

Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta

ABSTRACT

Petersson, P (2009). Concretizing abstract concepts and complex situations in Swedish health and social care by using participatory action research. Örebro Studies in Caring Sciences 26, 67 pp.

This dissertation covers the subject of how abstract concepts and complex situations can be concretized through research together with practitioners. The dissertation is based on four empirical studies. The researcher role, the practitioner participation and the methods for data collection and analysis have varied.

In study I the concept 'Närsjukvård' was explored to understand how practitioners, managers and politicians in hospitals, primary health care and municipalities interpreted the concept. The researcher acted as consultant who collected data by interviews and questionnaires. Practitioners' participation was limited. 'Närsjukvård' was interpreted as accessibility to hospital beds, accessibility to primary health care, collaboration between care providers and continuity and developed home care. Study II aimed to explore how people experienced leg ulcer care. The researcher acted as a consultant who performed the interviews and analysed the data. Although the informants experienced their encounters with the nurses as satisfying, the study illuminated low participation in the care and low practitioner involvement in issues about daily living with the leg ulcer. The findings were brought back to the informants and the practitioners. The project did not proceed towards development and change. In study III the aim was to explore the Swedish concept 'trygghet' by using stories from daily life. Four older women were interviewed and the Story Dialogue method was used together with assistant nurses and registered nurses who participated in data collection and analysis. Two themes emerged: Sense of Security and factors strengthening the Sense of Security. Together with the assistant nurses, areas for improvements were identified. Study IV aimed to explore the discharge planning situation in order to generate ideas for development. Members from a discharge planning network participated in the whole research process. Conditions for a successful coordinated discharge planning situation were a system including: the participation of the patient, the competence of the staff and the support from the organisation. The group arranged a workshop about communication and interdisciplinary collaboration. The findings resulted in a form with self-evaluation questions.

In conclusion, this thesis illustrates that it is possible to clarify abstract concepts and complex situations together with practitioners. To do this successfully, sense making activities and to start from practitioners' experiences and their own context are key factors. The studies illuminate that building trust, relationship and sense of participation are essential in health and social care in general and specifically in the participatory action research process.

Keywords: Participatory Action Research, Story Dialogue Method, Health and Social Care, Concept Translation, Organisational Change, Leg Ulcer Care, Sense of Security, Discharge Planning

INGÅENDE ARBETEN I AVHANDLINGEN

I avhandlingen ingår fyra delarbeten. De refereras i texten med sin romerska siffra:

I. Petersson, P., Augustinsson, S., Springett, J., Blomqvist, K. Local interpretations of health policy concepts: the example of Närsjukvård in Sweden. (Submitted)

II. Petersson, P., Springett, J., Blomqvist, K. (2009) The triumph of hope over experience: Using patients' experiences to inform leg ulcer care through participatory action research. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 96-104

III. Petersson, P., Blomqvist, K. Sense of Security – Searching for its meaning by using stories. A participatory action research study in health and social care in Sweden. (Submitted)

IV. Petersson, P., Springett, J., Blomqvist, K. (2009) Telling stories from every day practice, an opportunity to see a bigger picture. A participatory action research project about developing discharge planning. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), 548-556

Respektive tidskrift och utgivare har givit tillåtelse att i avhandlingen trycka delarbete II och IV i sin helhet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	11
Forskningens kontext	11
TEORETISK GENOMGÅNG	13
Deltagarbaserad aktionsforskning	13
Aktionsforskning och vårdvetenskap	14
Deltagarbaserad aktionsforskning internationellt och i Sverige.....	15
Forskning och förändring.....	17
Motiv till avhandlingen.....	18
SYFTE	21
METODER	23
Förankringsprocess och urval	23
Datainsamlingsmetoder och analys.....	27
Studie I	27
Studie II	28
Studie III och IV	29
Etiska överväganden	31
STUDIERNAS FYND	35
Studie I. Tydliggörande av begreppet Närsjukvård.....	35
Studie II. Tydliggörande av innebörden av att vara patient med bensår i en vårdssituation	36
Studie III. Tydliggörande av begreppet trygghet	37
Studie IV. Tydliggörande av förutsättningar för en lyckad samordnad vårdplanering	38

METODOLOGISKA REFLEKTIONER	41
Tillitsskapande processer	41
Delaktighet	44
Strukturella hinder för deltagarbaserad aktionsforskning.....	44
DISKUSSION AV EMPIRISKA FYND	47
Tillitsfulla relationer förutsätter tillit till sig själv.....	47
Delaktighet som en viktig aspekt i vård och omsorg.....	48
Strukturella hinder för att utöva en vård och omsorg med vårdtagare i centrum.....	49
METODDISKUSSION	51
SLUTSATS	55
SUMMARY IN ENGLISH	57
TACK	61
REFERENSER.....	63

INLEDNING

Komplexiteten i att få resultat från vårdforskning att användas i vården och komma till nytta för patienter och/eller personal är väl känd (MacGuire, 2006). I mitt tidigare arbete som distriktssköterska och chef upplevdes resultat i vetenskapliga artiklar som svåra att tolka och omsätta i praktisk handling. Förutom att forskningsresultat ofta var svåra att konkretisera och omsätta i handling innehåller svensk lagstiftning många begrepp och visioner som personal måste förstå och förhålla sig till. Dessa begrepp och visioner är ofta så abstrakta att även de upplevs som svåra att omsätta i praktiken. Honnörsord som delaktighet och trygghet är exempel på visionära begrepp.

När jag fick möjlighet att genomföra en forskarutbildning med deltagarbaserad aktionsforskning som förhållningssätt blev det naturligt att inrikta forskningen på att, tillsammans med praktiker, försöka göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta och möjliga att omsätta i handling. Således berör denna avhandling abstrakta begrepp, komplexa situationer och deltagarbaserad aktionsforskning i vård och omsorg. Första studien berör begreppet Närsjukvård och är en kartläggning över hur personer beroende på deras domän- och organisations-tillhörighet tolkar begreppet. I övriga tre delstudier har jag tillsammans med personal undersökt om begreppen trygghet och samordnad vårdplanering samt den komplexa situationen att vara patient i en vårdssituation har kunnat tydliggöras med hjälp av olika metoder. Denna avhandling kommer att beröra både empiriska fynd från de enskilda studierna och metodologiska fynd från den deltagarbaserade aktionsforskningsprocessen.

Forskningens kontext

Samtliga fyra delstudier är utförda vid en forskningsplattform för Närsjukvård som har i uppdrag att utveckla, stötta eller utvärdera pågående projekt inom vård och omsorg i nordöstra Skåne. År 2003 startades ett omfattande förändringsarbete inom vård och social omsorg i Region Skåne. I den nya strukturen för vården i regionen skulle vården fördelas och anpassas utifrån olika patientgruppers behov (Region Skåne, 2003). Således delades den upp i fyra så kallade vårdlogiker: närsjukvård, specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård. Närsjukvård skulle vara basen för hälso- och sjukvården och ansvara för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. I arbetet betonades samverkan mellan sluten vård, primärvård samt kommunal vård och omsorg (Region Skåne, 2003). Förändringsarbetet skulle också forskningsanknytas varför

det i regionen togs beslut om att skapa en tvärvetenskaplig forskningsplattform som kunde stödja utvecklingsarbetet i Nordöstra Skåne. Nordöstra Skåne med en folkmängd på ca 173 000 personer består av två sjukhus samt ca 25 vårdcentraler som organisatoriskt tillhör primärvården utspridda i sex kommuner. Därtill kommer kommunal vård och omsorg i de sex kommunerna. Enligt en skiftlig överenskommelse mellan Region Skåne, de sex kommunerna i Nordöstra Skåne och Högskolan Kristianstad skulle forskningsplattformen stödja Närsjukvårdsutvecklingen genom att i nära samarbete med verksamheterna utveckla specifika forskningsprojekt (Region Skåne, 2002). Avsikten var att projektidéerna skulle komma från verksamheterna. En samordningsgrupp med medlemmar från samtliga samarbetspartners, vars uppgift var att följa, samordna och utveckla forskningssamverkan, skapades. Till forskningsplattformen anställdes en professor, tre lektorer och fem doktorander. Deltagarbaserad aktionsforskning bedömdes som en lämplig forskningsansats.

Att vara deltagarbaserad aktionsforskare är inte ett enmansarbete. För att kunna utvecklas behöver forskaren ha någon att reflektera tillsammans med. Det har inneburit att vi har varit minst två personer involverade i alla studier, ibland i hela forskningsprocessen, ibland i delar av den. Dock har jag valt att genomgående skriva i jagform. När jag använder begreppet vi syftar jag på mig och deltagarna i de olika projekten.

TEORETISK GENOMGÅNG

Deltagarbaserad aktionsforskning

Aktionsforskning är ett förhållningssätt som bygger på, att i samarbete, konstruera kunskap som leder till förändring. Sålunda är aktionsforskning inte en metod. Istället styr forskningsfrågan vilken eller vilka metoder som skall användas vid datainsamling och analys. Följaktligen kan både kvantitativa och kvalitativa metoder användas. I aktionsforskningslitteraturen betonas vikten av att de som är berörda av frågeställningen eller problematiken görs delaktiga i forskningen. Delaktighet ses alltså som en förutsättning för lärande och förändring. Genom att ta med människor i forskningsarbetet är intentionen att gapet skall minskas mellan teori och praktik (Heron & Reason, 2006). Aktionsforskning presenteras ofta som en cyklisk process innefattande problemorientering, planering, handling och utvärdering (Waterman, m.fl., 2001). Problemidentifieringsfasen syftar till att beskriva det problem som fokuseras ur olika deltagares perspektiv. I planeringsfasen tar deltagarna ställning till vilka förändringar som behöver genomföras med utgångspunkt från det som framkommit i problemidentifieringen. Utifrån dessa förslag planerar deltagarna för hur förändringar skall kunna realiseras i verksamheten och för hur effekterna skall utvärderas. Utvärderingsfasen innebär att på ett systematiskt sätt undersöka vilka effekter förändringsarbetet har medfört för de involverade. Ett forskningsprojekt som bygger på deltagarbaserad aktionsforskning kan rapportera resultat från de enskilda faserna liksom en processbeskrivning av hela förloppet.

Problemorienteringsfasen kan ske antingen genom att ett problem teoretiseras eller genom att praktiska problem undersöks (Waterman, m.fl., 2001). Dessa angreppssätt har sitt ursprung i två olika synsätt. Det emancipatoriska där syftet är att öka deltagarnas medvetenhet samt det pragmatiska som har till syfte att lösa ett praktiskt problem (Lundberg & Starrin, 2001). Det emancipatoriska brukar förknippas med begreppet deltagarbaserad aktionsforskning medan det pragmatiska synsättet förknippas med begreppet aktionsforskning. Dock används inte begreppen kongruent i litteraturen. I denna avhandling kommer jag att använda begreppet aktionsforskning som ett allmänt begrepp medan jag när jag beskriver de ingående delstudierna använder begreppet deltagarbaserad aktionsforskning.

Aktionsforskning och vårdvetenskap

Denna avhandling är inom ämnet vårdvetenskap, ett ämne där aktionsforskning som förhållningssätt är relativt nytt. Med hjälp av Kirkevold (2009) vill jag försöka placera in aktionsforskningen i en av tre uppfattningar om vad vårdvetenskap är eller bör vara, beskrivande, normativ eller kritisk-normativ vårdvetenskap. Den beskrivande vårdvetenskapen använder sig av ett objektiva synsätt där fenomenen förstås genom beskrivning, tolkning, förklaring och kritisk värdering av empirin. Denna utveckling av kunskap har inte som syfte att direkt kunna användas i praktiken. Den normativa vetenskapen utgår från en förutbestämd värde-mässig människo- och kunskapssyn där filosofin används som argument för hur vård och omsorg bör utformas. Syfte med den normativa vårdvetenskapen är därmed att den skall kunna ge vägledning vid ställningstagande i praktiken. Slutligen finns den kritisk-normativa vetenskapen som tar avstånd från att vetenskap är objektiv då den menar att subjektiva värderingar alltid finns med och att kunskapsutvecklingens egentliga mål är att bidra till en bättre praktik. Kirkevold (2009) hävdar att gamla föreställningar riskerar att konserveras med den beskrivande vårdvetenskapen. Med den normativa vårdvetenskapen finns en risk att alla gamla föreställningar lämnas. Därför behövs även den kritisk-normativa vårdvetenskapen för att försöka finna balans mellan de två ytterligheterna (Kirkevold, 2009). Sålunda menar Kirkevold att den kritisk-normativa vetenskapen införlivar handlingsperspektivet direkt i forskningen och därmed har som mål att forskningen ska bidra till att förändring sker i praktiken.

Aktionsforskningen har sina grunder i den pragmatiska filosofin som betonar att vi som individer erfar världen innan vi kan verbalisera den (Hartman, m.fl., 2003; Heron, 1996). Detta synsätt utgår från att människan bär på tyst kunskap som ofta tas för given och som är svår att uttala (Reason & Torbert, 2001). Den direkta erfarenheten, det vi känner, ser, hör eller tänker, behöver först reflekteras för att därefter kunna teoretiseras (Hartman, m.fl., 2003). Kunskap och lärande uppstår när människors erfarenheter tolkas och prövas. Därigenom uppstår en ny medvetenhet (Heron, 1996). Det är genom kommunikation och reflektion över erfarenheter och i den kontinuerliga relationen mellan tanke och handling som ny medvetenhet väcks (Dewey, 1997). Epistemologiskt betonar alltså aktionsforskningen att kunskap utvecklas och verbaliseras genom en ständig cirkulär process av reflektion och handling.

Aktionsforskningens metodologi bygger sålunda på delaktighet, dialog och reflektion där aktionsforskaren och övriga deltagare i forskningsprojektet utgår från tidigare erfarenheter och tillsammans utforskar problem i praktiken. Målet

är att öka förståelsen för problem eller händelser i vardagen samt att finna möjliga lösningar (Stringer & Genat, 2004).

Deltagarbaserad aktionsforskning internationellt och i Sverige

Aktionsforskning är relativt ovanligt inom ämnet omvårdnad. Munn-Giddings m.fl. (2008) fann i en databassökning med sökorden action research och nursing, 62 publicerade aktionsforskningsartiklar i Storbritannien mellan åren 2000 och 2005. I 90 % av dessa var det personal som deltagit som medforskare. Endast ett litet antal studier inkluderade vårdtagare. Görs motsvarande sökning men under de senaste fem åren, år 2005-2009 är tendensen densamma. I en sökning i en fulltextdatabas (Elin) under åren 2005 till 2009 var 89 av totalt 14791 publicerade artiklar klassificerade som aktionsforskning (Action Research). Vid denna sökning återfanns 28 studier utförda i Storbritannien, 15 studier i Australien och en svensk studie. I likhet med studien av Munn-Giddings m.fl. (2008) hade flertalet fokus på vårdpersonal eller studenter inom vårdutbildningar. Endast ett fåtal artiklar inkluderade vårdtagare. Dessa sökningar talar för att svensk aktionsforskning inom omvårdnad, i jämförelse med aktionsforskning i Storbritannien, ännu är mycket begränsad.

Aktionsforskare inom omvårdnad har inriktat sina studier olika. Vissa har tagit ett funktionellt perspektiv och vill mer direkt förändra vårdens innehåll och utförande (Granerud & Severinsson, 2007; Hummelvoll & Severinsson, 2005; Tishelman, m.fl., 2008). Ett exempel är Graneruds (2007) studie där forskare tillsammans med vårdpersonal utvecklade en utbildning om sociala nätverk och integration av personer med psykiska funktionshinder i syfte att påverka praktiken. Andra har anlagt ett perspektiv som syftar till att utveckla vården genom att utveckla personalens roll (Dewing & Traynor, 2005; Jinks & Chalder, 2007; Tutton, 2005; Löfman, m.fl., 2007). Jinks & Chalder (2007) har till exempel undersökt omfattning av och perspektiv på en konsultsjuksköterskas roll inom psykiatrisk vård. En ytterligare annan inriktning är att använda aktionsforskning för att utveckla omvårdnadsutbildningar. Som exempel kan nämnas Melrose (2006) som i sin studie undersökt vem studenter tar hjälp av när de går en webbaserad utbildning genom att följa studenterna och intervjuar dem under två år.

Ett fåtal forskare strävar efter att utveckla vården med hjälp av vårdtagarna själva. Som exempel kan nämnas Jones m.fl. (2008) som med hjälp av patienter med stroke och deras anhöriga lyckades identifiera områden där vården skulle kunna utvecklas. De australiensiska forskarna Koch och Kralik (2000) hade också ett vårdtagarperspektiv i sina studier. Deras forskning syftade till att undersöka

hur personer med kroniska sjukdomar uppfattar och upplever sin sjukdom. Genom att involvera dem i patientgrupper var målet att de skulle få djupare förståelse för sin sjukdom och bättre förutsättningar för att hantera vardagen med sjukdom (Koch, m.fl., 2000). En svensk studie med vårdtagarperspektiv (Hanson, m.fl., 2007) visade hur aktionsforskare tagit hjälp av personer med tidig demens och deras anhöriga för att utveckla ett dataprogram som ger stöd i vardagen.

Aktionsforskning är inte en metod utan ett förhållningssätt vilket innebär att olika metoder används för att samla data. Enkäter, intervjuer och/eller fokusgrupper verkar vara de vanligaste metoderna vid datainsamling. Som exempel kan nämnas Jinks & Chalder (2007) vars studie syftade till att kartlägga hur konsultsjuksköterskor inom psykiatrin såg på sin roll. Forskarna använde kartläggningen som diskussionsunderlag för att kunna planera för en utveckling och utvärdering av konsultrollen. I fokusgruppsintervjuer fick sjuksköterskorna fritt reflektera över sin roll som konsultsjuksköterska. Vid analysen, som forskarna utförde, framkom det olika dimensioner i rollen. Dessa dimensioner formulerades som olika påståenden. I en enkät fick därefter sjuksköterskorna värdera om de höll med om påståendet eller hade en avvikande mening. Forskarnas slutsats var att genom att sjuksköterskorna hade deltagit i studien hade de fått insikt i hur de själva skulle kunna designa en studie. De hoppades dessutom att kartläggningen skulle leda till skapandet av en framtida utvecklingsplan för rollen som konsultsjuksköterska.

Fokusgrupper där deltagarna får reflektera och hålla dialog över fynden verkar vara det vanligaste sättet att återföra fynd på. Till exempel återförde Coyer m.fl. (2007) i sin studie av familjefokuserad omvårdnad på en intensivvårdsavdelning, fynden till de deltagande sjuksköterskorna för att ge dem möjlighet att reflektera, diskutera och ge förslag till förändring.

Aktionsforskning har en lärande dimension vilken forskarna också tagit sig an på olika sätt. Vissa forskare använder utbildning som utgångspunkt för arbetet. Som exempel kan nämnas Granerud & Severinsson (2007) som i sin studie utbildade sjuksköterskor inom psykiatrin om sociala nätverk och integrering för psykiskt sjuka personer. Utbildningen genomfördes en gång i månaden under ett och ett halvt år och bestod av en kort föreläsning som följdes av en reflektiv dialog. Utbildningen utvärderades positivt, deltagarna ansåg att de hade fått många nya insikter som de skulle kunna använda i sitt arbete. Brist på tid och dåligt intresse från arbetskamrater och chefer blev ett hinder för att införa nya arbetsätt när de kom tillbaka till sin arbetsplats. Andra aktionsforskare utgår inte från utbildning utan använder istället frågeställningar som väckts i praktiken. Tutton (2005) intervjuade personal och patienter om deras syn på delaktighet hos äldre

patienter och återförde resultatet till personalen. Syftet var att höja personalens medvetenhet om hur de gjorde patienter delaktiga. Forskaren beskriver en ökad medvetenhet hos personalen samt smärre praktiska förändringar, bland annat infördes ett häfte med patienters levnadsbeskrivning.

I designen och planeringen av studierna involveras deltagarna olika. I Graneruds & Severinssons (2007) studie planerades exempelvis innehållet i utbildningen av deltagarna och forskarna tillsammans.

Vid design av ett aktionsforskningsprojekt kan det också finnas andra primära motiv än att nå förändring i vården. Till exempel ville Tishelman m.fl. (2008) uppnå ett bättre samarbete mellan praktik, utbildning och forskning. Kunskapsönskemål hos personalen inventerades genom enkäter och fokusgrupper och där efter fick studenter i uppgift att genomföra litteraturstudier för att belysa kunskapsfältet. Genom att återföra fynd från litteraturstudierna var förhoppningen att personalen skulle förändra vården. Resultatet visar på liten förändring i praktiken. Den största effekten av studien var en ökad medvetenhet hos studenterna som utfört litteraturstudierna.

Forskning och förändring

Enligt Heron och Reason (2006) är forskning traditionellt sedd som en aktivitet som skall utföras av forskare från universitet eller andra forskningsinstitut. Kunskap som produceras av forskaren anses vara av ett annat slag än praktisk kunskap baserad på erfarenhet (Svensson & Aagaard Nielsen, 2006). Kunskap uppfattas också ofta som möjlig att sprida. Synsättet bygger på uppfattningen att genom upplysning ändras rutiner och förhållningssätt i vården. Samtidigt har McCaughan m.fl. (2002) med sin forskning visat att personal upplever att forskningsresultat är svåra att tolka och att resultaten ofta saknar klinisk relevans. En förklaring kan vara att resultaten är abstrakta och långt ifrån personalens egen kontext. De blir därmed svåra att omsätta i den egna verksamheten. Greenhalgh m.fl. (2005) som utfört en systematisk genomgång av forskning om spridning av ny kunskap kommer fram till att det inte finns en enkel linjär väg för implementering av forskningsresultat i vården: ”det kommer alltid att finnas ett behov av att tolka forskning och teorier utifrån praktiska strategier, processer och metoder och med hänsyn till unika kontextuella faktorer i organisation och omgivning” (min översättning) (Greenhalgh, m.fl., 2005 s.220). Greenhalgh menar att för att kunna omsätta forskningsresultat och teorier i praktiken krävs reflektion, där den nyframtagna kunskapen jämförs med den nuvarande och där den rådande kunskapen ifrågasätt och omvärderas. Att tydliggöra och problematisera rådande

värderingar och normer får därmed stor betydelse. Att ifrågasätta rådande värderingar och normer är inte oproblematiskt då de som regel är osynliga element i vår livsvärld, den verklighet som vi tar för given och sann (Goodenough, 1971).

Epistemologiskt är aktionsforskning ett förhållningssätt som bygger på att i samarbete konstruera kunskap som leder till förändring. En aktionsforskares roll är därför inte bara att ta fram ny kunskap genom observation, analys och tolkning. I aktionsforskning ingår också att vara den som stödjer och för en kritisk dialog och reflektion för att tydliggöra rådande värderingar och normer samt omvärdera eller värdera rådande kunskap och se möjliga handlingsalternativ. Dialog och reflektion blir här två nyckelaspekter för att åstadkomma förändring. Schön (1983) betonar att utan reflektion utförs handlingar av gammal vana. Balfour m.fl. (2001) visar i en studie av personals syn på patienters förmåga att sköta sin egen medicinering att attityder och antaganden behöver ändras för att en förändring skall ske (Balfour & Clarke, 2001).

Även om förändring måste börja hos individen finns yttre faktorer som påverkar en förändring. Balfour (2001) visar i sin litteraturgenomgång att ledningens och medarbetarnas intresse har en stor inverkan på om det sker en förändring eller ej. Detta visar också Reed (2005), och Granerud (2007) i sina studier. Granerud lyfter fram hur motstånd från arbetskamrater, tidsbrist och det faktum att inga chefer deltog i studien blev hinder för att genomföra förändringar. Reed (2005), som i sin studie utvecklade ett nytt formulär som stöd vid utskrivning av äldre patienter, fann att personalomsättning var en yttre faktor som försvårade införandet. Hon diskuterar också risken att lokalt framtagna dokument inte får samma dignitet som officiellt framtagna dokument.

Således är förändring en komplex process som innefattar både inre faktorer hos individer och yttre faktorer hos organisationen. För att en förändring skall komma till stånd måste den starta hos den enskilde individen eftersom förändring börjar med ifrågasättande av rådande föreställningar.

Motiv till avhandlingen

Aktionsforskningens intention är att förena teori och praktik genom att börja i människors erfarenheter och utforska dessa i samverkan mellan aktionsforskare och medforskare. Genom att göra personer delaktiga i reflektion och dialog ges förutsättningar för utveckling. Litteraturgenomgången tyder på att studier som bygger på deltagarbaserad aktionsforskning är sällsynta inom svensk omvårdnadsforskning. Jag vill därför med denna avhandling fördjupa kunskaperna om

hur det är att använda deltagarbaserad aktionsforskning inom svensk vård och omsorg.

SYFTE

Forskaren i deltagarbaserad aktionsforskning styr inte ensam över forskningsprocessen. Därför har det övergripande syftet med denna avhandling kommit att förändras och utvecklas över tid till att undersöka om och hur deltagarbaserad aktionsforskning kan användas för att tydliggöra begrepp och komplexa situationer i olika vårdkontext. Forskarrollen och graden av deltagarnas medverkan har varierat och olika metoder har prövats i fyra olika delstudier.

Delstudierna

De fyra delstudierna har haft enskilda syften. I studie I var syftet att tydliggöra innebörden av begreppet Närsjukvård. Studie II syftade till att tydliggöra innebörden av att vara patient med bensår i en vårdsituation. Studie III syftade till att tydliggöra begreppet trygghet. I den fjärde och sista delstudien (IV) var syftet att tydliggöra förutsättningar för en lyckad samordnad vårdplanering.

METODER

Baserat på de erfarenheter jag har gjort under avhandlingsarbetet har metoderna förändrats över tid från traditionella datainsamlingsmetoder som individuella intervjuer till metoder som bygger på hög grad av delaktighet i forskningsprocessen. Min forskarroll har också förändrats över tid. Stoecker (2003) benämner aktionsforskarens olika roller som initiativtagaren, konsulten och/eller samarbetspartnern. Som initiativtagare är det forskaren som har en idé om vad som kan vara intressant att utforska och som därför tar initiativ till forskningen. Konsulten får ett forskningsuppdrag från praktiken men utför som regel forskningen själv. Samarbetspartnern planerar och utför forskningen tillsammans med uppdragsgivaren. Förutom att forskarrollen har varierat i de fyra studierna har också datainsamlings- och analysmetoder varierat (tabell 1).

Förankringsprocess och urval

Eftersom forskningen skulle utgå från ett problem eller en frågeställning i praktiken har verksamhetsföreträdare varit med i planering och design av studierna. Graden av medverkan i studiedesign har varierat. Dock har jag i samtliga delstudier tagit initiativ till att formulera studiernas forskningsfrågor.

I studie I undersöktes begreppet Närsjukvård då det inte fanns en tydlig definition av begreppet trots att begreppet var centralt för det genomgripande förändringsarbetet i Nordöstra Skåne och för forskningsplattformens uppdrag. Dokumenten Skånsk Livskraft 2003 och 2004 (Region Skåne, 2003; Region Skåne, 2004) klargjorde inte tydligt vad Närsjukvård innebar. Forskningsplattformen tog initiativ till denna studie och idén att undersöka begreppet Närsjukvård förankrades i forskningsplattformens samordningsgrupp. Frågeställningen ansågs vara intressant då medlemmarna i samordningsgruppen hade ett visst ansvar för Närsjukvårdsutveckling genom att alla hade någon ledande position ute i verksamheterna. Beslut togs att undersöka vad praktiker, ledare och politiker från sjukhusen, primärvården och kommunerna lade för innebörd i begreppet Närsjukvård.

Tabell 1. Presentation av samtliga studier utifrån forskarens roll, metoder för datainsamling och analys, tidsaspekt samt utfall.

Studie	Syfte med studien	Forskarens roll	Datainsamling/Analys	Tidsaspekt	Utfall
I	Att undersöka innebörden i begreppet Närsjukvård	Initiativtagare Konsult	Strukturerade intervjuer Enkäter Innehållsanalys Statistik Återföring	Intervjuer 2004 Presentationer 2006 Enkäter 2007 Återföring 2009	Vetenskaplig artikel
II	Att undersöka hur personer med bensår upplevde att vara patient i en vårdssituation.	Initiativtagare Konsult	Semistrukturerade intervjuer Innehållsanalys Presentationer i projektgrupp med möjlighet till reflektion Member-check med informanter	Intervjuer, analys, återföring och member-check under totalt 14 månader, vintern 2004-våren 2006	Vetenskaplig artikel
III	Att tillsammans med praktiker och äldre undersöka innebörden i begreppet trygghet	Initiativtagare Konsult Samarbetspartner	Story Dialog metoden med positiva berättelser Intervjuer Återkopplingsmöten	Tre möten á tre timmar per grupp under totalt fyra månader Återkoppling sex månader senare 2008-2009	Idéer om förändringsområden Vetenskaplig artikel
IV	Att tillsammans med praktiker tydliggöra förutsättningar för en lyckad vårdplanering	Initiativtagare Samarbetspartner	Story Dialog metoden med positiva berättelser Medverkan av deltagarna i hela forskningsprocessen	Sex möten á tre timmar under totalt sex månader 2007 Fortsatt medverkan i gruppen	Idéer om förändringsområden Utvärderingsformulär Kompetensutvecklingsdag Vetenskaplig artikel

Studien genomfördes i två steg. För att få insikt i vilka innebörder som tillskrevs begreppet Närsjukvård och för att få ett underlag för att konstruera en enkät valdes, i första steget, 57 yrkesverksamma från det direkta vårdarbetet och ledningsnivå vid sjukhus, vårdcentraler samt kommunal vård ut för en intervju. De intervjuade representerade olika yrken som arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska och socialarbetare. Urvalet till intervjuerna skedde från andra projekt vid forskningsplattformen. I ett andra steg konstruerades en enkät utifrån intervju svaren. För att få tillgång till respondenter togs kontakt med chefer inom kommun, primärvård och på sjukhusen. Då jag var beroende av chefernas hjälp med utdelning av enkäter fick dessa ta beslut om tillvägagångssätt. Kommunernas representanter valde att dela ut pappersenkäter medan sjukhusen och primärvården istället valde en elektronisk enkät som skickades till de anställdas mailadresser. Urvalet till enkäten utökades också med politiker. Enkäten delades ut till samtliga politiker med uppdrag inom vård och omsorg i regionen och i de sex kommunerna samt till ledare och praktiker inom den slutna vården, primärvården och inom den kommunala vård och omsorgen. Totalt utdelades 5592 enkäter. Svarefrekvensen var 24 % (n=1361).

I studie II var syftet att tydliggöra hur personer med bensår upplevde hur det var att vara patient i en vårdssituation. Studien utgick från ett projekt som hade i uppdrag att tydliggöra vårdprocesser och skapa vårdprogram för patienter med bensår. Eftersom jag i mitt tidigare arbete som distriktssköterska har mött många patienter med bensår tog jag initiativ att träffa projektgruppen. Målet var att tillsammans skapa projektidéer och planera en studie med relevans för dem. Projektgruppen bestod av sjuksköterskor och läkare från primärvård, kommunal hälso- och sjukvård samt från en specialistmottagning vid ett sjukhus. När jag träffade projektgruppen första gången hade de redan kommit långt i sin process. Projektgruppen hade utarbetat en sårvårdspärm i syfte att all personal, oavsett arbetsplats skulle behandla patienterna enligt ett vårdprogram som byggde på evidens. En sårvårdsjournal som skulle följa patienten hade också utvecklats. Då deltagarna i projektgruppen enbart hade utgått från det professionella perspektivet beslutade vi i samråd att min forskning skulle inriktas på vad patienterna tyckte om förändringarna. Sjuksköterskorna i projektgruppen, hjälpte mig i urvalsprocessen genom att tillfråga alla patienter, förutom de som uppfattades alltför trötta eller sjuka. Inklusionskriterierna var att patienterna skulle ha bensår, blivit behandlade minst en månad i primärvården samt vara villiga att dela med sig av sina erfarenheter som patient. Samtliga nio patienter som tillfrågades, fyra män och fem kvinnor mellan 52 och 95 år, tackade ja. Bensårsdebuten varierade och låg mellan tre månader och 22 år tillbaka i tiden. Då det fanns en spridning i duration, ålder och kön bedömdes antalet informanter vara tillräckligt.

I studie III var syftet att tydliggöra begreppet trygghet. Studien planerades efter upprepade möten med två sjuksköterskor som arbetade inom kommunal hälso- och sjukvård. Sjuksköterskorna uttryckte frustration över att personal inom vård och omsorg uppfattade trygghet olika. Jag föreslog att vi tillsammans med äldre, undersköterskor från omsorgen och sjuksköterskor från den kommunala vården skulle undersöka innebörden av begreppet trygghet för att därefter mötas och reflektera över resultatet tillsammans. För att förankra idén på ledningsnivå skrevs en projektplan och en förhandling påbörjades med berörda personer på mellancheftsnivå. Först efter åtta månader, och då efter att en person på högsta ledningsnivån fått vetskap om projektplanen, startade studien. Sjutton undersköterskor från samma upptagningsområde som de två sjuksköterskor som väckt projektidén tillfrågades om de ville delta i studien. Sju av dessa tackade ja, slutligen kom sex undersköterskor att delta. På grund av hög arbetsbelastning kunde inte de ursprungliga två sjuksköterskorna delta. Istället tillfrågades sex sjuksköterskor från ett annat upptagningsområde. Fem av dessa tackade ja till att delta i studien. Projektplanen presenterades också vid ett möte med anställda på mellancheftsnivå och de inbjöds också att vara med. På grund av för hög arbetsbelastning avstod även mellancheferna från att delta. Urvalet av vårdtagare skedde genom undersköterskorna. Inklusionskriterier var att ha beviljats bistånd, kunna och vilja berätta om upplevelser av trygghet. Fem kvinnor och en man som undersköterskorna uppfattade som trygga tillfrågades. Samtliga fem var positiva till att delta, dock tackade en man och en kvinna senare nej på grund av hälsoskäl. Undersköterskorna deltog också i arbetet med att utforma informationsbrevet till vårdtagarna. I det slutliga urvalet till studien ingick fem sjuksköterskor, sex undersköterskor och fyra vårdtagare.

I studie IV var syftet att tillsammans med medlemmar i ett vårdplaneringsnätverk tydliggöra förutsättningar för en lyckad vårdplanering. Medlemmarna i nätverket var sjuksköterskor med ansvar för samordnade vårdplaneringar på sjukhusen, sjuksköterskor och skötare från psykiatriska kliniken och sjuksköterskor med ett extra stort intresse för samordnade vårdplaneringar från den kommunala vården och primärvården samt biståndsbedömare från de sex kommunerna i Nordöstra Skåne. Nätverkets uppdrag var att bevaka forskning och sprida kunskap om samordnad vårdplanering ut till verksamheterna samt verka för utveckling av individuella vårdplaner och se till att ny kunskap och rutiner omsattes praktiskt. Studien initierades efter att jag via en doktorandkollega fått kontakt med nätverket. Jag blev inbjuden till ett av deras möten för att berätta vem jag var. Jag strävade efter att gå in förutsättningslöst, utan någon färdig idé om forskningsinriktningen. Istället berättade jag om deltagarbaserad aktionsforskning och att jag kunde vara samarbetspartner i deras uppdrag att finna lösningar på problem med samordnade vårdplaneringar. Efter ytterligare två möten upplevde jag fortfarande viss tveksamhet hos medlemmarna i nätverket. Denna

upplevelse fick mig att arrangera ett enskilt möte med nätverkets samordnare där vi fick möjlighet att lära känna och komma varandra närmare. Vid nästa möte med hela nätverksgruppen togs beslut om att starta ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt. Medlemmarna i nätverket hade ingen möjlighet att delta vid samtliga träffar på grund av sitt ordinarie arbete varför deltagarna kom att bestå av en kärngrupp med två sjuksköterskor från sjukhusen, en sjuksköterska från primärvården, en sjuksköterska från en av kommunerna i nordöstra Skåne, en skötare från den psykiatriska slutenvården samt jag själv. Därutöver kom och gick andra deltagare från nätverksgruppen. Tillsammans i gruppen formulerades forskningsfrågan, *vad krävs för att en vårdplanering skall kunna utgå från patienters och närståendes behov och önskningsar?*

Datainsamlingsmetoder och analys

Studie I

I studie I användes intervjuer och enkäter som datainsamlingsmetoder. Med utgångspunkt från fynden i intervjustudien konstruerades en enkät. Informanterna besvarade frågan *Vad betyder Närsjukvård för dig*. Intervjuerna skedde både via telefon och vid personliga möten. Samtliga intervjuer bandinspelades. Intervjuerna varierade i längd, vissa varade endast några få minuter medan andra varade cirka 20 minuter. Analysen skedde genom att intervjumaterialet lästes igenom ett flertal gånger. Vid genomläsningen noterades nyckelord som sorterades in under tre områden: Närsjukvårdens *funktion* (tillgänglighet, samarbete, kontinuitet), Närsjukvårdens *organisation* (sjukhusbäddar, primärvård, hemsjukvård) och Närsjukvårdens *problemmråde* (vanliga sjukdomar, komplexa behov). Utifrån innehållet i dessa områden skapades en typologi eller en idealtypsmodell (Eneroth, 1984). En idealtypsmodell skapas av olika sorters uttalanden som berör det som utforskas. De olika typerna konstrueras så de utesluter varandra men täcker hela datamaterialet. Avsikten är att varje typ ska illustrera det typiska, det centrala i datamaterialet, som i detta fall handlade om innebörd av begreppet Närsjukvård (Figur 1).

Med hjälp av idealtyperna i den konstruerade idealtypsmodellen skapades enkäten. I den fick respondenterna prioritera ett av fyra påståenden vad de ansåg Närsjukvård skulle prioritera. Utöver att prioritera mellan de fyra påståendena hade respondenterna också möjlighet att ge sin egen syn på Närsjukvård. Enkäten analyserades med beskrivande statistik och Chi-Square test användes för att jämföra skillnader på organisations- och domännivå. Datamaterialet analyserades med hjälp av programvaran SPSS 16.0.

Närsjukvård är

- Tillgänglighet till sjukhusbäddar för personer med vanliga sjukdomar
- Tillgänglighet till primärvård för personer med vanliga sjukdomar
- Samarbete mellan vårdgivare för personer med komplexa behov
- Kontinuitet och utveckling av hemsjukvård för personer med vanliga sjukdomar

Figur 1. En typologi över begreppet Närsjukvård

Studie II

I studie II intervjuades patienterna av mig. Intervjun startade med en öppen fråga där jag bad personerna berätta om första gången de fick bensår. Avsikten med den öppna frågan var att undvika att intervjun inriktades på att värdera och bedöma vården och istället få informanterna att tala om sina erfarenheter av att vara patient med bensår. En ytterligare intention med den öppna ingångsfrågan var att få dem att känna sig bekväma i intervjusituationen och låta intervjun bli mer som ett informellt samtal. Intervjuerna utgick från en intervjuguide (Kvale, 1997) som bestod av fyra övergripande områden: upplevelser och erfarenheter av behandlingen, upplevelser och erfarenheter av informationen, kontakterna med vårdpersonalen samt förslag på hur vården kunde förbättras.

Att analysera är ett kreativt arbete som inte så lätt låter sig beskrivas då det inte är linjärt utan cirkulärt och där man går fram och tillbaka för att fånga innebörden i texten. Vid analysen lät jag mig inspireras av Polkinghorn (2006) som varnar för att slaviskt följa en metod med risk att tappa viktiga insikter. Inspirerad av honom lät jag mig vägledas av det budskap texten gav. Som ett första steg i analysen lästes alla intervjuer igenom ett flertal gånger av mig och min handledare. Syftet med dessa genomläsningar var att få insikt i vad patienterna talade om. I texten gav informanterna uttryck för att vara väldigt nöjda med vården men det fanns också något i texten som inte så lätt lät sig fångas. I ett nästa steg skapades därför två paradigfall (Dunlop, 1994). Paradigmfallen byggdes upp från det som tolkats som centralt i intervjuerna; att patienterna var nöjda men att de pratade mer om relationer med vårdpersonalen än om bensårsbehandlingen. Deltagarna i projektgruppen fick läsa paradigfallen och verifierade tolkningen. I ett andra steg lästes alla texter igenom mer systematiskt, rad för rad. Vid denna genomläsning upptäckte jag att informanterna använde uttrycken vi, jag, mig och hon i olika sammanhang, det som handlade om dem själva, det som berörde det dagliga livet med bensår och det som handlade om behandlingen av bensåret. Därför kategoriserades materialet in i tre delar med fokus på hur informanterna uttryckte sig gällande sig själv i vårdsituationen (vi), gällande det dagliga livet med bensåret (jag)

och gällande behandlingen av bensåret (hon, sjuksköterskan). I ett tredje steg tolkades texten latent för att finna den underliggande meningen i de tre kategorierna. Materialet återkopplades i dialogmöten med de intervjuade personerna och med projektgruppen. Efter dessa både dialogmöten besvarades slutligen frågan om hur det är att vara patient med bensår med tre teman: *att känna sig jämlik, att behålla erfarenheter om sitt dagliga liv med bensår för sig själv* och *att lämna över såret till experterna*.

Studie III och IV

I studie III och IV samlades data in genom intervjuer med äldre personer och via berättelser från personalens vardag. De äldre intervjuades enskilt (III) medan vi i personalgrupperna använde Story Dialog metoden (III, IV). I studie III användes Story Dialog metoden i homogena grupper med undersköterskor respektive sjuksköterskor där de ombads att berätta om situationer i deras arbete eller vardagsliv då de känt sig trygga. I studie IV ingick olika professioner från olika organisationer i en och samma grupp. De ombads skriva ner berättelser om samordnade vårdplaneringar de uppfattat som lyckade.

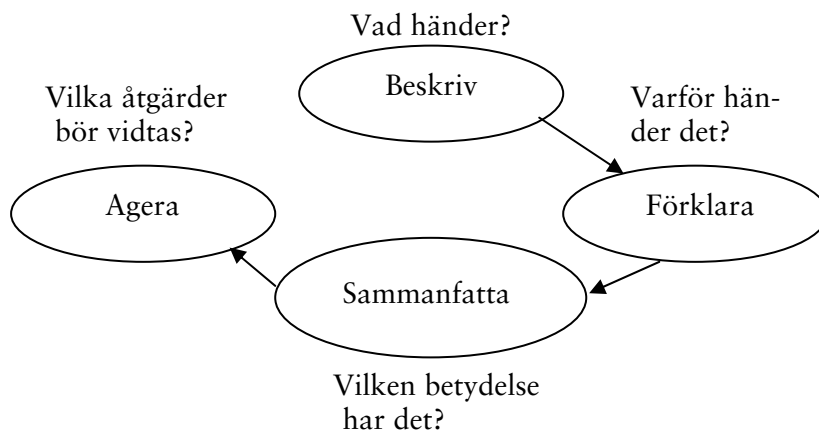
Berättelser

Berättelser är grundläggande för mänskligt tänkande och mänsklig samvaro (van Manen, 1990). Genom berättelser skapar vi mening (Skott, 2004) och eftersom det som berättas finns i ett sammanhang får vi förståelse för situationer och människor. Händelser blir konkreta, berättelsen underlättar för människor att känna igen sig eller att sätta sig in i den andres situation. Blomqvist (2009, sid 16) uttrycker det som att ”en bra berättelse ’kittlar’ lyssnaren genom att väcka både tankar och känslor. Den får lyssnaren att känna igen sig och associera till den”. Även om starka berättelser ofta har karaktären av eländesbeskrivning så behöver de inte handla om det negativa. Blomqvist (2009) menar att vi ofta kan lära mycket av att försöka förstå sånt som har blivit bra och av situationer som från början varit kaotiska men där det skett en vändpunkt. Berättandet får oss att reflektera över våra egna liv (Labonte & Feather, 1996) och ger ofta insikter vi inte tidigare haft. Att berätta och reflektera över berättelser kan också göra att man får syn på självklara saker, det som finns i vardagen som vi lätt tar för givet.

Labonte och Feather (1996) har utvecklat Story Dialog metoden där berättelser används som hjälp till praktiker för att lösa problem, kritiskt reflektera och utveckla sin professionalitet. Metoden bygger på att en grupp deltagare delar med sig av berät-

telser från vardagens praktik för att därefter fritt reflektera över innehållet i dem. I nästa steg hålls en strukturerad dialog med hjälp av frågorna: vad händer i berättelsen, varför händer det, vilken betydelse har det inträffade och vilka åtgärder behöver vidtas för att lösa problemet.

Den strukturerade dialogen



Figur 2. Fritt ritat från Labonte och Feather Handbook on using stories in health promotion practice (1996)

Efter den strukturerade dialogen uppmanas samtliga deltagare att skriva ner sina insikter på insiktskort. De nedskrivna insikterna är det som deltagarna upplevt som särskilt viktigt att poängtera för att förstå problemet. Det kan vara frågor, något viktigt som kommit fram eller förslag på hur problemet kan lösas. Det finns inga fasta kriterier för vad som skall skrivas ner förutom att det skall vara en insikt som är värd att dela med sig till de andra i gruppen.

När samtliga insikter är nedskrivna sorteras dessa in i olika kategorier. Sorteringen kan liknas vid en innehållsanalys. Under denna process blir det tillfälle till att i gruppen föra en dialog och reflektera över vad som står skrivit på insiktskorten. När insikterna är kategoriserade får deltagarna till uppgift att skriva ner påståenden som sammanfattar kategorierna. Dessa påståenden ger en ökad insikt om det som berättats och kan användas på olika vis. I Story Dialog metoden deltar därmed deltagarna i både datainsamling och analys. Forskarens uppgift är att underlätta dialogen och att vara dialogpartner för att fördjupa förståelsen i det som undersöks.

I studie III deltog både undersköterskorna och sjuksköterskorna i Story Dialog metodens alla steg. Då de äldre inte ansåg sig ha ork att delta i en gruppaktivitet intervjuades de enskilt av mig. Vid intervjuerna bad jag de äldre att berätta om situationer där

de känt sig trygga. Intervjuerna varade mellan en och två timmar, spelades in på band och skrevs ut ordagrant. En av kvinnorna ville inte att intervjun skulle spelas in, istället skrevs stödord ner under intervjun.

Då avsikten var att göra *en* analys av hela materialet, intervjuerna med de äldre och materialet från Story Dialog metoden, fick jag i uppgift att analysera och tolka helheten. De äldres berättelser lästes igenom, meningsenheter identifierades och dessa kategoriserades. Kategorierna som framkom ur intervjuerna fick därefter verka som sorteringsinstrument för de kategorier som framkommit från undersköterske- och sjuksköterskegruppernas arbete med Story Dialog metoden. Efter många reflektiva diskussioner tillsammans med min handledare och efter nya kategoriseringar framstod två teman; *Trygghet som en inre känsla* samt *faktorer som stärker en inre känsla av trygghet*.

I studie IV gick vi igenom alla faserna i Story Dialog metoden under totalt sex möten à tre timmar. Vid första mötet läste vi igenom och reflekterade över tre berättelser som deltagarna hade skrivit. I följande möten fortsatte vi att reflektera tillsammans i dialogform, skrev insiktskort, sorterade och kategoriserade, för att så småningom komma fram till tre kategorier som tydliggjorde förutsättningar för en lyckad samordnad vårdplanering; *patientens delaktighet*, *vårdpersonalens kompetens* och *organisationens stöd*.

Etiska överväganden

Det etiska övervägandet ställs på sin spets i den deltagarbaserade aktionsforskningen. I denna forskningstradition är deltagarna inte bara informanter utan också aktiva deltagare då problem eller frågeställningar som är deras egna undersöks för att belysa och utmana för givet tagna antaganden (Stringer & Genat, 2004). Tanken är att fördjupade eller nya insikter skall kunna leda till en vilja att förändra. Att deltagarna själva tar aktiv del i den cykliska forskningsprocessen försvårar det etiska övervägandet då processen är omöjlig att förutsäga vid planering av projektet. Etiska överväganden måste istället ständigt vara närvarande i mötet mellan forskaren och deltagarna. Dock bör alla etiska frågeställningar som kan förutses övervägas och prövas innan forskningen påbörjas.

Att ta ställning till hur man på bästa sätt skyddar deltagare i forskningsprojekten mot att ta skada är en central aspekt av forskningsetiska överväganden. Frivilligheten blir här mycket väsentlig (Vetenskapsrådet, 2002). För att deltagarna skall kunna ta ställning till om de vill medverka, skall de informeras om studiens syfte, att de har rätt att avbryta sitt deltagande när helst de vill och vad forskningsresultaten skall användas till. Deltagarnas konfidentialitet måste också beaktas i det mottot att enskilda individer

inte skall kunna identifieras i avrapporteringen av forskningsresultaten (a.a.). Särskild stor vikt läggs vid att skydda människor som bedöms som sårbara.

Som deltagarbaserad aktionsforskare är man både en ledare och deltagare. Detta kan bli en paradoxal roll då forskaren samtidigt både skall leda och vara en jämlik deltagare (Mackewn, 2008). Dessutom skall forskaren vara den ”kritiska” vännen som hjälper till att belysa förgivet tagna antaganden hos gruppen och hos sig själv. Sannolikt kan det uppstå konflikter som måste lösas (Hart & Bond, 1995). Att bli ifrågasatt kan lätt tas som personlig kritik. I samvaron med mina deltagare har jag försökt leva efter dygdena vänskap, uppriktighet och att uttala mig eftertänksamt (Aristoteles, 1967). Genom att bygga vänskap och att vara uppriktig har jag strävat efter att skapa tillitsfulla relationer.

Enkätmaterialen i studie I är baserat på frågeformulär utan uppgift om namn eller arbetsplats. Tillvägagångssättet gjorde det därmed omöjligt att identifiera vare sig deltagare eller icke-deltagare i studien. Innan studierna I, II och III startade blev samtliga deltagare skriftligen informerade om studien syfte, att det var frivilligt att delta och vad studiens resultat skulle användas till. För att värna om och skydda deltagande patienter och äldre personer överlät jag uppgiften att identifiera lämpliga informanter samt att dela ut skriftlig information till personalen. Undersköterskorna i studie III deltog också i utformningen av ett informationsbrev till de äldre. Syftet var dels att ta hjälp av dem för att göra den skriftliga informationen så tydlig som möjlig och dels att låta dem delta i hela forskningsprocessen. Först därefter tog jag telefonkontakt med samtliga personer som lämnat informerat samtycke till att delta i studien och gav dem ytterligare information. I det sammanhanget upplystes de ånyo om att de kunde dra sig ur studien om de så önskade. De fick också bestämma om intervjun skulle bandinspelas samt plats för intervjun. Intervjuerna kom att ske i hemmet eller på vårdcentralen (II, III). Eftersom patienter och äldre personer med stöd från hemtjänst deltog i studie II och III prövades dessa studier i etiska nämnden vid högskolan Kristianstad.

För att deltagarna skulle känna sig trygga och fria att uttrycka sina uppfattningar genomfördes Story Dialog metoden i studie III i homogena grupper. Tanken var att därefter bjuda in deltagande äldre, undersköterskor, sjuksköterskor och chefer till ett gemensamt återföringsmöte för att diskutera fynden. Att vare sig chefer eller sjuksköterskor hade möjlighet att delta vid återföringen av resultaten kom att bli ett forskningsetiskt dilemma då jag, som forskare, saknade mandat att driva en förändring i deras verksamhet. I dialog med undersköterskorna togs beslut att ge mig uppdraget att föra upp fynden på ledningsnivå. När denna avhandling skrivs är uppdraget ännu inte utfört men en första kontakt är tagen med förvaltningsledningen i den aktuella kommunen.

I studie IV var deltagarna med och planerade och designade projektet, varför etiska frågeställningar diskuterades och beslut togs i gruppen. Deltagarna informerades om att förutom att fynden skulle presenteras skulle också hela forskningsprocessen analyseras och tolkas samt presenteras i avhandlingen.

STUDIERNAS FYND

Studie I. Tydliggörande av begreppet Närsjukvård

Begreppet Närsjukvård tillskrevs fyra olika meningar: *tillgänglighet till sjukhusbäddar för personer med vanliga sjukdomar, tillgänglighet till primärvården för personer med vanliga sjukdomar, samarbete mellan vårdgivare för personer med komplexa behov samt kontinuitet och utvecklad hemsjukvård för personer med vanliga sjukdomar.* Vissa ansåg att Närsjukvård handlade om tillgänglighet till sängplatser och menade att de patienter som behövde en sängplats lätt skulle få tillgång till en sådan. Patienter skulle kunna bli inlagda på en avdelning utan en första kontakt med akutmottagningen eller så skulle det finnas sängplatser i anslutning till vårdcentralen. Ett annat sätt att se på begreppet var att Närsjukvård handlade om tillgänglighet till primärvård. Det handlade om att vårdcentralen skulle vara geografiskt nära och lätt att komma till både via telefon och vid besök. Det skulle också vara lätt att få träffa de yrkeskategorier man som patient ansåg sig behöva. Närsjukvård som samarbete mellan vårdgivare var en tredje tolkning av begreppet. Vårdtagarna skulle inte märka nivåerna mellan kommunal vård, primärvård eller sjukhusvård utan behandlas i samverkan genom att närsjukvården tog hand om hela problembilden. Slutligen fanns det de som tillskrev Närsjukvård innebörden kontinuitet och utvecklad hemsjukvård. Närsjukvård existerade när det fanns kontinuitet i vården vilket innebar att vårdtagarna kände förtroende för vårdpersonalen och var kända av dem. Kontinuitet kunde handla både om att få vård i sitt hem med hjälp av till exempel kvalificerad hemsjukvård eller att få träffa samma läkare eller sjuksköterska när man sökte vården.

I enkäten tillskrevs Närsjukvårdsbegreppet oftast betydelsen tillgänglighet till primärvård (42 %) följt av samarbete mellan vårdgivare (34 %). Politiker och praktiker prioriterade tillgänglighet till primärvården högst medan tjänstemän på ledningsnivå prioriterade samarbete mellan vårdgivare högst. Ingen statistisk signifikant skillnad fanns mellan praktiker och politiker medan tjänstemän på ledningsnivå prioriterade samverkan högre än både politiker ($p=0.002$) och praktiker ($p=0.001$). Politiker och praktiker valde signifikant oftare att inte ta ställning än tjänstemän ($p<0.001$). Vid en jämförelse mellan organisationstillhörighet prioriterades tillgänglighet till primärvård högst av respondenter från kommunen medan respondenter från sjukhuset prioriterade samverkan högst. Respondenter från primärvården prioriterade tillgänglighet till primärvård och samverkan lika högt. Respondenter från kommunen prioriterade kontinuitet signifikant oftare ($p=0.005$) eller valde att inte ta ställning ($p=0.001$) oftare än respondenter från sjukhus och primärvård. Både respondenter från sjukhus ($p=0.009$)

och kommuner ($p=0.013$) prioriterade tillgänglighet till sjukhusplatser oftare än respondenter från primärvården.

Respondenterna från olika domäner uttryckte sig olika i den öppna frågan. Politiker och praktiker var konkreta och använde exempel från sin vardag medan tjänstemän på ledningsnivå uttryckte sig mer abstrakt och visionärt.

Fynden återfördes till medlemmarna i samordningsgruppen för Närsjukvård. Gruppen menade att det var problematiskt att det inte fanns någon enhetlig definition och att begreppet tolkades och tillämpades olika. Det nya begreppet hade bland annat inneburit att gamla enheter numera benämndes med ett namn innehållande Närsjukvård. Det som tidigare kallats för jourcentralen benämndes Närsjukvårdsakuten och verksamhetscheferna i primärvården benämndes Närsjukvårdschefer. Några av samordningsgruppens medlemmar uttryckte att de var medvetna om att befintliga verksamheter hade bytt namn utan att, på något mer genomgripande sätt, ha ändrat funktion.

Studie II. Tydliggörande av innebörden av att vara patient med bensår i en vårdssituation

Studien visade motsägelsefulla fynd. Tolkningen av fynden var att informanterna upplevde *en jämlikhet i mötet med sjuksköterskan* men valde trots detta att *undanhålla sjuksköterskan sina dagliga problem med bensåret* samt *lämnade över såret* till sjuksköterskan. När informanterna talade om mötet med sina sjuksköterskor betonade de relationen. De beskrev relationen som jämlik och ömsesidig och uppvisade tillit både till sig själva och till sjuksköterskorna. Vid mötet med sjuksköterskan pratade de mycket om varandras barn, barnbarn, väder och vind. Informanterna kände sig väl bemötta och trygga i omhändertagandet.

Samtidigt som de delade med sig av sin vardag med barn, barnbarn och väder och vind höll de sina upplevelser och funderingar om det dagliga livet med bensåret för sig själva. De hade, genom att lyssna på vänner eller läsa tidningsartiklar, funnit strategier för att hantera exempelvis värken som störde dem både dag och natt. De bar på många tankar som de inte delade med sjuksköterskorna. Sådana tankar handlade om de smärtstillande preparatens biverkningar, hur deras egen roll påverkade läkningsprocessen och hur de skulle kunna förebygga att nya sår skulle uppstå. Vissa informanter hade använt komplementära metoder och anlitat andra vårdgivare för att finna lösningar för att klara sin vardag, men valde att inte berätta om detta för sin sjuksköterska.

När informanterna pratade om bensåret föreföll det som att de lämnade över behandlingen till sjuksköterskorna. De trodde sig exempelvis inte vara kompetenta att bedöma och lägga om såret. Det fanns brister i kunskap om varför de skulle använda stödstrumpor eller hur de skulle kunna förebygga att nya bensår skulle uppstå. Fyndet tolkades som att det fanns brister i patientdelaktigheten.

Fynden återfördes till informanterna. Denna member-check ledde till att en kategori förändrades något. I övrigt validerade informanterna resultatet. Fynden återfördes också till medlemmarna i projektgruppen vars projekt var i slutfas i och med att ett vårdprogram och en sårvårdspärm var spridd ut i verksamheten. Då jag hade tolkat att det fanns tecken på brister i patienternas delaktighet föreslog jag att vi tillsammans skulle undersöka vad delaktighet innebar för personer med bensår. Projektgruppen var dock tveksam, då deras uppdrag var slutfört. Att undersöka patientdelaktighet skulle kräva ett nytt projekt. Istället kontaktades en annan grupp sjuksköterskor som också behandlade personer med bensår. Även denna grupp uttryckte tveksamhet varför aktionsforskningsprojektet aldrig övergick från problemorienteringsfas till planerings- och handlingsfas.

Studie III. Tydliggörande av begreppet trygghet

Fynden visade att trygghet var en *inre känsla som bestod av tillit både till sig själv och till andra*. Denna inre känsla, som byggdes upp redan i barndomen, möjliggjorde kontroll och förmåga att hantera oväntade situationer. Det fanns även *faktorer som kunde stödja tryggheten*. Dessa var *att finnas i en gemenskap med andra, att känna igen sig och att använda hjälpmedel*.

Att finnas i gemenskap med andra gjorde att de äldre kände sig trygga. Det var viktigt för dem att veta att de fick hjälp av någon som kände dem väl. Centralt i intervjuerna var relationen till närstående men de äldre uttryckte också att de var trygga då de fick hjälp av personal från hemtjänsten. Dock påtalade de brister i personalens kontinuitet och ansåg att samma person borde komma några dagar i rad. Även personalen betonade äldres behov av att finnas i en gemenskap och såg sig själva som trygghetskapare. För att kunna ge trygghet och sätta otrygga vårdtagare i centrum tvingades de ibland tänja på gränser genom att bryta mot regler och rutiner.

Att känna igen sig var en annan faktor som kunde stödja tryggheten. För de äldre handlade det om att känna igen sig i vanor och rutiner men också i tingen. Hemtjänstens fasta rutiner och att få omge sig med välkända ting som möbler och foton ingav trygghet. Personalen upplevde att genom att återskapa något som vårdtagaren kände igen, till exempel en konstgjord katt, blev vårdtagaren lugnare. Detta tolkades av personalen som att det välkända var viktigt för att uppnå trygghet. Men personalen

lyfte också fram exempel på centrala beslut som de själva inte enkelt kunde påverka men som gjorde deras vårdtagare otrygga. Ett exempel var när tidigare utskriven och välkänd medicin blev utbytt till ett billigare preparat. Detta gjorde vissa äldre vårdtagare otrygga då de inte kände igen medicinen. Ibland resulterade det i att den äldre personen vägrade ta medicinen. Trots att personalen inte hade mandat att ändra beslutet tog de ibland kampen för att vårdtagarna skulle få behålla den medicin de var vana vid. Förtryckta klockslag på färdigförpackade läkemedelspåsar var ett ytterligare exempel på en otrygghetsfaktor som personalen inte kunde styra över. Om personal inte infann sig vid det exakta klockslaget blev vårdtagarna ofta oroliga.

Olika hjälpmedel var en tredje faktor som kunde stödja tryggheten. De äldre uttryckte att rullatorn, den bärbara telefonen, griptången och trygghetslarmet var betydelsefulla faktorer för trygghet. Även personalen lyfte fram hur vetskapen om att, vid behov, kunna kalla på någon med hjälp av larmet ingav trygghetskänsla.

Till återföringsträffen inbjöds de äldre, undersköterskorna och sjuksköterskorna samt deras respektive chefer för att de tillsammans skulle få reflektera över fynden. De äldre avböjde att delta på grund av dålig ork. Undersköterskorna kom tillsammans med sin chef som nyligen tillträtt sin tjänst. Vid återföringsmötet bekräftade undersköterskorna analysen och gav ytterligare exempel på faktorer som kan stödja trygghet. En reflektion i gruppen var att äldre sannolikt använder trygghetslarmet för lite snarare än för mycket. Undersköterskorna såg att de kunde utforma en broschyr med viktiga telefonnummer som de äldre kunde använda när de inte ville larma. Det framstod dock att undersköterskorna ofta var fast i ett system som de själva inte hade mandat att förändra men som de ändå var tvungna att förhålla sig till för att de äldre skulle känna sig trygga. Dessa reflektioner tydliggjorde vikten av att redan i planeringen av ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt inkludera en person från verksamheten med ansvar för att driva förändringsarbete.

Studie IV. Tydliggörande av förutsättningar för en lyckad samordnad vårdplanering

Fynden visade att vårdplaneringssituationen var ett system innefattande tre delar, *patientens delaktighet, personalens kompetens och organisationens stöd*. Patientdelaktighet ansågs viktigt då en samordnad vårdplanering väckte existentiella tankar såsom vad kommer att hända med mig? kan jag flytta hem igen? Deltagarna reflekterade över att patientdelaktighet förutsatte att patienten var informerad och förstod vad en samordnad vårdplanering handlade om. De menade att en förberedd patient hade lättare för att uttrycka sina önskningar och behov. När vårdpersonalen inbjöd patienten till

dialog och gav dem möjlighet att uttrycka sina behov och önskningar insåg personalen att de inte själva borde eller behövde komma med sina förslag på lösningar. För att kunna eller vilja bjuda in till dialog krävdes att vårdpersonalen hade tillit till sig själva och inte såg sig som experten som satt inne på alla svar. Personal med självtillit och med kunskap om rutiner och om den samordnade vårdplaneringsprocessen samt med kommunikationskompetens hade bättre förutsättningar att genomföra en samordnad vårdplanering som uppfyllde patientens behov. När dessa kompetenser fanns menade deltagarna att de hade energi över till att både bjuda in patienterna och annan personal till dialog. Denna självtillit var avgörande för att våga släppa kontrollen och lyssna men också för att våga komma med annorlunda förslag så att patienters, närståendes och annan personals behov, önskningar och åsikter kunde tillgodoses.

Den fysiska miljön var också viktig. Att hålla den samordnade vårdplaneringen i ett avskilt och ostört rum och låta patienten var den som kom först, visade att patienten var huvudperson och att det var i dennes intresse man samlades. Patienter skulle inte behöva känna det som om de kom till en ”domstol” som skulle avgöra deras öde.

Organisationens stöd innebar att avsätta tillräckligt med tid till den personal som deltog i den samordnade vårdplaneringen och att se till att ansvarsfrågorna klagjordes. Deltagarna menade att tillräckligt med tid var en förutsättning för att bygga upp trygga och tillitsfulla relationer med patienterna vilket var nödvändigt för att lära känna patienterna och kunna vara deras talesmän i den samordnade vårdplaneringen. Att tydliggöra vem som var ansvarig för patienternas fortsatta vård var en annan viktig aspekt. Blev inte ansvarsfrågan tydliggjord fanns det risk att ingen vårdgivare kände något ansvar och att patienterna därmed ”föll mellan stolarna”.

Sammanfattningsvis kom deltagarna fram till att alla delar, *patientens delaktighet, personalens kompetens och organisationens stöd*, behövde utvecklas men då inte bara som skrivna rutiner och formulär. Vad som också borde beaktas vid utveckling var den samordnade vårdplaneringens betydelse genom att ge tid, se till de relationella aspekterna och stödja personalen i att bygga upp kompetens och självtillit. Som ett första steg i arbetet med att utveckla den samordnade vårdplaneringen togs beslut att belysa vikten av patienters delaktighet. Nätverkets deltagare arrangerade därför en kompetensutvecklingsdag dit personal från sjukhus, primärvård och kommunal vård bjöds in. Dagen innehöll en föreläsning om kommunikation och interdisciplinära diskussioner om samverkan mellan vårdgivare. Syftet var att låta personal från olika enheter få träffas, diskutera och bygga kontakter.

Med utgångspunkt från fynden i studien skapades även ett observationsinstrument med utvärderingsfrågor att användas för självutvärdering i praktiken. Däremot togs inga beslut om hur och när dessa skulle användas.

METODOLOGISKA REFLEKTIONER

Detta avsnitt är en metodologisk reflektion över aspekter jag har funnit centrala i den deltagarbaserade aktionsforskningsprocessen; tillitsskapande processer, delaktighet och strukturella hinder. En översikt över avhandlingsarbetets process ges i tabell 2.

Tillitsskapande processer

Med utgångspunkt från de erfarenheter jag har gjort är tillitsskapandet en stor utmaning i den deltagarbaserade aktionsforskningen. Ett av den deltagarbaserade aktionsforskningens ledord är demokrati vilket innebär att forskaren inte ses som en expert utan att allas ord har lika värde. I den deltagarbaserade aktionsforskningen är det således inte forskaren själv som skall bestämma forskningsfrågan. Istället skall forskningsfrågan initieras och komma från verksamheten eller från dem som berörs av problemet eller frågeställningen. Reason (1994) menar emellertid att många deltagarbaserade aktionsforskningsprojekt inte hade påbörjats om inte någon med tid, kunskap och engagemang hade tagit initiativ till projekten. Att ta initiativ till en deltagarbaserad studie innebär att forskaren har identifierat ett område som denne anser behöver utvecklas. Redan i det momentet har den jämlika processen blivit rubbad vilket forskaren måste hantera. Relationsskapandet blir centralt och tillit är en förutsättning för ett lyckat projekt (Grant, m.fl., 2008; Stringer & Genat, 2004)

På samma sätt som patienter är i en beroendeställning gentemot vårdpersonal står aktionsforskare i beroendeställning gentemot praktikerna. Grant m.fl. (2008) påtalar också att deltagarna inte är maktlösa, utan deras medgivande kommer aldrig ett forskningssamarbete till stånd. Då jag som forskarstuderande till en början hade svårt att finna en arena för min forskning, erfor jag tacksamhet när jag väl fann en grupp att arbeta tillsammans med. I efterhand blir det tydligt att denna känsla har kommit att påverka studierna då jag inte drev mina önskemål om studiernas design och inriktning av rädsla för att riskera samarbetet.

Tabell 2. Översikt av studiernas och avhandlingsarbetets process

Studie	Vt 2004	Ht 2004	Vt 2005	Ht 2005	Vt 2006	Ht 2006	Vt 2007	Ht 2007	Vt 2008	Ht 2008	Vt 2009
I Närsjukvård	Data- Insamling Intervjuer			Analys	Rapport			Data- insamling Enkäter	Analys		Manus
II Bensår	Data- Insamling Intervjuer	Analys Möten med projekt- grupp	Åter- föring till pati- enter	Åter- föring till projekt- grupp			1: a in- lämning till tid- skrift	2: a inlämning till tid- skrift	3: e inlämning till tidskrift	Paper accepterat	
III Trygghet					Möten med sjuk- sköterskor	Möten med mellanchefer Projektplan		Data- insamling SDM* Intervjuer Analys	Analys	Åter- föring under- sköterskor	1: a in- lämning till tidskrift
IV Vård- planering						Möten med vårdplanerings- nätverket	Data- insamling SDM* Analys		Kompetens- utvecklings- dag	1: a in- lämning till tidskrift	Paper accepterat

* SDM= Story Dialog Metoden

Att skapa relationer tar tid och kräver ett stort tålamod (Ospina, m.fl., 2004). I studie II saknades tiden för att skapa relationer då jag involverades sent i projektet. Denna erfarenhet tog jag med mig till studie III och IV och beslutade mig för att lägga stor kraft på att bygga relationer så att jag tillsammans med deltagarna på ett demokratiskt sätt kunde planera och designa studierna. Trots en lång initial process misslyckades jag med att skapa en sådan relation till cheferna i studie III medan jag i studie IV fick till ett gott samarbete med samordnaren och med medlemmarna i vårdplaneringsnätverket. En anledning kan vara att jag i studie III hade en färdig forskningsfråga medan vi i studie IV formulerade frågan tillsammans. Forskningsfrågan var alltså gruppens där jag ingick som en av deltagarna. Enligt utbytesteorin (Homans 1961) går man in i en relation för att få något i utbyte. Det handlar om att ge och ta. Ett annat sätt att förstå svårigheterna att få till ett forskningssamarbete i studie III är att cheferna inte såg forskningen som angelägen och därför inte prioriterade att delta. Denna tolkning finner stöd i Engströms (2002) studie. Engström visade att en förutsättning för att vilja delta aktivt vid en sammanslagning av två sjukhus var att deltagandet kändes meningsfullt och att uppgiften var tydlig. En tredje tolkning av svårigheter att få till forskningssamarbetet är att cheferna saknade tillit till mig som forskare och till forskningsansatsen deltagarbaserad aktionsforskning. Vid ett möte ifrågasattes exempelvis Story Dialog metoden då metoden syftar till att skapa lokal teori att användas på den egna arbetsplatsen snarare än generaliserbara fynd.

Tillit underlättar en dialog då tillit bygger på att man känner sig trygg med den andre och litar på dennes goda intentioner (Truglio-Londrigan, m.fl., 2006). Centralt i ett tillitsbyggande är att kunna vara informell, lyssna och ta vara på allas synpunkter (Christopher, m.fl., 2008; Grant, m.fl., 2008). Grant m.fl. (2008) lyfter också fram öppenhet och ärlighet som två centrala faktorer i tillitsbyggande. I undersköterske- och sjuksköterskegruppen i studie III hade jag möjlighet att planera in tillitsskapande aktiviteter tidigt i forskningsprocessen. Vid första träffen samtalade vi informellt och jag uppmuntrade samtal om vilka vi var och vilka intressen vi hade. För att medlemmarna i vårdplaneringsnätverket (IV) skulle lära känna mig deltog jag i några av deras möten innan vi bestämde oss för att samarbeta. Undersköterske- och sjuksköterskegrupperna (III) träffade jag vardera tre gånger medan jag träffade medlemmarna i vårdplaneringsnätverket (IV) sex gånger. Kontinuiteten och mångfalden av möten gjorde att det blev en avslappnad och trygg miljö i grupperna vilket gjorde det möjligt att så småningom våga ställa utmanande, men icke hotfulla, frågor till varandra i gruppen.

Delaktighet

Att skifta fokus från problem till möjligheter är ett sätt att lära av det som lyckats. Berättelser om situationer som blivit bra var en metod som användes i studie III och IV. Avsikten var att undvika att deltagarna enbart skulle känna sig misslyckade om forskningsresultaten visade på brister i den egna praktiken. Arbetssättet var samtidigt ett sätt att understödja delaktighet. Tillvägagångssättet har stora likheter med metoden appreciative inquiry där fokus har skiftat från probleminriktning till att se möjligheter (Boyd & Bright, 2007). Fynden från studie III och IV kan ligga till grund för ett förändringsarbete med målet att understödja trygga situationer för äldre personer liksom för att genomföra samordnade vårdplaneringar som uppfyller vårdtagares behov. Det finns samtidigt en risk att de kollegor som själva inte deltagit i forskningssamarbetet men som i slutänden ska arbeta utifrån forskningsresultaten inte känner sig delaktiga, något som även Reed (2005) belyser i sin studie där endast ett fåtal sjuksköterskor deltog i ett förändringsarbete skapat av andra.

Om samtliga intressenter deltar i att formulera mål med projektet blir de delaktiga, har kontroll över projektet och ser sitt ansvar för projektets resultat. Denna förhandling kom aldrig till stånd i mina delstudier då jag själv inte uppmärksammade denna aspekt och inte lyckades involvera personer med ett övergripande verksamhetsansvar och förändringsmandat. Att vara delaktig i datainsamlingsfasen och analys stärker också känslan av att äga forskningens resultat (McTaggart, 1997; Morrison & Lilford, 2001). Denna känsla infann sig aldrig hos deltagarna i studie I och II. Dessa studier designades som traditionella forskningsprojekt baserade på intervjuer och enkäter där resultatet återfördes efter avslutad analys. Studierna avslutades efter återföringsmötena. I studie III och IV användes istället Story Dialog metoden (Labonte & Feather, 1996) där deltagarna medverkade i både datainsamling och analys. Undersköterskorna i studie III respektive nätverksmedlemmarna i studie IV fick därmed insikter som de reflekterade över och i viss mån tog sig an. Min forskarroll i studie III och IV kom att skifta från initiativtagare och konsult till att bli mer av en samarbetspartner (Stoecker, 2003).

Strukturella hinder för deltagarbaserad aktionsforskning

Delaktighet är ett av nyckelorden i deltagarbaserad aktionsforskning och meningskapande tillsammans med andra ses som en grund för lärande och utveckling (Lincoln & Guba, 2007). Att få personal och chefer att delta och känna sig delaktiga genom hela forskningsprocessen, planering, design, datainsamling och analys, blev en utmaning och icke-delaktighet visade sig få konsekvenser när forskningsfynden skulle omsättas i praktisk handling. Redan före planerings- och designfasen stötte jag på min

första utmaning, att finna en arena för forskningen och att finna medforskare. Enligt överenskommelse mellan finansiärerna: högskola, kommuner och region, skulle idéerna till forskningsprojekt komma från verksamheterna. Endast ett fåtal projektförslag kom varför min första utmaning blev att finna ett forskningsprojekt. En möjlig förklaring till svårigheten att finna en forskningsarena är att verksamheterna kände sig främmande för den deltagarbaserade aktionsforskningen. Enligt Heron och Reason (2006) är praktiker vana vid att forskning bedrivs vid universitet och högskolor och att vetenskaplig kunskap produceras av experter. Huvuddelen av den vårdvetenskapliga forskningen i Sverige har bedrivits inom den beskrivande vetenskapen (Kirkevold, 2009) där praktiker vanligen endast involveras som informanter i olika forskningsprojekt. Diskursen om evidens är dessutom stark inom svensk vård och omsorg. Även om evidensbegreppet har vidgats till att innefatta studier med kvalitativ inriktning värderas kunskap som utgår från experter och experimentella studier fortfarande högst (Hughes, 2008). Detta får till följd att den erfarenhetsbaserade kunskapen har en svag ställning som ett instrument för utveckling av ny kunskap.

Skall ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt lyckas med att åstadkomma både forskningsresultat och förändring måste det organiseras som ett forsknings- och utvecklingsprojekt. Redan i planeringsfasen behöver en diskussion och förhandling om forskningens genomförande och vad fynden ska användas till, ske tillsammans med personer som har mandat att driva ett förändringsarbete. Enligt Stoecker (2003) behövs funktioner som ledare, organisatör och utbildare för att ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt skall leda till förändring. Projektledaren och/eller organisatören håller i projektet och driver det i den riktning som är överenskommet. Utbildaren håller i lärprocessen genom att stödja deltagarna att upptäcka det förgivet tagna och konstruera ny kunskap. Saknas dessa funktioner finns det risk att forskningsresultaten förblir teori. För att klargöra rollerna krävs en förhandling om vem som "äger" fynden men också vem som tar ansvar för dem. Stoecker (2008) visar i sin studie hur forskaren tillsammans med olika företrädare för verksamheten bestämde vad som skulle göras respektive inte göras inom projektet. En problematik som kan diskuteras utifrån mina erfarenheter, är hur mycket ansvar både deltagarna och forskaren kan ta för att det skall ske en förändring. Deltagarna i studie III ansåg att de satt fast i ett system som de inte hade mandat att förändra. Vård och omsorgsverksamheter är hierarkiskt uppbyggda där påbud ofta kommer som centralt skapade riktlinjer och rutiner. Enligt Berglind kan det få negativa konsekvenser för individen om det objektiva handlingsutrymmet uppfattas vara mindre än det subjektiva (Berglind, 1990). Att då lämna personal som arbetar i en vertikal struktur ensamma med upptäckter väcker etiska frågeställningar i den deltagarbaserade aktionsforskningen. För att förebygga att deltagare

hamnar i dessa dilemman behöver personer med mandat att leda förändringen involveras i forskningen.

DISKUSSION AV EMPIRISKA FYND

Det övergripande syftet med denna avhandling var att undersöka om och hur forskare tillsammans med praktiker kan tydliggöra begrepp och komplexa situationer i olika vårdkontext. De begrepp och komplexa situationer som fokuserades var Närsjukvård, trygghet, att vara patient i en vårdssituation och förutsättningar för en lyckad samordnad vårdplanering. Ett av avhandlingens mer centrala fynd är de paralleller som finns mellan de empiriska fynden i de fyra delstudierna och de metodologiska reflektionerna över den deltagande aktionsforskningsprocessen. Tillit och delaktighet och strukturella hinder är aspekter som återkom i samtliga fyra delstudier samt i forskningsprocessen. I detta avsnitt kommer jag därför att fokusera tillit, delaktighet och strukturella hinder.

Tillitsfulla relationer förutsätter tillit till sig själv

Betydelsen av att ha tillit till sig själv framstod tydligt i samtliga delstudier. I studie II framträdde vikten av att ha tillit till sig själv i uttalanden av personer med bensår. De uttryckte hur viktigt det var att ha tillit till sjuksköterskan som skötte bensåret men också att de kände sig jämlika med sjuksköterskorna. Fynden i studie III visade att trygghet var en inre känsla som hade grundlagts i barndomen. Denna grundtrygghet gjorde att de som äldre kände tillit till sin egen förmåga att klara av och hantera situationer. En slutsats från samma studie var också att undersköterskorna kände tillit till sig själva. Detta visade sig när de vågade gå utanför ramarna och ta ansvar för uppgifter som, enligt rutiner och riktlinjer, låg utanför deras egentliga befogenheter. Att våga tänja på gränserna för de egna befogenheterna var ibland nödvändigt för att kunna lösa en situation med patientens bästa för ögonen. Samma mönster återfanns i studie IV där tillit till sig själv sågs som en förutsättning för att kunna eller vilja bjuda in patienter och kolleger till en dialog. Självtillit var avgörande för att våga släppa kontrollen, lyssna på den andre och komma fram till annorlunda förslag till lösningar. White (2009) kommer i sin begreppsanalys fram till att uthållighet, självmedvetenhet och tro på handlingen är kännetecken på självtillit. Detta återfinns i Blomqvists (2009) studie av helhetssyn där personal med helhetssyn är medvetna om både sina egna och andras värderingar och ideal. Denna medvetenhet gör att de, när så krävs, vågar utmana riktlinjer och rutiner med den äldres bästa i åtanke. Självkännedom bildar därmed grund för skapandet av ett subjektivt handlingsutrymme (Berglind, 1990). Även Fagerberg (2004) lyfter fram självkännedomens betydelse för att våga se patienten. Hon fann att sjuksköterskor med bristande tillit till sig själv har svårt att se patientens behov. Detta bekräftar också White (2009) som visar att självtillit leder till goda konsekvenser för andra. Sålunda är självtillit en viktig faktor för bra kvalitet i vård och

omsorg, *för att våga möta den andre måste jag först ha mött mig själv*. Därför bör personlig utveckling ingå som en del i kompetensutvecklingen av personal inom vård och omsorg.

Men det finns också en risk med relationer. I studie II tolkades fynden som att patienterna inte ville lyfta vissa problem med risk att uppfattas som kritiska eftersom de inte ville äventyra relationen till sin sjuksköterska. Homans (1961) menar att om ängslan finns att störa en relation är relationen inte ömsesidig. Upplevelser av att ta emot utan att kunna återgälda skapar tacksamhetsskuld (Dowd, 1975). Att vara uppmärksam på att detta kan hända behöver beaktas i vård och omsorgsarbete. Eftersom patienter är i en beroendeställning har vårdpersonal makt, om än omedveten. Att utöva makt kan vara att inte ta tillvara patienters erfarenheter och därmed minska deras möjlighet att delta i sin vård och behandling (Paterson, 2003).

Delaktighet som en viktig aspekt i vård och omsorg

Delaktighet är en viktig aspekt i vård och omsorgsarbete. Finns inte delaktighet finns det risk att experten tar över och utgår från sina egna värderingar och behov i planering och genomförande av vården. I studie IV betonades patienternas delaktighet som en förutsättning för en lyckad samordnad vårdplanering. Patientdelaktighet sågs som viktigt då nätverksmedlemmarna betonade att en väl informerad patient, som förstod vad den samordnad vårdplanering syftade till, lättare kunde delge personalen sina behov och önskemål. Fyndet har stora likheter med Cahills (1996) och Sahlstens m.fl. (2008) analyser av begreppet delaktighet där de visar att delad information och kunskap mellan sjuksköterska och patient, en etablerad relation, överlämnande av makt och kontroll från sjuksköterska till patient, samt ett aktivt engagemang både intellektuellt och praktiskt kännetecknar delaktighet. Att låta patienten vara den som tar beslut om sin behandling ses ibland som ett sätt att överlämna makt och kontroll. Samtidigt finner Edwards (2006) i sin studie om beslutsprocesser att patienter kan uppleva sig delaktiga, om de fått vara med i processen fram till beslutet, även om själva beslutet tagits av läkaren. Således kan känslan av delaktighet uppstå även om man inte tar det avgörande beslutet. Med bakgrund i ovanstående studier blir fynden i studie II motsägelsefulla. Å ena sidan hade patienterna goda relationer med sina sjuksköterskor, litade på deras kompetens och vågade lämna över såret till dem, vilket kan tolkas som att de var delaktiga. Å andra sidan hade de bristande kunskap om sitt bensår och delgav inte sjuksköterskorna egna tankar och upplevelser av att leva ett vardagsliv med bensår, vilket kan tolkas som icke-delaktighet. För att göra patienter delaktiga krävs det troligen mer än att vara en god medmänniska. Därutöver behövs förmågan att bygga en sådan tillit att patienten vågar och vill delge sina tankar om sitt dagliga liv med sina

sjukdomar. Fynden i studie IV visade hur nätverksmedlemmarna, med utgångspunkt från berättelser om samordnade vårdplaneringar de uppfattat som lyckade, reflekterade över att patienternas delaktighet kunde uppnås genom att patienterna var välinformerade och bjöds in till dialog där de fick uttrycka sina upplevelser, behov och önskemål. En första förutsättning för patientdelaktighet blir att se patienten som en tänkande och jämlik person med egna önskemål och behov.

Strukturella hinder för att utöva en vård och omsorg med vårdtagare i centrum

Även om självtillit och delaktighet är två viktiga faktorer för att kunna sätta patienten i centrum har organiseringen av arbetet en avgörande roll. I strukturerna finns det faktorer som den individuella praktikern har svårt att påverka och som påverkar deras möjligheter att utöva sitt arbete. Nätverksmedlemmarna i studie IV poängterade att för att en samordnad vårdplanering skall bli lyckad behövs ledningens stöd i form av att aktiviteten värdesätts. Tid och kontinuitet är två sådana stödfaktorer. Tidens betydelse betonades, dels för att läsa in sig på patientens journal, dels för att vårdplaneringssituationen skulle kunna genomföras i lugn och ro, utan att bli störd av annat. För att kunna vara patientens talesman och utgå från dennes värderingar och behov och inte sina egna krävdes dessutom kontinuitet så att det fanns en möjlighet att lära känna patienten. Om inte dessa aspekter värdesätts finns det en risk att vårdplaneringen endast blir en rutinuppgift bland alla andra uppgifter. Han m.fl. (2009) visar exempelvis i sin studie om sjuksköterskors syn på vårdplanering att vissa sjuksköterskor endast ser vårdplanering som en aktivitet där målet är att "bli av med" patienten för att få en tom bädd till en ny patient.

Att sätta vårdtagaren i centrum blev även en svårighet för undersköterskorna i studie III då de upplevde att de satt fast i ett system de inte hade mandat att påverka. De lyfte exempelvis fram hur centrala beslut som de inte enkelt kunde påverka gjorde de äldre vårdtagarna otrygga. Agevall & Jonnergård (2007) för ett resonemang om att dagens organisering av vård och omsorg där generella riktlinjer och rutiner ses som goda styrsystem minskar professionellas kompetens. De bygger sitt resonemang på Aristoteles tre kunskapsformer Episteme, Techne och Fronesis (Aristoteles, 1967). Episteme är den teoretiska kunskapen som är evig och oföränderlig och därmed kontextoberoende. Techne och Fronesis är två typer av praktisk kunskap där Techne representerar hantverkskunnandet medan Fronesis är förmågan att handla moraliskt och klokt (Nortvedt & Grimen, 2006). Båda dessa kunskapsformer är kontextberoende. Agevall & Jonnergård (2007) menar att generella riktlinjer och rutiner är byggda på Episteme och Techne och därmed finns det en risk att personals moraliska handlande ges mindre värde.

METODDISKUSSION

Enkäten i studie I utformades utifrån fynden som framkommit i intervjuerna. Detta förfaringsätt gjorde att påståendena i enkäten inte byggdes upp utifrån forskarnas egen förförståelse av begreppet Närsjukvård. För att kunna fånga ytterligare innebörder skapades också en öppen fråga där respondenterna kunde yttra sig om de ansåg att Närsjukvård var något annat än det som fanns i de fyra påståendena.

Trots två påminnelser besvarades enkäten endast av 1361 personer (24 %). Då jag var beroende av personer i ledande befattning vid utskick och insamlande av enkäterna blev det också de som skötte påminnelserna. En orsak till den låga svarsfrekvensen kan vara att vårdpersonal, med undantag för cheferna, sällan öppnar sina mail och därför inte fick kännedom om enkäten. En annan förklaring kan vara att framför allt de som på olika sätt berörts av eller mer aktivt deltagit i Närsjukvårdsförändringen, svarade på enkäten. Denna förklaring får stöd i att hela 27 % valde att svara på den öppna frågan. Om så är fallet tyder den låga svarsfrekvensen på att Närsjukvårdsbegreppet inte kändes angeläget för merparten av personalen. Den låga svarsfrekvensen medför svårighet att generalisera fynden. Dock kan svaren visa på att Närsjukvårdsbegreppet tolkades olika och också ge en indikation på hur domän- eller organisationstillhörighet påverkade tolkningen av begreppet Närsjukvård.

Den viktigaste aspekten av tillförlitlighet i deltagarbaserad aktionsforskning är om forskningsprocessen lett till förändring, praktiskt eller som en ökad medvetenhet (Stringer & Genat, 2004). Därför måste både processen och studiernas enskilda resultat giltighetsbedömas. Tillförlitligheten bygger på att lämplig metod använts för att svara på studiens syfte och att tolkning av datamaterialet är rimligt. För att diskutera tillförlitligheten i avhandlingen har jag använt mig av Stringer och Genants modell som bygger på Lincoln och Gubas (1985) fyra begrepp; trovärdighet (långvarigt engagemang, member-checks, triangulering, debriefing), överförbarhet, pålitlighet och konfirmerbarhet (Kvale, 1997).

Ett villkor för att kunna förstå en kontext men också för att skapa tillit i en grupp eller hos informanterna är *långvarigt engagemang*. Ses forskaren som en främling finns det risk att endast yttlig information framkommer i en studie (Stringer & Genat, 2004). För att skapa tillit hos informanterna i studie II och III fick de därför välja var de skulle intervjuas och intervjun tog formen av en konversation för att skapa en avslappnad miljö. Undersköterskorna och sjuksköterskorna (III) och medlemmarna i vårdplaneringsnätverket (IV) träffade jag vid upprepade tillfällen vilket gav förutsättningar både för att förstå deras kontext och för att få djup i samtalen. Dock blev det bara en yttlig kontakt med medlemmarna i projektgruppen (II) vilket jag tolkar beror på att min roll blev konsult snarare än samarbetspartner (Stoecker, 2003).

Som konsult återförde jag min tolkning av datamaterialet till informanterna och deltagarna i projektgruppen (II). Datamaterialet återfördes till projektgruppen som paradigmfall, ett slags berättelse som byggts upp av centrala budskap från samtliga intervjuer (Dunlop, 1994). Till informanterna återgavs fynden vid en träff där de gavs tillfälle att reflektera över fynden. Både medlemmarna i projektgruppen och informanterna bekräftade fynden. Att låta informanterna bekräfta eller förkasta fynden genom en så kallad ”*member-check*” är, enligt Stringer och Genant (2004), en del i bedömningen av trovärdigheten. Känner informanterna igen sig i vad som framkommit är studien trovärdig. Känner de inte igen sig blir inte heller informationen en källa för att agera och förändra och då tappas aktionsforskningens syfte bort. Meadows och Morse (2001) är kritiska till ”*member-checks*” då de anser att det vore orimligt att anse att informanter har en större analytisk förmåga än forskare. En tolkning är att dessa författare grundar sig i ett annat vetenskapsteoretiskt paradigim än den deltagarbaserade aktionsforskningen.

Triangulering, det vill säga använda olika källor, metoder och perspektiv för att belysa forskningsproblemet, är ytterligare en delaspekt för att stärka en studies trovärdighet. Kritik kan lyftas mot fynden i studie II då datainsamlingen bestod av individuella intervjuer gjorda vid ett enda tillfälle. Observationer och upprepade intervjuer hade sannolikt kunnat ge ytterligare perspektiv. Samtidigt bekräftade informanterna tolkningen av fynden vilket stärker studiens trovärdighet. I studie III och IV användes endast Story dialog metoden. Å andra sidan användes flera olika personers berättelser vilka gruppens medlemmar tillsammans reflekterade över. Genom att olika perspektiv framkom, fördjupades kunskapen om forskningsproblemet.

Lincoln och Guba (1985) lyfter också fram att forskaren behöver *reflektera tillsammans med kolleger* (peer debriefing) som kan ställa utmanande frågor för att tydliggöra forskarens tankar som möjligtvis påverkar tolkningen. Under hela avhandlingsarbetet har jag som forskarstuderande haft möjlighet till reflektion tillsammans med både kolleger och handledare. Då vi alla har tillhört en forskningsplattform med samma metodologiska inriktning har våra olika studier haft parallella processer. Detta har inneburit att en studie har kunnat ses genom en annan och vice versa. Genom denna möjlighet till reflektion har egna tankar kunnat lyftas och olika erfarenheter och perspektiv har kunnat speglas mot varandra. Inte sällan har det lett till ett fördjupat sätt att se på forskningsresultaten. Stringer och Genant (2004) lyfter att denna *möjlighet till reflektion* inte bara skall gälla forskaren utan också deltagarna i ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt (participant debriefing). Deltagarna behöver liksom forskaren få utmanade frågor för att bli medveten om för givet tagna antaganden. Detta har möjliggjorts genom att tillit har funnits i grupperna och genom användningen av Story Dialog metoden.

En studies tillförlitlighet är också beroende av fyndens *överförbarhet* från en kontext till en annan. Att beskriva kontexten så noggrant som möjligt är ett sätt att underlätta för läsaren att bedöma om en studies fynd är överförbara till den egna kontexten. Då fynd i den deltagarbaserade aktionsforskningen är kontextbundna är de också svåra, om inte omöjliga, att överföra direkt in i en annan kontext. För att kunna göra fynd användbara behöver de översättas och få sin egen innebörd i den nya kontexten (Czarniawska & Joerges, 1996). Däremot har Story Dialog metoden (Labonte & Feather, 1996) som användes i studie III och IV beskrivits för möjliggöra för läsaren att bedöma om den skulle kunna nyttjas i den egna kontexten.

En studies *pålitlighet* avgörs också av om rätt metod är använd för att ge svar på studiens syfte och frågeställning. I studie II och delvis i studie III användes intervjuer medan huvuddelen av studie III samt i studie IV byggde på Story Dialog metoden. Att ställa frågor utan att kränka på ett sätt som gör att informanten vågar uttrycka sina tankar och känslor, kräver skicklighet hos intervjuaren. Djupet i de individuella intervjuerna (II, III) kan ifrågasättas då jag som forskarstuderande var novis som intervjuare. Troligen hade andra aspekter kunnat komma fram med en skicklig intervjuare. Pålitligheten påverkas också av hur forskaren tolkat datamaterialet. Kommer andra forskare fram till samma resultat anses studien vara pålitlig. I samtliga studier (I, II, III, IV) har minst två personer deltagit i analysen. Tolkningarna har också diskuterats med andra forskare, med deltagarna och informanterna. Har det funnit tveksamheter i tolkningen har materialet analyserats ytterligare. I studie II framkom det vid återföringen att informanterna var tveksamma till en kategori. Detta fick mig att göra ytterligare en analys för att tydliggöra kategorierna ytterligare.

Fynden behöver också vara *konfirmerbara* för att kunna trovärdighetsbedömas. För att göra fynden tydliga (I, II, III, IV) illustreras texten med citat från intervjuerna och den öppna frågan i enkäten.

SLUTSATS

Då forskningsansatsen varit deltagarbaserad aktionsforskning innehåller ramberättelsen i denna avhandling också en reflektion över aktionsforskningsprocessen. Avhandlingen visar på stora paralleller mellan studiernas empiriska och metodologiska fynd där tillit, relationer och delaktighet är centrala men där strukturen kan utgöra ett hinder. På samma sätt som att tillit, relationer och delaktighet är viktiga aspekter i vården är de också centrala i den deltagarbaserade aktionsforskningsprocessen. Ansträngningar för att undanröja strukturella hinder är dock nödvändiga för att sätta patienten i centrum och för att kunna överbrygga klyftan mellan teori och praktik.

Sammanfattningsvis visar denna avhandling att det är möjligt att tydliggöra abstrakta begrepp och komplexa situationer tillsammans med praktiker. För att lyckas krävs tillitsskapande processer, meningsskapande aktiviteter samt att utgå från praktikers erfarenheter och deras unika kontext.

SUMMARY IN ENGLISH

Well known is the complexity in transferring research outcomes for use in health care practice by patients and/or staff. Not only are research findings difficult to concretise and turn into actions, Swedish law also contains several notions and concepts that practitioners have to understand and act on accordingly. These concepts, for instance highly regarded words like participation and security, are often abstract to a point that they are experienced as problematic in turning into practical actions. This dissertation examines of how abstract concepts and complex situations can be concretised through research together with practitioners.

The research has been conducted at the research platform for Närsjukvård, a multi-disciplinary research platform at Kristianstad University College, whose remit is to develop, support or evaluate ongoing projects within the health and social care sector in the area of northeastern Skåne. The intention has been to, in close collaboration with health and social care institutions, develop research projects using the method of participatory action research.

Action research is an approach based on building knowledge in collaboration which results in real change. Essential in helping the change take place is critical reflection, during which the new and prior knowledge is questioned and reevaluated. This is commonly described as a circular process involving the phases; problem identification, planning, action, and evaluation. One main intention of action research is to unite theory and practice. By starting from peoples' experiences and through exploring these in collaboration with action researchers, prerequisites for change and development are built up. The most commonly used methods within action research are interviews and focus groups for reflection and dialogue. The analysis is often made by the researcher who thereafter brings back the findings to the participants.

The use of action research within the field of healthcare is relatively uncommon in Sweden. Therefore the overarching purpose of this dissertation has been to investigate if and how researchers together with practitioners can clarify concepts and complex situations in different care contexts. The degree of participation from practitioners and the role of the researcher have varied and various research methods have been tested in each of the studies. For instance, in two of the studies, the practitioners have taken part in the process of analysis. The first study explores the concept 'Närsjukvård' (literally Nearby Care) and maps how different people interpreted this concept depending on their professional and organisational belonging. Here the researcher took a lead role.

In the remaining three studies, the practitioners have taken on a more active role. Together with the researcher, the concepts 'trygghet' (Sense of Security), coordinated discharge planning and the complexity of being a patient in a care situation, have been

clarified by using different scientific methods. The study as a whole thus covers both the fields of empirical data and methodological data from the participatory action research process.

The aim of the first study was to investigate how persons, depending on their professional and organisational domain interpreted the concept of 'Närsjukvård'. This study was undertaken in two phases. The first phase involved gaining insight into the meanings given to the concept 'Närsjukvård'. In total 57 practitioners working directly within the care and administrative staff at hospitals, healthcare centers and the municipal care were selected for interview. Analysis revealed that the concept 'Närsjukvård' was given four different meanings : *accessibility to hospital beds for people with common diseases, accessibility to primary health care for persons with common diseases, collaboration between care providers for persons with complex needs and continuity and developed home care for people with common diseases*. In the second phase, a questionnaire was constructed based on the four different meanings of 'Närsjukvård' coming from the interviews. The questionnaire was given to all politicians that have responsibilities, which concern healthcare within the region and the six municipalities, as well as to managers and practitioners, that work in hospital care, primary health care, and within municipal care. A total of 5592 questionnaires were distributed. The response rate was 24% (n=1361). According to the responses given, the concept 'Närsjukvård' was most frequently given the meanings accessibility to primary health care and collaboration between care providers. Politicians and practitioners prioritised accessibility highest while managers gave highest priority to collaboration between care providers. When comparing between organisations, the respondents from municipalities prioritised accessibility highest and respondents from hospitals and primary health care prioritised collaboration the highest. The results from the study thus confirmed that the concept of 'Närsjukvård' was given different meanings.

The aim of the second study was to clarify how persons with leg ulcers experienced being a patient in a care situation. The study originated from a project aiming to clarify care processes and to create care programs for patients with leg ulcers. Nine patients were invited to participate by the nurses in the project team and all nine gave their consent to participate. The data collection was undertaken through interviews. The findings from these interviews revealed contradictory views. The informants experienced *being equal in the meeting with the nurse* but still chose to *keep the daily problems with the leg ulcers from her knowing and left the treatment of the leg ulcers for the nurse to do*. The findings were interpreted as indicating that patient participation was lacking. Later on the findings were brought back into dialogue meetings both to the informants and to the members of the project team with the view to exploring further

the issue of participation. The group expressed concern and the study never took the leap from the phase of problem identification to planning and action.

In the third study the meanings of the concept 'Trygghet' were clarified in collaboration with assistant nurses, nurses and care recipients. Data was collected through interviews with elderly people and through everyday stories from practitioners. The elderly were interviewed separately while the *Story Dialogue Method* was used in homogenous groups of registered nurses and assistant nurses respectively. All were asked to describe situations in their work or everyday life when they felt secure. The groups consisting of registered nurses and assistant nurses went through all the phases of the *Story Dialogue Method*, systematic reflection on the stories, formulating insight cards and a categorisation of these. The interviews and categorisations were finally analysed as a whole by the researcher. Two themes emerged: *Sense of Security* and *factors strengthening the Sense of Security*. The findings were then presented in a dialogue meeting. Invited to this meeting were the elderly persons, the assistant nurses, the registered nurses and their respective managers. The aim was to reflect together on the findings and propose changes to the care. Only the assistant nurses and their manager, who had just started her employment, participated. At the feedback session the assistant nurses confirmed the findings and expressed the view that they were stuck in a system they did not have the mandate to change. For the patients to receive the best possible care they handled the system by sometimes bending the rules and by deviating from actions required by guidelines. The decision was taken that I should take on the task to bring the findings to the management level. At the time of writing this dissertation that task is not yet accomplished, but a first contact has been made with the administrative management in the municipality where the study was conducted.

In the fourth study the aim was to clarify the prerequisites for successful coordinated discharge planning. Together with members from a discharge planning network these prerequisites were clarified using the *Story Dialogue Method* (described under study three). The members of the discharge planning network were nurses from the hospital, primary care and the municipal care and social workers. The network's tasks included surveying research and spreading the knowledge regarding discharge planning to the health and social care organizations, to promote the development of individual care plans and to make sure that new knowledge and routines were put into action. The participants came to be a core group of two registered nurses from the hospitals, a registered nurse from the primary care, a registered nurse from one of the municipalities, a mental nurse from the psychiatric care and me as a researcher. In addition, other members of the network group took part at times. The participants conducted all of the steps of the research process from the formulation of the research question to the gathering of data and the analysis and interpretation of the material. As a basis for the

work, the participants were asked to tell about one coordinated discharge planning situation they had experienced as being successful. The findings showed that conditions for a successful coordinated discharge planning situation were a system that included: *the participation of the patient, the competence of the staff and the support from the organisation*. The participants came to the conclusion that all three parts needed to be developed, but not just in the form of routines and as written material. What also had to be considered when developing the coordinated discharge planning was to take time, attach importance to the relational aspects, and to support the staff in building self trust. The findings resulted in a form with self-evaluation questions. As a first step in putting focus on the importance of patient participation the network arranged a workshop with a lecture on communication and interdisciplinary discussion.

As the research approach has been participatory action research, the dissertation also contains a reflection about the process of participatory action research. The dissertation shows a strong parallel between the empirical and methodological findings of the studies where trust, relations between people, participation and considering structural barriers are central. Just in the same way as trust, relations between people, participation and considering structural barriers are important aspects of the care, they are also essential in participatory action research.

In conclusion, this dissertation shows that it is possible to clarify abstract concepts and complex situations together with practitioners. Processes of creating trust, sense making activities and starting from the experiences of practitioners and their unique contexts are prerequisites for success.

TACK

Denna avhandling har blivit möjlig tack vare allt stöd jag fått. Det finns många människor omkring mig som har stöttat mig i smått och i stort under denna tid. Jag kan inte namnge alla men några vill jag särskilt framhålla.

Det varmaste tack vill jag rikta till Dig Kerstin. Tillsammans med dig har jag fått vara den jag är. Vägen har varit krokig med många och tunga uppförsbackar men med ditt tålamod har jag tagit mig uppför dem alla. Våra samtal och reflektioner tillsammans har betytt oerhört mycket. Du har med det största tålamod fört mig framåt.

Jag vill också tacka Dig Jane som introducerat aktionsforskning för mig och för det stöd du givit mig längs vägen.

Ett tack till alla äldre som har velat dela med er av era upplevelser och erfarenheter.

Ett tack också till mina ”medforskare” i verksamheterna, för att ni har velat dela med er av era berättelser och forskat tillsammans med mig. Jag har lärt mig mycket i mötena med er. Utan er medverkan hade det inte blivit någon deltagarbaserad aktionsforskning.

Jag vill rikta ett tack till mina doktorandkollegor och andra kolleger på högskolan i Kristianstad. Jag upplever att våra samtal och erfarenhetsutbyten har givit mig styrka. Ert intresse och våra samtal har varit energipåfyllande.

Jag vill också tacka Sören Augustinsson. Mötena med dig har alltid varit stimulerande och lärorika.

Ett tack till Birgitta Olsson, Anna Lindqvist Jahnfors och Per Blomqvist som har språkgranskat och översatt mina manus. Ett extra tack till Per som dessutom har hjälpt mig med att mata in data.

Ett tack till Lina Axelsson på högskolan som alltid har ställt upp när jag har behövt din hjälp.

Ett tack till högskolan i Kristianstad, Region Skåne och kommunerna i nordöstra Skåne som har gjort avhandlingen möjlig genom att finansiera min tid som doktorand. Ett tack också till Örebro Universitet där jag har varit inskriven doktorand.

Slutligen vill jag tacka min man Gert och våra två söner Calle och Ola. Utan er hade livet varit innehållslöst. Er kärlek till mig är mina vingar i livet.

REFERENSER

- Agevall, L. & Jonnegård, K. (2007) Management by documents -a risk of de-professionalizing. IN Aili, C., Nilsson, L-E., Svensson, G. L. & Denicolo, P. (Eds.) *Intension between organization and profession*. Lund, Nordic Academic Press.
- Aristoteles (1967) *Den Nichomachiska etiken*, Daidalos.
- Balfour, M. & Clarke, C. (2001) Searching for sustainable change. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 44-50.
- Berglind, H. (1990) Att vilja och att kunna - om villkoren för mänskligt handlande. IN Aronsson, G. & Berglind, H. (Eds.) *Handling och handlingsutrymme*. Lund, Studentlitteratur.
- Blomqvist, K. (2009) Helhetssyn - att binda samman avgränsa och leda. *FoU Skåne Skriftserie 2009:3*. Lund, Kommunförbundet Skåne.
- Boyd, N. M. & Bright, D. S. (2007) Appreciative inquiry as a mote of action research for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 35, 1019-1036.
- Christopher, S., Watts, V., McCormick, A., m.fl. (2008) Building and maintaining trust in a community-based participatory research partnership. *American Journal of Public Health*, 98, 1398-1406.
- Coyer, F., Courtney, M. & O'Sullivan, J. (2007) Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 14-23.
- Czarniawska, B. & Joerges, B. (1996) Travels of Ideas. IN Czarniawska, B. & Sevón, G. (Eds.) *Translating Organizational Change*. New York, Walter de Gruyter & Co.
- Dewey, J. (1997) *Demokrati och utbildning*/översättning Sjödén, N. Göteborg, Daidalos AB. Orginalets titel; Democracy and Education (1985).
- Dewing, J. & Traynor, V. (2005) Admiral nursing competency project: practice development and action research. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 695-703.
- Dowd, J. (1975) Aging as Exchange: A Preface to Theory. *Journal of Gerontology*, 30, 584-594.
- Dunlop, M. J. (1994) Is a Science of Caring Possible. IN Benner, P. (Ed.) *Interpretive Phenomenology*. London, Sage Publications Inc.

- Edwards, A. & Elwyn, G. (2006) Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. *Health Expectations*, 9, 307-320.
- Eneroth, B. (1984) *Hur mäter man vackert?*, Stockholm, Natur och Kultur.
- Engström, A. K., Rosengren, K. & Hallberg, L. R. M. (2002) Balancing involvement: employees' experiences of merging hospitals in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 11-18.
- Goodenough, W. (1971) Culture, language and society, IN Stringer, E. G., W J. 2004, pp 21 (Ed.) *Action Research in Health*. New Jersey, J Pearson Education.
- Granerud, A. & Severinsson, E. (2007) Knowledge about social networks and integration: a co-operative research project. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 348-357.
- Grant, J., Nelson, G. & Mitchell, T. (2008) Negotiating the Challenges of Participatory Action Research: Relationships, Power, Participation, Change and Credibility. IN Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.) *The Sage Handbook of Action Research*. London, Sage Publications.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., m.fl. (2005) *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations, a systematic literature review*, Oxford, Blackwell Publishing Ltd.
- Han, C-Y., Barnard, A. & Chapman, H. (2009) Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1283-1292.
- Hanson, E., Magnusson, L., Arvidsson, H., m.fl. (2007) Working together with persons with early stage dementia and their family members to design a user-friendly technology-based support service. *Dementia*, 6, 411-434.
- Hart, E. & Bond, M. (1995) *Action Research for Health and Social Care: A guide to practice*, Buckinghamshire, Open University.
- Hartman, S., Roth, K. & Rönnström, N. (2003) *John Dewey - om reflektivt lärande i skola och samhälle*, Stockholm, HLS förlag.
- Heron, J. (1996) *Co-operative Inquiry, research into the Human Condition*, London, SAGE publications.
- Heron, J. & Reason, P. (2006) The practice of co-operative inquiry: research 'with' People rather than 'on' People. IN Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.) *Handbook of Action research*. London, Sage.

- Homans, G. C. (1961) *Social behaviour: its elementary forms*, New York, Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hummelvoll, J. & Severinsson, E. (2005) Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 180-188.
- Jinks, A. M. & Chalder, G. (2007) Consensus and diversity: an action research study designed to analyse the roles of a group of mental health consultant nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1323-1332.
- Jones, S., Auton, M. F., Burton, C. R., m.fl. (2008) Engaging service users in the development of stroke services: an action research study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1270-1279.
- Kirkevold, M. (2009) Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen? IN *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Rapport från arbetande konferens. Svensk sjuksköterskeförening.
- Koch, T., Kralik, D. & Kelly, S. (2000) We just don't talk about it: Men living with urinary incontinence and multiple sclerosis. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 253-260.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund, Studentlitteratur.
- Labonte, R. & Feather, J. (1996) Handbook on using stories in health promotion practice. University of Saskatchewan. Canada.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic inquiry*, London, Sage publications.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (2007) Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences IN Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.) *The Sage handbook of Qualitative Research*. Third ed. Thousand Oaks, Calif, Sage Publications.
- Lundberg, B. & Starrin, B. (2001) Participatory Research - Tradition, Theory and Practice. *Karlstad University Studies*. Karlstad.
- Löfman, P., Pietilä, A-M. & Häggman-Laitila, A. (2007) Self-evaluation and peer review - an example of action research in promoting self-determination of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Chronic Illness*, 16, 84-94.
- MacGuire, J. M. (2006) Putting nursing research findings into practice: research utilization as an aspect of the management of change. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 65-74.

- Mackewn, J. (2008) Facilitation as Action Research in the Moment. IN Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.) *The Sage Handbook of Action Research*. London, Sage Publications.
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., m.fl. (2002) Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making *Journal of Advanced Nursing*, 39, 46-60.
- McTaggart, R. (1997) Guiding Principles for Participatory Action Research. IN McTaggart, R. (Ed.) *Participatory Action Research - International Contexts and Consequences*. New York, State University of New York
- Meadows, L. M. & Morse, J. M. (2001) Constructing evidence within a qualitative project. IN Morse, J. M., Swanson, J. M. & Kuzel, A. J. (Eds.) *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks, Sage.
- Melrose, S. (2006) Facilitating help-seeking through student interactions in a WebCT online graduate study program. *Nursing and Health Sciences*, 8, 175-178.
- Morrison, B. & Lilford, R. (2001) How can action research apply to health services? *Qualitative health research*, 11, 436-449.
- Munn-Giddings, C., McVicar, A. & Smith, L. (2008) Systematic review of the uptake and design of action research in published nursing research, 2000-2005. *Journal of Research in Nursing*, 13, 465-477.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2006) *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*, Göteborg, Daidalos.
- Ospina, S., Dodge, J., Godsoe, B., m.fl. (2004) From concert to mutual inquiry *Action Research*, 2, 47-69.
- Paterson, B. L. (2003) The koala has claws: Applications of the shifting perspectives model in research of chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13, 987-994.
- Polkinghorn, D. E. (2006) An agenda for the second generation of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1, 68-77.
- Reason, P. & Torbert, W. R. (2001) The Action Turn - Toward a Transformational Social science *Concepts and Transformations*, 6, 1-37.
- Reed, J. (2005) Using action research in nursing practice with older people: democratizing knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 594-600.
- Region Skåne (2002) Forsknings- och utvecklingsamarbete - Närsjukvård (Region Skåne, Kommunerna, Högskolan Kristianstad. Diariennr. 010394 dok 6.

- Region Skåne (2003) Skånsk Livskraft-Vård och Hälsa. Regionfullmäktige 18-19 juni 2003.
- Region Skåne (2004) Skånsk Livskraft-Vård och Hälsa. Regionfullmäktige 28-29 juni 2004.
- Schön, D. (1983) *The reflective practitioner*, New York, Basic Books.
- Skott, C. (2004) Framväxten av narrativ forskning. IN Skott, C. (Ed.) *Berättelsens praktik och teori*. Lund, Studentlitteratur.
- Stoecker, R. (2003) Are Academics Irrelevant? IN Minkler, M. & Wallerstein, N. (Eds.) *Community Based Participatory Research for Health*. San Francisco, Jossey-Bass Inc.
- Stoecker, R. (2008) Challenging institutional barriers to community-based research. *Action Research*, 61, 49-67.
- Stringer, E. & Genat, W. (2004) *Action research in health*, New Jersey, J Pearson Education.
- Svensson, L. & Aagaard Nielsen, K. (2006) Introduction and Background. IN Svensson, L. & Aagaard Nielsen, K. (Eds.) *Action Reserach and Interactive Research - Beyond practice and theory*. Shaker Publishing, Maastricht.
- Tishelman, C., Bergenmar, M., Bernhardson, B-M., m.fl. (2008) Using undergraduate nursing students as mediators in a knowledge transfer programme for care for patients with advanced cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17, 253-260.
- Truglio-Londrigan, M., Gallagher, L. P., Sosanya, K., m.fl. (2006) Building trust between the older adults and researchers in qualitative inquiry. *Nurse Researcher* 2006, 13, 3, 50-61.
- Tutton, E. (2005) Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 143-152.
- van Manen, M. (1990) *Researching Lived Experience: human science for an action sensitive pedagogy*, New York, State University of New York Press.
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., m.fl. (2001) Action Research: Systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, 5.
- Vetenskapsrådet (2002) Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet.
- White, K. A. (2009) Self-Confidence: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44, 103-114.