

# Äldresatsningen

– effektiviteten i statens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen

RIR 2020:19



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten. Vårt uppdrag är att genom oberoende revision skapa demokratisk insyn, medverka till god resursanvändning och effektiv förvaltning i staten.

Riksrevisionen bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Effektivitetsgranskningar rapporteras sedan 2011 direkt till riksdagen.

RIKSREVISIONEN

---

ISBN 978-91-7086-569-5

RIR 2020:19

OMSLAGETS ORIGINALFOTO: JASMIN SESSLER

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTRYCKERI, STOCKHOLM 2020

*Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:*

## Äldresatsningen

– effektiviteten i statens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen

Riksrevisionen har granskat regeringens styrning av kommunal vård och omsorg om äldre genom Äldresatsningen. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen och Socialstyrelsen.

Riksrevisor Helena Lindberg har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Henrik Segerpalm har varit föredragande. Revisionsdirektör Lasse Einarsson, revisionsdirektör Gabriella Sjögren Lindquist och enhetschef Magdalena Brasch har medverkat i den slutliga handläggningen.

Helena Lindberg

Henrik Segerpalm

*För kännedom:*

Regeringskansliet; Socialdepartementet  
Socialstyrelsen

ÄLDRESATSNINGEN – EFFEKTIVITETEN I STATENS SATSNING PÅ KVALITETSREGISTER I ÄLDREOMSORGEN

RIKSREVISIONEN

## Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	4
1 Inledning	7
1.1 Motiv till granskning	8
1.2 Den tänkta effektkedjan för kvalitetsregister	9
1.3 Frågeställningar och avgränsningar	10
1.4 Övergripande bedömningsgrunder	11
1.5 Metod och genomförande	13
2 Äldresatsningen och införandet av kvalitetsregister i kommunal äldreomsorg	15
2.1 Vård och omsorg om äldre	15
2.2 Äldresatsningen – ny inriktning och organisering	19
2.3 Kvalitetsregister – en nyhet i kommunal äldreomsorg	22
2.4 Påtalade risker i statens satsningar på nationella kvalitetsregister	27
2.5 Äldresatsningen – uppnådda resultat vid satsningens slut	29
3 Täckningsgrad och kvalitet i Äldresatsningens register	32
3.1 Fortsatt hög täckningsgrad men med stora variationer	33
3.2 Datakvaliteten tycks ha förbättrats men kvalitetssäkringen är fortfarande begränsad	38
4 Betydelsen av kvalitetsregister för kvaliteten inom äldreomsorgen	43
4.1 Kvalitetsregistren har en dubbel funktion	44
4.2 Systematiskt förbättringsarbete sker i begränsad utsträckning	45
4.3 Data från kvalitetsregister används som beslutsstöd på individnivå – med goda resultat	50
5 Statens insatser för systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister	55
5.1 Behovet av utvecklat kunskapsstöd i kommunal äldreomsorg har varit känt sedan länge	56
5.2 Socialstyrelsens stöd till förbättringsarbete är under utveckling	57
5.3 Stödet från de regionala stöd- och samverkansstrukturerna varierar	59
6 Slutsatser och rekommendationer	63
Referenslista	69
Bilaga 1. Övergripande metodbeskrivning	79
Bilaga 2. Statistisk metod och resultat	83
Bilaga 3. Enkätundersökning, intervjuer med kommuner och RSS	123

## Sammanfattning och rekommendationer

Riksrevisionen har granskat om staten har bidragit till en varaktig förbättring av äldreomsorgen genom den så kallade Äldresatsningen. Äldresatsningen pågick mellan 2010 och 2014 och omfattade riktade statsbidrag på totalt 4,3 miljarder kronor. Som en central del av satsningen beslutade regeringen att så kallade kvalitetsregister skulle införas i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Regeringens avsikt var att kvalitetsregister skulle användas som underlag för systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om äldre.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att Äldresatsningen har bidragit till ett välbehövligt fokus på arbetssätten i äldreomsorgen, men att det huvudsakliga syftet med regeringens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen inte har uppnåtts: att få till stånd ett systematiskt förbättringsarbete som kommer alla till del. Mycket tyder på att staten inte heller har lyckats förvalta de positiva resultat som hade uppnåtts vid Äldresatsningens avslut 2015.

### Effektiv implementering men svag förvaltning

Regeringen gav Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ett stort ansvar för att genomföra satsningen. Detta bidrog troligtvis till ett större genomslag än om regeringen hade valt att styra genom en statlig myndighet.

Användningen av prestationsbaserad ersättning var avgörande för att kommunerna skulle börja, och sedan fortsätta, att registrera uppgifter i kvalitetsregistren. Regeringens mål var att den ”dubbelregistrering” som kvalitetsregistren medförde skulle minska med tiden. Det målet har inte uppnåtts, och administrationsbördan är fortfarande ett betydande hinder för ett mer systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister.

Prestationsersättningen skapade även ekonomiska incitament som initialt ledde till sämre datakvalitet, men styrmedlet tycks inte ha gett någon bestående negativ inverkan på datakvaliteten. För att ytterligare stärka datakvaliteten och öka möjligheterna för nationell analys behöver Socialstyrelsen göra fler sambearbetningar mellan kvalitetsregister och sina egna register.

Statens insatser har inte gett tillräckligt stöd till kommunerna för det systematiska förbättringsarbetet. Kommunerna behöver ett tydligare stöd för *hur* förbättringsarbetet ska bedrivas. Statens kunskapsstyrning till kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är fortfarande i behov av utveckling.

### Väsentliga kvalitetsförbättringar men också jämlikhetsproblem

Kommunernas arbete med att utveckla äldreomsorgens systematiska förbättringsarbete med kvalitetsregistren som grund stannade av efter Äldresatsningens avslut 2015. Vår analys visar att vissa av registren snarare används som beslutstöd för den enskilda individens vård. Denna oavsedda

användning leder samtidigt till förbättringar av vården för de registrerade. Det tydligaste resultatet är att de konsumerar betydligt mindre slutenvård, vilket bidrar till högre livskvalitet för patienten och minskade kostnader. Att registrerade äldre får bättre vård än oregistrerade utmanar samtidigt principen om jämlik vård.

### Regeringen behöver ta ställning till framtida användning av kvalitetsregister

Regeringen behöver ta ställning till hur de positiva effekterna av Äldresatsningens kvalitetsregister kan tas tillvara utan att bidra till ojämlik vård och onödig administration. Obligatorisk registrering skulle troligen bidra till ökad administration och problem med datakvalitet. Mer realistiskt är att utveckla kommunernas journalsystem till fullgoda underlag för beslut på individnivå. Då kan användningen av kvalitetsregister avgränsas till systematiskt förbättringsarbete. Det skulle ligga närmare både avsikten med Äldresatsningen och lagstiftarens avsikt om hur kvalitetsregister får användas.

För att komma tillrätta med dubbelregistreringen krävs tekniska lösningar för en säker automatisk överföring av uppgifter från journalsystem till kvalitetsregister. SKR driver sedan några år tillbaka ett sådant utvecklingsarbete. Det ligger i statens intresse att noga följa och understödja detta arbete.

Regeringen behöver ge Socialstyrelsen en tydlig uppgift att stödja kommunerna i det systematiska förbättringsarbetet. Staten har det yttersta ansvaret för en kunskapsstyrning som ger kommunerna vägledning i hur man bedriver förbättringsarbete. Styrningen behöver utformas efter kommunernas olika behov och ta hänsyn till att olika nivåer inom kommunerna är engagerade i förbättringsarbetet. Staten bör därför samverka med SKR i detta arbete.

### Rekommendationer till regeringen

- Säkerställ att det inför framtida överenskommelser med SKR finns en plan för hur ansvarig förvaltningsmyndighet långsiktigt ska förvalta uppnådda resultat.
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med SKR utveckla ett förslag för hur kommunernas journalsystem kan utvecklas så att de utgör ett fullgott stöd för beslut om vård på individnivå.

### Rekommendationer till Socialstyrelsen

- Utveckla vägledning till kommunerna om hur kvalitetsregister ska användas i förbättringsarbetet i enlighet med patientdatalagen.
- Gör sambearbetningar i syfte att validera kvaliteten i både kvalitetsregister och i myndighetens egna register.





# 1 Inledning

Staten styr den kommunala vården och omsorgen på flera olika sätt. Ett styrmedel är riktade statsbidrag, som staten kan använda för att stimulera kommuner eller regioner till insatser inom prioriterade områden. En avsikt med styrformen är att staten under begränsad tid ska kraftsamla och åstadkomma varaktiga förbättringar i en viss verksamhet. Samtidigt visar flera av Riksrevisionens tidigare granskningar att styrmedlet har en rad svagheter som gör det svårt att uppnå varaktiga förbättringar.

Under perioden 2010–2014 riktade regeringen statsbidrag på totalt 4,3 miljarder kronor till kommuner och regioner i den så kallade Äldresatsningen.<sup>1</sup> Satsningen genomfördes genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)<sup>2</sup> och hade den formella titeln *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Syftet var att öka samverkan mellan landets regioner och kommuner och stödja utveckling av ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen.<sup>3</sup> Målet med satsningen var att alla ska kunna åldras med trygghet och självbestämmande, med tillgång till god vård och omsorg.

Genom Äldresatsningen främjade regeringen en ny form av kunskapsstyrning i den kommunala vården och omsorgen om äldre: användningen av digitala så kallade *kvalitetsregister*, som beskrivs närmare i kapitel 2. Registrering i kvalitetsregister innebär att systematiskt samla in individuppgifter om diagnoser, åtgärder och behandlingsresultat. Registerdata kan sedan användas för att analysera vården i syfte att förbättra verksamheten. Regeringens förhoppning var att en ökad användning av kvalitetsregister skulle leda till ett mer kunskapsbaserat och förebyggande arbetssätt i äldreomsorgen. I samband med Äldresatsningens avslut bedömde flera aktörer<sup>4</sup> att satsningen på kvalitetsregister hade goda förutsättningar att ge varaktigt positiva resultat i äldreomsorgen. I den här granskningen undersöker vi om så är fallet.

<sup>1</sup> Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, 2014.

<sup>2</sup> Tidigare Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

<sup>3</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2010/1130/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2011/983/FST; Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2012/8765/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST.

<sup>4</sup> Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, 2014; Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015; SKR, *Bättre liv för sjuka äldre – Stora förbättringar på kort tid*, 2015.

## 1.1 Motiv till granskning

De riktade statsbidragen har stark styreffekt och utgör ett viktigt styrmedel i regeringens styrning av kommunerna.<sup>5</sup> Regeringen har uttryckt att riktade statsbidrag där kommunerna har huvudansvaret ska ges under begränsad tid i form av ett investeringsbidrag till förnyelse och utvecklingsverksamhet.<sup>6</sup>

Riksdagen har vid flera tillfällen påpekat vikten av att regeringen följer upp och redovisar måluppfyllelsen av riktade statsbidrag.<sup>7</sup> Sedan Äldresatsningen avslutades har riksdagen även påpekat att riktade statsbidrag bör utformas så att utvärdering av långsiktiga effekter underlättas.<sup>8</sup> Riksrevisionen har i två tidigare granskningar visat att utvärderingar av riktade statsbidrag sker i begränsad omfattning och ofta i nära anslutning till den sista utbetalningen av statsbidraget.<sup>9</sup> Det saknas därför kunskap om huruvida resultatet från sådana stora statliga satsningar kan vara livskraftiga flera år efter att det finansiella stödet har avslutats.

Riksrevisionen har i fem tidigare granskningar berört statens styrning av hälso- och sjukvården och skolan genom riktade statsbidrag.<sup>10</sup> Granskningarna pekar på ett antal gemensamma risker med styrningsformen. Den försvårar en långsiktig planering för huvudmännen, delvis för att bidragen oftast är knutna till en viss mandatperiod. De riktade statsbidragen kan också skapa en ryckighet i verksamheten om prioriteringar görs utifrån de bidrag som finns tillgängliga snarare än utifrån verksamheternas behov.

Riksrevisionen har också pekat på att Socialstyrelsen ofta får en perifer roll i överenskommelser likt Äldresatsningen.<sup>11</sup> Överenskommelser mellan regeringen och SKR innebär att det riktade statsbidraget implementeras utanför den sedvanliga myndighetsstrukturen. En förskjutning av de statliga aktörernas roller kan därför skapa problem när styrningen genom det riktade statsbidraget ska koordineras med den ordinarie myndighetsstyrningen.

<sup>5</sup> Jfr Statskontoret, *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2019, 2020*, s. 25 f.

<sup>6</sup> Jfr prop. 1991/92:150, s. 49 f.; Statskontoret, *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*, 2011, s. 71 f.

<sup>7</sup> Bet. 2014/15:Ubu14; bet. 2010/11:FiU34, bet. 2011/12:FiU28, bet. 2012/13:FiU34 och bet. 2013/14:FiU34.

<sup>8</sup> Bet. 2016/17:SoU19; skr. 2016/17:346.

<sup>9</sup> Riksrevisionen, *Riktade statsbidrag till skolan - nationella prioriteringar men lokala behov*, 2017, s. 40; Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, 2016, s. 40.

<sup>10</sup> Riksrevisionen, *Riktade statsbidrag till skolan - nationella prioriteringar men lokala behov*, 2017; Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, 2016; Riksrevisionen, *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården - frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, 2014; Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner*; Riksrevisionen, *Specialdestinerade statsbidrag - Ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?* 2015; Riksrevisionen, *Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet*, 2009.

<sup>11</sup> Riksrevisionen, *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården - frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, 2014. Se även Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*, 2015, s. 34 f.

Äldreomsorgen står inför ett flertal utmaningar. Antalet äldre har ökat under senare decennier och väntas fortsätta öka. Om behoven i denna åldersgrupp fortsätter att vara desamma som idag kommer gruppen som behöver insatser enligt socialtjänstlagen att öka med 52 procent fram till 2030. Tillsammans med stora pensionsavgångar bland hälso- och sjukvårdens personal ställer detta kommunerna inför stora utmaningar. Detta ställer i sin tur ökade krav på en mer effektiv äldreomsorg.<sup>12</sup> Äldresatsningen var ett statligt försök att styra äldreomsorgen mot arbetssätt som kan minska onödig vårdkonsumtion. Därmed skulle vården och omsorgen kunna minska sina kostnader och samtidigt höja livskvaliteten för sjuka äldre.

Vår granskning fokuserar på en av de centrala delarna i Äldresatsningen, nämligen införandet av kvalitetsregister i äldreomsorgen. Det markerar starten för en tydligare form av kunskapsstyrning i den kommunala vården och omsorgen om äldre. Väl utbyggda kvalitetsregister har använts relativt länge i regionernas hälso- och sjukvård, men i den kommunala äldreomsorgen är det en ny företeelse.

Kvalitetsregistren som ingick i Äldresatsningen fortsätter att ta emot statliga medel efter satsningens slut, om än på en mer blygsam nivå. De utgör fortfarande en administrativ belastning i äldreomsorgen eftersom tiden som läggs på registrering tar tid från det huvudsakliga vård- och omsorgsarbetet. Om de positiva resultat som framkommit i tidigare utvärderingar klingat av fem år efter satsningens avslut, kan man ifrågasätta om satsningen har varit effektiv.

## 1.2 Den tänkta effektkedjan för kvalitetsregister

För att kvalitetsregister ska kunna leda till verksamhetsnytta krävs att en rad förutsättningar uppfylls.<sup>13</sup> En första förutsättning är att hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen registrerar information. Ju större andel av målgruppen som registreras, desto bättre blir förutsättningarna för ett träffsäkert förbättringsarbete.<sup>14</sup> Den registrerade informationen behöver också säga något väsentligt om verksamheten, det vill säga den behöver vara relevant och hålla hög mätkvalitet. Därutöver krävs att hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med socialtjänstens personal analyserar informationen och drar slutsatser om hur verksamheten fungerar. Slutligen krävs att dessa slutsatser ligger till grund för ett förbättringsarbete. Om ett eller flera led i denna kedja brister kan man förvänta sig att genomslaget för kvalitetsregister försvagas.

<sup>12</sup> Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020, s. 15 f.

<sup>13</sup> Effektkedjan är vår tolkning av regeringens och SKR:s beskrivning av arbetssättet i de överenskommelser som slutits inom Äldresatsningen.

<sup>14</sup> "Täckningsgrad" är ett begrepp som används för att beskriva hur stor andel av registrets tänkta målgrupp som har registrerats.

För att användningen av kvalitetsregister ska resultera i verksamhetsnytta krävs således att en tänkt effektkedja fullbordas. Effektkedjan kan sammanfattas i följande steg:

1. personal registrerar information i kvalitetsregister
2. informationen är tillförlitlig
3. personal analyserar informationen och drar slutsatser om verksamheten
4. slutsatserna används för att förändra verksamheten till det bättre.

Det främsta syftet med kvalitetsregister är att ligga till grund för systematiskt förbättringsarbete<sup>15</sup> men det finns också andra tänkta värden. Ett sådant värde är att kvalitetsregister ska kunna användas för forskning och analys av myndigheter på nationell nivå.<sup>16</sup>

Regeringen och SKR menade att användningen av kvalitetsregistren i äldreomsorgen skulle stimulera personalen att förändra sitt arbetssätt. Personalen skulle ges bättre förutsättningar att stärka kvaliteten i vården och omsorgen genom att bättre förebygga fallskador, undernäring, trycksår och dålig munhälsa samt förbättra omhändertagandet i den palliativa vården och i demensvården. Via registren skulle kunskap om vårdens och omsorgens resultat bli synliga och användas som underlag för att förbättra personalens arbetssätt.<sup>17</sup>

### 1.3 Frågeställningar och avgränsningar

Granskningens övergripande revisionsfråga är: Har staten genom Äldresatsningen och dess förvaltning åstadkommit en varaktigt förbättrad äldreomsorg?

För att svara på den övergripande frågan ställer vi tre delfrågor. De berör den tänkta effektkedjan (se ovan) bakom användningen av kvalitetsregister och registrens effekt på vården och omsorgens kvalitet.

Delfrågor:

1. Har staten bidragit till att kommunerna varaktigt registrerar uppgifter av hög kvalitet i berörda kvalitetsregister?
2. Använder kommunerna kvalitetsregister som underlag för systematiskt förbättringsarbete i äldreomsorgen?
3. Har staten efter Äldresatsningen vidtagit rimliga åtgärder för att stödja ett systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister i äldreomsorgen?

<sup>15</sup> Av 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) följer att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras av vårdgivarna. I 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355) framgår vad som avses med ett kvalitetsregister och att kvalitetsregister inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.

<sup>16</sup> 7 kap. 4 § patientdatalagen (2008:355).

<sup>17</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST, bilaga 1, s. 9.

Granskningen har avgränsats till de delar i Äldresatsningen som avsåg den vård som är knuten till den kommunala vården och omsorgen för äldre<sup>18</sup>. Verksamhet som bedrivs av regionerna eller samverkan mellan kommuner och regioner omfattas alltså inte. Kommunerna i Stockholms län utgör här ett undantag eftersom regionen fortfarande ansvarar för hemsjukvården i samtliga kommuner förutom i Norrtälje kommun. I rapporten använder vi begreppet äldreomsorg med vilket vi avser både den kommunala äldrevården och de behovsprövade omsorgstjänsterna som kommunernas socialtjänst ansvarar för.

För att undersöka varaktigheten i satsningen har vi valt att fokusera på användningen av kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård som berör äldre som bor på särskilt boende. Vi har granskat om registren använts för förbättringsarbete och tittat på den stödstruktur som skapades för att stödja användningen av kvalitetsregister, men vi har inte granskat ändamålsenligheten i systemet för kunskapsstyrning<sup>19</sup>.

Användningen av kvalitetsregister för myndighetsanalyser och forskning berörs endast i frågor relaterade till kvalitetssäkring av registerdata och det arbete som Socialstyrelsens registerservice utför. Regeringen och Socialstyrelsen utgör granskningsobjekt.

## 1.4 Övergripande bedömningsgrunder

Här beskrivs först de generella utgångspunkter som har legat till grund för att besvara granskningens övergripande frågeställning. De olika iakttagelsekapitlen behandlar en delfråga vardera, och beskriver även de mer specifika utgångspunkterna som har använts för att besvara respektive fråga.

### 1.4.1 Regeringen bör utforma riktade statsbidrag med målet att den önskade utvecklingen fortsätter efter att bidraget avslutats

Vi utgår från att varaktighet inte bara innebär ett vidmakthållande av uppnådda resultat, utan att det utvecklingsarbete som har initierats fortskrider.

Utgångspunkten stöds av regeringens ställningstagande att riktade statsbidrag mot verksamheter där kommuner har huvudansvaret ska ges i form av investeringsbidrag till förnyelse och utvecklingsverksamhet.<sup>20</sup> Utgångspunkten ligger också i linje med innehållet i de överenskommelser mellan regeringen och SKR som ligger till grund för Äldresatsningen. Där framgår att det arbete som bedrevs under satsningen förväntades bli en integrerad del av kommunernas

<sup>18</sup> Jfr 12 kap. 1 § och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>19</sup> Frågan är nyligen behandlad i slutbetänkandet från utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning, SOU 2020: 36.

<sup>20</sup> Jfr prop. 1991/92:150, s. 49; Statskontoret, *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*, 2011, s. 71 f.

ordinarie arbete.<sup>21</sup> Samma ambition framgår av slutrapporten från regeringens äldresamordnare. Hon skriver att de statliga medlen i Äldresatsningen inriktats mot att stödja ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete.<sup>22</sup>

#### 1.4.2 Kvalitetsregister ska användas för förbättringsarbete som bidrar till en god och jämlik vård

Vår utgångspunkt är att kvalitetsregistren som ingått i Äldresatsningen ska leda till verksamhetsnytta. Detta ligger i linje med patientdatalagens (2008:355) definition av kvalitetsregister: ”Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.”<sup>23</sup>

Utgångspunkten ligger också i linje med inriktningen i överenskommelserna med SKR om Äldresatsningen<sup>24</sup> och regeringens syn på kvalitetsregisters roll i äldreomsorgen, så som denna förmedlas i regeringens nationella kvalitetsplan för äldreomsorgen.<sup>25</sup> Av patientdatalagen framgår också att kvalitetsregister inte får användas som underlag för beslut om vård och omsorg för enskilda patienter eller i strid med den så kallade finalitetsprincipen.<sup>26</sup>

Vi utgår från att förbättringsarbetet ska bidra till hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. God vård innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdens personal.<sup>27</sup> Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.<sup>28</sup> Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska dessutom vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.<sup>29</sup>

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.<sup>30</sup>

<sup>21</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2012/8765/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2011/983/FST.

<sup>22</sup> Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, 2014, s. 4.

<sup>23</sup> 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).

<sup>24</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, bilaga 1, s. 9.

<sup>25</sup> Regeringens skrivelse 2017/18:280, s. 28.

<sup>26</sup> 7 kap. 4–6 §§ patientdatalagen (2008:355). Se även *speciellt 7 kap. 6 § om finalitetsprincipen*. Datainspektionen 2010. *Beslut efter tillsyn enligt personuppgiftslagen (1998:24) – nationella kvalitetsregister, 7 kap. patientdatalagen*.

<sup>27</sup> 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>28</sup> 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>29</sup> 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>30</sup> 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

### 1.4.3 Det krävs en stödstruktur för att äldreomsorgen ska kunna bedriva förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister

Vi utgår också i denna granskning från att det krävs någon form av stödstruktur för att verksamheter inom äldreomsorgen ska kunna bedriva ett ändamålsenligt förbättringsarbete med kvalitetsregister som grund. För att stödstrukturen ska vara effektiv behöver de stödjande insatserna utformas utifrån mottagarnas behov. Insatserna behöver således vara inriktade mot olika nivåer inom den kommunala verksamheten. Dels behöver personalen stöd i arbetet med att registrera, analysera och genomföra förbättringar i verksamheten. Dels behöver kvalitetsregister förankras på chefsnivå så att personalen ges rätt förutsättningar att bedriva förbättringsarbetet. Insatserna måste dessutom vara utformade så att kvalitetsregister används också efter att de statliga insatserna avslutats.

En central del av Äldresatsningen handlade om att skapa en sådan stödstruktur. Vi förutsätter *inte* att denna stödstruktur behöver finnas kvar i samma form som under satsningens löptid. I granskningen undersöks vilket stöd som finns att tillgå för kommunerna.

Vi utgår också från att staten ska underlätta kommunernas digitala hantering av kvalitetsregister. I den sista av Äldresatsningens överenskommelser mellan regeringen och SKR säger parterna att "det är angeläget att göra det möjligt med automatisk överföring av data från journal och sociala dokumentationssystem till kvalitetsregistren".<sup>31</sup> Frågan prioriterades också i en särskild överenskommelse mellan regeringen och SKR om utveckling av Nationella kvalitetsregister 2012–2016. I denna överenskommelse var en målsättning att anpassa de cirka 100 nationella kvalitetsregistren för ökad integration med vårddokumentationen för att på sikt bli av med den så kallade dubbelregistreringen inom vården.<sup>32</sup>

## 1.5 Metod och genomförande

För att få en bild av Äldresatsningen, statens styrning och kommunernas arbete med kvalitetsregister och dess effekter, har vi använt oss av olika metoder. Vi har genomfört intervjuer med tjänstemän vid Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Statskontoret, SKR, ansvarig tjänsteman för kvalitetsregistren (så kallade registerhållare), och andra representanter för Senior alert, Svenska palliativregistret (Palliativregistret), Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret), Svenska demensregistret (SveDem) och RiksSår. Vi har också genomfört intervjuer med företrädare för en rad organisationer: Föreningen Sveriges socialchefer, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga rehabiliterare, Arbetsterapeuterna, Fysioterapeuterna och Vårdföretagarna. Därutöver har vi

<sup>31</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, bilaga 1, s. 10.

<sup>32</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST, bilaga 1, s. 2, 5.

intervjuat regeringens dåvarande äldresamordnare, forskare som kopplats till Äldresatsningen och utredare som medverkat i Statskontorets utvärdering av Äldresatsningen.

Utöver dessa intervjuer har vi gjort två statistiska undersökningar, en enkätundersökning, standardiserade telefonintervjuer med nio kommuner och företrädare för sex regionala samverkans- och stödstödstrukturer (RSS) samt fyra fokusgrupper i två län och ett platsbesök på ett demensboende. Vi har även hållit möten med företrädare för Äldresatsningens kvalitetsregister och experter från Socialstyrelsen. Syftet med de sistnämnda mötena har varit att diskutera Riksrevisionens statistiska analys och tolka resultaten.

Vår statistiska analys och enkätundersökning har i huvudsak avgränsats till tre av de fem kvalitetsregister som ingick i Äldresatsningen: Senior alert, BPSD-registret och Palliativregistret. Dessa tre register fick en bred användning i den kommunala vården och omsorgen av äldre under satsningen. Mindre uppmärksamhet ägnas åt SveDem och RiksSår. SveDem har i huvudsak varit inriktad mot regionvården. RiksSår ingick i Äldresatsningen först från 2014 och omfattades inte av prestationsersättningen.<sup>33</sup>

I den statistiska analysen om sambandet mellan registrering och vårdkvalitet ingår såväl registrerade som oregistrerade äldre. Studien omfattar totalt 57 000 individer, vilket utgör 44 procent av alla äldre som bott på landets samtliga särskilda boenden åren 2014–2018. På grund av datamässiga begränsningar har det inte varit möjligt att bedöma effekterna för de äldre som bor kvar i ordinärt boende.

För att ingå i studien krävs att den äldre ska vara folkbokförd på ett särskilt boende den 31 december något av åren 2014–2018. De personer som avlider under året ingår därmed inte i studien. Det innebär att vårt urval är något yngre och troligtvis vid något bättre hälsa än samtliga som bor på särskilda boenden. Alla äldre folkbokför sig inte heller på ett särskilt boende och ingår därmed inte i studien. Vi har ingen indikation på att denna begränsning har betydande inverkan för generaliserbarheten i resultaten. Se bilaga 2 för vidare resonemang.

I bilaga 1 beskrivs hur valda metoder använts för att besvara granskningsfrågorna. I bilaga 2 och 3 ges närmare beskrivning av våra metoder och resultat.

Granskningen har genomförts av en projektgrupp bestående av projektledaren Henrik Segerpalm och projektmedarbetarna Lasse Einarsson och Gabriella Sjögren Lindquist. Christer Gerdes, Anna Pettersson Backteg och Filippa Kalle (praktikant) har också bidragit i arbetet.

---

<sup>33</sup> Regeringens skrivelse 2017/18:280, s. 28.



## 2 Äldresatsningen och införandet av kvalitetsregister i kommunal äldreomsorg

I detta bakgrundskapitel beskrivs den kommunala äldreomsorgen och gruppen mest sjuka äldre. Här beskriver vi Äldresatsningen och ger också en bakgrund till denna. Vi beskriver kvalitetsregister som verktyg för att bedriva systematiskt förbättringsarbete. Vi redogör också för de risker med statliga satsningar på kvalitetsregister som uppmärksammats av olika bedömare, samt de resultat som Statskontorets utvärderingar av Äldresatsningen visar.

### 2.1 Vård och omsorg om äldre

#### 2.1.1 Kommunal vård och omsorg om äldre

Genom kommunallagen (2017:725)<sup>34</sup>, socialtjänstlagen (2001:453)<sup>35</sup> och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)<sup>36</sup> har staten delegerat ansvaret för socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården till kommunerna.

Socialstyrelsen är den statliga förvaltningsmyndigheten med ansvar för den nationella styrningen av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen ska bland annat bistå regeringen med underlag och expertkunskap och har i uppdrag att genom kunskapsstöd bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att ge ut föreskrifter, vägledningsmaterial och utbildningar.<sup>37</sup> Socialstyrelsen ingår tillsammans med en rad statliga myndigheter<sup>38</sup> i Rådet för styrning med kunskap. Rådet ska bland annat arbeta för att statens styrning med kunskap (även kallad kunskapsstyrning) för hälso- och sjukvård och socialtjänst är anpassad till regioner och kommuner och olika professioners behov.<sup>39</sup> Socialstyrelsen är också statistikansvarig myndighet och ansvarar för att samla in uppgifter från kommuner och regioner till de så kallade hälsodataregistren och socialtjänstregistren.<sup>40</sup>

<sup>34</sup> 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725).

<sup>35</sup> 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>36</sup> 12 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>37</sup> Förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>38</sup> De andra myndigheterna är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. 6, 7 §§ förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>39</sup> Av 2 § förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, framgår att ”styrningen med kunskap sker genom de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Styrningen med kunskap ska bidra till en ökad jämställdhet”.

<sup>40</sup> Bilaga, Förordning (2001:100) om den officiella statistiken.

Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och dagverksamhet. Kommunerna kan också överta ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende. Detta förutsätter att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över ansvaret<sup>41</sup>, vilket skett i samtliga kommuner i Sverige utom dem som ingår i Stockholms län.<sup>42</sup>

Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar en fjärdedel av Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter<sup>43</sup> och utförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Enligt lag ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som är ansvarig för säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården i varje kommun.<sup>44</sup> Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar inte insatser av läkare. Regionerna ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård.<sup>45</sup>

Den kommunala hälso- och sjukvården samarbetar med socialtjänsten och de omsorgstjänster som behovsprövas enligt socialtjänstlagen (2001:453). Samarbetet kan handla om att arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården utförs av socialtjänstens omsorgspersonal efter delegering från hälso- och sjukvården.<sup>46</sup> Den behovsprövade äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen består i huvudsak av hemtjänst i ordinärt boende, trygghetslarm och plats i särskilt boende. På särskilda boenden arbetar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med omvårdnadspersonal från socialtjänsten. Den kommunala hemsjukvården är bemannad av legitimerad sjukvårdspersonal och kan omfatta både yngre och äldre patienter i ordinärt boende, men personalen kan också göra insatser i särskilt boende. Hemsjukvårdens målgrupp varierar beroende av överenskommelsen mellan kommunen och regionen.

Huvuddelen av hemtjänstverksamheterna, hemsjukvården och särskilda boenden bedrivs i kommunal regi. Kommunerna har dock rätt att med bibehållet huvudmannaskap överlåta driften av omsorgs- och sjukvårdsenheter till enskilda utförare.<sup>47</sup> Under 2019 utfördes 24 procent av hemtjänsten i ordinärt boende till äldre i alternativ regi. Under samma år drevs knappt 20 procent av alla särskilda boenden i alternativ regi.<sup>48</sup>

<sup>41</sup> 12 kap. 1–2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>42</sup> Norrtälje kommun utgör ett undantag i Stockholms län.

<sup>43</sup> År 2015 stod kommunerna för 25,4 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna. Prop. 2017/18:83, s. 11.

<sup>44</sup> Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut utträta de arbetsuppgifter som en MAS ansvarar för. En fysioterapeut eller arbetsterapeut i denna roll kallas medicinskt ansvarig rehabiliterare, MAR. 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Se även 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

<sup>45</sup> 12 kap. 3 § och 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>46</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

<sup>47</sup> Med enskilda utförare avses privata företag, idéburna företag, stiftelser och föreningar.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen, *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019, 2020*. Uppgifter om andelen enskilda utförare inom den kommunala hemsjukvården saknas.

### 2.1.2 Personalen inom kommunal vård och omsorg om äldre

Statliga utredningar har visat att den kommunala äldreomsorgen utmanas av hög personalomsättning och låg kompetensnivå. De två största yrkesgrupperna, undersköterskor och vårdbiträden, bedöms ha kompetensbrister, bland annat vad gäller medicinsk kompetens och kunskap om hur man ska dokumentera. Kompetensbristen kan utgöra en patientsäkerhetsrisk eftersom yrkesgrupperna utför hälso- och sjukvård under en stor del av arbetstiden och dessutom arbetar mer självständigt än motsvarande personalgrupper i regionvården.<sup>49</sup> Den låga grundkompetensen kombinerat med hög personalomsättning tycks försvåra den långsiktiga kompetensuppbyggnaden i äldreomsorgen. Dessa omständigheter gör det också svårt för förvaltningarna att föra ut ny kunskap i verksamheten.<sup>50</sup>

Bristen på personal inom äldreomsorgen omfattar också den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket har uppmärksammats i olika utredningar.<sup>51</sup> I en enkätundersökning som Socialstyrelsen gjort 2020 (svarsfrekvens 78 procent) uppger mer än hälften av kommunerna att de har brist på sjuksköterskor och fysioterapeuter. Nästan 75 procent av kommunerna uppger att de har brist på specialistsjuksköterskor.<sup>52</sup> En annan av Socialstyrelsens undersökningar, Enhetsundersökningen, visar på stora variationer i sjuksköterskebemanningen på särskilda boenden.<sup>53</sup> I ljuset av den pågående strukturreformen, God och nära vård<sup>54</sup> kommer primärvården och kommunerna troligtvis att behöva ta ett ökat ansvar i vårdssystemet,<sup>55</sup> vilket i sin tur innebär att behoven av legitimerad personal kommer att öka ytterligare.

<sup>49</sup> SOU 2019:20, s. 70, 112, 127.

<sup>50</sup> SOU 2020:36, s. 242.

<sup>51</sup> Se till exempel Kommunutredningens slutbetänkande, *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget*, där det påpekas att sjuksköterskor tillhör en yrkeskategori högutbildad arbetskraft som det finns brist på i alla typer av kommuner. SOU 2020:8, s. 259.

<sup>52</sup> Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare*, 2020, s. 49 f.

<sup>53</sup> *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*, för åren 2014–2019, visar att bemanningen i särskilda boendeformer är i genomsnitt 25 patienter per sjuksköterska under vardagar och mer än 100 patienter per sjuksköterska under helgdagar. Variationen är cirka 25–33 patienter på vardagar och 100–150 patienter på helgdagar. Uppgifter lämnade av Socialstyrelsen i samband med faktagranskningen 2020-09-17.

<sup>54</sup> Målet med reformen är att få till stånd en förflyttning från dagens sjukhuscentrerade system till en hälso- och sjukvård där primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utvecklingen drivs framåt genom utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, dir. 2017:24; dir. 2018:90; dir. 2019:49.

<sup>55</sup> SOU 2020:36, s. 303.

### 2.1.3 De äldre i kommunal vård och omsorg

Gruppen 80 år eller äldre står för en stor del av konsumtionen av den kommunala vården och omsorgen. Denna åldersgrupp väntas växa från dagens 534 000 personer till cirka 806 000 personer 2030.<sup>56</sup> Om behoven och tillgängligheten till insatser är konstant kan efterfrågan på socialtjänstinsatser i åldersgruppen öka med 52 procent fram till 2030, enligt Socialstyrelsen.<sup>57</sup> Utvecklingen inom hälso- och sjukvården bidrar i sig till ökade behov av vård. Enligt Socialstyrelsen innebär nya läkemedel och behandlingsmetoder att 80-åringarna är friskare idag än tidigare, vilket gör att fler kan genomgå operationer och nödvändig rehabilitering.<sup>58</sup>

Samtidigt som behoven ökar visar Socialstyrelsen att alla typer av socialtjänstinsatser till äldre minskar. Detta innebär att insatsen hemtjänst minskar trots att andelen personer 80 år och äldre, som tidigare bodde i särskilt boende men som nu bor längre tid i ordinärt boende, har ökat.<sup>59</sup> Enligt Socialstyrelsen kan minskningen av hemtjänst förklaras av att fler äldre använder sig av rut-tjänster, att hjälpen från anhöriga ökar, att färre ansöker om hjälp alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser.<sup>60</sup>

Under 2019 var nästan 364 000 personer i Sverige mottagare av kommunal hälso- och sjukvård och av dessa var 300 000 personer 65 år eller äldre.<sup>61</sup> Under 2019 hade drygt 329 000 äldre personer socialtjänstinsatser<sup>62</sup>, vilket motsvarar knappt 16 procent av befolkningen över 65 år.

### 2.1.4 De största hälsoriskerna för sjuka äldre – om patientsäkerhet

De mest framträdande riskerna för försämring av äldres livskvalitet är fallolyckor, trycksår, undernäring och nedsatt munhälsa, enligt Socialstyrelsen. Alla dessa riskområden påverkar varandra och har betydelse för om någon eller några patientsäkerhetsrisker ska uppstå.<sup>63</sup> Läkemedelsbiverkningar och undernäring ökar till exempel risken för fallskada, som ökar risken för trycksår, som ökar risken för ökad medicinering.

Fallolyckor är enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) den skadetyper som leder till flest dödsfall, flest inläggningar på sjukhus och flest besök på akutmottagningar. I den äldsta åldersgruppen, 80 år eller äldre, orsakas nio av tio skador av ett fall. Antalet fallolyckor med svåra skador förväntas öka dramatiskt

<sup>56</sup> Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020, s. 15.

<sup>57</sup> *Ibid.*, s. 15.

<sup>58</sup> *Ibid.*, s. 15 ff.

<sup>59</sup> *Ibid.*, s. 102 ff.

<sup>60</sup> *Ibid.*, s. 104.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019, 2020*.

<sup>62</sup> De vanligaste insatserna är trygghetslarm, hemtjänst, särskilt boende och matdistribution.

I den offentliga statistiken redovisas också socialtjänstinsatserna korttidsboende, ledsagning, dagverksamhet, kontaktperson eller familj, boendestöd, avlösning av anhörig och annat bistånd. Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019, 2020*.

<sup>63</sup> Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport, 2020, 2020*, s. 61.

de närmaste decennierna när befolkningen åldras. Förutom det mänskliga lidandet uppgick den samhällsekonomiska kostnaden för äldres fallolyckor till cirka tio miljarder kronor 2012.<sup>64</sup>

Fall har många orsaker, men en viktig orsak är läkemedelsbiverkningar som trötthet och yrsel. Den mest förhöjda risken är kopplad till lugnande läkemedel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel, som är vanligt förekommande bland äldre. Studier visar också att polyfarmaci, det vill säga samtidig behandling med många läkemedel, ger en ökad risk för fall som leder till sjukhusbesök eller sjukhusvistelse.<sup>65</sup>

## 2.2 Äldresatsningen – ny inriktning och organisering

Regeringen och SKR ingick 2010 en fyraårig överenskommelse om ett riktat prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Från och med 2012 utvidgades den till en mer omfattande överenskommelse som fick namnet *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*, även kallad Äldresatsningen.

Överenskommelsen omfattade 4,3 miljarder kronor och avslutades vid utgången av 2014. 2015 lanserades en ny satsning genom riktat statsbidrag med inriktning mot ökad bemanning inom äldreomsorgen, den så kallade *Bemanningsatsningen*.<sup>66</sup> Bemanningssatsningen pågick mellan 2015–2018 och omfattade totalt 7 miljarder.<sup>67</sup>

### 2.2.1 Staten påverkade äldreomsorgens arbetssätt direkt

Äldresatsningen innebar en ny inriktning för regeringens riktade statsbidrag till äldreomsorgen jämfört med föregående årtionden. Då hade statsbidragen ofta handlat om indirekta åtgärder som kompetenshöjande insatser för personalen och bättre samordning mellan kommuner och regioner.<sup>68</sup> Med Äldresatsningen ville staten mer direkt påverka verksamheternas arbetssätt genom införande av kvalitetsregister.

Av Äldresatsningens finansiering betalades 2,8 miljarder kronor som prestationsbaserad ersättning för att öka incitamenten för kommuner och regioner att förbättra sina resultat.<sup>69</sup> Av dessa medel betalades knappt en miljard kronor för

<sup>64</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Fallolyckor – Statistik och analys*, 2014.

<sup>65</sup> Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Medicinering och skador bland äldre – Studier om läkemedelsanvändning och fallskador*, 2014, s. 6; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020, s. 65 f.

<sup>66</sup> Regeringsbeslut S2015/3132/FST.

<sup>67</sup> Statskontoret, *Ökad bemanning inom äldreomsorgen. En uppföljning av regeringens tillfälliga satsning 2015–2018*, 2019:5; Socialstyrelsen, *Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen. Uppföljning av 2015–2018 års medel*, 2019.

<sup>68</sup> Jfr Wänell, *Statliga stimulansåtgärder för att främja kvaliteten i äldreomsorg*, 2015.

<sup>69</sup> Prestationsbaserad ersättning omfattade också "god läkemedelsanvändning" och "god och sammanhållen vård och omsorg". Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*, 2015, s. 22.

vårdgivarnas registrering i kvalitetsregister och från 2012 utgick även ersättning för användning av kvalitetsregistren.<sup>70</sup> Ersättningen för registrering betalades ut till huvudmännen vilket inte garanterade att vårdenheter som genererat prestationen fick ta del av den extra ersättningen.

Äldresatsningen fokuserade på fem målområden:<sup>71</sup>

- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demenssjukdom
- God vård i livets slutskede
- God läkemedelsbehandling för äldre
- Sammanhållen vård och omsorg.

Äldresatsningen bestod av främst två insatser:

- bidrag till lednings- och stödsystem på nationell och regional nivå
- prestationsbaserad ersättning för utveckling av systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete på verksamhetsnivå.

## 2.2.2 Nationell och regional lednings- och stödstruktur

För att styra och följa upp arbetet inom Äldresatsningen hade parterna inom överenskommelsen skapat olika partssammansatta organ som kompletterades med separata projektorganisationer hos såväl Socialdepartementet som SKR. Socialdepartementets arbete leddes från 2011 av en särskild äldresamordnare<sup>72</sup> som bland annat ledde den projektgrupp som årligen vidareutvecklade innehållet i överenskommelsen.

Socialstyrelsen fick flera uppdrag inom ramen för satsningen som bland annat att utveckla nya indikatorer för uppföljning på enhets- och verksamhetsnivå samt utveckling av verktyg för kommunerna och regionernas återrapportering.<sup>73</sup>

SKR ansvarade för den nationella samordningen av insatserna hos kommunerna och regionerna och för återrapportering av deras resultat till regeringen. SKR:s arbete finansierades genom satsningen och bedrevs i projektform med en projektledare som anställdes för att leda arbetet.<sup>74</sup>

<sup>70</sup> Utöver registrering i kvalitetsregister utgick till exempel prestationsersättning i den palliativa vården för genomförda så kallat brytpunktssamtal och att man i det vårdpreventiva arbetet genomfört riskbedömningar med registrering i Senior alert. Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST, bilaga 1, s. 9 f.

<sup>71</sup> Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, 2014.

<sup>72</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/3242/FST.

<sup>73</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 34.

<sup>74</sup> *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten* pågick mellan 2009–2016. Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 29 f.

Genom regeringens överenskommelse med SKR finansierades uppbyggnad av regionala stöd- och samverkansstrukturer (RSS) enligt modell från en annan överenskommelse<sup>75</sup>. En RSS kan se olika ut i olika län men består ofta av en organisatorisk kärna av personer kopplade till ett region- eller samverkansförbund i länet. Till denna kärna kopplas en styrgrupp som kan bestå av politiker och tjänstemän på både regional och kommunal nivå. Till den politiska styrgruppen hör en beredningsgrupp bestående av tjänstemän, ofta socialchefer och regionchefer.<sup>76</sup>

Från 2012 ställdes krav i överenskommelsen om att varje län skulle ta fram en handlingsplan med gemensamma mål och strategier för förbättringar i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Handlingsplanen skulle vara politiskt förankrad i regionen och i länets kommuner.<sup>77</sup> Inom ramen för RSS-strukturen erbjöds chefer inom vård och omsorg att delta i ett ledningsprogram för att stärka sin kompetens i förbättringsarbetet och för att omsätta länens handlingsplaner i praktisk handling.<sup>78</sup>

För att den tänkta effektkedjan (se avsnitt 1.2) för kvalitetsregister skulle ha förutsättningar att fullbordas krävdes enligt regeringen och SKR stöd till äldreomsorgen från en funktion som kallades utvecklingsledare.<sup>79</sup> Inom ramen för satsningen avsattes därför medel för att finansiera tre till fyra utvecklingsledare per län. Utvecklingsledarna hade de första åren i uppdrag att stödja registrering i kvalitetsregistren, för att sedan också stödja användning och analys av data för förbättringsarbete. Utvecklingsledarna hade visserligen sin hemvist i länen men styrdes och samordnades nationellt av SKR:s ledningsgrupp. Även branschorganisationerna Famna och Vårdföretagarna fick bidrag för att anställa var sin utvecklingsledare för att stödja sina medlemmar.<sup>80</sup>

De kvalitetsregister som ingick i Äldresatsningen fick mellan 4 och 10 miljoner kronor i stöd för bland annat administration av nya användare och kvalitetssäkring

<sup>75</sup> Protokoll vid regeringssammanträde, S2009/4028/FST; protokoll vid regeringssammanträde, S2015/317/FST.

<sup>76</sup> Statskontoret, *Evidensbaserad praktik inom Socialtjänsten. utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*. 2014, s. 36 f.

<sup>77</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST, bilaga 1, s. 6.

<sup>78</sup> Ibid., s. 7.

<sup>79</sup> Jfr protokoll vid regeringssammanträde S2010/1130/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2011/983/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2012/8765/FST; protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST.

<sup>80</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2010/1130/FST, bilaga 1, s. 7.

av data.<sup>81</sup> Detta innebar att registerorganisationerna kunde anställa egna så kallade registercoacher som gav stöd till användarna i kommuner och regioner och till de länsgemensamma utvecklingsledarna. Ett exempel är Senior alerts cirka 25 coacher som besökte samtliga kommuner och regioner under 2010/2011.<sup>82</sup> Detta kan jämföras med att Senior alert från hösten 2020 har en heltidsanställd coach.<sup>83</sup>

Regeringen följde Äldresatsningen genom att låta Statskontoret utvärdera den varje år. Totalt publicerade Statskontoret fem delutvärderingar och en slutrapport (se vidare avsnitt 2.5). Även Socialstyrelsen hade utvärderingsuppdrag och uppföljningsuppdrag. Bland annat skulle Socialstyrelsen från 2012 bedöma om kommuner och regioner uppnått de krav som regeringen beslutat lämna prestationsersättning för.<sup>84</sup>

## 2.3 Kvalitetsregister – en nyhet i kommunal äldreomsorg

### 2.3.1 Nationella kvalitetsregister

Inom ramen för Äldresatsningen främjade regeringen och SKR uppbyggnaden av fem nationella kvalitetsregister inom områden i den kommunala äldreomsorgen, där kvalitetsregister inte hade använts tidigare. Inom regionvården har staten däremot satsat på nationella kvalitetsregister sedan 1990-talet, för att öka vårdens produktivitet och effektivitet. Totalt finns det cirka 100 nationella kvalitetsregister i Sverige.<sup>85</sup>

Användningen av nationella kvalitetsregister regleras i patientdatalagen (2008:355) som anger att kvalitetsregister avser en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.<sup>86</sup> Till skillnad från journalföring är det frivilligt för patienten att registreras i ett nationellt kvalitetsregister.

<sup>81</sup> Enligt 2014 års överenskommelse var fördelningen att Senior alert mottog 10 miljoner kronor, Palliativregistret 6 miljoner, SveDem 4 miljoner, BPSD-registret 4 miljoner och RiksSär 4 miljoner kronor. Detta kan jämföras med 2019 års överenskommelse om 200 miljoner kronor till nationella kvalitetsregister som innebar att Äldresatsningens kvalitetsregister tilldelades mellan 300 000 och 1 500 000 kronor. Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, s. 9; protokoll vid regeringssammanträde S2019/02385/FS; Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstilldelning inför 2019*. Senior alert, Palliativregistret, BPSD-registret, SveDem respektive RiksSär.

<sup>82</sup> Senior alert, *Årsrapport 2010*, 2011; Svenska palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2010*, 2011.

<sup>83</sup> Mejl från registerhållaren för Senior alert, 2020-06-30.

<sup>84</sup> Se exempelvis Socialstyrelsen, *Överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 2014 års bedömning*, 2014.

<sup>85</sup> Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, "Om Nationella Kvalitetsregister", hämtad 2019-04-26.

<sup>86</sup> 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).



Till skillnad från såväl journalföring<sup>87</sup> som registrering i Socialstyrelsens hälsodataregister är det frivilligt för vårdgivare att registrera i kvalitetsregister.<sup>88</sup>

Kvalitetsregistren innehåller en mängd indikatorer och variabler med syftet att följa upp behandling av individer och kvaliteten hos de vårdgivande verksamheterna.<sup>89</sup> Variabler och indikatorer följer i huvudsak Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stöd vid prioriteringar och vägledning om behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.<sup>90</sup> Till de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen tagit fram målnivåer för olika indikatorer.<sup>91</sup>

Oftast ingår följande uppgifter:

- patientdata: personnummer, ålder, kön, diagnos, symptom, indikationer för åtgärder, riskfaktorer, med mera
- åtgärder: operationer, typ av implantat, med mera
- effektdata: uppgifter som på något sätt mäter resultatet av insatsen, till exempel i form av ökad livslängd, funktionsförmåga, och uppföljning av bland annat vidare vårdbehov, dödlighet och dödsorsak
- variabler som beskriver komplikationer
- komplementär vård: vård vid andra enheter.<sup>92</sup>

### 2.3.2 Kvalitetsregister som beslutsstöd

Utöver själva registret kan många nationella kvalitetsregister också användas som ett beslutsstöd som syftar till att främja kvalitet i vården av individen. Baserat på information om den registrerade individen hjälper kvalitetsregistret personalen att göra prioriteringar i vården om denna individ. I satsningens två senaste överenskommelser understryker regeringen och SKR att registrering i kvalitetsregister inte får begränsa eller ersätta den ordinarie dokumentationen enligt gällande regelverk.<sup>93</sup>

Datainspektionen bedömer att användandet av nationella kvalitetsregister som beslutsstöd strider mot patientdatalagen.<sup>94</sup> Enligt Vårdanalys är registerhållarna generellt medvetna om den juridiska problematiken och har därför försökt att hitta tekniska lösningar för att kunna använda informationen från kvalitetsregistren på ett lagenligt sätt. En sådan lösning är att utveckla beslutsstöd i kvalitetsregistrets

<sup>87</sup> 7 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355).

<sup>88</sup> 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355); lagen (1998:543) om hälsodataregister.

<sup>89</sup> Riksrevisionen, *Statens satsningar på kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* 2013.

<sup>90</sup> Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer", hämtad 2020-08-27.

<sup>91</sup> Ett exempel på Socialstyrelsens mål är att alla patienter inom den palliativa vården ska ha fått en smärtskattning under sista levnadsveckan.

<sup>92</sup> Kommittédirektiv 2003:42.

<sup>93</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, bilaga 1, s. 9; protokoll vid regeringssammanträde S2012/8765/FST, bilaga 1, s. 9.

<sup>94</sup> 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).

IT-system men isolerat från själva registret.<sup>95</sup> Kansliet för Nationella kvalitetsregister på SKR driver ett arbete för att utveckla bättre förutsättningar för överföring mellan journalsystemen och de nationella kvalitetsregistren. Syftet med detta arbete är att eliminera den så kallade dubbelregistreringen (se avsnitt 2.3.3).

### 2.3.3 Överenskommelser om samtliga nationella kvalitetsregister

År 2011 slöts en överenskommelse om stöd till samtliga nationella kvalitetsregister mellan regeringen och SKR. Satsningen innebar 320 miljoner kronor i statsbidrag per år 2012–2016.<sup>96</sup> Denna femåriga överenskommelse, som löpte parallellt med Äldresatsningen och som även omfattade Äldresatsningens kvalitetsregister, reglerade bland annat styrform, organisation och finansiering av samtliga nationella kvalitetsregister. Efter 2016 har parterna slutit nya årliga överenskommelser.<sup>97</sup> I dessa överenskommelser tilldelades Äldresatsningens kvalitetsregister mellan 300 000 och 1 500 000 kronor vardera i bidrag 2019.<sup>98</sup> Statens andel i överenskommelsernas finansiering minskade från 70 till 50 procent efter 2016.<sup>99</sup>

Genom överenskommelsen för 2012–2016 ville parterna öka användningen av nationella kvalitetsregister och samtidigt hitta lösningar på de problem som hade identifierats.<sup>100</sup> Bland annat ville man komma tillrätta med den så kallade dubbelregistreringen, det vill säga att samma uppgifter behöver registreras i både patientjournalen och de olika kvalitetsregistren. En uppskattning visade att registreringen i kvalitetsregistren kostade hälso- och sjukvården cirka 180 miljoner kronor 2009. En kraftfull investering ansågs därför kunna spara mycket pengar. Behovet av en starkare nationell styrning av kvalitetsregistren hade också identifierats, bland annat vad gäller datatillgänglighet och datakvalitet.

Den överenskommelse som slöts innebar bland annat inrättande av ett nationellt kansli för kvalitetsregister på SKR som samordnar det gemensamma arbetet på nationell nivå. Kansliet ansvarar för ansökning och uppföljning av

<sup>95</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, 2017, s. 96 f.

<sup>96</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/8471/FS.

<sup>97</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2019/05298/FS, bilaga 1, s. 26; protokoll vid regeringssammanträde S2019/02385/FS; protokoll vid regeringssammanträde S2017/07320/FS.

<sup>98</sup> Enligt 2019 års överenskommelse om 200 miljoner kronor till nationella kvalitetsregister där Senior alert beviljades 1 400 000 kronor, Palliativregistret 1 475 000 kronor, BPSD-registret 950 000 kronor, RiksSår 300 000 kronor och SveDem 1 200 000 kronor. Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, s. 9; protokoll vid regeringssammanträde S2019/02385/FS; Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstilldelning inför 2019*. Senior alert, Palliativregistret, BPSD-registret, SveDem respektive RiksSår.

<sup>99</sup> Samtal med företrädare för SKR, 2020-02-13.

<sup>100</sup> Överenskommelsen kom till efter att en utredare år 2010 fått i uppdrag av regeringen och SKR att göra en översyn av nationella kvalitetsregisters fortsatta utveckling. Rosén, Måns. *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag på en gemensam satsning 2011–2015*, SKL, 2010.

kvalitetsregistren och fördelar resurserna mellan registerorganisationerna.<sup>101</sup> Den partsammansatta ledningsfunktionen är högsta beslutande organ.

Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice.<sup>102</sup> Registerservice ska bidra till att öka registrens datakvalitet och användbarhet för utvecklingsarbete, forskning och uppföljning. Från 2016 utökades Socialstyrelsens uppdrag till att även erbjuda särskilt stöd till register som innehåller uppgifter om kommunal hälso- och sjukvård.<sup>103</sup>

Inför 2019 års överenskommelse gick SKR:s styrelse ut med en rekommendation till kommunerna: att tillsammans bidra med 19,5 miljoner kronor per år till finansieringen av de kvalitetsregister som ingick i Äldresatsningen mellan 2020 och 2023. Kommunernas avgift baseras på invånarantal i kommunen och uppskattades innebära 1,95 kronor per invånare.<sup>104</sup> Hösten 2019 hade 272 av 290 kommuner valt att följa rekommendationen om att betala en avgift för att få fortsätta använda kvalitetsregistren.<sup>105</sup>

### 2.3.4 Fem nya kvalitetsregister inom ramen för Äldresatsningen

De kvalitetsregister som ingick i Äldresatsningen, och samtidigt omfattades av den ovan beskrivna överenskommelsen om nationella kvalitetsregister (avsnitt 2.3.3), var fem relativt nystartade register. I överenskommelsen om Äldresatsningen för 2010 framgår vilken nytta de nationella kvalitetsregistren väntades ha:

*Genom att delta i registren måste personalen ändra arbetssätt. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår och vårdrelaterade infektioner. Via registren kommer kunskap om vårdens resultat bli synliga. Kvalitetsindikatorer som tagits fram av Socialstyrelsen kommer att kunna följas. Möjligheter kommer också att finnas för att jämföra den egna verksamhetens resultat över tid men också med andra verksamheter vilket kommer att bli ett stöd i det lokala förbättringsarbetet. Registren är moderna i tekniskt avseende och ger möjlighet att följa utvecklingen online.<sup>106</sup>*

Variablerna i registren skulle främst återspegla hur väl verksamheten lyckades i omhändertagandet av de äldre och i arbetet med att förebygga patientsäkerhetsrisker (se avsnitt 2.1.4). Kvalitetsregistrens indikatorer bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer (se avsnitt 2.3.1). Följande register ingick:

<sup>101</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/8471/FS.

<sup>102</sup> Regeringsbeslut S2011/8994/FS (delvis).

<sup>103</sup> Regeringsbeslut S2015/08135/RS (delvis), anslag 1:6, ap. 28.

<sup>104</sup> SKL. Meddelande från styrelsen – Rekommendation till kommunerna om gemensam finansiering av ett mer samlat system för kunskapsstyrning i socialtjänstens verksamheter, nr 15/2018.

<sup>105</sup> Nationella kvalitetsregister, "Kommunerna bidrar med finansiering", hämtad 2020-04-24.

<sup>106</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2010/1130/FST, bilaga I, s. 3.

### *Senior alert*

Syftet med Senior alert är att stödja ett systematiserat vårdpreventivt arbetssätt. Personal som registrerar i Senior alert ska identifiera och bedöma risker hos den äldre inom fem områden: risk för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och urinblåsans funktion. Riskbedömningen ska ge underlag för personalen att planera och genomföra förebyggande åtgärder. Personalen ska sedan följa upp och utvärdera resultatet av de vidtagna åtgärderna. Arbetssättet ska vara teambaserat, vilket innebär att personal som arbetar med den äldre personen behöver vara delaktig i arbetet med Senior alert. Vanligt görs detta genom personalmöten där personalen tillsammans följer upp de äldre personerna enligt strukturen i Senior alert. Senior alert används både i den kommunala vården och regionvården.<sup>107</sup> 2008 startades registret av Region Jönköping och det ingick i satsningen från 2010.

### *Svenska palliativregistret*

Syftet med Palliativregistret är att registreringen ska ge underlag för att kartlägga och förbättra den palliativa vården – den vård som ges i livets slutskede. Palliativregistret omfattar uppgifter om bland annat dödsplats, huruvida det hållits ett så kallat brytpunktssamtal<sup>108</sup> med individen och om personen fått smärtskattning och smärtlindring. Palliativregistrets uppgifter skapas när personal och närstående fyller i varsin enkät med cirka 30 frågor efter att en patient har dött. Personalenkäten fylls i av legitimerad personal, oftast en legitimerad sjuksköterska. Det är också möjligt att fylla i och följa upp resultatet i en arbetsgrupp. Palliativregistret lanserades av Region Kalmar 2005 och ingick i Äldresatsningen från 2010.

### *Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD-registret*

Många äldre får beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, förkortat BPSD. Vanliga BPSD-symptom är aggressivitet, oro och hallucinationer. Symptomen orsakar ofta lidande för den äldre och de anhöriga och kan vara svåra att hantera för vårdpersonal. BPSD-registret syftar till att förbättra omvårdnaden av personer med BPSD-symptom. Ett uttalat syfte är också att minska användningen av olämpliga läkemedel.<sup>109</sup>

Personal som registrerar i BPSD-registret behöver kartlägga och bedöma individens problem, undersöka tänkbara orsaker och följa upp de åtgärder som vidtagits för att lindra problemen. Tanken är att personal som följer BPSD-registrets struktur ska prioritera omvårdnadsåtgärder, som till exempel utevistelse, bemötandeplan, musik eller massage, och först därefter överväga läkemedelsbehandling. BPSD-registret startades i Region Skåne 2010 och ingick i satsningen från 2012.

<sup>107</sup> Senior alert, "Om Senior alert", hämtad 2019-12-11.

<sup>108</sup> Ett samtal som hålls i samband med att livsuppehållande insatser ska övergå i palliativ vård.

<sup>109</sup> BPSD-registret, "BPSD-registret", hämtad 2019-12-11.

*Svenska demensregistret, SveDem*

Syftet med SveDem är att förbättra demensvården genom att samla uppgifter om utredning, behandling och uppföljning av patienter med demenssjukdomar. Genom att registrera den egna kliniken/enhetens kvalitetsindikatorer och variabler över tid är syftet att det ska vara möjligt att följa utvecklingen och se i vilken grad värdena förbättras och mål uppnås.<sup>110</sup> SveDem inrättades av Region Stockholm 2007 och ingick i Äldresatsningen från 2012.

*RiksSår*

Syftet med RiksSår är att korta läkningstiden för svårläkta sår genom säkerställd diagnos och kontinuitet i behandlingen. Registret syftar också till att minska antibiotikabehandlingen för de drabbade. Registeruppgifterna utgör även ett underlag för forskning i ämnet svårläkta sår. RiksSår startade 2003 i Region Blekinge och kom med i Äldresatsningen 2014, men omfattades aldrig av prestationsersättning som de övriga kvalitetsregistren i satsningen.<sup>111</sup>

## 2.4 Påtalade risker i statens satsningar på nationella kvalitetsregister

Statens satsningar på nationella kvalitetsregister har tidigare granskats och utvärderats av Riksrevisionen, Statskontoret och Vårdanalys. Riksrevisionen konstaterade 2013 att de ökade stöden med bland annat prestationsersättning för registrering inte hade skapat rätt incitament för personalen att registrera och använda data för kvalitetsutveckling.<sup>112</sup>

Statskontoret skrev i sina delutvärderingar av Äldresatsningen att den prestationsbaserade ersättningen medförde särskilda risker för felrapportering, och påpekade flera gånger brister i kvalitetssäkring. Statskontoret ansåg att detta motiverade särskilda krav på kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter i överenskommelsen, vilket resulterade i att kraven på kvalitetssäkring förtydligades.<sup>113</sup> Vid utgången av 2014 ansåg Statskontoret fortfarande inte att tillräckliga åtgärder hade vidtagits.<sup>114</sup>

<sup>110</sup> SveDem, "Om SveDem", hämtad 2019-12-11.

<sup>111</sup> RiksSår, "Vad är RiksSår", hämtad 2019-12-11.

<sup>112</sup> Riksrevisionen, *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* 2013, s. 53.

<sup>113</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting*. Delrapport 4, 2013, s. 9; Statskontoret, *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Delrapport 2, 2011, s. 41.

<sup>114</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 62 f.

Vårdanalys och Riksrevisionen har varnat för att prestationsersättning kan leda till undanträngning av huvudmännens egeninitierade utvecklingsarbete.<sup>115</sup> Även Statskontoret konstaterade att det finns generella risker med prestationsersättning, men att man inte sett någon indikation på detta i Äldresatsningen. Tvärtom, menade Statskontoret, så var den dominerande uppfattningen bland verksamhetsföreträdare att Äldresatsningen täckte in områden där det var angeläget att vården och omsorgen utvecklades.<sup>116</sup>

Riksrevisionen menade att nyckeln till användbara register av hög kvalitet är att vårdpersonalen har starka incitament att registrera. Något som kan hämma motivationen är dubbelregistrering, det vill säga att personal behöver registrera samma uppgifter i flera olika IT-system. Riksrevisionen menade att det skulle krävas ett långsiktigt arbete för att lösa problemet med dubbelregistrering men att det i kvalitetsregisteröverenskommelsen 2012–2016 fanns ett tydligt fokus på frågan.<sup>117</sup>

Vårdanalys, som några år senare utvärderade<sup>118</sup> den femåriga överenskommelsen om stöd till samtliga nationella kvalitetsregister, konstaterade dock att problemet med dubbelregistrering kvarstod. I intervjuer med registerhållarna hade det framkommit att de ansåg att parterna inom överenskommelsen avsatt för lite resurser för att avhjälpa problemet.

Vårdanalys konstaterar<sup>119</sup> även att satsningen haft vissa kvalitetshöjande effekter på de nationella kvalitetsregistren men att kvaliteten varierar kraftigt i de nationella kvalitetsregistrens data. Ett problem är att kvalitetsregistren har utvecklats parallellt och utan tillräcklig samordning, och att det saknats framförhållning i medelstillelningen. Detta har inneburit en onödigt långsam utvecklingstakt och att kortsiktiga och mer enkla satsningar prioriterats inom ramen för överenskommelsen om nationella kvalitetsregister.

Riksrevisionen har även granskat regeringens styrning genom överenskommelser. Granskningen visar att styrformen inneburit att de olika aktörernas uppdrag har förskjutits, vilket skapat svårhanterliga roller för både Socialstyrelsen och SKR.<sup>120</sup> Även Statskontoret har berört relationerna mellan Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKR. Statskontoret pekade på att Socialstyrelsen och SKR hade mycket närliggande uppdrag när det bland annat gällde att ta fram och föra ut

<sup>115</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*, 2013; Riksrevisionen, *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, 2014.

<sup>116</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 110.

<sup>117</sup> Riksrevisionen, *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* 2013, s. 46 f.

<sup>118</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, 2017.

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> Riksrevisionen, *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, 2014, s. 31–32.

kunskap till kommuner och regioner. Socialstyrelsen hade själva uppmärksammat problemet och pekade på att flera kunskapsöversikter om förhållanden i vården och omsorgen om äldre, som Socialstyrelsen utarbetat, inte togs om hand inom Äldresatsningen. Socialstyrelsen menade också att man hade svårt att nå ut till kommunerna och regionerna med sina nya rön.<sup>121</sup>

## 2.5 Äldresatsningen – uppnådda resultat vid satsningens slut

Flera aktörer utvärderade satsningen under dess löptid och vid dess avslut. Statskontoret och Socialstyrelsen hade i uppdrag av regeringen att utvärdera olika delar av Äldresatsningen. En forskare vid Karolinska institutet följde också genomförandet av Äldresatsningen under perioden 2012–2016 på uppdrag av SKR.<sup>122</sup> Regeringens nationella äldresamordnare och SKR presenterade också resultaten av Äldresatsningen i varsin rapport.<sup>123</sup> Statskontorets utvärderingar är de mest heltäckande och i frågan om kvalitetsregister de mest relevanta.

### 2.5.1 Snabbt ökande täckningsgrad men risk för bristande kvalitet

De två kvalitetsregister som ingick i satsningen från start, Palliativregistret och Senior alert, nådde snabbt en stor andel av sina respektive målgrupper. Andra kvalitetsregister, som i senare skeden kom att omfattas av Äldresatsningen, nådde dock inte samma nivå av täckningsgrad.<sup>124</sup> Statskontoret pekade på att de uppnådda resultaten i satsningen kunde förklaras av den prestationsersättning som huvudmännen fick för att registrera i kvalitetsregistren.<sup>125</sup> Registreringsgraden bibehölls året efter att satsningen var avslutad. Det såg därmed ut att finnas en benägenhet att fortsätta registrera också efter att prestationsersättningen upphört.<sup>126</sup>

Statskontoret som under satsningen funnit risker med snabbt ökade täckningsgrader och brister i kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter föreslog att regeringen skulle ge i uppdrag till Socialstyrelsen att i samarbete med SKR utforma ett tydligt stöd för registerorganisationernas kvalitetssäkring.<sup>127</sup>

<sup>121</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 35.

<sup>122</sup> Strehlenert, H. *From policy to practice: Exploring the implementation of national policy for improving health and social care*, 2017.t.

<sup>123</sup> Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, 2014; SKL, *Bättre liv för sjuka äldre – Stora förbättringar på kort tid*, 2015.

<sup>124</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 66.

<sup>125</sup> Ibid. jfr Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Registrera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, 2014, s. 51; Strehlenert, H. *From policy to practice: Exploring the implementation of national policy for improving health and social care*, 2017.

<sup>126</sup> Ibid., s. 64 f.

<sup>127</sup> Ibid., s. 64, 107.

### 2.5.2 Förutsättningar fanns för kvalitetsförbättringar i äldreomsorgen men varaktigheten var inte säkerställd

Statskontoret bedömde att det fanns förutsättningar för kvalitetsregistren att leva vidare efter satsningen, men att kontinuiteten i förbättringsarbetet inte var säkerställd. Personalen hade visserligen börjat arbeta på nya sätt genom att de till exempel gjorde individuella skattningar av dementa äldre, men de nya arbetssätten hade inte blivit tillräckligt systematiserade. Enligt Statskontoret var det ett problem att huvudmännen inte fått tillräcklig vägledning om hur de skulle gå tillväga i förbättringsarbetet.<sup>128</sup>

Flera bedömare konstaterade att det var avgörande hur verksamhetsledningen hos huvudmännen väljer att styra och organisera arbetet. Det var också viktigt att beslutsfattare efterfrågade resultat från kvalitetsregistren och att det avsätts tid för arbetet med kvalitetsregister i organisationen.<sup>129</sup>

### 2.5.3 Länen hade byggt upp stödstrukturer men det fanns begränsningar i den nationella kunskapsstyrningen

Samtliga län hade utvecklat strukturer för ledning och styrning i samverkan mellan kommuner och region, såväl på politisk nivå som på tjänstemannanivå. Samtliga län hade redovisat handlingsplaner som i de flesta fall innehöll konkreta och mätbara mål. En bedömning i slututvärderingen var dock att den lokala kopplingen var svag eller saknades helt.<sup>130</sup>

Utvecklingsledarnas roll hade endast delvis utvecklats i enlighet med överenskommelsens intentioner. De första åren hade deras uppgift främst varit att öka registreringen i kvalitetsregister. Från och med 2012 skulle utvecklingsledarna vid sidan av stöd till ökad registrering också prioritera stöd till personalens systematiska förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister. Statskontoret bedömde dock att utvecklingsledarna till stor del fortsatte att fokusera på att stödja registrering, snarare än att stödja analys och förbättringsarbete.<sup>131</sup>

En slutsats var att det i vissa delar hade saknats ett nationellt kunskapsstöd till kommuner och regioner, bland annat på grund av att Socialstyrelsen inte hade varit tillräckligt involverad i överenskommelsen. Enligt Statskontoret hade detta sammantaget inneburit att huvudmännen inte hade fått tillräcklig vägledning i sitt lokala arbete.<sup>132</sup> Statskontoret föreslog därför att regeringen skulle ge i uppdrag till myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap att utarbeta en nationell strategi för kunskapsstöd för vården och omsorgen om äldre.<sup>133</sup>

<sup>128</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 68 f, 128.

<sup>129</sup> *Ibid.*, s. 73 f.

<sup>130</sup> *Ibid.*, s. 40

<sup>131</sup> *Ibid.*, s. 41 f.

<sup>132</sup> *Ibid.*, s. 114.

<sup>133</sup> *Ibid.*, s. 107.



#### 2.5.4 Effekter av användningen av Äldresatsningens kvalitetsregister

I sin slutrapport presenterade Statskontoret en utvärdering om huruvida användningen av Äldresatsningens kvalitetsregister resulterade i kvalitetsvinster i vården. Statskontoret såg vissa indikationer på att de två kvalitetsregister som undersöktes – Senior alert och Palliativregistret – hade positiva effekter på vårdkvaliteten. För Senior alert tenderade till exempel de regioner som hade en hög täckningsgrad att ha en lägre andel trycksår. Statskontoret bedömer dock att sambanden är relativt svaga. De svaga sambanden kan, enligt Statskontoret, förklaras av att de verkliga kvalitetsvinsterna av registrering inte är så stora, eller att analysens upplägg inte förmår att fånga upp de verkliga effekterna.<sup>134</sup> Utvärderingen omfattade inte betydelsen av BPSD-registret.

---

<sup>134</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 74 f.

### 3 Täckningsgrad och kvalitet i Äldresatsningens register

I detta kapitel behandlar vi revisionsfråga 1: Har staten bidragit till att kommunerna varaktigt registrerar uppgifter av hög kvalitet i berörda kvalitetsregister?

Regeringens överenskommelse med SKR var avgörande för att kommunerna skulle börja, och sedan fortsätta, att registrera uppgifter i kvalitetsregistren. Efter satsningen har täckningsgraden utvecklats i olika riktning för olika register men samtliga register fortsätter att användas i äldreomsorgen. Den administrativa bördan utgör dock fortfarande ett hinder för högre täckningsgrad. Regeringens målsättning om minskad administration har inte uppnåtts; problemen med dubbelregistrering kvarstår.

Vår granskning visar att staten inte har bidragit till utökad kvalitetssäkring. Socialstyrelsen ger begränsat stöd till registerhållare och validerar sällan kvalitetsregister mot myndighetens egna register. Detta begränsar möjligheterna till förbättringsarbete på både lokal och nationell nivå. Uppgifterna i kvalitetsregistren har samtidigt blivit gradvis mer tillförlitliga efter att prestationsersättningen avslutats och äldreomsorgen börjat använda uppgifterna i sin verksamhet.

#### BEDÖMNINGSGRUNDER

*Täckningsgraden i kvalitetsregister ska vara varaktigt hög*

Hög täckningsgrad är en förutsättning för att kvalitetsregister ska kunna användas som underlag för ett effektivt förbättringsarbete. Om statistiken endast omfattar ett begränsat urval av de äldre finns risk för felaktiga prioriteringar i förbättringsarbetet. Ett av regeringens uttalade mål med satsningen<sup>135</sup> har varit att uppnå en hög täckningsgrad i utvalda kvalitetsregister.

Om regeringen genom Äldresatsningen har bidragit till att registreringen är varaktig bör de täckningsgrader som uppnåddes vid Äldresatsningens avslut 2015 ha bibehållits eller ökat.

*Kvalitetsregister ska innehålla data av hög kvalitet*

För att kvalitetsregister ska leda till verksamhetsnytta måste de uppgifter som registreras säga något väsentligt om verksamheten. Detta antagande ligger i linje med innehållet i 2014 års överenskommelse mellan regeringen och SKR. Den anger att registerhållarna ska lämna in en plan varje år för hur de ska arbeta med riskbaserad kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter.<sup>136</sup> På regeringens uppdrag ska Socialstyrelsen stödja kvalitetsutvecklingen i kvalitetsregister, vilket bland annat ska ske genom att Socialstyrelsen validerar datakvaliteten genom sambearbetning mellan kvalitetsregistren och myndighetens egna hälsodataregister.<sup>137</sup> Vi utgår från att registrerade uppgifter bör hålla högre kvalitet än vid Äldresatsningens avslut 2015.

<sup>135</sup> Se till exempel protokoll vid regeringssammanträde S2012/8765/FST, bilaga 1, s. 22.

<sup>136</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, bilaga 1, s.10.

<sup>137</sup> Regeringsbeslut S2011/8994/FS (delvis), s. 5.

*Den administrativa bördan av att använda kvalitetsregister bör minimeras*

Administrativa uppgifter kopplade till kvalitetsregister tar tid från personalens möte med patienterna och är ett hinder för att uppnå hög täckningsgrad i kvalitetsregister. Vår utgångspunkt är därför att den administrativa bördan bör minimeras.

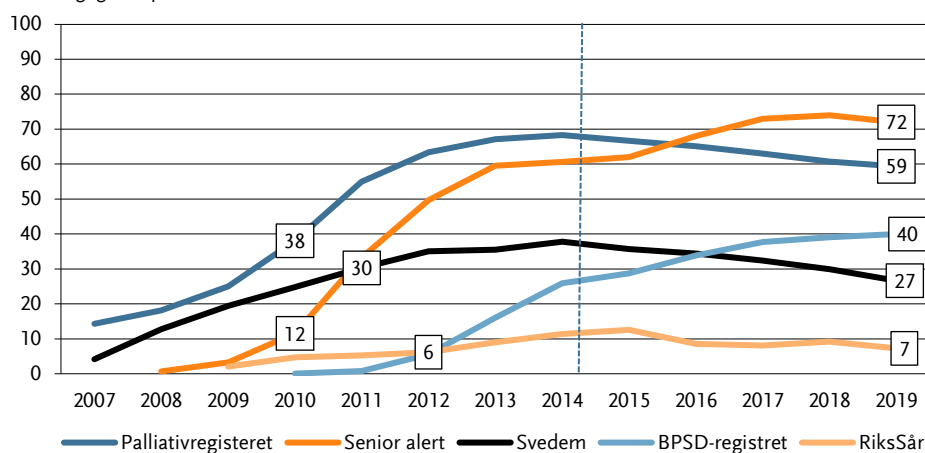
### 3.1 Fortsatt hög täckningsgrad men med stora variationer

#### 3.1.1 Generellt hög täckningsgrad i Äldresatsningens register

Vår bedömning är att Äldresatsningen har bidragit till att öka täckningsgraden i de kvalitetsregister som fick prestationsbaserad ersättning. Statistikuppgifter från registerhållarna indikerar att täckningsgraden ökade när kommunerna fick prestationsbaserad ersättning inom ramen för satsningen, men att effekten för flera register har klingat av efter satsningens avslut 2015. Det framgår av diagrammet nedan.<sup>138</sup>

**Figur 1** Täckningsgraden i Äldresatsningens kvalitetsregister 2007–2019<sup>139</sup>

Täckningsgrad i procent



Källa: Registerhållarna för Palliativregistret, Senior alert, SveDem, BPSD-registret och RiksSår. Riksrevisionens bearbetning.

<sup>138</sup> Täckningsgraden mäts genom antalet personer som registrerats i förhållande till respektive registers tänkta målgrupp. Vi har här använt registerhållarnas egna definitioner och uppskattningar av sina målgrupper. Vård- och omsorgsanalys (2017) har i en utvärdering undersökt täckningsgraden genom att i en enkätundersökning fråga verksamhetschefer vilka kvalitetsregister deras verksamhet rapporterar till. Motsvarande fråga används i Socialstyrelsens Enhetsundersökning sedan 2017.

<sup>139</sup> För att kunna presentera en konsistent tidsserie för RiksSår har vi behövt använda ett äldre beräkningssätt, där täljaren är antalet sårsläta patienter och nämnaren är skattad prevalens för patienter med svårsläta sår. Från 2015 använder registerhållaren ett beräkningssätt där täljaren är antalet pågående sår och nämnaren är prevalensen av svårsläta sår. Med det nya sättet att räkna blir täckningsgraden för RiksSår 28,5 procent för 2019.

### Tolkning av diagrammet

Äldresatsningen inkluderade successivt allt fler kvalitetsregister. Av dataetiketterna på kurvorna i diagrammet framgår täckningsgraden för året då respektive register inkluderades i Äldresatsningen samt det senaste året med tillgänglig uppgift om täckningsgrad. Samtliga vårdformer ingår som underlag för täckningsgraden, förutom för BPSD-registret som bara inkluderar särskilda boenden. Den streckade lodräta linjen visar det år då satsningen avslutades. Nivåerna på täckningsgrad är starkt beroende av hur målgrupperna (nämndarna) definieras. Eftersom det saknas säkra definitioner av målgrupperna är det främst utvecklingen över tid som är intressant att följa.

För de flesta av registren sammanfaller införandet av prestationsersättning relativt väl med en ökning av täckningsgraden. Efter införandet har täckningsgraden fortsatt öka men oftast i något lägre takt jämfört med införandeåret. Efter satsningens avslut 2014 har täckningsgraden i Senior alert och BPSD-registret fortsatt att öka, men övriga tre register har haft en gradvis avtagande täckningsgrad.

Vi bedömer med stöd i våra intervjuer att Äldresatsningens prestationsbaserade medel och de länsövergripande utvecklingsledarna särskilt bidragit till att få igång registreringen under satsningen. Det är framför allt tydligt att den prestationsbaserade ersättningen för många kommuner varit den direkta anledningen till att de började registrera. Statskontoret, Äldresamordnaren, SKR och den forskare som följde satsningen har gjort samma bedömning.<sup>140</sup>

Att prestationsersättningen avslutades 2014 är troligtvis en förklaring till att några register sett en fallande täckningsgrad efter satsningens avslut. Det kan också förklara att täckningsgraden för RiksSår är på en generellt lägre nivå än övriga register. RiksSår inkluderades i satsningen 2014 och fick då ekonomiskt stöd från staten, men registret omfattades aldrig av den prestationsbaserade ersättningen.

### 3.1.2 Täckningsgraden varierar mellan län, kommuner och boendeformer

I våra intervjuer och fokusgrupper framkommer att det är en större utmaning att skapa kontinuitet i arbetet med kvalitetsregister för personer i ordinärt boende. Verksamheten i ordinärt boende är mer detaljstyrd, i mindre utsträckning teambaserad och kräver att personalen ständigt rör sig mellan sin hemtjänstenhet och olika ordinära boenden. Detta skapar sämre förutsättningar för registrering i kvalitetsregister.<sup>141</sup>

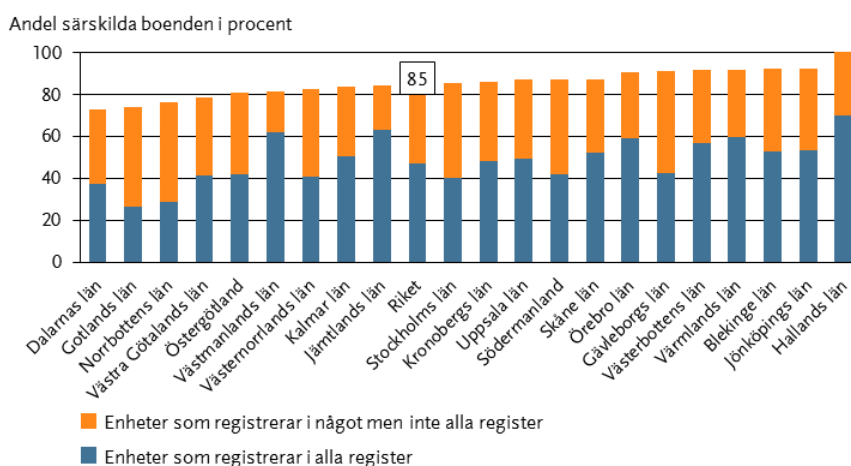
<sup>140</sup> Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*. Äldresamordnarens slutrapport, 2014; SKL, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Slutrapport, 2015; Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 66 ff; Strehlenert, *From policy to practice: Exploring the implementation of national policy for improving health and social care*, 2017.

<sup>141</sup> Intervju utredare Socialstyrelsen, 2019-06-19; fokusgrupp med MAS i Värmland, 2019-06-17; telefonintervju kommun 1, 2019-11-22; intervju med MAS i kommun 4a, 2019-11-14.

Kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) bedömer att registreringsgraden är cirka 30 procentenheter högre i särskilda boenden jämfört med ordinärt boende. Det framgår av den webbenkät Riksrevisionen har skickat till MAS i alla kommuner (svarsfrekvens 83 procent).<sup>142</sup> Skillnaden mellan boendeformerna är som tydligast för BPSD-registret och som minst tydlig för Palliativregistret. Socialstyrelsen kom fram till liknande slutsatser i sin täckningsgradsjämförelse för Senior alert och Palliativregistret 2016.<sup>143</sup>

En stor majoritet av verksamhetscheferna för särskilda boenden bedömer att de använder något av Senior alert, Palliativregistret eller BPSD-registret för att utveckla sitt arbete på enhetsnivå. Knappt hälften av verksamhetscheferna bedömer att de använder samtliga tre register på detta sätt. Det framgår av resultaten från Socialstyrelsens enkät till särskilda boenden, 2018 (svarsfrekvens 91 procent), se figur 2 nedan.

**Figur 2** Andel särskilda boendeenheter som använder Senior alert, Palliativregistret och BPSD-registret för att utveckla verksamheten på enhetsnivå.<sup>144</sup>



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2018, Socialstyrelsen. Riksrevisionens bearbetning.

<sup>142</sup> Riksrevisionen, enkät till MAS 2019, fråga 2.

<sup>143</sup> Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av samarbetningar med Socialstyrelsens register*, 2018, s. 16 ff.

<sup>144</sup> Statistiken återspeglar hur verksamhetschefer för särskilda boenden har svarat på fråga 29 i Socialstyrelsens enhetsundersökning 2018: "Har ni tagit del av och använt sammanställningen av resultaten för att utveckla verksamheten på enhetsnivå som beskrivs genom följande kvalitetsregister?". Frågan ställdes för vart och ett av kvalitetsregistren i Äldresatsningen, med undantag för RiksSår.

### Tolkning av diagrammet

De blå staplarnas höjd visar hur stor andel av särskilda boenden i ett län som registrerar systematiskt i alla tre register, det vill säga Senior alert, Palliativregistret och BPSD-registret. De orange staplarna visar hur stor andel som registrerar i något, men inte alla, register. SveDem är exkluderat eftersom det används i begränsad utsträckning i kommunerna på lokal nivå. RiksSår ingår inte i Socialstyrelsens enhetsundersökning.

Användningen av kvalitetsregister varierar relativt mycket mellan länen, vilket kan tyda på att styrningen på länsnivå spelar roll. Variationen är som störst i BPSD-registret och Senior alert men är också påtaglig i Palliativregistret.<sup>145</sup>

Användningen av kvalitetsregister varierar också mellan kommuner inom samma län. Ett belysande exempel är att andelen särskilda boenden som registrerar i alla tre register skiljer 60 procentenheter mellan Norrköping och Linköping i Östergötland.<sup>146</sup> Det finns relativt stora skillnader också mellan enskilda boenden inom samma kommun. Användningen av kvalitetsregister påverkas därmed av styrning inte bara på länsnivå utan också på kommunal förvaltningsnivå och i enskilda särskilda boenden.<sup>147</sup>

Statskontoret lyfte i sin slutrapport risken för att enskilda utförare i lägre grad tog del av satsningen och i lägre grad registrerade i kvalitetsregistren. Statskontoret visade att täckningsgraden i Senior alert var lägre bland de enskilda vårdgivarna.<sup>148</sup> Skillnaden i täckningsgrad utifrån regiform verkar dock ha minskat, enligt Socialstyrelsens årliga enhetsundersökning.<sup>149</sup> Numera tycks enskilda och offentliga utförare registrera uppgifter i ungefär samma utsträckning, där enskilda utförare fortfarande registrerar i något lägre utsträckning.<sup>150</sup>

Att de enskilda utförarnas registrering nu är i nivå med de offentligas kan bero på att kommunerna måste ställa samma krav på de enskilda utförarna som på sina egna i upphandling enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem<sup>151</sup>. I vår enkät framgår också att de kommuner som lagt ut driften på enskilda utförare i stor utsträckning ställer krav på att de enskilda utförarna ska arbeta med

<sup>145</sup> Att täckningsgraden varierar mellan regionerna bekräftas av Socialstyrelsens undersökning av täckningsgraden för Senior alert och Palliativregistret 2016. Undersökningen visade att det fanns en spännvidd på cirka 20 procentenheter mellan län med högst respektive lägst täckningsgrad. Se Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av samarbetningar med Socialstyrelsens register*, 2018.

<sup>146</sup> Socialstyrelsen, *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018*, 2019.

<sup>147</sup> Intervjuer med MAS i kommun 6, 2019-11-13; kommun 4, 2019-11-14; kommun 9, 2019-12-02; kommun 7 2019-12-15; fokusgrupper med MAS, 2019-05-07, och socialchefer, 2019-05-20.

<sup>148</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, ss. 43, 59, 68.

<sup>149</sup> Socialstyrelsen, *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård för 2017 och 2018*, påstående: "registrerar insatser på enhetsnivå och använder sammanställningen av resultaten för att utveckla verksamheten?"

<sup>150</sup> Socialstyrelsen, *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018*, 2019.

<sup>151</sup> 1 kap. 2 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

kvalitetsregister. Cirka 80 procent av de kommuner som har enskilda utförare för särskilda boenden uppger att kommunens avtal ställer krav på att de ska registrera i kvalitetsregister.<sup>152</sup> Av intervjuer och enkätsvar framgår också att förvaltningarna i viss utsträckning använder kvalitetsregistren för att följa upp de enskilda utförarna.<sup>153</sup>

### 3.1.3 Regeringens målsättning om minskad administration har ännu inte uppnåtts

Kommunföreträdare anser fortfarande att arbetet med kvalitetsregister utgör en stor administrativ börda. Det framgår tydligt i våra fokusgrupper, intervjuer och enkätsvar. Socialchefer och MAS bedömer att administrationen är lika omfattande idag som under Äldresatsningen. Det mest påtagliga problemet är den så kallade ”dubbelregistreringen”, det vill säga att samma uppgifter behöver registreras i både patientjournalen och de olika kvalitetsregistren. Personalen upplever att detta tar tid från mötet med patienterna, vilket skapar frustration.

Under ledning från SKR pågår nu ett arbete med syfte att undanröja dubbelregistreringen. Målsättningen är att kvalitetsregister och regionala registercenter ska kunna anslutas till en nationell plattform, som automatiskt hämtar uppgifter från journalsystem och för över till kvalitetsregister. SKR:s målsättning är att 8 av 10 kvalitetsregister ska vara kopplade till den nationella infrastrukturen år 2023, och då ska dubbelregistreringen kunna reduceras kraftigt.<sup>154</sup>

Av Äldresatsningens fem kvalitetsregister är det idag endast Senior alert som i några kommuner har anslutningar som medger automatisk överföring från journalsystem. Enligt SKR borde ett hundratal kommuner som använder samma journalsystemleverantör kunna ansluta sig till Senior alert i framtiden.<sup>155</sup> Palliativregistret har gjort en anpassning till nationellt fackspråk och inlett ett pilotprojekt med målsättningen att minska dubbelregistreringen.<sup>156</sup> Ett motsvarande utvecklingsprojekt är planerat att starta för SveDem. RiksSår har tidigare ingått i ett projekt som fick avbrytas på grund av tekniska hinder, men kvalitetsregistret har anpassats till nationellt fackspråk.<sup>157</sup> Inget arbete är påbörjat som berör BPSD-registret.<sup>158</sup>

<sup>152</sup> Riksrevisionen, enkät till MAS 2019, fråga 10.

<sup>153</sup> Riksrevisionen, enkät till MAS 2019, fråga 14. Knappt 40 procent uppger att de i mycket eller ganska stor utsträckning följer upp enskilda utförare; jfr telefonintervju med MAS och utvecklingsledare i kommun 5, 2019-11-18; samtal med företrädare för Vårdföretagarna, 2020-12-03.

<sup>154</sup> Samtal med företrädare för SKR, 2020-02-13.

<sup>155</sup> Samtal med företrädare för SKR, 2020-03-26.

<sup>156</sup> Nationella kvalitetsregister, ”Nationella programmet för datainsamling, NPDi”, hämtad 2020-06-25; Svenska palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2016*, s. 14; samtal med registerhållaren för Senior alert, 2020-03-20.

<sup>157</sup> Mejl från registerhållaren för RiksSår, 2020-04-20.

<sup>158</sup> Samtal med företrädare för SKR, 2020-03-26.

Användarvänligheten varierar mellan registren, vilket hänger samman med de olika registrens uppbyggnad och inriktning. Palliativregistret upplevs generera mindre administration än övriga register eftersom registreringen är mindre omfattande och görs vid ett tillfälle efter att patienten avlidit. Senior alert kräver däremot mer omfattande registrering. I våra intervjuer framgår att det finns kommuner som slutat registrera systematiskt i Senior alert men ändå fortsätter använda registret genom att en gång om året delta i Folkhälsomyndighetens HALT-mätning.<sup>159</sup> BPSD-registret är likt Senior alert ett kvalitetsregister som fungerar som ett processtöd med löpande registrering. Personalen upplever dock att BPSD-registret är mindre tidskrävande. En viktig förklaring tycks vara att BPSD-registret upplevs ge direkt mervärde för personalen i arbetet med patienterna.

### **3.2 Datakvaliteten tycks ha förbättrats men kvalitetssäkringen är fortfarande begränsad**

För att kvalitetsregister ska kunna bidra till verksamhetsnytta krävs att inrapporterade uppgifter håller god datakvalitet. Det är dock svårt att uttala sig om datakvaliteten eftersom det saknas systematiska utvärderingar på nationell nivå. Utan sambearbetning mellan kvalitetsregistren och andra register blir kvalitetsregistrens egen kvalitetssäkring viktig för att säkerställa att uppgifterna i kvalitetsregistren är korrekta. Registerorganisationernas egen kvalitetssäkring är fortfarande under utveckling men indikerar att kvaliteten blivit bättre. Användarnas förtroende för uppgifterna tycks även ha ökat över tid.

#### **3.2.1 Tecken på förbättrad datakvalitet i kvalitetsregister**

Efter hand har allt fler kommuner sett att användning av kvalitetsregister tillför nytta i vård- och omsorgsarbetet. Detta är den mest troliga förklaringen till att registreringen har fortsatt trots att den inte längre genererar intäkter i form av prestationsersättning. Över 90 procent av kommunerna har också accepterat att från och med 2019 betala en årlig avgift till SKR för att använda kvalitetsregistren. Se avsnitt 2.3.3.

Att prestationsersättningen försvann tycks ha inneburit att kvaliteten i de inrapporterade uppgifterna har förbättrats. I våra fokusgrupper och intervjuer framgår att prestationsersättningen skapade ett stort tryck i kommunerna på registrering, vilket gick ut över kvaliteten på uppgifterna som rapporterades in.<sup>160</sup>

<sup>159</sup> Senior alert och Folkhälsomyndigheten samarbetar i en årlig mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilda boenden (Svenska HALT). Folkhälsomyndigheten, "Svenska HALT", hämtad 2019-12-11.

<sup>160</sup> Intervju med registerhållaren för Senior alert, 2019-03-21, och BPSD-registret, 2019-06-14; jfr telefonintervjuer med MAS i kommun 6, 2019-11-13, samt MAS och MAR i kommun 3, 2019-11-15.



En direkt orsak till den låga kvaliteten förklaras i en kommun ha varit att icke-legitimerad personal gavs ett stort ansvar för registreringen.<sup>161</sup>

Kvalitetsregisterorganisationerna bekräftar att kvaliteten i inrapporterade uppgifter har förbättrats. Registerhållaren för BPSD-registret menar att prestationsersättningen visserligen var avgörande för kvalitetsregistrets uppbyggnad men att uppgifter från vissa kommuner fick korrigeras i efterhand eftersom data höll låg kvalitet.<sup>162</sup> Även på Senior alert kunde man se att det under Äldresatsningen matades in en stor mängd felaktiga uppgifter. Efter Äldresatsningen minskade felinmatningarna i Senior alert och man har på kansliet sett allt mindre internt bortfall då fler fullständiga vårdpreventiva processer registreras.<sup>163</sup>

### 3.2.2 Socialstyrelsens roll som kvalitetsstöd är oklar

Frågan om kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter i kvalitetsregistren diskuterades redan under satsningens första år. Statskontoret efterlyste 2010 en mer strukturerad kvalitetssäkring och ett tydligt nationellt grepp om tillsynen över registren. Statskontoret hänvisade till en översyn som gjordes av de nationella kvalitetsregistren 2009 där utredaren ansåg att Socialstyrelsens roll är att granska registrens kvalitet. I översynen hade särskilt valideringsstudier lyfts som ett sätt att nå bättre kvalitet i inrapporterade uppgifter.<sup>164</sup> Ett år senare, 2011, fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag utveckla och driva en nationell registerservice.<sup>165</sup> I uppdraget påpekade regeringen att en viktig uppgift för en nationell registerservice ”är att stödja kvalitetsregister i att validera datakvaliteten genom sambearbetningar med hälsodataregistren”.<sup>166</sup>

Trots att Statskontoret uppmärksammade behovet av förbättrad kvalitetssäkring och trots Socialstyrelsens nya regeringsuppdrag kvarstod många av de brister som Statskontoret påtalat.<sup>167</sup> För att stärka kvalitetssäkringen föreslog Statskontoret i sin slutrapport 2015 att regeringen skulle ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samråd med SKR, utforma ett tydligt stöd till registerhållarna för kvalitetssäkring

<sup>161</sup> Telefonintervju med verksamhetsutvecklare i kommun 2, 2019-11-27.

<sup>162</sup> Intervju med registerhållaren för BPSD-registret, 2019-06-14.

<sup>163</sup> Mejl från registerhållaren för Senior alert, 2020-01-11.

<sup>164</sup> Statskontoret, *Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre*. Delrapport 1, 2010, s. 40 f.

<sup>165</sup> Regeringsbeslut S2011/8994/FS (delvis), s. 5.

<sup>166</sup> Två år senare påpekar regeringen i en skrivelse till riksdagen, med anledning av Riksrevisionens granskning av statens satsningar på nationella kvalitetsregister, att Socialstyrelsens registerservice också ger kvalitetsregistren stöd med validering av datakvaliteten i registren. Regeringens skrivelse 2013/14:204. *Riksrevisionens rapport om statens satsningar på nationella kvalitetsregister*, s. 7.

<sup>167</sup> Statskontoret, *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Delrapport 2, 2011, s. 74; Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Delrapport, 2012, 3, s. 62; Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Delrapport 4, 2013, s. 47.

av inrapporterade uppgifter.<sup>168</sup> Något sådant uppdrag fick aldrig Socialstyrelsen.<sup>169</sup> Däremot gav regeringen 2016 Socialstyrelsen ett utökat uppdrag att erbjuda särskilt stöd till register som innehåller uppgifter om kommunal hälso- och sjukvård.<sup>170</sup> Inom ramen för detta uppdrag har Socialstyrelsen publicerat rapporter innehållande täckningsgradsanalyser och beskrivningar av hur uppgifter från kvalitetsregistren kan användas för att analysera den kommunala hälso- och sjukvården.<sup>171</sup>

Tjänstemän vid Socialdepartementet och Socialstyrelsen uppger att Socialstyrelsens uppdrag om stöd till kvalitetsregistren är avgränsat till att beräkna kvalitetsregistrens täckningsgrad i förhållande till målpopulationen. Uppdraget innefattar således inte sambearbetning av data för att validera datakvaliteten.<sup>172</sup> Tjänstemän vid Socialstyrelsen menar samtidigt att täckningsgradsberäkningar gör det möjligt att upptäcka brister i inrapporteringen och att man tillsammans med kvalitetsregistren kan arbeta för att åtgärda dem.<sup>173</sup>

### 3.2.3 Validering mot externa register sker i begränsad omfattning

Socialstyrelsen gör ingen sambearbetning mellan sina register och kvalitetsregistren i syfte att undersöka datakvaliteten i kvalitetsregistren. Socialstyrelsen har dock gjort ett fåtal sambearbetningar för att beräkna täckningsgrader för kvalitetsregister.

De sambearbetningar som har gjorts har gett information om inrapporteringsgraden till kvalitetsregistren men också visat att det finns brister i inrapporteringsgraden till Socialstyrelsens egna register. En sambearbetning 2013 visade till exempel att det fanns ett stort antal demensdiagnoser i SveDem som inte rapporterats in till Socialstyrelsens patientregister.<sup>174</sup> Att Socialstyrelsen inte gjorde fler sambearbetningar under Äldresatsningen förklarades, enligt Statskontoret, av att Socialstyrelsen saknade jämförbara data att sambearbeta de övriga kvalitetsregistren mot.<sup>175</sup>

<sup>168</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, ss. 9, 64.

<sup>169</sup> Mejl från tjänsteman vid Socialdepartementet 2020-04-02.

<sup>170</sup> Regeringsbeslut S2015/08135/RS (delvis). Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende anslag 1:6, ap.28.

<sup>171</sup> Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register*, 2017; Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register*, 2018.

<sup>172</sup> Samtal med företrädare för registerservice vid Socialstyrelsen, 2020-03-04; mejl från tjänsteman vid Socialdepartementet, 2020-04-01.

<sup>173</sup> Socialstyrelsen, *Nationell registerservice verksamhet 2019*.

<sup>174</sup> Socialstyrelsen, *Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. Jämförelser av täckningsgrader*, 2013, s. 32. Fler indikationer på underrapportering till Socialstyrelsens register finns i Palliativregistrets Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2014, s. 53; SveDem, *Årsrapport 2016*, s. 26.

<sup>175</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Delrapport 4, 2013, s. 47.

För att bedöma kvaliteten i kvalitetsregistren räcker det inte att identifiera avvikelser mot Socialstyrelsens register; det krävs också en analys av vilken källa som är korrekt. Inom ramen för denna granskning har vi sambearbetat Socialtjänstregistrets variabel ”boendeform”<sup>176</sup> med motsvarande variabel i Senior alert och BPSD-registret. Sambearbetningen visar på stora avvikelser mellan de två datakällorna. I kvalitetsregistren finns ett stort antal individer som registrerats som boende i särskilt boende, utan att samma individer kan återfinnas i Socialtjänstregistret.<sup>177</sup> Efter samtal med tjänstemän i de kommuner som har störst avvikelser framkommer att de har rapporterat fel uppgifter till Socialstyrelsen. Den bristande samstämmigheten innebär att det inte är möjligt att analysera hur användningen av kvalitetsregister påverkar vården och omsorgen i ordinärt boende.

### 3.2.4 Registerorganisationernas kvalitetssäkring genom monitorering har inte utökats efter Äldresatsningen

Kvalitetsregisterorganisationerna använder olika metoder för att säkra kvaliteten i registerdata.<sup>178</sup> I sin slutrapport berörde Statskontoret särskilt registerorganisationernas monitorering, det vill säga validering av registerdata mot källdata i patientjournalen. Metoden kräver manuellt arbete och resor för personalen vilket är resurskrävande.<sup>179</sup> När Äldresatsningen avslutades minskade de statliga bidragen till kvalitetsregisterorganisationerna, vilket har påverkat förutsättningarna för monitorering.

De uppgifter som registerhållarna lämnat till Riksrevisionen visar att monitoreringen har minskat för samtliga register sedan 2014. Palliativregistret har under perioden fram till 2019 genomfört monitorering i samma omfattning som 2014, vilket innebar att andelen granskade uppgifter låg under en procent. År 2019 ställdes alla planerade monitoreringsaktiviteter in, men man planerar att återgå till tidigare nivåer under 2020.<sup>180</sup> SveDem som 2014 hade högst andel monitorerade uppgifter minskade från sex procent 2014 till under en procent 2019.<sup>181</sup> Senior alert uppgår att man i princip upphört med monitorering efter 2014.<sup>182</sup> BPSD-registret ökade antalet monitoreringar något men andelen monitorerade uppgifter ligger fortfarande

<sup>176</sup> Variabeln visar om en individ bor i särskilt boende eller ordinärt boende.

<sup>177</sup> Av de som enligt Socialstyrelsens Socialtjänstregister (SoL-registret) bodde i ordinärt boende någon gång 2014–2018, bodde 52 procent på ett särskilt boende enligt BPSD-registret. Av de som enligt SoL-registret bodde i ordinärt boende någon gång 2015–2018, bodde 24 procent på ett särskilt boende enligt Senior alert. Överensstämmelsen mellan registren är betydligt bättre för särskilt boende. Av de som enligt SoL-registret bodde på ett särskilt boende någon gång 2014–2018, bodde över 98 procent på ett särskilt boende enligt BPSD-registret och Senior alert.

<sup>178</sup> I *Valideringshandboken*, 2015, beskriver Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister ett antal metoder för kvalitetssäkring så som validering av logiska kontroller, kontroller vid inmatning, validering mot källdata och externa register, kontroll efter inmatning och monitorering.

<sup>179</sup> Samtal med registerhållare för SveDem, 2020-01-09; BPSD-registret, 2020-01-20; Senior alert, 2020-03-20.

<sup>180</sup> Samtal med registerhållaren för Palliativregistret, 2020-01-20.

<sup>181</sup> Samtal med företrädare för SveDem, 2020-01-16.

<sup>182</sup> Samtal med registerhållaren för Senior alert, 2019-12-12.

under 1 procent.<sup>183</sup> RiksSår har hittills inte genomfört någon monitorering men planerar att göra det under 2020.<sup>184</sup>

Enligt Statskontoret var det enbart Palliativregistret som 2015 hade en systematisk metod för att säkerställa bredd i urvalet av granskade uppgifter.<sup>185</sup> Idag använder registerhållarna i stort samma urvalsmetoder vid monitorering som 2014.<sup>186</sup>

### 3.2.5 Registerorganisationernas kvalitetssäkring utvecklas men bedöms fortfarande ha begränsningar

Samtliga registerhållare bedömer att de har utvecklat sin kvalitetssäkring genom att andra åtgärder har vidtagits, bland annat i samband med uppgradering av de tekniska plattformar som kvalitetsregistren bygger på. De register som inte hade infört logiska kontroller 2014 har nu infört detta. Logiska kontroller innebär att orimliga svar och värden inte går att registrera eller att den som registrerar orimliga uppgifter får ett varningsmeddelande. Kvalitetsregistren har i hög grad också infört så kallade obligatoriska fält i registerformulären för att undvika internt svarsbortfall.<sup>187</sup> Några av registren gör också efterkontroller av inrapporterade uppgifter genom att granska tolkning och rimlighet i den data som rapporterats in till registret.<sup>188</sup>

Inför tilldelning av medel från överenskommelsen om nationella kvalitetsregister bedöms de nationella kvalitetsregistren utifrån olika aspekter. Bedömningen görs av Nationella samverkansgruppen för kvalitetsregister.<sup>189</sup> Av samverkansgruppens beslut framgår att kvalitetssäkringen i Äldresatsningens kvalitetsregister varierar och att kvalitetssäkringen i samtliga register kan utvecklas. Endast Palliativregistret bedömdes 2019 ligga i den högsta så kallade certifieringsnivån (nivå 1).<sup>190</sup> Det framgår dock av samverkansgruppens beslut att Palliativregistret inte uppfyller kriterierna i nivå 1 vad gäller validering av registerdata och bortfallsanalys.<sup>191</sup>

<sup>183</sup> Mejl från registerhållaren för BPSD, 2019-12-17.

<sup>184</sup> Mejl från registerhållaren för RiksSår, 2020-02-04.

<sup>185</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 63.

<sup>186</sup> Palliativregistret gör uteslutande slumpvist urval. SveDem väljer ut enheter som gör många registreringar och enheter som inkommer med många frågor till kvalitetsregistret. BPSD-registret väljer att granska enheter på orter som man skulle besöka ändå men väljer att granska enheter där man bedömt att det finns störst risker. Till skillnad från Statskontorets bedömning menar både SveDem och BPSD-registret att deras urval är präglad av ett riskbaserat angreppssätt.

<sup>187</sup> Samtal med registerhållaren för Senior alert, 2019-12-12; mejl från registerhållaren för BPSD-registret, 2019-12-17; mejl från registerhållare för RiksSår, 2020-02-04; Svenska Demensregistret, *Årsrapport 2018*, s. 61; Svenska palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2018*, s. 79.

<sup>188</sup> Mejl från registerhållaren för Senior alert, 2019-12-20; samtal med registerhållaren för BPSD-registret, 2020-01-23; mejl från registerhållaren för RiksSår, 2020-02-04.

<sup>189</sup> Ledningsfunktionen för nationella kvalitetsregister, *Certifieringsnivåer för nationella kvalitetsregister och registerkandidater*, 2018-04-11.

<sup>190</sup> Palliativregistret, Senior alert och SveDem placerades i nivå 2 och BPSD-registret och RiksSår i den lägsta, nivå 3. Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstilldelning inför 2019*. SveDem, BPSD-registret respektive RiksSår.

<sup>191</sup> Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstilldelning inför 2019*, Palliativregistret.

## 4 Betydelsen av kvalitetsregister för kvaliteten inom äldreomsorgen

I det här kapitlet behandlar vi revisionsfråga 2: Använder kommunerna kvalitetsregister som underlag för systematiskt förbättringsarbete i äldreomsorgen?

Vår granskning visar att det systematiska förbättringsarbete som regeringen ville införa genom Äldresatsningen till stora delar har uteblivit. Det är endast Palliativregistret som tycks ligga till grund för ett sådant arbetssätt. Senior alert och BPSD-registret verkar snarare användas som beslutstöd för individens vård. Användningen som beslutstöd leder till väsentliga förbättringar av vården för de som registreras, men utmanar principen om jämlik vård. Användningen väcker också frågor om följsamheten till patientdatalagens bestämmelser om tillåtna ändamål för kvalitetsregister.

### Bedömningsgrunder

*En god äldreomsorg förebygger vårdskador och undvikbar konsumtion av slutenvård*

Vår utgångspunkt är att en god äldreomsorg har ett förebyggande arbetssätt som minskar vårdskador och onödig slutenvård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att verksamheten ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.<sup>192</sup> En patientsäker hälso- och sjukvård ska skydda patienter från risken att drabbas av vårdskada. I patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras en vårdskada som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".<sup>193</sup> I den statistiska analysen undersöks medverkan i kvalitetsregister och ökad risk för undvikbar slutenvårdskonsumtion, återinskrivningar i slutenvården, fallolyckor, höft- och lårfrakturet samt trycksår.

Vi utgår från att god läkemedelsbehandling följer den inriktning som Socialstyrelsen beskriver i rapporten "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre". I den statistiska analysen undersöks medverkan i kvalitetsregister och risken att expedieras olämpliga läkemedel, polyfarmaci samt att förskrivas läkemedel som ökar risken för fallskador (bland annat antidepressiva läkemedel, opioider, lugnande läkemedel och sömnläkemedel). För den palliativa vården utgår vi från att god läkemedelsbehandling följer de riktlinjer som Palliativregistret har tagit fram. I den statistiska analysen undersöker vi expedieringen av bland annat Midazolam, opioider och Haldol.

<sup>192</sup> 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>193</sup> 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

*Kvalitetsregister ska användas för förbättringsarbete, men inte som beslutsstöd*

Vår utgångspunkt är att eventuella förbättringar av verksamheten ska komma alla patienter till del, inte bara dem som är registrerade. Utgångspunkten grundas i att nationella kvalitetsregister enligt patientdatalagen (2008:355) ska användas för kvalitetssäkring, statistikframställning eller forskning, men inte som underlag för beslut om vård och omsorg för enskilda patienter.<sup>194</sup>

## 4.1 Kvalitetsregistren har en dubbel funktion

Kvalitetsregistren har dubbla funktioner. De används dels som ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet, dels som ett stöd för beslut som rör individuell vård. Att använda kvalitetsregister som beslutsunderlag för individens vård är juridiskt tveksamt.

Regeringens avsikt har varit att få till stånd ett systematiskt förbättringsarbete inom äldreomsorgen utifrån uppgifter hämtade från kvalitetsregistren. Tanken var att personal på olika nivåer i den kommunala organisationen skulle analysera uppgifter om verksamheten och utfallet för patienterna och utifrån detta hitta förbättringsområden och sedan förbättra verksamheten. Utifrån den tänkta effektkedjan skulle förbättringar komma alla de äldre till del, även dem som inte registrerats i kvalitetsregistren.

Riksrevisionen<sup>195</sup> och Vårdanalys<sup>196</sup> har tidigare noterat att vissa kvalitetsregister även används som beslutsstöd för att skapa struktur i vården av den registrerade patienten (se avsnitt 2.3.1). I Riksrevisionens tidigare granskning konstateras att vårdpersonalens motivation att registrera i kvalitetsregister ofta drivs av den nytta registreringen kan skapa i mötet med den enskilda patienten. Att använda kvalitetsregister som stöd för beslut om vård kan dock strida mot patientdatalagens bestämmelser om tillåtna ändamål för kvalitetsregister<sup>197</sup>. Här finns därför en spänning mellan vad vårdpersonalen gör och vad lagen föreskriver.

BPSD-registret och Senior alert är inte byggda som renodlade beslutsstöd, men det är uppenbart att de lämpar sig väl som stöd för beslut om vård för enskilda individer. Registreringen ger upphov till verksamhetsnära information om observationer som gjorts om patienten, vilka åtgärder som har vidtagits och hur det har gått för patienten. Denna information är värdefull vid beslut av vård för de individer som har registrerats.

<sup>194</sup> 7 kap. 4–6 §§ patientdatalagen (2008:355).

<sup>195</sup> Riksrevisionen, *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?*, 2013, s. 49.

<sup>196</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, 2017, s. 96.

<sup>197</sup> Se till exempel Datainspektionen, *Beslut efter tillsyn enligt personuppgiftslagen (1998:24) – nationella kvalitetsregister, 7 kap. patientdatalagen*, 2010.

Sådan verksamhetsnära information ska också registreras i patientjournalen, som enligt patientdatalagen ska utgöra grunden för beslut om behandling av enskilda patienter. Att vårdpersonal ibland föredrar att hämta informationen från något av registren, kan förklaras av den struktur som registren erbjuder. I fokusgrupper och intervjuer med vårdpersonal framkommer att registren ger en bättre överblick över vårdprocessen. Det finns också tecken på att registren ibland innehåller mer utförlig information än patientjournalen.<sup>198</sup>

Det fanns under Äldresatsningen långtgående planer på att bygga om Senior alert och BPSD-registret så att de kunde fungera mer som beslutsstöd, men dessa planer förverkligades aldrig. Anledningen var dels att det fanns juridiska hinder, dels att den kliniska kompetensen hos sjuksköterskor och läkare ansågs vara avgörande för att göra rätt prioriteringar av vård på individnivå.<sup>199</sup>

## 4.2 Systematiskt förbättringsarbete sker i begränsad utsträckning

Vår granskning visar att kommunerna endast i begränsad utsträckning använder data från kvalitetsregister som ett underlag vid förbättringsarbetet i äldrevården. Det bekräftar både våra kvalitativa och kvantitativa analyser<sup>200</sup>.

På riksnivå indikerar vår statistiska undersökning att Palliativregistret i viss mån leder till det systematiska förbättringsarbete som kommer alla till del, vilket var regeringens mål med kvalitetsregistren i Äldresatsningen.<sup>201</sup> Det tydligaste mönstret är att andelen äldre som får undvikbar slutenvård i livets slutskede<sup>202</sup> minskar ju högre täckningsgraden är i Palliativregistret.<sup>203</sup> Även andelen äldre som riskerar att drabbas av upprepad undvikbar slutenvård under den sista tiden i livet minskar ju högre täckningsgraden är i Palliativregistret.<sup>204</sup> Läkemedlet Haldol, som Socialstyrelsen rekommenderar bör användas i den palliativa vården för att dämpa illamående, förvirring och hallucinationer, expedieras i större utsträckning och till högre dos under den sista tiden i livet ju större täckningsgraden är i Palliativregistret.<sup>205</sup> Däremot finner vi inte att andra läkemedel som rekommenderas i den palliativa vården, som Midazolam (mot ångest), Robinul

<sup>198</sup> Intervju med tjänsteman på SKR, 2020-08-28; intervju med registerhållare för Senior alert, 2020-06-04; fokusgrupp med MAS i Stockholms län, 2019-05-07. Se också Jareteg, *Dokumentation av nutritionsomhändertagande för äldre patienter med risk för undernäring – en studie på Ryhovs sjukhus*, 2012; Neymark Wolgast, *Äldre personer med risk för undernäring – dokumentation och överrapportering*, 2011.

<sup>199</sup> Möte med tjänstemän vid SKR, 2020-06-14.

<sup>200</sup> Resultaten från den kvantitativa analysen finns i bilaga 2.

<sup>201</sup> Se bilaga 2, avsnitt A2 för metod och detaljerade resultat för Palliativregistret.

<sup>202</sup> Livets slutskede har mätts som de sista 30,14 respektive 7 dagarna i livet.

<sup>203</sup> Se bilaga 2 avsnitt A2.5, tabell A7.

<sup>204</sup> Se bilaga 2, avsnitt A2.5, tabell A8.

<sup>205</sup> Se bilaga 2, avsnitt A2.5, tabell A11.

(mot rosslighet) och morfinliknande preparat (mot smärta) samvarierar med täckningsgraden i Palliativregistret.<sup>206</sup>

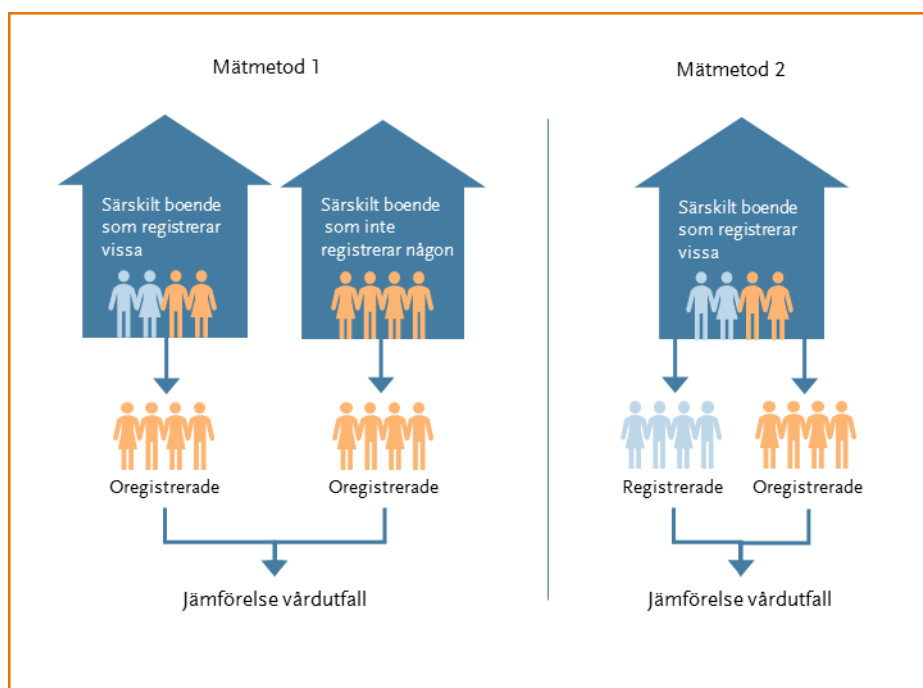
Resultaten från vår statistiska analys ger inte stöd för att Senior alert eller BPSD-registret generellt används som grund för det systematiska förbättringsarbetet. Men både den kvantitativa<sup>207</sup> och kvalitativa analysen visar på att det finns ett fåtal kommuner som utgör tydliga undantag från detta generella mönster.

Vi använder två mätmetoder för att statistiskt undersöka om BPSD-registret och Senior alert används i det systematiska förbättringsarbetet. Vi jämför vårdkvalitet mellan

- oregistrerade som bor på ett särskilt boende som använder kvalitetsregistret för andra äldre och oregistrerade som bor på ett särskilt boende som över huvud taget inte använder registret
- registrerade och oregistrerade som bor på ett särskilt boende som använder kvalitetsregistret.

De två mätmetoderna illustreras i figuren nedan.

**Figur 3** Illustration av mätmetoder



<sup>206</sup> Se bilaga 2, avsnitt A2.5, tabellerna A9, A10 och A12.

<sup>207</sup> Se bilaga 2, avsnitt A1 för metod och detaljerade resultat för BPSD-registret och Senior alert som grund för systematiskt förbättringsarbete.



Om kvalitetsregistren används som underlag för ett systematiskt förbättringsarbete som kommer alla till del på ett särskilt boende skulle det innebära att äldre som bor på ett särskilt boende som använder kvalitetsregister skulle få bättre vårdkvalitet än dem som bor på ett särskilt boende som inte registrerar. Vi förväntar oss därför att vårdkvaliteten är högre bland oregistrerade om de bor på ett särskilt boende som registrerar någon, jämfört med om de bor på ett särskilt boende där ingen registreras (se figur 3, mätmetod 1). Vi förväntar oss även att det inte ska finnas några skillnader i vårdkvalitet mellan de äldre som är registrerade och de som inte är det men bor på ett särskilt boende där andra registreras, om förbättringsarbetet kommer alla på det särskilda boendet till del (se figur 3, mätmetod 2).

Den statistiska analysen visar att vårdkvaliteten överlag är lika god för äldre som inte är registrerade i Senior alert eller BPSD-registret oavsett om de bor på ett särskilt boende som registrerar i kvalitetsregister eller inte, vilket går emot våra förväntningar. Generellt är den även högre för dem som är med i registren jämfört med dem som inte är registrerade, vilket även detta går emot våra förväntningar.<sup>208</sup> Vårdkvaliteten mäts här som risken för fallskador, höft- och lårfakturer, trycksår och hög förskrivning av olämpliga läkemedel, polyfarmaci och läkemedel som kan ge biverkningar med ökad risk för fall.<sup>209</sup> Det finns inte heller något som tyder på att äldre som inte är registrerade i kvalitetsregister skulle ha fått en minskad risk för undvikbar slutenvård eller återinskrivning i slutenvård inom 30 dagar när de bott i ett särskilt boende som använder kvalitetsregister jämfört med i ett särskilt boende som inte gör det. Däremot har de som är registrerade i kvalitetsregister en lägre risk för undvikbar slutenvård och återinskrivningar i slutenvården än dem som inte är registrerade men bor i särskilda boenden som använder kvalitetsregister. Dessa resultat talar emot att BPSD-registret och Senior alert används som underlag i ett systematiskt kvalitetsarbete.<sup>210</sup>

#### 4.2.1 Det finns hinder för förbättringsarbete på lokal nivå

Det finns en rad kvarstående hinder för att få till ett systematiskt förbättringsarbete bland personalgrupper på lokal nivå. De främsta hindren är den höga personalomsättningen i äldreomsorgen, den låga utbildningsnivån, bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och svårigheten att hitta tid för att tillsammans analysera data och förändra verksamheten.

<sup>208</sup> Se bilaga 2, avsnitt A1.7.

<sup>209</sup> Se bilaga 2, avsnitt A1.5 för våra mått för vårdkvalitet.

<sup>210</sup> Se bilaga 2, avsnitt A1.7.2.

De öppna svaren på vår enkät till kommunernas MAS och våra intervjuer med tjänstemän på olika nivåer visar att många kommuner befinner sig i en omstarts- eller uppstartsfas i arbetet med kvalitetsregistren.<sup>211</sup> I detta läge prioriteras inte övergripande förbättringsarbete och det är många gånger heller inte möjligt baserat på de registerdata som finns att tillgå. Hur långt man har kommit i processen skiljer sig också mellan olika enheter inom kommunerna. Denna iakttagelse bekräftas också av våra enkätsvar, där en tydlig majoritet av respondenterna anser att kommunens äldreomsorgsenheter saknar förmåga att bedriva ett förbättringsarbete utan stöd från utomstående, eller att förmågan varierar starkt mellan enheterna i kommunen.<sup>212</sup>

En vanlig uppfattning bland MAS i kommunerna är att personalgrupper i äldreomsorgen tycker att det är tekniskt svårt att göra relevanta utdrag som kan ligga till grund för analys och förbättringsarbete. I en tidspressad verksamhet kan även en låg teknisk tröskel vara skälet till att förbättringsarbetet inte blir av.

Framför allt Senior alert och BPSD-registret anses på grund av sina mer processorienterade mått vara svårare att använda för redovisning och kommunikation av konkreta resultat. Våra intervjuer visar att även två av de kommuner som kommit långt i liten utsträckning använder resultatdata från BPSD-registret och Senior alert för övergripande resultatredovisning och förbättringsarbete. Två av dessa kommuner använder inga resultatmått från BPSD-registret i den övergripande redovisningen och när det gäller Senior alert följer man endast hur stor andel riskbedömningar som resulterar i en åtgärd.<sup>213</sup>

Det finns också begränsningar för förbättringsarbetet som kan förklaras av den kommunala hälso- och sjukvårdens förutsättningar. I våra fokusgrupper med MAS påpekas att den kommunala hälso- och sjukvården har en relativt svag position i förhållande till andra verksamheter i kommunen. Detta beror bland annat på att hälso- och sjukvården oftast är organisatoriskt underordnad socialtjänsten. Socialtjänsten leds ofta av personer utan hälso- och sjukvårdsutbildning vilket kan ha bidragit till att den kommunala hälso- och sjukvården inte har samma tradition av evidensbaserat arbetssätt som regionvården.<sup>214</sup>

<sup>211</sup> Exempelvis påpekade 19 respondenter från kommuner i 11 län, i de öppna svarsfälten i vår enkät till MAS, att de befinner sig i en omstarts- eller uppstartsfas; telefonintervjuer med företrädare för kommun 2, 2019-11-27; kommun 3, 2019-11-14; kommun 6, 2019-11-27; kommun 8, 2019-11-11; fokusgrupp med MAS i Stockholms län, 2019-05-07.

<sup>212</sup> Riksrevisionens enkät till MAS, fråga 11: Har äldrevårdenheterna kompetens att utan stöd från annan instans driva utvecklingsarbete med hjälp av kvalitetsregister? Gör en generell bedömning. Svar: särskilt boende: inte alls 16 procent, varierar kraftigt 46 procent. Ordinärt boende: inte alls 26 procent, varierar kraftigt 43 procent.

<sup>213</sup> Mejl från företrädare för kommun 1, 2019-12-16, och kommun 5, 2019-11-20.

<sup>214</sup> Jfr fokusgrupp med MAS i Stockholms län, 2019-05-07; fokusgrupp med MAS i Värmlands län 2019-06-17; se även SOU 2020:36, s. 240, 308 f.

En försvårande omständighet är också svårigheten att bygga upp analytisk kompetens i socialtjänstens personalgrupper där en stor andel av medarbetarna är timanställda<sup>215</sup> och har låg utbildningsnivå. Bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utgör också en stor utmaning för den kommunala hälso- och sjukvården. (Se även avsnitt 2.1.2).

#### 4.2.2 Systematiskt förbättringsarbete behöver styras och efterfrågas från hög nivå i kommunen

Vår bedömning är att förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister i hög grad är beroende av om arbetet styrs och efterfrågas från högre nivåer i kommunorganisationen och på länsnivå. Det är också tydligt i våra intervjuer och enkätsvar att efterfrågan på resultat från högre nivåer ofta saknas. Denna bedömning ligger i linje med Statskontorets slutsats i myndighetens slututvärdering av Äldresatsningen 2015 (se avsnitt 2.5.2).

I många kommuner finns i grunden en önskan från ledningen att personalen ska arbeta med kvalitetsregister. Politikerna ser en nytta med registren och är därför villiga att betala för användningen av dem (se avsnitt 2.3.2). Uppgifterna från kvalitetsregistren används ofta i kommunens patientsäkerhetsberättelse<sup>216</sup> och i förekommande fall kvalitetsberättelsen<sup>217</sup>. Vår bedömning är dock att det i många kommuner saknas kunskap om och rutiner för hur kvalitetsregisterdata kan användas för övergripande förbättringsarbete. Ofta är arbetet beroende av enskilda individers engagemang, exempelvis MAS, enhetschef, utvecklingsansvarig eller enskilda personalgrupper, som verkar för att upprätthålla kontinuiteten i arbetet. Under sådana förutsättningar är förutsättningarna för systematiskt förbättringsarbete begränsade.

Bland de nio kommuner vi har undersökt närmare (se bilaga 3), finns det tre kommuner<sup>218</sup> som har kommit förhållandevis långt i sitt systematiska förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister. Dessa kommuner har byggt upp ett ledningssystem för att stötta enheternas arbete med förbättringsarbete, både vad gäller uppföljning av patienter och fackförvaltningens uppföljning av enheternas prestationer. I dessa kommuner har man formulerat mål som relaterar till kvalitetsregistren och det finns avsatt schemalagd tid för personalen att arbeta med kvalitetsregister. I de tre kommunerna har förvaltningen dessutom skapat en organisation för att stötta de verksamheter som har svårt att upprätthålla beslutade rutiner.

<sup>215</sup> Enligt uppgifter från Kolada är 21 procent timanställda och ytterligare 5 procent är anställda visstid per månad. Kolada, data hämtad 2020-07-31.

<sup>216</sup> Riksrevisionens enkät till MAS 2019, fråga 15: 94 procent av respondenterna menar att kvalitetsregistren används som underlag till patientsäkerhetsberättelsen.

<sup>217</sup> Riksrevisionens enkät till MAS 2019, fråga 15: 52 procent av respondenterna menar att kvalitetsregistren används som underlag till kvalitetsberättelsen.

<sup>218</sup> Kommun 1, 2 och 5.

De tre kommunerna skiljer sig åt på några punkter. Två av kommunerna tycks ha ett stabilt system för övergripande förbättringsarbete som omfattar hela organisationen, där resultaten från kvalitetsregistren följs upp både på politisk nivå och inom ansvarig förvaltning. En av dessa två kommuner deltar dessutom i utvecklingsarbete på regional nivå under ledning av RSS.<sup>219</sup> I den tredje kommunen finns indikationer på att kvalitetsregistren inte är lika väl integrerade i organisationen. Där är man fortfarande i en uppstartsfas efter en större omorganisation. För att skapa enhetlighet och kontroll så används kvalitetsregistren som en del av ett ledningssystem som omfattar äldreomsorgens alla enheter.<sup>220</sup>

Gemensamt för de tre kommunerna är att resultaten från kvalitetsregistren i ett första steg sammanställs på förvaltningsnivå. Sammanställningen kan till exempel syfta till att följa upp antalet utförda riskbedömningar för undernäring, risk för undernäring och förekomst av undernäring hos kommunens egna och kontrakterade utförare. Sammanställningen från kvalitetsregistren skickas sedan ut till verksamhetsenheterna för diskussion i personalgrupperna.

Två av kommunerna uppger att kvalitetsregistren är viktiga för att upprätthålla patientsäkerheten<sup>221</sup>, bland annat då man upplever en ökad personalomsättning och minskande kompetens hos personalen över tid. Under sådana förutsättningar kan kvalitetsregistren bidra till ett strukturerat arbetssätt. Det blir också lättare för förvaltningen att följa upp verksamheten, menar de tjänstemän vi har intervjuat.

### 4.3 Data från kvalitetsregister används som beslutsstöd på individnivå – med goda resultat

Vår granskning visar att BPSD-registret och Senior alert används som beslutsstöd i den individuella vården. De äldre som är registrerade i dessa register får bättre vård än äldre som inte är det, vilket bekräftas av både våra kvalitativa och kvantitativa analyser<sup>222</sup>.

Senior alert och BPSD-registret är inte renodlade beslutsstöd som ger personalen konkreta åtgärdsförslag utifrån information som finns i registren. Vårdpersonalen måste själva analysera de data de har matat in och bedöma vilka åtgärder som är lämpliga. Det är dock tydligt utifrån våra fokusgrupper och intervjuer med socialchefer, MAS och sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården att de två registren används för att skapa en bättre struktur i vården och att användningen genererar stora nyttor för de individer som har registrerats.

<sup>219</sup> Kommun 5.

<sup>220</sup> Kommun 2.

<sup>221</sup> Kommun 1 och 2.

<sup>222</sup> Metod och resultat för den kvantitativa analysen redovisas i Bilaga 2, avsnitt A3.

Nyttan för de registrerade individerna kan uppstå på flera sätt. För att kunna registrera den information som efterfrågas i registren, behöver personalen reflektera över individens behov, hur arbetsstegen i registren har genomförts och hur det har gått för patienten. Det innebär att de som registreras ägnas särskild uppmärksamhet och eftertanke. Det kan redan under registreringen uppstå idéer om hur vården av den registrerade kan förbättras. Det innebär att även de verksamheter som bara registrerar men aldrig kommer till analysfasen, kan höja kvaliteten i vården av den som har registrerats.

Även när registreringen, analysen och förbättringsarbetet har nått en relativt hög mognadsnivå, så tycks den huvudsakliga nyttan uppstå för den person som har registrerats. Analysen föranleder ofta en avstämning med kollegor, vilket innebär att vården av den registrerade personen ges en mer allsidig utvärdering av personal med olika kompetenser. Detta kan i sin tur bidra till mer träffsäkra förbättringar i vården av den som har registrerats.

Palliativregistret har inte den dubbla funktion som beskrevs i avsnitt 4.1 ovan. Eftersom individer registreras först efter sin död, kan den information som har registrerats inte användas för att förbättra vården om den registrerade. Beroende på denna naturliga begränsning kan Palliativregistret endast användas retrospektivt, för att dra lärdom av erfarenheter från avslutade vårdprocesser och förbättra vården för de patienter som går in i en palliativ fas.

#### 4.3.1 De som registreras får en bättre vårdkvalitet

Vår statistiska analys visar att äldre personer som är registrerade i Senior alert eller BPSD-registret generellt får bättre vård än dem som inte är registrerade. Det finns inget som tyder på att skillnaden beror på att de särskilda boenden som registrerar har bättre kvalitet, som fler sjuksköterskor eller omsorgspersonal per bostad eller en större andel utbildad personal, än dem som inte registrerar. Hur registreringen påverkar olika risker för patientsäkerheten, som till exempel risk för fall eller undvikbar slutenvård, varierar beroende på vilket register som används. För de som är registrerade i BPSD-registret finns det ingen skillnad i vårdkvalitet mellan dem som även är med i Senior alert och dem som inte är det. För dem som är registrerade i Senior alert är det däremot gynnsamt att även vara med i BPSD-registret.<sup>223</sup>

##### *Registrerade patienter konsumerar mindre slutenvård*

Det tydligaste mönstret i vår kvantitativa analys är att äldre personer som har registrerats i något av de två registren haft en väsentligt minskad risk för dels undvikbar slutenvård, dels återinläggning inom 30 dagar. För BPSD-registret är skillnaden mellan registrerade och oregistrerade individer mycket stora.<sup>224</sup>

<sup>223</sup> Se bilaga 2, avsnitt A3.

<sup>224</sup> Se bilaga 2, avsnitt A3 och tabell A21.

Detta måste tolkas som ett otvetydigt positivt resultat för de äldre som har registrerats, eftersom de i mindre utsträckning drabbas av sjukdomar och skador som leder till slutenvård som skulle ha kunnat undvikas. Det bör också innebära att slutenvården avlastas och att vårdkostnaderna minskar.

#### *Registrerade patienter förskrivs mer demensläkemedel*

Ett av BPSD-registrets mål är att öka användningen av demensläkemedel för personer med Alzheimers sjukdom.<sup>225</sup> Vår analys visar att äldre som är registrerade i BPSD-registret expedieras mer demensläkemedel än äldre som inte finns med i registret. Detta kan vara ett resultat av att personer med mer uttalade demenssymtom i större utsträckning registreras i BPSD-registret, och inte av att registrering i BPSD-registret leder till högre förskrivning av demensläkemedel. Registerhållaren bekräftar att det troligtvis är selektion in i BPSD-registret av personer med starkare demenssymtom.<sup>226</sup> (Se avsnitt 4.3.2 för ett resonemang om tolkning av våra resultat.) Om det däremot skulle vara så att registrering bidrar till en ökad användning av demensläkemedel så tolkar vi detta som ett positivt resultat. Socialstyrelsen har bedömt att fler personer med demens skulle behöva upptäckas, diagnostiseras och behandlas med läkemedel.<sup>227</sup> Vi har inte fått uppfattningen i samtal med registerhållaren att det skulle finnas någon selektion av vilka som registreras i Senior alert. Äldre som är med i Senior alert expedieras i mindre utsträckning demensläkemedel än dem som inte är registrerade.

#### *Patienter som är registrerade i BPSD-registret förskrivs färre olämpliga läkemedel*

BPSD-registret har även som mål att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel. Senior alert fokuserar bland annat på att förebygga risk för fall. Läkemedelskonsumtion kan påverka risken för fallolyckor då en del läkemedel har yrsel och ostadighet som biverkningar.<sup>228</sup>

Personer som har registrerats i BPSD-registret förskrivs i mycket mindre utsträckning olämpliga läkemedel än de som inte är med i registret. Registrerade personer har också en kraftigt minskad risk för samtidig användning av mer än tio olämpliga läkemedel, så kallad ”polyfarmaci”. De har däremot en ökad risk att förskrivas neuroleptika, lugnande läkemedel och antidepressiva läkemedel, men läkemedelsdosen är lägre än för de som inte är med i BPSD-registret.<sup>229</sup> Över lag tolkar vi resultaten som positiva eftersom Socialstyrelsen bedömer att förskrivningen till äldre bör minska.<sup>230</sup> Man får anta att en minskad användning av olämpliga

<sup>225</sup> BPSD-registret, *Årsrapport 2018*, s. 20.

<sup>226</sup> Intervju med registerhållaren för BPSD-registret, 2020-06-12.

<sup>227</sup> Socialstyrelsen, *Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, 2018, s. 61. Se också Socialstyrelsen, *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, 2017, s. 70.

<sup>228</sup> Se bilaga 2, avsnitt A1.5.9.

<sup>229</sup> Se bilaga 2, avsnitt A3.3, och tabell A13–A20.

<sup>230</sup> Socialstyrelsen, *Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, 2018, s. 28 ff. Se också Socialstyrelsen, *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, 2017.

läkemedel och en lägre dosering kan översättas i minskade läkemedelsbiverkningar. Om BPSD-registret bidrar till minskade läkemedelsbiverkningar så är detta ett otvetydigt positivt resultat, som bidrar till ökad livskvalitet för de äldre och lägre vårdkostnader för det offentliga.

Vi finner inte att medverkan i Senior alert förknippas med lägre läkemedelskonsumtion. Det är lika stor risk att förskrivas läkemedel som bör undvikas, neuroleptika, opioider och lugnande läkemedel oavsett om den äldre är registrerad i Senior alert eller ej. Men det finns en något förhöjd risk för polyfarmaci och att förskrivas antidepressiva och epilepsiläkemedel för de som är med i Senior alert.<sup>231</sup>

#### *Registrerade patienter har minskad risk för fallolycka*

Som redan nämnts är ett av huvudfokus i Senior alert att minska risken för fallskador. Ett annat fokusområde är trycksår. Vi finner att personer som är registrerade i Senior alert har en minskad risk för att drabbas av fallolyckor som leder till sjukhusvård.<sup>232</sup> Registrerade personer drabbas också i mindre utsträckning av höft- och lårfrakturen än personer som inte varit registrerade.<sup>233</sup> De har även en mycket lägre risk att få trycksår som föranleder slutenvård.<sup>234</sup>

Det finns ingen motsvarande tendens för personer som varit registrerade i BPSD-registret. Tvärtom har de som är registrerade i BPSD-registret en högre risk att drabbas av fallolyckor som leder till slutenvård eller höft- och lårfrakturen. Om det sker selektion in i BPSD-registret av de allra sköraste äldre, skulle detta resultat kunna vara ett uttryck för att sköra personer med svåra BPSD-symtom har en större risk för att ramla än andra och en större chans att finnas i BPSD-registret.

#### *Registren har olika inverkan på vårdkvaliteten*

Att Senior alert och BPSD-registret tycks ha olika inverkan på vårdkvaliteten för de registrerade ligger väl i linje med de två registrens olika syften och inriktning. Bägge registren syftar till att stärka det förebyggande arbetssättet men BPSD-registret har en snävare målpopulation – personer med framskriden demens – och syftar specifikt till att minska den höga förskrivningen av olämpliga läkemedel.

<sup>231</sup> Se bilaga 2, avsnitt A3.3 och tabellerna A13–A20.

<sup>232</sup> Se bilaga 2, tabell A22.

<sup>233</sup> Se bilaga 2, tabell A23.

<sup>234</sup> Se bilaga 2, tabell A22.

### 4.3.2 Resultaten är starkare än i tidigare studier

Våra resultat är betydligt starkare än vad som framkommit i tidigare studier. Det har gjorts ett fåtal internationella studier av hur användningen av BPSD-registret påverkar vårdkvaliteten. Dessa indikerar att användningen av registret i särskilt boende minskar utvecklingen av BPSD-symptom, minskar konsumtionen av slutenvård och stärker personalens attityder till personer med demens. De har dock inte kunnat påvisa någon tydlig inverkan på läkemedelsanvändningen.<sup>235</sup> Det finns såvitt vi vet ingen studie som särskilt belyser hur användningen av kvalitetsregister i äldreomsorgen påverkar de som inte är registrerade men bor i en miljö där kvalitetsregister används.

Det finns omständigheter som talar för att våra resultat är underskattade. Trots att båda registren eftersträvar fullständig täckningsgrad är det som bekant bara ett urval av alla patienter som är registrerade. Ingen vet säkert hur detta urval går till i praktiken. Å ena sidan tycks faktorer som tid, engagemang och personalomsättning spela roll för hur systematiskt registreringen går till. Å andra sidan har vi också fått signaler om att det är de mest sköra patienterna som registreras, eftersom det är dessa personer personalen känner störst behov av att följa närmare. Om det sker en medveten eller omedveten selektion av de mest sköra patienterna kunde man förvänta sig att de registrerade skulle vara mer utsatta för patientsäkerhetsrisker än de oregistrerade, och till exempel konsumera mer slutenvård. Vi finner istället att det är tvärtom. Det innebär att de positiva resultat vi har identifierat kan vara underskattade.

---

<sup>235</sup> Sundhedsstyrelsen, *Evaluering af model till målrettet pleje af plejehemsboere med demens og BPSD*, 2019; M. Nakanishi, K. Endo m.fl., *Dementia behaviour management programme at home: impact of a palliative care approach on care managers and professional caregivers of home care services*. Ageing and mental health, 2017; M. Nakanishi, K. Endo m.fl., *Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2017; s. 1–9; S. Mayer m. fl., *Improved Quality of Life by Active Intervention with the Swedish BPSD Registry*. Alzheimers and dementia – the journal of the Alzheimers association, juli 2014, vol. 10, issue 4, supplement, s. 139–140.



## 5 Statens insatser för systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister

I det här kapitlet behandlar vi revisionsfråga 3: Har staten efter Äldresatsningen vidtagit rimliga åtgärder för att stödja ett systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister i äldreomsorgen?

Vår granskning visar att regeringens insatser inte har gett kommunerna tillräckligt stöd för det systematiska förbättringsarbetet utifrån kvalitetsregister. Socialstyrelsen hade en begränsad roll under satsningen och har inte växlat upp efter satsningen. När Äldresatsningen avslutades försvann styrningen på nationell nivå, och det stöd som de regionala stöd- och samverkansstrukturerna (RSS) gav till kommunerna under satsningen försvagades.

### Bedömningsgrunder

*Staten behöver ge vägledning om hur kvalitetsregister ska användas för systematiskt förbättringsarbete*

Staten har i flera olika överenskommelser med SKR genomfört satsningar på nationella kvalitetsregister. Äldresatsningen innebar att flera nationella kvalitetsregister infördes i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården för äldre. Regeringens avsikt med satsningen var att arbetssätten skulle förändras och ge stöd i det lokala förbättringsarbetet.<sup>236</sup>

I patientdatalagen (2008:355) anges att ändamålet med de nationella kvalitetsregistren är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.<sup>237</sup> Patientdatalagen är en ramlag som inte närmare anger hur detta förbättringsarbete ska gå till i praktiken. Som konstaterades i SOU 2014:23 behöver patientdatalagen därför kompletteras med föreskrift och vägledning på myndighetsnivå.<sup>238</sup> Riksrevisionen anser därför att det är rimligt att staten ger kommunerna vägledning om hur förbättringsarbete som baseras på nationella kvalitetsregister kan utföras.

*Statens kunskapsstyrning bör samordnas med regeringens riktade satsningar så att de bidrar till en långsiktig utveckling*

Riksrevisionen utgår från att tillfälliga satsningar riktade mot kommuner planeras och genomförs med ambitionen att de bidrar till en långsiktig utveckling hos mottagarna. Det är därför rimligt att den statliga styrningen stödjer utveckling även efter att regeringens riktade satsning avslutats.

<sup>236</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2010/1130/FST, bilaga I, s. 3.

<sup>237</sup> 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).

<sup>238</sup> SOU 2014: 23, s. 502.

## 5.1 Behovet av utvecklat kunskapsstöd i kommunal äldreomsorg har varit känt sedan länge

Det fanns under och efter Äldresatsningen goda skäl för regeringen att planera för ett långsiktigt stöd för den kommunala hälso- och sjukvårdens användning av kvalitetsregister för lokalt förbättringsarbete. Det har länge funnits kunskap om svårigheten att få vårdpersonal att använda data från kvalitetsregister som underlag för lokalt förbättringsarbete.<sup>239</sup> Det har också varit väl känt att utmaningarna är särskilt påtagliga inom kommunal vård och omsorg. (se avsnitt 2.1.2).

Ett känt problem är också att en felaktig användning av kvalitetsregister kan bidra till ojämlik vård. Riksrevisionen pekade i en granskning 2013 på att vårdpersonal använde data från kvalitetsregister som underlag för beslut i vårdsituationer. Detta, menade Riksrevisionen, stod i strid med patientdatalagen och skapade en risk för ett missgynnande av patienter som valt att inte vara med i ett register eller som vårdas på en enhet som valt att inte registrera i kvalitetsregister.<sup>240</sup> Risken för ojämlik vård har också belysts av Vårdanalys, Datainspektionen och en statlig utredning (se avsnitt 4.1).

Under Äldresatsningen genomförde regeringen och SKR en rad projekt som syftade till att stimulera det lokala förbättringsarbetet. Statskontoret bedömde i sin slututvärdering av Äldresatsningen att projekten bidrog till förbättringsarbetet men gav en förhållandevis svag lärandeeffekt hos huvudmännen. Statskontoret konstaterade att det framtida förbättringsarbetet inte var säkerställt och rekommenderade regeringen att ge myndigheterna inom Rådet för styrning med kunskap ett uppdrag att utforma en nationell strategi för kunskapsstöd för vården och omsorgen om äldre (se avsnitt 2.5.3).<sup>241</sup>

Företrädare för RSS och kvalitetsregisterorganisationerna framhåller att det finns ett behov av stöd hos kommunerna för användning av kvalitetsregister. Kvalitetsregisterorganisationerna uppger att deras stödverksamhet har minskat i omfattning efter att satsningen avslutades men efterfrågan bedöms vara fortsatt stor.<sup>242</sup> Företrädare för RSS uppger att kommunerna generellt sett inte får det stöd de behöver för att bedriva ett effektivt förbättringsarbete baserat på

<sup>239</sup> Riksrevisionen, *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?*, 2013, s. 31 f.

<sup>240</sup> *Ibid.*, s. 49.

<sup>241</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 49 f, 104 f.

<sup>242</sup> Mejl från registerhållaren för Senior alert, 2020-06-30; jfr mejl från registerhållarna för BPSD-registret, 2020-06-17 och Palliativregistret, 2020-06-17.

kvalitetsregister.<sup>243</sup> Registerhållare och representanter för RSS pekar på att kommunerna ofta har sämre förutsättningar än regionerna, där det i högre utsträckning finns en tydligare kunskapstradition och funktioner i organisationen som har till uppgift att stödja implementering av ny kunskap i verksamheterna.

## 5.2 Socialstyrelsens stöd till förbättringsarbete är under utveckling

Trots att Socialstyrelsen hade flera uppdrag kopplade till överenskommelsen mellan regeringen och SKR, hade myndigheten överlag en perifer roll i Äldresatsningen. Statskontoret konstaterade att det i vissa delar saknades ett nationellt kunskapsstöd vilket Statskontoret förklarade med att Socialstyrelsen inte hade varit tillräckligt involverad i överenskommelsen. Som framgår av avsnitt 2.5.3 föreslog Statskontoret att regeringen skulle ge Socialstyrelsen och de andra myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap uppdraget att ta fram en nationell strategi för kunskapsstöd för vården och omsorgen om äldre. Men ett sådant uppdrag fick aldrig de berörda myndigheterna.

Företrädare för SKR och registerhållare menar att vårdpersonal ofta har behov av ett förhållandevis konkret stöd för att kunna omsätta resultaten från kvalitetsregister till analys och systematiskt förbättringsarbete. Av svaren på Riksrevisionens enkät framgår att respondenterna inte upplever att Socialstyrelsen erbjuder kommunerna ett sådant stöd.<sup>244</sup> Detta kan delvis förklaras av en svag efterfrågan från kommunerna, vilket i sin tur kan kopplas till Socialstyrelsens begränsade roll under Äldresatsningen. När det riktade statsbidraget avslutades fick registerhållarna markant försämrade förutsättningar att ge stöd åt kommunerna, men det var få kommuner som såg Socialstyrelsen som ett naturligt alternativ.<sup>245</sup>

### 5.2.1 Socialstyrelsens kunskapsstöd ger inte vägledning i kommunernas förbättringsarbete med kvalitetsregister

Vår genomgång av Socialstyrelsens föreskrifter, handböcker och utbildningar visar att myndigheten inte ger någon vägledning om användning av kvalitetsregister. Socialstyrelsen har inte tagit fram vägledning utifrån patientdatalagens bestämmelse om användningen av kvalitetsregister. Däremot har Socialstyrelsen

<sup>243</sup> I svar på Riksrevisionens frågor om RSS stöd till kommunerna uppger 10 av 13 RSS-företrädare att kommunerna inte får det stöd de behöver för att bedriva ett effektivt förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister. Tre RSS-företrädare svarade att de inte kan bedöma behovet. Mejlsvar från 13 kontaktpersoner för RSS, 2020-08-25-28.

<sup>244</sup> Riksrevisionens enkät till MAS 2019, fråga 13: 12 procent angav att Socialstyrelsen i hög eller i ganska hög utsträckning kan ge enheterna stöd för att utveckla enheternas arbetssätt utifrån kvalitetsregister.

<sup>245</sup> Samtal med företrädare för SKR och före detta registerhållare för Senior alert, 2020-06-13.

utfärdat föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*<sup>246</sup> som ger vägledning i tillämpning av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete samt patientsäkerhetslagens bestämmelser om patientsäkerhetsarbete. Föreskriften beskriver vad ett systematiskt förbättringsarbete omfattar<sup>247</sup> och här anges att egenkontroll kan innefatta ”jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister”.<sup>248</sup> Socialstyrelsens har gett ut en handbok kopplad till föreskriften men handboken ger inte vägledning i hur huvudmän och personal ska använda kvalitetsregistren i det systematiska förbättringsarbetet.<sup>249</sup>

Vägledningmaterial som specifikt berör fallolyckor, trycksår, undernäring, munhälsa, inkontinens och demens hänvisar i varierande utsträckning till kvalitetsregistren som verktyg i förbättringsarbete. Materialet ger dock i begränsad utsträckning stöd i hur kvalitetsregister ska användas i det systematiska förbättringsarbetet.<sup>250</sup>

## 5.2.2 Socialstyrelsen utvecklar nytt kunskapsstöd för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

År 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag från regeringen att stärka stödet till kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.<sup>251</sup> Uppdraget ska sedan det förändrats avrapporteras senast i augusti 2023.<sup>252</sup> Bakgrunden till uppdraget är att den så kallade Huvudmannagruppen, som är kopplad till Rådet för styrning med kunskap, efterfrågade ett kunskapsstöd för evidensbaserad praktik för en jämlik vård och omsorg.<sup>253</sup> Initiativet resulterade i att Socialstyrelsen tog fram en förstudie om hur de skulle kunna stärka stödet till kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.<sup>254</sup>

<sup>246</sup> Föreskriften trädde i kraft 2012 och ersatte den tidigare föreskriften SOSFS 2005:12, *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*.

<sup>247</sup> Riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processerna och rutinerna. 5 kap. 1–8 §§ SOSFS 2011:09, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

<sup>248</sup> 5 kap. 2 § SOSFS 2011:09. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

<sup>249</sup> Socialstyrelsen, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, 2012, s. 25 ff.

<sup>250</sup> Riksrevisionens genomgång av Socialstyrelsens vägledningmaterial tillgängligt på myndighetens webbsida.

<sup>251</sup> Regeringsbeslut S2018/06066/RS (delvis).

<sup>252</sup> Uppdraget förändrades i april 2020 och ingår nu som en del av regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, regeringsbeslut S20191030561F6 (delvis), S2020/03319/FS (delvis).

<sup>253</sup> Rådet för styrning med kunskap, *Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2018, 2019*, s. 16.

<sup>254</sup> Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*, 2019.

Socialstyrelsens åtgärdsplan omfattar dock inte något kunskapsstöd för användning av nationella kvalitetsregister för systematiskt förbättringsarbete. Socialstyrelsens projektledare menar att ansvaret för ett sådant kunskapsstöd lämpligast utvecklas av dem som ansvarar för de nationella kvalitetsregistren.<sup>255</sup>

I den delredovisning<sup>256</sup> av uppdraget som Socialstyrelsen lämnade till Socialdepartementet våren 2020 presenteras en rad projekt som befinner sig i olika faser. Nationella kvalitetsregister ingår i projektet för sambearbetning med Socialstyrelsens kommunala hälso- och sjukvårdsregister.<sup>257</sup> Syftet med projektet är att synliggöra kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården. Åtgärdsplanen omfattar också utveckling av mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård och projekt för stöd till kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering och habilitering. De olika delprojekten omfattar bland annat flera nya webb utbildningar och kompetensutveckling för att stödja kommunernas arbete med uppföljning, förbättringsarbete genom användning av koder för vårdåtgärder (KVÅ) och klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

### 5.3 Stödet från de regionala stöd- och samverkanstrukturerna varierar

Staten har i flera satsningar sedan 2010 finansierat verksamhet som RSS ansvarar för. Genom Äldresatsningen mottog huvudmännen bidrag för RSS.

I Äldresatsningen var stödet från RSS och utvecklingsledarna en viktig del för att stödja huvudmännens systematiska förbättringsarbete. Detta framgår av våra intervjuer med företrädare för kommuner, RSS och SKR.<sup>258</sup> Fortfarande är samverkan inom RSS vanligt bland kommunerna.<sup>259</sup>

År 2019 beslutade det nationella RSS-nätverket att inrätta ett särskilt nationellt nätverk för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.<sup>260</sup> Fokus i det länsövergripande arbetet om äldre har de senaste åren bland annat varit inriktat på att förbättra kommunernas och regionernas samverkan vid utskrivning från

<sup>255</sup> Samtal med Socialstyrelsens projektledare, 2020-06-04.

<sup>256</sup> Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – delredovisning*, 2020.

<sup>257</sup> Inför insamlingen 2020 har registret utvecklats med nya indikatorer gällande patientsäkerhet, samordning och samverkan, kompetens- och personalförsörjning, fallprevention, undernäring, palliativ vård och läkemedelshantering.

<sup>258</sup> Riksrevisionens enkät till MAS 2019, fråga 13: 41 procent respektive 37 procent angav att ansvarig förvaltning inom kommunen i hög eller i ganska hög utsträckning kan ge enheterna stöd för att utveckla enhetens arbetssätt utifrån kvalitetsregister.

<sup>259</sup> Av betänkandet *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*, framgår att 80 procent av de kommuner som besvarat utredningens enkät uppgett att det finns organ där kommunerna samverkar med varandra eller regionen som ger de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård stöd i deras förmåga att implementera bästa tillgängliga kunskap. SOU 2020:36, s. 240.

<sup>260</sup> *Ibid.*, s. 166.

slutenvården. På regeringens uppdrag<sup>261</sup> har SKR samordnat kommunerna och regionernas arbete nationellt och har för detta mottagit bidrag på 12 miljoner per år 2018–2020.<sup>262</sup> Genom de så kallade *partnerskapen* samverkar även RSS med SKR och myndigheterna i Rådet för kunskapsstyrning för att utveckla kunskapsstödet till kommuner och regioner, bland annat i frågor som rör systematiskt förbättringsarbete inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.<sup>263</sup>

Parallellt med detta arbete pågår i varierande utsträckning samverkansarbete om sjuka äldre med inriktning mot kvalitetsregister. Detta innebär att tillgången till stöd för kommunernas arbete med kvalitetsregister varierar mellan länen. Detta framgår av vår genomgång av handlingsplaner och intervjuer med företrädare för RSS.

### 5.3.1 Knappt hälften av länen har gemensamma handlingsplaner för vården av sjuka äldre

Under Äldresatsningen mottog kommunerna och regionerna i varje län bidrag för att tillsammans ta fram en politiskt förankrad handlingsplan. Planen skulle spegla länens gemensamma prioriteringar i arbetet med de mest sjuka äldre. Handlingsplanen gav stöd för arbete med bland annat kvalitetsregister genom att planen skulle omfatta en beskrivning av förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar, konkreta och mätbara mål, planerade aktiviteter samt en beskrivning av hur uppföljningen skulle gå till och hur resultaten skulle redovisas.<sup>264</sup> För 2014 ställdes också krav på huvudmännen att redovisa hur länet avsåg att skapa långsiktighet i det systematiska förbättringsarbetet.<sup>265</sup>

År 2016 hade 14 län en länsgemensam handlingsplan för vård och omsorg om sjuka äldre som fortfarande var giltig.<sup>266</sup> År 2019 hade endast sju län en gemensam handlingsplan. Skåne län, Uppsala län och Västra Götalands län hör till dem som inte förnyat sina respektive handlingsplaner. Företrädare för Skåne och Uppsala uppger att handlingsplanen har integrerats i annat samverkansarbete<sup>267</sup> medan kommunerna i Västra Götaland valt att prioritera andra samverkansfrågor än de som ingick i den tidigare handlingsplanen.<sup>268</sup>

<sup>261</sup> Regeringsbeslut S2018/00359/FST (delvis); regeringsbeslut S2019/01539/FST (delvis); regeringsbeslut S2019/05411/FST (delvis).

<sup>262</sup> Projektet handlar om att implementera de nya bestämmelserna i Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

<sup>263</sup> Socialstyrelsen, "Partnerskap för kunskapsstyrning", hämtad 2020-06-25; SKR, "Partnerskapet – stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten", hämtad 2020-06-25.

<sup>264</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST (delvis), bilaga 1, s. 6.

<sup>265</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/88. 03/FST (delvis), bilaga 1, s. 5.

<sup>266</sup> Riksrevisionen vände sig till de 21 regionerna och bad om att få se den senaste länsgemensamma handlingsplanen för sjuka äldre. Vi fick svar från 20 regioner.

<sup>267</sup> Mejl från Region Uppsala 2019-05-16; mejl från Region Skåne, 2019-05-17.

<sup>268</sup> Samtal med företrädare för RSS i Södra Älvsborg i Västra Götalandsregionen, 2019-12-16.

Innehållet i handlingsplanerna har i flera fall förändrats för att också omfatta andra relaterade frågor, som till exempel samordning vid utskrivning från slutenvården. Flera av planerna har minskat i omfattning och prioriterar ett mindre antal gemensamma mål, vilket tycks ha påverkat gemensamma målsättningar som relaterar till kvalitetsregister.<sup>269</sup> Att det länsgemensamma arbetet har fått en minskad betydelse för arbetet med kvalitetsregister stöds också av några av våra intervjuer med företrädare för RSS.<sup>270</sup>

### 5.3.2 Stödet till kommunerna från RSS har avtagit och kommunerna har idag ett större ansvar för kvalitetsregisterarbetet

I Äldresatsningens sista överenskommelse för 2014 ställdes krav på att huvudmännen i den länsgemensamma handlingsplanen skulle beskriva hur länet avsåg att fortsätta med utvecklingsledare när Äldresatsningen upphört.<sup>271</sup> Det fanns också möjlighet för länen att få visst fortsatt ekonomiskt stöd under 2015 för utvecklingsarbete inom socialtjänstens områden. Enligt Statskontoret hade tolv län ansökt om medel till utveckling av vården och omsorgen om äldre.<sup>272</sup> Inom ramen för SKR:s uppdrag med att förbättra kommunernas och regionernas samverkan vid utskrivning från slutenvården 2018–2020 utgjorde en större del av finansieringen stöd till utvecklingsledare. Under 2018 fanns det 65 utvecklingsledare för ändamålet fördelat på 20 län.<sup>273</sup>

Företrädare för RSS uppger att man har personal som benämns som utvecklingsledare eller koordinatörer. Oftast är det en eller två tjänstemän som ansvarar för äldrefrågorna. Våra intervjuer ger dock ingen entydig bild av omfattningen av stödet till kommunernas arbete med kvalitetsregister. Några företrädare för RSS uppger att man inte erbjuder något stöd alls till kommunerna för användning av kvalitetsregister. Andra län har fortsatt att anordna utbildningar, nätverksträffar och seminarier eller presenterar resultat från kvalitetsregister genom platsbesök eller nyhetsbrev.<sup>274</sup> En hårt ansträngd ekonomi har i vissa fall gjort att kommunerna har nedprioriterat det länsövergripande

<sup>269</sup> Exempelvis handlingsplanerna för Sörmlands län, Region Gotland, Jönköpings län, Kalmar län och Kronobergs län.

<sup>270</sup> Samtal med företrädare för RSS i Sörmland, 2019-12-19; Västra Götaland, 2019-12-16; Västerbotten, 2019-05-03.

<sup>271</sup> Protokoll vid regeringssammanträde S2013/88.03/FST, bilaga 1, s. 5.

<sup>272</sup> Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport, 2015, s. 42.

<sup>273</sup> Bidraget till utvecklingsledarna omfattade 9,6 miljoner kronor. SKR, 2019-02-01. *Rapport från SKL avseende medel till medlemsstöd 2018 för införande av nya lagen om Samverkan vid utskrivning från slutenvården, PM*.

<sup>274</sup> Samtal företrädare för RSS i Värmland 2019-02-19; Kalmar 2019-12-20; i svar på Riksrevisionens frågor om RSS stöd till kommunerna uppgav 8 av 13 RSS-företrädare att deras RSS gett stöd till kommunerna i deras förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister det senaste året och 5 av dem svarade att de inte hade gjort det. Mejlsvar från 13 kontaktpersoner för RSS, 2020-08-25-28.

arbetet med kvalitetsregister.<sup>275</sup> I andra län uppger länsföreträdarna att kommunerna i dag har egna strukturer för arbetet med kvalitetsregister vilket gjort att behovet av stöd från RSS är begränsat.<sup>276</sup>

Den ganska splittrade bilden av stödet från länsnivå bekräftas också av svaren på Riksrevisionens enkät till kommunernas MAS. Svaren visar att det finns stora skillnader i vilken utsträckning enheterna kan få stöd från RSS i arbetet med kvalitetsregister.<sup>277</sup> Stödet tycks snarare stå att finna inom den egna kommunen eller kvalitetsregisterorganisationerna.<sup>278</sup> Efterfrågan på externt stöd tycks bero på kommunens egen kompetens och förutsättningar. En sådan förutsättning är om den ansvariga förvaltningen följer upp resultaten från kvalitetsregistren och stöttar arbetet med kvalitetsregister som verksamheterna utför (se avsnitt 4.2.2). Denna iakttagelse stöds också av våra intervjuer med kommunföreträdare och fokusgrupper med MAS och socialchefer.

---

<sup>275</sup> Samtal med företrädare för RSS i Västra Götalandsregionen, 2019-12-16; Västmanland 2019-12-16; Västerbotten 2019-05-03.

<sup>276</sup> Skriftliga svar på frågor om RSS stöd till kommunerna i Jämtlands län, 2020-02-07 och RSS i Stockholms län, 2020-06-29.

<sup>277</sup> Riksrevisionens enkät till MAS 2019, fråga 13: 19 procent angav att regionala stöd- och samverkansstrukturen i hög eller i ganska hög utsträckning kan ge enheterna stöd för att utveckla enhetens arbetssätt utifrån kvalitetsregister. Skillnaderna mellan länen är dock stor.

<sup>278</sup> Riksrevisionens enkät till MAS 2019, fråga 13: 41 procent respektive 37 procent angav att ansvarig förvaltning inom kommunen respektive centralt från kvalitetsregisterorganisationerna i hög eller i ganska hög utsträckning kan ge enheterna stöd för att utveckla enhetens arbetssätt utifrån kvalitetsregister.



## 6 Slutsatser och rekommendationer

Vår övergripande slutsats är att Äldresatsningen har bidragit till ett välbehövligt fokus på arbetssätten i äldreomsorgen men att det huvudsakliga syftet med regeringens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen inte har uppnåtts: att få till stånd ett systematiskt förbättringsarbete som kommer alla till del. Mycket tyder på att staten inte har lyckats förvalta de positiva resultat som hade uppnåtts vid Äldresatsningens avslut 2015.

Trots att systematiken i förbättringsarbetet har uteblivit har användningen av kvalitetsregister bidragit till en betydande höjning av kvalitet och effektivitet i delar av äldreomsorgen. Effekterna förklaras av att kvalitetsregister används som beslutsstöd för de äldre som har registrerats. Dessa oavsedda positiva effekter skapar något av ett dilemma för staten. Användningen som beslutsstöd förbättrar verksamheten för de registrerade, men är juridiskt tveksam och bidrar till ojämlik vård. Användningen som beslutsstöd belyser samtidigt bristerna i kommunernas journalsystem. Vår granskning aktualiserar därför behovet av att se över och förbättra journalsystemen. Här behöver staten ta på sig en ledande roll.

I detta kapitel diskuterar vi de omständigheter som bidragit till positiva förändringar i äldreomsorgen, men också vad staten kunde ha gjort annorlunda för att få bättre utväxling av insatta resurser. Avslutningsvis riktar vi några rekommendationer till regeringen och Socialstyrelsen.

### **Regeringens modell för implementering var effektiv**

Regeringens ambition var att på kort tid initiera en förändring av arbetssätten längst ut i kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. En viktig insats var att försöka göra kvalitetsregister till en integrerad del av kommunernas ordinarie verksamhet. Med denna insats markerades samtidigt starten för en ny typ av kunskapsstyrning i kommunernas äldreomsorg, som inte har regionvårdens tradition av evidensbaserad verksamhetsutveckling. Vi har funnit att några strategiska beslut sannolikt bidragit till att införandet av kvalitetsregister fick ett snabbt och brett genomslag, trots relativt ogynnsamma förutsättningar.

Regeringen fattade tidigt ett strategiskt beslut att sluta en överenskommelse med SKR, som fick ett stort ansvar för att implementera satsningen i kommuner och regioner. Skälet var att regeringen ville utnyttja SKR:s nätverk för att nå ut till huvudmännen på ett effektivt sätt. Mycket talar för att den nationella samordningen under SKR:s ledning nådde en högre verkningsgrad än om regeringen valt att lägga ansvaret på någon av de statliga myndigheterna.

Prestationsersättningen för registrering i kvalitetsregistren var en direkt orsak till att kommunerna började registrera systematiskt. De ekonomiska incitamenten innebar att täckningsgraden i Äldresatsningens register ökade kraftigt på kort tid, vilket bidrog till kvalitetsregistrens snabba uppbyggnad. Äldresatsningen visar att staten med hjälp av prestationsersättning kan styra beteenden i kommunerna.

Det ensidiga fokuset på registrering har inte varit problemfritt. Registerhållare vittnar om att den kraftigt ökade inrapporteringen initialt skedde på bekostnad av datakvalitet. Men vår bedömning är att datakvaliteten har stigit avsevärt i takt med att äldreomsorgen har börjat använda uppgifterna för det egna förbättringsarbetet och genom ökad användning inom forskning. Prestationsersättningen tycks ha varit ett effektivt styrmedel som inte gett långvariga negativa sidoeffekter.

Vid satsningens avslut hade kommunerna och regionerna byggt upp strukturer för samverkan och kunskapsspridning. Utvärderingar visade att det fanns kommuner som kommit långt i att integrera kvalitetsregister i ett systematiskt förbättringsarbete.

### **... men regeringen saknade en plan för att förvalta resultaten**

Att i huvudsak lämna Socialstyrelsen utanför processen att utforma och implementera Äldresatsningen har skapat en rad otydligheter rörande Socialstyrelsens roll under satsningen. Socialstyrelsen tilldelades avgränsade uppföljnings- och kartläggningsuppdrag, vilket innebar att myndighetens kunskapsstöd och vägledning till kommunerna inte samordnades med Äldresatsningen.

Socialstyrelsens begränsade roll under satsningen har också försvårat den långsiktiga förvaltningen av satsningens resultat. Statskontoret konstaterade i sin slututvärdering att satsningens varaktighet var starkt beroende av ett fortsatt engagemang från SKR. Det finns risker med att regeringen gör sig beroende av en intresseorganisation för att vidmakthålla resultaten av ett riktat statsbidrag. Vår bedömning är att regeringen kunde gjort mer för att växla över satsningen i Socialstyrelsens verksamhet. Om förvaltningsmyndigheten hade engagerats tidigare kunde det långsiktiga stödet till kunskapsutvecklingen i kommunerna ha utvecklats redan under satsningen. Först nu har Socialstyrelsen inlett ett arbete för att ta fram kunskapsstöd till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det är viktigt att kvalitetsregistren blir en del av den samlade kunskapsstyrningen till kommuner.

## Det systematiska förbättringsarbetet har avstannat

Regeringens ambition var att genom Äldresatsningen få till stånd en effektkedja som skulle leda till ett systematiskt förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister. Vid satsningens avslut fanns tecken på att delar av äldreomsorgen var på god väg mot ett sådant arbetssätt, men utvecklingen tycks ha stannat av efter satsningen. Det ska framhållas att Palliativregistret används för systematiskt förbättringsarbete och det finns positiva exempel på kommuner och särskilda boenden som har kommit långt även med de mer processinriktade registren. Men många kommuner tycks fortfarande befinna sig i en uppstarts- eller omstartsfas i arbetet med kvalitetsregister. Vår bedömning är att det systematiska förbättringsarbetet utifrån kvalitetsregister är på ungefär samma nivå som vid satsningens avslut.

Att de flesta kommunerna nu betalar för att få använda sig av kvalitetsregistren och att täckningsgraden inte har minskat mer efter avslutad prestationsersättning, förklaras av att beslutsfattare och personal ser att registreringen är värdeskapande. Men värdet tycks främst uppstå på individnivå, som ett resultat av att personalen får en bättre struktur i omsorgen om den registrerade individen. Endast ett fåtal kommuner har kunnat beskriva hur användning av kvalitetsregister har bidragit till mer övergripande analyser och förändringar i verksamheten.

## ... men de registrerade får en bättre vård och omsorg ...

Vår granskning ger starkt stöd för att regeringens införande av kvalitetsregister i äldreomsorgen har bidragit till en bättre vård och omsorg för dem som bor i särskilt boende och registreras i kvalitetsregister. De som registreras får en bättre äldreomsorg och det tycks inte ske på bekostnad av de äldre som inte registreras. Vi ser inga tecken på undanträngningseffekter.

Det tydligaste resultatet är att personer som registreras konsumerar betydligt mindre slutenvård. Den minskade risken för slutenvård kan indikera att användningen av kvalitetsregister bidrar till ett mer förebyggande arbetssätt för dem som registreras. Att under de sista åren i livet få slippa återkommande sjukhusinläggningar har förstås stor betydelse för äldre personers livskvalitet. Vid sidan om detta innebär minskad vårdkonsumtion också att slutenvården avlastas. Vår bedömning är att användningen av kvalitetsregister i äldreomsorgen har bidragit till väsentligt minskade vårdkostnader i slutenvårdsledet.

Mycket talar för att införandet av kvalitetsregister i äldreomsorgen har bidragit till en rad andra positiva hälsoeffekter för de äldre. Effekterna tycks variera beroende på vilket register som används men den generella bilden är att de stora patientsäkerhetsriskerna i äldreomsorgen minskar väsentligt för personer som är registrerade. De som är registrerade får en väsentligt minskad risk för olämplig läkemedelsbehandling, fallskador, höft- och lårfekturer och svårläkta sår.

Ett viktigt resultat av vår statistiska undersökning är att samtidig användning av flera läkemedel, så kallad polyfarmaci, tycks ha minskat som resultat av att kommuner använder BPSD-registret. Detta har sannolikt också minskat förekomsten av läkemedelsbiverkningar – tidigare studier visar att antalet läkemedel är den enskilt viktigaste riskfaktorn för biverkningar. Läkemedelsbiverkningar för äldre är samtidigt en viktig orsak till sjukhusinläggningar. När kommunerna bidrar till minskade biverkningar av läkemedel uppstår positiva följeffekter på de stora patientsäkerhetsriskerna i äldreomsorgen, som fallolyckor och trycksår.

### **... vilket försvårar upprätthållandet av en jämlik vård**

Regeringens och SKR:s ambition har varit att kvalitetsregistren ska utgöra register med värddata som används för att analysera vad som skapar kvalitet i en verksamhet – som ordet ”kvalitetsregister” antyder. Om denna analys leder till förbättringar av verksamheten bör dessa komma alla till del, oavsett vem som blivit registrerad.

Att värdet av kvalitetsregister är så tydligt knutet till den individuella registreringen skapar ett likvärdighetsproblem. De personer som inte blir registrerade går miste om den förbättrade vård och omsorg som följer med en registrering i form av uppmärksamhet och strukturerad uppföljning från personalens sida. Den äldre har visserligen rätt att tacka nej till en registrering, men allt tyder på att det är andra skäl, som personalomsättning, tidsbrist och skiftande prioriteringar, som förklarar att inte alla blir registrerade. Att det har saknats systematiskt framtagen kunskap om nyttan med registrering har sannolikt bidragit till att vissa verksamheter väljer att inte registrera systematiskt.

Likvärdighetsproblemet kompliceras ytterligare av att kvalitetsregister är en juridiskt tveksam källa för prioriteringar på individnivå. Rutinerna för kommunernas registrering granskas heller inte av någon myndighet. Det är därför inte oproblemiskt att individuell registrering tycks spela så stor roll för den vård som ges.

### **Det finns kvarstående hinder för förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister**

Det finns flera skäl till att det önskade förbättringsarbetet utifrån kvalitetsregister till stora delar har uteblivit. Att utifrån kvalitetsregisterdata analysera och utveckla verksamheten kräver både tid och kompetens. Äldreomsorgens höga personalomsättning och höga andel utbildad personal gör förutsättningarna för lokalt analys- och utvecklingsarbete mindre gynnsamma än i regionvården. Den administrativa börda som registreringen innebär tar tid i anspråk. Det är en utmaning att utöver den tid som läggs på registrering också avsätta tid för analys och utveckling.

Problemet med dubbelregistrering var känt redan före Äldresatsningen men problemet kvarstår: personal i kommunal hälso- och sjukvård registrerar fortfarande samma uppgifter i flera olika IT-system. Frågan prioriteras i en särskild statlig satsning på nationella kvalitetsregister men en lösning på problemet tycks vara avlägsen. Det saknas en samlad strategi för att lösa problemet för de kommunala användarna.

Med tanke på de relativt ogynnsamma förutsättningarna för systematiskt förbättringsarbete skulle äldreomsorgens personal behöva ett tydligare stöd för *hur* förbättringsarbetet ska bedrivas. Under satsningens löptid bidrog statligt finansierade utvecklingsledare till att få igång registreringen, men de hade inte rätt förutsättningar att stötta kommunerna i förbättringsarbetet. I många kommuner saknades också ett tydligt stöd från kommunledningen, vilket talar för att de åtgärder som riktades till kommunpolitiker och chefer kom igång för sent.

För att kvalitetsregister ska kunna bidra till verksamhetsnytta krävs att inrapporterade uppgifter håller god datakvalitet. Statskontoret rekommenderade 2015 regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med SKL utforma ett tydligt stöd till registerhållarna för kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter. Vår granskning visar att detta stöd fortfarande är i behov av utveckling. En ökad sambearbetning mellan kvalitetsregister och Socialstyrelsens register har potential att höja kvaliteten i både kvalitetsregister och Socialstyrelsens egna register. Ökad samstämmighet mellan kvalitetsregister och Socialstyrelsens register skulle också ge ökade möjligheter till nationell analys av kommunal verksamhet. Som exempel är förutsättningarna för att analysera äldrevård i ordinärt boende begränsade på grund av bristande samstämmighet mellan olika register.

## Regeringen behöver ta ställning till framtida användning av kvalitetsregister

Regeringen behöver ta ställning till hur de positiva effekterna av Äldresatsningens kvalitetsregister kan tas tillvara utan att bidra till en ojämlig vård och utan att skapa onödig administration i en redan pressad vård och omsorg. För att komma tillrätta med jämlikhetsproblemet kunde man överväga att införa obligatorisk registrering. Vi bedömer dock att detta skulle ge en rad negativa konsekvenser. Den administrativa bördan skulle öka kraftigt och det finns en uppenbar risk för problem med datakvaliteten när registrering ska ske i verksamheter som inte ser verksamhetsnyttan med kvalitetsregister.

Den information som registreras i journalsystemen ska utgöra grunden för hälso- och sjukvårdens beslut om vård för enskilda patienter. Det är inte ändamålsenligt att hälso- och sjukvårdspersonal ska registrera samma information i ett kvalitetsregister, som därefter används som beslutsstöd. Intentionen med Äldresatsningen var att utveckla kvalitetsregister som skulle komplettera journalsystemen men inte konkurrera med dem. Vår granskning visar dock att åtminstone två av registren

används mest framgångsrikt som just beslutsstöd. Det är tydligt att dessa kvalitetsregister har en utformning och ett innehåll som ger stora nyttor vid val av insatser för enskilda patienter. För att dessa nyttor ska komma alla till del krävs att journalsystemen utvecklas. När journalsystemen fullgör sin tänkta funktion som beslutsstöd kan kvalitetsregistrens funktion som verktyg för uppföljning och förbättringsarbete renodlas. För att få till stånd ett sådant utvecklingsarbete krävs statlig ledning och samverkan med SKR.

För att komma tillrätta med dubbelregistreringen krävs tekniska lösningar för en säker automatisk överföring av uppgifter från journalsystem till kvalitetsregister. SKR driver sedan några år tillbaka ett utvecklingsarbete med denna inriktning. Det ligger i statens intresse att noga följa och understödja detta arbete.

Regeringen behöver ge Socialstyrelsen en tydlig uppgift att stödja kommunerna i det systematiska förbättringsarbetet. Staten har det yttersta ansvaret för en kunskapsstyrning som ger kommunerna vägledning i hur man bedriver förbättringsarbete. Kunskapsstyrningen behöver utformas efter kommunernas skilda behov och beakta att olika nivåer inom kommunerna är engagerade i förbättringsarbetet, samt att den kommunala sjukvården är nära sammankopplad med socialtjänsten. Staten bör därför samverka med SKR i detta arbete.

## Rekommendationer

Vi bedömer att Äldresatsningen skapade förutsättningar för ett mer systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister men att staten har saknat en tydlig plan för förvaltning av uppnådda resultat. Förbättringsarbetet har avstannat samtidigt som flera kvalitetsregister börjat konkurrera med journalsystemen i funktionen som beslutsstöd. Staten behöver vidta åtgärder för att utveckla journalsystemen och renodla kvalitetsregistrens funktion som stöd för förbättringsarbete.

### Rekommendationer till regeringen

- Säkerställ att det inför framtida överenskommelser med SKR finns en plan för hur ansvarig förvaltningsmyndighet långsiktigt ska förvalta uppnådda resultat.
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med SKR utveckla ett förslag för hur kommunernas journalsystem kan utvecklas så att de utgör ett fullgott stöd för beslut om vård på individnivå.

### Rekommendationer till Socialstyrelsen

- Utveckla vägledning till kommunerna om hur kvalitetsregister ska användas i förbättringsarbetet i enlighet med patientdatalagen.
- Gör sambearbetningar i syfte att validera kvaliteten i både kvalitetsregister och i myndighetens egna register.

## Referenslista

### Litteratur, artiklar med mera

Jareteg, A, *Dokumentation av nutritionsomhändertagandet för äldre patienter med risk för undernäring – en studie på Ryhovs sjukhus*, magisteruppsats, Göteborgs universitet, 2012.

Mayer S, Granvik E, Minthon L, Nägga K, *Improved Quality of Life by Active Intervention with the Swedish BPSD Registry*, *Alzheimers and dementia – the journal of the Alzheimers association*, vol 10, nr 4, 2014.  
DOI: 10.1016/j.jalz.2014.04.088.

Nakanishi M, Endo K, Hirooka K, Nakashima T, Morimoto Y, Granvik E, Minthon L, Nägga K. och Nishida A. *Dementia behaviour management programme at home: impact of a palliative care approach on care managers and professional caregivers of home care services*, *Ageing and mental health*, vol 22, nr 8, 2018.  
DOI: 10.1080/13607863.2017.1332160.

Nakanishi M, Endo K, Hirooka K, Nakashima T, Granvik E, Minthon L, Nägga K och Nishida A. *Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial*, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 33, nr 3, 2017. DOI: 10.1002/gps.4784.

Neymark Wolgast, *Äldre personer med risk för undernäring – dokumentation och överrapportering*, examensarbete (D-uppsats), Uppsala universitet, 2011.

Strehlenert, H. *From policy to practice: Exploring the implementation of national policy for improving health and social care*, doktorsavhandling, Karolinska institutet, 2017.

### Rapporter och utredningar

Datainspektionen, *Beslut efter tillsyn enligt personuppgiftslagen (1998:24) – nationella kvalitetsregister, 7 kap. patientdatalagen*. Dnr 1605-2009. Datainspektionen, 2010.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Fallolyckor – Statistik och analys*, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2014.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Medicinering och skador bland äldre – Studier om läkemedelsanvändning och fallskador*, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2014.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, rapport 2017:4, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017.

Myndigheten för vårdanalys, *Registrera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, rapport 2014:9, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014.

Myndigheten för vårdanalys, *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*, rapport 2013:8, Myndigheten för vårdanalys, 2013.

Regeringskansliet, *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, Regeringskansliet, 2014.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Palliativ vård i livets slutskede – Nationellt vårdprogram*, Landstingens och regionernas nationella samverkansgrupp inom cancervården, 2016.

Regionala registercentrum i samverkan, *Guide – kvalitetsregister som stöd i förbättringsarbete*, Nationella kvalitetsregister, 2016.

Riksrevisionen, *Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet*, rapport 2009:10, Riksrevisionen, 2009.

Riksrevisionen, *Statens satsningar på kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* Rapport 2013:20, Riksrevisionen, 2013.

Riksrevisionen, *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, rapport 2014:20, Riksrevisionen, 2014.

Riksrevisionen, *Specialdestinerade statsbidrag – Ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?* Rapport 2014:25, Riksrevisionen, 2014.

Riksrevisionen, *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner*, rapport 2015:19, Riksrevisionen, 2015.

Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, rapport 2016:29, Riksrevisionen, 2016.

Riksrevisionen, *Riktade statsbidrag till skolan – nationella prioriteringar men lokala behov*, rapport 2017:30, Riksrevisionen, 2017.

Rosén, Måns, *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015*, Sveriges kommuner och landsting, 2010.

Rådet för styrning med kunskap, *Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2018*, 2019.

Sonde, L. *Nyttan med kvalitetsregister? Senior Alerts och Svenska Palliativregistrets påverkan på arbetet vid vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad*, Äldrecentrum, rapportnummer 2015:3, Äldrecentrum, 2015.



Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare*, artikelnummer 2020-6-6826, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – delredovisning*, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, artikelnummer 2020-3-6603, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019*, artikelnummer 2020-3-6617, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019*, artikelnummer: 2020-4-6745, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*, artikelnummer 2020-5-6783, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*, artikelnummer 2019-2-17, Socialstyrelsen, 2019.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*, artikelnummer 2019-3-18, Socialstyrelsen, 2019.

Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register, 2019*.

Socialstyrelsen, *Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen. Uppföljning av 2015–2018 års medel*, artikelnummer 2019-10-6426, Socialstyrelsen, 2019.

Socialstyrelsen, *Nationell registerservice verksamhet 2019*, forskar- och registerservice, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, artikelnummer 2018-3-1, Socialstyrelsen, 2018.

Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register*, artikelnummer 2018-2-17, Socialstyrelsen, 2018.

Socialstyrelsen, *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, artikelnummer 2017-6-7, Socialstyrelsen, 2017.

Socialstyrelsen, *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register*, artikelnummer 2017-1-25, Socialstyrelsen, 2017.

Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar*, artikelnummer 2014-2-12, Socialstyrelsen, 2014.

Socialstyrelsen, *Överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 2014 års bedömning*, artikelnummer 2014-11-22, Socialstyrelsen, 2014.

Socialstyrelsen, *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*, artikelnummer 2013-6-4, Socialstyrelsen, 2013.

Socialstyrelsen, *Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrerna. Jämförelser av täckningsgrader*, 2013.

Socialstyrelsen, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, artikelnummer 2012-6-53, Socialstyrelsen, 2012.

SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*.

SOU 2020:8, *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget*.

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.

Statskontoret, *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2019*, Statskontoret, diarienummer 2019/109-5, 2020.

Statskontoret, *Ökad bemanning inom äldreomsorgen. En uppföljning av regeringens tillfälliga satsning 2015–2018. Slutrapport*, rapport 2019:5, Statskontoret, 2019.

Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*, rapport 2015:18, Statskontoret, 2015.

Statskontoret, *Evidensbaserad praktik inom Socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*, rapport 2014:18, Statskontoret, 2014.

Statskontoret, *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting. Delrapport*, rapport 2013:16, Statskontoret, 2013.

Statskontoret, *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*, rapport 2011:22, Statskontoret, 2011.

Statskontoret, *Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport*, rapport 2011:29, Statskontoret, 2011.

Sundhedsstyrelsen, *Evaluering af model till målrettet pleje af plejehemsbeboere med demens og BPSD*, Sundhedsstyrelsen 2019.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Bättre liv för sjuka äldre – Stora förbättringar på kort tid*, Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

Wånell, Sven Erik, *Statliga stimulansåtgärder för att främja kvaliteten i äldreomsorg*, Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, på uppdrag av utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03), 2015.

## Riksdagstryck

Lag, förordning och myndighetsföreskrift

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Kommunallag (2017:725).

Patientdatalag (2008:255).

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Socialtjänstlag (2001:453).

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (2001:100) om den officiella statistiken.

Socialtjänstförordning (2001:937).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SFOF 2005:12).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

## Regeringsbeslut: regleringsbrev, uppdrag med mera

Regeringsbeslut S2019/03056/FS, S2020/03319/FS, Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.

Regeringsbeslut S2019/01516/FS, Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen.

Regeringsbeslut S2019/01516/FS, Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen.

Regeringsbeslut S2015/08135/RS, Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende anslag 1:6.

Regeringsbeslut S2015/3132/FST, Uppdrag att utforma en satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen.

Regeringsbeslut S2011/8994/FS, Uppdrag att utveckla och driva en nationell registerservice samt utbetalning av medel.

Regeringens skrivelse 2017/18:280, Framtidens äldreomsorg.

Regeringens direktiv 2019:49, Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Regeringens direktiv 2018:90, Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård.

Regeringens direktiv 2017:24, Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Kommittédirektiv 2003:42, Författningsreglering av nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården, m.m.

Protokoll vid regeringssammanträde S2019/05298/FS, Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020.

Protokoll, S2019/02385/FS, Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om stöd till nationella kvalitetsregister under 2019.

Protokoll vid regeringssammanträde S2017/07320/FS, Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om stöd till nationella kvalitetsregister under 2018.

Protokoll vid regeringssammanträde S2015/317/FST, Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

Protokoll vid regeringssammanträde S2013/8803/FST, Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Protokoll vid regeringssammanträde S2012/8765/FST, Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013.

Protokoll vid regeringssammanträde S2011/3242/FST, *Inrättande av en projektgrupp om samordning av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.*

Protokoll vid regeringssammanträde S2011/8471/FS, *Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.*

Protokoll vid regeringssammanträde S2011/983/FST, *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre.*

Protokoll vid regeringssammanträde S2011/11027/FST, *Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.*

Protokoll vid regeringssammanträde S2010/1130/FST, *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse.*

Protokoll vid regeringssammanträde S2009/4028/ST, *Överenskommelse för år 2009 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om Plattform för evidensbaserad praktik i socialtjänsten.*

## Riksdagstryck: proposition, utskottsbetänkande, riksdagsskrivelse med mera

Regeringens proposition 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Regeringens proposition 1991/92:150, *med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m. (kompletteringsproposition).*

Socialutskottets betänkande 2016/17:SoU19, *Riksrevisionens rapport om statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården; riksdagsskrivelse 2016/17:346.*

Utbildningsutskottets betänkande 2014/15:UbU14, *Specialdestinerade statsbidrag – ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?; riksdagsskrivelse 2014/15:263.*

Finansutskottets betänkande 2013/14:FiU34, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn 2013; riksdagsskrivelse 2013/14:318.*

Finansutskottets betänkande 2012/13:FiU34, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn 2012; riksdagsskrivelse 2012/13:288.*

Finansutskottets betänkande 2011/12:FiU28, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn 2011; riksdagsskrivelse 2011/12:285.*

Finansutskottets betänkande 2010/11:FiU34, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn 2010; riksdagsskrivelse 2010/11:314.*

## Webbsidor

BPSD-registret, "BPSD-registret", <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Svenskt-BPSD-register/>, hämtad 2019-12-11.

Folkhälsomyndigheten, "Svenska HALT", <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/vardhygien-och-vardrelaterade-infektioner/svenska-halt/>, hämtad 2019-12-11.

Kolada, "Fri sökning", <https://www.kolada.se/verktyg/fri-sokning/?kpis=75121,75185&years=30196,30195,30194&municipals=82304&rows=municipal,kpi&visualization=bar-chart>, 2020-07-31.

Regeringen, "200 miljoner till nationella kvalitetsregister", <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/05/200-miljoner-till-nationella-kvalitetsregister/>, hämtad 2020-07-22.

RiksSår, "Vad är RiksSår", <https://www.rikssar.se/for-vardpersonal>, hämtad 2019-12-11.

Senior alert, "Om Senior alert", <https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=43903&nodeType=13>, hämtad 2019-12-11.

Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer", <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>, hämtad 2020-08-27.

Socialstyrelsen, "Partnerskap för kunskapsstyrning", <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/partnerskap-for-kunskapsstyrning/>, hämtad 2020-06-25.

Nationella Kvalitetsregister, "Om Nationella Kvalitetsregister", <http://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html>, hämtad 2019-04-26.

Nationella Kvalitetsregister, "Nationell organisation", <http://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation.2010.html>, hämtad 2019-04-26.

Nationella Kvalitetsregister, "Kommunerna bidrar med finansiering", <http://kvalitetsregister.se/aktuellt/nyheter/kommunernabidrarmedfinansiering.3119.html>, hämtad 2020-04-24.

Nationella Kvalitetsregister, "Nationella programmet för datainsamling, NPDi", <http://kvalitetsregister.se/forbattravarden/projekt/nationellaprogrammetfordatainsamling.1891.html>, hämtad 2020-06-25.

SveDem, "Om SveDem", <https://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem>, hämtad 2019-12-11.

SKR, "Partnerskapet – stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten", <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/partnerskapetsocialtjanst.13268.html>, hämtad 2020-06-25.

## Övrigt

BPSD-registret, *Årsrapport 2018*, BPSD-registret, 2019.

Ledningsfunktionen för nationella kvalitetsregister, *Certifieringsnivåer för nationella kvalitetsregister och registerkandidater*, 2018-04-11.

Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstillelse inför 2019*. BPSD-registret, 2019.

Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstillelse inför 2019*. RiksSår, 2019.

Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstillelse inför 2019*. Senior alert, 2019.

Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstillelse inför 2019*. Svenska palliativregistret, 2019.

Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister, *Beslut om certifiering och medelstillelse inför 2019*. SveDem, 2019.

SveDem, *Årsrapport 2018*, Svenska demensregistret 2018.

SveDem, *Årsrapport 2016*, Svenska demensregistret 2017.

Svenska Palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2018*, Svenska palliativregistret, 2019.

Svenska Palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2016*, Svenska palliativregistret, 2017.

Svenska Palliativregistrets *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2014*, Svenska palliativregistret, 2015.

Svenska Palliativregistret, *Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2010*, Svenska palliativregistret, 2011.





## Bilaga 1. Övergripande metodbeskrivning

### **Metod för granskningsfråga 1: Har staten bidragit till att kommunerna varaktigt registrerar uppgifter av hög kvalitet i berörda kvalitetsregister?**

Riksrevisionen har undersökt hur täckningsgraden utvecklats före, under och efter satsningen. Vår analys bygger på en undersökning av hur många individer som finns i respektive registers målgrupp som finns registrerade. Vi har inhämtat uppgifter om registrering i kvalitetsregister från registerhållare för samtliga fem register som ingick i Äldresatsningen. Uppgifter om målgruppen har inhämtats från Socialstyrelsens patientregister.

Vi har intervjuat tjänstemän vid Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKR och registerhållare för att få en bild av hur regeringen har arbetat för att underlätta den digitala hanteringen av kvalitetsregister.

Vi har bedömt tillförlitlighet i registerdata utifrån en dokumentstudie och intervjuer med en rad intressenter. Dokumentstudien utgår från kvalitetsregisterorganisationernas årsrapporter och de beslut om finansiellt stöd som fattats av Nationella samverkansgruppen för Nationella kvalitetsregister under 2019. I besluten finns samverkansgruppens bedömningar bland annat vad gäller kvalitetssäkringen av inrapporterade uppgifter. I årsrapporterna beskriver registerorganisationerna hur de arbetar med kvalitetssäkring av uppgifter.

Vi har intervjuat tjänstemän vid Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner samt företrädare för Äldresatsningens kvalitetsregister.

### **Metod för granskningsfråga 2: Använder kommunerna kvalitetsregister som underlag för systematiskt förbättringsarbete i äldreomsorgen?**

I syfte att undersöka om det bedrivs ett systematiskt förbättringsarbete har vi undersökt hur uppgifter från kvalitetsregister används av personal och huvudmän. Vårt huvudsakliga underlag har bestått av en enkätundersökning, en statistisk undersökning och intervjuer med företrädare för ett urval av kommuner.

Syftet med enkäten har varit att få en bild av hur data från kvalitetsregister används vid kommunernas särskilda boenden och hemsjukvårdsområden. I enkäten ställdes frågor om hur medicinskt ansvariga sköterskor (MAS) bedömer att verksamheterna i den egna kommunen använder kvalitetsregister för systematiskt förbättringsarbete. Enkäten avgränsas till tre av de register som ingick i Äldresatsningen: Senior alert, Palliativregistret och BPSD-registret.

Enkäten har en svarsfrekvens på 83 procent. I bilaga 3 finns en mer utförlig redovisning av enkätundersökningen.

Enkätresultaten har följts upp med strukturerade telefonintervjuer med MAS, enhetschefer inom äldreomsorgen och socialchefer med ansvar för äldreomsorg. Intervjuerna har gjorts utifrån ett strategiskt urval av nio kommuner. Urvalet har gjorts utifrån kommunernas svar på MAS-enkäten. I urvalet ingår tre kommuner som tycks arbeta aktivt med systematiskt förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister, två kommuner som delvis använder uppgifterna för förbättringsarbete och fyra kommuner som använder kvalitetsregistren i begränsad omfattning. Se bilaga 3 för redovisning av urval av intervjuer.

För att få en djupare förståelse för användningen av kvalitetsregister har vi gjort besök i två län. Vi har genomfört två fokusgrupper i respektive län: en med socialchefer och en med MAS. Vi har också besökt ett särskilt boende med demensinriktning i Stockholms stad.

Vi har även genomfört en statistisk analys för att undersöka om kvalitetsregister används som underlag i det systematiska förbättringsarbetet. Undersökningen avgränsas till tre av de fem kvalitetsregister som ingick i Äldresatsningen: Senior alert, BPSD-registret och Palliativregistret. Vi har bedömt att dessa tre register har bäst förutsättningar att visa på mätbara effekter i äldreomsorgens kvalitet. I Äldresatsningen ingick också SveDem och RiksSår. SveDem har i huvudsak varit inriktat mot regionvården. RiksSår fick inget statligt stöd under satsningen och har en förhållandevis låg täckningsgrad.<sup>279</sup>

Den undersökta populationen består av personer 65 år eller äldre som någon gång under perioden 2014–2018 bott i särskilt boende. Sammanlagt ingår drygt 57 000 individer i den statistiska analysen.

Undersökningen utgår från individdata från Socialstyrelsens register<sup>280</sup> och från berörda kvalitetsregister. Samtliga utfallsvariabler är hämtade från Socialstyrelsens register. Kvalitetsregisterdata har använts för att få information om vilka individer som varit registrerade under den undersökta perioden. Vi har använt uppgifter från Socialstyrelsens enhetsundersökningar<sup>281</sup> 2016–2018 för att kunna kontrollera för vissa variabler i den statistiska analysen.

Som mått på vården och omsorgens kvalitet används data om läkemedelsförskrivning, vissa diagnoser och slutenvårdskonsumtion. Läkemedelsvariablerna ska fånga förskrivningen av läkemedel som Socialstyrelsen bedömer är olämpliga för

<sup>279</sup> Regeringens skrivelse 2017/18:280, s. 28.

<sup>280</sup> Uppgifter har hämtats från Patientregistret, Läkemedelsregistret, Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt Dödsorsaksregistret.

<sup>281</sup> *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård* är en undersökning där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre.

behandling av äldre, till exempel opioider och antipsykosläkemedel.<sup>282</sup> Vi undersöker också graden av samtidig användning av flera olämpliga läkemedel, så kallad polyfarmaci. Johan Fastbom, medicinskt sakkunnig vid Socialstyrelsen, har gett oss metodologiskt stöd i hanteringen av läkemedelsdata. Diagnosdata avser dels trycksår, dels frakturer som kan förväntas uppstå av fallolyckor. Som mått på vårdkonsumtion används Socialstyrelsens indikatorer ”undvikbar slutenvård” och ”oplanerade återinskrivningar”<sup>283</sup>.

En fördjupad metodbeskrivning av den statistiska undersökningen samt resultat från undersökningen finns i bilaga 2. Möten har hållits med företrädare för Äldresatsningens kvalitetsregister och experter från Socialstyrelsen. Syftet med dessa möten har varit att diskutera Riksrevisionens statistiska analys och tolkning av preliminära resultat.

### **Metod för granskningsfråga 3: Har staten efter Äldresatsningen vidtagit rimliga åtgärder för att stödja ett systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister i äldreomsorgen?**

Genom dokumentstudier och intervjuer med tjänstemän på Socialdepartementet och Socialstyrelsen har vi undersökt hur staten förvaltar resultatet av Äldresatsningen. Vi har gått igenom Socialstyrelsens vägledningsmaterial som berör systematiskt förbättringsarbete samt det pågående projektet med att utveckla nytt kunskapsstöd till kommunal hälso- och sjukvård. Fokus för vår genomgång har varit att undersöka om det finns vägledning som ger stöd till kommunerna vad gäller systematiskt förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister.

I den tidigare nämnda enkäten till kommunernas MAS ställdes frågor om stödet till arbetet med kvalitetsregister. I intervjuer med företrädare för sex regionala stöd- och samverkansstrukturer (RSS) har vi ställt frågor om vilken vägledning de erbjuder kommunerna fem år efter att satsningen avslutades. Vi har även skickat ut skriftliga frågor till registerhållarna och företrädare för samtliga RSS. Tretton representanter för RSS svarade på frågorna. Frågorna berör det eventuella stöd de erbjuder kommunerna i deras förbättringsarbete baserat på kvalitetsregister, och vilket stöd kommunerna efterfrågar.

<sup>282</sup> Se Socialstyrelsen, *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, 2017.

<sup>283</sup> Se Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar*, 2014.



## Bilaga 2. Statistisk metod och resultat

### A1 BPSD-registret och Senior alert som bas för systematiskt förbättringsarbete

#### A1.1 Urval

För att undersöka om BPSD-registret och Senior alert används framgångsrikt som grund för det systematiska förbättringsarbetet använder vi ett urval av de personer som var över 65 år och bodde på ett särskilt boende<sup>284</sup> någon gång under perioden 2015–2018, enligt Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Att vi använder ett urval beror på att vi inte har fullständig information om vilket särskilt boende varje person bott på. Det beror på att det inte finns något nationellt register över vilka individer som bor på vilket särskilt boende. För att knyta rätt person till rätt särskilt boende har vi istället matchat individers folkbokföringsadresser med adresser till särskilda boenden.<sup>285</sup> På detta sätt har vi kunnat knyta 44 procent av populationen till ett namngivet särskilt boende. Skälet till att vi inte har kunnat knyta samtliga personer till ett särskilt boende är att alla inte folkbokför sig på sitt särskilda boende, att en individ måste leva den 31 december ett år för att komma med i folkbokföringsregistret för det året och att det finns inkorrekta adressuppgifter i Socialstyrelsens adressregister. Den sistnämnda felkällan har vi korrigerat i möjligaste mån genom att söka fram den korrekta adressen på internet. Att en person måste leva i slutet av året för att komma med i folkbokföringsregistret innebär att urvalet är något yngre och troligen vid något bättre hälsa än genomsnittspersonen som bor på ett särskilt boende.

Senior alert vänder sig till alla äldre med kommunal hälso- och sjukvård och när vi analyserar det registret använder vi oss av hela det beskrivna urvalet. BPSD-registrets målgrupp är däremot dem som har en demenssjukdom. Vi begränsar därför analysen av BPSD-registret till de som bor på ett demensboende, använder demensläkemedel eller har en demensdiagnos från specialist- eller slutenvården.

<sup>284</sup> Ursprungligen skulle vi även ha granskat om användandet av kvalitetsregister lett till att vårdkvaliteten ökat i hemsjukvården i ordinärt boende. Men eftersom överensstämmelsen mellan SoL-registret, BPSD-registret och Senior alert avseende vem som bor i ordinärt boende är låg är det svårt att avgöra vilka individer som har bott i ordinärt boende under perioden. Av de som enligt SoL-registret bodde i ordinärt boende någon gång 2014–2018, bodde 52 procent på ett särskilt boende enligt BPSD-registret. Av de som enligt SoL-registret bodde i ordinärt boende någon gång 2015–2018, bodde 24 procent på ett särskilt boende enligt Senior alert. Överensstämmelsen mellan registren är betydligt bättre för särskilt boende. Av de som enligt SoL-registret bodde på ett särskilt boende någon gång 2014–2018, bodde över 98 procent på ett särskilt boende enligt BPSD-registret respektive Senior alert.

<sup>285</sup> Adresser till särskilda boenden kommer från det adressregister Socialstyrelsen använder för att nå ut med enkäter till chefer på särskilda boenden inom ramen för *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*, Socialstyrelsen.

## A1.2 Hypotes

För att statistiskt undersöka om BPSD-registret används som underlag för det systematiska förbättringsarbetet jämför vi vårdkvalitet mellan

- oregistrerade som bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret för andra äldre, och oregistrerade som bor på ett särskilt boende som över huvud taget inte använder BPSD-registret
- registrerade och oregistrerade som bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret.

Om kvalitetsregistren används som underlag i ett systematiskt förbättringsarbete som kommer alla till del på ett särskilt boende som använder kvalitetsregister, bör de som bor på ett särskilt boende som registrerar få bättre vårdkvalitet än de som bor på ett särskilt boende som inte registrerar. Vi förväntar oss därför att vårdkvaliteten är högre bland oregistrerade om de bor på ett särskilt boende som registrerar någon, jämfört med om de bor på ett särskilt boende som inte använder registret. Det bör heller inte finnas skillnader i vårdkvalitet mellan de äldre som är registrerade och de som inte är det men bor på ett särskilt boende där andra registreras, om det finns ett systematiskt utvecklingsarbete som kommer alla till del.

För att undersöka om Senior alert används som underlag för ett systematiskt förbättringsarbete går vi till väga på samma sätt som vid analysen av BPSD-registret. Eftersom registreringen i Palliativregistret sker efter dödsfallet kan denna ansats inte användas för att analysera om kvaliteten i den palliativa vården skiljer sig mellan personer som registreras eller ej. Se avsnitt A2 för en analys av Palliativregistret.

I våra urval registrerar 89 procent av de särskilda boendena i Senior alert och 60 procent i BPSD-registret. 56 procent av de äldre registreras i Senior alert och 17 procent i BPSD-registret. 94 respektive 70 procent av de äldre bor på ett särskilt boende som registrerar minst en person i Senior alert respektive BPSD-registret.

## A1.3 Statistisk metod

I analysen jämför vi äldre som inte registreras i BPSD-registret respektive Senior alert men som bor på ett särskilt boende (SÄBO) som använder registret för andra äldre med

- äldre som registreras
- äldre som inte registreras i kvalitetsregistret och bor på ett särskilt boende som inte använder registret.

För att analysera om kvalitetsregistret används som underlag för det systematiska förbättringsarbetet estimerar vi följande ekvation med hjälp av minsta kvadratmetoden<sup>286</sup> (OLS):

(1a) Mått på vårdkvalitet<sub>i, k, t</sub> = a + b<sub>1</sub>×Registrerad<sub>i, t-1</sub> + b<sub>2</sub>×Individ ej registrerad och SÄBO registrerar ej<sub>i, t-1</sub> + ∑<sup>T</sup><sub>t=1</sub> c<sub>t</sub>×År<sub>t</sub> + ∑<sup>D</sup><sub>d=1</sub> f<sub>d</sub>×Demografiska variabler<sub>i</sub> + ∑<sup>K</sup><sub>k=1</sub> g<sub>k</sub>×Kommun<sub>k</sub> + e<sub>i, k, t</sub>

där **Mått på vårdkvalitet**<sub>i, k, t</sub> är en dummyvariabel som antar värdet 1 om individ i som bor i kommun k uppfyller måttet på vårdkvalitet vid tidpunkt t, i annat fall antar variabeln värdet 0. Ett exempel är om en individ drabbas av en fallskada år t. Då antar variabeln värdet 1 för individen detta år, i annat fall 0. Våra mått på vårdkvalitet är om individen gjort ett undvikbart slutenvårdsbesök, uppsöker slutenvård för fallskador, trycksår respektive höft- och lårfrakturer, återinläggs i slutenvård inom 30 dagar, använder olämpliga läkemedel eller många läkemedel samtidigt (polyfarmaci), eller använder antidepressiv medicin, demensläkemedel, opioider, epilepsimedicin, lugnande läkemedel, sömnläkemedel respektive neuroleptika. Se vidare under avsnitt A1.5 för definitioner och hypoteser kring måtten. Sammanlagt används 24 olika mått på vårdkvalitet i analysen av BPSD-registret och Senior alert.

**Registrerad**<sub>i, t-1</sub> är en dummyvariabel som antar värdet 1 om individ i finns med i det kvalitetsregister som studeras, i annat fall antar variabeln värdet 0. Variabeln mäts för period t-1 för att fånga att individen var registrerad i kvalitetsregistret innan till exempel fallskadan inträffade och därmed försöka undersöka om det är själva registreringen som leder till bättre vårdkvalitet. Vi har endast haft tillgång till information på årsbasis för Senior alert, därför mäter vi om individen fanns i registret året innan. För att resultaten för BPSD-registret ska bli jämförbara med resultaten för Senior alert mäter vi även dessa på årsbasis, trots att vi har information på månadsbasis. Koefficienten b<sub>1</sub> visar om det finns någon skillnad i vårdkvalitet, till exempel risken för fallskada, mellan individer som är registrerade i ett kvalitetsregister och de som inte är registrerade men bor på ett särskilt boende som använder kvalitetsregister.

**Individ ej registrerad och SÄBO registrerar ej**<sub>i, t-1</sub> är en dummyvariabel som antar värdet 1 om individ i inte finns med i det kvalitetsregister som studeras och hen bor på ett särskilt boende som inte registrerar i kvalitetsregistret. I annat fall antar variabeln värdet 0. Variabeln mäts för period t-1 för att fånga att individen inte var registrerad i kvalitetsregistret och att det särskilda boendet inte registrerade någon äldre innan till exempel fallskadan inträffade. Koefficienten b<sub>2</sub> visar om det finns någon skillnad i vårdkvalitet, till exempel risken för fallskada, mellan individer som inte är registrerade i kvalitetsregister beroende på om de bor på särskilda boenden som inte använder register jämfört med på boenden som använder register.

<sup>286</sup> Vi har även genomfört samtliga beräkningar med hjälp av probitmodeller. Resultaten är likvärdiga med de två metoderna. Anledningen till att vi valt att rapportera estimaten från OLS i rapporten är att det är enklare att göra tolkningar av effektstorleken på estimaten än för probitestimater.

$\text{Å}_t$  är en dummyvariabel som antar värdet 1 för år  $t$  (det vill säga det år som vårdkvaliteten mäts för), i annat fall antar variabeln värdet 0. Koefficienten  $c_t$  fångar en förändring av vårdkvaliteten över tid, till exempel andelen som drabbas av en fallskada över tid.

**Demografiska variabler:** är individ  $i$ :s kön, födelseregion (Sverige, Norden eller utanför Norden), högsta utbildningsnivå och ålder. Variablerna inkluderas för att de dels samvarierar med sannolikheten att vara med i ett kvalitetsregister, dels med flera av våra utfallsmått. Om de demografiska variablerna utesluts från regressionerna kan vi felaktigt tolka att det finns ett samband mellan att vara registrerad i ett kvalitetsregister och vårdkvalitet, när det egentligen är de demografiska variablerna som samvarierar med vårdkvaliteten. Att ingå i kvalitetsregister är då en proxy för att till exempel vara kvinna eftersom kvinnor har högre sannolikhet att vara med i kvalitetsregister än män.

**Kommun $_k$**  är fixa effekter på kommunnivå (en dummyvariabel för varje kommun) som används för att fånga att kommunerna till exempel har olika ambitionsnivå inom äldreomsorgen.

Standardfelen  $e_{i, k, t}$  klustras på individnivå eftersom en individ förekommer flera gånger och samma individs utfall inte är oberoende av varandra.

Vi estimerar ekvationen för samtliga mått på vårdkvalitet, dels för BPSD-registret, dels för Senior alert. Det innebär att vi byter ut till exempel fallskada i ekvationen ovan mot till exempel expediering av olämpliga läkemedel eller svårläkta sår och gör om analysen för dessa utfall separat för de båda kvalitetsregistren.

#### A1.4 Känslighetsanalys

Metodansatsen ovan skapar ett tolkningsproblem. Det kan vara så att de särskilda boenden som registrerar i kvalitetsregister hade en högre omsorgskvalitet redan före registrering. Det är till exempel inte orimligt att ett särskilt boende med en stabil och högutbildad personalgrupp är mer benäget att använda kvalitetsregister. Om det är så kan ett positivt samband mellan att boendet registrerar och vårdkvalitet inte tolkas kausalt, det vill säga som att registrering leder till högre vårdkvalitet. Sambandet kan ju bero på kvalitetsskillnader som fanns redan innan registreringen började.

För att få vägledning om vilken tolkning som är mest rimlig gör vi en känslighetsanalys utifrån information om verksamhetskvaliteten i de särskilda boendena. Om det finns ett tydligt samband mellan registrering och omsorgskvalitet även då vi kontrollerat för boendets kvalitet, så indikerar det att registreringen i kvalitetsregister leder till bättre vårdkvalitet.

Vi mäter boendets kvalitet genom personalens sammansättning (se vilka variabler som ingår i avsnitt A1.6 nedan). Information har hämtats från Socialstyrelsens enhetsundersökningar 2016–2018 om äldreomsorg och kommunal hälso- och



sjukvård. Vi utgår i beräkningarna från samma delpopulationer som vi använder oss av i grundanalysen. Utöver det ska det särskilda boendet som den äldre bor på även ha besvarat enhetsundersökningen.

Beräkningarna utgår från ekvation 1a ovan men vi lägger till variabler för att mäta boendets kvalitet. Vi estimerar följande ekvation med hjälp av minsta kvadratmetoden:

$$(1b) \text{ Mått på vårdkvalitet}_{i, k, s, t} = a + b_1 \times \text{Registrerad}_{i, t-1} + b_2 \times \text{Individ ej registrerad och SÄBO registrerar}_{i, t-1} + \sum_{t=1}^T c_t \times \text{År}_t + \sum_{d=1}^D f_d \times \text{Demografiska variabler}_{i, t} + \sum_{k=1}^K g_k \times \text{Kommun}_k + \sum_{kv=1}^{KV} h_{kv} \times \text{Kvalitet SÄBO}_s + e_{i, k, s, t}$$

där Kvalitet SÄBO<sub>s</sub> är variabler för att mäta kvaliteten *kv* på det särskilda boendet *s* år *t*. Exempel är antal omsorgspersonal per bostad vid enheten och andel personal med adekvat utbildning. Se avsnitt A1.6 nedan för samtliga variabler som ingår.

## A1.5 Våra utfallsmått för vårdkvalitet i analysen av BPSD-registret och Senior alert

### A1.5.1 Undvikbar slutenvård

Indikatorn utgår från antagandet att det går att förebygga och därmed minska slutenvården för patienter med vissa sjukdomstillstånd. Minskningen kan ske om patienten får en samordnad och optimal vård.

Variabeln visar om en individ skrivs in för slutenvård med anledning av diagnoser som går att påverka i öppenvården. Indikatorn baseras på sjukdomstillstånden astma, diabetes, förmaksflimmer, hjärtinsufficiens, kärlkramp, KOL, pneumoni och urinvägsinfektion under året. Indikatorn är framtagen av Socialstyrelsen.<sup>287</sup> Indikatorn baseras på Socialstyrelsens patientregister.

### A1.5.2 Oplanerade återinskrivningar i slutenvård inom 30 dagar

Syftet med måttet är att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad.

Indikatorn är framtagen av Socialstyrelsen och visar om en individ som varit inskriven med diabetes, KOL, pneumoni, bronkit, urinvägsinfektion, akut tubulointerstitiell nefrit, cystit, höftfraktur och brott på lårbenshals, förmaksflimmer eller hjärtsvikt återinskrivs i slutenvård inom 30 dagar för relaterade diagnoser.<sup>288</sup> Indikatorn baseras på information från Socialstyrelsens patientregister.

<sup>287</sup> Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar*, 2014.

<sup>288</sup> Ibid.

### *A1.5.3 Frakturer på lår och höft*

Höft- och lårfrakturer är särskilt vanliga bland äldre. Syftet med måttet är att mäta kvaliteten på den sammanhållna vården och omsorgen med fokus på kommunernas förebyggande verksamhet. En låg andel frakturer antas spegla ett bra förebyggande arbete.

Indikatorn har tagits fram av Socialstyrelsen och visar datumet för när en individ får slutenvård till följd av höft- eller lårfraktur.<sup>289</sup> Den baseras på Socialstyrelsens patientregister.

### *A1.5.4 Slutenvård i samband med fallskada*

Syftet med måttet är att mäta kvaliteten på den sammanhållna vården och omsorgen med fokus på kommunernas skadeförebyggande verksamhet. Fallskador är särskilt vanliga bland äldre och är den dominerande orsaken till slutenvård bland äldre. Fallskadorna orsakar stora samhällskostnader, vid sidan av det personliga lidandet.

Variabeln visar om patienten under året har skrivits in i slutenvården efter en fallskada. Här ingår samtliga fallskador, till exempel en skullskada, och inte enbart höft- och lårfrakturer. Variabeln omfattar både planerade och oplanerade besök. Variabeln baseras på Socialstyrelsens patientregister.

### *A1.5.5 Oplanerad slutenvård i samband med fallskada*

Syftet med måttet är att mäta kvaliteten på den sammanhållna vården och omsorgen med fokus på kommunernas skadeförebyggande verksamhet. Variabeln visar om individen skrivits in i oplanerad slutenvård i samband med en fallskada under året. Här ingår samtliga fallskador, till exempel en skullskada, och inte enbart höft- och lårfrakturer. Variabeln baseras på Socialstyrelsens patientregister.

### *A1.5.6 Slutenvård för trycksår*

Syftet med måttet är att mäta kvaliteten på den sammanhållna vården och omsorgen med fokus på kommunernas skadeförebyggande verksamhet. Variabeln visar om individen skrivits in i slutenvård med ett trycksår under året. Informationen har hämtats från Socialstyrelsens patientregister.

### *A1.5.7 Expediering av olämpliga läkemedel*

Med en god omvårdnad bör användningen av olämpliga läkemedel minska. Måttet visar om en individ har expedierats olämpliga läkemedel som ska räcka åtminstone fram till och med mätpunkten den 31 december ett visst år. Definitionen av olämpliga läkemedel utgår från Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.<sup>290</sup> I gruppen ingår långverkande bensodiazepiner, läkemedel med antikolinerga effekter, tramadol, propiomazin, kodein och glibenklamid. Indikatorn baseras på Socialstyrelsens läkemedelsregister.

<sup>289</sup> Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar*, 2014.

<sup>290</sup> Socialstyrelsen, *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, 2017.

### A1.5.8 Polyfarmaci

Samtidig användning av flera läkemedel är förknippad med särskilda risker, framför allt för äldre personer. Måtten visar om en individ har expedierats minst 5 respektive minst 10 läkemedel som ska räcka åtminstone fram till och med mätpunkten den 31 december ett visst år. Indikatorerna baseras på Socialstyrelsens läkemedelsregister.

### A1.5.9 Läkemedel som ökar risken för fallskador

Syftet med måtten är att belysa i vilken utsträckning de äldre expedieras läkemedel som är särskilt förknippade med ökad risk för fallskada. Läkemedlen är antidepressiv medicin (N06A), lugnande läkemedel och sömnmedel (N05C) och opioider (N02A).<sup>291</sup> Måttet visar om en individ fått något av läkemedlen expedierat under året (måttet baseras på användning under hela året, inte punktprevalens den 31 december). Indikatorn baseras på Socialstyrelsens patientregister.

### A1.5.10 Förskrivning av vanliga centralt verkande läkemedel för äldre

Användningen av centralt verkande läkemedel är stor bland äldre. Några av de vanligaste är opioider (N02A), neuroleptika (N05A), antidepressiv medicin (N06A), lugnande läkemedel (N05B), sömn- (N05C), demens- (N06D) och epilepsiläkemedel (N03A). Utfallsmåttet visar dels om en person har fått åtminstone ett av dessa läkemedel (definierat utifrån ATC på 4-ställig nivå) expedierat under året (måttet baseras på användning under hela året, inte punktprevalens den 31 december), dels expedierade definierade dygnsdoser (FDDD).

## A1.6 Våra mått för boendekvalitet

Måtten har hämtats från Socialstyrelsens Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård för åren 2016–2018. Enhetsundersökningen är en enkätundersökning där hemtjänstverksamhet och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre. Syftet med undersökningen är att stimulera till verksamhetsutveckling som ska gynna brukarna. Drygt 90 procent av de särskilda boendena besvarade enkäten år 2018. År 2018 medverkade 284 av 289 kommuner. De mått vi använder oss av för att mäta boendets kvalitet är:

- andel omsorgspersonal på vardagar som har adekvat utbildning
- andel omsorgspersonal på helgdagar som har adekvat utbildning
- antal sjuksköterskor på vardagar per antalet bostäder plus eventuellt hemsjukvårdspatienter
- antal sjuksköterskor på helgdagar per antalet bostäder plus eventuellt hemsjukvårdspatienter
- antal omsorgspersonal på vardagar per antalet bostäder
- antal omsorgspersonal på helgdagar per antalet bostäder

<sup>291</sup> Dessa läkemedel ger ökad risk för fallskador enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Medicinering och skador bland äldre*, 2014, s. 11.

Utöver våra mått på kvalitet inkluderar vi även information från enhetsundersökningarna om boendets regiform.

### A1.7 Resultat – Används BPSD-registret och Senior alert som underlag för systematiskt förbättringsarbete?

Vi finner inte stöd för att BPSD-registret eller Senior alert generellt används som grund för det systematiska förbättringsarbetet. I merparten av våra beräkningar finns det inte någon statistiskt signifikant skillnad i vårdkvalitet mellan oregistrerade beroende på om de bor på ett särskilt boende som använder kvalitetsregister eller ett särskilt boende som inte använder kvalitetsregister. Det gäller både för BPSD-registret och Senior alert. Vi finner därmed inte stöd för att kvalitetsregistren används som underlag för det systematiska förbättringsarbetet. Vi finner även att det är skillnader i vårdkvalitet mellan dem som är registrerade i ett kvalitetsregister och dem som inte är registrerade i ett kvalitetsregister men bor på ett särskilt boende som använder sig av kvalitetsregister. Hade förbättringsarbetet kommit alla på ett boende till del borde vi inte se några skillnader i vårdkvalitet mellan registrerade och oregistrerade. Vår bedömning är därmed att användningen av kvalitetsregister som underlag för förbättringsarbete inte ger betydande resultat på en nationellt övergripande nivå.

Vi har även gjort beräkningar som indikerar att kvalitetsregistren används i det systematiska förbättringsarbetet i vissa enskilda regioner och kommuner. Vår metodansats är dock mindre lämpad för att undersöka enskilda kommuner eftersom det dels finns kommuner där alla särskilda boenden registrerar åtminstone någon person, dels kommuner där alla oregistrerade äldre bor på äldreboenden som inte använder sig alls av kvalitetsregister. Eftersom vår ansats delvis bygger på att jämföra oregistrerade äldre som bor i särskilda boenden som använder kvalitetsregister med oregistrerade äldre som bor i särskilda boenden som inte använder kvalitetsregister kan vi inte analysera dessa kommuner. Vi har därför inte kunnat göra en heltäckande analys av användandet av kvalitetsregister som bas för ett systematiskt förbättringsarbete för alla kommuner enskilt.

#### A1.7.1 En stor andel av de äldre förskrivs många läkemedel

Av tabell A1 framgår att drygt två tredjedelar av de äldre använder minst fem läkemedel samtidigt och en fjärdedel använder så många som minst tio läkemedel samtidigt. Knappt var tionde person använder läkemedel som bör undvikas.

Mer än hälften av de äldre förskrivs antidepressiva läkemedel och bland dem är genomsnittlig expedierad definierad dygnsdos (FDDD) under ett år 376–377. En definierad dygnsdos är den genomsnittliga dygnsdos som rekommenderas då läkemedlet används av en vuxen vid medlets huvudindikation. För en vuxen person som ställs på antidepressiva läkemedel under ett år är således FDDD 365 (antal dygn på ett år).

Ungefär 40 procent förskrivs lugnande läkemedel, drygt en tredjedel förskrivs opioider respektive sömnmedel och drygt var femte person förskrivs neuroleptika.

I vårt BPSD-urval som täcker dem som bor på demensboenden, har en demensdiagnos från specialist- eller slutenvården eller förskrivs demensläkemedel, får drygt var fjärde demensläkemedel utskrivet. Andelen i Senior alert-urvalet är något lägre. Där förskrivs var femte person demensläkemedel. I Senior alert-urvalet ingår samtliga på de särskilda boendena, inte enbart de med demenssymtom.

Det är en relativt låg andel som behöver uppsöka slutenvård bland dem som bor på särskilt boende. Cirka 7 procent har gjort ett undvikbart slutenvårdsbesök<sup>292</sup> och drygt 1 procent återinskrivs i slutenvården inom 30 dagar. Runt 7 procent drabbas av en fallskada som kräver slutenvård och drygt 3 procent drabbas av en höft- eller lårfraktur som kräver slutenvård. Andelen som uppsöker slutenvård för ett trycksår är mycket liten, under 1 procent.

**Tabell A1** Andel med olika vårdkvalitetsutfall samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos per individ (FDDD) som förskrivs olika läkemedel, 2016–2018.

	BPSD-urvalet	Senior alert-urvalet
Läkemedel som bör undvikas	9,26 %	9,86 %
Minst 10 läkemedel	25,38 %	25,87 %
Minst 5 läkemedel	68,15 %	67,99 %
Undvikbar slutenvård	7,23 %	7,31 %
Återinskrivning i slutenvård	1,15 %	1,17 %
Höft- och lårfraktur	3,57 %	3,17 %
Fallolycka som leder till vård	7,10 %	6,42 %
Fallolycka som leder till akut vård	4,86 %	4,24 %
Trycksår	0,15 %	0,13 %
Opioider	35,43 %	35,65 %
Årlig genomsnittlig dos opioider	78 FDDD	81 FDDD
Neuroleptika	21,88 %	20,72 %
Årlig genomsnittlig dos neuroleptika	113 FDDD	120 FDDD
Lugnande	41,47 %	39,80 %
Årlig genomsnittlig dos lugnande	78 FDDD	81 FDDD
Sömnmedel	36,74 %	36,83 %
Årlig genomsnittlig dos sömnmedel	254 FDDD	259 FDDD
Antidepressiva läkemedel	56,73 %	55,39 %
Årlig genomsnittlig dos antidepressiva läkemedel	377 FDDD	376 FDDD

<sup>292</sup> Se avsnitt A1.5.1 ovan för definition.

	BPSD-urvalet	Senior alert-urvalet
Demensläkemedel	26,79 %	20,25 %
Årlig genomsnittlig dos demensläkemedel	360 FDDD	355 FDDD
Epilepsiläkemedel	6,19 %	6,31 %
Årlig genomsnittlig dos epilepsiläkemedel	129 FDDD	135 FDDD

### A1.7.2 Kvalitetsregistren och det systematiska förbättringsarbetet:

#### Tolkning av resultattabellerna

I tabellerna A2a–A5b visar vi resultaten från regressionsanalyserna som ska besvara om kvalitetsregistren används som underlag i det systematiska förbättringsarbetet. I tabellerna visar vi beräkningar där vi inte kontrollerat för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultaten ändras när vi inkluderar kontroller för boendets kvalitet kommenteras det under tabellen.

Koefficientstorlekarna i tabellerna ska jämföras med andelen som får olika vårdutfall, till exempel andelen som förskrivs läkemedel som bör undvikas, i tabell A1 ovan. Exempelvis går det att utläsa från tabell A2a att en person som är registrerad i BPSD-registret har 4,4 procentenheters lägre risk (koefficienten är -0,044) att förskrivs läkemedel som bör undvikas, än en person som inte finns med i BPSD-registret men bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret. Från tabell A1 går det att utläsa att 9,26 procent i BPSD-urvalet expedieras läkemedel som bör undvikas. Det innebär att en person som är med i BPSD-registret har 46 procent (-0,044/0,0926) lägre risk att förskrivs läkemedel som bör undvikas än den som inte är med i BPSD-registret men bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret. Observera att både de som registreras i BPSD-registret och de som inte gör det bor på ett demensboende, har en demensdiagnos från specialist- eller slutenvården eller förskrivs demensläkemedel.

### A1.7.3 Resultaten pekar på att BPSD-registret och Senior alert inte används som bas i det systematiska förbättringsarbetet

Ett uttalat syfte med BPSD-registret är att minska användningen av olämpliga läkemedel och att öka användningen av demensläkemedel. Om BPSD-registret används som bas i det systematiska förbättringsarbetet bör äldre som bor på särskilda boenden som använder BPSD-registret ha en lägre risk att förskrivs olämpliga läkemedel och en högre sannolikhet att förskrivs demensläkemedel än de som bor på särskilda boenden som inte använder BPSD-registret. Det bör heller inte finnas skillnad mellan dem som själva är med i registret och dem som inte är det och bor på ett särskilt boende som använder kvalitetsregister.

Syftet med Senior alert är att stödja ett systematiskt vårdpreventivt arbetssätt. Registret fokuserar framförallt på risk för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och urinblåsans funktion. Av dessa fokusområden undersöker vi fallolyckor, höft-

och lårfakturer samt trycksår. Även läkemedelskonsumtion ingår i risken för fallolyckor och trycksår då en del läkemedel har yrsel och ostadighet som biverkningar vilket ökar risken för fallolyckor som i sin tur kan leda till trycksår.

#### *Jämförelse mellan registrerade utifrån om boendet använder BPSD-registret respektive Senior alert eller ej*

Vi finner, tvärt emot vad vi förväntar oss, att det inte finns några skillnader i risken att expedieras minst 10 läkemedel samtidigt eller olämpliga läkemedel eller att förskrivas opioider, lugnande läkemedel, sömnmedel eller epilepsiläkemedel mellan äldre som inte är registrerade oavsett om de bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret eller ej (tabell A2a, A3a, A4a och A5a). För Senior alert gäller detsamma, men här finns det inte heller några skillnader i sannolikheten att expedieras minst 5 läkemedel eller förskrivas antidepressiv medicin, demensläkemedel och neuroleptika (tabell A2b, A3b, A4b och A5b). Registrerade som bor på särskilda boenden som använder BPSD-registret har utöver detta en något högre risk (4 procent) för polyfarmaci med minst fem läkemedel än dem som bor på särskilda boenden som inte använder BPSD-registret, vilket går tvärt emot vad vi skulle förvänta oss om BPSD-registret används som bas i det systematiska förbättringsarbetet.<sup>293</sup>

Det finns inte heller någon skillnad i läkemedelsdosering för sex av de sju läkemedel vi undersökt mellan dem som bor på särskilda boenden som använder BPSD-registret och dem som bor på särskilda boenden som inte gör det. Det gäller för opioider, neuroleptika, antidepressiva läkemedel, demensläkemedel, sömnläkemedel och epilepsiläkemedel (tabell A3a, A4a och A5a). För dem som inte är med i Senior alert finns det inga skillnader i årsdosering i fem av sju läkemedel mellan dem som bor på särskilda boenden som använder Senior alert och dem som bor på särskilda boenden som inte gör det. Det gäller för opioider, lugnande läkemedel, sömnläkemedel, demensläkemedel och antidepressiv medicin (tabell A3b, A4b och A5b). För epilepsimedien får vi dessutom ett motsatt resultat till vad vi förväntat oss.

Ett intressant resultat är att det är lägre sannolikhet (18 procent) att förskrivas demensläkemedel bland dem som inte är registrerade i BPSD-registret och bor på ett särskilt boende som använder registret jämfört med ett som inte gör det.<sup>294</sup> Samtidigt finner vi att det är mycket högre sannolikhet (71 procent) att förskrivas demensläkemedel om man är med i BPSD-registret jämfört med om man inte är registrerad men bor på ett boende som använder BPSD-registret.<sup>295</sup> Dessa resultat skulle kunna bero på att det finns viss selektion bland vilka som registreras i BPSD-registret, vilket även registerhållaren framhåller.<sup>296</sup> Om de särskilda boenden som använder registret framförallt registrerar dem med mer BPSD-symtom,

<sup>293</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A2a.

<sup>294</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A5a.

<sup>295</sup> Ibid.

<sup>296</sup> Intervju med registerhållaren för BPSD-registret 2020-06-12.

som därmed även förskrivs demensläkemedel i större utsträckning, är det en naturlig förklaring till att dem som är registrerade har en större sannolikhet att förskrivas demensläkemedel än de som inte är med i registret men bor på ett boende som använder BPSD-registret. Det förklarar även varför det finns skillnader mellan dem som inte är registrerade beroende på om de bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret eller inte. De som bor på särskilda boenden som använder BPSD-registret men själva inte är registrerade har sannolikt i genomsnitt mindre BPSD-symtom än dem som bor på boenden som inte registrerar. Den sistnämnda gruppen består av både dem som har många och få BPSD-symtom och därmed troligtvis i större utsträckning förskrivs demensläkemedel.

Vi har ett fåtal resultat som pekar mot att BPSD-registret eventuellt skulle användas som bas i det systematiska förbättringsarbetet, men skillnaderna mellan grupperna är mycket små. Det är en något lägre risk för dem som inte är registrerade men bor på ett särskilt boende där andra registreras jämfört med dem som bor på särskilda boenden som inte använder register alls att förskrivas antidepressiva läkemedel (4 procent) och neuroleptika (1 procent).<sup>297</sup> De förskrivs även en något lägre dos lugnande läkemedel (5 procent).<sup>298</sup>

Vår slutsats är att vi inte finner stöd för att vare sig BPSD-registret eller Senior alert används som bas i det systematiska förbättringsarbetet när vi jämför oregistrerade utifrån om de bor i ett särskilt boende som registrerar i respektive kvalitetsregister eller ej, när vi undersöker våra läkemedelsutfall. Som nämndes ovan är ett uttalat mål med BPSD-registret att minska onödig läkemedelskonsumtion och öka användningen av demensläkemedel. Vi förväntade oss därför att särskilt se effekter på läkemedelsförskrivningen om BPSD-registret används som bas i det systematiska förbättringsarbetet. Läkemedelsförskrivningen är dock även en viktig del vad gäller att förebygga fall, vilket är ett av syftena med Senior alert.

Vi undersöker även om det finns skillnader i slutenvårdskonsumtion mellan oregistrerade beroende på om de bor i särskilda boenden som använder BPSD-registret respektive Senior alert eller ej. Vi har undersökt sannolikheten för att drabbas av undvikbar slutenvård, återinskrivningar i slutenvård inom 30 dagar, höft- och lårfrakturer, fallolyckor och trycksår. Tvärt emot vad vi förväntar oss så finner vi ingen skillnad mellan de två grupperna för vare sig BPSD-registret eller Senior alert (tabellerna A6a och A6b). Undantaget är att sannolikheten för undvikbar slutenvård är högre för dem som bor på ett boende där andra registreras i BPSD-registret jämfört med dem som bor på ett boende som inte använder BPSD-registret (tabell A6a). Detta resultat står även det i strid med vår hypotes.

<sup>297</sup> Beräknas utifrån tabellerna A1, A3a respektive A5a.

<sup>298</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A4a.



### *Jämförelse mellan registrerade och oregistrerade som bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret respektive Senior alert*

Om kvalitetsregister används som bas i det systematiska förbättringsarbetet som kommer alla till del förväntar vi oss att det inte ska finnas några skillnader i vårdkvalitet mellan registrerade och oregistrerade som bor på ett särskilt boende som använder registret. Tvärt emot vår förväntan finner vi att äldre som finns i BPSD-registret har mycket lägre risk (48 procent) att expedieras läkemedel som bör undvikas och för polyfarmaci med minst 10 läkemedel (33 procent).<sup>299</sup> De som är registrerade i BPSD-registret har även en lägre sannolikhet att förskrivas epilepsiläkemedel (48 procent) och sömnläkemedel (15 procent) än de som inte är med i registret men bor på ett särskilt boende som använder registret.<sup>300</sup>

Det finns även en del läkemedel som de som är med i BPSD-registret har en större sannolikhet att förskrivas jämfört med dem som inte är med i registret men bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret. Det är neuroleptika (33 procent högre sannolikhet), lugnande läkemedel (18 procent högre sannolikhet) och antidepressiva läkemedel (9 procent högre sannolikhet).<sup>301</sup> Men de som finns med i BPSD-registret förskrivs i genomsnitt en lägre årsdos (FDDD) av majoriteten av de läkemedel vi undersökt än dem som inte registreras men bor på ett särskilt boende som använder registret.<sup>302</sup> Skillnaden i årsdos är 43 procent för neuroleptika, 22 procent för epilepsiläkemedel, 21 procent för sömnläkemedel, 15 procent för opioider och 14 procent för lugnande läkemedel.<sup>303</sup> Även för övriga läkemedel är skillnaderna statistiskt signifikanta men betydligt mindre.

Inte heller för Senior alert pekar huvuddelen av de statistiska beräkningarna för läkemedelsanvändning på att registret används som bas för det systematiska förbättringsarbetet. För registrerade i Senior alert ser vi att de som är registrerade har en något högre sannolikhet för polyfarmaci (5–8 procent) samt att förskrivas antidepressiv medicin (6 procent), demensläkemedel (3 procent) och lugnande läkemedel (3 procent), jämfört med dem som inte är registrerade men bor på särskilda boende som registrerar.<sup>304</sup> Det finns även skillnader i årsdoseringen för opioider, neuroleptika och antidepressiva mediciner.

<sup>299</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A2a.

<sup>300</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A5a respektive A4a.

<sup>301</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A3a, A4a respektive A5a.

<sup>302</sup> Tabellerna A3a, A4a respektive A5a.

<sup>303</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A3a, A5a respektive A4a.

<sup>304</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och A2b, A5b respektive A4b.

Vi har även undersökt om det finns skillnader i slutenvårdskonsumtion mellan de som är registrerade och de som inte är registrerade men bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret respektive Senior alert. Även dessa resultat pekar på att registren inte används som bas för det systematiska förbättringsarbetet. För Senior alert finner vi att de som är registrerade har en mycket lägre sannolikhet att drabbas av trycksår som föranleder slutenvård (75 procent), återinskrivas i slutenvården inom 30 dagar (26 procent) och lägre sannolikhet för undvikbara besök i slutenvården (18 procent) jämfört med dem som inte är registrerade men bor på ett särskilt boende som använder Senior alert.<sup>305</sup> De har även lägre sannolikhet att drabbas av höft- och lårfraktur (13 procent) och fallolyckor (9 procent).<sup>306</sup>

För BPSD-registret finner vi att de som är registrerade har mycket lägre sannolikhet att drabbas för undvikbar slutenvård (46 procent) och återinskrivningar inom 30 dagar (43 procent) jämfört med dem som inte är registrerade men bor på ett särskilt boende som använder BPSD-registret.<sup>307</sup> Däremot har de som ingår i registret en större risk för höft- och lårfrakturer (22 procent) och fallolyckor (17–19 procent) som föranleder inskrivning i slutenvården.<sup>308</sup> De sistnämnda resultaten pekar, tillsammans med den ökade sannolikheten för att förskrivas demensläkemedel, på att det är de mest sköra som selekteras in i BPSD-registret. Trots detta har de en mycket lägre risk för undvikbar slutenvård och återinskrivning i slutenvården. Detta visar tydligt på nyttan av att vara registrerad i BPSD-registret.

---

<sup>305</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A6b.

<sup>306</sup> Ibid.

<sup>307</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A6a.

<sup>308</sup> Ibid.

**Tabell A2a** Registrering i BPSD-registret och expediering av olämpliga läkemedel och polyfarmaci, 2016–2018. OLS

	Olämpliga läkemedel	Minst 10 läkemedel	Minst 5 läkemedel
Individ i BPSD-registret	-0,044*** (0,003)	-0,083*** (0,004)	-0,050*** (0,005)
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO använder registret	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO använder ej registret	-0,005 (0,005)	-0,008 (0,007)	-0,030*** (0,007)
Antal obs.	68 377	68 377	68 377
Antal individer	42 369	42 369	42 369
Justerat R2	0,03	0,03	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun. Vi har inte kontrollerat för det särskilda boendets kvalitet. Men i de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A2b** Registrering i Senior alert och expediering av olämpliga läkemedel och polyfarmaci, 2016–2018. OLS

	Olämpliga läkemedel	Minst 10 läkemedel	Minst 5 läkemedel
Individ i Senior alert	-0,006 (0,003)	0,013** (0,005)	0,020*** (0,005)
Individ ej i Senior alert, SÄBO använder registret	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i Senior alert, SÄBO använder ej registret	0,001 (0,008)	-0,012 (0,011)	0,003 (0,012)
Antal obs.	96 690	96 690	96 690
Antal individer	57 043	57 043	57 043
Justerat R2	0,03	0,03	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun. Vi har inte kontrollerat för det särskilda boendets kvalitet. Men i de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A3a** Registrering i BPSD-registret och sannolikheten att förskrivas opioider eller neuroleptika samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

	Opioider		Neuroleptika	
	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år
Individ i BPSD-registret	-0,002 (0,006)	11,694*** (2,168)	0,072*** (0,005)	-48,385*** (3,778)
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar ej	0,004 (0,006)	1,538 (2,131)	0,003*** (0,005)	3,948 (4,654)
Antal obs.	68 377	34 387	68 377	19 978
Antal individer	42 369	23 808	42 369	12 926
Justerat R2	0,02	0,03	0,05	0,17

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A3b** Registrering i Senior alert och sannolikheten att förskrivas opioider eller neuroleptika samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

	Opioider		Neuroleptika	
	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år
Individ i Senior alert	0,007 (0,004)	3,502 <sup>B</sup> (1,895)	0,004 (0,004)	-9,152** <sup>C</sup> (4,289)
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar ej	-0,021** <sup>A</sup> (0,010)	-0,860 (4,684)	0,015 (0,009)	28,098** (10,858)
Antal obs.	96 692	34 387	96 692	19 978
Antal individer	57 045	23 808	57 045	12 926
Justerat R2	0,02	0,02	0,05	0,16

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes. <sup>A, C</sup> Koefficienten är inte signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet. <sup>B</sup> Koefficienten är signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet.*

**Tabell A4a** Registrering i BPSD-registret och sannolikheten att förskrivas lugnande läkemedel eller sömnläkemedel samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivas läkemedlet, 2016–2018. OLS

	Lugnande läkemedel		Sömnläkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år
Individ i BPSD-registret	0,074*** (0,006)	-11,19*** (1,882)	-0,054*** (0,006)	-54,586*** (3,429)
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar ej	0,011 (0,006)	4,048** (2,069)	0,006 (0,006)	3,654 (3,167)
Antal obs.	68 377	38 478	68 377	35 598
Antal individer	42 369	26 126	42 369	23 154
Justerat R2	0,02	0,06	0,03	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A4b** Registrering i Senior alert och sannolikheten att förskrivas lugnande läkemedel eller sömnläkemedel samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivas läkemedlet, 2016–2018. OLS

	Lugnande läkemedel		Sömnläkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år
Individ i Senior alert	0,010** (0,004)	-3,669 (1,900)	-0,021*** (0,005)	-7,348*** <sup>A</sup> (2,921)
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar ej	0,006 (0,010)	-4,812 (3,811)	0,012 (0,011)	5,921 (6,408)
Antal obs.	96 692	38 478	96 692	35 598
Antal individer	57 045	26 126	57 045	23 154
Justerat R2	0,02	0,06	0,02	0,04

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes. <sup>A</sup> Koefficienten är inte signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet.*

**Tabell A5a** Registrering i BPSD-registret och sannolikheten att förskrivas antidepressiva läkemedel, demens- eller epilepsiläkemedel samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

	Antidepressiva läkemedel		Demensläkemedel		Epilepsiläkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år
Individ i BPSD-registret	0,049*** (0,006)	-6,693** (3,378)	0,190*** (0,006)	14,017*** (3,628)	-0,030*** (0,003)	-28,326*** (5,379)
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar ej	0,025*** (0,006)	1,188 (3,334)	0,049*** (0,005)	-4,910 (4,459)	-0,005 (0,003)	-3,185 (5,067)
Antal obs.	68 377	53 559	68 377	19 580	68 377	6 100
Antal individer	42 369	32 830	42 369	12 676	42 369	4 002
Justerat R2	0,03	0,05	0,11	0,07	0,02	0,12

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A5b** Registrering i Senior alert och sannolikheten att förskrivas antidepressiva läkemedel, demens- eller epilepsiläkemedel samt genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

	Antidepressiva läkemedel		Demensläkemedel		Epilepsiläkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år	Sannolikhet	FDDD/år
Individ i Senior alert	0,034*** (0,005)	14,142*** (3,066)	0,007 <sup>A</sup> (0,004)	-3,366 (3,767)	0,004 (0,002)	-0,709 (4,943)
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar ej	0,019 (0,011)	8,152 (6,905)	-0,001 (0,009)	2,595 (8,514)	0,000 (0,005)	-25,428** (4,943)
Antal obs.	96 692	53 559	96 692	19 580	96 692	6 100
Antal individer	57 045	32 830	57 045	12 676	57 045	4 002
Justerat R2	0,03	0,06	0,04	0,07	0,02	0,12

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. <sup>A</sup> Koefficienten är signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet.*

**Tabell A6a** Registrering i BPSD-registret och risken för undvikbar slutenvård, återinskrivningar i slutenvården inom 30 dagar, höft- och lårfraktur, fallolyckor som kräver vård eller trycksår, 2016–2018. OLS

	Undvikbar slutenvård	Återinskrivning i slutenvård	Höft- och lårfraktur	Fallolycka som leder till vård	Fallolycka som leder till akut vård	Trycksår
Individ i BPSD-registret	-0,033*** (0,002)	-0,005*** (0,001)	0,008*** (0,002)	0,012*** (0,003)	0,009*** (0,002)	-0,000 (0,000)
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i BPSD-registret, SÄBO registrerar ej	-0,010*** (0,003)	0,000 (0,001)	0,002 (0,002)	0,005 (0,003)	0,004 (0,002)	0,001 (0,001)
Antal obs.	68 377	68 377	68 377	68 377	68 377	68 377
Antal individer	42 369	42 369	42 369	42 369	42 369	42 369
Justerat R2	0,02	0,004	0,004	0,007	0,007	0,002

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun. Vi har inte kontrollerat för det särskilda boendets kvalitet. Men i de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A6b** Registrering i Senior alert och risken för undvikbar slutenvård, återinskrivningar i slutenvården inom 30 dagar, höft- och lårfraktur, fallolyckor som kräver vård eller trycksår, 2016–2018. OLS

	Undvikbar slutenvård	Återinskrivning i slutenvård	Höft- och lårfraktur	Fallolycka som leder till vård	Fallolycka som leder till akut vård	Trycksår
Individ i Senior alert	-0,013*** (0,002)	-0,003*** (0,001)	-0,004*** (0,001)	-0,006*** (0,002)	-0,004** (0,002)	0,001*** <sup>B</sup> (0,000)
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Individ ej i Senior alert, SÄBO registrerar ej	-0,012*** <sup>A</sup> (0,006)	0,001 (0,002)	-0,006 (0,004)	-0,006 (0,005)	-0,004 (0,004)	-0,000 (0,000)
Antal obs.	96 692	96 692	96 692	96 692	96 692	96 692
Antal individer	57 045	57 045	57 045	57 045	57 045	57 045
Justerat R2	0,01	0,002	0,002	0,003	0,002	0,003

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun. Vi har inte kontrollerat för det särskilda boendets kvalitet. Men i de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

<sup>A B</sup> Koefficienten är inte signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet.

## A2 Palliativregistret och systematiskt förbättringsarbete

### A2.1 Urval

Vi baserar analysen om Palliativregistret används i det systematiska förbättringsarbetet i den palliativa vården på ett urval. Urvalet består av dem som var 65 år eller äldre och avled någon gång mellan 2014 och juni 2018. De ska vidare ha bott på ett särskilt boende enligt Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning när de avled. Populationen kopplas samman med information från Palliativregistret som visar om individen har registrerats efter sin död eller ej.

### A2.2 Hypotes

För att undersöka om Palliativregistret används som bas i det systematiska förbättringsarbetet i den palliativa vården studerar vi om det finns ett samband mellan andelen av de äldre i en kommun eller ett län som registreras i Palliativregistret efter sin död och kvaliteten på den palliativa vården. Ju större andel som täcks, desto bättre underlag kan Palliativregistret utgöra i förbättringsarbetet av den palliativa vården. Om Palliativregistret används som bas i det systematiska förbättringsarbetet förväntar vi oss därmed att vårdkvaliteten ökar ju större andel i kommunen eller länet som täcks av registret.

### A2.3 Statistisk metod

För att studera sambandet mellan Palliativregistrets täckningsgrad och kvaliteten i palliativvården estimerar vi följande ekvation med hjälp av minsta kvadratmetoden (OLS):

$$(2) \text{ Andel med god vårdkvalitet}_{k,t} = a + b \times \text{Andel registrerade}_{k,t-1} + \sum_{t=1}^T c_t \times \text{År}_t + \sum_{d=1}^D f_d \times \text{Demografi}_{k,t} + e_{k,t}$$

**Andel med god vårdkvalitet** $_{k,t}$  är en variabel som visar andelen av dem som bor i ett särskilt boende i kommun  $k$  som får god palliativ vård år  $t$ . Vårdkvalitet i den palliativa vården mäts som andelen som drabbas av påverkbar eller upprepad påverkbar slutenvård under livets slutskede och som andelen som förskrivs läkemedel som rekommenderas för symtomlindring i livets slutskede, samt doseringen av symptomlindringen. Se vidare avsnittet A2.4 nedan för en definition av de mått som använts.

**År** är en dummyvariabel som antar värdet 1 för år  $t$  (det vill säga det år som vårdkvaliteten mäts för), i annat fall antar variabeln värdet 0. Koefficienten  $c_t$  fångar en förändring av vårdkvaliteten över tid, till exempel andelen som förskrivs ett visst läkemedel.



**Andel registrerade** $_{k, t-1}$  är en variabel som visar andelen av de som bor på särskilt boende i kommun  $k$  som blev registrerade i Palliativregistret när de avled år  $t-1$ , det vill säga året innan vårdkvaliteten mäts. Hypotesen är att ju större andel som registreras i Palliativregistret, desto bättre blir Palliativregistret som underlag för det förebyggande arbetet. Det leder i sin tur till bättre palliativ vård om Palliativregistret används som bas i förbättringsarbetet. Vi förväntar oss därför ett positivt samband mellan andelen registrerade i Palliativregistret och vårdkvaliteten kommande år.

Variablerna **Demografi** $_{k, t}$  mäter hur stor andel av de som avlider och bor i särskilt boende i kommun  $k$  vid tidpunkt  $t$  som är kvinnor eller utrikes födda samt genomsnittsåldern bland dem som avlider och bor på särskilt boende i kommun  $k$  vid år  $t$ . Individuella demografiska bakgrund samvarierar med sannolikheten för att bli registrerad i kvalitetsregister och kan därmed påverka våra resultat om vi inte kontrollerar för dem i regressionerna.

Vi estimerar ekvationen för samtliga mått på vårdkvalitet.

Vi estimerar även regressionerna på länsnivå.

## A2.4 Våra utfallsmått för vårdkvalitet i analysen av Palliativregistret

### A2.4.1 Undvikbar samt återupprepad undvikbar slutenvård under livets slutskede

Syftet med måttet är att belysa förekomsten av onödiga förflyttningar i livets slutskede. Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för att mäta god palliativ vård i livets slutskede.<sup>309</sup> En indikator är andelen döda i en kommun eller ett län med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Vi har här modifierat indikatorn och mäter andelen döda i en kommun eller ett län som drabbas av dels **undvikbar** slutenvård, dels **upprepad** (två eller fler inskrivningar) **undvikbar** slutenvård. Vi beräknar även dessa modifierade indikatorer för de 14 respektive 7 sista dagarna i livet. Indikatorn baseras på Socialstyrelsens patientregister.

### A2.4.2 Slutenvård för trycksår

Syftet med måttet är att mäta kvaliteten på den sammanhållna vården och omsorgen med fokus på kommunernas skadeförebyggande verksamhet. Variabeln visar om individen skrivits in i slutenvård med ett trycksår i livets slutskede. Även här mäts livets slutskede som 30, 14 respektive 7 dagar innan dödsfallet. Informationen har hämtats från Socialstyrelsens patientregister.

### A2.4.3 Läkemedel vid vård i livets slutskede

Två av Socialstyrelsens indikatorer för att mäta vårdkvaliteten i livets slutskede baseras på individuell vidbehovsordination av läkemedel.<sup>310</sup> Det gäller vidbehovsordination av ångestdämpande respektive smärtstillande läkemedel i injektionsform. Det finns inget nationellt register över vidbehovsordinationer.

<sup>309</sup> Socialstyrelsen, *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*, 2013.

<sup>310</sup> Ibid.

Vi har därför fått utgå från de uppgifter om expedierade läkemedel som går att hämta från Socialstyrelsens patientregister. Vi använder uppgifter om läkemedel som används för symtomlindring i livets slutskede, oavsett diagnos, vilket bland annat är Midazolam (ångest), Haldol (ångest, illamående), Robinul (slem och rosslighet) och opioider som morfin, oxikodon och hydromorfon (smärta).<sup>311</sup> Som utfallsmått använder vi dels andelen i en kommun eller ett län som expedierats dessa läkemedel 30, 14 respektive 7 dagar innan dödsfallet, dels genomsnittlig expedierad dygnsdos i kommunen eller länet under samma perioder.

## A2.5 Resultat – används Palliativregistret som underlag för systematiskt förbättringsarbete?

I genomsnitt registrerades drygt 80 procent av de som avlidit i en kommun i Palliativregistret mellan 2014 och juni 2018. Vi finner att ju större andel av de avlidna som registreras i Palliativregistret, desto mindre andel söker slutenvård som betecknas som undvikbar och återupprepad undvikbar slutenvård i livets slutskede (tabellerna A8 och A9). Det pekar på att Palliativregistret används som bas i det systematiska förbättringsarbetet.

Vad gäller förskrivningen av läkemedel i livets slutskede finner vi att ju större andel i kommunen som registreras i Palliativregistret, desto mindre andel får Haldol utskrivet i livets slutskede (tabell A9). För övriga undersökta läkemedel, det vill säga Midazolam, opioider eller Robinul, finner vi inget samband med andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret (tabellerna A10 och A12).

Vi har även undersökt om den genomsnittliga förskrivna dygnsdosen i den palliativa vården samvarierar med andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret. Vi finner inte att det finns någon samvariation mellan den förskrivna dygnsdosen för vare sig Haldol, Midazolam, opioider eller Robinul och andelen i en kommun som registreras i Palliativregistret. Resultaten redovisas inte rapporten, men finns tillgängliga i granskningsakten.

En av Socialstyrelsens indikatorer för att mäta god vård i livets slutskede är förekomsten av trycksår av grad 2–4. Trycksår kan kraftigt minska livskvaliteten den sista tiden i livet. I Socialstyrelsens patientregister finns endast information om trycksår som diagnostiserats i sluten- eller specialistvården. Endast en liten andel av alla trycksår behandlas i sluten- och specialistvården. Bland de 146 568 äldre som avled och bodde på ett särskilt boende mellan 2014 och juni 2018 var det endast 246 äldre som behövde få sluten- eller specialistvård för ett trycksår (oavsett svårighetsgrad) de senaste 30 dagarna i livet. Det innebär att vi inte har kunnat analysera hur sambandet mellan registrering i Palliativregistret och trycksår ser ut. Det finns inte något annat nationellt register över förekomsten av trycksår att tillgå.

<sup>311</sup> Regionala cancercentrum i samverkan, *Palliativ vård i livets slutskede – Nationellt vårdprogram*, 2016.

Generellt så finner vi inget samband på länsnivå, det vill säga mellan andelen i länet som registreras och våra mått på vårdkvalitet i den palliativa vården. Vi presenterar inte resultaten på länsnivå i rapporten.

**Tabell A7** Genomsnittliga andelen i en kommun som drabbas av undvikbar respektive upprepad undvikbar slutenvård i livets slutskede samt expedieras olika läkemedel som rekommenderas vid vård i livets slutskede, 2014–juni 2018.

	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i undvikbar slutenvård	9,41 %	6,65 %	4,46 %
Andel i <b>upprepad</b> undvikbar slutenvård	1,29 %	0,57 %	0,23 %
Genomsnittliga andelen i kommunen som expedieras något av följande läkemedel: opioider, Midazolam, Haldol eller Robinul	20,06 %	16,18 %	10,52 %
Genomsnittliga andelen i kommunen som expedieras opioider (smärta)	17,91 %	14,37 %	9,25 %
Genomsnittliga andelen i kommunen som expedieras Midazolam (ångest)	1,92 %	1,70 %	1,43 %
Genomsnittliga andelen i kommunen som expedieras Haldol (illamäenede, ångest)	2,40 %	1,89 %	1,19 %
Genomsnittliga andelen i kommunen som expedieras Robinul (slemlösande)	1,30 %	1,11 %	0,09 %

**Tabell A8** Andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret och andelen som drabbas av påverkbar slutenvård i livets slutskede, 2014–juni 2018. OLS

Andelen som söker för påverkbar slutenvård	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i kommunen i Palliativregistret	-0,055*** (0,018)	-0,0134** (0,016)	-0,040*** (0,001)
Antal obs.	1 426	1 426	1 426
Antal kommuner	289	289	289
Justerat R2	0,04	0,03	0,04

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år och demografi. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A9** Andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret och andelen som drabbas av upprepad påverkbar slutenvård i livets slutskede, 2014–juni 2018. OLS

Andelen som söker för <i>upprepad</i> påverkbar slutenvård	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i kommunen i Palliativregistret	-0,016*** (0,005)	-0,012*** (0,004)	-0,006 (0,001)
Antal obs.	1 426	1 426	1 426
Antal kommuner	289	289	289
Justerat R2	0,03	0,03	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år och demografi. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A10** Andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret och andelen som expedieras opioider i livets slutskede, 2014–juni 2018. OLS

Andelen som expedieras opioider	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i kommunen i Palliativregistret	0,005 (0,030)	-0,021 (0,025)	-0,021 (0,022)
Antal obs.	1 426	1 426	1 426
Antal kommuner	289	289	289
Justerat R2	0,10	0,08	0,08

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år och demografi. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A11** Andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret och andelen som expedieras midazolam i livets slutskede, 2014–juni 2018. OLS

Andelen som expedieras midazolam	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i kommunen i Palliativregistret	-0,001 (0,011)	-0,002 (0,010)	-0,001 (0,009)
Antal obs.	1 426	1 426	1 426
Antal kommuner	289	289	289
Justerat R2	0,04	0,04	0,03

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år och demografi. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A12** Andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret och andelen som expedieras Haldol i livets slutskede, 2014–juni 2018. OLS

Andelen som expedieras Haldol	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i kommunen i Palliativregistret	-0,026*** (0,008)	-0,021*** (0,007)	-0,009* (0,005)
Antal obs.	1 426	1 426	1 426
Antal kommuner	289	289	289
Justerat R2	0,03	0,03	0,03

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år och demografi. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

**Tabell A13** Andelen i kommunen som registreras i Palliativregistret och andelen som expedieras Robinul i livets slutskede, 2014–juni 2018. OLS

Andelen som expedieras Robinul	30 dagar innan dödsfall	14 dagar innan dödsfall	7 dagar innan dödsfall
Andel i kommunen i Palliativregistret	-0,008 (0,007)	-0,007 (0,007)	-0,005 (0,006)
Antal obs.	1 426	1 426	1 426
Antal kommuner	289	289	289
Justerat R2	0,03	0,03	0,02

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år och demografi. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån. Robusta standardfel inom parentes.*

### A3 Kvalitetsregister som beslutsstöd för individuell vård

Under vår granskning har vi genom intervjuer och fokusgrupper fått indikationer på att vård- och omsorgspersonal använder kvalitetsregister som beslutsunderlag i vården om den registrerade personen. Vi undersöker därför även om de som finns med i registret får bättre vård än de som inte är med i registret.

Om kvalitetsregistren används som beslutsunderlag som höjer kvaliteten i vården av den som registrerats förväntar vi oss att de som är registrerade får en högre vårdkvalitet än de som inte är registrerade, oavsett om de oregistrerade bor på ett särskilt boende som registrerar eller inte.

#### A3.1 Hypotes

Vi undersöker om äldre som bor på särskilt boende och är registrerade i Senior alert eller BPSD-registret får bättre vårdutfall än de som inte är registrerade. Hypotesen är att vårdkvaliteten är högre bland de som är registrerade än de som är oregistrerade, oavsett om de oregistrerade bor på ett särskilt boende som registrerar eller ej, om kvalitetsregistren enbart används som beslutsstöd i vården.

Eftersom registreringen i Palliativregistret sker efter dödsfallet kan denna ansats inte användas för att analysera om en individ som är registrerad i Palliativregistrerad får bättre vårdkvalitet än en som inte är det.

Vi estimerar följande regression med hjälp av minsta kvadratmetoden:

$$(3a) \text{ Mått på vårdkvalitet}_{i, k, t} = a + b \times \text{Registrerad}_{i, t-1} + \sum_{t=1}^T c_t \times \text{År}_t + \sum_{d=1}^D f_d \times \text{Demografiska variabler}_i + \sum_{k=1}^K g_k \times \text{Kommun}_k + e_{i, k, t}$$

Variablerna är desamma samma som i ekvation 1a, med undantag för att jämförelsegruppen för de som är registrerade i kvalitetsregister nu är de som inte är registrerade, oavsett om de bor på ett särskilt boende som registrerar eller ej. Beräkningarna görs dels separat för BPSD-register respektive Senior alert, dels för båda registren i samma beräkning. När båda registren analyseras i samma beräkning används BPSD-urvalet, det vill säga de som bor på demensboende, har en demensdiagnos från specialist- eller slutenvården eller förskrivs demensläkemedel.

### A3.2 Känslighetsanalys

Som vi beskrev ovan i metodbeskrivningen för kvalitetsregister som underlag för systematiskt förbättringsarbete (avsnitt A1.4), så skapar metodansatsen ett tolkningsproblem. Om de särskilda boenden som systematiskt registrerar i kvalitetsregister hade en högre omsorgskvalitet redan innan de började med registrering så kan ett positivt samband mellan registrering och omsorgskvalitet inte tolkas kausalt. Sambandet skulle istället kunna förklaras av att det fanns kvalitetsskillnader redan innan registreringen började. Vi genomför därför samma slags känslighetsanalys som ovan genom att inkludera variabler som kan antas samvariera med verksamhetskvaliteten i ett särskilt boende. Finns det fortfarande ett tydligt samband mellan registrering och vårdkvalitet då vi kontrollerat för boendets kvalitet, så pekar detta mot att det är registreringen i kvalitetsregister som leder till bättre vårdkvalitet för den registrerade.

Estimeringarna utgår från ekvation 3a ovan men vi lägger till variabler för att mäta boendets kvalitet. Vi estimerar följande ekvation med hjälp av minsta kvadratmetoden:

$$(3b) \text{ Mått på vårdkvalitet}_{i, k, s, t} = a + b \times \text{Registrerad}_{i, t-1} + \sum_{t=1}^T c_t \times \text{År}_t + \sum_{d=1}^D f_d \times \text{Demografiska variabler}_i + \sum_{k=1}^K g_k \times \text{Kommun}_k + \sum_{kv=1}^{KV} h_{kv} \times \text{Kvalitet SÄBO}_{s, t} + e_{i, k, s, t}$$

där Kvalitet SÄBO<sub>s, t</sub> är variabler för att mäta kvaliteten  $kv$  på boende  $s$  år  $t$ . Exempel är antal omsorgspersonal per bostad vid enheten och andel personal med adekvat utbildning.

Beräkningarna görs dels separat för BPSD-registret respektive Senior alert, dels för båda registren i samma beräkning. När båda registren analyseras i samma beräkning används BPSD-urvalet, det vill säga de som bor på demensboende, har en demensdiagnos från specialist- eller slutenvården eller förskrivs demensläkemedel.

### A3.3 Resultat – Får de som är med i Senior alert eller BPSD-registret bättre vård?

Våra beräkningar bekräftar att de som registreras i BPSD-registret och Senior alert får en vård med högre kvalitet än de som inte registreras.<sup>312</sup> De som ingår i BPSD-registret eller Senior alert har en mycket lägre risk att återinskrivas i slutenvården inom 30 dagar (33 respektive 26 procent) samt lägre risk för undvikbar slutenvård (46 respektive 11 procent) än dem som inte är registrerade i respektive register. Att vara registrerad i BPSD-registret ger särskilt stor nytta då det troligtvis är de sköraste med mest BPSD-symtom som selekteras in i registret.<sup>313</sup> Att det troligtvis är selektion in i BPSD-registret bekräftas av registerhållaren<sup>314</sup>, och indikeras av våra resultat. De som är med i BPSD-registret har en högre sannolikhet att drabbas av fallolyckor (16–17 procent) och höft- och lårfrakturer (22 procent) än de som inte har registrerats i BPSD-registret.<sup>315</sup>

Ett syfte med Senior alert är att stärka det förebyggande arbetet för att förhindra fallolyckor och trycksår. De som är registrerade löper lägre risk för höft- eller lårfrakturer (14 procent) eller fallolyckor som föranleder sjukhusvård (10 procent).<sup>316</sup> Däremot har de mycket högre risk (66 procent) för att få trycksår som föranleder sjukhusvård.<sup>317</sup> Det sistnämnda resultatet kan bero på att boendet är mer benäget att söka slutenvård för ett trycksår för den som är registrerad.

Ett uttalat syfte med BPSD-registret är att minska medicineringen i allmänhet men öka behandlingen med demensläkemedel. De som ingår i BPSD-registret har en mycket lägre risk att förskrivas olämpliga läkemedel (43 procent) och för polyfarmaci med minst 10 läkemedel (33 procent) samt att förskrivas epilepsiläkemedel (43 procent) än de som inte är med i BPSD-registret.<sup>318</sup> De som är med i BPSD-registret har däremot en högre sannolikhet att förskrivas några av de läkemedel vi har analyserat än de som inte är med i registret. Dessa är neuroleptika (31 procent), lugnande läkemedel (17 procent) och antidepressiva läkemedel (7 procent).<sup>319</sup> Däremot förskrivs de som är med i BPSD-registret en lägre årsdos av samtliga läkemedel som vi har undersökt, förutom demensläkemedel. De som är registrerade i BPSD-registret förskrivas en 39 procent

<sup>312</sup> Samtliga resultat finns i tabell A13–A23. Koefficienternas storlek ska relateras till andelen som får olika vårdutfall, till exempel andelen som gjort besök i slutenvården som betecknas som undvikbar slutenvård, i tabell A1. Exempelvis går det att utläsa från tabell A21, tredje kolumnen, att en person som är registrerad i BPSD-registret har 3,3 procentenheters lägre risk (koefficienten är  $-0,033$ ) för undvikbar slutenvård, än en person som inte finns med i BPSD. Från tabell A1 går att utläsa att 7,23 procent i BPSD-urvalet gjort besök i slutenvården som betecknas som undvikbar slutenvård. Det innebär att en person som är med i BPSD-registret har 71 procent ( $-0,034/0,0723$ ) lägre risk för undvikbar slutenvård än de som inte är med i BPSD-registret.

<sup>313</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A23.

<sup>314</sup> Intervju med registerhållaren för BPSD-registret 2020-06-12.

<sup>315</sup> Beräknas utifrån tabellerna A1, A24 respektive A25.

<sup>316</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A24 respektive A25.

<sup>317</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabell A24.

<sup>318</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A14, A15 respektive A22.

<sup>319</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A17, A18 respektive A20.

lägre årsdos neuroleptika, 22 procent lägre årsdos epilepsiläkemedel, 19 procent lägre årsdos sömnmedel, 13 procent lägre årsdos opioider, 11 procent lägre årsdos lugnande läkemedel och 2 procent lägre dos antidepressiva läkemedel än de som inte är med i BPSD-registret.<sup>320</sup>

De som är registrerade i Senior alert har däremot en något högre risk för polyfarmaci (3–9 procent) än de som inte är registrerade och de förskrivs i något större utsträckning antidepressiva läkemedel (5 procent) och epilepsiläkemedel (13 procent) än de som inte ingår i registret.<sup>321</sup> Det är däremot ingen skillnad i risken att förskrivas läkemedel som bör undvikas, neuroleptika, opioider eller lugnande läkemedel mellan dem som är registrerade i Senior alert och dem som inte är det.

**Tabell A14** Registrering i kvalitetsregister och expediering av olämpliga läkemedel, 2016–2018. OLS

Olämpliga läkemedel			
Individ i BPSD-registret	-0,044*** (0,003)	-	-0,044*** (0,003)
Individ i Senior alert	-	-0,007 (0,003)	-0,001 (0,004)
Antal obs.	68 377	96 692	68 375
Antal individer	42 369	57 045	42 367
Justerat R2	0,03	0,03	0,03

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A15** Registrering i kvalitetsregister och polyfarmaci, 2016–2018. OLS

	Minst 10 läkemedel			Minst 5 läkemedel		
	Individ i BPSD-registret	-0,082*** (0,004)	-	-0,085*** (0,004)	-0,046*** (0,005)	-
Individ i Senior alert	-	0,014*** (0,005)	0,023** (0,005)	-	0,020*** (0,005)	0,021*** (0,006)
Antal obs.	68 377	96 692	68 375	68 377	96 692	68 375
Antal individer	42 369	57 045	42 367	42 369	57 045	42 367
Justerat R2	0,01	0,03	0,03	0,05	0,05	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

<sup>320</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A17, A22, A19, A16, A18 respektive A20.

<sup>321</sup> Beräknas utifrån tabell A1 och tabellerna A20 respektive A25.



**Tabell A16** Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas opioider samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

Opioider						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	-0,002 (0,005)	-	-0,004 (0,006)	-9,475*** (2,246)	-	-10,316*** (2,266)
Individ i Senior alert	-	0,009** (0,004)	0,007 (0,005)	-	3,566 <sup>A</sup> (1,859)	6,390*** (2,045)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	24 182	34 387	24 182
Antal individer	42 369	57 045	42 369	17 423	23 808	17 423
Justerat R2	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A17** Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas neuroleptika samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

Neuroleptika						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	0,067*** (0,005)	-	0,068*** (0,005)	-49,362*** (3,581)	-	-43,825*** (3,696)
Individ i Senior alert	-	0,003 (0,004)	-0,004 (0,004)	-	-11,414*** (4,211)	-7,752 (4,684)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	14 921	19 978	14 921
Antal individer	42 369	57 045	42 369	10 108	12 926	10 108
Justerat R2	0,05	0,05	0,05	0,17	0,16	0,17

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A18** Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas lugnande läkemedel samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivas läkemedlen, 2016–2018. OLS

Lugnande läkemedel						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	0,072*** (0,006)	-	0,072*** (0,006)	-9,108*** (1,929)	-	-8,797*** (1,937)
Individ i Senior alert	-	0,010** (0,004)	-0,001 (0,005)	-	-3,305 (1,874)	-2,227 (2,055)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	28 348	38 478	28 348
Antal individer	42 369	57 045	42 369	19 941	26 126	19 941
Justerat R2	0,02	0,02	0,02	0,05	0,06	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A19** Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas sömnläkemedel samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivas läkemedlen, 2016–2018. OLS

Sömnläkemedel						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	-0,055*** (0,006)	-	-0,052*** (0,006)	-48,388*** (3,587)	-	-47,668*** (3,591)
Individ i Senior alert	-	-0,022*** (0,004)	-0,021*** (0,005)	-	-7,787*** (2,850)	-5,186 (3,255)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	25 118	35 598	25 118
Antal individer	42 369	57 045	42 369	17 004	3 154	17 004
Justerat R2	0,02	0,02	0,03	0,05	0,04	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A20** Tabell A20. Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas antidepressiva läkemedel samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

Antidepressiva läkemedel						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	0,044*** (0,006)	-	0,041*** (0,006)	-5,640 <sup>A</sup> (3,640)	-	-6,957 <sup>A</sup> (3,658)
Individ i Senior alert	-	0,032*** (0,005)	0,027*** (0,005)	-	13,512*** (3,016)	10,468*** (3,438)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	38 790	53 559	38 790
Antal individer	42 369	57 045	42 369	24 821	32 830	24 821
Justerat R2	0,03	0,03	0,03	0,06	0,06	0,06

Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.

<sup>A</sup> Koefficienten är signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet.

**Tabell A21** Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas demensläkemedel samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

Demensläkemedel						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	0,181*** (0,006)	-	0,183*** (0,006)	13,682*** (3,602)	-	14,456*** (3,638)
Individ i Senior alert	-	0,007 <sup>A</sup> (0,004)	-0,012** (0,005)	-	-3,576 (3,701)	-5,357 (3,841)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	18 318	19 580	18 318
Antal individer	42 369	57 045	42 369	12 003	12 676	12 003
Justerat R2	0,11	0,04	0,11	0,07	0,07	0,07

Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.

<sup>A</sup> Koefficienten är signifikant när vi kontrollerar för boendets kvalitet.

**Tabell A22** Registrering i kvalitetsregister och sannolikheten att förskrivas epilepsiläkemedel samt genomsnittlig årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet, 2016–2018. OLS

Epilepsiläkemedel						
	Sannolikhet			FDDD/ år		
Individ i BPSD-registret	-0,029*** (0,003)	-	-0,030*** (0,003)	-28,359*** (5,857)	-	-27,886*** (5,796)
Individ i Senior alert	-	0,004 (0,002)	0,008*** (0,003)	-	0,032 (5,123)	-5,157 (5,840)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	4 229	6 100	4 229
Antal individer	42 369	57 045	42 369	2 876	4 002	2 876
Justerat R2	0,02	0,02	0,02	0,13	0,12	0,13

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A23** Registrering i kvalitetsregister och risken för att drabbas av undvikbar slutenvård eller återinskrivningar i slutenvården inom 30 dagar, 2016–2018. OLS

	Undvikbar slutenvård			Återinskrivning i slutenvård		
Individ i BPSD-registret	-0,034*** (0,002)	-	-0,033*** (0,002)	-0,005*** (0,001)	-	-0,005*** (0,001)
Individ i Senior alert	-	-0,013*** (0,002)	-0,008*** (0,003)	-	-0,003*** (0,001)	-0,003*** (0,001)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	68 377	96 692	68 377
Antal individer	42 369	57 045	42 369	42 369	57 045	42 369
Justerat R2	0,01	0,002	0,001	0,004	0,003	0,004

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A24** Registrering i kvalitetsregister och risken för höft- och lårfraktur eller trycksår, 2016–2018. OLS

	Höft- och lårfraktur			Trycksår		
Individ i BPSD-registret	0,008*** (0,002)	-	0,008*** (0,002)	-0,000 (0,000)	-	-0,001 (0,000)
Individ i Senior alert	-	-0,004*** (0,001)	-0,005*** (0,002)	-	0,001*** (0,000)	0,001** (0,000)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	68 377	96 692	68 377
Antal individer	42 369	57 045	42 369	42 369	57 045	42 369
Justerat R2	0,005	0,002	0,005	0,002	0,003	0,002

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A25** Registrering i kvalitetsregister och risken för falloolyckor som kräver vård, 2016--2018. OLS

	Falloolycka som leder till vård			Falloolycka som leder till akut vård		
Individ i BPSD-registret	0,011*** (0,003)	-	0,012*** (0,002)	0,008*** (0,002)	-	0,008*** (0,002)
Individ i Senior alert	-	-0,005*** (0,002)	-0,007*** (0,002)	-	-0,004** (0,002)	-0,005** (0,002)
Antal obs.	68 377	96 692	68 377	96 692	96 692	96 692
Antal individer	42 369	57 045	42 369	57 045	57 045	57 045
Justerat R2	0,007	0,003	0,008	0,007	0,002	0,007

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

### A3.4 Är det bättre att vara med i fler register?

Vi undersöker även om det är bättre att vara med i två register jämfört med ett register. Vi använder oss av det urval som vi använde när vi analyserade BPSD-registret, det vill säga personer som är minst 65 år och antingen bor på ett uttalat demensboende eller bor på ett annat särskilt boende men använder demensläkemedel eller har en demensdiagnos från specialist- eller slutenvården.

Med hjälp av detta urval undersöker vi om det finns skillnad i vårdkvalitet mellan de som är registrerade i både BPSD-registret och Senior alert:

- jämfört med dem som endast är med i BPSD-registret
- jämfört med dem som endast är med Senior alert.

I vårt urval är 5 procent endast med i BPSD-registret, 48 procent är endast med i Senior alert, 19 procent är med i båda registren och 28 procent är varken med i BPSD-registret eller Senior alert.

För dem som är med i BPSD-registret estimerar vi:

$$(4a) \text{ Mått på vårdkvalitet}_{i, k, t} = a + b \times \text{Även registrerad i Senior alert}_{i, t-1} + \sum_{t=1}^T c_t \times \text{År}_t + \sum_{d=1}^D f_d \times \text{Demografiska variabler}_i + \sum_{k=1}^K g_k \times \text{Kommun}_k + e_{i, k, t}$$

För dem som är med i Senior alert estimerar vi

$$(4b) \text{ Mått på vårdkvalitet}_{i, k, t} = a + b \times \text{Även registrerad i BPSD-registret}_{i, t-1} + \sum_{t=1}^T c_t \times \text{År}_t + \sum_{d=1}^D f_d \times \text{Demografiska variabler}_i + \sum_{k=1}^K g_k \times \text{Kommun}_k + e_{i, k, t}$$

#### A3.4.1 Resultat

Generellt finner vi att för de som är med i BPSD-registret så spelar det ingen större roll om de även är med i Senior alert. Däremot så spelar det stor roll för de som är med i Senior alert om de även är med i BPSD-registret. Är de som är med i Senior alert även med i BPSD-registret så är det generellt så att resultaten från BPSD-registret tar över. Det är till exempel bättre att vara med i båda registren än enbart Senior alert när det gäller risken för läkemedel som ska undvikas, polyfarmaci, undvikbar slutenvård och återinskrivningar inom 30 dagar. Däremot har man högre risk att drabbas av fallskador och höft- och lårbensbrott om man är med i båda registren jämfört med enbart i Senior alert. Vår tolkning är att detta beror på att de sköraste med högst risk för fallskador selekteras in i BPSD-registret.

Koefficientstorlekarna i tabellerna A27a–A30b relateras till andelen som får olika vårdutfall i tabell A26. Till exempel drabbas 6,95 procent av dem som är med i Senior alert av en fallolycka som föranleder vård (tabell A26). De i Senior alert som även är med i BPSD-registret har 1,1 procentenheter (koefficienten är 0,011) lägre risk att drabbas av en fallolycka som leder till vård än dem som endast är med i Senior alert (tabell A31b). Det innebär att risken är 16 procent större (0,011/0,0695) att drabbas av en fallolycka som leder till vård om man är med i båda registren jämfört med endast i Senior alert.

**Tabell A26** Andel med olika vårdkvalitetsutfall bland dem som är registrerade i BPSD-registret respektive Senior alert samt dygnsdos per individ (FDDD) som förskrivs olika läkemedel, 2016–2018.

	De som är med i BPSD-registret	De som är med Senior alert
Läkemedel som bör undvikas	6,56 %	8,94 %
Minst 10 läkemedel	20,42 %	25,70 %
Minst 5 läkemedel	65,61 %	68,45 %
Undvikbar slutenvård	4,76 %	6,86 %
Återinskrivning i slutenvård	0,74 %	1,04 %
Höft- och lårfraktur	4,13 %	3,45 %
Fallolycka som leder till vård	8,09 %	6,95 %
Fallolycka som leder till akut vård	5,58 %	4,79 %
Trycksår	0,09 %	0,16 %
Opioider	34,97 %	35,53 %
Årlig genomsnittlig dos opioider	74 FDDD	83 FDDD
Neuroleptika	26,75 %	21,48 %
Årlig genomsnittlig dos neuroleptika	81 FDDD	113 FDDD
Lugnande läkemedel	46,29 %	41,12 %
Årlig genomsnittlig dos lugnande läkemedel	75 FDDD	80 FDDD
Sömnläkemedel	31,13 %	35,27 %
Årlig genomsnittlig dos sömnläkemedel	221	255
Antidepressiva läkemedel	60,72 %	57,71 %
Årlig genomsnittlig dos antidepressiva läkemedel	376 FDDD	379 FDDD
Demensläkemedel	42,17 %	27,28 %
Årlig genomsnittlig dos demensläkemedel	366 FDDD	356 FDDD
Epilepsiläkemedel	3,95 %	6,12 %
Årlig genomsnittlig dos epilepsiläkemedel	113 FDDD	135 FDDD

**Tabell A27a** Har registrerade i BPSD-registret som även är registrerade i Senior alert lägre risk för expediering av olämpliga läkemedel och polyfarmaci än dem som endast är registrerade i BPSD-registret? 2016–2018. OLS

	Olämpliga läkemedel	Minst 10 läkemedel	Minst 5 läkemedel
Individ i BPSD-registret som även registrerats i Senior alert	0,000 (0,007)	0,024** (0,010)	0,013 (0,012)
Antal obs.	21 887	21 887	21 887
Antal individer	13 943	13 943	13 943
Justerat R2	0,03	0,03	0,03

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A27b** Har registrerade i Senior alert som även är registrerade i BPSD-registret lägre risk för expediering av olämpliga läkemedel och polyfarmaci än dem som endast är registrerade i Senior alert? 2016–2018. OLS

	Olämpliga läkemedel	Minst 10 läkemedel	Minst 5 läkemedel
Individ i Senior alert som även registrerats i BPSD registret	-0,43*** (0,003)	-0,085*** (0,005)	-0,050*** (0,005)
Antal obs.	54 281	54 281	54 281
Antal individer	33 972	33 972	33 972
Justerat R2	0,03	0,03	0,06

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*



**Tabell A28a** Har registrerade i BPSD-registret som även är registrerade i Senior alert lägre risk att förskrivas opioider eller neuroleptika än dem som endast är registrerade i BPSD-registret? Skiljer sig genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet mellan dem? 2016–2018. OLS

	Opioider		Neuroleptika	
	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år
Individ i BPSD-registret som även registrerats i Senior alert	0,014 (0,012)	2,309 (4,499)	-0,021 (0,012)	-3,920 (5,932)
Antal obs.	16 141	6 673	16 141	5 172
Antal individer	10 531	4 838	10 531	3 619
Justerat R2	0,03	0,04	0,05	0,10

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A28b** Har registrerade i Senior alert som även är registrerade i BPSD-registret lägre risk att förskrivas opioider eller neuroleptika än dem som endast är registrerade i Senior alert? Skiljer sig genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet mellan dem? 2016–2018. OLS

	Opioider		Neuroleptika	
	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år
Individ i Senior alert som även registrerats i BPSD-registret	-0,000 (0,006)	-12,850*** (2,453)	0,070*** (0,006)	-48,071*** (4,204)
Antal obs.	45 926	23 575	45 926	13 364
Antal individer	29 013	16 462	29 013	8 812
Justerat R2	0,02	0,03	0,05	0,16

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell 29a** Har registrerade i BPSD-registret som även är registrerade i Senior alert lägre risk att förskrivas lugnande läkemedel och sömnläkemedel än dem som endast är registrerade i BPSD-registret? Skiljer sig genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivas läkemedlet mellan dem? 2016–2018. OLS

	Sömnläkemedel		Lugnande läkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år
Individ i BPSD-registret som även registrerats i Senior alert	-0,013 (0,012)	1,099 (7,813)	-0,015 (0,013)	-2,524 (3,795)
Antal obs.	16 141	5 906	16 141	8 654
Antal individer	10 531	4 205	10 531	6 219
Justerat R2	0,04	0,07	0,04	0,07

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell 29b** Har registrerade i Senior alert som även är registrerade i BPSD-registret lägre risk att förskrivas lugnande läkemedel eller sömnläkemedel än dem som endast är registrerade i Senior alert? Skiljer sig genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivas läkemedlet mellan dem? 2016–2018. OLS

	Sömnläkemedel		Lugnande läkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år
Individ i Senior alert som även registrerats i BPSD-registret	-0,051*** (0,006)	-55,109*** (3,714)	0,075*** (0,006)	-11,683*** (2,099)
Antal obs.	45 926	23 431	45 926	25 997
Antal individer	29 013	15 570	29 013	17 918
Justerat R2	0,02	0,005	0,03	0,05

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A30a** Har registrerade i BPSD-registret som även är registrerade i Senior alert lägre risk att förskrivas antidepressiva läkemedel, demensläkemedel respektive epilepsiläkemedel än dem som endast är registrerade i BPSD-registret? Skiljer sig genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos per individ som förskrivs läkemedlet mellan dem? 2016–2018. OLS

	Antidepressiva läkemedel		Demensläkemedel		Epilepsiläkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år
Individ i BPSD-registret som även registrerats i Senior alert	0,012 (0,013)	10,114 (6,975)	-0,020 (0,013)	-2,072 (7,319)	-0,001 (0,005)	13,347 (10,066)
Antal obs.	16 141	11 561	16 141	7 191	16 141	776
Antal individer	10 531	7 520	10 531	4 879	10 531	560
Justerat R2	0,05	0,07	0,08	0,08	0,03	0,22

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A30b** Har registrerade i Senior alert som även är registrerade i BPSD-registret lägre risk att förskrivas antidepressiva läkemedel, demensläkemedel respektive epilepsiläkemedel än dem som endast är registrerade i Senior alert? Skiljer sig genomsnittligt årlig expedierad dygnsdos (FDDD) per individ som förskrivs läkemedlet mellan dem? 2016–2018. OLS

	Antidepressiva läkemedel		Demensläkemedel		Epilepsiläkemedel	
	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år	Sannolikhet	FDDD/ år
Individ i Senior alert som även registrerats i BPSD-registret	0,035*** (0,007)	-8,053** (3,802)	0,181*** (0,006)	14,415*** (4,152)	-0,033*** (0,003)	-25,972*** (5,870)
Antal obs.	45 926	37 072	45 926	13 444	45 926	4 154
Antal individer	29 013	23 067	29 013	8 840	29 013	2 759
Justerat R2	0,04	0,06	0,12	0,08	0,03	0,14

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A31a** Har registrerade i BPSD-registret som även är registrerade i Senior alert lägre risk för undvikbar slutenvård, återinskrivningar i slutenvården inom 30 dagar eller höft- och lårfraktur, fallolyckor som kräver vård eller trycksår än dem som endast är registrerade i BPSD-registret? 2016–2018. OLS

	Undvikbar slutenvård	Återinskrivning i slutenvård	Höft- och lårfraktur	Fallolycka som leder till vård	Fallolycka som leder till akut vård	Trycksår
Individ i BPSD-registret som även registrerats i Senior alert	-0,002 (0,005)	-0,003 (0,002)	-0,008 (0,005)	-0,010 (0,007)	-0,009 (0,006)	0,001*** (0,000)
Antal obs.	16 141	16 141	16 141	16 141	16 141	16 141
Antal individer	10 531	10 531	10 531	10 531	10 531	10 531
Justerat R2	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

**Tabell A31b** Har registrerade i Senior alert som även är registrerade i BPSD-registret lägre risk för undvikbar slutenvård, återinskrivningar i slutenvården inom 30 dagar eller höft- och lårfraktur, fallolyckor som kräver vård eller trycksår än dem som endast är registrerade i Senior alert? 2016–2018. OLS

	Undvikbar slutenvård	Återinskrivning i slutenvård	Höft- och lårfraktur	Fallolycka som leder till vård	Fallolycka som leder till akut vård	Trycksår
Individ i Senior alert som även registrerats i BPSD-registret	-0,033*** (0,003)	-0,006*** (0,001)	0,008*** (0,002)	0,011*** (0,003)	0,008*** (0,002)	-0,000 (0,000)
Antal obs.	45 926	45 926	45 926	45 926	45 926	45 926
Antal individer	29 013	29 013	29 013	29 013	29 013	29 013
Justerat R2	0,02	0,004	0,006	0,006	0,008	0,001

*Notera: I regressionerna har vi kontrollerat för år, demografi och kommun, men inte för det särskilda boendets kvalitet. I de fall resultatens signifikans ändras när vi kontrollerar för kvalitet finns en markering i tabellen. \*\*\*/\*\* indikerar signifikans på 99/95-procentsnivån.*

## Bilaga 3. Enkätundersökning, intervjuer med kommuner och RSS

Enkätundersökningen syftar till att ge en bild av hur data från kvalitetsregister används i kommunernas särskilda boenden, hemsjukvårdsområden och ansvarig förvaltning. Enkätsvaren har också utgjort ett underlag för urval för kommunintervjuer. Intervjuer har också gjorts med företrädare för regionala stöd- och samverkansstrukturer (RSS).

### Enkät

Syftet med enkäten har varit att få en bild av hur data från kvalitetsregister används vid kommunernas särskilda boenden och hemsjukvårdsområden. I enkäten ställdes frågor om hur kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, bedömer att verksamheterna i den egna kommunen använder kvalitetsregister för verksamhetsutveckling. Enkäten avgränsas till tre av de register som ingick i Äldresatsningen: Senior alert, Palliativregistret och BPSD-registret.

Inför analysen har enkäten kompletterats med uppgifter från Socialstyrelsens årliga Enhetsundersökning<sup>322</sup>. Enkätfrågorna omfattar endast de kommunala förvaltningarna vilket innebär att omkring 20 procent av äldreomsorgen inte omfattas av enkäten.<sup>323</sup> Skälet till denna avgränsning är att vår pilotstudie visade att kommunernas MAS i flera fall hade svårt att svara på frågor om förhållandena i privata äldreomsorgsenheter. Att inkludera privata enheter skulle därför riskera att dra ner svarsfrekvensen och ge svar med låg tillförlitlighet.

Utkast på enkäten har bland annat prövats och kommenterats av förvaltningschefer i tre kommuner, representanter från styrelsen för Riksföreningen MAS/MAR, representant för samverkans- och stödstrukturen i Värmland, Pär Schön, forskare vid Karolinska institutet, och Sveriges Kommuner och Regioner.

### Utskick och svarsfrekvens

Enkäten skickades som en webenkät till kommunernas MAS via kommunens registratur den 25 september 2019. Enkäten var möjlig att besvara fram till den 7 oktober. Två påminnelser skickades ut.

<sup>322</sup> Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en enkätbaserad undersökning där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre. Resultaten utgör en nationell datakälla med rikstäckande uppgifter.

<sup>323</sup> Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018, 2019*; Socialstyrelsen. *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2018, 2019*.

Svarsfrekvensen är 83 procent räknat i antal svar från de 290 kommunerna eller 79 procent räknat i antalet besvarade enkätformulär. Totalt skickades 324 webbenkäter ut, 288 kommuner fick ett formulär att besvara medan Stockholms stads och Göteborgs 26 stads respektive 10 stadsdelar fick separata utskick. Vissa frågor i enkäten uppfattades av en del respondenter som svåra att besvara vilket kan förklara ett visst internt svarsbortfall.

## Målgrupp

Skälet till att enkäten skickades till MAS är att det enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska finnas en MAS i varje kommun och enkäten har på så sätt kunnat adresseras till ”MAS ansvarig för äldreomsorg”. MAS har visserligen inget direkt ansvar för vården av enskilda patienter men ansvarar för att planera och följa upp att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård. Enkäten baseras således inte på uppgifter om enheternas faktiska arbete utan på MAS uppskattning om hur enheterna och ansvarig förvaltning arbetar med kvalitetsregister.

MAS har i flera fall skickat enkäten vidare till kommunens äldreomsorgschef, utvecklingsstrateg, uppföljningsansvarig eller motsvarande. I vissa fall har MAS bitt chefer vid vård- och omsorgsenheterna att själva ange hur man arbetar med kvalitetsregistren. Dessa omständigheter påverkar sannolikt de svar som lämnats.

## Innehåll och analys

I enkäten ställde vi frågor om hur MAS bedömer att verksamheterna i den egna kommunen använder kvalitetsregister i förbättringsarbetet. Frågorna bygger delvis på en modell som Äldrecentrum använde sig av i en intervjustudie i Stockholms stad.<sup>324</sup> Enkäten omfattar också frågor om respondentens uppfattning om enheternas generella förutsättningar att arbeta systematiskt och var enheterna kan söka stöd för arbetet med kvalitetsregister. Enkäten innehåller också frågor om den ansvariga förvaltningens användning av kvalitetsregistren samt kvalitetsregister i riktlinjer och avtal.

---

<sup>324</sup> Sonde, L. *Nytan med kvalitetsregister? Senior Alerts och Svenska Palliativregistrets påverkan på arbetet vid vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad*, 2015.

## Missivbrev

Hej!

Riksrevisionen önskar ta del av dina erfarenheter av förebyggande arbete och statens styrning av äldreomsorgen genom riktade statsbidrag. Vi är därför mycket tacksamma om du vill besvara denna webbenkät, som går ut till samtliga MAS:ar i landet.

Vi behöver ditt svar senast den 30 september.

För att svara på enkäten, klicka på länken längst ner i meddelandet. Vi rekommenderar att besvara enkäten på dator eftersom formuläret är mer svårsläst på en mobilskärm.

Enkäten tar 20–30 minuter att besvara. Eftersom dina svar sparas när du har avslutat en sida är det möjligt att besvara delar av formuläret och avsluta vid ett senare tillfälle. Tänk på att inte klicka på "Skicka" om du inte är helt färdig med enkäten.

Enkätsvaren kommer att utgöra ett viktigt underlag för Riksrevisionens granskning om statens styrning av äldreomsorgen genom riktade statsbidrag. Granskningen fokuserar på regeringens och SKL:s överenskommelse om "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre", även kallad Äldresatsningen. Satsningen hade ett särskilt fokus på användning av kvalitetsregister och pågick 2010–2014. Läs mer om granskningen här.

I Riksrevisionens granskningsrapport redovisas enkätresultaten på gruppnivå. Det kommer inte att framgå hur enskilda MAS:ar har svarat. Granskningsrapporten kommer att publiceras och överlämnas till riksdag och regering. Har du några frågor om enkäten eller granskningen, hör av dig till Henrik Segerpalm. Kontaktuppgifter ser du i signaturen nedan.

Tack på förhand!

Henrik Segerpalm  
RIKSREVISIONEN  
Telefon: 08-5171 4170  
E-post: henrik.segerpalm@riksrevisionen.se

<https://link.webropolsurveys.com/R/F84E995F631A9FD6>

## Enkätformulär

Enkäten berör användningen av kvalitetsregister i kommunens äldrevård.

I enkäten används begreppen särskilt boende och ordinärt boende.

Särskilt boende (Säbo) avser permanent Säbo med beslut enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453). Korttidsboenden omfattas inte av enkätfrågorna.

Ordinärt boende avser hemsjukvårdsområden där personalen ansvarar för äldre personer som bor hemma i ordinärt boende.

### 1. Ange följande:

Kommun:	FRITEXT
---------	---------

### 2. Vänligen uppskatta följande om vården i permanenta Säbo som bedrivs i kommunens regi:

	Antal	Vet ej
Totalt antal Säbo		
Antal Säbo där personalen registrerar systematiskt i Senior alert		
Antal Säbo där personalen registrerar systematiskt i Svenska palliativregistret		
Antal Säbo där personalen registrerar systematiskt i BPSD-registret		

### 3. Vänligen uppskatta följande om vården i ordinärt boende som bedrivs i kommunens regi:

	Antal	Vet ej
Totalt antal hemsjukvårdsområden		
Antal hemsjukvårdsområden där personalen registrerar systematiskt i Senior alert		
Antal hemsjukvårdsområden där personalen registrerar systematiskt i Svenska palliativregistret		
Antal hemsjukvårdsområden där personalen registrerar systematiskt i BPSD-registret		



**4. Vilket år övertog kommunen ansvaret för hemsjukvården?**

	2009 eller tidigare
	2010
	2011
	2012
	2013
	2014
	2015 eller senare
	Regionen ansvarar fortfarande för hemsjukvården
	Vet ej

**Användning av kvalitetsregister vid kommunens äldreomsorgsenheter 2019**

Fem år efter att Äldresatsningen avslutades vill vi veta om och hur kvalitetsregistren används i kommunens egna verksamheter. Användningsgraden kan sträcka sig från att endast registrera till att också använda uppgifterna för utvecklingsarbete på enhetsnivå, till exempel förändring av rutiner och processer i arbetet på enheten.

Följande frågor handlar om hur ni idag använder Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret i Säbo respektive ordinärt boende.

**Senior alert**

**5. Av dem som registrerar i Senior alert, vänligen uppskatta hur många av kommunens utförare inom Säbo respektive ordinärt boende som huvudsakligen arbetar så som beskrivs nedan.**

	Antal Säbo (korttidsboenden exkluderat)	Vet ej	Antal arbetsgrupper i ordinärt boende	Vet ej
Sjuksköterskan eller utsedd kontaktperson använder Senior alert som underlag för riskbedömningar och beslut om åtgärder för enskilda brukare				
Multiprofessionellt team använder Senior alert som underlag för riskbedömningar och beslut om åtgärder för enskilda brukare.				
Hela enheten använder Senior alert för att utveckla enhetens arbetssätt.				

## Svenska palliativregistret

6. Av dem som registrerar i Svenska palliativregistret, vänligen uppskatta hur många av kommunens utförare inom Säbo respektive ordinärt boende som huvudsakligen arbetar så som beskrivs nedan.

	Antal Säbo (korttids-boenden exkluderat)	Vet ej	Antal arbetsgrupper i ordinärt boende	Vet ej
Sjuksköterskan eller utsedd kontaktperson använder registret för att få en samlad bild av vården och omsorgen under den enskildes sista tid i livet.				
Multiprofessionellt team använder registret som underlag för uppföljning av vården och omsorgen om den enskilde.				
Hela enheten använder registret för att utveckla enhetens arbetssätt.				

## BPSD-registret

7. Av dem som registrerar i BPSD-registret, vänligen uppskatta hur många av kommunens utförare inom Säbo respektive ordinärt boende som huvudsakligen arbetar så som beskrivs nedan.

	Antal Säbo (korttids-boenden exkluderat)	Vet ej	Antal arbetsgrupper i ordinärt boende	Vet ej
Utsedd kontaktperson använder BPSD-registret som underlag för BPSD-skattning och beslut om åtgärder för den enskilde.				
Multiprofessionellt team använder BPSD-registret som underlag för riskbedömningar och beslut om åtgärder för enskilda brukare.				
Hela enheten använder BPSD-registret för att utveckla enhetens arbetssätt.				

8. Kommentera gärna dina svar.

FRITEXT

## Kvalitetsregister i riktlinjer och avtal 2019

9. Har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tagit fram riktlinjer som omfattar arbete med kvalitetsregister i den kommunala äldrevården?

	Ja	Nej	Vet ej
Säbo			
Ordinärt boende			

10. Ställer kommunens avtal med alternativa utförare krav på att de ska registrera i kvalitetsregister?

	Ja	Nej	Ej relevant	Vet ej
Säbo (korttidsboenden exkluderat)				
Ordinärt boende				

## Stöd till äldrevårdsenheterna i arbetet med kvalitetsregister 2019

Följande frågor handlar om förutsättningarna för att arbeta med kvalitetsregister på enhetsnivå idag 2019.

Under Äldresatsningen fanns det i varje län utvecklingsledare som fungerade som ett stöd för registrering och användning av kvalitetsregister i kommunerna. Kvalitetsregistren erbjöd registercoacher som fungerade som stöd för användning av deras respektive register.

11. Har äldrevårdsenheterna kompetens att utan stöd från annan instans driva utvecklingsarbete med hjälp av kvalitetsregistren? Gör en generell bedömning.

	Ja	Nej	Varierar kraftigt	Vet ej
Säbo				
Ordinärt boende				

12. Vilka generella förutsättningar behöver vara uppfyllda för att äldrevårdsenheterna ska kunna arbeta systematiskt med kvalitetsregister? Kommentera gärna.

FRITEXT

**13. I vilken utsträckning kan enheterna få stöd\* för att utveckla enhetens arbetssätt utifrån kvalitetsregister?**

\*Stöd kan till exempel innebära hjälp med datauttag, analys och diskussioner om behov av nya prioriteringar.

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I ganska liten utsträckning	I mycket liten utsträckning	Vet ej
För att följa upp kommunens egna utförare					
För att följa upp alternativa utförare					
För att ta fram underlag för prioriteringar på tjänstemannanivå					
För att ta fram underlag för prioriteringar på politisk nivå					
Annat, nämligen: FRITEXT					

## Användningen av kvalitetsregister hos förvaltningen som ansvarar för vården och omsorgen om äldre 2019

Kvalitetsregistren kan användas på förvaltningsnivå för att följa upp äldrevårdsenheterna och utgöra ett underlag för prioriteringar inom verksamheten. Följande frågor handlar om användning av kvalitetsregister hos ansvarig förvaltning för vård och omsorg om äldre 2019.

### 13. I vilken utsträckning kan enheterna få stöd\* för att utveckla enhetens arbetssätt utifrån kvalitetsregister?

\*Stöd kan till exempel innebära hjälp med datauttag, analys, och diskussioner om behov av nya prioriteringar.

	I mycket stor utsträckning	I ganska stor utsträckning	I ganska liten utsträckning	I mycket liten utsträckning	Vet ej
För att följa upp kommunens egna utförare					
För att följa upp alternativa utförare					
För att ta fram underlag för prioriteringar på tjänstemannanivå					
För att ta fram underlag för prioriteringar på politisk nivå					
Annat, nämligen: FRITEXT					

### 15. Utgör uppgifter från kvalitetsregister underlag för kommunens patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse?

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Enligt 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, ska kommunen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

	Ja	Nej	Finns ej i kommunen	Vet ej
Patientsäkerhetsberättelse				
Kvalitetsberättelse				

**16. Vilka kvalitetsregister använder förvaltningen vid uppföljning och analys av äldrevården?**

	Ja	Nej	Vet ej
Senior alert			
Svenska palliativregistret			
BPSD-registret			
Annat nämligen: FRITEXT			
Annat nämligen: FRITEXT			

**17. Vilka generella förutsättningar behöver vara uppfyllda för att förvaltningen ska kunna arbeta kontinuerligt med kvalitetsregister? Kommentera gärna.** FRITEXT

**18. Övriga synpunkter** FRITEXT

**19. Får vi kontakta dig för uppföljande frågor? Ange i så fall dina kontaktuppgifter nedan.**

Namn	FRITEXT
Telefonnummer	FRITEXT
E-post	FRITEXT

Tack för ditt svar!

## Intervjuer med kommuner och RSS

Enkäten har kompletterats med telefonintervjuer med MAS och tjänstemän vid ansvarig förvaltning i ett urval kommuner. Ett mindre antal intervjuer har genomförts med företrädare för RSS.

Urvalet baserades bland annat på respondenternas svar på enkätfrågorna 2, 5, 6, 7 och 8. I urvalet ingår tre kommuner som tycks arbeta aktivt med kvalitetsregister för verksamhetsutveckling och sex kommuner som i olika utsträckning registrerar och använder uppgifterna i förbättringsarbetet i vården och omsorgen om äldre.

Vi har utöver telefonintervjuerna genomfört ett platsbesök på ett särskilt boende med inriktning mot patienter med demens. Platsbesöket gav oss en inblick i det praktiska arbetet med kvalitetsregister på en enhet.

**Tabell 1** Kommuner som omfattas av telefonintervjuer

Förekommer i rapporten som	Län	Folkmängd 2019 <sup>325</sup>	Karaktär
Kommun 1	Stockholm	105 000	Hög implementeringsgrad med analys på olika nivåer.
Kommun 2	Västra Götaland	113 000	Hög implementering. Uppstartsfas för implementering av nytt ledningssystem.
Kommun 3	Dalarna	53 000	Delvis implementerat. Analysarbete görs i begränsad omfattning och efterfrågan från ledningsnivå är begränsad.
Kommun 4	Värmland	12 000	Delvis implementerat. Arbeta på flera nivåer men med variation på enhetsnivå. MAS engagemang tycks ha stor betydelse.
Kommun 5	Halland	103 000	Hög implementeringsgrad med verksamhetsstöd för kvalitetsregister och analys på flera nivåer inklusive RSS.
Kommun 6	Norrbottnen	5 000	Begränsad implementering. Arbetet är beroende av en chef på enhetsnivå.
Kommun 7	Skåne	46 000	Delvis inarbetat men med låg grad av analys/implementering och låg grad av efterfrågan från politisk nivå.
Kommun 8	Västra Götaland	50 000	Registerar inte längre och uppföljning sker i begränsad omfattning. Arbetet följer dock strukturen för kvalitetsregistren i arbetet.
Kommun 9	Östergötland	8 000	Delvis inarbetat arbetssätt. Begränsad analys och uppföljning. Låg grad av efterfrågan från ledningen.

<sup>325</sup> SCB:s befolkningsstatistik med avrundning. I det fall där en stadsdel utgör studieobjektet är uppgiften om invånarantal hämtad från kommunen.

Telefonintervjuer har genomförts med företrädare för sex RSS. Intervjuerna syftade till att få en bild av RSS arbete och stöd till kommunerna i arbetet med kvalitetsregister 2019/2020. Urvalet av intervjuer baserades dels på kommunintervjuerna, dels på de handlingsplaner för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre som styr/styrde RSS arbete i länet.

**Tabell 2** RSS som omfattas av telefonintervjuer

RSS	Folkmängd i länet 2019 <sup>326</sup>	Antal kommuner i länet	Löptid för senaste Handlingsplan
Kalmar	245 446	10	2019–2021
Södermanland	297 540	9	2015–2016
Värmland	282 414	5	2018–2019
Västerbotten	271 736	6	2014–2020
Västmanland	275 845	14	2017–2018
Västra Götaland	1 725 881	49	2016–2018

<sup>326</sup> SCB:s befolkningsstatistik för december 2019.



Genom den så kallade Äldresatsningen har staten försökt få till stånd ett systematiskt förbättringsarbete inom den kommunala vården och omsorgen om äldre. Satsningen omfattade riktade statsbidrag på totalt 4,3 miljarder kronor och pågick under åren 2010–2014. En central del i Äldresatsningen var införandet av så kallade kvalitetsregister i kommunal vård och omsorg.

Riksrevisionens granskning visar att Äldresatsningen har bidragit till ett välbehövligt fokus på kvaliteten i äldreomsorgen, men att det huvudsakliga syftet med kvalitetsregistren – att få till stånd ett systematiskt förbättringsarbete som kommer alla äldre till del – inte har uppnåtts. Kommunerna använder främst kvalitetsregistren som beslutsstöd för den enskilda individens vård. Det leder visserligen till betydande förbättringar i vården för registrerade patienter, men är juridiskt tveksamt och utmanar principen om en jämlik vård.

Mycket tyder på att staten inte har lyckats förvalta de positiva resultat som hade uppnåtts vid Äldresatsningens avslut. Socialstyrelsen borde tidigare ha fått ett uppdrag att utveckla ett långsiktigt stöd till kommunerna i det systematiska förbättringsarbetet.

Användningen av kvalitetsregistren som beslutsstöd belyser bristerna i kommunernas journalsystem. Granskningen aktualiserar därför behovet av att se över och förbättra journalsystemen. Riksrevisionen bedömer att staten bör ta på sig en ledande roll i detta arbete. Riksrevisionen riktar därför ett antal rekommendationer till regeringen och Socialstyrelsen.

ISSN 1652-6597

ISBN 978-91-7086-569-5

Beställning: [www.riksrevisionen.se](http://www.riksrevisionen.se)

RIKSREVISIONEN

---

BOX 6181

S:T ERIKSGATAN 117, 102 33 STOCKHOLM

08-5171 4000 | [WWW.RIKSREVISIONEN.SE](http://WWW.RIKSREVISIONEN.SE)