

# Vernepleiere i nye kontekster

Endring, forskyvning og tilpasning: en casestudie av  
forhandlinger om vernepleieres kompetanse og  
yrkesroller i helse-og omsorgstjenester

# **Vernepleiere i nye kontekster**

## **Endring, forskyvning og tilpasning: en casestudie av forhandlinger om vernepleieres kompetanse og yrkesroller i helse- og omsorgstjenester**

Social educators in new contexts

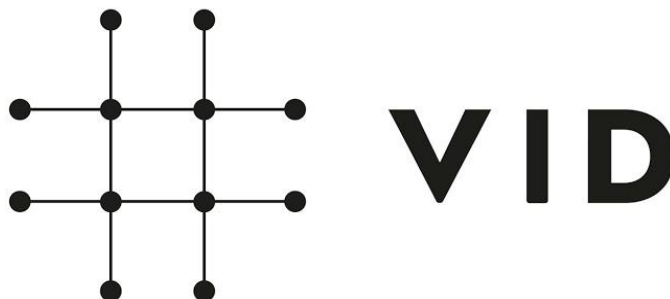
Changes, shifts and adaptations: a case study of negotiations on social educators' competence and professional roles in health and care services

Anne Katrine Folkman

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)

VID vitenskapelige høgskole

2019



© Anne Katrine Folkman, 2020

ISBN: 978-82-93490-57-9

ISSN: 2535-3071

*Dissertation Series for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
at VID Specialized University, Volume no. 19*

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted, in any form or by any means, without permission.

Cover: Dinamo

Printed in Norway: Totaltrykk AS, 2020.

VID Specialized University  
post@vid.no  
www.vid.no

## **Forord**

Dette prosjektet har gitt meg anledning til fordypning, faglig innsikt og utvikling. Utholdenhet, selvdisiplin, tålmodighet, veiledning og sist men ikke minst; støtte, har vært avgjørende for å nå målet.

Jeg vil takke vernepleiere og deres samarbeidspartnere, samt ledere som deltok i studien. Deres bidrag er uvurderlige!

Takk til veilederne mine, Sidsel Sverdrup og Bodil Tveit. Uten deres kunnskaper og veiledning ville det vært umulig å gjennomføre dette prosjektet. Takk til mine gode medstipendiater, bibliotekarene Anna Kirsten Nygaard, Hilde Trygstad og studieleder Elisabeth Kiær ved VID, Sandnes, og i særdeleshet til Johannes Finne, Inger Hellem, Kirsten Jæger Fjetland og Anita Gjermestad. Dere har gitt meg motivasjon, inspirasjon og verdifulle bidrag i faglige diskusjoner! I perioder når arbeidet opplevdes som tyngst, var dere der. Deres kollegialitet er til etterlevelse i mitt videre virke. Jeg vil også takke VID som har gitt meg muligheten til å være stipendiat.

Takk til familien min, til min mor og min datter, som har fulgt meg i opp- og nedturer. Dere gir meg tro på egne forutsetninger ved deres tilstedeværelse, interesse, evne og vilje til å lytte og forstå. Dere gir dagene mine glede og mening. Det er synd at jeg ikke fikk diskutert dette prosjektet med min far. Hans vitebegjær, kreativitet og ubendige utholdenhet har vært en ledestjerne på veien.

Sandnes 20.12.2019

Anne Katrine Folkman

## **Sammendrag**

### **Studiens mål og hensikt**

Målet med avhandlingen er, med utgangspunkt i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenestefelt, å bidra til kunnskapsutvikling om vernepleieres kompetanse og yrkesrolle. Studien undersøker og analyserer hvordan vernepleiere, deres samarbeidspartnere og ledere i tverrprofesjonelt samarbeid beskriver og gir innhold til sammenhenger mellom vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i daglig samarbeid med andre tjenesteytere. Selv om vernepleiere fra politisk hold beskrives som nøkkelpersonell i videreutvikling av slike tjenesteområder, har profesjonen gjentatte ganger vært utfordret på kvalitet og relevans. Vernepleie har også vært truet med nedleggelse og sammenslåing med barnevernspedagogikk og sosialt arbeid senest i forbindelse med arbeidet rundt Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*. Dette er problematisk for profesjonen, men kan også være utfordrende for samarbeidspartnere. Den overordnede problemstillingen denne studien reiser, er: Hvordan forhandler vernepleiere egen kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenester?

### **Metoder**

Arbeidet er gjennomført ved hjelp av tre kvalitative delstudier. De fant sted i tjenestefelt som helsepolitisk beskrives som nye for vernepleiere: demensomsorg, psykisk helse og miljøterapeutiske enheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Målet med delstudiene er følgende:

1. Undersøke og analysere hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer seg overfor andre profesjoner i distriktpsykiatriske sentre (DPS), og hva som er forholdet mellom vernepleieres ansvar, kompetanse og oppgaver og hvordan de som profesjonsgruppe posisjonerer seg overfor andre profesjoner, særlig sykepleiere (delstudie 1).
2. Undersøke og analysere hvordan ledere tilrettelegger for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester. Spørsmålet er hvilke utfordringer og hvilke muligheter linjeledere beskriver i samarbeid mellom en «ny» profesjon som vernepleie og sykepleie (delstudie 2).
3. Undersøke og analysere hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer egne faglige bidrag og yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens. Fokus er særlig på samarbeid mellom verne- og sykepleiere (delstudie 3).

Det er gjennomført 18 intervjuer med vernepleiere, elleve intervjuer med ledere, ett fokusgruppeintervju med ledere, ett med en sykepleierfaglig personalgruppe og ett med en tverrprofesjonelt sammensatt gruppe av profesjoner som vernepleiere arbeider sammen med. I tillegg er det utført tolv deltakende observasjoner av møter i tverrprofesjonelle personalgrupper både med og uten vernepleiere til stede. Datamaterialet er analysert tematisk. Kodene og temaene har kommet frem gjennom analyser på bakgrunn av empiri, studiens teoretiske forankring og forskningsspørsmålene som reises i de tre delstudiene.

### **Resultater**

Resultatene viser at vernepleiernes helsefaglige kompetanse er av vesentlig betydning i deres forhandlinger, posisjonering og utforming av egen kompetanse og yrkesrolle i DPS. Slike forhandlinger finner sted i spenningsfelt. Spenningsfeltet trekkes opp mellom sykepleierfaglige og mer generelle fellesfaglige retningslinjer og vernepleiernes beskrivelser av særegne faglige kompetanse. Denne rammen gir vernepleierne rom for å bidra i videreutvikling av samarbeidet. Samtidig viser resultatene at vernepleierne i større grad innordner seg gjeldende arbeidsmåter og sykepleierfaglig helse- og medisinskfaglig kompetanse enn å forhandle frem egne profesjonsspesifikke bidrag i samarbeidet. Vernepleierne går i stor grad inn i oppgaver på en måte som samsvarer med sykepleieres. Det gir vernepleierne et litt vanskelig utgangspunkt i forhold til å utfordre eksisterende kunnskapsregimer og til å forhandle frem plass for sine bidrag. Det er derfor i stor grad andre enn vernepleierne som definerer funksjonsområdene deres i det daglige samarbeidet med andre faggrupper i DPS.

Resultatene viser at det er sammenhenger mellom ulike måter å lede på og ansattes muligheter for omstilling og videreutvikling av kompetanse, roller og arbeidsmåter i tjenester som tradisjonelt har vært dominert av medisinsk- og helsefaglige profesjonsgrupper. Lederne i denne studien anvender i hovedsak selvledelse og samledelse. Dette er ledelsesformer som kan gi stort faglig handlingsrom og styrke både profesjonsfaglige og brukerorienterte tilnæringer i samarbeidet. En følge av selvledelse og samledelse er at noen profesjonsinteresser og kompetansetyper vil kunne dominere andre. Dette kan gjøre det vanskelig for lederne å ta ansvar for å kvalitetssikre tjenestene, integrere sosialfaglige profesjoner og bidrag i samarbeid, og å utvikle nye måter å koordinere og organisere ansvars- og arbeidsoppgaver mellom personellgrupper på. Et hovedanliggende i ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid er å utnytte den muligheten ulike kompetansebidrag gir for å imøtekomme behov for innovasjon i tjenestene. På bakgrunn av resultatene og forståelse av dem i lys av teorier og tidligere forskning om ledelse, argumenteres det her for at ledere som inntar en mer aktiv lederrolle, i større grad vil kunne bidra til innovasjon i tjenestene med bakgrunn i likeverdige kunnskapsbidrag fra ulike tjenesteytere i arbeidsfellesskapet.

Vernepleiernes erfaringer fra arbeid i demensomsorgen, slik det fremkommer i delstudie 3, viser at de først og fremst vinner respekt og anerkjennelse fra andre profesjonsgrupper, får ansvar og posisjonerer seg i samarbeidet når de inntar rollen som «nestensykepleier». Resultatene viser at kvalifisering og karrieremuligheter på skjermede avdelinger er forbeholdt sykepleiere på grunn av deres helsefaglige kompetanse, som er vesentlig mer omfattende enn vernepleiernes. Resultatene peker på at slike forhold kan medføre at vernepleierne kan utvikle en negativ forståelse av eget kompetansegrunnlag basert på mangler, og derfor foretrekker å arbeide i tjenesteområder der de opplever større faglig anerkjennelse og utviklingsmuligheter. I sammenhenger der brukere har behov for omfattende tjenester, viser vernepleierne evne til å binde sammen ulike typer kompetanse i samarbeidet. Vernepleierne etterlyser større rom for profesjonsfaglig samarbeid rundt miljøarbeid. Vernepleiernes breddekunnskaper gjør at de opplever seg som «partnere» i samarbeidet med andre profesjoner. Dette kan bidra til dialog og handlingsrom/medvirkning i tverrprofesjonelt samarbeid. Resultatene viser at partnerskapsrollen også gir utfordringer fordi vernepleierne underordnes andre profesjoners dominerende status og yrkesroller.

### **Drøfting**

Med bakgrunn i resultater fra de tre delstudiene, studiens teoretiske perspektiver og tidligere forskning, drøftes vernepleiernes forhandlinger av kunnskaper og yrkesroller for å få anerkjennelse og innpass i tverrprofesjonelt samarbeid. Drøftingen tar utgangspunkt i både vernepleiernes, ledernes og samarbeidspartneres erfaringer. Resultatene viser at vernepleiernes generalistkunnskaper kan fungere som «bindemiddel» mellom profesjonene og skape et gjensidig engasjement i grensepraksis. Et hovedresultat er imidlertid at vernepleierne i disse tre delstudiene innordner seg etter andre profesjonsgruppers kompetansegrunnlag, arbeidsmåter og yrkesroller fremfor å fremme egen profesjonsfaglig kompetanse og yrkesrolle. Dette illustrerer hvordan profesjonsfaglig makt, konkurranse og kunnskaper kan bli et hinder for bredere tverrprofesjonelt samarbeid i tjenestefelt der vernepleiere er nykommere. Vernepleierne mangler legitimitet i de tjenestefeltene som undersøkes, og de lar seg dominere av andre profesjoner. Profesjonsfaglig dominans i samarbeidet mellom ulike profesjoner er en ledelsesutfordring for lederne i deres arbeid med å sikre gode tverrprofesjonelle relasjoner. Resultater peker på behov for tydeligere ledelse som er i stand til å utforske og involvere ulike kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid, gå inn i konfliktområder og utfordre de ulike profesjonene på faglig relevans. Drøftingen viser at det er nødvendig å artikulere og spesifisere innholdet i vernepleiefaglig kompetanse. Gjensidig respekt og tillit mellom ulike profesjoner er en viktig forutsetning for å initiere, etablere og videreutvikle tverrprofesjonelt samarbeid. Dette er et ledelsesansvar.

De tre delstudiene viser til sammen at det er en utfordring for vernepleierne å forhandle egen kompetanse og en yrkesrolle som ivaretar og fremmer vernepleiefaglig egenart. Det krever større autonomi i samarbeidet enn det resultater fra de tre tjenestefeltene viser.

## **Avhandlingens bidrag og anbefalinger for videre forskning og praksis**

Resultatene viser at det først og fremst er gjennom systematisk og målrettet miljø- og endringsarbeid vernepleiere kan legitimere sine kvalifikasjoner og forhandle egen kompetanse på andre arenaer overfor målgrupper de tradisjonelt har arbeidet mindre med. Vernepleieres kompetanse representerer et endringspotensiale både i diagnostisering- og behandling av pasienter med psykiske lidelser og atferdsutfordringer ved større vektlegging av miljøfaktorer i behandling. Videre kan vernepleiers brede kunnskapsgrunnlag, med fokus på hjelp til selvhjelp og «bakoverlente» måte å arbeide på, bidra til å utfylle tradisjonelle sykepleierfaglige tilnærminger til stell og pleie. Dette er i tråd med myndighetenes beskrivelser av profesjonens faglige forutsetninger som nøkkelpersonell i endring og videreutvikling av bredere tverrprofesjonelt samarbeid og av tjenester i tjenestefelt som har vært dominert av helse- og medisinskfaglige profesjoner.

Kunnskapsutvikling om vernepleieres forhandlinger av kompetanse og yrkesrolle gir grunnlag for anbefalinger for videre forskning, praksis og for vernepleierutdanninger. Resultater peker på behovet for mer forskning og utviklingsarbeid med vekt på faktorer som forbedrer faglige beslutninger i vernepleieryrket og til å styrke en vernepleierspesifikk yrkesrolle i praksis. Dette impliserer mer forsknings- og utviklingsarbeid med vekt på faktorer som både bidrar til å forbedre faglige beslutninger i vernepleieryrket, og som bidrar til å styrke en vernepleierspesifikk yrkesrolle som vernepleier. Videre er det behov for praksisnær forskning og kunnskapsutvikling som omfatter både pasientsentrerte tilnærminger og som tydeliggjør helse- og sosialfaglige profesjoners bidrag og deltakelse i tverrprofesjonelt samarbeid. Profesjoners kapasitet som endringsaktører knyttes både til deres faglige utgangspunkt og evne til endring, ledelse og organisasjonsutvikling. Dette medfører behov for utvikling av mer skreddersydde vernepleierutdanninger med vektlegging av strategisk kunnskap som er bedre tilpasset tjenestekontekst. Særlig bør det vurderes å klargjøre, balansere og integrere kliniske helse- og medisinskfaglig kunnskap mot kunnskap om kognisjon og atferd, sosialfaglig kunnskap og mestrings- og motivasjonsstrategier. Det bør også vurderes å vektlegge både teoretisk og praktisk kunnskap i vernepleierutdanninger om tverrprofesjonelt samarbeid, vernepleieres evne til å trekke opp grenser mellom eget og andres profesjonelle ansvarsområder og å håndtere selvstendige relasjoner med andre profesjoner og profesjonsdomener. Økt oppmerksomhet om dette både i vernepleierutdanningen og i praksis, vil kunne fremme større bevissthet hos både vernepleiere og samarbeidende profesjoner om vernepleierfaglige bidrag. Vernepleieres sammensatte kompetanse gir muligheter til å løse relativt komplekse velferdsoppgaver. En løsning som kan tydeliggjøre verdien av tverrprofesjonell kompetanse, kan være utvikling av mer differensierte stillingsstrukturer i tjenestene, som bedre kopler oppgaver, ansvar og kompetansetyper overfor brukere med ulike og sammensatte behov for tjenester. Videreutvikling av koordinatorrollen er interessant i denne sammenhengen.

Nøkkelord: vernepleie, forhandlinger, kompetanse, yrkesrolle, tverrprofesjonelt samarbeid, ledelse.

### **Artikler**

Denne avhandlingen er basert på følgende artikler:

Folkman, A.K, Sverdrup, S. & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre. *Fontene Forskning* 1/2017, 56–69.

Folkman, A.K, Tveit, B. & Sverdrup, S. (2019). Leadership of Multidisciplinary co-operation in Healthcare. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 12, 97–107.

Folkman, A.K, Fjetland, K. J. & Sverdrup, S. (2019). Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid: om vernepleiere i demensomsorgen. *Tidsskrift for velferdsforskning* (i review-prosess).

### **Summary**

#### **General objective and purpose of the study**

The general objective of this thesis is to help develop new knowledge about the competencies and professional roles of social educators in a perspective of interprofessional collaboration in the health and care services. The purpose is to study and analyse the ways in which social educators, their collaboration partners and leaders in interprofessional collaboration describe and assign meaning to correlations between the competence of social educators and their professional role in daily collaboration. Even though social educators are described as key personnel for the further development of such service areas, the profession has repeatedly been challenged with regard to its quality and relevance. Social education has also been threatened by closure and merger with child welfare work and social work, most recently in works associated with the White Paper *Education for Welfare* (Meld. St. 13 (2011–2012)). This is a problem for the profession, but can also be a challenge for collaboration partners. The general research question raised by this thesis is: How are social educators negotiating their own competence and professional role in collaboration with other vocational and professional groups in the health and care services?

## Methods

The study has been undertaken in the form of three qualitative sub-studies. They were conducted in service areas that are referred to in a health policy context as new for social educators: dementia care, mental health and counselling for other target groups with complex needs for more help than the social educators' traditional target group, and care for people with intellectual disabilities. The objectives of the sub-studies are the following:

1. To study and analyse the way in which social educators negotiate and position themselves vis-a-vis other professions in district psychiatric centres (DPS), and the relationship between the social educators' responsibilities, competencies and tasks (Sub-study 1).
2. To study and analyse the way in which leaders facilitate interprofessional collaboration in health and care services: what challenges they face and the opportunities they envisage for collaboration between a 'new' profession such as social education and nursing (Sub-study 2).
3. To study and analyse the way in which social educators negotiate and position their own competence and professional role in interprofessional collaborative relationships in departments for people with dementia. The focus is especially on collaboration between social educators and nurses (Sub-study 3).

The study encompassed 18 interviews with social educators, eleven interviews with leaders, one focus-group interview with leaders, one focus-group interview with a group of nursing personnel and another with an interprofessional group consisting of professions with which the social educators collaborate. In addition, twelve observations of meetings of interprofessional groups of personnel were undertaken, both with and without social educators attending. The data material has been analysed thematically. The codes and topics have emerged through analyses based on the empirical material, the study's theoretical basis and the research questions raised in the three sub-studies.

## Results

The results show that the health-related competence of social educators is of crucial importance for their negotiations, positioning and construction of their own competence and professional role in the DPS centres. Such negotiations take place in the tension between nursing-related and more general, shared professional guidelines on the one hand and the social educators' own professional skills on the other. This framework provides scope for the social educators to contribute to further development of the collaborative relationship. However, the results show that social educators tend to adapt to prevailing working methods and competencies, rather than negotiate their profession-specific contributions to the collaboration. To a great extent, social educators undertake job tasks in ways that correspond to those of nurses. This gives the social educators a somewhat limited basis for questioning existing knowledge regimes and demanding space for their contributions. As a result, their functions in the daily collaboration in the DPS centres are largely defined by others.

The results point to correlations between various ways to lead and opportunities for restructuring and development of competence, roles and working methods in services that traditionally have been dominated by



medical and healthcare professions. Leaders largely apply self-management and co-management, which may provide a broad professional latitude and strengthen professional as well as user-oriented approaches to collaboration. One consequence of self-management and co-management is that certain professional interests and types of competence come to dominate over others. This may make it difficult for leaders to take responsibility for quality assurance of the services, integration of the social welfare professions and their contributions in collaboration, or to develop new ways to coordinate and organise responsibilities and tasks between groups of personnel. A main concern in leadership of interprofessional collaboration is to exploit the opportunity that the different competencies provide for meeting the need for service innovation. The results underscore that leaders could make better, more targeted and systematic use of this opportunity in collaboration between social educators and 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'. The results show that qualification and career opportunities in sheltered departments are reserved for nurses, because their healthcare competence is significantly broader than that of social educators. The results illustrate that such issues may cause the social educators to develop a negative understanding of their own competence base as deficient, and therefore prefer to work in service areas where they experience more professional recognition and see opportunities for development. In contexts where users need comprehensive services, the social educators demonstrate the ability to combine various types of competences in the collaboration. Social educators call for more scope for professional collaboration in the area of environmental care work. The broad competencies of social educators help them feel as 'partners' in the collaboration with other professions. This may help promote dialogue and latitude/co-determination in interprofessional collaboration and integrate different types of competencies with those of other vocational and professional groups. The results show that the partnership role gives rise to challenges, because social educators are subordinated to the dominant status and vocational roles of other professions.

## **Discussion**

On the the background of previous studies, the study's theoretical perspectives and its results, the social educators' negotiations of knowledge areas and vocational roles to obtain recognition and entry into interprofessional collaboration is discussed. The discussion is based on the use the experiences of social educators, leaders and collaboration partners. Social educators tend to subordinate to the competence base, working methods and vocational roles of other professional groups, rather than promote their own professional skills and vocational role. This is illustrative of how professionally based power, competition and knowledge can become an obstacle to broader interprofessional collaboration in service areas where social educators are newcomers. Social educators have little legitimacy in the service areas studied here, and they let themselves be dominated by other professions. Professionally based dominance in collaboration represents a leadership challenge. The results indicate a need for clearer leadership which is able to involve itself in conflict areas and challenge the various professions with regard to the relevance of their skills. The discussion shows that the content of the social educators' competence needs to be articulated and specified. Mutual respect and trust between different professions are a key precondition for the initiation, establishment and development of interprofessional collaboration. This responsibility lies with the leadership.

The three sub-studies combined, are showing that it is challenging for the social educators to negotiate their own competence and professional role in a way that promote the particular nature of social education. Negotiating professional competence and roles presupposes an autonomy in the interprofessional collaboration that this study identify as a basic challenge for social educators in the contexts of this research project.

## **Conclusions and contributions of the thesis**

The results show that it is primarily through systematic and targeted environmental and change work that social educators can legitimise their qualifications and negotiate their own competence in other arenas, in relation to target groups with whom they have less experience of working. Social educators' competence represents a potential for change both in the diagnosis and treatment of patients with mental disorders and behavioural

challenges, through a greater emphasis on environmental factors in their treatment. Moreover, social educators' broad knowledge base, with a focus on assistance with self-help and a 'laid back' way of working, can serve to complement traditional nursing approaches to personal care. This is consistent with the authorities' descriptions of the requirements for social education professionals as key personnel in the modification and development of broader interprofessional collaboration, and of services in a field which has been dominated by the health and medical professions.

The development of knowledge regarding social educators' negotiations of their skills and professional role provides a basis for recommendations for further research, practice and study programmes in social education. This implies a need for further research and development work with an emphasis on factors that enhance professional decision-making in the social education profession and help to strengthen a role that is specific to practising of the profession. Moreover, there is a need for practice-oriented research and knowledge development that encompasses patient-centred approaches and highlights the contribution of the health and social care professions and their participation in interprofessional collaboration. The capacity of these professions as change agents is linked to their disciplinary basis as well as their ability to carry out change, leadership and organisational development. This entails a need to develop more tailored study programmes in social education where the emphasis is on strategic knowledge that is better adapted to the service context. Particular consideration should be given to clarifying, balancing and integrating clinical health and medical knowledge with knowledge of cognition and behaviour, social care knowledge, and coping and motivational strategies. Consideration should also be given to highlighting both theoretical and practical knowledge regarding interprofessional collaboration in social education study programmes, as well as social educators' ability to draw boundaries between their own and others' professional areas of responsibility and to manage independent relationships with other professions and professional domains. Increasing the focus on this, both in social education study programmes and in practice, could promote greater awareness of the specialised contribution made by social education among social educators as well as the professions with whom they collaborate. The complex skills of social educators make it possible to solve relatively complex welfare tasks. One solution that may highlight the value of interprofessional competence is the development of more differentiated position structures in the services, which show clearer links to tasks, responsibilities and types of competence vis-à-vis users with different and complex needs for services. Developing the role of coordinator is of interest in this context

Keywords: social education, negotiations, competence, vocational role, interprofessional collaboration, leadership.

### **Articles**

This thesis is based on the following articles:

Folkman, A.K, Sverdrup, S. & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre. *Fontene Forskning* 1/2017, 56–69.

Folkman, A.K, Tveit, B. & Sverdrup, S. (2019). Leadership of Multidisciplinary co-operation in Healthcare. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 12, 97–107.

Folkman, A.K, Fjetland, K. J. & Sverdrup, S. (2019). Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid: om vernepleiere i demensomsorgen. *Tidsskrift for velferdsforskning* (in review-prosess).

## Innhold

1. Introduksjon.....	11
1.1 Studiens mål og problemstilling .....	13
1.2 Bakgrunn .....	14
1.2.1 Om vernepleie .....	15
1.2.2 Intellectual disability nursing i Irland og United Kingdom.....	19
1.2.3 Oppsummering av forskning om vernepleie og RNID/CIDN .....	21
1.2.4 Forskning om tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester .....	22
1.2.5 Forskning om ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid .....	27
1.2.6 Oppsummering av forskning og studiens relevans.....	30
1.3. Avhandlingens disposisjon.....	32
2. Teoretiske og analytiske perspektiver .....	32
2.1 Profesjon og profesjonalitet.....	33
2.2 Abbott- konkurranse, status og posisjonering .....	37
2.3 Wenger- deltakelse, meningsforhandling og gjensidig engasjement .....	41
2.4. Tverrprofesjonelt samarbeid.....	44
2.4.1 Flerprofesjonelt, transprofesjonelt samarbeid, team eller nettverksarbeid .....	44
2.4.2 Innovasjon i samarbeid.....	46
2.4.3 Ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid.....	48
2.4.4 Oppsummering av teoretiske og analytiske perspektiver .....	50
3. Forskningsprosess og metodevalg .....	51
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	51
3.2 Metodevalg.....	53
3.2.1 Kontekstualisering av studien.....	55
3.2.2 Kort presentasjon av tjenesteområdene i studien .....	56
3.3 Rekruttering av deltakere og dataproduksjon.....	57
3.4 Analyse.....	64
3.5 Validitet og reliabilitet.....	68
3.5.1 Validitet .....	68
3.5.2 Intersubjektivitet og refleksivitet.....	69
3.5.3 Utvalg .....	72
3.5.4 Reliabilitet .....	72
3.6 Etske overveielser .....	73
3.7 Metodisk diskusjon.....	74
4. Presentasjon av resultatene.....	78
4.1 Delstudie 1.....	78

4.2 Delstudie 2.....	79
4.3 Delstudie 3.....	81
4.4 Oppsummering av resultater fra de tre delstudiene .....	82
5 Drøfting av resultatene .....	84
5.1 Vernepleiefaglige forhandlinger om posisjon i samarbeid.....	85
5.1.1 Vernepleieres legitimering av helsefaglige kunnskaper.....	85
5.1.2 Vernepleieres forhandlinger i grenseområder .....	89
5.2 Lederes tilrettelegging av tverrprofesjonelt samarbeid .....	93
5.2.1 Sam- og selvledelse, utfordringer og muligheter.....	95
5.3 Vernepleiefaglige yrkesroller .....	97
5.3.1 Kjært barn har mange navn?.....	97
5.3.2 Generalistrollen .....	100
6 Oppsummerende konklusjon og veien videre .....	102
6.1 Avhandlingens teoretiske bidrag .....	103
6.2 Anbefalinger for videre forskning, praksis og for vernepleierutdanning .....	104
Litteratur.....	106
Vedlegg .....	118
Liste over tabeller.....	118

## 1. Introduksjon

Helse- og omsorgspolitiske framskrivninger og utviklingstrekk peker på at det blir flere brukere av morgendagens helse- og omsorgstjenester, at de kommer fra alle aldersgrupper, og at brukergruppene vil ha mer sammensatte omsorgsbehov. Dette gjør det nødvendig å ta i bruk omsorgsressursene på nye måter. Politiske forslag til løsning på utfordringene er blant annet mer helhetlige behandlingsforløp, samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, og mer fleksible roller og bredere faglig kunnskapsgrunnlag hos tjenesteutøvere. Desentralisering av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, økt satsing på eldreomsorg, og endringer i oppgavefordeling mellom første og andrelinjetjenesten, har gitt nye oppgaver for kommunenes pleie- og omsorgstjenester, med økt vekt på tverrprofesjonelle tjenester. Dette har berørt vernepleiere som de senere årene har gått inn i tjenestefelt som tidligere har vært forbeholdt andre profesjoner (Fellesorganisasjonen (FO), 2017; Messel, 2013). Dette utfordrer vernepleieres kompetanse og yrkesrolle og aktualiserer nye former for samarbeid. Denne studien undersøker hvordan vernepleiere forhandler egen kompetanse og yrkesrolle for å få innpass og aksept i slike tverrprofesjonelle tjenestefelt.

Vernepleiere, som har en kombinasjon av helse- og sosialfaglig kompetanse<sup>1</sup>, er løftet frem som en nøkkelprofesjon i videreutviklingen av tjenestene og i tverrfaglig samarbeid<sup>2</sup> (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; Kunnskapsdepartementet, 2012; Universitets- og høyskolerådet (UHR), 2015). Likevel har profesjonen gjentatte ganger vært utfordret på kvalitet og relevans, eksempelvis i forbindelse med arbeidet med Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Det er ingen lov som beskytter vernepleieres arbeidsfelt eller yrkesgruppe slik det er for enkelte andre treårige helsefaglige profesjoner, for eksempel sykepleiere (Endringslov til helselovgivningen, 2017). Slike forhold bidrar til sammen til at man kan stille spørsmål ved vernepleiefaglig legitimitet og vernepleierens fremtidige yrkesrolle i helse- og omsorgstjenester.

Hva vernepleieres helse- og sosialfaglige kompetanse skal innebære i praksis, har vært diskutert siden etableringen av profesjonen (Horndalen, 2001; UHR, 2015). Etter forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, skal vernepleie kvalifisere for å utføre miljøarbeid og habilitering- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker. Vernepleieres kunnskaper er særlig egnet der det er sentralt å forstå hvordan rammefaktorer og individuelle forutsetninger kan påvirkes for å øke livskvaliteten og mestringsevnen hos tjenestemottakere med funksjonsvansker og -nedsettelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Siden HVPU-reformen<sup>3</sup> i 1990-årene har det vært viktig for vernepleiere å demonstrere at

---

<sup>1</sup> *Kompetanse* defineres i Meld. St. 13 (2011–2012, s. 10) *Utdanning for velferd* som: «helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Dette er i overensstemmelse med den vanlige forståelsen av begrepet både i dagligtale og i faglitteraturen, selv om ordbruken kan variere».

<sup>2</sup> Hagland (2015) viser til at internasjonalt brukes det tre betegnelser om praksis og læring der aktører har ulik profesjonsbakgrunn, multiprofesjonell, interprofesjonell og transprofesjonell. Yrkesfeltet bruker tverrfaglig synonymt med tverrprofesjonell, og det blir ikke skilt mellom flerfaglig og flerprofesjonell. Se nærmere redegjørelse for disse begrepene i avsnitt 2.4.

<sup>3</sup> HVPU-reformen (helsevernet for psykisk utviklingshemmede) er ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Reformen innebar at ansvaret for psykisk utviklingshemmede ble overført fra

kompetansen deres er egnet i tjenesteområder utover det opprinnelig tiltenkte, særlig i den åpne kommunale omsorgen. Vernepleieres autorisasjon som helsepersonell (Helsepersonelloven § 48, 1999) har gjort det mulig for profesjonen å konkurrere med sykepleiere om en del stillinger. Etterspørselen etter vernepleie har de senere årene vært økende – først og fremst i stillingsutlysninger etter vernepleiere/sykepleiere grunnet vernepleieres helse- og medisinskfaglige kompetanse (Terum & Nesje, 2014). Nyere studier viser at når vernepleiere beveger seg inn på tjenesteområder som domineres av helse- og medisinskfaglige profesjoner blandes ofte yrkesrollen deres sammen med sykepleieres (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Vernepleieres helse- og medisinskfaglige kompetanse gir ikke muligheter for kvalifisering på linje med sykepleiere. Ensidig vektlegging av vernepleieres helse- og medisinskfaglige kompetanse fører også til begrensninger av de dynamiske mulighetene som ligger i å utnytte vernepleieres sammensatte kunnskapsgrunnlag i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Vernepleierutdanningene har likevel ønsket å opprettholde vernepleien som en helseprofesjon (Torp, 2010; UHR, 2015). En forklaring er at helsefaglige perspektiver har gitt grunnlag for vernepleieres «helhetlige» tilnærming. Denne kunnskapen skal bidra til å innfri kravet om at tjenester skal være forsvarlige. De som vernepleiere yter sine tjenester til, har behov som gjør slik kunnskap nyttig og nødvendig (Ellingsen & Berge, 2014). En annen forklaring er at å utvide den medisinske kompetansen har blitt sett på som viktig for profesjonen både for å vinne innpass i den kommunale omsorgstjenesten, og for å overleve som profesjon (Terum & Heggen, 2015). Økende grad av etterspørsel etter spesialisert helse- og medisinskfaglig kompetanse og medikalisering av tjenestene, gjør det imidlertid utfordrende for vernepleiere å vinne anerkjennelse i samarbeid. Særlig utfordrende er det å legitimere deres sammensatte helse- og medisinskfaglige kompetanse i arbeidsområder de tradisjonelt ikke har arbeidet i (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Det stilles også spørsmål ved vernepleieres sosialfaglige kunnskap, med tanke på hva den innebærer, og hvordan denne kunnskapen skal avgrenses fra andre sosialprofesjoners (UHR, 2015)<sup>4</sup>. Sosialfaglig kompetanse er ansett som et særlig fortrinn opp mot det helsefaglige og pedagogiske ved at det tilfører noe til det vernepleiefaglige (Owren & Linde, 2011). I 2012 ble vernepleierutdanningene utfordret på hva de la i begrepet. Begrepet *sosialfaglig kompetanse* var verken klargjort eller innarbeidet, og formålet med sosialfaglig kompetanse ble forstått ulikt mellom de ulike utdanningene (UHR, 2015). Vernepleiere ble beskrevet som støttespillere og tilretteleggere for brukere, der den sosialfaglige kompetansen var rettet mot «hele livet» til brukergruppene. Dette kan trolig forklare både hvorfor det er så mange

---

fylkeskommunene til kommunene, og at sentralinstitusjoner for personer med psykisk utviklingshemning ble nedlagt. De som hadde bodd på disse institusjonene, ble på 1990 tallet flyttet over til alminnelige boliger i hjemstedskommunene (Sosialdepartementet, 1987).

<sup>4</sup> Sosialfagprosjektet (2012–2015): UHR-prosjektet «Sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene» (sosialfagprosjektet) var et oppdrag til UHR fra KD som ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* (samspillmeldingen). Sosialfagprosjektet skulle bidra til å styrke og videreutvikle de sosialfaglige felleselementene i dagens tre BSV (barnevern, sosionom og vernepleier) utdanninger. Prosjektet skulle stimulere til tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og til samordnet forskningsinnsats i nært samarbeid med yrkesfeltene på tvers av studieprogrammer og utdanningsinstitusjoner.

bestanddeler i denne kompetansen, og hvorfor det skrives så lite om forståelse av fagfeltet profesjonen utdannes til (Gundersen, 2014; Hougaard, 2014).

Nye krav til tjenesteyting medfører naturlig nok behov for endringer i utdanningens innhold (Ellingsen & Dahlen, 2012). Som et ledd i videre arbeid med kvalitet og relevans på vernepleie og andre helse- og sosialfaglige utdanninger (Universitets- og høyskolerådet, 2019),<sup>5</sup> har helsemyndighetene tatt initiativ til avvikling av vernepleieres rammeplan fra 2005 og utvikling av en ny forskrift for utdanningen. Arbeidet rundt utforming av ny formålsparagraf for vernepleierutdanningen har synliggjort interne faglige uenigheter og motstridende oppfatninger om formålet med vernepleien. Slike uenigheter er bl.a. knyttet til «en koplign mellom vernepleiere og utviklingshemmede» (Halvorsen & Løkke, 2018). Påstander om at vernepleie først og fremst representerer historie, tradisjoner og profesjonsinteresser mer enn å reflektere kompetansebehov i yrkesfeltet, har vært problematisk for profesjonen (Asheim & Andersen, 2001; Ellingsen & Dahlen, 2012; Halvorsen & Løkke, 2018; Terum & Heggen, 2015). Motstridende helsepolitiske føringer, begrensede muligheter for utnyttelse av vernepleieres sammensatte faglige kvalifikasjoner i samarbeid, og indre faglige uenigheter om formålet med vernepleien, gir grunn til å stille spørsmål om vernepleie som eneste utdanning av sitt slag. Verdien av at vernepleiere har et bevisst forhold til egen yrkesrolle og kan reflektere rundt den for å anvende egen kunnskap på en mer fleksibel og integrert måte fremover, understrekes (Brask, Østby & Ødegård, 2016; Ellingsen & Dahlen, 2012; Løkke & Salthe, 2012). Dette kan gi grunnlag for å befeste profesjonen i nye yrkesfelt (FO, 2017).

### 1.1 Studiens mål og problemstilling

Målet med avhandlingen er å bidra til kunnskapsutvikling om vernepleieres kompetanse og yrkesrolle med utgangspunkt i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenestefelt. Studien undersøker og analyserer hvordan vernepleiere, deres samarbeidspartnere og ledere i tverrprofesjonelt samarbeid beskriver og gir innhold til sammenhenger mellom vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i daglig samarbeid. Dette gjøres med utgangspunkt i empiri fra daglig samarbeid i tjenesteområder som beskrives som «nye» for vernepleiere. Det vil si i tjenestefelt der de tradisjonelt ikke har arbeidet: i distriktpsykiatriske sentre (DPS), i kommunale miljøterapeutiske tjenester og i demensomsorg i kommunale skjermede avdelinger for personer med demens.

Avhandlingen består av tre delstudier som samlet sett besvarer den overordnede problemstillingen: *hvordan forhandler vernepleiere egen kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenester?*

- 1 Målet med delstudie 1, er å undersøke hvordan vernepleiere deltar i DPS, og hvordan de posisjonerer seg overfor andre profesjoner med tilgrensende kompetanse. Studien reiser spørsmål om hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer seg overfor andre profesjoner i distriktpsykiatriske sentre (DPS), og hva som er forholdet mellom

---

<sup>5</sup> UHR. (2019). Universitets og høyskolerådets høringsvar – Forslag til nasjonale retningslinjer for ti helsefaglige profesjonsutdanninger (RETHOS fase 2): <https://www.uhr.no/nyheter/aktuelt/uhrs-horingssvar-forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-ti-helsefaglige-profesjonsutdanninger-rethos-fase-2.4676.aspx>

vernepleieres ansvar, kompetanse og oppgaver. Problemstillingen som reises belyses med følgende forskningsspørsmål: Hvordan erfares forholdet mellom vernepleieres ansvar, kompetanse og oppgaver, av vernepleiere og profesjoner vernepleiere samarbeider med?

- 2 Målet med delstudie 2, er å undersøke hvordan ledere i helse- og omsorgstjenester tilrettelegger for tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper, med et særlig fokus på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. Studien reiser spørsmål om hvilke erfaringer ledere har med ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid. Problemstillingen som reises belyses med følgende forskningsspørsmål: Hvilke måter å lede på anvender ledere i ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid? Hvilke muligheter og utfordringer møter ledere i ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid? Hvilke muligheter for samarbeid ser ledere mellom en «ny» profesjon som vernepleie og andre profesjoner?
- 3 Målet med delstudie 3, er å undersøke vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens. Fokus er særlig på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. Problemstillingen som reises belyses med følgende forskningsspørsmål: Hvilke ansvarsområder og arbeidsområder har vernepleiere, og hva begrunner dette? Hvordan posisjonerer vernepleiere seg i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper med et særlig fokus på samarbeid mellom vernepleiere- og sykepleiere?

## 1.2 Bakgrunn

Forskning om vernepleieres kompetanse, yrkesrolle og yrkesfelt gir en ramme for hva som undersøkes i foreliggende studie og hvordan. Det er valgt ut studier som både gir innblikk i tematikk i forskningsfeltet og som har inspirert og gir sammenlikningsgrunnlag i foreliggende studie. Intensjonen har derfor ikke vært å gi en fullstendig gjennomgang av all relevant forskning som foreligger om tverrprofesjonelt samarbeid mellom helse- medisinske- og sosialfaglige profesjoner i helse- og omsorgstjenester, snarere å referere noen tendenser i tematikk og resultater. Forskning som belyser samarbeid mellom helse- medisinske- og sosialfaglige profesjoner i helse- og omsorgstjenestefelt bidrar også til å plassere studien i forskningsfeltet.

«Scoping studies» er en syntese og analyse av et bredt utvalg av forskningsdesign og andre studier der hensikten er å få en dypere forståelse for et spesielt tema (Arksey & Malley, 2005; Barnett-Page & Thomas, 2009; Davis, Drey & Gould, 2009; Johanna Briggs Institute, 2015). En «scoping review» (Johanna Briggs Institute, 2015) gir grunnlag for litteraturgjennomgangen i dette avsnittet. En scoping review egner seg til å avdekke kunnskapshull og å informere og utvikle muligheter for videre forskning av et tema. Mindre restriktive inklusjonskriterier i scoping reviews åpner for en bredere vurdering av studier av relevans (Arksley & Malley, 2002; Davis et al., 2009; Fletchner, Breitback & Reeves, 2017; Johanna Briggs Institute, 2015).



Avsnittet presenterer først en oversikt over studier om utvikling av vernepleieres kompetanse, yrkesrolle og yrkesfelt basert på søk i følgende databaser: Norart, Idunn, Swemed. Institusjonelle arkiv: Nora, Diva. Søkemotorer: Google Scholar<sup>6</sup>. Litteraturgjennomgangen danner grunnlag for å forstå situasjonen profesjonen er i nå. Vernepleierprofesjonen ses i lys av utvikling av et kunnskapsgrunnlag knyttet til skiftende betingelser i omsorgsfilosofien for personer med utviklingshemning. Det innebærer at den er i spenningsfeltet mellom helse- og sosialfag. Det er få andre land som har tilsvarende profesjoner som er spesifikt rettet mot personer med utviklingshemning som målgruppe. To unntak er Irland og Storbritannia. Avsnittet introduserer derfor forskning fra disse landene basert på søk i følgende databaser: EBSCO<sup>7</sup> (Academic Search Elite, CINAHL, CINAHL with Full Text, SocINDEX with Full Text). Søkemotorer: Google Scholar.<sup>8</sup> Stillinger som såkalte *intellectual disability nurses* (RNID/CIDN) ble opprettet for å ivareta omsorg for personer med utviklingshemning i 1960-årene. Både i Norge og i Irland/Storbritannia er arbeidsområdet i profesjonene utvidet på grunn av helsepolitiske endringer i tjenestene (Willumsen, 2016). Derfor er de interessante å sammenlikne. Avsnittet fortsetter med forskning på muligheter og barrierer i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og medisinskfaglig dominerte tjenestefelt basert på søk i følgende databaser: EBSCO<sup>9</sup> (Academic Search Elite, CINAHL, CINAHL with Full Text, SocINDEX with Full Text).

Forskningslitteratur fremhever at utvikling av bredere kompetanse, nye og mer fleksible yrkesroller og nye måter å samarbeide på, først og fremst er et ledelsesansvar. Avsnittet redegjør derfor avslutningsvis for studier om ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid med særlig vekt på de utfordringene ledere møter.

### 1.2.1 Om vernepleie

Vernepleie er en særnorsk og forholdsvis ung utdanning og profesjon. Den ble etablert tidlig i 1960-årene som treårig utdanning for å ivareta omsorg for en utsatt og sårbar målgruppe, nemlig personer med utviklingshemning. Overlege Ole B. Munch ved Emma Hjorts hjem regnes som ideologisk grunnlegger av vernepleien og etablerer av vernepleierutdanningen (Horndalen, 2001; Messel, 2013). Grunnen til å velge vernepleiernavnet innebar noe mer enn å *verne* om, forsørge eller gi omsorg. Det skulle dreie seg om å tilrettelegge for muligheter der den daglige pleien og omsorgen skulle være genuint stimulerende og aktiviserende. Yrkesbetegnelsen er diskutert flere ganger, blant annet av Norsk Vernepleierforbund. I 1989 ble det drøftet alternative navn som *omsorgspedagog*, *sosialpedagog* og *funksjonom*. En uravstemning i forbundet endte med at vernepleiernavnet skulle beholdes. I lys av HVPU-reformen i 1990-årene og endringer i vernepleieres rolle og bistandsfunksjoner ble *habilitator* foreslått som yrkesbetegnelse. Senere har vernepleiertittelen blitt mer kjent og innarbeidet i offentlige utredninger og i tjenestetilbud (Horndalen, 2001).

---

<sup>6</sup> Søketermer: vernepleie, vernepleierutdanning, vernepleie\* and kompetanse, vernepleie\* and samarbeid.

<sup>7</sup> Søketermer: intellectual disability nursing, interprofessional collaboration, interprofessional teamwork or multidisciplinary.

<sup>8</sup> Søketermer: "intellectual disability nursing" "multidisciplinary collaboration".

<sup>9</sup> Søketermer: interprofessional collaboration, multiprofessional collaboration, complex needs, barriers, negotiation, negotiation strategies, health care, health, social care, interprofessional collaboration, social educator, interprofessional collaborative care, health and social care.

Grimstad og Johansens undersøkelser «Vernepleierprosjektet» (Grimstad & Johansen, 1986) og «Vernepleieres utdanning og yrkesfelt» (Johansen & Grimstad, 2011) viser at vernepleieryrket har gått gjennom betydelige endringer i innhold og ideologi i takt med paradigmeskifter i omsorgsfilosofien for personer med utviklingshemning. Opprinnelig var vernepleien innrettet mot «medisinsk» pleie og omsorg av personer med utviklingshemning. Dette var tjenestemottakere i skjermede omgivelser. Vekten i vernepleiefaglig praksis på denne tiden lå på opplæring, utvikling, tilpasning og integrering. Atferdsterapi og atferdsterapeutiske teknikker var et nytt satsingsområde i vernepleien utover i 1970-årene (Folkestad, 2009). Ifølge Grimstad og Johansen (1986) bidro den atferdspsykologiske vinklingen til å gi vernepleiefaget en teoretisk og vitenskapelig forankring i praksis. I tillegg ga det legitimitet til at vernepleien ikke spesifikt skulle knyttes til bare én enkelt gruppe. Vitenskapeliggjøring og spesialisering innenfor atferdsanalytisk teori og metode ville sannsynligvis medført en snevrere, men sikrere profesjonalisering av vernepleie (Grimstad & Johansen, 1986). Andre studier (Askheim & Andersen, 2001; Messel, 2013; Utvær, 1995) viser til at atferdsterapi var problematisk for fagmiljøet. Atferdsterapi var en innfallsvinkel som appellerte til vernepleiere som var i opposisjon til mer medisinskorienterte pleie- og omsorgstradisjoner som er assosiert med sykepleie. Det var imidlertid uenighet og splittelse i vernepleiefaglige miljøer om hvilken plass den atferdsanalytiske tilnærmingen skulle ha. Vernepleiere ble beskyldt for å være kunnskapsmessig knyttet til behandlingsfilosofien som dominerte i institusjonene. Skylden for overgrep som ble avdekket overfor tjenestemottakere i slike institusjoner, ble langt på vei lagt på vernepleieres atferdsanalytiske tilnærming. Dette var overgrep som illustrerte en nedverdiggende institusjonsomsorg, ifølge Messel (2013). Atferdsterapeutisk tilnærming ble også i deler av det vernepleiefaglige miljøet kritisert for å representere et kaldt og teknokratisk menneskesyn (Askheim & Andersen, 2001). Ulik betydning og vektlegging av adferdsanalysen i de ulike vernepleierutdanningene beskrives som medvirkende årsaker til at vernepleiere senere har hatt problemer med å få til en felles faglig identitet (Folkestad, 2009; Messel, 2013).

Flere studier (Grimstad & Johansen, 1986; Utvær, 1995) peker på at siden vernepleieryrket har vært så tett sammenknyttet med en bestemt målgruppe, kan denne koplingen ha bidratt til å definere yrket mer ut fra målgruppen enn på bakgrunn av yrkets faglige og praktiske innhold. Ifølge Grimstad og Johansen (1986) kan dette ha resultert i lite bevisstgjøring hos vernepleiere om hvordan yrket er koplet til teori og praksis. For vernepleiere har det vært viktigst å fremheve den faglige bredden og en helhetlig tilnærming. Dette forklares ved yrkets nære relasjon til målgruppen, og av kontinuerlig, totalt og ofte livslangt ansvar for deres utvikling og velferd. Vernepleieres helhetlige tilnærming har vært utilstrekkelig analysert og konkretisert med sikte på bedre faglig integrering både i utdanningene og blant fagutøvere, hevder Grimstad og Johansen (1986). De understreker at for et yrke som legger stor vekt på mellommenneskelige relasjoner, slik som vernepleie, byr det på atskillig større utfordringer å tydeliggjøre et profesjonsfaglig og avgrenset domene enn tilfellet er for yrker som i stor grad anvender spesialisert teknologi. Dette begrunnes med at yrkesidentitet er tett knyttet til yrkesutøveres kollektive og individuelle bevissthet om felles kunnskaper og ferdigheter i forhold til oppgaver som omfatter yrkesfeltet. Grimstad og Johansen (1986) fremhever at yrkesidentitet så vel som profesjonsrelaterte aspekter medfører vektlegging av indre likheter

og ytre forskjeller i kunnskaper og ferdigheter. Videre kjentegnes yrkesidentitet av elementer som har høy grad av synlighet for yrkesutøvere selv, for andre yrkesgrupper og/eller for omgivelsene. I vernepleien har helhetsperspektivet nærmest vært betraktet som selvsagt eller underforstått (Grimstad & Johansen, 1986), mens helse- og sosialfaglige profesjoner historisk sett har beveget seg fra generell til mer spesialisert profil.

St.meld. nr. 88 (1974–1975), om utvikling av omsorgen for psykisk utviklingshemmede, med prinsipper om desentralisering, integrering og normalisering (Sosialdepartementet, 1987), var et vendepunkt i omsorgen til personer med utviklingshemning. Dette fikk konsekvenser for vernepleierutdanningene. Grimstad og Johansen (1986), peker på at det ble viktigere å synliggjøre gjensidige kontaktflater og integrering av pedagogikk, medisinske fag, samfunnsfag, lovgivning og psykologi i vernepleierutdanningen. For vernepleieryrket og utdanningene ville det være et feilgrep å lete etter én yrkesfaglig metodikk med høy grad av teknologisk spesialisering, fordi vernepleieres metodikk var sammensatt av elementer som var felles for en lang rekke yrkesgrupper. Også Messel (2013) tar opp at som konsekvens av endringer innenfor omsorgen til personer med utviklingshemning som integrering, normalisering og desentralisering ble behovet for en faglig begrunnet basis igjen mer akutt. Folkestad (2009) viser til at koplingen mellom vernepleie og målgruppen ble særlig problematisk rundt diskusjoner knyttet til HVPU-reformen i 1990-årene. Det var fordi myndigheter igjen reiste spørsmål ved i hvilken grad utdanningen var i stand til å gi vernepleiere de kvalifikasjonene som skulle til for å fylle nye funksjonsområder i den åpne kommunale omsorgen. I etterkant av nedleggelse av sentralinstitusjoner for utviklingshemmede i 1990-årene fikk vernepleiere anledning til å bruke kompetansen sin på andre arenaer og sammen med andre yrkesgrupper og tjenestemottakere. Dette førte til en utvidelse av vernepleieres arbeidsmarked. Det ble viktig for vernepleiere å vise at kompetansen deres kunne nyttiggjøres i desentralisert og integrert omsorg uten å falle tilbake på særomsorgstanken (Horndalen, 2001; Messel, 2013). HVPU-reformen førte ifølge Sten (1995) til en ny vernepleiefaglig yrkesrolle som pleier- og omsorgsprofesjon. Flere (Horndalen, 2001; Messel, 2013; Sten, 1995) fremhever at vernepleiere i denne rollen kunne ta opp konkurransen med sykepleiere om stillinger i den åpne omsorgen.

Johansen & Grimstads (2011) undersøkelse av vernepleieres utdanning og yrkesfelt viser at i 2008 dominerte miljøterapeut og vernepleier som yrkesroller for vernepleiere. Vernepleierne fordelte seg også over langt flere yrkesområder enn i 1980-årene, selv om de fleste fremdeles jobbet med personer med utviklingshemning i ulike tjenester innenfor bolig, arbeid og fritid. Flere arbeidet innenfor psykisk helsearbeid og rus, barnevern, barnehage og skole. Med hensyn til utdanningens relevans for yrkesutøvelse ble brukermedvirkning, selvbestemmelse og deltakelse særlig løftet frem som sentrale områder av vernepleierne, i tillegg til atferdsanalyse, makt, tvang og medikamenthåndtering. Vektlegging av medisinske emner varierte mellom ulike utdanningsinstitusjonene. Behov for klargjøring av hva som burde være kjerneområder i grunnutdanningene, sett i lys av de utfordringene vernepleiere møtte i arbeidshverdagen, samt avklaringer av forholdet mellom grunnutdanning, videre- og etterutdanning for å gi vernepleiere bedre forutsetninger for å utøve faget sitt på en forsvarlig

og profesjonell måte, ble fremhevet som avgjørende (Johansen & Grimstad, 2011). Denne debatten pågår fortsatt (Grung, 2019).

Vernepleie kvalifiserer etter forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, til utførelse av helse-omsorgs- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv. Det inkluderer miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid, helsefremming og helsehjelp sammen med brukere, pårørende, andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019)<sup>10</sup>. Dette er et stort og sammensatt tjenestoområde rettet mot brukere med omfattende og komplekse behov for hjelp. Vernepleien henter fortsatt i stor grad sitt pensum fra andre fag og disipliner. Brask et al. (2016) fremhever at profesjonens breddekompetanse fremdeles er en viktig del av dens særpreg. Vernepleie bygget etter rammeplan fra 2005 på samfunnsvitenskapelige emner, psykologiske og pedagogiske emner, helsefaglige emner og miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (til sammen 180 stp.) som skulle gi grunnlag for vernepleiefaglig målrettet miljøarbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Målrettet miljøarbeid kan defineres som systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå bedre livskvalitet og personlig vekst hos tjenestemottakere (Brask et al., 2016). Vernepleieres arbeidsmodell beskriver ulike målrettede arbeidsprosesser. En kritikk mot denne modellen har vært at klargjøring av profesjonsfaglig kunnskap knyttet til de ulike fasene er mangelfull. Forskning og utviklingsarbeid med større fokus på faktorer som forbedrer faglige beslutninger i vernepleieryrket etterlyses (Løkke & Salthe, 2012).

Ifølge FO (2017) er miljøterapeut eller miljøarbeider stillingsbenevnelsen som benyttes på vernepleieres yrkesaktivitet i dagens helse- og omsorgstjenestekområder. Yrkesrollene kan kalles sekkebenevnelser fordi de også brukes av andre profesjoner, som sosionom, ergoterapeut, sykepleier, barnevernspedagog eller spesialpedagog. Det eksisterer ikke noen fellesforståelse eller kriterier for hvilken kompetanse for eksempel miljøterapeuter skal ha. Dette illustrerer et behov hos vernepleiere for tydeligere profilering og faglig forankring. Det bør også avklares hvor på den helse- og sosialfaglige akse vernepleiere hører hjemme, hva vernepleie er, og hvem som er vernepleiere (Brask et al., 2016; FO, 2017).

Et fellestrekk i flere studier av vernepleieres historie og utvikling er at de viser til forhold som gjør det utfordrende å definere hva vernepleie er. Vernepleieres faglige bredde og sammensetning gjør det vanskelig å avgrense vernepleie- og vernepleiefaglig arbeid (Askheim & Andersen, 2001; Folkestad, 2009; Waale, 2008). Det at vernepleiere beveger seg ut i nye yrkesområder, kan også ha bidratt til at rollen deres er uavklart (UHR, 2015; Utvær, 1995; Waale, 2008). Videre er fravær av egenutviklet vernepleiefaglig teori påfallende og nevnes som årsak til at det er så mange ulike og uklare oppfatninger om hva vernepleie er (Owren & Linde, 2011, s. 14).

Interne faglige uenigheter og vektlegging av ulike faglige tradisjoner mellom de ulike vernepleierutdanningene, store vansker med å beskrive innholdet i vernepleiefaget og

---

<sup>10</sup> Revisjon av studieplaner pågår i henhold til endringer i ny forskrift om retningslinjer for vernepleierutdanning, fra 2019.

uenigheter om formålet med vernepleien preger faget. Dette medfører også at vernepleiere har hatt problemer med å finne en felles faglig identitet og fremstå samlet som profesjon (Askheim & Andersen, 2001; Folkestad, 2009; Messel, 2013).

På bakgrunn av denne gjennomgangen av forskning om vernepleieres arbeidsfelt, deres kompetanse, rolle og funksjon, viser det seg at det er mangelfull kunnskap, et såkalt kunnskapshull, knyttet til i hvilken grad vernepleieres kompetansegrunnlag og yrkesrolle er egnet til å svare på behov i tjenestefelt de tradisjonelt ikke har arbeidet i, samt i tverrprofesjonelt samarbeid. Denne studien bidrar med mer innsikt og ny kunnskap om dette.

### 1.2.2 Intellectual disability nursing i Irland og United Kingdom

Integrering av helse- og sosialfaglige profesjoner og samarbeid i tradisjonelle helse- og medisinskfaglig dominerte tjenestefelt vært en viktig helsepolitisk strategi for å lage mer sammenhengende tjenester i ulike land i Europa (Cameron, Lart, Bostock & Coomber, 2013; Cameron, Lart, Bostock & Comber, 2016; Willumsen, 2016). For å skape et bakteppe til å forstå disse endringsprosessenes kjennetegn, blir det i dette i avsnittet vist til studier av to helse- og sosialfaglige profesjoner fra Irland og Storbritannia som ble opprettet på samme tid som vernepleien i Norge og med samme formål. Norge og Storbritannia har de siste førti årene stått overfor noen av de samme utfordringene med å effektivisere offentlige helse- og omsorgstjenester (Cameron et al., 2013; Willumsen, 2016). Utvikling av intellectual disability nurse i Irland tilsvarer utvikling av liknende profesjoner i United Kingdom, men også i Canada (Doody, Slevin & Taggart, 2017; Nehring, 2003). Også disse sykepleierne rolle og samarbeidskontekst har endret seg over tid, fra institusjonaliserte tjenester til åpen omsorg. Det har ikke gitt profesjonsfaglig prestisje i å spesialisere seg innenfor tjenester til personer med utviklingshemning. En formalisert spesialisering fra American Nurses Association forelå ikke før i 1997 (Nehring, 2003).

Intellectual disability nurse (RNID) i Irland er den eneste profesjonsgruppen i landet som spesielt er utdannet for å arbeide med personer med utviklingshemning. RNIDs kompetansegrunnlag er rettet inn mot helhetlig tjenesteutførelse for å imøtekomme sammensatte og omfattende behov for hjelp (Doody, Slevin & Taggart, 2019; Nelson, 2016; O'Connor & Eileen, 2017). RNID skal ha faglige forutsetninger for å innta en koordinerende rolle på tvers av ulike tjenesteområder (Doody, Slevin & Taggart, 2016; Doody et al., 2017; Doody et al., 2019). Et helsepolitisk mål med RNID har vært å utøve personsentrert omsorg overfor personer med kognitiv nedsatt funksjonsevne, ved å fremme deres selvstendighet og valgmuligheter, med vekt på inkludering. Opprettelse av RNID har vært en konsekvens av en progressiv bevegelse bort fra medisinske, problemfokuserende tilnærminger til holistiske og humanistiske tilnærminger. Flere studier fremhever at det innebar større vektlegging av veiledning og støtte til nærpersoner og familier ved å ta i bruk fysiske og psykologiske elementer i det sosiale miljøet rundt tjenestemottakere (Doody et al., 2017; Doody et al., 2019; Sheerin, 2004; Sheerin, 2008). Slike tilnærminger gjør at intellectual disability nurse kan spille en sentral rolle som endringsaktør og støttespiller i behandlingsprosesser på tvers av rekke helse- og omsorgstjenestefelt i tverrprofesjonelt samarbeid. Doody et al. (2019) viser til at RNIDs rolle og yrkesfelt særlig ekspanderte fra 1990 tallet. De er beskrevet i mange og

ulike roller, som kliniske spesialister, pedagoger, kommunikatorer, forskere, endringsagenter og ledere (Doody et al., 2017).

Studier (Cleary & Doody, 2016; Nelson, 2016; Pruijssers, Meijel & van Achterberg, 2011) viser til at en konsekvens av et redusert antall personer med utviklingshemning i Irland er at RNIDs arbeidsområder omfatter ulike tjenestegrupper med sammensatte behov. Profesjonen er for eksempel i større grad ønsket inn i utvikling av tjenester til en voksende målgruppe med aldrende personer med kognitiv nedsatt funksjonsevne og komplekse behov i kommunale tjenesteområder (Cleary & Doody, 2016). Samtidig råder det uklarheter omkring hva som skiller RNIDs ansvarsområder og praksis fra annen type sykepleie, og tvetydigheter rundt RNIDs faglige bidrag og rolle (Doody et al., 2017; Doody, et al., 2019). Dette kan skaper forvirring, frustrasjon og kontrovers i tverrprofesjonelt samarbeid. Cleary og Doody (2016) understreker at uklarheter rundt profesjonen del vis skyldes mangel på statlig legitimering. Annen forskning tyder imidlertid på at nye arbeidsområder kan gi nye muligheter for en utvidet forståelse av RNIDs yrkesrolle og kompetansegrunnlag i samarbeidet (Doody et al., 2017; Nelson, 2016; O'Connor & Carey, 2017; Smith-Carrier & Neysmith, 2014).

McCray (2003) og Sheerin (2008) drøfter hvordan RNID har kjempet for å beholde sin profesjonelle jurisdiksjon og for å hevde egne rettigheter som profesjon Denne kampen har de kjempet i tilknytning til deres sykepleierfaglige utgangspunkt. Et sykepleierfaglig kunnskapsgrunnlag har ivaretatt sosial prestisje for RNID, samt karrieremuligheter og utdanning, fordi sykepleie har representert en sterk fagtradisjon i Irland. Tradisjonelle medisinskfaglige tilnærminger i sykepleiens kompetansegrunnlag har både stått i et motsetnings- og et komplementært forhold til RNIDs sosiokulturelle egenart og utgangspunkt for praksis. Også andre studier (Doody et al., 2019) fremhever at det nettopp er denne egenarten som har gitt profesjonen gode forutsetninger for å kunne møte fremtidige og nye behov for tjenester i arbeid med sosialt marginaliserte grupper med behov for mer generell kunnskap. I følge Doody et al., (2017) er det ca. 85% av yrkesaktive RNID i Irland som ikke hadde masterutdanning. De viser til at siden 2010 har kravet om totalt fem års praktisk erfaring derav to års spesialisering i ett tjenesteområde, bidradd til faglig spissing av profesjonen. Eksempler på faglige fordypningsområder i RNIDs utdanning som gir spesialiserte kunnskaper er atferd og tidlig intervensjon, samfunnsutvikling på lokalnivå, kreativitets- og aktivitetslære og helsefremming (Doody et al., 2017).

Forskning om RNIDs yrkesaktivitet (Doody et al., 2017) viser hvordan profesjonens sammensatte helse- og sosialfaglige kunnskaper gir grunnlag for å ivareta pasienters juridiske rettigheter. RNIDs kunnskapsgrunnlag er særlig innrettet mot tjenesteutforming på en måte som fremmer autonomi og myndighet hos dem det gjelder. Videre peker resultater på at rådgivning og konsultasjon, pedagogisk tilrettelegging og trening er sentrale kompetanseområder i RNIDs praksis (Doody et al., 2017). Flere studier finner at dette gir profesjonen særlig gode forutsetninger i utvikling av partnerskapsløsninger som i større grad involverer tjenestemottakere i eget behandlingsforløp (Cleary & Doody, 2016; Pruijssers et al., 2011). RNID kunnskaper pekes bl.a. på som egnet til å utvikle retningslinjer og anbefalinger i tråd med personsentrerte tilnærminger (Cleary & Doody, 2016). Forskningsbidrag tyder imidlertid på at å klargjøre RNIDs egne perspektiver i

tverrprofesjonelt samarbeid vil være avgjørende for profesjonen, særlig på områder der perspektivene deres er i konflikt med andre profesjoners. Funn viser at å ivareta pasienters juridiske rettigheter fremfor mer pragmatiske løsninger i praksis er eksempel på ett slikt konfliktområde (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Cleary & Doody, 2016).

Sweeney og Mitchells studie (2009) peker på likhetstrekk mellom profesjonen intellectual disability nurses (CIDN) (United Kingdom) og vernepleien. CIDN er en treårig profesjonsutdanning. Profesjonen er særlig innrettet mot å imøtekomme helsepolitiske føringer som helsefremming og helseforebygging hos personer med nedsatt kognitiv funksjonsevne og sammensatte behov for hjelp. Disse sykepleierne arbeider ofte alene og i tjenestemottakeres hjem. Selv om profesjonen helsepolitisk er ønsket for å imøtekomme sammensatte behov for tjenester, råder det uklarheter rundt hvilke behov profesjonen skal ta tak i. Slike uklarheter oppgis som en årsak til at CIDNs profesjonsfaglige bidrag ikke verdsettes i samarbeidet (Sweeney & Mitchell, 2009). Mafuba et al. (Mafuba, Gates & Cozens, 2018) understreker at særlig der yrkesroller og ansvarsområder overlapper med andre profesjoners som konsekvens av nye former for samarbeid, er det viktig å klargjøre rolleforventninger og ansvarsområder i personalgrupper. Flere studier (Galvin & Timmins, 2010; Mafuba et al., 2018; Williams, Roberts, Irvine & Hastings, 2010) fremhever at ledelse er viktig for å ivareta legitimitet og profesjonell autonomi i samarbeid mellom RNID, CIDN og andre helse- og medisinskfaglige profesjoner. Årsaker til uklarheter rundt CIDNs rolle kan knyttes til profesjonens tradisjonelle tjenesteområde, som har vært lite vektlagt i den offentlige helse- og omsorgspolitiske debatten (Mafuba et al. 2018; McCray, 2003). Dette kan lede til misforståelser med hensyn til nytte og betydning av denne profesjonens kompetanse. Et gjennomgangstema i flere studier (Doody et al., 2017; Sweeney & Mitchell, 2009) er behov for at både RNID og CIDN praksis og roller utforskes nærmere. Også vernepleiere kan stå i fare for å marginaliseres dersom de ikke greier å synlig- og tydeliggjøre egne faglige bidrag og yrkesrolle og å opprette nærere samarbeid med andre profesjoner i tjenesteområdene de arbeider i.

### 1.2.3 Oppsummering av forskning om vernepleie og RNID/CIDN

Gjennomgang av forskning gir holdepunkter for at tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere, RNID og CIDN og andre helse- og medisinskfaglige yrkes- og profesjonsgrupper<sup>11</sup> kan skape interessante, integrerte og innovative løsninger på komplekse problemstillinger i helse- og omsorgstjenester. Mange land har ikke profesjoner som tilsvarer vernepleiere, RNID og CIDN. Mere kunnskaper om tverrprofesjonelt samarbeid mellom disse profesjonene og andre helse- og medisinskfaglige yrkes- og profesjonsgrupper kan derfor være av relevans både for helse- og medisinskfaglige profesjoner, men også for et større internasjonalt tverrprofesjonelt forskningsmiljø (Doody et al., 2017; Doody et al., 2019; Ludvigsen & Danielsen, 2014). Endringer av en tradisjonell forståelse av en helse- og medisinskfaglig behandlingsmodell kan i tillegg gi muligheter for ekspansjon av helse- og sosialfaglige profesjoners arbeidsområder, utforming av nye yrkesroller og måter å

---

<sup>11</sup> I hvilken grad et yrke er en profesjon, kan vurderes på bakgrunn av sentrale kjennetegn ved yrket. Slike kjennetegn er hentet fra teoretiske bidrag som identifiserer og skiller profesjoner fra andre yrkesgrupper (Molander & Terum, 2008). I avsnitt 2.1 utredes begrepene nærmere.



samarbeide på (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Goldman et al., 2016; Schot, Tummers & Noordegraaf, 2019).

#### 1.2.4 Forskning om tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester

I dette avsnittet rettes fokus mot tverrprofesjonelt samarbeid. Dette er ett av avhandlingens fokusområder, og trenger av den grunn nærmere redegjørelse. Kjennetegn ved tverrprofesjonelt samarbeid er at flere profesjoner jobber tett sammen om en felles oppgave eller et felles prosjekt. De innebærer integrasjon av andres faggruppers kunnskaper og ferdigheter. Sammen skaper deltakere former for «ny» eller «merviten» (Reeves, 2011b), med mål om kvalitetsforbedring i tjenesteutøvelse (Reeves, Xyrichis & Zwarenstein, 2018). Tverrprofesjonell kunnskap er en syntese av partenes ulike bidrag, som utvikles gjennom diskusjoner og refleksjoner mellom samarbeidspartnerne. Tverrprofesjonelt ligger tett opp til det engelske begrepet «interprofessional» (Willumsen, 2016, s. 39), og er derfor valgt i denne avhandlingen. Et sentralt mål med tverrprofesjonelt samarbeid er innovasjon. Innovasjon forstås som utvikling av, tilegnelse og implementering av nye ideer (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2015; Reeves et al., 2011b). Samarbeid kan lede til nye aktiviteter, delt ansvar og utvikling av roller (Goldman et al., 2016; Schot et al., 2019). Første avsnitt gir eksempler på forskning som illustrer muligheter og utfordringer i tverrprofesjonelt samarbeid knyttet til kontekst. Videre vises det til forskning om muligheter og begrensninger knyttet til alliansebygging, posisjonering og utforming av roller i samarbeid. Felles målsettinger, tverrprofesjonelle samarbeidskunnskaper og kommunikasjon medfører både nye muligheter og utfordringer i samarbeidet viser forskning. Slike forhold belyses i gjennomgangens siste avsnitt.

#### *Tverrprofesjonelt samarbeid og kontekst*

Forskningsbidrag får frem hvordan tverrprofesjonelt samarbeid mellom helse- og sosialfaglige profesjoner kan bidra endringer av profesjongrensener og roller og til nye måter å samarbeide på (Goldman et al., 2016). Ett gjennomgangstema er at tverrprofesjonelt samarbeid i stor grad foregår uformelt (Reeves et al., 2009). “Brobyggende virksomhet- bridging gaps”, “negotiating overlaps” og “creating spaces” (Schot et al., 2019, s. 4), beskriver mer uformell forhandlende virksomhet mellom profesjoner slik det fremkommer i en rekke studier. Brobyggende virksomhet (“bridging gaps”, Schot et al., 2019, s. 4) illustrerer hvordan profesjonelle gjør seg kjent med andre profesjonsgrupper kunnskapsgrunnlag, verdier og normer og utvikler felles forståelse i samarbeid. Det omfatter forhandlinger både om ansvars- og arbeidsoppgaver med inngåelse av kompromisser på tvers av formelle roller og ansvars- og arbeidsområder. Videre viser Schot et al. (2019) studie at uformelt samarbeid og interaksjon mellom ulike aktører, for eksempel ledelse og eksterne samarbeidsparter, gir muligheter til å utvikle nye og mer fleksible kommunikasjonskanaler og samarbeidsallianser. Også Goldman et al. (2016) peker på at forhandlinger ofte knyttes til uformelle muligheter til å drøfte og å skape nye allianser mellom samarbeidsaktører. Et fellestrekk i flere studier er at uformelt samarbeid og interaksjon som kontekst bidrar til å fremme effektivt samarbeid på tvers av tjeneste- og profesjongrensener (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017; DiazGranados, Dow, Applebaum, Mazmanian & Retchin, 2018; Goldman et al., 2016; Reeves et al., 2009). Uformell alliansebygging i samarbeid kan også bidra til å styrke reforhandling av roller og posisjoner i samarbeid, f.eks. mellom sykepleiere og leger og andre yrkes- og



profesjonsgrupper der sistnevnte er nykommere. Utarbeidelse nye prosedyrer for praksis rundt større pasientflyt, pasientsikkerhet og nye rammer rundt utskrivninger og rehabilitering løftes frem som eksempler på slike nye samarbeidsområder (Goldman et al., 2016; Reeves & Lewin, 2004).

DiazGrandaz et al. (2018) etterlyser mer kunnskap om hvordan tverrprofesjonelt samarbeid utvikles, hensikten med samarbeidet og ulike profesjoners roller og skiftende relasjoner. En rekke studier peker på behov for mer kunnskaper knyttet hvilke profesjoner som samarbeider, ulike måter å samarbeide på, ulike tjenestefelt, og ulike prioriteringer og målsettinger i samarbeidet (Asakawa et al., 2017; Birkeland et al., 2017; Goldman et al., 2016; Martin, Ummerhofer, Manser & Spirig, 2010; Thomson, Outram, Gilligan & Levett-Jones, 2015). Ikke alle profesjoner oppfatter forbedring av tverrprofesjonelle relasjoner og samarbeid som en prioritet (Agreli, Pduzzi & Bailey, 2017). Profesjonelle “siloe” og profesjonshierarkier er godt dokumentert som barrierer for samarbeid (Suter et al., 2009). Dette kan bidra til å forsterke potensielle konfliktmønstre med vektlegging av individuelt ansvar og fastlåste profesjonsroller fremfor felles ansvar og fokus på pasientene og utvikling av tjenester (Thomsen et al., 2015).

DiazGranados et al. (2018) peker på at kommunikasjon- og informasjonsflyt og delt beslutningstaking mellom leger og andre yrkes- og profesjonsgrupper preges av mer åpenhet og likeverdighet i samarbeid i rehabiliteringstjenester enn i tradisjonelle og mer spesialiserte helse- og medisinskfaglige tjenestefelt som i sykehus. Flere studier (Birkeland et al., 2017; Hjelle, Skutle, Førland & Alsvåg, 2016) fremhever at en konsekvens av bredere ansvars- og arbeidsoppgaver kan medføre endringer av partikulære yrkesroller til mer generelle. I følge DiazGranados et al., (2018) kan åpen kommunikasjons- og informasjonsflyt og delt beslutningstaking gi muligheter til å degradere tradisjonelle autoritetsgradienter mellom leger og andre yrkes- og profesjonsgrupper. Studier om personsentrerte måter å samarbeide på peker også på større jevnbyrdighet i samhandling mellom personal og tjenestemottakere (Clearly & Doody et al. 2016; Kirkley et al., 2011; Myhre, Lichtwarck & Bergh, 2018; Rämgård, Blomquist & Petterson, 2015). Forskning tyder på at personsentrerte måter å arbeide på kan være velegnet til å endre fokus i tverrprofesjonelt samarbeid fra profesjonsspesifikk ekspertise og hvilken profesjon som “er best til dette”, til større jevnbyrdighet i samhandling mellom personal og tjenestemottakere for å oppnå felles læring og kvalitetsforbedring av tjenestene (Manez et al., 2014; Rämgård et al., 2015; Thomson et al., 2015). Kombinasjon av helse- og sosialfaglige kunnskaper fremheves som særlig godt egnet til å utvikle slike tilnærminger (Cleary & Doody, 2016; Doody et al., 2017; Doody et al., 2019; McCray, 2003; Pruijssers et al., 2001). Større helsepolitisk vektlegging av personsentrert tilnærming i tverrprofesjonelt samarbeid kan bidra til å legitimere sosialfaglige profesjonsgruppers kompetanse og roller i tjenesteområder de tradisjonelt ikke har arbeidet i, dette er det behov for mer kunnskaper om (Doody et al., 2017; Doody et al., 2019; McCray, 2003).

#### *Alliansebygging, posisjonering og utforming av roller*

Samarbeid på tvers av etablerte roller kan bidra til styrket identitet og økt kompetanse for den enkelte, slik Hjelle et al. (2016) viser til. Særlig uforutsigbare og komplekse kontekster øker

behov for mer fleksible roller og måter å samarbeide på (Birkeland et al., 2017; Schot et al., 2019). Dette innebærer behov for rolleavklaring i samarbeidet. Undersøkelser knytter rolleavklaring til enkeltaktørers evne til å trekke opp grenser mellom eget og andres profesjonelle ansvarsområder, samt å utvikle og håndtere selvstendige relasjoner til andre profesjoner og profesjonsdomener (Birkeland et al., 2017; Hean, Willumsen & Ødegård, 2017; Rämgård et al., 2015).

Til tross for at tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenestefelt skal omfatte en rekke yrkes- og profesjonsfaglige roller, viser en bred gjennomgang av forskningsfeltet at det foreløpig mest kunnskaper om leger og sykepleieres faglige bidrag og roller i tverrprofesjonelt samarbeid (Xyrichis, Lowton & Rafferty, 2017). Lomax & White (2015) understreker imidlertid også behov for mer kunnskaper om sykepleieres roller som ledere. Deres resultater tyder på at sykepleiere kunne hatt mere kunnskaper om essensielle komponenter i tverrprofesjonelt samarbeid og i utvikling av praksismodeller. Schot et al. (2019) knytter sykepleiere og legers posisjonering i tverrprofesjonelt samarbeid både til kunnskapsgrunnlaget deres, men også til deres profesjonsspesifikke måter å kommunisere på. Et eksempel på dette er beskrivelser av hvordan sykepleiere kan innta en «oversetterrolle» i tverrprofesjonelt samarbeid som «formidlere» av medisinske instruksjoner fra leger til andre samarbeidende profesjonsgrupper. Schot et al. (2019) resultater indikerer at måten sykepleiere kommuniserer på, kan gjøre det medisinske språket mer forståelig for andre profesjoner og for pasienter. Dette kan bidra til å gi sykepleier en nøkkelrolle i samarbeidet. Flere studier fremhever at sykepleieres kompetanse er etterspurt i ledende roller i helse- og omsorgstjenestefelt (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Pruijssers et al., 2011). Andre studier (Reeves et al., 2009; Schot et al., 2019; Xyrichis et al., 2017) peker på hvordan sykepleiere kan overta og utføre visse arbeidsoppgaver leger tradisjonelt har hatt. Slike forhold kan innebære nye muligheter for tettere samarbeid og nye allianser med leger for sykepleiere, og bidra til å posisjonere dem overfor andre helse- og sosialfaglige profesjoner (Reeves et al., 2009).

Både legers og sykepleieres posisjoner har vært forsterket gjennom myndigheters legitimering av kunnskapene deres (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Rieck, 2014). Legers medisinske kunnskaper og kliniske ekspertise har posisjonert dem på toppen av et hierarkisk helse- medisinsk- og sosialfaglig system. En rekke studier av tverrprofesjonelt samarbeid (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Chong, Aslani & Chen, 2013; DiazGranados et al., 2018; Fletcher et al., 2017; Goldman et al., 2016; Hustoft et al., 2018; Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook & Braithwaite, 2010; Reeves et al., 2009; Rice et al., 2010; Vestergaard & Nørgaard, 2018) beskriver legers posisjonering og faglige monopolisering i samarbeid som problematisk. Flere studier (Ambrose-Miller, 2016; Johansson, Weinehall & Emmelin, 2010; Schmitt, 2001; Thomson et al., 2015) peker på at hierarkisk posisjonering påvirker kommunikasjon som vedlikeholder en maktavstand mellom leger, sykepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper i tjenesteområder der bredere ekspertise og mer fleksibelt samarbeid etterspørres. Overordning og roledominans i samarbeid kommer til uttrykk i funn som f.eks. viser redusert verdsetting av andre helse- og yrkesfaglige roller og bidrag i samarbeidet (Goldman et al., 2016; Nugus et al., 2010; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010a).

Også mangel på respekt for ulike roller og stereotype oppfatninger kan begrense deltakelse i tverrprofesjonelt samarbeid (Hjelle et al., 2016; Russell, Nyhof-Young, Abosh & Robinson, 2006; Smith-Carrier & Neysmith, 2014; Thomson et al., 2015). Profesjonsfaglige kliniske og organisatorisk prioriteringer basert på helse- og medisinske kunnskaper kan også begrense andre profesjoners bidrag i samarbeid (Goldman et al., 2016; Russell et al., 2006). Nokså gjennomgående peker studier på en tendens til at leger ofte tar beslutninger om behandling av pasienter uten å kommunisere med- og å involvere andre profesjoner (DiazGranados et al., 2018; Rice et al., 2010). I følge Noordegraaf (2011a) kan årsaker til dette kan være at leger ofte verken er interessert i å lede, eller har ledelseskunnskaper.

Chong et al. (Chong, Aslani & Chen, 2013) fremhever at asymmetriske maktbalanser som hindre i utvikling av nye partnerskapsløsninger og opplevelse av meningsfull mulighet til utveksling i tverrprofesjonelt samarbeid. Flere studier (Bucher, Chreim, Langley & Reay, 2016; Regan, Orchard, Khalili, Brunton & Leslie, 2015; Rice et al., 2010) viser at å befeste egen profesjons diskursive muligheter i samarbeid ved å stenge andre ute, kan være initiert av tilgang til materielle og ikke-materielle ressurser f. eks. makt, status og godtgjørelse. Posisjonering av profesjonell autoritet kan foregå f.eks. ved å underkjenne andre profesjoners faglige bidrag og rolle. Undersøkelser (Bucher et al., 2016; Rice et al., 2010; Russell et al., 2006) tematiserer utfordringer knyttet til å problematisere andre profesjoners faglige bidrag og vurdere de som mindre verd og på den måten delegitimere deres posisjon. Russell et al. (2006) hevder at yrkes- og profesjonsgrupper i noen grad selv kan medvirke til egen underordning ved først og fremst definere egen kompetanse og rolle som støttende. Både Goldman et al. (2016) og Ambrose- Miller og Ashcroft (2016) viser til hvordan underordning kan forsterkes i samarbeid mellom helse- og medisinskfaglige profesjoner og sosialarbeidere dersom ikke sosialarbeidere har en klar forståelse av egen rolle. Slike forhold er det behov for mere kunnskaper om.

Studier av tverrprofesjonelt samarbeid mellom helse- medisinskfaglige- og sosialfaglige profesjonsgrupper peker på at behov for redefinering av roller, nye profesjonsgrenser, omfordeling av makt og status gir økt risiko for rivalisering, proteksjonisme og spenninger profesjonene imellom (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Goldman et al., 2016; Rice et al., 2010). Tradisjonelle helse- og medisinskfaglige profesjoners oppfatninger av faglig kvalitet knyttet til deres profesjonsfaglige spesialiserte domener og yrkesroller kan være utfordrende i samarbeid (Hustoft et al., 2018; Reeves et al., 2010a; Rice et al., 2010; Schot et al., 2019). Både Goldman et al. (2016) og Reeves et al. (2009) peker på at tverrprofesjonelt samarbeid mellom helse- og sosialfaglige personell foregår mer uformelt, hyppigere, mer fleksibelt på tvers av profesjonsgrenser- og roller enn mellom leger og helse- og sosialfaglige profesjoner. Resultater fra flere studier indikerer imidlertid at sosialarbeidere opplever større rollekonflikter og mer stress enn sine kolleger i samarbeid (Cameron et al., 2013; Reeves et al., 2010a; Sweeney & Mitchell, 2009). Ambrose- Miller og Ashcrofts (2016) studie vise at en mulig forklaring på dette kan være at sosialfaglige yrkes- og profesjonsgrupper ofte arbeider alene i helse- og omsorgstjenesteteam, og derfor må forhandle frem rollen sin uten støtte fra kolleger fra egen profesjon. Rollen deres blir også ofte direkte knyttet til målet med virksomheten. Slike forhold kan gjøre det utfordrende å vinne anerkjennelse for spesifikke

profesjonsfaglige bidrag i samarbeid med andre profesjoner (Ambrose-Miller & Ascroft, 2016).

Forskning (Asakawa et al., 2017) indikerer at tverrprofesjonelt samarbeid krever samarbeidskunnskaper og ferdigheter utover det profesjonsfaglige. Suter et al. (2009) undersøkelse viser for eksempel til deltakeres forståelse av gruppenormer og konfliktløsning samt evne til å tolerere ulikheter. Et poeng som fremheves i flere studier (Ambrose-Miller, 2016; Birkeland et al., 2017; Martin et al., 2010; Smith-Carrier & Neysmith, 2014; Willumsen, 2006) er at effektivt tverrprofesjonelt samarbeid forutsetter vilje til samarbeid, respekt og tillit til andre samarbeidsaktører. Thomsen et al. (2015) viser til at mangel på respekt for ulike roller, kan lede til en konkurransekultur som fremmer individuelle fremfor pasientsentrerte mål hos profesjonsutøvere. Å fremme en altruistisk tilnærming i samarbeid innebærer at deltakere utvikler respekt for hverandres kunnskaper på en mindre protektiv måte og ser egne profesjonelle bidrag i relasjon til andre profesjoner (Axelsson & Axelsson, 2009; Rämgård et al., 2015). Axelsson og Axelsson (2009) hevder at en altruistisk holdning hos profesjoner kan gjøre det mulig å motvirke mistenksomhet, fremme læring på tvers av profesjongrensene og å samarbeide med et tydeligere mål om å møte pasienters behov.

#### *Kunnskapsdeling, mål og kommunikasjon i tverrprofesjonelt samarbeid*

Studier beskriver kunnskapsdeling på tvers av profesjongrensene og tjenestoområder som en forutsetning for å lykkes i tverrprofesjonelt samarbeid (Smith, Fowler-Davis & Nancarrow, 2018; West et al., 2003). Kulturelle ulikheter og profesjonell territorial atferd (Axelsson & Axelsson, 2009) kan gjøre det vanskelig å krysse profesjongrensene. Kulturelle ulikheter mellom profesjonsgrupper knyttes til språk, holdninger og verdier, men også lengde på utdanning, lisensiering og praksisområder.

Fauske (1991) understreker at tverrprofesjonelt samarbeid ikke nødvendigvis er forenelig med å fremme profesjonelle karrierer eller profesjonalisering. Det fremkommer gjennom flere studier at kontraproduktive effekter av samarbeid kan innebære uklarheter rundt mål i samarbeidet, mangel på kommunikasjon, maktbalanse, paternalisme, dominans og mangel på muligheter til deltakelse- utestengning og/eller arbeidsfordeling som innebærer overbelastning av enkeltprofesjoner (Bucher et al., 2016; Dunér & Wolmesjö, 2015; Goldman et al., 2016; Martin et al., 2010; Oliveira, 2017; Rieck, 2014; Thomson et al., 2015). Vestergaard og Nørgaard (2018) peker på at mangel på felles mål gjør det uklart hva det skal samarbeides om, videre er mangelfull kommunikasjon og deling av informasjon årsaker til barrierer i tverrprofesjonelt samarbeid. Leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter har f.eks. samme forståelse av et generelt behov for behandling, men ulike oppfatninger av hva problemet er og/eller prioriteringer i praksis. Ulike, uklare eller eksklusive målsetninger i samarbeid mellom aktører løftes frem som grunnlag for konflikt dersom de ikke lar seg forene (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Asakawa et al., 2017; Birkeland et al., 2017; Chong et al., 2013; Hustoft et al. 2018; Johansson et al., 2010; Schmitt, 2001; Thomsen et al., 2015).

Rämgård et al., (2015) peker på at det er lite fokus på hva effektiv tverrprofesjonell kommunikasjon dreier seg om i praksis. Deres resultater tyder på at kommunikasjonsutfordringer kan være forårsaket av sterk profesjonsidentitet- og

profesjonstilhørighet. Andre studier peker på at mangelfulle kommunikasjonsferdigheter kan forsterke profesjonshierarkier (Goldman et al., 2016). Kommunikasjon, refleksjon, og gjensidighet i utveksling av kunnskaper fremheves som avgjørende for å definere nøkkelkompetanser og ulike roller i tverrprofesjonelt samarbeid (Birkeland et al., 2017; Suter et al., 2009; Thomson et al., 2015). Forskning viser at å utvikle felles fagspråk er essensielt og grunnleggende, både yrkes- og profesjonsgrupper imellom og overfor pasienter (Manez et al., 2014; Martin et al., 2010). Rice et al. (2010) peker bl.a. på sammenhenger mellom manglende kommunikasjon mellom profesjoner og feilbehandling av pasienter. Kommunikasjon som bidrar til å fremme bedre integrering ulike profesjonsfaglige bidrag i tjenesteutvikling vurderes som egnet til å ivareta bedre kvalitetssikring av tjenestene (Ambrose- Miller & Ashcroft, 2016; Oliveira, 2017; Thomsen et al., 2015), få ned feilbehandling/dødelighet samt å fremme pasienters funksjonsnivå (Rice et al., 2010). Flere studier (Hustoft et al., 2018; Goldman et al., 2016) tematiserer at bedre implementering av tverrprofesjonelle utdanningsprogrammer i praksis kan utgjøre et potensial i denne sammenhengen. Dette trengs det mere kunnskaper om.

Et gjennomgangstema i flere undersøkelser (Ambrose- Miller, 2016; Goldman et al., 2016; Reeves & Lewin, 2004; Russel et al., 2006; Thomson et al., 2015) er hvordan sosialarbeideres faglige målsettinger og anbefalinger undervurderes som konsekvens av helse- og medisinskfaglig dominans. Slike forhold kan gi sosialarbeidere en begrenset rolle i samarbeidet (Russel et al., 2006). Andre studier fremhever sammenhenger mellom underordning av kunnskaper og roller og deltakeres evne til å definere og tydeliggjøre egne mål i samarbeidet samt å fremme egne profesjonsspesifikke bidrag (Birkeland et al., 2017; Thomson et al., 2015). Et poeng hos Rice et al. (2010) er at opplevelse av underordning kan bidra til å fremme passiv motstand i samarbeid f.eks. mellom helse- og omsorgsfaglige profesjonsgrupper og leger. Mer differensierte stillingsbeskrivelser, bedre regulering av de enkelte profesjoners funksjon og ansvarsområder, formaliserte behandlingsplaner og standardiserte prosedyrer i samarbeid er løstes frem som mulige løsninger på slike utfordringer (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Rämgård et al., 2015).

Det fremgår av forskningsgjennomgangen på de feltene som har vært i fokus at ledere er av stor betydning i arbeidet med å fremme ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgstjenester (Ludvigsen & Danielsen, 2014). En rekke studier (Smith et al., 2018) peker på at effektiv ledelse er avgjørende for å identifisere og å bryte ned profesjonsbarrierer og å tilrettelegge for innovasjon og kunnskapsutvikling i helse- og omsorgstjenester. Særlig viktig er dette for å fremme mål som er basert på både helse-, -medisinske- og sosialfaglige profesjoners tilnærminger i tjenesteutforming (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Asakawa et al., 2017; Brewer, Flavell, Trede & Smith, 2016; Cameron et al., 2013; Dünér & Wolmesjø, 2015; Harris et al., 2016; Johansson et al., 2010; Kupeli et al., 2016).

#### 1.2.5 Forskning om ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid

En undersøkelse fra Nordisk ministerråd fra 2005 viser at om lag 85 prosent av ledere i offentlig norsk sektor mente at det er viktig å la de ansatte få gjennomslag for egne meninger. Innovativ atferd utløses når medarbeidere har autonomi til å løse arbeidsoppgaver (tillit), at de

opplever støttende miljøer (inkludering) og at innovasjon har et sterkt strategisk fokus. Liten distanse mellom ledere og medarbeider har bygget på tillit og tro på at alle er like mye verdt. Ledere i norsk offentlig sektor skårer svært høyt på slike verdier. Dette kan legge grunnlag for samarbeid med og involvering av ansatte. Det er imidlertid uklart hvordan slike holdninger slår ut i faktisk atferd, både hos ledere og i personalgruppene de leder (Gjelsvik, 2015).

En rekke studier peker på at ledelse og ledelseskunnskaper er avgjørende for å tilrettelegge for tverrprofesjonelt samarbeid og utvikling av kunnskaper og roller. Disse studiene tematiserer både ledere som pådrivere for og ledelse som støtter, veileder og implementerer nye måter å arbeide sammen på mellom helse- og medisinskfaglige- og sosialfaglige profesjoner i personalgruppene de leder (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Asakawa et al., 2017; Chong et al., 2013; DiazGranados et al., 2018; Doody et al., 2017; Dunér & Wolmesjö, 2015; Goldman et al., 2016; Johannesen et al., 2010; Martin et al., 2010; Russell et al., 2006; Smith et al., 2018; Steihaug, Johannesen, Ådnanes, Paulsen & Mannion, 2016; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Funn peker at både ledelse og tverrprofesjonelt samarbeid dreier seg om interaksjon. Studier fremhever hvordan ulike måter å lede på er knyttet til profesjonsgruppers kunnskapsproduksjon og samarbeid (Noordegraaf, 2011a; Noordegraaf, 2011b; Willumsen, 2006). Forskning peker på behov for mer kunnskaper om hvordan ledelse påvirker innovasjon i samarbeid, kunnskap om hvordan ledere fremmer effektive samarbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenester er også begrenset (Brewer et al., 2016; Goldman et al., 2016; Smith et al., 2018; Steihaug et al., 2016; West et al., 2003).

Omfattende fagkompetanse kan innebære stor kapasitet for selvledelse (Willumsen, 2006). Fagkompetanse og evne til selvledelse antas å kunne erstatte mange ledelsesfunksjoner. Dette kan forstås i lys av profesjonsutøveres ønske om og behov for faglig autonomi (Smith et al., 2018; West et al., 2003). Manéz et al. (2014) understreker at ulike instruksjoner fra ulike helseprofesjoner kan bidra til forvirring og konflikt i samarbeidet. Annen forskning (Nugus et al., 2010; Reeves, Macmillan & van Soeren, 2010b) berører lederresistens som en særlig utfordring i helse- og medisinskfaglige dominerte tjenesteområder. Funn tyder på at selvledelse kan innebære at ledere gir avkall på en del av lederoppgavene sine (Manéz et al., 2014). Daglig ledelses engasjement og rolle som pådrivere og støttespiller i utvikling av og opplæring i tverrprofesjonelt samarbeid pekes på som avgjørende for å lykkes. En tendens i flere studier er beskrivelser av at en viktig del av lederrollen er å oppmuntre personalgruppene de leder, til å utforske nye måter å arbeide sammen på (Kupeli et al., 2016; Larsson, Bäck-Peterson, Kylén, Marklund & Carlström, 2017; Suter et al., 2009; Vestergaard & Nørgaard, 2018; Willumsen, 2006). Særlig linjeledere utpekes som viktige fasilitatorer og rollemodeller, som tilretteleggere av formelle læringsarenaer og motivatorer til samarbeid og kommunikasjon i daglige samarbeid i helsetjenester til personer med komplekse behov (Larsson et al., 2017). Noordegraaf (2011 a) løfter frem behov for endringer i profesjonsutdanninger så de i større grad er egnet til å imøtekomme nye utfordringer i samarbeid som krever kunnskaper knyttet til planlegging og ledelse, arbeidsbetingelser, effektivitet, økonomi og risiko. Også annen forskning (Smith-Carrier & Neysmith, 2014) tyder på at effektivt tverrprofesjonelt samarbeid innebærer en rekke faglige forutsetninger hos profesjonsutøvere for å etablere relasjoner på tvers av ulike sektorer og tjenestetilbud.

Flere studier (Brewer et al., 2016; Careau et al., 2014; Hean et al., 2017; Martin et al., 2010; Nugus et al., 2010; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005; Suter et al., 2009) fremhever at lederes rolle og måter å lede på er avgjørende for å kunne møte behov for støtte hos medarbeidere og å samarbeide bredere på tvers av profesjon i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringer knyttet til mangelfull lederforankring og systematisk organisering av arbeid ut fra hvilke profesjonsgrupper som skal utføre hvilke oppgaver, kan være problematisk. En årsak til dette er at ledere ikke kjenner til de ulike profesjonsgruppens kompetansegrunnlag (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Slike kunnskaper skal gjøre ledere i stand til å håndtere profesjonsbarrierer og andre hindringer i samarbeid (Brewer et al., 2016; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Resultater peker på at ledere må ha oversikt over ekspertise, kunnskaper og ulike profesjonelle verdier i personalgruppene som de leder. Videre innebærer ledelsesansvar kvalifisering av personale og å sørge for klare ansvarslinjer i samarbeidet (Cameron et al., 2013; Reeves et al., 2010b; San Martín-Rodríguez et al., 2005). West et al. (2003) understreker at konsistent og tydelig ledelse, og tydelig støtte fra nærmeste leder til medarbeidere, vil kunne bidra til at det utvikles nye roller i samarbeidet, og at ansatte føler seg trygge i disse. Deres resultater indikerer at klar arbeidsdeling og tydelige forventninger fra ledelse til arbeidsutførelse kan bidra til å overskygge uenigheter og konflikter mellom samarbeidspartnere i helse- og omsorgstjenester. Andre studier fremstiller effektiv ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid som en balansegang mellom å nå organisatoriske mål for tjenestene, fremme samhandling på tvers av profesjons- og tjenestegrenser og å demonstrere teknologisk ekspertise (Martin et al., 2010; Smith et al., 2018; West et al., 2003). Dette er aktuelt å studere nærmere i samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper.

Undersøkelser viser at flere forhold kan vanskeliggjøre ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Ledere kan ha manglende forståelse for ulike yrkesgruppers særegne profesjonelle roller og ansvar (Ambrose- Miller & Ashcroft, 2016; Cameron et al., 2013; Goldman et al., 2016; Martin et al., 2010; Russell et al., 2006; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Forskningsresultater peker også på andre forhold som underliggende profesjonskulturer og verdier, maktkoalisjoner og revirtenking mellom profesjonene (Axelsson & Axelsson, 2009; Reeves et al., 2010b). Både Nugus et al. (2010) og Vestergaard og Nørgaard (2018) fremhever at rolledominans begrenser kommunikasjon og koordinering av samarbeidet mellom profesjonene. Rolledominans må synliggjøres for å skape positive holdninger til påkrevde organisatoriske endringer (Vestergaard & Nørgaard, 2018). Mekanismer for å håndtere konflikt og kommunikasjon som styrker gruppefunksjoner i tverrprofesjonelt samarbeid beskrives som kjennetegn ved effektiv ledelse (Smith-Carrier & Neysmith, 2014). Forskning fremhever at rolleavklaring inkluderer lederes evne til å artikulere egen rolle og eget domene som leder, versus andre profesjoners. Men også en forståelse hos ledere om hvordan ulike roller og profesjonskompetanser kan komplementere hverandre for å iverksette helhetlige behandlingsforløp og få til gode synergieffekter tjenesteutforming (Cameron et al., 2013; Hean et al., 2017; Reeves et al., 2010b; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Smith et al., 2018; Vestergaard & Nørgaard, 2018; West et al., 2003). Ledelse er viktig i forhandlinger mellom profesjoner for å balansere differensiering og integrasjon av ulike profesjonsfaglige bidrag i samarbeidet (Willumsen, 2006). Ifølge Suter et



al. (2009) skal taktiske kunnskaper hos ledere gjøre dem i stand til å håndtere kompleksitet i samarbeidsrelasjoner.

Tydlig ledelse fremheves som vesentlig for å bryte opp barrierer mellom profesjoner i tverrprofesjonelt samarbeid (Smith et al., 2018). Konkurransen om lederrollen har vært en utfordring i helse- og medisinskfaglige dominerte tjenestefelt, funn viser at det har vært lagt lite vekt på å utvikle og støtte ledelse i dette feltet (Martin et al., 2010; Nilsen, Olafsen, Steinsvåg, Halvari & Grov, 2016; Reeves et al., 2010b). Russel et al. (2006) viser til at delegering av lederskap kan føre til en styrking av dominerende profesjonsroller, kunnskaper og å bygge profesjonsfaglige barrierer heller enn å utfordre dem. Delegering av ledelse kan imidlertid gå på bekostning av lederes autonomi i lederrollen (Nilsen et al., 2016; Smith et al., 2018). Dersom ledelsesrollen blir uklar, kan det bidra til å svekke lederes mulighet til å overbevise profesjonelle grupper om å gi opp noe av sin profesjonelle autonomi for å fremme mer integrert faglig praksis (Smith et al., 2018). Willumsen, (2006) peker på at å kreere en atmosfære av tillitt og vilje hos deltakere til læring og endring, er et ledelsesansvar.

Som konsekvens av mangel på helsefaglig personell stilles det særlige forventninger til sykepleiere om å kunne bidra til å utarbeide samarbeidsløsninger (Huston, 2008; Ludvigsen & Danielsen, 2014). Å imøtekomme slike føringer krever åpen kommunikasjon, gjensidig respekt og delt beslutningstaking i samarbeidet. Sykepleiere har ansvar for å tilegne seg ferdigheter og evner til å delta som fullverdige partnere både med andre yrkes- og profesjonsgrupper og med pasienter og pårørende. Også andre studier peker på at sykepleiere forventes å inneha lederkunnskaper- og ferdigheter som er egnet til å integrere evidentbasert praksis, klinisk vurdering og tverrprofesjonelle perspektiver i tjenesteutforming (Goldman et al., 2016; Lomax & White, 2015). Studier (Goldman et al., 2016; Lomax & White, 2015; Thoma & Waite, 2017) løfter frem behov for mer kunnskaper hos sykepleiere som omfatter både samarbeids- og ledelsesmodeller.

Det fremgår av forskningsgjennomgangen på de feltene som har vært i fokus at større kompleksitet i tjenester og økt etterspørsel etter breddekunnskaper, fordrer utvikling av nye former for kompetanse og mer fleksible roller og samarbeidsmåter. Slike forhold vet man noe om, men det er behov for mer forskning på dette. Studier av vernepleie, CNID og RNID viser at når disse profesjonene beveger seg inn i tjenesteområder de tradisjonelt ikke har arbeidet i, krever det avklaring av deres kompetansebidrag, yrkesroller og ansvarslinjer. Dette er et ledelsesansvar (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Ledelse pekes på som særlig viktig i studier av helse- og medisinskfaglige dominerte tjenestefelt der breddekunnskap har hatt liten legitimitet. Hvilke konsekvenser nye utfordringer i samarbeidet får for ledelse og lederes rolle, er lite omtalt i forskningslitteraturen (Smith et al., 2018).

#### 1.2.6 Oppsummering av forskning og studiens relevans

Det er behov for helse- og sosialfaglige profesjoner inn i tradisjonelt helse- og medisinskfaglig dominerte tjenestefelt for å ivareta et økende behov for sammensatte tjenester. Politiske styringsdokumenter understreker betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid som et svar på nye utfordringer. Samtidig viser studier til en rekke begrensninger i denne konteksten. En hovedutfordring for sosialfaglige profesjoner som arbeider i helse- og



medisinskfaglige tjenesteområder er at det er begrensede muligheter for forhandlinger om arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesroller i samarbeid med profesjoner som tradisjonelt dominerer dette feltet. Snarere synes samarbeid som overskrider tjeneste- og profesjongrenser i helse- og omsorgstjenester kombinert med semiprofesjoners generalistkompetanse å kunne svekke deres posisjon/jurisdiksjon.

Kunnskap om utfordringer i tverrprofesjonelle samarbeidsprosesser og ulike modeller for dette, samt klarhet og potensiell konflikt i funksjon og rolle mellom helse- og sosialfaglige profesjoner i helse- og omsorgstjenester er foreløpig begrenset (Moe & Brataas, 2016; Steihaug et al., 2016). Det er flere årsaker til dette: oversiktsartikler viser bl.a. til at små studier basert på ulike metodiske design gir begrenset sammenlikningsgrunnlag (Fletcher, Breitbach, & Reeves et al., 2017; Mahdizadeh, Heydari & Moonaghi, 2015; Martin et al., 2010; O'Leary & Boland, 2019; Reeves et al., 2011b; Reeves et al., 2017; Schmitt, 2001; Schot et al., 2019; Steihaug et al., 2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester omfatter også stadig flere yrkes- og profesjonsfaglige bidrag.

Mye av den forskningen som foreligger er basert på profesjonsutøveres egne erfaringer og på intervjumateriale (Goldman et al., 2016; Reeves et al., 2009). Slike tilnærminger gir informasjon om den profesjonelles syn på samarbeid, men begrenset innblikk sammenliknet med f.eks. observasjonsdata av hva som foregår "in situ". Kontekstualisering gir et egnet utgangspunkt for å forstå profesjoners diskursive strategier knyttet til nye muligheter og utfordringer for posisjonering i tverrprofesjonelt samarbeid (Bucher et al., 2016).

Kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid har videre i liten grad har vært informert av teoretiske aspekter som fremmer en mer generalisert forståelse av fenomenet (Reeves et al., 2009; Reeves et al., 2011b; Reeves et al., 2018; Schmitt, 2001). Det er et behov for teoretisering av hypoteser/problemstillinger og nøkkelbegreper som tettere knytter tverrprofesjonelt teamarbeid til funksjonelle resultater, samt om hvordan tverrprofesjonelt samarbeid implementeres i praksis (Vestergaard & Nørgaard, 2018). "Abstrakt empirisme" (Reeves et al., 2009, s. 634; Reeves et al., 2011b) beskriver slike utfordringer i forskningsfeltet.

Selv om det foreligger en del kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid, er denne kunnskapen hovedsakelig knyttet til legers og sykepleieres kompetanser, roller og samarbeid. Det trengs derfor kunnskap om andre profesjoners spesifikke bidrag i tverrprofesjonelt samarbeid, om hvordan de forhandler om egne roller, kompetanse og ansvars- og arbeidsfordeling (Goldman et al., 2016). «Socialworkers» brukes som en samlebetegnelse på både yrkes- og profesjonsfaglige grupper. Begrepet «sykepleier» anvendes også både om sykepleiere og sosialarbeidere, med begrunnelse i at sosialarbeideres – og sykepleieres oppgaver i hovedsak er de samme (Pruijssers et al., 2011). I den grad sosialfaglig kompetanse omtales, er det i forholdsvis generelle vendinger og på et forholdsvis høyt abstraksjonsnivå.

I utvikling av avhandlingens problemstilling og forskningsdesign har innsikter fra forskningen som er presentert vært viktige kilder. Dette reflekteres i valg av profesjoner og typer tjenesteområder. Kombinasjon av helse- og sosialfaglige kunnskap og helse- og sosialfaglige profesjoners rolle i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester er et fokusområde

både nasjonalt og internasjonalt. Litteraturgjennomgangen viser at det foreligger begrensende kunnskaper om slike profesjoners bidrag i samarbeid. Studier av både vernepleiere og RNID tyder på at deres kunnskapsgrunnlag og rolle i tverrprofesjonelt samarbeid er egnet til å utvikle samarbeid mellom ulike yrkes- og profesjonsgrupper og tjenestemottakere i helse- og omsorgstjenester, på tvers av en rekke tjenestetilbud. Behov for mer forskning om vernepleieres forhandling av kompetanse og yrkesrolle for å få anerkjennelse og innpass i helse- og medisinskfaglig dominert samarbeid begrunnes i dette lys.

### 1.3. Avhandlingens disposisjon

Første kapittel i avhandlingen, introduksjon, presenterer studiens hensikt og problemstilling. Prosjektet er plassert i en kontekst med overordnede politiske føringer og i et tverrprofesjonelt forskningsfelt.

I kapittel to presenteres studiens teoretiske og analytiske forankring. Det teoretiske grunnlaget som er valgt ut for å belyse problemstillingen, er fremkommet både i forkant og på bakgrunn av arbeidet med det empiriske materialet. I analysene brukes teoretiske bidrag fra profesjonssosiologiske tilnærminger, praksisteori og teori om ledelse.

Kapittel tre beskriver og drøfter studiens forskningsprosess og metodevalg. Kapitlet redegjør for vitenskapsteoretiske avveininger, valg av metodisk design og fremgangsmåte gjennom prosjektets ulike faser. Vurderingene som er gjort underveis i forskningsprosessen, drøftes i et eget avsnitt.

Kapittel fire presenterer resultater fra de tre delstudiene som foreligger som tre artikler.

Kapittel fem inneholder drøfting av resultater og er basert på gjennomgående temaer knyttet til studiens problemstilling og mål. De tre temaene er *vernepleieres forhandlinger om posisjon i samarbeidet*, *lederes tilrettelegging av tverrprofesjonelt samarbeid* og *vernepleiefaglige yrkesroller*. Temaene er med på å binde resultater sammen med den teoretiske forankringen og tidligere forskning.

I kapittel seks gjøres en oppsummerende konklusjon og veien videre drøftes med spørsmål om hvilke implikasjoner resultatene gir for videre praksis og ny forskning.

## 2. Teoretiske og analytiske perspektiver

Dette kapitlet omhandler studiens teoretiske og analytiske grunnlag. Bakteppet for fremstillingen er prosjektets problemstilling og de valgene som er gjort for å finne meningsfulle måter å forstå, tolke og drøfte det empiriske materialet på. I denne studien spiller teori en sentral rolle som grunnlag for forståelse av fenomenet som undersøkes. Teori bidrar til å utforme problemstillinger, styre utvalg av relevante data, tolke dem og foreslå forklaringer på underliggende årsaker til det som undersøkes.

Det lar seg vanskelig gjøre å beskrive vernepleiefaglig kompetanse uten å berøre profesjonsspørsmålet. Gjennomgangen av litteratur og forskningslitteratur tematiserer og problematiserer betingelser for å utvikle profesjonalisme og profesjonell status og drøfter hvordan ulike teoritradisjoner relaterer seg til hverandre. Dette er perspektiver som har

relevans for studier av vernepleie. Det innebærer spørsmål om hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver vernepleiere har, sertifisering av profesjonen og hvordan dette legger føringer for hva vernepleiere mener er nyttig og relevant i de yrkeskontekstene de inngår i. Første avsnitt gir en introduksjon til ulike teoretiske tilnærminger til profesjon og profesjonalitet. Studier av profesjoner og profesjonsutøvelse er et forskningsfelt som i senere år har vært preget av ulike disipliner og med ulike teoretiske og metodiske tilnærminger. Reeves (2011a) fremhever at sosiologisk tilnærming er særlig egnet for å forstå hvordan sosiale kontekster påvirker individers handling og samhandling. Sosiologiske studier av profesjoner har tradisjonelt bidratt med forklaringer av makt, autoritet og legitimitet som et fundament i tverrprofesjonelt samarbeid mellom profesjoner (Abbott, 1988; Reeves et al., 2010a; Reeves et al., 2011b; Reeves, 2016). Slike perspektiver anvendes også i foreliggende studie.

Tverrprofesjonelt samarbeid involverer profesjoner fra ulike disipliner som arbeider sammen. Profesjoners forhandlinger av grenser mellom ansvars- og arbeidsoppgaver er en nøkkelkomponent i sosiologisk tilnærming både til profesjonsroller og til tverrprofesjonelt samarbeid (Nancarrow & Borthwick, 2016). Tverrprofesjonelt samarbeid forstått som deltakelse i praksisfellesskap er en side ved profesjonalitet. Det er i grenseområder at profesjoner utfordres på å tydeliggjøre og eller omforme verdier, perspektiv og kunnskap som gjerne er implisitt i deltakers praksis (Hagland, 2015). Ett sentralt tema i foreliggende studie er å undersøke hvordan tverrprofesjonelt samarbeid i praksisfellesskap kan bidra til forståelse av profesjonalitet. Kapittelet avsluttes med teoretiske perspektiver på tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid. Dette er studiens teoretiske og analytiske perspektiver, basert på Abbotts (1988), Wengers (2004) og Kooimans (2003) arbeider.

## 2.1 Profesjon og profesjonalitet

Et av de store spørsmålene i profesjonssosiologisk forskning er hva som kjennetegner en profesjon, og hva som atskiller profesjoner fra andre yrker. Dette dannet utgangspunkt for empiriske studier i en første innledende fase i profesjonsforskningen frem til 1960 tallet (Fauske, 2008). Slike studier har gitt grunnlag for å beskrive profesjonskarakteristiske trekk, og kjennetegnene på disse skulle brukes som målestokk for yrker som gjorde krav på profesjonsstatus. Selv om beskrivelsene var forskjellige, var det noen kjennetegn som gikk igjen som karakteriserte såkalte «klassiske eller tradisjonelle profesjoner» som leger, advokater og prester med kjennetegn som: vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, en etisk kodeks og sammenslutning eller organisasjon som ivaretok profesjonens interesser. Legeyrket, som ble regnet som prototypen på en profesjon, hadde vært igjennom en profesjonalisering, som var typisk for profesjoner. Det beste grunnlaget for å kreve eksklusiv jurisdiksjon og profesjonell autoritet ville være kunnskap som verken var for generell og vag, eller for spesifikk og snever (Fauske, 2008; Nancarrow & Borthwick, 2016; Zeitler, 2016).

En sentral tematikk i profesjonsforskningen på 1960 tallet var bl. a. hvilke profesjoner som ville lykkes eller ikke i oppnåelse av profesjonsstatus. Slike teoretiske perspektiver tematiserte profesjoners kunnskapsgrunnlag og problematiserte betingelsene for å utvikle profesjonalisme og profesjonell status. Forståelse av profesjonalisme: «a peculiar type of occupational control» (Fauske 2008, s 46), omfattet flere yrker, og ga en utvidet forståelse av

profesjonsbegrepet. Etzioni (1969) og hans medarbeideres tilnærming til «semiprofesjonsbegrepet» var et slik forsøk. I likhet med andre profesjonsforskere brukte for eksempel Etzioni og hans medarbeidere leger og advokater som eksempler på idealtypiske profesjoner. Sammenliknet med denne idealtypen ble lærere, sykepleiere og sosialarbeidere betegnet som «semiprofesjoner» (Etzioni, 1969; Toren, 1969). Toren (1969, s. 144) beskriver semiprofesjoner ved følgende kjennetegn: «... a semiprofession may lack a shorter period of training for its members; it may not command a monopoly over its members, the criteria for their recruitment, training, licensing, performance and the professional association may be divided, inefficient, or powerless». Etzioni (1969) beskrev også flere kjennetrekke ved semiprofesjoner: de manglet privilegier knyttet til legitimering, de var underlagt et byråkrati, dette medførte redusert autonomi for yrket. Disse profesjonenes arbeid ble brukt som eksempler på «usynlig arbeid», veiledet og underlagt kontroll av overordnede profesjoner. Etzioni poengterte at bare noen få av de nye yrkene som kjempet for å bli profesjon ville lykkes (Etzioni, 1969). En kritikk av analysene til Etzioni var at de var normative, og endte opp med råd (Fauske 2008, s. 39). En mer generell kritikk mot empirisk orienterte studier på denne tiden var bl.a. at ideologiske oppfatninger mer enn vitenskapelige analyser bidro til at andre retninger innenfor profesjonsforskningen fikk større gjennomslag (Fauske 2008).

På 70-tallet ble en forståelse av profesjonsbegrepet basert på kjennetrekke ved profesjoner som høyere teoretisk utdanning, yrkesetiske retningslinjer, altruistiske tjenesteideal og autonomi i yrkesutøvelse utfordret av forskere med såkalte maktperspektiver (Heiret & Ludvigsen, 2012). Både Larson (1977) og Abbott (1988) utviklet analyser som kombinerte aktør med strukturperspektivet, analyser som åpnet for studier av ulikheter mellom profesjonene. Det var profesjoner og ikke de profesjonelle som var gjenstand for analyser (Fauske 2008). Abbott (1988) utforsket profesjongrensene i offentlige organisasjoner fra et evolusjonistisk-økologisk perspektiv. Han studerte profesjoner i lys av konflikter i grenseområder for profesjonell jurisdiksjon. Abbotts begrepsapparat åpnet for å analysere koplinger mellom den profesjonelle arbeidsdelingen, profesjonsstrategier og politikk. Med denne tilnærmingen fikk de «profesjonelle relasjonene» en plass, bl.a. hvordan de gjennom jurisdiksjoner var ved inn i over- og underordningsforhold. I stedet for å kategorisere yrkesgruppene etter teoretiske klassifikasjonssystemer skulle et idealtypisk profesjonssystem gjøre det mulig å studere variasjoner både innenfor og mellom profesjoner i ulike land (Heiret & Ludvigsen, 2012).

Profesjoner er ingen rettlinjede utviklingsprosjekt, og det er heller ikke slik at alle profesjoner beholder den statusen de en gang har oppnådd (Kuhlmann, Agartan & von Knorring, 2016; Zeitler, 2016). «Ny profesjonalisme» (Zeitler, 2016, s. 99) flytter oppmerksomheten vekk fra den profesjonelle og over på oppgaven og relasjonen mellom den profesjonelle og medborgeren. Dette markerer et opprør mot monopoler og oppfattelsen av profesjoner som autonome enheter. Kuhlmann et al. (2016) peker på utvikling av en mer integrert profesjonalisme som bl.a. innebærer en oppmykning av profesjongrensene og større jevnbyrdighet i sosiale relasjoner. Beslutning om å etablere profesjonsbachelorutdanninger på 2000-tallet førte til en eksplosiv utvidelse av en rekke profesjoner. Med tildeling av profesjonsbachelortittel ble det statlig sanksjonert at bachelorutdannings arbeidsfelt er selvstendige profesjonsområder. Dette var utgangspunktet for en rekke nye velferdsprofesjoner

med kortere utdanninger (Zeitler, 2016). Kortere utdanning har tradisjonelt gitt lavere status og roller i samarbeid sammenliknet med såkalte «klassiske profesjoner» med lengre utdanning. Dette ga også grunnlag for beskrivelsen underordnede profesjoner (Nancarrow & Borthwick, 2016). Profesjonssosiologiske studier har imidlertid i liten grad drøftet eller undersøkt hva slags kunnskap profesjonene faktisk baserer seg på (Smeby, 2013). Maktaspektet i profesjonsforskning har vært knyttet til profesjoners motstandsdyktighet mot endringer, både strukturelt og organisatorisk (Noordegraaf, 2011a). Migrasjon av semiprofesjoner medførte imidlertid økende arbeidsdeling av ansvars- og arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt klassiske profesjoner og deres kunnskapsgrunnlag. Et økende antall yrker med få kjennetegn som tradisjonelle profesjoner gjorde det mer utfordrende å skille mellom klassiske- og semiprofesjoner (Nancarrow & Borthwick, 2016; Zeitler, 2016). Slike endringer har også utfordret forståelse av profesjon og profesjonsgrenser, deres autonome rolle, og hele den klassiske profesjonsforståelsen som veldefinerte, velorganiserte og stabile arbeidsområder (Kuhlmann et al., 2016). Ifølge Zeitler (2016) gir det imidlertid fortsatt mening å synliggjøre hvilke tradisjonelle profesjonssosiologiske kriterier som står på spill når profesjoner utvikler deres identitet og faglige grunnlag.

Profesjonsbegrepet er følgelig flertydig (Molander & Terum, 2008). Begrepet brukes blant annet av yrkesgrupper for å konstruere grenser rundt seg selv for å vinne makt og privilegier. Begrepet «profesjonell» brukes ofte om personer som behersker noe på en god, riktig eller forbilledlig måte. Samtidig er profesjoner organisert på en bestemt måte for å ivareta spesielle oppgaver (Molander & Terum, 2008). Et yrke som er profesjonalisert, vil kjennetegnes av profesjonalisme i oppgavene som blir utført (Fauske, 2008). Helse- og omsorgstjenestesektoren har vært omfattet av en rekke helse- og omsorgspolitiske reformer, med forsøk på å endre både helse- og omsorgsorganisasjoner og ledelse, men også å kontrollere helse- og omsorgsprofesjoner (Noordegraaf, 2011a). Posisjonen som profesjon er følgelig ikke vunnet en gang for alle, skiftende helsepolitiske betingelser og forhold kan føre til press mot profesjonen med reduksjon av profesjonell autonomi. I litteraturen omtales dette blant annet som deprofesjonalisering.

Velferdsprofesjoner er bærende krefter i å opprettholde nødvendig produksjon og sikre at det skjer en ønskelig utvikling av fellesskapet. Det innebærer forventninger om at profesjonelle bidrar til å få løst oppgaver i samfunnet som man ellers ikke ville være i stand til (Molander & Terum, 2008). Mye profesjonslitteratur har hatt fokus på formaliserte kunnskapssystemer som grunnlag for profesjonell dominans og statlig legitimering. «Profesjonalisme» har vært forstått som et begrep som både signaliserer at oppgaveløsning har den nødvendige kvaliteten, men også at fellesskapets ressurser forvaltes på en hensiktsmessig måte. Forståelse av profesjon er i endring, en endring som innebærer at profesjonalisme ikke nødvendigvis innebærer en garanti for faglig arbeid av god kvalitet (Fauske, 1991).

#### *Endring av faggrenser og profesjonshierarki*

Det kan være sterkest profesjonalisme og motstand mot endring i tjenester det er viktig å endre (Fauske, 1991). Helse- og omsorgstjenester er et slikt tjenesteområde (Reeves et al., 2010a; Reeves et al., 2010b; Reeves, 2016). Dette kan hindre faglig god kvalitet i tjenestene. Profesjonelle som omformer problemer slik at de passer til deres profesjons kunnskapsfelt og

kunnskapsbruk, åpner i liten grad for å utvikle felles kompetanse ved å integrere ulike kunnskapselementer fra ulike yrkes- og profesjonsgrupper (Hagland & Solvang, 2017). Faggrenser og profesjonshierarki kan være grunnlag for konflikt dersom det utfordres. I den grad det er tale om konflikter mellom profesjoner, er det ofte en reaksjon på forslag som endrer oppgavefordeling, ansvars- og ledelsesforhold. Omstillinger kan begrense den profesjonelle friheten og skape gnisninger mellom profesjonene. Omstillinger kan både begrenses av formelle regler, men også av etablerte forståelser hos profesjoner om gjøremål og relasjoner. Etablerte og aspirerende profesjoner vil som en hovedregel i størst grad forsvare eller kjempe for et system som gir dem beskyttelse mot konkurranse og omstillinger som svekker deres posisjon, og særlig hvis de utfordres av profesjoner som har vært betraktet som underordnet (Fauske, 1991; Nancarrow & Borthwick, 2016; Reeves et al., 2010b).

Hvis profesjoner holder seg til de veldefinerte oppgavene, og til etablerte arbeidsdelinger, kan samarbeid mellom dem gå bra. Verre er det dersom flere profesjoner gjennom samarbeid skal bli enige om hva som skal gjøres fordi forståelsesrammene er forskjellige. I slike situasjoner kan profesjoners spesialkunnskaper fungere som maktmiddel, der argumenter for én klassifisering kan styrkes gjennom henvisning til ett vitenskapelig utgangspunkt. Makten til å klassifisere et fagfelleskap deles av dem som deler klassifikasjonsskjema. Dette fremmer profesjonalisering og er avgjørende for i hvilken grad yrket befester sin posisjon over tid (Abbott, 1988; Fauske, 1991). Et skifte fra kompetanse orientert samarbeid og konstituering av enkeltindividers bidrag til fokus på funksjon utfordrer denne forståelsen. Et økende antall «tverrfaglige velferdsekspert» (Zeitler, 2016, s. 113) uten et eget yrkesområde, kan imøtekomme en rekke ulike arbeidsoppgaver. Vernepleie kan klassifiseres som en velferdsprofesjon (Messel, 2013) og har kjennetegn på det Zeitler (2016) kaller en velferdsiverksetter eller tverrfaglig velferdsekspert. Tverrfaglige velferdsekspert omfatter et økende antall personer i velferdsstaten som hjelper med å støtte, hjelpe, og utvikle borgene, og som benytter seg av såkalte *empowerment*-strategier. Det kan dreie seg om å veilede medborgeren i en samfunnsmessig ønsket retning. Kjennetrekke ved velferdsprofesjoner er at de er utstyrt med kritiske sosiale ferdigheter som er essensielle når det kommer til behov for endringer på ulike nivå i tjenestene: «These skills make professionals uniquely qualified to engage in "institutional work", i.e. creating, maintaining and altering institutions...they shift sides of professional control to new context, new vehicles and new organization fields» (Kuhlmann et al., 2016, s. 34). Et slikt utgangspunkt kan gjøre dem særlig innrettet mot å imøtekomme pasienters behov i helhetlige behandlingsforløp (Nancarrow & Borthwick, 2016).

Økende helsepolitisk fokus på brukerinvolvering og empowerment-strategier i tjenesteutforming medfører forhandlinger om kunnskaper mellom profesjoner og tjenestemottakere<sup>12</sup> der profesjonell autoritet ikke er gitt (Tonkens, 2016). Yrkets tilskrevne område blir derved diffust og så å si det motsatte av Abbotts (1981) beskrivelse av et

---

<sup>12</sup> Litteraturen benytter seg også av begrepet «bruker». Etter lov om pasientrettigheter (1999, § 1.3) er dette en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp. Begrepet pasient (patiens) har bl.a. betydningen «som lider» eller «lidende» (Hem, 2013). Også begrepet tjenestemottaker anvendes. Begrepene kan ikke sidestilles, uten at det vektlegges noen betydning i avhandlingen (jf. avsnitt 3.2.1)

profesjonstypisk imperativ om *professional purity* som har kjennetegnet den moderne profesjonsdynamikken. Dette endrer på kunnskaps-maktforholdet og fremtvinger nye ferdigheter og maktbalanser. Mer overordnet bidrar utvikling av profesjoner i denne retningen til å utfordre en tradisjonell forståelse av «profesjonaliseringsprosesser» og det motsatte. En slik forståelse har vært knyttet til kontroll over adgang til spesifikke arbeidsoppgaver og tjenestefelt (Molander & Terum, 2008).

Profesjonelle kunnskapssystemer skaper både høy grad av generalitet og universalisme. Det første innebærer at de kan spesifiseres i en rekke ulike profesjonelle handlingssystemer, og det andre at deres gyldighet er uavhengig av ulike kontekster. Diffuse problemområder har tradisjonelt hatt svake profesjonaliseringsbetingelser (Stichweh, 2008) fordi et diffust problemområde ikke kan ligge til grunn for skille ut et eget profesjonalisert kunnskapsgrunnlag. Stichweh (2008) viser til sosialt arbeid som eksempel. En forutsetning for legitimering av en yrkesgruppe som profesjon er at politiske styresmakter har tillit til at yrkesgruppen i kraft av sin kompetanse vil kunne ivareta oppgaver av allmenn interesse, og garantere at oppgavene blir utført i henhold til standarder for god yrkesutøvelse. Velferdsprofesjoner tilskrives en kompetanse som gjør at de kan veksle mellom forskjellige virksomheter med høy grad av fleksibilitet velegnet til å møte nye helsepolitiske utfordringer (Zeitler, 2016). Noordegraaf peker på følgende endringer:

The focus of healthcare has shifted from the individual to the community, from cure of disease to preservation of health, from episodic care to continuous and comprehensive care, and from an individual approach, provided by single primary-care physicians, to comprehensive, communitybased care, provided by primary-care teams. We are also witnessing a radical shift from paternalism to management negotiated in partnership between patient and physicians. (Noordegraaf, 2011a, s. 474)

I følge Noordegraaf (2011b) medfører slike endringer behov for å utvikle nye måter å kommunisere og samarbeide på, og å lede. Dette er aspekter profesjonsutdanningene må ta større høyde for, men også vil bidra til å endre profesjonene (Noordegraaf, 2011b).

I tverrprofesjonelt samarbeid arbeider flere profesjonsgrupper sammen og bruker hverandres bidrag. Dette innebærer at profesjoner åpner for innsikt i hverandres kunnskap og en type nettverksarbeid som integrer både den profesjonelle og pasienter/brukere (Willumsen, 2016). En slik måte å samarbeide på står i kontrast til Abbots (1988) syn på profesjoner som systemer som begrenser andres innsynsrett i kunnskapsbruk som ledd i en strategi for å bevare profesjonens jurisdiksjon (Hagland & Solvang, 2017).

## 2.2 Abbott- konkurranse, status og posisjonering

Abbots (1988) teori beskriver et «profesjonssystem», «a system of professionals». Dette er en forståelse av profesjoner som *konkurrerer* om arbeidsoppgaver og kunnskaper, der utøvelse av makt er sentralt. Hva profesjoner gjør, er sentralt for å forstå dem (Abbott, 1988). Profesjoners kunnskapsgrunnlag ligger til grunn for profesjoners tjenester og praksis. De fleste profesjoners arbeid og yrkesroller er bundet direkte til et akademisk kunnskapssystem som formaliserer ferdighetene deres. Profesjonens evne til å opprettholde jurisdiksjon er



avhengig av hvilken makt og prestisje, «symbolverdier» deres akademiske kunnskap har (Abbott 1988, s. 54). Å være profesjonell er en del av den profesjonelles selvforståelse, men også en måte å posisjonere seg på i samfunnet. En mer konvensjonell definisjon er at profesjon er yrker som har oppnådd en profesjonell status (Fauske, 2008). I mange definisjoner av profesjoner, inngår det at de er yrkesgrupper som «apply somewhat abstract knowledge to particular cases» (Abbott, 1998, s. 8).

Forhandlingsbegrepet slik det forstås i Abbotts teori om profesjonssystem (1988) omhandler hvordan yrkesgrupper prøver å vinne anerkjennelse for at de er verdig til å være autoritative innenfor et ansvars- og oppgaveområde. Begrepet kan også omfatte hvordan felles prosesser av meningsproduksjon i praksisfellesskap er preget av gjensidighet. Gjensidighet innebærer evne til å påvirke og bli påvirket, og bidrar til produksjon av nye situasjonsbestemte løsninger på tvers av tjeneste- og profesjongrenser. Samarbeidsaktører definerer også roller, kvalifikasjoner og fordeling av autoritet i praksisfellesskapet (Wenger, 2004).

#### *Forhandlinger om kunnskapsmonopol og profesjongrenser*

Jurisdiksjonsbegrepet brukes om forbindelsen mellom profesjon og arbeid. Jurisdiksjon kan forstås som et myndighetsområde, som er knyttet til å utføre og kontrollere profesjoners kjerneoppgaver: «It is the history of jurisdictional disputes that is the real, the determining history of the professions» (Abbott 1988, s. 2). Abbott argumenterer for at jurisdiksjonelle grenser på arbeidsplassen kan fastsettes på ulike måter, profesjoner kan ha delvis full kontroll over arbeidsjurisdiksjon, andre kan ha delkontroll. Kontroll kan innebære å fordele ansvars- og arbeidsoppgaver til andre profesjoner. Arbeids- og funksjonsdeling er et kjernepunkt i «Abbott-tradisjonen» (Heiret & Ludvigsen, 2012). Hans forståelse av profesjon knyttes både til profesjoners interne og ytre aktivitet. Indre aktiviteter omfatter hvordan profesjonene kan forstås i forhold til hverandre, og hva som er bestemmende for hvilket arbeid de utfører og den statusen de har. Status knyttes til arbeid med klienter, organisering av arbeidet og karrieremønstre. Profesjonell status varierer avhengig av hvilke klienter profesjoner har ansvar for, og innebærer mer eller mindre profesjonell prestisje. Profesjoners jurisdiksjonelle grenser og rangering av arbeidet er fortløpende gjenstand for diskusjoner i samarbeid mellom profesjonene. Noen profesjoners prestisje øker, mens andres avtar (Abbott, 1988).

Abbott (1988) konstruerer seks ulike kategorier for jurisdiksjon. Dersom staten gir profesjonen rett til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på fellesskapets vegne, medfører det en jurisdiksjon som legitimerer profesjonen. *Full jurisdiksjon* innebærer at det trekkes klare grenser mellom en profesjons myndighet i forhold til andre profesjoner på visse områder. Slike grenser er ofte historisk gitte gjennom lovgivning. Leger er et eksempel på en profesjon som Abbott (1988) beskriver med full jurisdiksjon. Autoriserte kunnskaper og praksis gir profesjoner best forhandlingsgrunnlag i konkurranse om jurisdiksjon. 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 relevante kunnskaper i et samarbeid. Det krever fortløpende forhandlinger med samarbeidspartnere å definere problemer på nye måter og vinne kontroll i form av kvalifisering. På denne måten kan profesjoner søke å redusere sin *underordning* som er en mer begrenset, men svært vanlig jurisdiksjon. Underordnende profesjoner beskrives med en



hjelpende funksjon overfor et overordnede (Abbott, 1988). Forholdet mellom leger og sykepleiere kan illustrere dette. Selv om det er konkurranse i et praksisfelt, vil enkelte profesjoner som leger i helse- og omsorgstjenester, ha kunnskapsmessig kontroll. Dette gir *intellektuell jurisdiksjon*. *Rådgivende jurisdiksjon* (Abbott, 1988), beskrives som en svakere jurisdiksjon enn den intellektuelle. Det innebærer at en profesjon kan ha rådgivende kontroll over visse deler av arbeidet. Beslutningsprosesser i samarbeid kan for eksempel innebærer plikt til å søke råd hos profesjonen som har rådgivende kontroll, men det medfører ikke nødvendigvis en plikt knyttet til å følge rådet som gis.

Videre beskriver Abbott (1988) *arbeidsdeling* av arbeidsoppgaver og lenken mellom profesjonelt samarbeid og jurisdiksjon som sentralt. De fleste profesjoners arbeid er direkte bundet til et kunnskapssystem som formaliserer ferdighetene deres. Profesjoner har et eget system for trening basert på lovgivning som gir dem rett til visse ansvars – og arbeidsoppgaver. Profesjoner søker både å vinne kontroll og monopolisere arbeidsoppgaver basert på en viss type utdanning. Profesjoner forventes å kunne ta uavhengige beslutninger basert på egne vurderinger. Tverrprofesjonelt samarbeid er i følge Abbott (1988) problematisk, fordi det innebærer kryssing av profesjonsgrenser og ny fordeling av arbeid. Når innholdet i profesjoners arbeidsoppgaver endrer seg, er det forhandlinger om kontroll over arbeidsoppgavene som er gjenstand for konflikt mellom profesjonene. I helse- og omsorgstjenester er flere profesjoner involvert, dreier konflikter seg også om hvem som har et fortolkende fortrinn i samarbeidet (Råmgård et al., 2015). Dersom staten gir profesjonen rett til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på fellesskapets vegne, medfører det en jurisdiksjon som legitimerer profesjonen. Organisatoriske aspekter ved profesjoner kan følgelig også forstås i forhold til profesjoners kunnskapssystemer og den muligheten disse gir til å definere problemer på nye måter og derved vinne kontroll i form av kvalifisering. Dette innebærer derfor fortløpende forhandlinger både med myndigheter og med samarbeidspartnere.

Profesjonelle inntar ifølge Abbott (1988) ulike *posisjoner* i samarbeidet basert på *profesjonell status*. Profesjonell status er relatert til autoritet, eller en profesjons kapasitet til å kontrollere andre profesjoners arbeid. I profesjonelle tjenestefelt øker kapasitet relatert til status med profesjoners kunnskapsdomene. Både arbeidsoppgaver og profesjoner som arbeider med primærhelsetjenester beskrives som lavstatus, hos Abbott (1988). Forskjeller i status mellom profesjonsgrupper knyttes både til deres arbeid med ulike klientgrupper, men også til lønn, makt og prestisje. Nye profesjoner beskrives med lavere status enn etablerte. Nye behov for tjenester hos tjenestemottakere kan imidlertid innebærer at profesjoner må inngå faglige kompromisser med fare for tap av profesjonell status ifølge Abbott (1988).

«Middelstatusprofesjoner» (Bucher et al., 2016) som eks. vis sykepleiere og farmasøyter, beskrives som viktige bindeledd mellom høy- og lavstatusaktører. Profesjoner med «middels-status» er både mer tilbøyelige til å initiere endring enn høystatus-profesjoner og har dessuten større mulighet til å påvirke endring enn lavstatusprofesjoner. At det interne profesjonshierarkiet er i bevegelse medfører ikke endring av profesjonalitet knyttet til spesialiserte arbeidsoppgaver og status, ifølge Abbott (1988). Profesjonsgrupper med høy status søker nye arbeidsområder som vedlikeholder deres posisjon. Det dreier seg om å prioritere arbeid med tjenestemottakere som krever et spesialisert kunnskapsgrunnlag.

*Klientdifferensiering* (Abbott, 1988) er en jurisdiksjonsform som knytter seg til egenskaper ved klienter. Å monopolisere ferdigheter gir profesjoner muligheter til å «tilrane» seg arbeidsoppgaver og fordeler knyttet til både status og posisjon ved å stenge andre profesjonsgrupper ute. Sjeldne og ettertraktede profesjonskunnskaper innebærer privilegerte posisjoner (Abbott, 1988).

*Forhandlinger* er et nøkkelbegrep i profesjoners konkurranse om jurisdiksjon: «In most professional work settings, actual divisions of labor are established, through negotiation and custom, that embody situation-specific rules of professional jurisdictions» (Abbott, 1988, s. 65). Arbeidsdeling medfører reforhandlinger av profesjonsgrenser og profesjonskunnskaper i samarbeidet. Målet med forhandlingene for profesjonene er å ivareta eller utvide sin profesjonelle jurisdiksjon. Endringer i arbeidsdeling og oppgaver mellom yrker skjer kontinuerlig. Dette innebærer forhandlinger om kunnskaps- og arbeidsoppgaver og å posisjonere seg i samarbeidet. Slike forhandlinger kan foregå på arbeidsplassnivå, i det daglige samarbeidet, men også i mer formaliserte sammenhenger. Xyrichis et al. (2017) understreker at Abbotts (1988) teoretiske tilnærming bidrar med viktige interaksjonelle perspektiver som er egnet til å forstå arbeidsdeling. Denne forståelsen omfatter både daglig interaksjon og forhandlinger mellom profesjoner og sosiale relasjoner mellom profesjonelle grupper.

I profesjonsutdanninger har ervervelse av kunnskap gjennom praksis vært verdsatt høyere enn akademisk kunnskap. Dette har også preget utvikling av vernepleien og vernepleieres historie. Stor vekt på akademisk og teoretisk kunnskap kan svekke praksisrelevans og bidra til at profesjoner beveger seg vekk fra praktisk yrkesutøvelse (Messel, 2013; Terum & Nesje, 2014; UHR, 2015). Semiprofesjoners vitenskapsgrunnlag er noe mer diffust og tverrvitenskapelig enn hos de såkalte klassiske profesjonene. Dette gir anledning til benevnelsen «generalistprofesjoner» (Zeitler, 2016). Det har imidlertid vært en uheldig devaluering av profesjoner knyttet til generalistbegrepet (Zeitler, 2016).

I praktisk arbeid har grenser mellom profesjonelle jurisdiksjoner hatt en tendens til å forsvinne som konsekvens av ny arbeidsdeling og nye former for kunnskapsoverføring. Dette kan forstås i lys av det Abbott (1988) beskriver som assimilering av kunnskaper. Assimilering bidrar til å undergrave jurisdiksjonelle grenser. Hagland (2015) og Wenger (2004) viser imidlertid til at det i stor grad er gjennom samarbeid over slike jurisdiksjonelle grenser at kompetanse og yrkesroller måles og får sin verdi. Vurderinger i praksisfellesskapet foregår i lys av hva som er interessefellesskapets interessefelt, praksis og kompetanse. Det bidrar til å støtte bruk av skjønn og erfaringsbaserte kunnskaper. Vurderingsgrunnlag for profesjonalitet vil da først og fremst baseres på praktisk kunnskap (Hagland, 2015). En forutsetning for tverrprofesjonell praksis er å åpne for profesjonalitet der handlingsgrunnlaget går utover en profesjons kunnskapsfelt og standarder. Det vil si at formål, oppgaver, vurderingskriterier, praksis og posisjon ikke blir til i profesjonen, men gjennom lokal meningsforhandling og utvikling av gjensidig ansvarlighet over profesjonsgrenser. Tverrprofesjonelt samarbeid er på denne måten et brudd med profesjonell tenking, som tar utgangspunkt i monofaglighet og en proteksjonistisk ervervsforståelse (Hagland, 2015; Nancarrow & Borthwick, 2016).

Cameron et al. (2016) hevder at kunnskapsutvikling om faktorer som hindrer eller støtter samarbeid, har holdt seg overraskende uendret. Dersom tverrprofesjonelt samarbeid forstått som en kontrast til en forståelse av profesjoner basert på å begrense andre profesjoners innsikt i egen kunnskapsstruktur, kan det gi begrensede muligheter til å utforske hvordan profesjoner tilegner seg eller mister makt og hvordan ledelse kan bidra til å utvikle dynamikk i tverrprofesjonelt samarbeid (Goldman et al., 2016). Dette kan være én mulig forklaring på hvorfor man har kommet bemerkelsesverdig kort med utvikling av kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid, til tross for helsepolitisk press (Willumsen, 2016). Maktanalyser har tradisjonelt preget sosiologiske studier av profesjoner og arbeidsdeling. Spørsmål om profesjonell dominans og deres makt over tjenestemottakere i et profesjonelt tjenestefelt har som beskrevet over, ofte vært definert som et hierarkisk system, med medisinske profesjoner på toppen fulgt av helsefaglige profesjoner som har vært betraktet som legers allierte, f.eks. sykepleiere og med semiprofesjoner som lærer og sosialarbeidere nederst. Maktutøvelse er imidlertid et mangfoldig og komplekst fenomen. Makt er dynamisk og forhandles fortløpende i praksis. Skiftende territoriale relasjoner utfordrer en «silobasert» forståelse av makt knyttet til profesjon og posisjonering som hinder i tverrprofesjonelt samarbeid. Forskningslitteratur (Bucher et al., 2016; Xyrichis et al., 2017) fremhever at mye daglig samarbeid og fordeling av kontroll mellom profesjoner forgår uten forhandlinger. Det innebærer samarbeid på tvers av posisjoner og tradisjonelle profesjonsgrenser. Saks (2016) peker på et behov for utforsking av tverrprofesjonelt samarbeid som overskrider en diskusjon om organisatorisk og profesjonell makt og maktutøvelse. Abbotts (1988) teoretisering rundt profesjonsgrupper som om de er homogene kan i dette lys fungere begrensende.

Forhandlinger finner ifølge Goldman et al. (2016) i hovedsak sted når det råder uklarheter rundt institusjonaliserte regler og rutiner. Forhandlingsbegrepet egner seg til å belyse ulike maktdimensjoner i tverrprofesjonelt samarbeid i praksis. Håndtering av pasienter og brukere er imidlertid også ofte utgangspunkt for forhandlinger mellom profesjoner knyttet til kompetanser, nye arbeidsoppgaver og nye yrkesroller (Goldman et al., 2016).

### **2.3 Wenger- deltakelse, meningsforhandling og gjensidig engasjement**

Kunnskapers form og innhold er gjenstand for forhandlinger i samarbeid ifølge Wenger, (2004), men i Wengers teori bidrar kunnskap til å holde praksisfellesskap sammen. Hva som er felles virksomhet og formålet med virksomheten, avgjør hva som regnes som kunnskap. Forhandlingsbegrepet hos Wenger omfatter meningsdannelse, gjensidig ansvarlighet og kompetanse:

Begrepet forhandling betyr ofte opnåelse av enighet mellom mennesker, som når man taler om at forhandle sig frem til en praksis, men det er ikke begrenset til den anvendelse. Det brukes også (især på engelsk: negotiation) som betegnelse for en præstasjon, der kræver langvarig opmærksomhet og tilpasning, som når man (på dansk) taler om at «klare en skarp kurve. (Wenger, 2004, s. 67)

Wenger er opptatt av flere aspekter på samme tid for å vise at mening innebærer en aktiv meningsproduksjonsprosess, gjensidig evne til å påvirke og bli påvirket, og produksjon av nye situasjonsbestemte løsninger på tvers av ulike perspektiver.

### *Deltakelse i praksisfellesskap*

Meningsforhandlinger, for eksempel om språkpraksis og samarbeid, bidrar til å gi praksisfellesskap et felles interessefelt. Språkbruk og sosiale relasjoner inngår også som faktorer i forhandlingene. Forhandlinger er en konstant pågående prosess som preger praksisfellesskap, og forhandlinger slik Wenger (2004) fremstiller begrepet, er dynamisk, unikt og kontekstuell. I motsetning til forhandlingsbegrepet, slik Abbott (1988) fremstiller det, er målet med forhandlinger først og fremst å gjennomføre det som skal gjøres i praksis.

I Wengers (2004) teori forstås meningen med det som gjøres alltid som sosial. Det vil si at det som gjøres, får mening i kraft av sosial deltakelse. Han beskriver ulike former for deltakelse og tilhørighetsforhold i praksisfellesskap.

*Gjensidig engasjement* er en form for aktiv deltakelse i felles meningsforhandlingsprosesser hos Wenger (2004). Engasjement innebærer å delta i meningsforhandling og aktiviteter som har betydning i fellesskapet. Ulikheter og forskjellige kompetanser er å forstå som ressurser. Det vil si at deltakere kan ha ulike kompetanser og funksjon som i et team, der bidragene mer utfyller enn overlapper. Gjensidig engasjement kan både åpne og avgrense deltakelse, og former også deltakeres relasjoner i fellesskapet. Et slikt engasjement kan skape konsensus, gjensidig respekt og samarbeid, men det kan også skape spenning, uenighet, utfordringer, konflikt og konkurranse.

Ifølge Wenger (2004) lager deltakere i et praksisfellesskap *forestillinger* om hvem man er, og hva man kan bidra med. Forestillinger kan være kreative og gi muligheter for nytenking, men de kan også være ineffektive og bygge på antakelser som befinner seg så langt fra fellesskapet at de etterlater deltakere utenfor fellesskapet. Deltakere skaper forestillinger om hvem de er, og hva praksisfellesskapet er. Ved å knytte egne erfaringer sammen med andres forestillinger kan deltakere utvikle en felles mening. Praksisfellesskap definerer også roller, kvalifikasjoner og fordeling av autoritet. Deltakere i et fellesskap kan mer eller mindre identifisere seg med fellesskapets beskrivelser av roller eller andre former for karakteristikk. Et kjennetegn ved profesjoners rolle er at det inngår ulike kvaliteter ved personers måter å handle eller utføre oppgaver på («performative aspekter») (Molander & Terum, 2008, s. 18). I lys av dette kan en forståelse av yrkesrolle være: «Å ha et noenlunde stabilt sett av grunnverdier og kompetanse, for å kunne ta gode valg i en kompleks hverdag» (Brask et al., 2016, s. 33). Til dette kreves det både et bevisst forhold til egen yrkesrolle og kritisk refleksjon rundt den for å kunne anvende egen kompetanse på en fleksibel og integrert måte. Refleksjon vil være avgjørende i samarbeid både med brukere og andre, ifølge Brask et al. (2016).

*Innordning* i et praksisfellesskap kjennetegnes av en form for tilhørighet som kommer til uttrykk som koordinert energi og aktivitet hos deltakere i et praksisfellesskap for å bidra i felles virksomhet. Innordning er et viktig aspekt ved virksomhet i et praksisfellesskap. Innordning kan være en måte å koordinere handling og aktivitet på, som å følge gitte retningslinjer og overholde normer. Innordning har å gjøre med styring og kontroll av energi, makt over egen energi og makt til å inspirere eller kreve innordning. Føyelighet og konformitet er de mest effektive formene for innordning. De kan i ytterste konsekvens bli direkte diskvalifiserende, og er en form for lydighet som ikke stiller spørsmål eller åpner for

meningsforhandling (Wenger, 2004). Wenger beskriver ikke maktutøvelse i profesjonelle praksisfellesskap som konfliktpreget i samme grad som Abbott (1988). Makt beskrives snarere som en mulighetsbetingelse for sosialt organisert handling. De tre forskjellige tilhørighetsmekanismene engasjement, forestilling og innordning medfører muligheter for inngåelse av ulike former for kompromisser i praksisfellesskap.

Wengers (2004) teori om deltakelse i praksisfellesskap er også egnet til å forstå sammenhenger mellom deltakeres beskrivelser av egne faglige bidrag og egen yrkesrolle i samarbeid med andre yrkesgrupper. Deltakelse i praksisfellesskap er, ifølge Wenger (2004), et spørsmål om gjensidig engasjement og arbeid med felles forståelse av situasjoner. I møtene kan kunnskap aksepteres eller overses, og mening, gjensidig ansvarlighet og kompetanse kan forhandles. Språkbruk og sosiale relasjoner inngår som faktorer i forhandlingene. Praksisfellesskap definerer også roller, kvalifikasjoner og fordeling av autoritet. Deltakere i et fellesskap kan mer eller mindre identifisere seg med fellesskapets beskrivelser av roller eller andre former for karakteristikk. Slike fellesskap er også utgangspunkt for identifikasjonsprosesser og anerkjennelse.

Wengers (2004) teori har vært bredt anvendt som tilnærming i tverrprofesjonell samarbeidslæring. Teorien impliserer at suksess i tverrprofesjonelt samarbeid/tverrprofesjonell samarbeidslæring avhenger av læring, men vektlegger i liten grad sosiale, historiske og politiske faktorer knyttet til utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid (O'Leary & Boland, 2019). Teorier om praksisfellesskap nedtoner viktigheten av ekspertise koplet til formell opplæring, som definerer et felt for autorisert yrkesutøvelse. Abstrakt kunnskap ses på som en «strukturerende ressurs» (Lahn & Jensen, 2008, s. 298), som kun delvis definerer yrkesutøvernes handlingsrom. Kunnskapselementer blir fortolket, forhandlet og praktisert i et samspill mellom fellesskapets aktører, «situert læring» får dermed en sterk lokal forankring. Wengers (2004) tilnærming kan på denne måten lett miste av syne, den symbolske innflytelsen som institusjonaliserte domenekunnskaper øver overfor den enkelte profesjonsinnehaver (Lahn & Jensen, 2008). Både eksplisitt teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap er imidlertid sentrale deler av profesjonell ekspertise (Smeby, 2013).

Wengers (2004) spørsmål om motivasjon og sosial identifikasjon er rammet inn med begreper som «engasjement», «samspill» og «tilhørighetsmåter» som danner grunnpilarer i Wengers teoretiske byggverk om praksisfellesskap. Særlig ble Wenger (2008) opptatt av hvordan det å krysse grenser sosialt, faglig og institusjonelt, former individet og hvordan slike bevegelser understøttes av «grensekryssende» objekter. En innvending mot Wengers teori (2004) har vært at den ikke dekker inn det engasjementet som eksperter kan oppleve når de får anledning til å fordype seg i de abstrakte sidene ved egen profesjonskunnskap. Praktikere har ofte en tilhørighet til en yrkeskategori gjennom sterk identifikasjon med nettopp en disiplin eller et kunnskapsdomene (Lahn & Jensen, 2008).

Siden 1990 tallet har det vært en tendens til å syntetisere elementer fra ulike profesjonsteoretiske tilnærminger, men det er fremdeles uenighet om hvordan en profesjon skal defineres (Zeitler, 2016). Det er også uenighet om hvor viktig en definisjon vil være for videre profesjonsforskning (Molander & Terum, 2008). I tverrprofesjonell praksis blir ulike

profesjoners praksis knyttet sammen. Dette skjer ved at aktører bruker hverandres kompetanser for å løse felles oppgaver (Hagland, 2015). Selv om makt og legitimitet inngår i Wengers teori (2004) om praksisfellesskap er han kritisert for at maktperspektivet ikke er tilstrekkelig fremme (Hagland, 2015). Profesjonssosiologiske perspektiver og begreper som konkurranse, posisjonering, status og jurisdiksjon (Abbott, 1988) gir en alternativ analytisk inngang til å forstå vernepleieres forhandlinger i tverrprofesjonelt samarbeid i tjenestefeltene som undersøkes.

## 2.4. Tverrprofesjonelt samarbeid

Dette avsnittet introduserer teori om ulike tilnærminger til tverrprofesjonelt samarbeid mellom profesjoner i helse- og omsorgstjenestefelt. I Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice beskriver WHO (2010) tverrprofesjonelt samarbeid som en innovativ måte å møte fremtidens komplekse behov for tjenester på: «Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care» (WHO, 2010, s. 7). Tverrprofesjonelt samarbeid beskrives som fundamentalt for å forbedre pasientsikkerhet og møte et voksende behov for sammensatte tjenester.

Ulike kunnskapsgrunnlag og ferdigheter hos samarbeidsaktører er en forutsetning for tverrprofesjonelt samarbeid. Vektlegging av pasientforløp, faglig kvalitet og tverrfaglighet skal sikre større fleksibilitet og innovasjon i samarbeidet. Dette danner utgangspunkt for perspektiver på ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i kommunale helse- og omsorgstjenester.

### 2.4.1 Flerprofesjonelt, transprofesjonelt samarbeid, team eller nettverksarbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid kan betraktes som en idealtypisk måte å samarbeide på, som kan forekomme i mange og ulike kontekster og på mange ulike måter (Martin et al., 2010; Reeves et al., 2009; Reeves et al., 2011b; Reeves et al., 2018; Schot et al., 2019). Begreper som “multidisciplinary, interdisciplinary, interprofessional og multiprofessional” brukes ofte om hverandre i forskningslitteratur, og definisjoner på hva slike samarbeidsformer innebærer varierer. Ofte anvendes en kombinasjon av ulike begreper på tverrprofesjonelt samarbeid for å beskrive og å utforske samarbeid mellom helsepersonell (Martin et al., 2017). Reeves et al. (2011b) stiller spørsmålsteget ved hvorvidt den teorien som velges i forskningslitteratur er velegnet til å forstå hva tverrprofesjonelt samarbeid dreier seg om.

I Norge brukes gjerne tverrfaglig samarbeid som et synonymt begrep til tverrprofesjonelt samarbeid. Begrepet *fag* kan brukes som benevnelse på håndverksfag, vitenskapsfag eller en utdanning som kan bestå av flere disipliner. De fleste profesjoner har et fag, men dette er ikke entydig og et fag kan bestå av flere disipliner. Faget knyttes også gjerne til teori og handling i ulike målgrupper og kontekster hvor profesjoner utøver sitt fag, for eksempel i sosialt arbeid. Stor grad av kompleksitet hos pasienter eller brukere kan gjøre det nødvendig både med tverrprofesjonelt samarbeid, eventuelt en kombinasjon av flerfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid. Hvordan samarbeidet organiseres, vil imidlertid avhenge av hvilke samarbeidspartnere som er involvert, og hvilke oppgaver det gjelder (Willumsen, 2016).

Interdisiplinært samarbeid kan for eksempel være mer hensiktsmessig enn tverrprofesjonelt hvis samarbeidet inkluderer mange og ulike aktører og fagfelt, og ikke bare profesjonelle (Smith et al., 2018).

Et mål med tverrprofesjonelt samarbeid er at deltakere til sammen skal skape en form for ny «merviten», basert på en syntese av samarbeidspartneres ulike bidrag som de ikke kan oppnå hver for seg (Reeves et al., 2010a). Tverrprofesjonelt samarbeid (*interprofessional collaboration*) kjennetegnes gjerne ved at flere profesjoner jobber tett sammen om en felles oppgave eller et felles prosjekt. Tverrprofesjonelt samarbeid fordrer et kjennskap til, og forståelse av andre profesjoners kompetanse og tjenester, for at deltakere gjennom samarbeid kan ivareta en helhet overfor pasientene/brukerne (Hagland, 2015; Zeitler, 2016). Det er viktig å synliggjøre både grenseoppgaver og overlappinger for å kunne dra nytte av hverandres bidrag i samarbeid. Willumsen (2016) viser til at tverrprofesjonelt samarbeid krever høy grad av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver, å være tydelig på egen tjeneste, hva den representerer, og hva den kan bidra med for den enkelte pasient/tjenestemottaker og grenseoppganger vis-à-vis andre samarbeidspartnere. Å tydeliggjøre egne faglige bidrag har imidlertid vist seg å være en utfordring, særlig for profesjoner med brede kunnskapsgrunnlag som helse- og sosialfaglige profesjoner (Folkestad, 2009; Messel, 2013; Stichweh, 2008). Vernepleie kjennetegnes av handlingsorienterte tilnærminger i yrkesutøvelse. Dette kan gjøre det utfordrende å definere hva spesifikke vernepleiepleiefaglige bidrag eller vernepleiepleiefaglig arbeid er (Folkestad, 2009). Dette er ett av de forholdene denne studien undersøker.

Det er forventelig at når konteksten for tjenesteytelse endrer seg fremtvinges nødvendigheten av at profesjoner i større grad samarbeider (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Martin et al., 2010; Schot et al., 2019). Nye måter å samarbeide på kan forstås som er en iboende (inherent) del av det å yte profesjonell service, noe profesjonelle aktører trolig i større grad forholder seg til og medvirker i (Schot et al., 2019). Schot et al. (2019) fremhever at større fokus på teori som er egnet til å forstå gruppeprosesser og mer oppmerksomhet mot samarbeidsaktører og samarbeidsaktørers konkrete handlinger og bidrag i forskning, kan gi nyttig kunnskap om hvorfor tverrprofesjonelt samarbeid fungerer eller ikke.

Tverrprofesjonelt samarbeid mellom ulike profesjoner i helse- og omsorgstjenester er ofte basert på teamarbeid (Reeves et al. 2011b). En årsak til dette er at tverrprofesjonelt samarbeid ofte er beslektet med helsetjenesteteam. Det kan derfor ofte være adekvat å beskrive teamarbeid for å beskrive samarbeidspraksis. Team, som arbeidsgruppe, kan organiseres på ulike måter alt ettersom hvilken funksjon den skal ha (Lomax & White, 2015; Schmitt, 2001). Tverrprofesjonelt teamarbeid er beskrevet som egnet til å imøtekomme utfordringer knyttet til fragmenterte og spesialiserte tjenester. Motivasjon for teamarbeid må ses i lys av behov for komplekse behov hos pasienter eller brukere som krever ulike profesjonelle perspektiver og ekspertise (Nancarrow & Borthwick, 2016). Effektivt samarbeid i team avhenger av klare roller og ansvarsoppgaver. Det kan være et paradoks at forsterking av denne linken kan bidra til å opprettholde komplekse maktallianser mellom profesjonene. Forhandling av kompetanse og roller på tvers av profesjongrenser foregår først og fremst mellom profesjoner med noenlunde lik status, og fortrinnsvis i kontekster preget av knappe personalressurser

(Nancarrow & Borthwick, 2016). Samarbeidsoppgaver som taler for organisering av teamarbeid er ofte uforutsigbare, sammensatte og må ekspederes raskt (Reeves et al., 2011b).

Vestergaard og Nørgaard (2018) understreker at “team” representerer et samarbeidsverktøy, og ikke en organisatorisk struktur. Mye tverrprofesjonell litteratur verken begrepsfester eller problematiser ulikheter mellom teamarbeid og samarbeid kontekstuellet. Som for eksempel hvilke profesjonsgrupper som er involvert og deres ulike funksjoner (Reeves & Lewin, 2004; Reeves et al., 2018). Å bruke teambegrepet kan signalisere at tverrprofesjonelt samarbeid kun finner sted innenfor en avgrenset kontekst. Å legge en slik forståelse til grunn kan virke mot sin hensikt, nemlig å etablere et bredere tverrprofesjonelle samarbeid på tvers av profesjons- og tjenesteområder. I følge Schot et al. (2019) er ofte ikke teambegrepet dekkende for å beskrive nye måter å arbeide sammen på. I forskningslitteraturen (Reeves et al., 2009; Toiviainen & Kira, 2017) beskrives behovet for nye måter å arbeide sammen i komplekse tjenestefelt som en form for «knotworking» (Reeves & Lewin, 2004; Schot et al., 2019). “Knotworking” har mange fellestrekk med interprofessional networkning.

*Interprofessional networking* (Reeves et al., 2010a) er en tilnærming til samarbeid der gruppeidentitet, å klarere roller, mål, uavhengighet, integrasjon og delt ansvar er mindre essensielt enn i teamarbeid. Nettverk illustrerer tråder av interaksjon og aktivitet som bindes sammen mellom ulike samarbeidsaktører og tjenesteområder, og som bindes opp igjen. Samarbeidsaktivitetene er bredere, og mer løselig forbundet. Samarbeidsaktivitet kan være virtuell, der deltakere ikke møtes ansikt til ansikt, men kommuniserer f.eks. ved hjelp av IKT. Interprofessional networkning tar større høyde for at behov for deltakere og deltakelse endrer seg enn i teamarbeid, med vekslende behov for spesifikke ferdigheter eller ekspertise. Til tross for at denne måten å samarbeide på viser seg å kunne gi gevinster på en rekke områder, bl.a. knyttet til individualiserte behandlingsforløp og bredere tilgang til adekvat profesjonell kompetanse, har tverrprofesjonelt nettverksarbeid foreløpig fått liten oppmerksomhet (Reeves et al., Toiviainen & Kira, 2017). I teamarbeid er profesjoners brobyggende virksomhet mer fremtredende enn i mer uformelt enn i nettverksbasert samarbeid (Schot et al., 2019). Dette kan betrakte som paradoks, siden aktører i et team ofte er tettere knyttet sammen enn i et nettverkssamarbeid. Nettverkssamarbeid preges imidlertid av større grad av forhandlinger om arbeidsroller og ansvar mellom profesjoner enn i teamarbeid. Dynamikken i nettverkssamarbeid kan gjøre det vanskeligere å finne støtte i formelle arrangementer. Dette fremtvinger et større behov for forhandlinger på aktørnivå (Schot et al., 2019).

Reeves et al. (2018) viser til at tverrprofesjonelt samarbeid bør forstås som en mer og mindre integrert interaksjon mellom ulike aktører. Selv om teamarbeid har dominert begrepsfesting av tverrprofesjonelt samarbeid de siste tjue årene, finnes det andre måter å samarbeide på, f.eks. nettverksarbeid som ekspanderer en forståelse av tverrprofesjonelt samarbeid og som gir en mer realistisk tilnærming til det som finner sted i praksis (Reeves et al., 2018).

#### **2.4.2 Innovasjon i samarbeid**

Krav om tverrprofesjonelt samarbeid er tydelig uttalt i helsepolitiske styringsdokumenter. Dette henger sammen med en endring av arbeidsmarkedets etterspørsel etter fleksible medarbeidere med generalistkompetanser, men også med en økende erkjennelse av at en



optimalisering av oppgaveløsning nødvendiggjør tettere samarbeid mellom fagpersoner. Når krav om tverrprofesjonelt samarbeid formuleres som en helse- og omsorgspolitisk dagsorden, tas det lite høyde for at behov for samarbeid kan variere, eller til at et tvungent samarbeid med manglende motivasjon kan være kontraproduktivt. Det kan også i visse situasjoner være god grunn til å fastholde monofaglig og monoprofesjonell tilgang til hverdagshandlinger, for eksempel av mer rutinemessig og avgrenset karakter. Dette vil alt i alt kunne sikre «beste praksis». Monofaglighet tar imidlertid utgangspunkt i en proteksjonistisk ervervsforståelse (Zeitler, 2016, s. 178).

Særlig uforutsigbare og komplekse kontekster øker kompleksitet i samarbeid med behov for mer fleksible og uformelle måter å forstå samarbeide på (Birkeland et al., 2017; Schot et al. 2019). Dette indikerer behov for mer inngående forståelse av gruppeprosesser og mer uformelle former for samhandling. Uformell sosial samhandling og nye mer fleksible måter å fordele arbeidet på, gir rom for å omgå barrierer i samarbeid knyttet til tidligere omtalte organisatoriske føringer. Studier tyder også på at mye samarbeid foregår uformelt. Uformelle samhandlingsformer bidrar også til alliansebygging. Reforhandlinger og porsjonering av nye profesjonsfaglige bidrag og roller og nye måter å samarbeide på, kan imidlertid styrkes gjennom uformell alliansebygging slik det synliggjøres i forskningslitteratur (Goldman et al., 2016; Schot et al., 2019).

Profesjonelle som deltar i et samarbeid, vil ha ulike forventninger til hverandre som samarbeidspartnere. Roller kan være lite avklart og flere kan holde på med liknende eller parallelle arbeidsoppgaver. Begge deler kan medføre rollekonflikt, slik at profesjonelle «kjemper» om ulike oppgaver, eller «kjemper» om å bli kvitt dem, for eksempel ved stort arbeidspress (Hagland, 2015). Når profesjoner overtar hverandres roller, det som kalles «role release» (Willumsen, 2016, s. 40), innebærer det at aktører i gitte situasjoner kan overta hverandres primæroppgaver. Samarbeidet har da karakter av fellesfaglig samarbeid, som handler om integrert felles viten og forståelse i faggruppene. Samarbeidet preges i stor grad av delegering, der deltakerne har sterkt fokus på felles mål og helhetssyn. Denne samarbeidsformen likner på den engelske «transdisciplinary teamwork», som forutsetter overføring av informasjon, kunnskaper og ferdigheter på tvers av profesjongrenser. Transprofesjonalismen eller transdisciplinary teamwork er basert på felles begreps- og normforståelse ved at ulike profesjoners kjernekompetanse, dvs. den kompetansen som skiller fagpersoner fra hverandre, arbeides sammen til en ny, tverrgående fagforståelse. Fellesfaglige samarbeidsformer kan imidlertid være lite hensiktsmessig, spesielt hvis målet er å integrere forskjellige fagsyn i praksis for å fremme innovasjon. Blir bidragene for like, kan dynamikken i samarbeidsprosessen bli svakere. Transprofesjonalisme kan bidra til å undergrave ulike typer faglig kompetanse (Willumsen, 2016).

Årsaksforklaringer på utfordringer i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester har ofte vært rettet mot ytre, strukturelle faktorer som resurser, finansielle utfordringer og politikk. Ansvar kan på denne måten skyves slik over på eller plasseres på system- og/eller organisasjonsnivå (Regan et al., 2015; Schot et al., 2019). Profesjonelle standarder fremstilles ofte som motsetningsfulle til organisatoriske der ledelsesprinsipper knyttes til behov for kontroll (Noordegraaf, 2011b). Kreativt samarbeid og samskaping av nye løsninger krever

imidlertid at man er i stand til å ta radikale grep i samarbeidet, anerkjenne faglige forskjeller og være villige til å gå inn i spenningsfelt og samarbeidskontekster der aktører utfordres på egne kompetanser og tjenester (Røiseland & Vabo, 2012; Willumsen, 2016). Nye koplinger mellom profesjonelle systemer, yrkesfelt og behov for organisatoriske endringer kan være vanskelig å utvikle (Noordegraaf, 2011b). Hva som kan være en fruktbar samarbeidsløsning, må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Forskningslitteratur (Schot et al., 2019) fraråder for ensidig vektlegging av strukturelle og organisatoriske teoretiske tilnærminger som forklaringer på barrierer i tverrprofesjonell praksis.

Omstillingsprosesser på tvers av tjeneste- og profesjongrenser i offentlig sektor gir større kompleksitet i samarbeidet. Det medfører nye muligheter og utfordringer for ledere. Ledelse pekes på som en avgjørende faktor for å imøtekomme kvalitetsutvikling av tjenestene og å tilrettelegge for utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid.

### 2.4.3 Ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid

Behov for nye måter å lede på fremkommer som en konsekvens av en oppgaveløsning som er preget av større grad av differensiering, dynamikk og kompleksitet i samarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Ledelse er påkrevd for å støtte og fremme endring og kreativitet i samarbeid. Dette avsnittet løfter frem governancebegrepet og ulike perspektiver på såkalt «kollektiv» og «demokratisk» ledelse, som selvledelse og samledelse, med særlig vekt på lederskap, medvirkning og partnerskap (Kooiman, 2003).

Endringer influert av markedsstyring i helse- og omsorgstjenestefeltet har medført en rekke nye plikter knyttet til mottakere av tjenester (Zeitler, 2016). Slike strømninger har ført til en revitalisering av praksisbasert ledelse med større fokus rettet mot samstyring og samskappingsprosesser- (co-governance) med behov for å gå opp nye balanseangler mellom strategisk - og delegert ledelsesk kontroll (Reed, 2016). Strategisk kontroll har vært assosiert med hierarkisk ledelsesformer, påkrevd for å designe og kontrollere måloppnåelse i samarbeid (Røiseland & Vabo, 2012). Hierarkiske måter å lede på har også medvirket til undergraving av profesjonell kollegialitet og til fragmentering av tjenestene (Reed, 2016). Slike neo-liberal markedsstyringssignaler (NPM) har utfordret profesjonell autonomi. Helsepolitisk vektlegging av demokratisk ledelse kan forstås som uttrykk for et økende behov for at flere profesjoner kan ivareta strategiske roller knyttet til koordinering og produksjon i offentlig sektor. «Selv-ledelse» er eksempel på en slik tilnærming (Reed, 2016). Demokratiske måter å lede på, som samledelse og selvledelse, har gitt nye muligheter for et økende antall helse- og omsorgsprofesjoner i roller som endringsagenter i helse- og omsorgstjenester (Denis, Gestel & Lepage, 2016). En vanlig oppfatning av samstyring er at den kan bidra til å løse problemer som tradisjonell hierarkisk styring og markedsstyring ikke har kunnet løse (Røiseland & Vabo, 2012). Røiseland og Vabo (2012) understreker at relevans av ulike måter å lede på imidlertid må vurderes ut fra hva som er hovedformålet med samarbeidet. Videreutvikling av ledelseperspektiver og fremtidig organisering av offentlig sektor vil være tettere knyttet til profesjoners villighet til å tilpasse yrkesfelt og praksis til mottakere av ytelsen (Reed, 2016; Zeitler, 2016). Det innebærer også en endret forståelse av profesjonelle som ofre for organisatorisk kontroll (Noordegraaf, 2011a). Endringer i slike retninger medfører behov for

profesjonelle i ledelsesroller som i mindre grad beskytter profesjonell autonomi og ansvars- og arbeidsområder (Denis et al., 2016).

Teorier om ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid legger vekt på ulike sider ved ledelse, for eksempel relasjoner til underordnede, ledelsesstrategier og beskrivelser av konteksten ledelse foregår i. «Governance» er, til tross for uklarheter rundt begrepet, mye brukt i internasjonal litteratur om ledelse (Røiseland & Vabo, 2012). Governance handler om å inkludere et vidt mønster av involverte samhandlingsrelasjoner i praksis (Willumsen, 2006). Begrepet brukes også som betegnelse på svært ulike empiriske fenomener, for eksempel styring inspirert av marked (New Public Management), god styring, internasjonale relasjoner, ikke-offentlig styring, ny politisk økonomi og nettverk (Røiseland & Vabo, 2012).

Governancebegrepet, slik Kooiman (2003) anvender det, egner seg til å beskrive ledelse på ulike nivåer. Kooiman (2003) forstår samarbeid og ledelse som kulturelt og kontekstuellet betinget, der mål, interesser og ulike hensikter står på spill og forhandles om av deltakende aktører. Kooiman (2003) undersøker hvordan samspill er preget av ulikheter og avhengighetsforhold. Han viser til at ledelseskulturer i tverrprofesjonelle arbeidsfelt skapes i en kontekst som er tett knyttet sammen med de profesjonelle aktørenes kunnskap og kunnskapsproduksjon som er relevant i studier av daglig praksis. Samspill både mellom ledere og de som ledes, er i fokus. Ledelse forstås som dynamiske interaksjoner som inkluderer et vidt mønster av relasjoner.

Kooimans (2003) beskrivelse av *selvledelse* («self governance»), refererer til den enkeltes kapasitet til å lede seg selv, og aktørers mulighet for utvikling av egen identitet og autonomi. Ifølge Kooiman har tidligere kollektiv forståelse av profesjoners felles verdigrunnlag og retningslinjer for praksis endret seg i retning av en mer individualisert profesjonsrolle. Det innebærer at den profesjonelle har fått større individuelt rom for fortolkninger og definisjoner av profesjonsrollen. Denne dreiningen bidrar til å øke profesjoners selvstyre på aktørnivå.

*Samledelse* («co-governance»), innebærer delt ansvar og samspill, og aktørene organiserer formelt seg selv. Et viktig anliggende i samledelse er å dele på ansvar ved å gjøre brukere medansvarlige (Kooiman, 2003). Å fremme tillitt mellom deltakere i samarbeid kan mange potensielle fordeler, bl.a. konsolidering av arbeidet ved deltakelse i felles innsats. Det er også grunnleggende fordi det åpner for at kunnskap deles, og at deltakeres resurser kombineres på måter som øker muligheter for problemløsning og innovasjon (Røiseland & Vabo, 2012). Målet er utvikling av mer adekvate tjenestetilbud. Økende spesialisering og differensiering av tjenester, og samspillet for å imøtegå dette, nødvendiggjør denne formen for ledelse, ifølge Kooiman (2003). Gjennom «learning by doing» skaper de ulike aktørene en felles forestilling om aktivitet. Lederes legitimitet må både knyttes til å imøtekomme overordnede politiske føringer og til å regulere interaksjon og samarbeid mellom profesjoner (Kooiman, 2003).

#### *Nye behov for målrettet ledelse?*

Begreper som *taktisk*, *systematisk* og *tydelig ledelse* er uttalte og fremtidige fokusområder i en ny norsk forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom forskriften understrekes et behov for større styring og systematikk i ledelse av et stadig mer

komplekst samarbeid for å imøtekomme behov for endring og utvikling av tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Anvendelighet av demokratiske ledelsesperspektiver og modeller i helse- og omsorgstjenestene, som selv- og samledelse, problematiseres i forskningslitteraturen (Brewer et al., 2016; Fox & Reeves, 2015; Reeves et al., 2010b). Samarbeid mellom yrkes- og profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenestene har en lang historie preget av profesjonell territorialisme og maktkoalisjoner. Omfattende fagkapasitet hos profesjonsutøvere og rolledominans i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenestene aktualiserer behov for andre måter på lede på enn selvledelse. Dette er særlig aktuelt når hensikten er å tilrettelegge for bredere tverrprofesjonelt samarbeid og utvikling av nye roller i samarbeidet. Døving et al. (Døving, Elstad & Storvik, 2016; Storvik, Døving & Elstad, 2016) viser for eksempel til at selvledelse egner seg i større grad til å imøtekomme profesjonell autonomi enn til å utfordre den.

Også Kooiman (2003) påpeker behov for mer målrettede måter å lede på, som *hierarkisk ledelse* («hierarchical governance»). Hierarkiske måter å lede på kan være aktuell ved behov for endring av maktkoalisjoner og relasjoner. Denne tredje måten å lede på, karakteriseres av ovenfra-og-ned-ledelse, og planlagt og målrettet aktivitet i henhold til politiske styringslinjer. Det innebærer ledelse som fastsetter mål, velger virkemidler og strategier og som koordinerer og kontrollerer ulike aktiviteter (Kooiman, 2003).

Reeves et al. (2010b) knytter ledelse til tverrprofesjonelt teamarbeid. Det finnes en rekke ulike ledelsesmodeller som plasserer ledelse i et kontinuum mellom ekstremt autorative og demokratiske tilnærminger. Autorativ ledelse tenderer mot å arbeide isolert fra teamet og tar i større grad beslutninger uten å inkludere teamet enn demokratiske tilnærminger. Sistnevnte kjennetegnes av en mer fleksibel arbeidsform som i stor grad involverer og fremmer problemløsning sammen med og i teamet. Ledelse av tverrprofesjonelle team kan være problematisk av flere grunner, ulike profesjonelle ansvarsområder og ansvarslinjer kan medføre at å velge ut en leder er lite hensiktsmessig. En leder kan også være komplisert siden teamet kan ha behov for å endre leder ettersom pasienters behov endrer seg. For eksempel kan pasienters medisinske behov kunne møtes raskere enn deres behov for sosialfaglige tjenester som kan være relative komplekse og langvarige. Teamledelse innebærer derfor behov for å kunne skifte fra f.eks. en medisinsk tilnærming til et sosialfaglig fokus. Medisinsk dominans i behandlingsprosesser kan være en årsak til at dette ikke nødvendigvis skjer. Et tydelig ledelsesansvar kan derfor være påkrevet for å definere og ivareta ulike roller og enkeltmedlemmers oppgaver og fokus i praksis, og for å beskytte ulike profesjoners faglige bidrag og ekspertise (Reeves et al., 2010b).

#### **2.4.4 Oppsummering av teoretiske og analytiske perspektiver**

I denne avhandlingen er ulike teoretiske og analytiske perspektiver på profesjoners forhandlinger av kompetanse og yrkesroller, samt ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid grunnleggende for å forstå de ulike lokale praksisene som skal undersøkes empirisk. Abbotts teori (1988) belyser hvordan profesjoners konkurranse, kunnskaper og makt innebærer forhandlinger om posisjonering i samarbeidet. Slike forhandlinger knyttes til ulike former for

jurisdiksjon eller myndighetsområder: intellektuelt, rådgivende, arbeids- og oppgavedeling og klientdifferensiering. Profesjoner som argumenter for sine profesjonskunnskaper og yrkesrolle, kan skape problemer særlig i omstillingsprosesser som krever utvikling av ny kunnskap, nye yrkesroller og måter å organisere samarbeid på. Perspektiver på makt og fordeling av arbeidsoppgaver forklarer imidlertid ikke alene hvordan individer samhandler (Goldman et al., 2016). Profesjonssosiologi gir viktig innsikt i institusjonalisering av ekspertise som kjennetegn ved profesjonaliseringsprosesser, men begrenset innsikt i hva ekspertise er og hvordan den tilegnes (Smeby, 2013). Wengers (2004) teori om praksisfellesskap bidrar til å få frem hvordan samhandling kan foregå over profesjongrenser og mellom ulike praksiser. Målet med forhandlinger er først og fremst å gjennomføre det som skal gjøres i praksis. Wenger (2004) knytter ulike former for tilhørsforhold i praksisfellesskap bl.a. til *gjensidig engasjement, forestillinger om hvem man er i fellesskapet og til innordning*. Hans forståelse blir på denne måten stående i et spenningsforhold til å forme klare grenser mellom profesjoners arbeidsfelt. Abbott (1988) og Wenger (2004) skriver imidlertid lite om hvilke implikasjoner teoriene deres har for ledelse. Kooiman (2003) er opptatt av ledelse som interaksjon mellom ulike aktører og hvordan ledelseskulturer i tverrprofesjonelle arbeidsfelt skapes i en kontekst som er tett knyttet sammen med de profesjonelle aktørenes kunnskap og kunnskapsproduksjon. Han undersøker hvordan samspillet både mellom ledere og de som ledes og de ulike profesjonene imellom er preget av kunnskapsulikheter og avhengighetsforhold mellom aktørene. Kooimans tre perspektiver på *selvledelse, samledelse og hierarkisk ledelse* er anvendelig for å forstå prosesser både på mikro- og makronivå mellom ledere og deres ansatte. I tillegg bidrar teorien hans til å forstå helsepolitikk på makronivå. Til sammen bidrar de ulike teoretiske perspektivene med dynamiske tilnærminger som hver for seg er egnet til å undersøke sentrale aspekter i tverrprofesjonelt samarbeid, og hvordan de henger sammen. Dette er i tråd med begrunnelser av eklektiske tilnærminger til det tverrprofesjonelle forskningsfeltet de senere årene (Noordegraaf, 2011a).

Siden 1990 tallet har det vært en tendens til å syntetisere elementer fra ulike profesjonsteoretiske tilnærminger, men det er fremdeles uenighet om hvordan en profesjon skal defineres (Zeitler, 2016). Det er også uenighet om hvor viktig en definisjon vil være for videre profesjonsforskning (Molander & Terum, 2008). I tverrprofesjonell praksis blir ulike profesjoners praksis knyttet sammen. Det skjer ved at aktører bruker hverandres kompetanser og handlingsgrunnlag for å løse felles oppgaver (Hagland, 2015).

### 3. Forskningsprosess og metodevalg

I dette kapitlet presenteres avhandlingens vitenskapsteoretiske utgangspunkt, og valg av forskningsmetode presenteres og begrunnes. Videre gjøres det rede for utvalgsprosessen, gjennomføring av intervjuer og deltakende observasjoner, samt produksjon av empiri.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Kvalitative studier egner seg til å undersøke sosiale fenomener det er lite kunnskaper om fra før (Silverman, 2011), og er derfor velegnet i denne studien. Kvalitativ forskning defineres som «a situated activity that locates the observer in the world» (Denzin & Lincoln, 2005, s. 3), der begrepet kvalitativ innebærer å fremheve prosesser og mening som ikke kan måles i

kvantitet eller frekvens. Kvalitative tilnæringer søker å forstå spesielle fenomener fra perspektivet til de som har erfaringer med det. Dette er prosjektets ontologiske og epistemologiske utgangspunkt. Ontologi er læren om ulike former for eksistens. Ontologiske betraktninger er veiledende for forskerens forståelse av kunnskapsproduksjon. Studien støtter seg til en ontologisk forståelse av menneskelig atferd som kontekstbundet og av at forskning på kontekstbundet praksis er en forutsetning når hensikten er å utvikle kunnskaper om samhandling mellom mennesker (Lincoln, Lynham & Guba, 2018). Kontekstavhengig viten er mer verdifull enn kontekstuavhengig, universell og prediktiv teori, i tilnæringer til menneskelig virksomhet som situert. Også Flyvbjerg (2009) og Kvale og Brinkmann (2015) understreker betydningen av å utforske sammenhenger mellom profesjonell og praktisk viten i handling, og at utvikling av kunnskap om profesjonell praksis må finne sted i direkte kontakt med virkelige forhold og arbeidspraksis. Fronetisk forskning undersøker historiske omstendigheter rundt praksis. *Phronesis* eller praktisk viten gir mulighet for «tykke beskrivelser» og å tenke kontekstuell. Detaljerte undersøkelser av enkelttekstempler gir en nærhet til det virkelige liv som er viktig i to henseender. Det ene er at menneskelig atferd ikke meningsfullt og alene kan forstås som regelstyrte handlinger. Det andre henseendet gjelder forskeren. Konkrete erfaringer kan erverves gjennom nærhet til den studerte virkeligheten og via tilbakemeldinger fra de menneskene som studeres. Stor avstand til studieobjekter og mangel på tilbakemeldinger kan føre til «rituelle akademiske» blindgater der form blir viktigere enn innhold (Flyvbjerg, 2009). Casestudier tillater forsker å studere fenomener i sine naturlige omgivelser. En vanlig misforståelse er at en slik form for viten ikke kan overføres til andre situasjoner. Dersom det legges til grunn at det er mottakere av informasjonen som vurderer om resultatet av undersøkelsen kan overføres til en ny kontekst, kan en slik oppfatning tilbakevises (Kvale & Brinkmann, 2015). Validitet i samfunnsvitenskapene innebærer heller ikke noen objektiv avspeiling av undersøkelsesobjekter, men konstitueres av menneskelig forståelse (Flyvbjerg, 2009).

Kvalitative studier anerkjenner og undersøker subjektivitet og mening med forskeren som et sentralt og medvirkende redskap. Systematisk håndtering av kunnskap forutsetter at forskeren gjør leseren til en informert ledsager som får innsikt i betingelsene kunnskapen er utviklet i. Dette kalles intersubjektivitet (Malterud, 2017). Meningsinnholdet i det som studeres, forankres i forskerens rekonstruksjon av deltakernes erfaringer (Thagaard, 2018). Malterud (2017) viser til at forskerens viktigste virkemiddel i pålitelighetens tjeneste er å gjøre leseren til informert ledsager ved å gi innsikt i de betingelsene som kunnskapen utvikles i. Et vesentlig anliggende for forskeren er å ta ansvar for den kunnskapen som produseres ved å klargjøre betingelsene for sin posisjonering. Refleksivitet (Denzin & Lincoln, 2018; Malterud, 2017) fordrer at man hele tiden reflekterer over den forskningsaktiviteten man bedriver. Forsker har lagt vekt på å ta med seg sin forskerrefleksivitet inn i rollen og vært bevisst på både hvordan subjektivitet er en del av både hva det empiriske materialet inneholder og hvordan det er produsert, fortolket, forstått og formidlet. Dette drøftes nærmere i avsnitt 3.5.2.

En metodologi som forankres i praktisk viten, *phronesis*, gir mulighet for forskning på grunnlag av pragmatiske og kontekstavhengige premisser. Fronetisk forskning innebærer kritisk refleksjon over verdier, normer og strukturer i maktutøvelse og dominansuttrykk



(Flyvbjerg, 2009). Sosiologiske profesjonsstudier har tradisjonelt bidratt med perspektiver på konkurranse, makt og kunnskaper. Det er behov for å videreutvikle maktbegrepet og problemstillinger knyttet til makt, status og legitimitet i forskning om profesjoner i helse- og omsorgstjenestene (Goldman et al., 2017; Reeves, 2016). Sosiologiske teorier om medisinsk dominans og forhandlinger har vært anvendt for å gi innblikk i både makro og mikrostrukturer og i interaksjon mellom helse-, medisinsk og sosialfaglige yrkes- og profesjonsgrupper i ulike helsetjenestefelt. De siste tiårene har samtidig sosiale og teknologiske endringer så vel som utvikling av mer dynamiske profesjonelle grenser grunnet endringer i arbeidsstyrken, fremmet behov for utvikling av nye teoretiske tilnærminger som er egnet til å forklare hvordan individer handler og samhandler i disse strukturene (Goldman et al., 2016). Både Abbotts (1988), Wengers (2004) og Kooimans (2003) perspektiver er anvendelige for å forstå interaksjon både på mikro- og makronivå. Slike forståelser er førende for situering av den kunnskapen som studien sikter mot å utvikle (Malterud, 2017).

### 3.2 Metodevalg

Det er feltet man ønsker å undersøke, og forskningsspørsmålene som bestemmer valg av metode (Silverman, 2013). En enkeltcasestudie som er valgt som metodisk tilnærming i denne studien, gjør det mulig å trekke sammenhenger mellom det fenomenet som undersøkes, og kontekst (Yin, 2014).

Yin (2014) har hatt stor innflytelse på definisjon på casestudier. Han skiller mellom «single case study» og «multiple case study designs» (Yin, 2014, s. 51). Enkeltcasestudiers styrke ligger i forståelse og forklaring av handlinger og prosesser. Slike casestudier er eksempler på analytiske konstruksjoner styrt av interesse av å forstå og forklare egenart der unike forklaringer trekker på kontekstuelle faktorer. Et viktig kriterium i casestudier er tilgang til et mangfoldig og rikt datagrunnlag om fenomen og kontekst. Det kan involvere analyseenheter på mer enn ett nivå, som i den foreliggende studien. Et annet kriterium er at studiet av et fenomen må knyttes til en videre kontekst. Dette dreier seg om hensikten med enkeltcasestudier, hvorvidt de er orientert mot å etablere unike forklaringer eller om de ønsker å trekke på eller utvide teori. Vanligvis bygger unike forklaringer på en helhetstenking som avgrensner og gir mening til fenomenet. Forklaringer om fenomenet knyttes til omfattende empiriske mønstre som helhetstolkningen hviler på. I sosiologi beskrives en god casestudie som en case med teoretiske implikasjoner (Andersen, 2013; Yin, 2014). Dette uttrykker en generaliserende ambisjon i samfunnsvitenskapene og innebærer følgelig at en case ikke kan beskrives og forklares ut fra seg selv. Andersen (2013) hevder at den rene teoretiske studien er en illusjon og siterer Hernes: «Data taler ikke for seg selv, de bruker modeller som medium» (Andersen, 2013, s. 68). I unike studier vil slike modeller ofte bygge på forutsetninger som er forankret i generelle begreper og teorier.

I den foreliggende studien er både vernepleieres og deres samarbeidspartneres erfaringer og deres subjektive meninger inntak til forståelse og forklaring. I studier av profesjoner vil aktørers forhandlinger stå sentralt i å skape og opprettholde strukturelle rammer. Strukturelle rammer avgrensner igjen forhandlingsrommet for profesjonens forhandlinger på aktørnivå (Reeves, 2016). Ut fra den formelle relasjonen som finnes mellom myndigheter og profesjoner med det monopolete profesjoner har fått til å utøve sin virksomhet, lar studier av

helse- og omsorgspolitiske føringer seg vanskelig utelukke. Styringsdokumenter bidrar til å kontekstualisere studien.

Avgrensning av en case er ikke gitt. Benevnelsen «casing» (Ragin 1992, s. 218) brukes for nærmere å beskrive prosessen som fører frem til en avklaring av hva en case representerer: «Since the case is whatever we decide it is [...], we can vary the organizational settings we select to explore our research questions and systematically assess the findings [...].» Casing finner sted i alle faser av forskningsprosessen, og innebærer overveielser om helheter og sammenhenger både empirisk og teoretisk som aktivt utprøves underveis. Den empiriske virkeligheten er grenseløst detaljert, kompleks og unik (Ragin, 1992). De tre delstudiene som til sammen danner en enkeltcasestudie om vernepleieres forhandlinger av kunnskaper og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper, er å forstå som konstruksjoner, basert på «casing» (Ragin, 1992). Det gjennomføres ikke noen systematisk sammenlikning mellom resultatene i de tre delstudiene, men det er heller ikke målet med en enkeltcasestudie (Yin, 2014).

Krav til analytisk generaliserbarhet er sentralt i enkeltcasestudier (Yin, 2014). Casestudier gir ikke grunnlag for statistisk generalisering, men snarere for å generalisere resultatene ut fra en mer omfattende teori. Dette kalles analytisk generalisering. Analytisk generalisering (Yin, 2014) innebærer bedømmelser av i hvilken grad undersøkelsen kan være veiledende for andre studier. Det gir også grunnlag for å generalisere resultater ut fra mer omfattende teori. Yin (2014) vektlegger at studier av et samtidsfenomen «in real-life context» ikke nødvendigvis er identiske med fenomener som teorien beskriver. Konkrete erfaringer kan derfor først og fremst oppnås gjennom nærkontakt med den virkeligheten man studerer (Yin, 2014; Flyvbjerg, 2009).

Casestudiers datarikdom gjør det mulig å utnytte samspillet mellom induktive tankeprang og deduktiv utprøving av teoretiske ideer som bidrar til å sikre studiens validitet. Dette står i motsetning til teoriutvikling basert på aprioriske forutsetninger og deduksjon, men innebærer samtidig ikke begrepsutvikling basert på ren induksjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Abduksjon kjennetegnes av en generell forforståelse av et fenomen. En abduktiv tilnærming innebærer en ikke-lineær prosess mellom studier av teori og empiri. Teoretiske perspektiver gir innspill til hvordan dataene kan forstås (Cheek, 2018). Teori som ikke har basis i empiri, kan inneholde svakheter. En styrke ved abduktiv tilnærming og vekselvirkning mellom data og teori er at det kan gi inspirasjon til utvikling av nye perspektiver. Både forskerens forkunnskaper og det å ha et åpent sinn er avgjørende i denne sammenhengen (Cheek, 2018; Thagaard, 2018). Den bakgrunnen forskeren har i teorier som er relevante har betydning for de teoretiske perspektivene forskeren videreutvikler fra empirien. Teori kan derfor både betraktes som et utgangspunkt og et sluttprodukt. Forskerens forståelse er basert både på de mønstrene vedkommende vurderer at dataene gir uttrykk for, og på de teoretiske perspektivene som har inspirert og ledet forskerblikket. Disse perspektivene er presentert i det foregående kapittelet.

For å begrunne og å kontekstualisere forståelse av tema og målet med studien gjøres det i avsnittet under rede for kjennetegn, muligheter og utfordringer i fagfeltet som undersøkes.



Denne studien har ikke et hovedfokus på å evaluere politiske intensjoner angående tverrprofesjonelt samarbeid eller vernepleieres forhandlinger, eller vurdere kvalitet av vernepleierfaglig kompetanse.

### 3.2.1 Kontekstualisering av studien

Dette avsnittet redegjør for hvordan problemstilling, metode, teori og substansorientering er forbundet. Studien undersøker og analyserer hvordan vernepleiere, deres samarbeidspartnere og ledere i tverrprofesjonelt samarbeid beskriver og gir innhold til sammenhenger mellom vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i daglig samarbeid med andre tjenesteytere.

Studiens problemstilling er definert i henhold til gjennomgang av helsepolitiske policydokumenter og i forhold til prosjektets samfunnsmessige relevans, relevant tverrprofesjonell teori og tidligere forskning (jf. avsnitt 1.2.6). Sentrale kontekstuelle dimensjoner i studien er helse- og omsorgstjenester som faglig og politisk kontekst, ledelse som kontekst, samt den meningskonteksten som vernepleiere skaper gjennom samarbeid med andre yrkes og profesjonsgrupper.

Kontekstuell sensitivitet (Silverman, 2011, s. 97) innebærer å ta i betraktning hvordan et fenomen konstitueres som konsekvens av de valgene som tas i forskningsprosessen. Det er imidlertid ulike oppfatninger av hvordan koplingen mellom et fenomen og kontekst skal forstås. Yin (2014) viser til kontekst som en rik og mangfoldig empirisk ramme som konstituerer og samspiller med fenomenet som skal undersøkes. Ofte må forskere selv avgrense og posisjonere case på måter som gjør at det er mulig å fokusere på og utnytte variasjoner og sammenhenger som de er interesserte i (Andersen, 2013, s. 16)

Yin (2014) peker på flere grunner til at forskning bør inkludere kontekst. Uten en forståelse av den foreliggende situasjonen blir det vanskelig å fortolke og forstå person-situasjon interaksjoner i samhandling. Som påpekt innledningsvis (jf. avsnitt 1.2.4) har kontekstbegrepet i tverrprofesjonelle studier i stor grad vært knyttet tverrprofesjonelt samarbeid mellom tradisjonelle helse- og medisinskfaglige profesjoner i tradisjonelt helse- og medisinskfaglige dominerte tjenester. Forskning viser til behov for mer kunnskap som begrepsfester eller problematiser involvering av flere og ulike profesjonsgrupper, deres ulike funksjoner og forhandlinger av kompetanse og roller og ulike måter å samarbeide på, både betydningsmessig og kontekstuell (Goldman et al., 2016; Reeves & Lewin, 2004; Reeves et al., 2018; Schot et al., 2019). Det innebærer bl.a. et behov for mer kunnskap om hvordan samarbeid foregår «in situ» (Reeves et al., 2009). Kontekst som nøkkelbegrep ligger til grunn både for forståelse av profesjon, tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid i denne studien (Abbott, 1988; Fauske, 1991; Kooiman, 2003; Wenger, 2004). Sentrale dimensjoner ved profesjon knyttes til forståelse av hva samarbeid handler om, veid inn i helsepolitiske reformer og formidlet gjennom organisatoriske føringer (Molander & Terum, 2008), derunder ledelse.

Både forskers forkunnskaper og fagets forutsetninger danner grunnlag for å trekke noen grenser mellom fenomen og kontekst, og innebærer en form for «dekontekstualisering» (Andersen, 2013, s. 25). Det innebærer at visse egenskaper ved et fenomen defineres og undersøkes. Tidligere studier av vernepleie bidrar i hovedsak til å kaste lys over vernepleieres

kompetanse og rolle knyttet til deres tradisjonelle yrkesfelt (jf. avsnitt 1.2.1). Denne studiens utgangspunkt er å løfte frem enkelte sider ved vernepleie knyttet til forhandlinger av deres kompetanse og yrkesrolle i tverrprofesjonelt samarbeid i tjenestefelt der de har kortere tradisjon. Det finnes få bidrag som søker å reformulere og konseptualisere vernepleie basert på nyere empiriske studier i tjenestefelt som tradisjonelt har vært dominert av helse- og medisinskfaglige profesjoner.

Studiene i foreliggende avhandling gjennomføres ved å velge ut vernepleiere som studieobjekter. Samarbeidende profesjoners og ledes erfaringer og deres subjektive virkelighet bidrar til et bredere inntak til forståelse av fenomenet som undersøkes. Kunnskapsproduksjon i studien er basert både på deltakernes og forskerens mulighet til å beskrive, etterspørre, undersøke og fortolke meninger tuftet på deltakeres ytringer. Forskers kontekstforståelse vil imidlertid være styrende for det tjenestefeltet som undersøkes. Casestudier skiller ikke fenomen fra kontekst (Yin, 2014) og er derfor velegnet i foreliggende studie.

Den overordnede problemstillingen har definert utgangspunktet for hvordan studiene kan legges opp. Forskningsspørsmålene har bidradd til å fokusere og avgrense studiens omfang. Forskningsspørsmålene gjør det mulig å konstruere en tolkning og detaljerte analyser av vernepleieres forhandlinger av kompetanse og yrkesrolle i tverrprofesjonelt samarbeid i de tjenestefeltene som undersøkes. Resultatene gir ny innsikt i forskning om vernepleie.

### **3.2.2 Kort presentasjon av tjenesteområdene i studien**

I denne studien rettes søkelyset mot tre tjenesteområder. Dette er distriktpsikiatriske sentre (DPS), kommunale miljøterapeutiske tjenester (MTE) og skjermede avdelinger for personer med demens i kommunale sykehjem. Tjenesteområdene tilbyr sammensatte og omfattende tjenester.

#### *Distriktpsikiatriske senter, DPS*

Et overordnet mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse 2017-2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022), var å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve et mest mulig normalt liv. Det beskrives som et liv preget av deltakelse, uavhengighet og evne til mestring. For å imøtekomme slike føringer var utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste (DPS) et satsingsområde. DPS skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne. Det følger av de oppgavene DPS skal ivareta, at sentrene må ha bred kompetanse innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det ble innhentet samtykke fra det aktuelle helseforetakets administrasjon om å gjennomføre delstudie 1 i «DPS1». Det ble søkt om tillatelse om tilsvarende fra styret i «DPS2», som ikke er statlig. Begge søknadene ble innvilget i 2015.

#### *Kommunale miljøterapeutiske enheter*

Kommunale miljøterapeutiske enheter (MTE) skal sikre bred faglig sammensetning for å imøtekomme behov for sammensatte tjenester (Helsedirektoratet, 2015). MTE har ansvar for

mange og ulike målgrupper fra 1 til 100 år. Disse tjenestene omfatter også vernepleieres tradisjonelle målgruppe, personer med utviklingshemning. Det er de kommunale bestillerkontorene som formidler behov om tjenester til MTE (Helsedirektoratet, 2015). Det ble innhentet kommunalt administrativt samtykke om å få gjennomføre delstudie 2 i disse tjenesteområdene i 2015 og 2016.

### *Sykehjem, skjermede avdelinger for personer med demens*

Skjermede avdelinger på sykehjem skal tilby langtidsopphold til personer med sammensatte og atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens. Slike utfordringer krever særlig kompetanse. Bærekraftig utvikling i demensomsorgen krever omstilling av den faglige virksomheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Det understrekes at grad av kognitiv svikt, kjennskap til personers livshistorie, personlighet, kulturelle bakgrunn, helsetilstand og vaner må vektlegges i utforming av tverrprofesjonelle tjenestetilbud til den enkelte. I Demensplan 2020 er tverrprofesjonelt samarbeid, personsentrert omsorg og miljøarbeid fremhevet som satsingsområder. Bedre integrering av sosialfaglig kunnskap og sosialt arbeid i tverrprofesjonelt samarbeid skal bidra til å imøtekomme sammensatte behov for tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Det ble innhentet kommunalt administrativt samtykke og samtykke fra avdelingsledere i sykehjemmene til gjennomføring av delstudie 3 i 2015 og i 2017.

### 3.3 Rekruttering av deltakere og dataproduksjon

I avsnittene nedenfor utdypes nærmere avveininger knyttet til mål, utvalg og dataproduksjon. De ulike delstudiene omtales hver for seg.

Utvalgsprosessen innebar etablering av kontakt med ledere i en DPS1, ett sykehjem og en miljøterapeutisk enhet. Valg av institusjoner og kontakter var innledningsvis basert på forskers erfaringer med praksisfeltet som høyskolelærere ved en av landets vernepleierutdanninger. Det ble på forhånd innhentet både forslag til eventuelle kontaktpersoner i de ulike tjenestefeltene og godkjenning fra kommunale administrasjoner til å kontakte sykehjem og miljøterapeutiske enheter. Forsker visste at disse tjenestefeltene både hadde ansatte vernepleiere samt erfaringer med veiledning av vernepleierstudenter. Strategisk utvalg innebærer at det blir tatt direkte kontakt med deltakere som har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er relevante for problemstillingen (Ringdal, 2018).

Det ble tatt telefonisk kontakt med ledere, samt sendt mail en kort beskrivelse av fokusområder i studien. Lederne som ble kontaktet stilte seg i utgangspunktet positive til å delta. De kontaktet videre andre avdelingsledere og videreformidlet den informasjonen de hadde fått, med forespørsel om møte med forsker.

Forsker ble invitert til å gi muntlig informasjon om studien, i ledergrupper i DPS1 og på et kommunalt sykehjem. Alle lederne i DPS1 og på sykehjemmet var sykepleiere. I miljøterapeutiske enheter var det tre vernepleier- og en ergoterapeutleder. Forsker hadde en del kontakt med ledere i miljøterapeutiske enheter per mail for å innhente informasjon om hvordan de jobbet og for å komme i kontakt med flere ledere. Ledergruppen i DPS1 bestod av fagutviklingsleder og tre daglige ledere fra to ulike sengeposter og ett ambulant team. Etter

møtet avgjorde fagutviklingsleder sammen med postlederne hvilke avdelinger som var aktuelle for deltakelse i studien. Forsker besluttet å starte datainnsamling i DPS1 før de andre to tjenestefeltene. Rekruttering og datainnsamling i delstudie 1, 2 og 3 fant sted i kronologisk rekkefølge.

## **Delstudie 1**

### **Deltakere**

Forsker ble invitert til å gi personalgruppen på to av postene i DPS1 samt i ett akutt ambulant team (AAT) muntlig informasjon om studien, forsker delte også ut skriftlig informasjon og samtykkeerklæringer på disse møtene. På møtene var det ulike profesjoner til stede, mest sykepleiere men andre profesjoner som også psykiater, psykolog, leger i spesialisering (lisleger), legestudenter, musikkpedagog, sosionom og vernepleiere. Vernepleiere var ansatt i sykepleierstillinger på samtlige sengeposter og i AAT, det var kun akutt ambulant team som hadde formelle vernepleierstillinger. Forsker informerte om at det var ønskelig å intervju vernepleiere, og å gjennomføre deltakende observasjon i tverrprofesjonelle samarbeidsmøter. De som ville delta kunne kontakte forsker direkte svar per mail, eller henvende seg til forsker via leder. Inklusjonskriterier for å delta på intervju var at vernepleiere hadde arbeidet minimum et halvt år i tjenestefeltet, i 50% stillingsprosent eller mer. Inklusjonskriterier i deltakende observasjoner var at personalgruppen var representert med flere profesjoner. Forsker ønsket også å gjennomføre et fokusgruppeintervju med postledere. Det ble avtalt at fagutviklingsleder skulle ta direkte kontakt med postledere og invitere til deltakelse. Det ble også avtalt at postlederne skulle sende ut den informasjonen forsker hadde gitt muntlig om prosjektet per mail til alle ansatte på sine avdelinger. Postlederne skulle motta samtykke fra ansatte til deltakelse før forsker kontaktet dem direkte. På denne måten ville det sikres for at ansatte kunne reservere seg og/eller trekke seg dersom de ikke ønsket å delta, også i deltakende observasjoner. Forsker fikk via en postleder beskjed om to vernepleiere som ikke ønsket å delta i intervjuer.

Tid og sted for observasjonsstudier var det postlederne som avgjorde, de mente særlig to ulike typer møter kunne gi viktig informasjon om det forsker var ute etter å undersøke. Antall deltakere på møtene varierte, fra fem til opp mot 20 personer med ulike profesjonsbakgrunn. Det var i overvekt av sykepleiere på alle møtene. Forsker hadde ingen medvirkningsmulighet på sammensetningen av personal, det var heller ikke et kriterium fra forskers side. Mest stabilt både mht. antall deltakere og med ulik profesjonsbakgrunn var samarbeidsmøter i akutt ambulant team. I akutt ambulant team var personalgruppen minst, forsker hadde derfor bedre kontroll når det kom til å orientere om vedkomnes tilstedeværelse, samt innhenting av samtykke, enn i møter på sengepostene.

En utfordring i DPS var at sykepleiere dominerer i antall stillinger både som miljøterapeuter og som avdelingsledere. Dette gav en skjevhet i utvalgene i fokusgruppeintervjuene og i deltakende observasjoner mht. profesjonstilhørighet (jf. tabell 3.1). Denne skjevheten var likevel noenlunde i overensstemmelse med oversikten over fordeling av profesjoner på de aktuelle avdelingene. I akutt ambulant team (AAT) var sammensetningen av personalgruppen mer tverrprofesjonell enn på postene. Bredere sammensetting av ulike profesjonsgrupper enn

på postene var en viktig grunn til å inkludere AAT i studien. AAT er en del av det tilbudet som ble gitt ved DPS1.

## **Dataproduksjon**

Dataproduksjonen fant sted fra oktober 2015 til og med april 2016. De individuelle intervjuene med vernepleiere var halvstrukturerte (Kvale & Brinkmann, 2015) (vedlegg). Halvstrukturerte intervjuer ble valgt fordi de gav muligheter for dybde og vektlegging av vernepleieres erfaringer med arbeidskonteksten. Utformingen av tema i intervjuguiden var inspirert av forhåndsstudier av helsepolitiske føringer og fulgte problemstillingen som var inspirert av valg av teoretisk forankring. Fokus i guiden var ansvars- og arbeidsfordeling, kompetanse og kompetanseutvikling, samarbeid og roller. Spørsmålene ble strukturert rundt disse begrepene. Intervjuene varte fra en time til halvannen time.

Det ble også gjennomført tre fokusgruppeintervjuer, ett med avdelingsledere og to med vernepleieres samarbeidspartnere. Fokusgrupper er velegnet til utforskende undersøkelser, fordi samspill ofte kan bringe flere ekspressive og emosjonelle synspunkter frem enn individuelle og ofte mer kognitivt baserte intervju (Fangen, 2010). En halvstrukturert intervjuguide (vedlegg) var utgangspunkt for fokusgruppeintervju med en tverrprofesjonell gruppe i AAT og med en gruppe sykepleiere på en av postene. Intervjuene varte i ca. 60 minutter.

Hovedtemaene og fokusområdene i fokusgruppeintervjuene tilsvarte de som forelå i individuelle intervjuer med vernepleiere og omhandlet ansvars- og arbeidsoppgaver, kompetanse, samarbeid og roller. En halvstrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015) organisert rundt temaene lederforankring, kompetanse og kompetanseutvikling og samarbeid var utgangspunkt for ett fokusgruppeintervju med ledere. Intervjuet varte i ca. 60 minutter.

Forsker tok notater underveis. Dette bidro til å legge til rette for det Kvale og Brinkmann (2015, s. 205) kaller «en permissiv atmosfære», med sikte på å forfølge og utdype tematikk, holde tråden i samtalen og få frem forskjellige synspunkter fra ulike deltakere. Gruppesamspill kan redusere moderatorens kontroll over forløpet og medføre et noe kaotisk forløp. Det kunne være en utfordring i fokusgruppeintervjuene at noen av deltakerne ble sittende passive mens andre tok ordet. Selv om forsker tok initiativ til en runde rundt bordet for å la alle komme til ordet, var det mest deltakerne selv som tok og ledet ordet. Gjennom fokusgruppeintervjuene fremkom synspunkter på vurderinger av vernepleieres roller, deres faglige bidrag og utdanningsbakgrunn. Det innebar beskrivelser om ulike holdninger, uenigheter og erfaringer med vernepleiere og vernepleiefaglige bidrag som ble diskutert deltakerne imellom.

Deltakende observasjoner i to ulike typer samarbeidsmøter ble valgt som en tredje tilnærming til feltet. Av pragmatiske årsaker foregikk deltakende observasjoner og intervjuer til en viss grad foretatt parallelt selv om planen var å gjøre seg ferdig med observasjonsstudier først. Denne metoden kan gi førstehåndsinformasjon om mindre åpenbare sider ved samhandling som kanskje ikke fanges opp i intervjusituasjoner som er en mer konstruert sammenheng

(Fangen, 2010). Forut for observasjonene lå en særegen interesse, et spørsmål og et problem, knyttet både til en litteraturgjennomgang av forskningsfeltet og gjennomlesning av policydokumenter. Hensikten med deltakende observasjoner var å lete etter nye forskningsspørsmål og begreper som kunne åpne for en dypere forståelse av forhandlingsbegrepet sett i lys av vernepleieres kompetanse og rolle i tverrprofesjonelt samarbeid. Det ble utformet en halvstrukturert observasjonsguide (vedlegg). Deltakende observasjoner varte fra 30 til 90 minutter, avhengig av hvilken type møte som fant sted. Forsker tok feltnotater underveis i møtene som ble bearbeidet i etterkant av møtene. Disse notatene dannet senere grunnlag for koding og analyse av materialet. Behandlingsmøter var kortest, mens faglige refleksjonsmøter var lengst. Behandlingsmøter gav informasjon om arbeidsfordeling, evaluering av og refleksjon knyttet til behandling. Fokus i refleksjonsmøter var den grunnleggende fellesfaglige tilnærmingen til pasienter, med særlig vektlegging av miljøterapi og perspektiver på relasjoner mellom personal og tjenestemottakere og relasjonsbehandling. Observasjonene ga mest informasjon og en nærmere forståelse av forhandlingsbegrepet, men lite informasjon om vernepleieres kompetanse og rolle. Det var derfor vanskeligere å se den direkte relevansen av deltakende observasjoner i lys av problemstilling og preliminare forskningsspørsmål.

Dette er en grunn til at data fra deltakende observasjoner har fått minst betydning i analysene. En annen årsak er oversiktighet over deltakere, ettersom ansatte kunne både komme og gå under møtene. Det kunne derfor være vanskelig å holde tråden i samtalen relatert til faglig bakgrunn og/eller profesjonstilhørighet. Dette bar feltnotatene også preg av. Likevel var deltakende observasjon nyttig for å få informasjon om ulike kontekster rundt samarbeid, både gjennom deltakende observasjoner og mer uformelle samtaler med informanter og i videreutvikling av intervjuguider. Disse forholdene utdypes nærmere i avsnitt 3.7 (metodisk diskusjon).

Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som senere ble transkribert. Feltnotatene fra deltakende observasjoner, ble umiddelbart ble gjennomgått og renskrevet etter møtene.

Tabell 3.1. Oversikt over rekruttering av deltakere datamateriale og datamateriale, delstudie 1

Datamateriale	DPS 1 (inkludert AAT)	DPS 2	Totalt antall
<b>Rekruttering</b>	<i>Inklusjonskriterier: min. 6 mnd. erfaring og 50% stilling.</i>	<i>Inklusjonskriterier: min. 6 mnd. erfaring og 50% stilling.</i>	
<b>Individuelle intervjuer med vernepleiere</b>	<i>(pilotintervju med vernepleier) 2 vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og 2 vernepleiere uten videreutdanning</i>	<i>4 vernepleiere uten videreutdanning</i>	8
<b>Rekruttering</b>	<i>Inklusjonskriterier: daglig ansvar for samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjoner. Rekruttert av fagutviklingsleder.</i>		
<b>Fokusgruppeintervju (ledergruppe)</b>	<i>1 intervju – 7 ledere deltok, sykepleiere med videreutdanning unntatt en</i>		7
<b>Rekruttering</b>	<i>Inklusjonskriterier: tverrprofesjonell gruppe, uten vernepleiere. Rekruttert av postledere.</i>	<i>Inklusjonskriterier: tverrprofesjonell gruppe uten vernepleiere. Rekruttert av postledere.</i>	

<b>Fokusgruppe-intervju med personalgrupper</b>	<i>1 intervju – 5 ansatte deltok, psykolog, psykiater, sosionom, musikkterapeut og sykepleier m/videreutdanning</i>	<i>1 intervju - 4 ansatte deltok, alle sykepleiere, 2 med videreutdanning og 2 uten</i>	9
<b>Rekruttering</b>	<i>Inklusjonskriterier: tverrprofesjonelt samarbeid i tverrprofesjonell gruppe. Rekruttert av postledere.</i>	<i>Inklusjonskriterier: tverrprofesjonelt samarbeid i tverrprofesjonell gruppe. Rekruttert av postledere.</i>	
<b>Deltakende observasjoner behandlingsmøte/refleksjonsmøte</b>	<i>Sengepost: 3 møter med deltakelse fra følgende faggrupper: vernepleiere, psykolog, lege, sykepleiere, sykepleierstudenter</i>  <i>AAT: 6 møter med deltakelse fra følgende faggrupper: Vernepleiere, psykiater, legestudent, sykepleiere, sosionom, musikkterapeut</i>  <i>Totalt antall deltakere: 63</i>	<i>3 møter med deltakelse fra følgende faggrupper: vernepleiere, psykolog, psykiatere, sykepleiere, sykepleierstudenter</i>          <i>Totalt antall deltakere: 26</i>	89

## Delstudie 2

### Deltakere

Rekruttering til delstudie 2, ledelsesstudien, var i stor grad basert på deltakere som det var opprettet kontakt med i delstudie 1 (strategisk utvalg, Ringdal, 2018). Det ble tatt kontakt med de to DPS-ene som inngikk i første delstudie, og det ble sendt forespørsel per e-post om hvorvidt ledere på de postene som var med i delstudie 1, var villige til å delta i delstudie 2. Noen av dem var det, andre ikke, så det ble derfor i tillegg rekruttert postledere som ikke var med i første delstudie. Disse ble rekruttert gjennom de postlederne som sa seg villige til å delta. Det innebar at lederne som deltok i delstudie 1 og sa seg villige til å delta i delstudie 2, ble bedt om navn på andre ledere som hadde daglig ansvar for samarbeid i tverrprofesjonelle personalgrupper. Denne måten å rekruttere på kalles snøballmetoden (Thagaard, 2018, s. 56). Lederne det allerede var opprettet kontakt med i sykehjem og i miljøterapeutiske enheter ble kontaktet på samme måte som lederne i DPS. Inklusjonskriterier var at ledere hadde direkte ansvar for samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjoner.

Det ble opprettet kontakt både per e-post og telefon med ledelsen på ett kommunalt sykehjem. Også i dette sykehjemmet ble det gjennomført et møte for å drøfte praktiske muligheter for blant annet deltakelse og dataproduksjon.

Lederne i de to kommunale miljøterapeutiske tjenesteområdene ble rekruttert strategisk (Ringdal, 2018). Det ble også bedt om forslag til deltakere gjennom ledere for de aktuelle tjenesteområdene i kommunale administrasjoner.

Inklusjonskriterier var at lederne hadde daglig ansvar for samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjonsgrupper og/eller fagutviklingsansvar for tverrprofesjonelt samarbeid. Også i denne studien var det en utfordring å balansere utvalget når det gjaldt profesjonstilhørighet. De fleste lederne som hadde ansvar for vernepleiere, var sykepleiere. Utvalget ble derfor skjevt, med et flertall sykepleiere, selv om det i utgangspunktet var ønskelig å sette sammen et mer tverrprofesjonelt lederutvalg. Sykepleiere dominerte i antall i lederstillinger i både de to

DPS-ene og i sykehjemmene. I kommunale miljøterapeutiske enheter var det enklere å finne lederstillinger besatt av andre profesjoner enn sykepleiere. Lederes profesjonstilhørighet kan være et viktig og avgjørende anliggende for måter de leder på. Siden utvalgene var små, med en overvekt av sykepleiere, ble det besluttet å se bort fra dette forholdet.

## Dataproduksjon

Intervjuene ble gjennomført i oktober og november 2016. Intervjuguidene var halvstrukturerte (Brinkmann & Kvale, 2015) (vedlegg). De overordnede temaene for intervjuene var lederforankring, kompetanse og kvalifisering, samt samarbeid – med særlig vekt på ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjoner. Formelle krav til tjenesteutforming var ulike i de tre feltene som lederne ledet. Personalgruppene var også forskjellige når det gjaldt sammensetning av ulike profesjoner- og yrkesgrupper. Dette var en grunn til å velge intervjuer som metodisk tilnærming.

Intervjuene varte fra ca. 60 til 75 minutter og foregikk på ledernes arbeidsplasser.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene som senere ble transkribert.

Tabell 3.2 Oversikt over rekruttering av deltakere og datamateriale, delstudie 2

Datamateriale	DPS 1 og 2	Sykehjem	Kommunale miljøterapeutiske tjenester	Totalt antall
<b>Individuelle intervjuer med ledere</b>	<i>5 informanter (sykepleiere og en vernepleier)</i>	<i>3 informanter (sykepleiere)</i>	<i>3 informanter (to vernepleiere og en ergoterapeut)</i>	11
<b>Rekruttering</b>	<i>Inklusjonskriterier: daglig ansvar for samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjonsgrupper. Rekruttert av avdelingsledere.</i>			

## Delstudie 3

### Deltakere

Rekruttering til delstudie 3 foregikk via de lederne som hadde deltatt i delstudie 2. Det ble sendt ut informasjon om studien/innhenting av samtykke til disse lederne. Lederne kontaktet vernepleiere de hadde i sine personalgrupper med forespørsel om deltakelse. Det ble også sendt en mail til administrasjon i flere kommuner med forespørsel om ledere på demensavdelinger som kunne tenke seg å formidle forespørsel til vernepleiere som arbeidet på avdelingene, om å delta i studien. Det ble gjort oppmerksom på at inklusjonskriterier var at vernepleiere hadde arbeidet et halvt års tid på skjermet/forsterket avdeling for demens og at de måtte være i 50% stilling eller mer.

Både FO og vernepleierutdanningen ble kontaktet for å finne intervjupersoner. Dette førte ikke frem. Løsningen ble direkte telefonkontakt med sykehjem og ulike avdelinger i regionen. Forsker tok utgangspunkt i kommunale oversikter over sykehjem, og kontaktet ett og ett ved å henvende seg til ledelse per telefon. Til sammen ble det rekruttert ti vernepleiere fra syv forskjellige kommuner på avdelinger for personer med demens. Noen henvendelser til ansatte foregikk bare gjennom ansvarlige ledere, mens andre fant sted direkte per e-post til



vernepleiere om prosjektet med forespørsel om deltakelse fra forsker. Direkte henvendelser fant sted etter nærmeste leders godkjenning. I utgangspunktet var det vanskelig å finne vernepleiere ansatt på sykehjem, både i somatiske og skjermede/forsterkede avdelinger. På de fleste sykehjemmene der det var ansatt vernepleiere, arbeidet de på skjermede/forsterkede avdelinger for personer med demens. Det ble derfor særlig av pragmatiske årsaker valgt å undersøke samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper på denne typen avdelinger.

### Dataproduksjon

Intervjuene fant sted fra november 2017 til og med januar 2018. Intervjuene ble gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015) (vedlegg) med samme hovedtematikk som i de individuelle intervjuene med vernepleiere i delstudie 1.

De overordnede temaene i intervjuene var fordeling av ansvars- og arbeidsoppgaver, kompetanse, samarbeid og roller.

Intervjuene varte i ca. 60–75 minutter og foregikk på vernepleiernes arbeidsplasser. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og de ble senere transkribert.

Tabell 3.3 Oversikt over rekruttering av deltakere og datamateriale, delstudie 3

Data-materiale	Kommune 1 sykehjem skjermet avd.	Kommune 2 sykehjem skjermet avd.	Kommune 3 sykehjem skjermet avd.	Kommune 4 sykehjem skjermet avd.	Kommune 5 sykehjem skjermet avd.	Kommune 6 sykehjem skjermet avd.	Kommune 7 sykehjem, skjermet avd.	Tot. ant.
Indiv. int. med vernepleiere	1 informant	2 informant	2 informant	2 informant	1 informant	1 informant	1 informant	10
Rekruttering	<i>Inklusjonskriterier: minimum et halvt års arbeidserfaring i tjenestefeltet og 50 % stiling. Rekruttert via kommunale administrasjoner og ledere i sykehjem.</i>							

### Oppsummert: Rekruttering av deltakere og dataproduksjon i de tre delstudiene

Alle deltakerne fra samtlige tre tjenestefelt både vernepleiere og andre profesjoner, ble rekruttert ved hjelp av strategisk utvalg. Denne fremgangsmåten innebærer å ta kontakt med personer som har de egenskapene eller kvalifikasjonene man antar er relevante for problemstillingen i undersøkelsen (Ringdal, 2018). Det var særlig utfordrende å rekruttere vernepleiere i sykehjem fordi få vernepleiere arbeider i dette tjenestefeltet.

Alle deltakerne i de tre delstudiene fikk tilsendt informasjon om studien på forhånd samt samtykkeskjema (vedlegg). Underskrevne samtykkeskjema ble samlet inn i forkant av både intervjuer og deltakende observasjoner. Det ble i tillegg delt ut skjema og informasjon om studien til dem som ikke hadde underskrevet eller lest informasjon på forhånd før deltakende observasjon eller intervjuer fant sted i de tre ulike tjenesteområdene.

Delstudie 1: Deltakerne til delstudie 1 er rekruttert fra fire ulike sengeavdelinger i to ulike DPS, tre avdelinger på den ene og én på den andre DPS-en, samt fra ett akutt ambulant team (AAT). Det ble rekruttert vernepleiere og profesjons- og yrkesutøvere som samarbeider med vernepleiere. Vernepleierne var alle kvinner mellom 30 og 60 år. Samtlige hadde mer enn ett års praksis i DPS i tillegg til allsidige arbeidserfaringer, for eksempel fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fra psykiatrien.

Delstudie 2: Det ble rekruttert ledere som har daglig ansvar for samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper. Alle lederne unntatt en var linjeledere. Den ene lederen hadde et mer overordnet fagutviklingsansvar enn linjelederne. Lederne arbeidet i DPS og i kommunale miljøterapeutiske enheter i to ulike kommuner. Det ble også rekruttert linjeledere fra sykehjem, på avdelinger for personer med demens. Det var tre mannlige ledere og resten kvinner. To av lederne hadde ledelsesutdanning, og to hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid. Lederne hadde ulik arbeidserfaring både i DPS og innenfor psykisk helsetjeneste, i andre kommunale tjenestefelt og/eller i andre stillinger i tjenestefeltene de ledet.

Delstudie 3: Det ble rekruttert vernepleiere fra sju kommunale sykehjem, på skjermede avdelinger for personer med demens. Alle vernepleierne var kvinner, den yngste 25 år og den eldste 62 år. Alle var utdannet ved samme utdanningsinstitusjon, men på ulike tidspunkt fra 1995–2016. Samtlige informanter hadde mer enn seks måneders erfaring i demensavdelinger, en informant hadde mer enn tjue års erfaring. Eksempler på annen arbeidserfaring var fra tjenester til personer med utviklingshemning, avlastningsboliger, innenfor psykiatri og i barnehage.

Første delstudie tok utgangspunkt i datamaterialet som ble produsert i DPS-ene. Grunnlaget for andre delstudie var datamateriale fra intervjuer med linjeledere fra DPS, fra avdelinger for personer med demens i sykehjem og fra miljøterapeutiske tjenester. Tredje delstudie var basert på produksjon av datamateriale fra intervjuer med vernepleiere på skjermede avdelinger for personer med demens.

### 3.4 Analyse

Dette avsnittet beskriver valg av analytisk fremgangsmåte basert på møtet med utfordringer og muligheter i analyseprosessen i de tre delstudiene. Analyse i kvalitative studier er en tidkrevende og avgjørende del av forskningsarbeidet. Analytiske betraktninger og vurderinger starter allerede i den empiriske datainnsamlingsprosessen, og beskrives best som en frem og tilbake prosess mer enn en lineær prosess. Analyseprosessen har vært preget av kompleksitet og tidvis medført behov både for å bevege seg utenom systematikk og ta i bruk intuisjon og kreativitet i arbeidet. Erlingsson og Brysiewicz (2017) understreker betydningen av å møte materialet med åpenhet. Dette innebærer en balansegang for forsker. På den ene siden der verken mulig eller ønskelig at ikke forsker tillegger fenomenet som undersøkes spesifikke perspektiver. Dette gir forsker både muligheter til å justere egen forforståelse og til videre analyser. På den andre siden må forsker la materialet selv «få tale», det innebærer å ikke tilskrive det en mening som ikke er der (Erlingsson & Brysiewicz, 2017; Graneheim, & Lundman, 2004, Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Å få frem underliggende tema i

materialet krever både refleksjon og systematikk hos forsker i analyseprosessen (Vaismoradi, Turunen & Bondas, 2013). Dataproduksjon og analyser kan forstås som prosesser der muligheter for sammenhenger formuleres og prøves ut underveis (Silverman, 2011). En vanlig første analytisk tilnærming i casestudier er å søke etter mønstre, innsikt og sentrale begreper, se på informasjon på ulike måter, lage oversikter over kategorier, lage skjemaer og å lage tankekart eller annen grafikk (Yin, 2014).

Den innledende analyseprosessen med delstudie 1 tok utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004) kvalitative innholdsanalyse. Innholdsanalyse egner seg til systematisk koding og kategorisering av store informasjonsmengder for å avgjøre trender og mønstre knyttet til begreper som brukes, ved hjelp av frekvens, begrepenes innbyrdes forhold knyttet til strukturer og diskurser i kommunikasjon. Dette ble vurdert som en fruktbar tilnærming, men analysene ble svært detaljerte og uoversiktlige, og det ble vanskelig å skille mellom begrepsfesting av koder og å formulere overgripende tematikk på tvers av datasettene. Ifølge Graneheim et al. (2017) er en risiko ved vektlegging av induksjon å «fanges» i overfladisk strukturering av empiriske sammenfatninger. Dette gir ingen ny innsikt. Det kan videre være en utfordring i kvalitativ innholdsanalyse å ikke fordype seg i tendenser i materialet som tydeliggjøres gjennom frekvens (Vaismoradi et al., 2013). Frekvens er ikke et avgjørende anliggende i tematisk tilnærming. Snarere er det opp til forskeren å avgjøre hva et tema er (Braun & Clarke, 2006; Vaismoradi et al., 2013). I følge (Vaismoradi et al., 2013) markerer dette et skille mellom kvalitativ innholdsanalyse og tematisk analyse. Også Braun & Clarke (2006) advarer mot koding som fører til tap av kontekst.

Tematisk analyse inspirert av Vaismoradi et al. (2013) og Thagaard (2013/2018) ble prøvd ut som en alternativ analytisk tilnærming til materialet. Tematisk analyse gir mulighet til å beskrive og fortolke datamaterialet basert på et epistemologisk utgangspunkt som forstår mening som sosialt konstruert. Tematisk analyse gav muligheter for større fleksibilitet i analyseprosessen enn innholdsanalysen, slik Vaismoradi et al. beskriver (2013) det. En slik tilnærming gjør det mulig å analysere fenomener innenfor den aktuelle konteksten og å kontekstualisere fenomenet som undersøkes. Å knytte fenomenet som utforskes, til en videre kontekst er et av Yins (2014) kriterier til casestudier.

### **Tematisk analyse**

Datamaterialet i delstudie 1 bestod av totalt 94 sider transkribert materiale fra personlig intervjuer med vernepleiere, 33 sider transkribert materiale fra fokusgruppeintervjuer og 126 sider feltnotater som ble renskrevet. Dette var materiale fra to DPSer, som ble samlet i ett dokument med personlige intervjuer av vernepleiere, ett dokument med fokusgruppeintervjuer og ett med deltakende observasjoner. Intervjuer og deltakende observasjoner var ordnet i kronologisk rekkefølge. Materialet ble grundig gjennomlest på jakt etter mønstre i form av sammenfall og skillelinjer i samarbeid mellom vernepleiere og deres samarbeidspartnere. På dette stadiet var det viktig å foreta en åpen analyse og få et overblikk over hele materialet og et umiddelbart inntrykk av mulige tema. Det innebar beskrivelser av detaljerte refleksjoner underveis, samt drøfting om hvordan de ulike datasettene og tema skulle integreres på en strukturert måte mellom stipendiat og veiledere.

Forskningsspørsmål gav grunnlag for fokus for koding av materialet. Det transkriberte intervjumateriale var særlig retningsangivende i analyseprosessen. Det ble gjennomført systematisk koding først av intervjutranskripsjonene med vernepleiere, av fokusgruppeintervjutranskripsjonene og av observasjonsmaterialet. Koding muliggjorde uttrekk av relevant tekst, som ble kondensert. Meningskondensering bidrar til å tydeliggjøre informanternes ytringer (Strøm & Fagermoen, 2012). Kodene ble deretter sortert og utviklet til undertemaer som ble systematisert under temaer (Vaismoradi et al., 2013). (jf. tabell 3.5).

Etter separate analyser av det transkriberte intervjumaterialet, materialet fra fokusgruppeintervjuene og fra feltnotatene fortsatte analyseprosessen på tvers av datasettene ved å sjekke hvordan kodete tekststrukturer undertemaer og temaer «matchet» (Strøm & Fagermoen, 2012, s.539). Denne måten å strukturere materialet på var svært arbeidskrevende, men bidro til å integrere materiale for videre analyse fordi det gjorde det mulig å lese teksten både horisontalt og vertikalt hele datamaterialet sett under ett (Vaismoradi et al., 2013).

Tabell 3.4. Tre ekstrakter fra sammenstilling av tekstutdrag og formulering av tema og undertema, delstudie 1.

Originale feltnotater	Tema: Miljøterapi som fellesfaglig tilnærming	Gruppeintervjuer	Individuelle intervjuer med vernepleiere
	<i>Undertema</i>		
-det er viktig at en ikke bare ser på sykdom og diagnose, men på andre forhold rundt pasienten som kan spille inn. Det er godt når det er andre enn meg som har det perspektivet (sosionom, AAT).	-miljøterapi er viktigst	- Det er en grunnleggende tanke om at et miljø er i seg selv terapeutisk hvis en møter pasienter med de rette holdningene (leder, DPS 1)	-vi tenker utenom det medikamentelle, finne andre årsakssammenhenger, miljøterapi innebærer bl.a. å forstå atferd, kunne fordype deg i det for å forstå hva sammenheng det har (vernepleier, DPS 2)
-«Nå skal vi se på hva pasienten gjør, kanskje det som er mest vanskelig for helsepersonell», sier leder, han ønsker ikke fagbegreper, men konkrete beskrivelser. Leder skriver ned i skjema fortløpende hva personell «ser». Store deler av gruppa bidrar med opplevelser med pasienten. Kan utsagnene sorteres som følelsesstyrte (instinktive), kognitive eller relasjonelle ...? De setter først inn alle setningene (hva de «ser») i skjema, og deretter kategoriseres utsagnene. Målet er å stille en «empatisk» diagnose, som grunnlag for bl.a. miljøterapi (23.4.15, DPS 1)		- det er i miljøet det viktigste skjer det er der pasienter bruker 95% av tiden (leder DPS 1).	- tidligere bestod teamet av 2-3 miljøterapeuter og så en individualterapeut som legger litt føringene. Har gått litt vekk fra det, ikke sånn at psykologspesialisten nødvendigvis går inn og forteller hvordan behandlingene skal være, X og jeg som er på teamet har vel så mye å si egentlig. Behandling er et felles prosjekt og så jobber vi med sammen om å definere det. (vernepleier DPS 1).
-Sitat fra transkribert utsnitt av samtale mellom to vernepleiere og psykolog: «Hvilke ressurser har pasienten», spør VP 1: «Kan X fylle dagene sine med noe			-lislege vil ha oss miljøterapeuter involvert i det meste som skjer, tror det har smitta over på de andre legene at de har endra litt syn på hvor

<p>annet enn tvang, interesse for dyr, kunst. Kan vi få til hensiktsmessige strategier som pasienten kan bruke mer av, aktivitet, atspredelse ...? V2 prater videre om tvang, diagnose... annet i miljøet som kan være mer forstyrrende enn tvangen i seg selv. VP 1: «Godt og trygt å snakke om tvangen... Psykolog sier: borderline... atferdsterapi»... VP 2: Vi bør heller forsterke det som virker for pasienten- høres jeg veldig vernepleierfaglig ut nå? Psykolog: «Nei». (deltakende observasjon 23.3.15, DPS1)</p>			<p>viktige vi er i dette systemet. (vernepleiere DPS 1).</p>
--	--	--	--

Tematisk analyse ble brukt både i analyser av transkribert intervjuermateriale (180 sider) med ledere i delstudie 2 og i analyser av transkribert intervjumateriale (108 sider) med vernepleiere delstudie 3.

Tabell 3.5. Eksemplifisering av tekstutdrag, kondensert tekst, koder, undertema og tema, delstudie 2 og 3.

<b>Tema 1: Oppnå anerkjennelse i samarbeidet</b>			
<b>Tekstutdrag, transkripsjon av intervjuer med vernepleiere</b>	<b>Kondensert tekst</b>	<b>Koder</b>	<b>Undertema</b>
<p>-jeg var den første vernepleieren i 2015, det har aldri før vært vernepleiere i avdelingen -når du har en vernepleierutdannelse så kan du risikere at sykepleiere blir foretrukket -det er noen vernepleierstillinger som har falt ut, da kommer sykepleiere inn -var fullt klar over da jeg fikk jobben at det var en sykepleierjobb  -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</p>	<p>-første ansatte vernepleier i sin profesjon -sykepleiere foretrekkes  -erstatter vernepleiere med sykepleiere -vernepleiere utfører sykepleieroppgaver  -vernepleiere har begrensede karrieremuligheter</p>	<p>Vernepleiere er nykommere  Vernepleiere velges bort Vernepleiere velges bort  Sykepleierstillinger  Begrensede karrieremuligheter</p>	<p>Sykepleiere foretrekkes</p>
<p>- vi må gjøre de tingene vi skal gjøre, ikke si at jeg ikke tør å sette subkutan sprøyte for det har jeg ikke gjort på så lenge. Da blir du ikke tatt på alvor. -hvis du ringer og prøver å få litt hjelp somatisk så sier de: «du burde jo kunne det...», da blir jeg litt liten. Jeg har vært ærlig fra dag en om at dette (somatiske prosedyrer) vil jeg lære mer om.</p>	<p>-vi må gjøre det vi blir satt til  -forventninger om somatiske kunnskaper hos vernepleiere</p>	<p>Å bli tatt på alvor  Bør kunne somatikk</p>	<p>«...du må kunne somatikk for å bli tatt på alvor»</p>

Abduktiv tilnærming er en slutningsform som brukes i situasjoner der en har behov for å forstå eller forklare noe (Kvale & Brinkmann, 2015). Abduktiv tilnærming innebærer en ikke-lineær prosess mellom studier av teori og empiri. 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 under ett (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Fravær av ledelse hos både Abbott og Wenger medførte behov for studier av ledelsesteori. Formulering av koder og tema er inspirert både av forskningslitteratur og av Wengers (2004), Abbotts (1988), og Kooimans (2003) teorier. Kooimans interaksjonsperspektiv (2003) la grunnlag både for en forståelse av samarbeidsprosesser mellom ledere og deres ansatte på mikronivå.

Tabell 3.6. Overordnet fremgangsmåte i analyseprosessen.

Fremgangsmåte	Handling	Beskrivelse	Deltakere
1 Åpen lesning	Grundig gjennomlesning for å gjøre seg kjent med teksten	Søken etter mønstre sammenfall og skillelinjer på tvers av datamaterialet	Doktorgradsstipendiat
2 Koding	Åpen koding av datasettene	Koding var utgangspunkt for uttrekk av relevant tekst som ble kondensert	Doktorgradsstipendiat
3 Formulering av undertemaer	Kodene ble sortert	Kodene dannet grunnlag for formulering av undertemaer	Doktorgradsstipendiat, veiledere, medforfatter
4 Utvikling av temaer	Undertemaene ble systematisert under hovedtemaer	Formulering og omformulering av temaer på bakgrunn av kodede tekstekstrakter, teori og hele materialet sett under ett	Doktorgradsstipendiat, veiledere, medforfatter

### 3.5 Validitet og reliabilitet

Et viktig anliggende i kvalitativ forskning er spørsmål om troverdighet og generaliserbarhet. Det finnes ulike former for validering av en studie. Det omfatter både indre og ytre (ekstern) validering. Reliabilitet angis som et mål på pålitelighet og etterprøvnbarhet (Yin, 2014). Forståelse av disse begrepene danner grunnlag for vurderinger av valg i den foreliggende studien i avsnittene nedenfor.

#### 3.5.1 Validitet

Validering er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet. Validitet dreier seg i bred forstand om hvorvidt en metode undersøker det den har til formål å undersøke (Malterud, 2017). Gyldighet i kvalitative studier er tett knyttet til forskers håndverksmessige kvaliteter gjennom hele undersøkelsesprosessen. Det vil si at håndverket i alle faser avgjør hvor sterk og troverdig kunnskapen eller produktet er (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017)

Arbeidet med gyldighet i denne studien omfatter både kontekst og teoretisk bakgrunn, beskrivelser av metodiske og analytiske spørsmål i studien og studiens utvalg. Det er videre lagt vekt på å gi informantene anledning til å løfte frem tematikk i tillegg til det intervjuguiden legger vekt på. Fremstillinger av resultatene og diskusjoner i artiklene er atskilt så langt som mulig. Det er også lagt vekt på å tydeliggjøre ulike mulige tolkninger av deltakeres ytringer.

Samtaler med aktører innledningsvis med hensyn til utforming av studiens design, samt veiledere og medforfatteres roller som diskusjonspartnere gjennom hele forskningsprosessen, har bidratt til å redusere usikkerhet rundt fortolkninger og legge til rette for refleksiv dataanalyse. Dette innebærer å arbeide både med kommunikativ og pragmatisk validitet.

Kommunikativ validitet dreier seg om å vurdere gyldighet av tolkninger gjennom samtaler med andre. Pragmatisk validitet handler om kunnskapens «brukbarhet» (Malterud, 2017, s. 198). Til syvende og sist er gyldighet av kunnskap avhengig av hvorvidt noen kan bruke den til noe. Uten anvendelighet blir gyldighet av kunnskap svært begrenset (Malterud, 2017).

Studiens gyldighet handler også om de tolkningene undersøkelsen fører til, og begrepet *overførbarhet* basert på den forståelsen forskeren har utviklet innenfor rammen av hvert prosjekt. Det teoretiske rammeverket i de ulike delstudiene er grundig beskrevet. På denne måten tydeliggjøres forskerens egen posisjon og vedkommendes faglige interesser. Forskers forforståelse som høgskolelektor ved en av landets vernepleierutdanninger og faglige bakgrunn som sosiolog har gitt motivasjon til å forske på vernepleieprofesjonen. Sosiologi gir perspektiver på system, organisasjon og samhandlingsmønstre som kan beskrives i termer som status, roller, relasjoner og makt. Forskers faglige forankring som sosiolog bidrar til å farge forskers forforståelse ved at sammenhenger kan tas for gitt. Slike sammenhenger kan fungere som en hindring i å ivareta et refleksivt rom som forsker har ønsket å legge til rette for i intervjuer og deltakende observasjoner. Samtidig har søkelyset på profesjonenes monopolisering av arbeidsoppgaver og maktutøvelse, autoritet og legitimitet bidratt til verdifull innsikt i studiet. Dette teoretiske utgangspunktet gir mulighet for en analytisk generalisering av studien som styrker resultatenes relevans utover de tjenestefeltene som undersøkes.

Indre validitet fremheves som tidligere påpekt ofte som casestudiers styrke. Triangulering av data er et kriterium i casestudier (Yin, 2014). Den viktigste grunnen til å triangulere er å få mer helhetlige svar på komplekse og mangfoldige spørsmål dersom man nærmer seg dem fra ulike innfallsvinkler med ulike metoder (Sverdrup, 2014). Triangulering er med på å styrke slutninger som gjøres på grunnlag av materialet (Yin, 2014). Datakildene som trianguleres i denne studien, er deltakende observasjoner (delstudie 1), individuelle intervjuer (delstudie 1, 2 og 3) og fokusgruppeintervjuer (delstudie 1). Valg av flere metoder bidrar ikke i seg til å veie opp for svakheter ved den enkelte, men hver metode må vurderes for seg (Sverdrup, 2014). Intervjuer med vernepleiere gav mulighet for dybde og fokus fra deres erfaringer i arbeidskonteksten. Hensikten med fokusgruppeintervjuer var å få synspunkter fra andre profesjoner på vernepleiefaglige bidrag i samarbeid og andre forhold som ikke kom frem i de individuelle intervjuene. I tillegg ble det gjennomført deltakende observasjoner. Disse observasjonene gav førstehåndserfaringer om mindre åpenbare sider ved samarbeid som ikke ble fanget opp i intervjusituasjonene. En begrensning med intervjusituasjoner er at de foregår i en mer konstruert sammenheng (Fangen, 2010). Bruk av flere metoder vil kunne veie opp for dette. På denne måten skal metodisk triangulering gi studien kunnskapsmessig merverdi (Malterud, 2017).

### 3.5.2 Intersubjektivitet og refleksivitet

Systematisk utvikling- og håndtering av kunnskaper forutsetter at forsker gjør leser til en informert ledsager med innsikt i de betingelsene kunnskapen er utviklet under. Det kalles intersubjektivitet. Transparens er et annet beslektet akademisk ideal, som innebærer at prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordringer fra andre. I kvalitative studier er intersubjektivitet og systematikk viktigere kriterier enn reproduserbarhet. Målet er ikke å

eliminere forskers betydning, men å synliggjøre denne og åpne for konsekvenser av dette (Malterud, 2017). Dette avsnittet synliggjør viktige overveielser og valg som er tatt underveis i forskningsprosessen, knyttet til studiens kunnskapsutvikling. Forsker har vært opptatt av å kombinere ulike metoder for å ivareta at kunnskaper blir til i et samarbeid mellom deltakere og forsker. Kombinasjon av intervju/samtale og deltakende observasjoner fremheves i forskningslitteratur som et egnet grunnlag for å validere forskers tolkninger.

Individens beskrivelser og erfaringer av sin egen subjektive og intersubjektive virkelighet videreforktolkes når forsker engasjerer seg i og forsøker å utforske og forstå. Dialogisk intersubjektivitet innebærer enighet oppnådd gjennom en rasjonell diskusjon blant dem som fortolker et fenomen. Det kan finne sted som kommunikativ validering blant forskere så vel som mellom forskere og deres subjekter (Kvale & Brinkmann, 2015). Mening og erfaring kan i dette lys forstås som sosialt konstruert og reproduisert (Braun & Clark, 2006). Å oppnå enighet krever imidlertid gjennomtenkt håndtering av både deltakernes og forskers epistemologiske status (Peräkylä & Ruusuvauro, 2018). Det innebærer at man som forsker reflekterer over sine bidrag til produksjon av viten (Brinkmann & Kvale, 2015).

Forsker hadde på basis av delstudie 1, bl.a. en rekke ubesvarte spørsmål knyttet til tematikk som fremkom gjennom materialet, både i deltakende observasjoner, i fokusgruppeintervjuet med ledere og gjennom personlige intervjuer med vernepleiere. Det omfattet tema som omhandlet både utfordringer og muligheter knyttet til ledelse av tverrprofesjonelle grupper, og om lederes og vernepleieres erfaringer med vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med andre profesjoner. En innvending mot å gå videre med innsamling av deltakende observasjoner var at dette materiale gav begrensede beskrivelser av enkeltindividens erfaringer. Både var det vanskelig å få tilgang til samarbeidskontekster som ble vurdert som egnet for deltakende observasjoner, og håndtering av konfidensielle pasientopplysninger bidro sannsynligvis også til å påvirke deltakernes handlinger i de møtene forsker observerte. En viktig forutsetning for triangulering er å produsere mer helhetlige svar på komplekse og mangfoldige spørsmål. Tverrprofesjonelt samarbeid er et slikt fenomen, med mange og ulike interesser knyttet til samarbeidet. Det ble imidlertid besluttet å avgrense videre dataproduksjon til kun bruk av kvalitative intervjuer, med ledere og med vernepleiere. Dette valget førte til et mindre helhetlig bilde av deltakere og samarbeid enn det som ble produsert gjennom deltakende observasjoner og fokusgruppeintervjuer og dermed et smalere utgangspunkt for forskers fortolkninger.

Valg av personlige intervjuer og produksjon av intervjudata gav imidlertid mulighet til å innhente mer dybdekunnskaper om visse tema, med vektlegging av personlige meninger, holdninger og erfaringer hos ledere og hos vernepleiere. Casestudier trekker som tidligere nevnt på en rekke metoder, der samtalebasert dybdeintervju beskrives som en hovedmetode. Denne tilnærmingen er et viktig inntak for å sikre detaljrikdom og for å prøve ut samlede tolkninger og resonnementer (Andersen, 2013, s. 119). Informantenes respons gav mulighet for refleksjon, bevissthet og utvikling av større klarhet hos forsker. Informanter gav også uttrykk for at intervjuene bidro til en bevisstgjøringsprosess hos dem selv om tema de tidligere hadde tenkt lite på. Intervjusituasjonene fungerte på denne måten som et refleksivt rom som inspirerte til selvrefleksjon både hos forsker og hos informanter. Intervjuet som



metodisk tilnærming er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) i en særstilling med hensyn til intersubjektivitet, fordi intervjuet åpner for en meningsforhandling mellom forsker og hans eller hennes subjekter. Å validere innebærer bl.a. å spørre. Informanter var aktive partnere i samtale om «riktige fortolkninger» («medlemsvalidering», Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

Analyser av verbale uttrykksformer nærest mulig informantens uttalelser er egnet til å fremheve hvordan personer skaper mening til begivenheter. Samtidig er det alltid en fare for misforståelser og feiltolkninger mellom forsker og informanter. Forskers anvendelse av teoretisk ramme til fortolkning vil også med en viss sannsynlighet rekke ut over intervjupersonenes selvforståelse, hva de selv føler og mener om et emne og overskride en «common sense» oppfatning. For sterk avhengighet av intersubjektiv validering kan på en annen side tyde på at forsker ikke har tillitt til egne fortolkninger og/eller ikke er villig til å ta ansvar for fortolkningene (Kvale & Brinkmann, 2015). Samarbeid med veiledere og annet forskerfellesskap var en viktig forutsetning for kritisk og positiv feedback på analysen og utvikling av forståelse av fenomenet som ble studert gjennom hele forskningsprosessen.

Forskers innflytelse over forskningsprosessen kan være mest fremtredende i analysefasen (Thagaard, 2018). Tematisk analyse som ble valgt i foreliggende studie, vektlegger latens i vurderinger av hva som regnes som tema i et materiale. Selv om målet har vært å få frem et mangfold i materialet, og holde åpen muligheten for ulike tolkninger, er det andre perspektiver som kunne vært trukket frem enn dem som forsker har vektlagt. Yin (2014) advarer mot utfordringer knyttet til en strategisk fremgangsmåte med forventninger om et informasjonsinnhold i det som undersøkes med utgangspunkt i forskningsspørsmål. Både koding og analyse er teoridrevet, dvs. at forsker på forhånd hatt et ønske om svar på spesifikke spørsmål. Dette ble særlig tydelig for forsker i arbeidet med tematiske formuleringer i intervjuguidene. Samtalen mellom forsker og informant kan bære ufrivillig preg av forskers forforståelse og perspektiver. For nærmere redegjørelse av forskers forforståelse jf. avsnitt 3.5.1. Forskers forforståelse og teoretiske referanseramme kan også ha en tendens til å avgjøre hvilke tekster som velges ut særlig og vektlegges, slike valg vil også ofte bekrefte forskers egne synspunkter. Beskrivelser og fortolkninger av materialet i studien er imidlertid både induktive og deduktive og nært knyttet til kontekst. Forsker har også bestrebet seg på å utvikle en teoretisk forståelse nært knyttet til perspektiver som deltakere i feltet representerer. Slikt valg kan ivareta en rikere og mer detaljert analyse visse aspekter av datamaterialet (Vaismoradi et al., 2013). Forskers analyser, fortolkninger og forståelse vil imidlertid være basert på et «utenfra-perspektiv», som gir en annen forståelse enn det «innenfra-perspektivet» som deltakerne har.

Fortolkende forskning både vedkjenner seg og tar stilling til forskers rolle og motiver. I fortolkende kvalitative tilnærminger er subjektivitet en grunnforutsetning. Målet er ikke å eliminere forskers betydning, men å synliggjøre denne og åpne for konsekvenser av dette (Malterud, 2017). Kommunikativ validering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 326) impliserer ulike deltakere i et valideringsfellesskap. Både informanter og veiledere, fagfeller og vernepleierfaglige utdanningsmiljøer har vært viktige diskusjonspartnere i foreliggende arbeid.

### 3.5.3 Utvalg

Det er flere begrensninger i studiens utvalg med hensyn til skjevheter. Rekruttering av deltakere foregikk i stor grad gjennom ledere, i alle tre tjenestefelt. Med unntak av to vernepleiere og en ergoterapeut var alle lederne sykepleiere. I hvilken grad lederes profesjonsbakgrunn har påvirket valg av deltakere til de ulike studiene er vanskelig å si noe om. Til det er utvalgene for små. Ledernes meninger om hvorvidt studien var av relevans eller ikke, kan ha påvirket lederes rekrutteringsprosess med sine ansatte. Det var en utfordring å komme i kontakt med og å rekruttere vernepleiere i alle tjenestefeltene. Trolig fordi all innledende kontakt foregikk via ledere, men også fordi det var relativt få vernepleiere ansatt i tjenestefeltene som ble kontaktet. Noen av lederne hadde forsker kun kontakt med per mail, med avtale om at de skulle formidle prosjektet videre til aktuelle ansatte. Det var lettere å opprette kontakt, lage avtaler og gjennomføre dataproduksjon med informanter på avdelinger der ledere fremstod som positive til prosjektet og uttrykte et ønske om å bidra. Det ble sammen med informasjon om studiene/innhenting av samtykke utarbeidet inkluderingskriterier av forsker som ble videreformidlet til lederne. Dette skulle danne grunnlag for lederes rekruttering av ansatte. Forsker hadde imidlertid liten innflytelse på hvordan ledere kontaktet sine ansatte og hvilke informasjon som ble gitt. Det kunne være utfordrende å imøtekomme inkluderingskriterier, f.eks. krav om fokusgruppeintervjuer i tverrprofesjonelle grupper grunnet sykepleierfaglig dominans. Ett fokusgruppeintervju ble derfor gjennomført kun med sykepleiere, selv om avtalen med leder var å sette sammen en tverrprofesjonell gruppe.

Sykepleiere deltok i samtlige utvalg, mens andre profesjoner som sosionom, musikkterapeut og ergoterapeut, lege, psykiater, psykolog er representert ved enkelt deltakere i enkelte utvalg. Et bredere tverrprofesjonelt utvalg kunne gitt et mer nyansert bilde av vernepleieres samarbeidspartnere på helse- og omsorgstjenestefeltet, med andre muligheter og utfordringer forstått som forhandlinger enn dem som fremkommer i studien. Forhandlinger om kompetanse og yrkesroller slik de fremkommer i resultatene, er særlig preget av samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. Dette er en svakhet ved studien knyttet til valg av tjenestefelt. Samtidig bidrar dette utgangspunktet til kunnskapsproduksjon om vernepleieres profesjonaliseringsprosesser, som i stor grad har vært nært knyttet til samarbeid med sykepleiere i sykepleierfaglig dominerte tjenestefelt.

### 3.5.4 Reliabilitet

Transkripsjoner av intervjuer fra lydopptak ble gjort umiddelbart for å ta vare på meninger i deltakeres ytringer. Enhver skriftlig fremstilling reduserer likevel mangetydighet og variasjoner i det empiriske materialet (Fangen, 2010). Skriftliggjøring gir innblikk i virkeligheter som ikke fullt ut lar seg oversette og å omforme til ord som får frem mangfoldet. Samlet sett er fremstillingen preget av analyser og tolkninger. Dette er det gjort rede for ved å skille mellom deltakernes og forskers stemme i resultatproduksjon og diskusjon i de tre delstudiene. Det er også tatt sikte på å gjøre lesere til informerte deltakere ved å gi innsikt i de betingelsene kunnskapen er utviklet under.

### 3.6 Etiske overveielser

Forskningsetiske retningslinjer vektlegger verdier som respekt for menneskeverd, den enkeltes integritet, medbestemmelse og vitenskapelig redelighet. Retningslinjene er rådgivende og veiledende. De skal bidra til å utvikle forskningsetisk skjønn og refleksjon, avklare etiske dilemmaer og fremme god vitenskapelig praksis gjennom hele forskningsprosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Studien har godkjenning og tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (ref.nr. 41287).

Forskningsetisk krav om anonymisering av personopplysninger er blitt ivaretatt ved ikke å notere navn på informantene, og å aidentifisere data i notater og i artikler. Dette var utfordrende i DPS (delstudie 1), fordi personalet kunne omtale pasientsensitive opplysninger i møter. Løsningen på dette var at personalgruppene gikk over til å benevne pasienter med bokstaver i stedet for navn. For å imøtekomme krav om anonymitet differensierer fremstillingen av resultater lite mellom informanter og de ulike tjenesteområdene. Mer inngående beskrivelser av personalet som var til stede i møter som observeres, er også utelatt.

Informert samtykke skal innhentes basert på informasjon til deltakere om formålet med og prosedyrene for forskningsprosjektet. Det skal omfatte informasjon om fortrolighet og om hvem som vil få adgang til intervjumaterialet og annet materiale. Slike krav ble ivaretatt i et skriftlig samtykkeskjema om deltakelse i studien til alle deltakerne.

Informasjonsplikten og innhenting av skriftlig samtykke var mest utfordrende å ivareta der det ble gjennomført deltakende observasjoner. Det var også utfordrende for forskeren å notere underveis på møter når deltakere som kom/gikk, ikke visste hva som ble notert, fordi de ikke hadde kunnskaper om studien. Av og til ble informasjon om studien bare distribuert ved å sende rundt informasjonsskriv på lederens initiativ. Noen ganger ble de skriftlige samtykkeskjemaene innhentet i etterkant av gjennomføringen både av deltakende observasjoner og av fokusgruppeintervjuer.

De forskningsetiske kravene ble ivaretatt på en forsvarlig måte. Dette er viktig å ivareta for at ikke forskningsfeltet ødelegges for videre forskning (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016). Med hensyn til konsekvenser av offentliggjøring av studien kan det være en utfordring å vise frem et praksisfelt som beskrives som konfliktfylt. Målet har vært å fremme kunnskaper, ikke å evaluere vernepleieres eller andre profesjoners eller ledes kompetanse og roller, selv om resultatene som fremkommer, kan medføre slike implikasjoner.

Også andre forskere har fremmet casestudiers relevans ved å legge vekt på faglig legitimitet, makt og status i relasjoner mellom helse- og velferdsprofesjoner. Forskingen kan medføre positive virkninger på flere plan. Den kan bidra til kritisk refleksjon rundt tverrprofesjonelt samarbeid både blant vernepleiere i praksis, blant samarbeidspartnere og blant ledere som leder tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjoner. Resultatene kan gi grunnlag for videre debatt om formålet med vernepleien og videreutvikling av vernepleiefaglige forutsetninger for samarbeid på vernepleierutdanningene og i vernepleiefaglige miljøer. Slike diskusjoner er grunnleggende i profesjonaliseringsprosesser.

### 3.7 Metodisk diskusjon

Dette avsnittet diskuterer utforming av de tre delstudiene.

Studien har et avgrenset fokus og design. Den gir følgelig ingen helhetlig eller generaliserbar kunnskap om vernepleieres forhandlinger av egen yrkesrolle og kompetanse på nye arbeidsområder. Det er heller ikke hensikten med denne typen studier. Studien forholder seg i liten grad til en forståelse av vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i forhold til deres tradisjonelle målgruppe. Samtidig har vernepleierutdanningen siden rammeplan fra 1986/87 ikke vært knyttet til omsorg for personer med utviklingshemning spesifikt, men til «personer med sammensatte funksjonsvansker av fysisk, psykisk og sosial karakter» (Messel, 2013, s. 80).

**Delstudie 1** var en kvalitativ enkeltcasestudie. Planen var at alle de tre delstudiene skulle foregå på samme måte. Det ble en del endringer på dette underveis, så derfor er de to andre delstudiene kvalitative intervjustudier av årsaker som beskrives i det følgende.

Grunnlaget for første delstudie var valg av DPS1 basert på skjønnsmessige forhåndskunnskaper om tjenesteområdet gjennom arbeidserfaring på en vernepleierutdanning. Det ble innledningsvis gjennomført et pilotintervju med en vernepleier som arbeidet i DPS1. Vernepleieren ble direkte forespurt om å delta på intervju per e-post, etter at det var innhentet godkjenning fra ledelsen. Intervjuet gav nyttig forhåndsinformasjon om dette tjenesteområdet. Det ble brukt for å utarbeide en intervjuguide til individuelle intervjuer med vernepleiere.

Utgangspunktet for delstudie 1 var at det ville være tilstrekkelig å forholde seg til en DPS. Dette ble endret underveis fordi det var vanskelig å slippe til for å produsere data på arbeidsplassene slik det var planlagt. Det ble også utfordrende å rekruttere det antallet vernepleiere som var planlagt, både fordi det var begrenset med vernepleiere på avdelingene, og i tillegg avsto et par av dem som ble forespurt om å delta. Designet ble derfor utvidet til å omfatte to DPS-er. Denne utvidelsen omfattet både formell innhenting av godkjenning av prosjektet, rekruttering av informanter og orientering om studien i personalgruppene i DPS2. Det var bare én sengepost involvert i DPS2. Ledere på en av sengepostene i DPS2 ble ikke tatt med på drøfting av studiens design slik som i DPS1. Det ble vurdert både som for tidkrevende og uhensiktsmessig å involvere DPS2 i samme grad som DPS1. Innhenting av deltakende observasjoner, individuelle intervjuer med vernepleiere og fokusgruppeintervjuer foregikk i begge DPS-er, med omtrent like store utvalg av vernepleiere i hver DPS. Det ble gjort flest deltakende observasjoner i DPS1. Fokusgruppeintervjuet med både ledergruppe og tverrprofesjonell gruppe fra akutt ambulans team fant også bare sted i DPS1.

I ettertid kan det stilles spørsmål ved valget om å justere designet, særlig fordi datamaterialet fra de to DPS-ene ble relativt omfangsrikt og komplekst. Det ville sannsynligvis vært tilstrekkelig med et utvalg vernepleiere i DPS1 for å belyse forskningsspørsmålene i hele undersøkelsen. Et annet spørsmål er om endringen som ble gjort, tilfredsstillende Yins (2014) krav om stringens i casestudier. Situasjonen som beskrives, er uttrykk for et valg av pragmatisk art i en kompleks og omskiftelig verden. Vekten lå på å produsere beskrivelser som kunne belyse problemstillingen så fullstendig som mulig. Graneheim et al. (2017) fremhever utfordringer knyttet til rekruttering som avgjørende i

vurdering av en studies validitet. Det er grunnleggende å finne deltakere som har erfaringer med fenomenet som undersøkes og som er i stand til å fortelle om det. Siden en overvekt av vernepleieres samarbeidspartnere og ledere i tjenestefeltene som undersøkes er sykepleiere, vil sykepleiers erfaringer kunne tillegges for stor vekt i fremstilling av sine erfaringer med vernepleieres kompetanse og yrkesrolle.

Deltakende observasjoner i delstudie 1 var nyttig i utforming av tematikk i intervjuguider både med vernepleiere og med fokusgrupper med ledere og vernepleieres samarbeidspartnere. Deltakende observasjoner gav imidlertid mer informasjon om andre profesjoners kompetanse og yrkesroller, i særdeleshet sykepleieres, samt om samhandling og arbeidsformer på avdelingene, enn om vernepleieres forhandlinger av kompetanse og yrkesrolle i samarbeidet. En årsak til dette var at vernepleiere sjelden selv var stede på møtene. Dersom det var vernepleiere til stede, var det enten én eller to av dem. De var dermed i mindretall særlig sammenliknet med sykepleiere som var i flertall også sammenliknet med deltakelse av andre profesjoner. Dette representerer en skjevhet i utvalget. Ofte tok vernepleiere heller ikke ordet på møtene. Observasjonsmaterialet er derfor av mindre relevans i lys av forskningsspørsmålene som stilles. Dette er årsaker til at dette materialet i mindre grad enn materiale fra intervjuer brukes i analysen. Utvalg i deltakende observasjoner er ofte et spørsmål om forhandlinger om valg av sted, tid, personer osv. gjennom hele feltarbeidsperioden (Fangen, 2010). I tillegg kan det innvendes at et inklusjonskriterium i deltakende observasjoner burde vært at minst to vernepleiere var til stede på møtene. Samarbeidsmøtene i akutt ambulant team var mindre preget av helse- og medisinskfaglig dominans mht. antall og innspill fra leger, legestudenter, sykepleiere og sykepleierstudenter. Observasjonsdata fra akutt ambulant team fikk derfor bedre frem et mangfold av ulike profesjoners bidrag i samarbeidet enn tverrprofesjonelle samarbeidsmøter på sengeposter.

Materialet i hver enkelt delstudie ble gjennomgått med en tematisk analytisk tilnærming inspirert av Vaismoradi et al. (2013) og Thagaard (2013), for å finne mer overordnede tema på tvers av datasettene. Det innebar både vektlegging av det latente innholdet og tematisering på et høyere abstraksjonsnivå som var tettere knyttet til teoriutvikling. Både induksjon og deduksjon ligger til grunn for abduksjon, det vektlegges derfor å demonstrere hvordan ulike grader av abstraksjon og fortolkning av det empiriske materialet er logisk og sammenfallende gjennom nærmere beskrivelser av analyseprosessen (Graneheim et al., 2017) (jf. avsnitt 3.4). Forankring i sentrale faglige teorier gir et utgangspunkt for å utvikle forståelse av dataene. Teoretiske begreper gjør det også mulig å gjenkjenne mønstre i datamaterialet og knytte perspektiver fra analysen av data til annen relevant teori (Thagaard, 2013; Thagaard, 2018). Teoriutviklingsprosessen bidro til å kontekstualisere resultatene fra de tre delstudiene. Kontekstuelle forhold handlet om ulike samarbeidsformer og faglige føringer for samarbeidet, arbeidsdeling, faglig praksis og kunnskapsutvikling.

En innvending mot temabasert analytisk tilnærming er at informasjon om de enkelte temaene løsrives fra den sammenhengen de er en del av (Thagaard, 2018). Når utsnitt fra tekster fra ulike deltakere sammenliknes, løsrives utsnittene av teksten fra sin opprinnelige sammenheng. Det ble derfor både lagt vekt på å knytte data fra hver enkelt enhet og/eller situasjon til en større sammenheng (gjennomgående fokusområder var ansvars- og arbeidsoppgaver,

kompetanse, samarbeid og roller), men samtidig i relasjon til det miljøet samhandlingen foregikk i (gjennom tre ulike delstudier).

Både prosessen med delstudie 1 og de resultatene som kom frem, gav grunnlag for å endre fokus i den andre delstudien til lederes måter å lede tverrprofesjonelt samarbeid på. Også i denne studien gav egen kjennskap til praksisfeltet utgangspunkt for å ta kontakt med og å rekruttere ledere i flere miljøterapeutiske kommunale tjenesteområder, i de samme to DPS-ene som i delstudie 1, i sykehjem og i miljøterapeutiske tjenester. Et av inklusjonskriteriene var at lederne hadde ulike profesjonsbakgrunner og hadde erfaring med direkte ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper.

Det bød på utfordringer å finne ledere med daglig ansvar for vernepleiere på samtlige av tjenesteområdene, særlig i sykehjem (jf. FOs oversikt over vernepleieres yrkesaktivitet fra 2017). Noen av dem hadde atskillig mindre erfaringer med vernepleiere i tverrfaglig eller tverrprofesjonelt samarbeid enn andre. En annen forskjell var at personalgruppene de ledet, kunne være svært forskjellig sammensatt. Alle lederne hadde personalansvar og mer eller mindre fagutviklingsansvar i personalgruppene, og enkelte ledet mer tverrprofesjonelt sammensatte grupper enn andre. Sammensetning av profesjoner en leder har ansvar for, kan ha konsekvenser for måten det ledes på. Dette er imidlertid ikke vektlagt når det gjelder sammensetting av utvalget.

**Delstudie 2** hadde verken som mål å gi bredt heldekkende svar vedrørende ulike måter å lede på eller fullstendige beskrivelser av mulighetene og utfordringene lederne erfarer i ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid. Oppmerksomheten er særlig rettet mot samarbeid mellom sykepleier og vernepleiere og tematikk knyttet til ledelse som fremkom gjennom delstudie 1 denne kunnskapen var basert både på deltakende observasjoner og fokusgruppeintervjuer der ledere var deltakere. Studien er utforskende og utføres i en bestemt kontekst. Å være tydelig på kontekst kan bidra til å skape intersubjektiv konsistens vedrørende studiets mål og mening (Malterud, 2017). Intervjudata forstås som resultat av sosial interaksjon mellom forsker og den som intervjues. Både forsker og den som intervjues bidrar til de kunnskapene som fremkommer i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Mer kunnskap både hos ledere, vernepleiere, sykepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper er nødvendig for å få et mer helhetlig bilde av utfordringer i ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid i tjenestefelt der vernepleiere arbeider. Denne typen kunnskaper kunne vært utviklet gjennom anvendelse av deltakende observasjoner av ledelse av personalgruppene. Direkte erfaringer kunne bidradd til en bredere forståelse og fortolkning av ledelse knyttet til de ulike tjenestefeltene. Deltakende observasjoner kunne også gitt bedre anledning til å konfrontere lederne med spørsmål på bakgrunn av det som ble observert.

**Delstudie 3** undersøker vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens. Fokus er særlig på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. For å besvare problemstilling og forskningsspørsmål ble det valgt et kvalitativt forskningsdesign med kvalitative forskningsintervjuer for å undersøke enkeltindividers erfaringer. Det var vanskelig å finne vernepleiere på somatiske avdelinger i sykehjem. Bare ett av sykehjemmene hadde to

vernepleiere på samme avdeling. Dette var en skjermet og forsterket avdeling for personer med demens. På de andre sykehjemmene som ble kontaktet, var det bare én vernepleier ansatt. Samtlige jobbet på skjermede eller forsterkede avdelinger for personer med demens. Rekrutteringsprosessen medførte følgelig en avgrensning av fokus til å gjelde skjermede eller forsterkede avdelinger for personer med demens. Som tidligere beskrevet er etterspørsel etter kompetanse på skjermede avdelinger en annen enn på somatiske fordi behovet for tjenester er forskjellig.

Yin (2014) poengterer at analytisk generaliserbarhet er et kjennetegn ved casestudier. Først når resultatene blir analysert og satt inn i en teoretisk sammenheng, vil de kunne ha en viss overførbarhet i analytisk forstand. Selv om det empiriske grunnlaget i studien er basert på «nye arbeidsområder for vernepleiere», vil den teoretiske referanserammen som er utviklet, kunne anvendes også på tverrprofesjonelt samarbeid i andre tjenestefelt.

Studiens utvalg av tjenesteområder og deltakere er avgrenset og skjønnsbasert. Fellesorganisasjonens undersøkelse (2017) viser at hele 20,9 prosent av yrkesaktive vernepleiere arbeider i skole/høgskoler, forvaltning og NAV. Arbeid med barnevern, flyktninger og asylsøkere er andre tjenesteområder som er nye for vernepleiere. Studier i disse tjenesteområdene ville kanskje gitt andre resultater enn de som foreligger her, og de ville trolig i større grad kunne bidratt med mer inngående kunnskaper om vernepleieres sosialfaglige forutsetninger og bidrag i tverrprofesjonelt samarbeid. Vernepleieres breddekompetanse er en viktig del av vernepleierprofesjonens særpreg. Foreliggende studie bidrar først og fremst med kunnskap om vernepleieres forhandlinger av kompetanse slik de selv beskriver dem for å få anerkjennelse og innpass i yrkesroller i tjenestefelt med økende behov for helse- og medisinskfaglig kompetanse. Den bidrar i tillegg til å forstå kompleksitet i tverrprofesjonelt samarbeid og i ledelse av slikt samarbeid.

Historie om vernepleiefagets utvikling og studier av nyere styringsdokumenter har medvirket til å gi mening til og å ramme inne de spørsmålene som stilles til vernepleiere og deres samarbeidspartnere i praksisfeltet. Ofte knyttet studier til implementering av tverrprofesjonelt samarbeid til spørsmål om enkeltprofesjoners aktørskap og styrke til å overkomme institusjonelle barrierer. Et bredere fokus som inkluderer pasienttilfredshet og familie har blitt mer vanlig for å knytte profesjonsfaglige bidrag til utvikling av kvalitet i tjenester. Profesjoners politiske rolle i kamp om hvilke behov som skal tilfredsstilles, hvilke grupper som skal vinne offentlig aksept for problemene sine, og hvordan de bør løses, er viktig. Utfordringer og muligheter knyttet til vernepleieres forhandlinger, for eksempel gjennom fagorganisering og overfor myndigheter, har ikke noen plass i studien. Slike begrensninger preger resultatene i studien.

Utforming av de tre delstudiene medfører noen begrensninger som er utredet ovenfor. Samtidig har metodiske valg gitt grunnlag for å belyse forskningsspørsmålene som reises og dermed imøtekomme målet med studien. Målet har vært å undersøke og analysere hvordan vernepleiere, deres samarbeidspartnere og ledere i tverrprofesjonelt samarbeid beskriver og gir innhold til sammenhenger mellom vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i daglig samarbeid. Studien gir innsikt i viktige faglige forutsetninger for vernepleieres autorisasjon.

Vernepleieres autorisasjonsordning skal både fungere som vern overfor brukere av vernepleietjenester, men også som vern av en lovbeskyttet tittel. Framskrivninger viser at etterspørselen etter helse- og omsorgsarbeidere vil øke i kommunene. Å hegne om dobbeltkompetanse vil kunne gjøre vernepleiere til en etterspurt yrkesgruppe. Studien bidrar til å artikulere og å spesifisere innholdet i vernepleierfaglig kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper i tjenestefeltene som undersøkes.

#### 4. Presentasjon av resultatene

I de tre delstudiene undersøkes og analyseres vernepleieres forhandlinger av kompetanse og yrkesrolle i tre ulike tjenesteområder, fra lederes, vernepleieres og vernepleieres samarbeidspartneres perspektiver i DPS (delstudie 1), fra ledere som leder tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjonsgruppers perspektiver i DPS, demensomsorgen og i kommunale miljøterapeutiske tjenesteområder (delstudie 2) og fra vernepleieres perspektiver på skjermede avdelinger i sykehjem (delstudie 3). Resultatene vil i det følgende presenteres som sammendrag fra de tre artiklene som avhandlingen bygger på.

##### 4.1 Delstudie 1

**Mål:** *Målet med studien* er å undersøke hvordan vernepleiere posisjonerer seg i DPS, og hvordan de samhandler med tilgrensende profesjoner.

**Datainnsamlingsmetode/deltakere:** Individuelle intervjuer med åtte vernepleiere, ett fokusgruppeintervju med sykepleiere, ett fokusgruppeintervju med ledere, ett fokusgruppeintervju med tverrprofesjonell gruppe. 14 timer med deltakende observasjoner i behandlingsmøter/refleksjonsmøter.

**Tema:** Tre hovedtemaer blir identifisert: «*miljøterapi som fellesfaglig tilnærming*», «*vernepleiefaglige særbidrag i DPS*» og «*spenningsfylte relasjoner*».

Det første hovedtemaet, *miljøterapi som fellesfaglig praksis*, illustrerer at lederne har ulike erfaringer med vernepleiere. Noen av lederne sier at sykepleiere og vernepleiere blir foretrukket fremfor andre profesjoner til miljøterapeutisk arbeid grunnet den helse- og medisinskfaglige kompetansen deres. Lederne uttrykker enighet om at ingen profesjon er mer ekspert enn andre i miljøterapi, som er et fellesfaglig hovedfokus på avdelingene. En helhetlig forståelse av pasienter og behandlingsplan ligger til grunn for tverrfaglig samarbeid, der ansattes personlige kvalifikasjoner, interesser og evner overfor pasienter er viktigere enn profesjonsbakgrunn. Resultatene viser en uenighet mellom lederne om vernepleiere har særlige faglige bidrag i samarbeidet. Noen ledere er mer opptatt av sammenfall enn forskjeller mellom sykepleieres og vernepleieres kompetanser. Andre organiserer samarbeid i henhold til det de mener er særlige profesjonsspesifikke ansvars- og arbeidsoppgaver basert på de to profesjonenes ulike kompetanse. Lederne bruker tverrprofesjonelle møtepunkter for å innarbeide felles faglig forståelse mellom profesjonene, og det gjør at profesjonene nærmer seg hverandre faglig. Resultatene fra deltakende observasjoner av tverrfaglige refleksjonsmøter avdekket hvordan anvendelse av et fellesfaglig språk danner utgangspunkt for diagnostisering i samarbeid, gjennom å utarbeide en såkalt «*empatibasert*» diagnose. Dette



er en diagnose som skal tas i betraktning ved videre bearbeidelse av og samarbeid om behandlingsplaner sammen med den medisinske diagnosen.

I det andre hovedtemaet, *vernepleiefaglige bidrag i DPS*, fremgår det at vernepleiere mener å ha særegne profesjonsfaglige bidrag i samarbeidet egnet til å forstå pasienter, spesielt pasienter med dobbeltdiagnoser. Resultatene viser at vernepleieres kunnskaper om kognisjon og atferd, sosialfaglige kunnskaper samt mestrings- og motivasjonsstrategi er viktige for å ivareta pasienter med sammensatte behov for tjenester. Også andre profesjoner bekrefter at de syns vernepleiefaglige bidrag som mestrings- og motivasjonsstrategier er egnet til å gi et mer helhetlig perspektiv på tjenestetilbudet til pasienter. Å legge til rette for hjelp til selvhjelp er en måte å tilnærme seg tjenestemottakere på, og er et faglig bidrag som kan tolkes som vernepleierspesifikt.

Det tredje hovedtemaet, *spenningsfylte relasjoner*, viser at det fortsatt råder en skepsis til ansettelse av vernepleiere på grunn av uklarheter vedrørende kunnskapene deres, og at sykepleiere blir foretrukket i DPS. Dette er begrunnet ved sykepleieres kunnskaper. Forskjellen mellom de to profesjonene er blitt mindre. Det gjør det lettere å samarbeide, slik sykepleiere uttrykker det. Resultatene basert på analyser av fokusgruppeintervjuer peker i samme retning. Aktivitet i både praksis og i møtene som blir observert, er imidlertid preget av sykepleierfaglig dominans. Sykepleiere har ordet mer enn andre faggrupper, og deres måter å arbeide på fungerer som mal for vernepleiere.

**Sammendrag/konklusjon:** Studien konkluderer med at vernepleiere og sykepleiere har samme miljøterapeutiske oppgaver i DPS. I tillegg har sykepleiere en nøkkelrolle i å fordele oppgaver. Vernepleieres forhandlinger finner sted i et spenningsfelt mellom det sykepleierfaglige og mer generelle rettesnorer for miljøarbeidet, og vernepleieres egen faglige kompetanse. Dette gir vernepleiere en ramme for å bidra til videreutvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder i tverrprofesjonelt samarbeid i DPS. Resultatene tyder imidlertid på at vernepleiere tilpasser seg sykepleierfaglig praksis og i mindre grad forhandler frem egne profesjonsspesifikke bidrag i samarbeidet. Resultatene understreker at å tydeliggjøre vernepleiefaglige bidrag og vernepleieres yrkesrolle i samarbeid med andre grupper for å fremme nye måter å samarbeide på, krever tydeligere lederforankring.

## 4.2 Delstudie 2

**Mål:** *Målet med studien* er å undersøke hvordan ledere tilrettelegger for tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper, med særlig vekt på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere.

**Datainnsamlingsmetode/deltakere:** Individuelle intervjuer med elleve ledere, derav syv sykepleiere, tre vernepleiere og en ergoterapeut.

**Tema:** Tre hovedtemaer blir identifisert: «*modes of governance*», «*opportunities and challenges in leadership in interprofessional collaboration*» og «*social educators' opportunities in interprofessional collaboration*».

Det første hovedtemaet, *modes of governance*, viser at et økende krav til fagkompetanse er en årsak til lederne ønske om ansatte med høy formell kompetanse, profesjonsutdanning og helst også en videreutdanning. Det gjør det mulig for ledere å overlate mye av det faglige ansvaret og utforming av tjenestene til personalgruppene. Lederne uttrykker at sterke faglige preferanser hos enkelte ansatte kan komme til å overkjøre andre. Dette fremgår gjennom analysene at noen profesjonsgrupper i mindre grad slipper til med sine synspunkter og ideer. Resultatene viser at slike forhold er i uoverensstemmelse med lederne ansvar for å kvalitetssikre tjenestene, og å utvikle nye måter å koordinere og organisere ansvars- og arbeidsoppgaver mellom personellgrupper på.

Det andre hovedtemaet, *opportunities and challenges in leadership in interprofessional collaboration*, illustrerer nye og andre måter å samarbeide på. Slike måter å samarbeide på kommer frem gjennom tettere involvering av tjenestemottakere. Vurdering av tjenester og evaluering av profesjonell praksis blir knyttet mye tettere opp mot brukeres erfaringer og vurderinger. Større vektlegging av brukerorientering medfører endringer av profesjonsrollen i retning av los- eller medhjelperrollen, der tjenestemottakere i større grad enn tidligere medvirker i faglige kvalitetssikringsprosesser. Dette setter organisatoriske prinsipper om profesjonalitet på prøve og gir nye kvalitative utfordringer for ledere som skal sikre forsvarlige tjenester.

Det tredje hovedtemaet, *social educators' opportunities in interprofessional collaboration*, viser til utfordringer i organisering av tjenester som er vanskelige å løse for lederne. Lederne gir uttrykk for at det har vært særlig utfordrende å håndtere oppfatninger i personalgruppene om at noen ansvars- og arbeidsoppgaver gir mer status enn andre. Slike arbeidsoppgaver blir derfor foretrukket blant ansatte. Personalets oppfatning av at visse ansvars- og arbeidsområder og roller gir mer status enn andre, kan medføre lavere standard på enkelte tjenestefelt. Dette er også en forklaring lederne gir på at vernepleiere ofte fremstår som mer opptatt av å være sykepleiere enn vernepleiere. En konsekvens er at profesjonsspesifikke bidrag ikke kommer til sin rett på den måten lederne ønsker.

Resultatene viser at en diagnosekultur og medisinskfaglige tilnærminger til kunnskap gir noen profesjoner det siste ordet i samarbeidet. Det kan innebære at både ledere og miljøpersonell må innrette seg faglig etter disse profesjonenes kunnskapsgrunnlag.

Behovet for helse- og medisinskfaglig kompetanse og situasjonen med et økende antall tjenestemottakere med sammensatte behov for hjelp, gjør vernepleiere anvendelige i samarbeidet. Vernepleieres anvendelighet kan knyttes til resultatene som fremkommer gjennom lederes beskrivelser av vernepleieres faglige utgangspunkt. Dette blir beskrevet som særlig godt egnet til å vurdere behov hos brukergrupper med komplekse behov for tjenester. Vernepleieres vektlegging av mestring og ressurstenkning og deres «bakoverlente» måte å arbeide på, blir av lederne holdt frem som viktig og nytenkende. Vernepleiefaglige tilnærminger kan utfylle tradisjonelle sykepleiefaglige arbeidsmåter med vekt på pleie, stell og effektivitet.

**Sammendrag/konklusjon:** Studien konkluderer med at lederne balanserer mellom ulike måter å lede på. Selvledelse og samledelse gir stort faglig handlingsrom og styrker både

profesjonsfaglige og brukerorienterte tilnærminger i samarbeidet. Selvledelse og samledelse innebærer større vektlegging av den enkelte tjenesteyters etiske kompetanse og dømmekraft. En konsekvens er at noen faggrupper og profesjonsinteresser vil kunne overkjøre andre. Resultatene viser at slike forhold kan være i uoverensstemmelse med lederes ansvar for å kvalitetssikre tjenestene, og med å utvikle nye måter å koordinere og organisere ansvars- og arbeidsoppgaver mellom personellgrupper på. Studien viser at etablering og integrering av nye profesjonsroller og kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid krever både tydeligere og mer systematisk ledelse. Ledere må også være villige til å gå inn i profesjonsfaglige spenningsfelt for å fremme tverrprofesjonelt samarbeid. Det er behov for mer kunnskaper hos ledere om hvordan man kan utnytte profesjonell komplementaritet og synergier i tverrprofesjonelt samarbeid, og å utvikle nye tilnærminger til roller, ansvar og deling av arbeid. Studien understreker også behov for avklaring av vernepleieres rolle og kompetanse for at ledere skal kunne disponere vernepleieres bidrag, særlig på tjenesteområder som tradisjonelt har vært dominert av sykepleiere og andre medisinske- og helsefaglige profesjonsgrupper.

### 4.3 Delstudie 3

**Mål:** *Målet med studien* er å undersøke vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens. Fokus er særlig på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere.

**Datainnsamlingsmetode/deltakere:** Individuelle intervjuer med ti vernepleiere.

**Tema:** Tre hovedtemaer blir identifisert: «å oppnå anerkjennelse i samarbeidet», «gjensidig engasjement» og «vernepleiefaglig meningsforhandling».

I det første hovedtemaet, *å oppnå anerkjennelse i samarbeidet*, relateres resultatene til vernepleieres erfaringer med ansettelse i sykepleierstillinger på sykehjem. Til tross for at vernepleiere får samme ansvars- og arbeidsoppgaver som sykepleiere, viser resultatene at de ikke har muligheter til å gjøre karriere på linje med sykepleiere. Dette er en grunn til at vernepleiere kan foretrekke sitt eget tradisjonelle arbeidsområde, nemlig tjenester til personer med utviklingshemning fordi de har karrieremuligheter der. Vernepleieres erfaringer viser at det er avgjørende å bygge opp tillit hos samarbeidspartnere ved å fremstå som helse- og medisinskfaglig kompetente. Å fremstå som «nestensykepleiere» kan medføre negativ omtale av eget kunnskapsgrunnlag. Resultatene understreker at enkelte vernepleiere opplever at medisinskfaglig kompetanse er grunnleggende for å innfri andre yrkes- og profesjonsgruppers, pasienters og pårørendes forventninger til yrkesrollen de har i demensomsorgen.

I det andre hovedtemaet, *gjensidig engasjement*, blir det lagt vekt på at vernepleierne opplever at de samarbeider godt med andre yrkes- og profesjonsgrupper. Vernepleierne sier at det er viktig å dra nytte av hverandre og fremme en likeverdighet i samarbeidet. Ulike kunnskapsgrunnlag i personalgruppene kan likevel føre til motsetningsforhold i samarbeidet. Utsagn peker på at både vernepleiere og sykepleiere etterlyser flere felles arenaer for refleksjon og kunnskapsutveksling. Vernepleiere gir uttrykk for at det er viktig for dem å være «samarbeidspartner» å utforme egen yrkesrolle i demensomsorgen.

Det tredje hovedtemaet, *vernepleiefaglig meningsforhandling*, viser at vernepleierne ofte er eneste vernepleier på avdelingene der de arbeider. Dette gjør det utfordrende både å skape seg rom for særlige vernepleiefaglige kunnskaper og å utvikle egen yrkesrolle i samarbeidet med andre yrkes- og profesjonsgrupper. Vernepleierne peker på at kunnskap om betydningen av relasjoner mellom pasienter og personalet er underkommunisert i samarbeidet. Både denne kompetansen og annen vernepleiefaglig kompetanse, som juridisk og etisk kompetanse, får liten plass.

**Sammendrag/konklusjon:** Studien konkluderer med at vernepleieres kompetanse i liten grad kommer til anvendelse i arbeidshverdager i skjermede avdelinger for personer med demens. Vernepleiere erfarer «nestensykepleierrollen» er sentral for å vinne respekt, får ansvar og posisjonerer seg i samarbeidet. Resultatene viser at vernepleiere opplever seg selv som partnere i samarbeidet. Dette gjelder både overfor tjenestemottakere og andre yrkes- og profesjonsgrupper. Å identifisere seg som samarbeidspartner kan bidra til dialog og handlingsrom/medvirkning i tverrprofesjonelt samarbeid, og til å jevne ut skillet mellom ulike profesjoner. Særlig i møte med behov for komplekse tjenester viser vernepleiere evne til å integrere ulike typer kompetanser i samarbeidet. Vernepleiere etterlyser større rom for profesjonsfaglig refleksjon rundt miljøarbeid, relevante vernepleiefaglige bidrag og miljøarbeiderrollen. Studien viser at denne kompetansen i liten grad kommer til anvendelse i arbeidshverdager i skjermede avdelinger for personer med demens. Dette gir utfordringer knyttet til faglige utviklingsmuligheter som kan bidra til å styrke vernepleiernes yrkesrolle som miljøarbeider. Det gir også utfordringer med hensyn til hvordan kvalitet i tverrprofesjonelt samarbeid kan styrkes slik at fagfeltet bedre kan benytte sosialfaglige tilnærminger i tjenesteutforming til personer med demens.

#### 4.4 Oppsummering av resultater fra de tre delstudiene

De tre delstudiene viser at vernepleiernes helse- og medisinskfaglige kompetanse er vesentlig for å få tilgang til nye ansvars- og arbeidsoppgaver og roller i de tjenesteområdene som undersøkes. Det tverrprofesjonelle samarbeidet i tjenesteområdene preges av helse- og medisinskfaglig dominans, og dette er en mulig forklaring på hvorfor vernepleierne innordner seg mer etter sykepleierfaglige føringer og måter å arbeide på enn å forhandle frem et eget kompetansegrunnlag og en særegen vernepleiefaglig yrkesrolle.

Mangelfull vernepleiefaglig forankring i samarbeidet med andre yrkes- og profesjonsgrupper forsterkes når ledere, gjennom selvledelse og samledelse i stor grad overlater til profesjonene selv å fremme egne profesjonsspesifikke bidrag. En følge av dette er at noen profesjoner kan overkjøre eller dominere andre. Lederne møter motstand fra dominerende profesjonsgrupper når de prøver å integrere ulike profesjoner for å etablere nye roller og ny kompetanse. Ledelse spiller en viktig rolle både med hensyn til å tilrettelegge for tverrprofesjonell bredde, og i å klargjøre vernepleieres rolle i tjenestefelt som tradisjonelt har vært dominert av andre helse- og medisinskfaglige profesjoner.

Vernepleierne etterlyser større handlingsrom i samarbeidet rundt miljøarbeid og relevante vernepleiefaglige bidrag og miljøarbeiderrollen. Vernepleiernes toleranse for og vilje til å identifisere seg med andres faglige tilnærminger og yrkesroller kommer til uttrykk i

beskrivelsen av en «samarbeidspartnerrolle». En partnerrolle kan samtidig innebære utfordringer for vernepleiere ved at de underordnes andre yrkesgruppers dominerende status og rolle. Dette kan gjøre det utfordrende å ta eierskap over arbeidsoppgaver de mener at de har spesielt gode forutsetninger for å ivareta. Resultatene viser at det er en forbindelse mellom vernepleieres sammensatte og brede kompetansegrunnlag og vernepleieres beskrivelser av ulike yrkesroller. Vernepleieres beskrivelser er i hovedsak handlingsrettet, der rollen deres knyttes til å få arbeidet gjort.

Tabell 4.7 Oppsummering av de tre delstudiene: mål, datainnsamlingsmetode/deltakere.

Delstudie	Mål	Datinnsamlingsmetode/ deltakere	Tema	Oppsummering/ konklusjon
<b>Delstudie 1</b>	<i>Målet med studien er å undersøke hvordan vernepleiere posisjonerer seg i DPS, og hvordan de samhandler med tilgrensende profesjoner.</i>	Individuelle intervjuer med vernepleiere, N=8 Fokussgruppintervjuer: ett med ledere, N= 7, ett med sykepleiere, N=4, ett med tverrprofesjonelle personalgruppe, N=5, psykolog, psykiater, sosionom, musikkterapeut og sykepleiere Deltakende observasjoner til sammen DPS1, DPS2:14 timer.	«Miljøterapi som fellesfaglig tilnærming», «Vernepleiefaglige særbidrag i DPS» og «Spenningsfylte relasjoner».	Vernepleieres forhandlinger finner sted i et spenningsfelt mellom det sykepleierfaglige og mer generelle rettesnorer for miljøarbeidet, og vernepleieres egen faglige kompetanse. Vernepleiere kan bidra med kunnskaper som egner seg til å gi et mer helhetlig perspektiv på tjenestetilbud til pasienter. Vernepleiere tilpasser seg mer sykepleiefaglig praksis og kunnskapsgrunnlag enn å forhandle frem egne profesjonsspesifikke bidrag i samarbeidet.
<b>Delstudie 2</b>	<i>Målet med studien er å undersøke hvordan ledere tilrettelegger for tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper, med særlig vekt på samarbeid mellom verne- og sykepleiere.</i>	Individuelle intervjuer med ledere, N=11	“Modes of governance”, “Opportunities and challenges in leadership in interprofessional collaboration”, “Social educators’ opportunities in interprofessional collaboration”	Etablering og integrering av nye profesjonsroller og kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid krever både tydeligere og mer systematisk ledelse. Det er behov for nærmere avklaring av vernepleieres rolle og kompetanse for at ledere skal kunne disponere vernepleieres bidrag i tverrprofesjonelt samarbeid.
<b>Delstudie 3</b>	<i>Målet med studien er å undersøke vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og</i>	Individuelle intervjuer med vernepleiere, N=10	«Å oppnå anerkjennelse i samarbeidet», «Gjensidig engasjement» og	Vernepleieres faglige bidrag og yrkesroller står under press i samarbeidet med andre yrkes- og profesjonsgrupper.

	yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens. Fokus er særlig på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere.		«Vernepleiefaglig meningsforhandling»	Vernepleierne etterlyser større rom for vernepleierfaglige bidrag, refleksjon om roller og innhold i miljøarbeid.
--	---	--	---------------------------------------	---

Fremstillingen så langt har gitt et bilde av vernepleieres forhandlinger om å få anerkjennelse og innpass i yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid og lederes tilrettelegging av samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper. På bakgrunn av resultatene beskrives hvilke utfordringer vernepleiere møter, hvordan de beskriver egne faglige bidrag, og hvordan de gir mening til sin egen yrkesrolle i nye tverrprofesjonelle samarbeidsrelasjoner. I det følgende er målet å gå nærmere inn på sentrale spørsmål knyttet til resultatene. Dette gjøres ved hjelp av perspektiver og teorier som er redegjort for i avhandlingens første del.

## 5 Drøfting av resultatene

Målet med avhandlingen er, med utgangspunkt i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenestefeltet, å bidra til kunnskapsutvikling om vernepleieres kompetanse og yrkesrolle. Den overordnede problemstillingen er: *Hvordan forhandler vernepleiere egen kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenester?* Problemstillingen er besvart gjennom tre delstudier. Den første delstudien undersøker hvordan vernepleiere forhandler egen kompetanse og yrkesrolle og posisjonerer seg overfor andre profesjoner i distriktpsikiatriske sentre (DPS). Den andre delstudien undersøker hvordan ledere tilrettelegger for tverrprofesjonelt samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenester, med et særlig fokus på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. Den tredje delstudien undersøker hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer egne faglige bidrag og yrkesrolle i tverrprofesjonelle samarbeidsrelasjoner i tjenesteutforming til personer med demens på kommunale sykehjemsavdelinger. Hovedresultatene fra de tre delstudiene i avhandlingen bygger på, studiens teoretiske og analytiske perspektiver og tidligere forskning gir grunnlag for formulering av tre tema: vernepleieres forhandlinger om posisjon i samarbeidet, lederes tilrettelegging av tverrprofesjonelt samarbeid og vernepleierfaglige yrkesroller. Disse temaene blir diskutert i det følgende. Det første temaet omhandler vernepleieres forhandlinger om egen kompetanse og posisjonering i samarbeidet. Dette knyttes både til vernepleieres helse- og medisinskfaglige kunnskaper, og til nye muligheter for samarbeid med helse- og medisinskfaglige yrkes- og profesjonsgrupper i grenseområder. Det andre temaet knyttes til lederes tilrettelegging av tverrprofesjonelt samarbeid med fokus på utvikling av nye roller, innføring av ny kunnskap og utvikling av nye måter å samarbeide på. Det tredje temaet dreier seg om behov for utforming av nye roller i tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og omsorgstjenester. Dette temaet belyser profesjonaliseringsprosesser hos vernepleiere som bidrar til å stille spørsmål ved i hvilken grad vernepleieres sammensatte kompetanse og ulike yrkesroller lar seg forhandle i nye tjenesteområder. De tre temaene besvarer til sammen avhandlingens overordnede problemstilling om hvordan vernepleiere forhandler egen

kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsroller i helse- og omsorgstjenestene.

## 5.1 Vernepleiefaglige forhandlinger om posisjon i samarbeid

Viktige spørsmål som behandles av flere teoretikere er hvordan forholdet mellom profesjon, kompetanse, oppgaver, ansvar og roller utfordres ved nye samhandlingsformer i helse- og omsorgstjenestene, og hvordan ulike former for kompetanse kan samspille på gode og dynamiske måter (Schot et al., 2019). Vernepleierprofesjonens historie er preget av å ha vært i «støpeskjeen» faglig i en årrekke (Horndalen, 2001; Messel, 2013).

### 5.1.1 Vernepleieres legitimering av helsefaglige kunnskaper

Resultatene viser at vernepleiere får innpass av andre profesjoner i de tjenesteområdene studien omfatter gjennom å dekke helse- og medisinskfaglige arbeidsoppgaver. Det råder samtidig en usikkerhet hos vernepleieres samarbeidspartnere om hva som kan forventes av vernepleiere faglig, slik det fremkommer i DPS (delstudie 1). Usikkerheten kan skyldes ulike forhold. En hovedtendens i resultatene er at både vernepleiere og samarbeidspartnere forteller at vernepleiere ofte kommer til kort i utførelse av somatiske prosedyrer i samarbeid med andre helse- og medisinskfaglige profesjoner, og i særdeleshet i samarbeid dominert av sykepleiere. Disse resultatene er ikke så overraskende sett i lys av at vernepleiere ofte ansettes i stillinger der man utlyser etter sykepleier/vernepleier, med forventninger om å kunne ivareta ansvars- og arbeidsoppgaver på linje med sykepleiere i DPS og i sykehjem (delstudie 1, 3). Krav til spesialisert somatisk kompetanse har vært økende i alle tjenesteområdene som undersøkes. Også sykepleiere trenger mer opplæring i praksis som en kvensekvens av krav om utførelse av stadig mer avanserte somatiske prosedyrer i tjenestene. Behov for faglig omstillingsarbeid innebærer både å foredle omsorgstjenestens pleiefaglige arbeid, men også å ta i bruk bredere tverrfaglig kompetanse som rehabilitering og nettverksarbeid (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Vernepleieres sosialfaglige kunnskap blir i liten grad tillagt betydning i slike settinger. Også Terum og Nesjes (2014) gjennomgang av stillingsutlysninger tyder på at vernepleieres kompetanse i økende grad etterspørres sammen med sykepleieres, men fortrinnsvis den helse- og medisinskfaglige kompetansen. Tilsvarende tendens fremkommer i personelloversikter i distrikpsykiatriske sentre, heller ikke her skilles det mellom de to profesjonene (Helsedirektoratet, 2019). Studier (Steihaug et al., 2016) indikerer at når medisinske tema dominerer samarbeidet har det en tendens til å gå på bekostning av annet kunnskapsgrunnlag.

Resultatene (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3) viser at når helse- og medisinskfaglig kompetanse vektlegges, kan det lett bli ensidig vektlegging av individets kropp (soma), slik at andre faktorer (psyke) blir mindre synlige. Vernepleieres helsefaglige kompetanse er imidlertid en del av vernepleieres totale kompetanse. Når helse- og sykdom skal forstås, vil, ifølge FO (2019), vernepleiere: «... i mindre grad reflekterer over hva som ligger bak prosedyren, hva og hvorfor vi gjør dette, for eksempel hvordan ser anatomien ut, farmakologiske hensyn, pleiefaktorer». Habilitering, rehabilitering og miljøarbeid er sentralt i vernepleieres arbeid og kompetanse (Brask et al., 2016; Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Resultatene fra de tre delstudiene viser at slik kunnskap hos vernepleiere kommer til anvendelse i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper om



tjenestetilbud til pasienter. Det understrekes fra flere hold (Brask et al., 2016; Ellingsen, 2014b; FO, 2017) at vernepleieres breddekompetanse har gitt vernepleie en særstilling som både er villet og initiert fra profesjonens side. Resultatene fra DPS, i delstudie 1, og fra sykehjem, i delstudie 3, viser imidlertid at vernepleiere er relativt alene om å mene at en slik form for kompetanse gir dem særlige faglige fortrinn. Det kan være flere årsaker til dette. Semiprofesjoners vitenskapsgrunnlag er noe mer diffust og tverrvitenskapelig enn hos såkalte klassiske profesjoner. Det gjør det mer utfordrende å skille mellom spesifikke profesjonsfaglige bidrag i samarbeidet. Økende vektlegging på gruppefunksjon og ferdigheter fremfor tydeliggjøring av særegne profesjonsfaglige enkeltbidrag kjennetegner utvikling av en rekke velferdsprofesjoner (Nancarrow & Borthwick, 2016; Zeitler, 2016). Dette er også et kjennetegn ved generalistkompetanse (Zeitler, 2016), og kan være en medvirkende grunn til mangel på særlig anerkjennelse av vernepleierfaglig kompetanse. Dette fremkommer spesielt i delstudie 1 og 3. Flere studier (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Pruijssers et al., 2011) viser til at sykepleieres og sosialarbeidere/vernepleiere kunnskapsområder og arbeidsoppgaver sammenfaller, dette gir grunnlag for å beskrive begge profesjoner som «sykepleiere» (Prujssers et al., 2011). To profesjoner kan ha samme myndighetsområde. Det betinger imidlertid at kunnskaps- og arbeidsområder betraktes som selvstendig i forhold til hverandre (Abbott, 1988).

Løkke og Salthe (2012) etterlyser større vektlegging i vernepleiefaglig praksis når det gjelder å kunne argumentere for hva en gjør før en gjør det, og at det faktisk er konsistens mellom det som gjøres og det som sies som profesjonsutøver. De viser til behov for klargjøring som inkluderer både normative og empiriske premisser for vernepleierfaglig målrettet tiltaksarbeid. Ifølge Isaksen (2019, s. 11) er: «Evnene til å være analytisk og systematisk noe av det vernepleiere skal kjennetegnes av». Identifisering og kopling mellom særegne ansvars- og arbeidsoppgaver og et profesjonsspesifikt kunnskapsgrunnlag har tradisjonelt bidradd til å skille profesjonelt arbeid fra ufaglært arbeid (Abbott, 1988). Også studier av RNID (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Cleary & Doody, 2016) understreker behov for større bevissthet hos helse- og sosialfaglige profesjonsgrupper rundt egne faglige bidrag i samarbeid med andre profesjoner for å kunne posisjonere seg i samarbeid. Særlig fremheves deres sosialfaglige forutsetninger for å ivareta og utvikle personsentrerte tilnærminger i tverrprofesjonelt samarbeid (Cleary & Doody, 2016; Doody et al., 2017). Flere studier peker på behov for reforhandlinger av roller og posisjoner i praksis for å styrke utvikling av nye tverrprofesjonelle samarbeidsområder i helse- og omsorgstjenester (Goldman et al., 2016; Reeves & Lewin, 2004).

Resultatene fra DPS og fra sykehjem, indikerer at vernepleierne i stor grad innordner seg etter sykepleiefaglige tilnærminger og deres måter å arbeide på. Dette velges fremfor egen måte å utøve egen yrkesrolle på. Motstand mot tverrprofesjonelt samarbeid skapes av atferd og holdninger hos samarbeidspartnere. Dette har en tendens både til å forsterke maktrelasjoner og det representerer en trussel for profesjonell identitet (Thomson et al., 2015). Et nyere landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming viser mangelfull helsefaglig oppfølging (Helsetilsynet, 2017). Når graverende, kritikkverdig helsefaglig praksis assosieres med vernepleieres tradisjonelle



yrkesområde, svekker det vernepleiefaglig legitimitet. Dette kan gi grunnlag for å foretrekke sykepleiere fremfor vernepleiere også i slike tjenesteområder (Helsetilsynet, 2017; Nasjonalt kompetansesenter om utviklingshemning (NAKU), 2018). Slike forhold bidrar til å devaluere vernepleien. Andre studier beskriver uklarheter og/eller stereotype disiplinære forestillinger rundt helse- og sosialfaglige profesjoners faglige forankring og yrkesrolle i samarbeidet som årsak til andre yrkes- og profesjonsgruppers mistillit (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Chong et al., 2013; Martin et al., 2010; Regan et al., 2015; Russell et al., 2006; Thomson et al., 2015). Endringer i et profesjonssystem kan skje gjennom myndigheters åpning eller lukking av områder for jurisdiksjon, men også ved at profesjoner søker nytt terreng (Abbott, 1988). Tilliten som profesjonene kollektivt tilkjennes gjennom sin offentlige status, bekreftes og reproduseres imidlertid også i samhandling med andre faggrupper og profesjoner.

Selv om vernepleiere arbeider med noen av de samme ansvars- og arbeidsoppgavene som sykepleiere, er de avskåret fra sykepleieres muligheter for kvalifisering og å gjøre faglig karriere. Dette gjelder for eksempel i sykepleier 1-stillinger som har et overordnet fagansvar på avdelinger for personer med demens (sykehjem, delstudie 3). En forutsetning for intern profesjonell kontroll er at profesjoner har autonomi i utførelse av arbeidsoppgavene sine (Abbott, 1988). Sosialfaglig kunnskap har tradisjonelt vært mer åpent for innsyn enn for eksempel medisinsk og helsefaglig kunnskap (Kaplan & Andersen, 2013). I resultatene kommer dette til uttrykk blant annet ved at kunnskaper som vernepleiere mener er profesjonsspesifikke, beskrives som «fellesfaglige tilnærming» av ledere. Fellesfaglig praksis synes å bidra til å usynliggjøre vernepleierspesifikk kompetanse og å viske ut faglige grenser mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjoner og fordeling av ansvars- og arbeidsoppgaver i samarbeid DPS og i sykehjem (delstudie 1, 3). Mindre konkurranse mellom profesjoner knyttet til posisjonering og fordeling av ansvars- og arbeidsoppgaver kan åpne for mer demokratiske prosesser og synergier av enkeltkomponenter for å oppnå felles mål med samarbeidet, slik helsepolitiske føringer presiserer (Goldman et al., 2016; Nancarrow & Borthwick, 2016; Schot et al., 2019; Tonkens, 2016). Når sosialfaglig kompetanse omtales av ledere og profesjonsgrupper som samarbeider med vernepleiere, ses den som et ønsket, men ikke avgjørende element i samarbeidet. Dette kommer for eksempel til syne i utforming av behandlingsplaner i DPS der helse- og medisinskfaglig kunnskap har forrang (delstudie 1). Slike resultater viser en konkurranse om nøkkelroller. Nøkkelroller i samarbeidet knyttes til spesifikke kunnskapsdomener og oppgaveområder som innebærer mer status enn andre (Nancarrow & Borthwick, 2016). Resultater i foreliggende studie tyder på at både somatiske oppgaver og terapeutiske samtaler med pasienter er slike områder (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2). Både i DPS, delstudie 1 og i ledelsestudien, delstudie 2 gis det eksempler på hvordan arbeidsfordeling knyttes til status og maktforhold i samarbeid. Slike forhold bidrar til å begrense ny fordeling av arbeidsoppgaver og utvikling av nye roller på tvers av profesjonsgrenser (Abbott, 1988). Andre studier viser tilsvarende tendens (Martin et al., 2010; Oliveira, 2017; Rieck, 2014; Steihaug et al., 2016; Xyrichis et al., 2017). Det er først og fremst mer perifere ufaglærte roller og arbeidsoppgaver som forhandles i tverrprofesjonelt samarbeid (Nancarrow & Borthwick, 2016). I foreliggende studie er slike arbeidsoppgaver fortrinnsvis knyttet til miljøarbeiderrollen og miljøarbeid (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3). Beskrivelser av miljøarbeid varierer ifølge Brask et al. (2016), det kan

gjøre det utfordrende å beskrive hva det dreier seg om. Diffuse problemområder har tradisjonelt hatt svake profesjonaliseringsbetingelser (Stichweh, 2008).

Vernepleiere har vært faglig tilpasningsdyktige, og dermed anvendelige og etterspurt i mange og ulike tjenesteområder (Ellingsen & Dahlen, 2012). Det er først og fremst gjennom et systematisk endringsarbeid at vernepleiere kan utfolde profesjonelle kvalifikasjoner og at vernepleierkompetansen kommer til sin rett (Askheim & Andersen, 2001; Løkke & Salthe, 2012). Sosialfaglige profesjoners inntreden i helse- og medisinskfaglig dominerte arbeidsområder kan gi en utvidet forståelse av disse profesjonenes yrkesrolle og kompetansegrunnlag i samarbeid med tradisjonelle helse- og medisinskfaglige profesjoner. Det er imidlertid nødvendig med forhandlinger (Nelson, 2016; O'Connor & Carey, 2017; Smith-Carrier & Neysmith, 2014). Sosialfaglige profesjoner må være ekstra flittige med å demonstrere verdien av deres faglige bidrag i praksis (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Våre resultater indikerer at vernepleieres kompetanse kan representere et endringspotensiale både i diagnostisering- og behandling av pasienter med psykiske lidelser og atferdsutfordringer (DPS, delstudie 1, ledelsesstudien, delstudie 2), ved større vektlegging av miljøfaktorer i behandling (delstudie 3). Dette finner støtte i Pruijssers et al. (2011) studie, som fremhever helse- og sosialfaglige profesjoners kunnskaper om atferd og kommunikasjon og om andre og tilgrensende tjenester kan bidra til å øke kvaliteten i dette tjenestefeltet. Resultater viser at slik kunnskap i liten grad forhandles av vernepleiere overfor samarbeidsaktører i tjenestefeltene som undersøkes.

Både vernepleie og RNID har kjempet for å beholde deres profesjonelle jurisdiksjon og for å hevde egne rettigheter som profesjon, dette har medført behov for å redefinere både yrkesrolle og funksjon, og å innrette praksis på nye og ukjente omsorgsarenaer (Doody et al., 2017; McCray, 2003; Sheerin, 2008; Terum & Heggen, 2015; Terum & Nesje, 2014; Utvær, 1995). Denne kampen har de i stor grad kjempet i tilknytning til deres sykepleierfaglige utgangspunkt. Resultater fra delstudie 2 (ledelsestudie) peker på at vernepleiere er mer opptatt av å være sykepleiere enn vernepleiere. Et sykepleierfaglig kunnskapsgrunnlag har ivaretatt sosial prestisje, samt karrieremuligheter og utdanning, fordi sykepleie har representert en sterk fagtradisjon i begge landene (Doody et al., 2019; Messel, 2013; Sheerin, 2008; Torp, 2010). Resultater (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3) viser at sykepleiere har rådgivende kontroll over visse deler av arbeidet til vernepleiere. Tradisjonelle medisinskfaglige tilnærminger i sykepleiens kompetansegrunnlag har imidlertid stått i et motsetningsforhold til både RNIDs og vernepleieres egenart og utgangspunkt for praksis. Studier (Cleary & Doody, 2016; Doody et al., 2016; Doody et al., 2019; Terum & Heggen, 2015) understreker at det er denne egenarten som gir profesjonene gode forutsetninger for å kunne møte fremtidige og nye behov for tjenester. En konsekvens av at vernepleiere foretrekker sykepleierfaglige ansvars- og arbeidsoppgaver kan være at deres profesjonsspesifikke kunnskaper ikke kommer til sin rett gjennom kvalitetssikring av tjenesteområder som kunne bidratt til å legitimere profesjonen i samarbeidet. Klientdifferensiering er et av Abbotts (1988) myndighetsområder. Klientdifferensiering knytter seg til egenskaper ved klientellet. Profesjonsgrupper som foretrekker visse ansvars- og arbeidsoppgaver og klienter fremfor andre, kan medføre lavere

standard på enkelte tjenestefelt. Resultater tyder på at komplekse tjenestefelt er ett slikt område.

Resultatene indikerer at vernepleieres kunnskapsgrunnlag i liten grad er utgangspunkt for samarbeid. Vernepleiere har ikke spesifikke rettigheter til å utføre oppgaver basert på ett spesialisert kunnskapsdomene (Brask et al., 2016). Dette har tradisjonelt gitt dem lite kontroll i samarbeid (Utvær, 1995). Også studier av vernepleieres rolle og status i skolen bekrefter dette (Gjertsen, Hansen & Juberg, 2018; Waale, 2008). En konsekvens kan være opplevelse av underordning og å komme til kort hos vernepleiere. Dette kan føre til at de foretrekker sitt tradisjonelle tjenesteområde der de opplever bedre samsvar mellom eget kompetansebidrag og behov for tjenester, slik det fremkommer i våre resultater fra sykehjem (delstudie 3). FOs (2017) undersøkelse understøtter tilsvarende tendens. Spørsmålet er om dette vil bidra til å styrke eller svekke vernepleien som profesjon, slik det har vært debattert i vernepleierfaglige miljøer rundt utforming av ny forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (Halvorsen & Løkke, 2018). Institusjonalisering av en yrkesgruppe som en profesjon kan ses som en samfunnskontrakt der yrkesgruppen på den ene siden forplikter seg til å tjene visse allmenne interesser, og på den andre har særinteresser. Det kan stilles spørsmål ved om et «uegennyttig fokus» og altruistiske handlinger (Isaksen, 2019, s. 39) hos vernepleiere er tilstrekkelig til å vinne anerkjennelse og å styrke vernepleie som profesjon. En yrkesgruppe må ha utviklet en kollektiv selvforståelse for å vinne anerkjennelse og å være verdig til mandatet til å være autoritativ innenfor et oppgaveområde (Molander & Terum, 2008). Det er nokså stor variasjon mellom ulike vernepleierutdanningers oppfatninger om hva kjernen i vernepleierfaget er. Grung (2019, s. 20) fremhever at motsetninger i det vernepleierfaglige miljøet med mangelfulle faglige diskusjoner har vært faglig hemmende innenfor rammeplanens hovedemner miljøarbeid, rehabilitering og habilitering. Dette er beskrevet som kjerneområder for vernepleieres yrkesaktivitet (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Siden utdanningsinstitusjoner er viktige leverandører av premisser til praksisfeltet er dette problematisk (Grung, 2019).

#### 5.1.2 Vernepleieres forhandlinger i grenseområder

Det kan være nærliggende å tenke at økende behov for kompleksitet og oppgaver vil fremtvinge nye former for samarbeid. Forventninger om gode resultater av samarbeid kan imidlertid være optimistisk dersom det ikke blir tatt tak i endringer når det gjelder grunnleggende forutsetninger for gjennomføring i praksis (Willumsen et al., 2015).

Resultatene gir eksempler på samarbeid mellom vernepleiere og andre profesjoner som er fleksible og overlappende, og som kan beskrives i henhold til Wengers (2004) begrep grensepraksis (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3). Vernepleiere etterlyser samtidig større rom for faglige utviklingsmuligheter i samarbeidet som omfatter hele personalgruppen. Grensepraksis kan fungere som «bindemiddel» mellom profesjonene og skape et gjensidig engasjement. Flere studier peker på at kunnskapsdeling og fleksibel oppgavefordeling på tvers av profesjonsgrenser er avgjørende for å lykkes med å utvikle nye typer tjenestetilbud overfor pasienter med sammensatte behov (Doody et al., 2016; McCray, 2003; Oliveira, 2017). Det innebærer forhandlinger om ferdigheter og respekt for ulike bidrag og erfaringer innenfor en organisatorisk ramme som muliggjør dette i praksis (Moe & Brataas, 2016). Resultatene

(DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 2) viser at grensepraksis kan føre til at kompetanse blir liggende mellom flere kompetansesystemer. Dette innebærer at profesjonsroller og ulike profesjonsfaglige bidrag blir uklare. Zeitler (2016) reiser spørsmål ved om profesjoner i det hele tatt er nødvendig for å opprettholde arbeidsdeling og spesialisering, eller om profesjoner i dag snarere er blitt en barriere for tiltakende behov for tverrfaglig oppgaveløsning. Maktbaser, posisjonering og juridiksjonelle grenser har i hovedsak tjent profesjonenes egne interesser (Abbott, 1988; Zeitler, 2016), slik det også synliggjøres i ledelsestudien (delstudie 2). Dette kan resultere i profesjonsfaglig rolledominans som hindrer bredere utnyttelse av kompetanse og ulike roller i samarbeid (Nugus et al., 2010). Dersom oppgaver overføres mellom personellgrupper på mer tilfeldige måter, kan man imidlertid risikere at kvalitetssikring ikke ivaretas (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Mange oppgaver krever spesialisert kunnskap. Størst anerkjennelse har tradisjonelt tilkommet spesialisten og eksklusivitetskompetansen (Abbott, 1988; Zeitler, 2016). Økende grad av spesialisering har samtidig medført økende behov for tettere samarbeid mellom fagpersoner for å optimalisere oppgaveløsning. Spesialiserte profesjoner har en tendens til å holde fast i ekspertise de har ervervet seg gjennom lange utdannelser (Chong et al., 2013; Goldman et al., 2016; Hjelle et al., 2016; Moe & Brataas, 2016; Steihaug et al., 2016). Dette gir grunnlag for full juridiksjon over et område, og er derfor som regel et mål for de fleste profesjoner, ifølge Abbott (1988). Samlet sett kan det argumenteres for at konsekvenser av både grensepraksis og rolledominans i samarbeid blir den samme, en form for monofaglighet der noen profesjoners kunnskapsgrunnlag og interesser kan komme til å dominere andres og forhindre de dynamiske mulighetene som ligger i et tverrprofesjonelt samarbeid (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2), samt å styrke kvaliteten i tjenestene.

Resultater både i DPS (delstudie 1) og i sykehjem (delstudie 3) viser på at den faglige forståelsen av hva som er god behandling er i endring. Det kommer bl.a. til uttrykk som fellesfaglige personsentrerte samarbeidsformer. Forståelse av helse hos personer med demens er et komplekst samspill mellom ulike faktorer som sammen påvirker symptomer og atferd (Myhre et al., 2018). Ulike fagperspektiver kan føre til sprik i forklaringsperspektiver hos helsepersonell i miljøbehandling og blir stående i motsetning til hverandre og i motstrid til personsentrerte tilnærming (Kupeli et al., 2016). Dette fremkommer også i våre resultater, i beskrivelser av utfordringer i samarbeid mellom vernepleier, sykepleiere og andre yrkesgrupper i demensomsorgen (sykehjem, delstudie 3). Et uttalt helsepolitisk mål har vært å stille mer nøyaktige og robuste diagnoser og å utvikle mer kvalifiserte behandlingsforløp i tjenestefelt preget av kompleksitet (Doody et al., 2016; Pruijssers et al., 2011). Ledere (ledelsestudie, delstudie 2) vektlegger at i tverrprofesjonelt samarbeid basert på brukerorientering og en helhetlig forståelse av pasienter er ingen profesjonsgruppe mer ekspert enn andre. Snarere er ansattes personlige kvalifikasjoner, interesser og evner overfor pasienter viktigere enn profesjonsbakgrunn. Resultatene våre illustrere hvordan ledelse kan bidra til å forrykke profesjonell makt og privilegier i samarbeid ved å introdusere nye strukturer, kulturer og atferdsmønstre mellom profesjoner (ledelsestudie, delstudie 2). Å balansere organisatoriske endringer og tjenesteutvikling mot behov for nye former for profesjonalisme medfører større kompleksitet både i tverrprofesjonelt samarbeid og i ledelse (Noordegraaf, 2011a). Profesjoner bruker stadig mer tid på ledelse og administrativt arbeid

(Denis et al., 2016). Dette krever ledelseskunnskaper profesjonsutdanninger tradisjonelt ikke har prioritert (Larsson et al., 2017; Lomax & White, 2015; Noordegraaf, 2011a). Resultater (ledelsestudie, delstudie 2) tyder på at ledere i liten grad anvender kunnskaper om tverrprofesjonelt samarbeid og hvorfor det virker eller ikke. Studien peker på behov for mer eksplisitt ledelse og anvendelse av ledelseskunnskaper knyttet til målrettet planlegging, utforming, og kvalitetssikring av komplekse tjenester. Flere studier understreker behov for ledere med kunnskaper som kan motiverer til tverrprofesjonelt samarbeid i slike tjenestefelt (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Kupeli et al., 2016; McCray, 2003; Vestergaard & Nørsgaard, 2018).

Resultatene i de tre delstudiene viser at vernepleieres kunnskapsgrunnlag gir dem særlig gode forutsetninger for å tilpasse seg og/eller innordne seg andre profesjoners kunnskapsgrunnlag, og å samarbeide på tvers av profesjon og posisjon. Særlig i samarbeid i komplekse og sammensatte tjenestefelt øker behov for fleksible roller og samarbeidsformer. I en tid der tverrprofesjonell oppgaveløsning etterspørres kan profesjoners eksklusivitetskrav bli problematisk (Hagland, 2015; Zeitler, 2016). Tverrprofesjonelt samarbeid medfører at profesjoner må bevege seg utenfor sine tradisjonelle virkeområder (Birkeland et al., 2017). Det kan bidra til styrket identitet og økt kompetanse for den enkelte (Hjelle, et al., 2016). Når vernepleiere innordner seg etter rådende føringer i praksis i DPS og i sykehjem (delstudie 1, 3), kan innordning forstås som et viktig aspekt ved å høre til (Wenger, 2004). Det kan også være uttrykk for handlingsorientering hos profesjonen (Folkestad, 2009). Innordning, slik den fremkommer i våre resultater i DPS (delstudie 1), medfører imidlertid ikke en faglig gjensidighet i samarbeidet. Vernepleiere savner faglig støtte for en mer helhetlig forståelse av pasienters behandlingsforløp i et vernepleierfaglig miljø i DPS og i sykehjem (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3). Resultater fra vernepleieres forhandlinger om faglige bidrag og yrkesrolle i demensomsorgen i sykehjem (delstudie 3) indikerer at vernepleieres engasjement i samarbeidet først og fremst bidrar til å få arbeidet utført. Når koordinering og organisering av tjenester settes i sentrum, fremfor hvilke profesjoner som skal utføre dem, kan det forsterke deprofesjonalisering (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Noordegraaf, 2011b).

Vernepleiere ansettes i stillinger som miljøterapeuter i DPS, (delstudie 1), og/eller som miljøarbeidere i miljøterapeutiske enheter (ledelsestudie, delstudie 2). Det tilfaller dem derved et terapeutisk ansvar, definert innenfor den tjenestekonteksten studiene finner sted. Tilvekst av nye yrkesgrupper, f.eks. vernepleiere, kan ses som konsekvens av myndigheters erkjennelse av at visse områder innenfor behandling har stått udekket, og/eller at eksisterende yrkesgrupper har manglet kompetanse til å dekke dem på en tilfredsstillende måte (Ellingsen, 2014a; Johansen & Grimstad, 1986; Messel, 2013). Nye klientgrupper, anvendelse av ny teknologi og metoder for kartlegging og behandling åpner for «konkurrans» mellom yrkes- og profesjonsgrupper (Abbott, 1988). Resultater (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3) viser at vernepleieres breddekunnskaper kan være et egnet utgangspunkt for å skille mellom utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser og psykoser. Et annet eksempel er å relatere atferdsendringer hos personer med demens til mulige årsaker. Vernepleiere beskriver helhetstenkning og faglig bredde som vesentlig kompetanse i sin yrkesgruppe (Johansen & Grimstad, 2011; Terum & Nesje, 2014). Våre resultater støtter dette (DPS, delstudie 1,

ledelsestudie, delstudie 2). Resultater fra delstudie 2 (ledelsestudie) indikerer at vernepleiers brede kunnskapsgrunnlag, med fokus hjelp til selvhjelp og «bakoverlente» måte å arbeide på, kan utfylle tradisjonelle sykepleierfaglige tilnærminger. Slike bidrag er viktige og nytenkende i tjenesteområder som tradisjonelt har vektlagt stell, pleie og effektivitet. Å være generalist innebærer en ny forståelse av spesialiseringsbegrepet som innebærer å binde sammen kompetanser på en måte som gir unik mulighet til å løse komplekse oppgaver (Noordegraaf, 2011a; Zeitler, 2016).

Offisielle og formelle jurisdiksjoner kan være mer statiske enn de som virker i profesjonelles hverdag. Lokal jurisdiksjon (Hagland, 2015) handler mest om hvem som kan kontrollere og veilede arbeidet, og om hvem som kan utføre hvilke oppgaver. Dette innebærer forhandlinger mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper slik det kommer til syne særlig i resultater fra sykehjem (delstudie 3). Vernepleiere bygger tillit ved å utvikle praktiske synteser på tvers av yrkes- og profesjonsgrenser som partnere. Partnerrollen finnes blant flere yrkes- og profesjonsgrupper på helse- og omsorgstjenesteområdet (Brask et al., 2016). Tverrprofesjonelt samarbeid kan medføre endring av roller, fra partikulære til mer generelle roller som konsekvens av bredere oppgaver (Birkeland et al., 2017). Vernepleieres tydeliggjøring av at de har et eget kunnskapsgrunnlag knyttes først og fremst til miljøarbeiderrollen (sykehjem, delstudie 3). Det er likevel som partnere i samarbeid både med tjenestemottakere og andre samarbeidspartnere at vernepleieres brede kompetansegrunnlag bidrar til læring av og med samarbeidspartnere (sykehjem, delstudie 3). Også studier av samarbeid mellom RNID og andre yrkes- og profesjonsgrupper gir grunn til å tro at kombinasjon av helse- og sosialfaglige tilnærminger kan gi særlig gode forutsetninger for å innta en partnerrolle (Cleary & Doody, 2016; McCray, 2003; Pruijssers et al., 2011). Aktivitet i komplekse tjenesteområder fremheves som egnet for å utvikle roller som koordinator og tilrettelegger av tverrprofesjonelt samarbeid (Brask et al., 2016; Doody et al., 2019; Ellingsen & Dahlen, 2012; Gundersen, 2014; Sheerin, 2008; Terum & Heggen, 2015). Utøvelse av koordinator- og tilretteleggerroller i slike tjenesteområder impliserer vektlegging av pedagogiske fysiske og psykologiske elementer i det sosiale miljøet rundt tjenestemottakere. Dette er i overenstemmelse med retningslinjer og anbefalinger i bl.a. utvikling av personsentrerte tilnærminger (Cleary & Doody, 2016; Doody et al., 2017; Hjelle et al., 2016; McCray, 2003). Hvis profesjonsgrupper som bygger sin praksis på tverrvitenskapelige kompetanser, lykkes i å redegjøre for sammenhenger og samspill mellom ulike disipliner, kan semiprofesjoners roller og vitenskapelige kunnskapsgrunnlag være likeså velfundert ved økende kompleksitet i samarbeid som tilfellet er for såkalte klassiske profesjoners (Zeitler, 2016, s. 96). Et økende behov for komplekse tjenester omfatter sosiale, pedagogiske og helsemessige problemer som krever multifaglig tilnærming og tverrfaglig tilgang som enten oppnås ved et vellykket samarbeid på tvers av fagprofesjonelle eller gjennom en multi-og tverrprofesjonell profesjonsprofil. Dette beskrives som grunnlag for utvikling av «ny profesjonalisme» (Zeitler, 2016). Slike endringer utfordrer en forståelse av profesjoners spesialkunnskaper som deres viktigste eksistens- og maktgrunnlag (Abbott, 1988; Fauske, 1991).

Resultater (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3) viser at vernepleieres faglige utøvelse lett lar seg dominere av andre profesjoner i tjenestefeltene som undersøkes. Dette kan knyttes til deres mangel på spesialiserte kunnskaper (Abbott, 1988). Andre studier fremhever at sosialfaglige profesjoner kan oppleve seg som «profesjonelt isolerte» uten adekvat støtte til å gjennomføre de arbeidsoppgavene de har basert på egne profesjonsspesifikke bidrag (Cameron et al., 2013; Doody et al., 2017; Lee, Lee & Armour, 2016). Dersom monopolisering av helse- og medisinskfaglige kunnskapsgrunnlag regulerer samarbeid og klinisk praksis, blir dette ekstra tydelig (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Goldman et al., 2016; Steihaug et al., 2017). Dette får konsekvenser for prioritering av hjelp til pasienters ulike behov i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Steihaug et al., 2016).

Resultater peker på at det er behov for mer systematisk tenking hos ledere om hvilke profesjonsgrupper som skal gjøre hva. Det er også behov for klarere ansvarslinjer i samarbeidet (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 2). Mangelfull ledelse og/eller mangelfull kunnskap om ledelse hos ledere kan være en vesentlig årsak til at man ikke har kommet lenger med å utvikle nye og mer effektive former for samarbeid mellom helse- og sosialfaglige profesjoner i helse- og omsorgstjenester (Ambrose-Miller & Ashcroft et al., 2016; Asakawa et al., 2017; Cameron et al., 2013; Chong et al., 2013; Doody et al., 2017; Dunér & Wolmesjø, 2015; Goldman et al., 2016; Reeves & Lewin, 2004). En rekke internasjonale studier understreker at tydelig ledelse er avgjørende for å integrere nye former for samarbeid (Smith et al., 2018).

## 5.2 Lederes tilrettelegging av tverrprofesjonelt samarbeid

Ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid er komplekst (Smith et al., 2018). Det dreier seg bl.a. om å imøtekomme behov for eksempelvis kommunikasjon og kunnskapsdeling for å etablere felles hensikt og mål, koordinere samarbeidet og for å bygge tillit mellom deltakerne (Smith et al., 2018; Suter et al., 2009; West et al., 2003). Kooiman (2003) fremhever sosiale dimensjoner i relasjoner mellom ledelse og de som ledes som ivaretar mangfold, kompleksitet og dynamikk i samarbeidet. I hvilken grad ledere er i stand til å forme og fremme interaksjon og kompleksitet i samarbeid egnet til å svare på organisatoriske og formelle krav avhenger av ledelsesferdigheter. Resultater viser at lederne er avhengige av kompetente ansatte (ledelsestudie, delstudie 2). Sterke profesjonsfaglige interesser kan samtidig være et hinder for å utøve autonomi i lederrollen og å imøtekomme krav om tverrprofesjonelt samarbeid i tjenesteutforming. Stor grad av selvledelse kan forsterke slike tendenser (Kooiman, 2003). Usikkerhet hos lederne om vernepleieres faglige bidrag kan delvis forstås i lys av dette.

Å rendyrke og å fremme særlig profesjonsfaglig kompetanse som gir fortrinn til visse ansvars- og arbeidsoppgaver eller systematisk delegering og koordinering av ansvars- og arbeidsoppgaver, er ikke et satsingsområde lederne tar del i (delstudie 2). Studier (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Hjelle et al., 2016; Vestergaard & Nørgaard, 2018) gir eksempler på daglige lederes rolle som viktigste pådriverne og initiativtakerne til tverrprofesjonelt samarbeid om implementering av nye måter å samarbeide på mellom helse- og medisinsk- og sosialfaglige profesjoner. Konflikter og forhandlinger mellom profesjoner krever ledelse som balanserer differensiering og integrasjon av ulike faglige bidrag for å skape dynamikk i samarbeidet (Willumsen, 2006). Å avklare ulike profesjonsfaglige bidrag og roller i

samarbeid er en ledelsesutfordring (Smith et al., 2018). Studier viser at sykepleiere i økende grad går inn i linjelederroller i helse- og omsorgstjenester både nasjonalt og internasjonalt med stort medisinsk ansvar og omfattende ledelsesoppgaver (Lomax & White, 2015; Ludvigsen, Danielsen, 2014). Flere studier (Lomax & White, 2015; Ludvigsen og Danielsen, 2014; Manez et al., 2014) tar opp at sykepleiere delegerer ansvar for sjelden og for lite systematisk. Våre resultater fra DPS (delstudie 1) støtter dette. I den grad det snakkes om fordeling av arbeidsoppgaver mellom profesjonsgrupper, blir egnethet knyttet til ulikheter i personlighet hos de enkelte profesjonsutøverne like gjerne som til ulik utdannings og profesjonsbakgrunn. Dette kan delvis forklare hvorfor sykepleieres og vernepleiers roller blandes sammen (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3). Ludvigsen og Danielsens (2014) studie fremhever samme tendens. En annen forklaring på sammenblanding av roller, er konsekvenser av et profesjonsnøytralt lovverk og mangel på sammenheng mellom hvilke typer kompetanse det er behov for innenfor ulike tjenester, og aktuelle profesjoner (Henriksen, 2016; Ludvigsen & Danielsen, 2014; UHR, 2015). Dette kan bidra til deprofesjonalisering ved å sette koordinering og organisering i sentrum fremfor hvilke profesjoner som skal utføre tjenestene (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Ved selvledelse og samledelse overlates slike avklaringer i stor grad til samarbeidspartnerne (Kooiman, 2003).

Sykepleiere har en ledende rolle overfor vernepleiere i tjenestefeltene som undersøkes (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2). Sykepleieres status som «middel-status» aktører (Bucher et al., 2016) gir dem andre muligheter til å påvirke endring i samarbeid enn «lavstatus» aktører, som brukes som beskrivelse på sosialarbeidere (Bucher et al., 2016). De er av den grunn heller ikke tjent med sammenblanding av roller med lavere status enn sin egen. Det trengs imidlertid mer kunnskap også om sykepleieres roller, og særlig i rollen som ledere (Thoma & Waite, 2017). Flere studier understreker behov for utvikling av ledelseskunnskaper hos sykepleiere som går inn i lederstillinger (Goldman et al., 2016; Kupeli et al., 2016; Lomax & White, 2015; Steihaug et al., 2016). Mangel på ledelsesforankring kan føre til at kompetansebygging, fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver skjer på tilfeldige måter og/eller som et svar på et akutt behov. Det kan skape utfordringer både med hensyn til forsvarlighet og kvalitet i tjenestene (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Schmitt, 2001).

Vernepleiere fremheves av lederne som særlig godt egnet for å vurdere behov hos et økende antall tjenestemottakere med komplekse behov. Til tross for at vernepleieres faglige kombinasjon beskrives som både viktig og nytenkende (ledelsestudie, delstudie 2), synes den likevel å representere et ubrukt potensial i samarbeid (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 2). Ettersom både arbeidsstyrken og sammensetning i profesjonelt samarbeid har endret seg er organisatoriske kunnskaper hos ledere grunnleggende for å legitimere og styrke profesjonalitet i tjenesteytelse (Noordegraaf, 2011a). Lederes måter å lede på influerer utvikling av profesjonell praksis (Kirkley et al., 2011). Mer kunnskaper om organisering og ledelse i profesjonsutdanninger kan gi profesjonelle kunnskaper om hvordan kombinere nye former for profesjonalisme mot behov for organisatoriske endringer og styrke deres rolle som endringsaktører i samarbeidet (Noordegraaf, 2011b). Helse og medisinskfaglige profesjoner har hatt en tendens til å fokusere på egen ekspertise og praksis fremfor ledelseskunnskaper. Dette kan medføre en rekke utfordringer i samarbeid (Noordegraaf, 2011a). Våre resultater



(DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3) etterspør ledelse som har mer kunnskap om de enkelte profesjonenes faglige bidrag, hvordan de kan utnytte faglig komplementaritet og synergieffekter i tverrprofesjonelt samarbeid og tenke nytt om roller, ansvars- og arbeidsfordeling. Dette finner støtte i andre studier som peker på tilsvarende (Cameron et al., 2013; Hean et al., 2017; Reeves et al., 2010b; San-Martin-Rodriguez et al., 2005; Smith et al., 2018; Vestergaard & Nørgaard, 2018; West et al., 2003).

Resultater fra ledelsesstudien, delstudie 2, peker på at det er viktig å styrke en autonom lederrolle i de tjenesteområdene som undersøkes. Profesjoner kan respondere på utfordringer knyttet til det som oppfattes som mangelfull ledelse på ulike måter. En måte er å innrette seg faglige etter dominerende profesjoners kunnskapsgrunnlag, slik våre resultater viser (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2). En annen måte er å omgå organisatoriske føringer som virker begrensende på profesjonsfaglig deltakelse i samarbeidet (Goldman et al., 2016; Reeves et al., 2009; Schot et al., 2019). Begge tilnærminger synliggjør behov for endringer i profesjonell makt, autonomi og posisjonering i samarbeidet, mindre statiske karrierer og forskyvning av avhengighetsforhold (Noordegraaf, 2011b). Dette impliserer et skifte bort fra profesjongrensar, motstridende interesser, maktforhold og eksklusjon til brobygging mellom profesjonelle og organisatoriske rammer til mer inkluderende former for profesjonalisme. Profesjoners kapasitet som endringsaktører er løftet frem de senere årene, knyttet til deres faglige utgangspunkt og evne til ledelse (Kuhlmann et al., 2016). Mer skreddersydd ledelsesutdanning på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenestene kan ses som en profilering av dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

### 5.2.1 Sam- og selvledelse, utfordringer og muligheter

Resultater (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2) viser at brukeres bidrag i medproduksjon av kunnskap og forståelse i samarbeid gir bedre tilpassing av tjenestene til individuelle behov. Brukerstyrt samarbeid kan samtidig representere nye utfordringer for ledere når det gjelder å kvalitetssikre tjenestene. Dersom den asymmetriske epistemiske relasjonen mellom profesjonell og klient forskyves, påvirker det profesjonskunnskapens samfunnsmessige autoritet, og dermed også profesjoners legitimeringsbetingelser (Eriksen & Molander, 2008; Tonkens, 2016). Kvalitet i tjenesteutforming har i stor grad blitt ivaretatt ved å sikre faglig kvalitet hos den enkelte tjenesteyter. Slik er det ikke lenger. Snarere angis ideen om profesjons- og yrkesutøveres faglige autonomi som en viktig årsak til organisatorisk fragmentering og ledelsesutfordringer i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Pasienter skal bli lyttet til og få delta i beslutninger om seg selv. Mer åpen informasjonsutveksling i samarbeid kan bidra til å minske autoritetsgradienter og fremmer endringer av roller, felles planlegging, utforming av mål og vertikale beslutningsprosesser. Studier om tverrprofesjonelt samarbeid i rehabiliteringstjenestefelt bidrar med kunnskap om slike kontekstuelle endringer (Birkeland et al., 2017; DiazGranados et al., 2018; Moe & Brataas, 2016). Det er imidlertid behov for mer kunnskap om sammenhenger mellom organisasjonsfaktorer og utvikling av relasjoner i tverrprofesjonelt samarbeid (Reeves & Lewin, 2004).

Resultater i foreliggende studie (DPS, delstudie 1) viser hvordan brukerorientert tjenesteutforming kan bidra til nye perspektiver på roller og profesjonelle bidrag.

«Medborgere» (Zeitler, 2016, s. 107) er med på å konstituere mulighetsbetingelser for profesjonene, bl.a. i rollene som «medspillere» og «utfordrere». Profesjonsroller som «los» eller «medarbeider» (DPS, delstudie 1) utfordrer forståelsen av profesjoner som relativt veldefinerte, velorganiserte og med stabile arbeidsområder og yrkesroller (Molander & Terum, 2008; Nancarrow & Borthwick, 2016). Å ansvarliggjøre ulike parter i samarbeidet med mål om å utvikle mer adekvate tjenestetilbud er et viktig anliggende i samledelse (Kooiman, 2003). «Delt beslutningstaking» og nye «partnerskapsløsninger» krever primærfokus på tjenestemottakere, og betinger både romslighet i deling og vilje til brobygging i samarbeid mellom profesjoner og tjenestemottakere (Axelsson & Axelsson, 2009; Brask et al., 2016; Chong et al., 2013; Reeves et al., 2010a; Schot et al., 2019). Slike endringer reflekterer vektlegging av mer pasientsentrerte verdier og at pasienter har en regulerende rolle i samarbeidet (Denis et al., 2016; Nancarrow & Borthwick, 2017; Tonkens, 2016). Medborgerskap, behov for partnerskapsløsninger og delt beslutningstaking utfordrer tidligere tilnærminger til ledelse med vekt på begreper som «strategi», «rekruttering», «taktikk» og «briefing» (Zeitler, 2016, s. 181). Zeitler viser til at dagens ledere må fungere mer som «fødselshjelpere» og «fasilitatorer» og skape en optimal ramme for samarbeid og måloppfyllelse. Å etablere tillitsrelasjoner har prinsipielt vært basert på symmetriske forhold mellom partene (Zeitler, 2016). Asymmetri i relasjoner mellom helse- og medisinskfaglige og sosialfaglige profesjoner kan være et hinder i utvikling av fellesskap, tillit og gjensidighet i samarbeidet (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Rämgård et al., 2015; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Våre resultater viser at tillit må utvikles, og at ledere spiller en avgjørende rolle i dette (ledelsestudie, delstudie 2).

Resultatene problematiserer partnerskap, delt ansvar og stor grad av kollegialitet som nøkkelaspekter i ulike måter å lede på (ledelsestudie, delstudie 2). Forskjellighet i kunnskap og ferdigheter blant samarbeidspartnere og integrering av forskjellige faglige utgangspunkt, samt ansvars- og arbeidsoppgaver er viktige forutsetninger for kreativitet og innovasjon i samarbeid. Diffus ledelse kan føre til fastlåste oppfatninger blant samarbeidspartnerne om hva som er beste praksis (West et al., 2003). En rekke studier viser at sterke profesjonsgrupper- og profesjonsinteresser kan bli en barriere for utvikling av nye roller, innføring av ny kunnskap og utvikling av nye måter å arbeide på i helse- og omsorgstjenestene (Axelsson & Axelsson, 2009; Fox & Reeves, 2015; Nugus et al., 2010; Rämgård et al., 2015; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Også våre resultater peker på slike utfordringer i samarbeid om utvikling av komplekse tjenestetilbud (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2). Integrasjon av profesjonskunnskaper er ikke nødvendigvis forenelig med organisatoriske prinsipper (Axelsson & Axelsson, 2009; Noordegraaf, 2011a; Smith et al., 2018). Ledelsesteori fremmer på den ene siden behov for hierarkisk ledelse med formalisering av ledelsesrollen, tydeliggjøring av retning og mål med samarbeidet og systematisk delegering av ansvar og arbeidsoppgaver. På den andre siden fremmes samarbeidsledelse, kollektive former for lederskap, autonomi, kreativitet og innovasjon som samledelse og selvledelse (Kooiman, 2003). Dette kan ses som et paradoks. Kollektive ledelsesformer kan imidlertid være lettest å godta i helse- og omsorgstjenestene fordi de fremmer profesjonell autonomi mer enn å utfordre den (Smith et al., 2018). Ledernes utstrakte bruk av samledelse og selvledelse peker i samme retning (ledelsestudie, delstudie 2). Smith et al. (2018) understreker at særlig i ledelse

av profesjoner med spesialisert kompetanse er det viktig at ikke lederes autoritet baseres på faglig ekspertise. En sentral utfordring for ledere er snarere å finne måter å overbevise tverrprofesjonelle grupper om å gi opp noe av sin profesjonelle autonomi på, for å fremme integrasjon i praksis og fungere som en gruppe.

Sammenblanding av roller og mangel på sammenheng mellom hvilken kompetanse det er behov for innenfor ulike tjenester og aktuelle profesjoner, kan medføre at arbeidsoppgaver skjer på tilfeldige måter og/eller som svar på et akutt behov. Å avklare ulike profesjonsfaglige bidrag og roller i samarbeidet er et ledelsesansvar. Selvledelse og samledelse kan være lettest å godta for sterke profesjonsgrupper. Når profesjonelle utfordrer profesjonelle standarder, der karrierer blir mindre statiske og avhengighetsforhold forskyves, endres profesjonell makt, autonomi og posisjonering i samarbeidet. Det innebærer en balansegang for ledelse på den ene siden å beskytte profesjonelt arbeid, og på den andre siden begrense autonomi og profesjonell kontroll. Forståelse for hvordan organisering av tjenestene influerer samarbeidsprosesser knyttet til informasjonsutveksling, beslutningstaking og koordinering er viktig ledelseskunnskap (ledelsestudie, delstudie 2).

### 5.3 Vernepleiefaglige yrkesroller

Det knyttes vanligvis visse rolleforventninger og en viss kompetanse til en yrkesrolle. Det kreves også en viss stabilitet og grenseoppgang mot andre yrkesroller for at rollen skal oppleves som tydelig. En ferdig utviklet yrkesrolle med et komplett sett av tenke- og handlemåter som passer til de fleste situasjoner, kan samtidig være en utfordring i samarbeid med andre profesjoner. Et likeverdige samarbeid kjennetegnes ifølge Brask et al. (2016) av at man kan tilpasse tenke- og handlemåter til person og situasjon. Endrings- og tilpasningsvilje i samarbeid har preget vernepleieres historie, men det har samtidig vært utfordrende å være i forkant ved nye behov og krav til samspill og tjenesteutforming uten at man skaper en ny profesjon. Vernepleieres utfordring ligger i å skape prosesser som både bidrar til samspill mellom profesjonsfaglige prinsipper og som er egnet til å imøtekomme politiske mål og vedtak (Ellingsen & Dahlen, 2012; Terum & Heggen, 2015; UHR, 2015). Dette handler om relevansen av vernepleieres fremtidige kompetanse og utviklingen av yrkesrollen- (e) deres.

#### 5.3.1 Kjært barn har mange navn?

Krav til ny kunnskap bidrar til forandringer, og forandringer kan bidra til utvikling av nye yrkesroller. Vernepleierrollen har vært beskrevet som viktig i velferdsstaten fordi den har svart på forventninger om å ivareta rettigheter og rettferdighet for målgrupper som har trengt støtte, men som ikke alltid har nådd frem (Ellingsen, 2014a; Ellingsen & Dahlen, 2012). Utviklingen av vernepleierprofesjonen og vernepleiernes yrkesrolle henger tett sammen med funksjonen deres som bistandsyter, tilrettelegger, støttespiller, veileder, terapeut, behandler og tjenesteyter (Ellingsen & Dahlen, 2012; Gundersen, 2014; Hougaard, 2014). Et viktig anliggende i utvikling av profesjoner innenfor tjenestoområder til målgrupper med sammensatte og langvarige behov for hjelp, betinger imidlertid at også disse tillegges større betydning i utforming av politikk og samfunnsutvikling (Doody et al., 2017; Ellingsen, 2014a; Galvin & Timmins, 2010; Kupeli et al., 2016). Dette medfører behov for utforming av nye profesjonsroller som «los» og «medhjelper», som resultatene fra ledelsestudien (delstudie 2), viser. Å få til effektivt tverrprofesjonelt teamarbeid avhenger av at ulike bidrag verdsettes

og anerkjennes knyttet til ulike roller i samarbeidet (Doody et al., 2019). Resultater fra flere studier understreker at utvikling av nye roller og nøkkelkompetanser krever kommunikasjon, refleksjon, og gjensidighet i utveksling av kunnskaper i samarbeid (Birkeland et al., 2017; Smith-Carrier & Neysmith, 2014; Suter et al., 2009; Thomson et al., 2015). Resultater i foreliggende studie (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3) viser at vernepleierne etterlyser slik utveksling.

Nyere helsepolitiske arbeider (UHR, 2015) bidrar til å stille spørsmål ved hvilke normer og forventninger som skal eller bør knyttes til vernepleieres nye yrkesrolle(-r). Dette finnes det ikke noe enkelt svar på. Fravær av grenseoppganger rundt vernepleieres rolle(-r) bidrar til forvirring og uenigheter i praksis, både for de vernepleierne arbeider sammen med, og for lederne (delstudie 1, 2, 3). Studier av RNID (Doody et al., 2017; Doody et al., 2019) viser at også disse sykepleierne går inn i mangeartede og komplekse roller. Dette pekes på som en grunn til forvirring hos samarbeidspartnere og til å svekke RNIDS autonomi og forhandlinger av faglige bidrag i tverrprofesjonelt samarbeid. Studier peker på at forvirring rundt RNIDs yrkesrolle forsterkes av mangel på kunnskaper omkring sosialfaglige profesjoner hos samarbeidene profesjoner og hos ledelse (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Doody et al., 2017; Galvin & Timmins, 2010; Lee et al., 2016). Komplekse og uforutsigbare kontekster øker behov for rolleavklaring i samarbeidet (Birkeland et al., 2017; Schot et al., 2019). Resultatene våre (sykehjem, delstudie 3) viser at det også for vernepleiere er en utfordring å skape seg en rolle som ivaretar og fremmer vernepleiefaglig egenart. Tilsvarende fremkommer også i studier av samarbeid mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper i grunnskole og i videregående skole (Gjertsen et al., 2018; Waale, 2008). Waales (2008) undersøkelse av roller, identitet og undervisningspraksis i videregående skole viser at vernepleiere toner ned egen faglige bakgrunn og samkjører eget yrke med pedagogers. Dette foregår ved å bli «mest lærer» (Waale, 2008, s. 232). Gjertsen et al. (2018) peker på at vernepleieres yrkesroller ofte er utformet av dem selv, og gir innskrenket autonomi i samarbeid. Det begrunnes med at vernepleiere konkurrerer med andre yrkesgrupper som i kraft av tradisjon gjør krav på å ha sine myndighetsområder. En konsekvens av dette er at vernepleiere blir en slags «underdog» i samarbeidet (Gjertsen, 2018). Også resultatene i foreliggende studien peker på dette (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3). Innordning kan i verste grad bli diskvalifiserende (Wenger, 2004), som når vernepleiere i større grad identifiserer seg med sykepleieres yrkesrolle enn å definere sin egen. Flere studier peker på at en konsekvens av overordning og rolledominans i samarbeid er redusert verdsetting av ulike helse- og yrkesfaglige roller og bidrag (Goldman et al., 2016; Nugus et al., 2010; Reeves et al., 2010a). Folkestad (2009) problematiserer mangel på yrkesfaglig selvtrillit og vernepleiefaglig preg på stillingsutøvelse som grunnlag for reflektert vernepleiefaglig praksis. Profesjonaliseringsprosesser forutsetter ikke bare at det finnes en gruppe individer som utfører samme type oppgaver, de må også kunne utvikle og kollektiv selvforståelse som «kollektiv aktør» og opptre som en organisert gruppe (Molander & Terum, 2008, s. 19). Profesjonsfaglig integritet er utgangspunkt for likeverdighet og trillit i tverrprofesjonelt samarbeid (Smith-Carrier & Neysmith, 2014). Flere (Brask et al., 2016; Grimstad & Johansen, 1986; Horndalen, 2001; Løkke & Halvorsen, 2019; Utvær, 1995) beskriver dette som en historisk utfordring i utvikling av vernepleierprofesjonen.

Den noe uklare og profesjonsoverskridende miljøterapeutrollen som særlig kommer frem i resultater i DPS (delstudie 1), er et eksempel på en yrkesrolle som bidrar til å gjøre profesjonsgrenser mellom vernepleiere og andre profesjoner i samarbeidet utydelige. Ifølge FO (2017) er «miljøterapeut» en stillingsbenevnelse som brukes om vernepleieres yrkesaktivitet på flere helse- og omsorgstjenesteområder. Videre anvendes både miljøarbeider- og miljøterapeutrollen i stillingsbetegnelser som benyttes selv om det ikke eksisterer noen felles forståelse eller felles kriterier om hvilken kompetanse for eksempel «miljøterapeuter» skal ha. Det finnes heller ingen miljøterapeututdanning, og i denne typen stillinger etterspør man generisk kunnskap som «gode kommunikasjons- og samarbeidsevner» (FO, 2017, s. 5). Økende etterspørsel etter slik kunnskap bygger på en relasjonell forståelse av det profesjonelle arbeidet, som innebærer et syn på det velferdsprofesjonelle arbeidet som relasjonsarbeid (Zeitler, 2016). Terum og Nesje (2014) gjorde lignende funn i sin undersøkelse av praksisrelevans og kompetansebehov i andre tjenester til personer med sammensatte utfordringer. De reiser spørsmål ved hvorvidt kommunikasjons-, samhandlings- og relasjonskompetanse kan forstås som «praktisk fagkunnskap og ferdigheter» (Terum & Nesje, 2014, s. 64). Dette kan mer overordnet forstås i lys av et pågående oppgjør med en klassisk oppfattelse av den profesjonelle som ekspert sett opp mot vedkommendes faglige suverenitet som problemløser (Abbott, 1988; Nancarrow & Borthwick, 2016; Noordegraaf, 2011a; Zeitler, 2016). Det utfordrer også forståelse av juridiske grenser mellom profesjoner knyttet til verdien av teoretisk og vitenskapelig kunnskapsbasert praksis (Abbott, 1988). Også resultatene i DPS (delstudie 1) trekker i samme retning, med ledernes uttalelser om at miljøterapi er viktigst. I utvikling av ekspertise har klar, tydelig og umiddelbar tilbakemelding vært vektlagt. Å forholde seg til dynamisk menneskelig atferd innebærer uforutsigbarhet og større grad av uenigheter blant samarbeidsaktører. Utfallet av beslutninger er også usikre (Smeby, 2013).

Nyere studier (Brask et al., 2016) peker på behov for å tydeliggjøre vernepleieres egen rolleforståelse ved å finne frem til noen hovedtrekk mellom kompetanse og yrkesrollen. Avklaring av roller knyttes både til enkeltaktørers evne til å trekke opp grenser mellom eget og andres profesjonelle ansvarsområde, og å utvikle og håndtere selvstendige relasjoner til andre profesjoner og profesjonsdomener (Abbott, 1988). Dette krever kunnskap både om egen og andres roller, og at man kjenner grensene for egen profesjonalitet (Birkeland et al., 2017; Hean et al., 2017; Rämgård et al., 2015). Ambrose-Miller & Ashcroft (2016) viser til samarbeidspartners ønske om at sosialfaglige profesjonsgrupper selv utformer egen yrkesrolle i samarbeidet. Ifølge Brask et al. (2016) er det både mulig og ønskelig å spesifisere vernepleieres faglige kompetanse (uavhengig av tjenesteområde), og å knytte den til fire ulike yrkesroller: partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. Alle rollene kjennetegnes av en grunnleggende forståelse av vernepleieres plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4) som vanligvis skjer innenfor en dialogisk ramme, der brukeren enten ønsker eller samtykker til hjelp. Brask et al. (2016) fremhever at de fire rollene bygger på yrkesgruppens spesielle historie, målgrupper og praksisfellesskap. Dette er et eksempel på hvordan deltakere i et praksisfellesskap lager seg forestillinger om hvem de er, og hva de kan bidra med (Wenger, 2004). Det kan imidlertid stilles spørsmål ved hvordan vernepleiere skal vite hva som er en passende balanse mellom mange og ulike roller,

for å få til en god rolleintegrering i samarbeidet. Yrkesidentitet og profesjonsrelaterte aspekter medfører vektlegging av indre likheter og ytre forskjeller (Abbott, 1988; Grimstad & Johansen, 1986). Studier av CIND og RHIND (Doody et al., 2017) fremhever at særlig koordinatorrollen vil være egnet både til å fremme profesjonenes brede kunnskapsgrunnlag i tverrprofesjonelt samarbeid, og til å binde sammen ulike tjenesteområder. Dette beskrives som en unik rolle, med muligheter knyttet til videre forskningsaktivitet, kunnskapsutvikling og profesjonalisering for profesjonen (Doody et al., 2017). Flere studier (Goldman et al., 2016; Schot et al., 2019) peker på at uformelle forhandlinger og alliansebygging på tvers av profesjongrensene kan bidra til utvikling av nye roller og til å fremme effektivt samarbeid. Å forstå andres roller kan gjøre det lettere å forstå egen rolle i samarbeid (Birkeland et al., 2017).

Resultater viser at utydeligheter rundt vernepleien er knyttet både til kompetanse og yrkesroller, både hos vernepleierne selv, hos samarbeidspartnere og hos lederne. Dette kommer til uttrykk som deprofesjonalisering i materialet vårt. Begrunnelsen for dette kan være at vernepleiere tilsynelatende i større grad innordner seg etter andre profesjonsgrupper faglige utgangspunkt og måter å arbeide på enn å forhandle frem vernepleierspesifikke tilnærminger og en vernepleierspesifikk yrkesrolle i samarbeidet. Også Fauske (1991) viser til at tverrprofesjonelt samarbeid ikke nødvendigvis er forenelig med å fremme profesjonell karriere eller profesjonalisering.

### 5.3.2 Generalistrollen

Det råder mange ulike og til dels motstridende forventninger og oppfatninger om vernepleieres kompetanse og yrkesrolle, fra myndigheter, hos lederne og vernepleieres samarbeidskolleger og hos vernepleierinformantene i de foreliggende delstudiene (DPS, delstudie 1, sykehjem delstudie 3). Dette kan gjøre det vanskelig å vite hvor man «har» vernepleiere, og hva som kan forventes, ifølge Brask et al. (2016). Helsepolitisk er vernepleiere først og fremst ønsket på tjenesteområder som generalister (UHR, 2015). Generalister synes å være avskåret fra å nyte anerkjennelse som spesialister. Spesialiststatus kjennetegnet ved selvstendig vitenskapsgrunnlag i form av egen vitenskapelig tradisjon (Abbott, 1988; Etzioni, 1969; Zeitler, 2015). Forhandlinger av roller har tradisjonelt vært forbeholdt spesialiserte profesjoner (Nancarrow & Borthwick, 2016). Vernepleiere er først og fremst opptatt av deres faglige forutsetninger som samarbeidspartnere fremfor anerkjennelse av egen yrkesrolle (sykehjem, delstudie 3). Profesjoner er praksisorienterte (Zeitler, 2016). Etersom de profesjonelles samarbeidskompetanser vil stå stadig mer i sentrum for oppgaveløsning, vil «en ny profesjonsforståelse» (Zeitler, 2016, s. 127) være mer kritisk overfor autonomitekningen og mer åpen for nye måter å organisere seg på. Det innebærer ifølge Zeitler bl.a. å kunne sette parentes om faglighet og ha fokus på selve relasjonen med tjenestemottakeren. En relasjonell og kontekstualisert forståelse av profesjonalisme forkaster imidlertid ikke relevans av erfaringsbasert og evidensbasert tilgang (Zeitler, 2016).

Vernepleiere beskriver helhetstenking og faglig bredde som vesentlig kompetanse hos egen yrkesgruppe og at dette gjør dem egnet til å ivareta en rekke ulike ansvars- og arbeidsoppgaver (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 3). En innvendig som har vært reist mot vernepleien er at vernepleierutdanningens formelle helhetsbegrep er utilstrekkelig

analysert og konkretisert. Helhetstenking må ha et innhold, det må alltid dreie seg om helhet av noe. Vernepleiere må kjenne til helhetens elementer. Det er vanligvis også dette kjennskapet som forventes å ligge til grunn for tverrprofesjonelt samarbeid (Grimstad & Johansen, 1986; Reeves et al., 2010a; Reeves et al., 2011b; Willumsen, 2016). Helhetsperspektivet blir nærmest betraktet som selvsagt eller underfokuset i vernepleierutdanningen. Dette er ikke enestående for vernepleien, i sammenhenger der en finner påstander om helhetssyn fremtrer dette nærmest som en «tom» størrelse (Grimstad & Johansen, 1986). Når ledere vektlegger samarbeid basert på «helhetlig forståelse av pasienter», «helhetlige behandlingsplaner», og «utforming av helhetlige tjenestetilbud» (DPS, delstudie 1), kan dette også ses som uttrykk for større vektlegging av skjønnsvurderinger knyttet til forsvarlighet og kvalifikasjoner i tjenesteutforming fremfor fokus på klare og etablerte profesjonsgrenser og spesifikke profesjonsfaglige bidrag. Som en konsekvens av samhandlingsreformen (Meld. St. nr. 47, 2008-2009) settes koordinering og organisering av tjenester i sentrum, ikke hvilke profesjoner som skal utføre tjenestene (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Vernepleieres helhetsperspektiv kan fortone seg som relativt snevert dersom det ikke lar seg analyseres og relateres som relevant knyttet til yrkesrollen deres i «nye tjenesteområder» (Grimstad & Johansen, 1986). Resultater (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2, sykehjem, delstudie 3) viser at vernepleieres helse- og medisinskfaglige kunnskap kombinert med kunnskap om kognisjon og atferd, sosialfaglig kunnskap og mestrings- og motivasjonsstrategier kan bidra til å fylle og konkretisere «helhetsbegrepet» i tjenestefeltene som undersøkes. Reflektert praksis medfører forventninger om eksplisitt bruk av fagbegreper basert på et entydig og integrert teoretisk grunnlag (Folkestad, 2009; Owren & Linde, 2011). Folkestad (2009) etterlyser større vernepleierfaglig preg på stillingsutøvelse. Dette ses som særlig viktig når vernepleiere skal utvide yrkesfeltet sitt (UHR, 2015). Profesjoner forhandler fortløpende grenser for å utvide, monopolisere eller beskytte deres autonomi (Bucher et al., 2016). Yrkesrollen som «nestensykepleier» synes å være lite egnet til dette formål (DPS, delstudie 1, sykehjem, delstudie 2).

En forutsetning for å flytte oppmerksomheten fra egen profesjon til et tverrprofesjonelt samarbeid er at profesjonen har oppnådd den nødvendige anerkjennelsen på arbeidsmarkedet. Resultatene viser at så er ikke tilfellet for vernepleie på de tre tjenesteområdene som undersøkes. Så lenge en profesjon er i en etableringsfase og må kjempe om anerkjennelse, må profesjonen først og fremst forholde seg til egne standarder for kvalifisering (Zeitler, 2016). Dette finner støtte i andre studier (Ambrose- Miller & Ashcroft, 2016; Doody et al., 2016; Doody et al., 2017; Goldman et al., 2016; Reeves & Levin, 2004; Rämgård et al., 2015). Wenger (2004) tar i liten grad høyde for hvordan profesjonalisme og motstand mot endringer hos profesjoner kan fungere som utgangspunkt for maktutøvelse. Resultatene viser at slike forhold hemmer profesjonaliseringsprosesser hos vernepleiere gjennom manglende anerkjennelse i samarbeidet (DPS, delstudie 1, ledelsestudie, delstudie 2). En viss grad av autonomi er grunnleggende for å sikre en utdanning av yrkesutøvere som både kan fremme sosialpolitiske mål og verdier, og som samtidig kan omstille seg når det skjer stadige endringer (Fauske, 1991; Messel, 2013).



Avklaring av roller knyttes både til enkeltaktørens evne til å trekke opp grenser mellom eget og andres profesjonelle ansvarsområder, og å utvikle og håndtere selvstendige relasjoner til andre profesjoner og profesjonsdomener. Det fordrer kunnskap både om egen og andres roller, og det krever at man vet hvor grensene for egen profesjonalitet går. Fravær av grenseoppgang rundt vernepleieres rolle- (r) bidrar til forvirring og uenighet i praksis, både for de vernepleiere samarbeider med, og for lederne.

De tre delstudiene viser til sammen at det er en utfordring for vernepleiere å forhandle egen kompetanse og en yrkesrolle som ivaretar og fremmer vernepleiefaglig egenart. Det krever større autonomi i samarbeidet enn det som finnes i resultater fra de tre tjenestefeltene som undersøkes.

## 6 Oppsummerende konklusjon og veien videre

Avhandlingens overordnede problemstilling er hvordan vernepleiere forhandler egen kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper i helse- og omsorgstjenester. Med bakgrunn i resultater fra de tre delstudiene, studiens teoretiske perspektiver og forskningsfeltet, har intensjonen med avhandlingen vært var å få frem hvordan vernepleiere, deres samarbeidspartnere og ledere i tverrprofesjonelt samarbeid beskriver og gir innhold til sammenhenger mellom vernepleieres kompetanse og yrkesrolle i daglig samarbeid med andre tjenesteytere.

Analysene gir et innblikk på mikronivå i hvordan vernepleierne og samarbeidende profesjoner fordeler ansvars og arbeidsoppgaver og posisjonerer ulike faglige bidrag og yrkesroller gjennom samarbeid. Analysene er først og fremst basert på aktørenes oppfatninger, og mindre på hva de faktisk gjør. Analysene bidrar likevel til å få frem noen mønstre og variasjoner som belyser aktørers erfaringer med profesjonalitet når oppgaver krever bidrag fra flere profesjoner. Profesjonalitet dreier seg om å løse praktiske problemer ved å bruke ekspertkunnskaper (Molander & Terum, 2008). Analysene viser hvordan deltakelse i tverrprofesjonelle praksisfellesskap har betydning for hvordan vernepleierne forstår, utvikler og vurderer egen kompetanse og yrkesrolle. Vernepleiernes generalistkunnskaper kan fungere som «bindemiddel» mellom profesjonene og skape et gjensidig engasjement i grensepraksis. Vernepleierne innordner seg imidlertid mer etter andre profesjoners kunnskapsgrunnlag og måter å arbeide på enn å forhandle frem egen kompetanse og yrkesrolle. Resultater peker på at denne kunnskapen både må artikuleres og forhandles. Vernepleierne erfarer at «nestensykepleierrollen» er sentral for å vinne respekt, få ansvar og posisjonere seg i samarbeidet. Vernepleiernes beskrivelser av seg selv som «nestensykepleiere» kan imidlertid tyde på en negativ forståelse av sammenhenger mellom egen kompetanse og yrkesrolle fordi den begrenser vernepleiernes helsefaglige tilnærming til avgrensede, somatiske og mer akutte behov for helse- og medisinskfaglige kunnskaper. Vernepleiernes toleranse for og vilje til å identifisere seg med andres faglige tilnærminger og yrkesroller kommer til uttrykk i beskrivelsen av en «samarbeidspartnerrolle». En partnerrolle kan samtidig innebære utfordringer for vernepleiere ved at de underordnes andre yrkesgruppers dominerende status og rolle. Dette kan gjøre det utfordrende å ta eierskap over arbeidsoppgaver de mener at de har spesielt gode forutsetninger for å ivareta.



Resultater viser at det først og fremst er gjennom systematisk og målrettet miljø- og endringsarbeid vernepleierne kan legitimere sine kvalifikasjoner, og forhandle egen kompetanse på andre arenaer overfor målgrupper de tradisjonelt har arbeidet mindre med. Vernepleiernes kompetanse kan representere et endringspotensiale både i diagnostisering- og behandling av pasienter med psykiske lidelser og atferdsutfordringer ved større vektlegging av miljøfaktorer i behandling. Videre kan vernepleiernes brede kunnskapsgrunnlag, med fokus på hjelp til selvhjelp og «bakoverlente» måte å arbeide på, bidra til å utfylle tradisjonelle sykepleierfaglige tilnærminger til stell og pleie. Dette er i tråd med myndighetenes beskrivelser av profesjonens faglige forutsetninger som nøkkelpersonell i endring og videreutvikling av bredere tverrprofesjonelt samarbeid og av tjenester i tjenestefelt som har vært dominert av helse- og medisinskfaglige profesjoner.

### 6.1 Avhandlingens teoretiske bidrag

I tverrprofesjonell praksis blir ulike profesjoners praksis knyttet sammen. Dette skjer ved at aktører bruker hverandres kompetanser. Til sammen bidrar de ulike teoretiske perspektivene avhandlingen vektlegger med dynamiske tilnærminger som hver for seg er egnet til å undersøke sentrale aspekter i tverrprofesjonelt samarbeid, og hvordan de henger sammen.

Deltakelse i tverrprofesjonelle praksisfellesskap leder vernepleieres forståelse av hva som er felles interessefelt og resurser og hvordan tilhørende oppgaver kan og bør løses. Wenger (2004) sin tilnærming til praksisfellesskap som analytisk ramme er egnet til å forstå hvordan lokal felles praksis omfatter vurdering og kontroll av oppgaveløsning som går ut over ulike profesjoners kunnskapsfelt og standarder. Tverrprofesjonelle praksisfellesskap kan være redskap for vernepleiere til å få støtte for bruk av profesjonsspesifikke bidrag og til å styrke egne kunnskaper som vurderingsgrunnlag i praksis. Anerkjennelse i praksisfellesskap kan gjøre at profesjonelle kommer i posisjon til å påvirke hva som blir lagt til grunn for utforming av tjenestetilbud, og å utvide sitt myndighetsområde. Dominerende profesjoners kunnskapsgrunnlag og yrkesroller kan bidra til å utestenge andre profesjoner fra å utføre arbeidet (Abbott, 1988). Slike tendenser fremkommer særlig i analyser av samarbeid mellom sykepleiere og vernepleiere. Vernepleiers brede kunnskapsgrunnlag, med fokus på hjelp til selvhjelp og «bakoverlente» måte å arbeide på, kan utfylle tradisjonelle sykepleierfaglige tilnærminger. Slike bidrag er viktige og nytenkende i tjenesteområder som tradisjonelt har vektlagt stell, pleie og effektivitet. Kooimans (2003) tre ulike perspektiver på selvledelse, samledelse og hierarkisk ledelse får frem kompleksitet i samarbeidet og hvordan interaksjon mellom vernepleiere og andre yrkes- og profesjonsgrupper kan representere et større potensial i tjenestefeltene som undersøkes enn det som kommer til uttrykk i analysene.

Profesjons sosiologi gir viktig innsikt i institusjonalisering av ekspertise som kjennetegn ved profesjonaliseringsprosesser, men begrenset med innsikt i hva ekspertise er og hvordan den tilegnes. Profesjoner som argumenter for sine profesjonskunnskaper og yrkesrolle, kan skape problemer særlig i omstillingsprosesser som krever utvikling av ny kunnskap, nye yrkesroller og måter å organisere samarbeid på (Abbott, 1988). Perspektiver på makt og fordeling av arbeidsoppgaver forklarer ikke alene hvordan individer samhandler. Wengers (2004) teori om praksisfellesskap bidrar til å få frem hvordan samhandling kan foregå over profesjongrenser og mellom ulike praksiser. Målet med forhandlinger er først og fremst å gjennomføre det som

skal gjøres i praksis. Abbott (1988) og Wenger (2004) skriver imidlertid lite om hvilke implikasjoner teoriene deres har for ledelse. Kooiman (2003) er opptatt av ledelse som interaksjon mellom ulike aktører og hvordan ledelseskulturer i tverrprofesjonelle arbeidsfelt skapes i en kontekst som er tett knyttet sammen med de profesjonelle aktørenes kunnskap og kunnskapsproduksjon.

## 6.2 Anbefalinger for videre forskning, praksis og for vernepleierutdanning

Fordi man ikke kan generalisere fra den typen casestudie som er valgt i avhandlingen, anbefales videre forskning som tilfører ytterligere bredde og innsikt i spørsmål som denne studien reiser.

En styrke ved slike enkeltcasestudier er at forsker går inn i aktørers deltakelse og praksis på mikronivå. Det gjør det mulig å få frem en detaljrikdom, mønstre og variasjon. Valg av tverrprofesjonelle samarbeidskontekster som analytisk ramme er egnet til å formidle innsikter om vernepleieres forhandlinger i tre ulike tjenestefelt, avgrenset til en landsdel. Mikroperspektivet er valgt for å få frem sider ved den komplekse virkeligheten tverrprofesjonelt samarbeid representerer. Profesjonsteoretiske perspektiver har vært en viktig referanseramme. Slike perspektiver bidrar til en forståelse av hvordan aktørene inngår i større sammenhenger. En kritikk av studien kan være at det som skjer i arbeidsfellesskapene som undersøkes, ikke kan ses isolert fra profesjonenes plass i andre og tilgrensende tjenestefelt og i samfunnet for øvrig. Avhandlingen undersøker kun noen få tjenestefelt og noen utvalgte arbeidsfellesskap som består av vernepleiere og med tilgrensende helse- og medisinskfaglige yrkes- og profesjonsgrupper. Felles for tjenestene/arbeidsfellesskapene er at de håndterer et økende antall pasienter/brukere med komplekse behov for tjenester. Felles for vernepleierne, tilgrensende profesjoner og lederne er at de forventes å kunne bidra i og til utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid. Det vil alltid være forskjeller mellom tjenestefelt, arbeidsfellesskap, vernepleiere og vernepleieres samarbeidspartnere. Dette er forhold som må tas i betraktning i hvordan resultatene blir forstått og overført til andre kontekster. Videre må presentasjon og diskusjon av resultatene forstås i lys av de teoretiske og analytiske perspektivene som er valgt.

Utydeligheter rundt formålet med vernepleie er knyttet til både kompetanse og yrkesrolle, mellom ulike utdanninger, vernepleierfaglige miljøer, hos vernepleierne selv, hos samarbeidspartnerne og hos lederne. Dette understreker behovet for mer forskning og utviklingsarbeid med vekt på faktorer som forbedrer faglige beslutninger i vernepleieryrket som bidrar til å styrke en vernepleierspesifikk yrkesrolle i praksis. Det er videre behov for avklaring av i hvilken grad vernepleieres sammensatte kompetanse er overførbar til nye arbeidsområder. Resultatene i de tre delstudiene utfordrer først og fremst vernepleieres forutsetninger for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og medisinskfaglig dominerte tjenestefelt. Men også ledelse av tverrprofesjonelt samarbeid, ledes kunnskaper og ledes utforming av ledelsesrollen blir utfordret.

Vernepleiernes beskrivelser av seg selv som «nestensykepleiere» kan tyde på en negativ forståelse av sammenhenger mellom egen kompetanse og yrkesrolle fordi den begrenser vernepleieres helsefaglige tilnærming til avgrensende, somatiske og mer akutte behov for

helse- og medisinskfaglige kunnskaper. Resultatene peker på uklarheter rundt formålet med vernepleien som både er knyttet kompetanse og yrkesrolle, hos vernepleierne selv, hos samarbeidspartnere og hos lederne. En viss profesjonell autonomi er grunnleggende for å sikre yrkesutøvere som både kan fremme sosialpolitiske mål og omstille seg når det oppstår endringer og nye behov i helse- og omsorgstjenestene. Resultatene understreker behov for mer forsknings- og utviklingsarbeid med vekt på faktorer som både bidrar til å forbedre faglige beslutninger i vernepleieryrket, og som bidrar til å styrke en vernepleiespesifikk yrkesrolle som *vernepleier*.

Større behov for å binde sammen kunnskaper på tvers av profesjoner og profesjongrensener, og økende vektlegging av kommunikasjons-, samhandlings- og relasjonell kompetanse, utfordrer forståelsen av profesjoners kunnskapsgrunnlag som deres viktigste eksistensgrunnlag. «Nye former for profesjonalisme» og utvikling av «partnerskapsroller» i samarbeid mellom tjenestemottakere, profesjonelle og andre samarbeidsaktører finnes det lite kunnskap om. På dette området er det behov for praksisnær forskning og kunnskapsutvikling som omfatter både pasientsentret tilnærminger og som tydeliggjør helse- og sosialfaglige profesjoners bidrag og deltakelse i tverrprofesjonelt samarbeid.

Studien bidrar med kunnskap om både hvordan yrkesfelt og organisatoriske domener er i endring, der nye former for profesjonalisme utfordrer lederes rolle i tverrprofesjonelt samarbeid. Det er et mål å utvikle standarder som på den ene siden legitimerer ulike profesjonsfaglige bidrag i samarbeid og tjenesteutvikling, og på den andre siden ivaretar tjenestemottakeres medvirkningsrett. Selv-ledelse kan føre til fastlåste oppfatninger om hva som er beste praksis for samarbeid. Økende behov for breddekunnskap i tjenesteutvikling gjør samarbeidet mer komplekst og også mer utfordrende å lede. Endringer i denne retningen er i tråd med helsepolitiske føringer som impliserer utvikling av nye former for profesjonalisme. Profesjoners kapasitet som endringsaktører knyttes både til deres faglige utgangspunkt og evne til endring, ledelse og organisasjonsutvikling (bl.a. informasjonsutveksling, beslutningstaking og koordinering) og til forskningskunnskaper. Dette medfører behov utvikling av mer skreddersydde vernepleierutdanninger med vektlegging av strategisk kunnskap som er bedre tilpasset tjenestekontekst. Særlig bør det vurderes å klargjøre, balansere og integrere kliniske helse- og medisinskfaglig kunnskap mot kunnskap om kognisjon og atferd, sosialfaglig kunnskap og mestrings- og motivasjonsstrategier.

Videre bør det vurderes å vektlegge både teoretisk og praktisk kunnskap i vernepleierutdanninger om tverrprofesjonelt samarbeid, vernepleieres evne til å trekke opp grenser mellom eget og andres profesjonelle ansvarsområder og å håndtere selvstendige relasjoner med andre profesjoner og profesjonsdomener. Økt oppmerksomhet om dette både i vernepleierutdanningene og i praksis vil kunne fremme større bevisst hos både vernepleiere og samarbeidende profesjoner om vernepleierfaglige bidrag.

Det er også behov for utvikling av mer differensierte stillingsstrukturer i tjenestene, som bedre kopler oppgaver, ansvar og kompetanser overfor brukere med ulike og sammensatte behov for tjenester. I dette lys har et lovfestet krav om vernepleieres kompetanse i kommunale tjenester relevans. Vernepleieres sammensatte kompetanse gir muligheter til å løse relativt

komplekse velferdsoppgaver. Økende behov for sammensatte tjenester betinger imidlertid at slike tjenester tillegges større betydning i utforming av politikk og samfunnsutvikling. En løsning som kan tydeliggjøre verdien av tverrprofesjonell kompetanse kan være utvikling av mer differensierte stillingsstrukturer i tjenestene, som bedre kopler oppgaver, ansvar og kompetansetyper overfor brukere med ulike og sammensatte behov for tjenester. Videreutvikling av koordinatorrollen er interessant i denne sammenhengen.

## Litteratur

- Abbott, A. (1981). Status and Status Strain in the Professions, *American Journal of Sociology* 86(4), 819-835. <https://doi.org/10.1086/227318>  
<https://doi.org/10.1086/227318>
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Agreli, H. F., Peduzzi, M. & Bailey, C. (2017). Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), 679-684. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1351425>
- Ambrose-Miller, W. & Ashcroft, R. (2016). Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101-109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Asakawa, T., Kawabata, H., Kisa, K., Terashita, T., Murakami, M. & Otaki, J. (2017). Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 399-407. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S144526>
- Askheim, O. P. & Andersen, J. (2001). Har vi en vernepleierutdanning i utakt med seg selv? : fra trening til myndiggjøring. *Embla*, 6(7), 27-35.
- Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320-330. <https://doi.org/10.1080/13561820902921811>
- Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195-203. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>
- Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller: en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewer, M. L., Flavell, H. L., Trede, F. & Smith, M. (2016). A scoping review to understand "leadership" in interprofessional education and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4), 408-415. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1150260>
- Bucher, S. V., Chreim, S., Langley, A. & Reay, T. (2016). Contestation about collaboration: discursive boundary work among professions. *Organization Studies*, 37(4), 497-522.

- <https://doi.org/10.1177/0170840615622067>
- Cameron, A., Lart, R. & Bostock, L. (2016). Forskning på helse- og sosialfaglig samarbeid: en "review" fra Storbritannia. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 100-213). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L. & Coomber, C. (2013). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 225-233. <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Careau, E., Biba, G., Brander, R., Van Dijk, J. P., Verma, S., Paterson, M. & Tassone, M. (2014). Health leadership education programs, best practices, and impact on learners' knowledge, skills, attitudes, and behaviors and system change: a literature review. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 39-50. <https://doi.org/10.2147/JHL.S61127>
- Cheek, J. (2018). The marketization of research: implications for qualitative inquiry. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5. utg., s. 322-340). Los Angeles, CA: Sage.
- Chong, W. W., Aslani, P. & Chen, T. F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 373-379. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>
- Cleary, J. & Doody, O. (2016). Nurses' experience of caring for people with intellectual disability and dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 620-631. <https://doi.org/10.1111/jocn.13431>
- Davis, K., Drey, N. & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1386-1400. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Denis, J.-L., van Gestel, N. & Lepage, A. (2016). Professional agency, leadership and organizational change. I M. Dent, I. L. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Red.), *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* (s. 215-227). London: Routledge.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage handbook of qualitative research* (3. utg., s. 1-32). Thousand Oaks, California: Sage.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y. S. (2018). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. I K. N. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5 utg. s. 1-26). London: SAGE Publications.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2018). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5. utg., s. 1-26). Los Angeles, CA: Sage.
- DiazGranados, D., Dow, A. W., Appelbaum, N., Mazmanian, P. E. & Retchin, S. M. (2018). Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 151-159. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1383886>
- Doody, O., Slevin, E. & Taggart, L. (2016). Focus group interviews examining the contribution of intellectual disability clinical nurse specialists in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2964-2975. <https://doi.org/10.1111/jocn.13636>
- Doody, O., Slevin, E. & Taggart, L. (2017). Activities of intellectual disability clinical nurse specialists in Ireland. *Clinical Nurse Specialist*, 31(2), 89-96.

- <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000278>
- Doody, O., Slevin, E. & Taggart, L. (2019). A survey of nursing and multidisciplinary team members' perspectives on the perceived contribution of intellectual disability clinical nurse specialists. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3879-3889.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14990>
- Dunér, A. & Wolmesjö, M. (2015). Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18(3), 354-369. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.908166>
- Døving, E., Storvik, A. E. & Elstad, B. (2016). Profesjon, ledelse og organisasjon: perspektiver og begreper. I E. Døving, A. E. Storvik & B. Elstad (Red.), *Profesjon og ledelse* (s. 31-59). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ellingsen, K. E. (2014a). Innledning i Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 11-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E. (2014b). Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 23-45). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E. & Berge, K. (2014). Helsefagets rolle i den vernepleierfaglige kompetansen. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 192-212). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E. & Dahlen, W. N. (2012). Vernepleierens framtidige kompetanse og rolle. *Fontene forskning*, (2), 87-93. Hentet fra <https://fonteneforskning.no/debatt/vernepleierens-framtidige-kompetanse-og-rolle-6.19.264669.3d9d1b21b4>
- Endringslov til helselovgivningen. (2017). Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.) (LOV-2017-06-16-55). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-55>
- Erlingsson, C & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis, *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93-99.  
<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Eriksen, E. O. & Molander, A. (2008). Profesjon, rett og politikk. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 161-176). Oslo: Universitetsforlaget.
- Etzioni, A. (1969). Preface. I A. Etzioni (Red.), *The Semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. (s. v-xvii). New York: The Free Press.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fauske, H. (1991). *Profesjonene - bremsekloss eller syndebukk*. Oslo: Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon. Hentet fra [https://www.faf.no/media/com\\_netsukii/118.pdf](https://www.faf.no/media/com_netsukii/118.pdf)
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 29-51). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (2017). Vernepleierundersøkesen 2017: Om vernepleiere, utdanning, arbeidsfelt og interesser. En undersøkelse blant FOs vernepleiere. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311780-1548957779/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Hefte%20Vernepleierunders%C3%B8kelsen%202017%20oppsummering.pdf>
- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). Vernepleierens helsefaglige kompetanse. Hentet fra <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2019/05/Vernepleiernes-helsefagkompetanse.pdf>
- Fletcher, S., Breitbach, A. P. & Reeves, S. (2017). Interprofessional collaboration in sports medicine: Findings from a scoping review. *Health, Interprofessional Practice &*

- Education*, 2(3), eP1128. <https://doi.org/https://doi.org/10.7710/2159-1253.1128>
- Flyvbjerg, B. (2009). *Samfundsvidenskab som virker: hvorfor samfunnsforskningen feiler, og hvordan man får den til at lykkes igen*. København: Akademisk Forlag.
- Folkestad, H. (2009). Vernepleierfaglig arbeid. I G. S. Hutchinson (Red.), *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier: utvalgte temaer* (s. 51-66). Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>
- Fox, A. & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113-118. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>
- Galvin, G. & Timmins, F. (2010). A phenomenological exploration of intellectual disability: nurse's experiences of managerial support. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 726-735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01101.x>
- Gjelsvik, M. (2015). Offentlige ledes holdninger og potensial for innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 193-211). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjertsen, P.-Å., Hansen, M. B. V. & Juberg, A. (2018). Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres rolle og status i skolen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 163-179. Hentet fra [http://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_velferdsforskning/2018/02/barnevernspedagogers\\_sosionomers\\_og\\_vernepleieres\\_rolle\\_og](http://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/02/barnevernspedagogers_sosionomers_og_vernepleieres_rolle_og)
- Goldman, J., Reeves, S., Wu, R., Silver, I., MacMillan, K. & Kitto, S. (2016). A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), 217-225. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1072803>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M & Lundman, B. (2017). Methodological changes in qualitative analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 65, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Grimstad, J. P. & Johansen, K.-J. (1986). *Sluttrapport "Vernepleierprosjektet"*. Klæbu: Vernepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag.
- Grung, R. M. (2019). Noen utfordringer vernepleierutdanningen har. I R. M. Grung (Red.), *Vernepleieren, fremtidsrettet og ettertraktet*. (s. 19-26). Oslo: Fellesorganisasjonen. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1321125-1573824444/Dokumenter/FO%20mener/Politikk/Innspill%20til%20regjering%20og%20partier/2019/Vernepleiere.pdf>
- Gundersen, E. C. (2014). *Sosialfaglig kompetanse: en analyse av arbeidsrapporter fra BSV-utdanningene*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hagland, H. (2015). *Å krysse fremfor å beskytte grenser: om ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenters deltakelse og læring i tverrprofesjonell praksis* (Doktoravhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus). Hentet fra <https://oda.hioa.no/nb/a-krysse-fremfor-a-beskytte-grenser-om-ergoterapeut-fysioterapeut-lege-og-sykepleierstudenters-deltakelse-og-laering-i-tverrprofesjonell-praksis/asset/dspace:9115/A-15-7-Hagland-SPS-17x24.pdf>
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2017). Kvalifisering til tverrprofesjonell praksis. I S. Mausethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 83-94). Oslo: Universitetsforlaget.

- Halvorsen, L. R. & Løkke, J. A. (2018). Dårlige tjenester og detronisert profesjon for vernepleiere. Hentet 12.12.2019 fra <https://khrono.no/helse-og-sosialfag-hogskolen-i-ostfold-rethos/darlige-tjenester-og-detronisert-profesjon-for-vernepleiere/242726>
- Harris, M. F., Advocat, J., Crabtree, B. F., Levesque, J.-F., Miller, W. L., Gunn, J. M., ... Russell, G. M. (2016). Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9(1), 35-46. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S97371>
- Hean, S., Willumsen, E. & Ødegård, A. (2017). Collaborative practices between correctional and mental health services in Norway: Expanding the roles and responsibility competence domain. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 18-27. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233392>
- Heiret, J. & Ludvigsen, K. (2012). På sporet av en historisk-sosiologisk helseprofesjonsforskning – Tracking historical sociological perspectives on the health professions. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 53(4), 455-473. Hentet fra [http://www.idunn.no/tfs/2012/04/paa\\_sporet\\_av\\_en\\_historisk-sosiologisk\\_helseprofesjonsforskning](http://www.idunn.no/tfs/2012/04/paa_sporet_av_en_historisk-sosiologisk_helseprofesjonsforskning)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (St.meld. 25 2005-2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (St.meld. 29 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Demensplan 2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (St.meld. 26 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2019). *Distriktspsykiatriske tjenester 2017* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/analysenotater-samdata->



- spesialisthelsetjenesten/IS2825%20Distriktpsikiatriske%20tjenester%202017.pdf/\_a  
ttachment/inline/83710e5f-55bb-42a4-b2d5-  
bda11b22b135:b3ced73eb005c78ac61cd10930682946e5f9eb7c/IS2825%20Distriktp  
sikiatriske%20tjenester%202017.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-02-64). Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Lov%20om%20helsepersonell>
- Helsetilsynet. (2017). *Det gjelder livet: oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4\\_2017.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4_2017.pdf/)
- Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(8), 821. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0527>
- Henriksen, Ø. (2016). Yrkesfeltets kompetansebehov og BSV-utdanningene. *Fontene forskning*, 16(2), 40-53. Hentet fra <https://fonteneforskning.no/pdf-15.49748.0.3.91227e51d0>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 575-585. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Horndalen, B. (2001). *Ideologi, fag og virkelighet: vernepleierutdanningen gjennom 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hougaard, P. F. (2014). *Studieprogrammene: en beskrivelse og analyse av fagplaner og pensum mv. ved BSV-utdanningene*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hustoft, M., Hetlevik, Ø., Abmus, J., Størkson, S., Gjesdal, S. & Biringer, E. (2018). Communication and Relational Ties in Inter-Professional Teams in Norwegian Specialized Health Care: A Multicentre Study of Relational Coordination. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), 1-12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3432>
- Huston, C. (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 905-911. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00942.x>
- Isaksen, M., S. (2019). Vernepleieren fremtidsrettet og ettertraktet. I: Vernepleieren, fremtidsrettet og ettertraktet. (s. 8-12). Oslo: Fellesorganisasjonen. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1321125-1573824444/Dokumenter/FO%20mener/Politikk/Innspill%20til%20regjering%20og%20partier/2019/Vernepleiere.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: University of Adelaide. Hentet fra <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Johansson, H., Weinehall, L. & Emmelin, M. (2010). "If we only got a chance." Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 1-9. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s8104>
- Johansen, K. J. & Grimstad, J. P. (2011). *Vernepleierens utdanning og yrkesfelt: Spørreundersøkelse til offentlig godkjente vernepleiere (Sluttrapport 2)*. Trondheim: HiST.
- Kaplan, D. B. & Andersen, T. C. (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-centred care in services providing

- respite care and short breaks for people with dementia. *Health and Social Care in the Community*, 19(4), 438-448. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.00998.x>
- Kooiman, J. (2003). *Governing as governance*. London: Sage.
- Kuhlmann, E., Agartan, T. & von Knorring, M. (2016). Governance and professions. I M. Dent, I. L. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Red.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (s. 31-45). London: Routledge.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd: samspill i praksis* (St.meld. 13 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Kupeli, N., Leavey, G., Harrington, J., Lord, K., King, M., Nazareth, I., ... Jones, L. (2016). What are the barriers to care integration for those at the advanced stages of dementia living in care homes in the UK? Health care professional perspective. *Dementia*, 17(2), 164-179. <https://doi.org/10.1177/1471301216636302>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndverk* (3. utg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Lahn, L. K. & Jensen, K. (2008). Profesjon og læring. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 295-305). Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsson, L. G., Bäck-Pettersson, S., Kylén, S., Marklund, B. & Carlström, E. (2017). Primary care managers' perceptions of their capability in providing care planning to patients with complex needs. *Health Policy*, 121(1), 58-65. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.010>
- Lee, A. A., Lee, S. N. & Armour, M. (2016). Drivers of change: Learning from the lived experiences of nursing home social workers. *Social Work in Health Care*, 55(3), 247-264. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1111967>
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. & Guba, E. G. (2018). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5. utg., s. 108-147). Los Angeles, CA: Sage.
- Lomax, S. W. & White, D. (2015). Interprofessional collaborative care skills for the frontline nurse. *Nursing Clinics of North America*, 50(1), 59-73. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.005>
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (Red.). (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Bergen: Uni Research Rokkansenteret. Hentet fra [https://uni.no/media/manual\\_upload/345\\_rapport\\_2\\_2014\\_ludvigsen\\_og\\_danielsen.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/345_rapport_2_2014_ludvigsen_og_danielsen.pdf)
- Løkke, J. A. & Salthe, G. (2012). Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 39(1), 17-32. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no/loadfile.aspx?IdFile=640>
- Mafuba, K., Gates, B. & Cozens, M. (2018). Community intellectual disability nurses' public health roles in the United Kingdom: An exploratory documentary analysis. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(1), 61-73. <https://doi.org/10.1177/1744629516678524>
- Mahdizadeh, M., Heydari, A. & Karimi Moonaghi, H. (2015). Clinical interdisciplinary collaboration models and frameworks from similarities to differences: a systematic review. *Global journal of health science*, 7(6), 170-180. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p170>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maneze, D., Dennis, S., Chen, H.-Y., Taggart, J., Vagholkar, S., Bunker, J. & Liaw, S. T.

- (2014). Multidisciplinary care: experience of patients with complex needs. *Australian Journal of Primary Health*, 20(1), 20-26.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1071/PY12072>
- Martin, J. S., Ummerhofer, W., Manser, T. & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss medical weekly*, 140, w13062. <https://doi.org/10.4414/sm.w.2010.13062>
- McCray, J. (2003). Interprofessional practice and learning disability nursing. *British Journal of Nursing*, 12(22), 1335-1344. <https://doi.org/10.12968/bjon.2003.12.22.11897>
- Messel, J. (2013). *I velferdsstatens frontlinje: barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres historie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, A. & Brataas, H. V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9(1), 173-182. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S103696>
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-26). 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. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/delt-forst%C3%A5else-og-felles-forpliktelse/>
- Nancarrow, S. & Borthwick, A. (2016). Interprofessional working for the health professions: From fried eggs to omelettes? I M. Dent, I. L. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Red.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (s. 343-355). London: Routledge.
- Nasjonalt kompetansesenter om utviklingshemning (NAKU). (2018). Snuoperasjonen i Sunndal. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/eksempel-faglig-forsvarlig-tjeneste>.
- Nehring, W. M. (2003). History of the roles of nurses caring for persons with mental retardation. *Nursing Clinics of North America*, 38(2), 351-372.  
[https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(02\)00057-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(02)00057-9)
- Nelson, S. (2016). The role of the nurse in assessing mobility decline in older people with intellectual disabilities. *Learning Disability Practice*, 19(9), 19-24.  
<https://doi.org/10.7748/ldp.2016.e1776>
- Nilsen, E., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H. & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: the work situation for nurses as leaders in municipal health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9(1), 153-161.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640>
- Noordegraaf, M. (2011a). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology*, 59(4), 465-488. <https://doi.org/10.1177/0011392111402716>
- Noordegraaf, M. (2011b). Risky business: how professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, 32(10), 1349-1371.  
<https://doi.org/10.1177/0170840611416748>
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5), 898-909.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.029>
- O'Connor, M. & Carey, E. (2017). The role of nurses in supporting people with intellectual disabilities to manage asthma. *Learning Disability Practice*, 20(1), 24-29.  
<https://doi.org/10.7748/ldp.2017.e1778>

- O'Leary, N. & Boland, P. (2019). Organization and system theories in interprofessional research: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1632815>
- Oliveira, G. d. C. (2017). Understanding the interprofessional relationships in the provision of comprehensive medication management services. *International Journal of Recent Advances in Multidisciplinary Research*, 4(4), 2476-2481. Hentet fra <http://www.ijramr.com/sites/default/files/issues-pdf/1291.pdf>
- Owren, T. & Linde, S. (2011). Innledning. I T. Owren & S. Linde (Red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver* (s. 13-20). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peräkylä, A. & Ruusuvuori, J. (2018). Analyzing talk and text. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5. utg., s. 669-690). Los Angeles, CA: Sage.
- Pruijssers, A., van Meijel, B. & van Achterberg, T. (2011). A case report for diagnosing anxiety in people with intellectual disability: the role of nurses in the application of a multidimensional diagnostic guideline. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(4), 204-212. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00294.x>
- Ragin, C. C. (1992). «Casing» and the process of social inquiry. I C. C. Ragin & H. S. Becker (Red.), *What is a case?: exploring the foundations of social inquiry* (s. 217-225). Cambridge: Cambridge University Press.
- Reed, M. I. (2016). Leadership and 'Leaderism': The Discourse of Professional Leadership and the Practice of Management Control in Public Services. I M. Dent, I. L. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Red.), *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* (s. 200-214). London: Routledge.
- Reeves, S. (2011a). Using the sociological imagination in the interprofessional field. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 317-318. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.607312>
- Reeves, S. (2016). Tverrprofesjonell utdanning: konsekvenser for samarbeidom brukere i helse- og velferdstjenestene. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 217-236). Oslo: Universitetsforlaget.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E. & Zwarenstein, M. (2011b). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167-174. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.529960>
- Reeves, S. & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218-225. <https://doi.org/10.1258/1355819042250140>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010a). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S., MacMillan, K. & van Soeren, M. (2010b). Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 258-264. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01077.x>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633-645. <https://doi.org/10.3109/13561820902886295>

- Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Regan, S., Orchard, C., Khalili, H., Brunton, L. & Leslie, K. (2015). Legislating interprofessional collaboration: a policy analysis of health professions regulatory legislation in Ontario, Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 359-364. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1002907>
- Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A. & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 350-361. <https://doi.org/10.3109/13561820903550713>
- Rieck, A. M. (2014). Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 440-446. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.906390>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Russell, L., Nyhof-Young, J., Abosh, B. & Robinson, S. (2006). An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 29-39. <https://doi.org/10.1080/13561820500476473>
- Rämngård, M., Blomqvist, K. & Petersson, P. (2015). Developing health and social care planning in collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 354-358. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003635>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring: governance på norsk* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Saks, M. (2016). Professions and Power: A Review of Theories of Professions and Power. I M. Dent, I. L. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Red.), *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* (s. 71-85). London: Routledge.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 132-147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 47-66. <https://doi.org/10.1080/13561820020022873>
- Schot, E. J. J., Tummers, L. G. & Noordegraaf, M. (2019). Working on working together: A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Sheerin, F. (2004). Identifying the foci of interest to nurses in Irish intellectual disability services. *Journal of Learning Disabilities*, 8(2), 159-174. <https://doi.org/10.1177/1469004704042704>
- Sheerin, F. K. (2008). Diagnoses and Interventions Pertinent to Intellectual Disability Nursing\*. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(4), 140-149. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.00102.x>
- Silverman, D. (2011). *Doing qualitative research* (3. utg.). Los Angeles, CA: Sage.
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4. utg.). Los Angeles, CA: Sage.
- Smeby, J.-C. (2013). Profesjon og ekspertise. I A. Molander & J.-C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II* (s. 17-26). Oslo: Universitetsforlaget.

- Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S. M. B. & Enderby, P. (2018). Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services*, 31(4), 452-467. <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2016-0026>
- Smith-Carrier, T. & Neysmith, S. (2014). Analyzing the interprofessional working of a home-based primary care team. *Canadian Journal on Aging*, 33(3), 271-284. <https://doi.org/10.1017/S071498081400021X>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktspsykiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialdepartementet. (1987). *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede* (St.meld. 67 1986-1987). Hentet fra [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Storingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812&pgid=d\\_0806](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Storingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812&pgid=d_0806)
- Steihaug, S., Johannessen, A.-K., Ådnanes, M., Paulsen, B. & Mannion, R. (2016). Challenges in achieving collaboration in clinical practice: the case of Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, 16(3), 1-13. <https://doi.org/http://doi.org/10.5334/ijic.2217>
- Sten, K. M. (1995). *Vernepleierens yrkesrolle i en brytningstid*. Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Stichweh, R. (2008). Profesjoner i systemteoretisk perspektiv. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 386-396). Oslo: Universitetsforlaget.
- Storvik, A. E., Døving, E. & Elstad, B. (2016). Profesjon og ledelse. I E. Døving, B. Elstad & A. E. Storvik (Red.), *Profesjon og ledelse* (s. 13-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Strøm, A. & Fagermoen, M. S. (2012). Systematic data integration—a method for combined analyses of field notes and interview texts. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(5), 534-546. <https://doi.org/10.1177/160940691201100502>
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51. <https://doi.org/10.1080/13561820802338579>
- Sverdrup, S. (2014). *Evaluering: tilnærminger, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sweeney, J. & Mitchell, D. (2009). A challenge to nursing: an historical review of intellectual disability nursing in the UK and Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 18(19), 2754-2763. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02889.x>
- Terum, L. I. & Heggen, K. (2015). Sikrar BSV-utdanningane kompetansebehova? *Fontene forskning*, 8(2), 20-34. Hentet fra <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.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thoma, J. E. & Waite, M. A. (2017). Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1198-1208. <https://doi.org/10.1111/jocn.14166>
- Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C. & Levett-Jones, T. (2015). Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the

- barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 634-640.  
<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040873>
- Toiviainen, H. & Kira, M. (2017). From struggles to resource gains in interprofessional service networks: Key findings from a multiple case study. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 479-486.  
<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1301898>
- Tonkens, E. (2016). Professions, service users and citizenship: deliberation, choice and responsibility. I M. Dent, I. L. Bourgeault, J.-L. Denis & E. Kuhlmann (Red.), *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* (s. 45-56). London: Routledge.
- Toren, N. (1969). Semi-professionalism and social work: a theoretical perspective. I A. Etzioni (Red.), *The Semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. (s. 141-195). New York: The Free Press.
- Torp, T. R. (2010). Er vernepleierutdanningen fortsatt ønsket- og er den relevant? I R. M. Grung, H. L. Wærness & C. B. Ellingsen (Red.), *Vernepleierboka 2010: 20 år etter reformen* (s. 154-186). Oslo: Fellesorganisasjonen. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1315905-1554376427/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/09%20Vernepleierboka.pdf>
- Universitets- og høgskolerådet. (2015). Sluttrapport fra sosialfagprosjektet: sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene. Hentet fra [https://www.uhr.no/\\_f/p1/i173466b6-cba4-4b8d-a8dc-0dbe503de56c/2015-bsv\\_prosjektets\\_sluttrapport\\_komplett\\_250915.pdf](https://www.uhr.no/_f/p1/i173466b6-cba4-4b8d-a8dc-0dbe503de56c/2015-bsv_prosjektets_sluttrapport_komplett_250915.pdf)
- Universitets- og høgskolerådet. (2019). Universitets og høgskolerådets hørings svar: forslag til nasjonale retningslinjer for ti helsefaglige profesjonsutdanninger (RETHOS fase 2). Hentet fra <https://www.uhr.no/nyheter/aktuelt/uhrs-horings-svar-forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-ti-helsefaglige-profesjonsutdanninger-rethos-fase-2.4676.aspx>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)
- Utvær, K. T. (1995). *Yrkesutvikling og omsorgsutvikling: en profesjonsteoretisk analyse av vernepleieryrkets framvekst 1949-1990* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.
- 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>
- Vestergaard, E. & Nørgaard, B. (2018). Interprofessional collaboration: an exploration of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 185-195. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1363725>
- Waale, M.-B. (2008). *Roller, identitet og undervisningspraksis i den videregående skolen: en kvalitativ studie* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzels forlag.
- West, M. A., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A. & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The Leadership Quarterly*, 14(4-5), 393-410. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(03\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(03)00044-4)
- Williams, R. W., Roberts, G. W., Irvine, F. E. & Hastings, R. P. (2010). Exploring decision making in intellectual disability nursing practice: a qualitative study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(3), 197-220. <https://doi.org/10.1177/1744629510386289>

- Willumsen, E. (2006). Leadership in interprofessional collaboration - the case of childcare in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 20(4), 403-413.  
<https://doi.org/10.1080/13561820600874692>
- Willumsen, E. (2016). Tverrrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33-52). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2015). Innovasjon innen helse og velferd - sosial innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 25-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1)
- Xyrichis, A., Lowton, K. & Rafferty, A. M. (2017). Accomplishing professional jurisdiction in intensive care: An ethnographic study of three units. *Social Science & Medicine*, 181, 102-111. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.047](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.047)
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (5. utg.). Los Angeles, CA: Sage.
- Zeitler, U. (2016). *Ny profesjonalisme: samskabelse som vej til et bæredygtigt samfund*. København: Akademisk Forlag.

## Vedlegg

### Liste over tabeller

Tabell 3.1: Oversikt over rekruttering av deltakere og datamateriale delstudie 1

Tabell 3.2: Oversikt over rekruttering av deltakere og datamateriale delstudie 2

Tabell 3.3: Oversikt over rekruttering av deltakere og datamateriale delstudie 3

Tabell 3.4: Tre ekstrakter fra sammenstilling av tekstutdrag og formulering av tema og undertema, delstudie 1

Tabell 3.5: Eksemplifisering av tekstutdrag, kondensert tekst, koder, og undertema delstudie 2 og 3

Tabell 3.6: Overordnet fremgangsmåte i analyseprosessen.

Tabell 4.7: Oppsummering av de tre delstudiene: mål, datainnsamlingsmetode/deltakere.



## Artikler

Folkman, A.K, Sverdrup, S. & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre. *Fontene Forskning* 1/2017, 56–69.

Folkman, A.K, Tveit, B. & Sverdrup, S. (2019). Leadership of Multidisciplinary co-operation in Healthcare. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 12, 97–107.

Folkman, A.K, Fjetland, K. J. & Sverdrup, S. (2019). Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid: om vernepleiere i demensomsorgen. *Tidsskrift for velferdsforskning* (antatt for publisering).



**Anne Katrine Folkman**  
Phd. Stipendiat.  
VID vitenskapelige  
høgskole, Senter for  
diakoni og profesjon-  
nell praksis  
anne.katrine.folk-  
man@vid.no



**Sidsel Sverdrup**  
professor, dr. polit.  
VID vitenskapelige  
høgskole, Fakultet for  
helsefag  
sidsel.sverdrup@vid.no



**Bodil Tveit,**  
førsteamanuensis.  
VID vitenskapelige  
høgskole, Fakultet  
for helsefag  
bodil.tveit@vid.no

# Tverrprofesjonalitet eller innordning?

En casestudie av vernepleieres forhandlinger  
om posisjon i distriktpsikiatriske sentre.

Behovet for mer fleksible yrkesroller og større tverrfaglighet er et sentralt tema i de politiske strategiene for å utforme dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester. Vernepleiere, med sin kombinasjon av helse- og sosialfag, pekes ut som en profesjon med potensial til å spille en nøkkelrolle i omstillingen. I denne artikkelen undersøker vi ved hjelp av en eksplorativ (undersøkende) og kvalitativ enkeltcasestudie hvordan vernepleiere forhandler og posisjonerer seg overfor andre profesjoner i distriktpsikiatriske sentre (DPS). Hovedfunn er at vernepleiere har potensial til å bidra med særegne perspektiver og kompetanse i tverrfaglig samarbeid om pasienter i DPS. Samtidig tyder funnene på at vernepleiere innordner seg det som oppfattes som dominerende forståelsesmåter i feltet.

Behovet for mer fleksible yrkesroller og økt tverrfaglighet i helse- og omsorgstjenestene har vært et sentralt tema i nyere politiske strategier for å utforme dagens og fremtidens tjenester til befolkningen (Meld. St. 13 (2011-2012); Meld. St. 10 (2012-2013)). Ønsket om nye former for samhandling mellom profesjons- og yrkesgrupper i praksisfeltet aktualiserer behovet for mer kunnskap om hvordan tverrfaglighet og fleksibilitet mellom yrkes- og profesjonsroller utvikles og utformes i praksis (Ludvigsen & Danielsen, 2014; Hagland, 2015). Viktige spørsmål er hvordan forholdet mellom kompetanse, oppgaver, ansvar og roller utfordres ved nye samhandlingsformer og hvordan ulike former for kompetanse kan samspille på gode og dynamiske måter.

Den særegne norske profesjonen vernepleie er fokus og studieobjekt i denne studien. Den er interessant av flere grunner. Vernepleie er blitt pekt på som en profesjon med potensial til å spille en nøkkelrolle i omstillingen av tjenestene, på grunn av kombinasjonen helse- og sosialfag (Meld. St. 13 (2011-2012); Meld. St. 29 (2012-2013)). Samtidig som politiske signaler åpner for vernepleierfagets muligheter innen ulike felt i helse- og sosialtjenesten, har faget gjentatte ganger vært truet av nedleggelse (Messel, 2013). Disse motstridende signalene tyder på at det kan eksistere uklarhet omkring profesjonen og hva den egentlig kan bidra med innenfor dagens helse- og sosialtjenester.

Foreliggende artikkel er basert på en casestudie i distriktpsikiatriske sentre (DPS). Ett av vernepleieres nye arbeidsområder er psykisk helsevern (Meld. St. 13 (2011-2012)). I DPS har antall vernepleiere økt (Helsedirektoratet, 2014a). Studien utforsker vernepleieres inntreden i DPS og deres samhandling med andre profesjoner med tilgrensende kompetanse. Problemstillingene som reises er: Hvordan forhandler vernepleiere frem rollen sin gjennom samarbeid med andre profesjonsgrupper i DPS? Hvordan erfares forholdet mellom vernepleieres ansvar, kompetanse og oppgaver av vernepleiere selv og samarbeidende profesjoner?

### Bakgrunn og kontekst

Vernepleie er en forholdsvis ung utdanning og profesjon. Den ble etablert tidlig på 1960-tallet som en treårig utdanning for å ivareta omsorg for en utsatt og sårbar målgruppe, psykisk utviklingshemmede (Messel, 2013). Vernepleien har fra sin opprinnelse gjennomgått relativt store endringer i kunnskapsfokus, og skiftende syn på målgruppen har bidratt til å prege fagforståelsen. Faget var preget av medisinsk/somatisk sykdomsorientering, pleiefokus og «umyndiggjøring» av klientene (Grimstad & Johansen, 1986, s. 29). Etter hvert ble det lagt større vekt på å skape en mer human og meningsfull livssituasjon for psykisk utviklingshemmede i institusjonene. Aktivitetsfag, psykologi og pedagogikk fikk en relativt bred plass i utdanningen, etterfulgt av en utvikling mot mer metodisk og målrettet atferdsterapi på -70 tallet (Grimstad & Johansen, 1986; Horndalen, 2001). I tiden før og etter HVPU-reformen ble iverksatt i 1991, var fokus på normalisering og rettighets-tenkning. Omsorgsformene ble mer desentralisert. Vernepleiefagets hovedmål var integrasjon, at klientene skulle delta i samfunnet utenfor institusjonen. Det ble lagt vekt på fagområder som miljøarbeid, habilitering og rehabilitering (Horndalen, 2001). Helt siden vernepleiefaget ble etablert har det vært diskutert hva faget skal inneholde (Horndalen, 2001; UHR, 2014; UHR, 2015).

Vernepleiere er i dag autorisert helsepersonell (Helsepersonelloven (2001), § 48). Samtidig er vernepleier-utdanningen definert som en del av de sosialfaglige såkalte BSV (barnevernspedagog-, sosionom og vernepleier) -utdanningene. Ifølge Brask, Østby og Ødegård (2016) kan vernepleieres yrkesrolle, rolleforventninger og kompetanse karakteriseres gjennom begrepene «målgruppekompetanse» og «breddekompetanse» (Brask et al., 2016, s. 3). Breddekompetansen må ses i sammenheng med vernepleierens bredde av perspektiver og fag som er nødvendig for å forstå funksjonshemming og funksjonsvansker. Dette blir stadig viktigere i en mer lokalbasert helse- og sosialtjeneste (Meld. St. 26 (2014-2015)). Til sammen innebærer målgruppe- og breddekompetanse at ver-

nepleiere kan bidra med særegne faglige perspektiver, samtidig som de kan fylle en rolle som brobygger mellom profesjoner (Brask et al., 2016). Det er trolig vernepleierens helsefaglige kompetanse som særlig har gjort dem etterspurt i kommunehelsetjenestene (UHR, 2014; UHR, 2015).

En hovedutfordring i tverrprofesjonelt samarbeid er å finne en god balanse mellom felles og særegen kompetanse for hver utdanning og profesjon, såkalt «kjernekompetanse» (Willumsen, 2016, s. 43). Dersom bidragene blir for like, kan det medføre at dynamikken i samarbeidsprosessen blir svakere. Dersom bidragene er forskjellige, kan det være vanskelig å integrere dem, og samarbeidet står i fare for å bryte sammen. Samtidig er tverrfaglig samarbeid en viktig faktor for å kunne håndtere fremtidige utfordringer og skape innovative arbeidsmåter (Meld. St. 29 (2012-2013); Willumsen, 2016).

Vernepleieres inntreden i DPS med oppgaver som miljøterapeuter i psykisk helsearbeid, er eksempel på et nytt tverrfaglig arbeidsområde for vernepleiere. DPS skal yte allmennpsykiatriske tjenester til blant annet tjenestemottakere med langvarige og sammensatte problemer. Målet er å utvikle sammenhengende tjenester som støtter opp under pasienters egenmestring. Prinsipper om samhandling, ansvar og oppgavefordeling skal ligge til grunn for å utvikle gode tverrfaglige samarbeidskulturer i DPS, samt en felles forståelse av pasienters problemer, behandlingsbehov og -strategi (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

### **Teoretiske perspektiver**

Vernepleierens inntreden på nye arenaer i helse- og sosialsektoren kan forstås ved hjelp av begrepet oppgaveglidning (Nancarrow & Borthwick 2005; Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Overføring av oppgaver mellom profesjoner og yrkesgrupper med samme utdanningsnivå kalles ofte horisontal substitusjon (Nancarrow, 2004; Nancarrow & Borthwick, 2005) og innebærer at både kompetanse, ansvar og roller settes i bevegelse. Dette kan føre til uklare yrkes- og profesjonsgren-

ser, uklare ansvarslinjer, og fragmentert kunnskapsgrunnlag (Malin, 2000; Davies, 2004; Cooke 2006; Solbrekke, 2007). Samtidig kan det bidra til å bygge opp ny kunnskap og fremme deling av oppgaver på mer fleksible og smarte måter. Kvaliteten på tjenestene kan bli hevet gjennom slike prosesser (Fournier, 2000; Jones & Green, 2006).

En kan også forstå endringer i oppgavefordeling ut fra begrepene arbeidsdeling og profesjonalisering (Abbott, 1988). Abbott fokuserer på betydningen av å etablere klare grenser mellom profesjoner. Han er opptatt av hvordan profesjonene bruker makt og begrenser andres innsyn i sin kunnskap for å opprettholde jurisdiksjoner mellom profesjoners arbeidsfelt. For eksempel kan ytre endringer, som politiske føringer og krav om ny kunnskap, bidra til å favorisere enkeltprofesjoner eller hindre et profesjonsmonopol. Dette kan gi utgangspunkt for innbyrdes konkurranse mellom profesjoner (Abbott, 1988).

Wengers (2004) teori om praksisfelleskap kan bidra til å utdype og supplere Abbotts tenkning. Praksis er ikke primært en maktarena, men en prosess som bidrar til at aktørene opplever verden og engasjementet sitt som meningsfullt. I likhet med Abbott er Wenger opptatt av grenser mellom aktørene i felten. Men der Abbott forstår grenser som noe som skiller profesjonene og avgrensede profesjonene fra hverandre, studerer Wenger grenser i lys av hvordan de former og forbinder omgivelsene gjennom praksisfelleskap.

Ifølge Wenger er grensen det området der den felles virksomheten (grenseobjektet) i et praksisfelleskap finner sted. Der møtes nykommere og etablerte, og mening, gjensidig ansvarlighet og kompetanse forhandles. I møtene kan kunnskap bli akseptert eller oversett, og innovative og uortodokse løsninger kan skapes. Grensene er, ifølge Wenger, det området der nye praksiser starter. Han peker på tre ulike former for tilhørighet: engasjement, innordning og forestilling. Disse gir ulike muligheter til å påvirke og forhandle om mening.

Å være deltaker i praksisfelleskap er et spørsmål om engasjement. Engasjementet innebærer for-

handling om hva som er kompetanse, og hvilke erfaringer og praksiser som har verdi for fellesskapet. Andres anerkjennelse av deltakeres bidrag og erfaring er sentral i denne sammenhengen (Wenger, 2004; Hagland, 2015). Det som gjør et engasjement mulig og produktivt, er både spørsmål om deltakers forskjellighet og om homogenitet. Et gjensidig engasjement kan derfor bidra til konsensus, gjensidig respekt og samarbeid, men også til spenning, uenighet, utfordringer, konflikt og konkurranse (Wenger, 2004).

Innordning er et viktig aspekt ved virksomhet i et praksisfellesskap og kan være en måte å koordinere handling og aktivitet på, som å følge gitte retningslinjer og overholde normer. Føylighet og konformitet er de mest effektive formene for innordning, fordi de ikke stiller spørsmål eller åpner for meningsforhandling. Derfor kan de i ytterste konsekvens bli diskvalifiserende (Wenger, 2004).

Man lager seg forestillinger om hvem man er og hva man kan bidra med som deltaker i praksisfellesskap. Dette kan gi muligheter til nytenkning, men kan også være ineffektivt og bygge på antakelser. Deltakere kan dermed oppleve seg som utelatt og ikke inkludert i fellesskapet (Wenger, 2004).

Begrepene oppgavefordeling, gjensidig engasjement, innordning og forestilling åpner for analyse av hvordan vernepleiere forhandler rollen sin gjennom samarbeid med andre profesjoner i DPS.

### Metode

Studien som denne artikkelen er basert på, er en kvalitativ undersøkende enkeltcase-studie av vernepleieres rolle og posisjon i DPS. Casestudier er eksempler på analytiske konstruksjoner, styrt av interesse av å forstå og forklare egenart (Andersen, 2013; Thaa-gard, 2013). Et viktig poeng i denne typen kvalitativ tilnærming er å utforske nye situasjoner og felt det er lite kunnskap om. Denne tilnærmingen er derfor vel-egnet for foreliggende studie.

Datamaterialet er produsert fra ansatte i to forskjellige DPS, nærmere bestemt på fire ulike sengeposter og ved ett akutt ambulant team (AAT). Case-

studier baserer seg både på datatriangulering (flere metoder, datakilder) og bruk av mange og ulike kilder (Andersen, 2013). En viktig grunn til å triangulere data er å få mer helhetlige svar på komplekse problemstillinger (Sverdrup, 2014).

Metodene var individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og observasjoner. Individuelle intervjuer med vernepleiere ga mulighet for dybde og fokus på vernepleieres erfaringer fra arbeidskonteksten. De individuelle intervjuene ble supplert med fokusgruppeintervjuer. Hensikten var å få synspunkter fra andre profesjoner på vernepleiefaglige bidrag ved samarbeid. I tillegg til intervjuer og fokusgrupper ble det også gjennomført observasjoner i behandlingsmøter og refleksjonsmøter. Observasjoner gir førstehåndserfaringer og informasjon om mindre åpenbare sider som man kanskje ikke har fanget opp i intervjusituasjonen, som er en mer konstruert setting (Fangen, 2004).

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, 41287). All dataproduksjon fant sted våren 2015. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltakere og forsknings-etiske krav til anonymisering er ivaretatt.

### Rekruttering og utvalg

Lederne på de enkelte DPS-poster rekrutterte informanter til individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer, samt ga tilgang til observasjon i de aktuelle møtene. Tabellen under gir en oversikt over det innsamlede materialet, i hvilket DPS de er samlet inn, antall intervjuer og observasjoner som er gjennomført, samt informantenes profesjonstilhørighet.

I de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene er opplysninger om den enkelte deltakers videreutdanning og spesialisering innhentet. Hos deltakerne i behandlingsmøter og refleksjonsmøter der observasjonsdata ble innhentet, ble det kun gitt opplysninger om profesjonsutdanning.

Samtlige vernepleiere var kvinner mellom 30-60 år. Alle hadde mer enn ett års praksis i DPS i tillegg til allsidig arbeidserfaring, for eksempel fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fra psykiatrien. Enkel-

**Tabell 1: Datamateriale og deltakere**

Datamateriale	DPS 1 (inkludert AAT)	DPS 2	Totalt antall
Individuelle intervjuer med vernepleiere	1 vernepleier med master i helsevitenskap, 1 vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid og 2 vernepleiere uten videreutdanning	2 vernepleiere uten videreutdanning, 2 vernepleiere med videreutdanning i rus og psykiatri og i ledelse	8
Fokusgruppe-intervju (ledergruppe)	1 intervju – 7 ledere deltok, sykepleiere		7
Fokusgruppe-intervju med personalgrupper	1 intervju – 6 ansatte deltok, psykolog, psykiater, sosionom, musikkterapeut, 2 sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse	1 intervju – 4 ansatte deltok, alle sykepleiere, 2 med videreutdanning i kognitiv behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser (sep. rep.) og i psykiatri, og 2 uten videreutdanning	10
Observasjoner behandlingsmøte/refleksjonsmøte	Sengepost: 3 møter med deltakelse fra følgende faggrupper: vernepleiere, psykolog, lege, sykepleiere, sykepleiestudenter.  AAT: 6 møter med deltakelse fra følgende faggrupper: Vernepleiere, psykiater, legestudent, sykepleiere, sosionom, musikkterapeut.  Totalt antall deltakere: 63	3 møter med deltakelse fra følgende faggrupper: vernepleiere, psykolog, psykiatere, sykepleiere, sykepleiestudenter.  Totalt antall deltakere: 26	89

te informanter var med både i intervju og på behandlings- og refleksjonsmøter, mens andre bare var med på ett møte.

### Dataproduksjon

Vi har foretatt intervjuer og gjennomført observasjoner både på sengeposter og i ett ambulant akuttteam (AAT). AAT tilbyr ikke miljøterapi, men er et spesialisert tverrfaglig team som vurderer pasienter for akuttinnleggelse og gir korttids hjemmebehand-

ling som alternativ til akutt innleggelse i døgnenhet i DPS (Helsedirektoratet, 2014b).

En halvstrukturert intervjuguide (Kvale, Brinkmann, Andersen & Rygge, 2015) ble brukt i individuelle intervjuer med vernepleiere. Intervjuguiden fokuserte på temaer knyttet til oppgaver og ansvarsområder, samsvar mellom oppgaver og kompetanse, samarbeidsrelasjoner og opplevelse av egen rolle på arbeidsplassen.

Fokusgruppeintervjuene ble moderert av første-



forfatter der temaene var de samme som i de individuelle intervjuene.

Observasjonsguiden var mer åpen for å observere det som foregikk i møtene, men et særlig fokus var rettet mot samtaler om fordeling av oppgaver, spenninger, samarbeid og hvilke faguttrykk og begreper som ble anvendt.

### Analyse

Analyse av materialet er inspirert av tematisk innholdsanalyse etter Vaismoradi, Turunen & Bondas (2013), og Thagaard (2013). Analysen besto av fire trinn. Første trinn handlet om en grundig gjennomlesning og koding med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, der vi var på jakt etter mønstre i form av sammenfall og skillelinjer på langs og tvers av de ulike datasettene. I neste trinn ble datasettene systematisk gjennomgått og kodet hver for seg. Kodene var utgangspunkt for uttrekk av relevant tekst som så ble kondensert. I tredje trinn ble kodene sortert og utviklet til undertema som så ble kategorisert og organisert i overordnede tema.

Analyseprosessen med formulering- og omformulering av undertema og tema fortsatte ved å sjekke hvordan formuleringene fungerte i forhold til de kodede tekstutdragene, og i forhold til hele datamaterialet sett under ett (Vaismoradi et al., 2013). I analysens fjerde trinn ble materialet analysert i lys av den teorien som ble valgt. Den teoretiske forankringen bidro til å gi mening til datamaterialet, til å forstå og finne sammenhenger, samt til å gi en samlet forståelse av materialet som helhet.

### Resultater

Tre hovedtema er analysert frem i materialet: miljøterapi i DPS som fellesfaglig tilnærming, vernepleierfaglige særbidrag inn i DPS og spenningsfylte relasjoner. Første hovedtema er utviklet gjennom analyse av et fokusgruppeintervju med ledere fra sengeposter i det ene DPSet, både ledere fra sengeposter og fra akutt ambulant team, samt observasjonsdata fra tverrfaglige møter. Andre hovedtema er utviklet gjennom analyser av individuelle intervjuer med ver-

nepleiere og fokusgruppeintervjuer med sykepleiere. Tredje hovedtema er utviklet gjennom analyser av det samlede datamaterialet.

### Tema 1: Miljøterapi i DPS som fellesfaglig tilnærming

Lederne i DPS er opptatt av miljøterapi og betydningen av denne som faglig tilnærming i DPS. De forteller at i stillingsutlysninger i DPS søkes det ofte etter vernepleier/sykepleier til miljøterapeutisk arbeid. De mener med andre ord at begge faggrupper kan dekke det de etterspør.

#### *Miljøterapi er viktigst*

Ifølge lederne, som alle er sykepleiere, har samtlige ansatte som arbeider på sengeposter, uavhengig av yrkes- eller profesjonsbakgrunn, noe å tilføre posten som bidrar til en helhetlig forståelse av pasienter. Lederne peker på at miljøterapi handler om en rekke praktiske gjøremål, i tillegg til motivasjonsarbeid, observasjon, kartlegging og samtaler. Alt dette er forhold som dreier seg om å lage struktur i hverdagen til pasientene: *Vi vil ha pasientene i gang igjen, «to get them going». Det er en grunnleggende tanke om at et miljø i seg selv er terapeutisk hvis en møter dem (pasientene) med de rette holdningene (leder 1).*

Selv om de er opptatt av at flere ulike faggrupper kan bidra, gir lederne likevel uttrykk for at de to profesjonene sykepleiere og vernepleiere er de foretrukne til miljøterapeutiske oppgaver fremfor andre profesjoner. Begrunnelsen er at det er behov for medisinsk faglig kompetanse, noe begge disse gruppene har:

*(...) som du ser lyser vi ut etter sykepleier/vernepleier. Og stort sett likestiller vi disse (...). Vi lyser ikke ut etter miljøterapeut da det åpner for mange flere yrkesgrupper. Vi trenger den medisinsk faglige kompetansen (leder 1).*

En diskusjon i ledergruppen handler om betydningen av miljøterapeutisk satsing, sammenliknet med individualterapi som behandlere som leger, psykologer og psykiatere utfører. En leder mener at individualterapeutene har en veldig viktig rolle gitt sin spesi-

alkompetanse på fagfeltet. Andre argumenterer mot dette og sier at individualterapeutene ikke er spesialister i miljøterapi:

(...) å si da at individualterapeuten skal stå i en forrang, det blir feil. Sett at individualterapeuten ser pasienten en time om dagen, så er det miljøterapi som bedrives 23 timer i resten av døgnet. Når pasienter innlegges, så er miljøterapi per definisjon den viktigste biten, tenker jeg, og det de har behov for (leder 2).

Det uttrykkes enighet i ledergruppen om at ingen profesjon er mer ekspert enn andre i denne typen terapeutisk virksomhet. Lederne er også klare på at det ikke skal finnes vanntette skott mellom individual- og miljøterapi. Tverrfaglig samarbeid skal komme til uttrykk gjennom pasientenes helhetlige behandlingsplan, og fokus på helse ses blant annet som et viktig vernepleiefaglig bidrag i miljøarbeidet:

Vi er opptatt av om du vil tilføre posten det vi ønsker, uavhengig av yrkesbakgrunn. Tenker mer at det handler om hvilke personlige kvalifikasjoner de har, og interesser og evner i forhold til pasientene. Mer det, enn om de er sykepleiere eller vernepleiere (leder 1).

#### *Personlighet og erfaring er like viktig som utdanning*

I fokusgruppeintervju med ledere drøfter de hva som er viktigst i tverrfaglig samarbeid og i møte med pasienter, generisk (generell) kompetanse eller profesjonstilhørighet og fagkunnskaper. En hovedtendens i materialet er at lederne i liten grad ser ut til å legge vekt på forhold som skiller vernepleiere og sykepleiere, men er opptatt av sammenfall i kompetanse og i utøvelse av miljøterapeutrollen. De mener også at de to profesjonene kan utføre samme typer oppgaver i det miljøterapeutiske arbeidet. Skillinger og ulikheter mellom gruppene blir koblet til ulikheter i personlighet hos de enkelte profesjonsutøverne, like gjerne som til ulik utdannings og profesjonsbakgrunn:

– Jeg kan ikke se at det er så fremtredende at vernepleiere bidrar med noe annet enn sykepleiere, kanskje det med fokus på ressurser, men jeg er usikker. De vektlegger kanskje litt

mer motivasjonsarbeid, men jeg er usikker på om det har med personlighet eller utdanning å gjøre (leder 3).

–Jeg splitter verne- og sykepleiere når jeg setter opp turnus, vernepleiere er litt mer opptatt av å se etter pasienters ressurser, mens sykepleier ordner opp for dem (leder 4).

Samtalen mellom de to lederne kan peke i retning av at det er spenninger i ledergruppen når det gjelder hvilken betydning profesjonsspesifikke bidrag tillegges i tjenesten. Det synes også som det er en uenighet blant lederne om hva vernepleiefaglige særbi-drag handler om.

#### *Internopplæring og dannelse inn mot feltets ønske om kompetanse*

I følge lederne er de ulike profesjonsgruppene i begge DPS-ene mer samstemte faglig nå enn de var tidligere. Det hevdes at dette er et resultat av bevisst satsing fra ledelsens side på å utvikle en fellesfaglig plattform. Et viktig tiltak har vært å tilrettelegge for fellesfaglige refleksjonsarenaer og møtepunkter og en felles forståelse av innholdet i begrepet psykisk helse: Fokuset på psykisk helse gjør jo at profesjonene kommer nærmere hverandre i forståelsen av sykdom og av helse (leder 1).

I observasjonsdata fra refleksjonsmøter kommer det tydelig frem hvordan ledelsen bruker disse møtepunktene som en arena til å innarbeide et fellesfaglig språk og begrepsbruk blant de ansatte:

I refleksjonsmøtene drøfter personalet enkeltpasienters atferd basert på egne erfaringer med pasienten. Leder ønsker at personalet beskriver hvordan de opplever pasienten uten bruk av fagterminologi (beskrivelse fra «refleksjonsmøte»).

Beskrivelsene er utgangspunkt for å kategorisere atferd hos pasientene, i hensiktsmessig eller ikke hensiktsmessig atferd, og som impulsive, relasjonelle eller kognitive:

Når personalet kommer med beskrivelser, forkortes de ned i fellesskap til en setning. Utsagnene kategoriseres i neste runde som hensiktsmessig eller ikke hensiktsmessig atferd hos pasienten, av personal og



leder. En annen måte å kategorisere det personalet forteller om, er å beskrive pasientens reaksjoner som impulsive, relasjonelle eller kognitive. Denne samhandlingen i refleksjonsmøter danner avslutningsvis grunnlag for å stille en «empatibasert» diagnose på pasienten (beskrivelse fra «refleksjonsmøte»).

Formålet med slike møter er altså både å utvikle samhandlingskompetanse i personalgruppen, og å åpne for en bredere samarbeidsprosess om hjelpetilbudet til pasienten, samt å utvikle felles faglig plattform.

### Tema 2: Vernepleierfaglige særbidrag inn i DPS

I de individuelle intervjuene med vernepleierne kommer det fram hvordan vernepleierne mener at den spesifikke kompetansen de har tilegnet seg gjennom profesjonsutdanningen representerer viktige bidrag til arbeidsoppgavene de har i DPS. Vernepleiere gir eksempler på oppgaver de deler med sykepleiere, som å koordinere arbeidsdeling på avdelingene, informasjons- og veiledningsarbeid rettet mot både pasienter og pårørende, men også i forhold til tjenesteinstanser utenfor DPS. Andre oppgaver er medikamenthåndtering, å sette injeksjoner og å medvirke i epikriseskriving. Slike arbeidsoppgaver samarbeider både verne- og sykepleiere med leger eller psykiatere om. Vernepleierne mener at fagkompetansen deres på noen områder gir dem et særlig fortrinn, og at den representerer tilnærminger til pasienter som burde vært mer etterspurt. Som vi ser over, er dette synspunkter som deles av lederne.

#### *Kompetanse om utviklingshemning, kognisjon og adferd*

Vernepleiere i DPS forteller at de møter pasienter med dobbeltdiagnoser, der utviklingshemning- eller forstyrrelser kan være en del av diagnosebildet. Ifølge vernepleierne er de i besittelse av kunnskaper som bidrar til å forstå slike pasienter, og gi dem et utgangspunkt for samarbeid med andre profesjoner om mer relevant oppfølging:

Pasienter kan bli forstått feil. Utviklingshemning kan forveksles med psykose. Det kan også være tilfeller av utviklingsforstyrrelser, da kan

kanskje jeg være med og oppdage det. (vernepleier 1).

Vernepleiere mener at det er viktig å skape en allianse med pasienter. Dette gir et godt faglig grunnlag for å diskutere løsninger. De peker på kunnskaper om utviklingshemning og kognitiv tilnærming som et særlig nyttig utgangspunkt i møte med pasienter som er så forvirret at de ikke greier å få med seg det som sies:

Kognitiv terapi er en metode vi anvender når folk er i krise og det er et behov for å rangere problemer og å finne løsninger (...) (vernepleier 2).

Vernepleiere både på sengeposter og i akutt ambulans team viser til at også kunnskaper om atferd bidrar til å forstå pasienter utover diagnoser og medisinske forklaringer:

Det er mye som handler om atferd, straff, belønning, det atferdsanalytiske. Vi er jo faktisk inne på sånne ting ofte her, forsterkning og sånn....Det er jo faktisk det vi bedriver i psykiatri og miljøarbeid, så det er rart at det ikke er flere vernepleiere her (vernepleier 3).

Ifølge vernepleiere forventes det at de har kunnskaper om utviklingshemning og om atferd, kunnskaper som de selv mener det kunne vært mer av i psykiatrien. Særlig det å ivareta pasienter med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemning på en god måte er mangelfullt i tjenestetilbudet, påpeker vernepleiere.

#### *Sosialfaglig kompetanse*

Resultater fra individuelle intervjuer med vernepleiere og tverrfaglig fokusgruppeintervju i akutt ambulans team der andre profesjoner arbeider sammen med vernepleiere, viser at vernepleiere vurderes som sterkest sosialfaglig. Ifølge vernepleiere gir sosialfaglig kompetanse først og fremst en helhetlig forståelse av og tilnærming til pasienter. Vernepleierutdanningen kan bidra med kunnskaper til å se ting på systemnivå, og hvordan ting påvirker hverandre. Systemet påvirker individet og motsatt (vernepleier 2).

Når vernepleiere søker etter årsaker og løsninger

utover medisinsk behandling av pasienter, medvirker dette til bedre tilretteleggelse av tjenestene for pasientene, mener vernepleiere. Dette er også en refleksjon fra profesjoner vernepleiere samarbeider med, og illustreres best ved hjelp av et sitat fra tverrfaglig fokusgruppeintervju i akutt ambulant team:

Faglige innspill fra vernepleiere bidrar til forståelse av en sosial kontekst jeg som behandler ikke tenker på. Dette representerer særlige vernepleierfaglige og positive faglige bidrag i forhold til å tilrettelegge for brukere av tjenestene (behandler).

Ifølge både sykepleiere og sosionom bidrar vernepleieres tenkning utover medisinsk behandling til å styrke et mer helhetlig perspektiv på tjenestetilbudet til pasienter.

#### *Ressurs- og mestringsorientering*

Betydningen av å forsterke pasienters egne muligheter for tilfriskning er et hovedtema i de individuelle intervjuene med vernepleiere i sengeposter. Det gjøres ved å fokusere på pasientenes egne ressurser og mulighet for mestring. Denne uttalelsen er betegnende: Du skal ta tak i den friske delen, der ligger det uante muligheter (vernepleier 4).

Forutsetninger for å finne ut hvilke ressurser pasienter har, avhenger av kjennskap til og samarbeid med den enkelte pasient, mener vernepleier:

Det er viktig å kjenne pasientene, hvordan du best styrker dem, og tenke over på hvilke måter vi kan bruke dette for å hjelpe dem på best mulig måte (vernepleier 5).

Vernepleiere gir eksempler på hvordan det kan oppstå splittelse i personalgruppe når pasienter oppleves som vanskelige å håndtere, og når personalet står fast. En vernepleier fra akutt ambulant team sier at hun kan få ansvar for veiledning av slike personalgrupper, og gir her et eksempel på anvendelse av et mestringsperspektiv på pasienter:

Det er viktig å løfte det frem når en skal veilede en personalgruppe, at en ser pasienter i et mestringsperspektiv (vernepleier 2).

Vernepleierne har erfaringer med at det å fokusere på pasienters ferdigheter, er grunnleggende for å

legge til rette for hjelp til selvhjelp og oppnå endringer hos pasienter. Dette er forhold som vernepleiere mener er vernepleiespesifikke.

### **Tema 3: Spenningsfylte relasjoner**

Funnene i dette temaet er fremkommet gjennom analyse på tvers av de tre datasettene. Resultater fra både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer viser at vernepleiere er mer ønsket i DPS enn for noen år siden. Likevel gir ulike former for sykepleiefaglig dominans føringer som får konsekvenser for vernepleieres rolle og profesjonelle praksis.

#### *Profesjonsgrenser*

Vernepleiere gir eksempler på hvordan ledere i ansettelsesprosesser foretrekker «sine egne», altså sykepleiere fremfor vernepleiere. Vernepleierne opplever at tenkningen i DPS fremdeles er preget av sykepleiefaglig fokus på diagnoser og på tilfriskning. Derfor kan det være vanskelig å fremme andre faglige tilnærminger. Vernepleiere er opptatt av hvordan de kan bruke kompetansen sin i forhold til pasienters langvarige behov for hjelp, der pedagogikk er en mulig faglig tilnærming. Denne uttalelsen er illustrerende:

(...)vernepleiere har kanskje ikke så mye de skulle ha sagt ennå. De ansetter vernepleiere, men det ligger litt tilbake ennå syns jeg i forhold til å ta inn nye måter å løse ting på. Jeg liker å jobbe med pasienter som jeg kan bli kjent med over tid. Kan jobbe litt mer pedagogisk, som jeg syns er ok. (vernepleier 6).

Også sykepleielederne i fokusgruppeintervju gir uttrykk for at vernepleiere først i senere tid har vunnet et visst fotfeste i DPS, og at det har vært skepsis til ansettelse av vernepleiere særlig i psykiatrien på sykehuset:

Kommer ikke på at jeg jobba sammen med vernepleiere før på DPS 1, har siden alltid jobba sammen med en eller to vernepleiere. Husker da den første vernepleieren ble ansatt på sykehuset i 2002 (...) Det ble sett på (som) utenkelig at en kunne ansette en vernepleier! (leder 2).

En grunn til denne skepsisen mot vernepleiere handlet, ifølge lederne, om vernepleieres kunnskaper. Vernepleiernes kunnskaper om utviklingshemning kan være nyttig i forhold til enkelte pasienter, men dekker bare noen diagnosegrupper i DPS:

Av og til har vi pasienter med utviklingshemning, men kommer den pasientgruppa inn er det av en annen grunn enn utviklingshemningen. I vårt tilfelle var det Asberger med depresjon. Det er depresjonen vi behandler, det handler om fokus (leder 2).

I fokusgruppeintervju med sykepleiere fra sengeposter gis eksempler på hvordan vernepleiere og sykepleiere i DPS kan ha ulikt fokus i behandlingen av pasienter. Særlig kan det dreie seg om det å skape en fast struktur rundt pasienter. Dette er gjenstand for diskusjon mellom syke- og vernepleiere:

–Hvis vi har en pasient der det er viktig å lage en veldig fast struktur, har vernepleiere en god del å komme med (sykepleier 1).

–Ja, men det er viktig at vi kommer til en enighet om dette på behandlingsmøter, i forhold til hvordan møte pasienter (sykepleier 2).

I følge sykepleierne er det lettere å samarbeide med vernepleiere som er nyutdannet enn med de som har mange års erfaring. En årsak er at forskjellene mellom de to profesjonene er blitt mindre, og at det er lettere å finne frem til et samarbeid sykepleiere mener er hensiktsmessig ut fra sitt ståsted:

Kommer vernepleiere rett fra skolen eller har noen års erfaring da er det hipp som happ om det er verne- eller sykepleier, da kan du forme dem som du vil uansett (sykepleier 1).

#### *Mangelfulle helsefaglige kunnskaper*

På den ene siden viser materialet at lederne argumenterer for å ansette vernepleiere på lik linje med sykepleiere, siden vernepleiere er autorisert helsepersonell og har medisinskfaglig kompetanse. Samtidig viser resultater fra intervjuer med både vernepleiere og fokusgruppeintervjuer at vernepleieres somatiske ferdigheter beskrives som mangelfulle og utilstrekkelige. Denne uttalelsen er illustrerende:

Kjenner at jeg ikke har tilstrekkelig med kunnskap til å vurdere somatikk som sykepleiere har, ikke i det hele tatt. Skal ikke si ikke utilstrekkelig, men (...) (vernepleier 2)

Vernepleierne forteller at de kan overlate helsefaglige oppgaver til sykepleiere fordi de føler seg utrygge, men også fordi de ikke ønsker slike oppgaver. Helsefaglig tilnærming er ikke utgangspunkt for diskusjoner mellom syke- og vernepleiere. Snarere peker vernepleiere på et behov for mer opplæring i somatiske oppgaver av sykepleiere. Sykepleiere på sengeposter bekrefter dette, følgende sitat er illustrerende:

Det er akkurat i forhold til det medisinske at jeg føler vernepleiere ikke har nok opplæring (sykepleier 1).

Observasjonsdata viser at sykepleiere er i flertall, oftest dobbelt så mange eller flere, i «refleksjons»- og behandlingsmøter. De har ordet mer enn de andre profesjonsgruppene, blant annet som en konsekvens av at de er flest. Aktivitet i møtene preges på denne måten av sykepleiefaglig dominans.

#### **Diskusjon**

Artikkelen setter søkelys på hvordan vernepleiere forhandler frem rollen sin gjennom samarbeid med andre profesjonsgrupper i DPS, og hvordan vernepleiere og samarbeidspartnere erfarer vernepleieres bidrag i DPS med fokus på ansvar, kompetanse og oppgaver. Drøftingen er organisert under tre tematiske overskrifter a) Miljøterapi som grensepraksis b) Tendenser til innordning og c) Muligheter for engasjement og deltakelse.

#### **Miljøterapi som grensepraksis**

Resultatene viser at vernepleie kan forstås som grensepraksis i lys av både Abbotts og Wengers tilnærming til begrepene. Ny oppgavefordeling aktualiserer profesjoners «eieforhold» til kunnskaper og demarkasjonslinjer mellom profesjonene (Abbott 1988). I resultatene kan man ane at det finnes underliggende profesjonsspenninger mellom sykepleiere og vernepleiere når det gjelder helsefaglig kom-

petanse. Samtidig kan også funnene forstås i lys av Wengers beskrivelse av grensepraksis der gjensidig engasjement i et grenseområde er et utgangspunkt for felles meningsdanning (Wenger, 2004).

Den noe uklare og profesjonsoverskridende miljøterapeutrollen kan se ut til å bidra til å gjøre posisjoner, profesjongrenser og -roller utydelige, fordi oppgaver fordeles slik at ulike faggrupper skal utføre like oppgaver. Ifølge Hagland (2015) kan deltakelse i felles kompetanseområder bidra til å tildekke anerkjennelse av profesjonsspesifikke faglige bidrag. Resultatene fra vår studie peker på et slikt forhold. Funnene tyder også på at ledere har en tendens til å vektlegge generell kompetanse foran spesifikke profesjonsfaglige bidrag. Det kan føre til at profesjonene blir utydelige. Oppgaveglidning der roller blir fleksible og overlappende kan i ytterste konsekvens føre til deprofesjonalisering (Ludvigsen & Danielsen, 2014). På den annen side kan gjensidighet i utvikling av kunnskaper mellom- og over profesjongrenser og posisjoner fungere som «bindemiddel» mellom profesjoner, og skape et felles handlings- og vurderingsgrunnlag og praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Hagland, 2015).

Ifølge Wenger er det fare for at samhandling i såkalte grenseområder blir liggende mellom flere kompetansesystemer uten å være helt tydelig i noen av systemene (Wenger, 2004). En konsekvens kan bli at dynamikken i tverrprofesjonelle arbeidsprosesser forsvinner fordi kompetansebidragene blir for like (Willumsen, 2016). Våre resultater peker i retning av at de dynamiske mulighetene som ligger i et tverrprofesjonelt arbeidsmiljø kunne vært bedre utnyttet.

Tilbud om tjenester til pasienter med sammensatte problemer gjør at profesjoner i DPS må samhandle om vurderinger og behandling. Vårt materiale viser at de såkalte «refleksjonsmøtene» er et eksempel på en tverrfaglig samarbeidsarena som kan skape dynamikk og forhandlinger. I «refleksjonsmøter» anvendes et felles repertoar, i form av begreper med hovedfokus på pasienters mestring og ressurser. Et mål med denne typen møter er å utvikle en mer nyansert forståelse av pasienter, på tvers av profesjongren-

ser og posisjoner hos personalet. På denne arenaen kan det se ut til at vernepleiernes breddekompetanse, forstått som ressurs- og mestringsperspektiver, har innflytelse.

### **Tendenser til innordning**

Funnene våre kan tyde på at vernepleierne i stor grad tilpasser seg i den miljøterapeutiske rollen som eksisterer i DPS. Det gis flere eksempler på hvordan somatiske oppgaver overlates til sykepleierne, og at sykepleiernes helsefaglige kompetanse blir en målestokk for kompetanse. I materialet vårt kommer dette til uttrykk gjennom vernepleieres beskrivelse av seg selv som «nesten sykepleier». Dette er resultater som kan peke i retning av det Wenger kaller for innordning (Wenger 2004).

Psykisk helsevern har tradisjonelt vært betraktet som en medisinsk disiplin der leger, sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte har dominert praksisfeltet (Borge, 2010). Dels kan innordningen skyldes at vernepleiere nylig har beveget seg inn i DPS og på det som tidligere var et sykepleiefaglig domene, og er i forhandlinger om rollen sin. Samtidig har færre vernepleiere enn sykepleiere fra sengeposter i denne studien videreutdanning i psykisk helse. Det kan forsterke en opplevelse av faglig underlegenhet. Lederne viser til at vernepleier og andre som ansettes i DPS med treårige utdanninger, er å betrakte som generalister. Arbeider i etterkant av Meld. St. 13 (2011-2012) viser til behov for å tydeliggjøre vernepleieres kompetanse. Et alternativ er å styrke vernepleieres helsekompetanse og gi vernepleierutdanningen en mer omfattende helsefaglig og miljøterapeutisk profil (UHR, 2014; UHR, 2015)

Profesjoner konkurrerer kontinuerlig om å få kontroll over kunnskaper og gjøre denne til et knapphetsgode innenfor et oppgaveområde. Det gir resultater i form av makt og kontroll over oppgave- og yrkesfeltet med mulighet for utestengning av andre (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2008; Hagland, 2015). Ifølge Messel (2013) har det lenge foregått en profesjonskamp mellom vernepleiere og sykepleiere. Resultatene våre kan tyde på at det er tendenser til

profesjonsspenninger mellom disse gruppene innenfor DPS. Det at de to profesjonsgruppene konkurrerer om de samme stillingene kan bidra til dette. Forskning viser en tendens til at sykepleiere foretrekkes til stillinger som krever helsefaglig kompetanse (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Dette kan gi vernepleierne et litt vanskelig utgangspunkt for å utfordre kunnskapsregimer og kreve plass for sine bidrag.

Resultatene peker på en tendens til at vernepleierne i DPS tilpasser seg arbeidsoppgaver slik de foreligger, og går inn i oppgaver på måter som i stor grad samsvarer med sykepleierne. Det skapes tilsynelatende lite rom for spørsmål eller meningsforhandlinger knyttet til vernepleieres særegne kunnskapsbase. Annen forskning (Ludvigsen & Danielsen, 2014) viser at vernepleieres oppgaver i helse- og omsorgstjenester lett filteres sammen med sykepleieres. Dette forklares med at sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver i helse- og omsorgstjenester har satt profesjonen i posisjon til å påta seg et totalansvar for pasientene. Sykepleiere inntar en nøkkelrolle i fordeling av arbeid mellom ulike personellgrupper, og delegerer oppgaver for sjelden og for lite systematisk (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Det kan se ut til at mulighetene som ligger i å sette sammen en tverrfaglig personalgruppe med utvidede roller og ny oppgavefordeling kunne vært bedre utnyttet. Dette samsvarer med det Ludvigsen og Danielsen (2014) fant i sin undersøkelse. Resultatene kan tyde på at det trengs en avklaring av hvordan de ulike kompetansene kan fungere sammen. En slik avklaring av grenseoppgaver og overlappinger kan gjøre det lettere både å se egne bidrag i sammenheng med andres, og å gi deltakere mer realistiske forventninger til hverandre (Willumsen, 2016).

#### **Muligheter for engasjement og deltakelse**

Deltakelse i et praksisfellesskap er et spørsmål om gjensidig engasjement. Resultatene viser hvilken kompetanse vernepleierne selv mener de kan bidra med i forhold til de oppgavene de utfører i DPS, og andre profesjoners syn på dette.

Kompetansefortrinn er vanligvis viktige i forhand-

linger og posisjoneringer. Sykepleiere som samarbeider med vernepleiere, gir uttrykk for at vernepleieres kunnskaper om atferdsanalyse gir dem et kompetansefortrinn, men at dette ikke nødvendigvis er et felt det vil være aktuelt å samarbeide om. Resultatene peker på at vernepleiere er relativt alene om å mene at tradisjonell vernepleiefaglig kompetanse slik som atferdsanalyse, gir faglige fortrinn. Kompetanse om utviklingshemning og atferd viser seg også i liten grad å være utgangspunkt for problemdefinering, vurdering og behandling i samhandling med andre profesjoner. Resultatene våre peker på et ubrukt potensial hos vernepleiere. Dette gjelder særlig i møte med pasienter der psykisk ubalanse og diagnoser kan maskeres av andre funksjonsvan-sker. Følgelig gir vernepleiefaglige bidrag vernepleiere begrenset adgang til deltakelse i praksisfellesskap, trass i at kompetanse om utviklingshemning er et satsingsområde i DPS (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Resultatene viser at særlig mestrings- og ressursorientering og sosialfaglige tilnærminger representerer et verdifullt tilflyt inn i tjenestefeltet og danner utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid. Ifølge Hagland (2015) er det fellesskapets grenser som avgjør hva som er kompetanse, og hva som er sentral og kompetent deltakelse. Dette samsvarer med funnene i vår studie.

#### **Avslutning**

Caset i denne studien omhandler vernepleieres forhandlinger i DPS. Resultatene illustrerer hvilke prosesser som pågår når endringsprosesser blir iverksatt, kompetanseområder blir utfordret, og oppgaver omfordeles.

Vernepleiere og sykepleiere har samme miljøterapeutiske oppgaver i DPS, sykepleiere har som ledere i tillegg en nøkkelrolle i å fordele oppgaver. Resultater viser hvordan vernepleieres forhandlinger finner sted i et spenningsfelt mellom det sykepleiefaglige og mer generelle rettesnorer for miljøarbeidet, og vernepleieres egne faglige kompetanse. Denne rammen gir vernepleiere rom for å bidra i videreutvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder i tverrfaglig sam-



arbeid i DPS. Funn tyder likevel på at vernepleiere tilpasser seg sykepleiefaglig praksis, og i mindre grad forhandler fram egne profesjonsspesifikke bidrag i tverrprofesjonelt samarbeid.

Studien viser et behov for mer forskning om lederforankring og systematisk tenking i forhold til hvilke profesjonsgrupper som skal gjøre hva, og klare ansvarslinjer. En kan også se et potensial for mer

systematisk kvalifisering av personalet. Også dette er en ledelsesoppgave. Funnene indikerer videre et behov for å øke den faglige bredden, samt tydeliggjøre og konkretisere det faglige kunnskapsgrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten. Videre forskning bør utdype disse forholdene mer inngående i forhold til om disse tendensene kan finnes i andre yrkesfelt der vernepleiere arbeider.

## SUMMARY

Recent political health care strategies focus the need for more expanding occupational roles and inter-professional collaboration and new ways of organizing services. Social educators (vernepleiere) are given a key role in the restructuring due to their health- and social education. Through a qualitative single case study we explore how social educators negotiate their role in inter-professional collaboration in District Psychiatric Centers (DPS). The main findings are that social educators show a potential to contribute with distinctive perspectives and skills in collaboration on patients. At the same time, the findings indicate that social educators conform to dominant practice in the field.

*Key words:* Task-shifting, vernepleie (Social Educator), interprofessional collaboration, work role

## LITTERATURLISTE

- Abbott, Andrew** (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Borge, Lisbeth** (2010) *Psykisk helse i et samfunnsperspektiv. I: Arve Almvik & Lisbeth Borge* (2010) (Red.) Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Oslo: Fagbokforlaget.
- Andersen, Svein S.** (2013). *Casestudier; forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brask, Ole David; Østby, May & Atle Ødegård** (2016). *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Cooke, Hannah** (2006). Seagull Management and the Control of Nursing Work. *Work, Employment and Society*, 20(2), 223–243.
- Davies, Celia** (2004). Political leadership and the politics of nursing. *Journal of Nursing Management*, 12(4), 235–241.
- Fangen, Katrine** (2004). *Deltakende observasjon*. (2. utg). Oslo: Fagbokforlaget
- Fournier, Valérie** (2000). Boundary work and (un)making of the professions. I: N. Malin. (Ed.). *Professionalism, Boundaries and the workplace*. London: Routledge.
- Helsedirektoratet** (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Oslo: Direktoratet.
- Grimstad, Jon Peder & Johansen, Karl-Johan** (1986). *Sluttrapport «Vernepleierprosjektet»*. Klæbu: Vernepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag.
- Hagland, Hanne** (2015). *Å krysse fremfor å beskytte grenser: om ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenters deltakelse og læring i tverrprofesjonell praksis*. (Doktoravhandling). Oslo: Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Helsedirektoratet** (2014a) *Distriktpsikiatriske tjenester 2014. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre*. Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet**. (2014b) *Organisering og praksis i ambulante akutt-team ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. Oslo: Direktoratet
- Helsepersonell-loven (2001)** Lov om helsepersonell. Lov, 1. januar 2001 nr. 64. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Horndalen, Bjørn** (2001). *Ideologi, fag og virkelighet: vernepleierutdanningen gjennom 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jones, Lorelei & Green, Judith** (2006). Shifting discourses of professionalism: a case study of

general practitioners in the United Kingdom. *Sociology of health & illness*, 28 (7), 927-950.

**Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend; Anderssen, Tone Margaret & Rygge, Johan** (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

**Ludvigsen, Kari & Danielsen, Hilde** (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* (Rapport Uni Research Rokkansenteret nr. 2/2014). Oslo: Uni Research Rokkansenteret.

**Malin, Nigel** (2000). *Professionalism, boundaries and the workplace*. London: Routledge.

**Meld. St. 13** (2011-2012). *Utdanning for velferd: Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

**Meld. St. 29** (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

**Meld. St. 10** (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

**Meld. St. 26** (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

**Messel, Jan** (2013). *I velferdsstatens frontlinje; barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres historie*. Oslo: Universitetsforlaget.

**Molander, Anders & Terum, Lars Inge** (2008). Profesjonsstudier- en introduksjon. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.). *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.

**Nancarrow, Susan A. & Borthwick, Alan M** (2004) *Dynamic role boundaries in intermediate careservices*. Hentet 22. september 2016 fra: [http://www.academia.edu/1944202/Dynamic\\_role\\_boundaries\\_in\\_intermediate\\_care\\_services](http://www.academia.edu/1944202/Dynamic_role_boundaries_in_intermediate_care_services)

**Nancarrow, Susan A. & Borthwick, Alan M** (2005). *Dynamic professional boundaries in the healthcare*

*workforce. Sociology of health & illness*, 27 (7), 897-919.

**Solbrekke, Tone Dyrdal** (2007). *Understand Conceptions of Professional Responsibility*. (PhD dissertation). Oslo: Universitetet i Oslo.

**Sosial- og helsedirektoratet**. (2006). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsykiatriske sentre. – med blikket vendt mot kommune og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder. IS-1388.

**Sverdrup, Sidsel** (2014). *Evaluering. Tilnærminger, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Thagaard, Tove** (2013). *Systematikk og innlevelse; en innføring i kvalitativ metode*. (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

**Universitets- og høyskolerådet**. (2014). *UHR-prosjektet Sosialfaglig kompetanse og BSV – utdanningene (Sosialfagprosjektet). Rapport fra dialogforum*. Hentet 19. januar 2017 fra: [http://www.uhr.no/documents/Dialogforums\\_rapport\\_fase1\\_BSV\\_prosjektet\\_fin.pdf](http://www.uhr.no/documents/Dialogforums_rapport_fase1_BSV_prosjektet_fin.pdf)

**Universitets- og høyskolerådet**. (2015). *Sluttrapport fra sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene - Sosialfagprosjektet*. Hentet 12. desember 2016 fra: [http://www.uhr.no/documents/BSV\\_prosjektets\\_sluttrapport\\_komplett\\_250915.pdf](http://www.uhr.no/documents/BSV_prosjektets_sluttrapport_komplett_250915.pdf)

**Vaismoradi, Mojtaba; Turunen, Hannele & Bondas, Terese** (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15 (3), 398-405.

**Wenger, Etienne**. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. København: Reitzel.

**Willumsen, Elisabeth** (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren*. I: Willumsen, Elisabeth & Ødegård, Atle (Red.): *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag* (s. 33-49). 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

# Leadership in interprofessional collaboration in health care

Anne Katrine Folkman<sup>1</sup>  
Bodil Tveit<sup>2</sup>  
Sidsel Sverdrup<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre of Diaconia and Professional Practice, VID Specialized University, Oslo, Norway; <sup>2</sup>Faculty of Health Studies, VID Specialized University, Oslo, Norway

**Purpose:** There is a need to develop more knowledge on how frontline managers in health care services facilitate the development of new roles and ways of working in interprofessional collaborative efforts and the challenges they face in daily practice. The article is based on a study that examines the modes of governance adopted by frontline managers in Norway, with a special focus on leadership in collaborations between the Norwegian profession of social educator and other professions.

**Materials and methods:** A qualitative research design was chosen with interviews of eleven frontline managers from district psychiatric centers, municipal health care services and nursing homes.

**Results:** The results show that frontline managers largely exercise leadership in terms of self-governance and co-governance and, to a lesser degree, hierarchical governance. Self-governance and co-governance can facilitate substantial maneuverability in terms of professional practice and strengthen both discipline-related and user-oriented approaches in the collaboration. However, one consequence of self-governance and co-governance may be that some occupational groups and professional interests subjugate others, as illustrated by social educators in this study. This may be in conflict with frontline managers' abilities to quality assure the services as well as their responsibility for role development in their staff.

**Conclusion:** The results show that frontline managers experience challenges when they try to integrate different professions in order to establish new professional roles and competence. Frontline managers need to support individual and collective efforts in order to reach the overall goals for the services. They must be able to facilitate change and support creativity in a working community that consists of different professions. Moreover, the social educator's role and competence need clarifications in services that traditionally have been dominated by other clinical and health care professions.

**Keywords:** health care personnel, social care personnel, interprofessional collaboration, managerial anchoring, front line managers competencies, roles

## Introduction

Internationally, the development of new strategies and ways of working in the health care occupations has, over the course of a few years, led to a greater degree of inter-professional collaboration. Based on a shortage of health care personnel, a growing need for services among users, new requirements and expectations in relation to service user participation and citizenship, new ways of collaboration between professions are called for.<sup>1-4</sup> As early as 2010, the Framework for Action on Interprofessional Education

Correspondence: Anne Katrine Folkman  
Centre of Diaconia and Professional Practice, VID Specialized University,  
Vågsgate 40, Oslo, Norway  
Tel +47 90 65 5118  
Email [anne.katrine.folkman@vid.no](mailto:anne.katrine.folkman@vid.no)



and Collaborative Practice WHO described interprofessional collaboration as an innovative way of meeting the complex service needs of the future. Adequate and effective leadership is essential to addressing such needs.<sup>5-9</sup>

In Norway, interprofessional collaboration between health and social care personnel has been an important health political priority.<sup>10</sup> A number of different means can be used to reach these health political overall goals. The focus in this article is on leadership of interprofessional collaboration in three different health care services, with particular attention on social educators. Social educators work especially in service provision to people with cognitive impairment. They are trained to conduct environmental work and habilitation and rehabilitation with people with physical, mental and/or social disabilities. Social educators are authorized health care providers, and they are trained to handle drugs.<sup>11,12</sup> The social educator's competence is, however, not a key municipal service such as nursing.<sup>13</sup>

Service areas that social educators have not traditionally worked in include mental health, dementia care and municipal health care services.<sup>13</sup> When social educators move into these health care service areas, new collaboration partnerships are created and knowledge overlaps occur with other practitioners such as nurses. This overlap might expose challenges in interprofessional collaboration.<sup>14</sup> Studies show that social educators and nurses are involved in ongoing negotiations on the division of labor in interdisciplinary settings.<sup>15,16</sup> These studies point to a need for clearer leadership and managerial anchoring, and systematic reflection on tasks that can be taken care of by different professions.

International research refers to several factors that can complicate leadership in interprofessional collaboration. Leaders may lack understanding of the specific professional roles and responsibilities of the different occupational groups.<sup>8</sup> Role blurring can become a major issue in interprofessional collaboration. Core challenges are how the workforce perceives new roles and tasks: are they willing to work in different settings, assume new tasks and responsibilities and contribute to a new mix of skills?<sup>16</sup> Other challenges may include underlying professional cultures and values, power coalitions and territorial behavior between the professions.<sup>18,19</sup> All these factors can lead to role dominance with limited communication and coordination of the collaborative efforts between the professions.<sup>3</sup>

Challenges associated with the systematic organization of work in relation to which professions should perform which tasks can be problematic. There is also a need for more systematic training of staff and clearer lines of responsibility.<sup>8,19,20</sup>

Several international studies show that consistent and strong leadership, as well as clear support from leaders, could contribute to the development of new roles in the collaboration and to making personnel feel secure in these. It will also foster a better understanding of communality in a professional setting and develop new relationships and ways of working.<sup>8,9</sup> If it is unclear who is the leader of the team, or there are conflicts related to leadership, conflicts may arise in attempts to encourage participation in decision making. The consequence may be reduced interaction, influence and information sharing.<sup>21</sup> There is a need for more knowledge on how leaders coordinate and organize interprofessional collaboration in the health care service area and on the challenges they face.<sup>5,7</sup>

This study examines how frontline managers in Norway facilitate interprofessional collaboration in three health care services, with a special focus on managing social educators and nurses in their daily practice. The question posed in the article is as follows: What are frontline managers' experiences with leadership in interprofessional collaboration? This issue is elucidated through three research questions: Which modes of governance do frontline managers employ in leadership in interprofessional collaboration? What opportunities and challenges do frontline managers encounter in leadership in interprofessional collaboration? What opportunities for interprofessional collaboration do frontline managers envisage between a "new" profession such as social educator and other professions?

## Leadership and professions as theoretical concepts

Abbott<sup>22</sup> highlights how competition, knowledge and power affect task distribution between the professions. This provides important input into possible sources of friction that occur between professional practitioners. Abbott shows how this dynamic affects both interaction and professional practice and how it can lead to both a breakdown in the collaboration and stagnation.<sup>22</sup> His theory is, therefore, relevant in this article. However, Abbott says little about what implications his theory ought to have for leadership in interprofessional fields of work. Kooiman<sup>23</sup> is concerned with how leadership cultures in interprofessional fields of work are created in a context that is closely linked to the professional practitioners' knowledge and knowledge production. He examines how the interactions between managers and their staff and between the different professional practitioners are characterized by disparities in knowledge and relationships of dependence between those involved. Kooiman's interaction perspective

is suitable for understanding both the process on the micro level as well as ongoing collaboration between managers and their employees. In addition, his theory is suitable for understanding health policy on the macro level. Kooiman<sup>23</sup> has developed three theoretically different modes of governance. The first, self-governance, refers to the individual's capacity to govern him/herself, and practitioners' opportunities to develop their own identity and autonomy. According to Kooiman,<sup>23</sup> the professional's individual capacity for interpretations and definitions of the role of professions has been expanded. This shift leads to greater self-governance in professions at an individual level.

The second mode of governance, co-governance, entails shared responsibility and interaction, where the parties involved formally organize themselves. An important aspect of co-governance is making service users part of the shared responsibility. The goal is to develop a more adequate service provision. Increasing specialization and differentiation of services, and the interaction needed to accommodate these, necessitate this form of leadership. "Learning by doing" enables the various participants to create a common conceptualization of activity.<sup>23</sup>

The third mode of governance, hierarchical governance, is characterized by a top-down approach and targeted activity. This requires goals to be set, tools to be selected, strategies to be designed and various activities to be coordinated and controlled. Hierarchical governance comes into being when power coalitions and relations change, and is more in line with a structural level.<sup>23</sup>

The terms "self-governance", "co-governance" and "hierarchical governance" are, therefore, suitable tools for analyzing how frontline managers perform leadership in interprofessional collaboration.

## Materials and methods

In order to elucidate the issue and research questions, a qualitative research design was chosen. Qualitative studies aim to develop an understanding of the social phenomena being studied and are suitable for studying relatively unexplored themes.<sup>24</sup> The qualitative research interview explores individuals' experiences.<sup>25</sup> By interviewing frontline managers in the health care service area, we were able to explore own perspectives of their daily work. The purpose of the interviews was to explore different modes of governance based on frontline managers' experiences with challenges and opportunities in interprofessional collaboration. The study thus contributes to the development of management theory in the health care service area.

The data material consists of interviews with eleven frontline managers from district psychiatric centers, municipal health care services and services for the elderly in nursing homes. The collection of the interview material was terminated at the saturation point. The interviews were conducted by the first author, a sociologist, at the manager's workplace. Each interview lasted ~75 minutes.

The project has been approved by the Norwegian Center for Research Data (NSD ref. no. 41287). Data production took place in the autumn of 2016. Written informed consent was obtained from all participants, and research ethics requirements for anonymization were met. All interviews were conducted in Norwegian and the responses were translated to English with the assistance of a professional editor.

## Participants

A strategic approach known as the snowball method was used to recruit the sample. The informants were selected due to their position and responsibility for coordination of interprofessional collaboration. Frontline managers from the three service areas were invited for the individual interviews. In order to meet the inclusion criteria, the frontline managers had to have been employed in the service area for at least 1 year and have daily contact with their staff. Three of the informants were men with a nursing background. Eight were women: two qualified social educators, one ergonomist and five nurses. The informants had work experience from various health and social care service areas, such as environmental therapy, habilitation and rehabilitation, nursing and care work, and administration. The groups of professions and occupations they managed consisted of health workers, care workers, auxiliary nurses, nurses, social educators, child care workers, ergonomists, educators, social workers, art therapists, doctors, psychologists and psychiatrists.

## Data collection

The three service areas represented in the study offer health care services to different target groups. All three service areas are examples of "new areas of work" for social educators.

A semi-structured interview guide<sup>25</sup> was used in the individual interviews with frontline managers. The guide focused on managerial anchoring, competence, training and collaborative practices. All the themes were represented in the theory. The questions concerned recruitment, division of labor and responsibilities, special needs for competence and skills development. The frontline managers were specifically asked about social educators' competence and training needs. Other questions were about collaborative practices related

to the facilitation of interdisciplinary and interprofessional exchanges and activity, tensions or conflicts in the staff groups and positioning. Audio recordings were made of the interviews and the first author transcribed these.

## Analysis

Analysis of the material is inspired by thematic analysis by Vaismoradi et al<sup>26</sup> and Thagaard.<sup>27</sup> The analysis was conducted as a process moving backward and forward between the entire data set, the coded extracts of data and the data that were produced. Codes and themes were based on research literature. Both Abbott's and Kooiman's theories offer possible explanations of the complexity in interprofessional collaboration. Abbott's understanding of competition, power and knowledge was useful for analyzing the relationship between professions and between professions and frontline managers. Kooiman's theory was useful for analyzing management in this setting.

Data analysis took place in three nonlinear steps. The first step consisted of a thorough reading and coding based on the research question, with a view to identifying patterns of concurrence and divergence both longitudinally and transversely in the data set. In the next step, the data set was systematically reviewed and coded. The codes formed the basis for extracting relevant text, which was then condensed. In the third step, the codes were sorted and developed into subthemes that were categorized and organized into overarching themes. The analysis process took place as a collaboration among the three authors with the aim of strengthening the validity of findings.<sup>25</sup> It should be noted that interpretations might be influenced by the first and third authors' understanding, which is related to their sociological background. Competition, knowledge and power are concepts that sociologists often find to be of particular relevance to professions in the health and welfare field.

Overall, the analysis provided the basis for highlighting three themes that are relevant to discussion of the issue and the research questions on frontline managers' experiences with leadership in interprofessional collaboration.

## Results

The three themes analyzed in the material refer to modes of governance in the sense of qualitative dimensions of areas of leadership in interprofessional collaboration and are termed modes of governance, opportunities and challenges in leadership in interprofessional collaboration and social educators' opportunities in interprofessional collaboration. These themes are used to elucidate the main problem and the research questions that arise.

## Theme I: modes of governance

This theme describes frontline managers' different modes of governance in interprofessional collaboration in the services via two subthemes: "self-governance and co-governance" and "patient-centered care".

### Self-governance and co-governance

Several of the managers indicated that there is an increasing requirement for professional qualifications. This may be one reason for preference being given to candidates with qualifications from professional studies and preferably with postgraduate education that is relevant to the service area. The managers found that this gives the individual service provider independence and confidence in their role, which is vital across service levels and interprofessional collaborative efforts. One manager explains this as follows:

If we're too rigid and say that the specialist health services should do this and do that, we'll never be able to make it work. We need to be flexible and see the bigger picture in order to achieve anything. [Frontline manager, district psychiatric center]

Several of the managers expressed that interdisciplinary recruitment can help improve services. They described opportunities for the different professional groups to work together on developing a better and more holistic service provision. Meanwhile, several managers also believed it is up to each professional group and employee to promote their skills and contributions in the collaborative effort. Some managers acknowledged that they sometimes find it challenging that staff with strong preferences in terms of their work and areas of interest can subjugate others. This can prevent the points of view and ideas of other professional groups coming to the fore. The following quote illustrates this:

Nevertheless, we still manage to use the strengths and weaknesses of the professions to some extent, but I think it would be beneficial to make them even clearer. [Frontline manager, district psychiatric center]

Nevertheless, the material shows a trend for managers generally avoiding involvement in how the different professional groups contribute with their disciplinary knowledge.

### Patient-centred care

Another trend identified in the material is the managers' descriptions of how treatment collaboration is changing. According to the managers, the focus on professional



expertise was previously more one dimensional, while there is now much more focus on service users' functioning, resources and coping skills. The managers note how this shift in focus has created new roles and other ways of working together. A stated goal is that service users should play a more central role in the collaborative effort, which may lead to the various professional practitioners serving more as "guides" or "assistants". One manager gives an example of how a perspective based on service users' coping skills and resources can change perceptions of roles and professional contributions:

They (the recipients) tell us about their experiences and how we should work. They want us as a guide or assistant, they're not bothered about what our professions are. [Frontline manager, municipal health care services]

Several managers said that patient-centered care as a common professional basis for collaboration primarily requires service providers to engage with those in need of help and the challenges they describe. One issue that was raised is that providing a service largely depends on whether service providers are able to establish good relations with service users, with professional affiliation being of secondary importance. Another change that several managers considered to be essential for collaboration was in the design of the services and evaluation of professional practice. It should be measured against service users' experiences and assessments to a much greater extent. This has led to a significant change in how competence is viewed, based on entering compromises with service users and their families, who are regarded as the users' representatives. Observations by managers suggest that this change makes discipline-related assessments more taxing. One manager describes the change as follows:

We need to be more informative and involve service users' families in the decision-making process. This challenges us and our service, which I believe is very positive. They keep an eye on us. [Manager, municipal health care services]

## Theme 2: opportunities and challenges in leadership in interprofessional collaboration

This theme refers to the opportunities and challenges that frontline managers experience in leadership in interprofessional collaboration in the service areas they manage. These

are described in two subthemes: "roles and status" and "power of definition of the disciplines".

### Roles and status

Several managers said that restructuring and changes in responsibilities and duties might be necessary not only to better meet overarching requirements for a more comprehensive service provision, but also to quality assure the services with a view to greater access to information and broader interprofessional collaboration in accordance with health policy guidelines.

The managers stated that such guidelines had entailed reorganization. Reorganization has resulted in challenges that have been difficult to solve because it has affected the sense of ownership by some professions vis-à-vis certain target groups and services. The managers expressed that it has been particularly challenging to argue for the need for nurses to have broader professional knowledge. This particularly applied in reorganization entailed that nurses had to participate to a greater extent in responsibilities and duties in home-based services. Managers found that their ambitions to have broad competence in all services provision may conflict with nurses' wishes to retain certain professional tasks and responsibility areas. One manager gives the following example:

Especially nurses who worked with substance abuse and psychiatric patients and conversations at the office, were now expected to deal with service users with intellectual disabilities. It meant a professional struggle that was difficult to solve, especially between nurses and social educators. [Frontline manager, municipal health care service]

The managers are concerned about the importance of retaining nurses. Several described the nurses' competence as indispensable. They gave examples of how they have also worked to give social educators and social workers greater access to information and more responsibility for services that were previously the preserve of nurses. This has led to greater professional transparency and breadth and has improved the climate for collaboration, according to some managers. However, they add that the personnel's perception that some responsibilities and duties and certain roles have a higher status than others can still be a challenge, as exemplified in the quote above. The managers find that strong professional interests can mean a lower standard of quality in certain parts of the services than in others because discipline-specific contributions do not come to the fore

as desired. One such challenge is the collaborative efforts between social educators and nurses, as illustrated by the following quote:

It almost seems as if social educators are more concerned about being nurses than being social educators. Mastering these traditional nursing tasks well rather than being aware of how the skills of social educators and nurses differ? [Frontline manager, district psychiatric center]

### Power of definition of the disciplines

According to some managers, a great deal of work is being carried out on clarifying what interprofessional collaboration should entail, both in the district psychiatric centers and in the municipal health care service. Interprofessional collaboration is also a focus area in the collaboration across these service levels. Much is still measured on the basis of individual and clinical diagnoses. Some managers also describe the medical language as imperfect and insufficient as a basis for broader interprofessional collaboration and for understanding patients. One manager expresses this as follows:

If there is a lot of focus on illness, and medicines are the singular and overarching solution, this is not necessarily in line with our experience. We need more focus on what has not been integrated in standard practice. [Frontline manager, municipal health care services]

The managers provided examples of how a diagnostic culture and clinical approaches and knowledge still enable the professions they manage, such as doctors, psychiatrists and psychologists, to have the final say in the collaboration. The managers believe that both they and staff have to make a special effort and fall into line with clinical assessments that can be counter to their own opinions and sense of autonomy. One manager describes this as follows:

I can disagree vehemently with [clinical] practitioners in situations where the professional staff I manage stand up for themselves and argue for what they think is right. It is the clinical practitioners who have the final say. [Frontline manager, district psychiatric center]

### Theme 3: social educators' opportunities in interprofessional collaboration

This theme elucidates the opportunities for interprofessional collaboration that frontline managers envisage between a "new" profession such as social educators and other

professions, and these are described in two subthemes: "need for health care and clinical competence" and "complex needs for competence and services".

#### Need for health care and clinical competence

Several managers gave examples of how, as a consequence of the growing need for clinical and health care competence in the services, clinical professions have been preferred to social care and training personnel, such as social workers and educators. The managers also said that social educators are very useful due to the dual nature of their discipline, and described how the main reason for employing social educators is their clinical and health care expertise and their authorization to work as health care personnel. They described how social educators are particularly well equipped to assess health service needs for user groups with complex clinical pictures, such as substance abusers and psychiatric patients. Social educators also have the medical competence to handle medicines in collaboration with such services. The managers' descriptions suggest that this gives social educators a competitive edge over other professions, particularly in home-based services. In such service areas, social educators work alongside nurses and other occupations and professions. One manager made the following observation:

Particularly in relation to substance abuse and psychiatry, I need to have social educators because they're familiar with the users who get these medicines and also have access to where the medicine is stored. [Frontline manager, municipal health care services]

Social educators' health care and clinical competence is also the reason for employing social educators in nursing homes. The managers experienced that nurses try to steer away from some types of work, such as nursing homes and working with dementia patients. Their observations indicate that social educators are expected to be able to undertake nursing responsibilities and duties on a par with nurses. This is illustrated by the following quote:

Nurses and social educators have the greatest responsibility in relation to medicines, dispensing doses and more advanced procedures. We have a minimum workforce at the home, so we require the social educators to be competent in the majority of such tasks. [Frontline manager, nursing home]

Some of the managers still prefer to have more nurses in the staff groups than social educators, reasoning that the

nurses have more health care expertise than the social educators. These managers also give other examples of why nurses are preferred, such as the overarching and formal requirements for nursing coverage and the introduction of more stringent requirements for competence in advanced somatic procedures. There is also some uncertainty among the informants about social educator competence and what social educators can contribute, as illustrated by the following quote:

I'm not very familiar with the qualifications of social educators. Regarding how much instruction they get about illness and [...]. I do not know enough about that. [Frontline manager, nursing home]

Consequently, several of the managers believe that it is important to find a good balance between the number of social educators and nurses.

### Complex needs for competence and services

Social educators have social work competence, which the managers describe as being particularly useful for addressing the increasing number of multiple and complex service needs. The managers gave examples of duties for which this competence is suitable. One manager made the following observation:

We have practical tasks that deal with finances, housing, state benefits, guardianship. This requires a lot of administration. It's one of the fields where social educators have skills that we could put to better use than we do today. [Frontline manager, district psychiatric center]

Several of the managers' observations indicate that health care services have become more home based and that user participation is increasingly being emphasized. Such changes require new ways of working. This could challenge more standardized perspectives in terms of service development, measurements of effectiveness and what professional practice should entail, according to several of the managers. They also believed that the combination of broad decisions on complex service needs coupled with a clearer focus on the coping skills and resources of service users requires broad disciplinary expertise and approaches. One manager gave examples of how social educator competence and ways of working can represent important disciplinary contributions that complement more traditional nursing approaches and working methods:

Social educators' relaxed mindset is so important. 'Shadowing' the service user. It may appear that social educators work less effectively, but they don't. They wouldn't manage to do what they do if they had the same parameters as the community nurses. [Frontline manager, municipal health care services]

## Discussion

### Self-governance and co-governance?

The health and care service area in Norway has become more complex over time and is being adapted to the needs of individual service users to a greater extent. This has led to a growing need for independent and professionally competent practitioners. The frontline managers described how working on a holistic and flexible service provision is more important than promoting differences between the disciplines and fixed responsibilities and duties. This can be understood as a type of governance<sup>23</sup> and a way of anchoring leadership that frontline managers use to give interaction processes direction, in accordance with health policy guidelines and a profession-neutral statutory framework. Competent independent staff groups that are conscious of their own professional qualifications and roles provide frontline managers with the latitude to delegate responsibility for service development and quality assurance of the services to employees who govern themselves. This mode of governance is an example of Kooiman's description of self-governance.<sup>23</sup> It entails personnel largely trusting in their own professional role and taking responsibility in the collaboration. The frontline managers depend on the employees and their collaboration partners to find common solutions to service needs. Nilsen et al<sup>2</sup> also found that Norwegian nursing frontline managers in municipal services were largely dependent on support from competent staff groups.

Based on our findings, the frontline managers support participation, reflection and collaboration processes that include a clear user focus. This adds new aspects to the collaboration, where the view on competence and expertise is changed and practical experience is valued more on a par with professional competence. Such new forms of labor division and realignment of disciplines can put a strain on the concept of profession as an organizational principle, since service users are increasingly serving as a structuring principle for the collaboration. Consequently, frontline managers wishing to quality assure the services are faced with new challenges.<sup>16</sup> In our results, greater emphasis on patient-centered care is expressed through the shift toward roles as "guides" or

“assistants” and the growing involvement of service users in the quality assurance of disciplines.

The results show that distributing leadership, knowledge and skills and working across professions serve as a guide for the collaboration. Thus, co-governance<sup>23</sup> also characterizes modes of governance in our study. Several international studies<sup>7</sup> argue for a shift away from hierarchical, individualized and traditional leadership in order to promote interprofessional clinical pathways. Contextual “dynamic delegation” of leadership in the form of co-governance paves the way for different contributors taking a leader or follower role, depending on the pathway. One of the main concerns with this mode of governance is the need to share power and authority based on knowledge and experience as opposed to role and function.

Our findings show that both self-governance and co-governance present challenges for frontline managers, since some occupational groups and professional interests can end up in a subordinate position. New responsibilities for managers emphasize the need for a clearer leadership role and more strategic management.<sup>2</sup> Results indicate that frontline managers do not adequately manage to exploit the potential in profession-specific contributions by self-governance and co-governance because powerful professions enact their own rules to the exclusion of others. Based on this, it is also debatable to what extent users are able to influence the quality of professional self-governance.<sup>23</sup> Several studies<sup>7</sup> have pointed out that traditionally, the health and care services have provided the basis for questioning collective modes of governance based on a hierarchical structure, professional territorialism and power. This concurs with issues that emerged in our material. Interprofessional work involves using a systematic and targeted approach to exploiting the opportunity afforded by the variety of competence available, and this is a management responsibility.<sup>28</sup> Our results underline that frontline managers could put more effort to realizing this potential.

## The field of tension surrounding professions

Findings show that some roles and collaborative tasks have a status among professions than others. This can be challenging for frontline managers, particularly when the need arises to reorganize responsibilities and duties among the professions. They provided several examples of how reorganization is necessary for ensuring access to information and broad interprofessional collaboration. When responsibilities and duties are changed or implemented, a battle among the professions can occur.<sup>19</sup> In our

material, this can be seen in the leadership of collaborations between clinical professions and other personnel, and between nurses and social educators. In both cases, the frontline managers’ compromises in the collaboration seem to be characterized by discipline-related interests. Other studies<sup>9</sup> show that conflicts among professional groups can be a challenge for managers when the goal is to expand roles in the collaboration. Authorization as qualified health care professionals<sup>11</sup> has enabled social educators to compete for positions traditionally dominated by nurses. This has led to tensions between the two professions.<sup>12</sup> The results show how strong professional interests and conflicts between the professions can hamper frontline managers’ efforts to comply with overarching guidelines for broader interprofessional collaboration. Other studies<sup>3,9,16,19</sup> also point out that such challenges can mean that discipline-specific contributions do not come to the fore to the degree leaders would prefer. According to Abbott,<sup>22</sup> professions strengthen their position by exerting control over tasks based on the skills they possess. By refusing access to alternative and competing clinical practice as a basis for collaboration, professions can promote their own status and professionalization,<sup>19</sup> also described as “role dominance” in the collaboration.<sup>3</sup>

Our results indicate that frontline managers do not tend to use a hierarchical mode of governance. According to Kooiman,<sup>23</sup> leaders need legitimacy to comply with overarching policy guidelines and to regulate interaction and collaboration. Changing structures and previous power relations, and the institutionalization of other and new relations require leaders to exercise governance and control.<sup>6,9</sup> Other studies<sup>21</sup> show that clear leadership is essential for breaking up territorial barriers among professions, facilitating and strengthening different roles, creating and developing new relations and fostering innovative solutions. Results show that professional competence and ability to self-governance and co-governance cannot replace such management functions. Insufficient quality assurance and control represents challenges for frontline managers in Norwegian health and care services.<sup>28</sup> More tailored management training for the health care sector is a way to accommodate this.<sup>29</sup>

## The contribution of social educators

The results show that the frontline managers have different role expectations and requirements in relation to the competence of social educators. In the home-based service area, which has traditionally been the remit of social educators, the dual competence of social educators is presented as a potential asset in the collaboration. Descriptions of social educators’ focus on the coping skills and resources of service



users and their “relaxed style of working” can be understood as an expression of professional values and approaches that challenge the focus on effectiveness and traditional nursing approaches. One challenge in municipal health and care services is that the competence can be too medicalized and specialized. This makes it difficult to safeguard the breadth that is needed to meet the challenges in the daily work.<sup>16</sup> Common purpose, commitment and mutual respect are crucial in inter-professional collaboration.<sup>14</sup> Leaders play an important role in this work.<sup>6,8,9,18–20</sup> Both national and international studies<sup>8,16</sup> illustrate that leaders may lack experience with collaboration between certain groups of professions. Greater awareness and broader competence is needed among frontline managers related to the different professions’ competence, in order to strengthen the new roles and work areas of collaborative professions. Our study supports this understanding, which finds support in theory. This manifests itself most clearly as a leadership challenge in institution-based service areas that are dominated by the health care and clinical professions, such as nursing homes and district psychiatric centers. It has been particularly challenging to legitimize social work and discipline-related contributions in traditional health care sector.<sup>8</sup> Several studies<sup>8,19</sup> demonstrate a need for managers who can help to legitimize and integrate the roles and disciplinary contributions of social care professionals in service areas dominated by the health care and clinical professions.

Social educators’ combination of perspectives and disciplinary knowledge is necessary in order to understand functional impairments and functional disabilities.<sup>11</sup> The profession’s dual competence means that practitioners can apply a variety of perspectives and recognize and meet many different needs. This point of departure gives social educators the potential to play an important role as a bridge builder between professions in collaborations in various service areas.<sup>13</sup> However, this presupposes that the social educator’s competence is recognized both by the frontline managers and by the other professionals they collaborate with. Furthermore, recent studies indicate that there is a need to clarify what social care perspectives and competence should entail, both generally and in relation to social education in particular.<sup>15–17</sup> Our findings also support the need for further clarification of the role, function and competence of the social educator in interprofessional collaboration, particularly in relation to nurses. Frontline managers’ modes of governance in inter-professional collaboration will be a key factor in this work.

## Conclusion

Regarding the question of what experiences frontline managers have with leadership in interprofessional collaboration,

the results show that frontline managers seem to strike a balance between different modes of governance. They largely apply self-governance and co-governance and use hierarchical governance to a lesser extent. Self-governance and co-governance can facilitate substantial maneuverability in terms of professional practice and strengthen both discipline-related and user-oriented approaches in the collaboration.

Meanwhile, greater service user control of the services puts a strain on the concept of profession as an organizational principle. In addition, self-governance and co-governance involve a greater emphasis on the ethical competence and judgment of the individual service provider, where some occupational groups and professional interests can subjugate others. Uncertainties about the professional contribution and role of social educators can be partly interpreted in this light. The situation gives little scope for questions or exchanges of views about social educators’ knowledge base, and consequently, this appears to disqualify them. The findings show that, overall, such factors may be inconsistent with frontline managers’ responsibility for quality assuring the services as well as developing new ways of coordinating and organizing responsibilities and duties between staff groups. One of the main aspects of leadership in interprofessional efforts will be to exploit the opportunity afforded by the variety in competence available in a systematic and targeted way in order to create disciplinary breadth.

The results highlight that social educators’ broad competence should not be understood in isolation, but should be more closely linked to the occupational role, target groups and value choices of social education. In interprofessional collaborations between social educators and nurses on complex service needs, the social educators’ contribution includes new forms of expertise and collaboration, pointed out by frontline managers. Target groups with multiple service needs have traditionally fallen under the remit of social education.

The results show that frontline managers experience challenges when they try to integrate different professions in order to establish new professional roles and competence. Frontline managers need to support individual and collective efforts in order to reach the overall goals for the services. They must be able to facilitate change and support creativity in a working community that consists of different professions. Our results show that frontline managers have to make an effort in this regard. Moreover, the social educator’s role and competence need clarification in services that have traditionally been dominated by other clinical and health care professions.

## Strengths and limitations

The leadership challenges identified are based on the experiences of frontline managers working in multidisciplinary



settings. Both the frontline managers and staff groups included in the study consist of various groups of occupations and professions where nurses form the majority. This concurs with trends in the distribution of responsibilities and duties between nurses and other professions in interprofessional health care service areas, where nurses are also increasingly taking up managerial roles.

Our study focuses on frontline managers' experiences. For a more complete understanding, social educators, nurses and other professions also should be addressed in future studies. This may add knowledge to understand challenges related to leadership of interprofessional collaboration.

## Implications for practice

The study demonstrates a need for frontline managers who are willing to enter the field of tension in which different professions' own limits for competence are challenged, in order to promote interprofessional collaboration. Our results underline a need for more knowledge on the part of frontline managers about how to exploit professional complementarity and synergies in interprofessional collaboration and adopt new approaches to roles, responsibilities and the division of labor.

## Disclosure

The authors report no conflicts of interest in this work.

## References

1. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015;29(2):113–118.
2. Nilsen ER, Olafsen AH, Steinsvåg AG, Halvari H, Grov EK. Stuck between a rock and a hard place: the work situation for nurses as leaders in municipal health care. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:153–161.
3. Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med*. 2010;71(5):898–909.
4. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*. 2009;23(1):41–51.
5. World Health Organization. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1). Accessed January 8, 2019.
6. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, Terashita T, Murakami M, Otaki J. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2017;10:399–407.
7. Brewer ML, Flavell HL, Trede F, Smith M. A scoping review to understand “leadership” in interprofessional education and practice. *J Interprof Care*. 2016;30(4):408–415.
8. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health Soc Care Community*. 2014;22(3):225–233.
9. Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, et al. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:35–46.
10. Ministry of Health and Care Services [webpage on the Internet]. *Morgendagens omsorg (Future care)*. In: Meld. St. 29 (2012–2013). Oslo: Departementenes servicesenter; 2013:140. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>. Accessed January 15, 2019.
11. Ministry of Education and Research [webpage on the Internet]. *Rammeplan for vernepleie [National curriculum regulations for social education]*. Oslo: Ministry of Education and Research; 2005:12. Available from: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf). Accessed January 15, 2019.
12. Messel J. *I velferdsstatens frontlinje: barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres historie [At the Welfare State's Front Line: The History of Child Care Workers, Social Workers and Social Educators]*. Oslo: Universitetsforlaget; 2013. Norwegian.
13. Ministry of Education and Research [webpage on the Internet]. *Utdanning for velferd- Samspill i praksis (Education for welfare: interaction in practice)*. In: meld. St. 13 (2011-2012). Oslo: Departementenes servicesenter; 2012:143. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>. Accessed January 15, 2019.
14. Råmgård M, Blomqvist K, Petersson P. Developing health and social care planning in collaboration. *J Interprof Care*. 2015;29(4):354–358.
15. Folkman AK, Sverdrup S, Tveit B. Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre [Interprofessionality or falling into line? A case study of social educators' negotiations on position in district psychiatric centres]. *Fontene Forskning*. 2017;10(1):56–69. Norwegian.
16. Ludvigsen K, Danielsen H. Ny Oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? [New division of labour between staff groups in the health and care sector: the path to take for safeguarding future welfare services?]. *Rapport Uni Research Rokkansenteret 2*. Oslo: Uni Research Rokkansenteret; 2014. Norwegian.
17. Universities Norway (UIR) [webpage on the Internet]. *Sluttrapport fra sosialfaglig kompetanse og BSV-utdanningene. Sosialfagprosjektet. [Final report from social care competence and educational programmes for child care workers, social workers and social educators. Social studies project]*; 2015:20. Available from: [https://www.uhr.no/\\_f/p/1/i173466b6-cba4-4b8d-a8dc-0dbe503de56c/2015-bsv\\_prosjektets\\_sluttrapport\\_komplett\\_250915.pdf](https://www.uhr.no/_f/p/1/i173466b6-cba4-4b8d-a8dc-0dbe503de56c/2015-bsv_prosjektets_sluttrapport_komplett_250915.pdf). Accessed January 15, 2019.
18. Axelsson SB, Axelsson R. From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *J Interprof Care*. 2009;23(4):320–330.
19. Reeves S, Macmillan K, van Soeren M. Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *J Nurs Manag*. 2010;18(3):258–264.
20. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):132–147.
21. West MA, Borrill CS, Dawson JF, Brodbeck F, Shapiro DA, Haward B. Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadersh Q*. 2003;14(4–5):393–410.
22. Abbott A. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
23. Kooiman J. *Governing as Governance*. London: SAGE Publication; 2003.
24. Silverman D. *Interpreting Qualitative Data: A Guide to the Principles of Qualitative Research*. 4th ed. London: SAGE Publication; 2011.
25. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. *Det kvalitative forskningsintervju [The Qualitative Research Interview]*. 3rd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. Norwegian.
26. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398–405.

27. Thagaard T. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode [Systematics and Insight: An Introduction to Qualitative Methods]*, 4th ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. Norwegian.
28. Ministry of Health and Care Services [webpage on the Internet]. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [Regulations concerning management and quality improvement in the health and care sector]; 2016. Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>. Accessed January 15, 2019.
29. Ministry of Health and Care Services [webpage on the Internet]. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (The primary health and care services of tomorrow – localised and integrated). In. Meld. St. 26 (2014-2015). Oslo: Departementenes servicesenter; 2015:168. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>. Accessed January 15, 2019.

### Journal of Multidisciplinary Healthcare

## Publish your work in this journal

The Journal of Multidisciplinary Healthcare is an international, peer-reviewed open-access journal that aims to represent and publish research in healthcare areas delivered by practitioners of different disciplines. This includes studies and reviews conducted by multidisciplinary teams as well as research which evaluates the results or conduct of such teams or health

care processes in general. The journal covers a very wide range of areas and welcomes submissions from practitioners at all levels, from all over the world. The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

Submit your manuscript here: <https://www.dovepress.com/journal-of-multidisciplinary-healthcare-journal>

Dovepress

## ***Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid; om vernepleiere i demensomsorgen***

*Studien undersøker vernepleieres forhandlinger og posisjonering av egne faglige bidrag og yrkesroller i tverrprofesjonelt samarbeid på skjermede avdelinger for personer med demens. Fokus er særlig på samarbeid mellom vernepleiere og sykepleiere. Det er valgt et kvalitativt forskningsdesign med intervjuer av ti vernepleiere. Vernepleiernes forhandlinger av faglige bidrag knyttes til ulike yrkesroller i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper. Studien indikerer at vernepleieres forhandlingsmuligheter står under press. Vernepleierne i studien etterlyser større rom for vernepleierfaglige bidrag, refleksjon om roller og innhold i miljøarbeid. Med bakgrunn i resultatene i studien, argumenteres det for nødvendigheten av å anerkjenne, anvende og tydeliggjøre vernepleieres faglige bidrag, profil og yrkesrolle for å styrke innsats for kvalitet i tverrprofesjonelt samarbeid.*

*Miljøarbeid, tverrprofesjonelt samarbeid, forhandlinger, posisjonering, roller*

### **Innledning og bakgrunn**

Endringer i oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten 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 & Nesje (2014) viser at det har vært en økning i etterspørsel etter kompetanse rettet mot pleie- og omsorgstjenester. De viser til en sterk økning av 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 egen kompetanse og yrkesrolle i samarbeid med profesjoner som har lengre tradisjon i tjenestefeltet. I følge Brask mfl. (Brask, Østby & Ødegård, 2016) vil tydeliggjøring av vernepleieres særpreg være betydningsfullt både for vernepleieres samarbeidspartnere og for vernepleieres egen rolleforståelse og yrkesidentitet. I en voksende populasjon med mennesker med demens i langtids behandlingsinstitusjoner er kunnskap om barrierer i tverrprofesjonelt samarbeid vesentlig.

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 et al., 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 yrkesroller i nye tjenestefelt 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 et al., 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 egne faglige bidrag og 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 et særlig fokus 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 miljøterapeutstillinger (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 vernepleiers særegne kompetanse bli usynlige og et ubrukt potensiale i tverrprofesjonelt samarbeid (Folkman, Sverdrup & Tveit, 2017; Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Tverrprofesjonelt samarbeid påpekes som grunnleggende i demensomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). 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, et. al., 2016; Kirkley et. al., 2011; Pieper et al. 2016; Smeby & Kirkevold, 2013; Smythe, Galant, Bentham & Oyebode, 2016). En rådende forståelse av demens er problemorientert, og har vært førende i demensomsorgen. Det innebærer hovedfokus på en biomedisinsk forståelse av demens som en degenerativ sykdom hvor fysiske behov prioriteres (Kitwood & Bredin, 1992; Kaplan & Andersen, 2013; Legere, McNeill, Martine, Acorn & An 2017; Smythe et al., 2016). Psykososiale behov, betydningen av relasjonelle forhold og intersubjektivitet får liten oppmerksomhet (Chenoweth et al., 2009). Stress og usikkerhet hos personer med demens kan føre til atferdsmessige og psykologiske symptomer som kan ha neurologiske 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, McNeill, Martine, Acorn & An, 2017). Relasjonell kunnskap

og ferdigheter er grunnleggende for å ivareta personer som lever i et avhengighetsforhold (Eriksen et al., 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 et al., 2016).

Å utvikle miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer er et nasjonalt hovedsatsningsområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Vernepleieres kunnskapsgrunnlag kan slik sett egne seg i tjenester til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne studien bidrar til å utforske vernepleieres erfaring, 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 egne faglige bidrag, herunder ansvars- og oppgavefordeling og egen yrkesrolle i samarbeid med andre yrkesgrupper.

Wenger (2004) beskriver praksisfellesskap som grenser eller områder der ulike praksiser forbindes. 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 *innordne seg* i et praksisfellesskap forbinder og 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 *jurisdiksjon* sentralt. Jurisdiksjon 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 jurisdiksjon som legitimerer profesjonen. Full jurisdiksjon 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 jurisdiksjon. 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. På denne måten kan profesjoner søke å redusere sin underordning som er en mer begrenset, men svært vanlig jurisdiksjon. Underordnende profesjoner skal ha en hjelpende funksjon overfor et overordnet yrke (Abbott, 1988).

Tverrprofesjonelt samarbeid er ifølge Abbott (1988) problematisk, fordi det innebærer krysning av profesjongrenser og ny fordeling av arbeid. Når innholdet i profesjoners arbeidsoppgaver endrer seg, er det forhandlinger om kontroll over arbeidsoppgavene som er gjenstand for konflikt mellom profesjonene. I praktisk arbeid har grenser mellom profesjonelle jurisdiksjoner 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 (1988) 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 ble det valgt 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 enkeltindividets erfaringer.

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

### Utvalg og datainnsamling

Førsteforfatter rekrutterte 10 vernepleiere fra 7 kommuner i Vest Norge på 8 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.

Det ble brukt en halvstrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015) i individuelle intervjuer med vernepleiere. Det ble stilt spørsmål om hvilke oppgaver og ansvarsområder vernepleierne hadde, og om hvorfor de hadde valgt dette tjenestefeltet. Andre spørsmål var hvilke 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. Det ble gjort 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 innebærer ansvars – og arbeidsoppgaver som tradisjonelt har vært basert på helse- og medisinskfaglige premisser med fokus 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 & Bondas (2013). Analysen kan beskrives som en frem og tilbake prosess mellom de kodete tekstekstraktene og hele datamaterialet sett under ett. En grundig gjennomlesning med utgangspunkt i forskningsspørsmål gav grunnlag for koding av materialet, 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 undertema, som ble organisert i tema. 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 tema 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 vernepleier- eller sykepleierkollega. Halvparten av vernepleierne var den først ansatte på sin avdeling i sin profesjon. Med et par unntak var alle i sykepleierstillinger.

To av sykehjemmene hadde opprettet 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 har ofte stillingsbeskrivelser som sykepleiere. Noen erfarer at sykepleiere foretrekkes fremfor vernepleiere hvis det blir ledig en 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-èn stilling». Dette er en overordnet faglig stilling som innebærer medansvar på avdelingene i samarbeid med avdelingsleder og lege. Det kan oppleves frustrerende, slik uttrykt av en vernepleier:

*Jeg kan ikke bli «sykepleier èn», 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 utviklingshemning 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 tillitt 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 undertema: «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 egenhånd.*

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 et hovedfokus på 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, som for eksempel personsentrert omsorg, er å arbeide for større jevnbyrdighet i samhandling mellom personal og tjenestemottaker for å oppnå felles læring. En vernepleier sier:

*Akkurat 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.*

Det framholdes 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 vernepleierens opplever utfordringer i samarbeid med andre yrkesgrupper. Det beskrives ved tre undertema: «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 på en måte gå veien litt alene.*

Det kan være krevende å jobbe alene, uttrykt slik:

*Som vernepleier det kan 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 dilemma og personlig integritet

Vernepleierne peker på utfordringer i miljøet rundt pasienter som kan medføre juridiske og etiske faglige dilemma. De uttrykker at de selv har særlig gode juridiske kunnskaper til å

håndtere slikt, men det defineres som sykepleieansvar og oppgaver. Eksempler som trekkes fram 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 verdiene en har og de tingene man har likt å gjøre er kjempeviktige.*

I følge 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.

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 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 peker på at de synes egen kompetanse er for mangelfull for 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 et al., 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 egen yrkesrolle og posisjon i samarbeidet.

I studien forbeholdes både stillingsbetegnelser og profesjonsspesifikke titler som «avdelingssykepleier» eller «sykepleier èn», 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 vernepleieres svekkes. 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 et al., 2009; Ludvigsen & Danielsen, 2014; Myhre et al., 2018). Sosialfaglige profesjoners kunnskapsgrunnlag som bidrar til å fremme og å 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 & Danielsen (2014) viser til 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 behov for 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 et al., 2018; Legere et. al. 2017). Våre resultater støtter dette.

#### Partnerskap og gjensidig engasjement

Vernepleierne i denne 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. Våre resultater viser hvordan vernepleierne inntar en «partnerrolle» som, ifølge Brask et al. (2016), ikke er særegent for vernepleiere, men som også finnes blant andre 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 det legges 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» (McGouern, 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, Hansen & Juberg, 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 intensjon 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 fokus på miljø og miljøfaktorer som de mener de har gode faglige forutsetninger for å ivareta i yrkesrolle 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 vernepleiere 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 som er vektlagt i utdanningen deres. Det pekes på etikk, juss, kunnskap om makt og forebygging av tvang, atferd, kommunikasjon og miljøarbeid. Dette er kunnskapsområder som 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, for å få til gode synergieffekter i tverrprofesjonelt samarbeid generelt (Willumsen, 2016), og i demensomsorgen spesielt (Chenoweth et al., 2009; Jacobsen et al., 2017; Kirkley, et al., 2011; Myhre et al., 2018). Ledelse som legitimerer og integrerer ulike roller og profesjonsfaglige bidrag etterlyses også i andre tjenestefelt der vernepleiere har kort tradisjon (Folkman et al. 2017, Folkman, Tveit & Sverdrup, 2019). Resultater i foreliggende studie indikerer at ledere dobbeltkommuniserer når de ansetter vernepleiere, men foretrekker sykepleiere dersom mulig. På en annen side skal ledere sikre kvalitet i tjenester og er usikre på vernepleieres faglige forutsetninger for praksis (Folkman et al., 2019).

Involvering av flere fagperspektiver i pasientbehandling bidrar til bedre måloppnåelse og økt mestring hos personalet (Myhre et al., 2018). Studien viser at vernepleiernes 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 egne faglige bidrag og yrkesrolle i samarbeid med andre yrkes- og profesjonsgrupper på kommunale sykehjemsavdelinger for personer med demens. Resultater peker på at vernepleiernes 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.

Vernepleiernes 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 med andre helse- og medisinskfaglige yrkes- og profesjonsgrupper. 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 vernepleieres 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 vernepleieres 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, 215-222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>

Chenoweth, L., King, M. T., Yun-Hee J., Brodaty, H., Stein-Pabury, S., Norman, R. & 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, 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). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-55>

Eriksen, S., Helvik, A.S; Juvet, L. K.; Skovdahl, K.; Førund, L. H. & Grov, E. K. (2016). The Experience of Relations in Persons with Demetia: A Systematic Meta-Synthesis. *Dementia and Geriatric Cogintiv 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 distriktpsykiatriske sentre. *Fontene forskning*, 10(1), 56-69. <http://hdl.handle.net/11250/2447921>

Folkman, A. K.; Tveit, B. & Sverdrup, S. (2019). Leadership in Multidisciplinary co-operation in Healthcare. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 97-107. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S189199>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2009). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. Hentet fra <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. (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)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/s tm201120120013000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov om helsepersonell](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.,... 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*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>

Jutkowitz, E., Brasure, M, Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R. A., Fink, H. A.,...Kane, R. (2016). Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Agression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, 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, 164-176. <https://doi.org/1080/01634372.2012.753652>

Kirkley, C., Bamford, C., Poole, M.; Arksey, H.; Huges, 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/S0144686X0000502X>

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, 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 Uni Research Rokkansenteret nr. 2/2014). Oslo: Uni Research Rokkansenteret.

McGovern, J. (2015). Living Better With Dementia: Strengths-Based Social Work Practice and Dementia Care. *Social Work in Health Care*, 54, 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. Hentet fra <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* (4th ed.). London: SAGE publications limited.

Smeby, K. L. & Kirkevold, M. (2013). The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study, *BMC nursing*, 1472-6955, 12(29), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-29>

Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P. & Oyeboode, 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). Sikrar BSV-utdanningane kompetansebehova? *Fontene forskning*, 2, 20-34. <http://fonteneforskning.no/pdf-15.37894.0.3.59b4661247>

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*, 54(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 Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33-49). Oslo: Universitetsforlaget.

Witsø, A. E. & Teksum, A. B. (1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemens*. Oslo: Tano Aschehoug.

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Vernepleiere i nye kontekster»**

### **Bakgrunn og formål**

Dette prosjektet retter søkelys mot vernepleieren som aktør og samarbeidspartner i helse-omsorgstjenester. Vernepleien har vært ønsket slått sammen med andre sosialfaglige utdanninger både på 1970- og -90 tallet (Messel, 2013), og senest i forbindelse med arbeider rundt Meld. St. 13, 2011-2012, *Utdanning for velferd*. Det er bl.a. av den grunn, vært svært viktig for vernepleien å vise at kompetansegrunnlaget er egnet i desentralisert og integrert omsorg, uten å falle tilbake på særomsorgstanken knyttet til en pasientgruppe (Ellingsen 2014). Kombinasjonene av helsefag, sosialfag, pedagogikk og psykologi skal gi vernepleiere et unikt tverrfaglig ståsted og i å bidra til utvikling av samhandlingskompetanse i velferdstjenestene (Fellesorganisasjon for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, (FO), 2013). Denne kombinasjonen av helse og sosialfag har også gjort at vernepleiere etterspørres i nyere helsepolitiske føringer (Meld. St. 13, 2011-2012, Meld. St. 29, 2012-2013). Phd. studiens overordnede problemstilling er som følger:

***Hvordan endres og utvikles vernepleierrollen i nye kontekster med andre yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenester?***

Studien vil handle om hvordan vernepleiere erfarer forholdet mellom oppgaver og egen kompetanse, og om vernepleieres rolle og opplevelse av egen yrkesidentitet. Både sett fra vernepleieres og andre profesjoners- og yrkesutøveres ståsted. Derfor vil dataproduksjon foregå i ulike tjenestefelt der vernepleiere arbeider, og med ulike profesjonsgrupper og andre ansatte.

### **Tre casestudier**

Studien vil gjennomføres med utgangspunkt i 3 casestudier. Ingen av casene vil omfatte direkte kontakt med tjenestemottakere. Det er det tverrfaglige samarbeidet i personalgruppene i utformingen av tjenestetilbudet som er av interesse, sett både fra vernepleieres og andre yrkesgruppers ståsted.

***Case A: Vernepleiere i tverrfaglige tjenester på Distriktpsykiatriske sentre.*** Distriktpsykiatriske sentre og de tjenestene som tilbys der, kan tjene som eksempel på «nye kontekster», der vernepleiere de seinere årene har vunnet innpass og nå arbeider i tverrfaglige team. *Metodisk tilnærming:* Det vil i første omgang foretas deltakende observasjon i møtevirksomhet basert på tverrfaglig samarbeid og refleksjon. Dette følges opp av individuelle intervjuer med vernepleiere, og av tverrfaglige fokusgruppeintervjuer.

***Case B: Vernepleiere i hjemmebaserte tjenester.*** Hjemmebaserte tjenester kan konkretisere eksempler på nyere omorganiseringer mellom ulike tjenestesektorer på kommunalt nivå, der det i økende grad etterspørres sammensatt og omfattende kompetanse. *Metodisk tilnærming til feltet:* Deltakende observasjon der det foregår tverrfaglig samarbeid og refleksjon, som følges opp av individuelle intervjuer med vernepleiere, og av tverrfaglige fokusgruppeintervjuer.

***Case C: Omsorgstjenester til eldre.*** Demens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og er i henhold til Meld. St. 25, 2005-2006: *Mestring, muligheter og mening*, den lidelsen som krever mest ressurser av den kommunale omsorgstjenesten. Demensutfordringen vil medføre en betydelig utbygging av kapasiteten på tiltak og tjenestetilbud i

årene som kommer. *Metodisk tilnærming til feltet*: Deltakende observasjon av tverrfaglig samarbeid som følges opp av individuelle intervjuer med vernepleiere, og av tverrfaglige fokusgruppeintervjuer.

### ***Frivillig deltakelse***

Deltakelse i studien innebærer å bli observert i samtale med kolleger om arbeidsområdet og tjenestetilbudet, på personal- eller fagmøter. Observasjon vil ha en varighet på fra 1-2 timer i 2-3 uker. I tillegg vil det foretas enkeltintervjuer (varighet fra 1-1,5 time). Spørsmålene vil omhandle arbeidsoppgaver og ansvarsområder, ulike måter å arbeide på, hvilke kompetanse som påkreves i tjenestefeltet, hvilke kompetanse vernepleiere bidrar med, hvilke forståelse personalgruppen har av samarbeid med vernepleiere, og profesjonsrollen og profesjonsidentiteten til vernepleiere. De samme temaene studeres ved deltakende observasjon. Du kan velge å være med på noe, f.eks. deltakende observasjon, uten at du ønsker å la deg intervjuet.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke samtykket ditt uten å oppgi noen grunn. Alle personopplysninger vil anonymiseres. Du kan når som helst i prosessen også trekke tilbake informasjonen du gir. Det er kun undertegnede og to veiledere som vil ha tilgang til opplysningene dine. Lydopptak vil slettes etter skriftlig oppsummering av intervjuene. Prosjektet skal etter planen avsluttes høsten 10.01.2018. Formålet med lagringen er å anvende datamaterialet innenfor den rammen som det er gitt tillatelse til, i eventuelle nye artikler.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta, og har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Anne Katrine Folkman, stipendiat  
Diakonhjemmet Høgskole, Vågsgate 40, 4306 Sandnes  
Tlf. 51972282/90655118, E-mail: akfolkman@diakonhjemmet.no

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- Jeg samtykker til å delta i deltakende observasjon*
- Jeg samtykker til å delta i personlig intervju*
- Jeg samtykker til å delta i gruppeintervju*

## **Observasjonsguide i samarbeidsmøter, DPS (delstudie 1)**

Hovedfokus i observasjonene er følgende tematikk: **roller, oppgaver/ansvarsområder, kunnskap og samarbeid.**

### **Roller**

- hvilke yrkes- og profesjonsgrupper er til stede
- hva snakkes det om
- hvem legger frem journaler, behandlingsplaner osv.
- dialogisk eller monologisk fremlegg, hvem fører ordet
- de ulike deltakernes innstilling, hvem deltar i samtalen
- hva er de som deltar (faglig) opptatt av
- eventuelle endringer av roller underveis i møtet, hvordan skjer det (hvem tar ordet, hvem snakker sammen, hva snakkes det om)

### **Oppgaver/ansvarsområde**

- fordeling av oppgaver, hvem gjør hva- vernepleiere versus andre yrkes- og profesjonsgrupper
- endringer som gjøres i oppgavefordeling - delegering av oppgaver (til vernepleiere, av vernepleiere)
- hva dokumenteres (hvem har ansvar for å dokumentere, f.eks. fra møtet)
- hvordan brukes dokumentasjon (hva videreføres til behandlingsplan)

### **Kunnskap**

- behov for mer eller mindre av visse typer kunnskap, ev. annen/ny type kunnskap
- vernepleieres kunnskap slik den kommer til uttrykk versus andre yrkesgruppes
- uttrykt opplevelse av å ikke ha nok kunnskap, eller å ikke få anledning til å ta i bruk kunnskapen en har
- behov for og ev. tilbud om opplæring og kursing gjennom jobb



*- hvem har (gis) ansvar for medisintdeling, medisinnlegging, medisinkontroll, setting av depo, urinprøver, alkotester, måle BT, vekt, samtaler med pasienter og pårørende*

*-lage epikriser*

*-GAFFE*

*-TMA*

### **Samarbeid**

*- hvem samarbeider, ev. hva ønskes det å samarbeide om (fag- og ufaglærte, ev. andre profesjonsgrupper)*

*-vernepleierrollen slik den utspilles gjennom samtale, vp som «endringsagent» og «advokat» (veileder, rådgiver, tilrettelegger, instruktør mm.)*

## Intervjuguide, vernepleiere, DPS (delstudie 1)

Takk for at jeg får snakke med deg!

**Gjennomføring av undersøkelsen:** Å la seg intervjuer er basert på **frivillighet**. Du når som helst kan trekke fra intervjuet, eller si i fra om det er spørsmål underveis i intervjuet du ikke ønsker å svare på. Du kan også kreve opplysningene dine tilbaketrasket. Alle opplysninger du gir, vil anonymiseres. Det vil ikke komme fram informasjon som kan spores tilbake til enkeltpersoner.

I intervjuet tas det opp fire temaer som det vil stilles nærmere spørsmål om:  
**oppgaver/ansvarsområder, kunnskap, samarbeid og rolle.**

### Oppgaver/ansvarsområde

1. Hvilke oppgaver har du?

*-konkrete beskrivelser av hverdagslige oppgaver (!)*

*-forholdet mellom stillingsbeskrivelse og oppgaver, oppgaver som ev. går utover stillingsbeskrivelsen*

2. Har oppgavene dine endret seg siden du begynte i jobben?

*-mer av det samme*

*-andre typer oppgaver*

*-andre typer oppgaver som andre yrkesgrupper har gjort før*

3. Har du ansvar for oppgaver som ingen andre yrkes- eller profesjonsgrupper kan gjøre enn vernepleiere, ev. hvilke?

*-har hatt hele tiden, tatt eller fått etterhvert*

*-hvordan dokumenteres arbeidet*

*-hvordan brukes dokumentasjon*

### Kunnskap

4. Er oppgavene dine relevante i forhold til det du har lært gjennom utdanningen din?

*-behov for mer eller mindre av visse typer kunnskap, ev. annen type kunnskap (hvis du hadde ansvaret for vp utdanningen...)*

*-opplæring og kursing gjennom jobb*

5. Har vernepleiere oppgaver som de ikke har kunnskap til?

- *medisinutdeling, medisinlegging, medisinkontroll, setting av depo, urinprøver, alkotester, måle BT, vekt, ADL ferdighetsopplæring, hygienetiltak*
- *ansvar for pasienter, samtaler med pasienter og pårørende, ansvarsgruppemøter, «psykoevalukasjon», veiledning, lage epikriser, GAFFE, TMA*

### **Samarbeid**

6. Hvilke andre yrkes- og profesjonsgrupper samarbeider du med, og hva samarbeider dere om?

- *samarbeider med andre yrkes- og profesjonsgrupper nå enn tidligere*
- *oppgavene det samarbeides om har endret seg*
- *behovet for annen/ny type kunnskap i samarbeidet*
- *har vernepleiere andre faglige forutsetninger for samarbeid enn andre yrkes- og profesjonsgrupper*

7. Finnes det tjenestefelt og/ eller arbeidsfellesskap på din jobb der du mener at vernepleiere burde vært bedre representert, og eventuelt hvorfor?

- *nye/andre oppgaver og ansvarsområder*
- *vernepleieres rolle (endringsagent, advokat, pedagog, veileder, rådgiver, instruktør mm.)*

### **Rolle**

8. Hvordan trives du i rollen din som vernepleier?

- *rollen som: spennende, interessant, attraktiv, utrygg, utfordrende, konfliktfylt, status*
- *rollen har endret seg*
- *sammenliknet med eventuelle tidligere erfaringer som vp*
- *fagfellesskapets opplevelse av/forventninger til vernepleien/vernepleierrollen*
- *omgivelsenes tilbakemeldinger på at du jobber der du gjør*

## **Intervjuguide, gruppeintervju, ledere DPS (delstudie 1)**

Takk for at jeg får snakke med dere!

**Gjennomføring av undersøkelsen:** Å la seg intervju er basert på **frivillighet**. Intervjuet vil vare ca. 1 time. Dere kan når som helst kan trekke fra intervjuet, eller si i fra om det er spørsmål underveis i intervjuet dere ikke ønsker å svare på. Resultatene vil publiseres anonymiserte i en artikkel. Det vil ikke komme fram informasjon som kan spores tilbake til enkeltpersoner.

I intervjuet tas det opp fire temaer som det vil stilles nærmere spørsmål om: oppgaver/ansvarsområder, kunnskap, samarbeid og rolle.

### **Bakgrunnsinformasjon om informantene**

1. Hvilke yrkes- og profesjonsgrupper har dere lederansvar for i denne tjenesten?
2. Har dere erfaringer med vernepleiere (-e) fra andre tjenestefelt, ev. hvilke?

### **Oppgaver/ansvarsområde**

3. Har oppgavene til vernepleiere endret seg i dette tjenestefeltet?
4. Er det oppgaver vernepleiere er mer eller mindre opptatt av å ivareta enn andre yrkes- og profesjonsgrupper, ev. hvilke?

### **Kunnskap**

5. På hvilke måte skiller vernepleieres kunnskaper seg fra andre yrkes- og profesjonsgruppers?

*-tilføre ny/annen kunnskap*

6. Er det kunnskaper vernepleiere skulle hatt mer av i denne tjenesten?

### **Samarbeid**

7. Hvordan bidrar vernepleiere i tverrfaglig samarbeid?

8. Syns dere at vernepleiere skulle vært bedre representert i samarbeidet, eventuelt det motsatte, og hvorfor i så fall?

### **Rolle**

9. Kan dere gi en beskrivelse av vernepleierrollen?

*-personalpolitikk (rekruttering), status, profesjonsstrid*

*-fagfellesskapets opplevelse av/forventninger til vernepleien/vernepleierrollen*

*-egen vurdering av vernepleierfaglig arbeid*

10. Vernepleiere jobbet tradisjonelt på institusjoner for utviklingshemmede. Dagens vernepleiere arbeider i mange og ulike tjenestefelt, bl.a. i psykiatriske tjenester. Har dere erfart at vernepleierrollen har endret seg?

## **Intervjuguide, gruppeintervju tverrprofesjonell gruppe, DPS (delstudie 1)**

Takk for at jeg får snakke med dere!

**Gjennomføring av undersøkelsen:** Å la seg intervjuer er basert på **frivillighet**. Intervjuet vil vare ca. 1-1,5 time. Dere kan når som helst kan trekke fra intervjuet, eller si i fra om det er spørsmål underveis i intervjuet dere ikke ønsker å svare på. Resultatene vil publiseres anonymiserte i en artikkel. Det vil ikke komme fram informasjon som kan spores tilbake til enkeltpersoner.

I intervjuet tas det opp fire temaer som det vil stilles nærmere spørsmål om: oppgaver/ansvarsområder, kunnskap, samarbeid og rolle.

### **Bakgrunnsinformasjon om informantene**

1. Hvilke utdanning og erfaring i dette tjenestefeltet har dere?
2. Hvor lenge har dere samarbeidet med vernepleiere?

### **Oppgaver/ansvarsområde**

3. Hvilke oppgaver samarbeider dere med vernepleiere om?
4. Er oppgavene dere har sammen med vernepleiere i dette tjenestefeltet endret?
5. Er det oppgaver vernepleiere er spesielt opptatt av?

### **Kunnskap**

6. Hvordan vil dere beskrive vernepleieres kunnskaper?
7. Er kunnskapene vernepleiere har dekkende, ev. det motsatte, for de oppgavene de skal løse?

*–vp spesielt gode kunnskaper om*

8. Skiller deres kunnskaper seg fra vernepleieres, og i så fall, på hvilke måte?

## Samarbeid

9. Hvordan bidrar vernepleiere i tverrfaglig samarbeid?
10. Syns dere vernepleiere skulle vært bedre representert i samarbeidet deres, og ev. hvorfor?

## Rolle

11. Kan dere gi en beskrivelse av vernepleierrollen?  
*-sammenlikne med eventuelle tidligere erfaringer med vernepleier (-e)*  
*-fagfellesskapets opplevelse av/forventninger til vernepleien/vernepleierrollen*  
*-omgivelsenes tilbakemeldinger på vernepleierfaglig arbeid*
12. Vernepleiere jobbet tradisjonelt på institusjoner for utviklingshemmede. Dagens vernepleiere arbeider i mange og ulike tjenestefelt, bl.a. i psykiatrien. Syns dere at vernepleierrollen har endret seg i løpet av den tiden dere har jobbet med vernepleiere?

## **Intervjuguide ledere (delstudie 2)**

### **Bakgrunnsopplysninger**

1. Hvor lenge har du hatt denne stillingen som leder?
2. Hvilke utdanning/profesjonsbakgrunn har du?
3. Hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver har du som leder?
4. Hvilke profesjons- og yrkesgrupper har du ansvar for?
5. Har tjenestefeltet endret seg siden du begynte her som leder (andre el. nye behov for tjenester- og kompetanse)?
6. Har du hatt lederansvar for vernepleier i andre tjenestefelt enn dette, eventuelt hvilke?

### **Ledelsesforankring**

7. Kan du si noe om hva som er viktig i rekruttering til dette tjenestefeltet?
8. Hvordan fordeles oppgaver mellom de ulike yrkes- og profesjonsgruppene? Hvem gjør hva?
9. Er det noen kombinasjoner av yrkes- og profesjonsgrupper som etter din mening er mer hensiktsmessig enn andre i dette tjenestefeltet? Ev. hvilke og hvorfor?

### **Kompetanse og kvalifisering**

10. Kan du gi eksempler på kompetanse som det er særlig behov for her?
11. Er det profesjonskunnskap du savner eller som du ville hatt mer av? Ev. hvilke og hvorfor?
12. Har dere opplegg for opplæring?
13. Har vernepleiere et særlig behov for,- eller ønsker om opplæring?
14. Tenker du at vernepleiere har en spesiell/særegen kompetanse å bidra med i denne tjenesten?
15. Vernepleiere omtales ofte som en yrkesgruppe som har dobbeltkompetanse innen helse- og sosialfag. Hva tenker du om det?
16. Hva er ditt syn på at vernepleiere er tiltenkt en nøkkelrolle helsepolitisk i forhold til nytenking i- og utvikling av tjenestefelt som dette? Har du eksempler på hvordan vernepleiere allerede bidrar, ev. tanker om hvordan de kan bidra her?

### **Samarbeid**

17. Hvordan fungerer samarbeidet i personalgruppa?
18. Det blir ofte sagt at tverrprofesjonelt samarbeid kan bidra til å løse nye behov for tjenester. Hva tenker du om det? Hvilke behov kan det etter din mening bidra til å løse?
19. Kan du gi eksempler på spenninger eller konflikter mellom profesjonsgrupper i samarbeidet her?
20. Opplever du posisjonering mellom profesjonsgrupper gjennom verdsetting av visse typer kompetanser eller arbeidsoppgaver? Eventuelt på hvilke områder?
21. Kan du gi en beskrivelse av samarbeidet mellom verne- og sykepleiere?



## Intervjuguide, vernepleiere, skjermet avdeling for personer med demens (delstudie 3)

### Bakgrunn og formål

Denne PhD studien retter søkelys mot vernepleieren som aktør og samarbeidspartner i helse-omsorgstjenester. Kombinasjonen av helse og sosialfag har gjort at vernepleiere etterspørres i nyere helsepolitiske føringer, bl.a. i tjenester til demente (Meld. St. 13, 2011-2012).

Vernepleierutdanningen har på samme tid gjentatte ganger vært truet med nedlegging eller sammenslåing med sosialt arbeid- og/eller barnevernsutdanningene, og senest i forbindelse med arbeider rundt Stortingsmelding 13 (2011-2012 Utdanning for velferd. Slike motstridende signaler tyder på en uklarhet rundt profesjonen og hva den kan bidra med innenfor dagens helse- og omsorgstjenester. Studien av vernepleiere som arbeider på skjermede avdelinger for demente er ett av tre delstudier i avhandlingen.

Å la seg intervju er basert på **frivillighet**. Du kan når som helst trekke fra intervjuet, eller si ifra om det er spørsmål underveis i intervjuet du ikke ønsker å svare på. Du kan også kreve opplysningene dine tilbaketrasket. Alle opplysninger du gir, vil anonymiseres. Det vil ikke komme fram informasjon som kan spores tilbake til enkeltpersoner.

I intervjuet tas det opp tre temaer som det vil stilles nærmere spørsmål om:  
**oppgaver/ansvarsområder, kompetanse, samarbeid og rolle.**

### Oppgaver/ansvarsområde

1. Hvilke ansvarsområder/arbeidsoppgaver har du?

*-konkrete beskrivelser av hverdagslige oppgaver (!)*

*-forholdet mellom stillingsbeskrivelse og oppgaver, oppgaver som ev. går utover stillingsbeskrivelsen*

2. Har oppgavene dine endret seg siden du begynte på denne avdelingen?

*-mer av det samme*

*-andre typer oppgaver*

*-andre typer oppgaver som andre yrkesgrupper har gjort før*

3. Hvorfor har du valgt å arbeide med eldre personer med uro- og atferdsutfordringer?

*-faglige utfordringer*

*-muligheter for å videreutvikle meg faglig i tjenestefeltet*

*-«tilfeldigheter», ønsker andre arbeidsoppgaver, ev. hvorfor*

## **Kompetanse**

4. Er oppgavene dine relevante i forhold til det du har lært gjennom utdanningen din?

*-personsentrert tilnærming, VIPS- rammeverk for personsentrert arbeid, Dementia Care Mapping, atferdsterapi*

*-miljøarbeid/miljøterapi*

*-behov for videreopplæring-/veiledning- og kursing gjennom jobb*

5. Hva slags kompetanse erfarer du at vernepleiere særlig kan tilføre dette tjenestefeltet?

*-kompetanse om makt-, undertrykkelse og diskriminering*

*-etisk kompetanse*

*-dokumentasjonskompetanse*

*-geriatri*

*-helse- og medisinskfaglig kompetanse*

*-relasjonell kompetanse*

*-kompetanse om atferd*

*-pedagogikk/veilednings- kompetanse*

*-kommunikasjonskompetanse*

*-ev. annen kompetanse?*

6. Er det kompetanse du opplever at tjenestefeltet mangler, ev. hva slags?

*-tilbud om fagutvikling- og kursing, muligheter og begrensninger*

*-faglige refleksjonsarenaer, internt og eksternt*

## **Samarbeid**

7. Hvilke andre yrkes- og profesjonsgrupper samarbeider du med?

8. Hva samarbeider dere om, kan du gi konkrete eksempler?

*- oppgavene det samarbeides om har endret seg*

*-måten det samarbeides på har endret seg*

*-endrings- og utviklingsarbeid*

*-styrker og svakheter i samarbeidet*

9. Kan du gi eksempler på hvordan vernepleiere kan bidra til å ende innholdet i tjenestene til demente med store uro- og adferdsutfordringer?

### **Rolle**

10. Hvordan trives du i rollen din som vernepleier på denne avdelingen?

*-rollen har endret seg*

*-sammenliknet med eventuelle tidligere erfaringer som vp*

*-fagfellesskapets opplevelse av/forventninger til vernepleien/vernepleierrollen*

*-omgivelsenes tilbakemeldinger på at du jobber der du gjør*

### **Eventuelt?**

