

## KAPITTEL 2

# Utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern

Sven-Tore Dreyer Fredriksen, Bente Lilljan Lind Kassah og Wivi-Ann Tingvoll<sup>1</sup>

UiT Norges arktiske universitet

**Abstract:** This chapter on the challenges of interdisciplinary co-operation between Municipal Health/Social Care and Child Protection respectively is based on the directives of public authorities that interactions often challenge interdisciplinary co-operation. The research studies on which we based the discussion indicate that there are several challenges associated with this form of co-operation. The discussion has its basis in the social constructivist perspective, where the focus is on the implications of the ontologies and epistemologies for interdisciplinary co-operation. Further, the discussion shows that interdisciplinary co-operation challenges the hierarchy of knowledge and user participation within the services. The chapter argues that interdisciplinary co-operation has, to some extent, the potential for further knowledge development.

**Keywords:** interdisciplinary co-operation, ontology, profession, nursing, child welfare, knowledge development

---

<sup>1</sup> Forfatterne er likeverdige bidragsytere.

Sitering av denne artikkelen: Fredriksen, S.-T. D., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2020). Utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (Red.), *Handlingsrom for profesjonalisert velferd: Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (Kap. 2, s. 27–45). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.114.ch2>  
Lisens: CC-BY 4.0.

## Introduksjon

Kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunalt barnevern opplever både økt press på tjenestene og kompetansemangel (Wettergren, Ekornerud & Abrahamsen, 2019; Røsdal, Nesje, Aamodt, Larsen & Tellmann, 2017). Årsakene er blant annet omfattende samfunnsendringer knyttet til sentraliseringsprosesser, kulturelt mangfold, demografiske endringer, komplekse sykdomsbilder og økt omsorgsbehov. Samfunnsendringene skaper behov for endring i organisering, ledelse, tjenestetilbud, kompetanse og sammensetning samt bedre ressursforvaltning for å styrke faglig kvalitet. Tjenestenes handlingsrom (se kapittel 1) for å imøtekomme endringspresset har betydning for utviklingen av fullverdige faglige tilbud til den enkelte tjenestemottakeren i behandlings- og omsorgskjeden (Kassah, Tingvoll & Fredriksen, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tradisjonelt har helse- og omsorgstjenestene samt barneverntjenesten vært organisert ut fra profesjonelle og faglige funksjonsområder, noe som har utfordret den enkelte profesjon og semiprofesjon på helhetstenkning og koordinering av tjenester. I stortingsmeldinger og retningslinjer som har kommet de siste årene, fremkommer det et behov for økt tverrfaglig samarbeid i henholdsvis helse- og omsorgstjenesten samt barneverntjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). I samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fremheves det for eksempel at både intra- og interorganisasjonisk samhandling vil forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Disse politiske dokumentene gir ytre føringer for helse- og omsorgstjenestene samt for barneverntjenestens handlingsrom med hensyn til samarbeidsformer.

I dette kapitlet søker vi å belyse sentrale utfordringer som gjør det vanskelig å realisere tverrfaglig samarbeid innenfor både kommunal helse- og omsorgstjeneste og kommunal barneverntjeneste. Disse tjenestene møter utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid som har mange fellestrekk, noe som kan utfordre ønsket om et helhetlig tjenestetilbud innenfor sykepleie og barnevern. På bakgrunn av tidligere forskning om samarbeid diskuterer vi utfordringer knyttet til fagenes ontologi, epistemologi og profesjonshierarki som sentrale for å realisere tverrfaglig samarbeid i kommunal sykepleie- og barneverntjeneste. Hensikten med kapitlet

er å tydeliggjøre sammenhenger mellom kunnskapssyn og handlingsrom for tverrfaglig samarbeid. Temaet er viktig av mange grunner, men spesielt fordi politiske myndigheter ønsker økt tverrfaglig samarbeid i blant annet kommunale helse- og omsorgstjenester for å ivareta tjenestemottakere med stadig mer komplekse og sammensatte pleie- og omsorgsbehov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Økt behov for tverrfaglig samarbeid er blant annet et resultat av at oppgaver som tidligere ble ivarettet i spesialisthelsetjenesten, nå skal ivaretas i kommunal omsorgstjeneste der det er lav normering av sykepleiere og spesialsykepleiekompetanse (Ugreninov, Vedeler, Heggebø & Gjevjon 2017). En konsekvens av sykepleiefaglig kompetansemangel i kommunal omsorgstjeneste er at arbeidsoppgaver ofte delegeres til ukvalifisert personale (Ugreninov et al., 2017). Dette utfordrer tjenestene når det gjelder både kvalitet og forsvarlighet (Kassah & Tønnessen, 2016; Tønnessen, 2011). I barneverntjenesten er det behov for å involvere flere faggrupper og profesjoner i kommunal barnevernvirksomhet fordi det erfares en sterk økning i antall meldte saker (Støkken, 2014). Samtidig fremkommer det at barnevernet har utfordringer knyttet til det å delta i tverrfaglig samarbeid (Baklien, 2009; Fossum, Lauritzen, Vis & Ottosen, 2015). Barneverntjenesten oppleves som orientert mot formulærer og paragrafer uten at innholdet utdypes, noe som gjør vanskeliggjør samarbeid med andre fagfolk (Flaten, Brustad, Svendsen & Gjevre, 2013). Dette til tross for at det i både offentlige dokumenter og forskning påpekes at det er behov for å styrke det tverrfaglige samarbeidet i barnevernet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). Det fremkommer imidlertid at flere formaliserte samarbeid med det kommunale barnevernet fungerer, blant annet arbeid knyttet til det å få inn bekymringsmeldinger på et tidlig tidspunkt (Breimo, Lo, Anvik & Sandvin, 2019). Utfordringer i samarbeid kan trolig også knyttes til at det benyttes flere ulike begreper for å beskrive samarbeid i tjenestene. Begreper som betegner samarbeid, har ofte ulikt meningsinnhold, noe som kan bli spesielt tydelig når samarbeidsprosesser skal settes i gang. Ulike forståelser av samarbeidets innhold og form kan skape utfordringer når flere kompetanser skal benyttes for å ivareta helhetlige tjenester innenfor sykepleie og barnevern.

Samhandling omfatter tjenestenes evne til å fordele oppgaver internt for å nå et felles, omforent mål (Orvik, 2015). Samtidig omfatter

samhandling evnen til å gjennomføre oppgaver på en koordinert og rasjonell måte. Ifølge Vik (2018) knyttes utfordringer i samhandling til lokale retningslinjer, fravær av møteplasser og manglende kunnskap om ulike profesjoners fagutøvelse. Vellykket samhandling blir ofte beskrevet som relasjoner preget av likeverdighet og gjensidig kunnskap om hverandres fagfelt.

Begrepene tverrfaglig samhandling og tverrfaglig samarbeid benyttes ofte om hverandre. I dette kapitlet benyttes begrepet tverrfaglig samarbeid, en arbeidsform som ofte betraktes som en mulig løsning på mange av de utfordringer som både sykepleie- og barneverntjenesten møter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Tverrfaglig samarbeid benyttes ofte i offentlige dokumenter (Verdens helseorganisasjon, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), i ulike faglige sammenhenger og i forskjellige praksisfelt (Glavin & Erdal, 2013). Ulike dokumenter beskriver tverrfaglighet som samarbeid mellom flere faggrupper mot et felles mål (Lauvås & Lauvås, 2004; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014–2015a).

Begrepet flerfaglighet benyttes noen ganger synonymt med tverrfaglig samarbeid for å betegne samarbeid mellom ulike profesjoner og faggrupper (Lauvås & Lauvås, 2004). Flerfaglighet beskrives som at hver enkelt fagprofesjon belyser en faglig problemstilling ut fra eget ståsted, men ikke nødvendigvis samtidig på en arena der flere fag og profesjoner skal samarbeide. Flerfaglighet omtales som et samarbeid mellom flere faggrupper som jobber i en parallell og koordinert prosess. Et eksempel kan være når barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, mottar hjelpetiltak og det er behov for samarbeid mellom barnevernansatte og helsesykepleiere. I et slikt samarbeid benyttes fagområdenes særegne kompetanse, noe som innebærer at samarbeidspartnerne ikke overskrider faggrensene til andre faggrupper. I interaksjonen inngår dog noen grad av nærhet og avhengighet, hvor observasjoner, tjenestemottakeres situasjon og intervensjoner diskuteres. Hver og en gjør sitt arbeid, de møtes, og de rapporterer om framdriften i arbeidet. Tverrfaglighet fordrer imidlertid, ifølge Lauvås og Lauvås (2004), at ulike fagdisipliner integreres i en felles forståelse basert på hverandres kunnskaps- og beslutningsgrunnlag gjennom et kontinuerlig samarbeid. Samarbeidet skal preges av at den enkelte profesjonens fagspesifikke kunnskap skal deles og anerkjennes i

fellesskapet. Tverrfaglig samarbeid er rettet mot et felles mål, der profesjonene er gjensidig og kollegialt avhengig av hverandre for å ta avgjørelser og gjennomføre beslutninger (Collin, Valleala, Herranen & Paloniemi, 2011). Et eksempel på endring i funksjons- og ansvarsforhold kan være når sykepleiere forventes å ivareta flere medisinske behandlingsoppgaver som i hovedsak tilhører den medisinske profesjonen (Helse- og omsorgsdepartementet (2014–2015a)). Et eksempel innenfor barneverntjenesten kan knyttes til kjærlighet som en kjernekompetanse i barnevernarbeid (Thrana, 2014), fordi ansatte kan ivareta ansvar ut fra nærhet og tillit i relasjonen til den unge.

Et annet viktig aspekt som løftes fram i politiske føringer, som også har betydning for tverrfaglig samarbeid, er det grunnleggende kunnskapssynet i hvert enkelt fag og i tjenesteutøvelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014–2015a, 2015b, 2016). I samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) legges det føringer for at tjenestene innenfor helse og omsorg skal være kunnskapsbasert, noe som innebærer at bruker- og profesjonserfaringer samt forskning skal anvendes som kunnskapsgrunnlag for tjenestene. Innenfor sykepleiefaget er kunnskapsbasert praksis utviklet og til en viss grad integrert i både utdanning og praksisfelt. I barneverntjenesten har tjenesteutøvelsen i stor grad hatt søkelys på evidensbasert kunnskap (Bjørnebekk, 2010). Ideen om et kunnskapsbasert barnevern er imidlertid framtreddende i offentlige førende dokumenter (Deloitte, 2019).

Det dominerende kunnskapssynet i tjenestene får også konsekvenser for den skjønnsvurderingen som gjøres i samarbeidet mellom tjenesteutøvere. Kari Martinsen (2005) hevder at det å handle skjønnsmessig er å kunne overveie de alternativene som finnes i situasjonen, slik at det gagnar den enkelte best mulig. Skjønn som utøves med rammer i en evidensbasert kunnskapsforståelse, skiller fakta fra vurderinger, noe som utelater tjenesteutøverens profesjonsskjønn (Bjørnebekk, 2010; K. Martinsen, 2005). Et slikt tankesett kan innebære at profesjonsskjønnet kun blir et implisitt aspekt hos profesjonsutøverne, og som derfor ikke fremkommer i dialog, samarbeidsprosesser og faglig dokumentasjon. Hvis kunnskapen som ligger til grunn for profesjonsskjønnet, forblir implisitt, kan denne kunnskapen forbli en privatisert og taus kunnskap (Polanyi,

1967). En kunnskap som ikke verbaliseres, kan slik bli et kunnskapstap for den enkelte profesjonen og det enkelte faget samtidig som det kan være vanskelig å aktivere denne kunnskapen i et tverrfaglig samarbeid. Taus kunnskap kan slik bli en utfordring i tverrfaglig samarbeid fordi premissene for de avgjørelsene som tas når skjønnet utøves, blir lite tydelige og kanskje i noen sammenhenger direkte uforståelige for samarbeidende parter. Utydelige premisser for å foreta beslutninger kan i verste fall føre til at samarbeidspartene konsentrerer seg om enkelte tiltak, mens andre ikke blir «sett», noe som kan forringe kvaliteten i tjenestetilbudet.

## **Teoretisk rammeverk**

Artikkelens diskusjoner er fundamentert i et sosiologisk konstruktivistisk perspektiv (Berger & Luckmann, 1966) og en vitenskapsteoretisk tilnærming som har utgangspunkt i Schutz, (1970) sin fenomenologiske forståelse. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv betraktes virkeligheten som sosialt konstruert gjennom eksternaliserings-, objektiverings-, sosialiserings- og internaliseringsprosesser (Berger & Luckmann, 1966). Disse prosessene foregår kontinuerlig og om hverandre i samfunnet. Eksternalisering viser til at vi skaper eller vedlikeholder ulike sosiale fenomener. Det er for eksempel laget en sosial konstruksjon, om enn noe utydelig definert, som vi benevner tverrfaglig samarbeid. Objektiveringsprosesser viser til at de sosiale konstruksjonene får en egen eksistens. Det vil si at det i ulike situasjoner rettes forventninger til den enkelte om å utvise en bestemt atferd, fordi objektiveringen forankrer forventningene i strukturen som innrammer enhver sosial samhandling. Årsaken til at vi ofte handler slik som det forventes av oss, er at vi sosialiseres, læres opp, i blant annet rolleatferd. Når vi handler som forventet, uten å tenke gjennom handlingen, er kunnskapen om hvordan vi skal agere i bestemte kontekster, blitt en del av oss, den er internalisert gjennom sosialiseringsprosesser. Det sosialkonstruktivistiske vitenskapsteoretiske utgangspunktet innebærer at tverrfaglig samarbeid betraktes som sosialt konstruert. Dette betyr at det er rom for endring og alternative konstruksjoner før det eventuelt objektiveres en forståelse som virker inn på deltakerne i tverrfaglig samarbeid, slik at de handler i

tråd med definisjonen og de forventningene som ligger til atferd i tverrfaglig samarbeid.

## Ontologi og epistemologi

De ulike fagene plasseres innenfor ulike tradisjoner, alt etter hvilken ontologi og epistemologi som bestemmer hva som betraktes som kunnskap, og hvordan denne kunnskapen utvikles (Aadland, 2011). Ontologi kan forstås som den virkelighetsforståelsen som ligger til grunn for hva som betraktes som kunnskap, mens epistemologi omhandler hvordan kunnskap utvikles innenfor ulike ontologier (Blaikie, 2003). Selve forståelsen av hva som er kunnskap, og av hvordan kunnskapen utvikles, er i vår kultur sterkt preget av det naturvitenskapelige paradigmet, der det utvikles sann kunnskap om ulike målbare fenomener, kausale forklaringer og så videre. Innenfor et humanistisk paradigme og et sosialkonstruktivistisk perspektiv og kunnskapssyn betraktes kontekst og kunnskap som tett forbundet; kunnskapen er kontekstuell. Naturvitenskapens definisjonsmakt (Engelstad, 2009) har bidratt til å skape et hierarki innenfor de ulike vitenskapene der humanistisk vitenskap har måttet kjempe for sin eksistens som vitenskap på grunn av en annen ontologi og epistemologi (Guneriussen, 1996). Ulike kunnskapssyn innenfor en profesjon og semiprofesjon vil aktualiseres i tjenesteutøvelsen fordi ansatte beveger seg mellom ulike kunnskapsforståelser, avhengig av hvilke kompetansebehov som fremkommer i møtet med tjenestemottakere i ulike situasjoner. I den konkrete situasjonen kan imidlertid tjenesteutøvers oppmerksomhet og tilnærming i tjenesteutøvelsen styres av lojalitet til det kunnskapssynet som vedkommende har gjort til sitt (Thisted, 1990).

Fagene sykepleie og barnevernspedagogikk er satt sammen av ulike fagområder med ulike ontologier og epistemologier. Begge fagene er sammensatt av humanistiske, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige fagområder (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019; Forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanning, 2019). Sykepleie som fag har for eksempel ulike kunnskapssyn forankret i to ontologiske kunnskapstradisjoner, der den humanistiske ontologien kan sies å være dominerende. Faglig

beveger sykepleie seg i et felt mellom eksistensielle, etiske, medisinske og juridiske problemstillinger. Barnevernspedagogutdanningen domineres av humanistiske fag og er satt sammen av sosialpedagogikk, sosialantropologi, statsvitenskap og sosiologi. Juridisk kunnskap og psykologi er også sentrale fagområder i utdanningen. Innenfor psykologi er det særlig tilknytningsteori som har fått betydelig fotfeste i barnevern, men det skjer nå en viss endring, og familiers økonomiske og sosiale rammebetingelser for omsorg blir sterkere fokusert (Fauske, Kvaran & Lichtwarck, 2017). Barnevernspedagogikk som fag er med andre ord forankret i den humanistiske kunnskapstradisjonen, men vektleggingen på evidensbasert kunnskap i barnevernarbeid reflekterer også et kunnskapsideal som er naturvitenskapelig orientert (Støkken, 2014). Profesjonsfagene binder i praksis sammen kunnskap fra ulike vitenskaper, slik at kunnskapsbrokker blir til et hele gjennom praktiske synteser (Grimen, 2008).

I begge tjenestene er møtet med mennesker i utfordrende eller truende livssituasjoner i sentrum, noe som understreker behovet for å aktivere flere ulike kunnskapssyn i tjenesteutøvelsen. I møtet med den andre er det behov for kunnskap om hvordan imøtekomme det andre menneskets behov og interesser. Det er samtidig behov for at tjenesteutøvere reflekterer over de observasjoner og opplysninger som fremkommer i ulike situasjoner og kontekster, før det bestemmes hvordan det kan intervenseres i situasjonen (Benner & Wrubel, 2001). Dette kan innebære tre forhold: Yrkesutøveren kan forstå menneskets situasjon, dets erfaringer og kulturelle bakgrunn samt det at mennesket alltid er glad i noe eller noen. Det andre forholdet omfatter at yrkesutøveren må rette oppmerksomheten mot de fenomenene tjenestemottakeren er opptatt av, og for det tredje forholdet er søkelyset rettet mot at tjenesteyterne i samarbeid med tjenestemottakeren finner løsninger eller svar som ivaretar tjenestemottakerens ønsker og velvære. For å ivareta nevnte forhold balanserer ofte tjenesteutøver mellom kunnskap som er forankret i både en humanistisk og naturvitenskapelig ontologi. Når tjenesteutøver skal utvikle løsninger for intervensjon, vil for eksempel både evidensbasert kunnskap og kvalitativt utviklet kunnskap bli aktualisert. Samtidig vil det også foregå et samspill mellom kunnskap knyttet til brukererfaringer og profesjons-erfaringer (Graverholt, Jamtvedt, Nordheim, Nortvedt & Reinart, 2012).

Tjenesteutøvers vurderinger involverer flere kunnskapsformer, og kunnskapen kan slik betraktes som praktiske synteser og bevegelig kunnskap, det vil si at aktiveringen av kunnskap er kontekst- og situasjonsavhengig (Fredriksen, 2011; Grimen, 2008). Tjenesteutøvelsen i både sykepleie og barnevern foregår trolig i et spenningsfelt knyttet til ulike kunnskapssyn, noe som kan få betydning for hvilken kunnskap som blir ansett som viktig og «sann» i prioriterings-, utrednings- og beslutningsprosesser innenfor kommunale tjenester. Hvis denne diskusjonen knyttes til tverrfaglig samarbeid, kommer en kompleks samarbeidssituasjon til syne. Dette fordi alle samarbeidende aktører bringer sine fag til samarbeidsarenaen, og hvem som får definere hva som er «sann» kunnskap i situasjonen, kan være et spørsmål om hvem som blir hørt og får gjennomslag for sin kunnskapsforståelse – hvem som har definisjonsmakten (Goffman, 2009).

I møtet med den andre vil den ontologiske forståelsen som aktører sosialiseres inn i gjennom utdanning, virke bestemmende for opplevd kunnskapsbehov. Samtidig foregår det sosialisering- og internaliseringsprosesser i enhver organisasjon som former yrkesutøvers kunnskap, slik at vedkommende blir satt i stand til å ivareta tjenesteutøvelsen i pakt med organisasjonens mål og hensikt (Selznick, 1984). En organisasjons kunnskap er nedfelt i formelle og uformelle strukturer, og den virker styrende på hvordan tjenesteutøverne opplever kunnskapsbehovet (Nonaka & Takeuchi, 1995). Dette impliserer at det som ofte omtales som «å sitte i veggene» med hensyn til for eksempel utredning og intervensjonsmuligheter, både kan begrense og utvide tjenesteutøvernes handlingsrom, alt etter hvilken ontologisk forståelse som er dominerende på hver enkelt arbeidsplass. Det er mulig at tverrfaglig samarbeid krever økt bevissthet om eget ontologisk ståsted, og om hvordan egen kunnskapsforståelse påvirker samhandling internt i en organisasjon og i et tverrfaglig handlingsrom.

Brukermedvirkning innebærer å omfordele og omstrukturere maktrelasjoner (Askheim, 2007) og kan for eksempel ha forskjellig meningsinnhold i ulike kontekster, alt avhengig av hvilken ontologisk forståelse tjenesteutøvere med definisjonsmakt i et tverrfaglig samarbeid har. I denne sammenhengen kan det være viktig å skille mellom brukermedvirkning som foregår på et strukturelt nivå ved at brukere integreres i

ulike organer der det foregår utredninger og fattes beslutninger, og brukermedvirkning i mer uformelle kontekster der ulike tjenesteutøveres forståelse av begrepet brukermedvirkning kan bli utslagsgivende for tjenestemottakers innflytelse. Forskning innenfor sykepleie viser for eksempel at kravet om brukermedvirkning er utfordrende å imøtekomme (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017). I kommunale helse- og omsorgstjenester, for eksempel innenfor rehabilitering, kan det bli fattet beslutninger om å tilbakeføre pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste uten at det har vært dialog med pasientene om hvilke kommunale oppfølgingstilbud som skal iverksettes ved utskrivning (Kassah, Tingvoll & Fredriksen, 2014; Tingvoll & Fredriksen, 2011).

I barnevernet får barn og unge begrenset informasjon fra barnevernet samtidig som de har liten mulighet for å bidra med informasjon selv når deres sak blir undersøkt (Strandbu, 2008; Gulbrandsen, Seim & Ulvik, 2016; Sandbæk, 2002; Thrana, 2008; Skivenes, 2015). Jensen (2016) viser videre at det er behov for kunnskap om åpen og skjult utøvelse av makt, og om hvordan makt bidrar til – og konstruerer – samhandling og praksis for medvirkning i barnevernet. Det er også mulig at Bufetats satsing på evidensbaserte arbeidsmodeller kan bidra til at barns og unges brukermedvirkning begrenses. «Parent Management Training Oregon» (PMTO) medfører at barnets stemme blir svak (J. T. Martinsen, 2012), og multisystemisk terapi (MST) retter søkelyset mot foreldrekompetanse, og det er lite oppmerksomhet på de unges medvirkning (Christiansen, 2012). Begge de kommunale tjenestenes problemer med å imøtekomme kravet om brukermedvirkning kan ha mange forklaringer, men et handlingsrom preget av spenninger mellom ulike ontologier kan i seg selv være hemmende for tjenesteutøvernes ivaretagelse av brukermedvirkning. I kommunal barneverntjeneste kan det for eksempel være etablert forskjellige uformelle forståelser blant tjenesteutøverne i ulike tjenester om hva brukermedvirkning er. Dette kan bidra til at det å samtale med barn og unge betraktes som tilstrekkelig brukermedvirkning i en tjeneste, men ikke i en annen (Paulsen, 2016). Innenfor tilbud om ettervern er svak brukermedvirkning en sentral årsak til at mange unge ikke ønsker hjelp fra barnevernet etter fylte 18 år (Paulsen, 2016). Kravet om brukermedvirkning kan være spesielt krevende i tverrfaglig samarbeid hvis den

enkelte tjenesten sliter med å realisere det lovpålagte kravet internt. Det er slik mulig at brukermedvirkning som innebærer at brukerkunnskap aktualiseres, og at brukeres erfaringer og fortolkninger anerkjennes og respekteres, får trangere kår i tverrfaglig samarbeid. Den dikotome relasjons- og maktforståelsen mellom bruker og tjenesteutøver som ofte rammer inn forståelsen av brukermedvirkning, kan da bli tydeligere, men omfordeling av makt kan bli mer utfordrende, da flere aktører skal avgi makt til bruker for å etablere en mer balansert samhandlingsrelasjon. Denne korte redegjørelsen og diskusjonen tyder på at spenninger mellom ulike kunnskapssyn i hver enkelt profesjon og semiprofesjon kan være «med på lasset» når aktører møtes i et felles handlingsrom for tverrfaglig samarbeid.

## Profesjonshierarki

Andre utfordringer i tverrfaglig samarbeid kan videre knyttes til profesjonenes innflytelse og status i et tverrfaglig handlingsrom. Diskusjoner om profesjoner og profesjoners plass i samfunnet har lange tradisjoner, og Weber (2000) betrakter for eksempel profesjoner som lukkede grupper som arbeider med egne oppgaver og for gruppens interesser. Gruppene har med andre ord enerett til å skaffe seg makt, status og penger. Parsons (1951) har et mer individorientert perspektiv på profesjoner, da han legger vekt på at profesjoner skal utføre bestemte oppgaver overfor vanskeligstilte og nødtrengende på vegne av samfunnet. Ifølge Foucault (1991) har profesjoner en disiplinerende funksjon ved at de kontrollerer det enkelte mennesket. Profesjoner betraktes som grupper som utøver sosial disiplin på vegne av staten. Disse ulike sosiologiske tilnærmingene kan sies å reflektere et institusjonsperspektiv, et individperspektiv og et samfunnsperspektiv. De overnevnte dimensjonene gjenfinnes i nåtidens forståelse av profesjoner, som hos for eksempel Grimen (2008), som legger vekt på at en profesjon er en yrkesgruppe som har en bestemt kunnskap, og som har fått politisk legitimitet for et samfunnsoppdrag. Nortvedt (2008a) gir uttrykk for at profesjonenes virke hovedsakelig befinner seg i relasjonen mellom den profesjonelle og klienten; menneskene er de sentrale. Nortvedt (2008b) representerer en profesjonsforståelse der mennesket,

omsorg og empati står sentralt. En yrkesgruppe som hevder å inneha en spesiell kunnskap, og som sier at den ivaretar en parts interesser, kan ifølge Eriksen og Molander (2008) også betraktes som en profesjon. Den sistnevnte forståelsen kan være et forsøk på å utvide profesjonsbegrepet til å omfatte flere yrkesgrupper som tradisjonelt faller utenfor klassiske definisjoner av profesjon. Barnevernspedagoger kan trolig plasseres innenfor denne gruppen, da de ikke ivaretar kravet om offentlig autorisasjon. Barnevernspedagog omtales ofte som en semiprofesjon, mens sykepleier defineres som en egen profesjon.

Utfordringer i et handlingsrom for tverrfaglig samarbeid kan preges av at profesjoner og semiprofesjoner forankret i ulike ontologier har forskjellig innflytelse i samhandlingen, det vil si at kunnskapen er ordnet hierarkisk (K. Martinsen & Boge, 2008). Innenfor både sykepleie og barnevern er evidensbasert kunnskap rangert høyt i kunnskapshierarkiet (K. Martinsen & Boge, 2008; Bjørnebekk, 2010). Det er derfor mulig at tjenesteutøvere tilhørende profesjoner og semiprofesjoner som ivaretar evidensbasert kunnskap, kan tilegne seg definisjonsmakt i tverrfaglig samarbeid. Deres eventuelle situasjonsdefinisjon (Goffman, 2009) kan bidra til at bestemte former for målbar kunnskap løftes frem som mer evident eller «sann», og derved som viktigere enn kunnskap forankret i en humanistisk ontologi. Utøvelse av både sykepleie og barneverntjenester foregår ofte i komplekse situasjoner der behovet for profesjonserfaringer og brukerkunnskap er sentralt. Oppmerksomhet på evidensbasert kunnskap utfordrer imidlertid den mer helhetlige situasjonsanskuelsen som trolig er påkrevet for å fange situasjonenes kompleksitet. Det er mulig at økt oppmerksomhet på kunnskapsbasert praksis i tjenestene kan åpne opp det tverrfaglige handlingsrommet slik at ulike kunnskapsformer blir betraktet som likeverdige og utfyllende. Et tverrfaglig samarbeid som lykkes, kjennetegnes av at deltakerne er bevisst egen avhengighet av andres kunnskaper for å få til et helhetlig tjenestetilbud (Tingvoll & Fredriksen, 2011). Økt bevissthet hos tjenesteutøvere er imidlertid ikke tilstrekkelig for å få til tverrfaglig samarbeid, fordi kontinuitet i samarbeidet mellom spesialistnivå og kommunalt nivå samt mellom ulike kommunale tjenester også utfordres av ressurs- og kompetansemangel i helse- og barneverntjenestene (Kassah, Tingvoll & Fredriksen, 2014; Kassah, Tingvoll

& Nordahl-Pedersen, 2016). Diskusjonen tyder på at hvis profesjonstilhørighet og kunnskapshierarkiet bidrar til å tilsløre situasjonsavhengige kunnskapsbehov, kan mulighetene for å ivareta et helhetlig tjenestetilbud forringes (K. Martinsen, 2005; Eriksson, Myllymäki & Nordman, 2002). Et tenkt eksempel på dette kan være hvis en leges handlingsrett og den medisinske kunnskapen blir bestemmende i en situasjon der det skal avgjøres om en kronisk nevrologisk syk pasient skal få innlagt PEG-sonde (for å tilføre pasienten ernæring direkte i magesekken) eller ikke. Legen tar beslutningen uavhengig av kunnskapen som ansvarlig sykepleier innehar om pasientens situasjonsbetingede behov, noe som kan tilsløre andre mulige tiltak for å imøtekomme pasientens behov. Det er også mulig at den svake brukerinvolveringen som tjenesteutøvere både i kommunale helse- og omsorgstjenester og barnevern blir kritisert for, henger sammen med et dominant naturvitenskapelig kunnskapssyn i kunnskapshierarkiet og den evidensbaserte kunnskapens sentrale plass i både utrednings-, beslutnings- og implementeringsprosesser (Mørch, 2012).

Utfordringer knyttet til profesjonsutøvelse og tverrfaglig samarbeid kan også ha sammenheng med verdier og normer i den enkeltes tjenestens formelle og uformelle organisasjonsstruktur (Selznick, 1984). Endringer i formell organisasjonsstruktur kan for eksempel omfatte det at ledere arbeider med ansattes holdninger for å åpne opp for konstruktive tverrfaglige samarbeidsrelasjoner. Dette er tidkrevende og utfordrende endringsprosesser fordi holdninger kan ses på som konkretisering av verdier. Ifølge Martinussen (2008) har holdninger en kognitiv dimensjon og en affektiv komponent som forteller om den virkelighetsforståelsen holdningene bygger på. En tredje komponent som er knyttet til atferd, forteller noe om forholdet mellom holdning og handling (Martinussen, 2008). Holdninger fungerer som «veikart» for handlingsvalg og gir trygghet i en arbeidshverdag (Schiefløe, 2003), og endringer innebærer resosialisering og den utryggheten dette medfører før eventuelle holdningsendringer fremkommer. Samtidig er dype strukturelle organisasjonsendringer utfordrende fordi det også vil være behov for å implementere organisatoriske systemer og rutiner (Argyris, 1990) som kan styrke den informative og administrative kontinuiteten i det tverrfaglige samarbeidet

(Freeman et al., 2007). Det kan imidlertid også være nødvendig å rette oppmerksomheten mot hvordan uformell struktur i kommunal helse- og omsorgstjeneste samt barnevern kan fremme eller begrense potensialet for tverrfaglig samarbeid. Endringer i formelle og uformelle strukturer, og derigjennom endringer i handlingsrommet for tverrfaglig samarbeid, kan være nødvendig for å gi et helhetlig tjenestetilbud.

Et tverrfaglig samarbeid der tjenesteutøvernes kunnskapsbidrag utgjør et fundament for prioriteringer og beslutninger, reflekterer en felles forståelse av pasienters og brukeres tjenestebehov og dermed også er avgjørende for tilbud som gis, kan trolig betraktes som et velfungerende samarbeid. I et slikt fundament ligger det trolig et potensial for utvikling av tiltak, løsninger og arbeidsformer som ikke har vært synlige i den enkelte profesjonens og semiprofesjonens perspektiv. Det skapes med andre ord handlingsrom for å utvikle ny kunnskap som omfatter flere dimensjoner ved et fenomen, det skapes en felles viten som her omtales som medviten. Dette er en form for viten som strekker seg ut over det enkelte fagets kunnskapsforståelse.

## Avsluttende kommentar

Tverrfaglig samarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern møter mange utfordringer. I dette kapitlet er det spesielt grepet fatt i utfordringer knyttet til profesjonenes og semiprofesjonens faglige sammensetninger som bringer frem brytninger mellom kunnskap forankret i ulike ontologiske og epistemologiske retninger. Utfordringer knyttet til ulike ontologisk ståsteder ser ut til å skape spenninger også i tjenesteutøvelsen innenfor den enkelte profesjon og semiprofesjon. Spenninger både internt og i eksternt tverrfaglig samarbeid kan også aktualisere et kunnskapshierarki som muligens bidrar til å tilsløre eller hindre utvikling av helhetlige tjenestetilbud. Diskusjonen viser også at handlingsrommet for brukermedvirkning er begrenset i begge tjenestene, noe som krever økt oppmerksomhet i tverrfaglig arbeid.

Gjennomgangen av forskning og vår diskusjon viser at det er behov for forskning om hvilke endringer som kreves på organisatorisk nivå for å realisere tverrfaglig samarbeids potensial for å utvikle merviten som

ivaretar et helhetlig tjenestetilbud. Det er samtidig behov for å forske mer på hvordan utdanningene i de ulike fagene kan styrkes, slik at yrkesutøverne kan utvikle åpenhet og forståelse for at det er behov for merviten når hver enkelt tjenestemottaker skal ivaretas.

Til slutt påpekes det at offentlige myndigheters søkelys på tverrfaglig samarbeid og samhandling som arbeidsform for å redusere ressursbruk og samtidig styrke et helhetlig tjenestetilbud er prisverdig. Offentlige føringers manglende problematisering av hvordan tverrfaglig samarbeid faktisk kan realiseres, samtidig som definisjoner av begrepene er både ulne og mangfoldige, gjør det vanskelig å finne retning for hvordan tverrfaglig samarbeid kan etableres og videreføres for å utvikle merviten. Dette blir kanskje spesielt synlig i kommunalt barnevern, der taushetsplikten, et formelt grunnlag, ofte blir et hinder for tverrfaglig samarbeid.

## Referanser

- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg ...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Oslo, Universitetsforlaget.
- Argyris, C. (1990). *Overcoming organizational defences: Facilitating organizational learning*. Boston, MA: Pearson.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment – ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 23–33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Baklien, B. (2009). Skole, barnehage, barneverntjeneste – bilder av «de andre» hindrer samarbeid. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 86(4), 236–244.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)* (Prop. 73L (2016–2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sykdom*. København: Munksgaard.
- Berger, P. L. og Luckmann, T. (1966). *Den samfundsskabte virkelighed: En videnssociologisk afhandling*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Bjørnebekk, W. (2010). Utfordringer for utviklingen av et kunnskapsbasert barnevern. Hva barnevernjournaler forteller om skjønn, kunnskapssyn og faglig autoritet. *Fontene forskning*, 1, 91–103.
- Breimo, J. P., Lo, C., Anvik, C. H. & Sandvin, J. T. (2019). Mål og mening med samarbeid – en analyse av barnevernets formaliserte samarbeidsnettverk. *Fontene forskning*, 12(2), 4–17.

- Blaikie, N. (2003). *Analyzing qualitative data. From description to explanation*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Christiansen, Ø. (2012). Hvorfor har barnevernet problemer med å se og behandle barn som aktører? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(1–2), 16–30.
- Collin, K. M., Valleala, U. M., Herranen, S. & Paloniemi, S. (2011). Ways of interprofessional collaboration and learning in emergence work. *Studies in Continuing Education*, 34(3), 1–20.
- Deloitte. (2019). *Forsøk med ny ansvarsfordeling mellom stat og kommune på barnevernområdet* (Delrapport 4). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/b87f5a6boe05436587c9110d2ae75884/folgeevaluering-av-forsok-med-ny-ansvarsfordeling-pa-barnevernomradet\\_endelig-rapport-01102019.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/b87f5a6boe05436587c9110d2ae75884/folgeevaluering-av-forsok-med-ny-ansvarsfordeling-pa-barnevernomradet_endelig-rapport-01102019.pdf)
- Engelstad, F. (2009). *Hva er makt?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, E. O. & Molander, A. (2008). Profesjon, rett og politikk. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 161–178). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson, K., Myllymäki, I. & Nordman, T. (2002). *Den trojanske hest: evidensbasering og sygepleje*. København: Gads Forlag.
- Fauske, H., Kvaran, I. & Lichtwarck, W. (2017). Hjelpetiltak i barnevernet Komplekse problemer og usikre virkninger. *Fontene forskning*, 2(10), 45–58.
- Flaten, B., Brustad, M. S., Svendsen, H. & Gjevne, M. (2013). Tverrfaglig samarbeid i barnevernsaker. *Sykepleien*, 101(6), 46–49. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens2013.0054>
- Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S. A. M., Ottosen, A. & Rustad, K. B. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 92(4), 282–297.
- Foucault, M. (1991). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Fredriksen, S. T. D. (2011). *Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst* (Doktorgradsavhandling). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., ... Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006; what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* (Rapport for National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D NCCSDO). Hentet fra [http://www.netscc.ac.uk/hedr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1609-138\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hedr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf)
- Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Goffman, E. (1992) *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. København: Samfundslitteratur.

- Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Nortvedt, M. W. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum, L. I. (Red), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gneriussen, W. (1996). *Aktør, handling og struktur: grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*. Oslo: Tano.
- Gulbrandsen, L. M., Seim, S. & Ulvik, O. S. (2016). Barns rett til deltakelse i barnevernet: Samspill og meningsarbeid. *Sosiologi i dag*, 46(3–4), 54–78.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal helseplan 2007–2010* (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/nasjonal\\_helseplan\\_sartrykk.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/nasjonal_helseplan_sartrykk.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Se meg! – alkohol – narkotika – doping* (Meld. St. 30 (2011–2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013* (Meld. St. 11 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* (Meld. St. 12 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015* (Meld. St. 13 (2016–2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve* (Meld. St. 24 (2019–2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Jensen, G. (2016). Brukermedvirkning og maktutøvelse – ungdom som medspiller og motspiller i barnevernet. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 93(3–4), 304–320. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2016-03-04-13>
- Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.-A. & Fredriksen, S. T. D. (2014). Samhandling – sykepleieledere og bestiller-utførerenehet. *Geriatrisk sykepleie*, 3, 26–33.
- Kassah, B. L. L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342–358.
- Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.-A. og Nordahl-Pedersen, H. (2016). Folkehelsearbeid, sentrale utviklingstrekk. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & H. Nordahl-Pedersen, H. (Red.), *Forebyggende helsearbeid. Sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanning (FOR-2019-03-15-398). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-398>
- Kvilhaugsvik, B. & Husøy, B. (2017). Må samarbeide mer på tvers. *Sykepleien*, 105(3), 64–67. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/ma-samarbeide-mer-pa-tvers>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnem og evidensen*. Oslo: Akribie.
- Martinsen, K. & Boge, J. H. (2008). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Forum for akademiske sykeplejersker i Danmark*, 3, 32–37.
- Martinsen, J. T. (2012). Et kritisk blikk på evidensbaseringen i det statlige barnevernet: – Hva virker og hvorfor? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(1–2), 58–69.
- Martinussen, W. (2008). *Samfunnsliv. Innføring i sosiologisk tenkemåter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- May, T. (2001). *Social Research. Issues, methods and process* (3. utg.). Buckingham, England: Open University Press.
- Mørch, W.-T. (2012). Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(3), 136–150.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Nortvedt, P. (2008a). Profesjon og paternalisme. I A. Molander, A. & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 251–260). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2008b). *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London, England: Routledge & Kegan Paul.
- Paulsen, V. (2016). Ungdommers erfaringer med medvirkning i barnevernet. *Fontene forskning*, 9(1), 4–15.
- Polanyi, M. (1967): *The tacit dimension*. New York: Doubleday Anchor.
- Røsdal, T., Nesje, K., Aamodt, P. O., Larsen, E. & Tellmann, S. M. (2017). *Kompetanse i den kommunale barnevernstjenesten* (NIFU-rapport 28/2017). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2487943/NIFUrappport2017-28%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sandbæk, M. (2002). *Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester* (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

- Schieffloe, P. M. (2003). *Mennesker og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schutz, A. (1970). *On phenomenology and social relations*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Selznick, P. (1984). *Leadership in administration: A sociological interpretation*. Oakland, CA: University of California Press.
- Skivenes, M. (2015). Handlingsrommet for barns deltagelse i barnevernssaker. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(1), 48–60.
- Strandbu, A. & Vis, S. A. (2008). *Barns deltagelse i barnevernssaker. Barnevernets utviklingscenter i Nord-Norge*. Tromsø: Barnevernets Utviklingscenter i Nord-Norge.
- Støkken, A. M. (2014). *Innovasjon i velferdstjenester. Innovasjon og utvikling i sosialt arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thisted, J. (1990). Den videnskabelige krise i sundhedsvæsenet. Om den biomedisinske modell og helhedstænkning. I T. Jensen, L. U. Jensen & W. Kim (Red.), *Sykepleiens grunnproblemer. Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thrana, H. M. (2008). *Vil jeg bestemme? Om barn og ungdoms medvirkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thrana, H. M. (2014). Kjærlighet – en anerkjennelsesrelasjon i arbeid med utsatt ungdom. *Fontene forskning*, 7(1), 4–17.
- Tingvoll, W.-A. & Fredriksen, S. T. D. (2011). Individuell tilrettelegging for eldre pasienter etter sykehusopphold. *Vård i Norden*, 3, 40–44.
- Tønnessen, S. (2011). *The challenge to provide sound and diligent care. A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Ugreninov, E., Vedeler, J. S., Heggebø, K. & Gjevjon, E. R. (2017). *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv* (NOVA Rapport 7/17). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Verdens helseorganisasjon. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice* (Rapport). Hentet fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=546A66A430AFE3CDB77FBC22B01E5927?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=546A66A430AFE3CDB77FBC22B01E5927?sequence=1)
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147.
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati*. (3. utg.). Oslo: Fakkell.
- Wettergren, J., Ekornrud, T. & Abrahamsen, D. (2019). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>