



Anne Katrine Folkman
Phd. Stipendiat.
VID vitenskapelige
høgskole, Senter for
diakoni og profesjo-
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 vernepleiefagets 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 funksjonshemning 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 praksisfellesskap 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 avgrenser profesjonene fra hverandre, studerer Wenger grenser i lys av hvordan de former og forbinder omgivelsene gjennom praksisfellesskap.

Ifølge Wenger er grensen det området der den felles virksomheten (grenseobjektet) i et praksisfellesskap 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 praksisfellesskap er et spørsmål om engasjement. Engasjementet innebærer for-

handlinger 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. Føyelighet 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 ambulanseteam (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 ivarettatt.

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 døgnhet 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 vannrette 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. Skillen og ulikhet 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 særdrag handler om.

Internopplæring og danning 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, profesjonsgrenser 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 profesjonsgrenser 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 profesjonsgren-

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 problemdefinerings, 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 funksjonsvaner. 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 mestring 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 restructuration 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
- 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
- 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
- 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.