

Samskapande av ett dialogverktyg för samverkan mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal

Christine E. Laustsen¹, Maria Haak¹,
Pia Petersson¹ † och Albert Westergren¹

ABSTRACT. I denna studie samskapade vi ett dialogverktyg för samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare. Denna samverkan skulle kunna bidra till att förbättra praktikens kvalitet och därmed vården för äldre personer.

Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys analyserade vi data från tre tidigare forskningsstudier med fokus på hälso- och sjukvårdspersonals involvering i forskning. Analysen resulterade i två huvudkategorier, *förutsättningar för framgångsrik interaktion vid samverkan* och *förutsättningar för framgångsrik arbetsgång vid samverkan*, med ett antal underkategorier.

Genom forskningscirkelrar med hälso- och sjukvårdspersonal syntetiserade och validerade vi analysens resultat, och samskapade ett dialogverktyg som stöd för hälso- och sjukvårdspersonal och forskare som vill samverka i forskning. Dialogverktyget integrerar vetenskaplig och praktisk kunskap och ska underlätta och förbättra samverkan genom att belysa viktiga områden för diskussion, reflektion och beslut, samt stödja en jämlik dialog.

¹Fakulteten för hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad

Korrespondens: Christine E. Laustsen, christine.etzerodt_laustsen@hkr.se

Inledning

I Sverige har alla invånare rätt till de bästa förutsättningarna för ett hälsosamt åldrande [1]. Även internationellt framför Världshälsoorganisationen WHO vikten av goda förutsättningar för ett hälsosamt åldrande [2]. För att stödja ett hälsosamt åldrande för den äldre befolkningen behövs samverkan mellan forskare och hälso- och sjukvården. Samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare möjliggör att gapet mellan forskning och praktik kan överbryggas, och bidrar till att stärka hälso- och sjukvårdssystemet. Inom området åldrande och hälsa är detta av särskild vikt ur ett samhällsperspektiv eftersom andelen äldre personer ökar [3], vilket kommer leda till ett ökat behov av sjukvårds- och omsorgsinsatser bland äldre personer [4]. Denna studie har fokus på forskare och hälso- och sjukvårdspersonal som samverkar i forskningsprojekt inom området åldrande och hälsa.

Genom samverkan i forskningsprojekt möts människor med olika kunskaper, och genom interaktionen skapas förståelse för frågan i fokus [5]. Målet med forskning i samverkan är ofta att samskapa kunskap som är användbar i praktiken [6] och att öka användningen av forskningens resultat [7, 8]. Andra mål är att bidra till ömsesidigt lärande för forskare och personal [9], förbättra forskningens relevans [10], förbättra praktiken [11, 12] och hantera komplexa utmaningar [13].

Samverkan mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal är dock inte utan spänningar [14, 15]. Samverkan är en komplex process [16] och när hälso- och sjukvårdspersonal och forskare samverkar i forskning inom vården utmanas denna samverkan ytterligare [17]. Detta eftersom hälso- och sjukvården består av flera organisatoriska nivåer där människor med olika perspektiv interagerar med varandra, vilket leder till komplexa dynamiska processer [18]. Samverkan utmanas ofta av att det finns olika syn på vad samverkan innebär, olika mål med samverkan,

Huvudbudskap

- Vi har utvecklat ett dialogverktyg för att underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare i forskningsprojekt. Verktöget syftar till att främja en gemensam förståelse, och lyfta fram och möjliggöra diskussion kring de faktorer som är avgörande för en framgångsrik interaktion och arbetsgång.
- Dialogverktyget underlättar att komplex samverkan omsätts i praktiken med hjälp av konkreta diskussionspunkter. Verktöget bygger på frågor som är viktiga att diskutera vid samverkan, där anpassning till den egna kontexten sker genom reflektion, diskussion och beslut.
- Genom att i samverkan omsätta resultaten från en kvalitativ analys i ett användbart verktyg, tar studien sig an en välkänd utmaning vid samverkan i forskningsprojekt: att överbygga klyftan mellan teori och praktik. Studien bidrar därmed till förståelsen kring hur olika sorters kunskap kan integreras och hur kunskap kan skapas i gränslandet mellan praktik och akademi.

samt skilda intressen mellan personer, grupper eller organisationer. Inom interaktiv forskning är det exempelvis ett mål att forskningen ska generera både vetenskapliga och praktiska bidrag [19].

Samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare behövs när det finns komplexa utmaningar att lösa [20] där målet inte kan uppnås av endast en part, utan samverkan över gränserna behövs [21]. Detta kan handla om gränsdragningar och distinktioner [21] mellan

grupperna forskare och hälso- och sjukvårdspersonal, som var och en besitter sin egen områdesspecifika kunskap [22], vilket innebär att forskare respektive hälso- och sjukvårdspersonal är specialiserade inom olika kompetensområden. Samverkan innebär vidare att alla parter kunskap behöver erkännas som lika viktig [23] för att ett ömsesidigt lärande och en utveckling mot ömsesidiga mål ska kunna uppnås [24]. Ett dynamiskt utbyte av kunskap över dessa gränser kan bidra till lärande och utveckling och därmed kan ny kunskap skapas [25]. I denna studie definierar vi samskapande som en process där forskare och representanter från andra sektorer tillsammans skapar kunskap genom samverkan [26].

I studien är hälso- och sjukvårdspersonal yrkesverksamma personer som har tillägnat sig områdesspecifika kunskaper genom sin utbildning [22, 27, 28]. Även forskare skulle kunna definieras utifrån detta kriterium, men det finns en skillnad mellan forskarnas vetenskapliga kunskap, som är mer generell och teoretisk, och de yrkesverksammas kunskap, som är mer kontextuell och praktisk [29]. De yrkesverksamma kan därmed definieras som förmedlare av kontextspecifik kunskap [27], givet den unika insikt de har i sammanhanget och specifika situationer, vilket innebär att de uppfattar mönster i praktiken, som forskarna inte identifierar [30]. Det kan här röra sig om yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården, såsom sjuksköterskor och arbetsterapeuter, som tillhandahåller vård eller omsorg för andra människor. Det kan också vara yrkesverksamma som har makt att reglera och utveckla hälso- och sjukvården, exempelvis chefer eller andra beslutsfattare [28].

Samverkan mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal innebär att forskningen bedrivs *med* hälso- och sjukvårdspersonal och inte *på* dem [19, 31]. Sådan samverkan är inget nytt, men det är en komplicerad process. Det behövs mer kunskap om hur man skapar bra förutsättningar för en framgångsrik samverkan,

så att man kan dra nytta av de möjligheter som finns och hantera de utmaningar som kan uppstå. Utmaningarna handlar ofta om hur personer interagerar med varandra och om att se till att de som inte är forskare också får komma till tals och kan vara med i en jämlik dialog och process [32]. Därutöver är det utmanande för hälso- och sjukvårdspersonal att använda och implementera forskning i praktiken. Utmaningarna ökar när forskningen saknar relevans och användbarhet för praktiken [33].

För att forskningsresultat ska bli tillämpbara och till nytta för praktiken behöver de tolkas och sättas i relation till den kontext i vilken resultaten ska implementeras. Denna tillämpning av forskningsresultat i praktiken kan underlättas genom dialog och reflektion mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal [34] som genomförs på demokratiskt vis med fokus på samtal och ömsesidig förståelse [35]. Genom att integrera kunskap från olika kunskapsområden kan användbarheten av den samskapade kunskapen förbättras [36]. Dessutom kan problem och utmaningar i praktiken med större sannolikhet lösas genom strategier som är informerade av forskningsresultat och samskapade av forskare och relevanta intressenter som hälso- och sjukvårdspersonal [37]. Forskare och hälso- och sjukvårdspersonal som vill samverka i forskningsprojekt är i behov av stöd som belyser viktiga områden för samverkan [38] och vad de ska reflektera över, diskutera och fatta beslut kring för att skapa en framgångsrik samverkan. Syftet med denna studie var därför att samskapa ett dialogverktyg för samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare i forskningsprojekt.

Metod

Design

I denna studie använde vi *kvalitativ innehållsanalys* och *forskningscirkel*. Genom att kombinera dessa två metoder blev processen iterativ,

med ett växelspel mellan forskargruppens analysarbete och hälso- och sjukvårdspersonalens återkoppling och bidrag. Detta möjliggjorde både syntetisering och validering av analysresultaten. Samtidigt utvecklade vi ett kontextanpassat och användarvänligt dialogverktyg, där vi kunde integrera vetenskaplig och praktisk kunskap.

Vi valde en induktiv innehållsanalys för att analysera tidigare insamlade forskningsdata, eftersom metoden möjliggör tolkning av data genom öppen kodning, skapande av kategorier och abstrahering till kategorier på högre nivå [39]. Vi valde forskningscirkclar eftersom metoden bygger på dialog, demokrati och samskapande av kunskap [40]. Genom att använda forskningscirkclar kunde vi skapa ramar och struktur för den samverkansprocess inom vilken dialogverktyget togs fram. Metoden har utvecklats för användning inom forskning i syfte att möjliggöra samverkan i forskningsprojekt [40, 41]. För den hälso- och sjukvårdspersonal som involverades tydliggjorde dessutom valet av forskningscirkclar att forskarna hade en önskan om en demokratisk process där samskapande var i fokus. Det demokratiska värdet speglar att alla inblandade ska få sin röst hörd och ha inflytande på studien, vilket gör det möjligt för alla att lära sig och att samskapa kunskap [40].

Forskningscirkclar ger möjlighet till en löpande dialog där alla bidrar med sin kunskap, utbyter idéer och erfarenheter, och utvecklar en förståelse för det område som är i fokus för projektet. Forskningscirkclar är dessutom ett flexibelt tillvägagångssätt som kan anpassas efter projektets syfte, kontext och de personer som deltar. Metoden har tidigare använts för att syntetisera och tolka forskningsresultat [42], vilket ligger i linje med syftet i denna studie där vi analyserade och tolkade tidigare insamlade data i syfte att samskapa ett dialogverktyg. Forskningscirkclar som metod har sin teoretiska grund i början av 1900-talet och härstammar från en väletablerad utbildnings-tradition i det svenska samhället kallad studie-

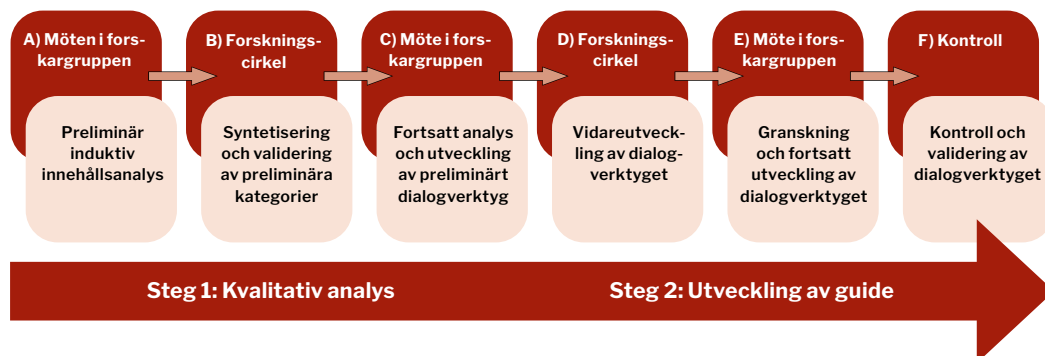
cirkclar, som används inom vuxenutbildningen [41] och som även har använts i utbildningen av personal inom hälso- och sjukvården [43].

Vi hade samlat in data för den kvalitativa innehållsanalysen i tidigare studier, som undersökte involvering av hälso- och sjukvårdspersonal i forskning om åldrande och hälsa. Data samlades in genom brainstormingssessioner enligt metoden *group concept mapping* [44, 45]. I dessa studier var syftet att identifiera konceptuella områden för hälso- och sjukvårdspersonalens involvering i forskningsprojekt inom området åldrande och hälsa, ur personalens [44] såväl som forskarnas perspektiv [45]. Därutöver använde vi data från intervjuer i en studie där metoden *grounded theory* användes med syftet att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonal upplevde samverkansprocessen vid involvering i ett forskningsprojekt om åldrande och hälsa [46]. Dessa data utgjorde ett passande underlag för denna studie.

Urval

Vi använde ett strategiskt urval för att rekrytera representanter för hälso- och sjukvårdspersonal, som genom forskningscirkclar kunde samverka med forskarna [47]. Kriteriet för inkludering var hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade med äldres hälsa och som hade tidigare erfarenhet av att ha varit involverad i en eller flera delar av forskningsprocessen i forskningsprojekt inom området åldrande och hälsa. För att öka mångfalden av perspektiv rekryterade vi personer med olika utbildningsbakgrund och erfarenheter av forskningsprojekt. Totalt ombads 17 personer att delta i forskningscirkclar, varav nio tackade nej på grund av tidsbrist, en svarade inte och sju tackade ja till att delta i studien.

Gruppen med hälso- och sjukvårdspersonal (n=7) hade erfarenhet av att vara involverade i forskningsprojekt på följande sätt: som medlem i en styrgrupp, genom att ge råd om forskningen,



FIGUR 1. Processen för kvalitativ analys och samskapande av dialogverktyget omfattar både möten inom forskargruppen (A, C och E), forskningscirkel (B och D) och en sista kontroll (F).

genom att rekrytera deltagare, genom insamling och tolkning av data, genom att sprida resultat eller genom att vara projektledare. Samtliga arbetade inom hälso- och sjukvården och var utbildad sjuksköterska (n=1), undersköterska (n=1), sjukgymnast (n=1), arbetsterapeut (n=2) respektive socionom (n=2). Deltagarna var i åldersgruppen 38–52 år och hade minst sju års erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvården. Två av dem arbetade som chefer, tre som praktiker och två arbetade i utvecklingsprojekt. Två av författarna (CEL och PP) var också involverade i forskningscirkelarna. Efter den första forskningscirkeln föll en person bort från gruppen, medan en annan var förhindrad att delta vid ett andra forskningscirkeltillfälle och i stället gav skriftlig återkoppling.

Etik

I enlighet med den svenska lagen om etikprövning av forskning som avser människor behövdes inget etiskt tillstånd för vår studie, eftersom inga känsliga uppgifter samlades in och personernas deltagande i forskningscirkel inte innebar någon risk [48]. Deltagarna lämnade ett informerat

samtycke innan studien påbörjades. Data som tidigare hade samlats in i de tre studierna hade fått ett etiskt godkännande (DNR: 2018/34) från Etikprövningsnämnden. Studien genomfördes inom *UserAge*-programmet, som finansierades av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte, 2016–07090). Programmet syftade bland annat till att öka kunskapen om samverkan i forskning inom åldrande och hälsa [49].

Analysprocess och samskapande av dialogverktyg

I steg 1 analyserade vi data från tre tidigare studier [44–46] med hjälp av innehållsanalys, och i steg 2 tog vi fram ett dialogverktyg för framgångsrik samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare. De sju personer som representerade hälso- och sjukvårdspersonal samverkade med forskarna genom forskningscirkelarna, se figur 1. Vi genomförde forskningscirkelarna via en digital plattform och varje session varade i cirka två timmar.

I korta drag bestod processen av följande delar: a) en preliminär induktiv innehållsanalys genomfördes av forskargruppen, b) hälso- och

sjukvårdspersonal bidrog med syntetisering och validering av de preliminära kategorierna, samt med sina perspektiv på utformningen av dialogverktyget, c) forskargruppen fortsatte analysarbetet och utvecklingen av ett tentativt dialogverktyg, d) hälso- och sjukvårdspersonal bidrog till vidareutveckling av dialogverktyget och till att säkerställa att det var kontextanpassat och användarvänligt, e) forskarna genomförde en granskning vad gäller analysens resultat och en fortsatt utveckling av dialogverktyget, f) hälso- och sjukvårdspersonal bidrog med en sista kontroll och validering av dialogverktyget.

Processen innefattade ett växelvis arbete mellan forskargruppen och personer i forskningscirkeln och pågick under en period av fem månader. Den byggde på en nära samverkan mellan de sju personer som representerade hälso- och sjukvårdspersonal och fyra forskare. Varje möte hade ett specifikt fokus med syftet att stegvis driva processen framåt och underlätta samskapandet av dialogverktyget. En mer fördjupad beskrivning av processen presenteras nedan.

A) Forskarna (CEL, MH, PP och AW) utförde en första induktiv innehållsanalys av data. Forskningsfrågan för analysen var *Vad är viktigt för en framgångsrik samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare?* Varje författare analyserade och kodade data individuellt innan alla träffades för att diskutera koderna. Under två möten på vardera två timmar jämfördes och diskuterades författarnas individuella analyser, och preliminära kategorier togs fram.

B) Under den första forskningscirkeln bidrog gruppen som representerade hälso- och sjukvårdspersonal med att syntetisera de preliminära kategorierna samt validera dem. Därutöver bidrog de med sina perspektiv på hur ett dialogverktyg för samverkan i forskningsprojekt baserat på framtagna kategorier skulle kunna se ut.

För att underlätta samskapandet under den första forskningscirkeln mottog gruppen inför mötet populärvetenskapliga sammanfattningar av

de tre studierna och en beskrivning av de preliminära kategorierna som underlag för diskussion. Under den första forskningscirkelns diskussioner och reflektioner framkom tre huvudaspekter för en utveckling av dialogverktyget. För det första syntetiserades de preliminära kategorierna för att förbättra dialogverktygets läsbarhet och användbarhet. Genom diskussioner identifierade vi två huvudkategorier: en som handlade om arbetsgången och en som handlade om interaktioner vid samverkan. För det andra framkom att formuleringar och språk behövde ses över för att tydliggöra att dialogverktyget var tänkt att användas av såväl hälso- och sjukvårdspersonal som forskare. För det tredje ansågs en illustration av kategorierna och deras relation till varandra vara nödvändig.

C) Under nästa möte i författargruppen utvecklade vi de preliminära kategorierna vidare i enlighet med underlaget och diskussionen från första forskningscirkeln. I enlighet med diskussionen under den första forskningscirkeln utvecklade vi dessutom dialogverktyget till en tabell med kategorierna som områden för framgångsrik samverkan. Tabellen innehåller en kolumn som beskriver vad som är viktigt att beakta inom respektive område, samt en kolumn som lyfter fram centrala aspekter att reflektera över och diskutera i relation till dessa områden. Vi tog också fram en modell som illustrerar områdena och deras relation till varandra.

D) Under den andra forskningscirkeln bidrog gruppen som representerade hälso- och sjukvårdspersonal med att anpassa dialogverktyget till kontexten och målgruppen och göra det användarvänligt. De hade därmed en väsentlig roll i framtagandet av frågorna och formuleringarna i verktyget, det vill säga språket.

För att underlätta samskapandet inför den andra forskningscirkeln skickade vi ett utkast till dialogverktyg till deltagarna. Vi bad dem granska innehåll, språk, layout och den modell som illustrerade relationen mellan kategorierna. Under

TABELL 1. Huvudkategorier och underkategorier i den kvalitativa innehållsanalysen.

Huvudkategorier	Underkategorier
Förutsättningar för framgångsrik interaktion vid samverkan	Ömsesidiga värderingar och förhållningssätt Jämbördiga och tillitsfulla relationer Ösesidigt lärande
Förutsättningar för framgångsrik arbetsgång vid samverkan	Målsättning Förankring Planering Kunskapsdelning

cirkeln gång förde vi en fördjupad diskussion, vilket bidrog till fortsatt utveckling av verktyget. Diskussionen visade att genom att synliggöra viktiga aspekter av samverkan och lyfta centrala frågor att diskutera, skulle verktyget stödja dialogen i olika typer av forskningssamverkan mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal inom området åldrande och hälsa. Därigenom kunde det främja en kontinuerlig och jämlik dialog mellan parterna. Genom sitt frågebaserade upplägg är verktyget dessutom flexibelt och kan anpassas till olika kontexter eftersom det inbjuder till diskussioner som utgår från användarnas egna erfarenheter och behov.

E) Därefter genomförde forskarna ytterligare en granskning av dialogverktyget vad gäller analysens resultat, och mindre justeringar gjordes i enlighet med diskussionen i den andra forskningscirkeln.

F) Den senaste versionen av dialogverktyget skickades sedan till gruppen som representerade hälso- och sjukvårdspersonal för kontroll (member check) och för att fastställa trovärdigheten [50], validera verktyget samt för ytterligare återkoppling. Flertalet (fyra personer) i gruppen

svarade att de var nöjda med hur verktyget såg ut, två av dem föreslog mindre korrigeringar av några av formuleringar i dialogverktyget för att förtydliga innehållet, medan resterande inte hade något ytterligare att tillägga.

Resultat

Resultatet beskriver först fynden från den kvalitativa innehållsanalysen av tidigare insamlade forskningsdata (steg 1) och sedan dialogverktyget som samskapades genom forskningscirkelarna (steg 2).

Fynd av kvalitativ analys

Analysen resulterade i två huvudkategorier samt sju underkategorier som identifierar sådana viktiga områden för framgångsrik samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare som behöver reflekteras över, diskuteras och fattas beslut om (tabell 1). Den första huvudkategorin, *förutsättningar för framgångsrik interaktion vid samverkan*, rymmer följande underkategorier: *ömsesidiga värderingar och förhållningssätt*;

jämbördiga och tillitsfulla relationer; ömsesidigt lärande. Den andra huvudkategorin, *förutsättningar för framgångsrik arbetsgång vid samverkan*, rymmer underkategorierna *målsättning, förankring, planering och kunskapsdelning*.

Förutsättningar för framgångsrik interaktion vid samverkan

Interaktioner mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare är en viktig faktor för en framgångsrik samverkan. Hur interaktionerna ska ske bör synliggöras och diskuteras i en pågående process, eftersom relationer utvecklas kontinuerligt och interaktionerna sätter sin prägel på hela samverkansprocessen. Vi identifierade följande förutsättningar som viktiga för en framgångsrik interaktion: ömsesidiga värderingar och förhållningssätt, jämbördiga och tillitsfulla relationer, ömsesidigt lärande.

Ömsesidiga värderingar och förhållningssätt.

För att möjliggöra framgångsrika interaktioner mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare, måste de utveckla ömsesidiga värderingar och förhållningssätt som interaktionerna kan bygga på. Ömsesidiga värderingar och förhållningssätt ligger till grund för ett projekt och sätter spelreglerna för hur personerna interagerar och vilka förväntningar de har på varandra, det vill säga spelregler för hur man samverkar, hur man löser konflikter och hur man fattar beslut vid samverkan. Ömsesidiga värderingar och förhållningssätt kan också påverka vilka etiska aspekter man ska beakta i projektet. Således är det viktigt att klargöra etiska reflektioner kring forskningsmetoden i projektet och etiska reflektioner kring själva samverkandet.

Jämbördiga och tillitsfulla relationer. För att möjliggöra framgångsrika interaktioner mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare är det viktigt att utveckla jämbördiga och tillitsfulla

relationer. Jämbördiga och tillitsfulla relationer bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan de inblandade, och respekt och acceptans för varandras kunskaper och förutsättningar för samverkan. Genom att använda demokratiska processer skapar man möjlighet för alla i projektet att vara delaktiga i den omfattning de själva önskar och har förutsättningar för. Det finns ett behov av att balansera makten, att alla inblandade känner ägarskap till projektet och har möjlighet till inflytande på processen.

Ömsesidigt lärande. För att möjliggöra framgångsrika interaktioner för att samskapa kunskap är det viktigt att möjliggöra ett ömsesidigt lärande för hälso- och sjukvårdspersonal och forskare. Ömsesidigt lärande innebär att båda parter får möjlighet att lära av varandra och får förståelse för varandras perspektiv och kompetensområden. Där kan hälso- och sjukvårdspersonal bidra med kunskap från praktiken, och forskare kan bidra med kunskap kring forskning. Det kräver en kreativ miljö med en accepterande atmosfär som ställer krav på hur hälso- och sjukvårdspersonal och forskare kommunicerar. Ömsesidigt lärande mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare kan bidra till en ökad förståelse för varandras perspektiv på det område som är i fokus och leda till en vidareutveckling av praktiken och forskningen.

Förutsättningar för framgångsrik arbetsgång vid samverkan

Arbetsgången vid samverkan är en iterativ process där förutsättningarna ska klargöras tidigt i projektet och sedan diskuteras, utvecklas och omarbetas kontinuerligt. Processen innefattar åtgärder och aktiviteter som rör beslut om och planering, ledning, tillämpning och spridning av samverkansprojektet. Vi identifierade följande förutsättningar som viktiga för en framgångsrik arbetsgång: målsättning, förankring, planering och kunskapsdelning.

Målsättning. En förutsättning som möjliggör en framgångsrik arbetsgång vid samverkan är en tydlig målsättning, där man diskuterar och beslutar ett önskat mål för alla parter. När människor samverkar kan det finnas individuella intressen eller mål, eller mål för specifika grupper, som kan hindra att man når andra parter mål. Det är därför viktigt att klargöra projektets gemensamma mål, varför samverkan ska ske, och projektets relevans för själva forskningen, praktiken och målgruppen. Om målet inte är klarlagt finns det risk för att forskningsprojektets kvalitet kan ifrågasättas av andra, att projektet kan blandas samman med uppdragsforskning eller att projektet påverkas ogynnsamt av praktikens eller forskningens förutsättningar.

Förankring. Förankring av själva projektet och en förankring av samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare inom projektet, är en annan förutsättning som möjliggör en framgångsrik arbetsgång vid samverkan. För att öka förståelsen för processen och tidsaspekten är det viktigt att projektet och samverkan har förankrats på flera organisatoriska nivåer. En väl förankrad samverkan kan underlätta implementeringen av projektet och dess resultat. Såväl hälso- och sjukvårdspersonal som forskare spelar en viktig roll för förankringen genom att fungera som tolkar och genom att öka legitimiteten för projektet på politisk nivå och i organisationen. Om man har förankrat kraven på uppdrag och tid för medverkan i samverkansprojektet, kan risken för att hamna i en utsatt situation och splittring mellan grupper minska.

Planering. Planeringen av arbetsgången och att i ett tidigt skede skapa en överenskommelse om beslutsprocesser, är ytterligare en förutsättning som möjliggör att arbetsgången blir framgångsrik vid samverkan. Den önskade processen i projektet – vem som ska leda projektet och vem som kan fatta beslut i projektet – är viktiga frågor att

diskutera och besluta om i ett tidigt skede. Omfattningen av involveringen i projektet och när involvering ska ske bör diskuteras tidigt i processen och planeras. Roller, ansvar och mandat i forskningsprojektet, och deltagarnas förväntningar på varandra, är viktiga frågor att diskutera eftersom det är lättare att planera vilka resurser som behövs när man klargjort rollerna.

Kunskapsdelning. Kunskapsdelning är en annan förutsättning som möjliggör en framgångsrik arbetsprocess vid samverkan. Det är viktigt att hitta sätt att säkerställa en generell kunskapsdelning samt att dela kunskapen om projektets process och resultat inom organisationen och till berörda och intresserade parter. För att bidra till lärande måste informationen och kunskapen anpassas till de människor den presenteras för. Forskningsprojektet och resultaten måste spridas såväl inom praktiken, det vill säga till praktiker, chefer och beslutsfattare i organisationen, som till allmänheten. Hälso- och sjukvårdspersonal kan fungera som talespersoner för forskningen i sina respektive organisationer och på så sätt underlätta en spridning av forskningsprocessen i praktiken och möjliggöra en snabbare implementering av forskningsresultat i praktiken.

Dialogverktyget

Vi utvecklade dialogverktyget (som visas i tabell 2) i samverkan mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal, och det bygger på de huvudkategorier och underkategorier som framkom genom analysen. De två områdena i verktyget bygger på de två huvudkategorierna: ett område som rör arbetsgången och ett område som rör interaktioner. Vi utvecklade en modell (se figur 2) för att illustrera hur de olika områdena och underområdena i dialogverktyget förhåller sig till varandra. Tabell 2 och figur 2 utgör tillsammans dialogverktyget. Genom att väcka frågor som rör dessa områden av samverkan ska dialogverktyget

TABELL 2. Dialogverktyg för samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare inom forskningsprojekt. Verktyget omfattar förutsättningar för framgångsrik interaktion och för framgångsrik arbetsgång i samverkansprojekt, inklusive frågor som inspirerar till dialog och förbättrad samverkan.

Förutsättningar för framgångsrik interaktion vid samverkan	Frågor för dialog kring samverkan
Gemensamma värderingar och förhållningssätt	
Tydliggöra • värderingar • förhållningssätt • förväntningar på varandra • etiska överväganden	Reflektera och diskutera tillsammans • Vad värderas som viktigt i detta projekt? • Vilket förhållningssätt strävar vi efter i detta projekt? • Vilka förväntningar har vi på varandra? • Vilka roller har vi i projektet? • Vilka forskningsetiska överväganden måste vi göra i relation till vilken forskningsmetod som ska användas och hur samverkan ska ske?
Jämbördiga och tillitsfulla relationer	
Säkerställa att alla i projektet • känner trygghet, respekt och acceptans • har möjlighet att vara delaktiga i den mån man vill och kan	Reflektera och diskutera tillsammans • Hur kan intressekonflikter och maktpositioner påverka jämbördiga och tillitsfulla relationer mellan oss? • Hur kan vi ha dialog, förhandling och kompromisser på demokratiskt vis om centrala delar av projektet? • Hur kan vi möjliggöra språklig tydlighet från alla parter? • Hur kan vi möjliggöra att man vågar fråga när man inte förstår?
Ömsesidigt lärande	
Möjliggöra för lärande och utveckling för båda parter där kunskap kan skapas tillsammans	Reflektera och diskutera tillsammans • Hur kan vi skapa möjlighet för lärande och uppnå förståelse för varandra? • Hur kan vi skapa förståelse hos hälso- och sjukvårdspersonal om vad forskning är och vad forskningsprocessen och forskningsmetoden innebär? • Hur kan vi skapa förståelse hos forskarna kring hur praktiken fungerar och vilka förutsättningar hälso- och sjukvårdspersonal har?

Tabellen fortsätter på nästa sida.

Förutsättningar för framgångsrik arbetsgång vid samverkan

Frågor för dialog kring samverkan

Målsättning

Tydliggöra

- mål och syfte för projektet
- varför samverkan bör ske
- projektets betydelse för forskning verksamhet och målgrupp

Reflektera och diskutera tillsammans

- Vad är projektets mål och syfte för forskningen och för praktiken?
- Vad är syftet med samverkan i detta projekt?
- Hur kan projektets genomförande påverkas av interna styrkor och begränsningar respektive externa möjligheter och hot?
- Hur kan vi möjliggöra nyttiggörande i praktiken utifrån resultat i projektet?

Förankring

På alla nivåer förankra projektet och tydliggöra

- projektets innehåll, arbetsgång och tidsperspektiv
- planera samverkan i genomförandet av projektet
- komma överens om beslutsprocesser tidigt i processen

Reflektera och diskutera tillsammans

- Hur kan vi förankra och öka förståelsen för projektets innehåll, arbetsgång och tidsperspektiv på olika organisatoriska nivåer som till exempel politik- och ledningsnivå samt för kollegor?

Planering

- Planera samverkan i genomförandet av projektet
- Komma överens om beslutsprocesser tidigt i processen

Reflektera och diskutera tillsammans

- Hur kan roller inom projektet samt roller och ansvar gentemot verksamheten tydliggöras?
- Hur kan vi möjliggöra önskad grad av engagemang och involvering i projektet och i önskade delar av projektets process?
- Hur ska projektet ledas och av vem?

Kunskapsdelning

Säkerställa spridning av processen och resultaten i organisation, till berörda parter samt personer som har intresse av projektet

Reflektera och diskutera tillsammans

- Hur kan kunskap och information delges och spridas under projektets gång och efter projektets avslut?
- Hur ska dokumentation av samverkan ske?
- Hur kan forskarna och hälso- och sjukvårdspersonalen återkoppla till alla som bidragit till studien när projektet avslutas?

underlätta och möjliggöra reflektioner och diskussioner. Målet med verktyget är att underlätta samverkan och förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens och forskarnas möjligheter att föra en löpande dialog. Frågorna och formuleringarna i verktyget togs fram under forskningscirkelarna, där gruppen som representerade hälso- och sjukvårdspersonal hade en väsentlig roll för slutresultatet.

Diskussion

Syftet med denna studie var att samskapa ett dialogverktyg för samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare. Genom forskningscirkelarna var ambitionen att gemensamt utveckla kunskap om framgångsrik samverkan mellan dessa parter och därigenom ta fram ett dialogverktyg som kunde möta båda parter behov. Dialogverktyget avser att stödja hälso- och sjukvårdspersonal och forskare som vill samverka, och att underlätta användning och integration av vetenskaplig och praktisk kunskap. Samverkan är ingen linjär process [26], vilket är viktigt att tänka på när dialogverktyget används. Beslut kan behöva omprövas och ändras under samverkansprocessen. En central utmaning i samverkansprocesser i forskningsprojekt är att skapa förutsättningar för dialog på jämlika villkor [32]. Det framtagna verktyget syftar till att stödja forskare och hälso- och sjukvårdspersonal i att föra en sådan dialog på ett strukturerat och tydligt sätt.

Resultaten understryker att hälso- och sjukvårdspersonal och forskare som vill samverka behöver rikta uppmärksamheten mot förutsättningarna för interaktionerna när de samverkar. En studie av Ross m fl, som undersökte beslutsfattares engagemang i forskning, visar i likhet med våra resultat på behovet av att ha möjlighet till interaktioner samt att bygga och investera i relationer [51]. När syftet är att stärka hälso- och sjukvården för äldre personer, behövs dynamiska

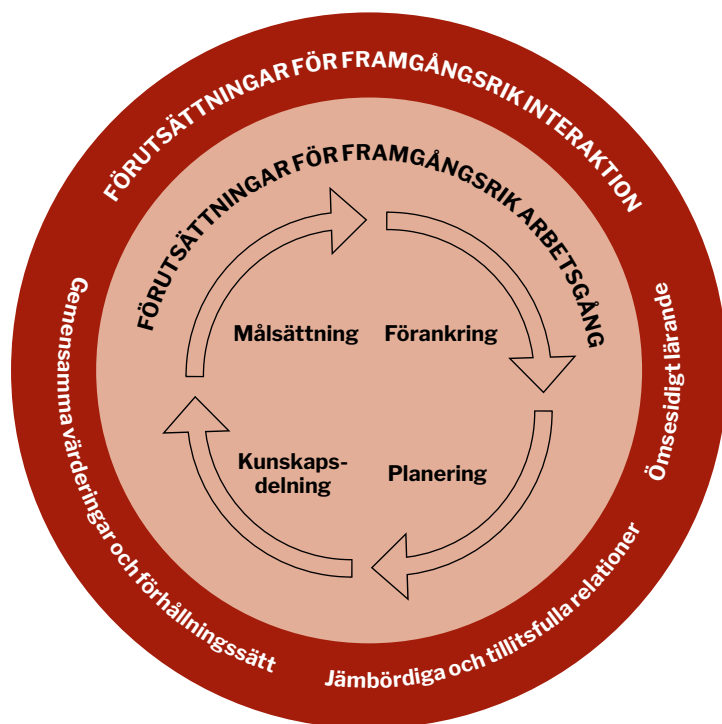
interaktioner mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare, som möjliggör överföring och skapande av kunskap, ömsesidigt lärande och ett bidrag till utveckling [52].

Resultatet understryker också behovet av att hälso- och sjukvårdspersonal och forskare riktar uppmärksamheten mot förutsättningarna för arbetsgången när de samverkar. Fynden framhäver vikten av att sätta gemensamma mål för samverkan, att förankra och planera samverkan samt att dela med sig av kunskapen. Uvhagen m fl undersökte faktorer som påverkar partnerskap mellan sjukvården och akademien [53]. I studien lyfter forskarna fram faktorer som påverkar samverkandet, till exempel att kommunicera och att kontinuerligt informera involverad hälso- och sjukvårdspersonal om projektets process.

En annan faktor som påverkade samverkan var diskrepansen mellan målet för samverkan och tillgängliga resurser för att kunna utföra relevanta uppgifter i samverkandet. Skilda mål och intressen inom forskningssamverkan utgör en utmaning [19]. Vårt dialogverktyg syftar till att underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal och forskare att diskutera och reflektera över sina mål för projektet och samverkan. Verktyget belyser också vikten av att förankra både projektet och samverkan på olika nivåer inom organisationen. Dessutom lyfter det behovet av att säkerställa att nödvändiga resurser finns tillgängliga för att genomföra de uppdrag som ingår i projektet.

Abstraktionsnivån och det vetenskapliga språket i forskningsartiklar kan begränsa resultatens praktiska användbarhet. Det finns därför ofta ett behov av att konkretisera forskningsresultat och sätta dem i ett specifikt sammanhang [34]. För att säkerställa att texten hade en tydlig innebörd och var begriplig och därmed användarvänlig, granskade vi formuleringarna i dialogverktyget kritiskt och diskuterade dem under forskningscirkelarna med gruppen som representerade hälso- och sjukvårdspersonal.

Under forskningscirkelarna diskuterade vi



FIGUR 2. Dialogverktyg för samverkan i forskningsprojekt mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal. Modellen illustrerar hur de olika områdena och underområdena i dialogverktyget förhåller sig till varandra.

huruvida verktyget skulle hänvisa till exempel eller metoder för samverkan. Emellertid är sammanhang och kontext av central betydelse i samverkansprojekt, vilket innebär att det inte finns någon universallösning [54]. Därför innehåller det framtagna dialogverktyget områden av betydelse för en framgångsrik samverkan och frågor relaterade till dessa områden. De frågor som ställs i dialogverktyget kan underlätta diskussioner om samverkan, och verktyget kan bidra till en gemensam dialog mellan parterna kring både det vetenskapliga bidraget och hur resultaten kan omsättas i praktiken.

Genom att inte knyta dialogverktyget till ett

specifikt projekt eller en viss metod för forskningssamverkan är det anpassningsbart. Det är dock viktigt att vara medveten om att verktyget har utvecklats utifrån data från forskningssamverkan mellan forskare och hälso- och sjukvårdspersonal inom området äldre och hälsa. De personer som deltog i forskningscirkulärerna hade dessutom själva erfarenhet av att samverka med forskare inom området äldre och hälsa och var också yrkesverksamma inom området. Detta påverkar verktygets användbarhet och överförbarhet till andra områden [50], och det behöver därför prövas i nya kontexter. En styrka med dialogverktyget är att det inte ger fasta

instruktioner för hur samverkan ska genomföras. I stället bygger det på frågor som lyfter fram vad som är viktigt för att samverkan ska fungera väl och som utgör underlag för dialog. Detta gör verktyget anpassningsbart till olika grupper och sammanhang. Den flexibla utformningen gör det också mindre sårbart för förändringar i relationer, mål och intressen inom forskning och hälso- och sjukvård.

Dialogverktyget som utvecklats i denna studie delar vissa egenskaper med den vägledning från National institute for health research i England som beskriver principer och egenskaper för samproduktion i forskningsprojekt avsedda för forskare och hälso- och sjukvårdspersonal, såväl som för allmänheten [55]. Denna vägledning lyfter viktiga aspekter att beakta vid samproduktion av forskning och framhåller att det inte finns någon universallösning, eftersom detta skulle minska den kreativitet och flexibilitet som är en del av samproduktionen. Detta ligger i linje med det dialogverktyg som vi utvecklat i denna studie. Genom att skapa ett dialogverktyg i samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare, som också är de tilltänkta användarna av verktyget, är förhoppningen att verktygets användbarhet och läsbarhet ska optimeras.

Avslutningsvis är det viktigt att understryka att samverkan är en komplex process och att dialogverktyget endast utgör en mindre del i det större arbetet med att skapa en framgångsrik forskningssamverkan. Eftersom verktyget ännu är oprövat bör dess potential ses som ett första steg, inte som en färdig lösning.

Metodologiska reflektioner

Tillvägagångssättet och samverkan mellan forskare och representanter för hälso- och sjukvårdspersonal som vi använt i denna studie ökar studiens trovärdighet. Alla författare deltog i granskningen av de tre studierna som analyserades inom projektet. De två författare (MH och

AW) som inte deltog i forskningscirkelarna hade en granskande roll när det gäller dialogverktygets överrensstämmelse med grunddata [50]. En tydlig beskrivning av proceduren för denna studie medverkar till att stärka studiens tillförlitlighet [50]. Turner m fl beskriver vikten av transparens vid framtagandet av en guide [56], vilket kan uppnås genom att beskriva det tillvägagångssätt som användes för att involvera intressenter i arbetet och genom att beskriva hur själva samverkandet påverkade framtagandet av guiden. De belyser också den interaktiva och informella process som sker vid samverkan, något som är svårt att beskriva tydligt och effektivt. Vi strävade efter att uppnå jämbördiga relationer genom att använda en demokratisk metod (forskningscirkel) som möjliggör dialog på jämlika villkor [41]. Genom att integrera kunskap, både vetenskaplig och praktisk sådan [36], gjorde metoden det möjligt för oss som forskare att tillsammans med gruppen med representanter för hälso- och sjukvårdspersonal skapa ett dialogverktyg som är användbart för såväl hälso- och sjukvårdspersonal som forskare.

Nio personer avböjde att delta i forskningscirkelarna, främst på grund av tidsbrist. Detta var dock inte förvånande eftersom samverkan tar tid och kräver engagemang från alla involverade. Endast fyra representanter återkopplade på sista versionen av dialogverktyget, vilket kan bero på tidsbrist eller att de inte kände att de hade mer att bidra med. Ett generellt problem för hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller att engagera sig i forskning är just tidsbrist [57] eller bristande finansiering för investerad tid [58]. Det är viktigt att man är medveten om detta i samband med samverkan, något som vi även beskriver inom området planering i dialogverktyget. Särskilt måste man diskutera roller och ansvar för att säkerställa att relevanta resurser finns tillgängliga för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna involvera sig i forskningsprojekt.

Deltagarna i forskningscirkelarna arbetade alla

inom hälso- och sjukvården med inriktning på åldrande och hälsa, och forskarna var verksamma inom samma område. Detta bidrar till en förståelse som kan påverka studiens trovärdighet och pålitlighet [48]. Samtidigt kan sådan erfarenhet och insikt stärka forskningen, om den används medvetet och reflekterande. En forskares egen erfarenhet inom området kan till exempel bidra till en djupare förståelse av data och deltagarnas perspektiv. Forskarnas reflexivitet är en viktig faktor inte endast under genomförandet av forskning, utan också vid samverkan [59].

Processen med samverkan genom forskningscirkel och peer review under forskarmöten var för vår del särskilt användbar eftersom den gav möjlighet till reflekterande under studiens gång. I forskning i samverkan behöver forskare också vara reflekterande när de "suddar ut" gränserna mellan att vara forskare som objektivt bedriver forskningen (outsider) och att själva vara involverade i forskningen (insider) och interagera med deltagarna. I forskningscirkel samskapas kunskapen och alla har inflytande, dock är det viktigt att forskarna, som kan ha en ledande roll i processen, inte ensidigt styr deltagarna i en viss riktning [59], utan är öppna för ett samskapande.

Slutsats

Denna studie resulterade i en beskrivning av två områden som är av vikt för att skapa en framgångsrik samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och forskare: *förutsättningar för framgångsrik interaktion* och *förutsättningar för framgångsrik arbetsgång*. Vi omsatte sedan resultatet i ett dialogverktyg som kan stödja båda parter i att samverka och integrera vetenskaplig och praktisk kunskap i samskapandet av ny kunskap. När kunskap integreras genom samverkan kan vårdens kvalitet förbättras, inte minst för äldre personer. Dialogverktyget är tänkt att underlätta denna samverkan genom att främja reflektion och diskussion kring viktiga aspekter

av samverkan, och det utgör därmed ett konkret stöd för dialog på jämlika villkor. Genom att omsätta resultaten från en kvalitativ analys i ett praktiskt verktyg tar studien sig an en välkänd utmaning vid forskningssamverkan: att överbrygga klyftan mellan teori och praktik. Verktyget är tänkt att vara användbart för båda parter, men en systematisk utvärdering av dess användbarhet och nytta behövs.

Tack

Författarna riktar ett stort tack till den grupp med representanter för hälso- och sjukvårdspersonal som varit involverad i forskningscirkeln. Studien finansierades av Forte (2016–07090).

Christine E. Laustsen var under studiens utförande ansluten som doktorand till den nationella forskarskolan inom åldrande och hälsa, SWEAH.

Co-creating a dialogue tool for collaboration between healthcare professionals and researchers in research projects

Abstract. In this study a dialogue tool for collaboration between health care professionals and researchers was co-created. This collaboration can contribute to enhancing the quality of practice, and thereby the care provided to older adults.

Data from three previous research studies focusing on health care professionals' involvement in research on ageing and health were analysed using qualitative content analysis. The qualitative analysis resulted in two main categories – *Prerequisites for successful interaction in collaboration* and *Prerequisites for a successful work process in collaboration* – with underlying subcategories.

Through research circles involving health care professionals, the results of the analysis were synthesised and validated, and a dialogue tool building on the categories was co-created as a support for health care professionals and researchers wishing to collaborate in research. The dialogue tool integrates scientific and practical knowledge and is intended to facilitate and

improve collaboration by highlighting key areas for discussion, reflection, and decision-making, as well as to support an equitable dialogue.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
2. Världshälsoorganisationen WHO. *UN Decade of healthy ageing: Plan of action 2021–2030*. Världshälsoorganisationen WHO; 2020.
3. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M m fl. *Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories*. Lancet. 2018;392(10159):2052-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)
4. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B m fl. *Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses*. Lancet. 2015;385(9968):649-57. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61464-1)
5. Reason P, Canney S. *Action research and ecological practice*. I: Bradbury H, redaktör. The Sage handbook of action research. 3:e uppl. Sage publications; 2015. s. 553-63. <https://doi.org/10.4135/9781473921290.n57>
6. Jull J, Giles A, Graham ID. *Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. Implementation science*. 2017;12(1):150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
7. Cornwall A, Jewkes R. *What is participatory research?* Social science and medicine. 1995;41(12):1667-76. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-S)
8. Hughes I. *Action research in healthcare*. I: Reason P, Bradbury H, redaktörer. Action research: participative inquiry and practice. 2:a uppl. Sage Publications; 2008. s. 381-93. <https://doi.org/10.4135/9781848607934.n33>
9. Nyström ME, Strehlenert H. *Advancing health services collaborative and partnership research; comment on "Experience of health leadership in partnering with university-based researchers in Canada – a call to 're-imagine' research"*. International journal of health policy and management. 2021;10(2):106-10. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2020.16>
10. Bullock A, Morris ZS, Atwell C. *Collaboration between health services managers and researchers: making a difference?* Journal of health services research and policy. 2012;17(Suppl 2):2-10. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.011099>
11. Boaz A, Hanney S, Jones T, Soper B. *Does the engagement of clinicians and organisations in research improve healthcare performance: a three-stage review*. BMJ Open. 2015;5(12):e009415. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009415>
12. Wensing M, Grol R. *Knowledge translation in health: How implementation science could contribute more*. BMC Medicine. 2019;17:88. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>
13. Belcher BM, Rasmussen KE, Kemshaw MR, Zornes DA. *Defining and assessing research quality in a transdisciplinary context*. Research evaluation. 2015;25(1):1-17. <https://doi.org/10.1093/reseval/rvv025>
14. van der Graaf P, Forrest LF, Adams J, Shucksmith J, White M. *How do public health professionals view and engage with research? A qualitative interview study and stakeholder workshop engaging public health professionals and researchers*. BMC Public health. 2017;17(1):892. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4896-1>
15. Bartunek JM, Rynes SL. *Academics and practitioners are alike and unlike: the paradoxes of academic-practitioner relationships*. Journal of management. 2014;40(5):1181-201. <https://doi.org/10.1177/0149206314529160>
16. Beckett K, Farr M, Kothari A, Wye L, le May A. *Embracing complexity and uncertainty to create impact: exploring the processes and transformative potential of co-produced research through development of a social impact model*. Health research policy and systems. 2018;16(1):118. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0375-0>
17. Rycroft-Malone J, Burton CR, Bucknall T, Graham ID, Hutchinson A, Stacey D. *Collaboration and co-production of knowledge in healthcare: opportunities and challenges*. International journal of health policy and management. 2016;5(4):221-3. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.08>
18. Augustinsson S, Petersson P. *On discharge planning: dynamic complex processes – uncertainty, surprise and standardisation*. Journal of research in nursing. 2015;20(1):39-53. <https://doi.org/10.1177/1744987114564257>
19. Svensson L, Ellström PE, Brulin G. *Introduction – On interactive research*. International journal of action research. 2007;3(3):233-49. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaoar-356352>
20. Van de Ven AH, Johnson PE. *Knowledge for theory*

- and practice. *Academy of management review*. 2006;31(4):802-21 <https://doi.org/10.5465/amr.2006.22527385>
21. Langley A, Lindberg K, Mørk BE, Nicolini D, Raviola E, Walter L. *Boundary work among groups, occupations, and organizations: from cartography to process*. *Academy of management annals*. 2019;13(2):704-36. <https://doi.org/10.5465/annals.2017.0089>
 22. Carlile PR. *Transferring, translating, and transforming: an integrative framework for managing knowledge across boundaries*. *Organization science*. 2004;15(5):555-68. <https://doi.org/10.1287/orsc.1040.0094>
 23. Filipe A, Renedo A, Marston C. *The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care*. *PLOS Biology*. 2017;15(5):e2001403. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2001403>
 24. Lindeberg K. *Samverkan*. Liber; 2009.
 25. Nonaka I. *A dynamic theory of organizational knowledge creation*. *Organization science*. 1994;5(1):14-37. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.14>
 26. Greenhalgh T, Jackson C, Shaw S, Janamian T. *Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study*. *Milbank quarterly*. 2016;94(2):392-429. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12197>
 27. Brante T. *Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner*. I: Lindh M, redaktör. *Profession och vetenskap – idéer och strategier för ett professionslärosäte*. Högskolan i Borås; 2009. Vetenskap för profession: 8. s. 15-34.
 28. Brante T. *Den professionella logiken: Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Liber; 2014.
 29. Aristoteles. *Nicomachean ethics*. Batoche books; 1999. [originalet publicerades ca 350 fvt.]
 30. Daniels N, Gillen P, Casson K. *Researcher practitioner engagement in health research: the development of a new concept*. *Research in nursing and health*. 2021;44(3):534-47. <https://doi.org/10.1002/nur.22128>
 31. Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, Schwartzman S, Scott P, Trow M. *The new production of knowledge*. Sage publications; 1994. <https://doi.org/10.4135/9781446221853>
 32. Stuhlfauth S, Knutsen IR, Foss C. *Users' and researchers' construction of equity in research collaboration*. *Health expectations*. 2020;23(2):296-305. <https://doi.org/10.1111/hex.13026>
 33. Ioannidis JPA. *Why most clinical research is not useful*. *PLOS Medicine*. 2016;13(6):e1002049. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002049>
 34. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. *Milbank quarterly*. 2004;82(4):581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00325.x>
 35. Larsson A-C, Nordmark, S. *Empowering dialogues. A way to democratise knowledge production? I: Gunnarsson E, Hansen HP, Steen Nielsen B, Sriskandarah N, redaktörer. Action research for democracy: new ideas and perspectives from Scandinavia*. Routledge; 2016. s. 75-89. *Routledge advances in research methods*; 17.
 36. Tenkasi RV, Hay GW. *Following the second legacy of Aristotle*. I: Shani AB, Mohrman SA, Pasmore WA, Stymne B, Adler N, redaktörer. *Handbook of collaborative management research*. Sage publications; 2008. s. 49-72. <https://doi.org/10.4135/9781412976671.n3>
 37. Cooke J, Langley J, Wolstenholme D, Hampshaw S. *"Seeing" the difference: the importance of visibility and action as a mark of "authenticity" in co-production; comment on "Collaboration and co-production of knowledge in healthcare: opportunities and challenges"*. *International journal of health policy and management*. 2017;6(6):345-8. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.136>
 38. Hickey DG. *The potential for coproduction to add value to research*. *Health expectations*. 2018;21(4):693-4. <https://doi.org/10.1111/hex.12821>
 39. Elo S, Kyngäs H. *The qualitative content analysis process*. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
 40. Holmstrand L, Härnsten G, Löwstedt J. *The research circle approach: a democratic form for collaborative research in organizations*. I: Shani AB, Mohrman SA, Pasmore WA, Stymne B, Adler N, redaktörer. *Handbook of collaborative management research*. Sage publications; 2008. s. 183-99. <https://doi.org/10.4135/9781412976671.n9>
 41. Härnsten G. *The research circle. Building knowledge on equal terms*. Swedish trade union confederation; 1994.
 42. Ståhl A, Carlsson G, Hovbrandt P, Iwarsson S. *"Let's go for a walk!": identification and prioritisation of accessibility and safety measures involving elderly people in a residential area*. *European journal of ageing*. 2008;5(3):265-73. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0091-7>
 43. Westergren A. *Action-oriented study circles facilitate efforts in nursing homes to "go from feeding to serving": conceptual perspectives on knowled-*

- ge translation and workplace learning. *Journal of aging research*. 2012;2012:627371. <https://doi.org/10.1155/2012/627371>
44. Laustsen CE, Petersson P, Westergren A, Haak M. *Involvement of professionals in research: knowledge integration, development of practice, and challenges: a group concept mapping study*. *Health research policy and systems*. 2021;19(1):115. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00763-5>
45. Laustsen CE, Westergren A, Petersson P, Haak M. *Conceptualizing researchers' perspectives on involving professionals in research: a group concept mapping study*. *Health research policy and systems*. 2021;19(1):39. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00685-2>
46. Laustsen CE, Petersson P, Westergren A, Haak M. *Exploring health professionals' experiences of being involved in a research project*. *Knowledge management research and practice*. 2021;19(2):230-8. <https://doi.org/10.1080/14778238.2020.1762253>
47. Merriam S, Tisdell E. *Qualitative research. A guide to design and implement*. 4:e uppl. Jossey-Bass; 2016.
48. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Utbildningsdepartementet.
49. Iwarsson S, Edberg A-K, Ivanoff SD, Hanson E, Jönsson H, Schmidt S. *Understanding user involvement in research in aging and health*. *Gerontology and geriatric medicine*. 2019;5:1-10. <https://doi.org/10.1177/2333721419897781>
50. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Sage publications; 1985.
51. Ross S, Lavis J, Rodriguez C, Woodside J, Denis JL. *Partnership experiences: involving decision-makers in the research process*. *Journal of health services research and policy*. 2003;8(Suppl. 2):26-34. <https://doi.org/10.1258/135581903322405144>
52. Pablos-Mendez A, Shademani R. *Knowledge translation in global health*. *Journal of continuing education in the health professions*. 2006;26(1):81-6. <https://doi.org/10.1002/chp.54>
53. Uvhagen H, von Knorring M, Hasson H, Øvretveit J, Hansson J. *Factors influencing early stage health-care-academia partnerships*. *International journal of health care quality assurance*. 2018;31(1):28-40. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-11-2016-0178>
54. Greenhalgh T, Hinton L, Finlay T, Macfarlane A, Fahy N, Clyde B m fl. *Frameworks for supporting patient and public involvement in research: systematic review and co-design pilot*. *Health expectations*. 2019;22(4):785-801. <https://doi.org/10.1111/hex.12888>
55. National institute for health research. *Guidance on co-producing a research project*. National institute for health research; 2021.
56. Turner S, Sharp CA, Sheringham J, Leamon S, Fulop NJ. *Translating academic research into guidance to support healthcare improvement: how should guidance development be reported?* *BMC health services research*. 2019;19(1):1000. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4792-8>
57. Di Bona L, Wenborn J, Field B, Hynes SM, Ledger R, Mountain G m fl. *Enablers and challenges to occupational therapists' research engagement: a qualitative study*. *British journal of occupational therapy*. 2017;80(11):642-50. <https://doi.org/10.1177/0308022617719218>
58. Laird Y, Manner J, Baldwin L, Hunter R, McAteer J, Rodgers S m fl. *Stakeholders' experiences of the public health research process: time to change the system?* *Health research policy and systems*. 2020;18(1):83. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00599-5>
59. Berger R. *Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research*. *Qualitative research*. 2015;15(2):219-34. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>