



Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid

Vernepleiere i demensomsorgen

Limits of Interprofessional Collaboration

Social Educators in Dementia Care

Anne Katrine Folkman

Ph.d., VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag, Sandnes

anne.katrine.folkman@vid.no

Kirsten Jæger Fjetland

Førsteamanuensis, VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag, Sandnes

kirsten.jaeger.fjetland@vid.no

Sidsel Sverdrup

Professor emerita, VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag, Oslo

sidsel.sverdrup@gmail.com

Sammendrag

Studien undersøker vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens, i hovedsak samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. Vi har valgt et kvalitativt forskningsdesign med intervjuer av ti vernepleiere. Vernepleierenes forhandlinger av faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid dreier seg om ulike mulige yrkesroller. Resultater peker på at vernepleierenes helse- og medisinskfaglige kompetanse er sentral for å posisjonere seg i «sykepleierstillinger» og i samarbeid om ansvars- og arbeidsoppgaver med sykepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper. Vernepleierne i studien etterlyser større rom for vernepleierfaglige bidrag, refleksjon om roller og innhold i miljøarbeid. Med bakgrunn i resultatene i studien argumenterer vi for nødvendigheten av å anerkjenne, anvende og tydeliggjøre vernepleieres faglige bidrag, profil og yrkesrolle samt å styrke innsatsen for kvalitet i tverrprofesjonelt samarbeid.

Nøkkelord

miljøarbeid, tverrprofesjonelt samarbeid, forhandlinger, posisjonering, roller

Abstract

This study explores social educators' negotiations of professional qualifications and roles in inter-professional collaboration when working in long-term care with people with dementia. The cooperation between nurses and social educators represents a particular focus in the study. The research is based on ten interviews with social educators, and is analyzed according to qualitative methods. Social educators' negotiations of their professional contribution in interprofessional cooperation in this study, are due to the dominant status and vocational roles and status of other professions. The social educators' experiences show that they primarily gain respect, recognition and responsibility and position themselves in the collaboration in the role of 'pseudo-nurses'. Social educators call for more scope for professional collaboration in the area of environmental care work. The study concludes by pointing to the need for further clarifying, acknowledging and utilizing the competence of social educators as means of strengthening qualities in inter-professional cooperation in long-term dementia care.

Keywords

interprofessional collaboration, negotiations, environmental work, roles, positioning

Innledning og bakgrunn

Endringer i oppgavefordeling mellom første- og andrelinjetjenesten har gitt nye oppgaver for kommunenes pleie- og omsorgstjenester med økt vekt på tverrprofesjonelle tjenester. Demensomsorgen er et slikt tjenestefelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette berører vernepleiere som siden 1990-tallet har vært ønskete partnere i dette tjenestefeltet (Witsø & Teksum, 1998). Terum og Nesje (2014) peker på en sterk økning i etterspørselen etter kompetanse rettet mot pleie- og omsorgstjenester og i stillinger der det søkes etter kompetanse som vernepleier og/eller sykepleier. Vernepleie er likevel ikke foreslått som en lovfestet kommunal tjeneste på linje med sykepleiere (Endringslov om helselovgivningen, 2017). Artikkelen retter søkelyset mot vernepleiere i demensomsorgen. Vernepleiere har siden 1990-tallet konkurrert med sykepleiere om stillinger i den åpne omsorgen (Messel, 2013). Demensomsorgen er valgt fordi vernepleiere her har forholdsvis kort historie. Ca. 9,5 % yrkesaktive vernepleiere arbeider i tjenester til personer med demens (Fellesorganisasjonen (FO), 2017). Det foreligger lite kunnskap om hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer sin egen kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med profesjoner som har lengre tradisjon i tjenestefeltet. Ifølge Brask mfl. (Brask, Østby & Ødegård, 2016) vil tydeliggjøring av vernepleieres særpreg være betydningsfullt både for vernepleieres samarbeidspartnere og vernepleieres egen rolleforståelse og yrkesidentitet. I en voksende populasjon med mennesker med demens i langtids behandlingssituasjoner er kunnskap om barrierer i tverrprofesjonelt samarbeid vesentlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019) beskriver vernepleie som en helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning som kvalifiserer for utøvelse av helse-, omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv. De har særlig kompetanse innen systematisk miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering. Personer med sammensatte behov og utviklingshemming er en sentral målgruppe. Vernepleieres «spesialiserte kompetanse» knyttes til målgruppen deres. «Generalistkompetansene» eller «breddekompetansen» deres knyttes til deres tverrfaglige helse- og sosialfaglige særpreg (Brask mfl., 2016, s. 23). Denne kompetansen innebærer at vernepleiere kan innta ulike faglige perspektiver og roller som styrker tverrprofesjonell innsikt i omsorgsarbeidet (Terum & Heggen, 2015).

Når vernepleiere går inn i nye yrkesroller, kan det medføre innskrenkninger i deres faglige autonomi i tverrprofesjonelt samarbeid (Gjertsen, Hansen & Juberg, 2018). Det er derfor behov for å avklare deres posisjon overfor andre profesjoner de samarbeider med, samt å tydeliggjøre sammenhenger mellom deres faglige bidrag, yrkesrolle og hva miljøterapi/miljøarbeid/målrettet miljøarbeid innebærer i praksis (Brask mfl., 2016). Siden skjermede avdelinger for personer med demens er en forholdsvis ny kontekst for vernepleiere, egner denne arenaen seg for å utforske forhandlinger om yrkesroller og brukes derfor som case i denne artikkelen.

Studiens problemstilling er: Hvordan forhandler og posisjonerer vernepleiere sine egne faglige bidrag og sin yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper på kommunale sykehjemsavdelinger for personer med demens? Følgende forskningsspørsmål utledes på bakgrunn av problemstillingen: Hvilke ansvarsområder og arbeidsområder har vernepleiere, og hva begrunner dette? Hvordan posisjonerer vernepleiere seg i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper, med særlig oppmerksomhet på samarbeid mellom vernepleiere- og sykepleiere?

Vernepleie og demensomsorg

Vernepleiere ble autorisert som helsepersonell etter § 48 i lov om helsepersonell i 1999 (Helsepersonelloven, 1999). Kompetanse som vernepleier etterspørres spesifikt i miljøtera-

peutstillinger (Fellesorganisasjonen (FO), 2017) og i økende grad i stillinger som har vært dominert av sykepleiere (Terum & Nesje, 2014). Studier av oppgavefordeling mellom sykepleiere og vernepleiere viser at vernepleieres yrkesrolle ofte overlapper med sykepleieres (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Dermed kan vernepleieres særegne kompetanse representere et ubrukt potensial i tverrprofesjonelt samarbeid (Folkman, Sverdrup & Tveit, 2017; Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Tverrprofesjonelt samarbeid innebærer integrasjon av ulike faggruppers kunnskaper og ferdigheter og engasjement i felles beslutninger (Willumsen, 2016). Både nasjonale og internasjonale studier viser at mangel på oppdatert kompetanse hos personalet kan medføre at personer med demens ikke får det tilbudet de har krav på eller hjelpen de har behov for (Greenblatt & Greenblatt, 2016; Jutkowitz mfl., 2016; Kirkley mfl., 2011; Pieper mfl., 2016; Smeby & Kirkevold, 2013; Smythe, Jenkins, Galant-Miecznikowska, Bentham & Oyeboode, 2016). En rådende forståelse av demens er problemorientert og har vært førende i demensomsorgen. Det innebærer i hovedsak en biomedisinsk forståelse av demens som en degenerativ sykdom hvor fysiske behov prioriteres (Kaplan & Andersen, 2013; Kitwood & Bredin, 1992; Legere, McNeill, Martine, Acorn & An, 2017; Smythe mfl., 2016). Psykososiale behov, betydningen av relasjonelle forhold og intersubjektivitet får liten oppmerksomhet (Chenoweth mfl., 2009). Stress og usikkerhet hos personer med demens kan føre til atferdsmessige og psykologiske symptomer som kan ha nevrologiske årsaker. Symptomene gir ofte humørsvingninger, atferdsendringer, vrangforestillinger, hallusinasjoner, feilslutninger, uro, depresjon, apati, aggresjon, vandring, tøylesløs eller repetitiv atferd. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap som bidrar til å forstå konteksten som personene befinner seg i, og å anerkjenne personenes unike behov (Legere mfl., 2017). Relasjonell kunnskap og ferdigheter er grunnleggende for å ivareta personer som lever i et avhengighetsforhold (Eriksen mfl., 2016; Kaplan & Andersen, 2013; McGovern, 2015; Myhre, Lichtwarck & Bergh, 2018; Washburn & Grossman, 2017). Tilrettelegging av miljøet rundt personer med demens kan spille en avgjørende rolle for deres funksjonsevne (Brooker, 2004; Kitwood & Bredin, 1992). En forståelse som vektlegger kompleksitet og miljø, fordrer at helsepersonell arbeider med å styrke positive opplevelser av trivsel, trygghet og kvalitet for dem. Betydningen av gjensidighet og dialog er viktig (Brask mfl., 2016).

Å utvikle miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer er et nasjonalt hovedsatsingsområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Vernepleieres kunnskapsgrunnlag kan slik sett egne seg i tjenester til personer med demens (ibid.). Denne studien bidrar til å utforske vernepleieres erfaringer, ressurser og utfordringer i demensomsorgen.

Artikkelen undersøker og drøfter hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer egne faglige bidrag og yrkesrolle i tverrprofesjonelle samarbeidsrelasjoner i tjenesteutforming til personer med demens på kommunale sykehjemsavdelinger.

Teoretisk forankring

Wengers (2004) teori om deltakelse i praksisfellesskap og Abbotts (1988) teori om profesjonssystemer er egnet til å forstå vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egen kompetanse, herunder ansvars- og oppgavefordeling og egen yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper.

Wenger (2004) beskriver praksisfellesskap som grenser eller områder. Deltakelse i praksisfellesskap omfatter gjensidig engasjement og arbeid i grenseområder for felles forståelse av situasjoner. Kunnskap kan aksepteres eller overses, og mening, gjensidig ansvarlighet og kompetanse forhandles. Engasjement innebærer i så henseende en maktdimensjon. Å inn-

ordne seg i et praksisfellesskap øker effekt av handlinger. Slik kan deltakere vinne makt og opplevelse av hva som er mulig. Innordning kan i ytterste konsekvens komme til uttrykk som diskvalifiserende lydighet. Praksisfellesskapet definerer roller, kvalifikasjoner og autoritet som deltakerne mer eller mindre kan identifisere seg med. Fellesskapet er grunnleggende for identifikasjonsprosesser og *anerkjennelse*. Abbott (1988), derimot, beskriver grenser som markerer skiller mellom profesjonenes kunnskaps- og arbeidsfelt. I Abbotts teori om profesjonssystemer (1988) er *deling av arbeidsoppgaver* og lenken mellom *profesjonelt samarbeid og juridiksjon* sentralt. Juridiksjon innebærer at profesjoner kontrollerer et myndighetsområde. De fleste profesjoners arbeid er direkte bundet til et kunnskapssystem som formaliserer ferdighetene deres. En profesjon kan oppnå rådgivende kontroll over visse aspekter av arbeidet.

Dersom staten gir profesjonen rett til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på fellesskapets vegne, medfører det en juridiksjon som legitimerer profesjonen. Full juridiksjon innebærer at det trekkes klare grenser mellom en profesjons myndighet i forhold til andre profesjoner på visse områder. Slik myndighet er ofte historisk gitt gjennom lovgivning. Autorisert kunnskap og praksis gir profesjoner best forhandlingsgrunnlag i konkurranse om juridiksjon. En metode for profesjonell maktutøvelse og posisjonering er å begrense andres innsynsrett i sin kunnskap og arbeidsoppgaver. Det kan for eksempel være utfordrende som nykommer å vinne *anerkjennelse* for relevant kunnskap i et samarbeid. Det krever fortløpende forhandlinger med samarbeidspartnere å definere problemer på nye måter og vinne kontroll i form av kvalifisering. Slik kan profesjoner søke å redusere sin underordning som er en mer begrenset, men svært vanlig juridiksjon (ibid.).

Tverrprofesjonelt samarbeid er ifølge Abbott (ibid.) problematisk fordi det innebærer krysning av profesjongrenser og ny fordeling av arbeid. Når innholdet i profesjoners arbeidsoppgaver endrer seg, kan forhandlinger om kontroll over oppgavene være gjenstand for konflikt mellom profesjonene. I praktisk arbeid har grenser mellom profesjonelle juridiksjoner hatt en tendens til å forsvinne som konsekvens av ny arbeidsdeling og nye former for kunnskapsoverføring.

Profesjoner konkurrerer om status og er opptatt av å bruke makt for å vinne posisjon. Abbotts (ibid.) teori belyser samhandling og konkurranse mellom profesjoner om arbeidsfelt, både på individnivå og strukturnivå. Hans teori er derfor velegnet for å utfylle Wengers (2004) teori om praksisfellesskap. Ved hjelp av Wenger og Abbotts begreper analyseres vernepleieres erfaringer med forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper.

Metode

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene valgte vi et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative studier anvendes for å utvikle en forståelse av sosiale fenomen og er velegnet i studier av temaer det er lite forskning på fra før (Silverman, 2013). Kvalitative forskningsintervjuer utforsker enkeltindividens erfaringer.

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, 41287). Dataproduksjonen skjedde i 2017–2018. Vi innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltakere. Forskningsetiske krav til anonymisering er ivaretatt.

Utvalg og datainnsamling

Førsteforfatter rekrutterte ti vernepleiere fra syv kommuner i Vest Norge på åtte ulike sykehjemsavdelinger for personer med demens til individuelle intervjuer. Strategisk utvalg som

rekrutteringsmetode ble valgt av hensyn til det lave antall vernepleiere i demensomsorgen (Silverman, 2013). Vernepleiere ble rekruttert ved å kontakte ledelser ved sykehjemsavdelingene, som foreslo andre avdelinger som kunne kontaktes.

Inklusjonskriterier var at vernepleiere hadde vært ansatt i tjenestefeltet i minst et halvt år og i minimum 50 % stilling. Disse skulle sikre at de hadde sammenhengende erfaring i tjenestefeltet. Alle informantene var kvinner, den eldste 59 år gammel og utdannet i 1995, med 20 års arbeidserfaring på sykehjemsavdelinger for personer med demens. Den yngste var 25 år og utdannet i 2016. Informantene hadde arbeidserfaring fra ulike helse- og sosialfaglige tjenestefelt, som psykiatri, habilitering og rehabilitering, pleie- og omsorgsarbeid.

Vi brukte en halvstrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015) i individuelle intervjuer med vernepleiere. Vi stilte spørsmål om hvilke oppgaver og ansvarsområder vernepleierne hadde, og hvorfor de hadde valgt dette tjenestefeltet. Andre spørsmål var hvilken kompetanse vernepleiere særlig erfarte at de kunne tilføre, og konkrete eksempler på arbeidsfordeling, samarbeidsområder og ulike roller i tråd med begreper fra Wenger (2004) og Abbott (1988). Gjennom intervjuer med vernepleierne kunne deres erfaringer med egne faglige bidrag, ansvars- og arbeidsoppgaver, utfordringer i samarbeidet og yrkesrollen avdekkes. Vi gjorde lydopptak av intervjuene. De ble transkribert av førsteforfatter.

Beskrivelsene av vernepleieres faglige bidrag og yrkesroller på skjermede avdelinger for personer med demens er basert på vernepleieres erfaringer, fortrinnsvis gjennom ansettelse i sykepleierstillinger som innebærer ansvars- og arbeidsoppgaver som «sykepleiere». Det medfører ansvars- og arbeidsoppgaver som tradisjonelt har vært basert på helse- og medisinskfaglige premisser med søkelys på stell og pleie. Sykepleiere er den profesjonsgruppen som vernepleierne samarbeider mest med. Sykepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper, tjenestemottakere og pårørende som vernepleiere samarbeider med, er ikke intervjuet. Dette kan være en begrensning ved studien. Det er en styrke for variasjon i studien at informantene arbeider på flere og ulike skjermede avdelinger for demens.

Analyse

Analyse av intervjumaterialet er inspirert av tematisk innholdsanalyse etter Vaismoradi, Turunen og Bondas (2013). En grundig gjennomlesning med utgangspunkt i forskningsspørsmål gav grunnlag for koding av materialet. Vi var på jakt etter mønstre i form av sammenfall og skillelinjer. Kodingen muliggjorde uttrekk av relevant tekst, som ble kondensert. Kodene ble sortert og utviklet til undertemaer, som ble organisert i tre hovedtemaer (jf. hovedtema 1, tabell 1). Analysen kan beskrives som en frem og tilbake- prosess mellom de kodede tekstekstraktene og hele datamaterialet sett under ett. Den teoretiske forankringen bidro til å gi mening til datamaterialet, til å forstå og finne sammenhenger og til å gi en samlet forståelse av materialet. Abduktiv tilnærming innebærer en ikke-lineær prosess mellom studier av teori og empiri. Teoretiske perspektiver gir innspill til hvordan dataene kan forstås (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tabell 1. Eksemplifisering av tekstutdrag, kondensert tekst, koder, undertema og tema

Tema 1: Oppnå anerkjennelse i samarbeidet			
Tekstutdrag	Kondensert tekst	Koder	Undertema
«jeg var den første vernepleieren i 2015, det har aldri før vært vernepleiere i avdelingen»	første ansatte vernepleier i sin profesjon	Vernepleiere er nykommere	Sykepleiere foretrekkes
«når du har en vernepleierutdannelse så kan du risikere at sykepleiere blir foretrukket»	sykepleiere foretrekkes	Vernepleiere velges bort	
«det er noen vernepleierstillinger som har falt ut, da kommer sykepleiere inn»	erstatte vernepleiere med sykepleiere	Vernepleiere velges bort	
«var fullt klar over da jeg fikk jobben at det var en sykepleierjobb»	vernepleiere utfører sykepleieroppgaver	Sykepleierstillinger	
«tror ikke jeg kan bli sykepleier en når jeg ikke er sykepleier, så jeg er veldig låst. På bolig kunne du strebe etter å bli fagleder og leder»	vernepleiere har begrensede karrieremuligheter	Begrensede karrieremuligheter	

Kunnskapsproduksjon i studien er basert på både deltakernes og forskerens mulighet til å beskrive, studere og fortolke meninger tuftet på deltakeres ytringer. Forfatterens fagbakgrunn som sosiologer og sykepleier gir føringer på analysearbeidet og bidrar med økt innsikt i mulige kilder til friksjon som kan og vil oppstå mellom profesjonsutøvere. Analyseprosessen fant sted i samarbeid mellom forfatterne. Det bidro til å styrke resultatenes validitet. Analysen gav grunnlag for formulering av tre temaer som svarer på problemstillingen i denne studien, «oppnå anerkjennelse i samarbeidet», «gjensidig engasjement» og «vernepleierfaglig meningsforhandling». Dette resultatet kan oppsummeres i overskriften «Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid?»

Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid?

Den tverrprofesjonelle konteksten som vernepleierne i denne studien var en del av, besto av helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, sykepleiere og leger. De fleste var de eneste vernepleiere på avdelingene, men de kunne ha delte vakter med en vernepleier- eller sykepleierkollega. Halvparten av vernepleierne var den første ansatte på sin avdeling i sin profesjon. Med et par unntak var alle i sykepleierstillinger.

To av sykehjemmene hadde forsterkede avdelinger, den eldste av avdelingene hadde eksistert i 2,5 år. Andre avdelinger var kun skjermet. Det var ingen systematisk forskjell mellom forsterkning og skjerming av avdelinger med betydning for studien. Derfor brukes benevnelsen skjermet i artikkelen. På skjermede avdelinger var atferdsendringer og utfordringer hos beboere i sykehjem en større faglig utfordring enn på somatiske avdelinger hvor behovet for pleie og stell var mer omfattende.

Oppnå anerkjennelse i samarbeidet

Dette temaet beskriver vernepleieres erfaringer med ansettelsesforhold i sykepleierstillinger ved undertemaene «sykepleiere foretrekkes» og «du må kunne somatikk for å bli tatt på alvor».

Sykepleiere foretrekkes

Vernepleiere ansettes i sykepleierstillinger og har ofte stillingsbeskrivelser som sykepleiere. Noen erfarer at sykepleiere foretrekkes fremfor vernepleiere hvis det blir en ledig stilling som begge profesjoner kan søke. Enkelte erfarer at sykepleiere ansees som mer kompetente enn vernepleiere, særlig på somatiske avdelinger. De forteller at det kan foreligge krav om «sykepleierdekning» i tjenestene. Dette legger føringer for hvem som ansettes. En vernepleier uttrykker:

Vi har hatt noen vernepleiere som ikke har fått noe videre jobber – eller bare sånne ekstrajobber hele tiden, når stillingen lyses ut foretrekkes sykepleiere.

Noen vernepleiere får samme ansvar og arbeidsoppgaver som sykepleiere på avdelingene, selv om de ikke har sammenfallende kompetanse. De har ikke mulighet til å gjøre videre karriere, for eksempel i en «sykepleier-én stilling». Dette er en overordnet faglig stilling som innebærer medansvar på avdelingene i samarbeid med avdelingsleder og lege. Det kan oppleves frustrerende og uttrykkes slik av en vernepleier:

Jeg kan ikke bli «sykepleier én», så jeg er veldig låst her med hensyn til å gjøre karriere.

Selv om enkelte ønsker videre karriere i tjenestefeltet, kan dette være grunn til å søke annet arbeid, forteller de. Da er gjerne tjenester som ivaretar utviklingshemming, mest aktuelt fordi det er et tradisjonelt vernepleierfaglig felt.

«... du må kunne somatikk for å bli tatt på alvor»

Vernepleiere i studien peker på behov for mer solid medisinsk- og helsefaglig kompetanse i utdanningen, eventuelt å få mulighet til videreutdanning i dette. Flere forteller at det er avgjørende å bygge opp tillit ved å fremstå som faglig kompetente for å bli tatt på alvor. En vernepleier sier:

Å sette subkutan sprøyte; du kan ikke si at du ikke vil gjøre de tingene du er utdanna til å gjøre. Noen vernepleiere lar bare sykepleierne ta det, men da blir du ikke tatt på alvor.

Det samme gjelder andre forhold som sårstell, å sette inn kateter og vurderinger av patologiske tilstander hos pasienter i samarbeid med sykepleiere/leger, sies det.

Vernepleierne opplever at medisinskfaglig kompetanse gir anerkjennelse og innfrir forventninger til yrkesrollen. Slike krav imøtekommes gjennom praksis i beskrivelser av egen yrkesrolle som «nesten-sykepleier».

Gjensidig engasjement

Dette temaet viser hvilke muligheter vernepleiere erfarer i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper. Det beskrives gjennom to undertemaer: «samarbeidsvilje» og «fellesfaglige føringer».

Samarbeidsvilje

Et gjennomgående tema er basert på at vernepleierne forteller at de samarbeider godt med alle involverte profesjons- og yrkesgrupper, inkludert leger og sykepleiere. En vernepleier sier:

Jeg vet jo hvor mine grenser går, vi har et godt samarbeid med legen vår. Jeg tar ikke avgjørelser på egen hånd.

Flere forteller at de deler det overordnede faglige ansvaret med sykepleiere. De samarbeider med annet yrkesfaglig eller ufaglært personell om stell og pleie og andre praktiske gjøremål. De poengterer betydningen av å dra veksler på hverandre i samarbeidet og å fremme likeverdighet uansett utdanningsbakgrunn, posisjon og status i avdelingene. En av dem sier:

Jeg sier at her er vi på lik linje alle, du skal ikke si at du «bare» er hjelpepleier eller assistent, du er så mye mer enn det.

Hverdagen er travel, forteller vernepleierne. Det er avgjørende med en fleksibel holdning i fordeling- og utførelse av arbeidsoppgaver for «å dra lasset sammen».

Fellesfaglige føringer

Vernepleierne erfarer at den faglige forståelsen av hva som er god behandling, er i endring fra prioritering av medisiner, stell, pleie og faste rutiner og prosedyrer, for eksempel måltider og søvn, til nye måter å samarbeide på. En vernepleier peker på at ulikt kunnskapsgrunnlag i personalgruppen kan føre til motsetningsforhold i samarbeidet.

Både vernepleierne og sykepleiere etterlyser felles arenaer for refleksjon og kunnskapsutveksling. De understreker betydningen av at hele personalgruppen inkluderes i dette. Et mål med en faglig tilnærming, for eksempel personsentrert omsorg, er å arbeide for større jevnbyrdighet i samhandling mellom personal og tjenestemottaker for å oppnå felles læring. En vernepleier sier:

Personsentrert omsorg er veldig bra. Da tar vi utgangspunkt i pasienters situasjon, væremåte og integritet. Hvis reaksjonen er god på det vi gjør, gjør vi mer av det. Vi lærer av hverandre.

Vernepleiere fremholder at det er et ledelsesansvar å sørge for kursing og integrering av fellesfaglige føringer i personalgruppene, samt å sørge for å arrangere felles møtepunkter som åpner for utveksling av erfaringer.

Vernepleierfaglig meningsforhandling

Dette temaet viser hvordan vernepleiere opplever utfordringer i samarbeid med andre yrkesgrupper. Temaet beskrives ved tre undertemaer: «mangler faglig fellesskap med andre vernepleiere», «juridiske og etiske dilemma og personlig integritet» og «kompetanse om atferd, relasjon og forebyggende samarbeid».

Mangler fagfellesskap med andre vernepleiere

En hovedtendens i materialet er at informantene har arbeidet i avdelingene fra ett til tre–fire år, og oftest alene som vernepleiere i et sykepleiefaglig dominert samarbeid. De forteller at fravær av andre vernepleiere kan være utfordrende, særlig i samarbeid om miljøarbeid. En vernepleier har denne erfaringen:

De ville ha vernepleier for de ville ha større fokus på miljø. Da jeg ikke hadde vernepleiere å snakke med, måtte jeg gå veien litt alene.

Det kan være krevende å jobbe alene. En uttrykte det slik:

Som vernepleier kan det være fryktelig vanskelig hvis du ikke jobber en plass der det er vernepleiere. Jeg har ingen å sammenlikne meg med.

Et vernepleierfaglig miljø og vernepleierkolleger ville vært viktig faglige støtter for å avklare yrkesroller i samarbeidet, ifølge flere informanter.

Juridiske og etiske dilemmaer og personlig integritet

Vernepleierne peker på utfordringer i miljøet rundt pasienter som kan medføre juridiske og etiske faglige dilemmaer. De uttrykker at de selv har særlig gode juridiske kunnskaper til å håndtere slikt, men det defineres som sykepleieansvar og -oppgaver. Eksempler som trekkes frem, omhandler bruk av makt og tvang, utforming av tvangsvedtak og terapeutisk mestring av aggresjon (TMA) samt krav om en systematikk i måten å gå frem i samarbeidet på med pasienter. En vernepleier har denne erfaringen:

Jeg har spurt hvorfor jeg ikke skriver tvangsvedtak, men det er en sykepleieroppgave. Jeg har jo mye praktisk erfaring med det og har hatt mye om tvang i utdanningen.

Et mål med miljøarbeid og miljøarbeiderrollen er å tilpasse miljøet rundt pasienter og å ivareta personlig integritet gjennom sykdomsutviklingen, forteller informanter. De gir eksempler på at det kan gjøres ved tilrettelegging for mestring og mening for pasientene i hverdagen. Det er avgjørende å mobilisere ressurser utenfor institusjon, hevdes det. En vernepleier forteller:

Jeg bruker mye tid på å kartlegge hver enkelt pasient, blant annet med pårørende. De verdien en har og de tingene man har likt å gjøre, er kjempeviktige.

Ifølge informantene forutsetter miljøarbeiderrollen faglige kunnskaper om tilrettelegging av miljøet for en person med demens. Slike kunnskaper har vernepleiere, forteller de.

Kompetanse om atferd, relasjon og forebyggende samarbeid

Flere av vernepleierne er opptatt av faglige forutsetninger for å identifisere, analysere og forebygge uønsket atferd hos pasienter. For eksempel kan atferdsanalyse kombinert med kunnskaper om kognitiv svikt være et slikt utgangspunkt. En vernepleier sier:

Det å kunne lese atferd proaktivt og å være i forkant er så viktig for å unngå uønsket atferd hos pasienter.

Mange pasienter mister sitt verbale språk, forteller informantene. Da er det avgjørende å forstå hva de prøver å uttrykke gjennom atferd. Vernepleierne påpeker at betydningen av gode relasjoner mellom pasienter og personalet er lite vektlagt. Det er viktig å høyne kunnskapsnivået om dette, mener de. En vernepleier uttrykker det slik:

Vi må snakke mer om miljøtiltak og relasjoner, måten vi henvender oss på (til personer med demens), det tror jeg er avgjørende.

Slik kunnskap kan, etter informantenes mening, både bidra til at personalet blir tryggere, og samtidig redusere bruk av medisiner.

Analysen viser at sammenhenger mellom vernepleiernes faglige bidrag og yrkesrolle i betydningen «miljøarbeider» innebærer at de erfarer at deres kompetanser er knyttet til miljøarbeid, etiske og juridiske forhold samt atferdsanalyse.

Drøfting

Med bakgrunn i de tre temaene som er presentert i resultatbeskrivelsen, diskuteres betydningen de har for vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egen kompetanse og yrkesrolle i tverrprofesjonelt samarbeid.

Er vernepleieres helse- og medisinskfaglige kompetanse en ressurs i tverrprofesjonelt samarbeid?

Resultater viser at vernepleiernes helse- og medisinskfaglige kompetanse er sentral for å gi dem tilgang til ansvars- og arbeidsoppgaver i sykepleierstillinger og sykepleierfaglig ansvar- og arbeidsoppgaver i sykehjem. Det er også disse faglige kvalifikasjonene som gjør at de opplever å bli «tatt på alvor» og respektert i samarbeid med andre profesjons- og yrkesgrupper. Det innebærer en yrkesrolle som deltakere i studien beskriver som «nesten-sykepleiere». Abbott (1988) viser til at deling av arbeidsoppgaver og lenken mellom profesjonelt samarbeid og jurisdiksjon er sentralt. Grenser mellom profesjonelle jurisdiksjoner har en tendens til å forsvinne som en konsekvens av ny arbeidsdeling og nye former for kunnskapsoverføring. Dette kalles assimilering, og det bidrar til å undergrave profesjonelle jurisdiksjonelle grenser.

Vernepleierne i studien har erfaringer med at de velges bort til fordel for sykepleiere. De ansettes ikke i faste stillinger. De opplever ikke å ha samme muligheter til å bygge karriere som sykepleiere har. Noen uttrykker at slike forhold gjør det særlig viktig at de kan ivareta somatiske oppgaver. Å demonstrere egne kompetansefortrinn i nye arbeidsområder har vært viktig for vernepleiere siden 1990-tallet (Messel, 2013). Enkelte av vernepleierne synes at deres egen kompetanse er for mangelfull til å kunne arbeide i demensomsorgen. Resultatene våre viser at en konsekvens av opplevelse av faglig utilstrekkelighet hos vernepleierne og/eller mangel på muligheter for å gjøre karriere kan være grunn til å søke seg bort fra demensomsorg. En annen konsekvens er å overlate somatiske oppgaver til sykepleiere (Folkman mfl., 2017). Profesjonell status er relatert til autoritet eller en profesjons kapasitet til å kontrollere andre profesjoners arbeid (Abbott, 1988). En utfordring for profesjoner med sosialfaglige tilnærminger er avhengighet av andre profesjoner, særlige medisinskfaglige, i å skape seg en rolle og relevante aktiviteter (Kaplan & Andersen, 2013). Dette kjennetegner underordnede jurisdiksjoner (Abbott, 1988). Føyelighet og konformitet er de mest effektive formene for innordning i praksisfellesskap, ifølge Wenger (2004). Slike forhold vises i resultatene i samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. I ytterste konsekvens kan innordning bli direkte diskvalifiserende og er en form for lydighet som ikke stiller spørsmål eller åpner for meningsforhandling (Wenger, 2004). Vernepleierne i denne studien etterlyser et vernepleierfaglig miljø for å styrke sin egen yrkesrolle og posisjon i samarbeidet.

I studien er stillingsbetegnelser og profesjonsspesifikke titler som «avdelingssykepleier» eller «sykepleier én» beholdt sykepleiere. Slike forhold kan bidra til å markere sykepleieres kompetanse og devaluere vernepleieres. Det gjør arbeidet mer attraktivt for sykepleiere enn for vernepleiere (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Resultatene tyder på at sykepleieres rådgivende jurisdiksjon styrkes på avdelinger for personer med demens, og at den svekkes for vernepleiere. Dette skjer ved å definere og markere ansvars- og arbeidsoppgaver samt ved å gi muligheter for karriere for sykepleiere som vernepleiere ikke får. Komplementerende kompetanse kan gi læring og øke samlet kompetanse og nytenking i samarbeid (Chenoweth mfl., 2009; Ludvigsen & Danielsen, 2014; Myhre mfl., 2018). Sosialfaglige profesjoners kunnskapsgrunnlag som bidrar til å fremme og styrke psykososiale tilnærminger til demens, kan utfordre dominerende vektlegging av biomedisinske aspekter og behandling av pasienter (Kaplan & Andersen, 2014; McGovern, 2015; Washburn & Grossman, 2017). Leger har tradisjonelt hatt full jurisdiksjon på dette området (Abbott, 1988). Ludvigsen og Danielsen

(2014) understreker at økende behov for sammensatte tjenester betinger at slike tjenester tillegges mer vekt. Utvikling av nye stillingsstrukturer i tverrprofesjonelt samarbeid i kommunale tjenesteområder er en måte å ivareta bredere samarbeid på.

Flere studier understreker betydningen av å balansere faglig innflytelse og profesjonell autonomi i tverrprofesjonelt samarbeid for å sikre større faglig bredde (Hagland, 2015; Ludvigsen & Danielsen, 2014). Tjenester til personer med demens er et slikt utviklingsområde (Myhre mfl., 2018; Legere mfl., 2017). Våre resultater støtter dette.

Partnerskap og gjensidig engasjement

Vernepleierne i studien gir uttrykk for toleranse for og vilje til å identifisere seg med andres faglige tilnærminger og yrkesroller. Wenger (2004) peker på at vilje til felles forståelse i samarbeid er en forutsetning for gjensidig engasjement i praksisfellesskap og for partnerskap. Resultatene viser hvordan vernepleierne inntar en «partnerrolle» som, ifølge Brask mfl. (2016), ikke er særegent for vernepleiere. Den finnes blant flere yrkesgrupper innenfor helse- og sosialprofesjonene. I denne yrkesrollen betones verdier som samhandling, medvirkning og dialog.

Partnerrollen som vernepleierne i denne studien beskriver, retter seg både mot kolleger med ulik utdanningsbakgrunn, posisjon og status på avdelingene og mot brukere med demens. For å oppnå likeverdighet i samarbeid med tjenestemottakere med nedsatt funksjonsevne må tjenesteytere legge til rette for dette. Et av de vanskeligste aspektene ved demens er tap av tilhørighet. Etablering av en «vi»-identitet mellom ansatte og personer med demens kan bidra til å minske den profesjonelle distansen mellom «oss» og «dem» (McGovern, 2015).

Det kan ligge en spenning mellom forventninger om tverrprofesjonelt samarbeid og vern om profesjonell jurisdiksjon (Hagland, 2015). Våre resultater understreker at det kan være utfordrende for vernepleierne å ta eierskap over arbeidsoppgaver som de mener de har spesielt gode faglige forutsetninger for å ivareta. Partnerskap og gjensidig engasjement kan slik sett true vernepleiernes forståelse av å ha en spesifikk yrkesrolle.

Sosialarbeidere som arbeider i tverrprofesjonelle team, opplever større rollekonflikt og mer stress enn sine kolleger (Kaplan & Andersen, 2013). Dette preger også vernepleieres samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper (Gjertsen mfl., 2018; Messel, 2013). En konsekvens av dette kan være faglig devaluering av vernepleie i samarbeid, slik det vises i våre resultater. Dette er ikke i tråd med intensjonen i tverrprofesjonelt samarbeid i demensomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Miljøarbeid i demensomsorgen?

Denne studien viser at flere vernepleiere foretrekker å arbeide på skjermede avdelinger for personer med demens fremfor på somatiske avdelinger. På skjermede avdelinger er det større oppmerksomhet på miljø og miljøfaktorer som vernepleierne mener de har gode faglige forutsetninger for å ivareta i yrkesrollen som miljøarbeider/miljøterapeut.

Wenger (2004) understreker betydningen av å kunne identifisere seg med fellesskapets beskrivelser av roller eller andre former for karakteristikk. Det dreier seg om å utvikle en forbindelse som oppleves som konstitutiv for hva en representerer, og hvem en er. Våre resultater tyder på at faglig fellesskap omkring miljøarbeid er det som vernepleierne oppfatter som profesjonens kjernekompetanse. Ny kunnskap eller ferdigheter kan bidra til å styrke og utvide en underordnet posisjon som endrer standarder for profesjonell kontroll (Abbott, 1988). Det kan gi mulighet til å utvikle tverrprofesjonelle kompetanseområder. Noen av vernepleierne gir eksempler på kompetanse fra sin egen utdanning. De peker på etikk, juss,

kunnskap om makt og forebygging av tvang, atferd, kommunikasjon og miljøarbeid. Slike kunnskapsområder vektlegges i demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Flere studier understreker at betydningen av ledelse kan være avgjørende både med hensyn til opplæring av personale og for å få til gode synergieffekter i tverrprofesjonelt samarbeid generelt (Willumsen, 2016) og i demensomsorgen spesielt (Chenoweth mfl., 2009; Jacobsen mfl., 2017; Kirkley mfl., 2011; Myhre mfl., 2018). Ledelse som legitimerer og integrerer ulike roller og profesjonsfaglige bidrag, etterlyses også i andre tjenestefelt der vernepleiere har kort tradisjon (Folkman mfl. 2017, Folkman, Tveit & Sverdrup, 2019). Resultater i foreliggende studie indikerer at ledere dobbeltkommuniserer når de ansetter vernepleiere, men foretrekker sykepleiere dersom det er mulig. På den annen side skal ledere sikre kvalitet i tjenester og er usikre på vernepleieres faglige forutsetninger for praksis (Folkman mfl., 2019).

Involvering av flere fagperspektiver i pasientbehandling bidrar til bedre måloppnåelse og økt mestring hos personalet (Myhre mfl., 2018). Studien viser at vernepleierens kompetanse i miljøarbeid kunne vært mer anerkjent og i større grad anvendt i det tverrprofesjonelle samarbeidet på skjermede kommunale avdelinger for personer med demens.

Grenser for samarbeid, avslutning og konklusjon

Studien retter søkelyset mot hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer sine egne faglige bidrag og sin yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper på kommunale sykehjemsavdelinger for personer med demens. Resultater peker på at vernepleierens helse- og medisinskfaglige kompetanse er sentral for å posisjonere seg i «sykepleierstillinger» og i samarbeid om ansvars- og arbeidsoppgaver med sykepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper.

Vernepleierens inntreden i kommunale sykehjem på skjermede avdelinger for personer med demens skjer ofte på bakgrunn av et behov for å styrke tverrprofesjonelt samarbeid. Vernepleierne etterlyser imidlertid større rom for profesjonsfaglig refleksjon i samarbeidet. De savner muligheter til anerkjennelse og posisjonering av egen kompetanse.

Vernepleieres forhandlinger og posisjonering i dette tjenestefeltet gir indikasjoner på hvilken type omsorgsfaglighet som dominerer. Både tverrprofesjonelt samarbeid og kvalitet i demensomsorgen blir utfordret av resultatene i studien. Studien peker på hvordan man bør tilrettelegge et miljø rundt personer med demens som ivaretar deres funksjonsevne, samt utfordringer knyttet til faglig kvalifisering.

Resultatene viser at det er nødvendig med ulike virkemidler for å tydeliggjøre vernepleierens faglige profil og yrkesrolle, bl.a. å anerkjenne og anvende deres kompetanse. Innsats for å utvikle kvalitet i tverrprofesjonelt samarbeid bør styrkes. Ledere har en viktig rolle i så måte, men også utvikling av nye stillingsstrukturer. Studien avdekker et behov for mer forskning om vernepleierens muligheter for kvalifisering og yrkesrolle i sykehjem på skjermede avdelinger for personer med demens.

Litteratur

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brask, O.D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneverker. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Clinical Gerontology*, 13(3), 215–222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>.

- Chenoweth, L., King, M.T., Yun-Hee J., Brodaty, H., Stein-Pabury, S., Norman, R., Haas, M., Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317–325. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6).
- Endringslov til helselovgivningen (2017). *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* (LOV-2017-06-16-55). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-55>.
- Eriksen, S., Helvik, A.S., Juvet, L.K., Skovdahl, K., Førsum, L.H. & Grov, E.K. (2016). The experience of relations in persons with dementia: A systematic meta-synthesis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 42(5–6), 342–368. <https://doi.org/10.1159/000452404>.
- Felleorganisasjonen (FO). (2017). *Vernepleierundersøkelsen: Om vernepleiere, utdanning, arbeidsfelt og interesser. En undersøkelse blant FOs vernepleiere*. Oslo: FO.
- Folkman, A.K., Sverdrup, S. & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktspsykiatriske sentre. *Fontene forskning*, 10(1), 56–69. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.55949.0.3.c98a5ef5ca>.
- Folkman, A.K., Tveit, B. & Sverdrup, S. (2019). Leadership in multidisciplinary co-operation in healthcare. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 97–107. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S189199>.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>.
- Gjertsen, P.Å., Hansen, V.M.B. & Juberg, A. (2018). Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres rolle og status i skolen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2(21), 163–169. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-05>.
- Greenblatt, H.K. & Greenblatt, D.J. (2016). Use of antipsychotics for the treatment of behavioral symptoms of dementia. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 56(9), 1048–1057. <https://doi.org/10.1002/jcph.731>.
- Hagland, H. (2015). *Å krysse fremfor å beskytte grenser: om ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenters deltakelse og læring i tverrprofesjonell praksis* (Doktoravhandling). Høyskolen i Oslo og Akershus.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Utdanning for velferd*. Meld. St. 13 (2011–2012). <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan2020.pdf>.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>.
- Jacobsen, F., Mekki, T.E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E.M., Øye, C. (2017). A mixed method study of an education invention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Jutkowitz, E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R.A., Fink, H.A., Butler, M., Sylvanus, T., Kane, R. (2016). Care-delivery interventions to manage agitation and aggression in dementia nursing home and assisted living residents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 477–488. <https://doi.org/10.1111/jgs.13936>.
- Kaplan, D. & Andersen, T. (2013). The transformative potential of social work's evolving practice in dementia care. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(2), 164–176. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.753652>.

- Kirkley, C., Bamford, C., Poole, M., Arksey, H., Hughes, J. & Bond, J. (2011). The impact of organisational culture on the delivery of person-centered care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health & Social Care in the Community*, 19(4), 438–448. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.00998.x>.
- Kittwood, T. & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing & Society*, 12(3), 269–287. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0000502XP>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskerinterview som håndværk* (3. utg.). København: Hanz Reitzels Forlag.
- Legere, L.E., McNeill, S., Martine, L.S., Acorn, M. & An, D. (2017). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1360–1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.14007>.
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Rapport nr. 2-2014. Bergen: Uni Research Rokkansenteret.
- McGovern, J. (2015). Living better with dementia: Strengths-based social work practice and dementia care. *Social Work in Health Care*, 54(5), 408–421. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1029661>.
- Messel, J. (2013). *I velferdsstatens frontlinje: barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres historie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myhre, J., Lichtwarck, B. & Bergh, S. (2018). Delt forståelse og felles forpliktelse. En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for aldring og helse*, 22(1), 38–45. <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/delt-forstaelse-og-felles-forpliktelse/>
- Pieper, M.J., Francke, A.L., van der Steen, J.T., Scherder, E.J., Twisk, J.W., Kovach, C.R. & Achterberg, W.P. (2016). Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 64(2), 261–269. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13868>.
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4. utg.). Los Angeles, CA: Sage.
- Smeby, K.L. & Kirkevold, M. (2013). The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study. *BMC nursing*, 12(29). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-29>.
- Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P. & Oyebo, J. (2016). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today*, 50, 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.015>.
- Terum, L.I. & Heggen, K. (2015). Sikrer BSV-utdanningene kompetansebehova? *Fontene forskning*, 8(2), 20–34. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.37894.0.3.59b4661247>.
- Terum, L. I. & Nesje, K. (2014). *Praksisrelevans og kompetansebehov: vurderinger av BSV-utdanningene*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>.
- Washburn, A.M. & Grossman, M. (2017). Being with a person in our care: person-centered social work practice that is authentically person centered. *Journal of Gerontological Social Work*, 60(5), 408–423. <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1348419>.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33–52). Oslo: Universitetsforlaget.
- Witsø, A.E. & Teksum, A.B. (1998). *Måltrettet miljøarbeid med aldersdemens*. Oslo: Tano Aschehoug.