

Ledares förutsättningar att bedriva förbättringsarbete inom vård och omsorg En litteraturstudie

Anita Segring

Examensarbete, 15 högskolepoäng, magisterexamen i
Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd
Jönköping, maj 2014

The Jönköping Academy for improvement of Health and Welfare
Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

Box 1026, SE-551 11 JÖNKÖPING

Prerequisites for leaders in health care and social welfare to conduct improvement works

A literature study

Anita Segring

Examination paper, 15 hp
Quality improvement and leadership in health and welfare
Jönköping. May 2014

The Jönköping Academy for improvement of Health and Welfare
Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd

Box 1026, SE-551 11 JÖNKÖPING

Sammanfattning

Ledare på enhetsnivå har det yttersta ansvaret inom vård och omsorg för kvalitetsutveckling och förbättringsarbete i verksamheten. Ledarna har också det administrativa ansvaret för budget, planering, organisering och för bemanning på enheten, vilket kan göra att förbättringsarbete inte prioriteras. *Syfte:* Syftet med litteraturstudien var att beskriva ledares förutsättningar att bedriva förbättringsarbete inom vård och omsorg. *Metod:* Sexton artiklar analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys, enligt Graneheim och Lundman. Analysen resulterade i två teman, hindrande och underlättande förutsättningar. Tre kategorier, organisationsperspektivet, ledarperspektivet och arbetsgruppsperspektivet bildades under vardera temat. Varje tema bestod av ett antal subkategorier. *Resultat:* Förbättringsarbete handlar inte bara om ledarens kompetens utan lika mycket om hur interaktionen med organisationen och med arbetsgruppen fungerar. Förbättringsarbete gynnas av att verksamheten har en gemensam vision för organisation, ledare och arbetsgrupp att förhålla sig till. Ett patientcentrerat förhållningssätt gynnar arbetsgruppens motivation att identifiera och initiera förbättringsområden vilket underlättar för ledaren. *Slutsats:* Ledares möjlighet att interagera med och få stöd av både arbetsgruppen och organisationen är det som möjliggör eller hindrar förbättringsarbete.

Nyckelord: ledarskap, kvalitetsförbättring, hinder, möjligheter.

Summary

Leaders in healthcare and social welfare have the responsibility for leading quality improvement in their units. They also have the responsibility for budget, planning and organizing and staffing, which gives that quality improvements are not prioritized. *The aim* of the literature study was to describe the prerequisites of leaders to conduct quality improvement works in healthcare and social welfare. *Method:* The sixteen articles included were analyzed with qualitative content analyze method. The result was divided into two themes: impeding and facilitating prerequisites. Three categories; the organization, the leader and the team formed the perspectives from which a number of subcategories grew. *Result:* Quality improvement is not only about the leader's competence and engagement but is also about how the interaction between the organization, the leader and the team works. A common vision shared by the organization, the leader and the team promotes quality improvements. A patient centered care approach can motivate and inspire the team to identify new areas of improvement which will facilitate for leaders efforts. *Conclusion:* The conclusion is that the leader's possibility to interact with and get support from both the team and the organization is what facilitates or impedes quality improvement.

Keywords: leadership, quality improvement, impediments, facilitators.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Syfte	7
Material och metod	8
Design	8
Datainsamling	8
Urval	8
Analys	8
Trovärdighet.....	9
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Förutsättningar som hindrar förbättringsarbete	10
Förutsättningar som underlättar förbättringsarbete.....	12
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsatser	17
Kliniska implikationer	17
Referenser	18
Bilagor	21
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

Inledning

Under min tid som utvecklingsledare på FoU i Sörmland har jag kommit i kontakt med många enhetschefer och vårdenhetschefer inom kommuner och landsting. Oftast har vi träffats i sammanhang som har med implementering och användning av kvalitetsregister i verksamheten att göra. Ledarna har gått utbildning i och uppdaterats i funktionen hos de olika kvalitetsregister som de ansvarar för i sin verksamhet, som till exempel kvalitetsregistret Senior alert. Efter genomgång av enhetens resultat och hur de kan användas som underlag för förbättringsarbete är ledarna i många fall motiverade och inspirerade att jobba vidare på egen hand. Vid uppföljning kan det visa sig att ingenting har hänt vad gäller förbättringsarbete. Vad är det som händer och som hindrar förbättringsarbetet? Vart tar motivationen vägen?

Bakgrund

I slutet av förra århundradet, innan diskussionerna om förbättringsarbete riktigt hade kommit igång, sågs hälso- och sjukvården ännu inte som ett system. Då diskuterades förbättringar *av* hälso- och sjukvården som organisation. Diskussionerna som förs inom dagens hälso- och sjukvård handlar om att arbeta systematiskt med förbättringar i det dagliga arbetet *inom* hälso- och sjukvårdens system (Batalden & Splaine, 2002).

Ett led i att införa systematiskt förbättringsarbete som en del av kulturen inom hälso- och sjukvård är den nationella satsningen *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* (Socialdepartementet, 2013). Satsningen är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med de mest sjuka äldres behov i centrum (Socialdepartementet, 2013). Förbättringar för de mest sjuka äldre ställer krav på kunskap om och erfarenhet av att leda förändring i komplexa system. Enhetschefers kompetens i förbättringsarbete kan behöva stärkas för att möjliggöra införandet av arbetssätt i vård och omsorg som är mer strukturerat, förebyggande, evidensbaserat och som kan använda sig av resultat från till exempel kvalitetsregister, som Senior alert (2008) och Svenska Palliativregistret (2008) i såväl styrning och ledning, som i det dagliga förbättringsarbetet (Socialdepartementet, 2014). Utveckling och kvalitetsförbättring utifrån resultat underlättas av att verksamheterna enkelt har tillgång till sina egna resultat, något som är fullt möjligt med dagens kvalitetsregister (Lundström, Axelsson, Heedman, Fransson, & Fürst, 2012).

Ledare uppfattar att de har en central roll vid införandet av ny kunskap, visar en rapport från Socialstyrelsen (2013). Implementering av ny kunskap ställer stora krav på ledarskapsfärdigheter och det är inte alltid som ledare är införstådda med sina brister på det området. Färdigheterna kan handla om förmågan att inspirera och motivera personalen samt att lösa problem, coacha, delegera och följa upp resultatet (Socialstyrelsen, 2013).

Ett stöd för styrning och ledning är de föreskrifter och allmänna råd om *Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete för vårdgivare inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet inom LSS* som Socialstyrelsen (2013) har gett ut (SOSFS2011:9). Ledningssystemet ska göra det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt saker görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Förutsättningar måste skapas för medarbetarna att delta i systematiskt förbättringsarbete där deras erfarenheter av verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att förbättra kvaliteten. En lärande organisation och en

kunskapsstyrning är beroende av ledarnas engagemang för att möjliggöra och underlätta arbetet med ständiga förbättringar (SOSFS2011:9).

Föreskriften om Ledningssystem är inriktad på nödvändigheten av att vårdgivare arbetar med systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9). Ledningen har som uppdrag att se till att attityder, normer och meningsskapande som finns i organisationen motsvarar den förståelse av verkligheten som krävs för att utveckla kulturen av ständigt förbättringsarbete. Kulturen i verksamheterna påverkar hur medarbetarna ser på sitt arbete och på förbättringsarbete (Bergman, 2007).

Verksamheter som har en vision om framtiden som stimulerar till ständigt förbättringsarbete har bättre förutsättningar att lyckas (Bergman, 2007). Att formulera mål vilka medarbetare på olika nivåer kan påverka och identifiera sig med är en viktig förutsättning för att få igång förbättringsarbetet. Ledningen är viktig för att stimulera, visa vägen och stötta ett kreativt förbättringsarbete (Bergman, 2007). Med förutsättningar menas lämplig egenskap, kvalifikation, given omständighet, bakgrund eller utgångspunkt (Walter, 2000). I det här arbetet kommer förutsättningar att handla om såväl lämpliga egenskaper som kvalifikationer hos ledare och om de omständigheter eller den kontext där förbättringsarbetet ska ske.

Skillnaden mellan chef och ledare har under senare år fått en allt större betydelse för vilket ansvar som avses (Bergman, 2007). Chef är en utnämning medan ledare är en roll som fungerar endast om de som ska leda låter sig leda. Chef associeras ofta med en person som driver igenom sin egen uppfattning. Ledare fattar också beslut, men oftast efter att ha skapat en delaktighet kring beslutet i arbetsgruppen. Det bästa är när båda uppdragen ryms i ett (Bergman, 2007). Kotter (1990) har beskrivit skillnaden mellan att leda och att styra där styra är planering och budget, organisation och bemanning, kontroll och problemlösning medan leda är att staka ut riktningen, få med sig medarbetarna och motivera dem till att arbeta i en organisation som ständigt förändras (Kotter, 1990). I detta arbete kommer begreppet ledare att användas genomgående.

Dagens ledare inom offentlig verksamhet bör inse att förändring är en nödvändig ingrediens, i det dagliga utövandet av vård och omsorg, och att komplexa system är normen (Batalden & Splaine, 2002). Tre områden som väsentliga för utvecklingen av ledningsprocessen pekas ut: bygga kunskap, vidta åtgärder samt utvärdering och reflektion. Ledare behöver bygga upp den kunskap och de förmågor som krävs för att förbättra hälsan och vården för de människor som verksamheten ska serva. Genom åtgärder som att planera, skapa möjligheter och motivera och ha förmågan att förutse och känna igen problem som behöver lösas utvecklas processen. Återkommande utvärderingar och reflektion krävs för att lära sig av egna försök men också för att förstå resultaten och processen. Reflektionen måste innehålla en bedömning av hur ansträngningarna att förändra och förbättra passar in i de behov som den aktuella patienten eller patientgruppen har (Batalden & Splaine, 2002).

Kvalitetsförbättring inom vård och omsorg definieras som den kombinerade och oupphörliga ansträngningen hos alla medarbetare att åstadkomma förändringar som leder till bättre hälsa för patienten, bättre utförande av vården och professionell utveckling (Batalden & Davidoff, 2007). Kvalitetsförbättring möjliggörs först när förändring är en verklig del av allas arbete, varje dag, i alla delar av systemet (Batalden & Davidoff, 2007). För att kunna åstadkomma förändring krävs ledarskap som möjliggör att se sambandet mellan målet med förändringen och utformningen och utprovningen av den. Det kräver också ledare som är seriösa i sin inställning till sitt uppdrag och ansvar och som är orubbliga

i sin tro på att alla som arbetar inom hälso- och sjukvård har två jobb att utföra när de kommer till arbetet; att utföra arbetet och att förbättra det (Batalden & Davidoff, 2007).

Syfte

Syftet var att beskriva ledares förutsättningar att på enhetsnivå bedriva förbättringsarbete inom vård och omsorg.

Material och metod

Design

Ett sätt att åstadkomma ökad förståelse för problemen är att göra en litteraturstudie av artiklar som belyser studiens syfte. En kvalitativ design med induktiv ansats valdes då syftet var att beskriva ledares förutsättningar för förbättringsarbete och skapa en ökad förståelse för det studerade fenomenet (Friberg, 2012).

Datainsamling

En inledande litteratursökning gjordes då olika sökord provades. Denna resulterade i ett antal fruktbara sökord i olika kombinationer. Sökorden som använts i Pubmed och Medline var Mesh-termer som *quality improvement*, *outcome and process assessment*, *total quality management* och *leadership*. Orden kombinerades på olika sätt med varandra och med fria sökord som *quality of health care*, *qualitative method*, *leading change*, *barriers*, *facilitators* och *incentives*. Sökningar gjordes också i databaserna Cinahl och Scopus med kombinationer av de redovisade sökorden. För att koppla ihop två eller flera sökord och för att åstadkomma större träffsäkerhet användes den booleska operatören AND (Forsberg & Wengström, 2013). Inklusionskriterier var: studier ej äldre än år 2004, skrivna på engelska eller svenska, kvalitativa studier inom området vård och omsorg, tydligt beskrivet syfte och mål, antaganden som beskriver hinder och/eller möjligheter för förbättringsarbete och/eller ledarskap, publicerad i vetenskaplig tidskrift. Exklusionskriterier var: reviews och studier med kvantitativ design.

Urval

Av de 770 artiklar som framkom i sökningen valdes 152 utifrån titel. Efter genomläsning av abstrakt återstod 80 artiklar och slutligen kom 37 artiklar att inkluderas för läsning och granskning. Vid kvalitetsgranskningen användes granskningsprotokoll från SBU - statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2013). Grad ett har den högsta kvaliteten (80-100%), grad två visar på medel kvalitet (70-79%) och grad tre innebär låg kvalitet (60-69%) (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2006). Varje ”ja” gav ett poäng och varje ”nej” eller ”oklart” gav noll poäng. Summan av ”ja”-svaren dividerades med maxpoängen för att få fram kvalitetsgraden i procent (bilaga 1).

Vid kvalitetsgranskningen sorterades artiklar som inte höll kvaliteten bort. Artiklar som sorterades bort vid granskningen saknade metodavsnitt eller nådde inte upp till kvalitetskraven vid graderingen. Efter kvalitetsgranskningen återstod 16 artiklar för fortsatt genomläsning. Två av dessa hade hittats genom manuell sökning. För att få överskådlighet av de återstående artiklarna gjordes en översiktmatris där författare, årtal, titel, tidskrift, syfte, metod, resultat och kvalitet framkom (bilaga 2).

Analys

Analysen gjordes med en variant av kvalitativ innehållsanalys utifrån beskrivningar av Graneheim & Lundman (2004) och Danielsson (Henricson, 2012). Analysen fokuserade på det manifesta innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatavsnitten i studierna har använts som analysenheter, som genomlästes flera gånger och översattes till svenska.

Hindrande och underlättande faktorer utgjorde de två domäner eller innehållsområden där meningsenheterna hämtades. Meningsenheterna kondenserades och försågs med kod. Koderna bildade ett antal subkategorier som utgjorde tre teman som återkom i båda domänerna. De tre teman som bildades var organisationen, ledaren och arbetsgruppen. Subkategorier för förutsättningar som hindrar är: komplex organisation; ottydligt uppdrag, otillräckliga resurser, bristande förmåga; bristande kompetens, bristande engagemang, arbetsklimatet, egna lösningar. Subkategorierna för förutsättningar som underlättar är: organisation som ger stöd, stöd från ledningen; uttalad vision, ledaren som garant, daglig interaktion, visa på framgång, rätt person på rätt plats; förstå uppdraget, inspirera varandra, samarbeta (figur 1). Kategorierna med subkategorier kom att bilda resultatet (bilaga 3) (Graneheim & Lundman, 2004).

Trovärdighet

Studiens trovärdighet stärks av den omfattande sökningen som gjordes vid flera tillfällen och av att endast referee bedömda artiklar har använts. Deltagarna i studierna är ledare med olika professioner och från olika verksamheter inom vård och omsorg från olika länder i och utanför Europa, vilket ger en bredd som ökar trovärdigheten. Varje kvalitativ forskningsstudie har ett kunskapsvärde. Ett större kunskapsvärde skapades genom att lägga samman de kvalitativa studiernas resultat till en litteraturstudie (Friberg, 2012).

Etiska överväganden

I vetenskaplig forskning är god etik ett krav för att ge deltagarna i studien trygghet. En litteraturstudie bör därför endast inkludera studier som fått tillstånd av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden gjorts (Forsberg & Wengström, 2013). I denna översikt ingår 16 artiklar från 13 olika tidskrifter. I några av artiklarna fanns information om etiska överväganden i artikeln, men ett antal saknade den informationen. Informationen om tidskrifternas förhållningsätt till etiken söktes då på respektive tidskrifts hemsida. Nio av tidskrifternas hade information på sin hemsida. Mejl skickades till editorn för de fyra tidskrifter där informationen saknades på hemsidan för att få svar på vilka krav som gäller. Ett av fyra mejl besvarades med en redovisning av de krav som ställdes i den tidskriften. De övriga tre svarade inte. Bedömningen görs att artiklarna från dessa tidskrifter kan inkluderas utan att det innebär några etiska problem. En artikel handlar om implementering av riktlinjer, en om vad som får primärvårdspraktiker att engagera sig i förbättringsarbete och en om implementering av ett förbättringsprojekt på ett sjukhus för äldre. Ämnen som inte bör innebära några etiska komplikationer.

Resultat

Resultatet delas in i två teman där förutsättningar som hindrar systematiskt förbättringsarbete utgör det ena temat och förutsättningar som underlättar systematiskt förbättringsarbete utgör det andra. Båda temana delas in i vardera tre kategorier vilka beskriver förutsättningar ur organisationens, ledarens och arbetsgruppens perspektiv. Åtta olika subteman beskriver de hindrande förutsättningarna: organisation som inte ger stöd; otydligt uppdrag, otillräckliga resurser, bristande förmåga; bristande kompetens, bristande engagemang, arbetsklimat, egna lösningar. Nio subteman beskriver de underlättande förutsättningarna: organisation som ger stöd, stöd från ledningen; uttalad vision, ledaren som garant, daglig interaktion, visa på framgång, rätt person på rätt plats; förstå uppdraget, inspirera varandra, samarbeta.

Tema	Kategorier	Subkategorier
Hindrande förutsättningar	Organisationsperspektiv	- Organisation som inte ger stöd
	Ledarperspektiv	- Otydligt uppdrag - Otillräckliga resurser - Bristande förmåga
	Arbetsgruppsperspektiv	- Bristande kompetens - Bristande engagemang - Arbetsklimat - Egna lösningar
Underlättande förutsättningar	Organisationsperspektiv	- Organisation som ger stöd - Stöd från ledningen
	Ledarperspektiv	- Uttalad vision - Ledaren som garant - Daglig interaktion - Visa på framgång - Rätt person på rätt plats
	Arbetsgruppsperspektiv	- Förstå uppdraget - Inspirera varandra - samarbeta

Figur 1. Teman, kategorier och subkategorier

Förutsättningar som hindrar förbättringsarbete

Organisationsperspektivet

Hindren utgörs av att *organisationen inte ger stöd* då det saknas tydliga direktiv och policys för kvalitetsarbetet. I vissa organisationer gör ledningen andra prioriteringar än ledarna i verksamheten och förbättringsarbetet kompliceras av att de system som används i verksamheterna är svåra att ändra eller inte upplevs ge det stöd som behövs (Pagoto et al., 2007). Brister i befintliga verksamhetssystem eller avsaknad av fungerande informationssystem och nödvändig infrastruktur hindrar förbättringsarbetet, liksom brister i utbildningar innan arbetet dras igång (Goldberg, Mick, Kuzel, Feng, & Love, 2013; Rosengren, Höglund, & Hedberg, 2012; Whitebird et al., 2013). En alltför stor och komplex organisation bidrar till att vara ett hinder för förbättringar liksom bristen på standardiserade

system för vården. När resurserna i verksamheten fördelas på ett sätt som inte gynnar det aktuella området blir också ersättningssystemen ett hinder i förbättringsarbetet (Whitebird et al., 2013).

Ledarperspektivet

På ledarnivån hindras förbättringsarbetet genom ett *otydligt uppdrag* där informationen är fragmentarisk och inkonsekvent (Gifford, Davies, Edwards, & Graham, 2006). När ledningen inte klara att informera så att alla i arbetsgruppen förstår, uppstår situationen att arbetet utförs efter eget huvud, så kallad ”work around”. Bristen på insyn, gör att inte alla i arbetsgruppen har kunskap om vad som är fördelarna med förbättringsarbetet vilket skapar en otydlighet och hindrar förbättringsarbetet (Ijkema, Langelaan, van de Steeg, & Wagner, 2014).

Otillräckliga resurser utgör ett hinder då ledare saknar tid, pengar och redskap för att utföra förbättringsarbete (Goldberg et al., 2013; Parand, Dopson, & Vincent, 2013). Hög arbetsbelastning och personal som saknar kompetens och förståelse för förbättringsarbete i kombination med en negativ attityd utgör hinder för att förbättra den kliniska praktiken. I vissa fall upplevs att ingen tar ansvar för misslyckanden, varken ledare eller arbetsgruppen (Price, Fitzgerald, & Kinsman, 2007). Möjligheterna till inflytande och påverkan på andra personalgrupper än den egna är begränsande och förbättringsarbetet prioriteras lågt (Goldberg et al., 2013; Parand et al., 2013).

Ledarens *bristande förmåga* märks genom avsaknad av kunskap att förändra de nödvändiga processerna som förhindrar förbättringsarbetet (Goldberg et al., 2013). Det kan handla om ledarens individuella uppfattning om hur det aktuella uppdraget ska skötas likväl som om brister i kontexten där det ska ske (Whitebird et al., 2013). Förbättringsarbete förutsätter tid, vilja och förmåga att framhärda under lång tid. Ibland kan det ta upp till två-tre år innan resultat märks och för ledare som saknar förutsättningar att hålla ut kan utmaningen med förbättringsarbete bli för stor (Wolfson et al., 2009). Arbetsgrupper som utgör team kan utgöra hinder för förbättringar om de misslyckas med sitt uppdrag på grund av att ledaren inte skapat de rätta förutsättningarna (Gifford et al., 2006).

Arbetsgruppsperspektivet

Bristande kompetens inom det aktuella området och avsaknad av evidenta arbetssätt är några ingredienser i arbetsgruppens hinder för att bedriva förbättringsarbete (Ijkema et al., 2014). I några arbetsgrupper råder uppfattningen att kvalitetsarbete är något som går utanför det vanliga arbetet. Genom att hävda att det inte står i arbetsbeskrivningen eller att det inte ingår i yrkesrollen utgör arbetsgruppen ett hinder och inblandningen i förbättringsarbete blir minimal. Synen på ledarens försök att få igång förbättringsarbete bemöts med att det enbart handlar om något som ska utföras för att ledningen fordrar det. Dessutom upplever arbetsgruppen att förbättringars påverkan på vården är begränsad (Price et al., 2007).

I de verksamheter där förbättringsarbetet helt och hållet anses vara ledarens angelägenhet uppvisar vårdpersonalen ett *bristande engagemang*. Avsaknaden av ”eldsjälar” beskrivs som förklaring till ointresserad och oengagerad personal. (Gifford et al., 2006; Haycock-Stuart & Kean, 2012). I vissa arbetsgrupper finns en ovilja och en oförmåga att engagera sig i kvalitetsförbättringar, vilket också visar sig i en ovilja att sätta av tid för förbättringsförsök. Personalen upplever att de är överhoppade av det dagliga arbetet (Goldberg et al., 2013).

Ett *arbetsklimat* som är präglad av motstånd mot förändringar och där andras negativa uppfattningar styr är hindrande förutsättningarna för att driva förbättringar (Goldberg et al.,

2013). Svagt teamarbete och brist på kommunikation mellan medarbetare och ledare redovisas som ett hinder för förbättringsarbete (Whitebird et al., 2013). Personalens uppfattning är att ledarnas möjlighet till påverkan är begränsad medan ledarna själva värdesätter ledarskapet som en resurs för att påverka kvalitet och förbättringar i vården, (Haycock-Stuart & Kean, 2012). I arbetsgrupper där förbättringsarbetet sker i speciella team uppstår ibland missnöje bland de medarbetare som inte ingår i teamarbetet, vilket kan motverka och hindra syftet med förbättringsarbetet (Howard, Shaw, Felsen, & Crabtree, 2012).

Om syftet med förbättringsarbetet är otydligt eller personalen inte har uppfattat budskapet skapas *egna lösningar* vilka motverkar syftet (Ijkema et al., 2014). Bristen på standardiserade arbetsmetoder hindrar utvecklingen på organisationsnivå men standardiseringar kan ibland uppfattas som ett intrång i den professionella autonomi. Professioner som har utvecklat egna metoder för uppdraget blir motståndare till att införa förbättringar och standardiseringar (Whitebird et al., 2013).

Förutsättningar som underlättar förbättringsarbete

Organisationsperspektivet

Goda förutsättningar utgörs av en *organisation som ger stöd* med riktlinjer och policys och där det finns ett utvecklat ledningssystem som underlättar förbättringsarbetet. Förbättringsarbetet får ytterligare stöd av ett utvecklat uppföljningsarbete som säkrar hållbarheten och därigenom skapar möjligheter till fortsatt förbättringsarbete (Brandrud et al., 2011).

Organisationer som har ett patientcentrerat förhållningssätt betonar också vikten av nedskrivna policys och riktlinjer samt betydelsen av att vara hängiven att ge en god patientvård underlättar. Det visar sig att genom att ha ett uttalat patientcentrerat förhållningssätt vaknar intresset och motivationen för förbättringsarbete i arbetsgruppen (Goldberg et al., 2013).

I organisationer där ledaren har svårigheter att leda de som anser sig stå högre i hierarkin kan policydokument och andra styrande dokument inom organisationen vara det som skapar förutsättningar för större följsamhet till riktlinjer och beslut om förbättringsarbete (Martin & Waring, 2013).

Med beslut som är förankrade på alla nivåer har ledaren även ett uttalat *stöd från ledningen* som en främjande förutsättning (Brandrud et al., 2011). En stödjande kultur och en ledningsstruktur som uppmuntrar deltagande, intresse och ansvar för kvalitetsarbete underlättar förbättringsarbete (Price et al., 2007). Liksom organisationer som analyserar konsekvenserna för den praktiska verksamheten och förser personalen med adekvat utrustning (Gifford et al., 2006). I organisationer som har ett uttalat patientcentrerat förhållningssätt uppfattas resurser som tid, pengar och information inte som något hinder av arbetsgruppen (Goldberg et al., 2013).

Ledarperspektivet

Förbättringsarbetet underlättas av att det finns en *uttalad vision* för ledaren att förhålla sig till (Donahue et al., 2013). Genom att kommunicera visionen med den involverade personalen på ett sätt så att alla förstår och uppmuntra deras engagemang underlättas arbetet (Parand et al., 2013; Rosengren et al., 2012). Ledarens förmåga att hålla i och hålla ut trots skiftande

prioriteringar från ledningen över tid, liksom att det finns planer och tydliga instruktioner och en vision underlättar förbättringsarbetet (Pagoto et al., 2007; Rosengren et al., 2012).

Genom sin insyn i och förmåga att integrera nytt med redan existerande rutiner och genom att medverka till att gamla rutiner överges framstår *ledaren som garant* för att lyckas med förbättringsarbete (Ijkema et al., 2014; van Bokhoven et al., 2008). En ledare som kan förklara sådant som upplevs svårt och som är insatt i det som sker har förutsättningar att få med sig arbetsgruppen (Gifford et al., 2006). Personal som engagerar sig i förbättringsarbetet kan användas av ledaren som exempel för att motivera övriga i arbetsgruppen att delta i och bedriva utvecklings- och förbättringsarbete (Haycock-Stuart & Kean, 2012). Uppfattningar om att det är viktigt att ledaren ger utrymme både tidsmässigt och ekonomiskt och för att utveckla arbetsgruppens kompetens återfinns både hos ledaren och hos arbetsgruppen som underlättande faktorer (Price et al., 2007).

En underlättande kontext skapas av ledare som vistas i verksamheten dagligen och ger stöd i utförandet och som direkt i det dagliga arbetet kan diskutera med motståndarna och förmedla känslan av meningsfullhet (Parand et al., 2013; Rosengren et al., 2012). Möjlighet till *daglig interaktion* både uppåt och nedåt i organisationen under förbättringsarbetet och en förmåga att kontinuerligt utveckla teamen i förändringsprocessen är positivt (Donahue et al., 2013; Solberg, Taylor, Conway, & Hiatt, 2007). Genom sin närvaro i verksamheten fungerar ledare som goda exempel och skapare av bra klimat. En positiv attityd och förmågan att kunna förklara vinster och fördelar bidrar till att underlätta. Ständig feedback från ledaren öppnar upp för att skapa balans mellan standardiserade arbetssätt och individuella initiativ i arbetsgruppen (Parand et al., 2013; Rosengren et al., 2012). Arbetsgruppen blir mer uppmärksam på och ser fördelarna med förbättringarna och får stöd i att tänka om och tänka nytt med daglig feedback (Rosengren et al., 2012)

Ledare som arbetar med tydliga mål och med mätningar och rapporter av utföranden och resultat skapar förutsättningar för att få arbetsgruppen engagerad (Goldberg et al., 2013). Genom att *visa på framgång* kan ledaren ta udden av de negativa frågorna och invändningarna hos personalen (Price et al., 2007). Information via arbetsplatsträffar, resultattavlor med förståeliga presentationer av resultaten över tid ökar intresset och engagemanget hos personalen att utveckla och förbättra i det dagliga arbetet (Rosengren et al., 2012; Solberg et al., 2007). Genom att påvisa lyckade resultat medverkar ledaren till att nya idéer föds hos individer i arbetsgruppen som tidigare varit tveksamma (Wolfson et al., 2009).

En underlättande faktor är när ledaren har möjlighet att styra och nyttja kompetensen hos personalen vid planeringen av arbetskraften, så att *rätt person är på rätt ställe*, vid rätt tidpunkt (Haycock-Stuart & Kean, 2012). Möjligheter att försäkra sig om att personalen i arbetsgruppen har den kompetens och förmåga som behövs ger förutsättningar som underlättar (Solberg et al., 2007). När ledaren frågar efter information från personalen och vill ha insyn i deras kunskap för att förstå sammanhanget bättre underlättar det också för förbättringsarbete (Howard et al., 2012).

Arbetsgruppsperspektivet

En arbetsgrupp som *förstår uppdraget* underlättar i förbättringsarbetet. Första steget i förändringsprocessen är att bli medveten om problemet och att bli intresserad av att förändra (van Bokhoven et al., 2008). När ledaren på ett enkelt och lätt sätt kan förklara för arbetsgruppen vad deltagandet innebär och vilka finansiella förmåner det kan innebära så är det lättare att få med sig gruppen. Engagerad personal som känner sig uppskattade och som är

övertygade av värdet av att jobba med kvalitetsarbete bidrar till att underlätta för systematiskt förbättringsarbete (Goldberg et al., 2013; Rosengren et al., 2012). Personal med kvalitetsmedvetande och med möjlighet att utveckla sin kompetens utgör förutsättningar som underlättar (Rosengren et al., 2012).

Personal som ser möjligheterna, som har en positiv attityd och som vågar pröva nytt och som fungerar som informella modeller *inspireerar varandra* och har ett gott inflytande på förutsättningarna för förbättringsarbete (Gifford et al., 2006; Price et al., 2007). Underlättande förutsättningar på arbetsgruppens nivå likväl som på ledarnivå är att ha rätt person på rätt ställe (Haycock-Stuart & Kean, 2012). Här avses engagerad och drivande personal som levererar och som har en vilja till förändring samt att personal som driver förbättringsarbetet är eldsjälar, som brinner för sitt arbete och blir mästare i att utföra det (Gifford et al., 2006; Goldberg et al., 2013; Pagoto et al., 2007; Wolfson et al., 2009). Arbetsgruppen upplever då fördelar med förbättringsarbete och blir övertygade om betydelsen av kvalitetsförbättringar uppmuntrar till att utvärdera och förändra sin praktik. Arbetsgruppen är övertygad om att kvalitetsförbättringar påverkar patientresultaten på ett positivt sätt. Det bidrar också till personalens tillfredsställelse, minskad tidsåtgång och sänkta kostnader (Price et al., 2007). I vissa fall har patienterna ett starkt inflytande på upplägget av förbättringsarbetet exempelvis genom att sprida ett gott rykte ute i samhället. Något som fungerar som en positiv feedback till personalen i arbetsgruppen (van Bokhoven et al., 2008).

När personalen i arbetsgruppen *samarbetar* i förbättringsarbetet ökar deras medvetenhet om kvaliteten på arbetet som ska utföras. Flera sjukhus utbildar sjuksköterskor i förbättringsarbete och några anställer personal som är specialiserade för uppdraget (Ijkema et al., 2014). En underlättande förutsättning är när personalen samverkar i team kring förbättringar i en kultur som värderar teamarbete och där alla tar ansvar (Wolfson et al., 2009). Teamarbete med olika professioner i teamet beskrivs som något som berikar och som är signifikant och ger synergieffekter (Rosengren et al., 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

En förutsättning för att kunna göra litteraturstudier är att det finns tillräckligt med studier av god kvalitet att använda som underlag (Forsberg & Wengström, 2013). Sökförfarandet innebar en strävan mot tillförlitlighet. Sökning efter artiklar gjordes i fyra olika databaser vid sex tillfällen. Databaserna Pubmed och Cinahl hade störst antal träffar och där påträffades också flest användbara artiklar. Båda databaserna innehåller referenser inom områdena omvårdnad och hälso- och sjukvård som ansågs relevanta för syftet. Vid sökning i Pubmed användes termer ur ämnesordsindex MeSH för att fånga in korrekta begrepp. Tidsbrist gjorde att sökning i databasen PsycInfo aldrig provades, vilket kan ha påverkat tillförlitligheten negativt.

Inledningsvis sorterades artiklarnas betydelse för studien efter titel. Möjligheten finns att artiklar som varit av intresse för studien aldrig uppmärksammades genom detta förfarande vilket kan ha minskat tillförlitligheten. I resultatet ingår dock både nationella och internationella artiklar från sju olika länder, vilket bidrar till ett bredare perspektiv på det undersökta problemet. Deltagarna som ingick i de granskade studierna var ledare inom vård

och omsorg med olika professioner, vilket ger en bredd som bidrar till att öka trovärdigheten i resultatet.

Kvalitetsgranskningen utfördes med hjälp av mall från SBU (SBU, 2013). Ingen av de ingående artiklarna fick full poäng, vid granskningen. Mallen innehöll några frågor om huruvida forskaren har hanterat sin egen förståelse till datainsamlingen och analysen, vilket inte framgick i någon av de inkluderade studierna och som kan ha minskat tillförlitligheten något. Kvalitetsgranskningen av de inkluderade artiklarna resulterade i att sex artiklar klassades som hög nivå, sju som medelnivå och tre som låg nivå. Eftersom de flesta artiklarna var på hög och medelnivå bedöms trovärdigheten vara god.

Metoden som använts är en variant av kvalitativ innehållsanalys baserat på beskrivningar som görs av Graneheim & Lundman (2004) och Danielsson (Henricson, 2012). Beskrivningarna av metoden inriktar sig mot intervjustudier och observationer, inte mot litteraturstudier som denna, vilket kan påverka tillförlitligheten negativt. Kvalitativa forskningsmetoder med ett induktivt analysförfarande fokuserar på att beskriva, tolka och förklara människors upplevelser av fenomen. I denna studie fokuserades på att beskriva, tolka och förklara fenomenet utifrån resultat som uppnåts i andra studier. När värdet av ett antal kvalitativa studier läggs samman ökar deras gemensamma värde vilket påverkar trovärdigheten i resultatet på ett positivt sätt (Forsberg & Wengström, 2013). Strävan var att fånga människors upplevelser såsom de beskrivs i studierna, inte att vara objektiv och exakt, varför kvantitativa studier uteslöts. Detta bidrog till att öka trovärdigheten.

Resultatavsnitten i studierna utgör de enheter som analyserats. Hindrande och underlättande faktorer utgjorde teman för analysenheterna. Ett induktivt arbetssätt ökade trovärdigheten i resultatet och risken för att författarens förståelse påverkat urvalet av analysenheterna minskades (Friberg, 2012). Analysenheterna kondenserades och försågs med en kod. Koderna kom sedan att bilda tre kategorier med ett antal subkategorier i vardera temat och kom att utgöra resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). (Bilaga 3.)

Resultatdiskussion

Ledares förutsättningar för förbättringsarbete är beroende av interaktionen mellan ledaren, organisationen och arbetsgruppen. Interaktionen mellan de tre centrala förutsättningarna, som utgörs av ledaren, organisationen och arbetsgruppen, kan såväl underlätta som förhindra förbättringsarbete i verksamheten, beroende på kvaliteten på interaktionen. Om exempelvis ledaren brister i engagemang eller förmåga påverkas såväl arbetsgruppen som organisationen. Andra exempel på hur interaktionen utifrån de tre redovisade perspektiven påverkar förbättringsarbetet finns i hur arbetsgruppens förutsättningar påverkas av ledarens förmåga att tydliggöra uppdraget och av vilka resurser som ges från organisationen. Organisationens möjligheter att påverka förutsättningar för förbättringsarbete underlättas av om riktlinjer och policys för verksamheten kommuniceras så att såväl arbetsgrupper som ledare förstår vilka mål och riktlinjer som gäller.

Litteraturstudien har resulterat i två teman där hindrande och underlättande förutsättningar för förbättringsarbete beskrivs utifrån tre perspektiv som ömsesidigt beroende av varandra. Det gemensamma för dessa perspektiv är att de alla har att förhålla sig till patienten och brukaren som utgör det centrum kring vilket förbättringsarbetet kretsar (Muntlin, Carlsson, & Gunningberg, 2010). Förhållningssättet gör att när vården och omsorgen utgår från patientens behov uppstår nya idéer om förbättringar. Förbättringsarbete måste sättas in i ett sammanhang

där det görs hanterbart, meningsfullt och begripligt för att kunna bli en del av kulturen i vård och omsorgsarbete.

Tre områden är väsentliga för utveckling av ledningsprocessen och stärker resultatet i denna studie (P. Batalden & Splaine, 2002). Det första området handlar om ledarens kunskap inom olika domäner, som exempelvis kunskap om metoder för att leda och bedriva förbättringsarbete. Ledaren behöver kunskap om att mäta och förstå variationer som uppstår i processen för att kunna leda arbetsgruppen och för att kunna rapportera förändringar uppåt i organisationen. Liksom kunskap om behoven hos den patientgrupp som omfattas av verksamheten för att skapa förutsättning för att kunna leda och initiera förändrings- och förbättringsarbete. Med kunskap om patientens behov och verksamhetens resultat kan arbetsgruppen och ledare tillsammans vidta åtgärder, som är det andra området, och arbeta systematiskt med förbättringar. Det tredje utvecklingsområdet handlar om att resultat som återkopplas till arbetsgruppen och organisationen ger ledaren möjlighet att i interaktion reflektera över både framgång och motgång. Ständiga förbättringar av verksamheten och organisationen underlättas av det finns system för uppföljning och utvärdering (Batalden & Splaine, 2002). Att vara ledare i komplexa organisationer, som vård och omsorg är, ställer krav på att ledaren har mer än kunskap, förmåga och rätt attityd. Det krävs också kapacitet att anpassa sig till förändringar, att generera ny kunskap och att fortsätta förbättra sitt utförande (Fraser & Greenhalgh, 2001).

Att leda är att staka ut riktningen och motivera medarbetarna i det dagliga arbetet i en organisation som ständigt förändras (Kotter, 1990). Ledare som är närvarande i verksamheten dagligen medverkar till att underlätta förbättringsarbetet. Ledare som visar på resultat och kan väcka intresse för framgångar som görs underlättar för förbättringar. Att visa på framgång kan stoppa negativa invändningar hos arbetsgruppen. Ju mer informerade och delaktiga personalen känner sig desto mer engagerade blir de i arbetet (Luxford, Safran, & Delbanco, 2011). Meningsfullheten för arbetsgruppen uppstår när ledarens strategi är att locka och skapa en attraktion kring kvalitetsförbättringar som påverkar och förbättrar för patienter och brukare, men också för personalen (MacPhee, 2007). Det handlar om att koncentrera sig på patientens behov, inte på organisationens (Berwick, 1996).

I lärande organisationer som styrs av en gemensam vision, som exempelvis ett patientcentrerat förhållningssätt, finns förståelse och acceptans för hur ledare och arbetsgrupp bäst ska kunna komplettera varandra, vilket ger förutsättningar för förbättringsarbete (Senge, 1995). Visionen eller förhållningssättet anger riktningen som skapar motivationen för att utveckla och förbättra verksamheten. I verksamheter som har tydliga visioner och där ledaren ständigt återkopplar till visionen skapas en gemensam målbild som alla kan förhålla sig till (Senge, 1995). Alla individer som ingår i arbetsgruppen kan med hjälp av den gemensamma målbilden hela tiden stämma av sitt uppdrag och känna sig trygga i att arbetet de utför överensstämmer med målbilden (MacPhee, 2007). Uppföljningar av resultat och feedback mellan organisationen, ledaren och arbetsgruppen ingår i ett systemtänkande och bidrar till att utveckla och förbättra verksamheten (Senge, 1995). Ledare som kommunicerar både med arbetsgruppen och uppåt i organisationen skapar möjligheter för alla inblandade att uttrycka sina farhågor för den förändring som förbättringsarbetet kan innebära (Morjikian et al., 2007). Ledare behöver ha förmågan att leda både så att arbetsgruppen känner sig delaktig och att besluten samtidigt är förankrade i organisationen (Bergman, 2007).

Arbetsgrupper som kännetecknas av effektivt samarbete skapar en ökad medvetenhet om kvaliteten på det arbete som utförs och samtidigt förutsättningar att lyckas med

förbättringsarbete. Särskilt när samarbetet sker i interprofessionella team och i en kultur som värderar samarbete. Teamarbete berikar och ger synergieffekter och något som kan utnyttjas av ledare vid förbättringsarbete (Van Hoof, Bisognano, Reinertsen, & Meehan, 2012). För att skapa de rätta förutsättningarna att lyckas med förbättringsarbete behöver personalen i arbetsgruppen stöd från ledaren men också från varandra. Den kraft som finns i förbättringar som lyckas är inspirerade, och kan fungera som stöd för arbetsgruppen, ledaren och för organisationen. (Morjikian, Kimball, & Joynt, 2007). Arbetsgrupper fungerar bättre när ledaren är positiv och flexibel.

Förbättringsarbete lockar mer när ledaren förmår att skapa en attraktion kring det istället för att tvinga eller pressa arbetsgruppen till att utföra det (MacPhee, 2007). Förbättringsarbete utgår från ledarens möjligheter och förmåga att vara närvarande dagligen i verksamheten och kapaciteten att förmedla vision och värdegrund som bildar basen för kvaliteten i det dagliga arbetet. Först när alla som arbetar inom vård och omsorg är klara över att de har två uppdrag; att utföra sitt arbete och att förbättra det, kommer förbättringsarbete att vara en självklar del av arbetskulturen (Batalden P B & Davidoff F, 2007).

Slutsatser

Varje ledare måste förhålla sig till att organisationen och arbetsgruppen är beroende av interaktionen mellan varandra i förbättring och utveckling av verksamheten. Alla tre behövs för att förutsättningar för förbättringsarbete ska uppstå. Ledarens förmåga att kommunicera uppdraget och interagera dagligen både uppåt och nedåt är nödvändiga för att skapa förståelse för helheten och för att placera förbättringsarbetet i sitt sammanhang. Med ett förhållningssätt där patienten/brukarens behov finns i centrum skapas möjligheter för individen i arbetsgruppen att upptäcka behov och initiera förbättringsarbeten. En för organisation, ledare och arbetsgrupp gemensam vision bidrar till att skapa en kultur där förbättringsarbete är en naturlig del av det dagliga arbetet.

Kliniska implikationer

Kunskapen som studien har gett kan ha betydelse för ledare lokalt på det enskilda boendet eller vårdavdelningen, men också för ledare på högre nivå inom organisationerna. Resultatet kommer att kunna användas i utbildningar och vid handledning av ledare i förbättringsarbeten och ledarskap i både kommun och landsting. För att utveckla ledarskapet och ledares förutsättningar och förmåga att arbeta med förbättringsarbete på enhetsnivå, kommer mer fokus att läggas på ledares möjligheter att vara ute i verksamheten och interagera dagligen med personalen. Vård och omsorg är inne i en förändring där förbättringsarbete är en del av det dagliga arbetet och där ledarens uppgift är att leda och interagera istället för att styra. Förändringar som initieras av att resultaten följs och utvärderas bidrar till att kontinuerligt och systematiskt förbättra verksamheten. Förbättringsarbete är på väg att bli en del av vård- och omsorgskulturen.

Det vore intressant att presentera resultatet i litteraturstudien i fokusgrupper med ledare på enhetsnivå, för att fånga deras uppfattningar om interaktionen som förutsättning för förbättringsarbete.

Referenser

- Batalden, P., & Splaine, M. (2002). What will it take to lead the continual improvement and innovation of health care in the twenty-first century? *Qual Manag Health Care*, 11(1), 45-54.
- Batalden P B, & Davidoff F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care* (16) 2-3.
- Bergman, B. (2007). *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur.
- Berwick, D. M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, 312(7031), 619-622.
- Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G. S., Nyen, B., & Nelson, E. C. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Quality & Safety*, 20(3), 251-259. doi: 10.1136/bmjqs.2009.038604
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Henricson (Ed). *Vetenskaplig metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Donahue, K. E., Halladay, J. R., Wise, A., Reiter, K., Lee, S.Y., Ward, K., Qaqish, B. (2013). Facilitators of transforming primary care: a look under the hood at practice leadership. *Ann Fam Med*, 11 Suppl 1, 27-33. doi: 10.1370/afm.1492
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fraser, S. W., & Greenhalgh, T. (2001). Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*, 323(7316), 799-803.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gifford, W. A., Davies, B., Edwards, N., & Graham, I. D. (2006). Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 19(4), 72-88.
- Goldberg, D. G., Mick, S. S., Kuzel, A. J., Feng, L. B., & Love, L. E. (2013). Why do some primary care practices engage in practice improvement efforts whereas others do not? *Health Services Research*, 48(2 PART1), 398-416. doi: 10.1111/1475-6773.12000
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (2012). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *J Nurs Manag*, 20(3), 372-381. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01309.
- Howard, J., Shaw, E. K., Felsen, C. B., & Crabtree, B. F. (2012). Physicians as inclusive leaders: Insights from a participatory quality improvement intervention. *Q Manage Health Care*, 21(3), 135-145. doi: 10.1097/QMH.0b013e31825e876a
- Ijkema, R., Langelaan, M., van de Steeg, L., & Wagner, C. (2014). What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? *Int J Qual Health Care*, 26(1), 41-48. doi: 10.1093/intqhc/mzt079
- Kotter, J. P. (1990). What leaders really do. *Harv Bus Rev*, 68(3), 103-111.
- Lundström, S., Axelsson, B., Heedman, P.-A., Fransson, G., & Fürst, C. J. (2012). Developing a national quality register in end-of-life care: the Swedish experience. *Palliative Medicine*, 26(4), 313-321. doi: 10.1177/0269216311414758
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a

- reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care*, 23(5), 510-515. doi: 10.1093/intqhc/mzr024
- MacPhee, M. (2007). Strategies and tools for managing change. *J Nurs Adm*, 37(9), 405-413.
- Martin, G. P., & Waring, J. (2013). Leading from the middle: Constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations. *Health (London)*, 17(4), 358-374. doi: 10.1177/1363459312460704
- Morjikian, R. L., Kimball, B., & Joynt, J. (2007). Leading change: the nurse executive's role in implementing new care delivery models. *J Nurs Adm*, 37(9), 399-404.
- Muntlin, A., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. *J Emerg Nurs*, 36(4), 317-323. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.003
- Pagoto, S. L., Spring, B., Coups, E. J., Mulvaney, S., Coutu, M. F., & Ozakinci, G. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *J Clin Psychol*, 63(7), 695-705. doi: 10.1002/jclp.20376
- Parand, A., Dopson, S., & Vincent, C. (2013). The role of chief executive officers in a quality improvement : a qualitative study. *BMJ Open*, 3(1). doi: 10.1136/bmjopen-2012-001731
- Price, M., Fitzgerald, L., & Kinsman, L. (2007). Quality improvement: the divergent views of managers and clinicians. *J Nurs Manag*, 15(1), 43-50. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00664.
- Rosengren, K., Höglund, P. J., & Hedberg, B. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages - from a preventive caring perspective. *J Nurs Manag*, 20(2), 196-205. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01378.
- SBU. (2013). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok. Diarienummer: STY2013/5.
- Senge, P. M. (1995). *Den femte disciplinen : den lärande organisationens konst*. Stockholm: Thomson Fakta AB.
- Senior alert kvalitetsregister. (2008) <http://plus.lj.se/senioralert> hämtad 2014-05-11
- Socialdepartementet. (2013). Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (S2013/8803/FST ed.). Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2013). Behov av stöd vid implementering av nationellt kunskapsstöd - första linjens chefer. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (SOSFS 2011:9). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solberg, L. I., Taylor, N., Conway, W. A., & Hiatt, R. A. (2007). Large multispecialty group practices and quality improvement: what is needed to transform care? *J Ambul Care Manage*, 30(1), 9-17.
- Svenska Palliativregistret. (2008) <http://palliativ.se/> hämtad 2014-05-11
- van Bokhoven, M. A., Koch, H., Dinant, G. J., Bindels, P. J., Grol, R. P., & van der Weijden, T. (2008). Exploring the black box of change in improving test-ordering routines. *Fam Pract*, 25(3), 139-145. doi: 10.1093/fampra/cm022
- Van Hoof, T. J., Bisognano, M., Reinertsen, J. L., & Meehan, T. P. (2012). Leading quality improvement in primary care: recommendations for success. *Am J Med*, 125(9), 869-872. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.04.024
- Walter, G. (2000). *Bonniers synonymordbok*. Stockholm: Bonnier.
- Whitebird, R. R., Solberg, L. I., Margolis, K. L., Asche, S. E., Trangle, M. A., & Wineman, A. P. (2013). Barriers to improving primary care of depression: perspectives of medical group leaders. *Qual Health Res*, 23(6), 805-814. doi: 10.1177/1049732313482399

- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wolfson, D., Bernabeo, E., Leas, B., Sofaer, S., Pawlson, G., & Pillittere, D. (2009). Quality improvement in small office settings: An examination of successful practices. *BMC Family Practice*, 10. doi: 10.1186/1471-2296-10-14

Bilagor

Bilaga 1

Matris över databassökningen

Databas	Datum	Sökord	Resultat	Utvald a på titel	Utvald a på abstract	Artiklar för granskning , dubletter borttagna	Till resultat efter kvalitetsgranskning
Cinahl	140221	Leader AND ”quality improvement”	94	21	4	3	1
	140221	Leadership AND outcome AND ”quality improvement”	51	7	6	3	1
	140302	Leadership AND healthcare outcome	34	5	3	0	0
	140302	Leadership AND barriers "quality improvement"	48	5	3	1	1
Pubmed	140223	Leadership AND outcome AND ”quality improvement”	120	35	14	4	3
	140226	Barriers AND “quality improvement” AND “qualitative method”	65	9	9	4	3
	140302	Leadership AND incentive "quality improvement"	50	11	7	2	2
	140302	leading change AND barriers	79	1	1	1	0
Medline	140222	Leadership AND outcome AND ”quality improvement”	113	20	13	7	2
	140301	Leadership AND "outcome and process assessment" AND quality of care	15	15	3	1	0
	140302	Leadership AND "outcome and	57	13	6	2	1

		process assessment" AND "total quality management"					
Scopus	140223	Leader* AND facilitators AND "quality improvement"	44	10	8	3	0
Manuel sökning					3	2	2
Totalt			770	152	80	33	16

Bilaga 2

Artikelmatris

Författare Titel Tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Kvalitet
Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl,P., Helljesen, G. S., Nyen, B., & Nelson, E. C. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. <i>BMJ Quality & Safety</i> , 20(3), 251-259 Norge	Att undersöka vad förbättringsteam har lärt sig av att delta i genombrottsprojekt och i vilken grad genombrottsprojekt bidrar till en kultur av systematiskt förbättringsarbete.	Critical Incident technique (CIT) Fyra fokusgrupper (n=19) som representerade 10-30 % av de förbättringsteam som deltagit. Data analyserades utifrån tre perspektiv: Åtta kunskapsdomäner, den teoretiska referensramen Continuous Quality Improvement in Health Care och innehållsanalys.	Tre framgångsfaktorer trädde fram: Information - hämtades genom jämförelser med andra verksamheter och jämförelser av resultat. Engagemang - förankra förbättringar hos ledare på alla nivåer. Uppmuntra personalen under alla faser av förbättringsarbetet. Infrastruktur - utveckla uppföljningsarbete som säkrar hållbarheten och fortsatt förbättringsarbete.	I
Donahue, K. E., Halladay, J. R., Wise, A., Reiter, K., Lee, S. Y., Ward, K., Qaqish, B. (2013). Facilitators of transforming primary care: a look under the hood at practice leadership. <i>Ann Fam Med, 11 Suppl 1</i> , S27-33.	Syftet var att beskriva hur egenskaper hos ledare påverkar förändringsprocesse n i ett statligt initiativ att förbättra kvaliteten på diabetes och astmavården.	Mixed method som innehåller analyser av data om kvalitetsförbättringar från 76 mottagningar som deltagit i minst ett år och fokusgrupper bestående av kliniker och personal från 12 mottagningar	Den kvalitativa analysen från fokusgrupperna visade på tre ledarskaprelaterade resultat: Visionärt ledarskap genom att någon i ledningen hade en vision om betydelsen av förbättringsarbetet. En ledare nära personalgruppen som leder genomförandet och som dagligen kan	II

USA			interagera både uppåt och nedåt i organisationen. All personal hade ett uppdrag och alla var ansvariga för sin del i processen.	
Gifford, W. A., Davies, B., Edwards, N., & Graham, I. D. (2006). Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. <i>Nurs Leadersh (Tor Ont)</i> , 19(4), 72-88. Kanada	Syftet var att identifiera och beskriva sjuksköterskeledare, administratörer och kliniska resurssköterskors ledarskapsbeteende och hur det påverkade implementeringen och bevarandet av kliniska riktlinjer.	Grounded theory. En sekundär analys av tidigare insamlad data. Nio av tolv organisationer deltog i individuella semistrukturerade telefonintervjuer och i gruppintervjuer på telefon.	Olika ledarskapsmönster framträdde beroende på om organisationen hållit fast vid riktlinjerna eller inte. Mönstret hos de som hållit fast vid riktlinjerna var: (1) ständig support (2) skapa en positiv miljö (3) påverkan på organisationens strukturer och processer.	II
Goldberg, D. G., Mick, S. S., Kuzel, A. J., Feng, L. B., & Love, L. E. (2013). Why do some primary care practices engage in practice improvement efforts whereas others do not? <i>Health Services Research</i> , 48(2 PART1), 398-416. USA	Syftet var att förstå vad som motiverar primärvårdspraktiker att engagera sig i förbättringsarbete, genom att identifiera vad som underlättar och vad som hindrar externt och internt och utveckla en referensram.	Grounded theory. Åtta mottagningar deltog i en jämförande fallstudie. Intervjuer observationer, genomgång av policys och telefonintervjuer	Analysen avslöjade flera teman om vad som påverkar engagemanget i förändringsarbete likväl som en detaljerad förståelse för själva påverkan. Fyra nyckelfaktorer som avgjorde om personalen antog eller förkastade förbättringsförsöken: belöningar och krav; organisatoriska förhållanden; resurser; arbetsuppgifter som ställer krav.	I
Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (2012). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? <i>J Nurs Manag</i> , 20(3), 372-381. Skottland	Syftet var att undersöka uppfattningar om hur sjuksköterskeledare påverkar vårdkvaliteten i kommunalt boende.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskeledare i kommunen (n=12), och kommunala sjuksköterskor (n=27) och tre fokusgrupper (n=13)	Det finns en spänning mellan att leda för att åstadkomma vårdkvalitet och att leverera vårdkvalitet. Hittills har kvalitetsagendan varit enbart ledarnas angelägenhet och vårdpersonalen har haft ett litet engagemang. Sköterskorna vill ha mer resurser medan ledarens perspektiv är att resurserna måste matcha förbättringarna av vården. De menar att har man sköterskor med rätt	II

			kompetens så kan vårdkvaliteten förbättras utan mer resurser.	
Howard, J., Shaw, E. K., Felsen, C. B., & Crabtree, B. F. (2012). Physicians as inclusive leaders: Insights from a participatory quality improvement intervention. <i>Quality Management in Health Care</i> , 21(3), 135-145. USA	Syftet var att uppmuntra till en inkluderande orientering mot ledarskap, genom att underlätta deltagande i en kvalitetsförbättringsprocess.	Multi-method Assessment Process (MAP) och Reflective Adaptive Process (RAP). Sextio primärvårdspraktiker som höll 12 möten var och djupintervjuer med fem nyckelpersoner på varje praktik. Därefter slumpades åtta praktiker ut som kom att ingå i resultatet.	Tre typer av inkluderande ledarskapsbeteenden. Uttalad önskan om input från teamet, deltagande i beslutsfattande, underlätta inkludering av icke-medlemmar i teamet.	III
Ijkema, R., Langelaan, M., van de Steeg, L., & Wagner, C. (2014). What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? <i>Int J Qual Health Care</i> , 26(1), 41-48. Nederländerna	Syftet var att få kunskap om vilka faktorer som hindrar och vilka faktorer som underlättar implementeringen av ett nationellt förbättringsprojekt för äldre hospitaliserade personer.	Kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer. 65 intervjuer gjordes med olika professioner på respektive arbetsplats. Frågorna utgick ifrån en struktur som handlade om processen, innehållet och kontexten	Hinder för implementering var Dåligt engagemang från kliniker och brist på tid, olika uppfattningar om syftet och oro över innehållet samt brist på kunskap i frågan och om meningen med och effekten av programmet . De underlättande faktorer bestod ledarskapet, flexibiliteten i metodvalet, instruktionerna och användning av datajournaler.	II
Martin, G. P., & Waring, J. (2013). Leading from the middle: Constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations. <i>Health (London)</i> , 17(4), 358-374 Storbritanien	Syftet var att undersöka förutsättningar för ledarskap hos sjuksköterskor som förväntas bli ledare och som blivit befordrade till det i en arbetsmiljö som upplevs som "fientlig" och motvillig.	Intervjubaserad studie på två operationsavdelningar i England. Studien fokuserar på erfarenheter från nyutnämnda teamledare och operationssamordnare. Två olika sjukhus och 23 deltagare. Individuella djupintervjuer som analyserades med både induktiv och deduktiv ansats. Analysen presenterades på workshop med	Resultatet presenteras under tre rubriker: hur man uppfattar sig som ledare; ledarskap i teori och praktik; att lyckas med ledarskapet. Hur man uppfattar sig som ledare: nödvändigheten av att påverka andra, att bli respekterad och att leda genom exempel. Att lyckas med ledarskapet: svårigheter att leda dem som ansåg sig stå högre i rang eller i hierarkin. Ledaren skaffade sig nödvändig legitimitet och auktoritet genom policydokument och andra styrande dokument inom	I

		fokusgrupper för att få feedback på resultatet, vilket utvecklade resultatet ytterligare.	organisationen.	
Pagoto, S. L., Spring, B., Coups, E. J., Mulvaney, S., Coutu, M. F., & Ozakinci, G. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. <i>J Clin Psychol</i> , 63(7), 695-705. USA	Syftet med studien var att genomföra en första undersökning av hälsovårdspersonals upplevda hinder och möjligheter och nyckelfaktorer till implementering av evidensbaserad praktik.	Kvalitativ innehållsanalys. 37 deltagare som var antingen disputerade eller doktorander, några få hade masterexamen.	Sju kategorier som beskriver både hinder och möjligheter: träning; attityder; efterfrågan; logistiska överväganden; stöd från institutionen; policys; evidens. Två av kategorierna tar upp det som hindrar eller underlättar för ledaren: stöd från institutionen och evidens. Stöd från institutionen: Avsaknad av tydliga direktiv och policys för att balansera kostnader och kvalitet, system som är svåra att ändra och en ledning med andra prioriteringar utgör hinder. Evidens: Närvaron av en hängiven ledare eller eldsjäl som är övertygad om EBP och ett lokalt ledarskap som håller i och håller ut trots skiftande prioriteringar från verksamheten.	III
Parand, A., Dopson, S., & Vincent, C. (2013). The role of chief executive officers in a quality improvement : a qualitative study. <i>BMJ Open</i> , 3(1) Storbritanien	Syftet var att identifiera kritiska dimensioner av sjukhuschefers deltagande i ett kvalitets- och patientsäkerhetsinitiativ och att erbjuda praktisk ledning för att assistera chefer att uppfylla rollen som ledare av kvalitetsförbättring.	Kvalitativ intervju studie. 17 intervjuer genomfördes med sjukhuschefer som representerade 19 olika sjukhus. Kompletterande analys genomfördes med 36 personal som var involverade i patientsäkerhetsinitiativet för att bekräfta eller ifrågasätta innehållet i sjukhuschefernas berättelser.	Sjukhuscheferna identifierade fem kritiska dimensioner: resursförsörjning, personalens motivation och engagemang, hängivenhet och stöd, visa på framgång, anpassa delar i programmet. Resursförsörjning: tidsbrist som gjorde att de inte kunde delta i satsningen. Personalens motivation och engagemang: ledare som gick omkring och kommunicerade med den involverade personalen och uppmuntrade deras engagemang. Hängivenhet och stöd: ledarna fungerad som goda exempel. Visa på	II

			framgång: återkommande visa på hur programmet fortskred och ge feedback. Anpassa delar i programmet var en betydelsefull framgångsfaktor.	
Price, M., Fitzgerald, L., & Kinsman, L. (2007). Quality improvement: the divergent views of managers and clinicians. <i>J Nurs Manag</i> , 15(1), 43-50 Australien	Syftet var att identifiera och undersöka sjuksköterskechefer och kliniska sjuksköterskors uppfattningar om kvalitetsförbättringar relaterat till deras praktik.	Deskriptiv kvalitativ forskningsmetod. Sex sjuksköterskechefer och sex kliniska sjuksköterskor med varierande arbetsområden och erfarenheter deltog. Semistrukturerade intervjuer som följdes av en andra intervju för att verifiera och för att ytterligare undersökning av de identifierade temana.	Resultatet kategoriserades i fyra teman: sköterskechefer och kliniska sjuksköterskors uppfattningar om kvalitetsförbättringar; det upplevda gapet mellan ledning och praktik; de upplevda lösningarna på gapet mellan ledning och praktik; upplevda fördelar med kvalitetsförbättringar.	II
Rosengren, K., Höglund, P. J., & Hedberg, B. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages - from a preventive caring perspective. <i>Journal Of Nursing Management</i> , 20(2), 196-205. Sverige	Syftet var att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors erfarenhet av ett kvalitetsregister, Senior alert (SA), som nyligen införts vid två sjukhus i Sverige.	Manifest kvalitativ innehållsanalys. Åtta intervjuer med en undersköterska och sju sjuksköterskor (varav fyra var ledare) som arbetar med SA på två olika vårdavdelningar på två sjukhus.	Resultatet av implementeringen av SA visar på en kategori: fördelar för patienten och tre subkategorier: engagerad uthållighet; stödjande strukturer; engagerad ledare. beskrevs som att arbetet med SA öppnade ögonen på deltagarna och de fick syn på nödvändigheten av det förebyggande arbetet att åstadkomma bästa möjliga för patienterna. Stödjande strukturer: Information via arbetsplatsträffar, resultattavlor. Engagerad ledare: Ständig feedback från ledaren var en styrka. Ledare som gjorde dagliga turer på avdelningen stöttade personalen i sättet att tänka om och tänka nytt. Ett engagerat ledarskap kunde balansera en hög arbetsbelastning och en stressig arbetsmiljö.	I
Solberg, L. I., Taylor, N., Conway, W. A., &	Syftet var att använda	En kvalitativ insamlingsmetod där	Resultatet presenteras i en tabell där man kan se att	II

<p>Hiatt, R. A. (2007). Large multispecialty group practices and quality improvement: what is needed to transform care? <i>J Ambul Care Manage</i>, 30(1), 9-17 USA</p>	<p>framgångsrika kvalitetsförbättringsinitiativ från större mångspecialiserad medicinska grupper, för att identifiera de organisatoriska faktorer som hade störst betydelse för förbättringen.</p>	<p>man samlade in berättelser om de mest framgångsrika initiativen från medlemmar i ett råd vars uppdrag är att förse kvalitetsforskningen med läkarexpertis och data. 12 berättelser valdes ut. 62 faktorer av betydelse hittades i berättelserna. De kodades sedan om till 18 faktorer. Nyckelpersoner på varje arbetsplats intervjuades om betydelsen av de 18 faktorerna för sitt projekt.</p>	<p>fem faktorer sticker ut som mycket betydelsefulla för att lyckas med kvalitetsinitiativet: kommunikation; användandet av evidensbaserad medicin; ledarskap; mätningar, rapporter. Ytterligare sju faktorer rankades högt; samordnad vård; spridning; informationsteknologi; patientfokus; mätningar av utförande och feedback; prövning av resultat.</p>	
<p>van Bokhoven, M. A., Koch, H., Dinant, G. J., Bindels, P. J., Grol, R. P., & van der Weijden, T. (2008). Exploring the black box of change in improving test-ordering routines. <i>Fam Pract</i>, 25(3), 139-145. Nederländerna</p>	<p>Syftet var att undersöka förändringens "svarta låda", genom att analysera hinder och möjligheter som allmänläkare uppfattat dem under förändringsprocessen.</p>	<p>Kvalitativ studie. Induktiv ansats med vissa inslag av deduktiva element. 26 allmänläkares förändringsprocess bedömdes med hjälp av omfattande semistrukturerade intervjuer om hinder och möjligheter till förändring.</p>	<p>Resultatet gav fler hinder än möjligheter och delades in i några viktiga teman: medvetenhet och intresse; förståelse för innovation och insikt om egna rutiner; positiv attityd och intentioner och beslut om förändring, faktiska anpassningar i praktiken och bekräftelse på fördelar; integration av rutiner och inpassning i organisationen.</p>	I
<p>Whitebird, R. R., Solberg, L. I., Margolis, K. L., Asche, S. E., Trangle, M. A., & Wineman, A. P. (2013). Barriers to improving primary care of depression: perspectives of medical group leaders. <i>Qual Health Res</i>, 23(6), 805-814 USA</p>	<p>Syftet var att förstå uppfattningar hos ansvariga för implementering av organisationsförändringar och identifiera de huvudsakliga hindren för att förbättra vården för personer som är deprimerade.</p>	<p>Kvalitativ metod. Data från semistrukturerade intervjuer med 82 ledare (41 var medicinska ledare och 41 var kvalitetsförbättringskordinatorer) av medicinska grupper på vårdcentraler i Minnesota.</p>	<p>De identifierade hindren för att förbättra vården inkluderar externa kontextuella problem som tex ersättningsystemet; individuella attityder hos både läkare och patient; hinder i den interna vårdprocessen.</p>	III
<p>Wolfson, D., Bernabeo, E., Leas, B., Sofaer, S., Pawlson, G., & Pillittere,</p>	<p>Syftet var att undersöka vilka faktorer som hindrar</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med öppna</p>	<p>Tre teman som belyste läkarnas erfarenheter av kvalitetsförbättringar:</p>	I

D. (2009). Quality improvement in small office settings: An examination of successful practices. <i>BMC Family Practice</i> , 10 USA	och/eller underlättar för läkare i små praktiker, som är aktivt engagerade i mätning och förbättringsaktiviteter, att anpassa sig till kvalitetsförbättring	frågor. 39 läkare som använde sig av resultatdata för att driva kvalitetsförbättringsinitiativ intervjuades.	upplevda fördelar med mätningar och praktiskt förbättringsarbete, möjligheter för förbättringsarbete och hinder för kvalitetsförbättring. Samverkan i team kring förbättringarna underlättar. Lyckade resultat föder nya idéer hos kollegor som tidigare varit lite tveksamma. Hindrande faktorer: tid är den stora utmaningen och ibland tog det två-tre år innan man såg resultatet.	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Bilaga 3

Exempel på förfarandet vid innehållsanalysen av underlättande förutsättningar

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
En mellanchef som kan interagera dagligen både med toppledaren, med kliniken och avdelningspersonalen på golvet <i>Donahue</i>	Chef som interagerar dagligen med ledare, kliniken och avdelningspersonalen	Interagerar dagligen uppåt och nedåt	Ledare som interagerar dagligen	Ledarperspektiv	Underlättande förutsättningar
Ledare som går omkring i verksamheten skapar värdefull dialog och ger utrymme att lyssna <i>Parand</i>	Ledare som finns i verksamheten och skapar dialog och lyssnar	Finns i verksamheten och lyssnar			
Driva på arbetet dagligen genom sina rundor på avdelningen och vid personalmöten <i>Rosengren</i>	Driva på genom dagliga rundor och möten med personal	Möta personalen dagligen			