

**Sykehussosionomens praksis ved akutt og  
kritisk sykdom hos barn og unge  
– begrunnelser, grensearbeid og kompetanser**

**Ida Krag-Rønne Mannsåker**

**OSLOMET**

Avhandling ph.d. sosialt arbeid og sosialpolitikk  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
OsloMet – storbyuniversitetet

Vår 2023

CC-BY-SA versjon 4.0

OsloMet Avhandling 2023 nr 12

ISSN 2535-471X (trykt)

ISSN 2535-5414 (PDF)

ISBN 978-82-8364-474-6 (trykt)

ISBN 978-82-8364-563-7 (PDF)

OsloMet – storbyuniversitetet

Universitetsbiblioteket

Skriftserien

St. Olavs plass 4,

0130 Oslo,

Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:

Postboks 4, St. Olavs plass

0130 Oslo

Trykket hos Byråservice

Trykket på Scandia 2000 white, 80 gram på materiesider/200 gram på coveret

# Forord

Jeg føler meg utrolig privilegert som har fått anledning til å fordype meg i en tematikk jeg mener er av stor betydning for yrkesgruppen jeg tilhører og dermed også for de menneskene vi møter gjennom jobbene våre.

Helt avgjørende for avhandlingen er alle sykehussosionomene som villig stilte opp og delte av sine opplevelser og refleksjoner. Tusen takk for den tilliten dere viste meg! Jeg lærte noe av hver eneste én av dere.

Gode veiledere er av uvurderlig betydning i en slik prosess. Min hovedveileder, Amy Østertun Geirdal, har vært der for meg helt fra oppstart og til slutt. Tusen takk for at du har utfordret meg, veiledet meg, gitt konstruktive råd og styrket meg i troen på at dette skulle gå bra. Jeg er spesielt takknemlig for de gangene du stilte opp for meg når jeg trengte det som mest. Biveileder Una Stenberg, takk for din entusiasme og innsikt i praksisfeltet. Du har vært en god og trygg person å ha med på laget. Og André Vågan, som ble biveileder i det andre året, jeg har lært så utrolig mye av deg. Takk for at du har vist så stort engasjement for prosjektet.

Takk til OsloMet som har gitt meg denne muligheten. Spesielt takk til Anne Thorsen for den administrative jobben du gjør som får det hele til å gli. Og takk til Tore Jascha Liechtenstein Vogt for at du alltid velvillig forholder deg til stort og smått av spørsmål og praktiske behov.

Alle med-stipendiater, takk for at dere har bidratt til at hverdagen i disse årene har vært så gode. Takk for faglige innspill, praktiske råd og mange fine samtaler. Jeg kommer til å savne å ha dere rundt meg.

Takk til ansatte i 6. etasje i Stensberggata 26 for hyggelige og interessante samtaler rundt kaffemaskinen, i gangene og ved lunsjbordet.

Faggruppa Profesjonskvalifisering og profesjonsutøvelse, takk for tilbakemeldinger dere ha gitt på artikkelutkast. Det har vært fint å få være med på spennende refleksjoner og å høre interessante innlegg. Spesielt takk til faggrupeleder, Hans Wiggo Kristiansen, for din trygge og inkluderende lederstil.

Forskningsgruppa Sosialt arbeid og folkehelse (SAFE), takk for gode innspill på prosjektet mitt. Det er fint å ha et faglig fellesskap der vi alle er opptatt av helsesosialt arbeid.

Trond H. Diseth, takk for at du støttet meg og prosjektet mitt fra den spede begynnelse og helt frem til målstreken. Takk for at du generøst fikk i stand 3 års permisjon fra stillingen min på S-BUP, Rikshospitalet, uten garantier for at jeg kom tilbake, og at du ga meg rom til å forberede disputas og prøveforelesning. Og tusen takk til mine gode sosionomkollegaer som har støttet og oppmuntret meg til tross for at forskningstid og tid til disputasforberedelser har gitt dere merarbeid. For en fin gjeng dere er!

Familie og venner som har vist interesse fra sidelinjen. Jeg er så takknemlig for at jeg har dere. Spesielt takk til mamma, Ingrid, som hver onsdag har kommet hjem til oss, stekt pannekaker og sørget for at guttene kan gå mette på fotballtrening og korps. Takk også for korrekturlesning av kappen.

Til sist, men kanskje mest, tusen takk til Ola og guttene mine Olav Åmund, Håkon og Karl Anton som gir meg en familie å komme hjem til. Med dere rundt meg og krav om tilstedeværelse har hjulpet meg til å se hva som virkelig er viktig her i livet. Spesielt takk til deg, Ola. Takk for alle samtalene vi har, din emosjonelle og praktiske støtte og raushet. Uten det trygge ankerfestet du er for meg hadde denne prosessen vært mye tøffere å bære. Takk for at dere har holdt ut med en til tider litt fjern kone og mamma. Jeg er så uendelig glad i dere og glad for at jeg har dere.

## Sammendrag

Sykehussosionomen vil utgjøre en del av tverrprofesjonelt samarbeid rundt den enkelte pasient basert på en biopsykososial forståelse. Sykehussosionomer jobber innenfor en kontekst der akutte og kritiske medisinske problemstillinger utgjør hovedmandatet og må håndteres fortløpende. Arbeidskonteksten krever forståelse for den medisinske situasjonen og evne til å tilpasse og aktualisere perspektiver og kunnskap som kan bidra til å styrke den helhetlige behandlingen. I dette samarbeidet har sykehussosionomene et særlig ansvar for å fremme samspillet mellom helse og sosiale og psykososiale faktorer. En slik rolle vil kreve artikulering av kunnskap og praksis begrunnet ut fra sosialt arbeids kunnskapsbase.

Selv om sykehussosionomens ansvarsområde og arbeidsoppgaver kan oppfattes som en stabil ordning, vil forhold både på samfunnsnivå og på arbeidsplassen få betydning for den retningen yrkesgruppen utvikler seg i. Denne avhandlingen retter oppmerksomhet mot juridiksjonelle prosesser som foregår på arbeidsplassen. Ved å studere sykehussosionomers praksisutøvelse i akuttfasen ved kritisk sykdom hos barn og unge har dette blitt undersøkt ut fra ulike perspektiver på bakgrunn av følgende problemstillinger:

- 1) Hvordan begrunner sykehussosionomer sin praksis?**
- 2) Hvordan posisjonerer de seg i det tverrprofesjonelle samarbeidet?**
- 3) Hvordan artikulerer de sin kompetanse?**

Studien bygger på data fra semistrukturerte individuelle intervju med 19 sykehussosionomer tilknyttet barne- og ungdomsavdelinger på 12 somatiske sykehus i Norge.

Avhandlingen består av tre artikler som på ulike måter undersøker sykehussosionomenes juridiksjonelle arbeid. I den første artikkelen stilles spørsmålet: *Hvordan forstår sykehussosionomene behovene til foreldre, og hvordan møter de disse behovene på måter som kan styrke foreldrenes helsekompetanse?* Artikkelen tar utgangspunkt i beskrivelser av behov, intervensjoner og begrunnelser for praksis og knytter dette opp mot et helsekompetanseperspektiv.

Den andre artikkelen tar utgangspunkt i spørsmålet: *Hvilke typer grensarbeid gjør sykehussosionomer, og hvilke strategier bruker de?* Her benyttes grensarbeid som et analytisk begrep for å utforske hvordan sykehussosionomene posisjonerer seg i det tverrprofesjonelle samarbeidet.

I den tredje artikkelen stilles spørsmålet *Hvilke brobyggingskompetanser bruker de i sin profesjonelle praksis?* I denne artikkelen utforskes kompetanser som er sentrale for å bygge bro mellom personer, organisasjoner og ulike perspektiv.

Avhandlingens funn knyttet til sykehussosionomens begrunnelser for praksis kan oppsummeres i deres ønske om å styrke foreldrenes opplevelse av oversikt, forutsigbarhet og kontroll. Begrunnet ut fra kunnskap om ulike behov i en akuttsituasjon, om velferdssystemet og om ulike medisinske forhold, søker de å styrke foreldrenes helsekompetanse gjennom informasjon og veiledning, identifisering av behov for medisinsk informasjon, ivaretagelse av emosjonelle behov og bygge bro mellom personer og perspektiver.

Når det gjelder posisjonering i tverrprofesjonelt samarbeid peker funnene på to hovedstrategier hos sykehussosionomene. På den ene siden ønsker de å fremstå som noe distinkt annet enn nærliggende yrkesgrupper. Posisjoneringen kan foregå gjennom å fremme sosialfaglige perspektiver, som forholdet mellom livsbetingelser og helse, eller markere grenser for egen yrkesutøvelse. Samtidig søker sykehussosionomene tverrprofesjonelt samarbeid ved å bygge relasjoner og gjennom å legge mindre vekt på de juridiksjonelle grensene. Funnene peker på en tendens til å imøtekomme andres behov fremfor å fremheve egen posisjon der disse hensynene kommer i konflikt.

Funnene knyttet til artikulering av kompetanse viser kompetanser som på ulike måter kan relateres til persontilpasset praksis, evnen til å ta andres perspektiv og bygge bro mellom ulike interesser og perspektiver. Kompetansene, som kan inndeles i kognitive, sosiale og emosjonelle kompetanser, påvirker hverandre gjensidig. Disse kompetansene kommer til uttrykk både i forberedelsesfasen og i møte med familie og samarbeidsparter.

Avhandlingens funn fremhever aktuelle tverrprofesjonelle interaksjonsmekanismer og kompetanser, og understreker betydningen av å inkludere politisk initierte samfunnsoppdrag som del av praksisbegrunnelser. På et overordnet nivå kan avhandlingens funn forstås som bidrag til å styrke sykehussosionomers legitimering av praksis, posisjon og kompetanse som vil ha betydning for juridiksjonelle prosesser. Økt kunnskap om disse ulike aspektene vil kunne styrke yrkesgruppens mulighet til å påvirke yrkesgruppens profesjonalisering innenfra ved å ta aktivt del i juridiksjonelle prosesser både på arbeidsplassen og på samfunnsnivå. Det vil igjen kunne ha innvirkning på profesjonaliseringsprosesser utenfra.

## Summary

Grounded in a bio-psycho-social perspective, hospital social workers (HSW) will be part of interprofessional collaboration when helping patients. HSW work in a context in which acute and critical medical issues form the main mandate and must be dealt with continuously. The working context requires an understanding of a medical situation and the ability to adapt and apply current perspectives and knowledge that can help strengthen overall treatment. As part of this collaboration, HSW have a particular responsibility for promoting the interaction between health and social and psychosocial factors. This role requires the articulation of knowledge and practices based on the social work knowledge base.

Although the area of responsibility and work tasks of HSW can be perceived as a stable arrangement, conditions at the societal level and in the workplace will have an impact on the direction in which the profession develops. This doctoral thesis draws attention to jurisdictional processes that take place in the workplace by studying the practice of HSW in the acute phase of critical illness in children and young people. This has been explored from various perspectives based on the following questions:

- 1) How do HSW justify their practice?
- 2) How do they position themselves in interprofessional collaboration?
- 3) How do they articulate their competencies?

This study is based on data from semi-structured individual interviews with 19 HSW associated with children's and youth wards at 12 somatic hospitals in Norway.

The thesis consists of three articles that explore the jurisdictional work of hospital social workers in different ways. In the first article, we ask: *1) How do HSW in acute paediatric care understand parents' needs?* and *2) How do they describe their contribution to these needs in ways that might strengthen parental health literacy?* Based on descriptions of needs, interventions and reasonings of practices, the article links this to a health literacy perspective. In the second article, we ask: *What types of boundary work do HSW perform, and what means or strategies do they employ?* Boundary work is used as an analytic concept to explore how HSW position themselves in interprofessional collaboration.

In the third article, we ask: *What boundary-spanning competencies do HSW use in their professional practice?* In this article, we explore competencies that are central to building bridges between people, organizations and different perspectives.

The findings of this thesis regarding justification for practice of HSW can be summarized by their desire to strengthen parents' experiences of overviews, predictabilities and controls.

Based on knowledge about different needs in an acute situation, the welfare system and different medical issues, HSW seek to strengthen parental health literacy through information and guidance, identification of needs for medical information, taking care of emotional needs and building bridges between people and perspectives.

Regarding positioning within interprofessional collaboration, the findings point to two main strategies adopted by HSW. They want to appear as something distinct and different from other occupational groups. Positioning can take place by promoting social work perspectives, such as the relationship between living conditions and health, or by marking the boundaries of their own professional practices. At the same time, HSW seek interprofessional collaboration by building relationships and placing less emphasis on jurisdictional boundaries. The findings point to a tendency to meet the needs of others rather than emphasize their own positions where these considerations come into conflict.

The findings related to the articulation of competence show competences that can be related in various ways to personalized practice and the ability to take the perspective of others and build bridges between different interests and perspectives. The competences, which can be divided into cognitive, social and emotional, mutually influence each other. These competencies are applied when preparing for encounters and in encounters with families and other professionals.

Finally, the findings of this thesis highlight current interprofessional interaction mechanisms and competencies and underline the importance of including politically initiated social missions as part of practice justifications. Overall, the findings can be understood as a contribution to strengthening the legitimization of the practices, positions and competences of HSW, which will have significance for jurisdictional processes. Increased knowledge of these various aspects will help strengthen an occupational group's opportunity to influence its professionalization from within by taking an active part in jurisdictional processes at the workplace and societal levels. In turn, this could have an impact on professionalization from above.



# Innhold

<b>1. Introduksjon</b> .....	5
<b>1.1 Sykehussosionomers arbeidsområde innen pediatri</b> .....	5
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	7
<b>1.3 Profesjonsbegrepets to sider</b> .....	7
1.3.1 <i>Det organisatoriske aspektet</i> .....	8
1.3.2 <i>Det performative aspektet</i> .....	10
1.3.3 <i>Et historisk blikk på sosialt arbeid på sykehus</i> .....	11
<b>2. Tidligere forskning</b> .....	14
<b>2.1 Tidligere forskning på rolle, kunnskap, kompetanse og jurisdiksjon</b> .....	14
<b>3. Teoretisk rammeverk</b> .....	20
<b>3.1 Et systemisk perspektiv</b> .....	20
3.1.1 <i>Den bioøkologiske modellen</i> .....	21
<b>3.2 Profesjonsteoretisk perspektiv</b> .....	21
3.2.1 <i>Jurisdiksjon</i> .....	22
3.2.2 <i>Jurisdiksjonell prosess</i> .....	23
3.2.3 <i>Objektive og subjektive faktorer som påvirker jurisdiksjon</i> .....	24
<b>3.3 Dramatisering</b> .....	25
<b>4. Teoriutvikling – et utvidet perspektiv</b> .....	27
<b>4.1 Sentrale begreper og perspektiv i artiklene</b> .....	29
4.1.1 <i>Helsekompetanse</i> .....	29
4.1.2 <i>Boundary work - grensearbeid</i> .....	31
4.1.3 <i>Boundary spanning - brobygging</i> .....	32
<b>5. Metode</b> .....	34
<b>5.1 Idéen bak</b> .....	34
<b>5.2 Materialet og metode</b> .....	34
5.2.1 <i>Intervjuundersøkelse</i> .....	34

5.2.2	<i>Utvikling av intervjuguide</i>	35
5.2.3	<i>Rekruttering</i>	35
5.2.4	<i>Utvalgskriterier for deltagere</i>	36
5.2.5	<i>Etisk dilemma rundt inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	36
5.2.6	<i>Deltagere</i>	36
<b>5.3</b>	<b>Innsamling av data</b>	<b>37</b>
5.3.1	<i>Intervjuet</i>	37
<b>5.4</b>	<b>Analyse av datamaterialet</b>	<b>38</b>
5.4.1	<i>Systematisk tekstkondensering</i>	38
	Trinn 1: Foreløpige temaer	39
	Trinn 2: Fra foreløpige temaer til koder	39
	Trinn 3: Kondensering	40
	Trinn 4: Abstrahere innholdet og sammenfatte det	41
5.4.2	<i>Videre utvikling av resultatkategori 1</i>	43
5.4.3	<i>Videre utvikling av resultatkategoriene 2 og 3</i>	44
5.5	<i>Etiske betraktninger</i>	46
<b>6.</b>	<b>Oppsummering av artiklene</b>	<b>47</b>
6.1	<b>Artikkel 1</b>	47
6.2	<b>Artikkel 2</b>	48
6.3	<b>Artikkel 3</b>	49
<b>7.</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>51</b>
7.1	<b>Metodologiske betraktninger</b>	51
7.1.1	<i>Refleksivitet</i>	51
7.1.2	<i>Validitet</i>	54
7.2	<b>Generell diskusjon</b>	57
7.2.1	<i>Oppsummering av hovedfunn</i>	57
7.2.2	<i>Begrunnelse for praksis</i>	59

7.2.3 Posisjonering i det tverrfaglige samarbeidet.....	64
7.2.4 Artikulere kompetanse.....	67
7.2.5 Oppsummerende refleksjon .....	71
<b>7.4 Avhandlingens relevans, bidrag og implikasjoner for utdanning, praksis og videre forskning .....</b>	<b>72</b>
7.4.1 Implikasjoner for utdanning, praksis og forskning.....	74
<b>Referanser .....</b>	<b>76</b>

# Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 2: Databehandleravtale

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltagelse i prosjektet

Vedlegg 4: Intervjuguide

## Liste over artikler

### Artikkel 1

Mannsåker, I. K. R., Vågan, A., Geirdal, A. Ø., & Stenberg, U. (2021). Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children. *European Journal of Social Work* 26(1), 121-133.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016645>

### Artikkel 2

Mannsåker, I. K. R., Vågan, A., Geirdal, A. Ø., & Stenberg, U. (2022). Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards—Competitive or Collaborative? *The British Journal of Social Work*, 52(5), 2595-2612. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab209>

### Artikkel 3

Mannsåker, I. K. R. & Vågan, A. (2023). Strengthening the Relationships between Different Parties: Boundary-Spanning Competencies in Hospital Social Work. *Qualitative Social Work*. DOI: <https://doi.org/10.1177/14733250231167821>

# 1. Introduksjon

En yrkesgruppes ansvarsområde og arbeidsoppgaver kan betraktes som en stabil ordning. Imidlertid vil forhold både på samfunnsnivå og på arbeidsplassen gjøre at ansvarsområde og arbeidsoppgaver må forstås mer dynamisk. Samfunnets kontinuerlige endringer får betydning for hvilke oppgaver og hvilken retning yrkesgrupper utvikler seg i. Yrkesgruppens formål er forbundet med utførelse av oppgaver som til enhver tid oppfattes å dekke et arbeidsområde som er anerkjent av samfunnet som betydningsfullt og som et samfunnsansvar å håndtere. Samspillet med andre yrkesgrupper på en arbeidsplass vil ha innflytelse på tildeling av de faktiske arbeidsoppgavene og føre til at formelle skillelinjer brytes ned (Abbott, 1988). For å forstå denne dynamikken hvor bestemte ansvarsområder og arbeidsoppgaver blir fordelt, anvender denne avhandlingen begrepet jurisdiksjon (Abbott, 1988). Jurisdiksjon viser i denne sammenhengen til retten personer med en viss utdanning har til å utføre visse arbeidsoppgaver som er anerkjent som samfunnsmessige betydningsfulle, og til å utføre dem mer eller mindre autonomt (Molander & Terum, 2008). Yrkesgruppens ønske om å kontrollere disse arbeidsoppgavene forutsetter at yrkesgruppen legitimerer sin berettigelse til dette. Tillit til yrkesgruppens kompetanse er derfor avgjørende for delegering av ansvaret (Molander & Terum, 2008).

I Andrew Abbotts (1988) studie av *det profesjonelle system* kobler han aktørperspektivet opp mot makro- og strukturorienterte sosiologiske teorier for å vise hvordan profesjoner blir påvirket av begge forholdene (Aakvaag, 2008). Denne forståelsen er i samsvar med sosialfaglig tenkning der 'personen-i-situasjonen' oppsummerer idéen om det gjensidige avhengighetsforholdet mellom individet og strukturene/samfunnet der individet, de kontekstene det inngår i og relasjonen mellom dem utgjør sentrale analyseenheter (Levin, 2021). Å forankre studien i et systemisk perspektiv innebærer dermed å søke kunnskap som er i tråd med sosialfaglig tenkning, slik det tidligere er understreket av blant annet Aadnanes (2017).

Ved å studere sykehussosionomers yrkesutøvelse i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn og unge, retter denne avhandlingen oppmerksomhet mot jurisdiksjonelle prosesser som foregår på arbeidsplassen.

## 1.1 Sykehussosionomers arbeidsområde innen pediatri

Det er i dag ansatt om lag 400 sosionomer i helsetjenesten i Norge. Et eksakt tall er ikke mulig å oppgi fordi det mangler en enhetlig måte å registrere sykehussosionomer på.

Sykehussosionomer arbeider både innen somatikk, psykiatri, og rus og avhengighet med å styrke pasienter og pårørendes mestring av sykdom. Det er ingen autorisasjonsordning for sosionomer i Norge, dette til tross for at kravet om autorisasjon første gang ble fremmet i 1957. Autorisasjon henger sammen med samfunnets tillit til en yrkesgruppe og kan derfor også trekkes tilbake om det viser seg at en yrkesutøver ikke handler i tråd med det som forventes av vedkommende og dermed ikke er tilliten verdig. Autorisasjon vil slik fungere som en garanti for at tjenester ytes i samsvar med myndigheters krav og retningslinjer (Johannesdottir & Aamodt, 2019). Autorisasjon ville dermed kunne styrke legitimering av sykehussosionomers posisjon i tverrprofesjonelt samarbeid (Sjöström, 2013).

Å være sosionom på sykehus innebærer å gi praktisk bistand og informasjon, råd og veiledning om rettigheter, psykososial kartlegging og oppfølging, og undervisningsvirksomhet overfor pasienter, pårørende og andre yrkesgrupper (FO, 2019). Sykehussosionomer tilknyttet barne- og ungdomsavdelinger jobber hovedsakelig med og gjennom foreldrene til det syke barnet. Arbeidet med foreldrene bygger på en forståelse av at barnets mestring av sykdom i stor grad er avhengig av foreldrenes egen mestring og kapasitet til å støtte barnet (Forinder, 2014). Kontakten med foreldrene innebærer informasjon og rådgiving om praktiske og juridiske forhold som aktualiseres ved alvorlig sykdom hos barn. Å støtte foreldrenes egne emosjonelle behov kan inngå som del av intervensjonen. Videre vil sykehussosionomer kunne ha samtaler med søsken. I tillegg vil det kunne være aktuelt å jobbe preventivt for å minimere uheldige sosiale eller emosjonelle konsekvenser av sykdom og traumatisering knyttet til prosedyre. Sykehussosionomer vil også ofte være involvert i prosedyrer der det stilles spørsmål ved barnets omsorgssituasjon (Forinder, 2014; Sjöström, 2019). Per i dag foreligger det ikke nasjonale retningslinjer av sykehussosionomenes arbeidsoppgaver, hverken generelt eller for sykehussosionomer som jobber overfor barn og ungdom i alderen 0-18 år.

Sykehussosionomen vil utgjøre en del av tverrprofesjonelt samarbeid rundt den enkelte pasient basert på en biopsykososial forståelse (Engel, 1977). I dette samarbeidet har sykehussosionomene et særlig ansvar for å fremheve samspillet mellom sosiale og psykososiale faktorer og helse. Artikulering av forståelser og praksis krever begrunnelser forankret i sosialt arbeids kunnskapsbase. I en akutt og kritisk medisinsk situasjon der medisinske problemstillinger må håndteres fortløpende, kan det imidlertid være ekstra utfordrende å nå frem med sosialfaglige perspektiv. Å arbeide som sykehussosionom innenfor slik kontekst vil derfor kreve forståelse for den medisinske situasjonen og evne til å tilpasse

og aktualisere perspektiver og kunnskap som kan bidra til å styrke den helhetlige behandlingen.

## 1.2 Problemstilling

Denne avhandlingen utforsker sykehussosionomens yrkesutøvelse i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn og unge ut i lys av et juridiskjonelt perspektiv ut fra følgende problemstillinger:

- 1) **Hvordan begrunner sykehussosionomer sin praksis?**
- 2) **Hvordan posisjonerer de seg i det tverrprofesjonelle samarbeidet?**
- 3) **Hvordan artikulere de sin kompetanse?**

For å svare på problemstillingene, har det blitt utviklet tre forskningsspørsmål som besvares i de tre artiklene. I den første artikkelen stilles spørsmålet: *Hvordan forstår sykehussosionomene behovene til foreldre, og hvordan møter de disse behovene på måter som kan styrke foreldrenes helsekompetanse?* Artikkelen tar utgangspunkt i beskrivelser og begrunnelser fra studiens deltagere som knyttes opp mot et helsekompetanseperspektiv.

Den andre artikkelen tar utgangspunkt i spørsmålet: *Hvilke typer grensearbeid gjør sykehussosionomer, og hvilke strategier bruker de?* Her benyttes grensearbeid som et analytisk begrep for å utforske hvordan sykehussosionomene posisjonerer seg i det tverrprofesjonelle samarbeidet.

I den tredje artikkelen stilles spørsmålet *Hvilke brobyggingskompetanser bruker de i sin profesjonelle praksis?* I denne artikkelen utforskes kompetanser som er sentrale for å bygge bro mellom personer, organisasjoner og ulike perspektiv.

Til sammen bidrar disse tre artiklene på ulike måter å belyse sider ved sykehussosionomens yrkesutøvelse ut fra et juridiskjonelt perspektiv.

## 1.3 Profesjonsbegrepets to sider

Gjennom avhandlingen omtaler jeg sosionomer først og fremst som en yrkesgruppe, men begrepet profesjon vil forekomme der begrepet er etablert i den sammenhengen som presenteres. I profesjonslitteraturen er profesjon et omdiskutert begrep (Molander & Terum, 2008) noe jeg velger å ikke gå inn på. Profesjonsteorier tilbyr imidlertid begreper som er nyttige for å undersøke og forstå ulike sider ved sosialt arbeid i det profesjonelle system. Som et bidrag til å etablere felles analytiske begreper i studier av *profesjoner*, skiller Molander og

Terum (2008) mellom det organisatoriske aspektet og det performative aspektet ved profesjoner. Det organisatoriske aspektet handler om hvordan profesjonen er organisert for å ivareta bestemte arbeidsoppgaver. Denne profesjonelle jurisdiksjonen etableres når politiske myndigheter gir profesjonen kontroll over arbeidsoppgaver mot at profesjonen sørger for ansvarlig profesjonsutøvelse. Det performative aspektet viser til profesjonenes praksis og den yrkesmessige spesialiseringen (Molander & Smeby, 2013; Molander & Terum, 2008). Det organisatoriske og det performative aspektet henger tett sammen. Begge aspektene vil være gjenstand for utforskning i denne avhandlingen.

Den følgende presentasjonen av sosialt arbeid på sykehus vil ta utgangspunkt i disse to begrepene for å tydeliggjøre hvordan de ulike aspektene har betydning for sykehussosionomers jurisdiksjon i dag. Det starter med dagens politiske, rettslige og organisatoriske forhold før sider ved det performative aspektet gjennomgås. Dagens forhold, både når det gjelder det organisatoriske aspektet og det performative aspektet, må også sees i sammenheng med den historiske utviklingen av yrkesgruppen og sosialt arbeid. Kontekstuelle detaljer vil kunne bidra til å tydeliggjøre den spesifikke sammenhengen kunnskapen er utviklet innenfor (Malterud, 2001).

### *1.3.1 Det organisatoriske aspektet*

Samfunnskontrakten mellom politiske myndigheter og profesjoner danner grunnlag for det organisatoriske aspektet ved profesjoner. Myndigheter setter rammer og stiller krav til profesjonsutøvelsen. Til gjengjeld får profesjoner relativ autonomi ved å forplikte seg til å utføre arbeidsoppgaver på en ansvarlig måte (Molander & Smeby, 2013). Disse to sidene ved den jurisdiksjonelle dynamikken kan forstås å representere det som Evetts (2003) omtaler som profesjonaliseringen *utenfra* og *innenfra*.

Politiske, rettslige og organisatoriske forhold vil utgjøre betydningsfulle rammer og vilkår for sosialt arbeid på sykehus. De senere års politiske styringsdokumenter om helse- og velferdstjenester i Norge (Meld. St. 29 (2012-2013); Meld. St. 34 (2012-2013); Meld. St. 47 (2008-2009)) peker alle i retning av styrket samhandling og samarbeid på tvers av yrkesgrupper og offentlige forvaltningsnivåer (Willumsen et al., 2016). Den nylige regjeringsoppnevnte helsepersonellkommissjonen kan forstås som ytterligere skritt i samme retning. Med utgangspunkt i den demografiske utviklingen og det fremtidige økonomiske handlingsrommet, er kommissjonen blant annet satt til å gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av muligheter og strukturelle hindringer for effektiv samhandling mellom ulike



yrkesgrupper og tjenester innen helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Forventinger til tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og velferdstjenestene er i tråd med Verdens helseorganisasjon (World Health Organisation, 1999) som har vært en pådriver for tverrprofesjonelt samarbeid og utdanning (Willumsen, 2016). Fra et organisatorisk perspektiv vektlegges dermed betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid som svar på fremtidens utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene.

Begrepet tverrprofesjonelt samarbeid blir i litteraturen ofte brukt for å undersøke hvordan ulike yrkesutøvere samarbeider i praksis (Willumsen, 2016). Å benytte et begrep som vektlegger samhandling mellom yrkesgrupper og tjenester må ikke forstås som en reduksjon av brukerperspektivet. Brukermedvirkning er et helt sentralt prinsipp både i sosialt arbeid og ellers i alle deler av hjelpeapparatet (Ellingsen & Skjefstad, 2015).

Lov om spesialisthelsetjenesten danner tydelige rammer for helsetjenestens pasientperspektiv. Helsetjenesten skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud tilpasset pasientens behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Individuell tilpasning til ulike behov forutsetter tilgang på ulik kompetanse i helsetjenesten (Willumsen, 2016). For å styrke brukermedvirkning og pasientperspektivet, er begrepet pasientens helsetjenester innført. Det vektlegger synet på pasienten som en aktiv deltager i egen helse og behandling (Meld. St. 7 (2019-2020)). For å støtte opp om dette, er tiltak som å styrke befolkningens helsekompetanse og å etablere tverrprofesjonelle team rundt sårbare pasienter vektlagt som viktige (Helsedirektoratet, 2021a). Det understrekes også at slike tverrprofesjonelle team forutsetter at helsepersonell spiller hverandre gode og lærer av hverandre (Meld. St. 7 (2019-2020)). Individuelt tilpasset tilbud som bygger opp under pasientens autonomi vil kreve et tjenestetilbud forankret i et helhetlig perspektiv der både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer forstås som betydningsfulle både for forebygging, utvikling og håndtering av sykdom (Berge et al., 2019; Gåfvels, 2014).

Til tross for politiske føringer for likeverdige helsetjenester og en styrking av samhandling mellom yrkesgrupper og tjenester har ikke pasienter per i dag lovfestet rett til tilbud om sosionomsamtale ved innleggelse på sykehus. Riktignok er det i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) angitt at foreldre skal få tilbud om kontakt med sosionom og/eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt. Samtidig varierer antallet sosionomer på norske sykehus. Den reelle muligheten for å møte personer med sosialfaglig kompetanse er dermed ikke alltid til stede.

Disse politiske og rettslige vilkårene utgjør viktige sider ved de organisatoriske rammene for sosialt arbeid på sykehus. I tillegg vil sykehusets organisasjons- og systemkrav danne viktige premisser for yrkesutøvelsen. Sammen med myndighetenes kontroll på utdanningene og det juridiske grensarbeidet på arbeidsplassen, kan slike rammer forstås som ekstern kontroll over yrkesgruppen og de arbeidsoppgavene de skal utføre. Men yrkesgruppen selv er også forpliktet til «å holde orden i eget hus» og drive en indre kontroll (Molander & Terum, 2008, s. 18). Den indre kontrollen uttrykkes blant annet gjennom yrkesetiske verdier som blir forstått som forpliktende fellesverdier der etiske overtramp vil kunne medføre reaksjoner og sanksjoner. Det følger videre et utdanningskrav til medlemskap i yrkesgruppens fagforening og profesjonsforbund, FO, som er ansvarlig for godkjenningsordninger for videreutdanninger og spesialiseringer. Autorisasjon for sosionomer, som ville innebære «en plikt til å vedlikeholde og utøve et faglig og etisk forsvarlig arbeid» (Ohnstad, 2022, s. 3), ville ha bidratt ytterligere til å styrke yrkesgruppens indre kontroll

### *1.3.2 Det performative aspektet*

Det *performative aspektet* ved en yrkesgruppe handler om yrkesgruppens praksis.

Yrkesgruppens praksis viser til arbeidsoppgaver som «er av en slik art at formalisert kunnskap må kombineres med utøvelse av skjønn» (Molander & Terum, 2008, s. 19). Det performative aspektet er knyttet til det iboende kravet om rasjonelle begrunnelser for de handlingene som utføres (Molander & Terum, 2008). Dette kravet om å rettferdiggjøre praksisen henger sammen med legitimering av den makten en yrkesgruppe besitter i kraft av sin kompetanse og den posisjonen de har knyttet til utløsning av visse velferdsgoder. Å utføre arbeidsoppgaver kompetent og dermed oppnå legitimitet knyttet til utførelse av arbeidsoppgaver, står helt sentralt og er knyttet til yrkesgruppers kunnskapsgrunnlag og deres kompetanse (Molander & Smeby, 2013). Kunnskapsgrunnlaget til sosialt arbeid består av kunnskap og teori fra ulike fag og disipliner, med liten eller ingen innbyrdes logisk sammenheng. Det som derimot skaper en sammenheng i sosionomenes profesjonskunnskap er de konkrete arbeidsoppgavene de utfører, det som Grimen (2008) kaller praktiske synteser, hvor ulike former for kunnskap utgjør en meningsfylt helhet. I den internasjonale definisjonen av sosialt arbeid kommer yrkesgruppens praktiske syntese til syne: «Social work is a practice-based profession and an academic discipline» og er «Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge» (International Federation of Social Workers, 2014).

Kunnskap kan forstås og klassifiseres på ulike måter. Et sentralt skille er skillet mellom det Johannessen (1999) kaller påstandskunnskap og praksiskunnskap. Påstandskunnskap er det vi

forbinder med teoretisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen danner grunnlag for hvordan vi forstår sammenhenger og hvilke metoder vi bruker (Berg et al., 2015). Gjennom enkeltyrkesutøverens erfaringer med å anvende påstandskunnskapen, utvikles praksiskunnskap i form av ferdigheter og fortrolighet med de fenomenene som påstandskunnskapen sier noe om. Men i motsetning til påstandskunnskap som er uavhengig av spesifikke personer eller situasjoner og opptrer likt over tid, kan praksiskunnskapen ikke skilles fra personen som har kunnskapen (Kleppe, 2015).

Kompetansebegrepet er nært forbundet med kunnskapsbegrepet. En generell forståelse av kompetanse viser til et sett adferdsmønstre som er nødvendige for å utføre oppgaver og fyller funksjoner på en kompetent måte (Woodruffe, 1993). En spesifisering av kompetansebegrepet innebærer en integrert helhet av påstandskunnskap og praksiskunnskap, holdninger og evner (Kleppe, 2015). Disse faktorene danner grunnlag for å kunne forstå og vurdere enhver unik situasjon, og tilpasse handlinger og utføre oppgaver på en kompetent måte. Yrkesutøvelse krever i tillegg utøvelse i moralsk, politisk og juridisk skjønn (Grimen, 2008). For å få samfunnets tilslutning til kravet om jurisdiksjon på aktuelle områder, må sykehussosionomene sannsynliggjøre at deres kontroll over arbeidsoppgavene sikrer tjenestens kvalitet (Molander & Terum, 2008). Freidson (2001) fremhever yrkesgruppens moralske skjønn basert på normative idealer som garantist for kvaliteten på yrkesutøvelsen heller enn bestemte ferdigheter eller kunnskaper. For sykehussosionomens del kommer det verdimeslige forpliktelsen frem gjennom yrkesetisk grunnlagsdokument (FO, 2019, november).

### *1.3.3 Et historisk blikk på sosialt arbeid på sykehus*

Sosialt arbeid på sykehus og sykehussosionomenes rolle slik den fremstår i dag må forstås i sammenheng med utvikling av velferdsstaten (Eriksen & Molander, 2008). Yrkesgruppens historiske utvikling viser til trekk som kan forstås som profesjonalisering både utenfra og innenfra. Profesjonalisering utenfra referer til utenforliggende krefter som får innvirkning på yrkesgruppen, mens profesjonalisering innenfra handler om hvordan yrkesgruppen selv tar kontroll over profesjonalisering av yrkesgruppen (Evetts, 2003).

I Norge på midten av 1800-tallet var fattigdom primært et moralsk spørsmål. Forbedring av de fattiges kår skulle gå gjennom opplysningsarbeid og hjelp til selvhjelp (Levin, 2021). Den private omsorgssektoren hadde stor betydning for det sosiale arbeidet på denne tiden. Mot slutten av århundret og frem til andre verdenskrig skjedde imidlertid en dreining mot en offentliggjøring av mye av det private omsorgsarbeidet. Organisasjonene tok rollen med å

identifisere behov, ta initiativ til å bygge institusjoner, men med offentlig støtte og kontroll av virksomheten (Seip, 2010). Det var først og fremst kvinner som var aktive i disse organisasjonene. Et viktig skritt i retning av profesjonalisering av omsorgsarbeidet var oppstarten av utdanning i sosialt arbeid, sociale kurser, i 1920. Utdanningen var i regi av Norske Kvinners Nasjonalråd og var forbeholdt kvinner helt frem til 1958 (Levin, 2021).

Utviklingen av legevitenenskapen fra siste halvdel av 1800-tallet bidro til at sykehusets formål endret karakter. Det ble i større grad utført kirurgiske inngrep, og et økende antall pasienter oppsøkte sykehusene for tilstander som det tidligere ikke hadde vært behandling for. Utviklingen medførte endrede behov fra barmhjertighetspleie til mer teknisk-faglig sykehuskompetanse (Martinsen & Wærness, 1991). Dette bidro til utvikling av sosialt arbeid på sykehus, spesielt i USA og England fra slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet (Levin, 2021). I London tok sosialarbeideren Charles Loch, som var tilknyttet Charity Organization Societies (COS), initiativ til utvikling av en utdanning for sosialarbeidere i sykehus, *hospital almoners*. Og i 1895 startet Mary Stewart opp som første *almoner* i England, på London Royal Free Hospital. Innen ti år hadde 8 sykehus i England ansatt *almoners*. I USA ble den første *medisinske sosialarbeideren* Garnet Pelton ansatt på Massachusetts General Hospital i Boston i 1905 (Blom et al., 2014). Jane Addams etablerte i 1888 Hull House i Chicagos innvanderområde. Der jobbet hun blant annet preventivt mot tuberkulose og infeksjonssykdom, noe også Edward Devine ved COS i New York bidro med. Mary Richmond var på samme tid nært knyttet til sykehuset Baltimore (Levin, 2021). Og i 1912 startet utdanning innen medisinsk sosialt arbeid i Boston opp. Samme år ble den første konferansen for sosialt arbeid på sykehus arrangert i New York. Omtrent samtidig ble det utarbeidet og innført retningslinjer for sosialt arbeid på sykehus gjennom American Hospital Association og National Health Service i Storbritannia (Blom et al., 2014).

Fremveksten av sykehussosionomer i Tyskland og andre Europeiske land fulgte etter på begynnelsen av 1900-tallet. Men i Norge skulle det ennå gå flere tiår før sykehuskuratorene så dagens lys. Tiden etter andre verdenskrig i Norge var preget av offentlig styring og et mål om sosial likhet. Dette fikk også følge for helse- og sosialpolitikken (Seip, 2010).

Sosialdemokratiske mål sammen med en utvidet forståelse av sammenheng mellom levekår og helse, bidro i denne tiden til fremvekst av spesialisering og nye profesjoner innen sykehussektoren (Johannesdottir, 2006; Seip, 2010). Dreiningen mot en medisinsk-teknologisk orientering blant sykepleiere førte til stor etterspørselen etter denne yrkesgruppen. I 1947 ble Eva Koren ansatt som første sykehuskurator på Ullevål sykehus avdeling

Krohgstøtten (Johannesdottir, 2006). Mange av de første sykehuskuratorene var utdannet sykepleiere med sosialfaglig tilleggsutdannelse (Messel, 2014). Andre hadde utdanningsbakgrunn fra sosiallinjen på Norges kommunal- og sosialskole (Johannesdottir & Aamodt, 2019). Den ble etablert i 1950 og tilbød utdanning på to og et halvt år (Messel, 2014). De norske sykehussosionomenes profesjonaliseringsprosess i oppstarten kan dermed hovedsakelig forstås som resultat av velferdsstatens sosialpolitikk og på initiativ utenfra yrkesgruppen.

I den første tiden, når rollen som sykehuskurator skulle formes, ble det viktig å avklare de juridiksjonelle grensene mellom sykehuskuratoren og sykepleierens ansvarsområder. Gjennom foredrag og intervjuer beskrev Eva Koren sykehuskuratorens oppgaver, som her i tidsskriftet *Sykepleien*:

En sosialkurator skal stå som et bindeledd mellom den pasient som er innlagt på sykehus, og hans omverden utenfor sykehuset. Hans hjem, familie og pårørende, hans arbeidsplass, arbeidsgiver og kamerater (Johannesdottir & Aamodt, 2019, s. 46).

Videre tok Eva Korens initiativ til å opprette og lede fagforening for sykehuskuratorene i 1947. Avklaring av juridiksjonelle grenser og opprettelse av egen fagforening kan forstås som et forsøk på økt profesjonalisering initiert av yrkesgruppen. I fagforeningen ble både faglige og etiske spørsmål diskutert. Ifølge Johannesdottir & Aamodt (2019) sto kuratorene sammen, støttet hverandre og deltok aktivt med foredrag og avisinnlegg (Johannesdottir & Aamodt, 2019). Også lønn og videreutdanning var viktige temaer. Spørsmålet om autorisasjon og beskyttelse av tittel sto allerede da på agendaen (Messel, 2014). I 1959 ble fagforeningen for sykehuskuratorene slått sammen med Norges Sosialarbeiderforbund (NOSO). Sosionom ble anerkjent som yrkestittel i 1966, samme år som utdanningen ble gjort til en treårig høyskoleutdanning.

Det er sparsomt med forskning på de norske sykehussosionomenes videre profesjonaliseringsprosess. Internasjonalt er forskning på sosialt arbeid på sykehus et etablert forskningsfelt, spesielt i engelsktalende land. Forskningen vil kunne ha overføringsverdi til norske forhold. Samtidig vil nasjonale politiske forhold og prioriteringer alltid ha betydning for samspillet mellom ytre og indre profesjonaliseringsprosesser. Nasjonale forhold vil ha innvirkning på utøvelse av sosialt arbeid og føre til ulike problemstillinger, utfordringer og prioriteringer fra land til land.

## 2. Tidligere forskning

Den videre litteraturgjennomgangen har sitt startpunkt ved litteratur som omhandler roller og arbeidsoppgaver, for deretter å knytte det til tverrprofesjonelt samarbeid før gjennomgang av relevante studier som omhandler juridiskjonelt grensarbeid.

### 2.1 Tidligere forskning på rolle, kunnskap, kompetanse og juridiskjon

Å skulle forske på sykehussosionomer i Norge er på mange måter et nybrottsarbeid. Skedsmo og Geirdal's (2011) evaluering av implementering av et kunnskapsverktøy blant sykehussosionomer er en av få norske studier. Studien viste at evnen til å artikulere kunnskap og praksis økte som et resultat av implementeringsprosessen. En annen studie undersøkte kunnskapsprosesser i sosialt arbeid blant sykehussosionomer (Rønnild & Hoel, 2011). Studien peker på at det med tiden skjer en selvfølgeleggjøringsprosess av kunnskap. De to norske studiene samsvarer med flere internasjonale studier som viser til sosialarbeideres utfordringer med å artikulere kunnskap og kompetanse, og med å knytte praksis til teorier innen sosialt arbeid (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Hoel & Rønnild, 2011; Morriss, 2017). I sin undersøkelse av hvordan sykehussosionomer i tverrprofesjonelle team synliggjorde sitt arbeid, fant Morriss (2017) at de opplevde sin rolle som usynlig og udefinerbar, og at kunnskapsbidraget var utfordrende å artikulere. Ved å stille sosialarbeidere spørsmålet «Hvilke typer kunnskaper benytter du deg av når du gjør sosialt arbeid?», fant Hoel og Rønnild (2011) at den teoretiske kunnskapen i stor grad blir fremstilt som praktisk kunnskap. Dette forstod som at det foregår selvfølgeleggjøringsprosesser som fører til at teoretisk kunnskap ble tatt for gitt. Når deler av kunnskapsgrunlaget blir usynliggjort, kan det bidra til å forklare artikulering utfordringer (Hoel & Rønnild, 2011).

Andre studier bidrar imidlertid til å nyansere dette bildet gjennom å undersøke begrunnelse av praksis ut fra bestemte perspektiv. For eksempel viser resultater fra flere studier hvordan sykehussosionomer begrunnet ulike intervensjoner ut fra kunnskap om hvilken betydning psykososiale og sosioøkonomiske faktorer kan ha for pasienters mestring av sykdom (Auslander, 2001; Bryson & Bosma, 2018; Muskat et al., 2017; Saxe Zerden et al., 2019). Andre studier har gjort liknende funn der praksiser ble begrunnet ut fra kontekstuelle faktorer (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Craig et al., 2013; Craig et al., 2015; Delany et al., 2017; Döbl et al., 2015). Praksisen med å støtte kommunikasjonen mellom foreldre og helsepersonell, som begrunnes med å sikre en bedre medisinsk forståelse, har også blitt

fremhevet i litteraturen (Gibbons & Plath, 2009; Nicholas et al., 2019). Craig et al. (2015) fant at bistand til praktiske og økonomiske spørsmål ble begrunnet både ut fra hensynet til å redusere stressfaktorer, men også som en måte å skape tillit på. Det ble igjen vurdert som en forutsetning for å komme i posisjon til å kunne hjelpe.

Å være kompetent til å utføre en tjeneste vil være helt avgjørende for å ha andres tillitt til å få fortsette med å yte denne tjenesten (Abbott, 1988). Bidrag fra tidligere forskning innen sosialt arbeid retter oppmerksomhet mot sentrale kompetanser, som for eksempel kommunikasjonsferdigheter (Brazg, 2018; Craig et al., 2013; Sims-Gould et al., 2015) og evnen til problemløsning og konflikthåndtering (Craig et al., 2013; Sims-Gould et al., 2015). Andre studier identifiserer relasjonsbyggingskompetanser (Craig et al., 2020; Gawande, 2011; Lilliehorn et al., 2019; Richards-Schuster et al., 2015), kulturkompetanse og kompetanse i selvevaluering, selvivaretagelse og selvutvikling (Bronstein et al., 2007; Horevitz & Manoleas, 2013; Richards-Schuster et al., 2015). Flere studier viser også til sykehussosionomens evne og vilje til å samarbeide (Brazg, 2018; Horevitz & Manoleas, 2013), og evnen til å koble sammen og integrere kunnskap (Abendstern et al., 2014; Brazg, 2018).

Å studere roller, bidrag og erfaringer vil kunne bidra til å gi innsikt i relevante kompetanser på helsefeltet (Lilliehorn et al., 2019; Nicholas et al., 2019). Blant annet viser litteraturen til at sosialarbeidere som har en klar oppfatning av rollen sin, i større grad evner å artikulere og kommunisere bidraget sitt (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Og motsatt, uklar rolleoppfatning bidrar til uklar opplevelse av identitet og dermed hvilken kunnskap de skal fremme (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Videre vil det å forstå hvilke kompetanser som er relevante, igjen kunne gjøre sosionomer oppmerksomme på de ferdigheter det er forventet at de skal ha og hva andre kan forvente fra yrkesgruppen (Bosma et al., 2010).

Litteraturen kan oppfattes som samstemt i synet på at sykehussosionomer både inntar og får tildelt mange ulike roller (Sernbo, 2019). Forankret i et biopsykososialt perspektiv, eller uttrykt som 'personen-i-situasjonen', bidrar de til å styrke pasienter og pårørende på en kontekstsensitiv måte (Bosma et al., 2010; Craig & Muskat, 2013; Judd & Sheffield, 2010). Ulike studier peker på de mange rollene til sykehussosionomer (Nicholas et al., 2019). Et eksempel er Craig og Muskats (2013) mye siterte studie der de identifiserte syv ulike type roller og funksjoner som sykehussosionomer opplevde å skulle fylle: som «bouncer», «broker», «glue», «janitor», «firefighter» og «challenger». I tillegg fylte de metarollen sjonglør, som var knyttet til deres evne til å håndtere alle de andre rollene (Craig & Muskat,

2013). Slik rollene antyder, knyttes de i hovedsak til ulike funksjoner. Andre studier knytter roller til arbeidsoppgaver. Som eksempel har en studie identifisert 'discharge planning' som en hovedarbeidsoppgave. Å forberede til utskrivelse fra sykehuset ved å koordinere tjenester og gi støtte og assistanse til pårørende utgjorde dermed en sentral rolle (Judd & Sheffield, 2010). Denne rollen går igjen i en annen studie om sosionomer på traumeavdeling der åtte hovedroller ble identifisert: , discharge planner, investigater, gatekeeper, resource broker, care coordinator, problem solver, crisis manager, advocate (Moore et al., 2017).

Noen av rollene synes å ligge utenfor det som tradisjonelt anses som deres profesjonelle domene. Når sykehussosionomer likevel fyller slike roller, forsvares det gjennom et ønske om å legge til rette for at leger og sykepleiere skal kunne konsentrere seg om den medisinske jobben (Moore et al., 2017; Sernbo, 2019). Andre roller oppstår som resultat av andre yrkesgruppers forventninger til at sykehussosionomene inntar disse (Moore et al., 2017), til tross for at det i utgangspunktet ligger utenfor sosionomenes kunnskapsområde (Ashcroft et al., 2018; Craig et al., 2015). Eksempelvis kan det handle om helsepersonells urealistiske forventninger til å få på plass hjelp fra ulike hjelpeinstanser i samfunnet (Harsløf et al., 2017; Moore et al., 2017). Eller det kan være forventninger til at sykehussosionomene skal kunne løse fastgrodd og multisystemiske problemer (Moore et al., 2017).

Flere studier viser at sosialt arbeid på sykehus fremstår som uklart for andre yrkesgrupper både når det gjelder kompetanse, roller og hva de kan bidra med i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Glaser & Suter, 2016; Keefe et al., 2009; Mitchell et al., 2020). Dette er imidlertid et fenomen som ikke nødvendigvis bare gjelder sosionomer. I tverrprofesjonelle team finner en ofte gjensidige opplevelser av at egne oppgaver og kompetanser ikke fullt ut blir forstått av de andre yrkesgruppene (Mitchell et al., 2020), for eksempel i tverrprofesjonelt samarbeid mellom leger og sykepleiere (Allen, 1997; Johannessen, 2018b).

Utydelige kunnskapsbidrag, roller og grenseoppganger til andre yrkesgrupper vil kunne påvirke synet på hvem som innehar den dominerende posisjonen til å ivareta en bestemt arbeidsoppgave (Gachoud et al., 2012). Utydelighet i domene-hierarkiet utgjør igjen en fare for at arbeidsoppgaver tas over av andre yrkesgrupper med overlappene eller lignende kompetanse (Lymbery, 2005). Craig et al. (2015) beskriver det psykososiale domene som et domene hvor det ofte forekommer konkurranse om jurisdiksjon mellom ulike yrkesgrupper. Blant annet er det som omtales som 'patient-centeredness', det vil si å identifisere, forstå og



besvare pasienters behov (Lutz & Bowers, 2000), gjenstand for grensearbeid mellom sosionomer og sykepleiere (Gachoud et al., 2012).

Avklarte roller er sentralt for å få til effektive tverrprofesjonelle samarbeid (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Reeves et al., 2011). Effektive samarbeidsrelasjoner er også avhengig av at man anerkjenner, forstår og respekterer andres roller (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Kvarnströms (2007) studie viser hvilken betydning yrkesgruppens plassering i kunnskapshierarkiet har for hvordan man vurderer hverandres kunnskapsmessige bidrag. Den biomedisinske modellens dominerende status innen helsetjenesten, og hvordan denne statusen utfordrer andre profesjoners legitimitet, blir beskrevet i flere studier (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Delany et al., 2017; Gachoud et al., 2012). Studier viser imidlertid at der sosialarbeidere har høy bevissthet om sin rolle, er de også i stand til å fremme et tydelig sosialt arbeids perspektiv inn i den tverrprofesjonelle konteksten (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Nicholas et al., 2019). Et tydelig og bevisst forhold til egen rolle henger igjen sammen med en grunnleggende forståelse for relevante temaer og perspektiv for det aktuelle praksisområdet og god innsikt i kunnskapsbasen (Cootes et al., 2021). God innsikt i og tydelighet rundt både egen rolle og andre yrkesgruppers rolle og bidrag, er med på å klargjøre forventinger og kan slik være en ressurs for tverrprofesjonelt samarbeid. Samtidig tjener mer flytende roller til å kunne fylle tjenestehull og adressere klinisk kompleksitet (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016).

Roller og profesjonell identitet er også tema i Sjöströms (2013) avhandling. Hun undersøkte hvordan svenske og tyske sykehussosionomer fremmet profesjonalisering gjennom juridiskjonelt arbeid i perioden 1989-2008. Gjennom dokumentanalyse og fokusgruppeintervjuer studerte hun fagforeningers interne og eksterne strategiprosesser for å utvikle juridiskjonelle grenser til andre yrkesgrupper, og for å skape og etablere en profesjonell identitet. Studien viste at landene hadde ulike strategier. I Sverige har det vært en økende tendens til å vektlegge sykehussosionomers terapeutiske ferdigheter, terapeutiske intervensjoner og helserelatert kunnskap. Denne utviklingen med å nærme seg andre og mer veletablerte yrkesgrupper i helsesektoren og slik bidra til å skape uklare skillelinjer, var en bevisst juridiskjonell strategi. I Tyskland, derimot, var man i større grad opptatt av å markere forskjellene mellom sykehussosionomer og de andre yrkesgruppene ved å tydeliggjøre egen kunnskapsbase, profesjonelle identitet og tilhørighet, for slik å skille seg ut fra resten av sykehusmiljøet (Sjöström, 2013). Sjöströms studie baserer seg på dokumenter og prosesser i fagforeninger, men hun har ikke undersøkt hvordan sykehussosionomens juridiskjonelle

grensearbeid utspiller seg på arbeidsplassen. Ifølge Abbott (1988), vil nemlig avstanden mellom de formelle grensene som trekkes opp i makroinstitusjoner og grensene som gjelder på arbeidsplassen kunne være betydelig. Dette skyldes at arbeidsplassen er en arena karakterisert ved at de formelle grensene struktureres og endres gjennom forhandlinger og vaner (Allen, 1997). Studier om hvordan juridiksjonelle prosesser utspiller seg på ulike nivåer og i ulike situasjoner vil derfor kunne utvide bildet.

Apesoa-Varanos (2018) studie er en av få som har undersøkt juridiksjonelt grensearbeid på arbeidsplassen der sykehussosionomer er blant dem som studeres. Funnene fra studien viste hvordan både roller og grenser mellom yrkesgruppen er fleksible og formbare, men dermed også utydelig. Utydeliggjøringen av juridiksjonelle grenser samsvarer med studier av grensearbeid mellom sykepleiere og leger (Allen, 1997; Apesoa-Varano, 2013; Johannessen, 2018; Liberati, 2017). Blant annet fant Liberati (2018) at konstruksjonen av grensen mellom sykepleiere og leger er fleksibel og kontekstavhengig. Johannessen (2018) belyste hvordan og hvorfor sykepleiere utydeliggjør grenser mellom seg og leger på arbeidsplassen ved blant annet å gjøre legelignende oppgaver og bruke medisinske oppslagsverk i arbeidet. I en annen studie, fant Johannessen videre at juridiksjonelle grenser på arbeidsplass kan være frikoblet fra grensene på makronivå (Johannessen, 2018b). Eksempelvis fant studien uklare profesjongrenser når det gjaldt diagnostikk. I en svensk studie av juridiksjonelle grenser mellom sosialarbeidere og lærere i skolen, viste funnene at de to yrkesgruppene generelt beskytter egen juridiksjon, men at grensene blir mindre tydelige når de samarbeider rundt enkeltsaker (Isaksson & Larsson, 2017).

Andre studier retter fokuset fortrinnsvis på faktorer som fremmer samarbeid, heller enn på juridiksjonelt grensearbeid. Craig og Muskat (2013) fant blant annet at å ved vise omsorg for kollegaer, utvikles relasjoner som igjen bidrar til å styrke samarbeid. Å foreta uformelle samtaler på tvers av yrkesgrupper, styrker informasjonsflyt og tverrprofesjonell kommunikasjon (Lewin & Reeves, 2011). Andre studier viser til ulike måter å konstruere og styrke teamfølelsen mellom dem som inngår i tverrprofesjonelt samarbeid (Kvarnström & Cedersund, 2006; Meier, 2015). Samtidig stiller Lewin og Reeves (2011) spørsmål om teamfølelse overhode vil være et naturlig mål for tverrprofesjonelt samarbeid innenfor sykehus karakterisert av flyktige samarbeidskonstellasjoner knyttet til enkeltpasienter. I sin studie tar Meier (2015) denne konteksten i betraktning når hun undersøker hvordan grensearbeidet foregår på to sykehusavdelinger. Funnene viser hvordan grenser sameksisterer, er flytende og er gjenstand for dynamisk endring. Meier peker nettopp på de gjensidige og

raske interaksjonene som karakteriserer tverrprofesjonelt samarbeid på sykehus som viktige byggesteiner for grensarbeit.

## 3. Teoretisk rammeverk

Teoretiske perspektiver kan betraktes som ståsteder «som gir *retning* til både de metoder, begreper og teorier vi tar i bruk» (Wadel, 1991, s. 10). I dette kapittelet vil jeg presentere det overordnede teoretiske perspektivet og sentrale teorier og begreper som har gitt retning til denne avhandlingen.

### 3.1 Et systemisk perspektiv

Et systemisk perspektiv utgjør et overordnet teoretisk perspektiv i avhandlingen. Et slikt perspektiv forstår den sosiale verden som et komplekst samspill, der enkeltdeler påvirker og blir påvirket av de andre delene (Bateson, 1972; Healy, 2014; Ølgaard, 2004). Det innebærer en forståelse av kontinuerlige interaksjonsprosesser mellom individet og den konteksten individet er en del av (Healy, 2014). Gjennom å bruke begrepet «systemisk», rettes oppmerksomheten mot kommunikasjon, relasjon og samspill, til forskjell fra individ- og egenskapstenkning og lineære årsaksforklaringer (Jensen & Ulleberg, 2019). En slik kompleks forståelse av den sosiale verden, vil innebære at ingen enkelt teori eller modell alene vil kunne forklare sosiale fenomener (Healy, 2014). De teoriene og sentrale begrepene som senere vil bli presentert, må derfor forstås som mulige konkretiseringer av en slik forståelse. Med sine vinklinger og begrensninger vil teoriene og begrepene bidra med mulige måter å forstå hvordan sykehussosionomene begrunner praksis, artikulerer kompetanse og posisjonerer seg i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Kunnskapsutviklingen vil være påvirket av valgte teorier og begreper.

Et systemisk perspektiv innebærer også at forskeren inngår i interaksjonsprosesser med konteksten, og denne prosessen vil få betydning for den kunnskapen som utvikles. Forskerens antagelser og forforståelser er formet av den historiske og kulturelle konteksten vedkommende omgir meg med. Antagelsene og forforståelsen vil blant annet ha betydning for hvilke spørsmål som stilles deltagerne i studien. I interaksjonen mellom forsker og deltager vil begge bli påvirket og la seg påvirke av hverandre. Kunnskapsutvikling ut fra systemperspektiv må derfor ta i betraktning interaksjoner på flere systemnivå som til sammen vil bidra til å forme og gi mening til dataene.

Det systemiske perspektivet tilbyr altså en måte å tenke på som motvirker reduksjonistiske forklaringer på komplekse fenomen (Healy, 2014). Det representerer et rammeverk som forstår menneskelige utfordringer i sammenheng med de omgivelsene de er omgitt av. I

sosialt arbeid representerer dette perspektivet det som i dag formuleres som personen-i-situasjonen, og det har hatt en sentralt plass i sosialt arbeid helt siden Mary Richmond (1861-1928) sine sentrale bidrag (Fjeldheim et al., 2015; Healy, 2014).

### *3.1.1 Den bioøkologiske modellen*

Bronfenbrenner (1979) overførte den systemiske tankegangen til sin bioøkologiske modell. Selv om den i utgangspunktet ble utviklet som en modell for å forstå barns utvikling, vil modellens inndeling av ulike systemnivå som interagerer på ulike måter også ha generell relevans. Den tilbyr en måte å forstå og systematisere de kontekstuelle rammene individet inngår i. Modellen vil kunne bidra til å skape bevissthet om ulike systemer som har innvirkning på et hvert individ og de interaksjonelle prosessene mellom individet og omgivelsene. Ved å ta utgangspunkt i individet, kan modellen forstås som et svar på bekymringen om at et systemperspektiv kan stå til hinder for eller se bort fra individuelle hensyn og individets ansvar (Healy, 2014).

Bronfenbrenners begrepsliggjøring av de ulike systemnivåene vil anvendes som begreper i avhandlingen og vil derfor kort bli gjort rede for. Mikrosystemet forstås som den primære sosialiseringsarenaen. I denne sammenhengen kan blant annet gruppen av sykehussosionomer utgjøre et mikrosystem for sosionomen. Men sosionomen kan også inngå i andre mikrosystemer som for eksempel tverrprofesjonelle team. Felles for ulike mikromiljø er at dette er arenaer for aktiviteter, roller og relasjoner. Mesosystemet representerer samvirket mellom de ulike mikrosystemene som sosionomen inngår i. Eksonivået viser til aktiviteter og beslutninger som indirekte vil påvirke sosionomen. Sosionomen er ikke del av de ulike systemene som inngår i eksosystemet. Eksempelvis kan det gjelde politiske beslutninger og juridiske bestemmelser. På makronivået finner vi kulturelle normer og verdisystemer. I tillegg til disse nivåene, legger modellen vekt på betydningen av å betrakte de ulike nivåene i et historisk perspektiv (Hansen, 2017).

## **3.2 Profesjonsteoretisk perspektiv**

Profesjonsteoretiske begreper som anvendes i avhandlinger er hentet fra Andrew Abbotts systemiske teori om profesjoner (1988). Ifølge Abbott (1988, 2005) kan profesjoner sees på som en økologi. Med det mener han en sosial struktur der interaksjoner mellom ulike deler hverken er helt avhengig eller helt uavhengig av hverandre. Delene både begrenser og bestrider hverandre. Enhver økologi har også en grense for hva som er innenfor og hva som er

utenfor. Abbott (2005) argumenterer for at både hver enkelt profesjon og hele systemet med profesjoner og de sosiale prosessene som foregår mellom dem, kan forstås som økologier som er koblet sammen, der også konteksten profesjonene inngår i får betydning. Både indre krefter i den enkelte profesjon, relasjonene mellom profesjoner, og ytre sosiale og kulturelle krefter må tas i betraktning når vi skal forstå hvordan profesjoner virker og utvikler seg.

### *3.2.1 Jurisdiksjon*

Sentralt i Abbotts (1988) studier av profesjonsøkologi står begrepet jurisdiksjon som handler om profesjonenes kontroll over et yrkesområde, dets bestemte oppgaver og det å kunne utføre dem mer eller mindre autonomt (Molander & Terum, 2008). Profesjonene har en iboende ønske/dynamikk om å utvide sitt arbeidsområde og ansvarsområde gjennom den kunnskapsbasen som de besitter (Abbott, 1988). Ifølge Abbott foregår kampen om kontrollen over bestemte arbeidsoppgaver og ansvarsområder på tre arenaer; i det juridiske systemet, i det offentlige rom, og på arbeidsplassen. Innenfor det juridiske systemet handler det om å forankre juridisk kontroll på visse oppgaver. Det offentlige rom representerer arenaen for offentlig mening der ordskifte og dominerende diskurser får betydning for jurisdiksjonelt arbeid ved at det er med på å definere hvordan bestemte fenomen skal forstås og håndteres (Abbott, 1988). Mens det siste aspektet handler om arbeidsplassen og hvem som i praksis har kontroll på og er kvalifisert til å utføre bestemte arbeidsoppgaver. Det juridiske systemet og det offentlige rom omtales som de formelle arenaene der formelle jurisdiksjonelle grenser mellom yrkesgrupper blir spesifisert. Arbeidsplassen oppfattes derimot som en uformell arena som skiller seg ut ved at de formelle skillelinjene ofte brytes sammen (Allen, 2001). Det skjer gjennom det Abbott beskriver som arbeidsplassassimilering som viser til en form for kunnskapsoverføring der «subordinates professionals, non-professionals, and members of related, equal professions learn on the job a craft version of given professions' knowledge system» (Abbott 1988, s. 65). Kunnskapsoverføringen kan sette dem i stand til å utføre noen oppgaver som er definert å tilhøre andre yrkesgrupper. De jurisdiksjonelle grensene på arbeidsplassen vil ofte være påvirket av vaner og forhandlinger mellom yrkesgruppen og vil i praksis ofte være langt mer uklare enn hva som er spesifisert i loven (Abbott, 1988). Denne relasjonelle prosessen mellom ulike profesjoner og oppgaver står helt sentralt når vi skal forstå profesjonenes utvikling. Den utgjør kjernen som både konstituerer og avgrenser profesjonen og oppgaver. Betydningen av allianser vil være sentralt ved disse sosiale prosessene mellom de ulike profesjonene (Abbott, 2005). Det vil kunne dannes allianser på tvers av økologiene uavhengig av grenser mellom profesjoner og grupperinger der aktørene

vil søke støtte og ressurser. «Thus, the most important variables in the system are those that facilitate or constrain alliances and those that determine the various strategies of alliance» (Abbott, 2005, s. 247).

### 3.2.2 Jurisdiksjonell prosess

Jurisdiksjonelle prosesser kan forstås som sirkulær prosesser (Se figur 3.1). Et premiss for å få kontroll over et ansvarsområde vil være at ansvarsområdet har blitt anerkjent som et samfunnsansvar å forholde seg til. Til grunn for et bestemt ansvarsområde ligger erfarte fenomen. Der erfaringer eller fenomen ennå ikke har blitt konstituert innenfor et bestemt ansvarsområde, vil de kunne utgjøre et mulighetsrom for profesjonelt arbeid (Abbott, 2005). Problemforståelse av ansvarsområdet vil ha betydning for hva som antas å være den beste måten å behandle problemet på. Ansvar for å håndtere den definerte ansvarsområdet blir delegert til en profesjon som har samfunnets tillit til at de vil utføre oppgaven med å behandle problemet, slik det forstås, på en kompetent måte (Abbott, 2005). For at denne tilliten skal opprettholdes, vil samfunnet kreve resultater og yrkesgruppen må legitimere sine handlinger (Abbott, 1988). Fremstillingen av den jurisdiksjonelle prosessen illustrerer sammenhengen mellom problemforståelse og hvilken yrkesgruppe som blir delegert ansvaret for å håndtere den. Denne sammenhengen synliggjør betydningen av å ha makt til å påvirke hvordan erfaringer og fenomener skal forstås.



Figur 3.1: Systemisk fremstilling av den jurisdiksjonelle prosessen

### *3.2.3 Objektive og subjektive faktorer som påvirker jurisdiksjon*

Arbeidsoppgavene, yrkesgruppene og relasjonen mellom dem er i kontinuerlig forandring (Abbott 1988). Forandringene kan blant annet forstås som tilpasninger til samfunnsmessige endringene knyttet til teknologisk utvikling, politisk utvikling og ulike sosiale krefter som vil ha innvirkning på graden av behov for ekspertkunnskap. Til tross for at et samfunn er i kontinuerlig endring, vil disse endringene forandre seg langsomt og oppfattes som relativt faste trekk ved samfunnet. De langsomt-endrede kulturelle strukturene omtaler Abbott som objektive fundament for profesjonelle arbeidsoppgaver. Det kan handle om teknologiske forhold som genererer problem og behov for problemløsning. Organisering av velferd og utdanning, naturlige objekter og fakta, samt sakte-endrede kulturelle strukturer vil også kunne forstås som objektivt fundament. I tillegg til objektive kvaliteter, vil arbeidsoppgaver også ha subjektive kvaliteter. Arbeidsoppgavens subjektive kvaliteter blir skapt av de som til enhver tid har jurisdiksjon over arbeidsoppgaven. De subjektive kvalitetene kan deles inn i tre forhold: hvordan yrkesgruppen definerer problemet, hvordan de behandler det, og hvordan de begrunner og reflekterer rundt problemet og behandlingen. De subjektive kvalitetene ved en arbeidsoppgave vil være mer omskiftelig enn de objektive ved at de subjektive kvalitetene blir påvirket av andre yrkesgrupper aktivitet. For eksempel vil det være avgjørende hvordan yrkesgruppen forstår og definerer et problem. Hvis den til enhver tid rådende definisjonen ikke i tilstrekkelig grad tilpasser seg det det er etterspørsel etter, vil definisjonen stå i fare for å bli overtatt av konkurrerende definisjoner fra andre yrkesgrupper. Og likedan må yrkesgruppens behandling av problemet oppfattes som en effektiv behandling. Der behandlingen av problemet mislykkes, vil yrkesgruppens jurisdiksjon være sårbar. Videre vil behandlingens grad av målbarhet og grad av spesialisert behandling være med på å styrke yrkesgruppens kontroll på problemet. Tildelingen av ansvaret for arbeidsoppgaven er basert på tillit til at det utføres på en kompetent måte. Tildelingen innbefatter derfor et krav om begrunnelse for vurderinger og beslutninger som ligger til grunn for behandlingen og utførelsen av arbeidsoppgavene. Det er yrkesgruppens kunnskapsgrunnlag som danner grunnlag for begrunnelsen (Abbott, 1988). Kravet om å oppgi grunner for oppfatninger og handlinger handler om å oppnå legitimitet for handlingene, men det gjør det også mulig å stille aktøren til ansvar for dem (Molander, 2013). Derfor vil yrkesgruppen sjelden kunne begrunne og legitimere behandlingen ved bare å vise hvordan den utføres. Selve handlingen vil kunne demonstreres, men det vil bli vanskelig å demonstrere og legitimere kompleksiteten av vurderinger som ligger til grunn for handlingen (Abbott, 1988).



### 3.3 Dramatisering

Sosiologen Ervin Goffmans (1992) begrep *dramatisering* kan egne seg for å utdype Abbotts poeng. Goffman legger til grunn at «Dersom en persons aktivitet skal få betydning for andre, må han nemlig utfolde denne aktiviteten slik at den *under interaksjon* uttrykker det han ønsker å formidle» (Goffman, 1992, s. 34). Goffman viser til at for noen handlinger vil selve utførelsen av arbeidsoppgaven egne seg til å synliggjøre de egenskaper og ferdigheter som ligger til grunn for handlingen. Slik vil utførelse av handlingen i seg selv begrunne den. Som eksempel viser han til fremragende boksere, kirurger og fiolinister som gjennom sin suverenitet oppnår legitimitet for sine handlinger. Andre oppgaver synliggjør for andre i mindre grad viktige sider ved det som utføres. Goffman introduserer begrepsparet frontstage og backstage for å skille mellom når handlingen er synlig for andre og når handlingen utføres uten tilskuere. I sin fremstilling, legger Goffman (1992) vekt på aktørens intensjon om å legitimere sin handling og kompetanse overfor tilskueren. Aktøren handler annerledes om vedkommende har tilskuere, frontstage, enn om han skal utføre handlingen i den private sfæren backstage. Jeg velger i denne sammenhengen imidlertid ikke å vektlegge intensjonsaspektet. Mitt hovedanliggende for å introdusere disse begrepene er først og fremst at begrepene er nyttige utgangspunkt for å beskrive hvor komplekst sammensatt en handling kan være, og at denne kompleksiteten svært sjelden blir tydelig for tilskuere. Å tenke utførelse av sykehussosionomens arbeidsoppgaver som en form for dramatisering av praksis, gir et begrepsapparat til å forstå sammensatte handlinger. I praksis vil en sosionom som utreder en pasients økonomiske situasjon på pasientrommet med en sykepleier til stede, kun gjøre synlig for sykepleieren de faktiske spørsmålene og svarene som kommer frem i dialogen mellom sosionom og pasient. Når sykepleieren overhører dialogen rundt økonomi, vil hun kunne tenke at sosionomen bare er opptatt av spørsmål rundt økonomi i denne samtalen. Alle andre vurderinger og kommunikasjonsferdigheter som sosionomen foretar parallelt og fortløpende, blir ikke artikulert på samme måte og vil dermed være mindre tilgjengelig for tilskueren. Mange aspekter ved handlingen vil være vanskelig å dramatisere, og det vil gjerne heller ikke være hensiktsmessig. Dramatisering av arbeidsoppgaver vil ikke bare være et spørsmål om å artikulere vurderinger og ferdigheter. Det vil også handle om at arbeidsoppgavene ofte er «så uhensiktsmessig utformet som uttrykk for en tilsiktet mening at hvis den som sitter med stillingen ønsker å dramatisere denne rollen, må ofre adskillige krefter på det» (Goffman, 1992, s. 35). Å dramatisere alle sider ved handlingen vil dermed ha så mange omkostninger at

aktøren vil stå i valget mellom å utføre selve handlingen eller å konsentrere seg om å dramatisere alle sider ved den.

## 4. Teoriutvikling – et utvidet perspektiv

I denne avhandlingen benytter jeg meg av et utvidet perspektiv på teori og teoriutvikling for å kaste nytt lys over sykehussosionomers kunnskap og praksis. Utgangspunktet for dette perspektivet er en diskusjon av Johannessen (2022) som tar til orde for at «antagelser som sirkulerer i mellomrommet mellom det hverdagslige og det vitenskapelige» kan sees på som en utvidet forståelse av teoribegrepet (Johannessen, 2022, s. 7). Johannessens argumentasjon er knyttet til en større diskusjon han reiser om en utvidet forståelse av teoriutvikling tilknyttet abduktiv analyse (AA), med utgangspunkt i Timmermans og Tavorys (2012) bidrag.

Timmermans og Tavorys beskriver AA som en metode for å videreutvikle vitenskapelig teori ved å oppdage og gi mening til data som bryter med teoretiske forventinger (Johannessen, 2022) (for en nærmere beskrivelse av AA som metode, se metodekapittel). Johannessen utfordrer Timmermans og Tavorys (2012) begrensede forståelse av teori til kun å gjelde vitenskapelig teori. Han argumenterer for at teoretiske forventinger også kan være avledet av ikke-vitenskapelig teori. Og videre, teoretisk bidrag kan også inkludere utvikling av ikke-vitenskapelige teorier, slik som antagelser basert på praksiserfaringer. Johannessen anliggende er å gjøre teoriutvikling og teoretiseringslitteratur mer inkluderende og relevant også utenfor forskningsverden gjennom å utvide vilkårene for teoriutvikling. Hans innspill er et bidrag til å bygge bro mellom teori og praksis der empiri og teori gjensidig kan forsterke hverandre, og til å utvikle teori som vil ha betydning for det sosiale liv (Johannessen, 2022).

Gjennom å utvide teoribegrepet og inkludere forståelser som ikke faller inn under begrepet vitenskapelige teorier, og bruke disse som teoretisk grunnlag for AA, åpnes det et rom for aktører som ikke klassifiserer seg selv som teoriutviklere (Johannessen, 2022). Det gir mulighet for at yrkesutøvere, som i kraft av sitt virke, kan ta utgangspunkt i sine kunnskaper, antagelser og forforståelser med ønske om å problematisere og videreutvikle disse. Ved så å bringe ny innsikt tilbake til feltet, vil de slik være med på å videreutvikle teorier i betydning antagelser. Slik vil teoriutvikling også kunne inkludere en rekontekstualisering av det kjente og utvide «mangfoldet av antagelser som anses verdige for problematisering og videreutvikling» (Johannessen, 2022, s. 8)

Hermeneutikk blir ofte oppfattet som en metode, men det Anthony Giddens' omtaler som dobbelt hermeneutikk kan forstås som et allment forskningsprinsipp (Gilje, 2019, 2020). Giddens begrep tar utgangspunkt i det gjensidige samspillet mellom individer og strukturer når man skal forstå den sosiale virkeligheten. Strukturer skapes og formes gjennom sosiale

aktørers handlinger, og deres handlinger blir påvirket av strukturer (Gilje, 2020). Giddens legger til grunn at mennesket er kunnskapsrikt og handler kompetent. Samtidig kan aktørene mangle kunnskap om strukturelle forhold. Handlingen deres kan føre til uintenderte konsekvenser som å reprodusere uhensiktsmessige strukturer. For å tolke handlinger, skiller Giddens (1984) mellom enkel hermeneutikk og dobbelt hermeneutikk. Skillet bygger på en distinksjon mellom mening og fortolkning som tilhører henholdsvis aktørverden og forskersamfunnet (Jenssen, 2021). Når en sosial aktør fortolker sine erfaringer, omtaler Giddens (1984) det som fortolkning av *første orden*, og det representerer en enkel hermeneutikk. Disse fortolkningene skjer med utgangspunkt i aktørenes forforståelse. Fortolkning av *annen orden* viser til tolkning av aktørenes tolkning av første orden med utgangspunkt i en forståelse tilpasset kravene fra vitenskap. Fortolkerens vitenskapelige forståelse kan gi ny innsikt og etablere ny kunnskap (Gilje, 2020). Å utvikle kunnskap om strukturer og uintenderte konsekvenser av handling som så tilbakeføres til aktørene slik at ny kunnskap internaliseres og blir en del av deres forforståelse, omtales som dobbelt hermeneutikk (Gilje, 2020). I dynamikken som oppstår mellom aktøren og forskeren, vil tolking og kunnskapsutvikling bevege seg «i ein hermeneutisk sirkel frå informantar til forskarar og tilbake til informantane og til samfunnslivet meir allment» (Gilje, 2019, s. 207). En slik dynamisk kunnskapsproduksjon muliggjør endringer i etablerte strukturer ved at aktøren i kraft av ny innsikt begynner å handle på nye måter (Gilje, 2019). Og det kan være en måte å bidra til å utvikle artikulering av taus kunnskap og gjøre individers forståelse og antagelser mer eksplisitt.

Det vil være særlig interessant å se Johannessens (2022) argumentasjon i sammenheng med dobbelt hermeneutikk og annen ordens fortolkning når forskeren forsker på eget felt. Å søke teoriutvikling med utgangspunkt i egne antagelser vil forutsette at forskeren tilpasser fortolkningsprosessen til vitenskapelige krav (Gilje, 2019). Hellesnes' begreper *aktørkompetanse* og *kommentatorkompetanse* (Hellesnes, 1984; Molander & Terum, 2008) kan i denne sammenheng tjene som nyttige begreper for å tydeliggjøre de ulike posisjonene. Begrepene viser til den dobbelte rolle eller dobbelte kompetanse forskeren da har. På den ene siden har forskeren aktørkompetanse. Det peker på kompetansen forskeren har som aktør knyttet til utøvelse av yrkesrollen og dets arbeidsoppgaver. Denne kompetansen vil inkludere forforståelse og antagelser som danner utgangspunkt for prosessen og som bidrar til å gi mening til erfaringene forstått som ikke-vitenskapelige teorier. Samtidig vil forskeren, ved å tilpasse seg vitenskapelige krav, inneha en kommentatorkompetanse.

Kommentatorkompetanse viser til kompetanse på å skildre, analysere og evaluere aktiviteter i lys av vitenskapelige teorier. Denne kompetansen setter forskeren i en posisjon som muliggjør fortolkning av annen orden.

Giddens (1984) vektlegger betydningen av tilbakeføring av kunnskapen utviklet gjennom annen ordens fortolkning. Kunnskapstranslasjon mellom forskning og praksis har fått økt oppmerksomhet blant annet gjennom krav om evidensbasering (Bondevik & Engebretsen, 2020). Formidling og implementering av resultater fra forskning tilbake til samfunnet har likevel vist seg ofte å være mangelfull selv der forskere har aktørkompetanse (Sung et al., 2003). En viktig faktor for i større grad å lykkes med tilbakeføring av kunnskap, vil være at kunnskapen blir oppfattet relevant og omsettelig til konkrete problemstillinger i den kliniske hverdagen (Bondevik & Engebretsen, 2020).

## 4.1 Sentrale begreper og perspektiv i artiklene

I det som følger vil jeg utdype de sentrale begrepene og teoretiske perspektivene som jeg har brukt i enkeltstudiene og som har vært sentrale i arbeidet med å kunne rekontekstualisere kjente fenomen og utvikle nye forståelser.

### 4.1.1 Helsekompetanse

Begrepet *helsekompetanse* ble første gang brukt av S.K. Simonds (1974). Det var et resultat av et politisk initiativ med utgangspunkt å øke den amerikanske befolkningens lesekompetanse (Huber & ShapiroII, 2012), og et initiativ fra helsepersonell som så behovet for sosial forandring for å bedre helseforholdene blant befolkningen (Sørensen et al., 2018).

FN's bærekraftsmål nr. 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle (FN-Sambandet, 2022), har ført til både en nasjonal og internasjonal satsing på å øke befolkningens kunnskap om muligheter til best mulig å ivareta egen helse. Helsekompetanse handler om «the personal and relational factors that affect a person's ability to acquire, understand and use information about health and health services» (Batterham et al., 2016, s. 3). Ifølge Verdens

Helseorganisasjon er helsekompetanse en kritisk helsedeterminant (World Health Organization, 1997). Å heve befolkningens helsekompetanse vil være viktig både for å motvirke sosial ulikhet i helse og for å redusere helsekostnader gjennom å fremme helse, forebygge sykdom og i møte med helsetjenester (Eichler et al., 2009; Haun et al., 2015).

Som et ledd i oppfølgingen av regjeringens strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), har det blitt gjort en kartlegging av helsekompetanse blant den norske befolkningen. Kartleggingen viser at om lag 1 av 3 har så lav helsekompetanse at de vil ha problemer med å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon (Helsedirektoratet, 2021a). Konsekvenser av lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse, større sykdomsforekomst, svakere oppfølging av egen helse og hyppigere sykehusinnleggelse (Sørensen et al., 2012). Foreldres helsekompetanse vil videre ha betydning for å kunne ta gode helsevalg på vegne av barnet (Dewalt & Hink, 2009). Ved kravet om mer pasientdeltagelse og samvalg, vil det å delta aktivt i dialog med helsepersonell blir stadig viktigere (Elwyn et al., 2015; Meijers et al., 2019).

Individets helsekompetanse vil være påvirket av sosiale, økonomiske og miljøfaktorer i tillegg til individuelle karakteristikk og livsstil. De ulike faktorene vil gjensidig kunne påvirke hverandre (Nutbeam, 2000). Uten å skulle frata enkeltmennesket ansvar for å ta vare på egen helse, kan helsekompetanseperspektivet bidra til å synliggjøre hvilken rolle samfunnsmessige strukturer har for menneskets liv og deres effekt på helse (Stuart, 2021).

Den kontekstuelle definisjonen som her er valgt, inkluderer betydningen av faktorer som brukerens tidligere erfaring og utdanning, den aktuelle situasjonen, og også hvordan helsepersonell formidler informasjon. Fordi helsekompetanse også er avhengig av forhold utenfor personen selv, vektlegges i tillegg betydningen av organisatoriske og samfunnsmessige tilrettelegging som bidrag for å øke helsekompetanse blant befolkningen. Denne vektleggingen utfordrer dermed diskursen om at dårlig helse er en konsekvens av dårlige valg eller uflaks.

Å forstå helsekompetanse som påvirket av et samspill mellom sosiale og individuelle faktorer, kan bidra til å forklare sammenhenger og prosesser innen det helhetlige biopsykososiale perspektiv. Den biopsykososiale modellen (Engel, 1977) ble i 2002 støttet av Verdens Helseorganisasjon som en modell for å forstå sykdom og helse som noe som utvikles og påvirkes av et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Marmot, 2005). Denne biopsykososiale forståelsen, som har sitt utgangspunkt i systemteori, komplimenterer den biomedisinske modellen og representerte et skiftet bort fra dualistisk kropp-sjel tenkning og reduksjonistisk medisinsk årsak-virkning (Stuart, 2021). Selv om tenkningen i dag er allment akseptert i medisinen, passer den kanskje vel så godt innenfor sosialt arbeids praksiser som tar utgangspunkt i individet som subjekt og forholder seg til kompleksitet og sosiologiske konsepter (Stuart (2021).

### 4.1.2 Boundary work - grensearbeid

Begrepet 'boundary work' kan oversettes til grensearbeid. I motsetning til begrepet 'helsekompetanse', som er et etablert begrep på mange beslutningsnivåer og danner grunnlag for og genererer politikk, er 'grensearbeid' et teoretisk begrep konstruert for å beskrive fenomen. Grensearbeid har sitt teoretiske utgangspunkt i Abbotts' begrep om jurisdiksjon, der ønsket om å utvide arbeidsområde og ansvarsområde og retten til å utføre visse arbeidsoppgaver utgjør en iboende dynamikk (Abbott, 1988). Når ulike yrkesgrupper skal samarbeide, vil det oppstå forhandlinger om eierskap til arbeidsoppgaver på områder der flere yrkesgrupper opplever å ha relevant kompetanse til å håndtere arbeidsoppgavene knyttet til dette området. Det er denne forhandlingen og konkurransen om ansvarsområder og jurisdiksjonelle grenser mellom yrkesgrupper som gjerne blir kalt grensearbeid (Langley et al., 2019).

Da begrepet grensearbeid ble introdusert av Thomas F. Gieryn (1983), ble det brukt for å forstå hvordan og hvorfor forskere hadde nytte av å konstruere og markere grenser mellom vitenskapelig aktivitet og ikke-vitenskapelig aktivitet (Swedlow, 2007). Grensearbeid har siden blitt et sentralt begrep i studier som utforsker hvordan forhandlinger om roller og statushierarkier foregår på arbeidsplassen (Lamont & Molnár, 2002). I denne avhandlingen baserer jeg meg på Langley og kollegaer (2019) sin definisjon der grensearbeid forstås som «purposeful individual and collective effort to influence the social, symbolic, material or temporal boundaries, demarcations and distinctions affecting groups, occupations and organizations» (Langley et al., 2019, s. 3). Et slik prosessuelt og konstruktivistisk syn på grenser er på linje med Abbotts økologiske forståelse av dynamikken mellom yrkesgrupper (Abbott, 1988, 2005). Deres definisjon vil være et utgangspunkt for å utforske hvordan profesjonelles diskurser og praksiser bidrar til å påvirke sosiale, symbolske eller materielle grenser i tverrfaglig samarbeid (Langley et al., 2019). Den økende interessen for forskning på dette feltet kan sees i sammenheng med de konsekvenser dynamikken i tverrfaglig samarbeid får for praksiser, læring og effektivitet (Langley et al., 2019).

Arbeidsplasser vil gjerne ha formelle strukturer og arbeidsdeling basert på yrkesgruppers jurisdiksjon. Innen høyspesialiserte organisasjoner som sykehus vil arbeidsdelingen i stor grad være preget av både organisatoriske, profesjonelle og faglige grenser (Meier, 2015).

Jurisdiksjonelle grenser blir underbygget av blant annet dominante profesjoner, monopoliserte oppgaver, sterke interesseorganisasjoner, og yrkesetikk. For å kunne imøtekomme både kravet effektivitet og politiske mål, vil praktiske løsninger og koordinering og samarbeid på tvers av

yrkesgruppene være nødvendig. Det vil igjen kunne få betydning for den faktiske arbeidsdelingen der den enkeltes evne til å håndtere relevante oppgaver kan trumfe yrkesbakgrunn (Abbott, 1988). Slik vil det til enhver tid foregå forhandlinger om arbeidsfordeling på en arbeidsplass der individuelle faktorer vil ha stor innvirkning på det lokale grensearbeidet.

#### *4.1.3 Boundary spanning - brobygging*

Boundary spanning blir i avhandlingen oversatt til brobygging. En brobygger kan forstås som en som «facilitating transactions and the flow of information between people or groups hindered by some gap or barrier» (Wallace et al., 2018, s. 2). Begrepet brobygging kommer opprinnelig fra organisasjonslitteratur og hvordan organisasjoner tilpasser seg omgivelsenes krav på bakgrunn av relevant informasjonen som brobyggere fanger opp, filtrerer, tolker og formidler tilbake til organisasjonen. Etter hvert har sosialpsykologer bidratt med teoriutvikling ved å knytte begrepet opp mot rolleteori som danner utgangspunkt for et mikroperspektiv på brobyggingsaktiviteter og kompetanser (Van Meerkerk & Edelenbos, 2018). Anvendelsen av brobyggingsbegrepet i artikkel 3 tar utgangspunkt i et mikroperspektiv der brobyggingskompetanser er knyttet til individuell oppførsel og aktivitet.

Brobyggingsperspektivet har fått økende oppmerksomhet innen offentlig styring og ledelse i takt med økt krav om samarbeid på tvers av individer, grupper og organisasjoner (Van Meerkerk & Edelenbos, 2018). Begrepet kan forstås som respons på konkrete utfordringer knyttet til et økende krav om koordinering og samarbeid (Williams, 2012) og tilbyr en måte å tenke om praksis på (Kerson, 2004). Det kan bidra til å synliggjøre og forstå den gjensidige avhengigheten mellom ulike aktører og utfordringer med å koordinere og samarbeide på tvers av grenser (Van Meerkerk & Edelenbos, 2018).

Innen brobyggingslitteraturen har det ofte blitt lagt til grunn en forståelse av at grenser det skal bygges bro mellom er noe fast og uforanderlig (Langley et al., 2019). Med den systemiske overbyggingen for avhandlingen, forstår jeg imidlertid grenser som dynamiske i kraft av kontinuerlige interaksjonsprosesser (Healy, 2014) der de åpne systemene også vil endres som konsekvens av de sirkulære endringsprosessene (Hansen, 2017). Yrkesgrupper og deres arbeidsoppgaver og ansvarsområder vil slik være i kontinuerlig utvikling. Innenfor en systemisk forståelse av grenser vil beskyttelse og opprettholdelse av grenser dermed aktualiseres. Brobyggingsperspektivet tilbyr imidlertid en endring av fokus fra å beskytte egne grenser til å innta et metaperspektiv som åpner for en identitet som brobygger. En slik identitet vektlegger kompetanser som bidrar til å fremme, fasilitere og styrke samarbeid på



tvers av yrkesgrupper. Et styrket samarbeid vil igjen kunne øke verdien av yrkesgruppens innsats for et avgrenset og respektert ansvarsområde (Brazg, 2018).

## 5. Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive metode og begrunne metodiske valg. Deler av de konkrete analysemetodene av datamaterialet er beskrevet i de tre artiklene. Jeg vil derfor her benytte muligheten til å fylle ut det som ikke fikk plass i artiklene.

### 5.1 Idéen bak

Idéen bak prosjektet springer ut fra egne erfaringer jeg har gjort meg som sykehussosionom. På den ene siden opplevde jeg at sosionomen ble sett på som en viktig del av behandlingsopplegget for alvorlig syke barn. Det var stor etterspørsel etter tjenestene knyttet til psykososiale kartlegging, praktisk bistand og veiledning rundt rettigheter. Disse oppgavene er helt sentrale for en sykehussosionom. Sykdom får praktiske og psykososiale konsekvenser både for pasient og familien rundt. Hvordan situasjonen påvirker de ulike familiemedlemmene, utfordringer og ressurser hos den enkelte familie, nettverk og emosjonell støtte, forebygging av behandlingstraumer, forhold til sosiale medier med tanke på barns beskyttelsesbehov, foreldrekonflikt og samværsspørsmål, var temaer som utgjorde en vel så viktig del av samtalen med foreldrene som de praktiske sidene ved sykdom. Intervensjoner av mer psykososial karakter ble imidlertid i mindre grad etterspurte av henviser. Og jeg opplevde disse intervensjonene som mer krevende å artikulere og begrunne. Og det ble en diskrepans mellom de tjenestene andre yrkesgrupper etterspurte og den faktiske tjenesten jeg som sosionom ga. Ikke sjelden kunne jeg oppleve at problemstillinger av psykososial art heller ble rettet mot psykologer. Dette som jeg oppfattet som manglende tillit til sider av min kompetanse, resulterte i et ønske om å utvide forståelsen min rundt hva dette kunne handle om.

### 5.2 Materialet og metode

#### 5.2.1 Intervjuundersøkelse

Forskningsprosjektet tok utgangspunktet i en nysgjerrighet på hvordan andre sykehussosionomer så på sammenhengen mellom egen opplevelse av kompetanse og arbeidsoppgaver og andre yrkesgruppers syn på dette. Intervjuundersøkelse ble vurdert som egnet metode for å kunne belyse sosionomenes opplevelser, synspunkter og forståelser. Individuelle intervjuer ville kunne gi fyldige data om deltagerne og opplevelsene deres av å jobbe som sosionom i en tverrfaglig og samtidig hierarkisk oppbygd organisasjon. Ved å intervju dem hver for seg, ville det gi en mulighet til å utforske og gå i dybden på deres unike erfaringer og forståelse (Charmaz, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene skulle

ta utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide med forslag til spørsmål som skulle sirkle inn bestemte temaer (Kvale & Brinkmann, 2015).

### 5.2.2 Utvikling av intervjuguide

I forkant av datainnsamlingen utarbeidet jeg en intervjuguide. På dette tidspunktet i prosjektet var det først og fremst det jeg selv var nysgjerrig på ut fra egne erfaringer som dannet utgangspunktet for spørsmål til intervjuguiden. Det var erfaringer knyttet til hvilke behov foreldre i akutt situasjonen hadde, positive og negative erfaringer med å samarbeide med andre yrkesgrupper, og betydningen av å underbygge praksis med faglige begrunnelser. Jeg lurte på hvordan andre sosionomer begrunnet det de gjorde og hvordan de knyttet praksisen til teorier eller begreper. Det ble imidlertid et spørsmål om hvordan jeg best mulig skulle få frem deres begrunnelser når jeg la til grunn nasjonal og internasjonal forskning som viste til sosionomers strev med å artikulere kunnskap (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Hoel & Rønnild, 2011; Morriss, 2017). Kvale and Brinkmann (2015) anbefaler å spørre etter konkrete praksiserfaringer oppfulgt av utdypende spørsmål for å få frem beskrivelser av hva som kjennetegner det aktuelle, beskrivelser av hvordan praksis foregår, og refleksjoner rundt hvorfor de gjør det de gjør. I utarbeidelsen av spørsmålene til intervjuguiden tok jeg derfor utgangspunkt i spørreordene *hva*, *hvordan* og *hvorfor*. Intervjuguiden ble inndelt tematisk med forslag til utdypende underspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015) og oppfølgingsspørsmål som kunne bidra til å knytte praksis til teoretisk kunnskap. For eksempel, som et oppfølgingsspørsmål til hva som er viktig kunnskap når de møter foreldre i akutt krise, kunne jeg spørre om hvordan de forholdt seg til sorg og kriseteori. Tanken bak var å hjelpe deltageren til å komme på relevante teoretiske begrep. Jeg hadde med andre ord en forforståelse av at artikulasjonsutfordringer handlet hovedsakelig om at de hadde glemt teorien. Men i ettertid ser jeg at denne metoden like gjerne kunne tjene som en bekreftelse av egen forforståelse og hva jeg selv anså som relevant teori i den konkrete konteksten.

Intervjuguiden ble diskutert med veileder som kom med enkelte innspill til justeringer av spørsmål.

### 5.2.3 Rekruttering

Som tidligere sykehussosionom hadde jeg kontaktinformasjon til sosionomer på mange av sykehusene. Der jeg manglet kontaktinformasjon, ringte jeg direkte til sykehusene eller fikk informasjon fra andre sosionomer om hvem som kunne være relevante for deltagelse. Etter kartlegging av potensielle deltagere, ble det sendt mail med informasjonsbrevet til aktuelle

sosionomer med forespørsel om deltagelse. Jeg valgte å sende forespørselen direkte til aktuelle sosionomer og ikke via lederen deres dels for å spare tid, men også som en måte å sikre at informasjonen nådde aktuelle kandidater tatt i betraktning organisasjonenes størrelse og ulike organiseringer. Aktuelle ledere ble i neste omgang informert gjennom informasjonsbrev om prosjektet. For å sikre anonymitet, ga aktuelle deltagere tilbakemelding direkte til meg og ikke gjennom sin leder.

#### *5.2.4 Utvalgskriterier for deltagere*

Det ble satt to hovedkriterier for deltagelse til prosjektet: de skulle ha sosionomutdanning og de skulle være tilknyttet barne- og ungdomsavdelinger på somatisk sykehus med akuttfunksjon. Det var også et ønske om at deltagerne skulle representere de fire helseforetakene i Norge.

#### *5.2.5 Etisk dilemma rundt inklusjons- og eksklusjonskriterier*

30 sosionomer fra alle helseforetakene ble identifisert som reelle og aktuelle deltagere. Relasjonen til de aktuelle deltagere representerte ulik grad av nærhet. 7 av disse var mine tidligere kollegaer som jeg hadde jobbet tett sammen over mange år. Andre hadde jeg telefonisk samarbeidet med rundt felles pasienter. Ytterligere andre hadde jeg ingen tidligere kjennskap til. Jeg stilte meg spørsmål om hvordan nære relasjoner til deltagere ville kunne påvirke intervjusituasjonen og foretok en avveining mellom hensynet til nærhet og hensynet til å få tilstrekkelig antall deltagere. Det endte med at jeg valgte å ekskludere tidligere kollegaer. Da satt jeg igjen med 23 potensielle deltagere. To av disse takket nei til å være med mens 3 ikke besvarte henvendelsen. Til tross for eksklusjonskriteriet, valgte jeg likevel å inkludere pilotintervjuet som var gjort med en tidligere kollega. Dette valget ble tatt i samråd med den aktuelle kollegaen. Ved å inkludere vedkommende, sikret jeg en representant fra et sentralt sykehus i Norge. Det totale antallet deltagere ble dermed 19.

#### *5.2.6 Deltagere*

Det endelige tallet ble 19 sosionomer som representerte 12 ulike sykehus fra tre av helseforetakene og dermed store deler av Norge. Deltagerne er kun kvinner, noe som i stor grad reflekterer den faktiske kjønnsfordelingen blant sosionomer som jobber på somatiske sykehus. Alderen spenner fra 38 til 68 år med et gjennomsnitt på 49,5 år. De har generell arbeidserfaring som sosionom fra 13-42 år med et gjennomsnitt på 24,6 år, der alle også har erfaring fra andre arbeidsplasser. Arbeidserfaring fra somatisk sykehus varierer fra 1 til 35 år med et gjennomsnitt på 12 år. 2 sosionomer har kun grunnutdanning fra sosialhøyskole.

Resten av deltagerne har i tillegg relevante grunnfag som psykologi og pedagogikk eller ulike typer 2-årige videreutdanninger, masterutdanning eller doktorgrad.

## 5.3 Innsamling av data

Innsamlingen av data foregikk over en periode på om lag 6 måneder. Intervjuene ble hovedsakelig gjort på det enkelte sykehus. Ett intervju var på OsloMet og ett ble gjennomført på telefon. Grunnet store geografiske avstander og få sosionomer på hvert sykehus, ble innsamlingen lite tidseffektiv.

### 5.3.1 Intervjuet

Intervjuguiden tok utgangspunkt i temaene: familiens behov, møtene med foreldrene, tverrfaglig samarbeid i den akutte fasen, og artikulering av kunnskap. Intervjuguiden ble utprøvd ved et pilotintervju. Jeg erfarte at deltageren hadde mer å fortelle og ga mer utdypende beskrivelser når jeg stilte oppfølgings spørsmål til det hun fortalte fremfor å la spørsmålene være styrt av forhåndsoppsatte spørsmål. Erfaringen fra gjennomføringen av pilotintervjuet medførte at jeg i videre intervjuer valgte å stille åpne spørsmål med utgangspunkt i hovedtemaene fremfor å binde meg til de oppsatte spørsmålene i intervjuguiden. Spørsmålene ble heller introdusert der det var naturlig. Dette er i tråd med Charmaz' (2006) beskrivelse av dybdeintervju som en løst guidet utforsking av et tema. Jeg startet gjerne ut på samme måte med innledende spørsmål av mer praktisk art. Men i det øyeblikket jeg opplevde at deltageren svarte veldig kort eller ga uttrykk for at hun ikke visste helt hva hun skulle svare, valgte jeg heller å utforske om det var områder innenfor tematikken som hun var spesielt opptatt av. Disse områdene ble deretter gjenstand for nærmere utdyping og ble benyttet som utgangspunkt for å utforske de temaene jeg var opptatt av. Å forfølge det den andre var spesielt opptatt av heller enn min egen agenda, var en metodisk tilnærming som var kjent for meg fra min kliniske erfaring. En slik tilnærming forutsetter et overblikk over samtalen og aktuelle temaer samtidig som fokuset er på den andre og hva vedkommende kommuniserer. Denne tilnærmingen der deltagerne fikk snakke mye om det som var kjent og viktig for dem, viste seg også å gi rike beskrivelser rundt temaene.

Lengden på de individuelle semistrukturerte intervjuene varierte mellom 55 og 80 minutter der de fleste var på ca. 65 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp. Jeg valgte å transkribere lydopptakene fra intervjuene selv. Å transkribere fortløpende etter hvert intervju, ga meg en fin mulighet til å reflektere over egen rolle i intervjuene, og til å justere form og innhold til neste intervju. Å selv transkribere, ga også mulighet til å komme nærmere informanten og

materialet. Jeg kunne oppdage nyanser som jeg ikke hadde lagt merke til underveis i intervjuet og ble bevisstgjort valg jeg tok underveis i intervjuet som jeg ikke i utgangspunktet var klar over. Blant annet ble jeg etter hvert bevisst på at jeg ofte problematiserte grenseoppgangen mellom deltageren og psykologer, mens nesten ingen av deltagerne selv var opptatt av det. Ved å rette fokus mot det, gikk jeg glipp av annen og kanskje mer relevant og interessant informasjon. Transkriberingen ga derfor flere muligheter til refleksjon underveis i prosessen som bidro til nyttige justeringer av fokus i intervjuet. I tillegg skrev jeg refleksjonsnotater. Det bidro til at jeg måtte tydeliggjøre overfor meg selv sider jeg lurte på og som jeg kunne stille spørsmål om i de videre intervjuene. Refleksjonsnotatene ga videre nyttige innspill til den videre analysen av de nedtegnede erfaringene fra deltagerne som jeg omtaler som data.

## **5.4 Analyse av datamaterialet**

Analysen kan forstås som en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet. Beskrivelsene over viser at analysen startet allerede i innsamlingen av data. Antagelser ble justert på bakgrunn av erfaringer fra de foregående intervjuene. Og nye antagelser kunne bli testet ut. Denne datadrevne tilnærmingen ga mulighet til å oppdage nye og interessante sammenhenger og forfølge disse i de videre intervjuene.

### ***5.4.1 Systematisk tekstkondensering***

Som metode for å analysere datamaterialet, valgte jeg tverrgående tematisk analyse med systematiske tekstkondensering (STC) (Malterud, 2012, 2017). Uten å være en fenomenologisk analysemetode er STC likevel inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Giorgi, 1985) ved å dele oppfatningen om at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap. STC vektlegger forskerens ståsted som både en forutsetning og betydning for den situerte kunnskapen som utvikles. Beskrivelsene av de fenomenene som analyseres frem representerer således et av mange mulige perspektiv (Malterud, 2017). Den praktiske gjennomføringen av metoden er godt beskrevet både i artikler (Malterud, 2001, 2012) og i lærebok (Malterud, 2017). Som del av metoden, anbefales det å skrive prosjektlogg for refleksjoner, overveielser og veivalg. Alle disse faktorene var medvirkende til at jeg valgte å ta utgangspunkt i metoden slik Malterud (2017) fremstiller den. Videre vil jeg beskrive hvordan jeg har valgt å løse de ulike trinnene i metoden.

### Trinn 1: Foreløpige temaer

Jeg startet med å lese gjennom alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk av materialet. Hensikten med det første trinnet i analysen er å dra nytte av den intuitive opplevelsen av temaer knyttet til problemstillingen. Underveis noterte jeg temaer som stod frem i intervjuene. Temaene ble til slutt sammenfattet og endte med 8 ulike hovedtemaer. Disse innledende temaene ble drøftet med og støttet av veileder.

### Trinn 1: Foreløpige temaer

1. ulike rolleforståelser
2. idé om å se personen i situasjonen/ helhet
3. idé om et godt møte
4. idé om å være der pasienten er i øyeblikket
5. tanker om foreldrerollen
6. flerkulturelle og flerspråklige

For å tydeliggjøre for meg selv hva jeg tenkte hvert tema representerte, skrev jeg stikkord knyttet til hvert av dem.

Eksempel på stikkord knyttet til temaet *Idé om å se personen i situasjonen/helhet*:

- Se ut over bestillingen
- Ha et vidt blikk, se etter/ oppfatte/identifisere ulike problemstillinger/ behov
- Ulik kunnskap som bakgrunn bidrar til å se/ oppfatte ulike behov/problemstillinger
- Betydning av egen rolleforståelse får betydning for fokus: mest forvalter eller mest terapeut (jfr. diskusjon mellom Richmond, Hamilton, Perlman og Hollis om ulik forståelse av person-i-situasjon)
- Betydning av tid/ kapasitet for å kunne ivareta dette perspektivet

De foreløpige temaene danner grunnlag for det som blir kalt *kodegrupper* i det neste analysetrinnet.

### Trinn 2: Fra foreløpige temaer til koder

De foreløpige temaene danner grunnlag for *kodegrupper* i det andre analysetrinnet som handler om en type filtrering av materialet. For å kunne skille ut relevant tekst fra irrelevant, ble setning for setning lest for å lete etter meningsbærende enheter som inneholder kunnskap om ett eller flere av temaene i kodegruppene. Meningsbærende enheter representerer de deler av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen (Malterud, 2017). De identifiserte meningsbærende enhetene ble kodet og sortert under 8 ulike kodegrupper. Dataprogrammet NVivo 12 ble brukt til å organisere dataene. Ganske ofte ble samme meningsbærende enhet kodet under flere kodegrupper, noe Malterud (2017) peker på kan være et tegn på at flere

kodegrupper omhandler ulike sider av samme sak. I ettertid ser jeg at jeg kunne ha revurdert kodene og etablert nye basert på de tilhørende meningsbærende enhetene. I stedet valgte jeg å følge de oppsatte kodene gjennom hele materialet fordi jeg oppfattet at de samme meningsbærende enhetene bidro til ulike innsikter knyttet til forskjellige temaer. Jeg ønsket ikke å gi slipp på det som kunne tenkes å være med på å opplyse problemstillingen

Flere av kodegruppene endte med store mengder meningsbærende enheter. For å gjøre kodegruppene håndterbare, gjennomgikk jeg materialet i hver kodegruppe og sorterte dem i ulike subgrupper. Materialet ble sortert på bakgrunn av hvilke hovedaspekt de representerte innad i kodegruppen. Det endte med at 5 av de 8 kodergruppene fikk to til tre subgrupper.

### Trinn 3: Kondensering

Analysens tredje trinn handler om å redusere det empiriske materialet til et dekontekstualisert utvalg av de sorterte meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Det gjøres ved å lage et kondensat – kunstig sitat- for hver av de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe og subgruppe. Kondensatet gjenspeiler i en mer generell form innholdet i den enkelte meningsbærende enhet. For å tydeliggjøre at kondensatet skal representere deltagerens budskap, skrives det i jeg-form.

Eksempler på kondensat av meningsbærende enhet:

<b>Meningsbærende enhet (sitat)</b>	<b>Kondensat</b>
Men det er tydelig definert hvem som gjør hva. Men kanskje at vi har definert det selv da, men det er i hvertfall en tydelig forventning til hva jeg skal gjøre, og hvis jeg ikke er til stede, så mangler det noe. Det er jo fint da at man har forventinger og vet hva de andre skal gjøre. Og at alle trengs for å gjøre en fullstendig kartlegging.	Når det er tydelige forventninger til alle, vil alle trengs for å gjøre en fullstendig kartlegging

I prosessen med å lage kondensat, tok jeg samtidig stilling til om den meningsbærende enheten passet i denne sammenhengen, eller om den skulle utgå. Der flere kondensat inneholdt omtrent samme meningsinnhold, valgte jeg den som var den mest dekkende. For hver subgruppe satte jeg sammen gruppens kondensater slik at det ble en sammenhengende tekst.



Eksempel på sammenhengende tekst av kondensat fra *Akuttsituasjonen*:

Selv om det medisinske oppleves viktigst, har mange et behov for å få avklart det økonomiske. Når de har fått beskjed om en diagnose, kommer spørsmålene om hvordan fremtiden kommer til å bli. De ønsker konkrete svar på når de kan gå tilbake til jobb, men det finnes ikke noe fasitsvar. Det å ikke vite hvordan det kommer til å bli er helt forferdelig. Når vi har ryddet unna de praktiske tingene, føler jeg foreldrene puster. Jeg erfarer at det er akkurat som om noe faller på plass når de praktiske tingene blir ryddet unna og ting blir forutsigbart.

Jeg tenker at det er en helt normal krisereaksjon at det praktiske fremstår som uvesentlig. De er veldig ofte opptatt av barnet, synes jeg. Men de praktiske tingene må være på plass for at de skal kunne være til stede for barnet. Hensikten med at jeg hjelper dem med rettigheter er at de skal bruke sin kapasitet på barnet.

Deretter valgte jeg ut et *gullsitat*, slik Malterud (2017) anbefaler å gjøre. Gullsitatet er et sitat fra materialet som best mulig illustrerer innholdet i den sammenhengende teksten av de ulike kondensatene. Gullsitatet som ble valgt for subgruppen *Akuttsituasjonen*, var:

«Når jeg nevner at jeg skal hjelpe dem med rettigheter, så er det fordi de skal bruke sin kapasitet på barnet»

#### Trinn 4: Abstrahere innholdet og sammenfatte det

Analysesens fjerde trinn handler om å sette sammen bitene igjen til en fortolket syntese av materialet (Malterud, 2017). Først blir hver subgruppes sammenhengende tekst abstrahert til en mer generell tekst. Teksten skal formidle en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Denne teksten skrives i tredjepersons form for å tydeliggjøre at den analytiske teksten representerer en gjenfortelling og tolkning. Teksten representerer et utvalgt og relevant aspekt av funnene og skal formidle fellestrekk ved de ulike variasjonene de representerer.

Utdrag fra den analytiske teksten fra subgruppen *Akuttsituasjonen*:

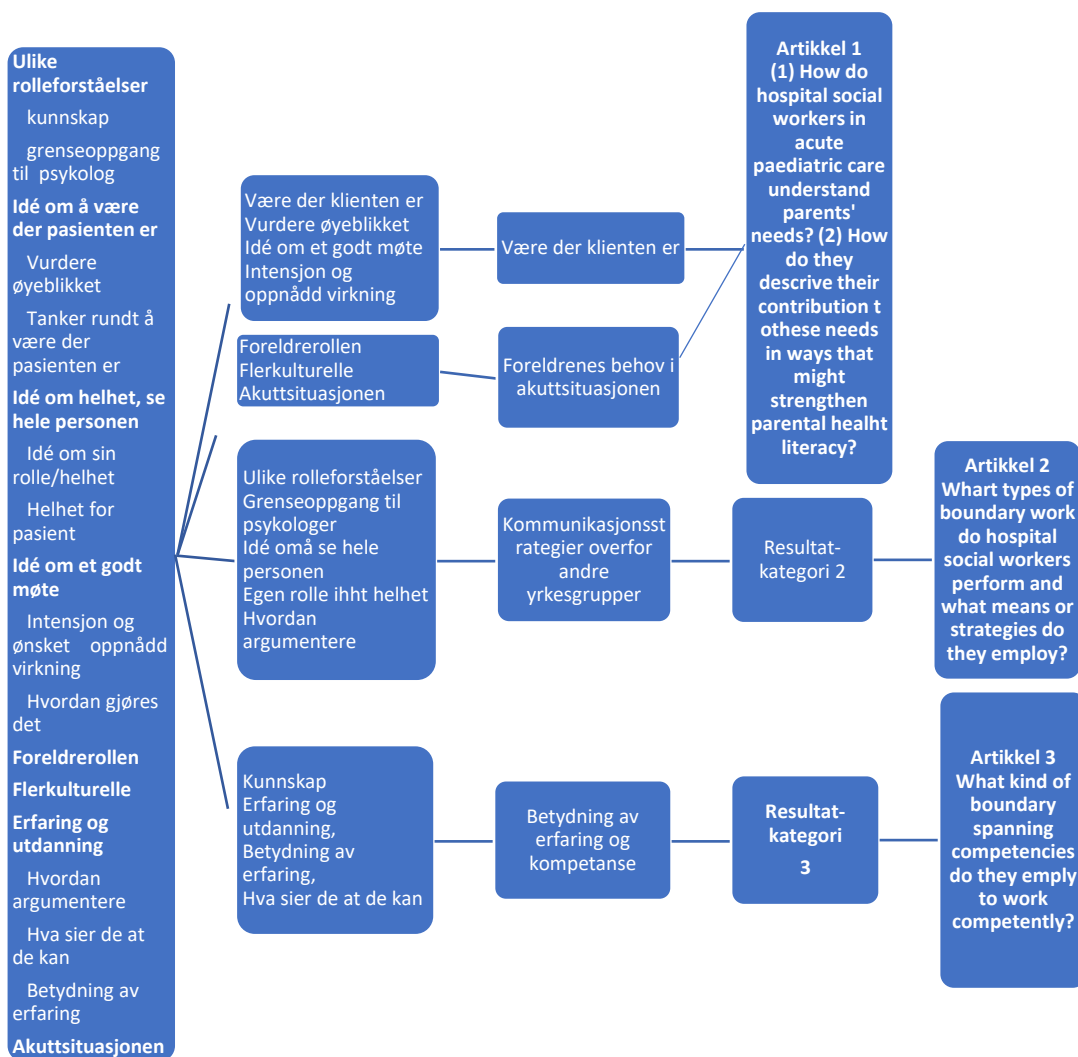
Noe av hensikten med å hjelpe foreldrene med rettighetene, er at de skal få bruke sin kapasitet på barnet. Flere sosionomer understreker betydningen av å ha kunnskap om barns behov for trygghet og foreldrenes ansvar for ivaretagelse av barnet slik at det føler seg trygg. Men sosionomene erfarer at foreldrene selv har mange reaksjoner den første tiden som kan komme i veien for å se barnets behov. Å hjelpe foreldrene med praktiske spørsmål, gir også en naturlig anledning til å romme foreldrenes reaksjoner og bekymringer, forteller nesten alle sosionomene.

I henhold til Malteruds (2017) beskrivelse av analysemetoden, vil neste trinn være å sammenfatte de ulike subgruppens analytiske tekst innen hver kodegruppe til én sammenhengende tekst. Under arbeidet med de analytiske tekstene, oppdaget jeg imidlertid at mange av tekstene hadde overlappende innhold. På dette tidspunktet valgte jeg derfor å stoppe opp og revurdere organiseringen av kodegruppene basert på hvilket hovedaspekt de ulike subgruppens analytiske tekst representerte. Flere av subgruppene ble slått sammen på bakgrunn av at tekstens innhold dekket samme poeng. De nye subgruppene ble reorganisert og kategorisert i 4 ulike sammenfattede kodegrupper ut fra en tolkning av hvordan de belyste ulike sider av problemstillingen. De ulike subgruppens analytiske tekst innen en sammenfattet kodegruppe ble deretter sammenfattet til en sammenhengende tekst. Det hovedfunnet den sammenhengende teksten fremstilte, ble utgangspunktet for den endelige resultatkategori. Denne prosessen endte med fire *resultatkategorier*, se figur 5.1.

De 4 ulike resultatkategoriene fra denne analyseprosessen ble utgangspunktet for de 3 ulike artiklene. Resultatkategoriene *Foreldrenes behov i en akuttsituasjon* og *være der klienten er* ble slått sammen. Deres innhold, som representerte henholdsvis foreldrenes behov og sykehussosionomens respons på disse behovene, ble forstått som to perspektiver knyttet til samme hovedfunn. De sammenslåtte resultatkategoriene dannet grunnlaget for den første artikkelen. De to andre resultatkategoriene dannet grunnlag for henholdsvis artikkel to og tre. Jeg vil videre gjøre rede for hvordan de ulike resultatkategoriene ble utviklet frem til artiklens analytiske spørsmål.

Figur 5.1

Opprinnelig kodegrupper og subgrupper	Sammenfattede kodegrupper	Resultatkategorier	Resultat etter STC: Analytisk spørsmål artikkel 1	Resultat etter AA: Analytiske spørsmål artikkel 2 og 3
---------------------------------------	---------------------------	--------------------	---	--



### 5.4.2 Videre utvikling av resultatkategori 1

De to resultatkategoriene som dannet grunnlaget for den første artikkelen, inneholdt ulike temaer innenfor kategorien den representerte. For å få spisset kategoriens fokus, tok jeg utgangspunkt i spørsmålet «hvilke behov ser deltagerne, og hvordan forholder de seg til det?» Sentrale poeng i de to resultatkategoriene ble markert for deretter å sammenfatte poengene som tematiske tekster. De ulike forslagene til tematiske tekster ble sendt frem og tilbake mellom medforfatterne og resulterte i enighet rundt fire temaer som alle inkluderte både et foreldreperspektiv og sosionomperspektiv. Vi så videre klare paralleller mellom temaene/funnene og sentrale sider ved et helsekompetansekonsept. Helsekompetanse ble

vurdert å være dagsaktuelt, og til å være et perspektiv som i liten grad tidligere har blitt koblet sammen med sosialt arbeid. Å trekke paralleller mellom temaene og helsekompetanse og diskutere temaene i lys av det, kan være et eksempel på hvordan kommentatorkompetanse (Hellesnes, 1984; Molander & Terum, 2008) kan være med på å videreutvikle antagelser om praksiser.

### 5.4.3 Videre utvikling av resultatkategoriene 2 og 3

Gjennom den tverrgående tematiske STC-analysen ble et stort materiale håndtert. Den åpne tilnærmingen som tok utgangspunkt i hele datasettet for å vurdere mulige temaer, ga rom for at deltageres stemmer ble hørt gjennom analysen. Gjennomføringen av de ulike trinnene bidro til å få inngående kjennskap til dataene og dannet slik et solid grunnlag for å kunne få øye på ulike fasetter i dataene. Beskrivelsene som utgjorde innholdet i de endelige resultatkategoriene, opplevdes innholdsrike og utgjorde et godt empirisk grunnlag for å presentere deltageres subjektive opplevelser innenfor de ulike temaene. Slik sett egnet denne induktive tilnærmingen seg særlig godt for å utvikle empirinær kunnskap.

Til tross for dette, hadde jeg ingen opplevelse av å bli overrasket (Johannessen, 2022). Mine analyser av materialet kunne forstås som en annen ordens fortolkning foretatt utfra en aktørkompetanse-posisjon (Hellesnes, 1984; Molander & Terum, 2008). Jeg ønsket imidlertid i større grad å utvide tolknings- og handlingsalternativer av sykehussosionomenes praksis og posisjon i den tverrprofesjonelle sykehuskonteksten. For å kunne innta en posisjon der analysen ikke bare ble styrt av mine egne antagelser og min egen forforståelse, ville det bli nødvendig å analysere materialet i lys av vitenskapelige teorier eller begreper. En slik posisjonering ville representere det som kan kalle kommentatorkompetanse (Hellesnes, 1984; Molander & Terum, 2008).

Denne erkjennelsen resulterte i en videre analyseprosess av materialet som skulle danne grunnlag for andre og tredje artikkel. Analyseprosessen ble inspirert av tilnærmingen *abduktiv analyse* (AA) (Timmermans & Tavory, 2012). AA blir beskrevet som en metode til «å videreutvikle teori gjennom å oppdage og gi mening til data som bryter med teoretiske forventinger» (Johannessen, 2022, s. 1). Metoden forutsetter bred kjennskap til ulike samfunnsvitenskapelige teorier og et rikt datasett (Johannessen, 2022). Denne kunnskapen har forskeren med seg i møte med empirien. Metoden benytter seg av dialektikken mellom datamaterialet og teori som en måte å redegjøre for og fortolke empiriske funn i lys av teoretiske perspektiver (Timmermans & Tavory, 2012). Der empirien bryter med de teoretiske

forventinger, finnes potensiale for videreutvikling av teori. AA forutsetter evne til å gjøre seg i stand til å bli overrasket og aktivt jobbe med en overraskelsesdrevet prosess (Johannessen, 2022). Jeg har i avhandlingen hatt en pragmatisk tilnærming til metoden og går derfor ikke nærmere inn på den filosofiske og teoretiske bakgrunnen og diskusjoner knyttet til abduksjon.

Måten analysen ble gjennomført på kan forstås som inspirert av Timmermans og Tavorys (2012) beskrivelse. Timmermans og Tavoris legger til grunn forskerens innsikt i en bred og dyp teoretisk base. Med utgangspunkt i resultatkategoriene søkte jeg etter teoretiske innfallsvinkler og begreper og testet ut om disse kunne passe med datamaterialet. Prosessen kan beskrives som en dialektisk prosess mellom datamaterialet i resultatkategoriene og ulike teoretiske innfallsvinkler og begreper. Prosessen bidro til at aktuelle fenomener i materialet fremstod tydeligere. Det fikk igjen betydning for hvilke teoretiske rammeverk og begreper som ble forstått som potensielle utgangspunkt til videre analyse. Artiklenes forskningsspørsmål tok også tydeligere form gjennom denne prosessen.

I denne fasen ble det innledet et tett samarbeid med andreforfatter av artikkel 2 og 3. Vi diskuterte relevante teoretiske begreper og perspektiv som kunne relateres henholdsvis til jurisdiksjonell dynamikk og kompetanser, samtidig som de ga mening til temaene i resultatkategoriene.

I det videre analysearbeidet av materialet til artikkel 2 valgte vi å ta utgangspunkt i teori om grensearbeid og et teoretisk rammeverk som synliggjør to av grensearbeidsformene som forekommer oftest (Langley et al., 2019). Vi søkte etter mulige sammenhenger mellom teorien og materialet. I denne prosessen oppdaget vi at empirien kunne tilby nye nyanser av det opprinnelige rammeverket. På bakgrunn av funnene i denne prosessen ble det utviklet ulike analysekategorier. De andre medforfatterne tok del i denne avsluttende fasen av analysene der mulige sammenhenger ble diskutert og strukturert. Metoden er gjort nærmere rede for i den andre artikkel.

Analyseprosessen av resultatkategoriene som ledet til artikkel 3, kan i større grad beskrives som en deduktiv-orientert tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (2006). Tematiske analyser er i utgangspunktet ikke knyttet til en bestemt teoretisk tradisjon. Den tematiske analysen søker på tvers av materialet etter svar på det analytiske spørsmålet forankret i det valgte teoretiske rammeverket og kan foregå både induktiv og deduktiv (Braun & Clarke, 2006). I vår videre analyse tok vi utgangspunkt i et rammeverk som vektlegger brobyggingskompetanser og rammeverkets inndeling i kognitive, sosiale og emosjonelle kompetanser (Van Meerkerk & Edelenbos, 2020). Vi søkte etter ulike kompetanser i

materialet fra resultat kategorien, kategoriserte dem med bakgrunn i rammeverkets tredelte kompetanseinndeling og utviklet temaer som de representerte. Denne formen for analyse egner seg for å belyse mer detaljert noen aspekt ved dataene (Braun & Clarke, 2006). Den ble derfor opplevd som egnet analysemetode for å belyse forskningsspørsmålet. Selve prosessen er beskrevet i artikkel 3.

## 5.5 Etiske betraktninger

Doktorgradsprosjektet ble godkjent av NSD tidlig i forløpet (Se vedlegg nr. 1). Alle de identifiserte deltagere til prosjektet samt deres ledere mottok skriftlig informasjon om prosjektet i forkant. For å ivareta aktuelle deltageres anonymitet, meldte deltagerne direkte tilbake til meg om hvorvidt de ønsket å delta i studien (se vedlegg nr. 3). Samtykket ble signert i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene. Intervjuene ble tatt opp, transkribert umiddelbart etter intervjuet og deretter slettet. Alt datamaterialet ble anonymisert. Som en side av hensynet til anonymitet og personvern, unnlot jeg å benevne bestemte diagnosegrupper som ble omtalt. Noen sykehus har landsfunksjon for enkelte diagnoser, og bruk av disse diagnosene ville kunne identifisere deltager, pasient og sykehus. Det samme gjaldt navn på avdelinger, personer eller stedsnavn. I tillegg valgte jeg å transkribere alt på bokmål for å unngå identifiserende dialektord. Det vurderes at hensynet til personvernet står sterkere enn eventuelt tap av nyanser.

## 6. Oppsummering av artiklene

### 6.1 Artikkel 1

Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children. *European Journal of Social Work* (2021)

Forfattere: Ida Krag-Rønne Mannsåker, André Vågan, Amy Østertun Geirdal og Una Stenberg

Den første artikkel tar sikte på å utforske hvordan sykehussosionomer bidrar til å styrke helsekompetansen til foreldre til akutt og kritisk syke barn. Ved å spørre sykehussosionomer om hvordan de forstår foreldres behov og hvordan de møter disse behovene, ble fire temaer analysert frem; *forståelse av medisinsk informasjon, veiledning og koordinering, emosjonelle behov, og timing av informasjon.*

Det første temaet, forståelse av medisinsk informasjon, viser til hvordan sosionomene indirekte kan bidra til å styrke foreldrenes forståelse av helseinformasjon. Samtaler med foreldrene om barnets helsesituasjon, å få foreldrene til å fortelle om plan for videre behandling, eller gjennom å fylle ut søknadsskjemaer, er alle situasjoner som egner seg til få innblikk i foreldrenes forståelse av helsesituasjonen og kan avdekke behov for ytterligere medisinsk informasjon. Det forutsatte imidlertid at sosionomen selv hadde relevant medisinsk kunnskap.

Det andre temaet, veiledning og koordinering av tjenester, handler om å bidra til tilgang på rettigheter uavhengig av foreldres etterspørsel eller kjennskap til systemet. Inntektssikring og praktisk tilrettelegging støtter foreldrenes mulighet til å etterleve og anvende den helseinformasjonen de har mottatt. Ved å redusere stress og bekymringer rundt økonomiske og praktiske problemstillinger, kan foreldrenes evne til å vurdere informasjon og ta viktige helserelaterte avgjørelser økes.

Det tredje temaet som omhandler ivaretagelse av emosjonelle behov, viser til hvordan sosionomene støtter og hjelper foreldre med deres bekymringer rundt emosjonelle reaksjoner hos pasient, søsken, seg selv og hverandre. Ved å styrkes foreldrenes evne til å håndtere situasjonen, kan de bidra til å redusere stress, som igjen øker deres situasjonsspesifikke helsekompetanse.

Det fjerde temaet, timing av informasjon, handler om at sykehussosionomene har fokus på å være fleksibel både med tanke på tidspunkt og innhold i samtale de har med foreldrene.

Dette begrunnes med at de opplever det betydningsfullt å minimere stressfaktorer for at informasjonen skal oppfattes. Det bygger på kunnskap om forhold som påvirker evnen til å oppfatte, forstå og nyttiggjøre seg informasjon.

Som en oppsummering konkluderer funnene med at sykehussosionomene kan bidra til å øke den individuelle helsekompetansen direkte ved å utforske foreldrenes forståelse av helseinformasjonen og være bindeledd mellom foreldre og helsepersonell. Videre bidrar sykehussosionomene indirekte ved å forholde seg til sosiale, økonomiske og emosjonelle problemstillinger på en kontekstsensitiv måte. Ved å sette intervensjoner inn i en helsekompetanseramme, bidrar det til et utvidet begrepsapparat for å artikulere sykehussosionomers viktige bidrag i arbeidet med syke barn og deres foreldre. Å vurdere egne intervensjoner som en del av helsetjenestens innsats for å øke den enkeltes helsekompetanse, kan også være med på å gi sosionomen en utvidet forståelse av betydningen av intervensjonene. I tillegg viser studien at sosionomer med sin systemiske forståelse har verdifulle bidrag i videreutviklingen av konseptet helsekompetanse.

## 6.2 Artikkel 2

Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards – Competitive or Collaborative? *British Journal of Social Work* (2021)

Forfattere: Ida Krag-Rønne Mannsåker, André Vågan, Amy Østertun Geirdal og Una Stenberg.

Med utgangspunkt i begrepet boundary work, som her oversettes til grensearbeid, har formålet med denne artikkelen vært å utforske hvordan sykehussosionomenes grensearbeid kommer til uttrykk ved å stille spørsmålet: hva slags typer grensearbeid gjør de, og hvilke strategier bruker de? Analysen viser to ulike former for grensearbeid: *konkurranspreget grensearbeid* og *samarbeidende grensearbeid*.

Konkurranspreget grensearbeid handler om et ønske om å styrke egen yrkesgruppe ved å tydeliggjøre forskjeller mellom seg og andre yrkesgrupper. Det foregår på tre ulike måter. *Diskursivt grensearbeid* viser til muntlig aktivitet som for eksempel presentasjoner av sine tjenester, og ved å ta til orde for sine perspektiv i tverrprofesjonelle kontekster. *Beskyttende grensearbeid* handler om hvordan sosionomene stiller krav om tilstrekkelige ressurser for å kunne besvare sosionometterspørsmål. Og *utvidende grensearbeid* viser til strategier for å gjøre



seg synlige og bygge relasjoner med det mål å øke etterspørselen etter sosionomtjenester og sosionomers perspektiv.

Samarbeidende grensearbeid preges av ønsket om å samarbeide med helsepersonell for å oppnå det som er felles mål for sykehuset. Det foregår på to ulike måter. Å *tilpasse seg* handler om å velge å svelge noen kameler for å få samarbeidet til å gli. Ved å knytte emosjonelle bånd til helsepersonellkollegaene og bidra til å styrke fellesskapsfølelsen, *nedtones grenser* mellom yrkesgruppene og ansvarsområdene.

I henhold til Abbott's (1988) teori om profesjoner, vil yrkesgrupper være i konstant forhandling om relevante ansvarsområder. Og man kan forstå konkurrerende grensearbeid og samarbeidende grensearbeid som ulike måter slike forhandlinger foregår på. Det konkurrerende grensearbeidet kan fremstå som en opplagt måte å forhandle om et ansvarsområde på. Samtidig vil sosionomer, gjennom samarbeidende grensearbeid, få mulighet til å demonstrere kompetanser som kan resultere i videre etterspørsel av denne tjenesten og derigjennom bidra å styrke yrkesgruppens ansvarsområde. Ved å være bevisst disse ulike strategiene, kan sosionomer få et større handlingsrom for å påvirke sin posisjon og ansvarsområde.

### 6.3 Artikkel 3

Strengthening the Relationships between Different Parties: Boundary-Spanning Competencies in Hospital Social Work. *Qualitative Social Work* (2023)

Forfattere: Ida Krag-Rønne Mannsåker og André Vågan.

Formålet med artikkel tre var å undersøke kompetanser som er knyttet til aktivitet i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn ved å ta utgangspunkt i begrepet boundary spanning, som her oversettes til brobygging. De kvalitative funnene blir oppsummert i fire hovedtemaer: å ta andres perspektiv, analytisk kompetanse, persontilpassede bidrag og å kjenne seg selv.

Å *ta andres perspektiv* handler om vilje og evne til å sette seg inn i den andres situasjon. Denne kompetansen baserer seg på et kognitivt aspekt og et emosjonelt aspekt. Det emosjonelle aspektet, som viser til evnen til å oppfatte andre menneskers følelsesmessige tilstand og rette sin innsats etter dette, henger sammen med den kognitive evnen til å forberede seg ved å ha kunnskap om hvilke kilder det er naturlig å innhente informasjon fra og hvordan dette gjøres.

*Analytisk kompetanse* viser til evnen til å analysere informasjon med den hensikt å identifisere relevant informasjon for den aktuelle situasjonen. Denne evnen forutsetter kompetanse der kunnskap fra en sammensatt kunnskapsbase utgjør en integrert del av den samlede kompetansen. Den samlede kompetansen fungerer som ramme for å forstå informasjon og som grunnlag for videre utforskning.

*Persontilpasset bidrag* handler om evnen til å tilpasse kommunikasjon til mottakeren. Denne kompetansen baserer seg på et sosialt aspekt der evnen til å ta andres perspektiv står sentralt. Denne evnen kan komme til å uttrykkes gjennom å tilpasse innhold, struktur, tempo og vokabular slik at informasjon lettere oppfattes av mottakeren. Evnen til å kommunisere på bestemte måter og formidle informasjon i den form den lettest blir oppfattet, inkluderer også å fasilitere og forhandle mellom ulike perspektiv og interesser.

*Å kjenne seg selv* viser til evnen til å identifisere egne følelser og reaksjoner og være bevisst på betydningen av disse i samspillet med den andre. Å kjenne seg selv handler også om evnen til å oppfatte og skille mellom sammenhengen mellom selvtillit og tillit til kompetanse, og hvordan det spiller inn på hvordan kompetansen formidles.

Oppsummert viser funnene en sterk sammenheng mellom de kognitive, sosiale og emosjonelle kompetansene, der det å være oppmerksom på andres behov vektlegges i særlig stor grad. Å være oppmerksom får også betydning for hvordan de kan posisjonere seg i tverrprofesjonelt samarbeid. I motsetning til funn fra tidligere forskning om brobyggeres iboende rolle som teamledere, viser denne studien at sosionomene hovedsakelig opptrer som brobyggere ved å tilpasse seg andre yrkesgrupper og etablerte strukturer.

Brobyggingsperspektivet har tidligere i liten grad blitt anvendt for å forstå sentrale kompetanser innen sosialt arbeid. Denne tilnærmingen åpner opp for flere måter å artikulere sosionomenes bidrag på i tverrprofesjonelt samarbeid.

## 7. Diskusjon

### 7.1 Metodologiske betraktninger

Kvalitativ forskning er basert på en forståelse av forskning som en systematisk og reflekterende prosess for å utvikle kunnskap som kan overføres til andre kontekster (Malterud, 2001). Pålitelig kunnskap vil kreve systematisk, kritisk refleksjon over de betingelsene kunnskapen er utviklet under, forskningens relevans og forskningens gyldighet (Malterud, 2017). Som en innramming av studiens metodologiske betraktninger vil jeg videre diskutere studiens gyldighet med utgangspunkt i begrepene refleksivitet og validitet. Betraktninger rundt studiens relevans har blitt lagt som avslutning av hele diskusjonskapitlet.

#### 7.1.1 Refleksivitet

Å redegjøre for hvordan egne antagelser og forestillinger har blitt utfordret og hvilke valg som har blitt tatt for å skape posisjoner som utfordrer disse, er grunnleggende for å gi innblikk i forutsetninger og tolkningsrammer som har hatt betydning for prosessen (Charmaz, 2006; Malterud, 2017). Det handler altså om en aktiv holdning til å utfordre egne forestillinger og antagelser, og beskrive hvordan disse prosessene kommer til uttrykk gjennom hele forskningsprosessen.

Til grunn for denne studien lå en antagelse som ble formet fra en posisjon og erfaring som sosionom eller aktør med aktørkompetanse (Hellesnes, 1984; Molander & Terum, 2008). Et slikt utgangspunkt støttes av Johannessens (2022) argumentasjon om at slike antagelser kan problematiseres og videreutvikles på fruktbare måter. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg vært spesielt opptatt av hvordan jeg skal forholde meg til egne antagelser og forforståelser. Forforståelse er en forutsetning for å forstå noe nytt (Gadamer, 1989 (1960); Jenssen, 2021) fordi ny innsikt krever en forståelse og fortolkning av noe. Slik blir det å være en del av det jeg prøver å forstå en forutsetning for nye forståelser og fortolkninger (Thomassen, 2020). For å tydeliggjøre min posisjon og den spesifikke sammenhengen kunnskapen er utviklet innenfor (Malterud, 2001), ble det innledningsvis kort redegjort for sykehussosionomers historiske utvikling og beskrivelse av feltet dagens sykehussosionomer jobber innenfor. Å gi innblikk inn i den aktuelle konteksten er et valg som er tatt for å sette leseren inn i forståelser og meningsdimensjoner som ligger til grunn for studien.

Jeg har vært opptatt av å finne metoder som kunne bidra til bevisstgjøring og klargjøring av egne antagelser og forestillinger. En metode har vært å skrive refleksjonslogg.

Refleksjonsloggen har vært en måte å bli bevisstgjort egne antagelser, forestillinger og motivasjon. I tillegg fungerte refleksjonsloggen som en kilde jeg kunne gå tilbake til underveis i prosessen, dels for å bli minnet på ulike refleksjoner, men også for å bli oppmerksom på min egen utvikling og nye innsikter. Et annet bevisst grep var å involvere veileder i utarbeidelse av intervjuguiden. I ettertid ser jeg imidlertid at jeg i større grad også kunne ha involvert andre på dette tidspunktet som en ytterligere hjelp til å bli klar over hvordan min posisjon kom til uttrykk gjennom valg av spørsmål. Flere har imidlertid blitt involvert senere i prosessen. Tidligere kollegaer ble invitert til å reflektere over resultatkategoriene og de analytiske tekstene i etterkant av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012). Jeg inviterte også fire 3.-års sosionomstudenter, som hadde hatt sine praksisstudier på sykehus, til å reflektere rundt egne observasjoner og erfaringer av tverrfaglig samarbeid og pasienters behov. Begge møtene ble sett på som en mulighet til å sjekke ut, utfordre og utvikle mine mulige forståelser i møte med deltagerens refleksjoner og opplevelser. Jeg opplevde imidlertid at mine allerede utviklede forståelser hovedsakelig ble styrket etter dette. Det tror jeg i stor grad skyldes at alle de involverte representerte samme utdanning og hadde liknende praksiserfaringer. For å oppsøke flere muligheter for innspill og korrigerende, har jeg presentert utkast av de tre artiklene overfor faggruppa jeg har vært en del av på OsloMet. I tillegg har jeg holdt flere presentasjoner for ulike grupper av sykehussosionomer og på konferanse der jeg har fått innspill. En utfordring jeg ser ved at det hovedsakelig har vært sykehussosionomer som har gitt tilbakemeldinger, er at de i liten grad representerer andre tolkningsperspektiver. Jeg har i for liten grad blitt utfordret på hvordan egne antagelser har påvirket fokuset i intervjuene og fortolkningen av datamaterialet. Selv om antagelsene anerkjennes som gyldige utgangspunkt for studier (Johannessen, 2022), ser jeg nå at et slikt utgangspunkt stiller krav til involvering av andre perspektiver i alle ledd i forskningsprosessen.

Malterud (2017) oppfordrer til å få konfrontert ens egen forforståelse. Hun trekker blant annet frem samarbeidet rundt analyseprosessen som vesentlig for muligheten til å få øye på flere detaljer og nyanser i materialet. Praktiske forhold ble imidlertid avgjørende for at den første analyserunden ble foretatt alene. Men i forbindelse med de videre analysene knyttet til artikkel 2 og 3 samarbeidet jeg med en av biveilederne som har annen fagbakgrunn enn sosialt arbeid. Mine tolkninger ble utfordret gjennom å bli introdusert for mulige teoretiske innfallsvinkler som igjen ble testet opp mot materialet. Samarbeidet resulterte i valg av teoretiske rammeverk som bidro til å skape kritisk distanse til empirien. Selv om ens

perspektiv alltid vil være begrenset og begrense hva som kan bli sett (Haraway, 2013; Malterud, 2001), har anvendelsen av de teoretiske begrepene både bidratt til å utvide muligheter for hva som kan bli sett, men også spisse fokuset.

Ved forskning på et felt der forskeren også har aktørkompetanse (Hellesnes, 1984; Molander & Terum, 2008), vil det være avgjørende at den forskende søker nye måter å forstå noe på for å oppnå brudd med opprinnelige antagelser eller forventninger. Slike brudd eller overraskelser vil være forutsetning for rekontekstualisering og videreutvikling av teori (Johannessen, 2022). Bruddene kan inntreffe ved å utsette antagelsene for systematiske undersøkelser gjennom det Giddens (1984) betegner som en annen ordens fortolkning. Eksempelvis ble den opprinnelige antagelsen nyansert i dialog med utvalgte deler av Abbotts (1988) begrepsapparat om profesjonell praksis og jurisdiksjon og begreper som helsekompetanse, grensearbeid og brobyggingskompetanse. Gjennom dialogen mellom data, opprinnelige antagelser og anvendte begreper og konsepter vokste det frem nye forståelser av begrunnelser for praksis, artikulasjon av kompetanse og former for grensearbeid.

Dobbelt hermeneutikk (Giddens, 1984; Gilje, 2020) innebærer at kunnskapen som utvikles gjennom forskerens fortolkning av første ordens fortolkninger tilbakeføres og internaliseres av feltet. Denne sirkulære beskrivelsen av teoriutvikling understreker betydningen av at de nye innsiktene tilbakeføres til feltet. Det må være et mål at kunnskapen oppleves som relevant for praksis. Relevans vil være en forutsetning for at sosionomer integrerer ny innsikt som en del av deres kompetanse. Ut fra et slikt perspektiv må teoriutvikling forstås som en dynamisk og kontinuerlig prosess som minner oss på betydningen av å bygge bro mellom forskning og praksisfelt. En slik brobygging har i mitt tilfelle kommet til uttrykk gjennom publisering av vitenskapelige artikler, bearbeidelse av vitenskapelig artikkel til publisert fagartikkel, og gjennom presentasjoner.

Når teori som utvikles blir integrert i sosionomens kompetanse, vil det kunne styrke begrunnelser av praksis. Utvidede begrunnelser og en større bevissthet rundt kompetanser vil kunne bidra til at sosionomer kan tydeliggjøre sin kompetanse og rolle slik at deres bidrag fremstår som tydeligere overfor aktuelle samarbeidspartnere. Å øke graden av artikulering av kunnskap vil kunne være med på å tydeliggjøre roller og påvirke rolleavklaring, som igjen kunne effektivisere tverrprofesjonelt samarbeid (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Reeves et al., 2011). Og økt grad av artikulering og begrunnelser vil kunne ha innflytelse på yrkesgruppens legitimitet og dermed jurisdiksjon på arbeidsplassen (Abbott, 1988; Molander, 2013).

## 7.1.2 Validitet

Validitet handler om i hvilken grad de anvendte begrepene og metodene er relevante for å besvare spørsmålene som er stilt (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017), og i hvilken grad funnene er overførbare til andre kontekster (Malterud, 2001, 2017).

### 7.1.2.1 Metode for innsamling av data.

Et viktig spørsmål å stille seg er om individuelle intervju som innsamlingsmetode av data egner seg for å gi gyldig svar på studiens problemstilling. Med kjennskap til sosialarbeideres generelle utfordringer med å artikulere og begrunne sin kunnskap (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Hoel & Rønnild, 2011; Morriss, 2017), ble det viktig for meg å få klarhet i hva målet med studien var. Selv om jeg var nysgjerrig på om funnene fra tidligere forskning også ville gjelde deltagerne i denne studien, hadde jeg ikke forventninger til at deltagerne nødvendigvis ville knytte praksis til ulik påstandskunnskap. Det jeg først og fremst var interessert i var deltagerens *refleksjoner og opplevelser*. Hvordan forstod de erfaringene og rollen sin i en tverrprofesjonell sammenheng, og hvilke refleksjoner gjorde de seg? Ved å legge opp til individuelle intervjuer håpet jeg på at metoden ville gi rom for tykke beskrivelser og slik bidra til et rikt datamateriale.

Videre, på samme måte som deltagerne vil forstå noe i lys av tidligere erfaringer og forståelser (Thomassen, 2020), ville jeg som forsker forstå og fortolke det de forteller ut fra hvordan jeg erfarer verden. Den kunnskapen jeg ville komme frem til, ville dermed være et resultat av dobbel fortolkning. Kunnskapen ville altså være lokal og sosialt situert, basert på møtet mellom deltager og forsker.

### 7.1.2.2 Intervjuform

Hvilken intervjuform som blir valgt, vil ha betydning for hvilken kunnskap som søkes og skapes. Temaer kunne også vært diskutert i fokusgrupper med den tanke om at deltagerne kunne ha dratt nytte av hverandres refleksjoner. Fokusgrupper egner seg til å få frem ulike synspunkter om et emne (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennomføring av fokusgrupper ville imidlertid innebåret en praktisk utfordring. Deltagerne i studien jobbet enten alene på et sykehus eller sammen med én annen. Om det skulle ha vært flere deltagere i en fokusgruppe, ville det ha betydd store reiseavstander for deltagerne og vært et spørsmål om ressurser. Men det var først og fremst ønsket om å få tilgang til en dypere innsikt i den enkeltes livsverden fremfor et mangfold av ulike synspunkter som var avgjørende for valg av innsamlingsmetode. Det Kvale og Brinkmann (2015) omtaler som det semistrukturerte livsverden-intervjuet, egner

seg til å innhente beskrivelser fra den andres livsverden med henblikk på å fortolke dette. Og interpersonlige situasjonen åpner opp for en friere intervjustil som gir rom for å forfølge de svarene som gis (Kvale & Brinkmann, 2015).

### *7.1.2.3 Analysemetode*

Et annet spørsmål reiser seg rundt valg av analysemetode av datamaterialet. Egne antagelser og teoretiske perspektiv har vært et sentralt tema i forbindelse med valg og vurderinger av analysemetode. Den videre refleksjonen rundt valg av analysemetode tar utgangspunkt i begrepet teori og teoriens betydning for forskningsprosessen. Johannessen, Rafoss og Rasmussens (2018) definisjon av teori som «et sett med antagelser om et fenomen» (s. 29) viser til teoriens betydning for fire ulike områder for forskningsprosessen. For det første brukes teori til å stille spørsmål og formulere problemstilling. Denne studiens problemstilling er utviklet på bakgrunn av egne antagelser om at sykehussosionomer har utfordringer med å artikulere sammenhengen mellom teoretisk kunnskap og praksis og kompetanse. Og antagelsene støttes av funn fra tidligere forskning. Samtidig hadde jeg erfart at yrkesgrupper som jeg oppfattet artikulerte denne sammenhengen, virker å få større anerkjennelse hos andre yrkesgrupper. Jeg hadde med andre ord både en antagelse om sykehussosionomers evne til artikulering og betydningen av å kunne artikulere og begrunne praksis og kompetanse.

Teori vil videre ha betydning for å kunne stille relevante analytiske spørsmål til data (Johannessen et al., 2018). Den tverrgående tematiske analysen med systematisk tekstkondensering (STC) fremstilles som en analysemetode som kan brukes på «mange typer empiriske data med ulike grad av teoretisk forankring» (Malterud, 2012, s. 97). STC som analysemetode forutsatte altså ikke en bred teoretisk base. Videre, med utgangspunkt i erkjennelsen av at forskeren er en viktig forutsetning for den situerte kunnskapen, søker ikke STC å redusere forskerens analytiske distanse (Malterud, 2017). På det tidspunktet analysemetode skulle velges, representerte «teori» egne antagelser om temaet. I ettertid ser jeg at jeg med fordel kunne ha gjort meg kjent med relevant teori som hjelp til å tydeliggjøre hvilket tolkningsfokus som skulle prioriteres (Malterud, 2017). Uten teoretisk informert tolkningsfokus, baserte den omfattende analyseprosessen seg på antagelser. Tatt i betraktning det overordnede ønsket om at forskningen skal føre til forståelser jeg fra før av ikke hadde, kan jeg i ettertid stille spørsmål ved valg av STC som analysemetode. Dette spørsmålet baserer seg imidlertid på en innsikt som jeg ikke var tilstrekkelig bevisstgjort på ved det tidspunktet valg av analysemetode ble foretatt. Men innsikten som gradvis utviklet seg gjennom erfaringene med STC, førte til et ønske om videre teoretisk inspirert analyse av

resultatkodene. Hele STC- prosessen og fortroligheten med nyansene i resultatkodene, utgjorde imidlertid en forutsetning for å kunne gjenkjenne mønstre i resultatene etterhvert som jeg leste ulik teori (Johannessen et al., 2018). Slik sett kan analysemetoden STC forstås som en viktig prosess som dannet grunnlaget for de endelige resultatene. Videre ble de tykke beskrivelsene avgjørende for å se relevansen av helsekompetanseperspektivet. Samtidig er erfaringen at induktiv analyse ikke i like stor grad bidrar til å forstå noe nytt der egne antagelser utgjør de analytiske brillene.

I sin videre fremstilling av teoriens betydning i forskningsprosessen, fremhever Johannessen og kollegaer (2018) bruken av teori for å gjenkjenne trekk ved dataene som kan gi svar på et spørsmål som ennå ikke er stilt. Utover i forskningsprosessen ble det opparbeidet et større teoretisk repertoar. I samarbeid med veileder gjenkjente vi trekk i dataene som satte oss på sporet av sentrale teoretiske begreper. Å benytte analytiske begrep medførte en tydeliggjøring av tolkningsfokuset. En slik tydeliggjøring av fokus bidro til at egne antagelser ble satt i bakgrunnen. Det åpnet igjen opp for å forstå fenomenene i resultatkategoriene på nye måter.

Det siste teori kan brukes til, er å begrunne spørsmålet og begrunne den samfunnsmessige verdien av å studere dette spørsmålet. Det kan øke forståelsen for hvorfor forskningen på fenomenet er viktig (Johannessen et al., 2018). Ganske tidlig i forskningsprosessen for denne avhandlingen ble profesjonsteori med utgangspunkt i sentrale begrep fra Abbotts (1988) bidrag vurdert som relevant for å forstå egne antagelser, data og funnene i resultatkategoriene. I den videre dialogiske prosessen mellom identifisering av fenomener i datamaterialet, teoretisk gjenkjennelse og utvikling av nye kategorier, ble det imidlertid nødvendig å søke ut over Abbotts profesjonsteoretiske begreper. Andre teoretiske begrep muliggjorde en utvidelse og nyansering av sentrale sider ved det opprinnelige rammeverket. Det ga videre styrket mulighet for å abstrahere og til en viss grad generalisere funnene. Teoretisering og begrepsliggjøring av resultater øker resultatenes overførbarheten slik at de bidra til å opplyse liknende problemstillinger i andre sammenhenger (Malterud, 2017).



## 7.2 Generell diskusjon

Formålet med denne avhandlingen har vært å bidra med kunnskap om sykehussosionomers begrunnelse av praksis, artikulering av kompetanse og posisjonering idet tverrprofesjonelle samarbeidet og forstå dette i lys av jurisdiksjon. Den generelle diskusjonen starter med en oppsummering av studiens hovedfunn.

### 7.2.1 Oppsummering av hovedfunn

Avhandlingens funn knyttet til sykehussosionomens *begrunnelser for praksis* i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn, kan oppsummeres i ønsket om å styrke foreldrene slik at de i større grad opplever oversikt, forutsigbarhet og kontroll i situasjonen. Begrunnet i kunnskap om ulike behov i en akuttsituasjon, om velferdssystemet, og om ulike medisinske tilstander, jobber sykehussosionomene med å styrke foreldrenes helsekompetanse gjennom å informere om rettigheter og koordinere tjenester, gjennom å identifisere behov for medisinsk informasjon (Artikkel 1), men også ved å ivareta emosjonelle behov (Artikkel 1 og 3) og håndtere konflikter mellom ulike personer eller perspektiver (Artikkel 1 og 3). Å oppfatte og ivareta individuelle behov og tilpasse praksis etter disse, blir begrunnet med å være en forutsetning for å nå frem med ulike intervensjoner (Artikkel 1,2 og 3). Den direkte praksisen overfor foreldre foregår i en tverrprofesjonell kontekst der sykehussosionomene på ulike måter søker å fremme det sosialfaglige perspektivet (Artikkel 2). Denne praksisen viser til økologiske (Artikkel 1) og jurisdiksjonelle begrunnelser (artikkel 2).

Avhandlingens funn knyttet til sykehussosionomens *posisjonering i den tverrprofesjonelle samarbeidet* i akutfasen, viser til ulike posisjoneringsstrategier. En strategi handler å søke å fremstå som noe distinkt annet enn nærliggende yrkesgrupper gjennom å fremme sosialfaglige perspektiver. Gjennom generelle presentasjoner med informasjon om overordnede sosialfaglige temaer, viser sykehussosionomene til sammenhenger mellom sosioøkonomiske forhold og mestring av helseutfordringer (Artikkel 2). I presentasjoner på spesifikke avdelinger er innholdet tilpasset for å besvare lokale problemstillinger, mens i tverrprofesjonelle samhandlingsarenaer tar de ansvar for at sosiale problemstillinger knyttet til enkeltpasienter blir tematisert (Artikkel 1 og 2). For å komme i posisjon til å fremme sine perspektiv, viser funnene at sykehussosionomene søker å trosse fysiske og strukturelle barrierer ved å være synlige og til stede på ulike arenaer (Artikkel 2 og 3). De tilstreber fleksibilitet (Artikkel 1, 2 og 3) gjør seg aktuelle gjennom ulike praksiser som genererer tverrprofesjonelt samarbeid, slik som videreformidling av manglende forståelse av medisinsk

informasjon (Artikkel 1). Samtidig søker sykehussosionomene samarbeid. Denne posisjoneringsstrategien vektlegger personlige relasjoner mellom sykehussosionomen og enkeltleger eller sykepleiere (Artikkel 2 og 3). Relasjoner bygges ved å søke gruppetilhørighet, vise omsorg for kollegaer (Artikkel 2) og ved å ta direkte kontakt utenfor formelle samarbeidsarenaer (Artikkel 2 og 3). Overordnet peker funnene på en tendens til at hensynet til foreldre og ivaretagelse av deres behov overgår det å fremheve egen posisjon i den tverrprofesjonelle konteksten, der disse hensynene kommer i konflikt (Artikkel 1, 2 og 3).

Avhandlingen funn som omhandler sykehussosionomens *artikulering av kompetanse* viser at kompetanser på ulike måter kan relateres til persontilpasset praksis, evnen til å ta andres perspektiv, og til å bygge bro mellom ulike perspektiver og interesser. Overordnet viser funnene at det å ta andres perspektiv er nært forbundet med evne til å forberede seg og å sette seg inn en aktuell situasjon eller problemstilling. Denne evnen aktualiserer både kognitive og emosjonelle kompetanser. Kognitive kompetanser representerer evne til å vurdere hva som utgjør relevant informasjon (Artikkel 1 og 3), hvilke kilder som er aktuelle og hvordan få tilgang til informasjon (Artikkel 1, 2 og 3), og analytisk kompetanse for å identifisere relevant informasjon (Artikkel 3). Disse kompetansene forutsetter igjen kompetanse og innsikt i mange og sammensatte kunnskapskilder (Artikkel 3). Funn knyttet til relevante emosjonelle kompetanser som artikuleres, viser til evnen å påvirke egen emosjonelle tilstand for å være mest mulig sensitiv på andres behov (Artikkel 3), og evnen til å la seg informere av innhentet informasjon og relevant påstandskunnskap og praksiskunnskap for emosjonelt å tone seg inn på den andre (Artikkel 1 og 3). I selve møte med den andre viser funnene artikulering av både kognitive, emosjonelle og sosiale kompetanser. Det synes som om de kognitive og emosjonelle kompetansene som kom til uttrykk i forberedelsesfasen, til enhver tid vil være aktuelle (Artikkel 1, 2 og 3). I tillegg viser funnene emosjonelle kompetanser på å oppfatte andres emosjonelle tilstand og å la seg (kontrollert) emosjonelt berøre (Artikkel 1, 2, og 3), noe som har betydning for den kognitiv kompetanse til å tilpasse agenda til individuelle behov. Videre viser funnene det som kan omtales som sosiale kompetanser, som lytteferdigheter (Artikkel 1 og 3), det å tilpasse innhold og form av informasjon og tidspunkt for å gi denne (Artikkel 1, 2 og 3), å balansere ulike interesser (Artikkel 2 og 3), forhandle og å være brobygger (Artikkel 1, 2 og 3). Funnene viser at disse kompetansene gjensidig påvirker hverandre og ligger som et premiss for sykehussosionomens tilpasning av sin yrkesutøvelse.

### *7.2.2 Begrunnelse for praksis*

Funnene viser hvordan sykehussosionomer begrunner praksis i akuttfasen ved kritisk sykdom hos barn ved å henvise til kunnskap fra en sammensatt kunnskapsbase (Grimen, 2008) og ved å forstå de unike behovene ut fra et økologisk perspektiv (Bronfenbrenner, 1979). I likhet med tidligere forskning (Craig et al., 2013; Craig et al., 2015; Denny, 2019; Döbl et al., 2015), viser funnene hvordan deltageres vurderinger, forståelser og praksiser tar utgangspunkt i en kontekstuell forståelse for å kunne forstå og forholde seg til kompleksiteten i foreldrenes unike situasjon. Deltagerne viser til kunnskap om betydningen sosioøkonomiske og psykososiale faktorer kan ha for pasient, søsken og foreldre. Dette har også blitt fremhevet som begrunnelser for praksis i tidligere studier (Auslander, 2001; Bryson & Bosma, 2018; Muskat et al., 2017; Saxe Zerden et al., 2019). Sykehussosionomenes tematisering av den medisinske situasjonen for å sikre at foreldre forstår medisinsk informasjon, støttes også av tidligere studier (Gibbons & Plath, 2009; Nicholas et al., 2019). Videre viser funnene at sykehussosionomene bidrar med et særegent perspektiv i det tverrprofesjonelle samarbeidet, noe som også beskrives i andre studier (Glaser & Suter, 2016; Pockett et al., 2015). Å adressere kontekstuelle faktorer og livsbetingelsers betydning for helse og helsemestring vil kunne være med på utvide den tradisjonelle medisinske modellen (Cootes et al., 2021).

Gjennom å vise til funn der sykehussosionomen knytter begrunnelser for ulike praksiser til kunnskap fra den sammensatte kunnskapsbasen, bidrar avhandlingen til å nyansere funn fra tidligere studier som argumenterer for at sosionomer strever med å knytte begrunnelser av praksis til påstandskunnskap (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Hoel & Rønnild, 2011; Morriss, 2017). Funnene er med på å utfordre det som Hoel og Rønnild (2011) omtaler som selvfølgeliggjøringsprosesser av teoretisk kunnskap. En forklaring, som støtter seg på tidligere forskning, vil være sammenhengen mellom artikulering av kunnskap og rolleforståelse (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Studiens funn kan i så fall forstås som et uttrykk for at sykehussosionomer opplever å ha en tydelig rolleforståelse i akuttfase-konteksten. Og denne rolleforståelsen styrker muligheter for å knytte begrunnelser av praksis til teoretisk kunnskap.

Funnene viser imidlertid noe ulik forståelse av roller som igjen får betydning både for begrunnelse og praksis. Noen av deltagerne i studien retter fokus på økonomiske og praktiske forhold og kan avgrense seg mot å gå inn i relasjonelle temaer. De begrunner praksis hovedsakelig ut fra en rolleforståelse som forvalter, der deres jobb er å sørge for at rettigheter innfris og tjenester koordineres. Samspillseffekten mellom livsvilkår og mestring av helse

(Craig et al., 2015) blir særlig vektlagt som begrunnelse for en slik praksis. I tråd med tidligere forskning kombinerer andre deltagere en slik forvaltningspraksis med tillitsskapende intervensjoner (Craig et al., 2015; Nicholas et al., 2019) med begrunnelsen om at tillitsfulle relasjoner er essensielt for å komme i posisjon for å hjelpe. Mens den siste gruppen av deltagere begrunner sin rolle hovedsakelig ut fra teori om krisereaksjoner, mestring og tilknytning mellom foreldre og barn. Disse deltagerne argumenterer for at praktisk og økonomisk bistand, råd og veiledning bidrar til færre bekymringer. Ved å sørge for at dette blir ivaretatt, gir det en inngang til å kunne jobbe med relasjonelle og emosjonelle utfordringer. Denne praksisen begrunnes ut fra et mestringsperspektiv der innsatsen rettes mot både praktiske og emosjonelle behov for at foreldrene kan oppleve å mestre oppgaver og utfordringer i omgivelsene og emosjonell mestring (Lazarus & Folkman, 1984).

Funnene knyttet til ulik rolleforståelse får betydning for hvilken posisjon sykehussosionomene inntar. Lite standardiserte vurderinger og praksiser kan være med på å forsterke individuelle forståelser og dermed ulike praksiser. Mangel på nasjonale retningslinjer for vurderinger og praksiser legger dermed større ansvar på den enkelte til å begrunne vurderinger, beslutninger og handlinger. Legitimitet og tillit blir dermed et personlig anliggende og lokalt ansvar. Dette kan igjen gjøre at praksiser og begrunnelser i større grad blir påvirket av ulike institusjonelle normer. Det har visse fellestrekk med Svärds (2014) studie der hun finner ulike posisjoner blant sykehussosionomene i sine bekymringsvurderinger knyttet til barns omsorgssituasjon og at disse posisjonene baserer seg på ulike institusjonelle normer som igjen er bygget på ulike kunnskapssystem. I likhet med funnene i Svärds studie, får normene og posisjonene konsekvenser for praksis.

Variasjon i sykehussosionomers posisjonering kan også bli forsterket av at sosialt arbeid har en sammensatte kunnskapsbase. Det kan gi et større rom for å velge å innta ulike kunnskapsposisjoner enn der hvor en yrkesgruppes kunnskapsbase er mer homogen. Ulike rolleforståelser og posisjoneringer vil gi lite enhetlig begrunnelser for praksis. Variasjonen av mulige posisjoner kan dermed føre til spørsmål om hva som er sykehussosionomens spesifikke kunnskapsbidrag (Svärd, 2014). Og en kunnskapsbase som er sammensatt av kunnskaper fra ulike disipliner, kan i større grad gjøre sykehussosionomers praksis mer sårbare for å bli påvirket av institusjonelle normer.

Funnene er med på tegne et bilde av en yrkesgruppe som har forholdsvis frie tøyler til å bestemme innholdet i sine arbeidsoppgaver. Gode muligheter for utøvelse av skjønn, både når det gjelder hvilke arbeidsoppgaver de skal beskjeftige seg med og hvordan de skal utføres,

representerer kjernen i det Evetts (2002) mener dagens profesjonalisering handler om. Å opprettholde dette mulighetsrommet for skjønnsutøvelse vil imidlertid kreve begrunnelser i kunnskap og kompetanse for å opprettholde tilliten til at arbeidsoppgavene utføres kompetent.

Begrunnelser av praksiser er ikke alene avhengig av språklig artikulering. Å gi andre innblikk i kompetanser gjennom å observere utføring av handlinger, blir av Goffman (1992) omtalt som 'dramatisering'. Sykepleieres tilstedeværelse i møter mellom sosionomer og foreldre kan gi sykepleierne en forståelse av sykehussosionomens kompetanse ut fra hvordan møtet forløper. Hvilke spørsmål sosionomen stiller foreldrene, og hvordan hun responderer på svarene, hvordan hun oppfører seg, kroppsspråk og tempo i samtalen vil være elementer som sykepleieren kan oppfatte og som kan gi henne innblikk i kompetanse. Slike observasjoner kan inntreffe når samtalen foregår på pasientens rom, og sykepleieren tilfeldigvis samtidig er inne for å utføre sine arbeidsoppgaver. Men også planlagte fellessamtaler vil gi mulighet for å dramatisere kompetanse overfor hverandre. Betydningen av å observere kompetanse gjennom dramatisering, er vektlagt i tidligere studie. Ambrose-Miller og Ashcroft (2016) finner at samlokalisering av ulike yrkesgrupper gir utvidet mulighet for å få innblikk i hverandres kunnskap og kompetanse. Studien sammen med Goffmans begrep kan tjene som inspirasjon for sykehussosionomer til å søke 'frontstage'-situasjoner som ledd i å øke andres innblikk i deres kompetanse. Samtidig vet vi at viktige sider ved praksis vil være vanskelig å dramatisere fordi store deler av arbeidet er usynlig (Morriss, 2017). Tilskuerne vil se eller oppfatte kun en del av den profesjonelle jobben som gjøres (Goffman, 1992). Og jo mindre konkret innholdet er, eller jo mindre synlig sammenheng det virker å være mellom problemforståelse, behandling og effekt av behandling, desto mindre rolle vil dramatisering ha for legitimiteten. Dette bør likevel ikke være til hinder for at sykehussosionomer i større grad utfører deler av jobben sin 'frontstage' slik at dramatisering kan støtte opp om andre yrkesgruppers forståelse og innsikt i sykehussosionomens kompetanse.

Avhandlingens funn viser videre at praksis hovedsakelig er begrunnet ut fra individ, mikro og mesosystemnivå (Bronfenbrenner, 1979). Praksisene er hovedsakelig rettet mot den enkelte/familien og er begrunnet ut fra helhetlig biopsykososial forståelse av den enkelte families livsbetingelser. Dette skiller seg slik ikke ut fra funn fra tidligere studier (Bosma et al., 2010; Craig et al., 2015; Gibbons & Plath, 2009; Judd & Sheffield, 2010). Imidlertid begrunnes tiltak for å sikre stabil økonomi, få på plass ulike praktiske og sosiale hjelpetiltak samt å sikre bedre medisinsk forståelse i særlig grad ut fra behovet om å redusere emosjonelt stress for å styrke samspillet i familien. Å rette spesifikt fokus på stressreduksjon med den

hensikt å styrke familiesamspill som eksplisitt overordnet begrunnelse for praksis, er funn som i liten grad har blitt beskrevet i tidligere studier av sykehussosionomens arbeid. Å inkludere familiesamspill i begrunnelsene, vil være i tråd med Raphaels (2016) argumentasjon for en utvidet forståelse av hvordan uheldige materielle og sosiale livsbetingelser «går under huden» og direkte og indirekte påvirker helse (Raphael, 2016, s. 32). Å inkludere styrking av familiesamspill i begrunnelser av sosioøkonomiske intervensjoner ut fra kunnskap om sammenhengen mellom livsbetingelser og helse (Raphael, 2016), fremhever det sosiale som vesentlig samspillskomponent i en biopsykososial (Engel, 1977) forståelse. En slik tydeligere aktualisering av det sosiale aspektet i den biopsykologiske forståelser, kan bidra til å styrke sykehussosionomens legitimitet som igjen kan få betydning for juridiksjonelle dynamikken på sykehus.

Det er grunn til å anta at sykehussosionomers legitimitet vil tjene på å inkludere systemisk forståelser og begrunnelser som representerer alle de ulike systemnivåene i den økologiske modellen (Bronfenbrenner, 1979). Avhandlingens funn viser at praksisene tar utgangspunkt i et mikronivå og mesonivå der mikronivået representerer omdreiningspunktet. I liten grad begrunnes praksis ut fra en tanke på å bidra til utbedring av strukturelle forhold som påvirker livsbetingelsene. Dette sammenfaller med en nyere litteraturoversiktsstudie (Feryn et al., 2022) som underbygger sykehussosionomers individfokus. De Corte og Roose (2020) argumenterer for at sosialarbeidere må i større grad synliggjøre livsvilkårene for sårbare grupper som de erfarer gjennom sin praksis ved å delta i offentlige debatter.

Sykehussosionomers innsikter om sammenhenger mellom livsbetingelser og helse kan være avgjørende for utvikling av hensiktsmessig politikktutforming og retningslinjer (Walter-McCabe, 2020). Den økologiske modellen vil kunne være en hjelp til å strukturere begrunnelser og praksis ut fra ulike nivå. Gjennom å inkludere eksonivået og makronivået i begrunnelser og praksis, vil det også tydeliggjøres hvordan forhold på ulike nivå påvirker hverandre (Bronfenbrenner, 1979). Inkludering av begrunnelser og praksis på ekso- og makronivå samsvarer også med den delen av sosialt arbeids mandat som handler om «å utfordre og endre de strukturelle betingelsene som bidrar til marginalisering, sosial ekskludering og undertrykking» (Global definisjon av sosialt arbeid, 2017). Mandatet viser med all tydelighet en forventning til å jobbe på ulike systemnivå.

Å knytte begrunnelser til helsekompetansekonseptet kan være et grep for å ivareta og sikre relevansen for begrunnelser. Det muliggjør begrunnelser på flere nivåer fordi helsekompetanse representerer i seg selv forståelser og innsatser på ulike systemnivå

(Helsedirektoratet, 2021b; Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012) ved sin tydeliggjøring av sammenhengen mellom livsbetingelser og helseutfall (Liechty, 2011). Den statlige målsetningen om økt helsekompetanse i befolkningen, kan være med på å gi en retning til sykehussosionomenes arbeid og tilby begreper som kan støtte forståelser, vurderinger og begrunnelser. Det kan være med på å danne grunnlag for nasjonale retningslinjer som i større grad kan sikre sosionomtjenester uavhengig av sykehussosionomens erfaring og teoretiske preferanser. Videre, fastsatte mål kan gi støtte rundt prioritering av oppgaver og intervensjoner. En tydelig begrunnelse for behandling støtter opp om tiltakene som settes i gang. Og sist, målsetninger kan gjøre det lettere å måle effekten av behandlingen.

Som funnene i Artikkel 1 fremhever, bidrar sykehussosionomene først og fremst til å øke den individuelle helsekompetansen. Selv om sykehussosionomers praksis i stor grad handler om å identifisere og demme opp for helsekompetansebarrierer, er ikke helsekompetanse et begrep deltagerne selv bruker for å beskrive det de gjør. Manglende bruk av helsekompetansebegrepet hos sykehussosionomene i studien samsvarer med tidligere forskning (Liechty, 2011). En felles forståelse av hva som legges i ord og begreper er fundamentalt for all kommunikasjon (Dingemanse et al., 2014). Ved å omtale sosialfaglig intervensjoner og praksis med begreper som er kjent for relevante samarbeidspartnere innen helsekonteksten, vil begrunnelsene bli mer tilgjengelig for helsepersonell. Det er dermed grunn til å anta at bredere felles forståelse kan være med på å styrke både begrunnelsen i seg selv og begrunnelsens relevans i en helsekontekst.

Å åpne opp for ulike måter å begrunne sosialt arbeid på og tenke om helsediskursen som en vei inn til å styrke sosialfaglige begrunnelser i et fagfelt som ikke oppleves som 'hjemme', vil kunne gi flere muligheter til begrunnelser (Liechty, 2011). Som 'subordinates' er sykehussosionomer ikke i posisjon til å bestemme hvilke diskurser som skal dominere (Healy, 2014). Men sykehussosionomer kan likevel velge hvordan de forholder seg til de dominerende diskursene. Ved å 'oversette' sosialfaglig kunnskap, kan de styrke muligheten for å vinne frem med begrunnelser som er i tråd med politiske føringer. De kan styrke sin egen relevans og ta plass i pågående diskusjoner ved å bruke sin kompetanse til å rette søkelyset mot hvordan livsbetingelser påvirker helse og mestring av sykdom. Slik vil de også kunne være i en posisjon der deres kompetanse kan bidra til videreutviklingen av helsekompetansekonseptet. Gjennom å formulere begrunnelser som synliggjør det dynamiske samspillet mellom de ulike systemnivåene og også rette disse begrunnelsene til det kontekstuelle og politiske nivået, vil sykehussosionomene kunne være med å påvirke

forståelser av fenomener og derigjennom beslutninger på ulike systemnivå. Det vil igjen kunne få innvirkning på enkeltindividene de møter. Også påvirkningsprosesser må forstås sirkulært. Påvirkning av forståelser som får betydning for beslutninger på ulike nivåer, vil kunne innvirke på sykehussosionomens legitimering og arbeidsplassjurisdiksjonen.

### *7.2.3 Posisjonering i det tverrfaglige samarbeidet*

Samfunnet har store forventning til at tverrprofesjonelt samarbeid skal bidra til å øke kvaliteten på den hjelpen pasientene får i helsevesenet (Lewin & Reeves, 2011; Schot et al., 2020). Avhandlingen har søkt å belyse hvordan sykehussosionomers grensearbeid kommer til uttrykk i det tverrprofesjonelle samarbeidet gjennom markering av grenser, forhandling og samarbeid om oppgaver, roller og posisjoner.

Å søke å fremstå som noe distinkt annet enn nærliggende yrkesgrupper, slik funn i Artikkel 2 viser, har blitt vektlagt som posisjoneringsstrategier i tidligere studier av grensearbeid på ulike felt: relasjonen mellom leger og sykepleiere (Allen, 2000; Johannessen, 2018), mellom forskning og ikke-forskning (Garud et al., 2014; Gieryn, 1983), og innen merkevarebygging (Edlinger, 2015). Tidligere studier har i liten grad undersøkt sykehussosionomers grensearbeid. Et unntak er Sjöströms (2013) studie der hun viser hvordan tyske sykehussosionomer vektlegger strategier for å kontrastere eget bidrag fra det som tilbys av andre helsepersonell. Å vektlegge det som skiller sykehussosionomer fra andre yrkesgrupper, fremstår også i Artikkel 2 som en strategi for å markere grenser og er slik i tråd med Sjöströms funn. Men mens Sjöström hovedsakelig undersøker formelle jurisdiksjonelle posisjoneringsstrategier, retter avhandlingen seg mot de mer uformelle arbeidsplassjurisdiksjonelle praksiser der funnene fremhever strategier som foregår på individnivå i arbeidshverdagen. Sentrale funn i Artikkel 1 og 2 viser at sykehussosionomene på ulike måter markerer og tydeliggjør det sosialfaglige helhetsperspektiv og sammenhengen mellom livsbetingelser og helse. Også tidligere studier (Craig et al., 2015; Glaser & Suter, 2016; Pockett et al., 2015; Stanhope et al., 2015) har vektlagt sykehussosionomenes unike perspektiv, men det er da ikke forstått ut fra et grensearbeidsperspektiv.

Avhandlingens funn viser at samtidig som sykehussosionomens markerer grenser, utgjør samarbeid med andre yrkesgrupper en like viktig strategi for posisjonering. I tråd med tidligere forskning, viser funnene til relevansen av å etablere personlige relasjoner for å få til hensiktsmessig tverrprofesjonelt samarbeid. Det kan handle om å ta initiativ til å utvikle personlige relasjoner ved å vise omsorg for kollegaer (Craig & Muskat, 2013), eller ved å



oppsøke interaksjon med lege eller sykepleier backstage (Lewin & Reeves, 2011). Funnene fra andre studier som har undersøkt relasjoner i tverrprofesjonelle team, samsvarer med funnene som viser til hvordan sykehussosionomen benytter pronomen 'vi' og 'dem' for å konstruere en teamfølelse (Kvarnström & Cedersund, 2006; Meier, 2015; Ybema et al., 2012).

At disse to strategiene foregår samtidig og gjensidig påvirker hverandre, skiller seg fra Sjöströms (2013) studie der hun sammenligner svenske og tyske sykehussosionomer. I motsetning til de tyske sykehussosionomenes markeringsstrategi, finner hun at svenske sykehussosionomers strategi hovedsakelig har vært å utydeliggjøre grenser mellom egen og nærliggende yrkesgrupper. At avhandlingen skiller seg ut fra Sjöströms studie, kan forstås ut fra studienes fokus. Der hun gjorde en dokumentanalyse og undersøkte formelle juridiksjonelle prosesser, har denne studien vært opptatt av arbeidsplassdynamikk. Abbott (1988) viser til differensiering mellom formelle juridiksjonelle prosesser og de mer uformelle prosessene på arbeidsplassen der arbeidsplassprosesser ofte er karakterisert ved at etablering og struktur av grenser skjer gjennom forhandlinger og vaner. Avhandlingens funn kan dermed sies å illustrere hvordan juridiksjonelle prosesser foregår på arbeidsplassen gjennom sykehussosionomenes grensarbeid.

Som tidligere nevnt, løfter avhandlingens funn det relasjonelle aspektet som en viktig rolle i sykehussosionomens grensarbeid. Et særlig interessant eksempel som kan bidra til å illustrere det relasjonelle aspektet, er sosionomenes beskrivelser av deres kontakt med leger. Sykehussosionomenes kontakt med legene fremstår som påfallende forskjellig på henholdsvis previsitter og mer uformell en-til-en møter som i korridoren, på leges kontor eller på telefon. Previsitt vil ha karakter av det som Goffman (1992) omtaler som frontstage. Det er formelle møter der ulike yrkesgrupper er til stede. Møtene styres av klare normer for hva som kan tematiseres, hvem som snakker, og hvordan man plasserer seg i rommet. Ad-hoc en-til-en møter kan sies å ha backstage-karakter. I denne sammenhengen forstås backstage som mer fysisk tilbaketrukkede områder (Lewin & Reeves, 2011) som muliggjør uformelle samtaler. Det som kan beskrives som frontstage, previsitt, styres i hovedsak av leger, og det er medisinske problemsstillinger som diskuteres. Det fremkommer beskrivelser av leger som sitter rundt bordet og snakker så lavt at det er vanskelig for sosionomer og representanter fra andre yrkesgrupper som står langs veggen å høre hva som blir sagt. Sykehussosionomenes beskrivelser samsvarer med funn i tidligere studier (Beddoe, 2013; Giles, 2016) som viste til hvordan sykehussosionomer opplever å måtte innordne seg høyt utdannede leger. Previsitt-

arenaen kan med Goffman forstås som et «fasade-område vi kan forvente oss en overveiende formell tone» (Goffman, 1992, s. 108).

Bildet som tegnes av en streng regi for slike formelle tverrprofesjonelle møtepunkt står i kontrast til de uformelle ad-hoc en-til-en møtene mellom sosionom og lege. Resultatene viser at backstage får sosionomene i større grad mulighet til å ta opp problemstillinger de ønsker svar på eller trenger å få belyst. Dette er i tråd med tidligere forskning som viste at backstage kommunikasjon var av stor betydning for tverrprofesjonelt samarbeid (Lewin & Reeves, 2011). Blant annet fant Ellingson (2003) at backstage-kommunikasjon foregår mer uforstyrret og gir rom for mer åpenhjertelige samtaler. Samtalene er med på å tilføre verdifull informasjon og styrker muligheten for å gjennomføre det formelt planlagte arbeidet (Burm et al., 2019; Ellingson, 2003; Lewin & Reeves, 2011). Funnene i avhandlingen viser også at backstagemøter mellom sykehussosionom og leger åpner opp for utvekslinger av mer personlig karakter i likhet med resultater fra tidligere studier (Ellingson, 2003). Samspillet mellom lege og sosionom backstage kan dermed virke mindre styrt av yrkesgruppens plass i kunnskapshierarkiet. Den uformelle kommunikasjonen som resultat av uformelle interaksjoner, kan forstås som bidrag til å utvikle og styrke personlige relasjoner og samsvarer med tidligere studie (Giles, 2016). Til tross for dette, viser studien samtidig at relasjonene heller ikke backstage er symmetriske. Sykehussosionomene innretter seg etter legen både når det er snakk om tidspunkt og lengde på samtale og samtals innhold og form. Fremdeles gjelder normer for høflighet og sømmelighet. Høflighet kan komme til uttrykk ved spørsmål om legen har tid til samtale nå. Funnene illustrerer dermed at noen normer knyttet til posisjon også gjelder backstage, noe som også har fremkommet i tidligere studier (Beddoe, 2013; Giles, 2016). At hierarkiske strukturer også blir synlige backstage, er i tråd med Goffmans beskrivelse av backstage, der sosial gruppering har betydning for hvor fritt en kan oppføre seg (Goffman, 1992).

Imidlertid ser også grad av opparbeidet fortrolighet mellom sosionom og lege ut til å ha innvirkning på hvordan backstage-området oppfattes av deltagerne i studien. Funnene kan tyde på at jo mer fortrolighet det er mellom sykehussosionom og lege, desto større grad av likeverdig interaksjon vil utspille seg mellom legen og sosionomen. Tilsvarende vil liten grad av fortrolighet gjøre at backstagesamtalene i større grad blir styrt av normene som gjør seg gjeldene i previsitt. Det er legen som definerer innhold, tempo og fokus. I hvilken grad hierarkiske strukturer styrer interaksjonen backstage, kan dermed synes å være påvirket av grad av fortrolighet. Disse nyansene har i liten grad kommet i tidligere forskning.

Legens posisjon til å definere situasjonen, kan sees i sammenheng med det Abbott (1988) omtaler som det juridiksjonelle kravet til å definere problemet. Hvordan problemet oppfattes og forstås, får betydning for innholdet eller hvordan det behandles. Den som er i posisjon til å la sin oppfattelse av situasjonen danne grunnlag for hvordan situasjonen skal defineres, vil dermed også ha stor innflytelse på hvordan situasjonen skal forløpe eller hvilke normer som styrer interaksjonen (Abbott, 1988). 'Behandlingen' av 'problemet' kan kanskje for legen oppleves som effektiv og nyttig. Møtet bærer preg av informasjonsutveksling med utgangspunkt i legens forståelse. Opprettholdelse av hierarkiske strukturer kan imidlertid stå til hinder for å få tilgang til ulike perspektiv. Studiens funn viser nettopp det at sykehussosionomene kan oppleve manglende interesse for deres perspektiver som igjen kunne ha utvidet forståelsen og dermed også mulige løsninger på problemet.

Abbotts (1988) begreper knyttet til subjektive kvaliteter ved arbeidsoppgaver og Goffmans (1992) teaterinspirerte perspektiv kan slik bidra til å gi mening til mekanismer som kan utspille seg mellom sykehussosionomen og leger. Videre vil et økosystemperspektiv kunne bidra til å forsterke en forståelse av mekanismer som dynamiske prosesser. Å forstå manglende innpass hos leger ut fra et mikrosystemnivå, kan bidra til å øke innsikt rundt mulige strategier for å kunne påvirke og dempe hierarkiske strukturer (Cootes et al., 2021). Samtidig kan også dynamikken forstås mer generelt både ut fra makro- og eksosystemnivå. Dynamikken kan forklares ved at kulturelle normer og verdisystemer i det offentlige rom vil ha betydning for juridiske forankring av oppgaver. Og de juridiksjonelle prosessene på de formelle arenaene får igjen juridiksjonelle konsekvenser for den enkelte arbeidsplass. Å forstå den juridiksjonelle arbeidsplassdynamikken i lys av økosystemteori bidrar slik til å utvide mening og forklaring av ulike fenomener. Innenfor et slikt perspektiv må alle faktorer på ulike systemnivå som kan påvirke dynamikken tas med i betraktning (Hansen, 2017). Økosystemiske forståelser fremfor individualistiske og lineære forståelser bidrar dermed til å utvide handlingsalternativer der det er ønske om å oppnå endringer ved tverrprofesjonelt samarbeid og styrke yrkesgruppens juridiksjonelle posisjon.

#### *7.2.4 Artikulere kompetanse*

Sykehussosionomer inngår i mange ulike sammenhenger der de innehar forskjellige funksjoner og roller (Craig & Muskat, 2013). Evnen til å bygge bro mellom ulike kontekster, funksjoner og perspektiver vil være avgjørende for å kunne håndtere de ulike funksjonene og rollene (Williams, 2012). Brobyggingskompetanser, som fremheves som sentrale kompetanser for sykehussosionomen i alle tre artiklene, har også i tidligere studie blitt pekt på

som helt avgjørende for å kunne navigere i tverrprofesjonelle sammenhenger (Nicholas et al., 2019).

Avhandlingens funn av brobyggingskompetanser kan deles inn i kognitive, emosjonelle og sosiale kompetanser. De ulike kompetansene kan enten forstås som relasjonelle kompetanser, eller de kan forstås som kompetanser som vil være forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg relasjonelle kompetanser. I tråd med tidligere forskning viser funnene til ulike kognitive kompetanser: relevant kunnskap om hjelpesystemet (Bosma et al., 2010; Bronstein et al., 2007; Holliman et al., 2001), medisinske forhold (Bronstein et al., 2007), og livsbetingelser (Craig et al., 2015; Stanhope et al., 2015). Imidlertid har få andre studier fremhevet det som i denne studien fremstår som sentrale kognitive kompetanser: prosessen med å identifisere, innhente og analysere informasjon. Identifisere informasjon handler om å ha evnen til å ta andres perspektiv for å forstå hva som vil være relevant informasjon for mottaker. Det handler om evnen til å fremskaffe denne informasjonen, og evnen til å analysere den informasjonen som er innhentet for å velge ut det som vil være aktuelt. Avhandlingens funn bidrar dermed med å tydeliggjøre og artikulere relevante kognitive kompetanser, og er slik med på å utvide kunnskap om hva som inngår som del av forutsetningene for tverrprofesjonell aktivitet.

Å få innsikt i andres ståsted og å ta andres perspektiv, forutsetter også emosjonell kompetanse. I likhet med funn i artikkel 1 og 3, har tidligere studier fremhevet emosjonell kompetanse knyttet til oppmerksomhet på sykehussosionomens egne følelser, reaksjoner og selvivaretagelse (Bronstein et al., 2007; Horevitz & Manoleas, 2013; Richards-Schuster et al., 2015). Evnen til å være sensitiv overfor andres behov og sinnsstemning, sammenfaller også med tidligere funn (Craig et al., 2015; Gibbons & Plath, 2009). Andre studier igjen har omtalt mellommenneskelige ferdigheter og evne til å etablere tillitsfulle relasjoner (Craig et al., 2020; Gawande, 2011; Lilliehorn et al., 2019; Richards-Schuster et al., 2015).

Sosial kompetanse handler om mellommenneskelige ferdigheter der innsikten i andres perspektiv og relevant informasjon er med og danner grunnlag for interaksjon. I tråd med tidligere studier kan sykehussosionomers sosiale kompetanse komme til uttrykk gjennom fasilitering av informasjonsflyt og overbringelse av ulike perspektiver (Craig et al., 2020; Craig & Muskat, 2013; Gawande, 2011; Peterson et al., 2018), og megle og løse konflikter (Craig et al., 2013; Nicholas et al., 2019; Sims-Gould et al., 2015). Sykehussosionomens fleksibilitet når det gjelder å tilpasse innhold, form og tidspunkt, og evne til å oppfatte behov og forventinger knyttet til innhold, form og tidspunkt, er sentrale kompetansefunn i avhandlingen som i liten grad tidligere har blitt fremhevet. Den informasjonen som blir

tilgjengelig gjennom å ta andres perspektiv, vil også ligge til grunn for evnen til å tilpasse seg konteksten

Sykehussosionomens kompetanser er utforsket ut fra ulike innfallsvinkler i tidligere studier. Noen studier tar utgangspunkt i bestemte kontekster, grad av arbeidserfaring eller funksjoner for å undersøke sentrale kompetanser (Ashcroft et al., 2018; Bosma et al., 2010; Nicholas et al., 2019; Ow Yong et al., 2021; Stanley & G, 2021; Sur et al., 2022). Andre studier knytter kompetanse opp mot bestemte perspektiv (Cootes et al., 2021; Craig et al., 2013; Delany et al., 2017) eller til bestemte pasientgrupper (Fouche et al., 2013). Selv om tidligere studier på ulike måter har integrert relasjonelle kompetanser som del av identifiserte kompetanser, er undersøkelser av sykehussosionomers kompetanser ut fra et brobyggingsperspektiv mangelfull. Et brobyggingsperspektiv, som innebærer et relasjonelt perspektiv, er forenelig med systemiske paradigme der alt samspill må forstås relasjonelt (Bronfenbrenner, 1979; Watzlawick et al., 1967).

Kompetanse handler om å utføre noe på en kompetent måte (Woodruffe, 1993) og innebærer en integrert helhet av påstandskunnskap og praksiskunnskap, holdninger og evner (Kleppe, 2015). I sin definisjon av kompetanse, fremhever Skau (2017) de ulike komponentene som ligger til grunn for kompetent handling: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse komponentene «henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre» (Skau, 2017, s. 58). Det som imidlertid gjør denne inndelingen særlig relevant med tanke på brobyggingskompetanser, er betoningen av det personlige aspektet ved å handle kompetent. Ved eksplisitt å vektlegge «hvem vi *er* som personer, både overfor oss selv og i vårt samspill med andre» (Skau, 2017, s. 60), fremheves det relasjonelle aspektet som en vesentlig side ved det å handle kompetent. En slik vektlegging av det relasjonelle aspektet kan bidra til en økt bevisstgjøring av at den profesjonelle er en deltaker (Skjervheim, 1996) i de relasjonene de inngår i. Yrkesutøverens personlige kompetanse «avgjør hvem du lar andre få være i deres møte med deg» (Skau, 2017, s. 62). Den personlige kompetansen vil dermed få betydning for ulike relasjonelle aktiviteter.

Når den personlige, relasjonelle kompetansen tydeliggjøres som ett av tre aspekter ved den samlede kompetansen, tydeliggjøres også et krav om artikulering av denne kompetansen. Samtidig kan personlig kompetanse sees på som en sammensatt kompetanse som mangler enhetlig og allmenngyldig begrepsapparat (Skau, 2017). Derfor argumenterer Skau for betydningen av å utvikle forståelser av kompetanseformens egenart, nyanser og betydning. Slike forståelser kan utvikles ved å oppøve evnen til å sette ord på sider ved den personlige

kompetansen som vil være relevante for å kunne utføre de ulike type arbeidsoppgaver og aktiviteter.

Ved å dele kompetansen opp i ulike aspekter, åpner det også opp for flere måter å artikulere kompetanse på for de som strever med å tydeliggjøre sitt bidrag (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Hoel & Rønnild, 2011; Morriss, 2017). Den kompetente handlingen kan forklares og beskrives med utgangspunkt i teoretisk kunnskap, ut fra yrkesspesifikke ferdigheter og også gjennom personlig kompetanse. Ved å ta utgangspunkt i løsningsforslag eller ved å studere selve aktiviteten, gir det mulighet til å stille spørsmål rundt det som gjøres. Hva yrkesutøveren velger å gjøre fremfor noe annet, vil kunne gi beskrivelser som sier noe om hvilke ferdigheter som aktualiseres (Nicholas et al., 2019). Og videre, kan det å stille spørsmål om begrunnelse for hvorfor noe gjøres på en bestemt måte, gi innblikk i hvordan situasjonen blir forstått. Beskrivelser og forklaringer på hvordan noe forstås eller hvorfor noe gjøres på en bestemt måte, kan si noe om påstandskunnskap og praksiskunnskap vedkommende tar utgangspunkt i. Videre vil spørsmål om den mellommenneskelige opplevelsen, samt holdninger og verdier knyttet til handlingene, kunne gi mer utfyllende bilde på personlig kompetanse som knyttes til den spesifikke aktiviteten.

Å utføre aktiviteten eller behandlingen på en kompetent måte vil ha betydning for tildeling av arbeidsoppgaver (Abbott, 1988; Gachoud et al., 2012). Dramatisering av aktiviteter (Goffman, 1992), vil for mange profesjonelle aktiviteter ikke være tilstrekkelig for å kunne synliggjøre den sammensatte kompetansen til den spesifikke aktiviteten. For å få frem yrkesgruppens generelle kompetanse, men også den enkelte yrkesutøvers sammensatte kompetanse knyttet til den aktuelle aktiviteten, blir det viktig å øve seg opp til å sette ord på ulike kompetanser som er nødvendige for å utføre ulike typer oppgaver. Denne evnen til å formidle og artikulere kompetanse, vil kunne ha betydning for arbeidsfordeling i tverrprofesjonelle samarbeid (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Ashcroft et al., 2018; Gachoud et al., 2012).

Brobyggingsperspektivet gir anledning til å styrke og utvide ansvarsområdet og de tildelte arbeidsoppgavene. Ikke bare handler det om å synliggjøre kompetent utførelse av tildelte og anerkjente oppgaver. Men ved å åpne opp for en identitet som brobygger, gis det mulighet til å bli bevisstgjort egne brobyggingskompetanser som har betydning ut over de konkrete arbeidsoppgavene som er tildelt sykehussosionomene. Brobyggingskompetansene er forankret i kunnskapsbasens systemiske forståelse. Men sykehussosionomer blir i tillegg stimulert til å videreutvikle brobyggingskompetanser i kraft av den rollen de har som 'subordinates' (Abbott, 1988) i organisasjonen. Som strategi for å synliggjøre egne bidrag, har det vært

nødvendig å utvikle og styrke både kognitive, sosiale og emosjonelle kompetanser. Disse kompetansene som i første omgang har vært nødvendige å utvikle for å styrke rollen i tverrprofesjonelt samarbeid, vil i neste omgang ha en egenverdi som kompetanse til å fremme, fasilitere og styrke samarbeid på tvers av ulike perspektiv, roller og organisasjoner. Om sykehussosionomene inkluderer brobygging som en del av sin yrkesidentitet og vier sentrale brobyggingskompetanser større oppmerksomhet, kan brobyggerrollen i større grad bli en rolle sykehussosionomene tar og dermed også forventes at de tar.

### *7.2.5 Oppsummerende refleksjon*

Funnene i studien viser begrunnelser av praksis og artikulering av kompetanse ut fra mikrosystem- og mesosystem-perspektiv der oppmerksomheten er rettet mot den enkeltes behov. Også funn knyttet til grensearbeid og arbeidsplassjurisdiksjon viser hvordan den enkelte sykehussosionom bærer ansvar for kompetanseutvikling og grensearbeid. Å forklare noe ut fra individuelle faktorer, vil kunne gi viktige innsikter og forståelser for hvordan kontekstuelle faktorer får betydning for enkeltmennesket. Forståelsen ut fra et individfokus, gir også sykehussosionomer mulighet til å tilpasse handlinger til de individuelle behovene både hos pasient og hos kollegaer med annen yrkesbakgrunn. Individualiseringen som preger funnene kan forstås som en refleksjon av sosialt arbeids utvikling i Norge, som i hovedsak har vært preget av arven etter Mary Richmond (Levin, 2021). I sin fremstilling av sosionomenes historie i Norge, vektlegger Jan Messel (Messel, 2014) denne retningens innvirkning både på utdanningen og profesjonsforståelsen. Spesielt fremheves betydningen av Bernt H. Lunds Richmond-inspirerte forståelse av sosialt arbeid som lå til grunn for revidering av sosialarbeiderutdanningen i 1966: «Sosialt arbeid består i å bearbeide forholdet mellom individene og deres sosiale omgivelser med sikte på å legge forholdene til rette for menneskers sosiale fungering og slik at forholdet til deres omgivelser blir mest mulig trygt og harmonisk» (Messel, 2014, s. 531). På sykehus ser vi konturen av denne arven blant annet komme til uttrykk i FO's beskrivelse av sosialt arbeid på sykehus: å jobbe for å styrke pasienter og pårørendes mestring av sykdom (FO, 2019). Når arbeidsoppgavene i stor grad omhandler individfokuset, vil også dette fokuset prege kunnskapsbasen og den praktiske syntesens sammensetning (Grimen, 2008).

Sosialt arbeid trenger imidlertid både individuelle og strukturelle forståelser og begrunnelser (Levin, 2021). Personen-i-situasjonen danner selve ryggraden i sosialt arbeid og reflekteres i kunnskapsgrunnlaget som er satt sammen av fag fra ulike disipliner nettopp for å gjøre sosialarbeideren i stand til å forstå individet i konteksten av aktuelle strukturer (Levin, 2021).

Kunnskapsgrunnlaget danner også grunnlag for å kunne jobbe for å påvirke og endre strukturer. Det være seg strukturer som har innvirkning på pasientens liv. Men det kan også inkludere kunnskap om strukturer sykehussosionomene selv er en del av og som har juridisk betydning. Å øke oppmerksomhet rundt brobyggingskompetanser og innlemme brobyggingsrollen i yrkesidentiteten, vil kunne styrke sykehussosionomenes legitimitet og posisjon i organisasjonen.

Funnene i avhandlingen viser at begrunnelsene i liten grad inkluderer påstandskunnskap om overordnede strukturer og makt. Det kan tyde på at det er et potensiale til å nyttiggjøre seg større deler av sosialt arbeids kunnskapsbase. Ved å forankre begrunnelser i kunnskapsbasens mangfold, vil det kunne gi større mulighet til å synliggjøre sammenhenger mellom livsbetingelser og biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og livsbetingelsenes betydning for å mestre motgang på de ulike områdene. Å begrunne praksis og forståelser både ut fra individuelle behov og strukturelle forhold, vil stimulere til å integrere en større del av kunnskapsbasen i kompetansen. En aktiv holdning til å søke å integrere større del av kunnskapsbasen kan bidra til en opplevelse av bredere kompetanse, som igjen kan gi større trygghet til å fylle roller som brobyggere og delta i det offentlige ordskifte. Gjennom å delta mer i diskusjoner på samfunnsnivå vil sosionomer øke påvirkningsmuligheter i utviklingen av samfunnsdiskursene, og dermed også politikktutvikling og juridiske forhold som vil kunne ha juridisk implikasjoner.

## **7.4 Avhandlingens relevans, bidrag og implikasjoner for utdanning, praksis og videre forskning**

Et sentralt krav til vitenskapelig kunnskap vil være at den bringer inn ny erkjennelse som andre vil kunne dra nytte av (Malterud, 2017). For denne studien har det spesielt vært et mål at kunnskapen skal oppleves relevant for sykehussosionomer. Men det vil også være et mål at kunnskapen som frembringes vil ha verdi ut over den lokale konteksten. Med utgangspunkt i kjennskap til forskning på feltet, vil denne studien ha relevans på flere måter. For det første har det i Norge i liten grad blitt forsket på sykehussosionomers praksis og kunnskapsbidrag. Selv om vi kan hente relevant kunnskap fra internasjonal forskning, vil det være viktig å minne om at kunnskap er situert og utviklet ut fra en spesifikk sammenheng (Malterud, 2017). Ulike kontekstuelle forhold både på nasjonalt og lokalt nivå vil ha påvirkning på rammer og muligheter til å utøve sosialt arbeid (Abbott, 1988; Harsløf et al., 2017). Å forske på norske



forhold vil derfor i seg selv kunne være et argument for studiens relevans ved at forskningskonteksten er lite utforsket og bidrar til å frembringe nye sider på feltet. I tillegg vil også den enkeltes forskers perspektiver ha betydning for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017).

Resultatene fra studien vil være relevante for sykehussosionomer som arbeider innenfor den konkrete konteksten. Men resultatene vil også i stor grad være overførbare til andre arbeidskontekster for sykehussosionomer og andre sosionomer som jobber innen det norske velferdssystemet. Samtidig vil det være ønskelig at studien har relevans ut over norske forhold. De anvendte begrepene grensearbeid, brobyggingsperspektiv og helsekompetanse vil ha relevans på tvers av kontekster og landegrenser. Begrepene representerer fenomener som er universelt gjenkjennbare.

Helsekompetanse, i kraft av å være forankret i FN's bærekraftsmål (FN-Sambandet, 2022) og Verdens helseorganisasjon (World Health Organisation, 1999), er en satsning det er relevant at alle sosialarbeidere forholder seg til. Satsingen på økt helsekompetanse i befolkningen er begrunnet ut fra et ønske om å motvirke sosial ulikhet i helse (Eichler et al., 2009) og står således helt på linje med den internasjonale definisjonen av sosialt arbeid (International Federation og Social Workers, 2014). I denne studien har fokuset vært rettet mot foreldres helsekompetanse og hvordan sykehussosionomer kan bidra til å styrke denne. Kunnskapen som er frembrakt er et bidrag til å øke bevissthet og kunnskap om hvordan sosialarbeidere i ulike arbeidskontekster kan være med å styrke brukeres helsekompetanse som et ledd i å jobbe for «sosial endring og utvikling, sosial utjevning samt myndiggjøring og frigjøring av mennesker» (International Federation og Social Workers, 2014).

Grensearbeid (Gieryn, 1983) er et begrep som beskriver hvordan diskurser og praksiser bidrar til å påvirke sosiale, symbolske og materielle grenser i tverrprofesjonelt samarbeid (Langley et al., 2019). Avhandlingen bidrar til å synliggjøre konkurrerende og samarbeidende samarbeidspraksiser hos sykehussosionomer, og viser hvordan praksisene kan ha innvirkning på sosialt arbeids posisjon i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Sosialarbeidere i de fleste arbeidskontekster samarbeider tverrprofesjonelt som en konsekvens av sosialt arbeids økologiske (Bronfenbrenner, 1979) forståelse av sosiale problemer. Kunnskap om hvordan ulike former for samarbeidspraksiser får betydning for grensearbeidsmekanismer ved samarbeid, gir grunnlag for å kunne ta aktive og informerte valg knyttet til konkurrerende eller samarbeidende samarbeidspraksiser.

Brobyggingskompetansebegrepet (Van Meerkerk & Edelenbos, 2020) vektlegger ulike former for kompetanse som er relevante og har betydning for interaksjon mellom mennesker.

Perspektivet fremhever sykehussosionomers relasjonelle kompetanser som er grunnleggende i deres arbeid med å bygge bro og se sammenheng mellom enkeltindivid og de ulike systemnivåene. Frem til nå har det vært beskjeden forskningsmessig interesse for den sentrale rollen relasjonelle kompetanser utgjør for sosialarbeidere i alle arbeidskontekster.

Brobyggingsperspektivet bidrar til å gi et rammeverk for å fremheve viktige kompetanser for sosialarbeidere, og derigjennom øke evnen til å artikulere flere aspekt av kompetanser.

Avhandlingens funn kan forstås som bidrag til å styrke sykehussosionomers legitimering av praksis og kompetanse som vil ha betydning for juridiksjonelle prosesser. Funnene fremhever aktuelle tverrprofesjonelle interaksjonsmekanismer og kompetanser, og understreker betydningen av å inkludere politisk initierte samfunnsoppdrag som del av praksisbegrunnelser. Økt kunnskap om de ulike aspektene vil kunne styrke yrkesgruppens aktualitet både på arbeidsplassen og som en samfunnsaktør. Kunnskapsbidraget øker sykehussosionomer mulighet til selv å ta aktivt del i juridiksjonelle prosesser, som vil være en måte å ta styring på egen yrkesgruppes utvikling. Det vil kunne styrke yrkesgruppens mulighet til å påvirke yrkesgruppens profesjonalisering innenfra ved å ta aktivt del i juridiksjonelle prosesser både på arbeidsplassen og på samfunnsnivå. Det vil igjen kunne ha innvirkning på profesjonaliseringsprosesser utenfra (Evetts, 2003).

#### *7.4.1 Implikasjoner for utdanning, praksis og forskning*

Avhandlingens funn viser at sykehussosionomers begrunnelse av praksis, hvordan de artikulerer og forstår sin kompetanse, og hvordan de posisjonering seg i stor grad er individorientert. Funnene tydeliggjør sykehussosionomenes kunnskap og kompetanse til å tilpasse tilnærminger for å møte individuelle behov i individets unike situasjon. Samtidig retter studien fokus på sammenhengen mellom livsbetingelser og helse, og jeg argumenterer for at sosionomer i større grad tar større ansvar for å tydeliggjøre denne sammenhengen. Dette vil ha implikasjoner både for utdanningene og praksisfeltet. Kunnskap om helse og sammenhengen mellom helse og livsvilkår må vektlegges i større grad i utdanningene (Retningslinjer for sosionomutdanningen, 2019). Og det nødvendiggjør at sosionomer i alle arbeidskontekster i større grad bevisstgjøres helseperspektivet og inkluderer helsespørsmål som del av behovskartleggingen.

På et overordnet nivå viser funnene et behov for å styrke sosialarbeidere i å nyttiggjøre seg kunnskap om strukturelle forhold for i større grad å synliggjøre sammenhengen mellom strukturelle og individuelle forhold. Utdanningene oppfordres til i å synliggjøre den praktiske relevansen ulike samfunnsvitenskapelige teorier kan ha for sosialt arbeid, og legge til rette for at studenter opparbeider seg mer kompetanse i å begrunne og handle også ut fra et makroperspektiv. Videre vil innsikten sosionomer har tilgang til gjennom enkeltmøter gi et solid grunnlag for i større grad å synliggjøre strukturelle forhold som har uheldig innvirkning på den enkeltes situasjon. Denne innsikten oppfordres sosionomer i større grad å dra nytte av.

Fremtidig forskning bør ta sikte på å utvide kunnskap ytterligere om hvordan sosionomer begrunner praksis og artikulere kompetanse med spesielt blikk på hvordan dette får betydning i tverrprofesjonelle samarbeid. Det vil være behov for både kvalitativ og kvantitativ forskning, og forskning med ulike perspektiver og ulike teoretiske posisjoner for å styrke kunnskapsgrunnlaget rundt disse forholdene. For å utvide kunnskap om sosionomers bidrag til å øke befolkningens helsekompetanse, vil det være behov for forskning på ulike praksisfelt der det benyttes ulike forskningsmetoder og perspektiver. Videre vil det være behov for å undersøke hvilke implikasjoner endringer i nasjonale retningslinjer for sosionomutdanningen (2019) har for sosionomers kunnskap om helse, og hvordan kunnskapen implementeres i praksis.

## Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (2005). Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions. *Sociological theory*, 23(3), 245-274. <https://doi.org/10.1111/j.0735-2751.2005.00253.x>
- Abendstern, M., Tucker, S., Wilberforce, M., Jasper, R., Brand, C., & Challis, D. (2014). Social workers as members of community mental health teams for older people: What is the added value? *The British Journal of Social Work*, 46(1), 63-80. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu122>
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00415.x>
- Allen, D. (2000). Doing occupational demarcation: The "boundary-work" of nurse managers in a district general hospital. *Journal of contemporary ethnography*, 29(3), 326-356. <https://doi.org/10.1177/089124100129023936>
- Allen, D. (2001). Narrating nursing jurisdiction: "atrocious stories" and "boundary-work". *Symbolic interaction*, 24(1), 75-103. <https://doi.org/10.1525/si.2001.24.1.75>
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101-109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Apesoa-Varano, E. C. (2013). Interprofessional conflict and repair: A study of boundary work in the hospital. *Sociological perspectives*, 56(3), 327-349. <https://doi.org/10.1525/sop.2013.56.3.327>
- Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., McKee, R., & Brown, J. B. (2018). The emerging role of social work in primary health care: a survey of social workers in Ontario family health teams. *Health & Social Work*, 43(2), 109-117. <https://doi.org/10.1093/hsw/hly003>
- Auslander, G. (2001). Social work in health care: What have we achieved? *Journal of Social Work*, 1(2), 201-222. <https://doi.org/10.1177/146801730100100206>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. The University of Chicago Press.
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Beddoe, L. (2013). Health social work: Professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work*, 12(1), 24-40. <https://doi.org/10.1177/1473325011415455>
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid. I B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I., & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Fagbokforlaget.
- Blom, B., Lalos, A., Morén, S., & Olsson, M. (2014). Hälso- och sjukvården - en central arena för socialt arbete. I A. Lalos, B. Blom, S. Morén, & M. Olsson (Red.), *Sosialt arbete i hälso- och sjukvård*. Natur & Kultur.
- Bondevik, H., & Engebretsen, E. (2020). Kunnskapsbasert praksis og translasjon: om kunnskapstyper og standardisering. I D. Jensen, M. Kjørstad, S. Seim, & P. A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. Gyldendal.
- Bosma, H., Johnston, M., Cadell, S., Wainwright, W., Abernethy, N., Feron, A., Kelley, M. L., & Nelson, F. (2010). Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliative Medicine*, 24(1), 79-87. <https://doi.org/10.1177/0269216309346596>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brazg, T. N. (2018). *The (Inter)Professional Identity of Hospital Social Workers: Integration and Operationalization of Profession-Specific Knowledge, Skills, and Values with Boundary-Spanning Competencies* [Doctor of Philosophy University of Washington].  
<http://hdl.handle.net/1773/43451>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiences by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronstein, L., Kovacs, P., & Vega, A. (2007). Goodness of fit: Social work education and practice in health care. *Social Work in Health Care*, 45(2), 59-76.  
[https://doi.org/10.1300/J010v45n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J010v45n02_04)
- Bryson, S. A., & Bosma, H. (2018). Health social work in Canada: Five trends worth noting. *Social Work in Health Care*, 57(8), 1-26. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1474161>
- Burm, S., Boese, K., Faden, L., DeLuca, S., Huda, N., Hibbert, K., & Goldszmidt, M. (2019). Recognising the importance of informal communication events in improving collaborative care. *BMJ Quality & Safety*, 28(4), 289-295. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007441>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Cootes, H., Heinsch, M., & Brosnan, C. (2021). Jack of All Trades and Master of None? Exploring Social Work's Epistemic Contribution to Team-Based Health Care. *British Journal of Social Work*.  
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa229>
- Craig, S. L., Bejan, R., & Muskat, B. (2013). Making the Invisible Visible: Are Health Social Workers Addressing the Social Determinants of Health? *Social Work in Health Care*, 52(4), 311-331.  
<https://doi.org/10.1080/00981389.2013.764379>
- Craig, S. L., Betancourt, I., & Muskat, B. (2015). Thinking Big, Supporting Families and Enabling Coping: The Value of Social Work in Patient and Family Centered Health Care. *Social Work in Health Care*, 54(5), 422-443. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1017074>
- Craig, S. L., Eaton, A. D., Belitzky, M., Kates, L. E., Dimitropoulos, G., & Tobin, J. (2020). Empowering the team: A social work model of interprofessional collaboration in hospitals. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 19, 100327.  
<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100327>
- Craig, S. L., & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*, 38(1), 7-16.  
<https://doi.org/10.1093/hsw/hls064>
- De Corte, J., & Roose, R. (2020). Social work as a policy actor: Understanding social policy as an open-ended democratic practice. *European Journal of Social Work*, 23(2), 227-238.  
<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1462768>
- Delany, C., Richards, A., Stewart, H., & Kosta, L. (2017). Five challenges to ethical communication for interprofessional paediatric practice: A social work perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 505-511. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1296419>
- Dennelly, L. (2019). Navigating psychosocial challenges in primary care with an integrated behavioral health model. *Clinical Social Work Journal*, 47(3), 276-283. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00708-0>
- Dewalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124 Suppl 3(3), S265. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>
- Dingemans, M., Blythe, J., & Dirksmeyer, T. (2014). Formats for other-initiation of repair across languages: An exercise in pragmatic typology. *Studies in Language. International Journal sponsored by the Foundation "Foundations of Language"*, 38(1), 5-43.  
<https://doi.org/10.1075/sl.38.1.01din>
- Döbl, S., Huggard, P., & Beddoe, L. (2015). A hidden jewel: Social work in primary health care practice in Aotearoa New Zealand. *Journal of primary health care*, 7(4), 333-338.  
<https://doi.org/10.1071/HC15333>

- Edlinger, G. (2015). Employer brand management as boundary-work: A grounded theory analysis of employer brand managers' narrative accounts. *Human resource management journal*, 25(4), 443-457. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12077>
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Ellingsen, I. T., & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Ellingson, L. L. (2003). Interdisciplinary Health Care Teamwork in the Clinic Backstage. *Journal of Applied Communication Research*, 31(2), 93-117. <https://doi.org/10.1080/0090988032000064579>
- Elwyn, G., Frosch, D. L., & Kobrin, S. (2015). Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implementation Science*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>
- Eriksen, E. O., & Molander, A. (2008). Profesjon, rett og politikk. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: discretionary decision-making and acquired regulation. *Work, employment and society*, 16(2), 341-353. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/095001702400426875>
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International sociology*, 18(2), 395-415. <https://doi.org/10.1177/0268580903018002005>
- Feryn, N., De Corte, J., & Roose, R. (2022). The DNA of Social Work as a Partner in Primary Health Care. *Social Work in Public Health*, 37(5), 407-418. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.2017381>
- Fjeldheim, S., Levin, I., & Engebretsen, E. (2015). The theoretical foundation of social case work. *Nordic Social Work Research*, 5(sup1), 42-55. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1067900>
- FN-Sambandet. (2022, 25. oktober). *FN's bærekraftsmål*. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- FO. (2017). *Global definisjon av sosialt arbeid*. Hentet 02.06.2022 fra <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/global-definisjon-av-sosialt-arbeid-article5620-1335.html>
- FO. (2019, 12. april). *Hvordan arbeider sosionomene i sykehusene?* <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>
- FO. (2019, november). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 03.05.2022 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Forinder, U. (2014). Sosialt arbeid med sjuka barn. I A. Lalos, B. Blom, S. Morén, & M. Olsson (Red.), *Sosialt arbeid i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Natur & kultur.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217), (2000). <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Fouche, C., Butler, R., & Shaw, J. (2013). Atypical alliances: The potential for social work and pharmacy collaborations in primary health care delivery. *Social Work in Health Care*, 52(9), 789-807. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.827147>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism : the third logic*. Polity Press.
- Gachoud, D., Albert, M., Kuper, A., Stroud, L., & Reeves, S. (2012). Meanings and perceptions of patient-centeredness in social work, nursing and medicine: a comparative study. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 484-490. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.717553>



- Gadamer, H.-G. (1989 (1960)). *Truth and method* (2. utg.). Sheed & Ward.
- Garud, R., Gehman, J., & Karunakaran, A. (2014). Boundaries, breaches, and bridges: The case of Climategate. *Research Policy*, 43(1), 60-73. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2013.07.007>
- Gawande, A. (2011). The hot spotters. *The New Yorker*, 86(45), 40-51. [https://camdenhealth.org/wp-content/uploads/2011/03/Gawande-Camden-Annals\\_17.pdf](https://camdenhealth.org/wp-content/uploads/2011/03/Gawande-Camden-Annals_17.pdf)
- Gibbons, J., & Plath, D. (2009). Single contacts with hospital social workers: the clients' experiences. *Social Work in Health Care*, 48(8), 721. <https://doi.org/10.1080/00981380902928935>
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American sociological review*, 48(6), 781-795. <https://doi.org/10.2307/2095325>
- Giles, R. (2016). Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 28(1), 25-33.
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode : ein historisk introduksjon*. Samlaget.
- Gilje, N. (2020). Hermeneutikk som metode. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & P. A. Tuft (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. Gyldendal.
- Giorgi, A. (1985). *Sketch of a psychological phenomenological method. Phenomenology and psychological research: essays*.
- Glaser, B., & Suter, E. (2016). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55(5), 395-408. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1116483>
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik* (K. Risvik & K. Risvik, Trans.; Ny utg.). Pax.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red), *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Gåfvæls, C. (2014). Sosialt arbeide i en medisinsk kontekst. I A. Lalos, B. Blom, S. Morén, & M. Olsson (Red.), *Sosialt arbeid i helse- og sjukvård*. Natur & Kultur.
- Hansen, R. (2017). Økosystemperspektiv. I R. Hansen & M.-B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid. En situert praksis*. Gyldendal.
- Haraway, D. (2013). *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. Routledge.
- Harsløf, I., Søbberg Nielsen, U., & Feiring, M. (2017). Danish and Norwegian hospital social workers' cross-institutional work amidst inter-sectoral restructuring of health and social welfare. *European Journal of Social Work*, 20(4), 584-595. <https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1188783>
- Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research*, 15, 249. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z>
- Healy, K. (2014). *Social work theories in context. Creating frameworks for practice*. Palgrave Macmillan Education.
- Hellesnes, J. (1984). Vitskapsteori eller fiks ide. *Norsk Filosofisk Tidsskrift*, 19(1), 1-7.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Helsepersonellkommisjonen*. Hentet 11.04.22 fra <https://nettsteder.regjeringen.no/helsepersonellkommisjonen/>
- Helsedirektoratet. (2021a). *Befolkningens helsekompetanse [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet Hentet 05.04.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>

- Helsedirektoratet. (2021b). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 05.04.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Hoel, K. C., & Rønnild, T. C. (2011). Tause selvfølgegjøringsprosesser–prosesser innen sosialt arbeids kunnskap. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 88(2), 74-81. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2011-02-03>
- Holliman, D. C., Dziegielewsk, S. F., & Datta, P. (2001). Discharge planning and social work practice. *Social Work in Health Care*, 32(3), 1-19. [https://doi.org/10.1300/J010v32n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J010v32n03_01)
- Horevitz, E., & Manoleas, P. (2013). Professional competencies and training needs of professional social workers in integrated behavioral health in primary care. *Social Work in Health Care*, 52(8), 752-787. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.791362>
- Huber, J. T., & Shapiroll, R. M. G., Mary L. (2012). Top Down versus Bottom Up: The Social Construction of the Health Literacy Movement. *The Library Quarterly*, 82(4), 429-451. <https://doi.org/10.1086/667438>
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global Definition of Social Work*. Hentet 03.05.2022 fra <https://www.ifsw.org/global-definition-of-social-work/>
- Isaksson, C., & Larsson, A. (2017). Jurisdiction in school social workers' and teachers' work for pupils' well-being. *Education Inquiry*, 8(3), 246-261. <https://doi.org/10.1080/20004508.2017.1318028>
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg.). Gyldendal.
- Jenssen, D. (2021). *Vitskapsteori i sosialt arbeid. Tilnærmingar og normative spørsmål*. Samlaget.
- Johannesdottir, H. (2006). Eva Koren . en pioner i sosialt arbeid. Om profesjonsutvikling i et historisk perspektiv. *Nordisk sosialt arbeid*, 26(1), 14-26. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2006-01-03>
- Johannesdottir, H., & Aamodt, L. G. (2019). *Pionerer i sosialt arbeid. Samtaler om profesjonalisering og yrkesidentitet*. Fagbokforlaget.
- Johannessen. (2018). Flertydighet og fleksibilitet. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(3), 242-258. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-03-04>
- Johannessen. (2022). Utenfor akademien: mot en utvidet forståelse av «abduktiv analyse» og teoriutvikling. *Norsk sosiologisk tidsskrift*(2), 1-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/nost.6.2.4>
- Johannessen, Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Johannessen, K. S. (1999). *Praxis och tyst kunnande* (Vol. 3). Dialoger.
- Johannessen, L. (2018). Workplace assimilation and professional jurisdiction: How nurses learn to blur the nursing-medical boundary. *Soc Sci Med*, 201, 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.004>
- Judd, R. G., & Sheffield, S. (2010). Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856-871. <https://doi.org/10.1080/00981389.2010.499825>
- Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), 579-596. <https://doi.org/10.1080/00981380902765592>
- Kerson, T. S. (2004). Boundary-Spanning. *Social Work in Mental Health*, 2(2-3). [https://doi.org/10.1300/J200v02n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J200v02n02_04)
- Kleppe, L. C. (2015). Sosialfaglig kompetanse. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. kleppe (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvarnström, S. (2007). *Interprofessionella team i vården: En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner* [Institutionen för medicin och hälsa]. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A24189&dsid=8148>



- Kvarnström, S., & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 244-252. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03719.x>
- Lamont, M., & Molnár, V. (2002). The study of boundaries in the social sciences. *Annual review of sociology*, 28(1), 167-195. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.28.110601.141107>
- Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B. E., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary work among groups, occupations, and organizations: From cartography to process. *The Academy of Management annals*, 13(2), 704-736. <https://doi.org/10.5465/annals.2017.0089>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Levin, I. (2021). *Hva er sosialt arbeid* (2. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1595-1602. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.037>
- Liberati, E. G. (2017). Separating, replacing, intersecting: The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary. *Social Science & Medicine*, 172, 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.008>
- Liechty, J. M. (2011). Health literacy: critical opportunities for social work leadership in health care and research. *Health & Social Work*, 36(2), 99-107. <https://doi.org/10.1093/hsw/36.2.99>
- Lilliehorn, S., Isaksson, J., & Salander, P. (2019). What does an oncology social worker deal with in patient consultations? - An empirical study. *Social Work in Health Care*, 58(5), 494-508. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1587661>
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2000). Patient-centered care: understanding its interpretation and implementation in health care. *Research and Theory for Nursing Practice*, 14(2), 165. <https://www.proquest.com/openview/3026b8cc47a2f6e986228cda687862db/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28849>
- Lymbery, M. (2005). United We Stand? Partnership Working in Health and Social Care and the Role of Social Work in Services for Older People. *The British Journal of Social Work*, 36(7), 1119-1134. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch348>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2005). Remediable or preventable social factors in the aetiology and prognosis of medical disorders. *Biopsychosocial medicine*, 39-58.
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Pax.
- Meier, N. (2015). Collaboration in Healthcare Through Boundary Work and Boundary Objects. *Qualitative Sociology Review*, 11(3), 60-82. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.11.3.05>
- Meijers, M. C., Noordman, J., Spreeuwenberg, P., olde Hartman, T. C., & van Dulmen, S. (2019). Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. *Family practice*, 36(3), 357-364. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz070>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelse - God helse - felles ansvar*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

- Messel, J. (2014). Sosialarbeiderne. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), *Profesjonshistorier*. Pax forlag A/S.
- Mitchell, C., Tazzyman, A., Howard, S., & Hodgson, D. (2020). More that unites us than divides us? A qualitative study of integration of community health and social care services. *MBC Family Practice*. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01168-z.pdf>
- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten : mekanismer for ansvarliggjøring. I A. Molander & J.-C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudier 2*. Universitetsforlaget.
- Molander, A., & Smeby, J.-C. (2013). Innledning. I A. Molander & J.-C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudier 2*. Universitetsforlaget.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Moore, M., Cristofalo, M., Dotolo, D., Torres, N., Lahdya, A., Ho, L., Vogel, M., Forrester, M., Conley, B., & Fouts, S. (2017). When high pressure, system constraints, and a social justice mission collide: A socio-structural analysis of emergency department social work services. *Social Science & Medicine*, 178, 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.014>
- Morriss, L. (2017). Being seconded to a mental health trust: The (in) visibility of mental health social work. *British Journal of Social Work*, 47(5), 1344-1360. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw022>
- Muskat, B., Craig, S. L., & Mathai, B. (2017). Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social Work in Health Care*, 56(8), 765-778. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1339761>
- Nicholas, D. B., Jones, C., McPherson, B., Hilsen, L., Moran, J., & Mielke, K. (2019). Examining professional competencies for emerging and novice social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 58(6), 596-611. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1601650>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ohnstad, B. (2022). *Autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer - en juridisk utredning*. FO. <https://www.fo.no/getfile.php/1347679-1654001618/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/FO%20-%20Rapport%20-%20Autorisasjon%20for%20barnevernspedagoger%20og%20sosionomer.pdf>
- Ow Yong, L. M., Goh, S. C., & Chew, J. F. H. (2021). Social Work Competencies in an Academic Medical Center: The Case of Singapore Health Services. *Health & Social Work*, 46(3), 210-217. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlab016>
- Peterson, E. B., Chou, W.-Y. S., Falisi, A., Ferrer, R., & Mollica, M. A. (2018). The role of medical social workers in cancer clinical trial teams: A group case study of multidisciplinary perspectives. *Social Work in Health Care*, 57(8), 688-704. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1477899>
- Pockett, R., Dzidowska, M., & Hobbs, K. (2015). Social work intervention research with adult cancer patients: a literature review and reflection on knowledge-building for practice. *Social Work in Health Care*, 54(7), 582-614. <https://doi.org/https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981389.2015.1046577>
- Raphael, D. (2016). *Social structure, living conditions, and health* (3 utg.). Candian Scholars.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Espin, S., & Lewin, S. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care*. John Wiley & Sons.
- Forskrift om nasjonale retningslinjer for sosionomutdanningen, (2019). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-409>
- Richards-Schuster, K., Ruffolo, M. C., Nicoll, K. L., Distelrath, C., Galura, J., & Mishkin, A. (2015). Exploring challenges faced by students as they transition to social justice work in the "real world": Implications for social work. *Advances in Social Work*, 16(2), 372-389. <https://doi.org/10.18060/18526>
- Rønnild, T. C., & Hoel, K. C. (2011). Tause selvfølgegjøringsprosesser - prosesser innen sosialt arbeids kunnskap. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 88(2), 74-81. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2011-02-03>

- Saxe Zerden, L. d., Lombardi, B. M., & Jones, A. (2019). Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. *Social Work in Health Care*, 58(1), 142-149. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1553934>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Seip, A.-L. (2010). Omsorgsansvar og samfunn. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 51(1), 135-150. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2010-01-06>
- Sernbo, E. (2019). *Med avstegen som arbetsplats—En etnografisk studie av hälso-och sjukvårdskuratorns arbete* [Doctorgradsavhandling, Göteborgs universitet]. <http://hdl.handle.net/2077/59806>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1\_suppl), 1-10.
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Hicks, E., Franke, T., & Stolee, P. (2015). "When things are really complicated, we call the social worker": Post-hip-fracture care transitions for older people. *Health & Social Work*, 40(4), 257-265. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv069>
- Sjöström, M. (2013). *To Blend in or Stand out? Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany* [Doktorgradsavhandling, Göteborgs universitet]. <http://hdl.handle.net/2077/34196>
- Sjöström, M. (2019). Health Care Social Work in Sweden. I R. Winnett, R. Furman, D. Epps, & G. Lamphear (Red.), *Health Care Social Work: A Global Perspective*. Oxford University Press.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Skedsmo, H. S., & Geirdal, A. Ø. (2011). The development of knowledge for somatic hospital social workers in Norway: Implementation of a knowledge tool. *Nordic Social Work Research*, 1(2), 141-157. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2011.613576>
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61), (2001). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stanhope, V., Videka, L., Thorning, H., & McKay, M. (2015). Moving toward integrated health: An opportunity for social work. *Social Work in Health Care*, 54(5), 383-407. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1025122>
- Stanley, S., & G, M. (2021). Professional competencies in social work students: emotional intelligence, reflective ability and empathy—a comparative and longitudinal analysis. *Social Work Education*, 40(7), 827-842. <https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1724933>
- Stuart, K. (2021). Biopsychosocial determinants of wellbeing—a blueprint for tackling well-being inequalities? *SCIREA Journal of Sociology*, 5(3), 134-154. <https://insight.cumbria.ac.uk/id/eprint/6194>
- Sung, N. S., Crowley, W. F., Jr, Genel, M., Salber, P., Sandy, L., Sherwood, L. M., Johnson, S. B., Catanese, V., Tilson, H., Getz, K., Larson, E. L., Scheinberg, D., Reece, E. A., Slavkin, H., Dobs, A., Grebb, J., Martinez, R. A., Korn, A., & Rimoin, D. (2003). Central Challenges Facing the National Clinical Research Enterprise. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 289(10), 1278-1287. <https://doi.org/10.1001/jama.289.10.1278>
- Sur, D., Ashcroft, R., Adamson, K., Tanner, N., Webb, J., Mohamud, F., & Shamsi, H. (2022). Examining diagnosis as a component of Social Workers' scope of practice: a scoping review. *Clinical Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10615-022-00838-y>
- Svärd, V. (2014). Hospital social workers' assessment processes for children at risk: positions in and contributions to inter-professional teams. *European Journal of Social Work*, 17(4), 508-522. <https://doi.org/10.1080/13691457.2013.806296>
- Swedlow, B. (2007). Using the Boundaries of Science to do Boundary-Work among Scientists: Pollution and Purity Claims. *Science & Public Policy - SCI PUBLIC POLICY*, 34, 633-643. <https://doi.org/10.3152/030234207X264953>

- Sørensen, K., Karuranga, S., Denysiuk, E., & McLernon, L. (2018). Health literacy and social change: exploring networks and interests groups shaping the rising global health literacy movement. *Global Health Promotion*, 25(4), 89-92. <https://doi.org/10.1177/1757975918798366>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Brand, H., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonszka, Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Thomassen, M. (2020). Hermeneutikk som refleksjon og livsfortolkning. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & P. A. Tuft (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. Gyldendal.
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis. *Sociological theory*, 30(3), 167-186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>
- Van Meerkerk, I., & Edelenbos, J. (2018). *Boundary spanners in public management and governance: An interdisciplinary assessment*. Edward Elgar Publishing.
- Van Meerkerk, I., & Edelenbos, J. (2020). Becoming a Competent Boundary Spanning Public Servant. In. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03008-7\\_39-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03008-7_39-1)
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Seek a/s.
- Wallace, C., Farmer, J., & McCosker, A. (2018). Community boundary spanners as an addition to the health workforce to reach marginalised people: a scoping review of the literature. *Human Resources for Health*, 16(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0310-z>
- Walter-McCabe, H. A. (2020). Coronavirus pandemic calls for an immediate social work response. *Social Work in Public Health*, 35(3), 69-72. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1751533>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company.
- Williams, P. (2012). We are all boundary spanners now? *International Journal of public Sector Management*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.1108/09513551311293417>
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Universitetsforlaget.
- Woodruffe, C. (1993). What Is Meant by a Competency? *Leadership & Organization Development Journal*, 14(1), 29-36. <https://doi.org/10.1108/eb053651>
- World Health Organisation. (1999). *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European region*. Hentet 11.04.22 fra [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)
- World Health Organization. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. World Health Organization, Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>
- Ybema, S., Vroemisse, M., & van Marrewijk, A. (2012). Constructing identity by deconstructing differences: Building partnerships across cultural and hierarchical divides. *Scandinavian Journal of Management*, 28(1), 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2011.12.006>
- Ølgaard, B. (2004). *Kommunikasjon og økomentale systemer. En introduksjon til Gregory Batesons forfatterskab*. Akademisk forlag.
- Aadnanes, M. (2017). *Vold mot barn og unge i nære relasjoner: Forståing, konseptualisering og sosialfaglege perspektiv* [Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus]. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/6142/A-17-12-Aadnanes-manus.pdf?sequence=3>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.



## NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Sykehussosionomens rolle i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn

#### Referansenummer

150884

#### Registrert

26.02.2019 av Ida Mannsåker - idamanns@oslomet.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ida Krag-Rønne Mannsåker, idamanns@oslomet.no, tlf: 98676885

#### Type prosjekt

Forskerprosjekt

#### Prosjektperiode

01.03.2019 - 30.09.2022

#### Status

02.04.2019 - Vurdert

#### Vurdering (1)

---

##### 02.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 02.04.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER  
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:  
[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger helse og alminnelige personopplysninger frem til 30.09.2022.

#### HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å

forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf.

Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

b242

Chat med NSDs personvernrådgivere

Vedlegg til Databehandleravtale for prosjekter der HiOA er knyttet til  
USIT/TSD med en overordnet databehandleravtale.

**Prosjektnavn**

[oppgis]

Sykehussosionomens rolle i akuttfasen ved kritisk sykdom hos barn

**Prosjektleder**

(navn)

[oppgis]

Ida Krag-Rønne Mannsåker

**Fakultet/enhet**

[oppgis]

Sosialt arbeid og sosialpolitikk, OsloMet - storbyuniversitetet

**Prosjektadministrator**

(den som registrerer prosjektet i TSD)

[oppgis]

Ida Krag-Rønne Mannsåker

**Prosjektadministrator e-post**

[oppgis]

idamanns@oslomet.no

**Prosjektadministrator telefon**

[oppgis]

98676885



**Formell referanse til prosjektet**

[oppgis]

**Public360-nummer**

(Dersom REK opplyses også Public360-nummer)

REK-nummer

NSD-nummer

**Representasjon av identitet til de inkluderte**

[oppgis]

Direkte  
identifiserende  
personopplysninger

- Ja  
 Nei

Aidentifiserte  
personopplysninger

- Ja  
 Nei

Hvor/hvordan  
lagres  
koblingsnøkkel?  
[beskrives]

Koblingsnøkkel vil bli oppbevart i låsbart skap på prosjektleders låsbare kontor.

**Sluttdato for prosjektet**

[oppgis ved å angi år]

**Dato for utløp av godkjenning med kortest varighet (sluttdato for NSD/REK godkjenning/konsesjon fra Datatilsynet)**

[oppgis ved dato]

**Kort beskrivelse av de sensitive data som skal lagres i prosjektet**

Lydopptak fra intervju med sosionomer, helsepersonel og foreldre. Det vil ikke inneholde direkte indentifiserbare opplysninger som personnummer, sted, navn eller diagnoser. Innholdet vil i hovedsak omhandle opplevelser ved samarbeid mellom partene.

Informasjon inkludert tilhørende linker bekreftes lest og forstått ved signatur på dette dokumentet

USIT vil ikke under noen omstendigheter levere ut data fra prosjektet til andre enn prosjektets registrerte medlemmer (brukere). Prosjektets deltakere (brukere i TSD) er de eneste som vil kunne aksessere, importere og eksportere data. Evt utlevering av data må prosjektet selv stå for. Data kan da krypteres inne i TSD og eksporteres og utleveres kryptert.

Prosjektleder bekrefter med dette å være kjent med HiOA sine retningslinjer for personvern, databehandling og forskningsetikk.

Prosjektleder bekrefter med dette ytelse fra TSD ut over standard tjenestene (som ekstra lagringsplass, maskinkraft, software, databaser el lign) faktureres ihht TSDs gjeldende priser for UH-sektor.

Prosjektleder er ansvarlig for at man benytter direkte identifiserbare data så lite som overhodet mulig inne i TSD. Ved bruk av Nettskjema + minID/BankID skal personnummer vaskes bort og koblingsnøkkel lagres slik at den er tilgjengelig for så få prosjektdeltakere som mulig.

Endringer i prosjektets formål og type data som behandles skal meldes med ny versjon av dette vedlegget til USIT/TSD.

Dato 12/4 - 2018

J. K. R. 

Signatur prosjektleder

---

Alle nødvendige prosjektgodkjenninger foreligger og er kontrollert gyldige


FOU-rådgiver (signatur)

Inger Flatland

Blokkbokstaver

INGER JOHANNE FLATLAND

Instituttleder/forskningsansvarlig (signatur)

N. Aumun / 

Blokkbokstaver

NILVE HENNUM

NILVE HENNUM

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ***”Sykehussosionomens rolle i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn”?***

Dette er et spørsmål til deg som sykehussosionom om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvorfor sykehussosionomer gjør som de gjør i samarbeid foreldre i en akutfase og tverrfaglig helsepersonell og se dette i lys av sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag. Invitasjonen gir deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Når foreldre opplever at deres barn bli akutt og kritisk syk, er det mye de skal håndtere, ikke minst møte med ulike faggrupper og profesjoner. Hvordan sosionomene selv begrunner sine oppgaver i møte med foreldre til akutt syke barn, hvilke intervensjoner de bruker og hvordan de forholder seg til teorier i sosialt arbeid og artikulere egen kunnskap i møte med disse familiene er det forsket og skrevet lite om. For å synliggjøre det viktige arbeidet sosionomer på sykehuset gjør, ønsker jeg å intervju sosionomer på de ulike sykehusene i Norge som møter foreldre i en akutfase der barnet har blitt kritisk syk.

Dette er en PhD-studie der målet er å belyse følgende problemstilling: *sykehussosionomens rolle i akutfasen ved kritisk sykdom hos barn – hvordan artikulere og begrunner sosionomer i sykehus sin kunnskap og intervensjoner, og hvordan oppleves disse i et tverrfaglig perspektiv og av foreldre i en akutfase*

For å belyse problemstillingen vil sosionomene inviteres til å delta i den kvalitative studien. Datainnsamling vil være gjennom intervjuer.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Jeg er ansatt som stipendiat ved OsloMet – Storbyuniversitetet, som er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du er ansatt som sosionom på et sykehus som behandler barn med akutt sykdom. For å sikre et tilstrekkelig antall respondenter, sendes invitasjon til sosionomer som jobber på tilsvarende sykehus i Norge. Det benyttes kontaktopplysninger jeg har fått tilgang til fra eget sosionomnettverk på Oslo Universitetssykehus hvor jeg tidligere var ansatt.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju som vil ta ca. 45-60 minutter. Intervjuet vil vektlegge den konkrete og praktiske erfaringen du som sosionom gjør deg i hverdagen med utgangspunkt i konkrete situasjoner du står oppe i. Om du har gjort noen tanker om teorier du støtter deg til, vil du få muligheten til å si noe om det.

Intervjuet vil foregå der det er best for deg som deltager, og det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet. Hvert intervju vil i sin helhet bli transkribert.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du allikevel når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene beskrives i dette skrivet. Alle opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil være min veileder og jeg som har tilgang til opplysningene. For å sikre at ingen uvedkomne skal ha tilgang til personopplysningene, vil navnet og kontaktopplysningene dine erstattes med en kode som lages på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på forskningsserver som krever eget passord for å få tilgang til..

Deltagerne skal ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Eventuelle bruk av sitat vil bli anonymisert slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne dette for andre.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes medio 2022. Avidentifiserte data oppbevares på forskningsserver ut over dette etter gjeldende regelverk i inntil 5 år.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet - Storbyuniversitetet ved stipendiat Ida Krag-Rønne Mannsåker, [idadamanns@oslomet.no](mailto:idadamanns@oslomet.no), tlf. 67237595/98676885 eller veileder, professor Amy Østertun Geirdal [amyoge@oslomet.no](mailto:amyoge@oslomet.no), tlf. 47 67 23 81 50/ 48 19 66 20.
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen [ingridj@oslomet.no](mailto:ingridj@oslomet.no) tlf. 67235534
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Jeg håper du har lyst og anledning til å delta i denne studien, og at du bekrefter dette ved å enten signere og scanne vedlagte samtykke-erklæring og sende denne på mail, eller at du sender en mail og bekrefter at du ønsker å delta. Jeg vil deretter ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervju.

Med vennlig hilsen

Ida Krag-Rønne Mannsåker  
Prosjektansvarlig  
(Forsker)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Sykehussosionomens rolle*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. medio 2022

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Intervjuguide – semistrukturert intervju med sosionomer

**Sykehussosionomens rolle i akuttfasen ved kritisk sykdom hos barn – hvordan artikulerer og begrunner sosionomer sin kunnskap og intervensjoner i denne sammenhengen?**

#### **Introduksjon: fokus på akutt og kritisk syke barn**

Bakgrunnsinformasjon:

Alder:

Utdanning:

Arbeidserfaring totalt og på sykehus:

Rutiner for henvisning:

#### **Familiens behov i den første akutte fasen**

Hva kjennetegner en situasjon som er akutt og kritisk?

Hva er din opplevelse av foreldrenes behov i denne fasen?

- Generelle behov?
- Mer spesifikke behov knyttet til ulike faktorer som økonomi, kultur, religion, utdanningsnivå?

Hva er din opplevelse av hva foreldre er opptatt av i møte med deg?

- Generelle behov?
- Mer spesifikke behov knyttet til ulike faktorer som økonomi, kultur, religion, utdanningsnivå?

Hvordan tror du foreldrene opplever betydningen av møte med sosionom?

#### **Møte med foreldre**

Fortell om det siste møte med pasient/ foreldre ved akutt og kritisk sykdom

Forslag til spørsmål:

- Hvordan forbereder du deg?
  - Hvor er samtalen?
  - Hvem er til stede?
  - Hvordan presenterer du deg?
  - Har du gjort deg noen tanker om hvorfor du starter en samtale på denne måten?
  - Hvem/hva styrer samtalen?
- 
- Nonverbal kommunikasjon – noen vurderinger/ betraktninger rundt dette?
  - Hva tenker du er hensikten med dette møtet?

- Hvilke behov tenker du er sosionomens oppgave å dekke?
- Tenker du det kan være viktig å kartlegge sårbarhetsfaktorer for barnet/ familien?
- Med tanke på foreldrenes mestring, hva blir viktig å forberede dem på/ legge til rette for dem?
- Hva avgjør hvilke temaer som blir snakket om?
- Hvilke tema velger du ikke å gå inn på?
- Hva er grunnet til at du velger/ velger ikke å ha fokus på disse temaene?
- Hva tenker du er viktig å ha kunnskap om når du møter foreldre i akutt krise?
- Hvordan forholder du deg til følgende temaer:
  - sorg og kriseteori
  - hvordan man hindrer at den stressor som alvorlig og kritisk sykdom representerer, oppleves traumatisk for barnet?
  - Forberedelse til og ivaretagelse av barnet i prosedyresituasjoner
  - Skape trygghet gjennom oversikt, forutsigbarhet og kontroll
  - Vanlige reaksjoner hos barnet i den første fasen ved

For søsken:

- Vanlige reaksjoner
- Behov for informasjon og tilstedeværelse på sykehuset

For foreldre:

- Behov og reaksjoner

### **Tverrfaglighet rundt pasient og familie i den akutte fasen:**

- Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet organisert?
- Hvilke strukturer er det for tverrfaglig interaksjon?
- Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet? (For hvem er det nyttig, hvordan, hvorfor)
- Hvilken kunnskap bringer du med inn i det tverrfaglige?
- Hvilket bilde tror du andre faggrupper har av hva sosionom bidrar med?
- Hvordan ønsker du at andre faggrupper bruker deg som sosionom?
- Hvordan forholder du deg til andre yrkesgruppers innfallsvinkler?
- Samarbeider du med psykolog/ psykiater?
- Hvordan samarbeider dere?
- Hva tenker du om å samarbeide med psykolog/ psykiater?
- Er du opptatt av noen av temaene de er opptatt av?
- Hva tenker du rundt behandlingstraumer, tilknytning?
- Er det viktig for sosialarbeidere å kunne noe om disse temaene?

### **Artikulering av kunnskap**

- Hva tenker du om betydningen av å artikulere kunnskap?
- For hvem kan det være viktig? For sosionomen? For andre?






## Artikkel 1

Mannsåker, I. K. R., Vågan, A., Geirdal, A. Ø., & Stenberg, U. (2021). Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children. *European Journal of Social Work* 26(1), 121-133.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016645>



# Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children

## Sykehussosionomers bidrag til å styrke helsekompetanse hos foreldre til akutt og kritisk syke barn

Ida Krag-Rønne Mannsåker <sup>a</sup>, André Vågan<sup>b</sup>, Amy Østertun Geirdal<sup>a</sup> and Una Stenberg<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Faculty of Social Science, Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway; <sup>b</sup>Norwegian National Advisory Unit on Learning and Mastery in Health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway; <sup>c</sup>Frambu Resource Center for Rare Disorders, Siggerud, Norway

### ABSTRACT

Hospital social workers often engage in health literacy activities to support patients' and families' functioning and adjustment to illness, but social work literature has seldom used health literacy terminology. This paper reports on a qualitative study of paediatric hospital social workers' understanding of the needs of parents with acutely ill children and how their contributions may accommodate these needs to strengthen parental health literacy. Utilising systematic text condensation, the study reveals four themes: (1) understanding of medical information, (2) counselling and service coordination, (3) emotional needs, and (4) timing of information. The findings suggest that hospital social workers make valuable additions to health literacy.

### SAMMENDRAG

Sykehussosionomer jobber med å fremme sykdomsmestring hos pasienter og deres familier. Sette arbeidet har i liten grad blitt omtalt som et bidrag til å styrke helsekompetansen til pasienter og pårørende. Artikkelen bygger på en kvalitativ studie med pediatrike sykehussosionomer, om deres forståelse av foreldres behov når et barn er akutt og kritisk sykt, og hvordan de møter disse behovene på måter som kan bidra til å styrke foreldrenes helsekompetanse. Det har blitt benyttet Systematisk tekstkondensering som analysemetode for å komme frem til fire temaer; (1) å forstå medisinsk informasjon, (2) veiledning og koordinering av tjenester, (3) følelsesmessige behov, og (4) timing av informasjon. Funnene støtter opp om at sykehussosionomenes arbeid kan bidra til å styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse. Deres helhetlige tilnærming kan utgjøre verdifulle bidra til helsekompetansefeltet.

### KEYWORDS



Hospital social work; health literacy; parental needs; paediatric; acute

### NØKKELOD

Sosialt arbeid på sykehus; helsekompetanse; foreldrebehov; pediatri; akutt

## Introduction

Health literacy has become an area of increasing interest for policymakers and an important concept in health care that helps to increase efficiency and reduce health expenditures (Eichler et al., 2009;

**CONTACT** Ida Krag-Rønne Mannsåker  idamanns@oslomet.no, imannsaaker@gmail.com  Oslo Metropolitan University, Storbuniviersitetet. Pb. 4, St. Olavs plass 0130 Oslo Norway

© 2021 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group  
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Haun et al., 2015). Health literacy is acknowledged as a critical determinant of health by the World Health Organization and is referred to as ‘the personal and relational factors that affect a person’s ability to acquire, understand and use information about health and health services’ (Batterham et al., 2016). Low health literacy has an impact on poor health outcomes (Nutbeam, 2000; Sorensen et al., 2012) and is interlinked with social disadvantages – such as low levels of education and income – and immigration status (Beauchamp et al., 2015; Bo et al., 2014; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). The complexity of health organisations may affect how individuals access and engage with information and health care. This interaction promotes health care organisations’ responsibility to improve their health literacy responsiveness to individual health literacy needs (Herndon et al., 2011). To be able to meet individual health literacy needs, however, a focus expanded beyond health communication and health education, which recognises the importance of social, economic, and environmental conditions, is required (Nutbeam, 2000; Sorensen et al., 2012).

For more than a century, hospital social workers have often engaged in health literacy activities with patients and families (Findley, 2015; Liechty, 2011). Yet, social work literature seldom uses health literacy terminology to describe hospital social work. Nor has social work contributed much to health literacy research. The concern about the connection between low health literacy and social disadvantages should indicate a great potential for a productive alignment between social work theory and health literacy (Liechty, 2011). For instance, the ecosystemic person-in-environment framework (Hamilton, 1951), characterising social work, could provide a broader understanding of factors on different levels that influence patients’ and families’ health literacy by accounting for the complexity of the interaction between the individual and his or her environment (Green & McDermott, 2010). Furthermore, combining different theories and models with the person-in-environment framework may allow for expanded understandings of complex social and human mechanisms. One example may be the psychological trauma model’s *window of tolerance* (Siegel, 1999), which can be used to better understand how stress caused by social and medical conditions can have an impact on patients’ and families’ health literacy. The window of tolerance is used to describe the zone of arousal, the space where a person is able to function most effectively, which affects the ability to readily receive, process, and integrate information (Corrigan et al., 2011).

Empirical studies suggest that children’s health outcomes may be related to parental health literacy (de Buhr & Tannen, 2020; DeWalt et al., 2007; DeWalt & Hink, 2009; Sanders et al., 2009; Yin et al., 2007). The literature has shown that parents with low health literacy, compared to parents with a higher level, have less health knowledge and demonstrate health behaviours that are less beneficial to the child’s health (DeWalt & Hink, 2009). Parental health literacy skills are particularly important in acute and critical situations where they often must process information about complex conditions and make critical decisions rapidly (Herndon et al., 2011). However, the relationship between limited parental health literacy and poor health outcomes can be influenced by health care variables and the interaction between a provider and the parents (Chisholm-Burns et al., 2018; Wilder et al., 2016). Health care providers’ responsiveness to patients’ needs has proven integral to compensating for limited health literacy (Farmanova et al., 2018).

During the last few decades an increasing number of studies on the association between parental health literacy and a child’s health have been published (de Buhr & Tannen, 2020). However, to the best of our knowledge there is a lack of research exploring how hospital social workers’ in general and paediatric hospital social workers specifically contribute to strengthening parental health literacy. To address this gap, we asked the following research questions: (1) How do hospital social workers in acute paediatric care understand parents’ needs? and (2) How do they describe their contribution to these needs in ways that might strengthen parental health literacy?

## Background

As part of hospital-based interprofessional teams, hospital social workers work collaboratively to provide psychosocial support and counselling to patients and families to adjust to their situations,

supporting their ability to cope with the practical, psychosocial and economic issues connected to an illness (Craig et al., 2015; McLaughlin, 2016; Muskat et al., 2017). In Norway, there is no general regulation of work tasks for hospital social workers. However, the Norwegian Union of Social Workers (FO) has on its website described that central hospital social worker tasks are to provide psychosocial support and counselling to strengthen patients and their next of kin's ability to cope with the situation by seeing the person with the diagnosis in a social context. The approach is aimed at conditions where the disease leads to psychological reactions for patients and relatives and where living-condition factors such as income, work, education and housing are affected. The tasks often include collaboration with municipal services and user organisations, but the main working method is the individual encounters (FO, n.d.). This description reflects the main features of hospital social workers' role performance, although the lack of common state guidelines allows for individual differences.

The description of hospital social work in Norway does not differ significantly from previous international studies that have examined hospital social workers' key interventions. In general, hospital social workers' interventions are found to be 'personalised, carefully constructed and formulated to fit' emergent and existing unique needs of each patient and family (Muskat et al., 2017, p. 773). Identifying the level of support, assessment of emotional and psychosocial needs, financial and practical needs and the need for coordination of services is central (Lilliehorn et al., 2019; Muskat et al., 2017; Pockett et al., 2020; Wiggins et al., 2018). In their study, Pockett et al. (2020) found that psychosocial assessment was the most frequent intervention among Australian oncological social workers. Providing emotional support and family-oriented care (i.e. crisis intervention, bereavement counselling, techniques such as active listening and reframing) to patients and families at times of crisis in order to reduce distress has also been emphasised by other researchers (Craig et al., 2015; Judd & Sheffield, 2010; Lilliehorn et al., 2019; Wiggins et al., 2018). Other important hospital social work interventions seem to be practical interventions, such as providing financial resources and connecting with community resources (Muskat et al., 2017). Existing literature refers to having an ill child entailing significant costs (Craig & Muskat, 2013; Keefe et al., 2009; Moon et al., 2019; Muskat et al., 2017), and reduced income caused by the need for full-time caregiving (Muskat et al., 2017). The hospital social worker's role in financial counselling and guiding to supplementary income thus stands out as an essential part of the overall role, especially for families with financial challenges (Muskat et al., 2017). The advocacy role the hospital social worker undertakes with community services and organisations facilitates the patient's transition from the hospital to the community (Judd & Sheffield, 2010). Communicating, mediating or advocating with the medical treatment team on the behalf of patients and families when they are dissatisfied with the treatment or in conflicts with the team increases patients and families' experiences of support (Wiggins et al., 2018).

## Materials and methods

### Design

This article draws on a qualitative study that explored hospital social workers' experiences working with parents of acutely and critical ill children. To explore in depth the individuals' unique understandings and experiences, semi-structured individual interviews were considered appropriate (Charmaz, 2006). The interview approach was based on the premise of social interaction as a way to generate data.

### Recruitment and respondents

The inclusion criterion was that participants were educated social workers and in direct practice roles in paediatric acute wards. Twenty-four social workers were identified among 17 hospitals in Norway

that had paediatric wards. The participants were recruited through an email sent to their superior. To ensure the participants' anonymity and volunteer participation, the response to the invitation was returned directly to the researcher. All participants completed informed consent forms.

### **Data collection**

The interviews were conducted between May and October 2019. Each interview was conducted in Norwegian and lasted between 56 and 90 minutes, with an average of 72 minutes. Questions from a semi-structured interview guide were used, not in a specific order but adapted to answers provided by the participants. The interviews mainly took place at the participant's workplace. For practical reasons one participant was interviewed over the telephone. All interviews were recorded and transcribed verbatim. The interview quotes were translated by the first writer and reviewed by a colleague. The software NVIVO 12 Pro was used to manage data. The project was approved by the Norwegian Center for Research Data 04.02.19 (ref. no. 150884).

### **Data analysis**

The interviews and the main analysis were conducted by the first author. The data were analysed using the four-step process from Malterud's systematic text condensation (Malterud, 2012). Based on general impressions in the initial step, the transcriptions were coded into 11 identified themes. Each code group was subjected to abstraction by condensing the content and recontextualized by summarisation as generalised descriptions. By working with these analytic texts, a close connection between several of them was recognised and led to a merging into three final code groups. The findings presented in this study are four themes from one of the code groups, called *descriptions of needs and contributions*. The themes are *understanding of medical information, counselling and service coordination, emotional needs, and timing the information*.

### **Findings**

Out of 24 hospital social workers invited to participate in the study, 19, representing 12 hospitals, responded positively. Three rejected the invitation and two did not respond. The participants were Scandinavian women with an average age of 49.5 years (35–68). Their average hospital seniority was 12 years (1–35 years) and average duration of their seniority was 24.6 years (13–42 years). Seventeen of the nineteen social workers held a master's degree or had additional training beyond a bachelor's degree in social work.

The following presentation of each theme starts with the social workers' understanding of parental needs (A) followed by their description of their contribution to these needs (B).

#### ***Understanding of medical information***

##### ***Parents' need to understand medical information***

An important parental need, according to the participants, concerned the need to understand medical information. Parents' lack of understanding is challenging, as they struggle to get a sense of control of the situation and experience predictability. According to the social workers, unfamiliar medical terms may reduce parents' understanding of their child's medical condition and situation. The participants reported becoming aware of this challenge in various situations. Generally, parents directly expressed how they understood the medical information:

Some say, 'They [the physicians] were very good at explaining and I had time to ask' But some say, 'Honestly, I didn't understand much of what they said'. (SW18)

Other times it was expressed indirectly, as when a social worker was helping a parent fill out an application and revealed an understanding of the sons' newly diagnosed diabetes as fatal. Other situations concerned poor language proficiencies, where the use of an interpreter represented vulnerability to incomplete understanding. This was illustrated by a conversation where a doctor told the parents that their child would not survive. When the parents reacted with a smile, it was obvious that the interpreter had failed to convey the actual message.

Some of the participants occasionally experienced how parents with alternative perceptions challenged the established knowledge on children's needs. An example may be about not providing age-appropriate information about the disease in the hope of protecting the child.

### *Social workers' contribution to identifying medical information needs*

Social workers' assessments of medical information needs were related to their professional knowledge acquired through several years of experience in hospital practice. Most participants pointed out the value of this experience when preparing for and meeting with parents. The social workers' accumulated insights into medical matters were essential for how they used the medical situation as an opportunity to establish contact. One opening phrase could be 'what do you know about further treatment?'. Parents' answer to this question provided a chance to assess parents understanding of the medical situation.

Drawing on experiences that understanding can affect how parents inform a sick child and their siblings, the social workers found that ensuring adequate understanding was important. A majority of the social workers saw it as part of their task to support parents in this manner. At the same time the social workers emphasised their non-medical role, avoiding disclosure of medical information not yet provided by their physician:

So I am very careful to ... or that's for the parents themselves to say. Because if I say something wrong there, that the child is maybe going to have radiation, and then ... oh no, they haven't heard anything about it. Right? Then I just cause them anxiety and worries. (SW10)

Using their medical understanding, however, the social workers could formulate adequate questions without conveying unknown medical information.

A large proportion of the participants talked about how they met parents' need for advice regarding what information to give the child or their sibling(s), ways of talking, and useful words. As one social worker explained,

You don't have to say everything, but what you say must be true. Because kids, they just catch things, and fill in the rest with their imagination, and what they imagine can often be much worse than reality. (SW12)

Usually the social workers noticed it was sufficient to make parents aware of children's needs. But some found this was not enough to change parents' perceptions about not informing their children about a diagnosis and prognosis. One of the social workers problematised the extent to which they should tolerate views that deviated from established knowledge.

### *Counselling and service coordination*

#### *Parents' need for financial and social rights' information and coordination of services*

Social workers often found parents' knowledge of financial and social rights and coordination of services regarding severe illness to be limited. The parents needed to be informed about basic rights assured by the Norwegian welfare state, like sick leave related to sick children, securing income during hospitalisation, and coverage of expenses for medicines and transport. Many parents needed advice and help with organising care of siblings. As one participant put it,

When you are in crisis, you are less able to sort things out, in a way. Yes, how to go about it. (SW3)

The social workers pointed to financial concerns, overwhelming emotions, and a lack of knowledge about the health care system as factors that may increase the need for support. Insufficient language skills further increased vulnerability:

One thing is if you don't know the language. But if you have no knowledge of the Norwegian system at all, then this is a difficult welfare system to explain, I think. They don't have the same words either, even if you use an interpreter; there are no words for those things. (SW3)

### ***Social workers' contribution to identifying the need for financial and social rights' information and service coordination***

The social workers considered providing access to resources to be one of their main tasks. Even if parents did not raise the issue, the social workers saw it as their responsibility to make parents aware of possibilities:

We know what we should be doing, and we know what they are entitled to, so they don't have to wonder ... and spend their energy on that. (SW12)

For some parents a great deal of help was required from the social worker, such as establishing contact with service offices, filling out application forms, and contacting their employer to make them aware of their responsibility. Sometimes help with housing or access to daycare for siblings were provided to benefit the ill child. However, it varied to what extent social workers offered extended services beyond issues directly related to hospitalisation. Assessments of the extent to which they should provide these services were challenging dilemmas for the social workers.

Another task could be to advocate internally for sick leave. One social worker referred to a conversation between her and a physician about sick leave for a parent:

Then I say, 'You have to. They get no money.' Then he says, 'No money?' I, 'No, they have no money in their account.' (SW18)

The social workers were often contacted several times by the same parents as someone who knew their story and might accommodate their needs. Within a context dominated by a lack of staff continuity, stability was something most of the participants expressed as significant for reducing parents' stress during a child's hospitalisation. In addition, to increase parents' sense of control by sorting out what should be handled was perceived as way of reducing stress:

When you have the practical things sorted out, that 'this is ok, this is what you do, I will do this, together we'll get it done', then I feel like they can breathe again. (SW1)

## ***Emotional needs***

### ***Emotional needs as parents***

According to several of the social workers, a sick child and their siblings also need safety, sufficient information, and emotional support. Many parents expressed concerns about their children's reactions and the consequences of illness for the future. Therefore, they sought the social workers' advice on how to best meet children's needs:

They want to do the right things, or they want to say the right things, or they are really scared of doing something wrong. (SW17)

Other parents wished to be strengthened in their caring role. Social workers observed how parents' concerns effected their ability to take the child's perspective. The strange and unknown situation in which parents are supposed to manage appeared in different ways for the parents. The social workers experienced that while some parents seemed to be practically oriented and focused on organising, others were deeply affected by concerns regarding the sick child, siblings, or emotional reactions within themselves or from their partner. Participants also saw that most parents were pre-occupied with the sick child and their siblings at the expense of their own or the couple's needs.



### ***Social workers' contribution to emotional needs***

The social workers in the study seldom interacted directly with the sick child or their siblings. However, many saw it as their job to help with parenting. As one participant said,

Try to make them aware of the child and say that you are important. 'Now you are the important ones here' and reassure them that they can get through it together. (SW17)

Those working directly with children reflected on being a role model for parents on how to respond to their child. By modelling how to follow the child's focus and pay attention to their words or actions, they wanted to strengthen the parents' ability to take the child's perspective. These social workers also helped parents develop an ability to protect their child from being forced into medical situations with a potential traumatising effect, creating an awareness of parental responsibility to ensure their child's voice, thoughts, and feelings were taken seriously.

Another important issue concerned communication and support of parents regarding siblings' emotional reactions to the situation. Normalising the diversity of reactions seemed to be a common way of addressing concerns. By referring to experiences with different reactions and ways of meeting their emotional needs, the social workers intended to reduce worries and increase the parents' confidence in how they would best support their children.

The social workers emphasised the importance of accepting that the situation was difficult for the entire family. Many parents needed to hear for themselves that their reactions were not abnormal. Similarly, some of the participants were concerned with improving couple's understanding of each other's reactions by supporting them in sharing their feelings. In doing so, they saw parents gaining a better understanding of each other, which strengthened the couple's ability to stand together in a critical situation. According to the social workers, offering support in getting through the weeks at the hospital provided parents with useful experiences to build upon when they returned home.

### ***Timing the information***

#### ***Parents' need of timed information***

A fourth theme emerging from the analysis concerns the timing of information and how timing affected the parents' ability to perceive information. Disruptions or the expectation of disruptions, recently received or the expectation of crucial medical information, or parental concerns about their child while interacting with the social worker were all examples of factors that could affect the parents' attention. Often it was the total amount of stress that challenged parents' ability to concentrate on receiving and understanding vital information:

A lot of the information they get in the beginning [at another hospital], they say they have forgotten almost everything people told them there. Because they've been a bit out of it ... They feel totally at a loss then, so they say, 'we really don't remember anything.' (SW17)

Parents' lack of information recall did not suggest a lack of interest in receiving information at that stage, according to the social workers. While waiting for the child to be diagnosed, many parents wanted to be informed about potential rights and services. To focus on something concrete seemed to be helpful in an otherwise confusing situation. Others stated explicitly they did not want the information before the situation was clarified properly.

#### ***Social workers' timing of information***

The social workers' reflections on timing were based on several sources of knowledge, such as crisis theory, their own experiences, and their assessment of the actual situation. As one said, sometimes there were limitations on what is possible to comprehend:

You know this through working with crisis, people cannot deal with everything at once, and there are limits to what they can grasp. (SW15)

Several highlighted the importance of being flexible about the consultation timing with parents. Before initiating a consultation, they considered whether the planned consultation would create additional stress or prove helpful. Flexibility was also necessary during the consultation if, for instance, the consultation was interrupted, and the social worker had to return another day.

All the social workers stressed the necessity of identifying parents' needs and considering what information should be given. At the same time, most talked about the importance of being sensitive to parents' needs in the moment. The ongoing assessment of what focus the conversation should have, was expressed this way:

Well, it can be that you have made a plan about what to say and stuff, and then it doesn't turn out like that at all because they are concerned about something completely different. (SW11)

Keeping track of parents' needs to determine the direction and content of the consultation seemed to be a governing factor for most of the social workers. Their assessment could be based on small signals from the parents, such as facial appearances and expressions, or the atmosphere in the room. Other signals could be body stress or them checking the time. One participant emphasised the importance of professional experience and intuition in identifying minor signals conveyed by patients or parents. Some of the social workers verified their assumptions by asking questions like 'what do you need the most right now?'

## Discussion

The aim of this study was to explore how hospital social workers in paediatric acute care understood parents' needs and how they described their contribution to these needs in ways that might strengthen health literacy in parents. The findings support a relationship between perceived needs and interventions providing vital knowledge about health literacy promotion and accommodation activities (i.e. facilitating understanding of medical information, providing knowledge and access to rights and services and giving emotional support). Being flexible towards unique needs in terms of the timing and content of consultations seemed to be crucial for performing their role.

Previous social work research has highlighted the need for clear communication between the treating teams, patients and their families (Craig et al., 2015; Moon et al., 2019; Muskat et al., 2017). However, the literature has elaborated on the hospital social worker's role in this activity to a limited extent. The findings in this study suggest that they have a central role in recognising parents' medical information needs and misunderstandings. Representing an alternative to medical jargon, they facilitate communication and enable different modes of expression. By talking about medical conditions directly as part of establishing contact or indirectly in the context of resource searches, they create an opportunity to gain clarity on parents' lack of or incorrect understanding. Health literacy literature indicates that the increasing complexity of paediatric healthcare raises greater demands on patients and parents' health literacy (Beauchamp et al., 2015). It also suggests that different language needs, social and cultural backgrounds or cognitive abilities may not be addressed by complex healthcare organisations (Wynia & Osborn, 2010). This underpins the necessity of hospital social workers' role within those organisations in mitigating the negative consequences of low health literacy. This function coincides with the core of health literacy by increasing the ability to gain access to and understand information (Nutbeam, 1998).

As mentioned, to be able to meet individual health literacy needs, a focus expanded beyond health communication and health education is required (Nutbeam, 1998; Sorensen et al., 2012). Recognising the importance of social and economic conditions is in line with the World Health Organization's definition of health literacy, which emphasises the importance of building on the patients and families' genuine needs (Nutbeam, 1998). Providing adequate material resources and ensuring relevant information on services and rights were consistently expressed as core tasks among the participants. This is comparable to existing literature that has highlighted the importance of income supplement–guidance related to the stresses associated with the increased costs of caring

for a sick child (Craig et al., 2013; Keefe et al., 2009; Moon et al., 2019; Muskat et al., 2017). Within a context where sickness costs are mainly covered by the public welfare system, it seems like parents' concerns in the acute phase are mainly related to a lack of control and knowledge of rights. This may suggest that an unpredictable financial situation is a general stress factor affecting parents.

Knowing the significance of social and economic conditions for the individual, health literacy will also call for questioning structural societal conditions that have an impact on living conditions and opportunities. However, research has shown that different national health literacy strategies mainly place the responsibility for increasing health literacy in the population on the quality of patient communication and patient engagement and education (Trezona et al., 2018). Further, our findings are consistent with previous research on hospital social work, in that the participants first and foremost emphasise performing individual interventions (Craig et al., 2013; Moon et al., 2019; Muskat et al., 2017). Based on the knowledge they gain about patients and families' social and economic conditions, hospital social workers are in a special position to recognise societal structures that maintain and reinforce social inequalities that have an impact on health conditions and individual health literacy. Therefore, there may be reason to argue that they have a special responsibility to convey their knowledge of the correlation between social disadvantage and health literacy competencies. Integrating a stronger social justice-oriented approach within hospital social work will therefore be needed to challenge healthcare systems and further develop national and international health literacy strategies. An intensified focus on the environment provides further opportunities for hospital social workers to contribute their expertise to the evolving field of health literacy.

The extent to which emotional support was an intentional intervention and an expected outcome of social support varied among the participants in this study. The majority perceived and recognised that interventions related to social and economic issues helped to reduce stress. In addition, they expressed that they intentionally used emotional support as an intrinsic intervention by putting reactions and feelings on the agenda, which agreed with previous literature (Craig et al., 2015; McLaughlin, 2016; Moon et al., 2019; Muskat et al., 2017). By helping to cope with overwhelming emotions, the social workers reported experiences of parents' increased ability to meet hospital demands. It seems that being able to handle practical and emotional concerns can increase parents' capacity to perceive and communicate around medical issues.

The trauma psychology term *window of tolerance* may be helpful in understanding this mechanism. Being within the zone of arousal affects the ability to readily receive, process and integrate information. The individual is affected by the social context and is generally more able to remain within the window when it feels safe and supportive (Corrigan et al., 2011; Siegel, 1999). Hospital social workers, in helping with practical issues and emotional needs, can help parents remain within their window of tolerance, thus helping to prevent emotional reactions from reducing their health literacy capacity. The personal element is an important part of the person-in-environment framework (Green & McDermott, 2010) and seems to be a useful framework for work supporting parents in an acute situation. This ecosystemic framework contributes to a broader understanding of factors that influence an individual's health literacy. Being aware of a present emotional condition supports the assumption that the level of health literacy may be dependent on context.

### **Opportunities for social work**

As argued by Liechty (2011), the absence of literature combining social work and health literacy is strange considering the relevance of health literacy for social work and hospital social workers' role in reducing the negative effects of low health literacy. Existing social work literature has explored hospital social workers' contribution to hospital settings in general (McLaughlin, 2016), and there is substantial literature examining the variety of roles and activities that they fulfil (Gibbons & Plath, 2006; Judd & Sheffield, 2010; Lilliehorn et al., 2019; Muskat et al., 2017).

However, researchers in the field of social work have been concerned only to a small extent about putting these tasks in the context of health literacy. They have neither used the opportunity to contribute with their expertise to the evolving field of health literacy nor strategically aligned their work with international, national and organisational priorities (Liechty, 2011).

The findings of this study demonstrate hospital social workers' potential contribution to increasing health literacy among families and patients. By relating to social and economic issues and overwhelming emotions in a context-sensitive way, they facilitate parents' ability to obtain and understand medical information and thus increase the ability to meet healthcare's demands. Concepts and theories within social work, such as the person-in-environment framework and trauma therapeutic perspectives, may help expand the concept of health literacy by focusing on the present context and how this affects patients and families. Moreover, a social worker's mandate also entails requirements to describe and report on what creates social problems. Perhaps there is a need to encourage hospital social workers to include this perspective to a greater extent as part of their work. Facilitating the individual's interaction with the healthcare system, followed by paying attention and pointing at oppressive structures, will be relevant in other social work settings as well.

Using health literacy as a framework for understanding and articulating health social work practice may contribute to clarifying the justification of hospital social workers' role and contribution. The politically driven aim of increasing people's health literacy provides hospital social workers with an opportunity to respond in an active manner, make themselves relevant and influence the development of research and practice. As mentioned, social work's theories may be supplementary within the expansion of health literacy and may be subject to further exploration. To more actively contribute to health literacy in healthcare institutions, but also within other fields of social work, there is a need to integrate health literacy with general medical knowledge and social work's contribution to healthcare into the curricula of educational institutions. This can in turn contribute to important debates for broadening the social perspective of healthcare.

### **Limitations**

This study has some limitations. The small number of participants did not permit more rigorous generalisations. Future research should therefore ensure a greater number of participants and include examination of knowledge and perceptions of health literacy. Furthermore, the perspective of the parents and their benefits from the consultations is missing. It may also be worthwhile noting that the first author, who conducted the interviews, used to hold a hospital social worker role in a university hospital. A decision was therefore made not to invite former colleagues, which reduced the number of potential participants.

### **Conclusion**

The findings from this qualitative study illuminate how hospital social workers described their contribution to increasing health literacy among families and patients and the health literacy responsiveness of hospitals. By relating to medical, social and economic issues and overwhelming emotions in a context-sensitive way, hospital social workers facilitate parents' ability to obtain and understand medical information and thus increase the ability to meet healthcare demands. Hospital social workers' role in strengthening parental health literacy has only been explored to a limited extent, which indicates a need for further research in this area. Ways of increasing individual health literacy, however, should have relevance in other fields of social work as well, both in terms of research and practice. Further, social workers should to a greater degree be aware of their responsibility to point at societal conditions that maintain and reinforce social inequalities that have an impact on individual health literacy.

## Acknowledgements

We would like to thank all the participants for taking part in this study. We also want to thank the two reviewers for their thorough reading and helpful comments.

## Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

## Notes on contributors

**Ida Krag-Rønne Mannsåker** is a PhD candidate in Social Work and Social Policy at Oslo Metropolitan University. She is a qualified social worker and holds a Master's degree in Family Therapy and Systemic Practice from VID. She has experiences from Social services, the introduction programme for refugees and as a hospital social worker and family therapist. Her interest areas are health social work, studies of professions, ethnic minorities, integration and social inequalities, and systemic family therapy.

**André Vågan** is a senior researcher at Norwegian National Advisory Unit on Learning and Mastery in Health, Oslo University Hospital. He holds a PhD in Studies of Professions and a Postdoc at Centre for the Study of Professions at Oslo Metropolitan University, and a Master's degree in Social Anthropology from the University of Oslo. His publications cover studies on long-term health conditions, patient education, learning in higher education and professional practice.

**Amy Østertun Geirdal** is a professor in Social Work and Social Policy and head of the PhD Program in Social Work and Social Policy at Oslo Metropolitan University. She holds a PhD from the University of Oslo. She is a qualified social worker and has her experiences from hospital social work. Her publications cover mental health, quality of life, social work and public health.

**Una Stenberg** is a senior researcher at Norwegian National Advisory Unit on Learning and Mastery in Health, Oslo University Hospital, and works as a researcher and a social worker at Frambu Resource Center for Rare Disorders. She holds a PhD in Social work and Health from the University of Oslo and is a trained social worker. Her publications cover health promotion, patient education, social work, palliative care, family caregiving and self management.

## ORCID

Ida Krag-Rønne Mannsåker  <http://orcid.org/0000-0001-5562-5727>

## References

- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health, 132*, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C., Sparkes, L., Hawkins, M., & Osborne, R. H. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health, 15*(1), 678. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>
- Bo, A., Friis, K., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2014). National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health, 14*(1), 1095. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chisholm-Burns, M. A., Spivey, C. A., & Pickett, L. R. (2018). Health literacy in solid-organ transplantation: A model to improve understanding. *Patient Preference and Adherence, 12*, 2325–2338. <https://doi.org/10.2147/PPA.S183092>
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology, 25*(1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/0269881109354930>
- Craig, S. L., Bejan, R., & Muskat, B. (2013). Making the invisible visible: Are health social workers addressing the social determinants of health? *Social Work in Health Care, 52*(4), 311–331. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.764379>
- Craig, S. L., Betancourt, I., & Muskat, B. (2015). Thinking big, supporting families and enabling coping: The value of social work in patient and family centered health care. *Social Work in Health Care, 54*(5), 422–443. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1017074>

- Craig, S. L., & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work, 38*(1), 7–16. <https://doi.org/10.1093/hsw/hls064>
- de Buhr, E., & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: A cross-sectional survey. *BMC Public Health, 20*(1), 1096. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>
- DeWalt, D. A., Dilling, M. H., Rosenthal, M. S., & Pignone, M. P. (2007). Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambulatory Pediatrics, 7*(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.10.001>
- DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics, 124*(3), S265–S274. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health, 54*(5), 313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 55*, 004695801875784. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Findley, A. (2015). Low health literacy and older adults: Meanings, problems, and recommendations for social work. *Social Work in Health Care, 54*(1), 65–81. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.966882>
- FO. (n.d.). *Hvordan arbeider sosionomene i sykehusene?* <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>
- Gibbons, J., & Plath, D. (2006). “Everybody puts a Lot into It!” single session contacts in hospital social work. *Social Work in Health Care, 42*(1), 17–34. [https://doi.org/10.1300/J010v42n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J010v42n01_02)
- Green, D., & McDermott, F. (2010). Social work from inside and between complex systems: Perspectives on person-in-environment for today's social work. *British Journal of Social Work, 40*(8), 2414–2430. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq056>
- Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social casework*. Columbia University Press.
- Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: A regional population based study. *BMC Health Services Research, 15*(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z>
- Herndon, J. B., Chaney, M., & Carden, D. (2011). Health literacy and emergency department outcomes: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine, 57*(4), 334–345. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.035>
- Judd, R. G., & Sheffield, S. (2010). Hospital social work: Contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care, 49*(9), 856–871. <https://doi.org/10.1080/00981389.2010.499825>
- Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating social workers into primary care: Physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. *Social Work in Health Care, 48*(6), 579–596. <https://doi.org/10.1080/00981380902765592>
- Liechty, J. M. (2011). Health literacy: Critical opportunities for social work leadership in Health Care and research. *Health and Social Work, 36*(2), 99–107. <https://doi.org/10.1093/hsw/36.2.99>
- Lilliehorn, S., Isaksson, J., & Salander, P. (2019). What does an oncology social worker deal with in patient consultations? – An empirical study. *Social Work in Health Care, 58*(5), 494–508. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1587661>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- McLaughlin, J. (2016). Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *Journal of Social Work, 16*(2), 135–154. <https://doi.org/10.1177/1468017314568843>
- Moon, F., Fraser, L., & McDermott, F. (2019). Sitting with silence: Hospital social work interventions for dying patients and their families. *Social Work in Health Care, 58*(5), 444–458. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1586027>
- Muskat, B., Craig, S. L., & Mathai, B. (2017). Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social Work in Health Care, 56*(8), 765–778. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1339761>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior, 31*(1), 19–26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Pockett, R., Hobbs, K., Araullo, R., & Dave, K. (2020). Social work interventions in cancer care. *Australian Social Work, 1*–15. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1748673>
- Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A., & Dreyer, B. (2009). Literacy and child health: A systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163*(2), 131–140. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.539>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Publication.

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Brand, H., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonszka, Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Trezona, A., Rowlands, G., & Nutbeam, D. (2018). Progress in implementing national policies and strategies for health literacy - What have we learned so far? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1554. <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1554>
- Wiggins, B., Corsini, N., Ramsey, I., Edwards, S., Ball, D., Cocks, L., Lill, J., Sharplin, G., & Wilson, C. (2018). An evaluation of social work services in a cancer accommodation facility for rural South Australians. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 147–154. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3828-z>
- Wilder, J. M., Oloruntoba, O. O., Muir, A. J., & Moylan, C. A. (2016). Role of patient factors, preferences, and distrust in health care and access to liver transplantation and organ donation. *Liver Transplantation*, 22(7), 895–905. <https://doi.org/10.1002/lt.24452>
- Wynia, M. K., & Osborn, C. Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of Health Communication*, 15(sup2), 102–115. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499981>
- Yin, H. S., Dreyer, B. P., Foltin, G., van Schaick, L., & Mendelsohn, A. L. (2007). Association of low caregiver health literacy with reported use of nonstandardized dosing instruments and lack of knowledge of weight-based dosing. *Ambulatory Pediatrics*, 7(4), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.04.004>





## Artikkel 2

Mannsåker, I. K. R., Vågan, A., Geirdal, A. Ø., & Stenberg, U. (2022). Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards—Competitive or Collaborative? *The British Journal of Social Work*, 52(5), 2595-2612.

DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab209>



# Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards—Competitive or Collaborative?

Ida Krag-Rønne Mannsåker<sup>1,\*</sup>, André Vågan<sup>2</sup>,  
Amy Østertun Geirdal<sup>1</sup> and Una Stenberg<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>*Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, Faculty of Social Science, Oslo Metropolitan University, 0130 Oslo, Norway*

<sup>2</sup>*Norwegian National Advisory Unit on Learning and Mastery in Health, Oslo University Hospital, 0424 Oslo, Norway*

<sup>3</sup>*Frambu Resource Center for Rare Disorders, 1404 Siggerud, Norway*

\*Correspondence to Ida Krag-Rønne Mannsåker, Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, Faculty of Social Science, Oslo Metropolitan University, 0130 Oslo, Norway. E-mail: [imannsaker@gmail.com](mailto:imannsaker@gmail.com)

## Abstract

Recent research suggests that the notion of boundary work can improve our understanding of interprofessional tension and collaboration in health care, yet hospital social workers (HSWs) have not received sufficient attention in this area. Using boundary work as a theoretical framework, this article investigates HSWs' boundary work in interactions with other health care professionals in paediatric acute wards. The data were based on in-depth interviews with nineteen HSWs at hospitals in Norway about their experiences with interprofessional collaboration. Based on their situated narratives, abductive analysis was performed, using the conceptually distinct but inter-related forms of competitive and collaborative boundary work that are grounded in Abbott's framework of jurisdiction. The findings demonstrate how HSWs construct, defend and extend boundaries to create distinctions between themselves and others, and how they sometimes adapt and downplay boundaries in order to achieve common goals and perform their work. As a facilitator of this process, the HSW might be viewed as a boundary subject. This, in turn, can result in optional and intentional ways for HSWs to carry out boundary work. There is reason to believe that, the less specific educational requirements and role guidelines, the more important these mechanisms become.

**Keywords:** boundary subject, boundary work, hospital social worker, interprofessional collaboration, social work

© The Author(s) 2021. Published by Oxford University Press on behalf of The British Association of Social Workers.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact [journals.permissions@oup.com](mailto:journals.permissions@oup.com)

*Accepted: October 2021*

## Introduction

Interprofessional collaboration is widely recognised as an important means of strengthening health care and improving health outcomes (Reeves *et al.*, 2009). In recent years, the roles of hospital social workers (HSWs) have developed such that they now face unique challenges and opportunities in a rapidly changing environment (Kim and Lee, 2009). Several factors have triggered this development, such as an increasing demand for efficiency, more complex health conditions and a stronger emphasis on how social determinants affect physical health outcomes (Craig and Muskat, 2013). The bulk of the research on interprofessional collaboration has investigated HSWs' perceptions of the barriers to, and facilitators of, collaboration with other professionals. For example, Ambrose-Miller and Ashcroft (2016) found that, from the perspective of social workers, issues around role clarification, communication and power dynamics acted as either barriers or facilitators. Others have detected a lack of supportive opportunities for teamwork between social work staff and medical care teams (Albrithen and Yalli, 2015) or a lack of understanding of social work theory and practice on the part of other professionals (Kvarnström, 2008; Glaser and Suter, 2016).

Most of these studies of collaboration between HSWs and health professionals, however, are mainly focused on the collaborative experiences, outcomes and consequences of social work, and not on boundary work itself (Mizrahi and Abramson, 2000; Reese and Sontag, 2001; Glaser and Suter, 2016; Emprechtinger and Voll, 2017; Zerden *et al.*, 2019). Lately, the research on boundary work in interprofessional collaboration has developed towards exploring how professionals, in their discourse and practice, influence the social, symbolic or material distinctions affecting groups, occupations and organisations (Langley *et al.*, 2019). This research on boundary work has gained increasing attention because it has consequences for the dynamics of collaboration which, in turn, may influence the work practices, learning and effectiveness within and among organisations (Langley *et al.*, 2019).

To the best of our knowledge, however, there is a lack of research on boundary work from the perspective of HSWs. Little is known about how they cooperate and compete with other health professionals, in particular when addressing crucial issues and claiming responsibility for providing interventions that enable patients and families to cope with acute and critical illness. A limited body of boundary-work literature from the perspective of social work, especially within health settings, supports the need for further studies in order to support social work within

multi-boundary contexts. The purpose of this study is, therefore, to understand the boundary work in paediatric HSWs' experiences of inter-professional collaboration within the context of acute and critically ill children and families. The main research question in this article is thus: 'What types of boundary work do HSWs perform and what means or strategies do they employ'?

## **A boundary-work perspective on interprofessional collaboration**

In the last decade, the concept of 'boundary work' has received increasing attention in studies of professions in general and, specifically, in relation to interprofessional collaboration in health care (Langley *et al.*, 2019). Inspired by the works of Abbot (1988), an influential scholar within the sociology of professions, these studies explore the social dynamics in health care provision, that is, the ways in which practitioners negotiate work roles and status hierarchies as boundary work (Lamont and Molnár, 2002). Within highly specialised organisations such as hospitals, the formal structure and division of labour are marked by organisational, professional and disciplinary boundaries (Meier, 2015). These boundaries, in turn, determine the jurisdictions of the different professions. Abbott (1988) defined jurisdiction as a profession's legitimacy to control an area of work. This legitimacy of jurisdiction plays out in three different arenas: the legal arena, the public arena and the workplace. However, 'There is a profound contradiction between the two somewhat formal arenas of jurisdictional claims, legal and public, and the informal arena, the workplace' (Abbott, 1988, p. 66). Workplaces are often characterised by the establishment and structuring of boundaries through negotiations and habits. These boundaries are changeable and situation-specific, implying a continual process of professionals defending their occupational rights and expanding their jurisdictions by laying claim to adjacent areas.

This is the process described as boundary work. Boundary work refers to the 'purposeful individual and collective effort to influence the social, symbolic, material, and temporal boundaries, demarcations, and distinctions affecting groups, occupations, and organizations' (Langley *et al.*, 2019). It is the key social process that constitutes professional jurisdictions (Abbott, 1995; Liu, 2018). Boundaries are formed, negotiated and changed through a dynamic interplay among professionals (Abbott, 1995), which Liu (2018) described as 'a site of conflict and cooperation between two or more professional or nonprofessional actors seeking to establish jurisdictions over similar work' (Liu, 2018, p. 46). With its origin in Gieryn (1983), who used the term to describe the discursive strategies used by scientists to demarcate science from non-science (Langley *et al.*, 2019), the notion of boundary

work later gained influence in various disciplines (Lamont and Molnár, 2002).

According to an integrated synthesis of the literature (Langley *et al.*, 2019), research on boundary work has investigated conceptually distinct but inter-related types, or forms, of boundary work. Two of the most common forms are ‘competitive’ and ‘collaborative’. *Competitive* boundary work proposes that agents construct, defend or extend boundaries to distinguish themselves from others in order to ‘maximize their social position and status, obtain resources, and reproduce or contest existing power relations’ (Langley *et al.*, 2019, p. 54). *Collaborative* boundary work, in contrast, focuses on how agents accommodate, mobilise and overcome obstacles to pursue collective aims and get their work done (Langley *et al.*, 2019).

The typical means of competitive and collaborative boundary work described in the literature are discursive boundary work (i.e. discursively constructing oneself as distinct from other professional groups in relation to certain tasks or dimensions), boundary work practices (i.e. practices instantiating and enhancing one’s claim or position), and the materiality of boundary work (i.e. using technologies or spatial placement to communicate a certain professional position). Furthermore, the way in which the types of boundary work are intertwined in practice reflects important points in the literature: that boundary work is rarely wholly competitive or wholly collaborative (Allen, 2000; Meier, 2015; Langley *et al.*, 2019) and that one type of boundary work may influence and generate situations demanding the other type (Liao, 2016; Grodal, 2018). Boundaries are constantly in flux through social interactions (Langley *et al.*, 2019).

Studies of professional boundary work in health care organisations have mostly centred around the nurse–physician boundary (Allen, 1997; Johannessen, 2018). Some of these studies focus on how boundaries are defended or created. For instance, through field observation and interviews, Allen (2000) discovered how nurse managers influenced the boundaries between physicians and nurses/nurse assistants by taking control, establishing expertise and doing identity work. Similarly, Reay *et al.* (2006) identified practices such as the pushing back of boundaries, which entails fitting roles into existing systems, cultivating opportunities and providing values. Other studies have focused on how boundary work may contribute positively to collaboration, which happens by the downplaying of boundaries (Meier, 2015) and the deconstruction of differences (Ybema *et al.*, 2012). Allen (1997), Liberati (2017) and Lindberg *et al.* (2017) show, in different ways, that the process of negotiating boundaries is an integral part of achieving collaboration.

One of the few studies of boundary work that include HSWs is Apesoa-Varano’s (2013) study of five occupational groups negotiating boundaries at the bedside of the patient. Her findings illuminate how

boundaries are crossed and reinforced at the same time by all the occupational groups in the negotiation process. In previous studies of boundary work from the perspective of social workers, the Swedish study of [Isaksson and Larsson \(2017\)](#) is an example of a study on social workers' boundary work in schools. In a conceptual paper, [Oliver \(2013\)](#) frames social workers as boundary spanners, that is, as those in the go-between position that links clients and services, which constitutes an alternative response to identity challenges. However, there is a lack of research on boundary work from the perspective of HSWs, which this study aims to address.

## Data and methods

This article is based on a descriptive exploratory study where nineteen HSWs were interviewed about their experiences of working in paediatric hospital wards in Norway. Even though treating acutely ill children is organised by the state, there is a lack of common state guidelines for hospital social work, which leads to differences in organisational matters, in the way the role is performed and in the expectations around HSWs' services and educational requirements other than a bachelor's degree in social work.

Twenty-four HSWs were identified according to the inclusion criteria: educated social workers who are in direct practice roles in paediatric acute wards. The participants were informed about the project by an information letter and gave written consent at the beginning of the interview. Their superiors were informed of the project but, to ensure the participants' confidentiality, the HSWs responded directly to the first author, who was responsible for the entire process of collecting and processing data. Out of twenty-four HSWs invited to participate in the study, nineteen responded positively, three rejected the invitation and two did not respond. The participants, representing twelve Norwegian hospitals, were all women, with an average age of 49.5 years (35–68 years), and of Scandinavian origin. The average duration of their seniority was 24.6 years (13–42 years) and their hospital seniority was 12 years (1–35 years) on average. Seventeen of the nineteen social workers held a master's degree or had additional training beyond a bachelor's degree in social work. The study was approved by the Norwegian Social Scientific Data Service and conforms to internationally accepted ethical guidelines and professional ethical guidelines.

Based on the premise of social interaction as a way to generate data, the method of individual interviews was used to explore in depth the unique experiences ([Charmaz, 2006](#)). The interviews were conducted between May and October 2019, mainly at the participants' workplaces. One participant was interviewed by phone for practical reasons. The participants were



asked to reflect around themes such as ‘the families’ needs and characteristics for the acute situation’, ‘interdisciplinary collaboration in the acute stage’ and ‘the HSW’s knowledge base and articulation of knowledge’. Each interview lasted between fifty-six and ninety minutes, with an average of seventy-two minutes. The interview quotes were translated from Norwegian to English by the first author and reviewed by a colleague. The software NVIVO 12 Pro was used to manage the data.

## Analysis

An inductive analytic text condensation (Malterud, 2012) was conducted to identify the basic themes in the data. The text condensation process was completed by the first author and consisted of four main steps: (i) identifying eight associated themes after familiarisation with the data; (ii) a coding process, in which identified meaning units potentially related to the preliminary themes were coded into four groups; (iii) abstracting by condensation of content in each code group; and (iv) making generalised descriptions of the code groups. This study is based on one of the codes, called ‘interprofessional collaborations and boundaries’.

In order to ensure a proper critical distance from the data, we sought to ground our analysis by performing a theoretically informed analysis of the interview excerpts subsumed under the selected code (Braun and Clarke, 2006; Timmermans and Tavory, 2012). Here, we employed as the tools of analysis Langley *et al.*’s (2019) concepts of competitive and collaborative boundary work, along with their delineation of discourses, practices and spatial boundary work strategies. For coding, we used an abductive approach as we moved back and forth between observations and theoretical concepts (Timmermans and Tavory, 2012). First, the data set was approached by the first author looking for content and answers to the question ‘how do HSWs do boundary work?’ Instances in the excerpts of what HSWs say to other health professionals (and others) were initially coded as a ‘discursive’ means of boundary work, while instances of what HSWs do when interacting with others were coded as boundary work ‘practices’. Lastly, accounts of where HSWs place themselves spatially in their interprofessional collaboration were coded as the ‘materiality’ of boundary work.

Furthermore, the concepts of competitive and collaborative boundary work were used as sensitising concepts to collate these initial codes into emerging themes describing different types or forms of boundary work performed by HSWs. In doing so, the roles of discourses, practices and materiality in the various forms of boundary work could be identified. Subsequently, and in line with Braun and Clarke (2006), the initial codes were sorted and categorised as exemplifying potential themes. All the relevant coded extracts were collated within these themes. Using mind-maps,



and in a close dialogue between the first and the second author, a process of combining different codes to find potential themes led us forward to see the contours of the overarching boundary work themes. The first draft of the thematic map was created and reviewed with the second author in relation to the coded extracts, to ensure internal homogeneity within the themes and external heterogeneity between them (Braun and Clarke, 2006). There were no major disagreements concerning theme validity; however, a few minor changes were made, and some of the themes were combined and subsumed under one of the overarching themes. Finally, the map was refined and discussed between the first author and all co-authors, including the definitions and names for each theme, reflecting the content and theoretical framework of the study (Braun and Clarke, 2006).

## Findings

Two overarching themes and five sub-themes emerged as a result of the abductive analysis. Corroborating Langley *et al.*'s (2019) conception, the first theme was called competitive boundary work, describing how HSWs worked for boundaries, attempting to create distinctions between themselves and others. We identified three different modes of competitive boundary work, namely constructing, defending and extending boundaries. These three sub-themes will be presented in the following sections, after which the second theme, collaborative boundary work, will be discussed.

### Competitive boundary work

#### Sub-theme 1: constructing boundaries

The first mode of competitive boundary work identified in the analysis was labelled 'constructing boundaries'. Constructing boundaries has to do with HSWs' attempts to position themselves as a valuable professional group in the ward, representing a distinct competence. The most frequently used strategy to construct boundaries is explanatory discourse: the HSWs engaged in different kinds of verbal activities in order to explain and distinguish their competencies from those of others. Hospitals regularly arrange sessions with presentations from a diversity of occupations, intended to provide information to interns. The majority of the HSWs used this opportunity to advocate for a wider perspective of health-promoting measures, to highlight their competencies and to establish a more distinct domain from other professional groups. The participants characterised these formal presentations as one-way presentations

to inform the audience, get other health professionals' attention and promote their occupational jurisdiction.

Other participants provided presentations for smaller and more specific groups, such as nurses or physicians, customised to the specific needs of the ward. Based on their education, training and experiential knowledge to meet the daily work challenges, HSWs sought to clarify how their specific competence could accommodate particular needs.

A third avenue for conducting boundary work through discourse occurred in collaborative situations with other health professionals. In these situations, in order to take responsibility for ensuring that social and psychosocial conditions were discussed and put on the agenda, HSWs asked questions like: 'Are there any social issues? Is there anything? I feel a little fussy sometimes, but I still ask' (HSW 7). Several participants also invited other health professionals to join them in meetings with patients or families in order to make them more aware of HSWs' competencies and agendas. These collaborative situations with other health professionals represent an important arena for discursive boundary work among the participants.

Several participants stressed the importance of communicating the social work perspective and assessments in an understandable way that is backed up by facts and concrete examination, so that 'they [physicians] will not think that what I am doing is unfounded' (HSW 19). Speaking or writing simply, without unnecessary internal jargon or terminology, was recognised as a vital communication skill. Furthermore, established formal routines for collaboration were regarded as a way of strengthening and bringing to the forefront the HSWs' role and competencies. Taking responsibility for formalising the routines on the wards, therefore, seemed to be a crucial aspect of constructing boundary work.

## Sub-theme 2: protecting boundaries

The second competitive boundary work mode that emerged from the analysis is termed 'protecting boundaries'. This mode refers to protecting HSWs' social work perspectives and defending their involvement in the treatment of families and children. While the mode of constructing boundaries involves explanatory discourse, the discourse applied in the second mode is more of a delineating kind, serving to distinguish health social work from other types of practice. For instance, due to what the HSWs perceived as objectionable routines compromising their professional ideals, they refused to accept what they viewed as unreasonable demands from others. Instead, they requested satisfactory conditions and did not compromise in order to meet the demands and expectations of other health professionals.

- When a problem occurs, they [the nurses] call us
- And ask if you can help?
- Yes, and we can usually do that. [...] So, then I answered that we can talk with them [the parents] but it will require an interpreter. [...] They understood that the discharge had to be postponed (HSW 4).

The HSWs also insisted on adequate resources and routines surrounding patient prioritisation. In this regard, the participants mentioned instances of failures in the ward's routines, resulting in urgent and often misjudged decisions. As one HSW put it:

If we see that a patient has been hospitalised for a month, and then we get a referral in red because the patient is to be discharged the same day, then it does not get priority over others. No (HSW13).

To refuse a referral was by the HSW expressed as one way to educate the ward, to increase the cautiousness of the ward regarding the routines.

This was also a way of raising awareness of the social and psychosocial issues among the staff and was consistently expressed by other participants in various ways. For example, one HSW stated: 'To take my space and say, this is really something I can take care of' (HSW 1). The continuous nature of this task was emphasised by another HSW: 'Because always, in every context, you have to promote yourself, or stand your ground, or convince, or show that this is also important, right, what we contribute' (HSW 17).

### Sub-theme 3: expanding boundary work

Expanding boundary work involves efforts to broaden the acknowledgement of HSWs' skills and competencies beyond the common image of their profession in order to help them secure a more central role in interprofessional collaboration. This sub-category represents those participants who experienced that their specialised competencies were not satisfactorily valued or even apparent to health professionals. The mode of expanding boundary work was expressed through intentional actions to challenge various barriers to interaction. Typical means used in this mode were spatial placement and presence in certain arenas. For instance, being present in the ward and making themselves available to other health professionals, as well as patients, was expressed as a valuable and effective strategy for interaction. Possible strategies to compensate for the decentralised location of their offices could be spending more time in the ward, eating lunch with physicians and nurses, attending prerounds and participating in physicians' daily meetings.

Most of the HSWs referred to the experience of ‘standing along the wall while the physicians sit around the table’ during prerounds. Despite these conditions, several chose to sign up for and attend these meetings. The simple act of showing up could work as a reminder for the physicians to include the HSW and ask for their services. Sometimes, it also provided the opportunity to ask questions or elicit comments from a social work perspective. For some, this participation led to being included and being offered a seat at the table. Moreover, interaction with physicians and nurses could also take place at the patient’s bedside, in the corridor, in the physician’s office or in patient meetings.

Refusing to be hindered by physical barriers and, instead, actively seeking the attention of physicians seems to increase the interaction between physicians and HSWs and, thereby, to promote their role as equal counterparts.

## **Collaborative boundary work**

Theme 2 is called collaborative boundary work, in line with [Langley et al. \(2019\)](#), referring to HSWs’ work *at* boundaries, in settings where interactions among different occupations are necessary to achieve a common goal. In this study, there were two prominent patterns among the participants in relation to collaborative boundary work. The two sub-themes are labelled ‘adapting’ boundaries and ‘downplaying’ boundaries.

### **Sub-theme 1: adapting boundaries**

Adapting boundaries was a way of performing collaborative boundary work amongst the HSWs, thus demonstrating the everyday ambivalence of boundary work in the wards. This mode involves adapting to others’ expectations of one’s role when the expectations are not in accordance with one’s own perception of competence. Even if the adaptation could cause personal tensions, the HSWs handled the tensions by absorbing them. A typical example of the latter could arise when health professionals seemed to devalue the HSWs’ competencies, as when a physician entered the ward, expecting a psychologist rather than a social worker to handle parents’ demand for psychological support, and expressed: ‘We asked for a psychologist and here comes a social worker’. Even though the participants perceived being devalued by health professionals as frustrating, they generally handled these situations not by reacting but, rather, by providing attention to the patients’ or the families’ needs. None of the participants talked about why they chose to deal with it the way they did. One HSW used a metaphor—‘to be the oil in the machinery’—to explain how she evaluated her role in general. This view that

her role required a sensitivity towards her surroundings in terms of how she needed to act in a specific situation was held in common with several other participants. Similar episodes were reported in which the HSWs' special competencies were unknown to the staff. Adaptation, thus, served to demonstrate a competence beyond the jurisdiction that is common to all HSWs, which is more oriented to practical assistance.

Another example of adapting boundary work is the acceptance of existing routines, even if they are not optimal for the HSW. For example, the existing routines could prevent them from using their skills or present barriers in accessing information. Some HSWs experienced that participating in prerounds did not give room for other issues besides medical ones to be addressed. Thus, the role of the HSW would be more as an observer than a participant, despite the fact that prerounds, in many cases, constituted the only formal meeting point between HSWs, other subordinates and physicians. According to the participants, when physicians defined content and form in a way that did not include the HSW's perspective, the avenues of collaboration were reduced. Furthermore, the physical arrangement of the meetings did not invite interaction. The participants talked about how HSWs and other subordinates were placed in a row behind physicians such that it sometimes was difficult to hear what was being said. In internal discussions among the HSWs, however, the main question was whether or not they should attend, rather than how they might change the content or the preround concept. Moreover, attending these meetings could bring forth valuable information about in-patients and their special social needs, which could assist them to initiate the necessary processes earlier. A way of adapting to the existing format is reflected in the following excerpt:

Everything is faster, more case-focused, I have to be quicker when I present issues. I really need to practice that. It's another language altogether (HSW 17).

This HSW reflected on how she adapted her way of speaking to the terminology, topics and pace of the physician as a way to engage in collaboration.

## Sub-theme 2: downplaying boundaries

In contrast to the previous section, downplaying boundaries denotes HSWs' efforts to include other professional groups in a sense of shared identity, despite occupational differences. The importance of a shared identity was articulated through their use of 'we' to emphasise a form of alliance among the different groups. As one HSW put it:

We work coordinated. Send notes to each other to keep others up to speed, cooperate in that way (HSW 13).

This statement illustrates that this participant downplayed the divide between ‘us’ and ‘them’ by emphasising ‘we’. Her way of describing inter-professional collaboration was in line with other participants, who also expressed the importance of being acknowledged and included by other health professionals:

I think there are a lot of informal meetings about how did we get through this, or what is a good idea to do now, or how do you feel in relation to this now? What are you doing in relation to this, what do you think we should do, what could we do together? (HSW 1)

Some participants emphasised that going through stressful situations together strengthens the feeling of team belonging. These situations can lead to downplaying the boundaries among them by sharing their experiences of shortcomings and vulnerability when they experienced mutual support. Taking care of one another and expressing concern for colleagues can, thus, enhance the experience of ‘we’.

Downplaying boundaries was also performed in cases in which the ordinary division of labour did not work well. This was expressed, for example, in contexts in which the relationship between the HSWs and the patients or parents, for various reasons, prevented the HSWs from performing the tasks themselves. One solution could be to hand over their tasks to other occupational groups who might be in the position to implement them. Some HSWs did not differentiate among occupational groups and referred to them, instead, as the treatment team around the patient; others referred to subordinates, such as occupational therapists or nurses. Alternative solutions appeared as a result of knowing one another’s skills and personal qualifications. Considerations of efficiency and available resources, rather than professional determinations, seemed to guide the decisions as to who would perform the tasks. Finally, the desire to help the patients seemed a prime reason to cross borders as well as a consequence of it.

## **Discussion**

As described above, HSWs’ boundary work can be characterised as both competitive and collaborative. Where the former focuses on different ways of HSWs distinguishing themselves from others through constructing, protecting and expanding boundaries, the latter describes modes of collaborative boundary work, that is, adapting and downplaying boundaries, that are aimed at achieving common goals and getting the work done.



A more detailed analysis of competitive boundary work evoked a picture of the three ways in which HSWs demonstrate the relevance of their professional knowledge within a hospital setting. The constructing mode of boundary work largely employed an explanatory discourse, involving different types of oral presentations on patients' and families' statutory rights and on the value of social workers' services in meeting patients' and families' social and psychosocial needs. The awareness and use of varied opportunities to make explicit and detailed arguments about their competencies and skills concurs with previous research on how subordinates defend themselves (Sanders and Harrison, 2008) and contest boundaries (Bucher *et al.*, 2016). In line with Sanders and Harrison's (2008) study, and in accordance with the HSWs' perceptions, there was also a clear tendency among physicians and other dominant groups to assume the natural rectitude of the current boundaries and, thus, to have little need to justify their positions. The previously identified distinctive boundary work tactics between subordinates and dominant groups are, thus, recognised in our study.

In contrast, a more deliberate way of acting and communicating was expressed within the category of protective boundary work. Protective boundary work transpired mainly when the HSWs demanded adequate resources and routines when they were required to respond to inquiries and demands from health professionals who failed to comply with routines or espouse a psychosocial awareness. Clarifying the responsibilities of others, by focusing on the required conditions to help meet the needs that arise in a given situation, may draw attention to the vital skills and competencies necessary to complete certain tasks. The explicit demands for resources, with direct consequences for discharge planning, are an unexpected finding, contrasting with the general impression of a subservient and humble attitude among the participants' occupational group. This finding indicates a boundary relation that provides a situationally superior legitimacy and power, which is usually reserved for dominant groups (Allen, 2000; Burri, 2008).

Finally, conducting expanding boundary work shows how some participants actively work to broaden the physicians' acknowledgement of their skills and competencies by challenging the established routines and obstacles to collaboration. Previous research supports the idea that building relationships (Ezzamel and Burns, 2005) and constructing coalitions with others (Huisling, 2014; Helfen, 2015) can be more effective than mere rational arguments in influencing the boundaries shared with others. The strategy of HSWs justifying and promoting their position in relation to physicians as a dominant group is a well-known subject in the theories of professions. As pointed out in Freidson's (1970) earlier work, occupational hierarchies are based on specialised knowledge and skills that are of central importance to reaching shared goals (Freidson, 1970/2017). The function, content and character of the expertise are what

determine the authority of one occupation over others. Within occupational organisations such as hospitals, in which cooperating professionals work in parallel with one another on related tasks, the physicians seem to hold positions of authority by virtue of their specialised knowledge and skills to treat critical and acute illness. Thus, various occupational groups' seeking to build alliances with physicians—by communicating how their own knowledge and skills can contribute to reaching shared goals—may lead to a greater acknowledgement of their skills, and thus may be a useful strategy in extending their jurisdictional boundaries and establishing a clearer division of roles and responsibilities among professional groups (Abbott, 1988). However, this explanation may also be seen as a way of pursuing collaboration and may thus, as pointed out by Liao (2016) and Grodal (2018), highlight the interweaving of different types of boundary work.

The two modes of boundary work aimed at fostering collaboration, adapting boundary work and downplaying boundary work, further elucidate the ambivalences associated with collaboration. On the one hand, focusing on a common goal and, thereby, downplaying the differences in the occupational groups' expertise, contributes to strengthening the feeling of being a part of a team and reduces the thresholds for collaboration. On the other hand, as part of achieving smooth collaboration, the HSWs did boundary work by absorbing any difficulties. As Langley *et al.* (2019) put it while describing the duality of collaboration often found in the boundary work literature, 'collaborative boundary work is often made possible through the skilful activities of particular people managing the ambiguities of belonging to and navigating different worlds' (Langley *et al.*, 2019, p. 35). The HSW not only navigates between the patient and other health professionals, but also between different perspectives, such as the psychosocial perspective and the medical perspective (Ambrose-Miller and Ashcroft, 2016; Glaser and Suter, 2016). HSWs actively manage the navigation of the disparate social worlds to which they belong. Their subjective experiences of their positions as ones that contain both possibilities and constraints (Huzzard *et al.*, 2010) involve the conscious and reflexive regulation of their boundary-negotiating activities and standing (Azambuja and Islam, 2019). In Huzzard *et al.*'s (2010) terminology, the HSW might be viewed as an active boundary subject mediating across various groups of professionals, as opposed to being a passive boundary object. Being active subjects could also accommodate HSWs' competitive boundary work, through consciously and reflexively regulating their boundary activities in order to pursue collaboration. Thus, one type of boundary work could affect and create situations demanding another type (Liao, 2016; Grodal, 2018). A focus on boundaries and on distinctions among competencies belonging to different occupational groups is also a way of clarifying



responsibilities, which allows for the task division necessary to accomplish collaboration.

Further, being aware of oneself as a boundary subject may promote the feeling of expanding one's possibilities for action by opening up different understandings of what appropriate action in a situation entails. The notion that the position as a boundary subject allows for different perspectives is supported in the work of [Azambuja and Islam \(2019\)](#). In addition to understanding adapting boundary work solely as absorbing difficulties within oneself, adapting boundary work can be seen as an intentional and planned way of acting. Understanding the HSW as a purposeful and reflexive subject thus allows for the ability to choose the adaptive way of performing boundary work, based on the experience of what pays off in the long run. It may not amount to much structurally ([Apesoa-Varano, 2013](#)), but it could affect and strengthen HSWs' local jurisdictions by actively employing different modes of boundary work to achieve collaboration in workplaces.

Knowledge about these mechanisms can be useful for social workers in all settings characterised by interprofessional collaboration. However, an interesting question to be asked is whether the relevance of the boundary subject is particularly intrusive in contexts like Norwegian hospitals without formalised specialisation courses for holding the role of an HSW and without common guidelines. The study may indicate that continuing education preferences play a role in how individual HSWs fulfil their positions, which may lead to generally unclear jurisdictional boundaries and, in turn, actualises the significance of the relational aspect and the boundary subject position.

Our findings have implications for social work research. There is a need for further exploration of the interlinked work for and at boundaries from the perspective of social workers in different settings, but also of social workers' boundary work from different perspectives.

## **Limitations**

The method used in this study exhibits a limitation in that it relies only on interviews, without being supplemented by observations that could offer additional information. The small sample, moreover, limits the level of generalisability. Future research would benefit from a greater number of participants and draw on different qualitative methods. It may also be worthwhile to note that the first author, who conducted the interviews and the first stage of analysis, once held a social worker role in a university hospital. However, despite the limitations, this study offers important contributions to an underdeveloped area of research.

## Conclusion

In this article, we have argued for further knowledge about the ongoing process of HSWs' boundary work activities in order to contribute to our understanding of interprofessional tension and collaboration in health care. By analysing data from in-depth interviews with HSWs about their experiences with interprofessional collaboration, we have shown how HSWs' boundary work can be characterised as competitive through 'constructing', 'protecting' and 'expanding' boundaries, and as collaborative through 'adapting' and 'downplaying' boundaries. The discussion embraced a relational and processual view of boundary work, in which different forms of boundary work serve in collaboration towards a common goal and in creating distinctions from others in order to attain privileges and to defend or strengthen the HSW jurisdiction. Boundary work may serve several purposes simultaneously, while the actor in this process, by virtue of recognising their position as a boundary subject, can also facilitate this process. Being aware of one's position as a boundary subject can thus open up optional and intentional ways of carrying out boundary work. This might be particularly relevant in contexts where a lack of specific requirements for continuing education or common guidelines causes local developments of the HSW role. Accordingly, knowledge about the dynamics of the boundary subject position should be included in further research on HSWs' boundary work and in discussions about qualifications and jurisdiction.

## Acknowledgement

We would like to thank all the participants for taking part in this study and the two reviewers for their careful reading and very helpful suggestions on the manuscript.

*Conflict of interest.* No potential conflict of interest was reported by the authors.

## References

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Abbott, A. (1995) 'Boundaries of social work or social work of boundaries', *Social Service Review*, **69**(4), pp. 545–62.
- Albrithen, A. and Yalli, N. (2015) 'Medical social workers' perceptions related to interprofessional teamwork at hospitals', *Journal of Social Service Research*, **41**(5), pp. 722–31.
- Allen, D. (1997) 'The nursing-medical boundary: A negotiated order?', *Sociology of Health & Illness*, **19**(4), pp. 498–520.

- Allen, D. (2000) 'Doing occupational demarcation: The "boundary-work" of nurse managers in a district general hospital', *Journal of contemporary Ethnography*, **29**(3), pp. 326–56.
- Ambrose-Miller, W. and Ashcroft, R. (2016) 'Challenges faced by social workers as members of interprofessional collaborative health care teams', *Health & Social Work*, **41**(2), pp. 101–9.
- Apesoa-Varano, E. C. (2013) 'Interprofessional conflict and repair: A study of boundary work in the hospital', *Sociological Perspectives*, **56**(3), pp. 327–49.
- Azambuja, R. and Islam, G. (2019) 'Working at the boundaries: Middle managerial work as a source of emancipation and alienation', *Human Relations*, **72**(3), pp. 534–64.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, **3**(2), pp. 77–101.
- Bucher, S. V., Chreim, S., Langley, A. and Reay, T. (2016) 'Contestation about collaboration: Discursive boundary work among professions', *Organization Studies*, **37**(4), pp. 497–522.
- Burri, R. V. (2008) 'Doing distinctions: Boundary work and symbolic capital in radiology', *Social Studies of Science*, **38**(1), pp. 35–62.
- Charmaz, K. (2006) *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Craig, S. L. and Muskat, B. (2013) 'Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals', *Health & Social Work*, **38**(1), pp. 7–16.
- Emprechtlinger, J. and Voll, P. (2017) *Professional Identity and Social Work*. Abingdon: Routledge.
- Ezzamel, M. and Burns, J. (2005) 'Professional competition, economic value added and management control strategies', *Organization Studies*, **26**(5), pp. 755–77.
- Freidson, E. (1970/2017) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Abingdon: Routledge.
- Gieryn, T. F. (1983) 'Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists', *American Sociological Review*, **48**(6), pp. 781–95.
- Glaser, B. and Suter, E. (2016) 'Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care', *Social Work in Health Care*, **55**(5), pp. 395–408.
- Grodal, S. (2018) 'Field expansion and contraction: How communities shape social and symbolic boundaries', *Administrative Science Quarterly*, **63**(4), pp. 783–818.
- Helfen, M. (2015) 'Institutionalizing precariousness? The politics of boundary work in legalizing agency work in Germany, 1949–2004', *Organization Studies*, **36**(10), pp. 1387–422.
- Huising, R. (2014) 'The Erosion of expert control through censure episodes', *Organization Science*, **25**(6), pp. 1633–61.
- Huzzard, T., Ahlberg, B. M. and Ekman, M. (2010) 'Constructing interorganizational collaboration: The action researcher as boundary subject', *Action Research*, **8**(3), pp. 293–314.
- Isaksson, C. and Larsson, A. (2017) 'Jurisdiction in school social workers' and teachers' work for pupils' well-being', *Education Inquiry*, **8**(3), pp. 246–61.
- Johannessen, L. E. F. (2018) 'Workplace assimilation and professional jurisdiction: How nurses learn to blur the nursing-medical boundary', *Social Science & Medicine (1982)*, **201**, 51–8.

- Kim, H. and Lee, S. Y. (2009) 'Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings', *Social Work in Health Care*, **48**(4), pp. 364–85.
- Kvarnström, S. (2008) 'Difficulties in collaboration: A critical incident study of inter-professional healthcare teamwork', *Journal of Interprofessional Care*, **22**(2), pp. 191–203.
- Lamont, M. and Molnár, V. (2002) 'The study of boundaries in the social sciences', *Annual Review of Sociology*, **28**(1), pp. 167–95.
- Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B. E., Nicolini, D., Raviola, E. and Walter, L. (2019) 'Boundary work among groups, occupations, and organizations: From cartography to process', *The Academy of Management Annals*, **13**(2), pp. 704–36.
- Liao, T. (2016) 'Is it 'augmented reality'? Contesting boundary work over the definitions and organizing visions for an emerging technology across field-configuring events', *Information and Organization*, **26**(3), pp. 45–62.
- Liberati, E. G. (2017) 'Separating, replacing, intersecting: The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary', *Social Science & Medicine* (1982), **172**, 135–43.
- Lindberg, K., Walter, L. and Raviola, E. (2017) 'Performing boundary work: The emergence of a new practice in a hybrid operating room', *Social Science & Medicine* (1982), **182**, 81–8.
- Liu, S. (2018) 'Boundaries and professions: Toward a processual theory of action', *Journal of Professions and Organization*, **5**(1), pp. 45–57.
- Malterud, K. (2012) 'Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis', *Scandinavian Journal of Public Health*, **40**(8), pp. 795–805.
- Meier, N. (2015) 'Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects', *Qualitative Sociology Review*, **11**(3), pp. 60–82.
- Mizrahi, T. and Abramson, J. S. (2000) Collaboration between social workers and physicians: Perspectives on a shared case. *Social Work Health Care*, **31**, pp. 1–24.
- Oliver, C. (2013) 'Social workers as boundary spanners: Reframing our professional identity for interprofessional practice', *Social Work Education*, **32**(6), pp. 773–84.
- Reay, T., Golden-Biddle, K. and Germann, K. (2006) 'Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change', *Academy of Management Journal*, **49**(5), pp. 977–98.
- Reese, D. J. and Sontag, M. A. (2001) 'Successful interprofessional collaboration on the hospice team', *Health & Social Work*, **26**(3), pp. 167–75.
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K. L., Kenaszchuk, C. and Zwarenstein, M. (2009) 'Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards', *Journal of Interprofessional Care*, **23**(6), pp. 633–45.
- Sanders, T. and Harrison, S. (2008) 'Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace: The case of heart failure care', *Sociology of Health & Illness*, **30**(2), pp. 289–308.
- Timmermans, S. and Tavory, I. (2012) 'Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis', *Sociological Theory*, **30**(3), pp. 167–86.
- Ybema, S., Vroemisse, M. and van Marrewijk, A. (2012) 'Constructing identity by deconstructing differences: Building partnerships across cultural and hierarchical divides', *Scandinavian Journal of Management*, **28**(1), pp. 48–59.
- Zerden, L. D., Lombardi, B. M. and Richman, E. L. (2019) 'Social workers on the interprofessional integrated team: Elements of team integration and barriers to practice', *Journal of Interprofessional Education & Practice*, **17**, 100286.

## Artikkel 3

Mannsåker, I. K. R. & Vågan, A. (2023). Strengthening the Relationships between Different Parties: Boundary-Spanning Competencies in Hospital Social Work. *Qualitative Social Work*.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/14733250231167821>



# Strengthening the relationships between different parties: Boundary-spanning competencies in hospital social work

Qualitative Social Work  
2023, Vol. 0(0) 1–17  
© The Author(s) 2023



Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)  
DOI: 10.1177/14733250231167821  
[journals.sagepub.com/home/qsw](https://journals.sagepub.com/home/qsw)



**Ida Krag-Rønne Mannsåker** 

Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, Faculty of Social Sciences, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

**André Vågan**

Norwegian National Advisory Unit on Learning and Mastery in Health, Oslo University Hospital, HF Aker Hospital, Oslo, Norway

## Abstract

Hospital social workers advocate, facilitate and communicate with patients, families, healthcare professionals, and communities. These activities, in which hospital social workers relate to different parties and aim to strengthen relationships between them, have been referred to in the literature as *boundary spanning*. This study explores hospital social workers' boundary-spanning competencies associated with their boundary-spanning activities. The data were from in-depth interviews with 19 hospital social workers in Norway. A hybrid analysis was performed, combining initial inductive coding of themes with subsequent deductive coding based upon a conceptual framework. Four themes emerged: (1) Being informed, (2) Content knowledge, (3) Tailoring and (4) Self-knowledge. The findings contribute to specifying central boundary-spanning competencies. Implications of the study for social work practice and education are provided, along with recommendations for further research.

## Keywords

practice research, practical knowledge, interprofessional working, interviewing, hospitals, social work practice

---

## Corresponding author:

Ida Krag-Rønne Mannsåker, Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, Faculty of Social Sciences, OsloMet – Oslo Metropolitan University, P.O. Box 4, St Olavs, Pilestredet 46, 0167 Oslo, Norway.  
Email: [imansaker@gmail.com](mailto:imansaker@gmail.com)

## Introduction

Social work involves relationships with individuals, between individuals, with individuals in groups, between individuals and organisations, and between organisations (Harsløf et al., 2017; Moon et al., 2019). In the health social work literature, the social worker's role of strengthening the relationships between different parties has been expressed using different terms: broker (Craig and Muskat, 2013; Moore et al., 2017), glue (Cootes et al., 2021; Craig and Muskat, 2013), negotiator (Schot et al., 2020) and coordinator (Moore et al., 2017). Although these are recognised roles of hospital social workers (HSWs), the research literature has, to a limited degree, specified which competencies are prominent in fulfilling these roles or functions. Despite a range of studies investigating professional competencies amongst HSWs (Bosma et al., 2010; Cootes et al., 2021; Nicholas et al., 2019), the specific competencies that HSWs need in order to coordinate, convey and translate information between different parties has received little attention. Therefore, the current study brings in Van Meerkerk and Edelenbos' (2020) framework to contribute to understanding the boundary-spanning competencies needed by HSWs to conduct these professional activities, both in the context of acute and critical illness and beyond. Our main research question was: *What boundary-spanning competencies do hospital social workers use in their professional practice?*

## A boundary-spanning framework

Previous health social work research has explored competencies through the lens of specific fields or contexts, such as primary health care (Rowe et al., 2017) and palliative care (Bosma et al., 2010). It has also investigated competencies within concrete categories, such as communication (Koprowska, 2020) and reflection in action (Ferguson, 2018). However, as mentioned previously, few studies have explored the kinds of competence needed to negotiate and coordinate between professionals and organisations. To contribute to such a discussion, we have employed the boundary-spanning framework developed by Van Meerkerk and Edelenbos (2020) on HSWs' professional competence. According to the authors, boundary-spanning activities, such as relational and networking activities, are essential in the coordination and collaboration processes across professional and organisational boundaries (Van Meerkerk and Edelenbos, 2020). Based on a literature review of boundary spanning in the field of public management and governance, Van Meerkerk and Edelenbos (2020) have specifically defined boundary spanners as

people who pro-actively scan the organisational environment, employ activities to collect information and to gain support across organisational or institutional boundaries, disseminate information and coordinate activities between their 'home' organisation or organisational unit and its environment and connect processes and actors across these boundaries. (1439)

Thus, collecting and disseminating information to coordinate activities and actors are demarcated as core boundary-spanning activities. Van Meerkerk and Edelenbos (2020)



have pointed out that these boundary-spanning activities demand certain competencies, or know-how and skills. Based on a literature review, they identified three categories of competencies: cognitive, social and emotional. These are particularly important because they fulfil the boundary-spanning role in various contexts. *Cognitive competencies* refer to the know-how and skills needed to process information and to reason analytically. To deal with environmental uncertainty and complexity, boundary spanners need to identify important issues related to the situation and distinguish between what is relevant information and what is not. The ability to be sensitive to salient information, critically assess and analyse important content, and break down problems requires content expertise and cognitive capacities (Getha-Taylor, 2008; Van Meerkerk and Edelenbos, 2020).

*Social competencies* include communication, listening and conflict management skills (Williams, 2002). The ability to convey and translate information across boundaries and to adapt and adjust communication to a specific context is essential for boundary spanning (Weerts and Sandmann, 2010). The boundary spanner's listening skills involve 'a willingness and openness to be influenced by the view of the other' (Williams, 2002: 115). These skills facilitate collaboration and mediation between different interests and perspectives (Van Meerkerk and Edelenbos, 2020).

*Emotional competencies* involve 'the ability to monitor one's own and others' emotions, to discriminate among them and to use this information to guide one's thinking and actions' (Salovey and Mayer, 1990: 189). Self-awareness, self-monitoring, self-confidence and self-efficacy are all components of emotional competencies. While self-awareness and self-monitoring refer to the perception of one's feelings and reactions, self-confidence and self-efficacy refer to the belief in one's ability to perform a task successfully and effectively engage in important relationships, respectively (Van Meerkerk and Edelenbos, 2020). Sensitivity to the interests and needs of others and cognitively processing and emotionally reacting to such interests and needs both "merge" into empathy skills. Adapting one's attitudes and behaviour to such external socially driven cues contributes – along with social competence – to building relationships with others (Williams, 2002).

While the three categories of competencies are well known within social work literature, few studies have discussed the role of cognitive, social and emotional competence as boundary-spanning competencies. For example, social competencies are often discussed as necessary skills in the negotiation and management of conflicts (Craig and Muskat, 2013; Gibbons and Plath, 2009); as verbal and non-verbal communication skills (Brazg, 2018; Craig and Muskat, 2013; Holliman et al., 2001; Sims-Gould et al., 2015); or as important skills in relationship building (Craig et al., 2020; Lilliehorn et al., 2019; Richards-Schuster et al., 2015). However, they are not often presented, for example, as vital to coordinating activities between health professionals. In the literature on cognitive competencies in social work, we often find studies investigating knowledge areas important for social workers, such as medical knowledge and knowledge of the welfare system (Bronstein et al., 2007; Nicholas et al., 2019) or the importance of having a holistic knowledge base (Craig et al., 2015). Less common are studies on how cognitive knowledge involves the ability to connect and integrate knowledge (Abendstern et al., 2014; Brazg, 2018).

Finally, the literature on emotional competence often explores empathy as critical to social work practice. This emotional competence is considered important in the interaction between social worker and client (Gibbons and Plath, 2009; Grant, 2014; Watson et al., 2022). These and other studies argue that putting oneself in the role and perspective of others is fundamental for understanding and acting adequately. While emotional competencies are important in interactions with patients and families, they are just as relevant for coordinating and getting people and institutions to talk together.

A few studies have used the concept of boundary spanning but failed to systematically elaborate on central forms of boundary-spanning competencies. Brazg (2018) examined HSWs' boundary-spanning capacities based on a framework of four boundary-spanning competence domains: values and attitudes, habits of mind, knowledge-based competencies and interpersonal competencies (Nurius and Kemp, 2019). The findings suggested that attitudes, beliefs, integrated knowledge and being a skilled communicator were necessary for team functioning (Brazg, 2018). Another study explored social workers' self-efficacy in the sense of feeling competent when working within acute hospital care (Lloyd, 2021). This study found their self-efficacy to be moderate. To the best of our knowledge, however, no study has used the framework set out by Van Meerkerk and Edelenbos (2020) as a lens for exploring competencies related to HSWs' boundary-spanning activities.

## The role of hospital social workers in Norway

In Norway, there is a lack of state guidelines for hospital social work and regulation of this profession's work tasks. However, the Norwegian Union of Social Workers (FO) describes an HSW's overall purpose as providing psychosocial support and counselling to strengthen the ability of patients and their next of kin to cope with the situation (FO, 2022).

In clinical practice, the Norwegian HSW's personalised interventions do not differ significantly from what is described in previous international studies. Central interventions include providing information on financial and practical arrangements, advocating for resources and service coordination and supporting individuals' emotional needs based on the unique requirements of each patient and family (Lilliehorn et al., 2019; Mannsåker et al., 2021; Muskat et al., 2017; Pockett et al., 2020; Wiggins et al., 2018).

The Norwegian HSW's role can be divided into three categories. Regarding patients and their families, their role is to guide and find solutions to financial and practical challenges, and to identify and support social, relational and existential needs surrounding the current situation (FO, 2022; Mannsåker et al., 2021). Interprofessional collaboration forms another essential part of the role, in which the HSW represents a psychosocial perspective (Lilliehorn et al., 2019) and facilitates the information flow between the family, health care professionals and municipal services. Specifically, the HSW acts as a liaison between the family and the medical treatment team, capturing informational needs and passing them on to support a sufficient understanding of medical information (Gibbons and Plath, 2009; Mannsåker et al., 2021; Nicholas et al., 2019). Finally, the HSW's role also includes teaching patients, their families and other health professionals in

topics such as relevant financial and social rights or psychosocial consequences of illness and treatment (FO, 2022; Mannsåker et al., 2022).

## Data and methods

This article draws on data from a qualitative research study on HSWs' articulation of and argumentation for competencies and practices in paediatric hospital wards in Norway. The study was based on individual semi-structured interviews to deeply explore the HSWs' unique understanding and experiences (Charmaz, 2006) of the following themes: the needs of families of acutely and critically ill children, interdisciplinary collaboration in the acute stage, and the HSW's knowledge base and articulation of knowledge. The study was approved by the Norwegian Social Scientific Data Service.

The study participants were social workers practising directly in paediatric acute wards. The 24 identified HSWs and their superiors were informed about the project through an information letter. To ensure confidentiality, the participants were asked to respond directly to the first author, who was responsible for the entire process of collecting and processing the data. Of the 24 invited, 19 HSWs from 12 hospitals accepted. Due to the lack of state guidelines for hospital social work in Norway, these 12 hospitals differed in their organisational structures, expectations of HSW services and requirements for education. Seventeen of the 19 participants had a master's degree or had additional training beyond a bachelor's degree in social work. The average duration of their work experience was 24.6 years (13–42 years). All the participants were women of Scandinavian origin.

The interviews took place mainly at the participants' workplaces. Each participant was interviewed once for an average of 72 min.

The software NVIVO 12 Pro was used to manage the data. The quotes used in this article were translated from Norwegian to English by the first author and reviewed by a colleague.

## Analysis

The data on which the analysis of this article was based stem from one of the four code groups that emerged from the initial condensation of the text from the inductive analysis (Malterud, 2012). The code group was called *competence and experience*. The first author completed the analysis in four steps: (1) identification of associated themes through familiarisation with the data, (2) coding of the preliminary themes into groups based on potentially identified units of meaning, (3) creation of condensates for each coded group and (4) summarising of the content of each group to generalise the description.

Despite the code group's rich descriptions of competencies and experiences, the inductive approach did not yield surprising findings. Therefore, with the ambition to 'defamiliarise the known world' (Timmermans and Tavory, 2012: 176), we proceeded from the inductive orientation described above towards a deductive-oriented thematic analysis (Braun and Clarke, 2006) using the boundary-spanning perspective (Van Meerkerk and Edelenbos, 2020) as a frame to help us identify

**Table 1.** Relationship between categories of competencies, subthemes and final themes.

Categories of competencies	Subthemes	Final themes
Cognitive competencies	How to obtain information	<b>1. To be informed:</b> - How to obtain information
	Ability to analytically examine information	
Social competencies	Content knowledge	- Awareness of others' reactions
	Customise content and structure	<b>2. Content knowledge:</b> - Ability to analytically examine information
	Communicate on two levels simultaneously	- Content knowledge
Emotional competencies	Manage conflicting interests	<b>3. Tailoring:</b> - Customise content and structure
	Awareness of others' reactions	- Communicate on two levels simultaneously
	Self-awareness and self-monitoring	- Manage conflicting interests
	Self-confidence and self-efficacy	<b>4. Self-knowledge:</b> - Self-awareness and self-monitoring - Self-confidence and self-efficacy

specific boundary-spanning competencies in the data material. As described by [Fereday and Muir-Cochrane \(2006\)](#) and [Ligurgo et al. \(2017\)](#), such a coding process could be termed a hybrid approach that combines an inductive coding of themes in the initial condensation of the material with a subsequent deductive coding based upon the conceptual framework. In practice, we worked dialectically in the deductive stage of analysis by going back-and-forth between the data set and the theory and interpreting the data in light of the theoretical perspective to identify boundary-spanning competencies. [Van Meerkerk and Edelenbos' \(2020\)](#) conceptual framework offered a structure for exploring competencies based on activities harmonising with typical HSW performance.

Based on the framework's focus on the link between boundary-spanning activities and competencies, the first author began reading the data set by asking, 'What kind of boundary-spanning activities do the respondents say they perform?' The categorisation of the activities that emerged largely corresponded with the one presented by [Van Meerkerk and Edelenbos \(2020\)](#). Descriptions of different competencies emerged while identifying extracts from the participants' depictions of their activities; these competencies were identified and abstracted. The subthemes evolved through a back-and-forth between the abstracted data extracts and the framework's description of the three categories.

The extracts for each subtheme were further coded using mind maps and in a close dialogue between the first and second authors, resulting in four final themes and subthemes reflecting one or more categories of competencies as outlined by [Van Meerkerk and Edelenbos \(2020\)](#). Finally, the coauthors discussed and refined the suggestions for final themes and subthemes, as suggested by [Braun and Clarke \(2006\)](#) (Table 1).

## Findings

The four main themes emerging as a result of the deductive stage of the analysis process were as follows: (1) to be informed, (2) content knowledge, (3) tailoring and (4) self-knowledge. The findings will be presented separately.

### *To be informed*

The first main theme concerns being informed, that is, having a sufficient understanding of a situation. To be or become informed on several matters and in various ways was perceived as essential to acting adequately.

*How to obtain information.* Knowing how to obtain information to be prepared for encounters with professionals or parents constitutes one aspect of being informed. For the participants, considering what information was relevant and how to obtain relevant information from available sources were insights built up through working experience.

For my part, it's a lot about being prepared in every way; you also have to know what you're going for. Preparing for something perhaps also comes with experience [...]

Talk about it [the medical situation] with physicians, get some explanations, some knowledge. (No. 4, 21 years of work experience, 11 years as HSW)

Receiving medical information directly from physicians or nurses was an important source of knowledge for specific medical conditions. Reading the patient's medical record and attending pre-rounds or interprofessional meetings provided access to advanced information about the social and psychosocial aspects of the patient and their family.

*Awareness of others' reactions.* Another way of being informed is by being aware of others' reactions in face-to-face encounters. This emotional competence refers to an ability to perceive other people's emotional states and use this information to guide the manner of engagement with those people. Making this observation meaningful also involved cognitive skills, as exemplified by this HSW:

[When I meet the parents], I use a technique that involves asking [about the situation and special needs] a little bit, right, to check if I have them with me. If I see someone's eyes flicker, then I say, "We can get back to it." (No. 10, 42 years of work experience, 28 years as HSW)

### *Content knowledge*

The second main theme is content knowledge. Content knowledge – of the welfare system, medical issues, psychosocial needs and legal frameworks, for instance – contributed to a better understanding, recognition and assessment of relevant information.

This knowledge often formed a basis for further exploration or for filling responsible roles in certain situations. As an example, several of the participants had experienced that health personnel tended to pass the job of reporting concerns about a child's care situation and risk of harm to the HSW even if they were not involved in the case. Having knowledge about legal frameworks and guidelines made it easier to keep the guiding role, as illustrated by the following quote:

“No, I can't take over the case, but look here, the guidelines for how to report a concern are there. What you have to do is ...” Right? Then, I can guide them a bit along the way and give them a bit of confidence in what to do next. (No. 16, 13 years of work experience, 2 years as HSW)

Another HSW underlined the necessity of having knowledge in oral and written communication, but also of the ongoing development of content knowledge in daily practice:

What I think is important is that you have basic knowledge of talking to people, different types of people in different life situations. And I actually think it is very important that you can write properly and have knowledge about and use legal frameworks (...) You must not know everything, because that will be too general, but you must be able to familiarise yourself with things and learn as you go, around the exact topics you will be working with. (No. 3, 21 years of work experience, 10 years as HSW)

Furthermore, using content knowledge also led to further inquiries. For instance, being familiar with legal frameworks and legal support could make the HSW able to assess whether the situation demanded assessments beyond the guidelines, and thus avoid potential legal pitfalls, as illustrated in the following quote:

I had a case the other day where I felt that here we must find out what is right and wrong. And then, I had to call the hospital legal counsellor to clarify the legal issues before I consulted a colleague to find out how we should handle them further. (No. 16, 13 years of experience, 2 years as HSW)

## *Tailoring*

The third main theme is tailoring. Tailoring concerns context-sensitive ways of communicating with parents or health professionals adapted to their needs and preferences, with the expectation that this individualisation will lead to a larger intended effect. ‘You have to adapt the information to where people are’ was the prevailing message of the participants regarding communication skills. Tailoring was expressed in several ways.

*Tailoring content and structure.* The ability to adapt content and structure to a specific communicative context is an important part of tailoring. An HSW's reflection on her communication strategy with community service staff provides an example:

We must be clear about our professional assessments, what we have found in the examinations. Be as clear as we can about what their needs are. [...] Both writing in the applications and orally on the phone and in meetings, I can say that the child has such and such needs and has such and such [diagnosis], and the difficulties for the parents are like this, and they are completely exhausted, and so on. (No. 5, 27 years of work experience, 17 years as HSW)

Another HSW with 17 years of experience with interprofessional collaboration from contexts other than hospitals reflected on her experiences of communicating with physicians during her first year at the hospital:

As a social worker, I have to somehow find a way towards each individual physician. I have to learn to get to know how they work. I have to find small openings when they have time to talk to me. [...]. It's a completely different culture here. There is more fast-paced, it's more case-oriented. I have to be quicker when I present something. It's a different language. (No. 17, 17 years of work experience, 1 year as HSW).

Formulating the message precisely in medical terms improves accuracy and helps strengthen the relevance of the message. However, medical terms could have the opposite effect when talking with parents. Thus, the HSWs assessed whether they should minimise the use of medical terms and speak in a simpler manner when communicating with parents.

The skill of customising communication was also necessary when providing reports in medical records. The medical records represented an information channel towards other health professionals. At the same time, they also had to keep in mind that patients have access to their medical records, and the information would also be available to them. Thus, the medical records represented a communication medium that had to safeguard several interests.

*Communicating on two parallel levels.* Another example of tailoring is when HSWs sought to communicate on two parallel levels with parents under high stress. Talking about practical issues with the parents was a way to simultaneously attend to their stressful state and convey information. As one HSW emphasised:

When you get the practical stuff sorted out and fixed the economical things, that we have control over this, so and so it is, you will do this, I will do this, we will get it together, eh, then I feel that they breathe. (No. 1, 18 years of experience, 5 years as HSW)

Another HSW talked about how they must appraise the information provided so that it conforms and attends to the parents' emotional state:

Everyone reacts differently, but it's just to be there with them and make the situation safe. Not too much information, but not too little, either. But just right. And try to tune in and be a bit sensitive. (No. 17, 17 years of experience, 1 year as HSW)

*Ability to facilitate and negotiate.* Applying communication and listening skills in order to customise contributions was just as relevant when managing conflicting interests. Contributing to finding solutions and compromises acceptable to each party required an ability to facilitate and negotiate in context-specific ways. The following quote illustrates a typical situation in preventing the development of a conflict between parents and health professionals. Here, the HSW explains how she balanced her efforts:

I can either give advice to the parents on how to present their problem, or I ask like this: ‘Do you want me to get in touch and convey this?’ But then I have to be careful. I must not put the parents in such a situation that they are looked down upon because they go to the hospital and complain... So, I try, when I call the municipality, to highlight the positive aspects, that the parents are very happy that they get assistance three nights a week, they are very grateful for that, but they need more. [...]. Whether it’s the patient, or those I’ll be working with at the hospital, or those I’ll be working with in the municipality [I will ask myself] how does it look from their point of view? (No. 10, 42 years of work experience, 28 years as HSW)

### *Self-knowledge*

The final theme emerging from our analysis is termed self-knowledge. Self-knowledge involves the ability to recognise one’s own feelings and emotions and develop strategies to handle them.

*Self-awareness and self-monitoring.* While self-awareness is about being aware of one’s feelings and emotions, self-monitoring refers to understanding what feelings and emotions express and what triggers them. The findings specifically emphasise understanding one’s needs and the drivers of one’s emotional reactions, as well as helpful strategies for being emotionally prepared for whatever may come. One participant used a constructivist argument to illustrate how language creates ways to see the world, which, in turn, affects thoughts and emotional reactions:

It had been completely different if I had entered the room and thought or said to myself that now I am going to meet a family in a deep, deep crisis... because then I turn on some completely different switches compared to when I say that now I will go in and meet some people who are having a hard time. For me, it’s a huge difference. (No. 13, 24 years of work experience, 18 years as HSW)

Choosing words that opened up alternative actions helped her to be in a mood that had a calming effect on herself as well as the parents. Being prepared emotionally by intentionally tuning in to a mood appeared as a central skill among the HSWs. The mood enabled them to take a step back, analyse the situation and sort out what could be the right thing to do or say in a given situation.

Some of the HSWs talked about their awareness of how their own emotions could be evoked when issues were recognisable from their own lives. The ability to distinguish between their own feelings and those of others required ‘some knowledge that makes you



understand what's going on with you, [...] so that I am able to, to a certain extent at least, connect it to things that are more about my life' (No. 2, 35 years of experience, 1 year as HSW). This exemplifies how knowledge or theoretical concepts contributed useful perspectives on experiences that, in turn, could increase self-awareness. Furthermore, being able to distinguish between one's own reactions and those of others seemed to increase their confidence while feeling emotionally affected in the encounters, as this quote illustrates:

What should I do about the feelings that arise during a conversation? [...] That it is allowed to say that "now ... as you can see, this affects me.... I can handle it, but just know that your child actually is important"... that you do not meet a person who is completely switched of when your child is very ill. (No. 1, 18 years of experience, 5 years as HSW)

*Self-confidence and self-efficacy.* Self-confidence is about having confidence in the relevance of one's assessments and contributions. Confidence in one's ability to communicate and promote one's contributions will be referred to here as self-efficacy.

The participants' self-confidence in their competence and point of view was most often articulated when they had to advocate for the influence of social determinants on health issues. They experienced a correlation between regularly reminding other health professionals about this perspective on the one hand and patients' socioeconomic situations on the other hand and the rates of referrals to the HSWs. Self-confidence also came to the fore concerning defined tasks. For example, clarifying 'the application and the legal basis for why they [the patients] can apply [for financial support], and then I send it electronically to the doctors and ask them to write a doctor's statement' (No. 7, 17 years of experience, 4 years as HSW).

Their confidence in their ability to handle unexpected scenarios represents another example. For instance, when the parents asked a question that the HSW could not answer, she felt 'so confident that I can say that I'm not quite sure, but I can find out ... and then I can come back'. (No. 1, 18 years of experience, 5 years as HSW)

The HSWs thus expressed having self-efficacy when it came to handling challenges in encounters with patients and families. However, their self-efficacy seemed to depend on the context when it came to proclaiming their contributions to other health professionals. In contrast, in situations traditionally dominated by physicians, such as pre-rounds, none of the HSWs showed confidence by taking the initiative to challenge the existing order or to speak up, even if they could provide relevant information or were missing information.

We [the HSWs] have discussed if we should do it [attend at pre-rounds]...there is no room to bring in anything there [...] The physicians are clear that pre-rounds are for medical issues. (No. 4, 21 years of experience, 11 years as HSW)

## Discussion

Four main themes of competencies emerged when exploring HSWs' boundary-spanning competencies in the context of acute and critical illness. The first two themes referred to

forms of cognitive competence. The first entailed ways of being sufficiently informed, being sensitive to different types of salient information from several sources and putting together information to get a clearer picture of a particular situation to act adequately. Although sharing information is identified as a social work competence (Bosma et al., 2010; Cootes et al., 2021), less is known about strategies on how to be informed. The findings thus contribute to specifying prerequisites to the competence of sharing information. In this respect, the importance of having a foundation of content knowledge was emphasised in the second theme. Having knowledge from different disciplines enabled the HSWs to differentiate, analyse and identify the situation. This comprehension further formed a basis for exploration and clarified their professional roles.

While previous research (Bosma et al., 2010) has emphasised social workers' content knowledge, it has not sufficiently investigated content knowledge as a boundary-spanning competency, that is, knowledge necessary to negotiate and coordinate between individuals, professionals and organisations. As described previously, the cognitive dimension of HSWs' boundary-spanning competency – their content knowledge and ability to obtain, distinguish and synthesise knowledge from physicians and nurses (for example) – enhanced their understanding of situations and ways to handle problems at hand. In other cases, this led to further inquiries.

Creating communication personalised for the recipient and with the expectation of an effect beyond message processing (Hawkins et al., 2008) represented the third theme. Tailoring, as a form of social competency, involves the ability to customise content and structure, communicate on the cognitive and emotional levels simultaneously, and manage conflicting interests. In social work research, person-centred communication or interpersonal knowledge and skills have been emphasised as vital skills (Clark, 2010; Koprowska, 2020) in building good relationships with service users or negotiating and managing conflicts (Craig and Muskat, 2013; Gibbons and Plath, 2009). However, as Van Meerkerk and Edelenbos (2020) argued, being able to tailor or adapt information and knowledge across actors and boundaries in context-sensitive ways could also be viewed as a boundary-spanning competency. The communication and listening skills of boundary spanners facilitate the collaboration and mediation of interests from different actors, such as when HSWs communicated on two parallel levels with parents under severe stress or when preventing the escalation of conflict between health professionals and parents.

The last theme, self-knowing, was about the ability to recognise one's feelings and emotions, develop strategies to handle them, and make them a resource for different encounters and contexts. Emotional competence or self-reflective practice is considered essential to HSWs' professional competence (Bosma et al., 2010). A central argument in the literature is that awareness of one's own and others' perspectives and emotions is fundamental in interactions with service users or clients (Gibbons and Plath, 2009; Grant, 2014; Watson et al., 2022). The role of social workers' empathy is also emphasised in the literature. However, as Van Meerkerk and Edelenbos (2020) suggest, emotional competencies are also relevant for coordinating and getting professionals and institutions to talk together. As indicated in the findings, HSWs' self-confidence, a component of emotional competencies, facilitated advocating a social determinant-perspective on health towards other health professionals. For instance, HSWs made other health professionals

aware of the correlations between patients' socioeconomic position and health. They also tended to take responsibility for coordinating applications for financial support to patients and families in close collaboration with physicians.

These competencies and activities, which we have framed within a boundary-spanning perspective, are well recognised within social work (Fjeldheim et al., 2015; Harsløf et al., 2017; Moon et al., 2019). As early as 1922, in her theory of social casework, Mary Richmond described the social worker's indirect work with and through external resources (Fjeldheim et al., 2015), suggesting that social workers span professional and organisational boundaries. Other and more recent examples are studies conceptualising these roles (Abbott, 1995; Cootes et al., 2021; Craig and Muskat, 2013; Moore et al., 2017; Schot et al., 2020).

As argued in our introduction, although boundary spanning constitutes an important part of what social workers do in different occupational contexts, there is a paucity of studies exploring the specific activities and competencies needed in professional practice. As Van Meerkerk and Edelenbos (2020) argue, drawing on an extensive literature review, professionals often engage in relational and networking activities to coordinate, collaborate and connect with other professionals within and beyond organisational boundaries. They argue that specific competence is necessary to perform these activities and establish a linkage between actors and systems. In the current study, we have applied the boundary-spanning perspective of these authors to delineate the specific boundary-spanning competencies needed by health social workers working in a paediatric context. Our analysis constitutes a novel lens through which to bring certain competencies to the fore and gain more insight into them. Within the applied framework, the cognitive, social and emotional aspects of competencies are taken into closer consideration. We argue that using this threefold distinction, various qualities of the competencies can emerge more clearly.

### *Implications for practice, education and research*

Our study has several implications. First, it allows a more precise identification and operationalisation of boundary-spanning competencies and their different facets. This, in turn, may strengthen the articulation of social workers' contributions in collaborative contexts. Second, considering that interprofessional collaboration is an important means of improving health outcomes (Reeves et al., 2009), competencies that may strengthen interprofessional collaboration and collaboration with patients and parents are warranted. Third, our study has implications for professional training and development. Providing training programmes on boundary-spanning competencies for novice and experienced health social workers will increase their understanding of professional competencies and facilitate the integration of boundary-spanning competence into their daily practice. Fourth, our study is relevant to the curricula of educational institutions. Didactic and experiential teaching and learning could enhance students' understanding of the boundary spanner role. For example, training students to perceive different facets of information as a basis for a personalised approach, and emphasising the development of self-knowledge, could strengthen their self-confidence and self-efficacy for the position of a boundary

spanner in hospitals and other complex organisations. Finally, given the paucity of studies on boundary-spanning competencies in social work, more research is required to further develop our understanding of the knowledge, skills and attitudes specific to the boundary spanner role. A thorough and systematic comparison of the boundary-spanning competence framework with existing social work competence frameworks is also needed.

## Limitations

Although the 19 participants represent 12 hospitals all over Norway, more studies should be encouraged to provide additional knowledge about boundary-spanning competencies in different contexts. Furthermore, this study primarily provides insight into HSWs' perceptions of their own competencies. Thus, an ethnographic study design could be useful for further exploration and for generating supplementary insight. Despite this limitation, understanding competencies in the framework of boundary spanning represents a contribution to the existing literature on social work competencies.

## Conclusion

In this article, we have explored boundary-spanning competencies of paediatric HSWs in the context of acute and critical illness. The competencies were operationalised within four areas of ability that appeared particularly prominent within this context: (1) the ability to be informed, (2) the ability to acquire and use content knowledge, (3) the ability to customise contributions and (4) the ability to know oneself. These boundary-spanning competencies are important for carrying out tasks, activities and roles. Our study has implications for social work practice and education, although further research is needed to develop our understanding of the specificities of boundary-spanning competencies.

## Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

## ORCID iD

Ida Krag-Rønne Mannsåker  <https://orcid.org/0000-0001-5562-5727>

## References

Abbott A (1995) Boundaries of social work or social work of boundaries? *Social Service Review* 69: 545–562.

- Abendstern M, Tucker S, Wilberforce M, et al. (2014) Social workers as members of community mental health teams for older people: what is the added value? *British Journal of Social Work* 46(1): 63–80. DOI: [10.1093/bjsw/bcu122](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu122)
- Bosma H, Johnston M, Cadell S, et al. (2010) Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliative Medicine* 24(1): 79–87. DOI: [10.1177/0269216309346596](https://doi.org/10.1177/0269216309346596)
- Braun V and Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Brazg TN (2018) *The (Inter)Professional Identity of Hospital Social Workers: Integration and Operationalization of profession-specific knowledge, skills, and values with boundary-spanning competencies*. PhD Thesis, University of Washington, USA.
- Bronstein L, Kovacs P and Vega A (2007) Goodness of fit: social work education and practice in health care. *Social Work in Health Care* 45(2): 59–76. DOI: [10.1300/J010v45n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J010v45n02_04)
- Charmaz K (2006) *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Clark PG (2010) Decreasing psychological distress in cancer inpatients using FLEX Care®: a pilot study. *Social Work in Health Care* 49(9): 872–890. DOI: [10.1080/00981389.2010.499826](https://doi.org/10.1080/00981389.2010.499826)
- Cootes H, Heinsch M and Brosnan C (2021) Jack of all trades and master of none? Exploring social work’s epistemic contribution to team-based health care. *The British Journal of Social Work* 52: 256–273. DOI: [10.1093/bjsw/bcaa229](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa229)
- Craig SL, Betancourt I and Muskat B (2015) Thinking big, supporting families and enabling coping: the value of social work in patient and family centered health care. *Social Work in Health Care* 54(5): 422–443. DOI: [10.1080/00981389.2015.1017074](https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1017074)
- Craig SL, Eaton AD, Belitzky M, et al. (2020) Empowering the team: a social work model of interprofessional collaboration in hospitals. *Journal of Interprofessional Education and Practice* 19: 100327. DOI: [10.1016/j.xjep.2020.100327](https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100327)
- Craig SL and Muskat B (2013) Bouncers, brokers, and glue: the self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health and Social Work* 38(1): 7–16. DOI: [10.1093/hsw/hls064](https://doi.org/10.1093/hsw/hls064)
- Fereday J and Muir-Cochrane E (2006) Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods* 5(1): 80–92.
- Ferguson H (2018) How social workers reflect in action and when and why they don’t: the possibilities and limits to reflective practice in social work. *Social Work Education* 37(4): 415–427. DOI: [10.1080/02615479.2017.1413083](https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1413083)
- Fjeldheim S, Levin I and Engebretsen E (2015) The theoretical foundation of social case work. *Nordic Social Work Research* 5(sup1): 42–55. DOI: [10.1080/2156857X.2015.1067900](https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1067900)
- FO (2022) December 18 Hvordan arbeider sosionomer i sykehusene? Available at: <https://www.fo.no/somatisk-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article13485-1356.html>
- Getha-Taylor H (2008) Identifying collaborative competencies. *Review of Public Personnel Administration* 28(2): 103–119. DOI: [10.1177/0734371x08315434](https://doi.org/10.1177/0734371x08315434)
- Gibbons J and Plath D (2009) Single contacts with hospital social workers: the clients’ experiences. *Social Work in Health Care* 48(8): 721–735. DOI: [10.1080/00981380902928935](https://doi.org/10.1080/00981380902928935)
- Grant L (2014) Hearts and minds: aspects of empathy and wellbeing in social work students. *Social Work Education* 33(3): 338–352. DOI: [10.1080/02615479.2013.805191](https://doi.org/10.1080/02615479.2013.805191)

- Harsløf I, Søbberg Nielsen U and Feiring M (2017) Danish and Norwegian hospital social workers' cross-institutional work amidst inter-sectoral restructuring of health and social welfare. *European Journal of Social Work* 20(4): 584–595. DOI: [10.1080/13691457.2016.1188783](https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1188783)
- Hawkins RP, Kreuter M, Resnicow K, et al. (2008) Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research* 23(3): 454–466. DOI: [10.1093/her/cyn004](https://doi.org/10.1093/her/cyn004)
- Holliman DC, Dziegielewska SF and Datta P (2001) Discharge planning and social work practice. *Social Work in Health Care* 32(3): 1–19. DOI: [10.1300/J010v32n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J010v32n03_01)
- Koprowska J (2020) *Communication and Interpersonal Skills in Social Work*. 5th edition. England, UK: Sage.
- Ligurgo V, Philippette T, Fastrez P, et al. (2017) *A Method Combining Deductive and Inductive Principles to Define Work-Related Digital Media Literacy Competences*. Paper presented at the European Conference on Information Literacy.
- Lilliehorn S, Isaksson J and Salander P (2019) What does an oncology social worker deal with in patient consultations? - an empirical study. *Social Work in Health Care* 58(5): 494–508. DOI: [10.1080/00981389.2019.1587661](https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1587661)
- Lloyd A (2021). *Born to help*. PhD Thesis, The University Tennessee Knoxville, USA. Available at: [https://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/6680/](https://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/6680/)
- Malterud K (2012) Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(8): 795–805. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)
- Mannsåker IK-R, Vågan A, Geirdal AØ, et al. (2021) Hospital social worker's contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children. *European Journal of Social Work* 26(1): 121–133. DOI: [10.1080/13691457.2021.2016645](https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016645)
- Mannsåker IK-R, Vågan A, Geirdal AØ, et al. (2022) Hospital social workers' boundary work in paediatric acute wards - competitive or collaborative? *The British Journal of Social Work* 52(5): 2595–2612. DOI: [10.1093/bjsw/bcab209](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab209)
- Moon F, Fraser L and McDermott F (2019) Sitting with silence: hospital social work interventions for dying patients and their families. *Social Work in Health Care* 58(5): 444–458. DOI: [10.1080/00981389.2019.1586027](https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1586027)
- Moore M, Cristofalo M, Dotolo D, et al. (2017) When high pressure, system constraints, and a social justice mission collide: a socio-structural analysis of emergency department social work services. *Social Science and Medicine* 178: 104–114. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.02.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.014)
- Muskat B, Craig SL and Mathai B (2017) Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social Work in Health Care* 56(8): 765–778. DOI: [10.1080/00981389.2017.1339761](https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1339761)
- Nicholas DB, Jones C, McPherson B, et al. (2019) Examining professional competencies for emerging and novice social workers in health care. *Social Work in Health Care* 58(6): 596–611. DOI: [10.1080/00981389.2019.1601650](https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1601650)
- Nurius PS and Kemp SP (2019) Individual-level competencies for team collaboration with cross-disciplinary researchers and stakeholders. In: Hall K, Vogel A and Croyle R (eds) *Strategies for Team Science Success: 171-187*. Switzerland, Springer, Cham.
- Pockett R, Hobbs K, Araullo R, et al. (2020) Social work interventions in cancer care. *Australian Social Work* 75: 137–151. DOI: [10.1080/0312407X.2020.1748673](https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1748673)

- Reeves S, Rice K, Conn LG, et al. (2009) Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care* 23(6): 633–645. DOI: [10.3109/13561820902886295](https://doi.org/10.3109/13561820902886295)
- Richards-Schuster K, Ruffolo MC, Nicoll KL, et al. (2016) Exploring challenges faced by students as they transition to social justice work in the “real world”: implications for social work. *Advances in Social Work* 16(2): 372–389. DOI: [10.18060/18526](https://doi.org/10.18060/18526)
- Rowe JM, Rizzo VM, Vail MR, et al. (2017) The role of social workers in addressing nonmedical needs in primary health care. *Social Work in Health Care* 56(6): 435–449. DOI: [10.1080/00981389.2017.1318799](https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1318799)
- Salovey P and Mayer JD (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 9(3): 185–211. DOI: [10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg](https://doi.org/10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg)
- Schot E, Tummers L and Noordegraaf M (2020) Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 34(3): 332–342. DOI: [10.1080/13561820.2019.1636007](https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007)
- Sims-Gould J, Byrne K, Hicks E, et al. (2015) “When things are really complicated, we call the social worker”: post-hip-fracture care transitions for older people. *Health and Social Work* 40(4): 257–265. DOI: [10.1093/hsw/hlv069](https://doi.org/10.1093/hsw/hlv069)
- Timmermans S and Tavory I (2012) Theory construction in qualitative research: from grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory* 30(3): 167–186. DOI: [10.1177/0735275112457914](https://doi.org/10.1177/0735275112457914)
- Van Meerkerk I and Edelenbos J (2019) Becoming a competent boundary spanning public servant. *The Palgrave Handbook of the Public Servant*, London, UK: Palgrave Macmillan 1–15. DOI: [10.1007/978-3-030-03008-7-39-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03008-7-39-1)
- Watson T, Hodgson D, Watts L, et al. (2022) Historiography of empathy: contributions to social work research and practice. *Qualitative Social Work* 21(4): 714–730. DOI: [10.1177/14733250211033012](https://doi.org/10.1177/14733250211033012)
- Weerts DJ and Sandmann LR (2010) Community engagement and boundary-spanning roles at research universities. *The Journal of Higher Education* 81(6): 632–657. DOI: [10.1080/00221546.2010.11779075](https://doi.org/10.1080/00221546.2010.11779075)
- Wiggins B, Corsini N, Ramsey I, et al. (2018) An evaluation of social work services in a cancer accommodation facility for rural South Australians. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 26(1): 147–154. DOI: [10.1007/s00520-017-3828-z](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3828-z)
- Williams P (2002) The competent boundary spanner. *Public Administration* 80(1): 103–124. DOI: [10.1111/1467-9299.00296](https://doi.org/10.1111/1467-9299.00296)