

Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag?

Ragnhild Nilsen

Ragnhild Nilsen, Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag, e-post:

Sammendrag

Forfatteren viser til at WHO i en fersk rapport (2010) fremholder tverrprofesjonell utdanning og opplæring som et viktig grep for å endre et helsesystem i krise, samtidig som det skjer en utfasing av samarbeidslæring på tvers av profesjoner ved norske universitet og høyskoler. Med utgangspunkt i rammeplanenes Felles innholdsdel for helse- og sosialfagutdanningene diskuterer forfatteren om tverrprofesjonell samhandling blir sett på som et eget fag, en del av en faglig aktivitet, eller en separat funksjon. Og videre, om ikke helsefaglig ledelse og helsefaglig samhandling kan sees på som to sider av samme sak, og ikke to funksjoner som står i motsetning til hverandre.

Fou-arbeid

Nøkkelord

tverrprofesjonell, fag, fagområde, samhandling, ledelse

Innledning

Mangel på samordning

Utfordringene til helsevesenet øker. Disse er knyttet til komplekse helseproblemer, økt innvandring og endrete familemønstre. Samtidig blir det flere eldre, flere langtids-syke, og flere med kroniske lidelser. Hansen (2009) viser til et helsesystem der flerdimensjonale problemer i hovedsak blir møtt av endimensjonale løsninger, og påpeker at velferdsapparatet preges av oppsplitting, spesialisering og mangel på samordning og koordinering av ulike tiltak.

Det kan være flere forklaringer på den manglende samordningen, men at helsepersonell må kunne samarbeide, er mer viktig nå, enn tidligere.

Verdens helseorganisasjon (WHO) viser i rapporten *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* (2010) til et fragmentert globalt helsesystem i krise. Rapporten fokuserer på verdien av tverrprofesjonell utdanning og samarbeid som strategier for å bedre helsetilbudet.

Det er ikke lenger tilstrekkelig å være en profesjonell helsearbeider, man må også være tverrprofesjonell. I det ligger det at man må kunne samarbeide med andre som har annerledes helsefaglig bakgrunn, men samtidig har komplementære ferdigheter slik at det oppstår "noe" som den enkelte helsearbeider ikke har alene. I rapporten konkluderes det med at den eneste måten helsearbeidere kan få en forståelse av hvor viktig helsefaglig samarbeid er, er gjennom tverrprofesjonell opplæring og utdanning. WHO ser på det som en viktig strategi for å optimalisere internasjonalt helsearbeid, og ber politikere og myndigheter om å handle raskt ut fra det.

Utfasing av samarbeidslæring

Samtidig som WHO i rapporten fremholder tverrprofesjonell utdanning og opplæring som et viktig grep for å skape et helsesystem som lettere kan respondere på lokale behov, skjer det nå en utfasing av samarbeidslæring på tvers av profesjoner ved norske universitet og høyskoler. 31. mars 2009 avviklet styret ved Høgskolen i Sør-Trøndelag Ekspert i team 1 Høgskolen i Oslo avviklet i 2009 to fellesmoduler for sine helsefagstudenter, og ved Universitetet i Tromsø bestemte styret ved Avdeling for helsefag 12. mai 2009, etter påtrykk fra sykepleierutdanningen, å ta en "pause" fra fellesundervisningen for sine helsefagstudenter fra høsten 2009.

Ulike begrunnelser for å avvikle den tverrprofesjonelle utdanningen ble brukt. En presset økonomi og dårlige kvalitet på det felles undervisningsopplegget ble fremholdt. Begrunnelsene kan være reelle nok, men hvorvidt det var riktig å prioritere avvikling av tverrprofesjonell samarbeidslæring bør diskuteres. Det er lite trolig at for eksempel sykepleierutdanningen ville avviklet faget fysiologi, bioingeniørutdanningen kjemi,

radiografutdanningen fysikk og fysioterapiutdanningen anatomi ut fra de samme begrunnelsene. Mest sannsynlig ville utdanningene da ha sett på muligheten til å justere kursen, endre på opplegget, eller eventuelt prøve ut nye undervisningsmodeller for disse fagene.

Problemstilling

Det kan ut fra det tenkes at *tverrprofesjonell samhandling* sees på som en arbeidsform, eller et middel for å nå et mål, og ikke et eget fag, eller tema. Og at det oppleves at denne arbeidsformen like godt kan ivaretas på den enkelte utdanning. Det kan nok være mulig at de ulike temaene² som inngår i rammeplanenes Felles innholdsdel (fra 1995-1997, med revisjoner 2005 og 2008)³ kan undervises tilstrekkelig på den enkelte utdanning. Og, man kan videre stille spørsmål om disse temaene egentlig egner seg til samarbeidslæring. Samtidig er det vanskelig å forstå hvordan det tverrprofesjonelle samhandlingsperspektivet, ut over generell samarbeidskompetanse skal ivaretas, når målet for Felles innholdsdel i rammeplanene er "å styrke helsefagstudentens evne til tverrfaglig samarbeid".

Jeg vil derfor, med utgangspunkt i rammeplanenes Felles innholdsdel diskutere følgende: Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag? Kan tverrprofesjonell samhandling forstås som "noe annet enn fag"? Er tverrprofesjonell samhandling en del av en faglig aktivitet, eller en separat funksjon?

Begrepsavklaringer

Arbeid med terminologien for et fagområde er viktig, i følge Språkrådet⁴, og starter med begrepene og begreps-

systemene. Termen *fag eller fagområde* viser gjerne til akademiske fagdisipliner, og representerer forskjellige perspektiver på å observere, forklare og forstå virkeligheten på. *Tverrfaglighet* er integrering av flere fag, for eksempel i et studium. Stiberg og Olstad (2002) viser til at tverrfaglig samarbeid ikke er et mål i seg selv, men et middel for å nå et mål bestemt ut fra oppgavens art og grad av kompleksitet. Men selv om profesjoner ofte omtaler seg selv som fag, så inneholder profesjonsutdanninger elementer fra flere fagområder, og er dermed tverrfaglige i seg selv.

Tverrprofesjonell utdanning og opplæring er, i henhold til Barr, Koppel, Reeves, Hammick, og Freeth (2005), når helsefagstudenter fra to eller flere profesjoner lærer av, fra og med hverandre, og der interaksjonen og samarbeids-læringen mellom studentene står sentralt. Med enprofesjonell utdanning menes undervisning som kun er lagt opp for en utdanning, uten at studentene har noen felles møtepunkter med studenter fra andre helsefagutdanninger. *Flerprofesjonell* utdanning er knyttet til at studentene fra ulike utdanninger har felles undervisning, for eksempel felles forelesninger, men der de ikke jobber sammen med tanke på lære av, fra og med hverandre.

Drinka og Clark (2000) tar for seg interdisiplinære helseteam (Interdisciplinary Health Care Team - IHCT), og beskriver det som et godt alternativ for et fragmentert og feilslått helsesystem der helsearbeidere ikke samarbeider. De bruker imidlertid begrepet *interdisiplinær*, og ikke *tverrprofesjonell* for å beskrive teamets sammensetning, og inkluderer dermed deltakere som ikke er profesjoner, for eksempel teknikere, assistenter og annet helsefaglig støttepersonell.

Jeg vil imidlertid legge til grunn betydningen til Barr et al (2005) av

tverrprofesjonell utdanning og tverrprofesjonelt samarbeid i det følgende, i det jeg tar utgangspunkt i rammeplanene for helse- og sosialfagutdanninger som har Felles innholdsdel. Denne distinksjonen er viktig når jeg i det videre bruker begrepene profesjon og profesjonsfelt, og ikke helsefaglig yrke og yrkesfelt.

Helsefaglig ledelse og helsefaglig samhandling, to sider av samme sak?

I rapporten fra WHO (2010) vises det til hvordan tverrprofesjonelt helsefaglig samarbeid kan gi økt kvalitet på helsetjenestene. For å kunne hjelpe pasienter med sammensatte problemer er det viktig at helsearbeidere i et samspill kan dra veksler på hverandres kunnskaper og kompetanse. Men hvem er det som definerer rollene i et helseteam, og hvem har ansvaret for at de ulike oppgavene som teamet er satt til å gjøre, blir gjort? Til det kreves en vilje som forutsetter evne til å kommunisere omkring roller, verdier og praksis, og samtidig en evne til å vurdere om situasjonen faktisk krever samarbeid. Formelle strukturer og regler, samt støtte i organisasjonen er viktig, slik at kompetansen til hvert enkelt teammedlem kan utnyttes på best mulig måte.

Drinka og Clark (2000) mener at helsearbeid handler like mye om kommunikasjon mellom helsearbeidere, som om diagnoser og ledelse. Mange helsearbeidere utdannes kun innenfor sin autonome praksis, og trenes i liten grad opp i samarbeid, sier de. Det stilles store krav til koordinering, samhandling og ledelse av virksomheten i helsetjenesten, samtidig som fagkunnskap er viktig. Enkeltindivider og mindre grupper må, i følge forfatterne, kunne samhandle i en større helhet, og fungere i en organisasjonsmessig og samfunnsmessig sammenheng.

Drinka og Clark (2000) viser til eldre lederteori (Stogdill 1948) der det ble påpekt hvor viktig egenskapene til personen i lederrollen er, for eksempel lederens intelligens, utholdenhet og initiativ. Dette er egenskaper som kan måles, og som kanskje er arvelig, blir det sagt. Nyere lederteori, derimot fokuserer i større grad på organisasjonskultur, samt gruppas verdier og arbeidsoppgaver (Granen, Novak og Sommerkamp 1982; Bass, Waldman, Avolio og Bebb 1987). Dette passer, i følge Drinka og Clark, bedre for IHCT, da lederskap er en dynamisk prosess hvor leder og deltakere stadig bytter roller. Lederskap er dermed, i følge forfatterne, ikke kvalitetene til en person, det er mer riktig å tenke på lederskap som et system, hvor bidraget fra alle teammedlemmene er viktig, og der kommunikasjon er en sentral faktor. Rollene i gruppa kan, i henhold til forfatterne, endres avhengig av omgivelsene og den aktuelle situasjonen, eller begge deler.

Det som kjennetegner lederskap i et IHCT er, sier Drinka og Clark (2000), er at teamarbeidet drives fremover samtidig som helsearbeidet, innenfor systemets regler, rettes mot pasientens behov. Og med en humoristisk tilføyelse: Det er viktig å bruke "uvanlig fornuft i vanlige situasjoner". Uansett, lederskap er sammensatt og vekslende og avhengig av teamets evne til å kunne se hva som må endres, mener de. Teorien får støtte av Levin og Rolfsen (2004), som sier at ledelse av et team innebærer et sett av oppgaver som må ivaretas, men det er mindre viktig hvem som gjør det.

Samtidig som helsepersonell, i henhold til Lov om helsepersonell § 4, har et individuelt ansvar knyttet til forsvarlig profesjonsutøvelse, skal det skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell. Dermed påhviler det alle et ansvar for å skape et godt

samarbeidsklima i helseteamet, slik at det kan fungere optimalt. Dette vil, ut fra Drinka og Clark, være et ansvar som altså ikke er knyttet til lederfunksjonen, men til alle deltakerne i teamet. Slik må man kunne forstå helsefaglig ledelse og helsefaglig samhandling som to sider av samme sak, og ikke to funksjoner som står i motsetning til hverandre.

Ledelse som fag

Ledelse som fag er preget av mange ulike perspektiver. Faglitteraturen viser et tema med store variasjoner og flere retninger. Georg Kenning kom til Norge som en del av Marshallhjelpen etter andre verdenskrig, og lanserte 31 bud for det han mente var god ledelse. Bud nr. 3 lyder: "Faglig dyktighet er ingen lederkvalitet. En leder kan lede hva som helst". Konsekvensen av hans påstander er at ledelse er et særegent fag, og at det må være et skarpt skille mellom ledelse og fagekspertise.

Levin og Rolfsen (2004) mener imidlertid at ledelse er en funksjon, og en praktisk aktivitet, og trenger ikke være forbundet med en bestemt "lederperson". De viser til Thorsrud og Emery (1970) som fremholdt delvis selvstyrte arbeidsgrupper, der ledelse utgjorde evnen til å få frem motivasjon, involvering, utvikling og vedlikehold av fellesskapet. Her ble likhet og fleksibelt lederskap verdsatt, i motsetning til Kennings ide om at utøvelse av makt og autoritet er det bærende elementet.

Lederreform

Ledelse innen helsefag har vært et tema helt siden Rikke Nissen⁵ i 1870-årene påpekte at utdannede kvinner har rett til å lede eget fag, og egen diakoniseorganisasjon. Dette var på en tid da teologen, i kraft av å være prest og mann, ble ansett for å være den rette leder.

I helsesektoren har ulike prinsipper gjennom årene vært lagt til grunn for anbefalinger om hvem som har det overordnede ansvaret. Dette har gjerne ført til strid om hvem som er best kvalifisert til å lede. Men selv om ledelse tradisjonelt sett vært knyttet til legens fagområde, er denne tanken i dag på vikende front. Mo (2006) viser til hvordan Spesialisthelsetjenesteloven, som kom i 2001, utfordret det medisinske fagfeltets forståelse av ledelse. Hun diskuterer i sin doktoravhandling hvilke profesjoner som skal kunne lede de ulike avdelingene på sykehuset, og hvordan et helhetlig ansvar for avdelingene skal ivaretas. Spesialisthelsetjenesteloven fremholder enhetlig ledelse som et prinsipp for å oppnå målsetningen om å ha fokus på pasienten. Reformen ble innført for å endre lederfunksjonen fra en faglig, til en profesjonell funksjon, og prinsippet om profesjonsnøytrale lederposisjoner, ivaretatt av helsepersonell, ble fremholdt. Andre profesjoner innen helsetjenesten gjør nå krav på lederfunksjoner ut fra sine kvalifikasjoner, visjoner og verdier. Hansen (2009) viser til hvordan skiftet bort fra ledelse ved profesjon har ført til en vektlegging av ledelse ved dyktighet knyttet til resultatoppnåelse, nettverksbygging og fleksibilitet.

Formell lederutdanning

Formell lederutdanning og/eller ledererfaring er ofte kvalifikasjoner som blir etterspurt ved ansettelser av helsepersonell i lederstillinger. Å skaffe seg lederkompetanse gjennom utdanning og konkret erfaring anses som viktig for å kunne ivareta oppgaver knyttet til ledelse. Det gis derfor et utall lederopplæringskurs på forskjellige nivå i helsesektoren, kurs som er ment å tilføre kompetanse om ledelse og ledelsesfag. Man kan utvikle seg som leder ved ledertrening, ved å ta kurs i lederutvikling, og ved å følge ulike lederutviklingsprogram.

”Hun er den fødte leder...”, kan man si, ut fra tanken om at det finnes naturlige ledere. Av og til skjer det at *gode lederegenskaper*, altså ledelse som en medfødt egenskap, blir etterspurt ved ansettelse av helsepersonell i lederstillinger. Utlysningen vil da være knyttet til synet på ledelse basert på eldre lederteori, slik Drinka og Clark (2000) viser til, der lederkompetanse er en medfødt egenskap som kan måles og veies, og som mest sannsynlig er arvelig. Det stilles gjerne kvalifikasjonskrav som formell lederutdanning og/eller ledererfaring ved ansettelser i helsefaglige lederstillinger. At man seinere viser vilje til å ta kurs i lederutvikling for å vedlikeholde lederkompetansen, ansees som positivt.

Samhandling som fag?

Samhandlingskompetanse

Dette står i kontrast til ansettelse av helsepersonell som ikke skal bekle lederstillinger. I tillegg til faglige kvalifikasjoner blir gjerne personlig egnethet vektlagt, altså medfødte egenskaper som for eksempel fleksibilitet, kommunikasjonsevner og samarbeidsvilje. Men selv om evnen til å jobbe sammen i team ofte blir etterspurt, også for ledere, kreves det ikke formell helsefaglig *samhandlingsutdanning, eller samhandlingsopplæring* for å kunne gjøre det. Dermed kan man anta at *samhandlingskompetanse* regnes som en egenskap som er medfødt, og kanskje til og med er arvelig. Eller i beste fall basert på erfaringer.

I et helseteam kan det være tette interaksjoner mellom deltakerne. Fellesnevneren for medlemmene i teamet er at de har en klar oppgave som definerer målene for aktiviteten, nemlig et helsetilbud til beste for pasienten. Men

hvordan teamet skal løse oppgaven kan altså, innenfor systemets regler, bli mer eller mindre tilfeldig, basert på teammedlemmenes gener, oppdragelse og folkeskikk.

Samhandlingsreform

I juni 2009 la regjeringen fram samhandlingsreformen i form av Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Reformen skal bidra til å styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner, og å koordinere de helsefaglige tjenestene på en bedre måte. Tanken bak samhandlingsreformen er å løse problemene mens de er små, ved å forebygge sykdom i forkant. Reformen viser til at samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Samhandling som tema blir altså fremholdt som et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover, samtidig som utvikling av tverrprofesjonell samhandlingskompetanse for den enkelte helse- og sosialarbeidere ikke er et tema. Dette vil jeg utdype i det følgende.

Formell samhandlingsutdanning

Politiske myndigheter innførte i 1995 en felles, generell innholdsdel i rammeplanene for alle helse- og sosialutdanningene. Helsefagstudentene skulle lære hverandre å kjenne, og få innsyn i andre profesjoners arbeidsområder, var tanken. Slik skulle den tverrprofesjonelle samhandlingskompetansen blant profesjonsutøvere fremmes. Ved å jobbe med helhetsperspektivet ønsket man å bidra til et tydelig pasientperspektiv, samtidig som de ulike profesjonenes særegne kompetanse

skulle få komme til uttrykk. Intensjonen med Felles innholdsdel var å bidra til å utdanne dyktige helsearbeidere som kunne samarbeide tverrprofesjonelt.

Av de 30 utdanningsinstitusjonene i Norge som tilbyr helse- og sosialfagutdanninger på høgskolenivå, er det, i følge Bjørke (2009), bare seks som har tverrprofesjonelle studietilbud der studenter fra ulike profesjonsretninger har fellesopplegg med sikte på interaksjon og samarbeidslæring. Disse fases nå sakte, men sikkert ut.

Omlag halvparten av helse- og sosialfagutdanningene i Norge legger opp til flerprofesjonelle studieenheter, der studenter fra ulike utdanningsretninger har fellesundervisning, men ikke nødvendigvis med det siktemål å lære om, av og med hverandre, slik Barr et al (2005) sier. Mange av dem har fellesundervisning hvor studenter fra ulike profesjonsutdanninger møtes og har felles forelesninger. Dette er knyttet til økonomiske fordeler med stordrift, og er sjelden en god læringsarena for studentene. De resterende helse- og sosialfagutdanningene i Norge er enprofesjonelle. Noen av dem har bare en utdanningsretning (sykepleie), slik at forutsetningene for å ha tverrprofesjonell samarbeidslæring og undervisning oppfattes som et hinder.

Baklengs inn døra

Det kan bety at vi snart står igjen uten tverrprofesjonelle helsefaglige studietilbud, og der helsefagstudentene i sin autonome praksis læres opp innenfor sin fremtidige profesjons kunnskapsbase, med sitt eget begrepsapparat, sine sannhetskriterier og sine spesialiteter, og med et tydelig skille mellom helsefaglig fagkunnskap og tverrprofesjonell samhandlingskompetanse.

Avslutning

I følge eldre lederteori (Stogdill 1948) blir egenskapene til personer i lederroller fremholdt som viktige, altså medfødte egenskaper som for eksempel intelligens. Tidligere ble ledelse beskrevet som et eget fag, det var et klart skille mellom ledelse og fagekspertise. I dag ser man på lederrollen på en annen måte. Ledelse handler mer om å skape motivasjon, samt utvikling og vedlikehold av fellesskapet, og følger dermed tilsvarende utvikling i samfunnet med mer demokratiske prosesser, flatere strukturer, og klientsentret vs. ekspertsentrert rådgivning. Samtidig etterspørres fortsatt dokumentasjon på gjennomført lederopplæring og/eller ledererfaring ved tilsetning av ledere.

Selv om lederrollen i dag er endret, må både ledere og andre helsearbeidere kunne samhandle tverrprofesjonelt. Men det kreves ikke dokumentasjon på gjennomført opplæring eller utdanning for denne typen kompetanse ved tilsetninger. Ønskete kvalifikasjoner i så måte spesifiseres gjerne som ”gode samarbeidsevner”. Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse fremstår da som en medfødt egenskap hos den man skal tilsette. Parallellen til eldre lederteori, som fremholder egenskapene til ”den fødte leder” er åpenbar.

Tverrprofesjonelt samhandling kan, i følge WHO's rapport (2010), være et vanskelig konsept å forklare, forstå og implementere. Mange helsearbeidere mener at de jobber tverrprofesjonelt når de jobber sammen med andre helsearbeidere. De kan jobbe i en gruppe, eller et team, hvor hvert medlem bruker sine egne ferdigheter til å nå et felles mål. Men tverrprofesjonelt samarbeid handler om mer enn det. I følge WHO rapport handler det ikke bare om enighet og kommunikasjon, men også om nyskaping og synergi. Tverrprofesjonelt samarbeid oppstår når to, eller flere helsearbeidere som har forskjellig

bakgrunn, men komplementære ferdigheter, samarbeider og skaper en felles forståelse som de ikke hadde tidligere, eller kunne ha fått alene. Når helsearbeidere jobber sammen tverrprofesjonelt, oppstår altså ”noe” som den enkelte helsearbeider ikke har alene.

Den eneste måten helsearbeidere kan lære denne typen samarbeid på, er ved tverrprofesjonell opplæring og utdanning. De må møte studenter fra andre profesjoner, og lære av, fra og med hverandre, slik Barr et al (2005) viser til. WHO's rapport har et tydelig fokus på hvor viktig tverrprofesjonell utdanning som en strategi for å øke kvaliteten på helsearbeidet er, ikke bare lokalt, men også globalt. I rapporten vises det til undersøkelser som bekrefter at tverrprofesjonell utdanning bedrer samarbeidspraksisen, og gjør helsearbeidere bedre i stand til å respondere på lokale helsebehov.

Om man velger å kalle tverrprofesjonell samhandling et eget fag eller tema, eller for den saks skyld arbeidsform, er uvesentlig. Det som er viktig er at helsearbeidere må lære det, på linje med fagene fysiologi og mikrobiologi. Og ledelse. Å fortsatt tro at tverrprofesjonell samhandlingskompetanse er en medfødt egenskap, er i beste fall gammelt tankegods.

Litteratur

- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. og Freeth, D. (2005) *Effective Interprofessional Education. Argument, Assumption & Evidence*. London: Blackwell Publishing
- Bass, B. M., Waldman, D. A., Avolio, B. J. og Bebb, M. (1987) Transformational leadership and the falling dominoes effect. *Group and Organization Studies*, 12, 73 - 87

- Bjørke, G. (red.) (2009) *Samarbeid på tvers av profesjongrensener. Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Oslo, HiO- rapport nr. 1
- Drinka, T. J. K. og Clark, P. G. (2000) *Health Care Teamwork. Interdisciplinary Practice and Teaching*. London: Auburn House
- Graen, G., Novak, M. A. og Sommerkamp, P. (1982) The effect of leader - member exchange and job design on productivity and satisfaction: Testing a dual attachment model. *Organizational Behavior and Human performance*, 30, 109-131
- Larsen, R. P. (2005) *Teamutvikling. Teambygging og teamarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Levin, M. og Rolfsen, M. (2004) *Arbeid i team. Læring og utvikling i team*. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Mo, T. O. (2006) *Ledelse til begjær og besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Doktorgradsavhandling for graden Doctor rerum politicarum. Trondheim, NTNU
- Rammeplanen Felles innholdsdel (fra 1995-1997, med revisjoner 2005 og 2008) for audiograf, barnevernpedagog, bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, ortopediingeniør, radiograf, reseptar, sykepleier, sosionom, barnevernpedagog og vernepleier
- Spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99)
- Hansen, J.-I. (2009) Kommunal sosialpolitikk. I Stamsø, M. A. (red.) *Velferdsstaten i endring*. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stiberg, E. og Olstad, R. (2002) Tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helsesektoren. *Tidsskrift for Den norsk legeförening*, Nr.22, 122:2215-7
- St. melding nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Stogdill, R. M. (1948) Personal factors associated with leaderships: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25, 35 - 71
- Thorsrud, F. og Emery, F. (1970) *Mot en ny bedriftsorganisasjon*. Oslo: Tanum
- WHO (2010) *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*
-

¹ Ekspert i team et emne på tvers av profesjoner og institusjoner ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, hvor det tas utgangspunkt i reelle utfordringer i arbeidslivet som studentene jobber med i team.

² Etikk, vitenskapsteori og forskningsmetode, stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk, kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning.

³ For audiograf, barnevernpedagog, bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, ortopediingeniør, radiograf, reseptar, sykepleier, sosionom, barnevernpedagog og vernepleier.

⁴ Språkrådet er statens rådgivende organ i spørsmål som gjelder de norske målformene bokmål og nynorsk

⁵ Rikke Nissen: Norges første lærer og forfatter i sykepleiefaget ved Diakonissehuset