



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)**

Medical Management Centrum (MMC)

Examensarbete för magisterexamen i Medical management 15hp

VT 2015

# **Att bedriva systematiskt kvalitetsarbete i akutsjukvården**

## **Framgångsfaktorer och svårigheter**

**Författare:** Lena Martin

**Handledare:** Ulrika Schuldt Håård

# Sammanfattning

## Syfte

Syftet var att undersöka vilka framgångsfaktorer respektive svårigheter som påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete inom akutsjukvården

## Bakgrund

Trots hälso- och sjukvårdens framsteg och utveckling de senaste femtio åren, är vårdskador och kvalitetsbrister fortfarande ett problem. I samband med Socialstyrelsens reviderade föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2012) skärptes dessa krav på hälso- och sjukvården. Flera myndighetsrapporter pekar dock på att det fortfarande finns brister i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Metod

Studien bygger på intervjuer med sex verksamhetschefer på tre olika akutsjukhus i Mellansverige. En kvalitativ intervjumetod med en induktiv ansats har använts och därefter har en konventionell innehållsanalys genomförts.

## Resultat

Studien visar att framgångsfaktorer och svårigheter främst berörde de tre teman 1) Behov av integrerat stöd 2) Behov av värderingsstyrt ledarskap och 3) Behov av mod.

Utveckla enkla stödstrukturer med enhetliga/standardiserade metoder för kvalitetsarbete, processorientering, resultatuppföljning, visualisering och operativt stöd för systematiskt kvalitetsarbete. Tillämpa värderingsstyrt ledarskap med resultatstyrd vård som utgår från patientens perspektiv. Det behövs mod på alla nivåer i organisationen för att förbättra möjligheterna för lärande och utveckling.

## Nyckelord

Framgångsfaktorer, svårigheter, systematiskt kvalitetsarbete, ledningssystem, akutsjukvård, verksamhetschefer

# **Abstract**

## **Aim**

The aim of this study was to examine success factors and barriers for continuous quality improvement in acute hospital care.

## **Background**

In spite the improvements and developments in healthcare the last fifty years, adverse events and lack of quality remain a problem. In 2012, the Swedish National Board of Health and Welfare increased the requirement about continuous quality improvement in the revised regulations. Several reports still indicate insufficiencies in continuous quality improvement.

## **Method**

Interviews with six operational managers from three different hospitals for acute care, in the central of Sweden, were conducted. The interviews were analyzed with conventional qualitative content analysis.

## **Results**

The results show that success factors and barriers mainly involves three themes 1) Need of integrated support 2) Need of value based leadership and 3) The need of courage

Develop integrated support and standardized methods for continuous quality improvement, processes, result follow-up, visualization and operational support. Practice value based leadership that aim for patient related outcomes. Courage at each organizational level is needed to improve possibilities for learning and improvement.

## **Keywords**

Success factors, barriers, continuous quality improvement (CQI), systematic quality management, acute hospital care, operational manager

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INLEDNING</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 BAKGRUND</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOVEN ÖKAR                                    | 1         |
| 1.2 MYNDIGHETERNAS KRAV OM SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE                 | 2         |
| 1.3 PATIENTSÄKERHET   | 3         |
| 1.3.1 PATIENTSÄKERHETSKULTUR  | 4         |
| 1.4 KVALITETSBEGREPP  | 4         |
| 1.5 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MÅL  | 5         |
| 1.5.1 VAD ÄR GOD VÅRD?  | 5         |
| 1.6 KVALITETSRÖRELSENS UTVECKLING                                       | 5         |
| 1.6.1 KVALITETSSTYRNING   | 6         |
| 1.6.2 VÄRDEBASERAD VÅRD   | 7         |
| 1.7. FRAMGÅNGSFAKTORER OCH SVÅRIGHETER FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE | 8         |
| 1.7.1 NATIONELLA KVALITETSREGISTER - EN UNDERUTNYTTJAD GULDGRUVA        | 8         |
| 1.7.2 PATIENTENS DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE                             | 8         |
| 1.8 PROBLEMFÖRMULERING  | 9         |
| 1.9 SYFTE   | 9         |
| 1.9.1 FRÅGESTÄLLNINGAR  | 9         |
| <b>2 METOD</b>  | <b>10</b> |
| 2.1 URVAL   | 10        |
| 2.2 DATAINSAMLING   | 11        |
| 2.2.1 FÖRFÖRSTÅELSE   | 12        |
| 2.2.2 BAKGRUNDSDATA   | 12        |
| 2.3 ANALYSMETOD   | 13        |
| 2.5 ETISKA ASPEKTER   | 14        |
| <b>3 RESULTAT</b>   | <b>14</b> |
| 3.1 VILKA FRAMGÅNGSFAKTORER PÅVERKAR ETT SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE?  | 15        |
| 3.1.1 BEHOV AV ENHETLIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE                             | 16        |
| 3.1.2 BEHOV AV MÅLSTYRNING OCH UPPFÖLJNING                              | 16        |
| 3.1.3 BEHOV AV INFORMATIONSHANTERING                                    | 17        |
| 3.1.4 BEHOV AV FLÖDESEFFEKTIVITET                                       | 17        |
| 3.1.5 BEHOV AV VÄRDEGRUND   | 18        |
| 3.1.6 BEHOV AV LEDARSKAP, DELAKTIGHET OCH ENGAGEMANG                    | 19        |
| 3.1.7 BEHOV AV MOD  | 20        |
| 3.2 VILKA SVÅRIGHETER PÅVERKAR ETT SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE?        | 20        |
| 3.2.1 YTTRE KRAV OCH STYRMODELLER                                       | 21        |
| 3.2.2 KONSERVATIV KULTUR  | 22        |
| 3.2.3 RESURS- OCH KOMPETENSBRIST  | 23        |
| 3.2.4 EVIDENSBASERAD MEDICIN OCH INDIKATORER                            | 23        |
| 3.2.5 INFORMATIONSHANTERING OCH ENHETLIGTFÖRBÄTTRINGSARBETE             | 24        |
| 3.2.6 FRAGMENTARISK VÅRD  | 24        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3.3 FINNS DET NÅGRA SPECIFIKA SVÅRIGHETER JUST FÖR AKUTSJUKVÅRDEN?</b> | <b>25</b> |
| <b>3.4 SAMMANFATTNING AV RESULTATET</b>                                   | <b>26</b> |
| 3.4.1 BEHOV AV INTEGRERAT STÖD  | 26        |
| 3.4.2 BEHOV AV VÄRDERINGSSTYRT LEDARSKAP                                  | 27        |
| 3.4.3 BEHOV AV MOD  | 27        |
| <b>4 DISKUSSION</b>   | <b>27</b> |
| <b>4.1 RESULTATDISKUSSION</b>   | <b>28</b> |
| <b>4.2 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN</b>                                     | <b>30</b> |
| 4.2.1 TROVÄRDIGHET  | 30        |
| 4.2.2 TILLFÖRLITLIGHET OCH ETISKA ÖVERVÄGANDEN                            | 31        |
| 4.2.3 ÖVERFÖRBARHET   | 32        |
| <b>5 SLUTSATS</b>   | <b>32</b> |
| <b>5.1 IMPLIKATIONER FÖR FORTSATT FORSKNING</b>                           | <b>33</b> |
| <b>5.2 IMPLIKATIONER FÖR PRAXIS</b>                                       | <b>33</b> |
| <b>6 SLUTORD</b>  | <b>34</b> |
| <b>7 REFERENSER</b>   | <b>34</b> |
| <b>BILAGA 1</b>   | <b>40</b> |
| <b>BILAGA 2</b>   | <b>41</b> |
| <b>BILAGA 3</b>   | <b>42</b> |

# Inledning

Hur utvecklar vi dagens vård så att den blir ännu bättre i morgon? Hur tillvaratar vi lärdomar om framgångsfaktorer och svårigheter för att forma våra strategier att styra mot uppsatta mål? Hur möter vi de dagliga utmaningarna i en komplex och föränderlig vård? Det finns ett kontinuerligt behov av att utveckla systematiken i våra arbetssätt och förbättra förutsättningarna för att bedriva ett framgångsrikt kvalitetsarbete inom vården. Hur?

## 1 Bakgrund

### 1.1 Hälsa- och sjukvårdsbehoven ökar

Hälsa- och sjukvården har utvecklats enormt mycket de senaste femtio åren, med nya medicinska framsteg, tekniska innovationer och nya effektiva läkemedel. Många sjukdomar som tidigare var obotliga finns det nu framgångsrika behandlingar för. Samtidigt finns det problem när det gäller patientsäkerhet, kvalitet och omhändertagande av patienterna. Det har visat sig svårt att implementera ny evidensbaserad kunskap i klinisk hälsa- och sjukvård vilket innebär att den fulla potentialen av bästa tillgängliga kunskap inte omsätts, vilket kan leda till suboptimal vård och att undvikbara vårdskador inträffar (Nordenström, 2014).

Hälsa- och sjukvårdens förutsättningar och utmaningar har diskuterats under många år, men ämnet är mer aktuellt än någonsin. Hälsa- och sjukvårdsbehovet ökar med stigande ålder, i synnerhet kan det sista levnadsåret komma att kräva stora vårdresurser. Ålderskategorin 65 år och äldre står för nästan hälften av slutenvårdskonsumtionen och de som har fyllt 85 år har fyra gånger fler vårdtillfällen än befolkningsgenomsnittet. Den demografiska utvecklingen i Sverige förändras successivt med en ökning av andelen äldre. År 2009 motsvarade andelen svenska medborgare > 65 år 18 % och prognosen för år 2060 motsvarar en ökning till ca 25 % (Statistiska centralbyrån, 2015). Den förändrade åldersstrukturen leder till ökade sjukvårdskostnader med ca 0,8 % per år (Institutionen för medicin och hälsa, 2015).

Eftersom den medicinska teknologin har utvecklats så mycket de senaste decennierna så kan allt fler behandlingsmetoder erbjudas till patienter i allt högre åldrar. Ju bättre hälsa- och sjukvården blir på att behandla skador och sjukdomar, desto mer ökar såväl behov som efterfrågan hos befolkningen (Hallin & Siverbo, 2003).

Det ökade behovet av hälso- och sjukvård ger en kostnadsutveckling som blir svår att tillgodose utan prioriteringar och effektiviseringar (Rosén, 2003). Även vårdskador och kvalitetsbrister medför omfattande kostnader, vid sidan om det stora lidande som det orsakar berörda. I en Fokusrapport, genomförd av Stockholms läns landsting (2004), drar man slutsatsen att så mycket som 20-40 % av ett universitetssjukhus totala budget kan utgöras av kvalitetsbristkostnader.

## 1.2 Myndigheternas krav om systematiskt kvalitetsarbete

Hälso- och sjukvården omfattas av en föreskrift för kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”. Den trädde i kraft 2012 och ersatte den tidigare föreskriften (SOSFS 2005:12) ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”. Ett ledningssystem fastställer principer för ledning och styrning. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete syftar till att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, förebygga risker som kan leda till vårdskador samt leda och styra mot uppställda krav och mål. Genom ett systematiskt och fortlöpande arbete ska verksamhetens kvalitet säkerställas och utvecklas. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Grunden i ledningssystemet är att ha kunskaper om vilka krav och mål som gäller för verksamheten enligt föreskrifter, lagar och andra tillsynsbeslut. Vidare innehåller föreskriften krav på att hälso- och sjukvården ska processorienteras, vilket blir alltmer nödvändigt eftersom Hälso- och sjukvården är höggradigt specialiserad och ofta funktionellt organiserad, och inte utifrån patientens perspektiv, vilket försvårar helhetsperspektivet. I praktiken innebär det att olika sjukdomstillstånd ofta utreds och behandlas av olika specialister. Andelen multisjuka patienter ökar i befolkningen, och enligt en studie utförd av myndigheten för Vårdanalys, (2014), har 44 % av befolkningen i Sverige minst en kronisk diagnos, och 25 % har två eller flera diagnoser. Detta leder det till långvariga vårdkontakter, ofta med olika vårdaktörer vilket kräver god samverkan mellan olika funktioner och vårdgivare. Samordning fungerar oftast inte, anser myndigheten för vårdanalys i rapporten ”VIP i vården?”(2014:2).

I SOSFS 2011:9 framställs krav om uppföljning, egenkontroll och utvärdering av hälso- och sjukvården, t ex utifrån Nationella kvalitetsregister och Öppna Jämförelser, som är en publikation om hälso- och sjukvårdens kvalitetsresultat, kostnader och effektivitet, som Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen ger ut årligen i syfte att stimulera landsting att jämföra sina resultat. I SOSFS 2011:9 ges också andra förslag på olika metoder för granskning, såsom journalgranskning, revisorssynpunkter etc. Socialstyrelsen

(2012) beskriver ledningssystemet i form av ett förbättringshjul med olika steg enligt Demings PDSA modell, förkortningen står för: PLAN (planera), DO (utföra), STUDY (kontrollera), ACT (Agera). hämtad 25 feb 2015 från: <http://kaizensite.com/> "Evolution of the PDCA Cycle", (R Moen & C Norman, 2015).

### 1.2.2 Roller och ansvar för systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsen är det vårdgivaren som ansvarar för att kvaliteten i verksamheten fortlöpande säkerställs och utvecklas. (Socialstyrelsen, 2011). Ansvaret kan således fördelas och organiseras på ett ändamålsenligt sätt för varje verksamhet. Dock framställs det i Hälso- och sjukvårdslagen, 1982, att det ska finnas verksamhetschefer. Verksamhetschefen har vanligen det samlade ledningsansvaret för såväl kvalitet, patientsäkerhet, ekonomi och arbetsmiljö inom definierat verksamhetsområde, (Hallin, Siverbo 2003).

## 1.3 Patientsäkerhet

Patientsäkerheten är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet, och även ett grundläggande krav enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1982:763). Vårdskador är likväl ett stort problem i hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen (2008) drabbas 8,6 % av patienterna som vårdas på sjukhus av någon form av vårdskada. SKL rapporterar (2013), att 10-15 % av sjukhusvårdade patienter drabbas av vårdskada. I Sverige infördes en ny Patientsäkerhetslag år 2011 (SOSFS 2010:659) som ställer krav på att vårdgivare ska bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete för att förebygga vårdskador. Det läggs särskilt vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser. Det är negativt att en avvikelse inträffar i en verksamhet, men som en del i ett systematiskt kvalitetsarbete, är det positivt att en avvikelse fångas upp för att förhindra återupprepning. Patientsäkerhetslagen (PSL) definierar vårdskada som: *"Lidande, kroppslig skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården"*, (Kap 1, § 5) .

I och med den nya PSL träffades en Nationell överenskommelse om en treårig satsning för ökad patientsäkerhet med samtliga landsting i Sverige. I Socialstyrelsens *"Lägesrapport om patientsäkerhet"* (2014) konstateras att satsningen har resulterat i en betydande spridning och utveckling av metoder för patientsäkerhetsarbetet mellan åren 2011-2014, men att det ännu inte går att se någon effekt av de insatta åtgärderna.



### 1.3.1 Patientsäkerhetskultur

En stark patientsäkerhetskultur anses vara en viktig förutsättning för att skapa en vård av god kvalitet (SKL 2015). Patientsäkerhetskultur handlar om värderingar, normer, attityder och handlande som har betydelse för patientsäkerheten. Säkerhetskulturen genomsyrar organisationen från övergripande lednings- och styrningsperspektiv, till vårdenheter, team och medarbetare. Betydelsen av säkerhetskulturen har fått stor uppmärksamhet på senare år. Singer et al. (2009) visade ett samband mellan säkerhetskultur och förekomsten av vårdskador, vilket också konstateras i (McFadden, 2014). Inom ramen för Nationell patientsäkerhetsstrategi, som involverade samtliga landsting i Sverige, har det genomförts enkätstudier 2012-2014. Mer än 50 procent av medarbetare och chefer i vården svarat på självskattande frågor om säkerhetskulturen. Styrkor som framkom var öppen kommunikation och gott samarbete inom egen vårdenhet. Identifierade förbättringsbehov var brister i övergripande ledningsstöd för patientsäkerhet, underrapportering av avvikelser, brister i samarbete mellan vårdenheter samt hög arbetsbelastning (SKL 2015).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) rapport (2013), ifrågasätter vårdgivares systematiska kvalitetsarbete. Man anser att det brister i det riskförebyggande arbetet på samtliga verksamhetsnivåer. IVO menar också att det finns återkommande brister i vårdens övergångar, såväl mellan olika vårdgivare, som mellan enheter inom samma vårdgivare.

I Socialstyrelsens årliga tillsynsrapport (2012) framförs allvarlig kritik om att man ser ”*genomgående brister i vårdens och omsorgens kvalitetsarbete*”.

## 1.4 Kvalitetsbegrepp

Begreppet kvalitet är mångfacetterat, och därför finns det många olika beskrivningar. Innebörden av kvalitet varierar mellan människor, organisationer och sammanhang, varför varje organisation bör beskriva dess innebörd utifrån den specifika kontexten (Lagrosen, 2009).

Bergman och Klefsjös definition på kvalitet är mer kundorienterad, vilket kan vara lättare att omsätta i en hälso- och sjukvårdskontext, där kvalitetsbegreppet både ska svara upp mot ett vårdbehov och motsvara den enskilda patientens förväntan om vad som är kvalitet.

”*Kvaliteten på en produkt eller tjänst är dess förmåga att tillfredsställa och helst överträffa kundernas behov och förväntningar*”. (Bergman & Klefsjö 2002, sid 19-20)

Andra exempel på kvalitetsdefinitioner är den internationella kvalitetsstandarden ISO 9001:2008: ”Grad till vilken inneboende egenskaper uppfyller krav”.

Utgångspunkten för denna studie är kvalitetsbegreppet enligt SOSFS 2011:9: vilket innebär ”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård...” (Kap 2 § 1, sid 4)

## 1.5 Hälso- och sjukvårdens mål

### 1.5.1 Vad är God vård?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), är målet för hälso- och sjukvården god hälsa och jämlik vård. Begreppet God vård lanserades första gången i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12)

Sex områden lyftes fram som viktiga förutsättningar för God vård. De sex områdena beskrivs som Kunskapsbaserad, Säker, Individanpassad, Effektiv, Jämlik och Tillgänglig (Socialstyrelsen, 2014).

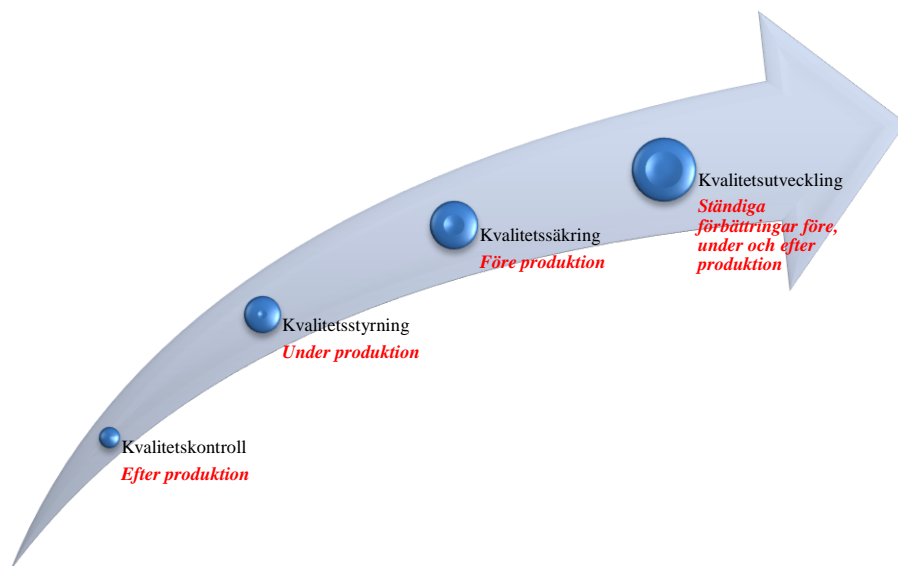


Figur 1 God vård och omsorg  
Källa: Socialstyrelsens ”Handbok för utveckling av indikatorer, (2012, sid 10)

Kvalitetsområdena baseras på Hälso- och sjukvårdslagens gällande mål och krav och fungerar som en uppföljningsmodell inom det systematiska kvalitetsarbetet i många landsting i Sverige.

## 1.6 Kvalitetsrörelsens utveckling

Kvalitetsrörelsens utveckling har successivt förändrats från att, i början av 1900 talet, handla om kontroll, till en nuvarande uppfattning att kvalitet och ständiga förbättringar byggs in i varje del av produktionen. Synsättet har också förändrats från ett kontrollerande perspektiv till ett helhetsperspektiv på verksamheterna (Bergman och Klefsjö 2001).



Figur 2 Kvalitetsarbetets fokus genom tiderna. Fritt utifrån (Bergman & Klefsjö, 2001, s. 94).

### 1.6.1 Kvalitetsstyrning

Även metoderna för kvalitetsstyrning har förändrats. Nedan beskrivs de riktningar som dominerat kvalitetsstyrningen sedan slutet av 80-talet.

Styrningen baseras till stor del av influenser från Total Quality Management (TQM). (Bejerot & Hasselbladh, 2003) TQM innebär en offensiv kvalitetsutveckling, där fokus inriktas på att förebygga och förbättra istället för att kontrollera och reparera. Det är en helhet av värderingar, arbetssätt och verktyg som krävs för att lyckas med kvalitetsarbetet. TQM hänvisar till Hörnstensmodellen som utgörs av kunden i centrum, faktabaserade beslut, processinriktning, ständiga förbättringar, delaktighet och engagerat ledarskap (Bergman & Klefsjö, 2002).

Lean är en verksamhetsstrategi som definierar hur verksamheten ska tillgodose kundernas behov (Modig & Åhlström, 2011). Managementutvecklingen inom hälso- och sjukvården har till stor del hämtat inspiration och lärdomar från den japanska biltillverkaren Toyotas framgångar under andra delen av 1900 talet. Toyota byggde upp en mycket framgångsrik produktionsmodell som utgick från standardisering av flöden, inspirerad av den amerikanska biltillverkaren Ford (Seddon 2010). Toyota vidareutvecklade flödesmodellen för att möjliggöra variation i produktionsprocessen, samtidigt som flödeseffektiviteten skulle vara hög. Varje medarbetare blev beslutsfattare i processen, och en ny typ av ledarskap tog form. Samtliga steg i processen utgick från kundernas behov med syfte att maximera värdet för kunden (Seddon, 2010).

Enligt Womack et al (1990) består kärnan i Lean av teamwork, kommunikation, effektivt användande av resurser och eliminering av slöseri samt kontinuerlig förbättring. Enligt Modig och Åström (2011) består alla verksamheter av

processer, som utgörs av ”flödesenheterna” människor, material och information, som förs framåt.

På senare år har Lean fått mycket kritik inom hälso- och sjukvården (Modig & Åström, 2011), för att vara för industriinriktad och inte hälso- och sjukvårdsanpassat. Journalisten Zaremba fick stor uppmärksamhet i svensk dagspress 2013, när han gick till hårt angrepp mot det som kallas ”New public management” och ”Lean production” i svensk sjukvård. Zaremba menar att sjukvården har utvecklats till en ineffektiv, dyr koloss genom att anammat bilindustrins styrmodeller för att ”*leka företag*” inom offentlig sjukvård (DN 2013).

Grundläggande förutsättningar såsom processorientering och decentraliserad organisation måste finnas om implementering av lean i hälso- och sjukvården ska lyckas (Al-Balushi et al. 2014). Andra framgångsfaktorer som identifierats är ledarskap, värdegrund, medvetenhet om vad som skapar värde i processen, se helheten, kompetens och delaktighet samt anpassat system för att mäta och utvärdera resultat (Al-Balushi et al. 2014). Snarlika slutsatser avseende framgångsfaktorer för hög flödeseffektivitet framkommer i en intervjustudie av ledningen på Intermountain Healthcare, Utah, USA, (Leifland, 2013). Bristen på hållbart systematiskt förbättringsarbete kan bero på låg mognadsnivå för ”självförbättringar” enligt Lean, vilket ofta begränsas till användning av ”verktygen för Lean” och inte hela systemperspektivet (Mazzocato, 2012).

### **1.6.2 Värdebaserad vård**

Under de senaste åren har istället konceptet ”värdebaserad vård” börjat få större genomslag i svensk och internationell sjukvård. Kärnan är det som skapar värde för patienten i relation till kostnad, där resultaten baseras på hälsoutfall ur patientens perspektiv. Fokuset flyttas från produktionsstyrning till resultatstyrning eftersom ett av vårdens problem orsakas av att olika aktörer såsom ägare, profession, patient etc. har inkongruenta målbilder, vilket leder till uppföljning av fel saker och åtgärder (Porter, 2010).

Att mäta, följa upp och jämföra resultatutfall kan sannolikt vara den viktigaste drivkraften för vårdpersonalen att bedriva kvalitetsförbättringar (Nordenström, 2014).

## 1.7. Framgångsfaktorer och svårigheter för systematiskt kvalitetsarbete

Ett växande antal studier visar på betydelsen av en stark organisationskultur för att åstadkomma goda resultat av systematiskt kvalitetsarbete (McFadden, 2014). Det finns också samband mellan patientsäkerhetskultur och systematiskt kvalitetsarbete, vilket kan tala för att integrerad implementering leder till förbättrat resultat (McFadden, 2014).

Avsaknad av strategi och målbild, tidsbrist, förändringsobenägenhet, kompetensbrist och undermålig informationshantering framstår som de viktigaste hindren, enligt en metastudie av 23 internationella studier (Salomons et al. 2010), där man undersökt framgångsfaktorer och hinder för evidensbaserad vård i det systematiska kvalitetsarbetet.

Brandrud et al. 2011 analyserade 101 förbättringsteam inom hälso- och sjukvården i Norge, för att identifiera framgångsfaktorer för förbättringsarbete. Slutsatsen blev att det behövs engagemang på alla nivåer i organisationen, tillförlitlig realtidsdata och en infrastruktur med teamarbete, coachning och kunskap om förbättringsarbete.

Nödvändigheten med sammanhållen vård och multiprofessionellt samarbete som strategi för en kvalitativ vård lyfts fram av Harris et al. 2014).

### 1.7.1 Nationella kvalitetsregister - en underutnyttjad guldgruva

I Sverige finns ett stort antal Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvårdens olika diagnos och behandlingsområden, som syftar till användning i förbättringsarbete och forskning. Dessa register bygger på att en stor mängd persondata samlas in, bearbetas och analyseras. Enligt Rosén (2010) är kvalitetsregister ett mycket viktigt verktyg och en potentiell guldgruva för systematiskt kvalitetsarbete, som ännu är underutnyttjad.

Kvalitetsregistercentrum Stockholm (QRC Sthlm) publicerade en rapport (2014) om användning av Nationella kvalitetsregister i förbättringsarbete där ett av problemen som identifierades var avsaknad av *systematik* i förbättringsarbetet.

### 1.7.2 Patientens delaktighet och inflytande

I flera internationella studier, (Vårdanalys, Rapport 2014:11, Ekman, 2014), visar resultatet att Sverige är sämre än andra länder på att möta patienternas

förväntningar om en personcentrerad vård. Dels handlar det om otillräcklig patientinvolvering och stöd för egenvård. Brister vad gäller tillräcklig information, kommunikation och utbildning framkommer också. Enligt författarens mening har patienten sedan lång tid tillbaka haft en ganska passiv roll i vården, men nu pågår ett paradigmskifte på bred front i västvärlden, vilket innebär en högre grad av patientinvolvering. Att stärka patientinflytandet och medverkan i vården kan innebära stora fördelar i form av bättre hälsoutfall och lägre vårdkostnader. Starka och engagerade patientgrupper kan även vara en viktig drivkraft i vårdens utveckling (Vårdanalys 2012).

## 1.8 Problemformulering

Mot bakgrund av de ökade vårdbehov Sverige står inför och nuvarande utmaning att uppnå hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet, är det systematiska kvalitetsarbetet av avgörande betydelse för resultatet. Socialstyrelsen skärpte kraven om systematiskt kvalitetsarbete för några år sedan, men riktar fortfarande kritik mot brister. Olika managementmodeller, såsom lean, har testats på bred front i Sverige men har fått utstå kritik att inte passa den humanistiskt inriktade vården.

Det behövs såväl fördjupad förståelse för vilka framgångsfaktorer som är av störst betydelse för ett systematiskt kvalitetsarbete, som att identifiera svårigheter för ett systematiskt kvalitetsarbete enligt kraven om "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9).

Ämnets höga aktualitet föranleder studien av det systematiska kvalitetsarbetet utifrån den specifika kontext som råder inom svenska akutsjukhus. Referenser saknas. Genom studien kan styrkor och förbättringsbehov identifieras vilket kan användas för att utforma strategier för verksamhetsutveckling i akutsjukvården.

## 1.9 Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka framgångsfaktorer respektive svårigheter som främst verksamhetschefer, som för övrigt även ingår i sjukhusledningen, upplever påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete inom akutsjukvården.

### 1.9.1 Frågeställningar

- Vilka framgångsfaktorer påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete?

- Vilka svårigheter påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete?
  - Finns det några specifika svårigheter just för akutsjukvården?

## 2 Metod

En kvalitativ intervjumetod med en induktiv analys har genomförts. Det innebär att intervjuerna genomförts utan någon teoribildning om utfallet på förhand. Induktiv analys innebär att studien utgår från det som upptäckts i empiriska data. Utifrån studiens insamlade material och de fynd som gjorts kan en teori bildas. Induktivt arbetssätt kännetecknas av subjektivitet, då tolkningar om insamlad information ger ny innebörd (Malterud, 2009).

Eftersom syftet har varit fördjupad förståelse av forskningsfrågan, har det varit viktigt att få fram en rik redogörelse med så många nyanser och dimensioner som möjligt (Alvesson & Deetz 2000). Därför har intervjuerna genomförts utifrån en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 3). En semistrukturerad intervjumodell har valts dels för att säkerställa att relevant material inom olika frågeområden täcks, dels för att möjliggöra flexibilitet i intervjun för att fånga ett så brett och djupt innehåll som möjligt, i relation till syftet och forskningsfrågor (Ahrne & Svensson 2011).

Kvalitativ intervju är ofta ganska löst strukturerade och utgår från vad intervjupersonerna anser är väsentligt att ta upp, givet att det faller in under forskningsområdet. Det innebär att intervjupersonens erfarenheter, kunskaper och olika perspektiv på ämnet kan beaktas och forskaren kan berikas med ny information, erfarenheter, idéer och tankar. Den kvalitativa intervjun bör därför vara ganska flexibel avseende vilka frågor som ställs. Upplevelsen får styra samtalet som utmynnar i intervjuberättelser som är en komplex samling av olika uttalanden (Alvesson & Deetz 2000).

Det krävs ganska många mellanmännsliga kompetenser för att en intervju ska bli lyckad. Forskaren måste visa intresse genom hela intervjun och kunna ställa relevanta följdfrågor för att få ett rikt material och kunna omformulera frågor om svaren inte är tillräckliga (Ahrne & Svensson 2011).

### 2.1 Urval

Urvalet till studien har gjorts i två steg. I det första steget har tre akutsjukhus av olika storlek i Mellansverige valts ut. Det minsta har 500-1000 medarbetare,

mellansjukhuset 1500-2500 medarbetare och det största 4000-5000 medarbetare. Valda sjukhus har avtal med landstinget och tillhör samma landsting. I steg två har inklusionskriterierna varit att intervjupersoner med funktion som verksamhetschef, och/eller annan funktion som ingår i sjukhusledningen har valts ut. Bedömningen var att verksamhetschefer i akutsjukvården har mycket stor insikt i det aktuella ämnet, genom självständigt chefsansvar för det aktuella verksamhetsområdet, där det oftast ingår både öppen- och slutenvård. Rollen att ingå i sjukhusledningen innebär ett sjukhusövergripande strategiskt ansvar och helhetsperspektiv över sjukhuset, vilket bör ge ytterligare bredd och perspektiv i belysning av frågeställningarna. Utifrån ett övergripande ledarskapsperspektiv har det varit motiverat att intervjua chefer som leder chefer. Målet för urvalet var också att få variation avseende kön och verksamhetsansvar. Sex personer intervjuades varav fem verksamhetschefer och en chefläkare. Kön fördelningen var två män och fyra kvinnor.

## 2.2 Datainsamling

Chefläkare vid två akutsjukhus, samt VD för ytterligare ett akutsjukhus kontaktades per mejl, med ett bifogat informationsbrev med förfrågan om deltagande i studien. Samtliga personer på de tre akutsjukhusen återkom med positivt besked att sjukhuset önskade medverka i studien. Förfrågan gällde intervju av två till tre verksamhetschefer från varje sjukhus. I samband med mejlsvaret om sjukhusets godkännande till medverkan i studien erhöles kontaktuppgifter till potentiella intervjupersoner. Dessa direktkontaktades per mejl, med en personligt ställd förfrågan om eventuell medverkan i studien. Sex av nio kontaktade verksamhetschefer hörde av sig med svar att de kunde medverka, och intervjutider bokades in med var och en. Informationsbrev till samtliga potentiella intervjupersoner beskrev syftet med studien samt bakgrundsinformation om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utöver detta beskrevs övergripande frågeområden för intervjun, praktiska förutsättningar samt etiska principer för hantering av intervjumaterialet, (bilaga 1), (Vetenskapsrådet, 2011).

Vid varje intervjutillfälle lämnades skriftlig information ut, ”Informerat samtycke”, (Datainspektionen, 2012) som undertecknades av intervjupersonerna innan intervjuerna påbörjades (bilaga 2). Intervjuerna genomfördes i enskilda samtalsrum eller i intervjupersonernas arbetsrum. Intervjuerna spelades in, och transkriberades därefter fortlöpande, i syfte att göra en bedömning av hur många intervjuer som behövdes göras för att få ett tillräckligt omfångsrikt material. Efter sex intervjuer genomförts hade ett rikt material erhållits, varvid intervjuantalet ansågs tillräckligt (Malterud 2009).



Intervjun inleddes med en kort muntlig beskrivning av syfte och genomförande. Som stöd för frågeområdena användes en intervjuguide (bilaga 3). Frågorna i intervjuguiden användes som ett komplement för att säkerställa att frågeområdet täcktes in i relation till studiens syfte och ställdes endast om inte frågeområdet spontant täcktes in av intervjupersonerna. Frågorna i intervjuguiden designades med utgångspunkt från studiens syfte, bakgrund och egen förförståelse, (Ahrne & Svensson 2011). De områden som täcktes in av intervjuguiden handlade om metoder, verktyg och modeller samt organisationskultur och värderingar. Även öppna frågor gällande ledarskap, medarbetarskap och patientmedverkan fanns med. Intervjuerna genomfördes utan pilottest av intervjuguiden, som inte heller reviderades efter att intervjuerna inletts.

Intervjupersonerna fick ge en kort beskrivning av bakgrundsdata, såsom grundprofession, erfarenhet och nuvarande befattning och organisation. Intervjuernas längd varierade mellan tjugosju och femtiosju minuter, medelvärde 40 min/intervju. Ingen av de som intervjuats har avstått från deltagande utan material från samtliga sex intervjuer har kunna användas. Efter intervjuerna har det inspelade materialet transkriberats ordagrant och därefter analyserats enligt nedan beskriven analysmetod (Malterud, 2009).

### **2.2.1 Förförståelse**

Författaren har mer än 30 års erfarenhet från hälso- och sjukvården, varav 20 år som chef och ledare. De senaste fem åren har arbetet främst varit inriktat på kvalitetsutveckling. Den gedigna förkunskapen bör vara användbar i intervjusituationerna, men kan samtidigt innebära att tolkningar av resultatet påverkas av den tidigare kunskapen, med risk att missa något perspektiv. Svensson & Starrin (1996) påpekar vikten av ett öppet sinnelag. Därför är det viktigt att medvetandegöra förförståelsen, och kritiskt reflektera över resultaten och analysens eventuella svagheter och styrkor. Förförståelsen kan dock bidra till ökat djup och förståelse i intervjusituationen ”*som i bästa fall kan ge näring och styrka*”(Malterud, 2009).

### **2.2.2 Bakgrundsdata**

Samtliga intervjupersoner hade mycket långa vård- och chefserfarenheter inom akutsjukvården. Fyra av de intervjuade var läkare i grundprofessionen och två var sjuksköterskor. Fem av dem hade både ett sjukhusledningsansvar och ett ansvar för ett definierat verksamhetsområde, med ett totalt personalansvar som varierade mellan 200 och 700 medarbetare. En av intervjupersonerna var chefläkare med ett sjukhusövergripande uppdrag. Intervjupersonerna uppgav att de var väl förtrogna med (SOSFS 2011:19) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Socialstyrelsen, 2012).

## 2.3 Analysmetod

En kvalitativ konventionell innehållsanalys har använts (Patton, 2001) med utgångspunkt från Graneheim & Lundman (2004). Metoden innebär en grundlig systematisk analys av materialet i syfte att uppnå en djupare förståelse. I det första steget identifieras meningsbärande enheter, som dels är olika aspekter som relaterar till varandra men också till kontexten. De meningsbärande enheterna kondenseras och kodas. Därefter skapas delkategorier och sedan huvudkategorier vilket innebär en sortering av olika grundbegrepp. Kategoriseringen betraktas som kärnan i genomförandet av innehållsanalysen och kategorierna ska vara ömsesidigt uteslutande och täcka in allt material. Hela analysprocessen innebär att man kondenserar innehållet, dvs. kortar ner materialet men med bibehållande av dess innebörd. Det kallas också abstraktionsprocess, som är en tankeprocess där man tar fram väsentligheterna och det gemensamma och frigör sig från konkreta detaljer. Steget efter kategoriseringen innebär tematisering av materialet. Kategorierna utgör det manifesta innehållet i materialet, medan tematiseringen, företrädesvis, utgör tolkningen av innehållet. Det är ett sätt att fånga den röda tråden i materialet och länka ihop innebörden genom meningsbärande enheter, koder och kategorier. Om möjligt, så kan det sista steget i abstraktionsprocessen utmynna i en teori. Eftersom verkligheten tolkas på olika sätt kan det finnas dubbelydigheter i textmaterial. Detta är viktigt att beakta när man diskuterar trovärdigheten i kvalitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1 *Analys exempel från föreliggande arbete med utgångspunkt i innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004)*

| Meningsbärande enhet  | Kod (Kondenserad meningsbärande enhet) | Delkategori                           | Huvudkategori | Tema          |
|---|--|---------------------------------------|---------------|---------------|
| <i>”Men det handlar ju också om att man vågar ifrågasätta det dagliga arbetet lite grand, vem som gör vad, invanda arbetssätt och så”</i> | -Våga ifrågasätta invanda arbetssätt   | - Våga ifrågasätta invanda arbetssätt | -Mod          | -Behov av mod |

Analysprocessen påbörjades redan efter två genomförda intervjuer, vilket skulle ge möjlighet att förbättra intervjufrågorna successivt, vid behov, samt även inkludera fler intervjupersoner om ytterligare material hade ansetts berikande för studien (Malterud, 2009). Efter transkriberingen, lästes materialet igenom flera gånger, för att fånga helhetskänslan. I den systematiska abstraktionsprocessen användes Officeprogrammet Excel, där materialet färgkodades i enlighet med de olika sorteringsstegen. För området ”framgångsfaktorer” identifierades 192 st. meningsbärande enheter, som kodades. Därefter utmynnade analysen i 30 delkategorier, och slutligen sju huvudkategorier. För området ”svårigheter” identifierades 56 st. meningsbärande enheter, som kodades och i nästa steg framkom nio delkategorier och slutligen sex huvudkategorier. Studiens sammanfattande resultat beskrivs i form av tre teman.

Resultatet presenteras med rika citat, där // indikerar att text har utelämnats och () utgör komplement i texten. Ändringarna syftade till att göra texten begriplig utan att modifiera innebörden.

## 2.5 Etiska aspekter

Deltagandet i studien har varit helt frivilligt, och utgått från samtyckeskravet. Det insamlade materialet har behandlats strikt konfidentiellt. Materialet har avidentifierats innan dataanalys påbörjades och kodats. Resultaten är presenterade så att ev citat inte går att härleda till en enskild individ. Intervjupersonernas refereras som ”intervju 1” osv i anslutning med citaten. Även kravet om information och nyttjanderätt har uppfyllts. Samtliga intervjupersoner fick underteckna ett informerat samtycke i samband med intervjutillfälle (bilaga 2), (Vetenskapsrådet, 2002).

## 3 Resultat

Resultatets huvudkategorier redovisas separat utifrån områdena ”framgångsfaktorer” och ”svårigheter”. Kategorierna har framkommit utifrån det empiriska materialet. För området framgångsfaktorer identifierades sju huvudkategorier, och för området svårigheter framkom sex huvudkategorier. Vid analysen framkom tre teman som genomsyrade intervjupersonernas beskrivningar av framgångsfaktorer och svårigheter: **behov av stödstrukturer**, **behov av värderingsstyrt ledarskap** och **behov av mod** De tre teman presenteras efter huvudkategorierna för respektive område.

### 3.1 Vilka framgångsfaktorer påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete?

Vid analysen identifierades trettio delkategorier och sju huvudkategorier. Samtliga del- och huvudkategorier är sammanställda i tabellen nedan och därefter presenteras huvudkategorierna var och en för sig.

Tabell 2 Framgångsfaktorernas del- och huvudkategorier

| <b>FRAMGÅNGSFAKTORER</b>                     |   |
|--|---|
| <b>HUVUDKATEGORI</b>                         | <b>DELKATEGORI</b>  |
| <b>Enhetligt förbättringsarbete</b>          | Struktur  |
|  | Stöd i förbättringskunskap och genomförande                   |
|  | Enkla metoder för förbättringsarbete                          |
| <b>Målstyrning och uppföljning</b>           | Målstyrning   |
|  | Uppföljning   |
|  | Analysera resultat  |
|  | Kvalitetsdefinition   |
|  | Kvalitetsstyrning   |
| <b>Informationshantering</b>                 | Realtidsuppföljning   |
|  | Visualisering   |
|  | Transparens   |
|  | Omvärldsbevakning   |
|  | IT stöd   |
| <b>Flödeseffektivitet</b>                    | Evidensbaserade vårdprocesser                                 |
|  | Processer med tydliga roller och ansvar                       |
|  | Se helheten för patienten                                     |
| <b>Värdegrund</b>                            | Kultur med ständiga förbättringar                             |
|  | Icke-skuld kultur   |
|  | Värdebaserad vård   |
|  | Teamarbete  |
| <b>Ledarskap, delaktighet och engagemang</b> | Förändringsledning  |
|  | Högsta ledningens engagemang och samsyn                       |
|  | Medarbetarengagemang  |
|  | Coachande ledarskap   |
|  | Arbetsglädje  |
|  | Patientmedverkan  |
|  | Ledarens ansvar att skapa förutsättningar för kvalitetsarbete |
| <b>Mod</b>                                   | Våga ifrågasätta invanda arbetssätt                           |
|  | Våga synliggöra fel och brister                               |
|  | Våga ge ansvar  |

### 3.1.1 Behov av enhetligt förbättringsarbete

I intervjuerna lyftes fram ett tidigare arbetssätt enligt Lean systemteorin, och att vissa principer av Lean fortfarande används, men att modeller och verktyg används på pragmatiskt vis. Det upplevs som en styrka att standardisera/skapa enhetlighet och knyta ihop förbättringsarbetet med kvalitetsdelen, eftersom det anses vara samma sak, med betoning på enkla modeller som alla känner till.

*”plötsligt från att ha haft krångliga modeller där man kallar det värdeflödesanalys, eller ja hela terminologin som bara får medarbetare i vården att resa ragg så kan man plötsligt visa enkelt att det här är inget svårt”*  
(Intervju 5)

Av de modeller som lyftes fram, framkom att systematiken i förbättringsarbetet utgår från PDSA modellen.



**Figur 3 E.** Deming PDSA modell hämtad 25 feb 2015 från: <http://kaizensite.com/> "Evolution of the PDCA Cycle" (R Moen & C Norman, 2015).

### 3.1.2 Behov av målstyrning och uppföljning

Målstyrningen sätter riktningen, och resultatet måste skapa ett värde. Att styra mot kvalitet istället för ekonomi framkom som viktigt. Att ha en levande verksamhetsplan med tydligt nedbrutna mål anses vara en grundbult i framgången med det systematiska kvalitetsarbetet. I detta ingår också att definiera vad som är kvalitet. Mål och styrmått måste vara relevanta och levande på alla nivåer i organisationerna.

*”Man bör jobba mycket med att man ska äga sina egna data så långt ut i organisationen som möjligt”* (Intervju 1)

En viktig del i målstyrningen handlar också om hur och var resultaten följs upp och analyseras. En av intervjupersonerna uttrycker betydelsen av uppföljning med emfas. *”Följa upp och följa upp och följa upp och följa upp.”* (Intervju 3)

Beträffande uppföljning framkommer också vikten att följa upp rapporterade avvikelser. Rapporteringsbenägenheten anses öka avsevärt om medarbetarna upplever att det är värdeskapande och leder till något resultat.

*”... en av de viktigaste faktorerna handlar om att det måste göra skillnad // dvs. att systemet belönar det som man vill uppnå, har man t ex identifierat en risk ska den tas om hand på ett sätt som gör att man blir mer benägen att fortsätta rapportera.”* (Intervju 4)

### **3.1.3 Behov av informationshantering**

Ur analysen framkom att det måste finnas en öppenhet och transparens i verksamheten, vare sig det gäller negativa händelser, goda eller mindre goda resultat. En av intervjupersonerna uttrycker att: *”Det ska vara brutal transparens, det kan inte finnas någonting som är så hemligt, för det hjälper oss ju att förändras om vi har all data synlig”*. (Intervju 5)

Data måste också följas upp och visualiseras utan fördröjning, helst i realtid, och inträffade avvikelser likaså.

En faktor som lyftes fram var värdet av att knyta ihop information, t ex processkartor med relevanta rutiner och riktlinjer, eller avvikelser med förbättringsideér. Enkelheten i hantering av information framkom som viktig. *”Vi bygger för stora system när vi istället skulle förenkla”*. (Intervju 6)

*”Vad man hör från en del av riktigt bra förbättringskulturer, Toyotas till exempel, // så gick man emot förenkling till slut, man har varit där och vänt // i väldigt mycket om hur avvikelserna hanterades”*. (Intervju 6)

I analysen framkom behov av att satsa på IT som stödjer och förenklar informationshanteringen. Det behövs också en proaktivitet i organisationen för att fånga förändringar i krav och andra uppdrag och ärenden som inkommer.

*”... någon form av organisation som har ögon och öron öppna på vad det är för bollar som rullar in //så man inte blir tagen på sängen, det är jätteviktigt”*. (Intervju 1)

### **3.1.4 Behov av flödeseffektivitet**

I analysen framkom att flödeseffektivitet med utgångspunkt från processerna har vuxit fram till en upplevd framgångsfaktor för kvalitetsarbetet. I analysen framkom också att processerna från början upplevdes *”svårtuggade”*, men efter att ha *”tuggat”* dem ett antal år så börjar det falla på plats. Nu framhölls vikten

av att fokusera på patientens perspektiv och väg genom sjukhuset, och att bryta ner det i delflöden för att utveckla kvaliteten i avgränsade flöden. Att mäta resultat som skapar värde för patienten, utan att t ex dela upp det i medicin eller omvårdnad och koppla avvikelser till respektive process framkom som viktigt.

*"I ambitionen att skapa flödeseffektivitet behöver man analysera färskt resultat vilket resulterar att det börjar bli mer förutsägbart framåt, att man kan styra flödeseffektiviteten."* (Intervju 6)

*"Det är inte hasard längre, vi vet ganska väl vad vi kommer att få för kvalitetsutfall beroende på vad vi gör."* (Intervju 6)

En av intervjupersonerna uttrycker att *"det finns ju en myt om att det inte går att planera för (akutsjukvården)."*(Intervju 4)

### **3.1. Behov av värdegrund**

I analysen framkom att värdegrunden eller "mind-setet" kring kvalitet är betydelsefull för att nå framgång i systematiskt kvalitetsarbete. Betydelsen av en stark patientsäkerhetskultur belystes, men också värdegrunden utifrån ett mångfacetterat perspektiv. De aspekter rörande patientsäkerhetskultur som främst lyftes fram var betydelsen av systemperspektiv och en *"non-blaming culture"*. (intervju 4)

En av intervjupersonerna ansåg att *"det handlar om att faktiskt älska de här avvikelserna"*. (intervju 2)

Betydelsen av att jobba med förbättringar som en naturlig del i vardagen och att skapa en värdegrund av kontinuerligt lärande framhölls också. En av intervjupersonerna formulerade följande;

*"vi ska leverera bästa möjliga vård // ständigt titta efter saker man kan förbättra //dela med sig av allt man lärt sig"* (Intervju 6)

Benchmarking och omvärldsspaning för att lära av varandra ansågs också viktig. Andra grundläggande värden som lyftes fram var betydelsen av att skapa bästa möjliga värde hela tiden och respekt för alla åsikter i teamet inklusive patienten. Kvalitetsarbetet i vården måste bedrivas teambaserat. *"Olika professioner och hela teamet ska vara med"*. (Intervju 4)

*"Ibland blir det för mycket fokus // på vad doktorn tycker. Man missar // andra bitar av teamet // framför allt missar man patienterna, de som sitter på sanningen. // För allt slöseri att man idag fortfarande behöver göra saker om och om igen eller gör fel saker, trollar man bort en del av det så har vi tid att prata med patienterna"*. (Intervju 6)

### 3.1.6 Behov av ledarskap, delaktighet och engagemang

Betydelsen av högsta ledningens engagemang, samsyn och intresse för kvalitetsfrågorna framkom och det betonades att sjukhusledning och verksamhetschefer behöver vara synliga i verksamheterna t ex genom patientsäkerhetsronder och mycket noggrann uppföljning. Flera intervjupersoner hade som rutin att träffa patienter som råkat ut för oönskade händelser eller var missnöjda.

Värdet av att tillvarata och frigöra kraften hos medarbetarnas framkom som en avgörande framgångsfaktor. Det skapas genom ett coachande och närvarande ledarskap med relevanta mål och nyckeltal som motiverar och engagerar.

*”Dialog mellan medarbetare och chefer ger störst effekt.”* (Intervju 1)

*”Som chef måste du brinna för att jobba med de här delarna (kvalitet).”*  
(Intervju 3)

Chefernas närvaro i verksamheten betonades, samt värdet av att underlätta för medarbetarna så att kvalitetsarbetet får utrymme. En av intervjupersonerna framhöll att *”man kan inte uppnå kvalitet från kontoret utan det uppnår man från golvet”*. (Intervju 6)

Det uttrycktes att förbättringsarbetet bör vara medarbetarstyrt *”Många av våra bästa förbättringar kommer från de som är längst ner på golvet dagligen”*.  
(Intervju 6)

*”Jag tror att det är just det, hitta det här som tar fram våra naturliga drivkrafter.”* (Intervju 2)

Glädjen över att vara med och påverka och skapa positiva förändringar framkom som en faktor att tillvarata i vårdorganisationerna.

*”Det är ju roligt att jobba i en miljö där det händer saker”* (Intervju 3)

Patienterna bör betraktas som en del av teamet och bör involveras i förbättringsarbetet. I analysen framkommer att potentialen i patientinvolveringen är större än vad man nyttjar i dagsläget.



### 3.1.7 Behov av mod

Behovet av mod för systematiskt kvalitetsarbete framkom som en framgångsfaktor. Dels handlar det om våga ”lyfta på stenar” att ta tag i obehagliga och negativa händelser. En av intervjupersonerna uttrycker; *”Det krävs verkligen att man tar patientsäkerhetsarbetet på allvar och inte duckar”*. (Intervju 3)

En annan åsikt var *”Om en patient är missnöjd så gäller det att våga möta den patienten, för det finns rätt mycket att lära”*. (Intervju 2)

Ytterligare ett citat lyder; *”Vi jobbar väldigt mycket med att tvätta bort rädslan som finns i organisationen mot att det blir fel eller att man inte vågar pröva // se möjligheterna i att det har gått snett.”* (Intervju 6)

Mod handlar också om att våga ifrågasätta invanda kulturer och arbetssätt och att våga omsätta idéer till handling. *”Man måste våga ta beslut, våga se patienten i centrum, våga ifrågasätta gamla kulturer”*. (Intervju 2)

*”En del vågar ju aldrig att avlossa första skottet för man hamnar i evighetslånga möten om hur man egentligen borde göra för att förbättra”* (Intervju 5)

En annan aspekt av mod handlade om att våga fatta obekväma beslut och våga vara tydlig. *”Om (en chef eller medarbetare) säger att vi inte kan förändra mer, då säger jag att du nog kan lämna den här branschen”* (Intervju 3)

Ytterligare en dimension av mod som framkom var att *”våga lita på medarbetare, lyfta fram medarbetare, det är jätteviktigt, det är jätteviktigt!”* (Intervju 2)

## 3.2 Vilka svårigheter påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete?

Vid analysen identifierades nio delkategorier och sex huvudkategorier. Samtliga del- och huvudkategorier är sammanställda i tabellen nedan och därefter

presenteras huvudkategorierna var och en för sig. Slutligen beskrivs svårigheter som upplevdes som specifika för akutsjukvården.

Tabell 3 Svårigheternas del- och huvudkategorier

| SVÅRIGHETER   |  |
|---|--|
| HUVUDKATEGORI   | DELKATEGORI                            |
| <b>Yttre krav och styrmodeller</b>                                      | Myndigheter hindrar                    |
|   | Kortsiktig ekonomisk styrning          |
| <b>Konservativ kultur</b>   | Konservativ kultur                     |
| <b>Resurs- och kompetensbrist</b>                                       | Resurs- och kompetensbrist             |
| <b>Evidensbaserad medicin och indikatorer</b>                           | Evidens och vad ska mätas?             |
| <b>Informationshantering och icke standardiserat förbättringsarbete</b> | Informationshantering                  |
|   | Icke standardiserat förbättringsarbete |
| <b>Fragmentarisk vård</b>   | Komplext med många aktörer             |
|   | Svårigheter i vårdens övergångar       |

### 3.2.1 Yttre krav och styrmodeller

I studiens resultat framkom att myndigheter såsom Socialstyrelsen, SKL och Landstingen anses ligga efter i utvecklingen av vården, vilket bl a skapar svårigheter genom att viss lagstiftning och vissa författningar upplevs föråldrade.

*”statliga myndigheter Socialstyrelsen, SKL och även Landstinget som definitivt ligger efter alla tre organisationerna vad som egentligen sker ute i den praktiska sjukvården och förbättringsarbete och kommer med emellanåt politiskt styrda direktiv att man skall jobba inom ett visst område vilket är helt förkastligt.”*  
(Intervju 5)

I analysen framkom att myndigheterna borde ägna sig åt att styra vården utifrån ett övergripande perspektiv. Istället upplever man att myndigheter och landstingscentrala funktioner stör det systematiska kvalitetsarbetet genom olika krav om genomlysningar, svar och rapporteringar i en lång rad frågor.

*”alla möjliga håller på och utreder och skall ha svar helst igår”* (Intervju 4)

*”oavsett vilken politisk ledning man har så de har sin egen agenda och vi har vår agenda.”* (Intervju 5)

Som svårighet för det långsiktiga systematiska kvalitetsarbetet framkom att incitamentsmodeller, viten och olika Nationella satsningar riskerar tränga undan lokala förbättringsarbeten i vissa avseenden.

*”Patientsäkerhetsmiljarder och liknande, det tenderar ju lite grand att söka ljuset rätt på någon liten del, och man kan ju kompromettera eller förstöra viss verksamhet bara för att uppnå ett mål. Det här är ju inte enskilda små öar // patientsäkerhet är ju en bred rörelse framåt, och jag är rädd att man slösar bort en del pengar där det inte gör så mycket nytta.”* (Intervju 5)

Kortsiktiga ekonomiska styrmodeller framkom som hämmande för kvalitetsarbetet. Det är för stort fokus på produktionsmål istället för total kvalitet och effektivitet. Det leder till känslan att *”vi ska springa fortare”* i stället för att *”jobba smartare”*, vilket hellre borde premieras. Det framkom också en oro att produktionsfokus minskar forskningsaktiviteterna.

*”Om vi fokuserar på kvalitet så kommer de andra resultaten också, alltså ekonomi och de delarna också.”* (Intervju 1)

*”Och det är väl som med så mycket att det kan kosta på den ena delen i systemet men vinsterna kanske ligger någon helt annanstans och det har vi svårt att hantera i samhället.”* (Intervju 4)

*”Det är pressade produktionskrav som riskerar att tränga undan klinisk forskning.”* (Intervju 3)

### **3.2.2 Konservativ kultur**

Studiens resultat visar att förändringsobenägenheten, att hålla kvar vid gamla invanda arbetssätt hämmar kvalitetsutvecklingen. Det gäller såväl medarbetare som chefer och ledare. Vissa grupper har svårt att tolerera förändringar och då krävs ett ledarskap som kan vända dessa attityder.

*”... man måste få människor att förstå att om vi inte hade gjort de här förändringarna hade vi sövt på eter fortfarande.”* (Intervju 3)

I analysen framkom att problemet ibland upplevs vara det omvända genom ett konservativt ledarskap som är för kontrollerande istället för att ge ansvar, coacha och skapa förutsättningar att bedriva förbättringsarbete. En av intervjupersonerna uttryckte

*”ge folk möjlighet att jobba med förbättringsarbeten utan att chefen lägger sig i hela tiden, det är absolut den största framgångsfaktorn, att inte chefen är bromsklossen för det är faktiskt så ibland”.* (Intervju 2)

### **3.2.3 Resurs- och kompetensbrist**

I analysen framkommer resurs- och kompetensbrist i akutsjukvården som en svårighet för systematiskt kvalitetsarbete. Dels handlar det om att kvalitetsutveckling får stå tillbaka vid perioder då det råder underbemanning och svårigheter att rekrytera, dels handlar det om svårigheter med kontinuiteten, att nå ut med budskap och upprätthålla rätt kompetens när personalomsättningen är för hög.

*”Arbetet blir ju väldigt ansträngt när man går underbemannade för de få som är kvar och sedan så blir det en väldig turbulens // man säger upp sig, det kommer nya, man säger upp sig, och då är det svårt med kontinuiteten och erfarenheten, då är det ett budskap som lätt blir utspädd så det är jättesvårt.”* (Intervju 2)

I analysen framkom att det ofta saknas ”luft i systemet” vilket blir hämmande för kvalitetsarbetet. De olika ledningsstödjande stabsfunktionerna inom kvalitet, med kompetens i förbättringskunskap, anses som mycket nödvändiga, och det finns en önskan om att utöka denna resurs.

*”... väldigt slimmad organisation. För mig skulle det vara oerhört mycket hjälp om vi hade lite mer kvalitetsfolk som kunde gå ut i verksamheterna och har det här tänket med sig och identifiera och hjälpa till att sätta igång förbättringsarbeten.”*(intervju 1)

Vårdpersonal hanterar en mängd olika IT system som det finns bristfällig handhavandekompetens för. Detta blir mycket resurskrävande.

### **3.2.4 Evidensbaserad medicin och indikatorer**

Vården ska bedrivas evidensbaserat utifrån bästa tillgängliga kunskapsläge. Inom olika specialiteter och discipliner är det dock inte helt säkerställt vilken behandlingsstrategi som har högsta evidensgraden. Det saknas vårdprogram och nationella riktlinjer för vissa delar av vården vilket leder till svårigheter, till exempel evighetslånga möten *”med akademiskt käbbel om best-practice”*.(intervju 6)

En annan identifierad svårighet är mätetal som har varierande kvalitet. Dels beror det på att professionen inte har tänkt igenom och vet exakt vilka mått som speglar kvalitet i specifika processer, dels att kvalitetsindikatorer som åläggs

verksamheterna inte alltid betraktas vara relevanta. Det anses hämma utvecklingen.

*”(Externa kvalitetsindikatorer) är för kontrollerande, det sätter inte fart på människorna och då blir det chefernas problem och då är blir det mycket mer trögjobbat”.* (intervju 5)

Studiens resultat visar att det genomförs mycket omfattande mätningar av olika slag i dagsläget.

*”Ibland så är det mäteshysteri // vi kan hålla på och mäta saker som är rätt stabila som inte är något stort problem. // jag blir mer och mer klar över att vi ska mäta och fokusera på saker vi vill förändra”.* (intervju 6)

### **3.2.5 Informationshantering och enhetligt förbättringsarbete**

Studiens resultat visar att man anser att mängden information som hanteras är en försvårande omständighet. Man efterlyser enkel visualisering, enhetliga metoder för förbättringsarbete, rutiner, avvikelser och förbättringsförslag som kopplas ihop med berörd process. Data och resultat som presenteras är ofta föråldrad, vilket hämmar energin i förbättringsarbetet. Det sker ofta dubbelarbete genom att man matar in data manuellt i flera olika system och register.

*”vi skulle ha it system som på ett helt annat sätt hjälper oss med de här bitarna, t.ex. kvalitetsregister skulle kunna plocka saker direkt från våra system in och så bara fick jag rapporter som jag själv kunde snabbt analysera fortlöpande”* (intervju 3)

*”det här (data) sitter man idag och plockar manuellt och sådant avskyr jag, det ska bara kunna klicka // så ska man kunna se staplar och trender och kurvor.”* (intervju 4)

Journalföringen och ökade krav på dokumentation framkom som försvårande, tidsödande och potentiellt patientosäkert.

*”dubbeldokumentationen som vi håller på med överallt i alla system. Snart ser inte medarbetarna skogen för alla träd.” ”Spaltmetrar... svårt att hitta essensen av det hela.”* (intervju 3)

### **3.2.6 Fragmentarisk vård**

Samverkan med andra vårdgivare framkom som en svårighet som ökar i betydelse i takt med att akutsjukhusens uppdrag renodlas. Vårdsystemet anses

komplext då det inbegriper så många aktörer. Det behöver riktas mer fokus på vårdkedjeperspektivet.

*”akutsjukhusen är bara en del av patientens totala resa i sin hälsa //och där har vi mycket att göra // att orka fokusera på vårdkedjan mera // Där finns det jättemycket att göra”.* (intervju 5)

### **3.3 Finns det några specifika svårigheter just för akutsjukvården?**

I analysen framkom att akutsjukvården har förändrats mycket genom åren med svårare sjuka patienter och korta vårdtider, vilket ställer krav på snabba flöden och en förmåga att samverka mellan vårdgivarna.

*”Det är ett oerhört tempo idag, ett akutsjukhus ska ju bara vara ett akutsjukhus, in och göra en akut åtgärd och så härifrån.”* (intervju 4)

En faktor som lyftes fram i intervjuerna var att akutsjukhusen ofta förfördelas när man jämför olika kvalitetsresultat, eftersom man inte korrigerar för att de svårast sjuka patienterna vårdas på akutsjukhusen, och har större komplikationsrisker och därmed ibland sämre behandlingsresultat.

*”Akutsjukhus lämnas med de svårast sjuka patienterna // och då riskerar ju också mixen att se så olika ut och då jämför vi fortfarande kvalitetssiffror i någon sorts konkurrens // och då känns det som att det är omöjligt att förbättra sig.”* (intervju 6)

Akutsjukvårdens rekryteringssvårigheter framkom som en särskild svårighet. Många som börjar arbeta i akutsjukvården blir chockade när de inser hur mycket obekvämt arbetstid som ingår, vilket bl a bör hanteras genom att lärosätena beskriver vilka arbetsvillkor som akutsjukvårdens ”dygnet-runt” verksamheter kräver. Även kompetensförsörjningen- att tillgodose det ständiga behovet som finns- anses vara en särskild svårighet för akutsjukvården.

Analysen pekar på att akutsjukhusens ekonomiska förutsättningar och effektiviseringskrav anses minska engagemang och kreativitet.

### 3.4 Sammanfattning av resultatet

Resultatet sammanfattas utifrån de tre teman som framkommit i studiens resultat, som utgör essensen utifrån analysprocessen och de slutliga tolkningarna som har gjorts. Dessa tre teman kopplar till huvudkategorierna och knyter ihop slutsatserna från både de upplevda framgångsfaktorerna och svårigheterna. De sammanfattas som viktiga områden för utveckling av systematiskt kvalitetsarbete. De tre teman som framkom var: **behov av integrerat stöd, behov av värderingsstyrt ledarskap och behov av mod.**

#### 3.4.1 Behov av integrerat stöd

Studiens resultat visar ett tydligt behov av att förenkla, underlätta och stödja vårdens medarbetare och chefer att skapa framgång i det systematiska kvalitetsarbetet utifrån flera olika perspektiv och nivåer i akutsjukvårdens organisationer.

Komplicerade modeller och verktyg överges till förmån för enkla enhetliga arbetssätt för förbättringsarbete, som fler kan komma att använda i det dagliga arbetet.

Det måste finnas en tydlig och enkel struktur för målstyrning och uppföljning i verksamheterna. Förenklade och systematiserade rutiner på alla nivåer och en tydlighet i roller och ansvar.

Integrerat stöd måste också utvecklas för att automatisera kvalitetsutdatan som bör visualiseras i realtid, som vården kan använda proaktivt i analys, styrning och utvecklingsarbete. Manuellt dubbelarbete är ett enormt slöseri av vårdpersonalresurser. Vårdprofessionen måste få stöd i bevakning av bästa tillgängliga kunskapsläge, och annat relevant kunskapsstöd. Satsning på ändamålsenligt IT- verksamhetsstöd är också mycket nödvändig.

Ett processororienterat arbetssätt, i alla delar av organisationen, underlättar förbättringsarbetet och bidrar till stabila rutiner och möjliggör en helhetssyn över alla steg i processen.

De professionella utövarna i vården behöver få ökad tillgång till behovsstyrt metod- och strukturstöd för förbättringsarbeten i syfte att öka denna kompetens, förbättra möjligheterna att lyckas med genomförandet och att avlasta vårdpersonalen.

### **3.4.2 Behov av värderingsstyrt ledarskap**

Organisationskulturen och våra grundläggande värderingar påverkar hur vi agerar både mot patienter, närstående, internt på arbetsplatsen och externt i samverkan med andra. Värderingarna ger en tydlig kompassriktning, som är ett ovärderligt stöd i systematiskt kvalitetsarbete. Ett värderingsstyrt ledarskap bör vara grunden för att skapa delaktighet, engagemang, drivkraft och arbetsglädje.

En lärandeorganisation med högt i tak stimulerar kreativitet och lust att bidra. Genom att ge ansvar, att coacha och motivera medarbetare, kommer förändringsklimatet att bli positivt och leda till förutsättningar för utveckling. Det finns en stor, outnyttjad potential att stärka samverkan med patienter och närstående, där de grundläggande värderingarna och förhållningssättet utgör plattformen.

### **3.4.3 Behov av mod**

En tydlig röd tråd som framkommit i studiens resultat är att det behövs mod för ett framgångsrikt systematiskt kvalitetsarbete, utifrån många olika infallsvinklar.

Trots att patientsäkerhet ska byggas ur ett systemperspektiv och inte ett individperspektiv, så krävs det mod att våga lyfta fram negativa händelser som har inträffat i vården. Det behövs också mod att våga möta patienter som har drabbats av oönskade händelser.

Det behövs även mod i ledarskapet, dels mod att fatta beslut, att vara tydlig, att våga ”lyfta på stenar” dels att våga driva förändringar även om det innebär ett visst motstånd ibland. Modet måste mobiliseras med utgångspunkt från värderingarna och den tydliga målbilden om ett ökat värde med förändringen. Ledaren måste också våga visa tillit och våga tro på sina medarbetare. Att våga lyssna på medarbetare och patienter, att våga testa och agera för att lämna trygga och invanda mönster och arbetsätt är viktiga förutsättningar för att kvalitetsutveckla vården.

## **4 Diskussion**

Syftet med studien var att undersöka vilka framgångsfaktorer respektive svårigheter som främst verksamhetschefer upplever påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete inom akutsjukvården. Nedan följer en diskussion om resultat och metod.



## 4.1 Resultatdiskussion

Resultatet visar att såväl framgångsfaktorer som svårigheter är både strukturella som kulturella. De flesta huvudkategorier som identifierats bekräftas till mycket stor del i tidigare forskning vilket exemplifieras nedan.

Ett av resultatets teman handlar om behov av integrerat stöd, där en tydlig röd tråd var att skapa enkelhet. Enkla enhetliga verktyg och modeller som är lätta att implementera, anpassade IT system som underlättar arbetet, autogenererade resultatsammanställningar för att möjliggöra analys och lärande i det systematiska kvalitetsarbetet. Processorientering och att arbeta med flödeseffektivitet framkom som en framgångsfaktor, vilket har ett starkt stöd i tidigare forskning, eftersom både TQM och Lean har processinriktning som utgångspunkt. Al-Balushi (2014) lyfter fram processinriktningen och decentraliserad organisation som grundläggande förutsättningar för ett fungerande Leaninförande. En av de troliga orsakerna till att många Leaninföranden i vården mest har kommit att handla om Leanverktygen, beror på att man inte har lyckats skapa en genomgripande systemförändring utgående från verksamhetens processer Mazzocato (2012) Mot denna bakgrund behövs kunskaper i processutveckling och andra kompetenser som inte alltid ingår i vårdprofessionernas grundläggande kärnkompetenser, vilket studiens resultat tydligt visade.

Utifrån föreliggande studies resultat kan man dra slutsatsen att vården måste öppna upp för nya roller, funktioner och ledningsstöd. Detta för att möjliggöra att vårdpersonalen får tillräcklig tid för patientarbetet och det som ingår i vårdens kärna, vilket är synnerligen viktigt eftersom en upplevd svårighet som framkom specifik för akutsjukvården är den nuvarande rekryterings- och kompetensbristen.

Specifik svårighet för akutsjukvården var också kvalitetsjämförelser, där akutsjukvården som oftast vårdar de svårast sjuka patienterna, riskerar att missgynnas. Den fragmentariska vården framkom också som en specifik svårighet för akutsjukvården, där vårdens övergångar och externa samverkan sannolikt är en avgörande framgångsfaktor i en framtida hälso- och sjukvårdsstruktur.

Ytterligare en svårighet handlade om myndigheternas roll för styrning, uppföljning och kostnadsberäkning av vården. Hallin & Siverbo (2003) uttrycker dock att det inte med säkerhet går att uttala sig om styrformernas effekter på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Detta område skulle behöva undersökas vidare.

Hälso- och sjukvården behöver se kopplingar mellan ekonomi och kvalitet, utveckla modeller för kostnadsberäkning av vården utifrån ett flödesperspektiv och vidareutveckla hälsoekonomiska beräkningsmodeller (Nordenström 2014).

I ett av de teman som framkom om behovet av **värderingsstyrt ledarskap**, handlar det delvis om att frigöra medarbetares drivkrafter som inte alltid har förutsättningar att komma till uttryck. Mål och indikatorer måste vara värdeskapande för att engagera, och man kan dra slutsatsen att man måste jobba på bred front med målbilden för att det inte ska leda till inkongruens mellan olika intresser, vilket också Porter (2010) lyfter fram. Engagemang på alla nivåer i organisationen stöds av såväl Bergman & Klevsjö (2002) och Brandrud (2014). En av konklusionerna utifrån den förekiggande studien är att ett öppet och tillåtande klimat där medarbetare blir lyssnade på och har möjlighet att påverka bör leda till arbetsglädje och förändringslust.

Betydelsen av ett värderingsstyrt ledarskap kopplar till McFadden (2014) som påtalar att ett växande antal studier belyser vikten av stark organisationskultur för systematiskt kvalitetsarbete. McFaddens forskning visar också kopplingar mellan stark patientsäkerhetskultur och systematiskt kvalitetsarbete. Ledare är de viktigaste kulturskaparna i organisationer enligt Bang (1994) som refererar till Schein (1985). Värderingarna kan bli ett knivskarpt verktyg som både förenklar och förbättrar ledarskapet, enligt Hultman (2012).

Effekten av förbättringsprogram för systematisk kvalitetsutveckling utvärderades i en studie av Li et al. (2015). Studien visade lovande resultat från ett fem-faktor program, som bygger på ett förbättringskoncept där läkaren utbildas att coacha det multiprofessionella teamet. Programmets design omfattar enkla enhetliga metoder för förbättringsarbete, systemangreppsätt, ledarskapsstöd, coaching och lärandemiljö.

Socialstyrelsens vägledning om systematiskt kvalitetsarbete (2012) och även dess kvalitetsdefinition, relaterar främst till gällande krav och mål i lagar och föreskrifter. Som en lägsta kvalitetsnivå uppfyller det sannolikt sitt syfte men en reflektion är huruvida det kan leda till negativa konsekvenser för kvalitetsutvecklingsarbetet genom att kreativitet och innovationskraften riskerar att hämmas. Socialstyrelsen (2012) skriver att medarbetare ska lämna rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet, vilket ger uttryck för ett reaktivt förhållningssätt avseende medarbetarengagemang och delaktighet. Studiens resultat visar att medarbetarnas delaktighet och engagemang är helt avgörande för ett systematiskt kvalitetsarbete, vilket även gäller patienternas delaktighet. Resultatet visar en hög medvetenhet om potentialen i patientinvolvering, men att det finns mer att utveckla, vilket också framställs av Vårdanalys (2012) och Ekman (2014).

Ett av studiens mest genomgripande tema och resultat, var behovet av **mod**. Betydelsen av mod utifrån olika perspektiv framkom ur analysen på ett tydligt sätt. Av forskning och litteratur som har studerats om systematiskt kvalitetsarbete, har mod inte kommit till uttryck. Däremot finns det omfattande ledarskapsforskning som visar på betydelsen av mod i ledarskapet, t ex Hultman (2012).

Den föreliggande studiens resultat visar att det behövs modiga chefer och ledare, som vågar fatta beslut, agera och möta eventuell ovilja till förändringar, men att det behövs mod i både ledarskap och medarbetarskap för att våga lyfta fram fel och brister, att våga bjuda på mindre smickrande resultat och erfarenheter och att ifrågasätta invanda arbetssätt och roller. Benägenheten att avvikelserapportera händelser i vården uppvisar ett stort förbättringsbehov enligt resultaten från Patientsäkerhetskulturmätningarna i Sverige 2012-2014 med 112,000 respondenter (SKL 2015). Även förekomsten av skuld- och skamkultur har ett visst förbättringsbehov enligt sammanställningen. Patientsäkerhetslagstiftningen, (PSL), utgår från ett systemperspektiv, där en inträffad händelse är i fokus, och inte utifrån en enskild individ (SFS 2010:659). Mot bakgrund av den föreliggande studiens resultat om behovet av mod, är det relevant att reflektera över konsekvenserna av medias letande av syndabockar i vården. Det är troligt att det leder till ökade rädslor inom professionen som blir kontraproduktivt för det systematiska kvalitetsarbetet i akutsjukvården.

En av svårigheternas huvudkategorier var yttre krav och styrmodeller, där det framkom i analysen att de Nationella överenskommelserna med satsningar inom olika områden, var kortsiktiga, för detaljstyrande och hämmande för det lokala kvalitetsarbetet. Dessa åsikter överensstämmer väl med Riksrevisionen (2014) som riktar skarp kritik mot de Nationella överenskommelserna.

## **4.2 Metodologiska överväganden**

Eftersom syftet med studien var av undersökande och beskrivande karaktär valdes en kvalitativ metod. Den kvalitativa metoden lämpar sig bäst när man önskar beskriva, tolka eller förklara människors upplevelser eller syn på verkligheten (Ahrne, 2011).

### **4.2.1 Trovärdighet**

Studiens resultat svarade upp mot syftet och frågeställningarna har kunnat besvaras. Eftersom syftet var att undersöka kontexten akutsjukvård, valdes tre akutsjukhus med olika storlekar ut, vilket berikade det empiriska materialet. Ett rikt material erhöles och därför ansågs sex intervjuer vara tillräckligt.

Intervjuguiden testades inte före den första intervjun, vilket motiverades med att intervjuaren dels var mycket noga med att ställa öppna frågor, dels har en mycket lång erfarenhet av intervjusituationer samt omfattande kunskaper i det aktuella forskningsämnet. Datamängden som erhöles var stor. Den systematiska textkondenseringen, analys och tolkningsfasen var en tidsödande procedur som krävde en hög grad av detaljarbete (Malterud 2009). För att beskriva resultatet på ett trovärdigt sätt valdes rika citat ut för att ge konkreta exempel som kunde kopplas till respektive kategori. Samtliga intervjupersoner representerades i citaten som valdes ut. Analysarbetet utfördes med stor noggrannhet och korrespondering till studiens syfte.

Den kvalitativa forskningens subjektivitet ska inte döljas. I strävan att nå kvalitet i kvalitativ forskning behövs tolkande, teoretisk medvetenhet och omsorgsfull reflektion (Alvesson & Deetz 2000). Standardiseringen i analysprocessen reducerar dock inflytandet från forskarens påverkan och eventuella snedvridna subjektivitet varvid en noggrann beskrivning av tillvägagångssättet ökar trovärdigheten i resultatet. Vägen från data till färdigt resultat skall göras väl tillgänglig (Malterud, 2009). Analysprocessen med dess kondenserande systematik har redovisats noggrant och såväl underkategorier, huvudkategorier och teman har presenterats i resultatet. Kategorierna har valts ut på ett omsorgsfullt sätt genom en noggrann analys och visar sig ha stor överensstämmelse med annan forskning i samma ämnesfält. Temat ”behov av mod” är ett nytt fynd utifrån aktuell forskningsfråga som framkom mycket tydligt från såväl det manifesta som latenta innehållet i intervjumaterialet och anses därmed vara en valid slutsats.

Mot bakgrund av studiens kvalitativa metod, är det ofrånkomligt att reflektera och kritiskt granska den egna påverkan på tolkning, analysprocess och resultat för att säkerställa retextualiseringen. Författarens förförståelse för ämnet är välgrundad, vilket sannolikt har berikat studiens resultat samt möjliggjort ett mer omfattande och mångfacetterat material i samband med intervjuerna. En kvalitativ studie är dock subjektiv, vilket naturligtvis bidrar till att författarens specifika ”glasögon” påverkar analysprocessen. Utifrån det perspektivet kan det vara en begränsning med en ensam författare. En person med andra erfarenheter och förförståelse kan möjligen göra andra tolkningar och bidra med andra perspektiv.

#### **4.2.2 Tillförlitlighet och etiska överväganden**

Det kan inte helt uteslutas att intervjupersonerna på respektive sjukhus som tillfrågades att delta i studien, kan vara ett selekterat urval av individer. Kontaktuppgifterna till de nio potentiella intervjupersonerna erhöles av VD respektive chefläkare, vilket uppskattningsvis motsvarar cirka hälften av totala antalet verksamhetschefer på de tre akutsjukhusen. Enligt information valdes

personerna ut med utgångspunkt av förmodad vilja till medverkan i den aktuella studien. Intervjupersonerna kan möjligen representera ett positivt urval av personer som är synnerligen väl insatta i ämnet och, vars åsikter kanske ger en något falsk positiv bild. Det potentiella fenomenet kan möjligen uppvägs av att samtliga intervjupersonerna var mycket erfarna chefer i sjukhusledningsfunktioner, med mycket goda insikter och förmågor att sortera ut och formulera såväl upplevda framgångsfaktorer som svårigheter. Malterud (2009) refererar till Mays & Pope (1995) som anser att validiteten i kvalitativa studier kan förstärkas genom strategier såsom informantvalidering. Det övervägdes, men bedömdes inte helt nödvändigt eftersom intervjuerna transkriberades ordagrant och lyssnades igenom upprepade gånger. Urvalsmetoden som innebar att VD och chefläkare på de olika akutsjukhusen, förmedlade ett begränsat antal namn på potentiella deltagare i studien, innebär att dessa kontaktpersoner för studien, kan ha kännedom om vilka personer som deltagit i intervjustudien. Det ansågs dock som viktigt att studiens genomförande förankrades hos den högsta ledningen. Noggrannhet har iakttagits vid val av citat för att inte enskilda individers uttalanden kan kopplas ihop.

#### **4.2.3 Överförbarhet**

Studien baseras på insamlad data från tre olika akutsjukhus med varierande storlek vilket kan anses öka resultatens generaliserbarhet. Det fanns även en variationsbredd utifrån sjukhusens olika organisationer samt intervjupersonernas ansvarsområden vilket också bör bidra till ökad generaliserbarhet.

## **5 Slutsats**

Studiens viktigaste slutsatser om framgångsfaktorer och svårigheter handlar om:

- Behovet av ändamålsenligt integrerat stöd bestående av enkla enhetliga verktyg och metoder för kvalitetsarbete, processorientering, resultatuppföljning, visualisering och operativt stöd för systematiskt kvalitetsarbete.
- Behovet av värderingsstyrt ledarskap där målet är värdeskapande vård utifrån patientens perspektiv. Medarbetarengagemang, patientmedverkan och coachande ledarskap behövs.
- Behovet av modiga chefer, ledare och medarbetare på alla nivåer i organisationen för att skapa förutsättningar för lärande och utveckling.

Det är uppenbart att människor är svårare att förändra än att byta teknik eller använda nya vårdmetoder. Peter Drucker (1909-2005), professor och

managementkonsult, tillskrivs det ofta använda citatet ”*Culture eats strategy for breakfast*”. Föreliggande studies konklusion är att det behövs ett offensivt värdegrundsarbete i vården där mod, engagemang och kvalitet, premieras.

## 5.1 Implikationer för fortsatt forskning

Referenser saknas som belyser systematiskt kvalitetsarbete mot bakgrund av Socialstyrelsens krav. Det finns många studier om kvalitetsteknik och förändringsledning, men fler studier skulle behöva utgå från svenska förhållanden och kontext i akutsjukvården för att öka giltigheten.

Eftersom ledarskapet är så viktigt för att bedriva ett framgångsrikt systematiskt kvalitetsarbete, skulle ytterligare studier behöva inriktas på ledarskapets förutsättningar och hur man integrerar ett ändamålsenligt stöd för det systematiska kvalitetsarbetet i akutsjukvården.

Behovet av mod för ett systematiskt kvalitetsarbete framkom som ett nytt fynd i denna studie, vore det mycket intressant med vidare forskning om hur modet i vården kan ökas. Hur mycket kan man påverka modet hos chefer, ledare, medarbetare och vilken betydelse har mod hos patienterna?

Fler studier och modeller för beräkningar av kvalitetsbristkostnader skulle behöva göras i syfte att synliggöra dessa kostnader vilket därmed skulle bli ett viktigt instrument i utvecklings- och hälsoekonomiska prioriteringsdiskussioner.

## 5.2 Implikationer för praxis

Studiens resultat visar på betydelsen av värderingsstyrt ledarskap, mod på alla nivåer och i olika roller inom akutsjukvårdens organisationer samt behovet av att utveckla ändamålsenliga stödstrukturer. Dessa insikter kan bidra till att akutsjukvården satsar på dessa områden i större utsträckning, i syfte att stärka vården och skapa större framgång i det systematiska kvalitetsarbetet. Det behöver satsas mer på ledarskapsstöd och ledarskapsutveckling med fokus på värderingsstyrd förändringsledning. Akutsjukvårdens övergripande styrning är mycket viktig och där har myndigheter och landstingsledningarna ett stort ansvar att svara upp på och anpassa stöd som efterfrågas och som ger långsiktigt goda resultat, på effektivt sätt, och tillgodoser patienternas behov och efterfrågan.

## 6 Slutord

Hälso- och sjukvården drivs av professionella medarbetare med hög motivation att ”göra gott”- att skapa värde. Det är mycket privilegierat, men också ett stort ansvar, att frigöra denna energi i positiv riktning. Med rätt förutsättningar kan vi åstadkomma en akutsjukvård i världsklass, enligt Dale och Lascelles definition (1997)!

Det har varit mycket givande och lärorikt att genomföra denna studie. Kunskap är, som bekant, lätt att bära och det har varit en fröjd att förkovra sig i vetenskapliga studier, rapporter, litteratur och olika artiklar. Denna studie utgör bara en del av det sammanlagda lärandet. Författaren riktar ett varmt tack till samtliga intervjupersoner i studien, för er generositet och öppenhet i samband med intervjuerna. Det var mycket berikande samtal och värdefulla bidrag till studien!

## 7 Referenser

- Ahrne, G. Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*, Liber, Malmö
- Al-Balushi, S., Sohal, A.S., Singh, P.J., Hajri, A., Farsi, Y.M. & Abri, R.(2014). *Readiness factors for lean implementation in healthcare settings-a literature review*, Journal of Health Organization and Management, vol 28, No 2, pp 135-153
- Alvesson, M, Deetz, S (2000) *Kritisk vetenskaplig Metod*, Studentlitteratur, Lund
- Bang, H. (1994) *Organisationskultur*, Studentlitteratur, Lund
- Bejerot, E. & Hasselbladh, H. (2003). *Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården*, Arbetsmarknad & Arbetsliv, årg 9, nr 2
- Bergman, B. & Klefsjö, B. (2002). *Kvalitet i alla led*, 2:a uppl, Studentlitteratur, Lund
- Bergman, B. & Klefsjö, B. (2001). *Kvalitet från behov till användning*, 3e uppl., Studentlitteratur, Lund.
- Blomqvist, P. (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS förlag

- Bolman, L. G., Deal T, E. (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*, Studentlitteratur, Lund
- Brandrud, A., Schreiner, A., Hjortdal, P., Helljesen, G., Nyen, B. & Nelson, E. (2011) *Three success factors for continuous improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team member*, *BMJ*, 20:251-259
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje upplagan, Liber AB, Stockholm
- Dale, B.G., Lascelles, D. M., (1997) *Total quality management adoption: revisiting the levels* The TQM Magazine, Vol. 9 Iss: 6, pp.418 - 428
- Datainspektionen, (2012), *Samtycke enligt personuppgiftslagen, hämtad 10/2 2015 från <http://www.datainspektionen.se/Documents/faktabroschyr-samtycke.pdf>*
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* Liber, Stockholm
- Fokusrapport, (2004). *Kvalitetskostnader*, Stockholms läns landsting
- Graneheim, U.H, Lundman, B, (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*, *Nurse Education today* 24, 105-112
- Harris, G., Heather, G. (2014). *The case for Integrated Health Improvement*, *NCMJ* vol 75, no 6
- Hallin, B., Sivero S, (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*, Studentlitteratur, Lund
- Hultman, M. (2012) *En värdefull ledare*, Identitets Akademin AB, Stockholm
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO), (2013). *Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas*, Utgiven [www.ivo.se](http://www.ivo.se), mars 2014, Artikelnr: IVO2014-9
- Johansson, L-G. (2003). *Introduktion till vetenskapsteorin*, andra upplagan, Thales, Stockholm
- Lagrosen, S., Lagrosen Y. (2009). *Mänsklig Kvalitetsutveckling*, Studentlitteratur, Lund
- Li, J Hinami, K, Hansen, L.O, Maynard, G, Budnitz, T, Williams, M.V. (2015) *The Physician Mentored Implementation Model: A Promising Quality*



- Improvement Framework for Health Care Change*, Acad Med. 2015;90:303–310.
- Leifland, H. (2013). *Categorization of factors influencing flow efficiency in patient processes*, examensarbete, Karolinska institutet, MMC
- Mazzocato, P. (2012) *Unpacking Process Improvement*, Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*, Studentlitteratur, Lund
- McFadden, K., Stock, G., Gowen, C, (2014). *Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety*, JONA Vol 44, No 10
- Modig, N, Åhström, P (2011). *Vad är Lean?* School of Economics Institute for Research, Stockholm, Sverige
- Myndigheten för Vårdanalys (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, Rapport 2014:2
- Myndigheten för Vårdanalys (2014). *Vården ur patienternas perspektiv- jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*, Rapport 2014:11
- Nordenström, J. (2014). *Värdebaserad vård- är vi så bra vi kan bli?* Karolinska institutet University Press, Stockholm
- Patton, M., Q (2001). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3<sup>rd</sup> ed., Sage Publications
- Polkinghorne, D (1983). *Methodology for the human sciences*, State University of New York Press
- Porter, M.E. (2010). *What Is Value in Health Care?* N Engl J Med 2010; 363:2477-2481
- Riksrevisionen. 2014:20 (2014). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej* Riksdagens internttryckeri, Stockholm
- Rosén, M. (2010). *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015*, Regeringskansliet/Sveriges Kommuner och landsting, Stockholm

Rosén, P. (2003). *Öppna prioriteringar i sjukvården villkor för tilltro till välfärdsmodellen. Gap mellan medborgarnas, beslutsfattarnas och sjukvårdens värderingar*. Läkartidningen, vol 100, no 5

Salomons, N., Spross, J. (2010). *Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review*, Journal of Nursing Management 19, sid 109-120

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*, Stockholm: Socialdepartementet, hämtad 19 jan 2015 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*, Stockholm: Socialdepartementet, hämtad 19 febr 2015 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

Singer, S., Lin, Falwell, A., Gaba, D. & Baker, L. (2009). *Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals*, Health Services Research, vol 44, sid 399–421

Socialstyrelsen (2014) *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*, hämtad 14 feb 2015  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19417/2014-4-7.pdf>

Socialstyrelsen (2014) *Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg* hämtad 14 febr 2015  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19483/2014-7-3.pdf>

Socialstyrelsen (2012) *Tillsynsrapport* hämtad 14 febr 2015  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18687/2012-4-20.pdf>

Socialstyrelsen (2012) *Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, hämtad 26 jan 2015  
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18777/2012-6-53.pdf>

Socialstyrelsen (2011) (SOSFS 2011:9) *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, hämtad 26 jan 2015

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18389/2011-6-38.pdf>

Socialstyrelsen (2008) *Vårdskador inom somatisk slutenvård*, hämtad 26 jan 2015

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916\\_rev2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916_rev2.pdf)

SFS, 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*, Socialdepartementet

Statistiska centralbyrån (SCB) *Sveriges framtida befolkning, 2009–2060*, hämtad 18 feb 2015 från

[http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401\\_2009I60\\_BR\\_BE51BR0901.pdf](http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401_2009I60_BR_BE51BR0901.pdf)

Svensk Standard-EN ISO 9001:2008 *Ledningssystem för kvalitet – Krav*, SIS fleranvändarlicens: Stockholms läns landsting. 2013-12-17

Sveriges kommuner och landsting (2015) *Patientsäkerhetskultur- Sammanställning på nationell nivå av landstingens mätningar 2012-2014*, hämtad 20 mars 2015 från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-214-0.pdf>

Sveriges kommuner och landsting (2013) *Patientsäkerhet lönar sig- kostnader för skador och vårdskador i slutenvård 2012*, hämtad 20 feb 2015 från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-131-0.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting. (2012) *Vägledning, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, hämtad 20 feb 2015 från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-131-0.pdf?issuusl=ignore>

Svensson, PG, Starrin, B (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*, Studentlitteratur, Lund

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer – inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*, hämtad 10 feb 2015 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR>

Womack, J.P, Jones, D.T, Roos, D (1990) *The machine that changed the world*, Massachusetts Institute of Technology

Zaremba, M. (2013, 17 febr) *Den olönsamme patienten*. Dagens nyheter. Hämtad 4 mars 2015 från <http://www.dn.se/kultur-noje/vad-var-det-som-dodade-herr-b/>

### **Webbreferenser**

<http://www.imh.liu.se> *Gapet mellan behov och resurser*, hämtad 20 feb 2015  
från: IHM (Institutionen för medicin och hälsa).

<http://kaizensite.com/> (2015) *Evolution of the PDCA Circle*, Moen, R., Norman,  
C, hämtad 25 feb 2015

## *Förfrågan om medverkan i studie*

Mitt namn är Lena Martin, och jag studerar Magisterprogrammet "Ledarskap och organisationsutveckling" vid Medical Management Center (MMC), Karolinska Institutet. Som examensarbete har jag valt att fördjupa mig i ämnet **systematiskt kvalitetsarbete**, mot bakgrund av Socialstyrelsens författning (**SOSFS 2011:9**) **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**.

Syftet med studien är att undersöka vilka framgångsfaktorer respektive svårigheter som upplevs påverka ett systematiskt kvalitetsarbete inom akutsjukvården.

Frågeområden som kommer att belysas är:

- ✓ Vad innebär systematiskt kvalitetsarbete?
- ✓ Vilka framgångsfaktorer upplever du?
- ✓ Vilka svårigheter finns det?

Studien kommer att genomföras i form av en semistrukturerad intervju, där urvalsgruppen är verksamhetschefer vid flera olika akutsjukhus.

Deltagandet i studien är frivilligt, och kan när som helst avbrytas, om så önskas. Intervjun kommer att spelas in och beräknas ta ca 45 min. Intervjumaterialet kommer att behandlas strikt konfidentiellt, och allt material kommer att avidentifieras.

Intervjuerna kommer att genomföras under perioden **10-23 mars 2015**

Din medverkan i studien vore mycket värdefull och jag är tacksam om Du tar kontakt med Lena Martin med förslag på intervjutid.

**Stort tack på förhand!**

Lena Martin  
Tel/sms XXX XXXXX

## *Informerat samtycke*

Mitt namn är Lena Martin, och jag studerar Magisterprogrammet "Ledarskap och organisationsutveckling" vid Medical Management Center (MMC), Karolinska Institutet. Som examensarbete har jag valt att fördjupa mig i ämnet **systematiskt kvalitetsarbete**, mot bakgrund av Socialstyrelsens författning (SOSFS 2011:9) **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**.

Syftet med studien är att undersöka vilka framgångsfaktorer respektive svårigheter som upplevs påverka ett systematiskt kvalitetsarbete inom akutsjukvården.

Studien kommer att genomföras i form av en semistrukturerad intervju, där urvalsgruppen är verksamhetschefer vid flera olika akutsjukhus. Undersökningen har en kvalitativ ansats och resultatet kommer att baseras på genomförda intervjuer under mars 2015.

Intervjun beräknas ta ca 45 minuter och den kommer att bandinspelas i syfte att göra en korrekt transkribering efteråt. (Bandmaterialet destrueras juni 2015) Deltagandet i studien är frivilligt, och kan när som helst avbrytas, om så önskas.

Intervjumaterialet kommer att behandlas strikt konfidentiellt, och allt material kommer att avidentifieras. De uppgifter som framkommer under intervjun kommer endast att användas för den aktuella studien.

Jag har tagit del av ovanstående information och det informerade samtycket godkänns.

---

**Datum**

---

**Datum**

---

**Den intervjuades underskrift**

---

**Lena Martin, Tel XXX XXXX**

## *Intervjuguide*

### **Vilka framgångsfaktorer respektive svårigheter upplevs påverka ett systematiskt kvalitetsarbete inom akutsjukvården?**

Frågeområden som kommer att belysas:

- Kan du berätta om Din bakgrund
- Känner Du till Socialstyrelsens författning (**SOSFS 2011:9**)  
**Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?**
- Beskriv vad Du anser att systematiskt kvalitetsarbete innebär?
  - Hur ser du på strukturens betydelse för systematiskt kvalitetsarbete?
  - Hur ser du på kulturens betydelse för systematiskt kvalitetsarbete?
- Vilka framgångsfaktorer upplever Du påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete?
  - Vilka är de viktigaste?
  - Vad är medarbetarens roll för systematiskt kvalitetsarbete?
  - Vad är patientens roll för systematiskt kvalitetsarbete?
  - Vilket ledarskap krävs?
  - Finns det någon/några teorier/modeller/verktyg som stödjer systematiskt kvalitetsarbete?
- Vilka svårigheter upplever Du påverkar ett systematiskt kvalitetsarbete?
  - Vilka ligger inom/utom Din påverkansmöjlighet?
- Anser Du att det finns några specifika svårigheter just för akutsjukvården?
- Är det något ytterligare inom detta ämne som vi borde ha belyst?
- Sammanfattning