

Omsorgskvalitet inom äldreomsorgen

En klassificering och genomgång av relevanta faktorer utifrån en vidareutvecklad version av Donabedians kvalitetsmodell

Ali Kazemi, Tinna Elfstrand Corlin

Ali Kazemi, professor i psykologi, Högskolan Väst. E-post: ali.kazemi@hv.se

Tinna Elfstrand Corlin, filosofie master, Göteborgs universitet. E-post: tinna@corlin.net

Frågan om kvalitet inom äldreomsorgen är omdebatterad och ofta färgad av personliga och politiska åsikter snarare än evidens. Denna artikel betonar vikten av systematisk och evidensbaserad kunskap, med fokus på brukarnöjdhet (upplevd omsorgskvalitet) som en central indikator. Författarna presenterar en ny modell baserad på Donabedians kvalitetskedja med fyra komponenter: struktur, process, person och resultat. De tre första samverkar på olika sätt för att påverka upplevd omsorgskvalitet (omsorgens resultat). Forskning visar att kvalitet skapas i mötet mellan brukare och personal, och att strukturella faktorer som budget och bemanning får effekt främst genom hur omsorgen ges. Modellen tydliggör sambanden mellan olika kvalitetsaspekter och gör forskningsbaserad kunskap mer tillgänglig för beslutsfattare och praktiker – vilket förhoppningsvis kan minska gapet mellan vetenskap och praktik och leda till bättre omsorg.

The issue of quality in elderly care is widely debated and often influenced by personal and political opinions rather than evidence. This article emphasizes the importance of evidence-based knowledge, with a focus on user satisfaction (perceived care quality) as a key indicator. The authors present a new model based on Donabedian's quality chain, consisting of four components: structure, process, person, and outcome. The first three interact to influence perceived care quality (the outcome). Research shows that quality is created in the interaction between users and staff, and that structural factors such as budget and staffing primarily impact quality through how care is delivered. The model clarifies the relationships between different aspects of quality and makes research-based knowledge more accessible to decision-makers and practitioners – hopefully helping to bridge the gap between science and practice and leading to better care.

Syftet med den här artikeln är att utifrån litteraturen identifiera, klassificera och kort beskriva olika faktors betydelse för god omsorgskvalitet inom äldreomsorgen. Den forskningsgenomgång vi gör i den här artikeln är på intet sätt uttömmande utan har huvudsakligen siktet inställt på att utifrån en vidareutveckling av Donabedians kvalitetsmodell (Donabedian, 1988) kort redogöra för empiriska belägg. Donabedians ursprungsmodell består av struktur, process och resultat, och modellen vi presenterar i den här artikeln föreslår en ytterligare komponent, nämligen person, det vill säga personfaktorer knutna till såväl omsorgspersonal som brukare. Vi vill därmed lyfta fram människors och individuella faktors betydelse för omsorgskvalitet. Dessutom 'ritar' vi om ursprungsmodellen och lägger ut nya länkar mellan modellens olika komponenter för att belysa hur vi ser samspelet dem emellan. Det är viktigt att notera att vi i den här artikeln enbart gör en kategorisering, systematisering, av faktorer som kan betyda något för omsorgens kvalitet (omsorgens resultat) (se Tabell 1). Vi gör således i denna artikel ingen rangordning av de olika faktorernas betydelse för omsorgskvalitet (i huvudsak i termer av brukarnöjdhet) utan hänvisar våra läsare till andra källor varav en del finns refererade till i denna artikel. Tilläggas kan att vårt fokus ligger på äldreomsorg men att det finns referenser till studier genomförda inom hälso- och sjukvård.

Inledningsvis beskriver vi kortfattat vad som avses med kvalitet. Därefter beskrivs Donabedians kvalitetsmodell och hur vi utvecklat hans modell. Vi fortsätter med att kort beskriva vad personcentrering inom äldreomsorgen innebär och hur det relaterar till vår modell och omsorgskvalitet. Resterande delen av artikeln ägnas åt att kort redogöra för empirisk forskning som studerat relationerna mellan struktur, process, person och resultat (omsorgskvalitet) utifrån den modell vi presenterar i artikeln. Vi avslutar artikeln med att kort presentera några reflektioner om hur befintlig kunskap om kvalitetsdrivande faktorer kan användas av beslutsfattare och praktiker.

Begreppet kvalitet

Kvalitet är ett mångfacetterat begrepp och har i litteraturen definierats på olika sätt, allt från att kvalitet likställs med excellens och total avsaknad av brister och att kvalitet råder när en tjänst är värd sin kostnad till hur väl en tjänst motsvarar förväntningarna hos användaren eller att kvalitet avser egenskaper hos en insats som tillgodoser behov hos användaren på ett anpassat sätt (Kajonius & Kazemi, 2016a).

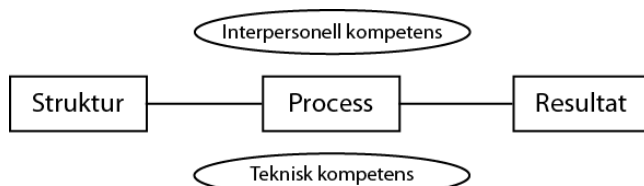
Inom vård och omsorg finns det ett flertal olika kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen (2024) mäter årligen kvalitet inom äldreomsorgen och använder då olika typer av kvalitetsindikatorer med underrubriker som kunskapsbaserad (t.ex. genomfört individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov), individanpassad (t.ex. personalen tar alltid hänsyn till åsikter och önskemål, brukarbe-

dömning, särskilt boende för äldre), säker (t.ex. kommunen garanterar kontakt inom viss tid efter larm) och tillgänglig (t.ex. enheter med tillgång till utevistelse, särskilt boende för äldre). Därutöver redovisar de välfärdsindikatorer (t.ex. fallskador bland personer 80 år och äldre) och nyckeltal (t.ex. tre eller fler psykofarmaka personer 75 år och äldre, hemtjänst). En del av indikatorerna är baserade på enkätundersökningen ”Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” (Socialstyrelsen, 2023), där man ställer frågor till de äldre, som i stor utsträckning mäter i vilken grad omsorgen är personcentrerad, vilket ofta uppfattas som kvalitativ omsorg (Edvardsson et al., 2017). Därutöver innehåller enkäten frågan om hur nöjda de äldre sammantaget är med omsorgen. Nöjdhet med omsorgen utifrån den äldres perspektiv har därmed kommit att utgöra en viktig kvalitetsindikator för svensk äldreomsorg. Därför har vi valt att använda ett kvalitetsmått som likställer omsorgskvalitet med brukarnöjdhet, även kallad upplevd kvalitet.

Donabedians modell för omsorgskvalitet

Mycket har skrivits om kvalitet och kvalitetsdrivande faktorer inom äldreomsorgen. Donabedian (1988) utvecklade en enkel och användbar modell som ger en samlad bild av hur kvalitet skapas inom vård och omsorg. Modellen består av tre komponenter: struktur, process och resultat (Figur 1). Med *struktur* avses ”the attributes of the settings in which care occurs” (s. 1745), vilket i huvudsak inkluderar materiella och mänskliga resurser samt organisatoriska förutsättningar. Med *process* avses vad som sker i *interaktionen* mellan personal och vårdtagare och hur denna relation påverkar upplevelsen av kvaliteten på vården. Med *resultat* avses effekterna som exempelvis nöjdhet med vården. Donabedian tar även upp två typer av kompetenser - *teknisk kompetens*, vilket inbegriper ämneskunskaper och färdigheter och *interpersonell kompetens* som inbegriper hur personalen interagerar och kommunicerar med vårdtagaren. Donabedian urskiljer således tre komponenter och beskriver relationen mellan dessa komponenter på ett litet otydligt vis (Figur 1).

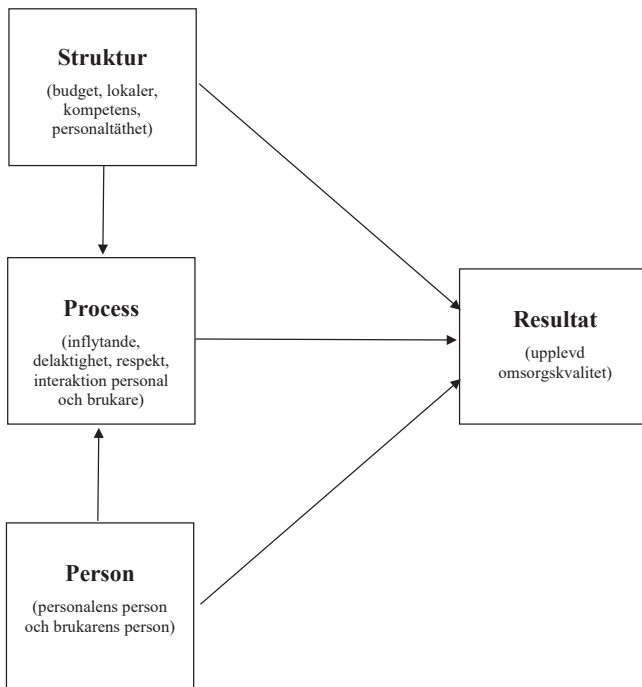
Individanpassning utgör en essentiell del av personcentrerad omsorg och kvalitetsarbetet inom omsorgens verksamhetsområde. Individanpassning förutsätter en god förståelse för ’personer i interaktion’, vilket innebär att man måste beakta



Figur 1. Donabedians modell (1988).

brukarens och omsorgspersonalens *'personliga'* förutsättningar. Med *person* menar vi individuella egenskaper. Hos brukare kan det handla om attribut som relaterar till personlighetsdrag/personlig läggning, fysiska förutsättningar, mentala och kognitiva kapaciteter och upplevelse av tillstånd som exempelvis ångest och ensamhet. Hos personal avses exempelvis personlighetsdrag, attityd till äldre och attityd till sitt arbete. Även om komponenterna *struktur* (exempelvis personalresurser som personaltäthet och kompetens) och *process* (vad som faktiskt görs mht givande och mottagande av omsorg) inkluderar mänskliga aspekter, saknas betydelsen av individuella faktorer för den upplevda omsorgskvaliteten i processkomponenten. *Process* handlar om vad som händer i interaktionen mellan personal och brukare medan *person* handlar om vad personal och brukare tar med sig in i den interaktionen, till processen. Vi anser att personkomponenten varken fångas av struktur eller process och att individuella egenskaper inte kommer till sin rätt i Donabedians ursprungliga modell. Genom att lägga till en personkomponent till modellen önskar vi dels att lyfta fram och synliggöra den viktiga roll människor spelar för att åstadkomma omsorgskvalitet, dels att beskriva hur individuella faktorer kan påverka relationen mellan personal och brukare (process) och hur nöjda brukare är med omsorgen (resultat).

Vi har valt att 'rita om' Donabedians ursprungliga modell enligt följande:



Figur 2. Utveckling av Donabedians kvalitetsmodell.

En viktig implikation av och ett viktigt bidrag med vår modell är att den möjliggör studier av variation i omsorgskvalitet (omsorgens resultat) huvudsakligen på tre olika sätt: 1) som en funktion av tre direkta, av varandra oberoende effekter av struktur, process och person på resultat (omsorgskvalitet); 2) hur processen påverkas av både struktur och person och 3) i den mån struktur påverkar resultat, i vilken utsträckning förmedlas den effekten av processrelaterade faktorer.

Ett annat bidrag med vår modell är komponenten "person" som förutom att förklara variation i omsorgens resultat även sammankopplar omsorgskvalitet med personcentrering (i vissa sammanhang även kallad brukarorientering), vilket är det dominerande arbetssättet inom äldreomsorgen. I det följande beskriver vi därför några aspekter som vi menar är viktiga för ett personcentrerat arbetssätt och förhållningssätt.

Personcentrering

Det dominerande förhållningssättet inom äldreomsorgen är det individanpassade förhållningssättet, även kallat personcentrering. Ett sådant förhållningssätt kännetecknas av att den äldre personens behov och önskemål blir vägledande för planering och implementering av omsorgsinsatser, det vill säga vårdgivare sätter personen i centrum. Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) ska äldreomsorgen hjälpa de äldre att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I praktiken betyder det att omsorgen ska värna och respektera äldres rätt till integritet, självbestämmande, delaktighet, känsla av trygghet och meningsfullhet (SOSFS 2012:3).

Personcentrerad omsorg handlar dels om ett förhållningssätt, dels om praktiska metoder att arbeta med brukare (Brooker, 2003). Personalens personcentrerade arbetssätt underlättas av att det finns en kultur med vissa kännetecknande drag. Brooker (2006) menar att en personcentrerad kultur innehåller fyra huvudsakliga element och som uttrycks i akronymen VIPS. Det står för en *Värdegrund* som utgår från människans värde oavsett ålder och dysfunktioner; ett *Individanpassat* förhållningssätt som erkänner varje människas unicitet; att förstå världen från brukarens *Perspektiv*; tillhandhållandet av en *Social miljö* som stöder och tillgodoser viktiga psykologiska behov. Det är med andra ord viktigt att man ser *hela* människan och att man ser den äldre *personen* som en unik individ med känslor, vilja, preferenser och en historik (Morgan & Yoder, 2012). Det finns en *positiv* orientering i den personcentrerade ansatsen. Konkret innebär detta att personens begränsningar utifrån tillstånd/diagnos inte utgör något hinder för att aktivera brukaren. Man bygger så att säga vidare på det som fungerar, det som personen klarar av, och ger personen stärkande stöd i stället för att stirra sig blint på det som personen inte klarar av. Således ska begränsningar inom ett område inte generaliseras till att omfatta hela personen (Brooker, 2003; Kitwood, 1997). Vidare är det av vikt att system och rutiner främjar

en sådan positiv och helhetsbetonad syn på individen, annars riskerar de att istället utgöra ett hinder. Det måste med andra ord finnas rätt förutsättningar för att personalen ska kunna arbeta personcentrerat. Det handlar dock inte bara om stödjande organisatoriska system utan också om personalens kompetens och interpersonella förmågor (Slater et al., 2017).

Relationen mellan struktur, process, person och omsorgskvalitet

I det följande beskriver vi forskningsresultat om hur modellens prediktorer (faktorer relaterade till struktur, process och person) relaterar till varandra men även till omsorgens resultat (vårdkvalitet och brukarnöjdhet). Alla studier som beskrivs har inte genomförts inom äldreomsorgen utan även inom primärvården och på sjukhus. Tabell 1 presenterar en sammanställning av indikatorer som möjliggör/faciliterar (eller hindrar) omsorg av god kvalitet uppdelat på struktur, process, person och resultat.

Struktur – resultat

Stödet för ett direkt samband mellan struktur och resultat varierar inom forskningen. En svensk studie där 386 sjukhusavdelningar ingick, undersökte sambandet mellan struktur, process och resultat (Kunkel et al., 2007). Det visade sig att det fanns ett samband mellan struktur och resultat både direkt och via process. Liknande resultat framkom i en studie där man undersökte 4782 patienters nöjdhet med vården (Wang et al., 2019). Däremot visade en översikt av studier inom sjukhusorganisationer att sambandet mellan struktur och resultat generellt är svagt (Hearld et al., 2008). En studie av Kajonius och Kazemi (2016a) baserad på Öppna jämförelser fann också ett svagt statistiskt direkt samband mellan struktur och resultat (brukarnöjdhet) inom äldreomsorgen. Den svaga direkta kopplingen mellan struktur och resultat framkommer även när man intervjuar enhetschefer inom äldreomsorgen. Intervjudata vittnar om att organisationens struktur inte kan påverka omsorgskvaliteten direkt men att den kan ha en positiv påverkan genom att stödja en personcentrerad arbetskultur (Kajonius & Kazemi, 2016b). Senare forskning visar att strukturfaktorn stödjande ledarskap på enhetsnivå inom äldreomsorgen uppvisar både ett direkt samband med nöjdhet med omsorgen och ett indirekt samband via organisationsklimat (Kazemi & Elfstrand Corlin, 2021). Att det framkommer olika evidens för den direkta relationen mellan struktur och resultat kan bero på vilka struktur- respektive resultatfaktorer man undersöker i de olika studierna.

Struktur – process

I litteraturen har olika strukturella resurser tagits upp som viktiga för den personcentrerade omsorgsprocessen. Man kan säga att strukturella resurser utgör förutsättningar för en personcentrerad omsorgsprocess (Elfstrand Corlin et al., 2017). När det kommer till *materiella resurser* har personal uppgett att anläggningar/faciliteter och ekonomiska ramar påverkar relationen mellan personal och brukare (Scheffelaar et al., 2019). De nämner exempelvis att gamla byggnader utan möjlighet till individanpassade faciliteter potentiellt utgör ett hinder för en bra relation mellan personal och brukare. Det gäller även en begränsad budget som inte gör det möjligt att lägga ner tillräckligt med tid på varje enskild brukare. I samma anda fann van Loon et al. (2021) att tillgång till gemensamma och privata utrymmen underlättade brukarnas autonomi, medan bristande känsla av ett hem och bristande finansiella resurser försvårade brukarnas autonomi. *Personalresursernas* betydelse för omsorgen och relationen mellan personal och brukare återkommer än oftare i forskningen. Dels handlar det om personaltätthet (Kong et al., 2022; van Loon et al., 2021), tillgänglighet (Scheffelaar et al., 2018, 2019), kontinuitet (Scheffelaar et al., 2018, 2019) och tid (Kong et al., 2022; Oppert et al., 2018; Scheffelaar et al., 2018, 2019), dels handlar det om personalens kompetens – professionell (Kong et al., 2022; Ryan, 2022; Scheffelaar et al., 2018, 2019) och etisk (van Loon et al., 2021). Kompetens ses som en förutsättning för att kunna ge personcentrerad omsorg (McCormack & McCance, 2017). *Organisatoriska resurser* som återfinns i litteraturen och som påverkar olika faktorer i omsorgsprocessen, inkluderar stödjande ledarskap (Kazemi & Elfstrand Corlin, 2021; Ryan, 2022), organisationskultur (Ryan, 2022) och organisationsklimat (Kazemi & Elfstrand Corlin, 2021; Ryan, 2022). Exempelvis är det viktigt att organisationerna är personcentrerade med en person- och relationscentrerad kultur, att man har en gemensam omsorgsfilosofi och ett ledarskap som understöder personcentrering i det dagliga arbetet (Ryan, 2022; Sjögren et al., 2017). Andra organisatoriska resurser är i vilken utsträckning man arbetar tillsammans i team (Oppert et al., 2018; Scheffelaar et al., 2018) och har möjlighet till egna val och egen kontroll i form av exempelvis formellt deltagande i beslutsfattande (van Loon et al., 2021).

Process – resultat

Resultat kan som vi har nämnt tidigare mätas både i vårdkvalitet och nöjdhet med vården/omsorgen. Forskning har dock påvisat att det finns ett samband mellan omsorgens process och resultat oavsett om man mäter vårdkvalitet eller nöjdhet. Rademakers et al. (2011) kom fram till att variation i vårdkvalitet i hushållsdel kan förklaras av processfaktorer. Dessutom visade en systematisk litte-

raturöversikt av Boerebach et al. (2014) att läkares positivt affektiva beteenden (exempelvis leenden, ögonkontakt, instämmande nickar) (process) var kopplade till patienters upplevelse av vårdprocessens kvalitet. När det gäller nöjdhet kan detta mätas på olika sätt. Genom att syntetisera trettio vetenskapliga artiklar om patientnöjdhet utforskade Goodrich och Lazenby (2023) essentiella delar av begreppet, där processfaktorer visade sig vara en viktig del. Processfaktorer handlade bland annat om kommunikation med läkare och sjuksköterskor, att personalen var lyhörd och att patienten blev lyssnad på och i övrigt behandlades med respekt samt att patient och personal tog gemensamt ansvar för vårdrelationen. Dessutom var patienternas upplevelse av omsorgskvaliteten, att bli hjälpt av personalen och personalens arbetstillfredsställelse viktiga. I linje med detta visade en svensk studie att processfaktorerna respekt, information och inflytande tillsammans förklarade drygt hälften av variationen i brukarnas nöjdhet på särskilda boenden (Kajonius & Kazemi, 2016a). Samma mönster framträdde inom hemtjänst.

Person – process

Person, den mänskliga faktorn, består i vår modell av individuella faktorer hos personal och patient/brukare.

Personal - Forskning på relationen mellan personalens personlighet och den personcentrerade omsorgsprocessen visade att personal med högre nivåer av neuroticism (tendens att vara orolig och spänd) arbetade mindre personcentrerat. Sambandet kunde delvis förklaras av att dessa personer i större utsträckning upplevde stress, vilket gjorde att de upplevde förutsättningarna för personcentrerad omsorg som sämre, något som i sin tur påverkade det personcentrerade arbetssättet negativt (Elfstrand Corlin et al., 2017). En annan egenskap hos personalen som främjar personcentrerad omsorg är resiliens (ha förmåga att finna sig till rätta och återhämta sig efter motgångar), en egenskap som krävs för att kunna anpassa sig till arbetets förutsättningar och förändrade krav. Självmedvetenhet är en annan viktig egenskap för att förstå sig själv och andra i svåra omsorgssituationer (Ryan, 2022). Vidare har personalens förhållningssätt till sitt arbete och till de äldre visat sig ha betydelse för omsorgsprocessen. I en studie framkom att personal med ett personcentrerat förhållningssätt i högre grad ansåg att socioemotionellt stöd, det vill säga att söka godkännande från, knyta an till, respektera och erbjuda emotionellt stöd till de äldre, var viktigt (Kazemi & Elfstrand Corlin, 2022).

Personalens beteende och agerande har stor betydelse för kvaliteten på relationen till brukarna (Scheffelaar et al., 2018, 2019). Viktiga faktorer inkluderar att fokusera på den individuella brukaren, lyssna, prioritera närhet över professionell distans, agera jämlikt och kollaborativt. Det är också viktigt att ge stöd,

bygga relationer och vara engagerad i sitt arbete (Scheffelaar et al., 2019). En systematisk översikt av Scheffelaar et al. (2018) visade att personalens attityder, som att vara öppensinnad, icke-dömande, respektfull, pålitlig, empatisk och uppmuntrande, påverkar relationen till brukarna. Dessa faktorer bidrar till en bättre omsorgsprocess genom att personalen fokuserar på varje enskild individ och visar återhållsamhet med egna åsikter och fördomar.

En central aspekt av personcentrerad omsorg är autonomi, det vill säga att brukare ska kunna påverka sin omsorgsprocess och fatta egna beslut om hur man vill leva sitt liv. En systematisk litteraturöversikt visade att det är viktigt att personalen har en god kommunikationsförmåga men också värderingar och övertygelser som stämmer överens med ett personcentrerat förhållningssätt, något som skapar förutsättning för brukares autonomi. Ålderism, stereotypa uppfattningar och stigmatisering utgör däremot tydliga hinder för brukarnas autonomi (van Loon et al., 2021).

Brukare – Även individuella faktorer hos brukarna påverkar relationen mellan personal och brukare. En positiv attityd från brukaren underlättar interaktionen, särskilt om brukaren är öppen, villig att kommunicera, vänlig och intresserad av en nära omsorgsrelation. Andra viktiga faktorer inkluderar brukarens tidigare livserfarenheter, förmågor och emotionella tillstånd (Scheffelaar et al., 2018). Till exempel rapporterar personal att förvirring och aggressiva beteenden, som förekommer hos en del demenssjuka, försvårar personcentrerat arbete (Oppert et al., 2018).

När det gäller främjandet av brukarnas autonomi, spelar både psykosociala (exempelvis socialt engagemang och att hjälpa varandra) och intrapersonella (exempelvis positiv attityd, känsla av kontroll och kognitiv förmåga) egenskaper samt fysisk förmåga en viktig roll (van Loon et al., 2021). För en god relation med personalen är brukarens förmåga att anpassa sitt beteende till olika situationer och personer avgörande (Scheffelaar et al., 2018, 2019). Det är även viktigt att brukarna ger feedback till personalen om vad de uppskattar och vad som kan förbättras i relationen (Scheffelaar et al., 2019), samt att de tar kontroll över sitt eget liv genom att fatta egna beslut och aktivt delta i omsorgsrelationer (Scheffelaar et al., 2018).

Relationen påverkas också av hur väl personal och brukare passar ihop och om de behandlar varandra respektfullt (Scheffelaar et al., 2019).

Personal-brukare – Forskning har visat att interaktionen mellan personal och brukare eller anhöriga har betydelse för hur personcentrerad omsorgen är. En god relation mellan personal och brukare kräver ömsesidighet, där båda parter känner samhörighet och känslomässigt engagemang. Tillit behöver också vara ömsesidig, vilket tar tid och kräver känslomässig investering (Scheffelaar et al., 2018).

För att implementera personcentrerad omsorg är det viktigt att anhöriga kän-

ner sig välkomna av personalen (Edvardsson et al., 2010) och att kommunikation mellan personal, brukare och anhöriga fungerar väl och är tillitsbaserad (Kong et al., 2022). Faktorer som möjliggör brukarnas autonomi inkluderar kommunikation som kännetecknas av gemensamt beslutsfattande, och relationer baserade på respekt, ömsesidighet samt omsorg anpassad efter varje individ (van Loon et al., 2021).

Person – resultat

Personal – Personlighet mäts vanligtvis genom fem grundläggande dimensioner, även kända som Big Five: extraversion, vänlighet, samvetsgrannhet, neuroticism och öppenhet (Goldberg, 1990; McCrae & Costa, 1997). Forskning har visat att personalens personlighet har betydelse för patienters eller brukares nöjdhet. I mer långsiktiga läkare-patientrelationer är patienter mer nöjda när läkare visar höga nivåer av öppenhet (vilket innebär att de är nyfikna och öppna för nya idéer) och medelhöga nivåer av samvetsgrannhet (vilket innebär att de är organiserade, effektiva och målmedvetna) (Duberstein et al., 2007). En nyligen publicerad studie av Terzić et al. (2020) har också funnit att öppenhet hos vårdpersonal korrelerar positivt med patientnöjdhet.

En systematisk litteraturoversikt av Boerebach et al. (2014) fann dock att läkares personlighet (mätt med Big Five) och deras interpersonella beteende hade liten eller ingen effekt på vårdkvaliteten. Interpersonellt beteende inkluderade läkarnas medicinska, affektiva, verbala och icke-verbala agerande. En möjlig förklaring till bristen på samband i denna studie kan vara att resultatet mättes utifrån vårdkvalitet, inte patientens nöjdhet som i tidigare nämnda studier. Dessutom var de flesta studierna som hade inkluderats i ovan nämnda översikt genomförda inom primärvården, där mötena mellan läkare och patienter vanligtvis är korta, vilket kan minska effekterna av läkarnas personlighet och interpersonella beteende jämfört med längre relationer som är typiska för exempelvis äldreomsorgen.

Patienter – Patienters personlighetsdrag har visat sig vara relaterade till deras nöjdhet med behandling eller vård. Till exempel är egenskaper som nöjdhet med livet, prestationsorientering, ångest och emotionell stabilitet kopplade till patientnöjdhet vid knäoperationer (Giurea et al., 2016). I en studie av Birkeland et al. (2022) undersöktes hur patienters personlighetsegenskaper enligt Big Five påverkade deras nöjdhet och benägenhet att klaga på vården. Resultaten visade att lägre nivåer av vänlighet och högre nivåer av neuroticism var relaterade till lägre patientnöjdhet och en större benägenhet att klaga.

Struktur – process – resultat

En svensk studie utförd av Kajonius och Kazemi (2016a) fann att budget inte kunde förklara variationen i brukarnas nöjdhet med äldreomsorgen, medan bemanning på särskilda boenden hade en viss förklarande effekt. Däremot, när respekt, information och inflytande (det vill säga processfaktorer) lades till som förklaringsfaktorer, minskade betydelsen av bemanning och endast processfaktorerna kvarstod som signifikanta förklaringsfaktorer för nöjdhet med omsorgen. Detta innebär att processen förklarade sambandet mellan struktur och resultat. Liknande resultat har observerats i andra studier, vilket tyder på att sambandet mellan struktur och resultat delvis medieras (förklaras) av processfaktorer. Med andra ord, strukturella faktorer påverkar processen, vilket i sin tur påverkar resultatet (Badu et al., 2020; Jarrar et al., 2022).

Person – process – resultat

I en studie utförd av Kajonius och Kazemi (2016c) undersöktes sambandet mellan individuella (person) och situationella (process) faktorer och brukarnöjdheten i en äldreomsorgskontext. Resultaten indikerade att individuella faktorer, såsom brukarnas hälsotillstånd, upplevd ångest och grad av ensamhet, var relaterade till deras nöjdhet med omsorgen. Med andra ord, ju bättre hälsa och lägre nivåer av ångest och ensamhet som den äldre rapporterade, desto mer nöjd var personen med omsorgen, och vice versa. En del av detta samband förklarades av processfaktorerna, såsom hur de upplevde att de blev bemötta av personalen och känslan av trygghet i omsorgen eller på boendet. Det innebär att det finns ett samspel mellan individuella faktorer och den yttre situationen, där ett positivt bemötande och en känsla av trygghet kan minska den negativa effekten av ensamhet, ångest och sämre hälsa på nöjdheten med omsorgen.

Tabell 1. Sammanställning av indikatorer som möjliggör/faciliterar (eller hindrar) omsorg av god kvalitet.

Struktur (egenskaper hos kontexten där omsorgen ges)	
<i>Materiella resurser (anläggningar, utrustning och pengar)</i>	
Anläggningar	(Kong et al., 2022; Scheffelaar et al., 2019; van Loon et al., 2021; Ryan, 2022)
Ekonomiska ramar	(Scheffelaar et al., 2019; van Loon et al., 2021)
<i>Personalresurser (personaltäthet och kompetens)</i>	
Professionell kompetens	(Kong et al., 2022; Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019; Ryan, 2022)
Etisk kompetens	(van Loon et al., 2021)
Tillgänglighet	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Tid	(Kong et al., 2022; Oppert et al., 2018; Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019; Ryan, 2022)
Kontinuitet	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Personaltäthet	(Kong et al., 2022; van Loon et al., 2021)
<i>Organisatoriska resurser (personalorganisation och system för kvalitetsgranskning)</i>	
Stödjande ledarskap	(Kazemi & Elfstrand Corlin, 2021; Ryan, 2022)
Organisationsklimat	(Kazemi & Elfstrand Corlin, 2021; Ryan, 2022)
Organisationskultur	(Ryan, 2022)
Teamwork	(Oppert et al., 2018; Scheffelaar et al., 2018)
Val och kontroll (t.ex. formellt deltagande i beslutsfattande, supportsystem)	(van Loon et al., 2021)
Person (individuella faktorer som påverkar omsorgsprocessen)	
<i>Personalen</i>	
Personlighet	(Elfstrand Corlin et al., 2017)
Förhållningssätt	(Elfstrand Corlin & Kazemi, 2019)
Attityd	(Kong et al., 2022; Scheffelaar et al., 2018)
Pålitlighet	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Empati	(Scheffelaar et al., 2019)
Värderingar och övertygelser	(van Loon et al., 2021)
Kommunikationsförmåga	(van Loon et al., 2021; Ryan, 2022)
Engagemang	(Ryan, 2022)
Resiliens	(Ryan, 2022)
Självmedvetenhet	(Ryan, 2022)

<i>Brukaren</i>	
Demens	(Oppert et al., 2018)
Attityd	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Tidigare livserfarenhet	(Scheffelaar et al., 2018)
Förmågor	(Scheffelaar et al., 2018)
Emotionellt tillstånd	(Scheffelaar et al., 2018)
Respekt	(Scheffelaar et al., 2019)
Psykosociala egenskaper	(van Loon et al., 2021)
Intrapersonella egenskaper	(van Loon et al., 2021)
Fysisk förmåga	(van Loon et al., 2021)
Process (vad som faktiskt görs m.h.t. givande och mottagande av omsorg)	
<i>Personalens agerande</i>	
Fokusera på den individuella brukaren	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Ta sig tid	(Scheffelaar et al., 2018)
Lyssna	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Göra det lilla extra	(Scheffelaar et al., 2018)
Investerar känslomässigt	(Scheffelaar et al., 2018)
Jämlikt agerande	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Närhet istället för professionell distans	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Social interaktion	(Scheffelaar et al., 2018)
Ge uppmuntran	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Ge stöd	(Scheffelaar et al., 2019)
Bygga relationer	(Scheffelaar et al., 2019; van Loon et al., 2021)
Engagerad i arbetet	(Scheffelaar et al., 2019; van Loon et al., 2021)
<i>Brukarens agerande</i>	
Adaptivt beteende	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Ta befäl över sitt liv och relationen till personalen	(Scheffelaar et al., 2018; Scheffelaar et al., 2019)
Fråga efter hjälp	(Scheffelaar et al., 2019)
Ge feedback till personalen	(Scheffelaar et al., 2019)

<i>Interaktion mellan personal och brukare/anhöriga</i>	
Ömsesidig relation	(Scheffelaar et al., 2018)
Ömsesidig tillit	(Scheffelaar et al., 2018)
Bra matchning mellan personal och brukare	(Scheffelaar et al., 2019)
Kommunikation mellan personal, brukare och anhöriga	(Kong et al., 2022)
Tillit mellan personal och anhöriga	(Kong et al., 2022)
Konflikter mellan personal och anhöriga	(Kong et al., 2022)
Kommunikation (t.ex. gemensamt beslutsfattande)	(van Loon et al., 2021)
Relationer (t.ex. byggda på tillit, respekt och ömsesidighet)	(Scheffelaar et al., 2019; van Loon et al., 2021)
Omsorg (t.ex. anpassad efter varje individ)	(van Loon et al., 2021)
Resultat (omsorgens effekter på klienters hälsa och nöjdhet)	
<i>Nöjdhet med omsorg</i>	
Nöjdhet med omsorgen	(Kazemi & Elfstrand Corlin, 2021; Kajonius & Kazemi, 2016a)

Notering: Denna sammanställning utgör ingen systematisk översikt. De indikatorer vi tar upp och de studier vi refererar till utgör endast exempel. Den relativa vikten av de identifierade indikatorerna för prediktionen av omsorgens resultat varierar.

Några avslutande reflektioner

Baserat på en sammanställning av vetenskapliga studier (i urval) har vi i den här artikeln presenterat ett antal indikatorer som antingen direkt eller indirekt påverkar omsorgskvalitet. Denna sammanställning utgår från Donabedians klassiska modell för att beskriva vårdkvalitet genom struktur, process och resultat. För att betona betydelsen av den mänskliga faktorn, det vill säga personalen och vårdtagarna/brukarna, samt deras interaktion, har vi inkluderat ”person” som en faktor i modellen i syfte att visa hur omsorgens resultat på olika sätt betingas av diverse personrelaterade faktorer. Vår nya modell visar också hur de olika faktorerna samspelar för att skapa en helhet. Vi har framställt resultaten med fokus på relationerna mellan de olika faktorerna, och vi har även inkluderat ett urval av studier som exemplifierar dessa samband. Dessutom har vi summerat resultaten i en tabell som tydligt visar indikatorerna uppdelade efter respektive faktor. Tabellen erbjuder en översiktlig bild över viktiga och relevanta indikatorer som främjar eller hindrar kvaliteten inom omsorgen.

Vad kan vi lära av denna samlade kunskap? Huruvida tillräckliga ekonomis-

ka resurser är tillgängliga för att täcka löner, infrastruktur, mat och medicin (strukturella faktorer) är utan tvekan en viktig förutsättning för att upprätthålla hög kvalitet inom vård och omsorg. Trots detta, visar forskning att tillgång till ekonomiska resurser i sig inte är tillräckligt för att förklara variationen i äldres nöjdhet mellan olika kommuner (Kazemi & Kajonius, 2017). Detta resultat utmanar den vanligt förekommande föreställningen att kvalitetsbrister kan åtgärdas enbart genom att tillföra mer ekonomiska medel. Med det sagt saknar ekonomiska förutsättningar inte betydelse men när de uppnått en viss nivå kan de inte förklara skillnader i brukarnöjdhet (Tengblad et al., 2016). De är med andra ord nödvändiga men inte tillräckliga för att lösa kvalitetsbrister i omsorgen.

När vi granskar indikatorerna i vår sammanställning (Tabell 1) ser vi att de flesta återfinns under ”person” och ”process”. Det pekar på den centrala rollen som den mänskliga faktorn har i vår förståelse av kvalitet inom vården - både hos personalen och hos patienterna/brukarna. Det handlar inte bara om individuella egenskaper (person) utan också om interaktionen mellan personal och vårdtagare/brukare (process). Således är det avgörande att inte blint anta att en ökning av ekonomiska förutsättningar (struktur) per automatik löser alla kvalitetsproblem inom vård och omsorg. Istället krävs en mer holistisk strategi som tar hänsyn till en rad olika faktorer för att säkerställa en verklig och varaktig förbättring av omsorgens kvalitet.

Denna artikel riktar sig inte enbart till forskare utan kanske framför allt till praktiker, chefer och beslutsfattare inom vård och omsorg. En integrativ modell som den vi presenterat underlättar ett systematiskt, heltäckande och hållbart kvalitetsarbete både på enhets- och organisationsnivå. Modellen kan även bidra till en mer effektiv resursanvändning då den tar upp viktiga förutsättningar för omsorgskvalitet. Vissa läsare kanske finner många av de indikatorer vi tar upp som självklara, och har kanske inte ens medvetet reflekterat över dem eftersom de ses som givna. Vi vill därför framhålla några av dessa ”osynliga” indikatorer och göra dem mer synliga. Först när vi blir medvetna om det vi tar för givet kan vi arbeta mer systematiskt och långsiktigt med kvalitetsförbättring.

Hur kan då beslutsfattare och praktiker använda denna kunskap? Genom att fokusera på evidensbaserade strategier och riktlinjer kan beslutsfattare och praktiker inom äldreomsorgen säkerställa att resurser och insatser riktas mot de områden som mest effektivt gynnar omsorgskvalitet och brukarnöjdhet (exempelvis relationskompetens hos personal), snarare än att basera beslut på personliga preferenser eller politiska ideologier. Beslutsfattare och praktiker kan vidare samarbeta för att dela bästa praxis och framgångshistorier baserade på evidensbaserad kunskap. Detta kan ske genom förbättringsprojekt, seminarier, workshops och andra forum för kunskapsutbyte för att sprida effektiva metoder och främja kontinuerlig förbättring.

Avslutningsvis vill vi framhålla betydelsen av att använda kunskapsstyrning och tillämpa evidensbaserad praktik avseende kvalitetsförbättring inom vård och omsorg. Tyvärr uppstår ibland ett gap mellan vetenskaplig kunskap och praktisk tillämpning. Även om denna artikel endast presenterar ett urval av forskningsstudier om förutsättningar för omsorgskvalitet, illustrerar vår genomgång den omfattande vetenskapliga kunskap som dessvärre inte alltid når praktiker och beslutsfattare för implementering. Vi hoppas att denna artikel kan bidra till att minska detta gap.

Referenser

- Badu, E., O'Brien, A. P., Mitchell, R., & Osei, A. (2020). Mediation and moderation effects of health system structure and process on the quality of mental health services in Ghana - structural equation modeling. *PLoS One*, 15(5), e0233351–e0233351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233351>
- Birkeland, S., Bismark, M., Barry, M. J., & Möller, S. (2022). Personality characteristics associated with satisfaction with healthcare and the wish to complain. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08688-7>
- Boerebach, B. C. M., Scheepers, R. A., Van Der Leeuw, R. M., Heineman, M. J., Arah, O. A., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2014). The impact of clinicians' personality and their interpersonal behaviors on the quality of patient care: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), 426–481. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu055>
- Brooker, D. (2003). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215–222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>
- Brooker, D. (2006). *Person-centred dementia care: Making services better*. Jessica Kingsley Publishers.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743–1748
- Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, K., Shields, C. G., & Epstein, R. M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, 65(2), 270–274. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.007>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: Person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2611–2618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x>
- Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 217–227. <https://doi.org/10.1111/jan.13105>
- Elfstrand Corlin, T., Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2017). The impact of personality on person-centred care: A study of care staff in Swedish nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2), e12132–n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12132>
- Elfstrand Corlin, T., & Kazemi, A. (2019). The older person as a client, customer or service user? *Working with Older People*, 24(1), 19–26. <https://doi.org/10.1108/WWOP-07-2019-0017>
- Giurea, A., Fraberger, G., Kolbitsch, P., Lass, R., Schneider, E., Kubista, B., & Windhager, R. (2016). The impact of personality traits on the outcome of total knee arthroplasty. *BioMed Research International*, 2016, 5282160–5282165. <https://doi.org/10.1155/2016/5282160>
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216–1229. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1216>
- Goodrich, G. W., & Lazenby, J. M. (2023). Elements of patient satisfaction: An integrative review. *Nursing Open*, 10(3), 1258–1269. <https://doi.org/10.1002/nop2.1437>
- Hearld, L. R., Alexander, J. A., Fraser, I., & Jiang, H. J. (2008). How do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A critical review of research methods. *Medical Care Research and Review*, 65(3), 259–299. <https://doi.org/10.1177/1077558707309613>
- Jarrar, M., Mohamed, R. B., Al-Bsheish, M., Albaker, W., Alumran, A., & Alomran, A. K. (2022). Students' perception of quality of learning experience (structure, process and outcome): Discipline versus problem based medical curriculum and the mediation role of process quality. *Healthcare*, 10(8), 1–10. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081584>

- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016a). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>
- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016b). Advancing the Big Five of user-oriented care and accounting for its variations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(2), 162–176. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2015-0040>
- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016c). Safeness and treatment mitigate the effect of loneliness on satisfaction with elderly care. *The Gerontologist*, 56(5), 928–936. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu170>
- Kazemi, A., & Elfstrand Corlin, T. (2021). Linking supportive leadership to satisfaction with care: Proposing and testing a service-profit chain inspired model in the context of elderly care. *Journal of Health Organization and Management*, 35(4), 492–510. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2020-0393>
- Kazemi, A., & Elfstrand Corlin, T. (2022). What has employee loyalty to do with “love” to clients? Testing approaches to work as mediators. *Employee Relations: The International Journal*, 44(7), 149–161.
- Kazemi, A., & Kajonius, P. (2017). Variations in user-oriented elderly care: A multilevel approach. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9(2), 138–147. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-06-2016-0045>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Kong, E.-H., Kim, H., & Kim, H. (2022). Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13–14), 1896–1906. <https://doi.org/10.1111/jocn.15729>
- Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. *BMC Health Services Research*, 7(1), 104–104. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-104>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and healthcare: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509–516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Oppert, M.L., O'Keeffe, V. J., & Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 39(6), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.004>
- Rademakers, J., Delnoij, D., & de Boer, D. (2011). Structure, process or outcome: Which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 326–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.042358>
- Ryan, T. (2022). Facilitators of person and relationship-centred care in nursing. *Nursing Open*, 9(2), 892–899. <https://doi.org/10.1002/nop2.1083>
- Scheffelaar, A., Bos, N., Hendriks, M., van Dulmen, S., & Luijkx, K. (2018). Determinants of the quality of care relationships in long-term care - a systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 903–903. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3704-7>
- Scheffelaar, A., Hendriks, M., Bos, N., Luijkx, K., & van Dulmen, S. (2019). Determinants of the quality of care relationships in long-term care - a participatory study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 389–389. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4195-x>
- SFS 2001:453. Socialtjänstlag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: A cross sectional study. *BMC Nursing*, 16 (1). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4>
- Slater, P., McCance, T., & McCormack, B. (2017). The development and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 541–547. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>
- Socialstyrelsen (2023). *Öppna jämförelser: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2024). *Öppna jämförelser 2024 – Äldreomsorg. Hämtad från* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2024-6-9167.xlsx>
- SOSFS 2012:3. Socialstyrelsens författningssamling. *Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. Hämtad från* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2012-2-20.pdf>

- Tengblad, S., Kazemi, A., & Kajonius, P. (2016). Brukarorientering och nöjdhet i svensk äldreomsorg. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 93(2), 178–189.
- Terzic, N., Pecujlija, M., Cvetkovic, S., & Lukic-Sarkanovic, M. (2020). The effect of moral foundations and personality dimensions of health workers on patient satisfaction with healthcare services. *Vojnosanitetski Pregled*, 77(11), 1169–1174. <https://doi.org/10.2298/VSP180802195T>
- van Loon, J., Luijkx, K., Janssen, M., de Rooij, I., & Janssen, B. (2021). Facilitators and barriers to autonomy: A systematic literature review for older adults with physical impairments, living in residential care facilities. *Ageing and Society*, 41(5), 1021–1050. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001557>
- Wang, X., Chen, J., Burström, B., & Burström, K. (2019). Exploring pathways to outpatients' satisfaction with health care in Chinese public hospitals in urban and rural areas using patient-reported experiences. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 29–13. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0932-3>