskt och kunskapsbaserat arbete. Det gäller till exempel också för områdena smärta och rehabilitering.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2015.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens patientregister och registret om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Samkörning 2014. Ej publicerad.
3. Socialstyrelsen. Hämtad 2017 Jan 10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/register/utveckling>
4. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring; 2011.
5. SBU. Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt. 2013.
6. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom.; 2014.
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Nationella riktlinjer, remissversion 2016; 2016.
8. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. ; 2013.
9. Diabetesförbundet. 2017. Hämtad 2017 Jan 4 från: [www.diabetes.se/diabetes/](http://www.diabetes.se/diabetes/)
10. Hjärnfonden. Hämtad 2017 Jan 4 från: <http://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/stroke/>.
11. RIKSHÖFT. Hämtad 2017 Jan 4 från: <http://rikshoft.se/om-rikshoft/>
12. Socialstyrelsen. Hämtad 2017 Jan 11 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=743>
13. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016.
14. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017.
15. Nationella diabetesregistret. Årsrapport 2015.
16. Socialstyrelsen. Täckningsgrader 2016. Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrerna
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2015) .