

Förbättringskunskap och förbättringsforskning

Kunskapsöversikt om förbättringsarbets framväxt inom hälso- och välfärdssektorn i Sverige, samt implikationer för projektet Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg

ANN-CHRISTINE ANDERSSON



Förbättringskunskap och förbättringsforskning

Kunskapsöversikt om förbättringsarbets framväxt inom
hälso- och välfärdssektorn i Sverige, samt implikationer
för projektet Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg

ANN-CHRISTINE ANDERSSON

Förbättringskunskap och förbättringsforskning – Kunskapsöversikt om förbättringsarbets framväxt inom hälso- och välfärdssektorn i Sverige, samt implikationer för projektet Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg

INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE VID LINNÉUNIVERSITETET 2022

Skriftserieredaktör: Torbjörn Forkby

ISBN: 978-91-89709-04-1 (pdf)

Tryck: Copycenter, Linnéuniversitetet, Växjö

Förord

”Vi har alla två jobb”, menar Paul Batalden, barnläkare, forskare och nestor inom utvecklingen av förbättringskunskap och förbättringsforskning - att göra jobbet i vardagen *och* att ständigt förbättra det arbete vi gör. Man skulle kunna lägga till ett tredje jobb – att stötta nästa generations medarbetare med kunskap och metoder i att förbättra och öka värdeskapande inom Hälsa-och Valfärd. Till dessa tre uppgifter kan denna rapport bli ett värdefullt redskap för många – i praktiken såväl som i akademien. Det som gör rapporten unik är att den ger en bild av utvecklingen över både tid och geografi och landar i var vi står idag. Det specifika fokuset på Sverige är särskilt värdefullt, då förändringar/förbättringar är djupt integrerade med det sammanhang (kontext) och den kultur de genomförs i. Bland annat inkluderas referenser till flera avhandlingar som studerat förbättringsarbeten i vitt skilda verksamheter i Sverige, vilka kan tjäna som inspiration både för praktik och akademi. Vi är tillsammans måna om att utveckla verksamheter som i största möjliga utsträckning grundar sig på ”bästa möjliga kunskap (evidens)” i samskapande med personer som har behov av välfärdens service. Lika viktigt är då att vi i förbättringsarbeten, som syftar till att nyttiggöra forskningsresultat och innovationer, använder kunskapsbaserad förståelse och metoder om *hur* det kan gå till.

Ytterligare en styrka i denna rapport är att den vuxit fram för att stödja ett program för att förbättra i praktiken, i detta fall Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg. Det bådar gott för en snabb start av rapportens användning och ge riktning för att ”agera sig in i ett nytt tänkande istället för att tänka sig in i ett nytt agerande” på ett systematiskt sätt.

Jönköping mars 2022

Boel Andersson Gäre, barnläkare, professor vid Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping University, och docent i pediatrik vid Linköping Universitet

Denna rapport är en del av följeforskningsprojektet Tillitsskapande organisering – gränsöverskridande koordinering för barns bästa som bedrivs inom Linnéuniversitetet i samverkan med kommuner och Regionen i Kronoberg. Inom detta projekt arbetar forskare och praktiker under den gemensamma målsättningen att utveckla det främjande och förebyggande arbetet kring barn och unga. En sådan föresats handlar om att etablera ett partnerskap mellan akademi och praktik, där forskare ingår som inspiratörer, kunskapsförmedlare, dialogpartner och kritisk vän till utvecklingsarbetet. Inspiration till utvecklingsarbetet hämtas från den skotska modellen GIRFEC som står som förebild genom dess helhetsgrepp om barns och ungas levnadsvillkor och hälsa samt de olika samverkansmodellerna och arbetsformerna som utvecklats. Men även om förebilden visat positiva resultat i Skottland går det inte att kopiera den rakt av till Sverige, utan den måste anpassas och justeras. Formerna för att erbjuda barn och unga ett stöd i tidigt skede kanske inte kan se likadana ut här som i Skottland, de roller som getts ansvar för tidig upptäckt av barn och unga i behov av stöd är kanske heller inte helt översättningsbara osv. Partnerskapet avser därför att bidra med kunskap och reflektioner om hur ett så omfattande förändrings-, eller snarare förbättringsarbete, som avses i Kronobergs län och i andra delar av Sverige kan formas. Denna rapport syftar till att ge ett sådant kunskapsstöd till hur ett systematiskt och genomtänkt utvecklingsarbete kan utformas.

Rapporten är skriven av Ann-Christine Andersson som är en av forskarna i följeforskningsprojektet. Andersson är docent i kvalitetsförbättring och ledarskap och är annars verksam inom Jönköping University, Hälsa och Valfärd samt Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare.

Växjö mars 2022

Torbjörn Forkby, Professor Linnéuniversitetet

Sammanfattning

Syftet med denna kunskapsöversikt är att belysa hur förbättringskunskapen utvecklats i den svenska hälsovård- och välfärdssektorn, och vilka implikationer förbättringskunskap kan ha för projektet ”Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg” (BBGiK). Rapporten avslutas med en diskussion om de möjligheter och utmaningar som påverkar projektet. Förbättringskunskap är nära besläktat med kvalitetsutveckling, och är numer vanligt förekommande i hälso- vård- och välfärdsorganisationer. De lagar och regelverk som styr innefattar skyldigheter att bedriva kvalitetsutveckling, och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) gäller för både vård- och omsorgsorganisationer.

Rapporten lyfter fram förbättringskunskapens ursprung, dess forskningsanknytning och evidens och utveckling och övergång till vård- och välfärdsorganisationer. När förbättringskunskap fått fäste i den kunskapsintensiva evidensbaserade vårdsektorn och förbättringsarbeten började bli mera vanligt, uppstod frågor om hur förbättringsmetoder fungerar. Flera av de tidiga aktörerna inom förbättringskunskap var läkare och sjuksköterskor, och därför blev det angeläget att även arbetet med förbättringar kunde betraktas utifrån evidenskrav. Runt sekelskiftet 2000 började de första forskningspublikationerna dyka upp. En av förbättringsforskningens stora utmaningar är att utveckla vetenskaplig robust kunskap, och en vanlig kritik har varit att en svag vetenskaplig och teoretisk grund.

I rapporten har befintlig litteratur producerad i Sverige, i form av böcker och bokkapitel, avhandlingar och artiklar, sammanställts och analyserats avseende publikationsfrekvens över tid och innehåll (tema). Sammanställningen lyfter fram studier som har extra relevans för projektet, såsom samverkansprojekt och olika ansatser att överföra och anpassa förbättringskunskap till den sociala sektorn. Mellan åren 2007–2020 utkom 30 böcker, bokkapitel och enklare skrifter. De flesta är läroböcker i form av antologier skrivna för vårdens professioner och handlar ofta om grundläggande förbättringskunskap. 32 avhandlingar från nio svenska lärosäten identifierades, den första från 2003. Flera avhandlingar intar organisationsperspektiv, men även ledarskap, patientsäkerhet och patientinvolvering/delaktighet förekommer. Totalt 210 artiklar identifierades publicerade mellan 1992 och 2020, med flest antal (n=166) efter 2011. Tematiseringen resulterade i sex olika teman: 1) Systematiskt och värdeskapande förbättringsarbete; 2) Samverkan mellan organisationer och vårdgivare; 3) Användning av förbättringsmetoder och (teoretiska) modeller; 4) Ledarskap och lärande; 5) Mätningar, kvalitetsregister och uppföljning; samt 6) Personinvolvering och patientsäkerhet.

Delaktighet och samskapade är en tydligt ökande trend inom vården. Samtidigt har det inom sociala verksamheter länge ansetts viktigt att beakta personers rättigheter och möjligheter till inflytande. Sammanställningen pekar mot en utveckling där samverkan mellan organisationer och samskapande med dem vård och omsorg är till för blir en allt viktigare faktor. Detta är en viktig aspekt för projektet BGGiK, som spänner över flera olika verksamheter och organisationer. Det är alltid en utmaning när olika verksamheter tillsammans ska hitta fungerande lösningar. Denna utmaning blir inte mindre av att de kommer ifrån olika kunskapstraditioner, men i projektet finns förutsättningar för gemensamt lärande runt en gemensam modell. En förutsättning för att lyckas med förbättringsarbete är ett aktivt ledarskap, och strävan mot samma gemensamma mål: *”att skapa en trygg och säker uppväxt för VARJE barn genom främjande, tidiga och samordnade insatser”*

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Introduktion | 1 |
| Relevans för Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg | 1 |
| Syften..... | 1 |
| Centrala begrepp..... | 2 |
| Metod och material | 2 |
| Bakgrund..... | 3 |
| Komplexitet och komplexa organisationer | 3 |
| Kvalitetsarbetets ursprung och utveckling..... | 3 |
| Paraplyet förbättringskunskap | 5 |
| Internationell förbättringskunskap i hälsa och välfärdssektorn | 7 |
| Att leda förbättringsarbete | 8 |
| Lagar och regelverk | 8 |
| Ledarskap för förbättring..... | 8 |
| Forskning om förbättringsarbete..... | 9 |
| Utveckling av förbättringskunskap i svensk hälso- och sjukvård..... | 12 |
| Kvalitetsregister och andra databaser | 13 |
| Nuläge i Sverige | 14 |
| Böcker och bokkapitel | 14 |
| Doktorsavhandlingar..... | 14 |
| Artiklar..... | 15 |
| Fokus utifrån tidsaspekt..... | 15 |
| Tematisering av innehåll..... | 16 |
| Framtid..... | 20 |
| Implikationer för Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg | 23 |
| Referenser | 26 |
| Webbresurser | 52 |
| Tabeller | 53 |
| Tabell 1. Böcker, bokkapitel och skrifter efter författare i bokstavsordning..... | 53 |
| Tabell 2. Artiklar efter författare i bokstavsordning..... | 56 |
| Tabell 3. Avhandlingar från svenska lärosäten efter publiceringsår. | 78 |

Introduktion

Förbättringskunskap är idag ett vedertaget begrepp inom hälsa, vård och välfärdsorganisationer, och samtliga regioner arbetar aktivt med att utveckla och förbättra sin verksamhet (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2021). Förbättringskunskap och förbättringsarbete är nära besläktat med kvalitetsutveckling och kvalitetsteknik, begrepp som oftast används inom produktion och tillverkningsindustrin. I skriften "God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" presenterar Socialstyrelsen (2009) riktlinjer för hur förbättringskunskap kan tillämpas i svensk hälso- och sjukvård. En vedertagen definition, som Sveriges kommuner och regioner (SKR) låtit översätta utifrån Batalden och Davidoff (2007) lyder:

Den kombinerade och outhärliga ansträngningen av alla - hälso- och sjukvårdens professioner, patienterna och deras familjer, forskarna, finansierarna, planerarna och lärarna - att genomföra de förändringar som leder till bättre resultat för patienterna (hälsa), bättre system och processer (vård) och bättre professionell utveckling (lärande). (översättning Bergström & Andersson Gäre, 2007).

Som definitionen indikerar eftersträvar förbättringskunskap att överbrygga gapet mellan det vi vet och det vi faktiskt gör. Målet är att åstadkomma förändringar som leder till förbättringar och ökat värde för alla i form av bättre kliniska resultat, bättre rutiner och ökat lärande.

Relevans för Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg

Denna rapport är sammanställd inom följeforskningsprojektet "Tillitsskapande organisering – gränsöverskridande koordinering för barns bästa". Forskningsprojektet följeforskar ett direktiv i Region Kronoberg; att utveckla en strukturerad samverkan för alla verksamheter i regionen som arbetar för och med barn och unga, för att möta barnens och familjernas behov på bästa sätt. Regionens arbete "Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg" (BBGiK) inspireras av en Skotsk modell "Getting It Right For Every Child" (GIRFEC) (Coles m.fl., 2016). Modellen har översatts och kallas Kronobarnsmodellen. Inom forskningsprojektet pågår flera delar, och denna kunskapsöversikt vill bidra med förståelse för hur förbättringskunskap och förbättringsarbete fått en framträdande roll i svensk hälsa och välfärdsorganisationer, och bidrar med modeller och verktyg för förändringsarbete.

Förbättringskunskap har framför allt införts och utvecklats inom hälso- och sjukvården. För att få till en gemensam samverkan mellan de olika aktörerna inom svensk vård och välfärd är det av vikt att skapa förståelse för denna utveckling, för att gemensamt kunna lära av och tillämpa det som kan underlätta för välfärdsövergripande interventioner, som BGGiK och införandet av Kronobarnsmodellen. Denna rapport vill därför lyfta fram förbättringskunskapens ursprung, dess övergång till vård- och välfärd i Sverige, samt forskningsanknytning och evidens. I sammanställningen av artiklar lyfts vissa studier som har extra relevans för projektet, såsom samverkansprojekt och olika ansatser att överföra och anpassa förbättringskunskap till den sociala sektorn. I slutet av rapporten förs en diskussion om hur den sammanställda kunskapen utifrån förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård skulle kunna bidra till att identifiera möjligheter och utmaningar i införandet av BGGiK.

Syften

Denna kunskapsöversikt är en sammanställning på svenska om förbättringsforskning och kopplingen till förbättringskunskap inom hälsa- och välfärdsområdet. Syftet med kunskapsöversikten är att ge en bild av hur förbättringskunskap och förbättringsforskning, förbättringsvetenskap, ser ut i den svenska vård- och välfärdskontexten idag. Ett ytterligare syfte är att identifiera och sprida kunskap om det förbättringsarbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården, och som kan ha bäring på projektet Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg.

Rapporten inleds med en kort beskrivning av ämnets utveckling, övergången till hälsa och välfärdsorganisationer, med fokus på hälso- och sjukvård, samt uppkomsten av förbättringsforskning. Rapporten avslutas med en framåtblick och en diskussion om de möjligheter och utmaningar som identifierats för projektet BBGiK genom sammanställningen.

Centrala begrepp

Nedan förklaras bärande begrepp i denna rapport. Rapporten fokuserar på utvecklingen av förbättringskunskapen som framför allt skett inom hälso- och sjukvårdssektorn. Ett begrepp som skiljer sig åt mellan olika verksamheter är hur de som är i behov av verksamhetens service benämns. Då denna rapport skrivs för ett samverkansprojekt mellan alla olika organisationer som är involverade i projektet BBGiK, kommer begreppen person och närstående användas, förutom vid direkt hänvisning till artiklar, då begreppet i artikeln används. Förklaringarna nedan försöker förtydliga vad som avses med respektive begrepp, det skall inte förstås som en vedertagen definition.

Begreppet **Person** används i denna rapport utifrån beskrivningar av personcentrerad vård (Ekman, 2020), och vikten av att möta och behandla de som är i behov av vård eller social service som personer (individer) (Batalden m.fl., 2021; Lachman m.fl., 2021). Personcentrerad vård betonar att personer med ohälsa eller funktionshinder inte skall betraktas utifrån de svårigheter som detta medför, utan fokusera på de resurser personerna besitter. Samskapande, som kan ses som en utveckling av förbättringskunskapen (Lachman m.fl., 2021), betonar balansen i förhållandet mellan professionella och personer i behov av vård och service (Batalden m.fl., 2021). Detta kommer utvecklas under stycket Framtid.

Närstående är, enligt Socialstyrelsens termbank (2004) de personer som den enskilde anser sig ha en nära relation till, vilket kan vara en släkting, men likaväl någon annan som bistår personen i fråga.

Kvalitetsutveckling och kvalitetsteknik är begrepp som länge använts inom framför allt tillverkningsindustrin. Utvecklingen inom industrin har gått från kvalitetskontroll efter tillverkning, kvalitetsstyrning under tillverkning, och kvalitetssäkring efter tillverkning, till kvalitetsutveckling med ständiga förbättringar före under och efter produktion (Bergman & Klevsjö, 2001; Sörqvist, 2019).

Förbättringskunskap är samlingsnamnet för olika modeller och metoder/verktyg för att förstå organisatoriska system, förändringspsykologi, att mäta och redovisa resultat, att lära av resultaten och förstå variation, samt leda och styra utifrån dessa, och används inom hälsa och välfärdsorganisationer. Begreppet är en svensk översättning gjord av Sveriges kommuner och regioner (SKR, dåvarande landstingsförbundet) utifrån Demings begrepp Profound Knowledge of Improvement, som innefattar kunskapsdomänerna systemförståelse, metoder att mäta resultat och analysera variation, förändringspsykologi, och lärandestyrt förändringsarbete, samt ledarskap för förbättring (Deming, 2000).

Förbättringsarbete är det systematiska och kontinuerliga arbetet att analysera och genomföra (små) förändringar i organisationen som syftar till bättre och säkrare vård och omsorg med högre kvalitet (ständiga förbättringar) (Sörqvist, 2004).

Förbättringsvetenskap är det svenska samlande begreppet för forskning om förbättringsarbete. På engelska förekommer flera olika begrepp, de vanligaste är Quality Improvement Science, Improvement Science, Improvement Research, och Research of Improvement, med flera (Shojania & Grimshaw, 2005; Crisóstomo Portela m.fl., 2015). Förbättringsforskning vill bidra till att öka förståelsen (skapa evidens) för de olika förbättringsmodeller och metoder som används i vård- och välfärdsorganisationer (Dixon-Woods, 2019; Javadi, 2021), vad som fungerar, när, var, hur, varför, och för vem (Walshe, 2007).

Metod och material

Denna kunskapsöversikt består av flera delar. Bakgrundsbeskrivning och historisk utveckling bygger på internationellt material, liksom svenska rapporter från Sveriges kommuner och regioner (SKR), och samtal med personer som varit delaktiga när i förbättringskunskap etablerades inom svensk hälso- och sjukvård.

Nulägesbeskrivningen har en ansats av scoping review (Munn m.fl., 2018), och bygger på artiklar relaterade till svenska förhållanden, avhandlingar i svensk kontext och av svenska

författare, samt böcker och kapitel i antologier. Alla ovanstående typer av material med någon relevans för förbättringskunskap, har tagits med. Sökningar har genomförts i flera steg och på flera sätt; utifrån författarens förkunskaper inom området, med hjälp av bibliotekarie vid biblioteket på Jönköping University, ur referenslistor i redan befintligt material samt via flera olika databaser såsom PubMed och Cinahl, inklusive DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) och Google Scholar. Materialet lästes och sorterades först efter titel och därefter efter abstract. Några publikationer som inte alls hade relevans för vård eller välfärdsområdet togs bort, men urvalet har varit väldigt inkluderande. De referenser som ingår i tematiseringen är markerade med * i referenslistan, samt återfinns i tabellerna 1, 2 och 3.

Utöver det inkluderade materialet, har ett stort antal av så kallad ”grå litteratur” identifierats, mer eller mindre officiellt publicerade rapporter och studentarbeten på framför allt mastersnivå. Dessa publikationer är inte analyserade, då de vid en schematisk sammanställning visade sig innehålla ett brett spektrum såväl innehållsmässigt som metod och kvalitetsmässigt. Genom en slumpmässig genomläsning av ett antal av uppsatserna verkar inte heller innehållet skilja sig från de redovisade materialet, utan fångas väl av publicerat material så som artiklar och avhandlingar.

Den äldsta publikationen som identifierades var från 1992, och materialet sträcker sig fram till och med 2020. De flesta artiklar är skrivna på engelska, men även material på svenska förekommer. När det gäller böcker och bokkapitel är majoriteten skrivna på svenska. Då materialet uppvisar en bredd avseende studiedesigner och metoder har inte en strukturerad analys varit möjlig (SBU, 2020). I stället har en tematisering av materialet (artiklar) genomförts. Dessutom redovisas materialet årsvis utifrån omfattning och primär inriktning.

Bakgrund

Komplexitet och komplexa organisationer

Hälsa, vård och omsorgsorganisationer benämns ofta som komplexa (Plsek & Greenhalg, 2001). Det innebär att verksamheter är interberoende av varandra och att händelser inte alltid blir som planerat (Palmberg, 2009). Komplexiteten märks genom att det finns många olika perspektiv och beroendeförhållanden som ibland gör händelser oöverblickbara. Organisatoriska gränser, ansvar och befogenheter kan vara oklara och ottydligt definierade (Greenhalgh & Papoutsis, 2018). Komplexa system behöver vara adaptiva, dvs att de personer som finns i systemen behöver lära sig av och anpassar sig till de olika situationer som uppstår (Greenhalgh & Papoutsis, 2018; Glouberman & Zimmerman, 2002). Samtidigt är inte all verksamhet eller allt som sker komplext. Det underlättar att vara medveten om vad som är enkelt, komplicerat eller komplext, då det hanteras på olika sätt (Palmberg Broryd, 2021; Glouberman & Zimmerman, 2002). Enkla uppgifter karaktäriseras av att det finns få perspektiv att ta hänsyn till och det går att förlita sig på checklistor. De enkla illustreras ofta av att följa ett recept vid bakning eller matlagning. En komplicerad uppgift kan hanteras, men behöver ofta involvera flera experter och ”övning ger färdighet” principer. Exemplet är ofta att bygga en månrocket och skicka människor till månen. Det behövs flera olika kompetenser, men för varje gång man försöker blir det enklare att hantera. De komplexa uppgifterna däremot ändrar sig från gång till gång, så inte ens experter kan vara säkra på att en tidigare strategi fungerar. Exemplet här är att uppfostra barn. Eftersom alla barn är olika blir resultatet olika även om föräldrarna gör på precis samma sätt (Palmberg Broryd, 2021; Glouberman & Zimmerman, 2002). Komplexa system liknar mer ett nätverk, även om många försöker illustrera dem genom traditionella linjeorganisationer (Palmberg Broryd, 2021). Citatet nedan, av den brittiske läkaren Sir Cyril Chantler, illustrerar hur utveckling kan leda till komplexitet.

Medicine used to be simple, ineffective, and relatively safe. Now it is complex, effective, and potentially dangerous. (Chantler, 1999).

Kvalitetsarbetets ursprung och utveckling

Människan har i alla tider strävat efter utveckling och förbättring, så även inom vård och omsorg. En av de tidiga pionjärerna inom det som idag kan hänföras till kvalitets- och förbättringsarbete anses vara Ignaz Semmelweis i mitten på 1800-talet. Semmelweis var ungersk läkare som visade att barnsängsfeber kunde minskas genom att läkarna tvättade sina händer, vilket hans chefer och

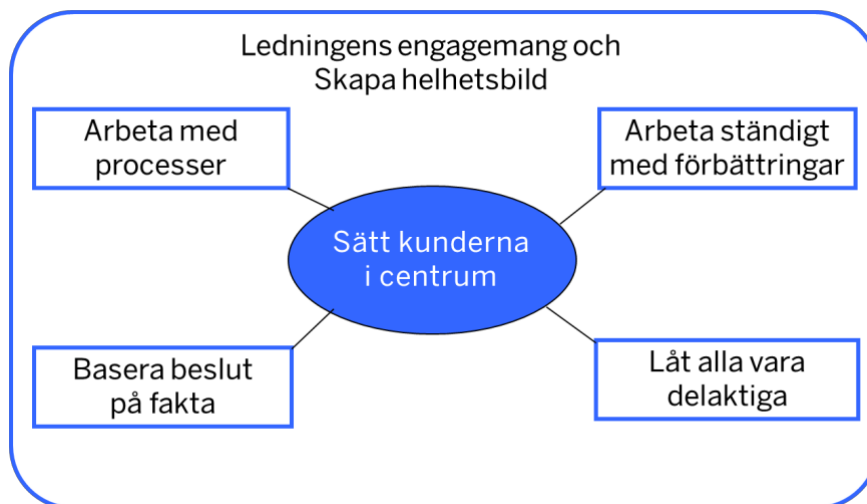
flera läkarkollegor tyckte saknade vetenskaplig grund. En annan pionjär var sjuksköterskan Florence Nightingale. Hon var ungefär samtida med Semmelwies, och är mest känd för sina insatser under Krimkriget på 1850-talet, där hon lyckades sänka dödligheten genom att förbättra hygienrutinerna vid fältsjukhusen. Nightingale blev en av de ledande förespråkarna för förbättringar av vården i Storbritannien och efter kriget blev hon rådgivare i militärhygieniska frågor. Hon förespråkade att kunskap och utbildning var viktigt, och menade att mätningar och statistik var viktiga delar av ett arbete för att uppnå förbättringar. 1860 grundade hon sjuksköterskeskolan Nightingale School of Nursing i London (Sheingold & Hahn, 2014).

Något senare, i början på 1900-talet förespråkade kirurgen Amory Codman i Boston att läkare borde följa upp behandlingen av varje enskild patient. Han menade vidare att sjukhusen regelbundet borde analysera och öppet redovisa sina resultat, men även Codman mötte motstånd från sina kollegor (Mainz & Bartels, 2006). Ytterligare en pionjär var läkaren Avedis Donabedian, som på 1960-talet utvecklade en modell för kvalitetssäkring (Quality Assurance), som innehöll flera olika parametrar för att mäta, följa upp och utvärdera patienternas vård. Han beskrev kvalitet i vården som ett sätt att kombinera vetenskap och teknologi med hur det appliceras i praktiken. Vidare beskrev Donabedian tre dimensioner att mäta kvalitet utifrån struktur, process, och resultat (Donabedian, 2003). Såväl Codmans som Donabedians idéer har varit viktiga i utvecklingen av de svenska kvalitetsregisteren (som beskrivs längre fram). Donabedians dimensioner struktur, process och resultat utgör en viktig del i hur kvalitetsregistren är uppbyggda (Jacobsson Ekman m.fl., 2014).

Kvalitetsarbete så som vi betraktar det idag, härstammar från tillverkningsindustrin, och utvecklades på allvar i efterkrigstidens bilindustri. Denna Quality Management (QM) rörelse startade som en motvikt till industrialismens löpande band och Taylorismen. Några kända föregångare var Walter Shewhart, som kallas den father of statistical quality control, och som sägs vara upphovsman till Plan-Do-Study-Act (PDSA)-cykeln, ibland även kallad Shewhart cykeln. PDSA-cykeln utvecklades vidare av en annan av de tidiga förgrundsgestalterna, W Edwards Deming. Deming var statistiker och utarbetade fjorton punkter som avsåg principer för att kontinuerligt och långsiktigt arbeta med kvalitetsförbättringar. Hans tankar blev centrala inom Total Quality Management (TQM, på svenska kallat kvalitetsstyrning).

Deming poängterade också vikten av att en organisation har gemensamma mål, utan mål existerar inga system, och att system är ett nätverk av inbördes beroende delar som måste samverka för att uppnå systemets mål. En som betonade ledningens ansvar för kvalitetsutveckling var Joseph Juran, och blev därmed en av de första som adderade en mjukare mänsklig dimension till kvalitetsstyrning. Två andra personer, båda från Japan, måste man också ta upp, Kaoru Ishikawa, som är upphovsman till Ishikawa diagrammet, mer känt som fiskbensdiagram eller orsaksvärkandiagram. Diagrammet kallas fiskbensdiagram eftersom det ser ut som ett fiskskelett. Det används för att definiera och systematiskt strukturera möjliga orsaker till ett problem (Sörqvist, 2004). Genom att åskådliggöra möjliga orsaker ökar förståelsen för vilka orsaker som har störst inverkan och därmed bör prioriteras att åtgärda först.

Den andra är Masaaki Imai som står bakom begreppet Kaizen, som är en buddistisk term och betyder ungefär ”förnya hjärtat och gör det bra”. Grundtanken i Kaizen, liksom i flera andra kvalitetskoncept, är att ständigt förbättringsarbete skall vara en naturlig och integrerad del i det dagliga arbetet (Sörqvist, 2004). Ett delaktigt, engagerat och synligt ledarskap är viktigt, och tvärprofessionella, relativt självstyrande förbättringsgrupper som stötts av coacher eller handledare, är en bärande del av arbetet. En annan del är att verksamheten utgår från befintliga flöden och processer som ständigt måste effektiviseras och förbättras för att tillgodose kundernas behov. Även i Sverige utvecklades kvalitetsrörelsen först inom tillverkningsindustrin, där viktiga delar är kundfokus och ständiga förbättringar, se figur 1 (Bergman & Klevsjö, 2001; Bergquist m.fl., 2012).



Figur 1. Hörnstensmodellen, fritt efter Bergman och Klevsjö (2001).

Kvalitetsbegreppet består av flera olika delar, som speglar utvecklingen. Man måste dock ha med sig i tanken skillnaden på förändring och förbättring, en förändring kan vara bra eller mindre bra, medan en förbättring är en förändring som syftar till att göra bättre och alltid innebär någon form av förändring (Berwick, 1996; Sörqvist, 2019). Den tidiga kvalitetsrörelsen betonade kvalitetssäkring/kontroll som ett redskap för kvalitetsstyrning. Detta innebär att det som producerats kontrollerades efter eller under processen. Med tiden utvecklades kvalitetssäkring, som innebär en mer förebyggande kvalitetskontroll. Förbättringskunskap bygger på den mer holistiska kvalitetsutvecklingen, ett försök att bygga in kvalitet i hela processen genom ständiga förbättringar före, under och efter en process. Ett koncept som tydligt tillämpar denna filosofi är Lean Production (Langstrand, 2012). Lean är också en av de modeller som tydligast överförts till hälso- och sjukvård genom att introducera en egen benämning, Lean Health Care (Brandao de Souza, 2009; Joosten m.fl., 2009). Dahlgaard m.fl. (2011) definierar Lean Healthcare som en managementfilosofi som stävar efter ständiga förbättringar genom allas aktiva medverkan, med syftet att uppnå största möjliga nytta och värde för alla hälso- och sjukvårdens intressenter. Även andra koncept eller modeller har tillämpats inom hälso- och sjukvården, tex Sig Sigma (Van den Heuvel m.fl., 2005), men även som kombinationer i form av Lean Six Sigma (Rathore, & Srivastava, 2020).

En svensk ledningsmodell för offensiv kvalitetsutveckling är Hörnstensmodellen (Bergman & Klevsjö, 2001) vilken beskriver viktiga delar för god kvalitet, och innefattar helhetssyn - systemet - och ledarskapets och delaktighetens betydelse (se figur 1). National Academy of Medicine (tidigare IoM) lyfter sex dimensioner för kvalitet. Dessa beskriver vad kvalitets och förbättringsarbete vill uppnå, såsom säkrare vård och att skydda patienter från skador, ändamålsenlig och effektiv vård, personcentrerad vård som skapar värde för individen, god tillgänglighet, att undvika onödigt slöseri och en god jämlik vård (IoM, 2001).

Paraplyet förbättringskunskap

Förbättringskunskap kan ses som ett samlingsbegrepp som bygger på Demings profound knowledge som innefattar de fyra delarna: förståelse för systemet, förståelse för variation och metoder att mäta resultat, hur människor reagerar på förändring, och hur vi kan lära av förändringsarbetet. Förbättringskunskap innefattar åtta domäner, vilka kan ses som en utveckling av Demings ursprungliga delar för hälso- och sjukvårdens sammanhang, fastställda av the Institute for Healthcare Improvement (IHI). Dessa är: 1) att förstå vården som processer och system, 2) mätningar och variation, 3) kund/patientfokusering, 4) leda, följa och förändra utifrån resultat, 5) samverkan/samarbete, 6) social kontext och samhällsansvar, 7) utveckla ny praktiskt användbar (lokal) kunskap, och 8) ta tillvara olika professioners kunskaper (Batalden m.fl., 1998). Domänerna skall ses som vägledning och strategier för förbättringsarbete. Tex behövs

systemkunskap och förståelse för verksamhetens processer. Drivkrafter för förbättring är en annan viktig komponent inom den sociala kontexten, liksom informationsförsörjning och delaktighet. Domänerna kan illustreras som en lärandespiral, dvs de är avhängiga varandra i ett kretslopp, inte ett linjärt förhållande (se figur 2).



Figur 2. Förbättringskunskapens kunskapsdomäner (fritt efter Batalden m.fl., 1998).

Förbättringskunskap har utvecklats åt lite olika håll, och allteftersom har andra viktiga komponenter i vård och välfärdsorganisationer kommit att kopplas till förbättringsarbete, så som patientsäkerhetsarbete och samverkan (samskapande). Det finns även kopplingar till forskningsgrenen implementeringsvetenskap (Nilsen m.fl., 2020). När verksamheten initierar en förbättring måste det finnas en plan för hur den skall införas eller ”implementeras”. Implementeringsforskningen och förbättringsforskningen har utvecklats från olika vetenskapliga perspektiv, men har mycket gemensamt (Nilsen m.fl., 2020; Nilsen m.fl, 2022). Det gemensamma målet är att förbättra vård och omsorg, men utgångspunkterna skiljer sig. Implementeringsvetenskapen utgår främst ifrån att införa redan (vetenskapligt) testade interventioner, medan förbättringsvetenskapen vill vara med och utveckla praktiska interventioner som leder till högre kvalitet.

Greenhalgh m.fl. (2004) visar på olika sätt för hur interventioner anpassas och sprids i organisationer. Ju närmare verksamhetens existerande normer och arbetssätt det som skall införas finns, desto bättre är förutsättningarna för att det nya arbetssättet ska få fäste och bli varaktigt i verksamheten (Greenhalgh m.fl., 2004). Oborn m.fl. (2013) påpekar att kunskapsöverföring (knowledge translation) har utvecklats till att bli allt viktigare, och påverkas av strukturer, aktiviteter och samordning i och mellan organisationer och organisatoriska delar. Greenhalgh m.fl. (2004) visar också att ju bättre förberedd verksamheten är, desto bättre kan nya innovationer införlivas i verksamheten. Det innebär att en planerad spridning av en förbättring (dissemination) har större förutsättningar än en oplanerad spridning (diffusion).

Denna rapport är inte tänkt som en lärobok i eller fullständig sammanställning över de metoder, modeller och verktyg som förbättringskunskap använder sig av. Därför kommer inte olika metoder eller modeller beskrivas ingående. För utförligare beskrivning av förbättringsmetoder och verktyg hänvisas till Nelson m.fl. (2007), Langley m.fl. (2009) och Andersson och Nordin (2019).

Det är ändå viktigt att belysa de olika inriktningar som förbättringskunskap har kommit att få, och dess ursprung. Denna skillnad ses till del i de metoder och verktyg som knyts till olika modeller. Samtidigt kan man konstatera att vissa modeller slagits ihop (Lean Six Sigma (Rathore & Srivastava, 2020)), eller verktyg som uppvisar tydliga likheter (PDSA-cykeln och DMAIC-

metoden (Define, Measure, Analyze, Improve, Control)). En studie av Walshe (2009) visar att olika koncept och modeller varierat i användning och popularitet över tid. Denna, som författaren kallar "pseudoinnovation" av nya QI modeller, är mer till skada än nytta för förbättringsarbete, då en av de viktigaste förutsättningarna för en hållbart och framgångsrik förbättring är långsiktighet och systematik, snarare än valet av metod (Walshe & Freeman, 2002; Walshe, 2009). En studie av Ferlie och Shortell (2001) understryker också vikten av ett holistiskt angreppssätt för att lyckas med förbättringsarbete i hälso- och sjukvårdssystem, inkluderande ledarskap för förbättring ur makro- meso- och mikroperspektiv, en lärande kultur (lärande organisation), fokus på teamsamverkan och teamarbete samt förbättrad användning och integration av informationssystem.

Internationell förbättringskunskap i hälsa och välfärdssektorn

Hälso- och sjukvården kan sägas ha anammat kvalitetskoncepten i mitten av 1980-talet, med början i USA. The Institute for Healthcare Improvement (IHI) bildades officiellt 1991, men hade varit verksamt några år dessförinnan, under ledning av bland annat Dr Don Berwick (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2021). Syftet var att designa om sjukvården utifrån ett systemperspektiv för att minska misstag, slöseri, fördröjning och onödiga kostnader. Berwick (1991) skriver att sjukvården måste, grundat på Shewharts idéer om att kontrollera variation, ta tag i de problem som finns.

En annan viktig byggsten i förbättringskunskapens övergång från industri till vård och välfärdsorganisationer var professor Bataldens intresse för Demings idé om profound knowledge. 1993 publicerade Batalden och Stoltz A Framework for the Continual Improvement of Health Care, där idén om att det krävs både traditionell professionskunskap och förbättringskunskap för att reformera och förbättra vården beskrivs. 2000 gav dåvarande Institute of Medicine (numer National Academy of Medicine) ut skriften To Err is Human: Building a Safer Health System, som fokuserar specifikt på patientsäkerhet som en viktig kvalitetsparameter, och 2001 utkommer boken Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, som har ett bredare fokus på hela system (IoM, 2001).

Andra verksamheter som inspirerat till utvecklingen av förbättringskunskap är Intermountain Healthcare, baserat i Utah US, som tidigt startade utbildningar i förbättringskunskap, och började tillämpa metoder för kvalitetskontroll. Deras Advanced Training Program (ATP) har överförs till svenska förhållanden (ATP, u.å), se vidare längre fram under rubriken förbättringskunskapens utveckling i svensk hälso- och sjukvård. I Storbritannien initierade National Health Service (NHS) en organisation för förbättringskunskap 2008, som 2013 blev NHS Improving Quality och 2016 döptes om till NHS Improvement. Health Foundation är en annan brittisk organisation som tidigt började stödja kvalitets- och förbättringsarbete genom deras Q community (The Health Foundation, 2021). Health Foundation skapade en internationell arbetsgrupp, the Improvement Science development group (ISDG) som stöd och mentorer för fellowships i Quality Improvement och Improvement Science. Dessa initiativ utvecklades till forskningsorganisationen THIS Institute (THIS Institute, 2021). Se vidare under rubriken Forskning om förbättringsarbete.

Till Sverige kom förbättringskunskapen i slutet på 1980-talet. Sveriges kommuner och Regioner (SKR, dåvarande Landstingsförbundet) började, i samverkan med Socialstyrelsen, intressera sig för kvalitetsinspirerade instrument utifrån ISO och organisationsgranskning. Kontakt etablerades med Swedish Institute for Quality (SIQ), som hade statens uppdrag att dela ut utmärkelsen svensk kvalitet. Kontakt skapades även med det som senare blev Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, som utgått från idéerna om ständiga förbättringar och Demings profound knowledge (som översattes till förbättringskunskap i Sverige). Då den offentliga sektorn i mitten av 1990-talet drabbades av minskande resurser, besparingar och neddragningar kom dock engagemanget i kvalitetsarbetet i flera landsting/regioner att mattas av. Dessutom hade offentlig sektor, både en del landsting och kommuner, sedan 1980-talet börjat styras alltmer marknadsorienterat enligt konceptet New Public Management (NPM) (Axelsson, 2000). Denna styrningsmodell var inte heller så lätt att kombinera med ett systematiskt kvalitetsarbete, så kvalitetsrörelsens intåg i vård och välfärdssektorn kom också att utmana en del av denna form av marknadsstyrning. Förbättringskunskap presenterades som ett sätt att kunna använda (minskande) resurser smart och samtidigt behålla eller till och med förbättra kvalitén, ibland uttryckt som att de som arbetar i vården "har två jobb", att göra det dagliga arbetet och förbättra det (Batalden & Davidoff, 2007).

Att leda förbättringsarbete

Lagar och regelverk

Svenska välfärdsorganisationer, som verksamheter inom vård och omsorg, styrs utifrån lagar och regelverk vilka även innefattar kvalitetsutveckling. Förbättringskunskap och förbättringsarbete regleras i flera olika förordningar, vilka inte alltid är helt överensstämmande. Inom Regionerna, hälso- och sjukvården, är hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) det viktigaste styrdokumentet. Kommunerna och socialtjänsten styrs av flera olika lagar, men Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) är en av de viktigaste. Härutöver finns Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och Patientlagen (SFS 2014:821). För att tydliggöra olika vårdgivares ansvar gällande kvalitetsarbete tillkom God vård (SOSFS 2005:12), vilken 2011 ersattes av Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), som gäller för både vård- och omsorgsorganisationer. I God vård identifierade Socialstyrelsen sex områden, baserade på IoMs sex dimensioner för kvalitet (IoM, 2001). Dessa dimensioner är: 1) kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, 2) säker hälso- och sjukvård, 3) patientfokuserad hälso- och sjukvård, 4) effektiv hälso- och sjukvård, 5) jämlik hälso- och sjukvård och 6) hälso- och sjukvård i rimlig tid (Socialstyrelsen, 2009). Till de nationellt övergripande regelverken kommer diverse regionala och lokala riktlinjer och policys.

Ledarskap för förbättring

Förbättringar sker inte av sig själva, och att leda förbättringsarbete kräver förståelse och kunskap. Att åstadkomma bättre resultat innebär en förändring av arbetssätt och inte sällan av hur olika delar av en verksamhet relaterar till varandra då organisationens resultat ofta är beroende av hur helheten i detta system fungerar (Batalden & Splaine, 2002). Det finns en viktig distinktion i att göra skillnad mellan *att förändra* eller *att åstadkomma en förbättring* (Berwick, 1996; Sörqvist, 2019). Medan förändringar är något som sker hela tiden, som en följd av antingen avsiktligt eller oavsiktligt agerade, även om vi agerar aktivt eller förhåller oss passivt, handlar ett systematiskt förbättringsarbete om ett proaktivt och riktat handlande. En utgångspunkt för detta är att analysera hur och skapa former för hur avsedda värden rörande tjänsters och produkters innehåll och form kan nås i syfte att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att ett visst resultat ska åstadkommas (Sandberg & Targama, 2013).

Att fungera som ledare för ett förbättringsarbete kan skilja sig från det som krävs för att fungera som chef (Nyström, 2009). Det formella delarna av ett chefskap handlar ytterst om att styra andra att utföra aktiviteter genom planering och kontroll (Alvesson m.fl., 2015). Ledarskap däremot fokuserar på de förväntningar och möjligheter inför olika arbetsuppgifter och aktiviteter samt vad dessa kan leda till. Visserligen kan en chef också fungera som ledare, men rollen blir då att fungera som en underlättare (coach eller facilitator) som skall skapa förståelse och engagemang (Nyström, 2009). Ledarskapet måste också anpassas för att stämma överens med de aktuella aktiviteternas (här: förbättringskunskapens) principer. Självtystre (empowerment) i koordinerade och målinriktade aktiviteter är exempelvis viktiga delar av Lean konceptet (Mazzocato m.fl., 2010) och återfinns även i vad Bergman & Klevsjö (2001) benämner offensiv kvalitetsutveckling. Detta implicerar också en övergång från en individsyn till ett betraktelsesätt på organisationen som system, där ett viktigt processmått blir att se till hur dess olika delar (anställda i olika befattningar, stödteknik, rutiner etc.) samverkar (Ellström m.fl., 2016; Kjellström, 2018-blogg). Förbättringsarbete kräver därmed såväl ett aktivt ledarskap som engagerade medarbetare genom ett aktivt medarbetarskap (Gjerde, 2012). Detta, ibland kallat för det nya ledarskapet (Ellström m.fl., 2016), förutsätter att medarbetare på olika nivåer får ett större egenansvar och att chefen/ledaren vågar släppa kontrollen och samtidigt har beredskap att backa upp när så krävs (Cregård m.fl., 2018; Sandberg & Targama, 2013).

En annan förutsättning för ett fungerande medarbetarskap handlar om tillitsbaserad styrning (Bringselius, 2021). 2016 tillsatte regeringen Tillitsdelegationen med uppdrag att se över hur den statliga styrningen kan utvecklas genom att balansera behovet av organisatorisk kontroll med förtroende för medarbetarnas verksamhetsnära kunskap och erfarenhet (tillitsdelegationen.se). Delegationen har tagit fram sju vägledande principer för tillitsbaserad styrning: tillit, medborgarfokus, helhetssyn, handlingsutrymme, stöd, kunskap och öppenhet. Genom dessa principer skulle en ökad effektivitet skapas i de offentliga organisationerna samtidigt som deras nytta skulle öka generellt för medborgarna. Tillitsbaserat ledarskap passar väl ihop med ledarskap

för förbättring, eftersom det förutsätter anpassade strukturer och balanserad kontroll som skapar ökade möjligheter för medarbetare att ta ansvar för att skapa mervärde för medborgaren/brukaren (Bringselius, 2021). De ledande principerna i den tillitsbaserade ledningsfilosofin är: 1) öppenhet, 2) handlingsutrymme, 3) verksamhetsnära stöd, 4) kunskap och kollegialt lärande, 5) gemensamt helhetsansvar, 6) utgå från medborgarnas perspektiv, 7) positiva förväntningar, 8) respekt och etik och 9) långsiktig hållbarhet. Ledaren har tre viktiga roller, att som kompass eller vägvisare tydliggöra uppdraget, som coach stötta och följa, och som vägröjare skapa förutsättningar och handlingsutrymme.

Forskning om förbättringsarbete

Några år efter att förbättringskunskap fått fäste i den kunskapsintensiva evidensbaserade vårdsektorn, uppstod frågor om hur vi vet att förbättringsmetoder fungerar. Då flera av de tidiga aktörerna inom förbättringskunskap var läkare och sjuksköterskor, framstod det också som angeläget att även arbetet med förbättringar kunde betraktas utifrån evidenskrav (Fowler Byers & Beaudin, 2002; Grol m.fl., 2002; Shojania & Grimshaw, 2004; 2005). Då evidensbaserad medicin eller praktik som kunskapstradition empiriskt vilar på en naturvetenskaplig grund fanns också utmaningar när det handlade om att integrera idéer från förbättringsforskningen som också hämtar inspiration från samhällsvetenskap och humaniora. I sin docentföreläsning uttryckte Johan Thor det:

Inom medicinen söker man mer entydiga svar, men när man ska förändra arbetet i en organisation får man snarare försöka svara på ”under vilka förutsättningar verkar metod x fungera och vad är det i så fall som gör att det fungerar mer eller mindre bra? Forskning om kvalitetsförbättring och ledarskap handlar mycket om hur människor fungerar i grupp, och är därför mycket mer beroende av sammanhang. (Thor, muntlig presentation 2016).

Professor Linda Headrick var inne på samma resonemang då hon föreläste på konferensen Utvecklingskraft i Jönköping 2009. Hon menade att om forskningen bara bedrivs utifrån det traditionellt naturvetenskapligt-medicinska tankesättet, kommer inte alla de aspekter som är viktiga för att förstå och förklara vad som händer vid kvalitets- och förbättringsarbete med (Headrick, personlig kommunikation, maj 2009). Headrick hänvisade till de rapporteringsriktlinjer, kallade SQUIRE guidelines (se www.squire.statement.org), som tagits fram av flera forskare inom förbättringsvetenskapsområdet (Ogrinc m.fl., 2016; Goodman m.fl., 2016), och som tydliggör vad som behöver beskrivas när studier av förbättringsarbeten rapporteras. Olika insatser eller aktiviteter kan inte ses i ett isolat från sin omgivning och blir till och får sin mening i ett sammanhang. Detta är något som betonas i förbättringsforskning (Perla m.fl., 2013). Dessutom förekommer ofta både kvalitativa och kvantitativa data i förbättringsvetenskapen, där resultatet ofta består av figurer som avspeglar olika förbättringsinitiativ och mätningar som krävs för att veta om en förändring är en förbättring (Berwick, 1996; Sörqvist, 2019).

Förbättringskunskap har ofta anklagats för att bygga på anekdotiska berättelser (Shojania & Grimshaw, 2005) och svag vetenskaplig stringens (Javadi, 2021; Dixon-Woods, 2019). Osäkerhet kring effekter av olika förbättringsmodeller och verktyg anses också stor (Hill m.fl., 2020; Walshe, 2009). För att kunna förstå om, hur och varför en förändring blir en (varaktig) förbättring ur ett vetenskapligt perspektiv (Walshe, 2007), behöver förbättringsforskningen vila på flera olika teoretiska grunder, varav komplexa systemteorier (Plsek & Greenhalgh, 2001) och organisationsteorier (Ellström m.fl., 2016), liksom förändringsledning (Change Management) är viktiga byggstenar (The Health Foundation, 2011; Marshall m.fl., 2013).

Med utgångspunkt i pragmatismen, som innebär att kunskap inte är något absolut sant eller falskt utan handlar om användbarhet, och som bygger på filosofen CI Lewis arbeten handlar förbättringsforskning om att bidra till kunskaper om system och lärande (Elg m.fl., 2007). Lewis (1883–1964) växte upp i industrialiseringseran och var kritisk till den omfattande teknokratiseringen av samhället och hur denna kom att påverka och styra människan och hennes beteende. Han förde fram idéer om att vetenskapen måste gå från en tekniskt/positivistisk ”maskinålder” till en helhet utifrån system och lärande som grund för handling. Detta tankesätt kan kännas igen hos flera av förbättringsvetenskapens forskare (ex Bate m.fl., 2008). Marjorie Godfrey,

en av personerna bakom utvecklingen av the Microsystem Academy och förbättringskunskap vid The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice (TDI), uttryckte det så här under en presentation på Mikrosystemfestivalen i Jönköping:

Improvement in healthcare is 20% technical and 80% human.

Ogrinc m.fl. (2016) menar att syftet med att studera förbättringsinterventioner är att bidra med en mer generaliserbar kunskap om olika insatser för att göra vård- och omsorgsorganisationer bättre. Marshall m.fl. (2013) lyfter upp vikten av att öppna vad som ibland benämns för ”de svarta lådorna” som försvårar överförbarhet av kunskap mellan olika kontexter. Med detta avses bland annat att skapa en djupare förståelse för vad det är som faktiskt åstadkommer (eller inte) en förändring i ett visst sammanhang. Det räcker inte bara med att konstatera om en skillnad finns mellan hur en situation såg ut före en viss aktivitet och den efteråt. Man måste också ha kunskap om vad det är som faktiskt skedde, och då hur olika förhållanden, aktörer, idéer samspelade (förstärkande och motverkande) för att en delvis ny situation skulle uppstå. Därför måste förbättringsforskare bli bättre på att systematiskt studera och presentera olika sidor av förbättringsarbete i olika verksamheter. Det handlar om att kunna svara på frågorna om vad som fungerar, för vem, när hur och varför (i vilka kontexter) (Walshe, 2007).

En systemteoretisk modell som ofta används i förbättringskunskap är den så kallade mikrosystemteorin, eller mikrosystemtänkande (Nelson m.fl., 2007; Nelson m.fl., 2008). Modellen framhåller att ett system måste ses som en helhet, om än från olika perspektiv. Ett microsystem är den minsta gemensamma enhet som utgörs av de personer, personal och patienter, informationssystem och vårdprocesser som tillsammans skapar värde. (Donaldson & Mohr, 2000). Förbättringskunskap har ofta fokuserat på mikrosystemen och dess roll i förbättringsarbetet (Donaldson & Mohr, 2000; Nelsson m.fl., 2002; Godfrey m.fl., 2005, refererad i Nelson m.fl., 2007), men i viss utsträckning även koppling till meso- och makroperspektiv för att belysa helheten av interaktioner i system, då de olika perspektiven är ömsesidigt beroende av och påverkar varandra.

Mikrosystemteorin anammades som ett ramverk eller modell för förbättringskunskap inom hälso- och sjukvård av the Institute of Medicine (IOM) genom en speciellt tillsatt kommitté (Committee on Quality of Health Care in America (QHCA)) (Donaldson & Mohr, 2000). Kommittén hade till uppdrag att identifiera faktorer som kunde underlätta införandet av förbättringskunskap och lägga grunden för 2000-talets hälso- och sjukvårdsorganisationer. Mikrosystemteorin valdes just på grund av att den fokuserar på små system som arbetar tillsammans, och inkluderar även personer och stödfunktioner (som informationsteknologi). Kommittén influerades av ett ramverk utvecklat av Quinn (1992, refererad i Donaldson & Mohr, 2000; Nelson m.fl., 2007), som studerat flera av världens mest framgångsrika företag och organisationer, och fann att de ofta haft sitt fokus på små funktionella enheter, kallade ”microunits”, då det är där verksamhetens värden skapas. Modellen vidareutvecklades och dess roll i helheten, sjukvårdssystemet, förtydligades genom att ytterligare perspektiv beskrevs (Batalden m.fl., 2003; Nelson m.fl., 2007). Modellen har fortsatt justeras över tid, och flera olika varianter finns, men alla innehåller åtminstone de tre perspektiven mikro, meso och makro (Nelson m.fl., 2007; Nelsson m.fl., 2008; Norman m.fl., 2013; Likosky, 2014; Nordin & Areskoug-Josefsson, 2020). Förbättringskunskapen har ofta fokuserat på mikrosystemen och deras roll i ett förbättringsarbete (Donaldson & Mohr, 2000; Nelsson m.fl., 2002; Godfrey m.fl., 2005, refererad i Nelson m.fl., 2007), även om kopplingar har gjorts till meso- och makroperspektiv för att belysa helheten av interaktioner i system. Mikrosystemtänkandet är en bärande del av förbättringskunskap, inte minst med utvecklingen mot ett mer samskapande (Co-production) förhållningssätt, som kommer diskuteras mer i avsnittet om framtiden.

De första forskningspublikationerna, som inte enbart är beskrivningar av förbättringskunskap, börjar dyka upp internationellt runt sekelskiftet 2000. Fortfarande innehåller de till övervägande del inte empiriska data, utan består mest av teoretiska resonemang om varför det är viktigt att evidensbasera förbättringskunskap. 2011 tog the Health Foundation, som sedan 2009 verkat för att främja förbättringsforskning, fram en sammanställning av den förbättringsforskning som är centrerad till hälsa och välfärdssektorn. Rapporten slår fast att förbättringskunskap handlar om att undersöka hur förändringar som leder till förbättringar bedrivs och åstadkoms på ett effektivt sätt, och att det handlar om att systematiskt studera vilka metoder och andra faktorer som på bästa sätt faciliterar och stödjer förbättringsarbete (The Health Foundation, 2011). 2011 skapades ett

fellowship program för att stötta och utveckla framtidens ledare inom förbättringsforskning. Detta arbete ledde fram till att ett helt nytt forskningsinstitut, The Healthcare Improvement Studies Institute (THIS), lanserades 2018, under ledning av professor Mary Dixon-Woods, och lokaliserat på Cambridge Universitet (THIS.Institute, 2021).

I Sverige kom forskning avseende kvalitetsutveckling och förbättringar främst att bedrivas vid tekniska fakulteter eller högskolor. Men ett tidigt forskningsprojekt, som bedrevs gemensamt av högskolan i Jönköping, flera universitet och högskolor, inklusive The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice at the Geisel School of Medicine at Dartmouth College, US, och nuvarande region Jönköpings län var ”Bridging the Gaps 1 och 2” ledda av Andersson Gäre. Syftet var att beforska förbättringar i vården (Elg & Andersson Gäre, 2008). Projektet drevs som ett tvärvetenskapligt, samverkansprojekt mellan praktik och akademi, med en interaktiv forskningsansats (Ellström, 2007), och pågick i två delar mellan 2008–2011 och 2011–2013. Syftet var att åstadkomma förbättringar som skapar nytta och ökat värde inom hälsa och välfärdsorganisationer, samtidigt som systematiska, vetenskapliga lärdomar drogs genom följeforskningen. Projekten resulterade i flertalet avhandlingar och vetenskapliga artiklar. För att ta tillvara och utveckla de lärdomar som framkommit genom projekten bildades The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare (JA) 2009, och det masterprogram som fortfarande utbildar hälso- och välfärdens chefer och medarbetare i kvalitetsförbättring och ledarskap för förbättringar (JA u.å.). JA formades som ett partnerskap mellan Regionen (dåvarande landstinget i Jönköping), högskolan i Jönköping (nuvarande Jönköping University), och regionens 13 kommuner, under ledning av professor Boel Andersson Gäre och föreståndare Johan Thor. 2012 instiftade forskningsfinansiären Vinnvård ett fellowship i förbättringsforskning efter förebild från the Health Foundation UK. Det blev två omgångar med vardera fyra fellows, innan programmet avslutades 2019.

Professor Paul Batalden, som var mentor åt det svenska Vinnvård programmet, har sagt:

As we tried to change ... systems, we began to know much more about them. We soon realized that we needed multiple disciplines, multiple ways of knowing to address the challenges of achieving real change. It required the creation of shared knowledge of the processes and systems. (muntlig presentation vid Vinnvårdprogrammets avslutning).

Förbättringsforskningens stora utmaning är fortfarande att bygga och utveckla vetenskaplig robust kunskap. Den vanligaste kritiken mot förbättringskunskap har varit att den är svagt vetenskapligt och teoretiskt underbyggd, och att de genomförda förbättringarna saknar (explicit) teoretisk grund (Hill m.fl., 2020; Dixon-Woods, 2019; Shojania & Grimshaw, 2005). Förbättringsforskning är en relativt ung vetenskap, och mycket forskning och utveckling sker. Det vetenskapliga fältet utvecklas och stärks hela tiden (Dixon-Woods, 2019). Men samtidigt som det pågår mycket förbättringsarbete i alla offentliga organisationer i Sverige idag leder det sällan till vetenskapliga publikationer. Det behöver utvecklas mer kunskap, teoretisk, men även empiriskt och erfarenhetsmässigt, med ett mer metodologiskt robust vetenskapligt systematiskt angreppssätt (Dixon-Woods, 2019; Perla m.fl., 2013; Shojania & Grimshaw, 2004). Dessutom måste forskningen och dess resultat få spridning för att bygga på kunskapen inom forskningsområdet, genom vetenskaplig publicering (Greenhalgh & Papoutsi, 2019; Greenhalgh m.fl., 2004; Walshe, 2007; 2009).

Utveckling av förbättringskunskap i svensk hälso- och sjukvård

Kvalitetsarbete, ofta kallat utvecklingsarbete eller verksamhetsutveckling, har alltid förekommit, framför allt inom den medicinska och tekniska delen av hälso- och sjukvården. Som tidigare skrivits, befann sig svensk offentlig sektor under 1990-talet i en situation där det blev tydligt att resurser och ekonomiska tillgångar inte längre var oändliga, något som delvis kan förklara intresset för kvalitetsfrågor. Besparingspaketet efter besparingspaketet hade lett till ifrågasättanden kring möjligheterna att bevara kvaliteten i verksamheterna, och behovet av effektivisering framstod uppenbart om inte kvaliteten skulle sjunka i samma takt som resurserna minskade. Ledare inom offentlig sektor, framför allt hälso- och sjukvården och deras organisation Landstingsförbundet (numer SKR) försökte då hitta olika vägar att mäta och värdera kvalitet, bland annat med inspiration från utländska vårdssystem, Institutet för kvalitetsutveckling (SIQ) och deras ackrediteringssystem.

I början av 1990-talet introducerade dåvarande Landstingsförbundet (SKR) utvecklingsprogram under benämningar som ”Qualitet, Utveckling och Ledarskap (QUL)”, och ”Kvalitet till er tjänst” (Promentor och utbildningshuset, 1993). Koncepten bygger på Total Quality Management (TQM) och målet beskrevs som att uppnå: 1) kundtillfredsställelse, 2) lönsamhet och effektivt resursutnyttjande, och 3) arbetsglädje. Begreppet kund introducerades, något som ofta möttes med stor skepsis bland annat för att den omformulerade mötet mellan patient/brukare och ”välfärdsproducenter” till ett mer marknadsmissigt språkbruk (Nordgren, 2003). Samtidigt utvecklade olika professionsförbund föreskrifter och program som innehöll inslag av olika kvalitetskoncept. Svensk sjuksköterskeförening var exempelvis tidigt ute med att 1996 lansera kvalitetsindikatorer för omvårdnad, vilka sedan uppdaterats flera gånger (Idvall, 2019). Andra mer diagnosspecifika riktlinjer utvecklades också under denna tid, exempelvis ”Neonatal omvårdnad – Riktlinjer för kvalitetsutveckling (Svensk sjuksköterskeförening och Spri, 1997). De första nationella kvalitetsregistren startades i mitten på 1970-talet, se vidare under rubriken Kvalitetsregister och andra databaser.

Landstingsförbundet (nuvarande SKR) började i mitten av 1990-talet arbeta mera aktivt med kvalitet och utveckling, bland annat genom ett Ledarnätverk, och 1998 gavs skrifterna ”Att leda för bättring” ut. I dessa två skrifter introducerades begreppet förbättringskunskap med hänvisningar till professor Paul Batalden vid the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice (TDI) som var en del av the Geisel School of Medicine vid Dartmouth College i USA, och modellen med professionell kunskap och förbättringskunskap (Batalden & Stoltz, 1993). Förbättringskunskap som koncept kan sägas ha introducerats i svensk hälso- och sjukvård i och med detta. Skrifterna presenterar de fyra delarna i Demings ”profound knowledge”, det vill säga systemförståelse, mätningar och variation, förändringspsykologi och lärandestyrning. Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården skall enligt dessa skrifter ha antagit utmaningen att skapa förutsättningar för förnyelse, ge hopp och möjligheter inför framtidens utveckling av hälso- och sjukvården. Flera olika förbättringsverktyg, så som värdekompassen (Nelson m.fl., 1996), Genombrottsmetoden (Institute for Healthcare Improvement, 2003) och Förbättringsmodellen inkluderande PDSA (Langley m.fl., 2009) presenteras också. Begrepp som microsystem, patientprocesser, systemteori, gap, mätning och variation, lärande och teamarbete dyker upp. I samband med detta gav dåvarande landstingsförbundet ut arbetsmaterial innehållande dessa verktyg, med instruktioner och förklaringar hur de skulle användas (Landstingsförbundet, 1997).

Nätverket hade från början (1998) representation från 13 av de då 21 landstingen, samt Vårdförbundet, Läkarsällskapet och Landstingsförbundet. De olika landstingen (nuvarande regioner) var också olika snabba att anamma konceptet Förbättringskunskap. Region Jönköping, som var med och var drivande i ledarskapsnätverket, grundade en enhet, Qulturum, som just fick sitt namn efter konceptet QUL. Kvalitetsförbättring antogs som regionens managementstrategi och Qulturums uppgift var (och är) att vara ett centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård och tandvård (RJL-webb). Flera regioner följde snart efter, Västerbotten skapade en enhet kallad Memeologen, och Utvecklingscentrum i Region Skåne, för att nämna några.

2002 kom den första rapporten, initierad av Landstingsförbundet (SKR), som utvärderade de första samverkansprojekten i SKR:s regi som använde sig av genombrottsmetoden (Øvretveit, 2002). Denna följdes upp 2003 med ytterligare en rapport (Øvretveit, 2003). Rapporterna visade att den viktigaste faktorn för att dessa initiativ skall bli hållbara är att organisationerna efter projektet är slut har förmåga att använda sig av den kunskap som de deltagande teamen bygger upp, och för att åstadkomma det krävs att ledningen är delaktig redan från början (Øvretveit, 2002). En ytterligare slutsats var att varje organisation måste själva utveckla sin egen strategi för att åstadkomma hållbara förbättringar, och det underlättar om dessa strategier bygger på redan befintliga supportsystem (Øvretveit, 2003).

2006 publicerades den första rapporten om Öppna Jämförelser (ÖJ) i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2021). ÖJ introducerades i kommuner, socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, vård och omsorg om äldre, och flera områden inom socialtjänsten har tillkommit. Under 2000-talet accelererade utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Flera landsting antog strategier för kvalitetsutveckling, till exempel Region Kalmar, vars strategi för kvalitetsförbättring antogs 2007 och kallas ”Varje dag lite bättre – kraften hos många!

I en skrift för den kommunala sektorn (Melke, 2014), beskrivs en introduktion till förbättringsarbete och genombrottsmetoden. Syftet med skriften var att författarna utifrån egna erfarenheter av att bedriva förbättringsarbeten inom kommunala verksamheter, som vård, skola och omsorg, beskriva grunderna i förbättringsmetodiken och illustrera med exempel som deltagare från kommunal verksamhet skulle kunna känna igen sig i. Utöver denna text finns det ett flertal rapporter som sammantagna visar ett ökande intresset för förbättringsarbeten och användandet av förbättringsverktyg inom offentlig verksamhet, även utanför hälso- och sjukvården.

På initiativ av SKR, flera professionsförbund som svensk sjuksköterskeförening, svenska läkaresällskapet, fysioterapeuterna och Sveriges arbetsterapeuter, några universitet/högskolor och landsting, bildades 2011 Nationella plattformen för förbättringskunskap (u.å.). Plattformen har anordnat sommardialoger varje sommar sedan dess, efter förebild från TDI:s ”Summercamps” i USA. Syftet är att skapa ett nätverk för att utveckla förbättringskunskap på svenska, i samverkan mellan regioner – hälso- och sjukvård, lärosäten – akademi och forskare, professionsförbund och SKR. Plattformen har drivit projekt för att utveckla förbättringskunskap med avseende på interprofessionellt lärande och med stöd av kvalitetsregister (Nationella plattformen för förbättringskunskap & Nationella kvalitetsregister, 2016). De senaste åren har sommardialogerna haft representation från kommuner och patient/brukar deltagare.

2014 utvecklades en webbplattform, Ringla.nu, med syfte att samla in berättelser om förbättringsarbeten och sprida goda exempel mellan vård och välfärd/färdorganisationer. Region Kronoberg är en av flera samarbetspartner som genom Ringla.nu vill vara med och sprida goda exempel och lära av varandra (<http://www.ringla.nu/nyheter/region-kronoberg-ny-samarbetspartner>). Olika professionsförbund har också utvecklat kunskapen kring förbättringsarbete, och introducerat det i sina utbildningar. Skriften ”Teamarbete & Förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård” utkom första gången 2013 som ett samarbete mellan svensk sjuksköterskeförening och svenska läkaresällskapet. Den senaste reviderade upplaga är från 2017.

2015 startade Region Jönköping i samverkan med Jönköping Academy en svensk ATP utbildning utifrån ett koncept utvecklat av Dr. Brent James, Executive Director och Chief Quality Officer vid Intermountain Healthcare, US. Utbildningen vänder sig till ledande personer inom vård och omsorg, och syftar till att sprida kunskap om förändringsledning och systematiskt förbättringsarbete (Advanced Training Program, u.å.). Under de första fem åren har över 100 personer från hela Sverige deltagit i utbildningen.

Kvalitetsregister och andra databaser

Sverige har länge haft tillgång till olika typer av register, framför allt så kallade kvalitetsregister (Jacobsson Ekman m.fl., 2014). De första var barncancerregistret, som började registrera data på 1970-talet, knäplastikregistret som upprättades 1975, och höftplastikregistret 1979. I april 2021 fanns det 108 godkända nationella kvalitetsregister (Socialstyrelsen, 2021). Registren skapades primärt av den medicinska professionen i forsknings syfte och för uppföljning på aggregerad nivå (Synnerman, 2014), men utgjorde även underlag för mätningar och resultat i Socialstyrelsens Öppna jämförelser (Vårdanalys, 2017).

2010 kom utredningen om hur de nationella kvalitetsregistren skulle kunna utvecklas för att bättre bidra till kvalitets- och förbättringsarbete (Rosén, 2010). Kvalitetsregistren skulle kunna spela en viktig roll som dataunderlag i förbättringsarbetet (NQR webb). Ett problem som uppmärksammas är att flera register och journaler inte ”pratar” med varandra, utan i de flesta fall krävs att samma data matas in i flera olika system. Om registren verkligen skall kunna uppnå sin fulla potential måste det pågående arbetet med direktöverföring från journaler till registren utvecklas och förbättras. Ett första steg i den utveckling vore att komma överens om enhetliga definitioner och nationellt skapa mer strukturerade journaler. En annan tydlig kvalitetsaspekt är att flera register saknar patientrapporterade mått (PROM och PREM), även om de flesta registren nu försöker få till den typen av instrument.

Nuläge i Sverige

Idag bedriver alla regioner förbättringsarbeten i olika omfattning (se SKR:s webbsida och Regionernas webbsidor). Flertalet regioner framhåller att deras strategier bygger på systematiskt förbättringsarbete och de flesta erbjuder informationsmaterial och arbetsblad om förbättringskunskap, metoder och verktyg (ex. <https://plus.rjl.se/qulturum>; <https://www.regionvasterbotten.se/organisation-och-verksamheter/staber/ledningsstab/memeologen>; <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/kvalitetsutveckling/>; <https://www.regionkalmar.se/detta-gor-region-kalmar-lan/fakta-om-region-kalmar-lan/forbattningsarbete/>).

Man kan också notera att förbättringskunskap och denna typ av systematiskt kvalitetsarbete fått stor spridning i övrig offentlig verksamhet utanför hälso- och sjukvården (Glad, 2014). Flera kommuner anger exempelvis att de börjat använda förbättringskunskap och förbättringsarbetsmetodik (se exempelvis Hylte, Eslöv, Malung-Sälen, med flera, samt SKR:s webbsida). Utifrån information och arbetsmaterial på kommunernas webbplatser verkar de vanligast använda förbättringsmetoderna vara Genombrottsmetodiken utvecklad av IHI (Kilo, 1998, Genombrott.nu, u.å.) och Leanverktyg. Flera hänvisar också till SKR:s version av genombrott och programmet Genombrott.nu, varför det inte är förvånande att denna modell fått stor spridning.

Nedanstående sammanställning av hur förbättringskunskap integrerats och utvecklats i vård och välfärdsorganisationer bygger på en genomgång av (forsknings)litteratur, avhandlingar (tabell 3) och artiklar (tabell 2), men även böcker och bokkapitel i antologier finns med (tabell 1). För information om sökmetod och inklusionskriterier se metodavsnittet.

Böcker och bokkapitel

Totalt har det mellan åren 2007–2020 publicerats fem böcker (Elg m.fl., 2019; Iveroth & Hallencreutz, 2015; Elg m.fl., 2007), varav två antologier med redaktörer (Eriksson m.fl., 2013; Elg & Andersson, 2009). En av böckerna är skriven på engelska (Iveroth & Hallencreutz, 2015). Kapitel har författats i ytterligare 21 antologier (se tabell 1). Fyra mindre skrifter har också tagits med (Melke, 2014; Rosén, 2010; Vårdanalys, 2016; Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, 2017). Flera kapitel ingår i böcker med icke svenska redaktörer, och är skrivna på engelska (Lifvergren m.fl., 2012; 2012; 2011; Thor m.fl., 2012; 2016; Robert & Macdonald, 2017).

De flesta antologier är läroböcker skrivna för vårdens professioner, och kapitlen handlar därför i hög grad om grundläggande förbättringskunskap, modeller och metoder. Ämnen som patientsäkerhet (ex. von Plessen & Andersson Gäre, 2012; 2017; Pukk Härenstam m.fl., 2019), ledarskap (Andersson Gäre, 2012), och förändringsprocesser och utvecklingsarbete (ex. Thor, 2017; Alguren, 2016; Andersson, 2019) är mest förekommande.

Doktorsavhandlingar

Doktorsavhandlingar från svenska lärosäten och som berör en svensk kontext inom vård och välfärd har tagits med. Den första avhandling som identifierades var från 2003 och den senaste från 2019. Av de 37 avhandlingar som identifierades var 5 på licentiatnivå, samtliga som del på väg mot en doktorsavhandling, och har därför inte tagits med i sammanställningen (n=32). Totalt

finns representation från nio svenska lärosäten (se tabell 3). De två mest representerade är Linköpings universitet och Högskolan i Jönköping (Jönköping University) med nio publicerade avhandlingar vardera.

Fem avhandlingar publicerades åren 2003–2010. Tidiga avhandlingar inom området var Olsson (2005), Thor (2007) och Kunkel (2008). Dessa belyser kvalitetsutveckling i första hand från ett makroperspektiv och involverar många delar av större organisationer och dess ledarskap i förhållande till förbättringsinitiativ. En avhandling som sticker ut är den tidigaste av Nordgren (2003) som inte helt faller inom ramen men tangerar förbättringsområdet med sitt fokus på patienten (kunden) och patientcentrering, ur ett organisatoriskt-ekonomiskt perspektiv.

Från 2011 till och med 2019 har ytterligare 27 avhandlingar publicerats som berör området förbättringar inom hälsa och välfärd i en svensk kontext, vissa med mer fokus på patientsäkerhet, andra på ledarskap. Fortfarande finns ett fokus mot organisation (ex. Mazzocato, 2012; Andersson, 2013), men organisationsperspektivet består genom hela tiden (ex. Williamsson, 2018; Dahlin, 2019). Man finner också studier om ledarskap/coaching (ex. Godfrey, 2013), och även sådana som intresserar sig för mikrosystemperspektivet (ex. Nygårdh, 2013; Rydenfält, 2014). Flera avhandlingar behandlar samverkan (ex. Kvarnström, 2011; Höög, 2014; Thörne, 2018) och patientinvolvering/delaktighet (ex. Engström, 2014; Gustavsson, 2016; Snyder, 2016). Bland de senare avhandlingarna finns även en tydligare koppling från förbättringskunskap inom vård och omsorg och specifika patient/diagnosgrupper (ex. Rejler, 2012; Kilander, 2014; Petersson, 2017; Lannering, 2018).

Patientsäkerhet blir också en tydligare del av förbättringskunskap (ex. Ridberg, 2016; Wrigstad, 2018). Alla avhandlingar utom en (Nordgren, 2003) är sammanläggningsarbeten, varför de artiklar som uppfyllde kriterierna även förekommer bland artiklar, och ingår i resultatet som presenteras nedan. Dock uppfyllde inte samtliga artiklar i alla avhandlingar kriterierna, även om avhandlingen som helhet tagits med.

Artiklar

Totalt identifierades 210 artiklar med anknytning till kvalitetsförbättring och förbättringsarbete inom en svensk hälso-, vård- och välfärdskontext, från 1992 till och med 2020. Under åren ses en förändring av inriktningar, varför resultatet redovisas både utifrån en tematisering av innehåll, och utifrån fokus över tid. Artiklarna är av alla olika typer, inklusive ett fåtal ledare (Editorials) och någon essä.

Fokus utifrån tidsaspekt

De första 2 artiklarna publicerades 1992 och 1996 (se tabell 2). Den ena är en kommentar (Blomqvist, 1992), och den andra beskriver förändringsklimat för kvalitetsarbete (Ekvall, 1996). Därefter identifierades inga artiklar förrän 2002, och mellan åren 2002–2010 identifierades 42 publicerade artiklar. De utgår ofta från ett makrosystemperspektiv, och fokuserar på utvecklingsprogram för hela sjukhus, ledarskap och regionala utvecklingsprojekt som exempelvis införande av Six Sigma i en sjukvårdsregion. Samtidigt syns en tydligare inriktning mot mikrosystemet, utvärderingar av genombrottsprogram, förbättringskunskapens praktik och tillämpning, facilitering av förbättringsarbeten och vikten av mätningar. Även användningen av kvalitetsregister börjar dyka upp här, om än i blygsam skala.

Från 2011 till 2020 ökade publiceringstakten snabbt, med 166 publicerade identifierade artiklar. Materialet uppvisar en stor bredd, och nedanstående beskrivning har därför delats upp på åren 2011–2015 (n=77), samt 2016–2020 (n=89). Under 2010–2015 kommer begrepp som Lean Healthcare, Process Management och Six Sigma fram i materialet. Såväl makro- som mikroperspektiv identifieras, och olika modeller och ramverk introduceras och, i vissa fall, testas. Här uppträder också begrepp som ”värdebaserad vård” och patientsäkerhet inom förbättringsforskning. Ett annat tydligt fokus är hållbarhet och långsiktighet. De senaste fem åren, 2016–2020 uppträder begreppet förbättringsvetenskap. Det blir också tydligt att förbättringskunskap börjar bli en större del av hälso- och sjukvården. Artiklar och studier inom olika diagnosgrupper, med koppling till förbättringskunskap och patientsäkerhet blir mer frekventa. Personfokus och delaktighet blir tydligare, och begrepp som patientinvolvering (patient involvement) och samskapande (co-production) används. Samtidigt finns hela spektret från de

tidigare årsintervallerna kvar i större eller mindre grad. Utvärderingar i större sjukvårdsorganisationer, införande av olika modeller, användning av kvalitetsregister för uppföljning och mätningar och ledarskap är några av de mer frekventa fokusen.

Tematisering av innehåll

Sammanställningen av artikelmaterialen resulterade i sex olika fokusområden/teman. Dessa handlade om: 1) Systematiskt och värdeskapande förbättringsarbete; 2) Samverkan mellan organisationer och vårdgivare; 3) Användning av förbättringsmetoder och (teoretiska) modeller; 4) Ledarskap och lärande; 5) Mätningar, kvalitetsregister och uppföljning; samt 6) Personinvolvering och patientsäkerhet. De sex identifierade fokusområdena är inte exklusiva utifrån artiklar, flera av artiklarna behandlar mer än ett fokusområde och förekommer därför under mer än ett tema nedan.

1. Systematiskt och värdeskapande förbättringsarbete

Utvecklingen mot systematiskt och hållbart förbättringsarbete beskrivs i flera av artiklarna (ex. Andersson Gäre & Neuhauser, 2007; Bodenheimer m.fl., 2007; Staines m.fl., 2015). Staines m.fl. (2015) påtalar att ett ambitiöst angreppssätt kan vara en bra strategi för att minska trösklar för att lyckas med och åstadkomma hållbara förbättringar. Andersson m.fl. (2014) och Nyström m.fl. (2014) diskuterar olika strategier för att underlätta införande av ständiga förbättringar som koncept i hälso- och sjukvården. Neubeck m.fl. (2014) undersöker om och hur systematiskt arbete med förbättringsmetoder från hälso- och sjukvården kan överföras, och därmed bidra till ökat värde inom social välfärd. Förbättringskunskapens innebörd (implikationer) för hälso- och sjukvård (ex. Book m.fl., 2003; Kunkel & Westerling, 2006) och förändringsberedskap och förändringsklimat är andra perspektiv (ex. Kammerlind m.fl., 2004; Kunkel m.fl., 2007; Carlford m.fl., 2010; Øvretveit, 2011).

Flera artiklar handlar om att stödja och underlätta för att åstadkomma hållbara förbättringar (ex. Book m.fl., 2003; Kammerlind m.fl., 2004; Andersson m.fl., 2014). En del skrifter, framför allt i professionstidskrifter på svenska har karaktären av att vilja propagera för förbättringskunskapens möjligheter och nytta för hälso- och sjukvården (ex. Thor, 2002; Book m.fl., 2003; Lundberg, 2013). Förutsättningar och eventuella hinder för att lyckas med förbättringsarbete är också vanligt förekommande (ex. Elg m.fl., 2007; Øvretveit, 2011; Andersson m.fl., 2013).

Att skapa värde genom systematiskt förbättringsarbete är framträdande i detta tema (ex. Höglund m.fl., 2012; Nordenström, 2014), ibland tillsammans med produktivitet (Nordgren, 2009) och hur detta hanteras strategiskt (ex. Norman & Fritzen, 2012; Granström m.fl., 2018). Skyvell- Nilsson m.fl. (2018) lyfter personalens perspektiv på förhållandet mellan organisationskultur och kvalitet i förhållande till värdekonflikter vid införande av IT-system som hjälpmedel. Det dyker även upp en del jämförande studier mellan svenska och, framför allt, andra europeiska sjukvårdssystem i förhållande till förbättringskunskap och ledarskap för förbättringar (ex. Anderson m.fl., 2019; Karlton m.fl., 2020).

2. Samverkan mellan organisationer och vårdgivare

Samverkan är en företeelse som förändras över tid, liksom de begrepp som används. I de tidigaste artiklarna förekommer begrepp som kollaborativ, lärande och utveckling. Här återfinns en del metodartiklar som berör olika former av kollaborativ, främst Genombrottsmetodiken, då den används för gemensamt lärande mellan olika team (ex. Øvretveit m.fl., 2002; Olsson m.fl., 2003; Andersson m.fl., 2014; Peterson m.fl., 2015; Andersson m.fl., 2017). Samverkan kopplas samman med lärande även utifrån andra perspektiv som utveckling (ex. Nyström m.fl., 2009; Elg m.fl., 2012), och genom stödfunktioner eller nätverk (ex. Rejler, 2014; Williamsson m.fl., 2016).

Processer och hantering av dessa mellan och över organisationsgränser är en annan företeelse (ex. Hellström m.fl., 2010; Kvarnström m.fl., 2012; Nyström m.fl., 2018). Samverkan beskrivs i många fall underlätta och förbättra vården (ex. Rejler, 2014; Janlöv m.fl., 2016; Killander m.fl., 2019), men även att det inte alltid är så enkelt lyfts (ex. Olsson m.fl., 2003; Hellström m.fl., 2010). Janlöv m.fl. (2016) visar att samverkan mellan organisationer kan underlätta och förbättra för patienter som är i behov av vård från flera olika vårdgivare, men samtidigt är de djupare organisatoriska strukturerna, som att hälso- och sjukvården och socialtjänsten är olika system, ett hinder.

I temat finns också personalens och patienternas erfarenheter av samverkan (Kvarnström m.fl., 2012; Nyström m.fl., 2018), liksom vad forskningen kan lära oss (ex. Nyström, 2009; Kjellström m.fl., 2019). Ett projekt som lyfts i flera publikationer är Esther i Region Jönköping (ex. Bodenheimer m.fl., 2007; Vackerberg m.fl., 2016; Damji m.fl., 2019). Esther är ett samverkansprojekt som startade 1997 som ett samarbete mellan kommunerna, primärvården och specialistvården för att integrera och samordna vårdinsatser för personer med komplexa vårdbehov. Vackerberg m.fl., (2016) lyfter att en av framgångarna med Esther är att alla inblandade alltid återkommer till patientfokus ”vad är bäst för Esther”, oavsett vilken organisatorisk tillhörighet personen har. Damji m.fl. (2019) lyfter lärdomar utifrån Estherprojektet, och de menar att en av de viktigaste delarna är just den interorganisatoriska ansatsen, samverkan mellan kommuner, socialtjänst, sjukhus, primärvård, och inte minst patienten och dess närstående, för att gemensamt lösa de utmaningar och svårigheter som uppstår i ”glappen” mellan organisationer.

3. Användning av förbättringsmetoder och (teoretiska) modeller

Användning handlar om flera olika perspektiv. Här förekommer både praktiskt förbättringsarbete för att förbättra vården för vissa patient- och diagnosgrupper (ex. Rejler et al., 2012; Khatami & Rosengren, 2015; Andersson et al., 2017), men även utifrån ett mer övergripande perspektiv (ex. Wiig et al., 2014; Poksinska et al., 2017), och hur hälso- och sjukvårdens kunskaper och erfarenheter av förbättringskunskap kan tillvaratas i andra delar av den offentliga sektorn (Neubeck m.fl., 2014; Kjellström m.fl., 2020). Neubeck m.fl. (2014) undersöker hur förbättringsmetoder och verktyg kan användas inom den sociala sektorn, mer specifikt i en ideell verksamhet, FAMNA (Riksorganisationen för idéburen välfärd). Slutsatsen är att förbättringsverktyg är användbara, men att samma utmaningar som finns inom hälso- och sjukvården blir tydliga inom den sociala sektorn, och att gemensamma mätmetoder skulle underlätta samarbetet. Studien av Kjellström m.fl. (2020) applicerar förbättringsmetoder i förskolan, och undersöker personalens erfarenheter av att använda genombrottsmetodiken. Även denna studie drar slutsatsen att utmaningarna verkar vara likartade. Studien menar också att nya metoder kräver noggrann introduktion, möjlighet för personalen till reflektion och stöd i att använda verktygen.

Ett annat fokusområde är användning av och lärande utifrån mätningar och resultat (ex. Thor et al., 2007; Dahlgaard et al., 2011; Norman et al., 2013; Gremyr m.fl., 2020). Studierna genomförs med och beskriver såväl statistiska metoder, som tillämpning av statistisk processtyrning (Thor m.fl., 2007), och kvalitativa utvärderingar av personalens uppfattning om olika kvalitetskoncept, som till exempel Lean (ex. Mazzocatto m.fl., 2012; Savage m.fl., 2016).

Rena beskrivningar av olika kvalitetsmodeller och koncept, såsom Lean eller Six Sigma förekommer, liksom införande av dessa i hälso- och sjukvården (ex. Lifvergren m.fl., 2010; Gremyr & Raharjo, 2013; Dellve m.fl., 2015; Gustavsson m.fl., 2016; Mazzocatto m.fl., 2016), och personalens uppfattningar av att använda dessa (ex. Mazzocatto m.fl., 2014; Kaltenbrunner m.fl., 2017). Även ifrågasättande av att införa kvalitetskoncept från industrin lyfts (ex. Bertholds, 2010; Poksinska m.fl., 2017). Bertholds (2010) diskuterar och för fram kritik mot Lean, och påpekar bristen på evidens om konceptet verkligen fungerar i hälso- och sjukvården.

Det finns även inslag av mer övergripande teoretisk karaktär (ex. Olsson m.fl., 2003; Höjriis Storkholm m.fl., 2019), och hur andra teoretiska perspektiv eller modeller kan användas eller behöver tas i beaktan inom förbättringskunskap (ex. Kjellström & Andersson, 2017; Rydenfält m.fl., 2017; Nilsen m.fl., 2019; Dahlin, 2020). Kjellström och Andersson (2017) belyser frågan om förbättringskunskap även borde ta mer hänsyn till personlig kapacitet hos de personer som förväntas genomföra förbättringsarbetet, utifrån ett teoretiskt resonemang om vuxenutveckling och professionellt lärande.

4. Ledarskap och lärande

Ledarskap innehåller och utgår från alla perspektiv, mikro, meso och makro, dock fokuserar inte alla artiklar på alla perspektiven. De handlar sällan om traditionellt chefskap, utan ledarskap för förbättringar (ex. Kammerlind et al, 2004; Kjellström et al, 2017).

Utifrån ett makroperspektiv finns studier om hur hela sjukvårdssystem kan ledas och styras utifrån kvalitetsförbättringsprinciper (ex. Thor m.fl., 2004; Anderson et al., 2019), medan mikroperspektivet handlar om ledarskapets stöd och stödjande (Thor m.fl., 2004; Ulhassan m.fl., 2015). Här återfinns också ledares syn på förbättringskunskap mer generell, men även på olika

modeller och koncept, som tex Lean (Andersson, 2013; Kahm & Ingelsson, 2019). Ledarskap ur olika professioners perspektiv lyfts också (ex. Strandberg m.fl., 2006; Hansell & Lokrantz, 2013; Williamsson m.fl., 2019). En annan del är olika former av ledarskap, som coaching (Godfrey m.fl., 2013; Vackerberg m.fl., 2016) och användning av coacher i förbättringsarbeten (Norman m.fl., 2015; Ramfeldt m.fl., 2020).

Elg et al. (2011) beskriver ledarskapsutvecklingstrender när det gäller förbättringsarbete inom den svenska hälso- och sjukvården. De konstaterar att chefer och ledare ofta utsätts för externa påtryckningar gällande vad som skall prioriteras i förbättringsarbetet. En studie av Norman m.fl. (2012) visar att statliga direktiv har en påverkan på vad som prioriteras ur ett mikrosystemperspektiv. Deras exempel handlar bland annat om den så kallade vårdgarantin, att patienten skall erbjudas vård inom 90 dagar. Studien beskriver hur vissa projekt prioriterades ner till förmån för andra som bättre skulle bidra till att uppnå vårdgarantins mål, och därmed ge ekonomiskt bidrag.

Flera tidiga publikationer berör ledares kunskap och förståelse för förbättringskunskap och förändringsarbete (ex. Pukk m.fl., 2003; Bodenheimer m.fl., 2007; Elg m.fl., 2011). Carlford m.fl. (2010) påvisar att personalen och cheferna ofta har olika uppfattningar om hur förändringsbenägenheten är, och att enheter med ett mer kreativt klimat lättare anammade nya interventioner. Även synen på ledare och de utmaningar som finns med att leda större förändringsprogram belyses (ex. Müllern & Nordin, 2012; Höög m.fl., 2013). Bodenheimer m.fl. (2007) lyfter att hälso- och sjukvårdssystem behöver ledare som inspirerar andra att se förbättringsarbete som en del av det dagliga arbetet.

Lärande kopplas ihop med ledarskap genom att handla om olika typer av stöd, tex coacher eller facilitatorer (ex. Godfrey m.fl., 2013; Norman m.fl., 2015; Ramfeldt m.fl., 2020). Andra perspektiv av lärande och ledarskap utgår från kunskaper i förbättringsarbete. Allt från att utveckla själva undervisningen i förbättringsmetoder (Andersson Gäre, 2009), till uppföljning av utbildningsprogram (Smith m.fl., 2019; Nordin & Areskoug-Josefsson, 2019). Nordin och Areskoug-Josefsson (2020) beskriver att utbildning i förbättringskunskap har bidragit positivt till att utveckla ledarskap utifrån alla perspektiv, mikro, meso och makro. Några artiklar behandlar patienters lärande och ledarskap, till exempel genom egenvård och lärcaféer, förekommer också (Pettersson m.fl., 2016; Suutari m.fl., 2019).

5. Mätningar, kvalitetsregister och uppföljning

I den kunskapsintensiva hälso- och sjukvården blev det, som tidigare påpekats, tydligt att även förbättringskunskap måste vila på evidens. Därför är mätningar och uppföljning en viktig del. I materialet finns det studier som försökt identifiera system och modeller för att monitorera och följa upp förbättringsinitiativ (ex. Øvretveit & Gustafson, 2002; Höög et al., 2016). Øvretveit & Gustafson (2002) var tidigt inne på vikten av utvärdering, i en artikel som kom 2002, och de slår fast att det finns metoder som passar väl för att utvärdera förbättringsprojekt. De pekar samtidigt på de utmaningar som finns i form av komplexitet och sociala interventioner som kan vara svåra att mäta. Andra studier fokuserar på svårigheter med mätningar (ex. Kolberg & Elg, 2006; Höög m.fl., 2016). Kolberg och Elg (2006) undersökte utmaningen med att försöka utveckla ett gemensamt system för att mäta och följa upp väntetider. De fann att en av de största utmaningarna var hur mätningar uppfattades, personer inom samma enhet tolkade mätningar olika och det saknades en konsensus kring dess betydelse.

Det förekommer också artiklar som utvecklar eller testar instrument för mätning och uppföljning (ex. Hagiwara m.fl., 2011; Andersson m.fl., 2013), eller själva använder metoder för att utvärdera (ex. Öhrn m.fl., 2011; Nyström m.fl., 2012; Lehnбом m.fl., 2013). Uppföljning är inriktat mot specifika patient eller diagnosgrupper (ex. Peterson m.fl., 2007; Rejler m.fl., 2007; Nyström m.fl., 2012; Holmqvist m.fl., 2019) eller mer allmänt för att uppnå bättre och säkrare vård (ex. Öhrn m.fl., 2011).

Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister inkluderas på olika sätt i flera studier (ex. Peterson m.fl., 2014; Eldh et al., 2016;). Här förekommer studier som fokuserar på specifika register eller diagnosgrupper (ex. Peterson m.fl., 2015; Lannering m.fl., 2016; Algurén et al., 2018) och med mer övergripande perspektiv (ex. Emilsson m.fl., 2014; Eldh m.fl., 2016; Nelson m.fl., 2016). Dessutom finns flera studier som undersöker hur kvalitetsregistren kan användas och förstås i förbättringsarbetet (ex. Santos & Eriksson, 2014; Sparring m.fl., 2018; Nordin m.fl., 2018a; b). Några studier utgår från specifika kvalitetsregister. Edvinsson m.fl., (2015) undersöker hur

kvalitetsregistret Senior alert kan stödja en förebyggande vårdprocess för äldre, medan Ludvigsson och Myrelids (2009) studie utgår från SWIBREG registret.

6. Personinvolvering och patientsäkerhet

Det sista temat personinvolvering och patientsäkerhet återfinns i flera artiklar på olika sätt och utifrån olika fokus. Här skall påpekas att begreppsförvirringen är stor, och det förekommer många olika begrepp för personinvolvering och delaktighet (se till exempel von Thiele Schwarz, 2016; Areskoug-Josefsson & Andersson, 2017). Som beskrivits tidigare används begreppet person i denna kunskapsöversikt för att benämna de som är i behov av vård och service utifrån beskrivningar av personcentrerad vård och samskapande.

Studier som undersöker personernas roll och deras syn på kvalitet och förbättringsarbete är vanligt förekommande (ex. Wilde Larsson & Larsson, 2009; McColl-Kennedy m.fl., 2017; Schildmeijer m.fl., 2018), liksom hur samskapande kan förbättra resultat och skapa ökat värde (ex. Vackerberg m.fl., 2016; Petersson m.fl., 2017; McColl-Kenedy m.fl., 2017). En studie av Petersson m.fl. (2016) beskriver hur användning av ett instrument kan bidra till att barn med kronisk sjukdom blir mer delaktiga i sin vård och intresserade av att uppnå bättre resultat. Thörne m.fl., (2017) visar att det krävs insatser, så som rumsliga förhållanden och koordinering av olika professioners arbetsprocesser, för att samverkan skall kunna realiseras. I studien undersöktes en ny form av rondningsystem, där patienten skulle ges mer utrymme och möjlighet till samskapande. Studien visade att det gemensamma lärandet ökade utifrån personalens perspektiv, men en svaghet med studien är att de patienter som ingick i observationerna inte deltagit som respondenter i studien. I en studie av Larsson m.fl. (2011) visas att det största hindret för patienter att bli delaktiga är personalens (i detta fall sjuksköterskornas) attityder, men även att patienter kände en oförmåga och upplevde att de saknade såväl kunskaper som förutsättningar. Studien påpekar att om delaktigheten skall kunna öka, måste vårdens hierarkiska strukturer och attityder förändras.

Andra studier fokuserar på hur olika personer kan bli involverade i förbättringsarbetet både ur patientens perspektiv (ex. Larsson m.fl., 2011; Nygårdh m.fl., 2012; Gustavsson m.fl., 2016; Riggare, 2018), och ur personalens eller ledarnas perspektiv (ex. Andersson & Olheden, 2012; Nygren m.fl., 2013). Användande av olika förbättringsverktyg skulle kunna vara ett sätt, och Elg m.fl. (2011) visar att patienter genom att skriva dagbok under sin vårdtid kan identifiera flera olika typer av förbättringsidéer. Det finns också studier som visar personer i behov av vård och närstående blir direkt involverade i förbättringsarbetet. Ett exempel är Gustavsson (2014) som använder metoden Experience-based Co-Design (EBCD) för att förbättra vården på en neonatalvårdsavdelning. Även Ramfelt m.fl. (2020) använder EBCD för att förbättra vården för ungdomar med diabetes. Några studier visar exempel på hur olika kvalitetsindikatorer kan påverka personers möjlighet till delaktighet (Nelson m.fl., 2015; Petersson m.fl., 2016; Prodinge & Taylor, 2018). Patientrelaterade mått, PROM (Patient Reported Outcome Measures) lyfts fram som möjligheter för såväl förbättrad och säkrare vård, som samskapande (Nelson m.fl., 2015; Prodinge & Taylor, 2018). Båda studierna menar dock att det återstår en hel del arbete för att underlätta för användandet av register och PROM-mått i det dagliga arbetet.

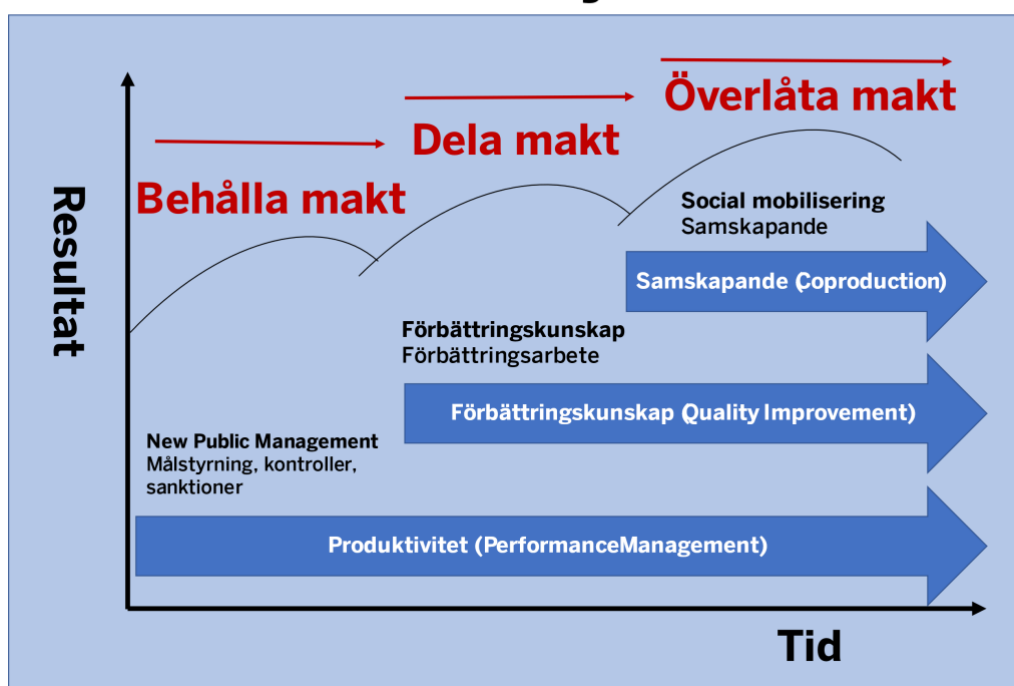
I några studier kopplas förbättringsarbetet ihop med patientsäkerhet (ex. Öhrn m.fl., 2011; Holmqvist m.fl., 2019; Ridelberg m.fl., 2020), faktorer som påverkar patientsäkerheten (Nygren m.fl., 2013; Riedelberg m.fl., 2014), och bättre vård och behandlingsresultat (von Thiele Schwarz, 2016; Bergerum m.fl., 2019 Suutari m.fl., 2019). Att personer vill vara delaktiga i till exempel sin medicinering visar studien av Holmqvist m.fl. (2019). Nygårdh m.fl. (2012) visar att förbättringsinterventioner även kan leda till ökad egenmakt (empowerment), vilket i sin tur kan påverka den personliga livssituationen och upplevelsen av kontroll. En företeelse som uppkommit de senare åren är begreppet spetspatienter. Det är så pass nytt att endast en studie dök upp i materialet, en essä av Riggare (2018), där hon skriver att om patienternas kunskap och erfarenheter bättre togs till vara, skulle ett helt nytt (bättre?) hälso- och sjukvårdssystem utvecklas. Spetspatient kallas en person som använder sin egen erfarenhet som patient för att påverka och förbättra sin egen eller anhörigas vårdssituation, men även bidrar till bättre och säkrare vård för alla medborgare (Spetspatienterna, u.å.). Det bedrivs en hel del forskning inom involvering och delaktighetsområdet både i Sverige och internationellt, vilket en artikel som beskriver ett pågående forskningsprojekt (Kjellström m.fl., 2019) visar. Detta tema kommer därför belysas ytterligare under stycket om framtiden nedan.

Framtid

Hur kommer då vård och välfärdsorganisationer styras och ledas framåt, och vilka områden kommer vara i fokus? Denna rapport avslutas med en kort framåtblickande reflektion, framförallt med fokus på samverkan och samskapande (här används begreppet samskapa för att översätta co-production) för att kunna gagna det pågående arbetet med BGGiK.

Först en kort tillbakablick av hur offentliga organisationer styrts, genom en illustration av offentliga organisationers utvecklingskurvor av Feeley och Leitch (2017, muntlig presentation på International Forum on Quality & Safety in Healthcare i London), se figur 3.

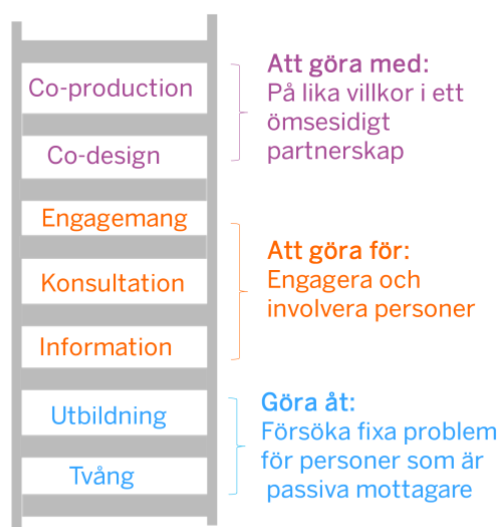
Att nå den tredje kurvan



Figur 3. Utvecklingen av styr- och ledarskapsstrukturer i vård och välfärdsorganisationer [Författarens översättning] (Källa: Feeley & Leitch, 2017, muntlig presentation).

Modellen, som presenterades på International Forum on Quality & Safety in Healthcare i London 2017, beskriver hur vård och välfärdsorganisationer gått från ett utförandeperspektiv (till exempel New Public Management (NPM)), via förbättringskunskap och viljan att skapa värde FÖR de personer som är i behov av vård och välfärd, till ett mer samskapande perspektiv, att skapa värde tillsammans MED. En annan modell som tydliggör utvecklingen är samskapastegen (the Ladder of Co-Production), se figur 4 (Arnstein, citerad av National Co-production Advisory Group, UK, <https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/co-production-in-commissioning-tool/co-production/In-more-detail/what-makes-co-production-different/>). Den visar tydligt på en utveckling från att patienter och brukare sågs som passiva mottagare till ett alltmer deltagande och samskapande.

Coproduction stegen



Figur 4. Arnsteins steg som illustrerar utvecklingen mot samskapande [Författarens översättning]. (Källa: National Co-production Advisory Group, UK, <https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/co-production-in-commissioning-tool/co-production/In-more-detail/what-makes-co-production-different/>)

Det är tydligt att delaktighet och samskapande är en ”trend” på uppåtgående inom hälso- och sjukvården. Samtidigt är det egentligen inget nytt utan en vidareutveckling av förbättringskunskap. Lachman m.fl., (2021) kallar det Quality 3.0, genom en kontinuerlig utveckling som bygger på utvecklingen av förbättringskunskap. Första fasen består till stor del av kvalitetssäkringsåtgärder, som framtagande av checklistor och certifieringar. I den andra fasen är system och helhetssyn framträdande, viktiga komponenter är processer och mätningar. Den tredje fasen innebär en utveckling mot en servicelogik, samskapande och värdeskapande (Lachman m.fl., 2021). För att uppnå detta behöver förbättringsforskning bedrivas i nära samverkan mellan forskare, praktiker och personer i behov av vård och omsorg (Kjellström m.fl., 2019; THIS Institute, 2021). THIS Institute (2021) skriver att deras mål är att vara en världsledande vetenskaplig organisation och en tillgång i kunskapsutvecklingen om hur förbättringar och kvalitetsarbete kan bidra till en bättre och säkrare vård och välfärd, genom att samarbeta och samskapa med alla berörda, patienter, brukare, anhöriga, personal, forskare, verksamheter och samhället i stort. På flera håll runt om i världen bedrivs också alltmer förbättringsarbete och forskning tillsammans med patienter, brukare och närstående (Locock m.fl., 2019; Mulvale m.fl., 2019; Jennings m.fl., 2018).

SKR (2015) använder begreppen patientinflytande och medskapande, och beskriver hur personer (patienter, brukare och medborgare i stort) fått mer inflytande och en starkare ställning både gällande hälso- och sjukvård som socialtjänst. En skrift framtagen av SKR (2015), handlar om att tillvarata den kunskap och det engagemang som finns hos de personer som är i behov av vårdens och välfärdens service. Skriften framhåller att människors möjlighet till att söka vård på andra ställen, fritt värddval, och den fria etableringsrätten för vårdgivare säkert bidragit till utvecklingen. Ett sätt att möta personers efterfrågan på större delaktighet är införandet av så kallade patientkontrakt (Patientkontrakt, 2018), som kan ses som en vidareutveckling av individuella vårdplaner, vårdplaneringar och samordnad individuell plan (SIP) (Nordström m.fl., 2016; Hedberg m.fl., 2018; SKR, 2020). 2018 kom en rapport från Vårdanalys som visade att patienter och närståendes erfarenheter skulle kunna tas tillvara mycket bättre. Sverige har en lång väg kvar

jämfört med flera andra länder (Vårdanalys, 2018), och i det arbetet kan förbättringskunskap och förbättringsforskning bidra till att stödja utvecklingen mot mer samskapande.

Utveckling mot samskapande inom hälso- och sjukvården har pågått under åtminstone ett par decennier. Batalden m.fl. (2015) härleder begreppet och fenomenet Co-production till Ellinor Ostrom, ekonom och nobelpristagare som förde fram idén att medborgare kan samskapa (coproduce) offentlig service genom aktivt deltagande. Som beskrivits i temat personinvolvering råder en begreppsförvirring, vilket naturligtvis inte underlättar vare sig utvecklingen eller forskningen på området. Möjligen kommer begreppen och hur de tillämpas klarna efterhand som mer kunskap inom området kommer. Det pågår, som nämnts ovan, en hel del både utvecklingsarbete (Persson m.fl., 2021) och forskning; såväl i Sverige (ex. Scott Duncan, 2020; Suutari m.fl., 2021), som i flera andra länder (ex. Boote m.fl., 2002; Clarke m.fl., 2018; Locock m.fl., 2019). I sammanhanget ska nämnas att inom den sociala verksamheten har det länge ansetts som viktigt att beakta möjligheter till delaktighet (Socialstyrelsen, 2015; 2013). Ofta har det handlat om hur personers rättigheter tillvaratas, och att personen har inflytande över sin egen vård och omsorg.

En annan trend som observerats är utvecklingen mot lärande nätverk eller lärande hälsosystem (Learning Health Systems, LHS)). Lärande ses som en förutsättning för att vården och välfärdens verksamheter skall utvecklas (jämför komplexa adaptiva system, ex. Palmberg Brody, 2020; Glouberman & Zimmerman, 2002). Lärande nätverk (Learning Health Systems (Smith, 2013)) är en modell som utvecklats för att stödja organisationers utvecklingsprocesser. Konceptet utvecklades av Institute of Medicine (numera National Academy of Medicine), och syftar till att hantera och styra komplexa system som större helheter. Målet är att skapa förutsättningar för bättre, säkrare och mer resurseffektiv användning av vård och omsorgsservice (Greene m.fl., 2012; Palakshappa m.fl., 2020). Det lärande nätverket utgörs av alla berörda, patienter/brukare, deras närstående och personalen, samt de informationssystem (IT-system, journaler, register med mera) och den data som utgör stöd för informerade beslut och förbättringsåtgärder (Bernstein m.fl., 2015; Morain m.fl., 2017). Eftersom patienten är viktig del i nätverket skapas bättre vård och ökat värde genom samskapande (Gremyr m.fl., 2021).

Enligt författarens sätt att se det är samskapande en naturlig utveckling, som implicit hela tiden funnits i förbättringskunskap och mikrosystemteori, att personer och deras närstående är del i mikrosystemet (Donaldson & Mohr, 2000). Här passar såväl trenden mot lärande nätverk som samskapande (som ju är en del av det lärande nätverkets förutsättningar) väl in i förbättringskunskap och förbättringsforskning. Lachman m.fl., (2021) lyfter också vikten av att se vård och välfärdsorganisationer som gemensamma system som fokuserar på fyra kärnvärden; 1) värdighet och respekt, 2) helhet (holism), 3) partnerskap och samskapande, och 4) godhet och välvilja. Förbättringskunskapen, och därmed förbättringsforskningen spänner över flera olika vetenskapliga paradig. För att dra nytta av det behöver de olika perspektiven släppas fram och behandlas systematisk (Javadi, 2021). Ju fler perspektiv, interdisciplinära och interaktiva ansatser som kan tillämpas, desto större nytta kan förbättringsforskningen bidra med, såväl teoretiskt som praktiskt (Dixon-Woods, 2019; Javadi, 2021).

Sammanställningen av forskningen i Sverige ovan pekar också mot en utveckling där samverkan mellan organisationer och samskapande med dem vård och omsorg är till för blir en allt viktigare faktor, även om de tidiga publikationerna har en övervikt mot ett organisatoriskt makrosystemperspektiv. I mellanperioden fokuseras mycket på förbättringskunskapens praktik och tillämpning, medan de senare publikationerna alltmer fokuserar på hållbarhet och lyfter in patienten och brukaren som en viktig partner för att uppnå en högkvalitativ och säker vård- och välfärdsservice. Genom att titta på de brister och problem som lyfts fram av Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) framgår tydligt att en av de vanligaste orsakerna är just bristen på samverkan (IVO, 2019). Ofta får vårdtagare eller de närstående själva se till att vården och omsorgen samordnas. Bristen leder enligt IVO (2019) till att såväl risken för, som faktiska vårdskador ökar. Det blir därför naturligt och viktigt att knyta ihop (patient)säkerhetsarbete och kvalitetsutveckling genom förbättringskunskap i samverkan. Ros (2021, muntlig presentation) poängterade tydligt symbiosen mellan förbättringskunskap och (patient)säkerhet på The International Society for Quality in Health Care (ISQua) konferensen som hölls digitalt i juli 2021.

Forskning visar att om personer aktivt deltar och samskapar sin egen vård leder det till bättre kvalitet och ökad säkerhet, samtidigt som personerna själva också blir mer medvetna om och tar mer egen kontroll över sin sjukdom (jämför spetspatienter ovan), vilket bidrar till bättre mentalt och fysiskt välbefinnande (Carayon, 2006; Reple & Wallance, 2010; Turakhia & Combs, 2017).

All service bygger på ett ömsesidigt partnerskap i vilket deltagarna bidrar med olika kompetenser (Batalden m.fl., 2021). När aktiviteter samskapas påverkas också samhället i stort, och förutsättningarna för att åstadkomma hållbara förbättringar ökar. Boyle och Harris (2009) argumenterar för att samskapande är en förutsättning för att vård och välfärdsorganisationer skall klara sitt uppdrag, samtidigt som de påpekar att denna resa just har börjat och att det återstår många utmaningar att lösa på vägen.

Mer forskning behövs (Pestoff m.fl., 2006), och kunskapen måste komma till nytta i praktiken (Dixon-Woods, 2019). Vården och välfärdens organisationer behöver därför förändra sin syn på patienter, brukare och närstående som en resurs för samskapande (Batalden, 2018; Batalden m.fl., 2021). Ett steg i denna riktning är flera av de utvecklings- och forskningsprojekt som löper över organisatoriska gränser och försöker skapa en helhet för och med de personer som är i behov av vård och omsorgsservice. Inte minst projektet BBGiK och följeforskningen ”Tillitsskapande organisering – gränsöverskridande koordinering för barns bästa” är ett tydligt exempel på detta.

Implikationer för Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg

Nedan beskrivs några av de implikationer ovanstående sammanställning av förbättringskunskapens utveckling kan ha för projektet BBGiK.

En viktig aspekt är att projektet spänner över flera olika organisationer. Det innebär alltid en utmaning att få olika verksamheter att hitta fungerande lösningar på samverkan och samskapande, därför är det tema som kanske har tydligast inverkan och påverkan just **samverkan mellan organisationer och vårdgivare**. Inom samhällstraditionen har samverkan och delaktighet en historia som sträcker sig tillbaka till åtminstone 1970-talet (Denvall m.fl., 2016; Danermark & Kullberg, 1999; Huxham, 1996). Denna kunskapstradition kan komma väl till pass i projektet, då den innebär att göra människor delaktiga och att olika grupper i samhället kan bidra till förändring och utveckling (Kristiansen m.fl., 2016; Socialstyrelsen, 2015; 2013). Här finns kunskapsbildning som kan tillföra förändrings- och förbättringsarbete flera dimensioner. Samverkan mellan organisationer kan underlättas av att det finns en gemensam målgrupp (i detta fall barnen) som är i behov av insatser från olika aktörer (Janlöv m.fl., 2016; Vackerberg m.fl., 2016). Men samtidigt är de historiska strukturerna i olika organisationer en utmaning.

Även om olika regelverk och lagar styr olika verksamheter i projektet gäller riktlinjerna för Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9) både hälso- och sjukvårds som omsorg och välfärdsverksamheter. Medvetenhet om och respekt för de ingående organisationernas olikheter kan underlätta samverkan, liksom ett ambitiöst angreppssätt kan vara en bra strategi för att minska trösklar och åstadkomma hållbara förbättringar (Staines m.fl., 2015). Systemtänkande syftar till att se delar som helheter, och att tydliggöra de processer som går över organisationsgränserna lyfts också som ett sätt att öka medvetenheten om de gemensamma utmaningarna för att få till gemensamma arbetssätt.

Systemteori och systemtänkande har en tydlig förankring inom den sociala sektorn (Michailakis & Schirmer, 2017), medan hälso- och sjukvårdens aktörer ofta har bra kontroll på sin egen del i organisationen, men inte alltid ser till helheten och processer som går över organisatoriska gränser. Studier visar att det kan underlätta om olika vårdgivare ser sig som aktörer (partners) i samma system med gemensamt mål att förbättra omhändertagandet av barn och familjer i behov av extra stöd, men samtidigt är medvetna om att olika organisatoriska strukturer kan vara en utmaning. Social systemteori fokuserar på relationer, vilket också är en viktig del i förbättringskunskapen: att förstå hur andra (delar) påverkas av en förändring på ett ställe i organisationen. Att fokusera på detta gemensamma förhållningssätt borde kunna underlätta arbetet i projektet. Temat **Systematiskt och värdeskapande förbättringsarbete** belyser vikten av organisationers förändringsberedskap och förändringssklimat. För att bli hållbar krävs att förändringen inte innebär värdekonflikter eller (enbart) fokuserar på produktivitet (Nordgren, 2009; Nordenström, 2014). När olika verksamheter och organisationer med delvis olika värdegrund ska samverka ställer det än högre krav på medvetenhet om olikheterna. Projektet BBGiK handlar i hög grad om att skapa goda förutsättningar (värde) för barn. Arbetet har inspirerats av en befintlig modell (GIRFEC) (Coles m.fl., 2016). Att införa en befintlig modell kräver kunskaper utifrån både förbättringskunskap och implementeringskunskap (Nilsen m.fl., 2022). Här kan systematiskt

förbättringsarbete bidra med kunskaper om hur ett beslutat införande av en modell kan anpassas till lokala förutsättningar. Det finns även risker att tydliga direktiv påverkar vad som prioriteras (Norman m.fl., 2012), så det finns alltid en risk för undanträngningseffekter av andra redan pågående fungerande insatser till förmån för något nytt. För att ett förbättringsarbete skall bli hållbart behövs ett angreppssätt som är tydligt för alla som berörs. Om de inblandade personerna förstår nyttan och värdet med att arbeta på ett visst sätt ökar förutsättningarna ytterligare.

Ledarskap och lärandetemat belyser vikten av att dra åt samma håll. Ett sätt är just att utgå från dem som skall ha nytta av verksamhetens arbete, i detta fall barnen och familjerna, och fokusera på hur det kan uppnås gemensamt. Här finns erfarenheter från Esther arbetet (Vackerberg, m.fl., 2016), som visar på styrkan med att fokusera på de personer som verksamheterna är till för och som är i behov av insatser från flera olika vård och omsorgsgivare. Studierna visar att en förflyttning från organisering utifrån systemets perspektiv mot ett personcentrerat perspektiv förutsätter lärande mellan och över de organisatoriska gränserna.

En gemensam strategi, som har stöd från högsta ledningen och i alla chefs- och ledningsperspektiv, framstår som en tydlig förutsättning. Styrgruppen spelar därför en viktig roll i projektet, och bör kanske vara ännu tydligare med vad som är strategiska beslut i regionen, då det visat sig att vilka direktiv som verksamheterna får påverkar vad som prioriteras på lokal (mikro) nivå. Likaså kan stödfunktioner som organiseras utifrån organisationsövergripande mesoperspektiv verka som underlättare och koordinatörer (Godfrey m.fl., 2013; Vackerberg m.fl., 2016). Här kan ytterligare understrykas vikten av att det finns strategiska personer i de olika (lokala) verksamheterna som kan verka som dessa underlättare, både under införandefasen av BBGiK, och för introducering av ny personal i verksamheten längre fram.

I temat **Användning av förbättringsmetoder och (teoretiska) modeller** återfinns avhandlingar och artiklar som studerat hur förbättringskunskap och metoder kan överföras från hälso- och sjukvården för att vara användbara inom omsorg och välfärdsverksamheter. Dessa bidrar också med relevanta överväganden. Verktyg och metoder behöver introduceras och delvis anpassas för att komma till nytta inom andra verksamheter. Förbättringskunskapen och dess metoder och verktyg har fått en tydligare förankring inom hälso- och sjukvården än inom social service. Neubeck m.fl., (2014) påvisar att det är möjligt att introducera och använda förbättringskunskapens metodik, till exempel genom att skapa (multiprofessionella) QI team. Studien utifrån användning av förbättringsmetoder och verktyg i förskolemiljö, visar att nya arbetssätt och metoder kräver en god introduktion och möjlighet för reflektion och lärande för att kunna bli en naturlig del i verksamhetens dagliga arbete (Kjellström m.fl., 2020).

Uppföljning är väsentligt för att kunna veta om uppsatta mål har nåtts. Med flera olika organisationer inblandade kan det vara en utmaning att komma överens om gemensamma variabler. Dessutom kan sociala interventioner vara svåra att mäta. Temat **Mätningar, kvalitetsregister och uppföljning** påtalar vikten av att följa upp och utvärdera förbättringsarbeten. Utmaningarna med gemensamma variabler är ju mindre när en gemensam modell införs, då går det bestämma vilka parametrar som skall följas upp i projektet. Ändå kvarstår utmaningen med att många olika personer med olika uppfattningar tolkar och genomför mätning och uppföljning på olika sätt (Kolberg & Elg, 2006). Det måste även finnas en konsensus kring betydelsen av arbetet.

En del av följeforskningsprojektet har inneburit att gemensamma nätverksträffar har arrangerats en gång per termin. Ett viktigt syfte med nätverksträffarna har varit att skapa och främja mötesplatser för gemensamt lärande mellan berörd personal i de ingående organisationerna, då förbättringskunskapen visar att gemensam reflektion kan underlätta gemensamt arbete. Det krävs aktivt arbete för att samverkan skall realiseras (Thörne m.fl., 2017).

Delaktighet har sedan tidigare varit en viktig del inom social service (Denvall m.fl., 2016). I BBGiK projektet involveras inte de som arbetet är till för, barnen eller deras familjer, utifrån temat **personinvolvering och patientsäkerhet**. Samverkan består i stället av att personal från olika verksamheter skall samverka för att stärka barnens situation, vilket skulle kunna härledas till säkerhet (i våden kallat patientsäkerhet). Inom sociala området finns redan en tradition av delaktighet och mobilisering (Denvall m.fl., 2016). Här finns alltså förutsättningar till gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter från hälso- och sjukvården och social service. Det kan även bidra till att de inblandade betraktar verksamheterna som delar av ett gemensamt system. Forskningen visar att ett stort hinder är just personalens attityder (Larsson m.fl., 2011).

Förbättringskunskap härstammar från Deming och det han kallar profound knowledge, som handlar om systemförståelse, variation, förändringspsykologi och kunskapsteori (Deming, 2000). Dessa perspektiv är inte unika för hälso- och sjukvården. Även inom social service finns sedan långt tillbaka en teoretisk utgångspunkt från systemteori (Bernler & Johnsson, 2001). En viktig aspekt att ha med sig i arbetet att införa BBGiK handlar om dessa båda olika utgångspunkter, och hur projektet anpassar sina processer till de olika berörda verksamheternas befintliga strukturer och processer som sannolikt skiljer sig åt, och därmed kan påverka samverkan. Verksamheterna har även olika kunskapstraditioner, men här finns ju förutsättningar för gemensamt lärande runt en gemensam modell. Verksamheter som har fungerade arbetsprocesser för barns bästa skulle kunna inspirera och facilitera för andra. Förändringar påverkar alla, och Lachman m.fl. (2021) lyfter fyra kärnvärden, 1) värdighet och respekt, 2) helhet (holism), 3) partnerskap och samskapande, och 4) godhet och välvilja. Samtliga är centrala även i detta projekt. Sammanställningen ovan visar att samverkan kräver gemensamma strukturer och strategier för att lyckas. Att se helheten runt barnet, och inte varje verksamhet för sig skulle sannolikt öka projektets framgång. Respekt för de berörda verksamheternas olika kompetenser, och att alla tillmäts lika stor betydelse, oavsett om det är hälso- och sjukvård, social service, skola eller andra involverade är en annan viktig förutsättning. Partnerskap och samverkan kan inte heller vara beroende av individer (eldsjälar), utan måste bygga på långsiktigt gemensamma mål och visioner, som i sin tur utgår ifrån syftet med hela projektet BBGiK; ”att skapa en trygg och säker uppväxt för VARJE barn genom främjande, tidiga och samordnade insatser” (Lagergren, personlig kommunikation september 2020).

Utifrån sammanställningen ovan skulle relevanta frågor för det fortsatta arbetet med Barnens Bästa Gäller! i Kronoberg kunna vara:

- Vilken betydelse har lokalt ägande, befintliga infrastrukturer och kompetenser?
- Kan multiprofessionella organisationsövergripande team underlätta samverkan?
- Hur tydliggörs kommunikation, roller och mandat?
- Hur hanteras det som är enkelt eller komplicerat i processen så att inte allt drunknar i komplexitet och olikheter?

Författaren vill avsluta denna rapport med ett av mina favoritcitrat ur boken Riv pyramiderna av Jan Carlsson (2008):

En människa som inte har information kan inte ta ansvar – en människa som har information kan inte låta bli att ta ansvar (sidan före innehållsförteckningen).

Referenser

- *Algurén, B., Nordin, A., Andersson Gäre, B., & Peterson, A. (2019). In-depth comparison of two quality improvement collaboratives from different healthcare areas based on registry data—possible factors contributing to sustained improvement in outcomes beyond the project time. *Implementation Science*, 14:74.
<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0926-y>
- *Algurén, B., Andersson Gäre, B., Thor, J., & Andersson, A. -C. (2018). Quality indicators and their regular use in clinical practice—results from a survey among users of two cardiovascular National Registries in Sweden. *International Journal for Quality in Health care*, 1-7. <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/10/786/4995626>
- *Algurén, B. (2016). Erfarenheter av praktiskt arbete med värdegrund, social dokumentation, ICF och kvalitetsarbete. I T. Carlsson & A. Nilsson (Red.), *Social dokumentation i handläggning och genomförande: med värdegrund och ICF* (s. 89–100). Gothia Förlag.
- Alvesson, M., Jonsson, A., Sveningsson, S., & Wenglén, R. (2015). *När ledarskapet krackelerar*. Studentlitteratur.
- *Anderson, J. E., Robert, G., Nunes, F., Bal, R., Burnett, S., Karlton, A., Sanne, J., Aase, K., Wiig, S., Fulop, N. J., & the Quaser Team. (2019). Translating research on quality improvement in five European countries into a reflective guide for hospital leaders: the ‘QUASER Hospital Guide’. *International Journal for Quality in Health Care*, 1–10.
<https://academic.oup.com/intqhc/article/31/8/G87/5514157>
- *Andersson, A. -C., & Nordin, A. (2019). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens Grunder – Ansvar och Utveckling*. (3 uppl., s. 279–304). Studentlitteratur.
- *Andersson, A. -C. (2018). Kvalitetsarbete inom omvårdnad - förbättringskunskap och ständiga förbättringar. I A. Hommel & Å. Andersson (Red.), *Kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. (s. 45–68). Studentlitteratur.
- *Andersson, A. -C., Melke, A., Andersson Gäre, B., & Golsäter, M. (2018). Identification of Children as Relatives with a Systematic Approach; a Prerequisite in Order to Offer Advice and Support. *Quality Management in Healthcare*, 27(3), 172–177.
<http://doi.org/10.1097/QMH.000000000000181>
- *Andersson, A. -C., Golsäter, M., Andersson Gäre, B., & Melke, A. (2017). Learning through networking in Healthcare and Welfare: The use of a Breakthrough Collaborative in the Swedish context. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), 236-244.
<https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1401287>
- *Andersson, A. -C. (2017). How to Reach Effective Health Service Delivery? *Journal of General Practice*, 5(4). <http://doi.org/10.4172/2329-9126.1000320>
- *Andersson, A. -C., Johansson, R. -M., Andersson Gäre, B., Elg, M., & Christiansson, L. (2017). Using Quality Improvement Methods to Implement Guidelines to Decrease the Proportion of Urinary Retention in Orthopaedic Care. *International Archives of Nursing and Health Care*, 3(1). <http://doi.org/10.23937/2469-5823/1510065>
- *Andersson, A. -C., Ainalem, I., Berg, A., & Janlöv, A. -C. (2016). Challenges to improve inter-professional care and service collaboration for people living with psychiatric disabilities in ordinary housing. *Quality Management in Health Care*, 25(1), 44-52.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26783867/>
- *Andersson, A. -C., Idvall, E., Perseius, K. -I., & Elg, M. (2014). Two Different Strategies to Facilitate Involvement in Healthcare Improvements: A Swedish County Council Initiative. *Global Advances in Health and Medicine*, 3(5), 22-28.

- *Andersson, A. -C., Idvall, E., Perseius, K. -I., & Elg, M. (2014). Evaluating a Breakthrough Series Collaborative in a Swedish healthcare context. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), E1-E10. <http://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182a95ff6>
- *Andersson, A. -C. (2013). *Quality Improvement in Healthcare: Experiences from a Swedish County Council Initiative*. (Publikationsnr. 1505) [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].
- *Andersson, A. -C., Idvall, E., Perseius, K. -I., & Elg, M. (2013). Sustainable Outcomes of an Improvement Program: Do Financial Incentives Matter? *Total Quality Management & Business Excellence*, 24(7-8), 959-969.
- *Andersson, A. -C. (2013). Managers' views and experiences of a large-scale county council improvement program: limitations and opportunities. *Quality Management in Health Care*, 22(2), 152-160.
- *Andersson, A. -C., Elg, M., Perseius, K. -I., & Idvall, E. (2013). Evaluating a questionnaire to measure improvement initiatives in Swedish healthcare. *BMC Health Services Research*, 13(48). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/48>
- *Andersson, A. -C., & Olheden, A. (2012). Patient Participation in Quality Improvement: Managers' Opinions of Patients as Resources. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-4), 3590-3593.
- *Andersson, A. -C., Elg, M., Idvall, E., & Perseius, K. -I. (2011). Five Types of Practice-Based Improvement Ideas in Health Care Services: An Empirically Defined Typology. *Quality Management in Health Care*, 20(2), 122-130.
- *Andersson Gäre, B. (2011). Förnyelse och ständiga förbättringar - ledarens utmaningar och möjligheter. I G. Crona (Red.), *Perspektiv på förnyelse och ledarskap inom hälso- och sjukvård*. Linnaeus University Press.
- *Andersson Gäre, B. (2009). Improvement education by improving education: a model for integration of teaching, learning and research while practice is improved. *Quality & Safety in Health Care*, 18(4), 246-247.
- *Andersson Gäre, B., & Neuhauser, D. (2007). The Health Care Quality Journey of Jönköping County Council, Sweden. *Quality Management in Health Care*, 16(1), 2-9.
- *Andersson Hagiwara, M., Andersson Gäre, B., & Elg, M. (2016). Interrupted Time Series Versus Statistical Process Control in Quality Improvement Projects. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), E1-E8. <http://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000130>
- *Andersson Hagiwara, M. (2014). *Development and Evaluation of a Computerised Decision Support System for use in pre-hospital care*. (Publikationsnr. 52) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Areskoug Josefsson, K., Avby, G., Andersson Bäck, M., & Kjellström, S. (2018). Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 406-414. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1523987>
- *Areskoug Josefsson, K., & Andersson, A. -C. (2017). The co-constructive processes in physiotherapy. *Cogent Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1290308>
- Axelsson, R. (2000). The organizational pendulum: Healthcare management in Sweden 1865-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 47-53. <http://doi.org/10.1177/140349480002800109>
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-447.

- Batalden, P., Berwick, D., Bisognano, M., Splaine, M., Baker, G., & Headrick, L. (1998). *Knowledge Domains for Health Professional Students Seeking Competency in the Continual Improvement and Innovation of Health Care*. Institute for Healthcare Improvement.
- Batalden, P., & Splaine, M. (2002). What will it take to Lead the Continual Improvement and Innovation of Health Care in the Twenty-first Century? *Quality Management in Health Care*, 11(1), 45-54.
- Batalden, P. B., Nelson, E. C., Edwards, W. H., Godfrey, M. M., & Mohr, J. J. (2003). Microsystems in health care: Part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), 575-585.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16, 2-3.
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2015). Coproduction of Healthcare Service. *BMJ Quality and Safety*, 25(7). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Batalden, P. (2018). Getting more health from healthcare: quality improvement must acknowledge patient coproduction—an essay by Paul Batalden. *BMJ*, 362, k3617. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3617>
- Batalden, P., Ovalle, A., Foster, T., & Elwyn, G. (2021). Science-Informed Practice: An Essential Epistemologic Contributor to Healthcare Coproduction. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(suppl. 2), ii4-ii5. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab054>
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organizing for Quality*. Radcliffe Publishing.
- *Bergerum, C., Kullén Engström, A., Thor, J., & Wolmesjö, M. (2020). Patient involvement in quality improvement – a ‘tug of war’ or a dialogue in a learning process to improve healthcare? *BMC Health Services Research*, 20:1115. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1808-5>
- *Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K. & Wolmesjö, M. (2019). How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work - A realist literature review. *Health Expectations*, 22, 952-964. <https://doi.org/10.1111/hex.12900>
- *Bergman, B., Hellström, A., Lifvergren, S., & Gustavsson, S. M. (2015). An Emerging Science of Improvement in Health Care. *Quality Engineering*, 27, 17–34.
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2001). *Kvalitet från behov till användning*, (3e uppl.) Studentlitteratur.
- *Bergquist, B., Garvare, R., Eriksson, H., Hallencreutz, J., Langstrand, J., Vanhatalo, E., & Zobel, T. (2012). Alive and kicking – but will quality management be around tomorrow? A Swedish academia perspective. *Quality Innovation Prosperity*, 16(2), 1-18.
- Bernler, G., & Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete* (3 uppl.). Natur & Kultur.
- Bernstein, J. A., Friedman, C., Jacobson, P., & Rubin, J. C. (2015). Ensuring Public Health’s Future in a National-Scale Learning Health System. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(4), 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.013>
- *Bertholds, E. (2010). Lean-marknaden passar inte i sjukvården. *Läkartidningen*, 23(107), 1560–1561.
- Berwick, D. M. (1991). Controlling Variation in Health Care: A Consultation from Walter Shewhart. *Medical Care*, 29(12), 1212-1225.
- Berwick, D. M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, 313. <http://doi.org/10.1136/bmj.312.7031.619>

- *Blomqvist, Å. (1992). Comment on B. A. Weisbrod, "Productivity and Incentives in the Medical Care Sector". *The Scandinavian Journal of Economics*, 94(Supplement), 147-150.
- *Bodenheimer, T., Bojestig, M., & Henriks, G. (2007). Making Systemwide Improvements in Health Care: Lessons From Jönköping County, Sweden. *Quality Management in Health Care*, 16(1), 10-15.
- *Book, S., Hellström, A., & Olsson, J. (2003). Perceptions of Improvement Work in Swedish Health Care: Implications for Improvement Practices. *Quality Management in Health Care*, 12(4), 217-224.
- Boote, J., Telford, R., & Cooper, C. (2002). Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy*, 61, 213-236.
- Boyle, D., & Harris, M. (2009). The Challenge of Co-Production. How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services. Discussion Paper, Nesta. www.neweconomics.org.
- Brandao de Souza, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139. <https://doi.org/10.1108/17511870910953788>
- Bringselius, L. (2021). *Tillitsbaserat ledarskap. Från pinnräknande till samskapande*. Komplitt.
- *Brommels, M. (2006). Implementering är den kliniska forskningens största utmaning. Dags för det tredje steget? *Läkartidningen*, 30-31(103), 2223-2226.
- *Brulin, G., & Svensson, L. (2012). Sustainable Change in Large Projects. *PM World Journal*, 1(V). <https://tinyurl.com/3w75demp>
- Carayon, P. (2006). Human factors of complex sociotechnical systems. *Applied Ergonomics*, 37(4), 525-535.
- *Carlfjord, S. (2012). *The Challenge of Chancing Practice. Applying Theory in the Implementation of an Innovation in Swedish Primary Health Care*. (Publikationsnr. 1269) [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].
- *Carlfjord, S., Andersson, A., Nilsen, P., Bendtsen, P., & Lindberg, M. (2010). The importance of organizational climate and implementation strategy at the introduction of a new working tool in primary health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01336.x>
- *Carlhed, R., Bellman, C., Bojestig, M., Bojö, L., Peterson, A., & Lindahl, B. (2012). Quality Improvement in Coronary Care: Analysis of Sustainability and Impact on Adjacent Clinical Measures After a Swedish Controlled, Multicenter Quality Improvement Collaborative. *Journal of the American Heart Association*, 1, e000737. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.000737>
- *Carlsson, N., Johansson, AK., Abrahamsson, A., & Andersson Gäre, B. (2013). How to minimize children's environmental tobacco smoke exposure: an intervention in a clinical setting in high risk areas. *BMC Pediatrics*, 13, 76. <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/76>
- *Carlsson, N. (2012). *A Zero-vision for Children's Tobacco Smoke Exposure. Tobacco prevention in Child Health Care*. (Publikationsnr. 1313) [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].
- Carlzon, J. (2008). *Riv pyramiderna! En bok om den nya människan, chefen och ledaren*. Natur & Kultur.
- Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*, 353, 1178-1181.

- Clarke, J., Waring, J., & Timmons, S., (2018). The challenge of inclusive coproduction: The importance of situated rituals and emotional inclusivity in the coproduction of health research projects. *Social Policy & Administration, Special Issue*, 1-16.
<http://doi.org/10.1111/spol.12459>
- Coles, E., Cheyne, H., Rankin, J., & Daniel, B. (2016). Getting It Right for Every Child: A National Policy Framework to Promote Children's Well-being in Scotland, United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 94(2), 334–365.
- Cregård, A., Berntson, E., & Tengblad, S. (2018). *Att leda i en komplex organisation. Utmaningar och nya perspektiv för chefer i offentlig verksamhet*. Natur & Kultur.
- Crisóstomo Portela, M., Pronovost, P.J., Woodcock, T., Carter, P., & Dixon-Woods, M. (2015). How to study improvement interventions: a brief of possible study types. *BMJ Quality & Safety*, 24, 325-336.
- *Dahlgaard, J. J., Pettersen, J., & Dahlgaard-Park, S. -M. (2011). Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare organisations. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(6), 673-689.
<http://dx.doi.org/10.1080/14783363.2011.580651>
- *Dahlin, S. (2020). Exploring the usefulness of Lexis diagrams for quality improvement. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20, 7. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-1017-3>
- *Dahlin, S., Eriksson, H., & Raharjo, H. (2019). Process Mining for Quality Improvement: Propositions for Practice and Research. *Quality Management in Health Care*, 28(1), 8-14.
<http://dx.doi.org/10.1097/QMH.0000000000000197>
- *Dahlin, S., & Raharjo, H. (2019). Relationship between patient costs and patient pathways. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(1), 246–261.
<https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2017-0199>
- *Dahlin, S. (2019). *Method Usefulness for Quality Improvement in Care*. (Publikationsnr. 4685) [Doktorsavhandling. Chalmers tekniska högskola].
- *Damji, A. N., Henriks, G., & Rejler, M. (2019). What is best for Esther? What Canada can learn from the Swedish health care service. *Canadian Journal of Physician Leadership*, 5(4), 187-191.
- Danermark, B., & Kullberg, K. (1999). *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Studentlitteratur.
- *Dellve, L., Williamsson, A., Strömngren, M., Holden, R. J., & Eriksson, A. (2015). Lean implementation at different levels in Swedish hospitals: the importance for working conditions and stress. *International Journal of Human factors and Ergonomics*, 3(3-4), 235-253. <https://doi.org/10.1504/IJHFE.2015.073001>
- Deming, W. E. (2000). *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Denvall, V., Heule, C., & Kristiansen, A. (Red.). (2016). *Social mobilisering: En utmaning för socialt arbete* (2 uppl.). Gleerups Utbildning.
- Dixon-Woods, M. (2019). How to improve healthcare improvement—an essay. *BMJ*, 366, I5514.
<http://doi.org/10.1136/bmj.l5514>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Donaldson, M. S., & Mohr, J. J. (2000). *Exploring Innovation and Quality Improvement in Health Care Micro-Systems: A Cross-Case Analysis*. Committee on the Quality of Health Care in America; Institute of Medicine. <https://doi.org/10.17226/10096>

- *Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., & Nyström, M. E. (2011). Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research*, *11*(61). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/61>
- *Edvinsson, J., Rahm, M., Trinks, A. & Höglund, P. (2015). Senior Alert: A Quality Registry to Support a Standardized, Structured, and Systematic Preventive Care Process for Older Adults. *Quality Management in Health Care*, *24*(2), 96–101. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000058>
- Ekman, I. (Red.). (2020). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (2 uppl.). Liber.
- *Ekvall, G. (1996). Organizational Climate for Creativity and Innovation. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *5*(1), 105-123.
- *Eldh, A. -C., Wallin, L., Fredriksson, M., Vengberg, S., Winblad, U., Halford, C., & Dahlström, T. (2016). Factors facilitating a national quality registry to aid clinical quality improvement: findings of a national survey. *BMJ Open*, *6*, e011562. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011562>
- *Eldh, A. -C., Fredriksson, M., Vengberg, S., Halford, C., Wallin, L., Dahlström, T., & Winblad, U. (2015). Depicting the interplay between organisational tiers in the use of a national quality registry to develop quality of care in Sweden. *BMC Health Services Research*, *15*:519. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1188-2>
- *Eldh, A. -C., Fredriksson, M., Halford, C., Wallin, L., Dahlström, T., Vengberg, S., & Winblad, U. (2014). Facilitators and barriers to applying a national quality registry for quality improvement in stroke care. *BMC Health Services Research*, *14*:354. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/354>
- *Elg, M., Sennehed Petersson, M., & Brofeldt, C. (2019). *Leda för kvalitet. Hörnstenar för kvalitetsutveckling i offentlig verksamhet*. Komlitt.
- *Elg, M., Engström, J., Witell, L., & Poksinska, B. (2012). Co-Creation and Learning in Health-Care Service Development. *Journal of Service Management*, *23*(3), 328–343.
- *Elg, M., Stenberg, J., Kammerlind, P., Tullberg, S., & Olson, J. (2011). Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *24*(2), 101-123. <https://doi.org/10.1108/09526861111105077>
- *Elg, M., Witell, L., Poksinska, B., Engström, J., Dahlgaard, S. -M., & Kammerlind, P. (2011). Solicited diaries as a means of involving patients in development of healthcare services. *International Journal of Quality and Service Sciences*, *3*(2) 128-145.
- *Elg, M., & Kollberg, B. (2009). Alternative arguments and directions for studying performance measurement. *Total Quality Management & Business Excellence*, *20*(4), 409-421.
- *Elg, M., & Andersson Gäre, B. (Red.). (2008). *Vägval och Dilemman i interaktiv forskning: kurspapper från Bridging the Gaps doktorandkurs interaktiv forskning 2008*. Linköpings Universitet.
- *Elg, M., Gauthereau, V., & Witell, L. (2007). *Att lyckas med förbättringsarbete: förbättra, förändra, förnya*. Studentlitteratur.
- *Elg, M., Kollberg, B., Lindmark, J., & Olsson, J. (2007). Goal Orientation and Conflicts: Motors of Change in Development Projects in Health Care Service. *Quality Management in Health Care*, *16*(1), 84–97.
- Ellström, P. -E., Fogelberg Eriksson, A., Kock, H., Wallo, A., & Elg, M. (2016). *Mot ett förändrat ledarskap? - Om chefers arbete och ledarskap i ett organisationsperspektiv* (2 uppl.). Studentlitteratur.

- Ellström, P. -E. (2007). *Knowledge creation through interactive research: A learning perspective*. [Manuscript HSS-07 konferensen]. Jönköping University.
- *Emilsson, L., Lindahl, B., Köster, M., Lambe, M., & Ludvigsson, J. F. (2014). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*, 277(1), 94-136. <https://doi.org/10.1111/joim.12303>
- *Engström, J. (2014). *Patient involvement and service innovation in healthcare*. (Publikationsnr. 1604) [Doktorsavhandling. Linköpings universitet].
- *Eriksson, N., Holgers, K. -M., & Müllern, T. (Red.). (2013). *Att utveckla vården. Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Studentlitteratur.
- *Essén, A., & Lindblad, S. (2013). Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Social Science & Medicine*, 93, 203-211.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315. <http://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- *Fredriksson, M., Halford, C., Eldh, A. -C., Dahlström, T., Vengberg, S., Wallin, L., & Winblad, U. (2017). Are data from national quality registries used in quality improvement at Swedish hospital clinics? *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), 909-915. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx132>
- *Fredriksson, M., Eldh, A. -C., Vengberg, S., Dahlström, T., Halford, C., Wallin, L., & Winblad, U. (2014). Local politico-administrative perspectives on quality improvement based on national registry data in Sweden: a qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 9(189). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0189-6>
- Fowler Byers, J., & Beaudin, C. L. (2002). The relationship between continuous quality improvement and research. *Journal for Healthcare Quality*, 24(1), 4-8.
- Gjerde, S. (2012). *Coaching, vad – varför – hur* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Glad, J. (2014). *Systematisk uppföljning - Beskrivning och exempel*. Socialstyrelsen rapport nr 2014-6-25. <https://tinyurl.com/yxmuna8>
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?* Discussion Paper No 8, Commission on the Future of Health Care in Canada.
- *Godfrey, M. M. (2013). *Improvement Capability at the Front Lines of Healthcare. Helping through Leading and Coaching*. (Publikationsnr. 46) [Doktorsavhandling. Jönköping University].
- *Godfrey, M. M., Andersson Gare, B., Nelson, E. C., Nilsson, M., & Ahlström, G. (2013). Coaching interprofessional health care improvement teams: the coachee, the coach and the leader perspectives. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 452-464. <https://doi.org/10.1111/jonm.12068>
- *Godfrey, M. M., Melin, C. N., Muething, S. E., Batalden, P. B., & Nelson, E. C. (2008). Clinical Microsystems, Part 3. Transformation of Two Hospitals Using Microsystem, Mesosystem, and Macrosystem Strategies. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(10), 591-603.
- Goodman, D., Ogrinc, G., Golec Davies, L., Baker, G. R., Barnsteiner, J., Foster, T. C., Gali, K., Hilden, J., Horwitz, L., Kaplan, H. C., Leis, J., Matulis, J. C., Michie, S., Miltner, R., Neily, J., Nelson, W. A., Niedner, M., Oliver, B., Rutman, L., Thomson, R., & Thor, J. (2016). Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: Examples of SQUIRE elements in the healthcare

- improvement literature. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 1–24. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004480>
- *Granström, E., Hansson, J., Sparring, V., Brommels, M., & Nyström, M. E. (2018). Enhancing policy implementation to improve healthcare practices: The role and strategies of hybrid national-local support structures. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1-17. <https://doi.org/10.1002/hpm.2617>
- Gremyr, A., Batalden, P., Andersson Gäre, B., Elwyn, G., Thor, J., & Andersson, A. -C. (2021). The role of Coproduction in Learning Health Systems, *International Journal for Quality in Health Care*, 33(S2), ii26–ii32.
- *Gremyr, A., Andersson Gäre, B., Greenhalgh, T., Malm, U., Thor, J., & Andersson, A. -C. (2020). Using Complexity Assessment to Inform the Development and Deployment of a Digital Dashboard for Schizophrenia Care: Case Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e15521. <http://dx.doi.org/10.2196/15521>
- *Gremyr, A., Malm, U., Lundin, L., & Andersson, A. -C. (2019). A learning health system for people with severe mental illness: a promise for continuous learning, patient coproduction and more effective care. *Digital Psychiatry*, 2(1), 8-13. <https://doi.org/10.1080/2575517X.2019.1622397>
- *Gremyr, I., Elg, M., Smith, F., & Gustavsson, S. (2018). Exploring the phase for highest impact on radicality: a cross-sectional study of patient involvement in quality improvement in Swedish healthcare. *BMJ Open*, e021958. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021958>
- *Gremyr, I., & Raharjo, H. (2013). Quality function deployment in healthcare: a literature review and case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 135-146. <https://doi.org/10.1108/09526861311297343>
- *Gremyr, I., Gustavsson, S., & Gideberg, A. (2012). The medication process – a design for Six Sigma Project. *International Journal of Six Sigma and Competitive Advantage*, 7(1). <https://doi.org/10.1504/ijssca.2012.045260>
- Greene, S. M., Reid, R. J., & Larson, E. B. (2012). Implementing the Learning Health System: From Concept to Action. *Annals of Internal Medicine*, 157(3), 207-210.
- Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ*, 365, l2068. <http://doi.org/10.1136/bmj.l2068>
- Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Millbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Grol, R., Baker, R., & Moss, F. (2002). Quality improvement research: understanding the science of change in health care, Editorials. *Quality & Safety in Health Care*, 11, 110–111.
- *Guldvog, B. (2009). Strengthening quality of care in four Nordic countries. Editorial Review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 111-116.
- *Gunnarsdotter, S., & Lindh, M. (2011). Dåligt uppförande patientsäkerhetsrisk. *Läkartidningen*, 108(24–25), 1290–1293.
- *Gustavsson, S., & Andersson, T. (2019). Patient involvement 2.0; Experiencebased co-design supported by action research. *Action Research*, 17(4), 469–491. <https://doi.org/10.1177/1476750317723965>
- *Gustavsson, S. (2016). *Patient involvement in quality improvement*. (Publikationsnr. 3993) [Doktorsavhandling, Chalmers tekniska högskola].

- *Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. (2016). Designing quality of care – contributions from parents. Parents’ experiences of care processes in paediatric care and their contribution to improvements of the care process in collaboration with healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 742–751.
- *Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. (2016). Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. *The TQM Journal*, 28(1), 151–162.
- *Gustavsson, S. M. K. (2014) Improvements in neonatal care using experience-based co-design. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(5), 427–438. <https://doi.org/10.1108/IJHQA-02-2013-0016>
- *Hagiwara, M., Henricson, M., Jonsson, A., & Suserud, B. -O. (2011). Decision-Support Tool in Prehospital Care: A Systematic Review of Randomized Trials. *Prehospital And Disaster Medicine*, 26(5), 319-329. <https://doi.org/10.1017/s1049023x11006534>
- *Hansell, B., & Lokrantz, L. (2013). Hur kan underläkare förbättra vården? *Moderna läkare*, 2, 14–17.
- Hedberg, B., Nordström, E., Kjellström, S., & Josephson, I. (2018). “We found a solution, sort of” – A qualitative interview study with children and parents on their experiences of the coordinated individual plan (CIP) in Sweden. *Cogent Medicine*, 5(1), 1428033. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2018.1428033>
- *Hellström, A., Lifvergren, S., Gustavsson, S., & Gremyr, I. (2015). Adopting a management innovation in a professional organisation - The case of improvement knowledge in healthcare. *Business Process Management Journal*, 21(5), 1186–1203.
- *Hellström, A., Lifvergren, S., & Quist, J. (2010). Process management in healthcare: investigating why it’s easier said than done. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 21(4), 499-511.
- Hill, J. E., Stephani, A. -M., Sapple, P., & Clegg, A. J. (2020). The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving health care outcomes: a systematic review. *Implementation Science* 2020:15, 23. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0975-2>
- *Holmqvist, M., Thor, J., Ros, A., & Johansson, L. (2019). Older persons’ experiences regarding evaluation of their medication treatment—An interview study in Sweden. *Health Expectations*, 22, 1294–1303. <https://doi.org/10.1111/hex.12967>
- Huxham, C. (Red.). (1996). *Creating Collaborative Advantage*. Sage Publications.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- *Höglund, P. J., Essén, A., Choi, S., Ernestam, S., Kaarme, J., & Neovius, M. (2012). Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård. Vården bör organiseras utifrån vad som ger värde för patienten. *Läkartidningen*, 109(47), 2159-2161.
- *Höjris Storkholm, M., Mazzocato, P., & Savage, C. (2019). Make it complicated: a qualitative study utilizing a complexity framework to explain improvement in health care. *BMC Health Services Research*, 19:842. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4705-x>
- *Höög, E., Lysholm, J., Garvare, R., Weinehall, L., & Nyström, M. E. (2016). Quality improvement in large healthcare organizations: Searching for system-wide and coherent monitoring and follow-up strategies. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 133-153. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2013-0209>
- *Höög, E. (2014). *Navigera i ständig Förändring. Facilitering av utvecklingsarbete inom vård och omsorg*. (Publikationsnr. 1639) [Doktorsavhandling, Umeå universitet].

- *Höög, E., Garvare, R., Ivarsson, A., Weinehall, L., & Nyström, M. E. (2013). Challenges in managing a multi-sectoral health promotion program. *Leadership in Health Services*, 26(4), 368-386. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2011-0048>
- Idvall, E. (2019). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Gothia Fortbildning.
- IoM (Institute of Medicine, nu National Academy of Medicine) (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press.
- Inspektionen för Vård och Omsorg, (IVO). (2019). *Vad har IVO sett 2019*. Rapport IVO 2020–5. <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/vad-har-ivo-sett-2019/>
- *Iveroth, E., & Hallencreutz, J. (2015). *Effective Organizational Change: Leading Through Sensemaking*. Routledge.
- Jacobsson Ekman, G., Lindahl, B., & Nordin, A. (Red.). (2014). *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Karolinska University Press.
- *Janlöv, A. -C., Ainalem, I., Andersson, A. -C., & Berg, A. (2016). An Improvement Program as a Way to Intensify Inter-Professional Collaboration in the Community for People with Mental Disabilities: A Follow-Up. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), 885-893. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1236863>
- Javadi, J. (2021). Widening the scope of research on quality of care. *IJQHC Communications*, 1(1), 1–2. <https://doi.org/10.1093/ijcoms/lyab002>
- Jennings, H., Slade, M., Bates, P., Munday, E., & Toney, R. (2018). Best practice framework for Patient and Public Involvement (PPI) in collaborative data analysis of qualitative mental health research: methodology development and refinement. *BMC Psychiatry*, 18, 213. <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1794-8>
- *Johansson, R. -M., Malmvall, B. -E., Andersson Gäre, B., Larsson, B., Erlandsson, I., Sund-Levander, M., Rensfelt, G., Mölstad, S., & Christensson, L. (2012). Guidelines for preventing urinary retention and bladder damage during hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 347-355.
- *Johansson, R. -M., & Christensson, L. (2010). Urinary retention in older patients in connection with hip fracture surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2110-2116.
- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341–347.
- *Kahm, T., & Ingelsson, P. (2019). Creating a development force in Swedish healthcare. A focus on the first-line managers' perspective when applying Lean. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(8), 1132-1144. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2019-0017>
- *Kahm, T., & Ingelsson, P. (2017). LEAN from the first-line managers' perspective – Assuredness about the effects of Lean as a driving force for sustainable change. *Management and Production Engineering Review*, 8(2), 49–56. <http://dx.doi.org/10.1515/mper-2017-0017>
- *Kaltenbrunner, M., Bengtsson, L., Mathiassen, S. E. & Engström, M. (2017). A questionnaire measuring staff perceptions of Lean adoption in healthcare: development and psychometric testing. *BMC Health Services Research*, 17, 235. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2163-x>
- *Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J., & Rutberg, H. (2004). Climate for Improvement and the Effects on Performance in Swedish Healthcare—a Survey in the County Council of Östergötland. *Total Quality Management*, 15(7), 909–924.

- *Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J., & Rutberg, H. (2004). Leadership for Improvements in Swedish Health care. *Total Quality Management*, 15(4), 495–509.
- *Kandelaki, K., Marrone, G., Stålsby Lundborg, C., Schmidt, I., & Björkman, I. (2016). Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *BMJ Open*, 6, e009056. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009056>
- *Karlton, A., Sanne, J. M., Aase, K., Anderson, J. E., Fernandes, A., Fulop, N. J., Höglund, P. J., & Andersson Gare, B. (2020). Knowledge management infrastructure to support quality improvement: A qualitative study of maternity services in four European hospitals. *Health Policy*, 24(2), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.005>
- *Khatami, A., & Rosengren, K. (2015). An improvement project within urological care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(4), 412-422. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2014-0104>
- *Kilander, H., Brynhildsen, J., Alehagen, S., & Thor, J. (2020). Examining the pace of change in contraceptive practices in abortion services – a follow-up case study of a quality improvement collaborative. *BMC Health Services Research*, 20:948. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05799-x>
- *Kilander, H., Brynhildsen, J., Alehagen, S., Fagerkrantz, A., & Thor, J. (2019). Collaboratively seeking to improve contraceptive counselling at the time of an abortion: a case study of quality improvement efforts in Sweden. *BMJ Sexual and Reproductive Health Matters*, 45(3), 190-199. <https://srh.bmj.com/content/45/3/190>
- *Kilander, H. (2018). *Contraceptive counselling in abortion care*. (Publikationsnr. 1631) [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].
- Kilo C. M. (1998). A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough series. *Quality Management in Health Care*, 6(4), 1-13.
- *Kjellström, S., Andersson, A. -C., & Samuelsson, T. (2020). Professionals' experiences of using an improvement programme: applying quality improvement work in preschool contexts. *BMJ Open Quality*, 9:e000933.
- *Kjellström, S., Areskoug Josefsson, K., Andersson Gäre, B., Andersson, A. -C., Ockander, M., Käll, J., McGrath, J., Donetto, S., & Robert, G. (2019). Exploring, measuring and enhancing the co-production of health and wellbeing at the national, regional and local levels through comparative case studies in Sweden and England: the 'Samskapa' research programme protocol. *BMJ Open*, 9, e029723. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e029723>
- *Kjellström, S. & Mitchell, A. (2019). Health and healthcare as the context for participatory action research. *Action Research*, 17(4) 419-428. <https://doi.org/10.1177/1476750319891468>
- *Kjellström, S., & Andersson, A. -C. (2017). Applying adult development theories to improvement science. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(7), 617-627. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2016-0124>
- *Kjellström, S., Avby, G., Areskoug Josefsson, K., Andersson Gäre, B., & Andersson Bäck, M. (2017). Work motivation among healthcare professionals. A study of well-functioning primary healthcare centers in Sweden. *Journal of Health Organization and Management*, 31(4), 487-502.
- *Kollberg, B. (2007). *Performance Measurement Systems in Swedish Health Care Services*. (Publikationsnr. 1092) [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].

- *Kollberg, B., Dahlgaard, J. J., & Brehmer, P. (2007). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 7-24. <https://doi.org/10.1108/17410400710717064>
- *Kollberg, B., & Elg, M. (2006). Challenges Experienced in the Development of Performance Measurement Systems in Swedish Health Care. *Quality Management in Health Care*, 15(4), 244-256.
- *Kunkel, S. (2008). *Quality Management in Hospital Departments. Empirical Studies of Organisational Models*. (Publikationsnr. 309) [Doktorsavhandling, Uppsala universitet].
- *Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. *BMC Health Service Research*, 7:104. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-104>
- *Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). Quality improvement designs are related to the degree of organisation of quality systems: An empirical study of hospital departments. *Health Policy*, 84, 191–199.
- *Kunkel, S. T., & Westerling, R. (2006). Different types and aspects of quality systems and their implications A thematic comparison of seven quality systems at a university hospital. *Health Policy* 76, 125–133.
- *Kvarnström, S., Andersson Gäre, B., Willumsen, E., & Hedberg, B. (2012). How Service Users Perceive the Concept of Participation, Specifically in Interprofessional Practice. *British Journal of Social Work*, 42, 129-146.
- *Kvarnström, S., Hedberg, B., & Cedersund, E. (2012). The dual faces of service user participation: Implications for empowerment processes in interprofessional practice. *Journal of Social Work*, 13(3), 287-307.
- *Kvarnström, S. (2011). *Collaboration in Health and Social Care. Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems*. (Publikationsnr. 15) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2021). A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health. *F1000Research*, 9, 1140. <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.2>
- Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, P. L. (2009). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* (2 uppl.). Jossey-Bass.
- Langstrand, J. (2012). *Exploring organizational translation. A case study of changes toward Lean Production*. (Publikationsnr. 1422) [Doktorsavhandling, Linköpings universitet].
- *Lannerg, C. (2018). *Experiences and outcomes of systematic preventive work to reduce malnutrition, falls and pressure ulcers in nursing home residents*. (Publikationsnr. 091) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Lannerg, C., Ernsth Bravell, M., & Johansson, L. (2017). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1011-1020.
- *Lannerg, C., Johansson, L., & Ernsth-Bravell, M. (2017). The effect of a structured nutritional care programme in Swedish nursing homes. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*, 3, 64–70.
- *Lannerg, C., Ernsth Bravell, M., Midlöv, P., Östgren, C., & Mölsted, S. (2016). Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers – more insight in risk assessment among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 940–950. <https://doi.org/10.1111/jocn.13154>

- *Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segersten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 575–582. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x>
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Socialdepartementet. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-38.pdf>
- *Lehnbom, E. C., McLachlan, A. J., & Brien, J. -A. E. (2013). A Qualitative Study of Swedes' Opinions about Shared Electronic Health Records. *Studies in Health Technology and Informatics*, 192, 3-7. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-3>
- Likosky, D. S. (2014). Clinical Microsystems: A Critical Framework for Crossing the Quality Chasm. *The Journal of ExtraCorporeal Technology*, 46, 33–37.
- *Lifvergren, S. (2013). *Quality Improvement in Healthcare. Experiences from two longitudinal case studies using an action research approach*. (Publikationsnr. 3627) [Doktorsavhandling, Chalmers tekniska högskola].
- *Lifvergren, S., Gremyr, I., Hellström, A., Chakunashvili, A., & Bergman, B. (2010). Lessons from Sweden's first large-scale implementation of Six Sigma in healthcare. *Operations Management Research*, 3, 117–128. <https://doi.org/10.1007/s12063-010-0038-y>
- *Lifvergren, S., & Bergman, B. (2012). Improving Improvement by Refocusing Learning: Experiences from an – Initially – Unsuccessful Six Sigma Project in Healthcare. I T. Aized (Red.), *Healthcare, Total Quality Management and Six Sigma* (s. 23-40). IntechOpen.
- *Lifvergren, S., Andin, U., Huzzard, T., & Hellström, A. (2012). The Path to Sustainability in Healthcare – Exploring the Role of Learning Microsystems. I S. Mohrman & A. B. Shani (Red.), *Organizing for sustainable healthcare* (s.169-197). Emerald.
- *Lifvergren, S., Docherty, P., & Shani, A. B. (Rami) (2011). Toward a sustainable Healthcare system: Transformation through Participation. I S. Mohrman & A. B. (Red.), *Organizing for sustainable effectiveness* (s. 99-125). Emerald.
- *Lindgren, Å., Bååthe, F., & Dellve, L. (2013). Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28, e138-e157. <https://doi.org/10.1002/hpm.2142>
- *Lindh Falk, A., Tingström, P., Hammar, M., & Dahlberg, J. (2020). Interprofessional student teams focus on staff issues while learning about quality improvement. *Journal of Interprofessional Care*, online. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1778650>
- Locock, L., Kirkpatrick, S., Brading, L., Sturmey, G., Cornwell, J., Churchill, N., & Robert, G. (2019). Involving service users in the qualitative analysis of patient narratives to support healthcare quality improvement. *Research Involvement and Engagement*, 5, 1. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0041-z>
- *Ludvigsson, J. F., & Myrelid, P. (2009). SWIBREG – Nationellt IBD-register i ny tappning. *Läkartidningen*, 45(106), 3014–3015.
- *Lundberg, A. (2013). Värde istället för pinnar – nästa generations ersättningsystem. *Moderna läkare*, #4, 20–21.
- Mainz, J., & Bartels, P. D. (2006). Nationwide quality improvement—how are we doing and what can we do? *International Journal for Quality in Health Care*, 18(2), 79–80.
- Marshall, M., Pronovost, P., & Dixon-Woods, M. (2013). Promotion of improvement as a science. *The Lancet*, 381(9864), 419–421.
- *Maun, A., Wessman, C., Sundvall, P. -D., Thorn, J., & Björkelund, C. (2015). Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership? — An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines

- in privately and publicly owned primary care centres. *BMC Health Services Research*, 15, 417. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1082-y>
- *Mazzocato, P., Stenfors-Hayes, T., von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., & Nyström, M. E. (2016). Kaizen practice in healthcare: a qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement. *BMJ Open*, 6, e012256. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012256>
- *Mazzocato, P., Thor, J., Bäckman, U., Brommels, M., Carlsson, J., Jonsson, F., Hagmar, M., & Savage, C. (2014). Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 266-288. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0060>
- *Mazzocato, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M., & Thor, J. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12, 28. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/28>
- *Mazzocato, P. (2012). *Unpacking process improvement in-depth studies of how Lean and clinical pathways contribute to the timeliness of care*. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet].
- *Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 376e382. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.037986>
- *McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. (2017). Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research*, 70, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.07.006>
- *McColl-Kennedy, J. R., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S. J., & Anderson, L. (2017). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. *Journal of Service Management*, 28(1), 2–33. <https://doi.org/10.1108/JOSM-01-2016-0018>
- *Melke, A. (2014). *Förändring, förbättring, lärande. Introduktion och inspiration till förbättringsarbete och genombrottsmetoden*. FoU i väst, Göteborgsregionens kommunalförbund.
- Michailakis, D., & Schirmer, W. (2017). *Systemiska perspektiv på socialt arbete – Att begripa komplexiteten bakom sociala fenomen*. Studentlitteratur.
- Morain, S. R., Kass, N. E., & Grossmann, C. (2017). What allows a health care system to become a learning health care system: Results from interviews with health system leaders. *Learning Health Systems*, 1(1), e10015. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10015>
- Mulvale, G., Moll, S., Miatello, A., Robert, G., Larkin, M., Palmer, V. J., Powell, A., Gable, C., & Girling, M. (2019). Codesigning health and other public services with vulnerable and disadvantaged populations: Insights from an international collaboration. *Health Expectations*, 22(3), 284-297. <http://doi.org/10.1111/hex.12864>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- *Müllern, T., & Nordin, A. (2012). Revisiting Empowerment: A Study of Improvement Work in Health Care Teams. *Quality Management in Health Care*, 21(2), 81–92. <https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e31824d18ee>

- Nationella plattformen för förbättringskunskap och Nationella kvalitetsregister (2016). *Slutrapport Lärmodeller II. Nationella kvalitetsregister i akademiska grundutbildningar inom hälso- och sjukvården*. <https://tinyurl.com/z44rysyn>
- *Nelson, E. C., Dixon-Woods, M., Batalden, P. B., Homa, K., Van Citters, A. D., Morgan, T. S., Eftimovska, E., Fisher, E. S., Øvretveit, J., Wade Harrison, W., Lind, C., & Lindblad, S. (2016). Patient focused registries can improve health, care, and science. *BMJ*, *354*, i3319. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3319>
- *Nelson, E. C., Eftimovska, E., Lind, C., Hager, A., Wasson, J. H., & Lindblad, S. (2015). Patient reported outcome measures in practice. *BMJ*, *350*, g7818. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7818>
- Nelson, E. C., Godfrey, M. M., Batalden, P. B., Berry, S. A., Bothe Jr, A. E., McKinley, K. E., Melin, C. N., Muething, S. E., Moore, G., Wasson, J. H., & Nolan, T. W. (2008). Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *34*(7), 367-378.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (Eds.). (2007). *Quality by Design; A Clinical Microsystems Approach*. Jossey-Bass.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., Huber, T. P., Mohr, J. J., Godfrey, M. M., Headrick, L. A., & Wasson, J. H. (2002). Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *The Joint Commission journal on quality improvement*, *28*(9), 472-493.
- Nelson, E. C., Mohr, J. J., Batalden, P. B., & Plume, S. K. (1996). Improving Health Care, Part 1: The Clinical Value Compass. *The Joint Commission journal on quality improvement*, *22*(4), 243-258.
- *Neubeck, T. (2016). *Quality Improvement within Nonprofit Social Service Providers*. (Publikationsnr. 68) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Neubeck, T., Elg, M., & Schneider, T. (2014). Managing the gap between policy and practice through Intermediaries for Quality Improvement. *Scandinavian Journal of Public Administration*, *18*(4), 73-89.
- *Neubeck, T., Elg, M., Schneider, T., & Andersson Gäre, B. (2014). Prospects and Problems of Transferring Quality-Improvement Methods from Health Care to Social Services: Two Case Studies. *The Permanente Journal*, *18*(2), 38-42.
- Nilsen, P., Thor, J., Bender, M., Leeman, J., Andersson Gäre, B., & Sevdalis, N. (2022). Bridging the Silos: A Comparative Analysis of Implementation Science and Improvement Science. *Frontiers in Health Services*, online 4th February. <https://doi.org/10.3389/frhs.2021.817750>
- *Nilsen, P., Thor, J., Bender, M., Leeman, J., Andersson Gäre, B., & Sevdalis, N. (2020). Improvement Science. I P. Nilsen & S. A. Birken (Red.), *Handbook on Implementation Science* (s. 389–407). Edward Elgar Publishing.
- *Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, *20*, 147. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
- *Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I., & Birken, S. (2019). Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses. *Implementation Science*, *14*, 51. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0902-6>
- *Nilsson, K., Bååthe, F., Erichsen Andersson, A., Wikström, E., & Sandoff, M. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital –

- a longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17, 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8>
- *Nordenström, J. (2014). Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall. Vården får ny färdriktning – vårdpersonalen spelar nyckelroll. *Läkartidningen*, 111, CZCR. <https://tinyurl.com/4kzfc24f>
- *Nordgren, L. (2009). Value creation in health care services – developing service productivity. Experiences from Sweden. *International Journal of Public Sector Management*, 22(2), 114-127. <http://doi.org/10.1108/09513550910934529>
- *Nordgren, L. (2003). *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position.* (Publikationsnr. 77) [Doktorsavhandling, Lunds universitet].
- *Nordin, A., & Areskoug Josefsson, K. (2020). Effects of a Swedish master's programme on quality improvement and leadership - A qualitative study on micro, meso and macro levels of the welfare sector. *Cogent Business & Management*, 7, 1, 1725308. <http://doi.org/10.1080/23311975.2020.1725308>
- *Nordin, A. M. M., & Areskoug Josefsson, K. (2019). Behavioural and operational outcomes of a Master's programme on improvement knowledge and leadership A survey study. *Leadership in Health Services*, 32(4), 525-542. <http://doi.org/10.1108/LHS-09-2018-0049>
- *Nordin, A. M. M, Anderson Gäre, B. & Andersson, A. -C. (2018a). Prospective sensemaking of a National Quality Register in health- and elderly care. *Leadership in Health Services*, 31(4), 398-408. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2017-0012>
- *Nordin, A. M. M, Anderson Gäre, B., & Andersson, A. -C. (2018b). Sensemaking and cognitive shifts - Learning from dissemination of a National Quality Register in health- and elderly care. *Leadership in Health Services*, 31(4). 371-383. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2017-0013>
- *Nordin, A. (2017). *Expressions of shared interpretations - Intangible outcomes of continuous quality improvement efforts in health- and elderly care.* (Publikationsnr. 84) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Nordin, A., Anderson Gäre, B., & Andersson, A. -C. (2017). Emergent program theories of a national quality register - A longitudinal study in Swedish elderly care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1329-1335. <https://doi.org/10.1111/jep.12782>
- Nordström E., Josephson I., Hedberg B., & Kjellström S. (2016) Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1, 37–57.
- *Norman, A. -C., Elg, M., Nordin, A., Andersson Gäre, B., & Algurén, B. (2020). The role of professional logics in quality register use: a realist evaluation. *BMC Health Services Research*, 20, 107. <http://doi.org/10.1186/s12913-020-4944-x>
- *Norman, A. -C. (2015). *Towards the Creation of Learning Improvement Practices: Studies of pedagogical conditions when change is negotiated in contemporary healthcare practices.* (Publikationsnr. 221) [Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet].
- *Norman, A. -C., Fritzen, L., & Andersson Gäre, B. (2015). Pedagogical approaches in quality improvement coaching in healthcare: a Swedish case study of how improvement coaches approach learning in a contemporary healthcare system. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, 2015, (3), 30178. <http://dx.doi.org/10.3402/nstep.v1.30178>
- *Norman, A. -C., Fritzen, L., & Lindblad Fridh, M. (2013). One Lens Missing? Clarifying the Clinical Microsystem Framework With Learning Theories. *Quality Management in Health Care*, 22(2), 126–136. <http://doi.org/10.1097/QMH.0b013e31828c22e2>

- *Norman, A. -C., & Fritzen, L. (2012). "Money talks" En kritisk diskursanalys av samtal om förbättringar i hälso- och sjukvård. *Utbildning & Demokrati*, 21(2), 103–124.
- *Norman, A. -C. (2011). Har God vård genomslag på ett universitetssjukhus? I G. Crona (Red.), *Perspektiv på förnyelse och ledarskap inom hälso- och sjukvård*. Linnaeus University Press.
- *Nygren, M., Roback, K., Öhrn, A., Rutberg, H., Rahmqvist, M., & Nilsen, P. (2013). Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Services Research*, 13:52. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-52>
- *Nygårdh, A. (2017). Kvalitetsutveckling inom äldres vård och omsorg. I K. Blomqvist, A. -K. Edberg, M. Ernst-Bravell & H. Wijk (Red.). *Omvårdnad och äldre* (s. 599–621). Studentlitteratur.
- *Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. (2014). The complexity in the implementation process of empowerment-based chronic kidney care: a case study. *BMC Nursing*, 13:22. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/22>
- *Nygårdh, A. (2013). *A quality improvement project on empowerment in chronic kidney care - an interactive research approach*. (Publikationsnr. 44) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. (2012). Empowerment intervention in outpatient care of persons with chronic kidney disease predialysis. *Nephrology nursing journal*, 39(4), 285–293.
- *Nyström, M. E., Karlton, J., Keller, C., & Andersson Gäre, B. (2018). Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. *Health Research Policy and Systems*, 16, 46. <http://doi.org/10.1186/s12961-018-0322-0>
- *Nyström, M. E., Höög, E., Garvare, R., Andersson Bäck, M., Terris, D. D., & Hansson, J. (2018). Exploring the potential of a multi-level approach to improve capability for continuous organizational improvement and learning in a Swedish healthcare region. *BMC Health Services Research*, 18, 376. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3129-3>
- *Nyström, M. E., Garvare, R., Westerlund, A., & Weinehall, L. (2014). Concurrent implementation of quality improvement programs. *International journal of health care quality assurance*, 27(3), 190-208.
- *Nyström, M. E., Strehlenert, H., Hansson, J., & Hasson, H. (2014). Strategies to facilitate implementation and sustainability of large system transformations: a case study of a national program for improving quality of care for elderly people. *BMC Health Services Research*, 14, 401. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/401>
- *Nyström, M. E., Höög, E., Garvare, R., Weinehall, L., & Ivarsson, A. (2013). Change and learning strategies in large scale change programs: Describing the variation of strategies used in a health promotion program. *Journal of Organizational Change Management*, 26(6), 1020-1044. <http://doi.org/10.1108/JOCM-08-2012-0132>
- *Nyström, M. E., Westerlund, A., Höög, E., Millde-Luthander, C., Högberg, U., & Grunewald, C. (2012). Health care system intervention for prevention of birth injuries: process evaluation of self-assessment, peer review, feedback and agreement for change. *BMC Health Services Research*, 12, 274. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-274>
- *Nyström, M. (2009). Characteristics of Health Care Organizations Associated With Learning and Development: Lessons From a Pilot Study. *Quality Management in Health Care*, 18(4), 285–294.

- Nyström, M. E. (2009). *Chefsuppdragets komplexitet i politiskt styrda organisationer*. Rapport Karolinska Institutet, Medical Management Centre och Sveriges kommuner och Regioner (SKL).
- Oborn, E., Barrett, M., Prince, K., & Racko, G. (2013). Balancing exploration and exploitation in transferring research into practice: a comparison of five knowledge translation entity archetypes. *Implementation Science*, 8, 104. <http://www.implementationscience.com/content/8/1/104>
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety*, 25, 986–992. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
- *Olsson, J., Elg, M., & Lindblad, S. (2007). System characteristics of healthcare organizations conducting successful improvements. *Journal of Health Organization and Management*, 21(3), 283-296. <http://doi.org/10.1108/14777260710751744>
- *Olsson, J. (2005). *Factors for successful improvement of Swedish healthcare*. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet].
- *Olsson, J., Kammerlind, P., Thor, J., & Elg, M. (2003). Surveying Improvement Activities in Health Care on a National level - The Swedish Internal Collaborative Strategy and Its Challenges. *Quality Management in Health Care*, 12(4), 202-216.
- *Olsson, J., Øvretveit, J., & Kammerlind, P. (2003). Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Quality Management in Health Care*, 12(4), 240-249.
- Palakshappa, D., Miller, D. P., & Rosenthal, G. E. (2020). Advancing the Learning Health System by Incorporating Social Determinants. *The American Journal of Managed Care*, 26(1), e4-e6. ajmc.com/link/4437
- Palmberg Broryd, K. (2021). *Komplexitet. Enklare navigerat, bättre hanterat: så driver du utveckling i komplexa system*. Volante
- Palmberg Broryd, K. (2020). *Att driva omställningen till Nära vård. Handbok om att hantera komplexa system*. Sveriges Kommuner och Regioner. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-898-2.pdf?issuysl=ignore>
- Palmberg, K. (2009). *Complex adaptive systems. Properties and approaches*. (Forskningsrapport). Luleå Tekniska universitet, avdelningen för kvalitetsteknik.
- Patientkontrakt. (januari 2018). *Slutrapport. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner*. Dnr: S2017/02482/FS. <https://tinyurl.com/mm4xm6u6>
- Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Perla, R. J., Provost, L. P., & Parry, G. J. (2013). Seven Propositions of the Science of Improvement: Exploring Foundations. *Quality Management in Health Care*, 22(3), 170-186.
- Persson, S., Andersson, A. -C., Kvarnefors, A., Thor, J., & Andersson Gäre, B. (2021). Quality as strategy – a system approach towards co-production in the Jönköping Region, Sweden. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(S2), ii15–ii22.
- Pestoff, V., Osborne, S. O., & Brandsen, T. (2006). Patterns of co-production in public services. *Public Management Review*, 8, 4, 591–595. <https://doi.org/10.1080/14719030601022999>

- *Peterson, A., Hedberg, B., & Fredholm Ståhl, Y. (2019). The Educational Impact of Implementing National Quality Registries in Sweden - A National Collaboration Project. *Quality Management in Health Care*, 28(4), 222-228. <http://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000229>
- *Peterson, A. (2015). *Learning and understanding for quality improvement under different conditions. An analysis of quality registry-based collaboratives in acute and chronic care.* (Publikationsnr. 65) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Peterson, A., Gudbjörnsdottir, S., Löfgren, U. -B., Schiöler, L., Bojestig, M., Thor, J., & Andersson Gäre, B. (2015). Collaboratively Improving Diabetes Care in Sweden Using a National Quality Register: Successes and Challenges—A Case Study. *Quality Management in Health Care*, 24(4), 212-221. <http://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000068>
- *Peterson, A., Hanberger, L., Åkesson, K., Bojestig, M., Andersson Gäre, B., & Samuelsson, U. (2014). Improved Results in Paediatric Diabetes Care Using a Quality Registry in an Improvement Collaborative: A Case Study in Sweden. *PLOS ONE*, 9(5), e97875. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0097875>
- *Peterson, A., Carlhed, R., Lindahl, B., Lindström, G., Åberg, C., Andersson Gäre, B., & Bojestig, M. (2007). Improving Guideline Adherence Through Intensive Quality Improvement and the Use of a National Quality Register in Sweden for Acute Myocardial Infarction. *Quality Management in Health Care*, 16(1), 25-37.
- *Petersson, C. (2017). *Using health-related quality of life instruments for children with long-term conditions. On the basis of a national quality registry system.* (Publikationsnr. 77) [Doktorsavhandling, Jönköping University].
- *Petersson, C., Huus, K., Åkesson, K., Enskär, K., & Golsäter, M. (2017). To promote child involvement – Healthcare professionals’ use of health-related quality of life assessment tool during paediatric encounters. *European Journal for Person Centred healthcare*, 5(1), 26-34.
- *Petersson, C., Huus, K., Enskär, K., Hanberger, L., Samuelsson, U., & Åkesson, K. (2016). Impact of Type 1 Diabetes on Health-Related Quality of Life Among 8–18-Year-Old Children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(4), 245-255. <http://doi.org/10.1080/24694193.2016.1196265>
- *Petersson, C., Huus, K., Åkesson, K., & Enskär, K. (2016). Children’s experience about a structured assessment of health-related quality of life during a patient encounter. *Child: health care and development*, 42(3), 424-432. <http://doi.org/10.1111/cch.12324>
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625-628.
- *Poksinska, B. B., Fialkowska-Filipek, M., & Engström, J. (2017). Does Lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. *BMJ Quality & Safety*, 26, (2), 95-103. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004290>
- *Prodinger, B., & Taylor, P. (2018). Improving quality of care through patientreported outcome measures (PROMs): expert interviews using the NHS PROMs Programme and the Swedish quality registers for knee and hip arthroplasty as examples. *BMC Health Services Research*, 18, 87. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-2898-z>
- *Pukk Härenstam, K., von Plessen, C., & Andersson Gäre, B. (2019). Integrering, säkerhet och kvalitet – en självklarhet eller? I S. Ödegård (Red.), *Säker vård - nya perspektiv på patientsäkerhet* (s. 235–257). Liber.
- *Pukk, K., Lundberg, J., Gaffney, A., Penalzoza-Pesantes, R. V., & Olsson, J. (2003). Do Health Care Managers Know the Comparative Quality of Their Care *Quality Management in Health Care*, 12(4), 232-239.

- *Ramfelt, K., Petersson, C., & Åkesson, K. (2020). Experiences From a Coaching Program for Parents of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes Developed Through Experienced-Based Co-Design (EBCD). *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1181-1188. <http://doi.org/10.1177/2374373520969005>
- Rathore, R., & Srivastava, A. K. (2020). A Decade of Lean Six Sigma (LSS) in Healthcare: Past Review, Current State and Future Perspective. *International Journal of Engineering Research & Technology*, 9(06), 1310-1319. <http://doi.org/10.17577/IJERTV9IS060387>
- Realpe, A., & Wallace, L. M. (2010). *What is co-production?* The Health Foundation. http://www.qi.ehft.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/what_is_co-production.pdf
- *Rejler, M. (2014). Nätverk förbättrar vården för patienter med kroniska sjukdomar. *SNS ANALYS*, 23. <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:781567/FULLTEXT01.pdf>
- *Rejler, M., Tholstrup, J., Elg, M., Spångéus, A., & Andersson Gäre, B. (2012). Framework for assessing quality of care for inflammatory bowel disease in Sweden. *World Journal of Gastroenterology*, 18(10), 1085-1092. <http://doi.org/10.3748/wjg.v18.i10.1085>
- *Rejler, M. (2012). *Quality Improvement in the care of patients with Inflammatory Bowel Disease. A study with special reference to patients' experiences, clinical redesign and performance measurements in a populations-based setting.* (Publikationsnr. 1324) [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet].
- *Rejler, M., Spångéus, A., Tholstrup, J., & Andersson Gäre, B. (2007). Improved Population-based Care: Implementing Patient- and Demand-directed Care for Inflammatory Bowel Disease and Evaluating the Redesign With a Population-based Registry. *Quality Management in Health Care*, 16(1), 38-50.
- *Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. (2020). How Can Safer Care Be Achieved? Patient Safety Officers' Perceptions of Factors Influencing Patient Safety in Sweden. *Journal of Patient Safety*, 16(2), 155–161. <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000262>
- *Ridelberg, M. (2016). *Towards safer care in Sweden? Studies of influences on patient safety.* (Publikationsnr. 1503) [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet].
- *Ridelberg, M., Roback, K., Nilsen, P., & Carljford, S. (2016). Patient safety work in Sweden: quantitative and qualitative analysis of annual patient safety reports. *BMC Health Services Research*, 16, 98. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1350-5>
- *Ridelberg, M., & Nilsen, P. (2015). Using surveillance data to reduce healthcare-associated infection: a qualitative study in Sweden. *Journal of Infection Prevention*, 16 (5), 208-214. <http://doi.org/10.1177/1757177415588380>
- *Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. (2014). Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nursing*, 13(23). <http://doi.org/10.1186/1472-6955-13-23>
- *Riggare, S. (2018). E-patients hold key to the future of healthcare (Essay). *BMJ*, 360:k846. <http://doi.org/10.1136/bmj.k846>
- *Robert, G. B., & Macdonald, A. (2017). Co-design, organisational creativity and quality improvement in the healthcare sector: 'designerly' or 'design-like'? In D. Sangiorgi, & A. Prendiville (Red.), *Designing for Service. Key Issues and New Directions* (1 uppl., s. 117–130). Bloomsbury Academic.
- *Robert, G., Andersson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson Gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A. -M., Vincent, C. A., & Fulop, N. J. for QUASER team. (2011). A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*, 11(285). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/285>

- *Roos af Hjelmsäter, E., Ros, A., Andersson Gäre, B., & Westrin, Å. (2019). Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ Open* 9, e032290. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032290>
- *Ros, A., Österström, A., Henriks, G., & Andersson Gäre, B. (2020). Improvement work in mental healthcare: an example from Region Jönköping County, Sweden. *BJPsych International*, 17(4), 80–82. <http://doi.org/10.1192/bji.2020.37>
- *Rosén, M. (2010). *Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015*. Sveriges Kommuner och Regioner. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/guldgruvanihalsoochsjukvarde/nforslagtillgemensamsatsning20112015.30575.html>
- *Rydenfält, C., Larsson, P. A., & Odenrick, P. (2017). An action-oriented method for interprofessional organization development at a hospital operating unit. *Action Research*, 15(2), 177–197. <http://doi.org/10.1177/1476750316631806>
- *Rydenfält, C., Odenrick, P., & Larsson, P. A. (2017). Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? *Journal of Health Organization and Management*, 31(3), 347–362. <http://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0233>
- *Rydenfält, C. (2014). *Teamwork in the operating room. The role of organizational design and implications for patient safety*. (Publikationsnr. 50) [Doktorsavhandling, Lunds universitet].
- *Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K., & Larsson, P. A. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25, 182–187.
- *Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23(3), 290–297.
- Sandberg, J., & Targama, A. (2013). *Ledning och förståelse: en förståelsebaserad syn på utveckling av människor och organisationer*. Studentlitteratur.
- *Santos, M. & Eriksson, H. (2014). Quality Registers Supporting Improvements: A Systematic Review of the Data Visualization in 5 Quality Registries. *Quality Management in Health Care*, 23(2), 119–128.
- *Savage, M., Savage, C., Brommels, M., & Mazzocato, P. (2020). Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ Open*, 10, e035542. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035542>
- *Savage, C., Parke, L., von Knorring, M., & Mazzocato, P. (2016). Does lean muddy the quality improvement waters? A qualitative study of how a hospital management team understands lean in the context of quality improvement. *BMC Health Services Research*, 16, 588. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1838-z>
- *Schildmeijer, K., Skagerström, J., Ericsson, C., & Nilsen, P. (2018). Så ville patienter förbättra vårdmötet för att få säkrare vård. *Läkartidningen*, 115, EXIL. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/IL/%5bEXIL%5d/EXIL.pdf>
- Scott Duncan, T. (2020). *Paving the way – the second generation of e-patients, their experiences, actions and driving forces*. [Licentiat-uppsats, Karolinska Institutet].
- Sheingold, B. H., & Hahn, J. A. (2014). The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 1, 18–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2014.05.002>

- Shojania, K. G., & Grimshaw, J. M. (2004). Still No Magic Bullets: Pursuing More Rigorous Research in Quality Improvement. *The American Journal of Medicine*, 116, 778–780. <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.003>
- Shojania, K. G., & Grimshaw, J. M. (2005). Evidence-Based Quality Improvement: The State of The Science. *Health Affairs*, 24(1), 138–150. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.24.1.138>
- *Skyvell-Nilsson, M., Törner, M., & Pousette, A. (2018). Professional culture, information security and healthcare quality—an interview study of physicians’ and nurses’ perspectives on value conflicts in the use of electronic medical records. *Safety in Health*, 4(11). <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0078-9>
- *Smith, F., Alexandersson, P., Bergman, B., Vaughn, L., & Hellström, A. (2019). Fourteen years of quality improvement education in healthcare: a utilisation-focused evaluation using concept mapping. *BMJ Open Quality*, 8, e000795. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000795>
- Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., & McGinnis, J. M. (Eds.). (2013). *Best Care at Lower Cost. The Path to Continuously Learning Health Care in America*. The National Academies Press.
- *Snyder, H., Witell, L., Elg, M., & McColl-Kennedy, J. (2019). The influence of place on health-care customer creativity. *European Journal of Marketing*, 53(7), 1400-1422. <http://doi.org/10.1108/EJM-10-2017-0723>
- *Snyder, H. (2016). *Health Care Customer Creativity*. (Publikationsnr. 1751) [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet].
- Socialstyrelsen. (2015). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. (Artikelnummer 2014-6-18). www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-3
- Socialstyrelsen. (2013). *Att ge ordet och lämna plats, Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. (Artikelnummer 2013-5-5). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. www.socialstyrelsen.se
- Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- *Sparring, V., Granström, E., Andreen Sachs, M., Brommels, M., & Nyström, M. E. (2018). One size fits none – a qualitative study investigating nine national quality registries’ conditions for use in quality improvement, research and interaction with patients. *BMC Health Services Research*, 18, 802. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3621-9>
- *Staines, A., Thor, J., & Robert, G. (2015). Sustaining Improvement? The 20-Year Jönköping Quality Improvement Program Revisited. *Quality Management in Health Care*, 24(1), 21–37. <http://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000048>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU. (15 oktober 2020). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>
- *Stevens, P. D., & Andersson Gäre, B. (2007). A proposal: publication guidelines for healthcare improvement education reports. *Quality & Safety in Health Care*, 16(6), 402-403. <http://doi.org/10.1136/qshc.2007.025189>
- *Strandberg, E. L., Ovhed, I., Håkansson, A., & Troein, M. (2006). The meaning of quality work from the general practitioner's perspective: an interview study. *BMC Family Practice*, 7, 60. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-7-60>

- Suutari, A. -M., Thor, J., Nordin, A. M. M. Kjellström, S., & Areskoug-Josefsson, K. (2021). Improving Health for People Living With Heart Failure: Focus Group Study of Preconditions for Co-Production of Health and Care. *Journal of Participatory Medicine*, 13(2), e27125. <https://jopm.jmir.org/2021/2/e27125>
- *Suutari, A. -M., Areskoug Josefsson, K., Kjellström, S., Nordin, A. M. M., & Thor, J. (2019). Promoting a sense of security in everyday life—A case study of patients and professionals moving towards co-production in an atrial fibrillation “learning café”. *Health Expectations*, 22(6), 1240–1250. <http://doi.org/10.1111/hex.12955>
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2020). *Att stärka samverkan med hjälp av SIP. Förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete*. <https://tinyurl.com/x2yjdztc>
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2015). *När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia En idébok om brukar och patientmedverkan som inslag i kommuners, landstings och regioners styrning*. Sektionen för demokrati och styrning. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-267-6.pdf?issuusl=ignore>
- *Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. (2017). *Teamarbete & Förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård* (2 uppl.). <https://tinyurl.com/22e84hab>
- Synnerman, J. E. (2014). Kvalitetsregistrens historia. I G. Jacobsson Ekman, B. Lindahl & A. Nordin (Red.). (2014). *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Karolinska University Press.
- Sörqvist, L. (2004). *Ständiga förbättringar: en bok om resultatorienterat förbättringsarbete, verksamhetsutveckling och Sex Sigma*. Studentlitteratur.
- The Health Foundation (2011). *Research Scan, Report: Improvement science*. www.health.org.uk
- *Thor, J. (2019). Kvalitet och förbättringsarbete i hemsjukvård. I M. Ekstedt & M. Flink (Red.), *Hemsjukvård: olika perspektiv på trygg och säker vård* (s. 282–293). Liber.
- *Thor, J. (2017). Förbättringsarbete och förändringsprocessen. I A. -M. Boström, G. Nordström & B. Wilde Larsson (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård* (2 uppl., s. 107–126). Studentlitteratur.
- *Thor, J., Peterson, A., & Lindahl, B. (2016). The role of quality registries in health care improvement. I G. Jacobsson Ekman, B. Lindahl & A. Nordin (Red.), *National quality registries in Swedish health care* (s. 53-67). Karolinska University Press.
- *Thor, J. (2015). Kvalitetsregistrens roll i förbättringsarbete. I G. Jacobsson-Ekman, B. Lindahl & A. Nordin (Red.), *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården* (s. 50–63). Karolinska University Press.
- *Thor, J. (2012). Förbättringsarbete och förändringsprocessen. I G. Nordström & B. Wilde Larsson (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård* (s. 89–109). Studentlitteratur.
- *Thor, J., Lundgren, C., Batalden, P., Andersson Gäre, B., Henriks, G., Sjødahl, R., & Gabrielsson-Järhult, F. (2012). Collaborative improvement of cancer care in southeastern Sweden – striving for better patient and population health, better care, and better professional development. I P. Batalden & T. Foster (Red.), *Sustainably improving health care: creatively linking care outcomes, system performance and professional development* (s. 153-168). Radcliffe Publishing.
- *Thor, J. (2007). *Getting going on getting better: how is systematic quality improvement established in a healthcare organization? Implications for change management theory and practice*. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet].
- *Thor, J., Lundberg, J., Ask, J., Olsson, J., Carli, C., Pukk Härenstam, K., & Brommels, M. (2007). Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic

- review. *Quality & Safety in Health Care*, 16, 387–399.
<http://doi.org/10.1136/qshc.2006.022194>
- *Thor, J., Herrlin, B., Wittlöv, K., Skår, J., Brommels, M., & Svensson, O. (2004). Getting Going Together: Can Clinical Teams and Managers Collaborate to Identify Problems and Initiate Improvement? *Quality Management in Health Care*, 13(2), 130–142.
- *Thor, J., Wittlöv, K., Herrlin, B., Brommels, M., Svensson, O., Skår, J., & Øvretveit, J. (2004). Learning Helpers: How They Facilitated Improvement and Improved Facilitation Lessons From a Hospital-wide Quality Improvement Initiative. *Quality Management in Health Care*, 13(1), 60–74.
- *Thor, J. (2002). Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. *Läkartidningen*, 34(99), 3312–3314.
- *Thörne, K. (2018). *Läkare, lärande och interaktion i hälso-och sjukvårdspraktiker*. (Publikationsnr. 1615) [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet].
- *Thörne, K., Andersson Gäre, B., Hult, H., & Abrandt-Dahlgren, M. (2017). Co-Producing Interprofessional Round Work: Designing Spaces for Patient Partnership. *Quality Management in Health Care*, 26(2), 70–82.
<http://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000133>
- *Thörne, K., Hult, H., Andersson Gäre, B., & Dahlgren, M. (2014). The Dynamics of Physicians' Learning and Support of Others' Learning. *Professions and Professionalism*, 4(1).
<http://doi.org/10.7577/pp.605>
- Turakhia, P., & Combs, B. (2017). Using Principles of Co-Production to Improve Patient Care and Enhance Value. *AMA Journal of Ethics*, 19(11), 1125–1131.
- *Ulhassan, W., von Thiele Schwarz, U., Westerlund, H., Sandahl, C., & Thor, J. (2015). How Visual Management for Continuous Improvement Might Guide and Affect Hospital Staff: A Case Study. *Quality Management in Health Care*, 24(4), 222–228.
<http://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000073>
- *Unné, A., & Rosengren, K. (2013). Staff Experience of Pain Management: An Improvement in Palliative Care. *Pharmacy*, 1, 119–136. <http://doi.org/10.3390/pharmacy1020119>
- *Vackerberg, N., Sund Levander, M., & Thor, J. (2016). What is best for Esther? Building improvement coaching capacity with and for users in health and social care – A case study. *Quality Management of Health Care*, 25(1), 53–60.
- *Vackerberg, N., Norman, A. -C., & Thor, J. (2015). Utveckling och förbättringsarbete är ömsesidigt beroende och berikande. I G. Biguet, I. Lindquist, C. Martin & A. Pettersson (Red.), *Att lära och utvecklas i sin profession* (s. 169–185). Studentlitteratur.
- Van den Heuvel, J., Does, R. J. M. M., & Bisgaars, S. (2005). Dutch Hospital Implements Six Sigma. *Six Sigma Forum Magazine*, February, 11–14.
- *von Plessen, C., & Andersson Gäre, B. Säkrare vård - från teori till praktik i det kliniska mikrosystemet. I A. -M. Boström, G. Nordström & B. Wilde Larsson (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård* (2 uppl., s. 57–77). Studentlitteratur.
- *von Plessen, C., & Andersson Gäre, B. Säkrare vård - från teori till praktik i det kliniska mikrosystemet. I G. Nordström & B. Wilde Larsson (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård* (s. 49–68). Studentlitteratur.
- *von Thiele Schwarz, U. (2016). Co-care: Producing better health outcome through interactions between patients, care providers and information and communication technology. *Health Service Management Research*, 29(1-2), 10–15. <http://doi.org/10.1177/0951484816637746>
- *von Thiele Schwarz, U., Augustsson, H., Hasson, H., & Stenfors-Hayes, T. (2015). Promoting Employee Health by Integrating Health Protection, Health Promotion, and Continuous

- Improvement. A Longitudinal Quasi-Experimental Intervention Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(2), 217-225.
<http://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000344>
- *Vårdanalys. (2016). *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag*. PM 2016:3. <https://www.vardanalys.se/rapporter/chefers-syn-pa-forbattningsarbete-i-halso-och-sjukvarden/>
- Walshe, K., & Freeman, T. (2002). Effectiveness of quality improvement: learning from Evaluations. *Quality & Safety in Health Care*, 11, 85-87.
- Walshe, K. (2007). Understanding what works--and why--in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 57-59.
<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm004>
- Walshe, K. (2009). Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), 153-159. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzp012>
- *Westerlund, A. (2018). *The role of implementation science in healthcare improvement efforts: investigating three complex interventions*. (Publikationsnr. 1959) [Doktorsavhandling, Umeå Universitet].
- *Westerlund, A., Garvare, R., Höög, E., & Nyström, M. E. (2015). Facilitating system-wide organisational change in healthcare – The role of a change facilitating function. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 7(1), 72–89.
<http://doi.org/10.1108/IJQSS-01-2015-0004>
- *Wiig, S., Aase, K., von Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A. -M., Anderson Gare, B., Calltorp, J., Fulop, N., & the QUASER-team. (2014). Talking about quality: exploring how ‘quality’ is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Services Research*, 14(478). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/478>
- *Wilde Larsson, B., & Larsson, G. (2009). Patients’ views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(6), 600-611. <http://doi.org/10.1108/09526860910986867>
- *Williamsson, A., Dellve, L., & Karlton, A. (2019). Nurses’ use of visual management in hospitals – a longitudinal, quantitative study on implications on systems performance and working conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 760–771.
<http://doi.org/10.1111/jan.13855>
- *Williamsson, A. (2018). *Change agents and use of visual management tools in care process redesign. Implications on working conditions for operative managers and healthcare professionals*. (Publikationsnr. 53) [Doktorsavhandling, Kungliga Tekniska Högskolan].
- *Williamsson, A., Eriksson, A., & Dellve, L. (2016). Organization of change agents during care process redesign in Swedish health care. *Journal of Hospital Administration*, 5(3), 20-32.
<http://doi.org/10.5430/jha.v5n3p20>
- *Wrigstad, J. (2018). *The inside of a paradigm. An expedition through an incident reporting system*. (Publikationsnr. 11) [Doktorsavhandling, Lunds universitet].
- *Wrigstad, J., Bergström, J., & Gustafson, P. (2014). Mind the gap between recommendation and implementation—principles and lessons in the aftermath of incident investigations: a semi-quantitative and qualitative study of factors leading to the successful implementation of recommendations. *BMJ Open*, 4, e005326. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005326>
- Vårdanalys. (2018). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. (Rapport 2018:8).
- Vårdanalys. (2017). *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*. (Rapport 2017:4).

- *Öhrn, A. (2012). *Measures of Patient Safety - Studies of Swedish Reporting Systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture*. (Publiceringsnr. 1267) [Doktorsavhandling, Linköpings Universitet].
- *Öhrn, A., Elfström, J., Tropp, H. & Rutberg, H. (2011). Patient Safety Dialogue: Evaluation of an intervention aimed at achieving an improved patient safety culture. *Journal of Patient Safety*, 7(4), 185-192.
- *Øvretveit, J., Dolan-Branton, L., Marx, M., Reid, A., Reed, J., & Agins, B. (2018). Adapting improvements to context: when, why and how? *International Journal for Quality in Health Care*, 30(S1), 20-23. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzy013>
- *Øvretveit, J., Nelson, E., & James, B. (2016). Building a learning health system using clinical registers: a non-technical introduction. *Journal of Health Organization and Management*, 30(7), 1105-1118. <http://doi.org/10.1108/JHOM-06-2016-0110>
- *Øvretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Quality & Safety*, 20(Suppl 1), i18ei23. <http://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955>
- *Øvretveit, J. (2010). Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 490e492. <http://doi.org/10.1136/qshc.2010.041772>
- *Øvretveit, J., & Staines, A. (2007). Sustained Improvement? Findings From an Independent Case Study of the Jönköping Quality Program. *Quality Management in Health Care*, 16(1), 68-83.
- *Øvretveit, J. (2004). A Framework for Quality Improvement Translation: Understanding the Conditionality of Interventions. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(Global Supplement), 15-24. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(04\)30105-X](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(04)30105-X)
- Øvretveit, J. (2003). *Making temporary quality improvement continuous: A review of research relevant to the sustainability of quality improvement in health care*. Karolinska Institutet, MMC.
- Øvretveit, J. (2002). Producing useful research about quality improvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(7), 294-302. <http://doi.org/10.1108/09526860210448465>
- *Øvretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., McLeod, H., Molfenter, T., Plsek, P., Robert, G., Shortell, S., & Wilson, T. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Quality & Safety in Health Care*, 11(4), 345-351.

Webbresurser

- Advanced Training Program Sverige och Norden. (u.å.). <https://www.atpnordics.se/>
- Genombrott.nu. (u.å.). *Sveriges kommuner och Regioner*. <https://www.genombrott.nu/>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2021). <http://www.ihl.org/>
- Institute of Medicine (IoM). *6 dimensioner för kvalitet*.
<https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
- Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare. (u.å.). Jönköping University.
<https://ju.se/center/ja.html>
- Kjellström, S. (12 januari 2018). Antagande om ledarskap påverkar lärande. *Collearn – collaborate & learn*. <https://collearnblog.wordpress.com/2018/01/12/antagande-om-ledarskap-paverkar-larande/>
- Nationella plattformen för förbättringskunskap. (u.å.). <https://www.forbatttringskunskap.se/>
- Nationella kvalitetsregister. (u.å.). Sveriges Kommuner och Regioner.
<https://skr.se/kvalitetsregister.32864.html>
- Region Jönköpings län. (4 november 2020). *Qulturum*. <https://plus.rjl.se/qulturum>
- Region Kalmar län. (27 februari 2019). *Ständigt förbättringsarbete*.
<https://www.regionkalmar.se/detta-gor-region-kalmar-lan/fakta-om-region-kalmar-lan/forbatttringsarbete/>
- Region Skåne. (3 februari 2020). Kvalitetsutveckling. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/kvalitetsutveckling/>
- Region Västerbotten. (15 januari 2019). *Memeologen*.
<https://www.regionvasterbotten.se/organisation-och-verksamheter/staber/ledningsstab/memeologen>
- Ringla.nu. (u.å.). *Du förbättrar – Vi berättar!* <http://www.ringla.nu/>
- Socialstyrelsen. (11 maj 2021). *Öppna jämförelser*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/>
- Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens termbank*. <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
- Spetspatienterna. (u.å.). <https://www.spetspatienterna.se/>
- Sveriges kommuner och regioner [SKR]. (2021). <https://skr.se/skr.25.html>
- Sörqvist, L. (20 augusti 2019). Utan förståelse för skillnaden mellan förbättring och förändring är verksamhetsutvecklingsarbetet dömt att misslyckas! *Reflektioner om kundorienterad verksamhetsutveckling och förbättringsarbetet*. <https://tinyurl.com/4atynmu3>
- The Health Foundation. (2021). <https://health.org.uk/>
- The Health Foundation. (2011). *Improvement science*.
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/ImprovementScience.pdf>
- The Health Foundation. (2021). *Webinar: What is improvement science and why does it matter in health care?* <https://www.health.org.uk/webinar-what-improvement-science-and-why-does-it-matter-health-care>
- The SQUIRE guidelines. (2020). <http://squire-statement.org/>
- THIS. Institute. (2021). <https://www.thisinstitute.cam.ac.uk/>

Tabeller

Tabell 1. Böcker, bokkapitel och skrifter efter författare i bokstavsordning.

| År | Författare | Kapiteltitel, (sidor) eller boktitel* |
|------|---|---|
| 2016 | Algurén, B. | Erfarenheter av praktiskt arbete med värdegrund, social dokumentation, ICF och kvalitetsarbete, (s. 89–100). |
| 2019 | Andersson, A. -C., & Nordin, A. | Kvalitetsutveckling inom omvårdnad, s. (279–304). |
| 2018 | Andersson, A. -C. | Kvalitetsarbete inom omvårdnad - förbättringskunskap och ständiga förbättringar, (s. 45–68). |
| 2011 | Andersson Gäre, B. | Förnyelse och ständiga förbättringar - ledarens utmaningar och möjligheter. |
| 2009 | Elg, M., & Andersson Gäre, B. (Red.). | Vägval och dilemman i interaktiv forskning – kurspaper från Bridging the Gaps doktorandkurs Interaktiv forskning. |
| 2007 | Elg, M., Gauthereau, V., & Witell, L. | Att lyckas med förbättringsarbete: förbättra, förändra, förnya. |
| 2019 | Elg, M., Sennehed Petersson, M., & Brofeldt, C. | Leda för kvalitet. Hörnstenar för kvalitetsutveckling i offentlig verksamhet. |
| 2013 | Eriksson, N., Holgers, K. M., & Müllern, T. (Red.). | Att utveckla vården: Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. |
| 2015 | Iveroth, E., & Hallencreutz, J. | Effective Organizational Change: Leading Through Sensemaking. |

| | | |
|------|--|---|
| 2012 | Lifvergren, S. & Bergman, B. | Improving Improvement by Refocusing Learning: Experiences from an – Initially – Unsuccessful Six Sigma Project in Healthcare, (s. 23-40). |
| 2012 | Lifvergren, S., Andin, U., Huzzard, T., & Hellström, A. | The Path to Sustainability in Healthcare – Exploring the Role of Learning Microsystems (s. 169-197). |
| 2011 | Lifvergren, S., Docherty, P., & Shani, A. B. | Toward a Sustainable Healthcare System: Transformation through Participation, (s. 99-125). |
| 2014 | Melke, A. | Förändring, förbättring, lärande. Introduktion och inspiration till förbättringsarbete och genombrottsmetoden. |
| 2020 | Nilsen, P., Thor, J., Bender, M., Leeman, J., Andersson Gäre, B., & Sevdalis, N. | Improvement Science (s. 389–407). |
| 2011 | Norman, A. -C. | Har God vård genomslag på ett universitetssjukhus? |
| 2017 | Nygårdh, A. | Kvalitetsutveckling inom äldres vård och omsorg, (s. 599–621). |
| 2019 | Pukk Härenstam, K., von Plessen, C., & Andersson Gäre, B. | Integrering, säkerhet och kvalitet – en självklarhet eller? (s. 235–257) |
| 2017 | Robert, G., & Macdonald, A. S. | Co-design, organisational creativity and quality improvement in the healthcare sector: 'designerly' or 'design-like'? (s. 117–130). |
| 2017 | Svensk sjuksköterskeförening och svenska läkaresällskapet. | Teamarbete och förbättringskunskap. |
| 2010 | Rosén, M. (SKR) | Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015. |
| 2019 | Thor, J. | Kvalitet och förbättringsarbete i hemsjukvård, (s. 282–293). |
| 2017 | Thor, J. | Förbättringsarbete och förändringsprocessen, (s. 107–126). |

| | | |
|------|--|--|
| 2015 | Thor, J. | Kvalitetsregistrens roll i förbättringsarbete, (s. 50–63). |
| 2012 | Thor, J. | Förbättringsarbete och förändringsprocessen, (s. 89–109). |
| 2016 | Thor, J., Peterson, A., & Lindahl, B. | The role of quality registries in health care improvement, (s. 53-67). |
| 2012 | Thor, J., Lundgren, C., Batalden, P., Andersson Gäre, B., Henriks, G., Sjö Dahl, R., & Gabrielsson-Järhult, F. | Collaborative improvement of cancer care in southeastern Sweden – striving for better patient and population health, better care, and better professional development, (s. 153-168). |
| 2015 | Vackerberg, N., Norman, A. -C., & Thor, J. | Utveckling och förbättringsarbete är ömsesidigt beroende och berikande, (s. 169–185). |
| 2017 | von Plessen, C., & Andersson Gäre, B. | Säkrare vård - från teori till praktik i det kliniska mikrosystemet, (s. 57–77). |
| 2012 | von Plessen, C., & Andersson Gäre, B. | Säkrare vård - från teori till praktik i det kliniska mikrosystemet, (s. 49–68). |
| 2016 | Vårdanalys. | Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag. |

* Fullständig referens återfinns i referenslistan.

Tabell 2. Artiklar efter författare i bokstavsordning.

| Årtal | Författare | Titel |
|-------|---|--|
| 2018 | Algurén, B., Andersson Gäre, B., Thor, J., & Andersson, A. -C. | Quality indicators and their regular use in clinical practice—results from a survey among users of two cardiovascular National Registries in Sweden. |
| 2019 | Algurén, B., Nordin, A., Andersson Gäre, B., & Peterson, A. | In-depth comparison of two quality improvement collaboratives from different healthcare areas based on registry data—possible factors contributing to sustained improvement in outcomes beyond the project time. |
| 2019 | Anderson, J. E., Robert, G., Nunes, F., Bal, R., Burnett, S., Karlton, A., Sanne, J., Aase, K., Wiig, S., Fulop, N.J., & the Quaser Team. | Translating research on quality improvement in five European countries into a reflective guide for hospital leaders: the ‘QUASER Hospital Guide. |
| 2018 | Andersson, A. -C., Melke, A., Andersson Gäre, B., & Golsäter, M. | Identification of Children as Relatives with a Systematic Approach; a Prerequisite in Order to Offer Advice and Support. |
| 2017 | Andersson, A. -C., Golsäter, M., Andersson Gäre, B., & Melke, A. | Learning through networking in Healthcare and Welfare: The use of a Breakthrough Collaborative in the Swedish context. |
| 2017 | Andersson, A. -C. | How to Reach Effective Health Service Delivery. |
| 2017 | Andersson, A. -C., Johansson, R. M., Andersson Gäre, B., Elg, M., & Christiansson, L. | Using Quality Improvement Methods to Implement Guidelines to Decrease the Proportion of Urinary Retention in Orthopaedic Care. |
| 2016 | Andersson, A. -C., Ainalem, I., Berg, A., & Janlöv, A. -C. | Challenges to improve inter-professional care and service collaboration for people living with psychiatric disabilities in ordinary housing. |

| | | |
|------|--|--|
| 2014 | Andersson, A. -C., Idvall, E., Perseius, K. -I., & Elg, M. | Two Different Strategies to Facilitate Involvement in Healthcare Improvements: A Swedish County Council Initiative. |
| 2014 | Andersson, A. -C., Idvall, E., Perseius, K. -I., & Elg, M. | Evaluating a Breakthrough Series Collaborative in a Swedish healthcare context. |
| 2013 | Andersson, A. -C., Idvall, E., Perseius, K. -I., & Elg, M. | Sustainable Outcomes of an Improvement Program: Do Financial Incentives Matter? |
| 2013 | Andersson, A. -C. | Managers' views and experiences of a large-scale county council improvement program: limitations and opportunities. |
| 2013 | Andersson, A. -C., Elg, M., Perseius, K. -I., & Idvall, E. | Evaluating a questionnaire to measure improvement initiatives in Swedish healthcare. |
| 2012 | Andersson, A. -C. & Olheden, A. | Patient Participation in Quality Improvement: Managers' Opinions of Patients as Resources. |
| 2011 | Andersson, A.-C., Elg, M., Idvall, E., & Perseius, K. -I. | Five Types of Practice-Based Improvement Ideas in Health Care Services: An Empirically Defined Typology. |
| 2009 | Andersson Gäre, B. | Improvement education by improving education: a model for integration of teaching, learning and research while practice is improved. |
| 2007 | Andersson Gäre, B., & Neuhauser, D. | The Health Care Quality Journey of Jönköping County Council, Sweden. |
| 2016 | Andersson Hagiwara, M., Andersson Gäre, B., & Elg, M. | Interrupted Time Series Versus Statistical Process Control in Quality Improvement Projects. |

| | | |
|------|--|--|
| 2018 | Areskoug Josefsson, K., Avby, G., Andersson Bäck, M., & Kjellström, S. | Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: a qualitative study. |
| 2017 | Areskoug Josefsson, K. & Andersson, A. -C. | The co-constructive processes in physiotherapy. |
| 2020 | Bergerum, C., Kullén Engström, A., Thor, J., & Wolmesjö, M. | Patient involvement in quality improvement – a ‘tug of war’ or a dialogue in a learning process to improve healthcare? |
| 2019 | Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K., & Wolmesjö, M. | How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work - A realist literature review. |
| 2015 | Bergman, B., Hellström, A., Lifvergren, S., & Gustavsson, S. M. | An Emerging Science of Improvement in Health Care. |
| 2012 | Bergquist, B., Garvare, R., Eriksson, H., Hallencreutz, J., Langstrand, J., Vanhatalo, E., & Zobel, T. | Alive and kicking – but will quality management be around tomorrow? A Swedish academia perspective. |
| 2010 | Bertholds, E. | Lean-marknaden passar inte i sjukvården. |
| 1992 | Blomqvist, Å. | Comment on B. A. Weisbrod, "Productivity and Incentives in the Medical Care Sector". |
| 2007 | Bodenheimer, T., Bojestig, M., & Henriks, G. | Making Systemwide Improvements in Health Care: Lessons From Jönköping County, Sweden. |
| 2003 | Book, S., Hellström, A., & Olsson, J. | Perceptions of Improvement Work in Swedish Health Care: Implications for Improvement Practices. |
| 2006 | Brommels, M. | Implementering är den kliniska forskningens största utmaning. Dags för det tredje steget? |

| | | |
|------|--|--|
| 2012 | Brulin, G., & Svensson, L. | Sustainable Change in Large Projects. |
| 2010 | Carlfjord, S., Andersson, A., Nilsen, P., Bendtsen, P., & Lindberg, M. | The importance of organizational climate and implementation strategy at the introduction of a new working tool in primary health care. |
| 2012 | Carlhed, R., Bellman, C., Bojestig, M., Bojö, L., Peterson, A., & Lindahl, B. | Quality Improvement in Coronary Care: Analysis of Sustainability and Impact on Adjacent Clinical Measures After a Swedish Controlled, Multicenter Quality Improvement Collaborative. |
| 2011 | Dahlgaard, J. J., Pettersen, J., & Dahlgaard-Park, S. -M. | Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare organisations. |
| 2020 | Dahlin, S. | Exploring the usefulness of Lexis diagrams for quality improvement. |
| 2019 | Dahlin, S., Eriksson, H., & Raharjo, H. | Process Mining for Quality Improvement: Propositions for Practice and Research. |
| 2019 | Dahlin, S., & Raharjo, H. | Relationship between patient costs and patient pathways. |
| 2019 | Damji, A. N., Henriks, G., & Rejler, M. | What is best for Esther? What Canada can learn from the Swedish health care service. |
| 2015 | Dellve, L., Williamsson, A., Strömngren, M., Holden, R. J., & Eriksson, A. | Lean implementation at different levels in Swedish hospitals: the importance for working conditions and stress. |
| 2011 | Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., & Nyström, M. E. | Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. |

| | | |
|------|--|--|
| 2015 | Edvinsson, J., Rahm, M., Trinks, A., & Höglund, P. | Senior Alert: A Quality Registry to Support a Standardized, Structured, and Systematic Preventive Care Process for Older Adults. |
| 1996 | Ekvall, G. | Organizational Climate for Creativity and Innovation. |
| 2016 | Eldh, A. -C., Wallin, L., Fredriksson, M., Vengberg, S., Winblad, U., Halford, C., & Dahlström, T. | Factors facilitating a national quality registry to aid clinical quality improvement: findings of a national survey. |
| 2015 | Eldh, A. -C., Fredriksson, M., Vengberg, S., Halford, C., Wallin, L., Dahlström, T., & Winblad, U. | Depicting the interplay between organisational tiers in the use of a national quality registry to develop quality of care in Sweden. |
| 2014 | Eldh, A. -C., Fredriksson, M., Halford, C., Wallin, L., Dahlström, T., Vengberg, S., & Winblad, U. | Facilitators and barriers to applying a national quality registry for quality improvement in stroke care. |
| 2012 | Elg, M., Engström, J., Witell, L., & Poksinska, B. | Co-Creation and Learning in Health-Care Service Development. |
| 2011 | Elg, M., Stenberg, J., Kammerlind, P., Tullberg, S., & Olson, J. | Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends. |
| 2011 | Elg, M., Witell, L., Poksinska, B., Engström, J., Dahlgaard, S. M., & Kammerlind, P. | Solicited diaries as a means of involving patients in development of healthcare services. |
| 2009 | Elg, M., & Kollberg, B. | Alternative arguments and directions for studying performance measurement. |
| 2007 | Elg, M., Kollberg, B., Lindmark, J., & Olsson, J. | Goal Orientation and Conflicts: Motors of Change in Development Projects in Health Care Service. |

| | | |
|------|--|--|
| 2014 | Emilsson, L., Lindahl, B., Köster, M., Lambe, M., & Ludvigsson, J. F. | Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. |
| 2013 | Essén, A., & Lindblad, S. | Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. |
| 2017 | Fredriksson, M., Halford, C., Eldh, A. -C., Dahlström, T., Vengberg, S., Wallin, L., & Winblad, U. | Are data from national quality registries used in quality improvement at Swedish hospital clinics? |
| 2014 | Fredriksson, M., Eldh, A. -C., Vengberg, S., Dahlström, T., Halford, C., Wallin, L., & Winblad, U. | Local politico-administrative perspectives on quality improvement based on national registry data in Sweden: a qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research. |
| 2013 | Godfrey, M. M., Andersson Gare, B., Nelson, E. C., Nilsson, M., & Ahlström, G. | Coaching interprofessional health care improvement teams: the coachee, the coach and the leader perspectives. |
| 2008 | Godfrey, M. M., Melin, C. N., Muething, S. E., Batalden, P. B., & Nelson, E. C. | Clinical Microsystems, Part 3. Transformation of Two Hospitals Using Microsystem, Mesosystem, and Macrosystem Strategies. |
| 2018 | Granström, E., Hansson, J., Sparring, V., Brommels, M., & Nyström, M. E. | Enhancing policy implementation to improve healthcare practices: The role and strategies of hybrid national-local support structures. |
| 2020 | Gremyr, A., Andersson Gäre, B., Greenhalgh, T., Malm, U., Thor, J., & Andersson, A. -C. | Using Complexity Assessment to Inform the Development and Deployment of a Digital Dashboard for Schizophrenia Care: Case Study. |
| 2019 | Gremyr, A., Malm, U., Lundin, L., & Andersson, A. -C. | A learning health system for people with severe mental illness: a promise for continuous learning, patient coproduction and more effective care. |

| | | |
|------|---|--|
| 2018 | Gremyr, I., Elg, M., Smith, F., & Gustavsson, S. | Exploring the phase for highest impact on radicality: a cross-sectional study of patient involvement in quality improvement in Swedish healthcare. |
| 2013 | Gremyr, I., & Raharjo, H. | Quality function deployment in healthcare: a literature review and case study. |
| 2012 | Gremyr, I., Gustavsson, S., & Gideberg, A. | The medication process – a design for Six Sigma Project. |
| 2009 | Guldvog, B. | Strengthening quality of care in four Nordic countries. Editorial Review. |
| 2011 | Gunnarsdotter, S., & Lindh, M. | Dåligt uppförande patientsäkerhetsrisk. |
| 2019 | Gustavsson, S., & Andersson, T. | Patient involvement 2.0; Experiencebased co-design supported by action research. |
| 2016 | Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. | Designing quality of care – contributions from parents. Parents' experiences of care processes in paediatric care and their contribution to improvements of the care process in collaboration with healthcare professionals. |
| 2016 | Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. | Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. |
| 2014 | Gustavsson, S. M. K. | Improvements in neonatal care using experience-based co-design. |
| 2011 | Hagiwara, M., Henricson, M., Jonsson, A., & Suserud, B. -O. | Decision-Support Tool in Prehospital Care: A Systematic Review of Randomized Trials. |
| 2013 | Hansell, B., & Lokrantz, L. | Hur kan underläkare förbättra vården? |

| | | |
|------|--|--|
| 2015 | Hellström, A., Lifvergren, S., Gustavsson, S., & Gremyr, I. | Adopting a management innovation in a professional organisation - The case of improvement knowledge in healthcare. |
| 2010 | Hellström, A., Lifvergren, S., & Quist, J. | Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. |
| 2019 | Holmqvist, M., Thor, J., Ros, A., & Johansson, L. | Older persons' experiences regarding evaluation of their medication treatment—An interview study in Sweden. |
| 2012 | Höglund, P. J., Essén, A., Choi, S., Ernestam, S., Kaarme, J., & Neovius, M. | Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård. Vården bör organiseras utifrån vad som ger värde för patienten. |
| 2019 | Höjriis Storkholm, M., Mazzocato, P., & Savage, C. | Make it complicated: a qualitative study utilizing a complexity framework to explain improvement in health care. |
| 2016 | Höög, E., Lysholm, J., Garvare, R., Weinehall, L., & Nyström, M. E. | Quality improvement in large healthcare organizations: Searching for system-wide and coherent monitoring and follow-up strategies. |
| 2013 | Höög, E., Garvare, R., Ivarsson, A., Weinehall, L., & Nyström, M. E. | Challenges in managing a multi-sectoral health promotion program. |
| 2016 | Janlöv, A. -C., Ainalem, I., Andersson, A. -C. & Berg, A. | An Improvement Program as a Way to Intensify Inter-Professional Collaboration in the Community for People with Mental Disabilities: A Follow-Up. |
| 2012 | Johansson, R. -M., Malmvall, B. -E., Andersson Gäre, B., Larsson, B., Erlandsson, I., Sund-Levander, M., Rensfelt, G., Mölstad, S., & Christensson, L. | Guidelines for preventing urinary retention and bladder damage during hospital care. |

| | | |
|------|---|--|
| 2010 | Johansson, R. -M., & Christensson, L. | Urinary retention in older patients in connection with hip fracture surgery. |
| 2019 | Kahm, T., & Ingelsson, P. | Creating a development force in Swedish healthcare. A focus on the first-line managers' perspective when applying Lean. |
| 2017 | Kahm, T., & Ingelsson, P. | LEAN from the first-line managers' perspective – Assuredness about the effects of Lean as a driving force for sustainable change. |
| 2017 | Kaltenbrunner, M., Bengtsson, L., Mathiassen, S. E., & Engström, M. | A questionnaire measuring staff perceptions of Lean adoption in healthcare: development and psychometric testing. |
| 2004 | Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J., & Rutberg, H. | Climate for Improvement and the Effects on Performance in Swedish Healthcare—a Survey in the County Council of Östergötland. |
| 2004 | Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J., & Rutberg, H. | Leadership for Improvements in Swedish Health care. |
| 2016 | Kandelaki, K., Marrone, G., Stålsby Lundborg, C., Schmidt, I., & Björkman, I. | Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. |
| 2020 | Karlton, A., Sanne, J. M., Aase, K., Anderson, J. E., Fernandes, A., Fulop, N. J., Höglund, P. J., & Andersson Gare, B. | Knowledge management infrastructure to support quality improvement: A qualitative study of maternity services in four European hospitals. |
| 2015 | Khatami, A., & Rosengren, K. | An improvement project within urological care. |
| 2020 | Kilander, H., Brynhildsen, J., Alehagen, S., & Thor, J. | Examining the pace of change in contraceptive practices in abortion services – a follow-up case study of a quality improvement collaborative. |

| | | |
|------|---|---|
| 2019 | Kilander, H., Brynhildsen, J., Alehagen, S., Fagerkrantz, A., & Thor, J. | Collaboratively seeking to improve contraceptive counselling at the time of an abortion: a case study of quality improvement efforts in Sweden. |
| 2020 | Kjellström, S., Andersson, A. -C., & Samuelsson, T. | Professionals' experiences of using an improvement programme: applying quality improvement work in preschool contexts. |
| 2019 | Kjellström, S., Areskoug Josefsson, K., Andersson Gäre, B., Andersson, A. -C., Ockander, M., Käll, J., McGrath, J., Donetto, S., & Robert, G. | Exploring, measuring and enhancing the co-production of health and wellbeing at the national, regional and local levels through comparative case studies in Sweden and England: the 'Samskapa' research programme protocol. |
| 2019 | Kjellström, S., & Mitchell, A. | Health and healthcare as the context for participatory action research. |
| 2017 | Kjellström, S., & Andersson, A. -C. | Applying adult development theories to improvement science. |
| 2017 | Kjellström, S., Avby, G., Areskoug Josefsson, K., Andersson Gäre, B., & Andersson Bäck, M. | Work motivation among healthcare professionals. A study of well-functioning primary healthcare centers in Sweden. |
| 2007 | Kollberg, B., Dahlgaard, J. J., & Brehmer, P. | Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. |
| 2006 | Kollberg, B., & Elg, M. | Challenges Experienced in the Development of Performance Measurement Systems in Swedish Health Care. |
| 2007 | Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. | The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. |

| | | |
|------|---|--|
| 2007 | Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. | Quality improvement designs are related to the degree of organisation of quality systems: An empirical study of hospital departments. |
| 2006 | Kunkel, S. T., & Westerling, R. | Different types and aspects of quality systems and their implications A thematic comparison of seven quality systems at a university hospital. |
| 2012 | Kvarnström, S., Andersson Gäre, B., Willumsen, E., & Hedberg, B. | How Service Users Perceive the Concept of Participation, Specifically in Interprofessional Practice. |
| 2012 | Kvarnström, S., Hedberg, B., & Cedersund, E. | The dual faces of service user participation: Implications for empowerment processes in interprofessional practice. |
| 2017 | Lannering, C., Ernsth Bravell, M., & Johansson, L. | Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process. |
| 2017 | Lannering, C., Johansson, L., & Ernsth Bravell, M. | The effect of a structured nutritional care programme in Swedish nursing homes. |
| 2016 | Lannering, C., Ernsth Bravell, M., Midlöv, P., Östgren, C., & Mölsted, S. | Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers – more insight in risk assessment among nursing home residents. |
| 2011 | Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segersten, K., & Plos, K. A. E. | Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. |
| 2013 | Lehnbom, E. C., McLachlan, A. J., & Brien, J. -A. E. | A Qualitative Study of Swedes' Opinions about Shared Electronic Health Records. |
| 2010 | Lifvergren, S., Gremyr, I., Hellström, A., Chakunashvili, A., & Bergman, B. | Lessons from Sweden's first Large-Scale Implementation of Six Sigma in Healthcare. |

| | | |
|------|---|---|
| 2013 | Lindgren, Å., Bååthe, F., & Dellve, L. | Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development. |
| 2020 | Lindh Falk, A., Tingström, P., Hammar, M., & Dahlberg, J. | Interprofessional student teams focus on staff issues while learning about quality improvement. |
| 2009 | Ludvigsson, J. F., & Myrelid, P. | SWIBREG – Nationellt IBD-register i ny tappning. |
| 2013 | Lundberg, A. | Värde istället för pinnar– nästa generations ersättningssystem. |
| 2015 | Maun, A., Wessman, C., Sundvall, P. -D., Thorn, J., & Björkelund, C. | Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership? — An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. |
| 2016 | Mazzocato, P., Stenfors-Hayes, T., von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., & Nyström, M. E. | Kaizen practice in healthcare: a qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement. |
| 2014 | Mazzocato, P., Thor, J., Bäckman, U., Brommels, M., Carlsson, J., Jonsson, F., Hagmar, M., & Savage, C. | Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. |
| 2012 | Mazzocato, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M., & Thor, J. | How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. |
| 2010 | Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. | Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. |
| 2017 | McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. | Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. |

| | | |
|------|---|---|
| 2017 | McColl-Kennedy, J. R., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S. J., & Anderson, L. | The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. |
| 2012 | Müllern, T., & Nordin, A. | Revisiting Empowerment: A Study of Improvement Work in Health Care Teams. |
| 2016 | Nelson, E. C., Dixon-Woods, M., Batalden, P. B., Homa, K., Van Citters, A. D., Morgan, T. S., Eftimovska, E., Fisher, E. S., Øvretveit, J., Wade Harrison, W., Lind, C., & Lindblad, S. | Patient focused registries can improve health, care, and science. |
| 2015 | Nelson, E. C., Eftimovska, E., Lind, C., Hager, A., Wasson, J. H., & Lindblad, S. | Patient reported outcome measures in practice. |
| 2014 | Neubeck, T., Elg, M., & Schneider, T. | Managing the gap between policy and practice through Intermediaries for Quality Improvement. |
| 2014 | Neubeck, T., Elg, M., Schneider, T., & Andersson Gäre, B. | Prospects and Problems of Transferring Quality-Improvement Methods from Health Care to Social Services: Two Case Studies. |
| 2020 | Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. | Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. |
| 2019 | Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I., & Birken, S. | Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses. |
| 2017 | Nilsson, K., Bååthe, F., Erichsen Andersson, A., Wikström, E., & Sandoff, M. | Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study. |

| | | |
|-------|--|--|
| 2014 | Nordenström, J. | Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall. Vården får ny färdriktning – vårdpersonalen spelar nyckelroll. |
| 2009 | Nordgren, L. | Value creation in health care services – developing service productivity. Experiences from Sweden. |
| 2020 | Nordin, A., & Areskoug Josefsson, K. | Effects of a Swedish master’s programme on quality improvement and leadership - A qualitative study on micro, meso and macro levels of the welfare sector. |
| 2019 | Nordin, A. M. M., & Areskoug Josefsson, K. | Behavioural and operational outcomes of a Master’s programme on improvement knowledge and leadership A survey study. |
| 2018a | Nordin, A. M. M., Anderson Gäre, B., & Andersson, A. -C. | Prospective sensemaking of a National Quality Register in health- and elderly care. |
| 2018b | Nordin, A. M. M., Anderson Gäre, B., & Andersson, A. -C. | Sensemaking and cognitive shifts - Learning from dissemination of a National Quality Register in health- and elderly care. |
| 2017 | Nordin, A., Anderson Gäre, B., & Andersson, A. -C. | Emergent program theories of a national quality register - A longitudinal study in Swedish elderly care. |
| 2020 | Norman, A. -C., Elg, M., Nordin, A., Andersson Gäre, B., & Algurén, B. | The role of professional logics in quality register use: a realist evaluation. |
| 2015 | Norman, A. -C., Fritzén, L., & Andersson Gäre, B. | Pedagogical approaches in quality improvement coaching in healthcare: a Swedish case study of how improvement coaches approach learning in a contemporary healthcare system. |
| 2013 | Norman, A. -C., Fritzén, L., & Lindblad Fridh, M. | One Lens Missing? Clarifying the Clinical Microsystem Framework With Learning Theories. |

| | | |
|------|--|--|
| 2012 | Norman, A. -C., & Fritzén, L. | ”Money talks” En kritisk diskursanalys av samtal om förbättringar i hälso- och sjukvård. |
| 2013 | Nygren, M., Roback, K., Öhrn, A., Rutberg, H., Rahmqvist, M., & Nilsen, P. | Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. |
| 2014 | Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. | The complexity in the implementation process of empowerment-based chronic kidney care: a case study. |
| 2012 | Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. | Empowerment intervention in outpatient care of persons with chronic kidney disease predialysis. |
| 2018 | Nyström, M. E., Karlton, J., Keller, C., & Andersson Gäre, B. | Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher’s experiences from 20 projects. |
| 2018 | Nyström, M. E., Höög, E., Garvare, R., Andersson Bäck, M., Terris, D. D., & Hansson, J. | Exploring the potential of a multi-level approach to improve capability for continuous organizational improvement and learning in a Swedish healthcare region. |
| 2014 | Nyström, M. E., Strehlenert, H., Hansson, J., & Hasson, H. | Strategies to facilitate implementation and sustainability of large system transformations: a case study of a national program for improving quality of care for elderly people. |
| 2013 | Nyström, M. E., Höög, E., Garvare, R., Weinehall, L., & Ivarsson, A. | Change and learning strategies in large scale change programs: Describing the variation of strategies used in a health promotion program. |
| 2012 | Nyström, M. E., Westerlund, A., Höög, E., Millde-Luthander, C., Högberg, U., & Grunewald, C. | Health care system intervention for prevention of birth injuries: process evaluation of self-assessment, peer review, feedback and agreement for change. |

| | | |
|------|--|---|
| 2009 | Nyström, M. | Characteristics of Health Care Organizations Associated With Learning and Development: Lessons From a Pilot Study. |
| 2007 | Olsson, J., Elg, M., & Lindblad, S. | System characteristics of healthcare organizations conducting successful improvements. |
| 2003 | Olsson, J., Kammerlind, P., Thor, J., & Elg, M. | Surveying Improvement Activities in Health Care on a National level - The Swedish Internal Collaborative Strategy and Its Challenges. |
| 2003 | Olsson, J., Øvretveit, J., & Kammerlind, P. | Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. |
| 2019 | Peterson, A., Hedberg, B., & Fredholm Ståhl, Y. | The Educational Impact of Implementing National Quality Registries in Sweden - A National Collaboration Project. |
| 2015 | Peterson, A., Gudbjörnsdottir, S., Löfgren, U. -B., Schiöler, L., Bojestig, M., Thor, J., & Andersson Gäre, B. | Collaboratively improving diabetes care in Sweden using a National Quality Register: Successes and challenges-A Case Study. |
| 2014 | Peterson, A., Hanberger, L., Åkesson, K., Bojestig, M., Andersson Gäre, B., & Samuelsson, U. | Improved results in paediatric diabetes care using a quality registry in an improvement collaborative: a case study in Sweden. |
| 2007 | Peterson, A., Carlhed, R., Lindahl, B., Lindström, G., Åberg, C., Andersson Gäre, B., & Bojestig, M. | Improving guideline adherence through intensive quality improvement and the use of a National Quality Register in Sweden for acute myocardial infarction. |
| 2017 | Petersson, C., Huus, K., Åkesson, K., Enskär, K., & Golsäter, M. | To promote child involvement – Healthcare professionals' use of health related quality of life assessment tool during paediatric encounters. |

| | | |
|------|---|---|
| 2016 | Petersson, C., Huus, K., Enskär, K., Hanberger, L., Samulesson, U., & Åkesson, K. | Impact of Type 1 Diabetes on Health-Related Quality of Life Among 8–18-Year-Old Children. |
| 2016 | Petersson, C., Huus, K., Åkesson, K., & Enskär, K. | Children’s experience about a structured assessment of health-related quality of life during a patient encounter. |
| 2017 | Poksinska, B. B., Fialkowska-Filipek, M., & Engström, J. | Does Lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. |
| 2018 | Prodinge, B. & Taylor, P. | Improving quality of care through patient-reported outcome measures (PROMs): expert interviews using the NHS PROMs Programme and the Swedish quality registers for knee and hip arthroplasty as examples. |
| 2003 | Pukk, K., Lundberg, J., Gaffney, A., Penalosa-Pesantes, R.V., & Olsson, J. | Do Health Care Managers Know the Comparative Quality of Their Care? |
| 2020 | Ramfelt, K., Petersson, C., & Åkesson, K. | Experiences From a Coaching Program for Parents of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes Developed Through Experienced-Based Co-Design (EBCD). |
| 2014 | Rejler, M. | Nätverk förbättrar vården för patienter med kroniska sjukdomar. |
| 2012 | Rejler, M., Tholstrup, J., Elg, M., Spångéus, A., & Andersson Gäre, B. | Framework for assessing quality of care for inflammatory bowel disease in Sweden. |
| 2007 | Rejler, M., Spångéus, A., Tholstrup, J., & Andersson Gäre, B. | Improved Population-based Care: Implementing Patient- and Demand-directed Care for Inflammatory Bowel Disease and Evaluating the Redesign With a Population-based Registry. |

| | | |
|------|---|---|
| 2020 | Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. | How Can Safer Care Be Achieved? Patient Safety Officers' Perceptions of Factors Influencing Patient Safety in Sweden. |
| 2016 | Ridelberg, M. Roback, K., Nilsen, P., & Carlford, S. | Patient safety work in Sweden: quantitative and qualitative analysis of annual patient safety reports. |
| 2015 | Ridelberg, M., & Nilsen, P. | Using surveillance data to reduce healthcare-associated infection: a qualitative study in Sweden. |
| 2014 | Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. | Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. |
| 2018 | Riggare, S. | E-patients hold key to the future of healthcare (Essay). |
| 2011 | Robert, G., Andersson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson Gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A. -M., Vincent, C. A. & Fulop, N. J. for QUASER team. | A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. |
| 2019 | Roos af Hjelmsäter, E., Ros, A., Andersson Gäre, B., & Westrin, Å. | Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. |
| 2020 | Ros, A., Österström, A., Henriks, G., & Andersson Gäre, B. | Improvement work in mental healthcare: an example from Region Jönköping County, Sweden. |
| 2017 | Rydenfält, C., Larsson, P. A., & Odenrick, P. | An action-oriented method for interprofessional organization development at a hospital operating unit. |
| 2017 | Rydenfält, C., Odenrick, P., & Larsson, P. A. | Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? |

| | | |
|------|---|---|
| 2013 | Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K., & Larsson, P. A. | Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. |
| 2009 | Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. | Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. |
| 2014 | Santos, M., & Eriksson, H. | Quality Registers Supporting Improvements: A Systematic Review of the Data Visualization in 5 Quality Registries. |
| 2020 | Savage, M., Savage, C., Brommels, M., & Mazzocato, P. | Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. |
| 2016 | Savage, C., Parke, L., von Knorring, M., & Mazzocato, P. | Does lean muddy the quality improvement waters? A qualitative study of how a hospital management team understands lean in the context of quality improvement. |
| 2018 | Schildmeijer, K., Skagerström, J., Ericsson, C., & Nilsen, P. | Så ville patienter förbättra vårdmötet för att få säkrare vård. |
| 2018 | Skyvell-Nilsson, M., Törner, M., & Pousette, A. | Professional culture, information security and healthcare quality—an interview study of physicians' and nurses' perspectives on value conflicts in the use of electronic medical records. |
| 2019 | Smith, F., Alexandersson, P., Bergman, B., Vaughn, L., & Hellström, A. | Fourteen years of quality improvement education in healthcare: a utilisation-focused evaluation using concept mapping. |
| 2019 | Snyder, H., Witell, L., Elg, M., & McColl-Kennedy, J. | The influence of place on health-care customer creativity. |

| | | |
|------|--|---|
| 2018 | Sparring, V., Granström, E., Andreen Sachs, M., Brommels, M., & Nyström, M. E. | One size fits none – a qualitative study investigating nine national quality registries' conditions for use in quality improvement, research and interaction with patients. |
| 2015 | Staines, A., Thor, J., & Robert, G. | Sustaining Improvement? The 20-Year Jönköping Quality Improvement Program Revisited. |
| 2007 | Stevens, P. D., & Andersson Gäre, B. | A proposal: publication guidelines for healthcare improvement education reports |
| 2006 | Strandberg, E. L., Ovhed, I., Håkansson, A., & Troein, M. | The meaning of quality work from the general practitioner's perspective: an interview study. |
| 2019 | Suutari, A. -M., Areskoug Josefsson, K., Kjellström, S., Nordin, A. M. M., & Thor, J. | Promoting a sense of security in everyday life—A case study of patients and professionals moving towards co-production in an atrial fibrillation “learning café”. |
| 2007 | Thor, J., Lundberg, J., Ask, J., Olsson, J., Carli, C., Pukk Härenstam, K., & Brommels, M. | Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review. |
| 2004 | Thor, J., Herrlin, B., Wittlöv, K., Skår, J., Brommels, M., & Svensson, O. | Getting Going Together: Can Clinical Teams and Managers Collaborate to Identify Problems and Initiate Improvement? |
| 2004 | Thor, J., Wittlöv, K., Herrlin, B., Brommels, M., Svensson, O., Skår, J., & Øvretveit, J. | Learning Helpers: How They Facilitated Improvement and Improved Facilitation Lessons From a Hospital-wide Quality Improvement Initiative. |
| 2002 | Thor, J. | Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. |
| 2017 | Thörne, K., Andersson Gäre, B., Hult, H., & Abrandt-Dahlgren, M. | Co-Producing Interprofessional Round Work: Designing Spaces for Patient Partnership. |

| | | |
|------|--|---|
| 2014 | Thörne, K., Hult, H., Andersson Gäre, B., & Dahlgren, M. | The Dynamics of Physicians' Learning and Support of Others' Learning. |
| 2015 | Ulhassan, W., von Thiele Schwarz, U., Westerlund, H., Sandahl, C., & Thor, J. | How Visual Management for Continuous Improvement Might Guide and Affect Hospital Staff: A Case Study. |
| 2013 | Unné, A., & Rosengren, K. | Staff Experience of Pain Management: An Improvement in Palliative Care. |
| 2016 | Vackerberg, N., Sund Levander, M., & Thor, J. | What is best for Esther? Building improvement coaching capacity with and for users in health and social care – A case study. |
| 2016 | von Thiele Schwarz, U. | Co-care: Producing better health outcome through interactions between patients, care providers and information and communication technology. |
| 2015 | von Thiele Schwarz, U., Augustsson, H., Hasson, H. & Stenfors-Hayes, T. | Promoting Employee Health by Integrating Health Protection, Health Promotion, and Continuous Improvement. A Longitudinal Quasi-Experimental Intervention Study. |
| 2015 | Westerlund, A., Garvare, R., Höög, E., & Nyström, M. E. | Facilitating system-wide organisational change in healthcare – The role of a change facilitating function. |
| 2014 | Wiig, S., Aase, K., von Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A. -M., Anderson Gare, B., Calltorp, J., Fulop, N., & the QUASER-team. | Talking about quality: exploring how 'quality' is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. |
| 2009 | Wilde Larsson, B., & Larsson. G. | Patients' views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. |

| | | |
|------|---|--|
| 2016 | Williamsson, A., Eriksson, A., & Dellve, L. | Organization of change agents during care process redesign in Swedish health care. |
| 2014 | Wrigstad, J., Bergström, J., & Gustafson, P. | Mind the gap between recommendation and implementation—principles and lessons in the aftermath of incident investigations: a semi-quantitative and qualitative study of factors leading to the successful implementation of recommendations. |
| 2011 | Öhrn, A., Elfström, J., Tropp, H., & Rutberg, H. | Patient Safety Dialogue: Evaluation of an intervention aimed at achieving an improved patient safety culture. |
| 2018 | Øvretveit, J., Dolan-Branton, L., Marx, M., Reid, A., Reed, J., & Agins, B. | Adapting improvements to context: when, why and how? |
| 2016 | Øvretveit, J., Nelson, E., & James, B. | Building a learning health system using clinical registers: a non-technical introduction. |
| 2011 | Øvretveit, J. | Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. |
| 2007 | Øvretveit, J., & Staines, A. | Sustained Improvement? Findings From an Independent Case Study of the Jönköping Quality Program. |
| 2004 | Øvretveit, J. | A Framework for Quality Improvement Translation: Understanding the Conditionality of Interventions. |
| 2002 | Øvretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., McLeod, H., Molfenter, T., Plsek, P., Robert, G., Shortell, S., & Wilson, T. | Quality collaboratives: lessons from research. |

Tabell 3. Avhandlingar från svenska lärosäten efter publiceringsår.

| Årtal | Lärosäte* | Författare | Titel |
|-------|-----------|-------------------------|--|
| 2003 | LU | Lars Nordgren | Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. |
| 2005 | KI | Jesper Olsson | Factors for successful improvement of Swedish healthcare. |
| 2007 | LiU | Beata Kollberg | Performance Measurement Systems in Swedish Health Care Services. |
| 2007 | KI | Johan Thor | Getting going on getting better: how is systematic quality improvement established in a healthcare organization? Implications for change management theory and practice. |
| 2008 | UU | Stefan Kunkel | Quality Management in Hospital Departments. Empirical Studies of Organisational Models. |
| 2011 | JU | Susanne Kvarnström | Collaboration in Health and Social Care. Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems. |
| 2012 | LiU | Siv Carlford | The Challenge of Changing Practice. Applying Theory in the Implementation of an Innovation in Swedish Primary Health Care. |
| 2012 | KI | Pamela Mazzocato | Unpacking process improvement in-depth studies of how Lean and clinical pathways contribute to the timeliness of care. |
| 2012 | LiU | Annica Öhrn | Measures of Patient Safety - Studies of Swedish Reporting Systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture. |
| 2013 | LiU | Ann-Christine Andersson | Quality Improvement in Healthcare: Experiences from a Swedish County Council Initiative. |
| 2013 | JU | Marjorie M Godfrey | Improvement Capability at the Front Lines of Healthcare. Helping through Leading and Coaching. |

| | | | |
|------|----------|---------------------------|---|
| 2013 | Chalmers | Svante Lifvergren | Quality Improvement in Healthcare. Experiences from two longitudinal case studies using an action research approach. |
| 2013 | JU | Annette Nygårdh | A quality improvement project on empowerment in chronic kidney care - an interactive research approach. |
| 2014 | JU | Magnus Andersson Hagiwara | Development and Evaluation of a Computerised Decision Support System for use in pre-hospital care. |
| 2014 | LiU | Jon Engström | Patient involvement and service innovation in healthcare. |
| 2014 | UmU | Elisabeth Höög | Navigera i ständig Förändring. Facilitering av utvecklingsarbete inom vård och omsorg. |
| 2014 | LiU | Helena Kilander | Contraceptive counselling in abortion care. |
| 2014 | LU | Christoffer Rydenfält | Teamwork in the operating room. The role of organizational design and implications for patient safety. |
| 2015 | LnU | Ann-Charlotte Norman | Towards the Creation of Learning Improvement Practices: Studies of pedagogical conditions when change is negotiated in contemporary healthcare practices. |
| 2015 | JU | Anette Peterson | Learning and understanding for quality improvement under different conditions - An analysis of quality registry-based collaboratives in acute and chronic care. |
| 2016 | Chalmers | Susanne Gustavsson | Patient involvement in quality improvement. |
| 2016 | JU | Truls Neubeck | Quality Improvement within Nonprofit Social Service Providers. |
| 2016 | LiU | Mikaela Ridelberg | Towards safer care in Sweden? Studies of influences on patient safety. |
| 2016 | LiU | Hannah Snyder | Health Care Customer Creativity. |

| | | | |
|------|----------|---------------------|--|
| 2017 | JU | Annika Nordin | Expressions of shared interpretations - Intangible outcomes of continuous quality improvement efforts in health- and elderly care. |
| 2017 | JU | Christina Petersson | Using health-related quality of life instruments for children with long-term conditions. On the basis of a national quality registry system. |
| 2018 | JU | Christina Lannering | Experiences and outcomes of systematic preventive work to reduce malnutrition, falls and pressure ulcers in nursing home residents. |
| 2018 | LiU | Karin Thörne | Läkare, lärande och interaktion i hälso-och sjukvårdspraktiker. |
| 2018 | UmU | Anna Westerlund | The role of implementation science in healthcare improvement efforts: investigating three complex interventions. |
| 2018 | KTH | Anna Williamsson | Change agents and use of visual management tools in care process redesign. Implications on working conditions for operative managers and healthcare professionals. |
| 2018 | LU | Jonas Wrigstad | The inside of a paradigm. An expedition through an incident reporting system. |
| 2019 | Chalmers | Sara Dahlin | Method Usefulness for Quality Improvement in Care. |

*Förkortningar lärosäten: LU, Lunds universitet; KI, Karolinska Institutet; LiU, Linköpings universitet; UU, Uppsala universitet; JU, Jönköping University; Chalmers, Chalmers tekniska högskola; UmU, Umeå universitet; LnU, Linnéuniversitetet, KTH, Kungliga Tekniska Högskolan.

