

Stor variation i vårdkvaliteten för sköra äldre personer

En nationell tvärsnittsstudie baserad på
Senior Alert kvalitetsregister

Elisabet Rothenberg, Martina Boström, Åsa Larsson Ranada,
Dennis Nordvall, Pia Skott, Helle Wijk, Annette Erichsen

Elisabet Rothenberg, Avdelningen för sjuksköterskeutbildningarna och integrerad
hälsovetenskap, Fakulteten för hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad.

E-post: elisabet.rothenberg@hkr.se ORCID id /0000-0002-3692-7014

Martina Boström, Region of Jönköping County and School of Health and Welfare, Jönköping
University, Sweden. E-post: martina.bostrom@rjl.se ORCID id/ 0000-0003-1464-0626

Åsa Larsson Ranada, Institutionen för hälsa, medicin och vård, Avdelningen för prevention,
rehabilitering och nära vård, Enheten för arbetsterapi, Linköpings universitet.

E-post: asa.larsson@liu.se ORCID id/ 0000-0002-0761-1942

Dennis Nordvall, Qulturum Development Department, Region Jönköping County, Jönköping.

E-post: dennis.nordvall@rjl.se ORCID id/0009-0000-7994-5979

Pia Skott, Folk tandvården Stockholm AB. Enheten för Orofacial Diagnostik och
Rehabilitering, Avd. för Oral Diagnostik och Kirurgi, Institutionen för Odontologi |
Universitetstandvården, Karolinska Institutet.

E-post: pia.skott@regionstockholm.se ORCID id/ 0000-0002-8108-9865

Helle Wijk, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs
Universitet. Institutionen för arkitektur och samhällsbyggnadsteknik/Chalmers.

E-post: helle.wijk@gu.se ORCID id/ 0000-0003-2396-6505

Annette Erichsen, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin vid
Göteborgs Universitet. Sahlgrenska Universitetssjukhuset avdelningen för Ortopedi.

E-post: annette.erichsen@gu.se ORCID id/ 0000-0002-4785-8544

Bakgrund/Syfte: Senior Alert (SA) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förebygga fall, blåsdysfunktion, trycksår, undernäring, samt dålig munhälsa bland personer 65 år och äldre. Följsamheten till SA:s vårdprocess varierar mellan kommuner. Studien undersökte om skillnader i följsamhet till samtliga delar av den vårdpreventiva processen kan relateras till demografiska, ekonomiska, personalrelaterade eller politiska karakteristika baserat officiell statistik.

Metod: Tio kommuner med hög och tio med låg följsamhet jämfördes sinsemellan samt med en referensgrupp av 262 kommuner.

Resultat: Kommuner med hög följsamhet skilde sig tydligt från både låg-följsamhetskommunerna och referensgruppen. Kommuner med låg följsamhet uppvisade inga signifikanta skillnader jämfört med referensgruppen. Inga

skillnader hittades mellan grupper avseende vårdkostnader, personalresurser eller politisk styrning.

Slutsats: En teori är att hög följsamhet kan associeras med social stabilitet i kommunen. Studiens tvärsnitts design begränsar dock möjligheten att dra kausala slutsatser.

Background/Objectives: Senior Alert (SA) is a Swedish quality register aiming to prevent falls, bladder dysfunction, pressure ulcers, malnutrition, and poor oral health in people aged 65+. Adherence to SA varies across municipalities. This study explored whether differences in compliance to full care-process relates to demographic, economic, staffing, or political factors using official statistics.

Methods: Ten municipalities with high and ten with low compliance were mutually compared and compared to a reference group of 262 municipalities.

Results: High-compliance municipalities differed clearly from both low-compliance municipalities and the reference group. Low-compliance municipalities showed no significant differences from the reference group. No group differences were found in care costs, staffing, or political governance.

Conclusion: High compliance may be linked to social stability, supporting improved care quality. However, the cross-sectional design limits causal conclusions.

Introduktion

Även om många äldre personer bibehåller god hälsa och självständighet långt upp i åren, är det en ökande andel som uppvisar tecken på skörhet och därför har ett omfattande vårdbehov [1]. För att tillgodose dessa behov krävs ofta samverkan mellan flera vårdgivare och yrkesprofessioner. År 2022 bodde i Sverige cirka 81 000 personer i vård- och omsorgsboenden, motsvarande 3,5 % av befolkningen 65 år eller äldre. Av dessa var 62 000 personer 80 år eller äldre, vilket motsvarar 11 % i åldersgruppen [2].

Enligt prognoser förväntas antalet 80 år eller äldre öka med över 200 % och därmed uppgå till cirka 560 000 år 2070 [3]. Personer som bor i kommunala vård- och omsorgsboenden har ofta kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar, i många fall med en förhöjd risk för negativa händelser såsom fallolyckor, undernäring, trycksår, dålig munhälsa och blåsdysfunktion [4, 5].

Olika preventiva insatser har visat positiva effekter, såsom minskning av vanliga hälsorisker, förebyggande av negativa händelse samt förbättrat välbefinnandet och höjd patientsäkerhet [6-8]. Införande av effektiva preventiva vårdstrategier är därför en central prioritet för regeringen [9, 10]. En ambition med betydande utmaning, som förväntas växa under de kommande decennierna i takt med den demografiska utvecklingen. Till dessa utmaningar hör behovet av ökade personalresurser, höjd kompetens, finansiella resurser samt förbättrad samverkan inom och mellan organisationer som vårdar äldre personer [11-13].

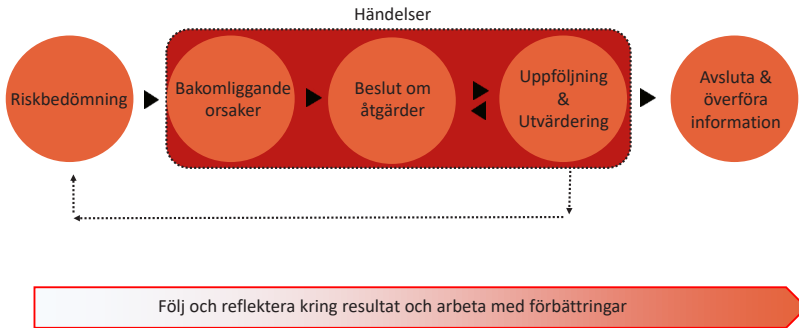
Vård och omsorg av sköra äldre personer, omfattar både preventiva och hälso- och sjukvårdsinsatser och, regleras av två separata lagrum: Socialtjänstlagen (SOL) [14] respektive Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) [15]. Varje region och kommun hanterar självständigt sin del av ansvaret, vilket leder till variationer i kvaliteten på vården med en risk för ojämlik vård och hälsa.

I Sverige finns cirka 150 nationella kvalitetsregister, med data på individnivå om diagnoser, hälsoproblem, åtgärder, och vårdresultat [16]. Dessa syftar till att stödja utvecklingen av vårdpraxis samt förbättra hälsoutfall, inklusive att rädda liv [16]. Senior Alert (SA) är det största, med 90 000 - 100 000 unika individer 65 år och äldre registrerade årligen [17, 18]. Senior Alert används fram för allt inom vård- och omsorgsboenden, i syfte att främja preventiva vårdinsatser, genom att fokusera på riskbedömning av fallolyckor, blåsdysfunktion, trycksår, undernäring och dålig munhälsa. Följt av förebyggande åtgärder och därefter uppföljning som delar av den så kallade vårdpreventiva processen (Figur 1).

I Senior Alert (SA) identifieras risker hos cirka 90 % av registrerade individer. Den fullständiga vårdpreventiva processen (Figur 1) genomförs dock endast i cirka 60 % av fallen, med stora variationer mellan kommuner. Det innebär kvarstående risker för negativa händelser, som potentiellt kan äventyra patientsäkerheten och hälsan.

Den vårdpreventiva processen

- Senior alert



Figur 1. Den vårdpreventiva processen för att förebygga negativa händelser [4].

Syftet med studien var därför att undersöka om skillnader i följsamhet till den fullständiga preventiva vårdprocessen är associerade med kommunala karakteristika inkluderande sociodemografiska och socioekonomiska indikatorer, finansiella resurser, äldreomsorgens struktur samt den politiska majoriteten i kommunen.

Material och metoder

Studiedesign och datakällor

Detta är en tvärsnittsstudie baserad på data från *Senior Alert* (SA) [4] och officiell svensk statistik [3] [19]. Studien är den första fasen i en ”mixed-method” studie, och kommer att följas av en andra fas med en kvalitativ intervjustudie [20].

Urval av kommuner

Av Sveriges 290 kommuner var 286 registrerade i Senior Alert (SA) under 2019–2021. Studien omfattar tio kommuner med hög följsamhet samt tio med låg följsamhet till den fullständiga vårdpreventiva processen i SA (Figur 1), samt en referensgrupp bestående av övriga kommuner. Kommuner med färre än 1 000 riskbedömningar ($n=91$) exkluderades från analysen (Figur 2). Dessutom exkluderades de fyra största kommunerna – Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala – på grund av betydligt större befolkning och stora variationer i demografiska karakteristika inom dessa kommuner.

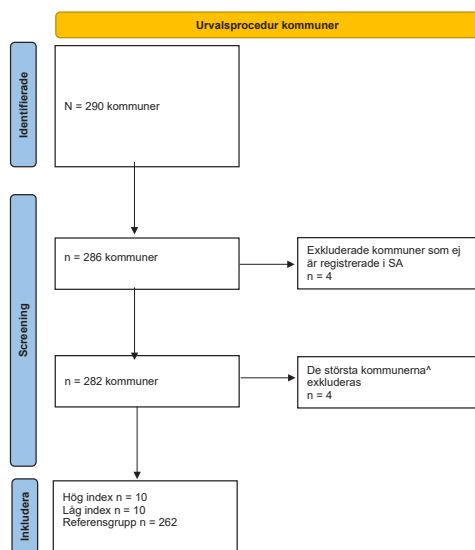
Följsamhet definieras som fullständig registrering i fyra av de fem riskområdena för negativa händelser: fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa, till samtliga steg i den vårdpreventiva processen. Blåsdysfunktion exkluderades

eftersom det är ett nyligen infört riskområde med relativt låg registreringsgrad. Följsamhetsindexet beräknades enligt följande:

- 0,0: Ingen riskbedömning genomförd (steg 1).
- 0,33: Genomfört steg 1 samt ytterligare ett steg.
- 0,67: Genomfört steg 1 samt ytterligare två steg.
- 1,0: Fullständigt genomförande av samtliga fyra steg.

De 20 kommunerna jämfördes därefter med avseende på officiell statistik från Statistiska centralbyrån (SCB) [21] och Kommun- och landstingsdatabasen (KOLADA) [19], och inkluderar sociodemografiska och socioekonomiska indikatorer, finansiella resurser, äldreomsorgens struktur samt den politiska majoriteten i kommunen.

Data baseras huvudsakligen på information från SCB, med undantag för uppgifter om antal vårdpersonal per boendeenhet samt antal sjuksköterskor per äldre individ inom vård- och omsorgsboenden för äldre personer på vardagar år 2019, vilket baseras på självrapporterade data från kommunerna i KOLADA. Motsvarande jämförelser gjordes också mellan de 10 kommuner med högt respektive lågt index och de övriga 262 kommunerna (exklusive de fyra största kommunerna) (Figur 2).



Figur 2. Selektionsprocess.

^a *Avser de fyra största svenska kommunerna: Stockholm, Malmö, Göteborg och Uppsala. Dessa exkluderades från studien på grund av större befolkning och stora variationer i demografiska karaktéristika inom dessa kommuner.

Statistisk analys

Kontinuerliga data uttrycktes som medelvärden och standardavvikelser (SD). Student's t-test utfördes för att jämföra medelvärden när kvoten mellan den större gruppens SD och den mindre gruppens SD var mindre än 2, i andra fall används Welch's t-test. Analyserna utfördes i R version 4.3.0 (The R Foundation for Statistical Computing). Alla tester var tvåsidiga och signifikansnivåerna för P-värden var $<0,05$, $<0,01$, $<0,001$. För att utvärdera i vilken utsträckning de två kommungrupperna skiljer sig från de övriga kommunerna i Sverige genomfördes motsvarande jämförelser mellan kommunerna med högt respektive lågt index och samtliga övriga kommuner, exklusive de fyra största kommuner: Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala ($n=262$).

Resultat*Kommunernas karaktäristika*

Jämförelse av karaktäristika mellan kommuner med högt index och lågt index presenteras i tabell 1; mellan kommuner med högt index och referensgruppen övriga kommuner i Sverige ($n=262$), i tabell 2; samt mellan kommuner med lågt index och referensgruppen övriga kommuner i Sverige, i tabell 3.

Kommuner med högt index hade betydligt mindre befolkning jämfört med lågindexkommuner. Förväntad medellivslängd för både kvinnor och män, liksom hushållsinkomsten och andelen utrikes födda invånare, var också betydligt lägre i kommuner med högt index. Dessa kommuner uppvisade dessutom negativ befolkningstillväxt, till skillnad från den positiva befolkningstillväxten i lågindexkommunerna. Andelen personer med eftergymnasial utbildning var lägre, medan andelen barn med två svenskfödda föräldrar var högre i kommuner med högt index. Inga signifikanta skillnader observerades mellan kommunerna vad gäller arbetslöshet, kostnader för äldreomsorg, personalresurser eller politisk majoritet.

I en jämförelse mellan kommuner med högt index och övriga kommuner ($n=262$) observerades signifikanta skillnader för alla variabler förutom andel arbetslöshet, kostnader för äldreomsorg, personalnivåer och kommunens politiska majoritet.

Inga signifikanta skillnader observerades mellan kommuner med lågt index och övriga kommuner.

Tabell 1. Jämförelse av karakteristika mellan kommuner med högt och lågt index.

Kommunernas karakteristika	Högt-index n=10	Lågt-index n=10	Skillnad
	Medelvärde (SD)	Medelvärde (SD)	P-värde
Befolkning 2021 (n)	11 458 (7923)	26 379 (15 709)	0.019 ^b
Medelålder 2021 (år)	46.3 (1.6)	44.4 (3.2)	0.112 ^b
Förväntad medellivslängd för kvinnor 2017-2021 (år)	83.4 (0.87)	84.4 (0.87)	0.016 ^a
Förväntad medellivslängd för män 2017-2021 (år)	79.6 (1.38)	81.1 (0.87)	0.011 ^b
Arbetslöshet 2021 (%)	6.12 (1.63)	5.44 (1.23)	0.305 ^a
Hushållsinkomst 2020 (k SEK)	399.7 (15.1)	466.9 (37.6)	<0.001 ^b
Andel kvinnor 2021 (%)	48.5 (0.6)	49.2 (1.1)	0.065 ^b
Befolkningsförändring 2020 till 2021 (%)	-0.18 (0.6)	0.73 (0.8)	0.009 ^a
Andel med eftergymnasial utbildning 16-74 år, 2021 (%)	23.3 (1.8)	31.1 (5.3)	<0.001 ^b
Andel med två svenskfödda föräldrar 2021 (%)	81.1 (4.0)	74.6 (5.1)	0.005 ^a
Andel utrikes födda 18-64 år, 2021 (%)	15.3 (3.0)	19.1 (3.1)	0.014 ^a
Andel gifta 2021 (%)	0.27 (0.08)	0.33 (0.08)	0.099 ^a
Andel fränskilda 2021 (%)	0.17 (0.06)	0.21 (0.05)	0.162 ^a
Kostnad för äldreomsorg per äldre individ 2019 (k SEK/boende)	1064 (291)	981 (225)	0.511 ^b
Antal vårdpersonal per plats i äldreomsorg, vardagar 2019	0.305 (0.028)	0.329 (0.045)	0.196 ^b
Sjuksköterska per antal individer i äldreomsorg, vardagar 2019	0.050 (0.016)	0.045 (0.008)	0.401 ^b
Andel kommuner med borgerlig politisk majoritet (%)	30.0 (48.3)	50.0 (52.7)	0.388 ^a
Genomsnittlig personalomsättning 2019-2021 (%)	17.2 (4.2)	16.6 (3.3)	0.732 ^a

Data visas som medelvärde och standardavvikelse (SD). P-värden för jämförelse mellan grupper beräknades med Welch's t-test när lika standardavvikelse (SD) inte kunde antas för grupperna. a = Student's t-test, b= Welch's t-test. NS non-significant, p<0.05 , p<0.01 p<0.001.

Tabell 2. Jämförelse av karakteristika mellan kommuner med högt index och referensgruppen övriga kommuner.

Kommunernas karakteristika	Högt-index n=10	Övriga kommuner n=262	Skillnad
	Medelvärde (SD)	Medelvärde (SD)	P-värde
Befolkning 2021 (n)	11458 (7923)	29 915 (32 366)	<0.001 ^b
Medelålder 2021 (år)	46.3 (1.6)	43.7 (2.7)	0.002 ^a
Förväntad medellivslängd för kvinnor 2017-2021 (år)	83.4 (0.87)	84.2 (1.00)	0.011 ^a
Förväntad medellivslängd för män 2017-2021 (år)	79.6 (1.38)	80.6 (1.23)	0.012 ^a
Arbetslöshet 2021 (%)	6.12 (1.63)	6.03 (2.10)	0.895 ^a
Hushållsinkomst 2020 (k SEK)	399.7 (15.1)	465.6 (95.7)	<0.001 ^b
Andel kvinnor 2021 (%)	48.5 (0.6)	49.2 (0.7)	0.004 ^a
Befolkningsförändring 2020 till 2021 (%)	-0.18 (0.6)	0.45 (0.9)	0.026 ^a
Andel med eftergymnasial utbildning 16-74 år, 2021 (%)	23.3 (1.8)	30.1 (8.7)	<0.001 ^b
Andel med två svenskfödda föräldrar i 2021 (%)	81.1 (4.0)	73.0 (10.3)	<0.001 ^b
Andel utrikes födda 18-64 år, 2021 (%)	15.3 (3.0)	20.2 (8.0)	<0.001 ^b
Andel gifta 2021 (%)	0.27 (0.08)	0.33 (0.06)	0.006 ^a
Andel frånskilda 2021 (%)	0.17 (0.06)	0.21 (0.05)	0.010 ^a
Kostnad för äldreomsorg per äldre individ, 2019 (k SEK/boende)	1064 (291)	965 (262)	0.271 ^a
Antal vårdpersonal per plats i äldreomsorg, vardagar 2019	0.305 (0.028)	0.307 (0.041)	0.877 ^a
Sjuksköterskor per antal individer i äldreomsorg, vardagar 2019	0.050 (0.016)	0.043 (0.014)	0.134 ^a
Andel kommuner med borgerlig politisk majoritet (%)	30.0 (48.3)	45.4 (49.9)	0.338 ^a
Genomsnittlig personalomsättning 2019-2021 (%)	17.2 (4.2)	18.8 (5.3)	0.326 ^a

Data visas som medelvärde och standardavvikelse (SD). P-värden för jämförelse mellan grupper beräknades med Welch's t-test när lika standardavvikelse (SD) inte kunde antas för grupperna. a = Student's t-test, b=Welch's t-test. NS non-significant, p<0.05 , p<0.01 p<0.001.

Tabell 3. Jämförelse av karakteristika mellan kommuner med lågt index och referensgruppen övriga kommuner.

Kommunernas karakteristika	Lågt-index n=10	Övriga kommuner n=262	Skillnad
	Medelvärde (SD)	Medelvärde (SD)	P-värde
Antal invånare 2021 (n)	26379 (15 709)	29915 (32 366)	0.521 ^b
Medelålder 2021 (år)	44.4 (3.2)	43.7 (2.7)	0.416 ^a
Förväntad medellivslängd för kvinnor 2017-2021 (år)	84.4 (0.87)	84.2 (1.00)	0.506 ^a
Förväntad medellivslängd för män 2017-2021 (år)	81.1 (0.87)	80.6 (1.23)	0.213 ^a
Arbetslöshet 2021 (%)	5.44 (1.23)	6.03 (2.10)	0.377 ^a
Hushållsinkomst 2020 (k SEK)	466.9 (37.6)	465.6 (95.7)	0.928 ^b
Andel kvinnor 2021 (%)	49.2 (1.1)	49.2 (0.7)	0.733 ^a
Befolkningsförändringar 2020 till 2021 (%)	0.73 (0.8)	0.45 (0.9)	0.334 ^a
Andel med eftergymnasial utbildning 16-74 år i 2021 (%)	31.1 (5.3)	30.1 (8.7)	0.717 ^a
Andel med två svenskfödda föräldrar 2021 (%)	74.6 (5.1)	73.0 (10.3)	0.380 ^b
Andel utrikes födda 18-64 år 2021 (%)	19.1 (3.1)	20.2 (8.0)	0.336 ^b
Andel gifta 2021 (%)	0.33 (0.08)	0.33 (0.06)	0.861 ^a
Andel fränskilda 2021 (%)	0.21 (0.05)	0.21 (0.05)	0.811 ^a
Kostnad för äldreomsorg per äldre individ i 2019 (k SEK/boende)	981 (225)	965 (262)	0.857 ^a
Antal vårdpersonal per plats i äldreomsorg, vardagar 2019	0.329 (0.045)	0.307 (0.041)	0.117 ^a
Sjuksköterska per antal individer i äldreomsorg, vardagar 2019	0.045 (0.008)	0.043 (0.014)	0.679 ^a
Andel kommuner med borgerlig politisk majoritet (%)	50.0 (52.7)	45.4 (49.9)	0.776 ^a
Genomsnittlig personalomsättning 2019-2021 (%)	16.6 (3.3)	18.8 (5.3)	0.181 ^a

Data visas som medelvärde och standardavvikelse (SD). P-värden för jämförelse mellan grupper beräknades med Welch's t-test när lika standardavvikelse (SD) inte kunde antas för grupperna. a = Student's t-test, b= Welch's t-test. NS non-significant, p<0.05 , p<0.01 p<0.001.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka om skillnader i följsamhet till samtliga fyra steg i den vårdpreventiva processen i SA, är associerade med variationer mellan kommuner vad gäller sociodemografiska och socioekonomiska indikatorer, finansiella resurser, äldreomsorgens struktur samt den politiska majoriteten som styr kommunen.

Kommuner med högt respektive lågt index jämfördes med varandra och med en referensgrupp bestående av övriga svenska kommuner, vilket visade på flera skillnader. Högindexkommuner kännetecknades av lägre befolkningstäthet, en mindre andel utrikesfödda invånare, en högre andel barn med två svenskfödda föräldrar, högre medelålder, men lägre förväntad livslängd, utbildningsnivå och hushållsinkomst jämfört med lågindexkommuner. Dessutom uppvisade högindexkommuner högre arbetslöshet och negativ befolkningstillväxt, i kontrast mot den positiva befolkningstillväxten i kommuner med lågt index. Inga signifikanta skillnader identifierades mellan hög- respektive lågindexkommuner avseende kostnader för äldreomsorg, personaltäthet, personalomsättning eller politisk styrning.

Vid jämförelse mellan högindexkommuner och referensgruppen av övriga kommuner observerades samma skillnader som i jämförelsen med lågindexkommuner. Däremot identifierades inga signifikanta skillnader mellan lågindexkommuner och referensgruppen av övriga kommuner, vilket indikerar att kommuner med lågt index ligger närmare genomsnittet för svenska kommuner jämfört med kommuner med högt index med avseende på de variabler som jämförts.

Studien visar att kommuner med högt index skiljer sig tydligt från de övriga kommunerna genom lägre värden för flera sociodemografiska, socioekonomiska och finansiella indikatorer. Detta kan framstå som motsägelsefullt eftersom dessa kommuner uppvisar hög vårdkvalitet, mätt som god följsamhet till den vårdpreventiva processen i SA.

För att tolka de aktuella resultaten har vi valt att studera dem i ljuset av begreppet social stabilitet. Ett begrepp som saknar en exakt definition och som tolkas olika inom discipliner som ekonomi och sociologi [22]. Begreppet social stabilitet inom folkhälsovetenskap utvecklades ursprungligen för att förklara variationen i social funktion bland män som deltog i alkoholbehandling [23]. Konceptualiseringen utgick från teorier om social integration, social kontroll och sociala roller, där social stabilitet utgör en indikation på struktur i livet och adekvat delaktighet i samhället. De områden som definierar social stabilitet valdes utifrån betydelsen för att ge livet mening och spegla individens förmåga att fungera i och vara delaktig i sin omgivning. Förmågan att uppfylla samhälleligt

definierade sociala roller medför dessutom vissa krav och förväntningar, vilka samtidigt begränsar handlingsutrymmet men också tillhandahåller status och socialt stöd. [23,24].

För att ytterligare utforska begreppet social stabilitet i relation till de aktuella resultaten, kan det nämnas att högindexkommuner delade vissa gemensamma karakteristika, såsom att vara belägna i avfolkade landsbygdsområden, i norra Sverige, med låg befolkningstäthet och begränsat inflöde av nya invånare. I sex av tio högindexkommuner var befolkningstätheten färre än 9 200 invånare, vilket placerar dessa kommuner bland de minsta i Sverige. Ingen av lågindexkommunerna låg så lågt. Dessa omständigheter överensstämmer med teorier om social stabilitet som nämnts ovan, och tyder på att många invånarna i dessa kommuner sannolikt känner varandra från olika sammanhang sedan lång tid tillbaka. Det innebär att det kan finnas sociala band mellan äldre personer i vård- och omsorgsboenden och vårdpersonalen som vårdar dem, vilket potentiellt kan främja ett större individuellt engagemang i vården av den äldre personen.

Uppgifterna i studien indikerar också att kommuner med högt index har lägre utbildningsnivåer och hushållsinkomster jämfört med både kommuner med lågt index och referensgruppen av övriga kommuner. Det är rimligt att anta att en del yngre personer i dessa kommuner väljer att stanna kvar istället för att flytta till större städer för utbildnings- eller karriärmöjligheter. Istället tar de anställning inom kommunen, exempelvis inom den kommunala äldreomsorgen. Detta kan i sin tur leda till längre anställningstider och bidra till att behålla och utveckla kompetens hos personalen. Däremot stöder inte uppgifterna hypotesen om lägre personalomsättning i dessa kommuner jämfört med kommuner med lågt index eller referensgruppen av övriga kommuner.

Metodologiska överväganden

En styrka i studien är användningen av omfattande och rikstäckande officiell statistik, med relevans för studier av kommunal äldreomsorg. Noteras bör att kvaliteten på den officiella statistiken i Sverige har förbättrats markant under senare år [25]. Vidare är SA det största kvalitetsregistret i Sverige med 90 000 till 100 000 individuella registreringar per år. SA har dessutom omfattande täckning, med 286 av Sveriges 290 kommuner anslutna till registret, vilket säkerställer en hög grad av representativitet över landets kommuner. Den metod som används för att bedöma vårdkvalitet kan diskuteras. Den valdes då den bygger på tillgängliga data i SA-registret, tillsammans med insikten att en fullständig vårdpreventiv process skapar goda förutsättningar för att förebygga eller åtgärda vanliga hälsoproblem bland individer inom äldreomsorgen.

Det finns flera begränsningar som bör uppmärksammas. För det första bör det noteras att studiens design är tvärsnittlig, vilket innebär att endast samband

kan påvisas. Det är också värt att notera att flera variabler bygger på självrapporterade uppgifter vilket innebär att datakvaliteten kan variera mellan olika kommuner till exempel relaterat till hur väl kommunala IT-system är anpassade för dataregistrering och datauttag, hur välfungerande rutiner för dataregistrering är, och noggrannheten i databehandling och granskning. Socialstyrelsen bedömer dock att uppgifternas tillförlitlighet är tillräcklig för de avsedda statistiska ändamålen. Vidare har en tidigare studie av SA belyst de utmaningar som legitimerade sjuksköterskor och undersköterskor står inför, relaterat till hög arbetsbelastning och tidsbrist, vilket kan påverka både fullständigheten och kvaliteten på de registrerade uppgifterna från SA negativt [26]. Dessutom kan variationer i kompetens bland personal som ska besluta om lämpliga åtgärder utifrån riskbedömningar (Figur 1) försvåra utmaningarna ytterligare. Färre registrerade åtgärder i SA kan därför också spegla hög arbetsbelastning, tidsbrist och brister i yrkeskompetens bland legitimerade sjuksköterskor och undersköterskor.

Tillgången till arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister på vård- och omsorgsboenden som kan bidra med analys och beslut beträffande lämpliga åtgärder i den individuella fallet är begränsad. Därmed faller ansvaret för att analysera orsaker och fatta beslut gällande åtgärder huvudsakligen på legitimerade sjuksköterskor och undersköterskor.

En annan begränsning är användningen av aggregerade data på kommunal nivå, vilket inte fångar variationer inom enskilda vård- och omsorgsboenden. Det är fullt möjligt att vissa boendeenheter inom båda grupperna av kommuner presterar antingen bättre eller sämre än kommungenomsnittet.

Denna studie är en del av ett större projekt [20]. I nästa steg avser vi att utforska dynamiken som beskrivs i den aktuella studien samt dess implikationer i en kvalitativ studie för att få en djupare förståelse av vad som kan förklara skillnader i följsamhet till den fullständiga vårdpreventiva processen mellan kommuner.

Slutsatser

Högindexkommuner och skilde sig markant från både kommuner med lågt index och den bredare referensgruppen på sätt som initialt kan verka kontraindutiiva. Trots detta lyckades dessa kommuner genomföra mer fullständiga registreringar och uppföljningar i SA enligt den vårdpreventiva processen, vilket kan tyda på att strukturella eller kontextuella karakteristika - möjligen relaterade till social stabilitet - kan bidra till att underlätta ett vårdpreventivt arbetssätt. Även om inga signifikanta skillnader observerades i personalresurser, personalomsättning, finansiering eller politisk styrning mellan de tre grupperna av kommuner, pekar resultaten på att social stabilitet kan vara en möjlig förklarande faktor till studiens resultat. Dock begränsas möjligheterna för kausala tolkningar av

studiens tvärsnittliga design. Framtida forskning, inklusive kvalitativa studier, behövs för att ytterligare undersöka vilka mekanismer som kan förklara skillnader i vårdkvalitet samt deras betydelse för en jämlik och effektiv äldreomsorg över hela landet.

Tack: Vi tackar Josephine Garpsäter, registerhållare och huvudansvarig för kvalitetsregistret Senior Alert, för administrativt och tekniskt stöd.

Studien finansieras av Forte, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, en statlig myndighet under Socialdepartementet (Dnr: 2021-01807).

Rerenser

1. Kim, D.H.;Rockwood, K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med* 2024, 391, 538-548.
2. Statistik Om Socialtjänstinsatser Till Personer Med Funktionsnedsättning 2022 Available online: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-5-8577.pdf> (accessed 31-01-2025)
3. Statistics Sweden. Available online: https://www.scb.se/contentassets/e99a33e517a343488cd1fd73362167c8/be0401_2023i70_br_be51br2302.pdf (accessed 08-02-2025)
4. Senior Alter. Ett Nationellt Kvalitetsregister För Vård Och Omsorg. (accessed 01-31)
5. Silverglow, A.;Johansson, L.;Lidén, E.;Wijk, H. Perceptions of Providing Safe Care for Frail Older People at Home: A Qualitative Study Based on Focus Group Interviews with Home Care Staff. *Scand J Caring Sci* 2022, 36, 852-862.
6. Ferreira, C.B.;Teixeira, P.d.S.;Alves dos Santos, G.;Dantas Maya, A.T.;Americano do Brasil, P.;Souza, V.C.;Córdova, C.;Ferreira, A.P.;Lima, R.M.;Nóbrega, O.d.T. Effects of a 12-Week Exercise Training Program on Physical Function in Institutionalized Frail Elderly. *J Aging Res* 2018, 2018, 7218102.
7. Marengoni, A.;Rizzuto, D.;Fratiglioni, L.;Antikainen, R.;Laatikainen, T.;Lehtisalo, J.;Peltonen, M.;Soininen, H.;Strandberg, T.;Tuomilehto, J. The Effect of a 2-Year Intervention Consisting of Diet, Physical Exercise, Cognitive Training, and Monitoring of Vascular Risk on Chronic Morbidity - the Finger Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc* 2018, 19, 355-360. e351.
8. Xiao, C.M.;Li, J.J.;Kang, Y.;Zhuang, Y.C. Follow-up of a Wuxinxi Exercise at Home Programme to Reduce Pain and Improve Function for Knee Osteoarthritis in Older People: A Randomised Controlled Trial. *Age Ageing* 2021, 50, 570-575.
9. God Och Nära Vård : En Gemensam Färdplan Och Målbild. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
10. God Och Nära Vård : En Reform För Ett Hållbart Hälso- Och Sjukvårdssystem. Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
11. Personalen I Äldreomsorgen. Statistik Och Resultat Från Forskning Och Tillsyn. 2025 januari 2025.
12. Vård Och Omsorg För Äldre : Lägesrapport 2022. Report. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 Mars 2022. Report No.: 9789175558580.
13. Sveriges kommuner och regioner. Valfärdens Kompetensförsörjning Personalprognos 2023–2033 Och Strategier För Att Klara Kompetensförsörjningen. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2024.
14. Socialtjänstlagen (2001:453):The Social Services Act (2001:453)*. (N.D.)
15. Healthcare Rules and Regulations. Available online: <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/healthcare-rules-and-regulations/> (accessed 08-02-2025)
16. Hitta Nationellt Kvalitetsregister. Available online: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kvalitetsregister/hittakvalitetsregister.77500.html?sv.target=12.44b106b618d2a6a237c30a69&sv.12.44b106b618d2a6a237c30a69.route=/&query=&category_53fd9f16-9f07-40c8-a1c7-cf2594b97149=&category_19e37c27-dcca-4b38-8014-10761cf7bbe9=%C3%84ldres%20h%C3%A4lsa%20och%20palliativ%20v%C3%A5rd (accessed 06-02-2025)

17. Edvinsson, J.;Rahm, M.;Trinks, A.;Höglund, P.J. Senior Alert: A Quality Registry to Support a Standardized, Structured, and Systematic Preventive Care Process for Older Adults. *Qual Manag Health Care* 2015, 24, 96-101.
18. Senior Alert - More Than Just a Quality Register. Available online: <https://www.senioralert.se/english/> (accessed 08-02-2025)
19. Kolada. Available online: <https://www.kolada.se/> (accessed 08-02-2025)
20. Boström, M.K.;Larsson Ranada, Å.;Wijk, H.;Skott, P.;Erichsen, A.;Rothenberg, E. Obstacles and Opportunities for Care Collaboration through the Utilisation of a Preventive Care Process for Frail Older Adults: A Study Protocol for a Mixed Methods Studydesign. *BMJ Open* 2025, 15.2: e081925.
21. Statistics Sweden;Social statistics and analysis. Statistics Sweden, the Future Population of Sweden 2023–2070, Demo-graphic Reports 2023:2 Report. Solna: Statistics Sweden; 2023. Contract No.: 2023:2.
22. Birner, J.;Ege, R. Two Views on Social Stability: An Unsettled Question. *Am J Econ Sociol* 1999, 58, 749-780.
23. German, D.;Latkin, C. Social Stability and Health: Exploring Multidimensional Social Disadvantage. *J Urban Health* 2012, 89, 19-35.
24. Straus, R.;Bacon, S.D. Alcoholism and Social Stability. A Study of Occupational Integration in 2,023 Male Clinic Patients. *Q J Stud Alcohol* 1951, 12, 231-260.
25. Statistics Sweden. A Handbook on Evaluation of Official Statistics of Sweden, Version 3.2. Statistics Sweden; 2023.
26. Trinks, A.;Hägglin, C.;Nordvall, D.;Rothenberg, E.;Wijk, H. The Impact of a National Quality Register in the Analysis of Risks and Adverse Events among Older Adults in Nursing Homes and Hospital Wards—a Swedish Senior Alert Survey. *Safety in Health* 2018, 4, 10.