

Julie Sandstrak

## Sosionomens rolle i psykiatrien

"Hvordan kan sosionomen bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern?"

### Social workers role in psychiatry

"In what way can the social worker contribute to the holistic course of treatment for people within the specialist's mental health care service?"

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl

Mai 2021



Julie Sandstrak

## **Sosionomens rolle i psykiatrien**

**"Hvordan kan sosionomen bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern?"**

Social workers role in psychiatry

"In what way can the social worker contribute to the holistic course of

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid  
Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



**NTNU**

Kunnskap for ei betre verd



## Forord

Det er med stolthet at jeg leverer denne bacheloroppgaven, men det er også vemodig å innse at en treårig bachelor i sosialt arbeid ved NTNU er over. Jeg er takknemlig for alle faglige diskusjoner og refleksjoner med mine medstudenter samt lærerik undervisning og praksis. Mine tre år på studiet har bidratt til både personlig og faglig utvikling.

Disse ukene med skriving har vært givende og utfordrende, men ikke gjennomførbar uten min faglig dyktige veileder Hanna P. S. Dyrendahl. Tusen takk for din tålmodighet, engasjement og motiverende ord. All veiledning har vært berikende og helt vesentlig i denne prosessen.

Jeg vil også rette en stor takk til familie og venner, unge og eldre, som har vist interesse for arbeidet mitt og tatt seg tiden til å lese og komme med tilbakemeldinger på oppgaven. Ikke minst setter jeg pris på deres støtte og forståelse i denne hektiske tiden. En ekstra takk til min samboer som har vært til stede på alle opp- og nedturer gjennom disse ukene. Jeg setter pris på at du har tatt ekstra ansvar i det vi har felles når mitt hovedfokus har vært bacheloroppgaven. Jeg føler meg svært heldig som har så mange gode mennesker rundt meg, som alltid stiller opp.

## Sammendrag

Denne oppgaven søker å belyse sosionomens rolle i psykiatrien ved å beskrive hva deres fokus og arbeidsområder er i møte med mennesker med psykiske lidelser. Problemstillingen oppgaven besvarer er

*Hvordan kan sosionomen bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern?*

For å besvare problemstillingen er det tatt utgangspunkt i metoden litteraturstudie. Oppgavens resultater diskuteres med bakgrunn i forskning, sentrale perspektiver og offentlige dokumenter for å best mulig belyse og besvare problemstillingen.

Resultatene viser at samarbeid mellom profesjonene innenfor psykisk helsevern er vesentlig for å oppnå et helhetlig behandlingstilbud. Ved å være bevisst egen og andres kompetanse og integrere dette til en helhet, oppnås mulighet for tilrettelagt behandling tilpasset pasientens behov. Forskning viser at mennesker med psykiske lidelser ofte opplever utfordringer knyttet til sosiale forhold som økonomi, nettverk, sysselsetting og boforhold. Sosionomens bidrag handler derfor om å kartlegge slike områder og bistå mennesker med psykiske lidelser å bedre disse, i samarbeid med pasienten. I tillegg finner oppgaven at mennesker med psykiske lidelser opplever utfordringer med å passe inn i samfunnet på bakgrunn av stigma knyttet til psykisk sykdom. Sosionomen har her et ansvar for å synliggjøre, samt minske slike sosiale forskjeller med mål om å bedre menneskers levekår. Videre tas debatten om evidens innenfor sosialt arbeid opp. Evidens er et kontroversielt begrep som gjennom noen definisjoner kan forstås som gyldig innenfor feltet, men som i en snever forståelse ikke kvalifiserer sosialfaglige tilnærminger som evidensbaserte. Resultatene viser også at Covid-19 pandemien har hatt en uheldig innvirkning på sosiale forhold i samfunnet, noe som har vært ekstra utfordrende for mennesker med psykiske lidelser.

## **Abstract**

This paper seeks to enlighten social workers role in psychiatry by defining their focus and areas of work when engaging with people with mental disorders. The thesis question of this paper is:

*In what way can the social worker distribute to the holistic course of treatment for people within the specialist's mental health care service?*

This paper is based on the method literature research. The results are discussed through science, key perspectives, and public documents to enlighten and draw conclusions to the thesis question.

The results show that cooperation between the professions within the mental health care service is essential to achieve a holistic course of treatment. This involves being aware of one's own and others' knowledge so that custom treatment based on the patient's needs becomes possible. Research shows that people with mental illness often experience challenges related to social conditions such as economy, network, employment and housing conditions. Due to this the social workers contribution is about identifying these types of areas and assisting people with mental disorders to improve them, in collaboration with the patient. The paper also finds that people with mental illnesses experience challenges in fitting into society based on stigma associated with mental illness. The social worker has a responsibility to highlight, as well as reduce such social differences with intention of improving people's living conditions. In addition to this the debate on evidence within social work is addressed. Evidence is a controversial concept. In some definitions the approaches used in social work are seen as valid, but in narrow understandings of the concept these approaches does not qualify as evidence based. The results also show that the Covid-19 pandemic has had an unfortunate impact on social conditions in the society, which has been especially challenging for people with mental illness.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0. Innledning</b> .....	1
<b>1.1. Bakgrunn for valg av tema</b> .....	1
<b>1.2. Problemstilling</b> .....	2
<b>1.3. Begrepsavklaring og avgrensninger</b> .....	2
<b>1.3.1. Behandlingstilbud</b> .....	2
<b>1.3.2. Mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern</b> .....	2
<b>1.3.3. Avgrensninger</b> .....	2
<b>1.4. Sosialfaglig relevans</b> .....	3
<b>1.5. Oppgavens videre oppbygning</b> .....	4
<b>2.0. Metode</b> .....	5
<b>2.1. Litteraturstudie som metode</b> .....	5
<b>2.2. Systematisk søk i databaser og kildekritikk</b> .....	5
<b>2.2.1. Søkeord</b> .....	6
<b>2.3. Håndsøk- annen litteratur</b> .....	6
<b>3.0. Teori</b> .....	8
<b>3.1. Spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern</b> .....	8
<b>3.1.1. Mennesker med psykiske lidelser</b> .....	8
<b>3.1.2. Psykiatriske forståelsesmodeller</b> .....	9
<b>3.1.3. Psykisk helsearbeid</b> .....	11
<b>3.2. Sosionomen</b> .....	11
<b>3.2.1. Kompetanse, ferdigheter og verdier</b> .....	11
<b>3.2.2. Sosionomens rolle i psykiatrien</b> .....	13
<b>4.0. Diskusjon</b> .....	15
<b>4.1. Helhetlig behandlingstilbud- et samarbeid</b> .....	15
<b>4.2. Sosionomens verdifulle bidrag</b> .....	18
<b>4.2.1. Sosial ulikhet og sosiale forhold</b> .....	18
<b>4.2.2. Psykisk helsearbeid- sosionomers plattform innenfor psykisk helsevern</b> .....	20
<b>4.3. Evidens i sosialt arbeid</b> .....	21
<b>4.4. Pandemiens konsekvenser</b> .....	23
<b>5.0. Avslutning</b> .....	25
<b>6.0. Referanseliste</b> .....	26



# 1.0. Innledning

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Det anslås at halvparten av alle mennesker vil erfare det å ha en psykisk lidelse (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 5). Det finnes et mangfold av psykiske lidelser og det vil variere mellom individer hvilke fysiske og psykiske reaksjoner slike påkjenninger medfører. Noen mennesker har utfordringer knyttet til psykisk sykdom hele livet, mens andre kun for en kort periode. Noen evner å oppsøke hjelpen de trenger gjennom fastlege og eventuelle andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten. For andre derimot preger den psykiske lidelsen hverdagen i så måte at det er behov for tettere oppfølging, noe som faller under spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern i samarbeid med kommunale tjenester for den aktuelle gruppen. Det er godt dokumentert gjennom forskning at psykisk helse og sosiale faktorer som økonomi, boforhold, sysselsetting og nettverk påvirker hverandre, og spesielt finner vi at mennesker med psykiske lidelser ofte har utfordringer knyttet til slike områder (Helsedirektoratet, 2014; Sælør, Bjørlykhaug, Bank, & Johnson, 2019). Det er derfor nødvendig at mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern får tilbud om bistand til å kartlegge og bedre sosiale forhold. Dette viser seg spesielt viktig etter utbruddet av Covid-19 som har medført store konsekvenser knyttet til menneskers levekår og sosiale forhold.

Interessen for temaet oppstod da jeg selv var i praksis i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern, på en døgnbasert behandlingsavdeling for mennesker med dobbeltdiagnose rus og psykose. Innenfor seksjonen var det flere avdelinger som hver hadde en sosionom. I samtaler med sosionomene og ved å oppsøke informasjon om sosionomrollen innenfor psykisk helsevern opplevde jeg en frustrasjon knyttet til utydighet i egen rolle og ikke minst mangel på forståelse og annerkjennelse av den sosialfaglige kompetansen som en viktig del av behandlingstilbudet. I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om sosionomens rolle i psykiatrien med fokus på sosionomens ansvarsområder for å forsøke å gi klarhet i det alle lurer på- hva gjør egentlig en sosionom innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern? Jeg ønsker også å rette fokus på hvorfor det er nødvendig med sosialfaglig tilnærming til psykiske lidelser.

## **1.2. Problemstilling**

På bakgrunn av min personlige interesse for psykiatrien visste jeg raskt at jeg ønsket å skrive om noe knyttet til dette fagfeltet. Etter hvert som jeg prøvde meg på ulike problemstillinger, og til dels begynte å skrive oppgaven med bakgrunn i andre problemstillinger, gikk det opp for meg hvor stort engasjement jeg har for sosionomens rolle i psykiatrien. Jeg har hørt og lest om frustrasjon knyttet til sosionomenes utydelige rolle, samt at mennesker med psykiske lidelser opplever store utfordringer knyttet til sosiale faktorer. Dette gjorde at jeg endte med følgende problemstilling:

*Hvordan kan sosionomen bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern?*

## **1.3. Begrepsavklaring og avgrensninger**

### **1.3.1. Behandlingstilbud**

Et behandlingstilbud kan dreie seg om metoder, tilnærminger, hjelpemidler og andre verktøy som brukes for å bedre menneskers fysiske og psykiske helse. I denne oppgaven brukes begrepet om arbeidsgruppen som er knyttet til pasienten. Innenfor psykisk helsevern omfatter dette ofte leger, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. De ulike yrkesgruppene bruker sin kompetanse og ferdigheter som verktøy i behandlingen.

### **1.3.2. Mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern**

Jeg har valgt å bruke formuleringen «mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern» i problemstillingen for å omfavne alle mennesker som mottar hjelp eller bistand fra spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern. Disse menneskene har eller er under utredning for psykiske lidelser. Videre i oppgaven vil jeg bruke begrepene pasient og bruker som fellesbetegnelser på mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern.

### **1.3.3. Avgrensninger**

Det finnes et mangfold av psykiske lidelser, som alle kan være like og ulike hverandre. På grunn av dette omfanget har jeg ikke mulighet til å i denne oppgaven si noe spesifikt om enkelte lidelser, men velger heller å ta for meg psykiske lidelser som helhet.

Egne erfaringer og perspektiver på temaet stammer fra arbeid med mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Internasjonal forskning viser at mennesker som har alvorlige psykiske lidelser ofte har en rusavhengighet, og at mennesker som har utfordringer knyttet til rus svært ofte har psykisk sykdom (Helsedirektoratet, 2018). Jeg har i denne oppgaven ikke mulighet til å utdype eller ta for meg dette samspillet, men det er viktig å nevne da det preger min forståelse av psykiske lidelser.

#### **1.4. Sosialfaglig relevans**

Innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern finner vi mange ulike profesjoner og fagfelt, blant annet sosionomer. I 1939 var første gang det ble ansatt noen i en sosialarbeiderstilling innenfor voksenpsykiatrien, og siden da har sosionomen utviklet seg til å bli en yrkesgruppe med faglig tyngde (Sverdrup, 2007). Sosionomen arbeider i alle deler av spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern; akuttseksjoner, ambulerende tjenester, poliklinikker, dagbehandling og døgnbaserte tjenester. Helsedirektoratets pakkeforløp *Psykiske lidelser- voksne* beskriver organisatoriske rammer for utredning, behandling, oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende samt ansvars plassering og konkrete forløpstider for mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2020). Pakkeforløpet er normerende, som betyr at det inneholder råd og anbefalinger samtidig som det henviser til lover og forskrifter for å vise til hva som er god faglig praksis. Gjennomgående i pakkeforløpet beskrives sosiale forhold som nødvendige områder å kartlegge samt tilby bistand til å bedre og utvikle. Helsedirektoratet (2014) konstaterer også at det er en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold og psykisk helse.

Til tross for dette viser statistikk hentet fra Statistisk Sentralbyrå at antallet sosionomer (årsverk) som jobber innenfor psykisk helsevern for voksne i Norge er redusert fra 760 årsverk i 2011 til 652 årsverk i 2019, altså ser vi en nedgang på 14 prosent (SSB, 2021). I den samme perioden finner vi en økning på legestanden tilsvarende 27 prosent (SSB, 2021). Tallene sier noe om hvilke yrkesgrupper som preger behandlingstilbudet for mennesker med psykiske lidelser, og antyder at det sosialfaglige mister fotfeste innenfor psykiatrien. Som snart ferdig utdannet sosionom med interesse for feltet skremmer dette meg. Spesielt da jeg gjennom egen praksis i samtaler med ansatte og pasienter samt gjennom litteratur og forskning opplever at det er behov for sosialfaglig tilnærming. Dette har blitt enda mer tydelig etter utbruddet av Covid-19 som har medført negative konsekvenser på sosiale forhold i samfunnet, og som spesielt har hatt uheldig innvirkning på mennesker med psykiske lidelser.

Denne oppgaven søker derfor å belyse hvordan sosionomer kan bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern.

### **1.5. Oppgavens videre oppbygning**

Videre i oppgaven gjør jeg rede for valg av metode og tar deg med inn i min søkeprosess. Deretter presenteres oppgavens teoretiske grunnlag. Områder som utdypes er spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern, derunder mennesker med psykiske lidelser, psykiatriske forståelsesmodeller og psykisk helsearbeid. Teorien belyser også sosionomens kompetanse, ferdigheter og verdier. Sosionomens arbeidsoppgaver og ansvarsområder innenfor psykisk helsevern blir her beskrevet. I diskusjonen brukes forskningsbasert kunnskap for å drøfte og belyse områder som besvarer problemstillingen. Her er det stort fokus på det helhetlige behandlingstilbudet og sosionomens bidrag til dette. Videre blir debatten knyttet til evidensbasert sosialt arbeid diskutert. Dette er vesentlig da det ikke vil være mulig å gi et godt svar på problemstillingen uten å undersøke om sosialfaglig forskning og praksis gir resultater som er mulige å måle. Diskusjonen avrunder med å belyse pandemiens konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser. I avslutningen vil jeg oppsummere sentrale poeng i oppgaven.

## 2.0. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, s. 196). I denne oppgaven tar jeg *utgangspunkt* i metoden litteraturstudie for å besvare problemstillingen. Dette er en teoretisk oppgave der jeg benytter metodisk litteratursøk på samme vis som i en litteraturstudie, men det er viktig å påpeke at dette ikke er en litteraturstudie i ordets rette forstand da oppgaven også baseres på annen tillegglitteratur. Valg av metode er basert på NTNUs retningslinjer for bacheloroppgave i Sosialt Arbeid våren 2021.

### 2.1. Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet litteraturstudie om metoden som er utgangspunkt for oppgaven. Litteraturoppgave, litteraturgjennomgang, litteraturprosjekt og sammenfatningsartikkel er andre betegnelser som brukes om metoden.

Sammenfatningsartikkel er det eneste begrepet som ikke inkluderer litteratur i ordlyden, noe som kan være misvisende siden det i en litteraturstudie er *litteraturen* som studeres (Støren, 2010, s. 17). Det er altså temaer og spørsmål som allerede er undersøkt og skrevet om som skal presenteres i en litteraturstudie. Ordene oppgave og prosjekt kan gi inntrykk av noe helt eget, som ikke går overens med en litteraturstudie da det er allerede eksisterende kunnskap som studeres. Å beskrive metoden som en gjennomgang fremstår også misvisende da en litteraturstudie ved å systematisere kunnskap kan bidra til nye tolkninger og forståelser (Støren, 2010, s. 18). Oppsummerende handler altså en litteraturstudie om å systematisere kunnskap ved å søke, samle, vurdere og sammenfatte den (Støren, 2010, s. 18).

### 2.2. Systematisk søk i databaser og kildekritikk

Jeg har brukt databasene Oria og Idunn som utgangspunkt for litteratursøket. For å besvare oppgaven har jeg forsøkt å finne så ny forskning som mulig, da sosialt arbeid og psykiatri er felt som har vært og fortsatt er i stadig endring og utvikling. Jeg avgrenset ikke søkene mine til spesifikke årstall siden jeg ikke ønsket å gå glipp av noen artikler som kunne være relevante til tross for alder. Artiklene som er datert senere enn 5 år er tatt med fordi jeg vurderer det som inkluderes i denne oppgaven som fortsatt relevant. Jeg valgte heller å være kritisk på gjennomgang av treffene ved å vurdere årstall opp mot overskrift og sammendrag

for å avgjøre om artikkelen kunne være relevant. Dette var mulig fordi jeg gjennom andre inklusjon og eksklusjonskriterier avgrenset søket (Støren, 2010, s. 35).

På søkene gjort i Oria var et av mine inklusjonskriterier å kun vise publiseringer i fagfelleverderte tidsskrifter. Dette er ikke en mulighet i Idunn noe som gjorde søkene der bredere og prosessen mer omfattende, men det gjorde også at jeg hadde muligheten til å finne god og relevant litteratur selv om det ikke var publisert i en fagfelleverdert tidsskrift. Til tross for dette fant jeg ikke litteratur som var relevant for oppgaven i de treffene som kun ble vist i Idunn. Dette kan ha sammenheng med at Oria ofte henviser videre til artikler publisert i Idunn.

Allerede før problemstillingen ble utformet og litteratursøket satte i gang hadde jeg tanker og meninger knyttet til temaet, og det er nettopp på bakgrunn av dette at tema og problemstilling kom til (Dalland, 2017, s. 61). Jeg har forsøkt å bære bevisst mine forforståelser gjennom prosessen, med mål om at litteratur og presentasjon av temaet skal oppleves objektivt.

### **2.2.1. Søkeord**

Søkeord jeg har brukt, alene eller i kombinasjon med hverandre, for å finne frem til relevant litteratur er «Sosialt arbeid», psykiatri\*, sosionom\*, «psykisk\* lidelse\*», «psykisk helsevern», «psykisk helsearbeid». Disse er brukt i både Oria og Idunn.

Eksempelvis var et av søkene mine: psykiatri og «sosialt arbeid». På Oria gav dette meg 162 treff og 41 treff som var fra fagfelleverderte tidsskrift, jeg tok kun for meg sistnevnte. På Idunn ga det samme søket 61 treff. Noen av artiklene fremstod irrelevant allerede av overskrift og årstall. Etter en kritisk gjennomgang av de gjenværende artiklenes overskrift, årstall og sammendrag i begge databasene sto jeg igjen med fire artikler som ble brukt i oppgaven.

### **2.3. Håndøk- annen litteratur**

Knyttet til litteratur på evidensbasert sosialt arbeid gjorde jeg håndøk for å finne litteratur direkte knyttet til temaet. Søkeordene jeg brukte var: evidens\* og «sosialt arbeid». I Oria valgte jeg kun fra fagfelleverderte tidsskrifter og fikk da opp 42 treff. Da jeg ikke skulle ha svært mye knyttet til temaet valgte jeg å ta for meg de ti første treffene og etter en kritisk gjennomgang av overskrift, alder og sammendrag på disse satt jeg igjen med en artikkel som jeg bruker i oppgaven. I Idunn fikk jeg 84 treff med bruk av samme søkeord, og etter en

gjennomgang av de ti første treffene på denne databasen satt jeg igjen med en artikkel, som var den samme jeg fant på søket i Oria.

Jeg har også benyttet meg av nettsidene til Lovdata, Statistisk Sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Internett, universitetsbiblioteket på Tunga og folkebiblioteket har vært viktige hjelpemidler for meg i litteratursøket. Pensum for videreutdanninger i psykisk helsearbeid, og rus og psykiske lidelser er også hjelpemidler jeg har brukt aktivt for å finne god og relevant litteratur. Pensumet fra videreutdanningene førte til kjedesøk, altså fant jeg litteratur gjennom allerede brukte kilder. Dette skapte muligheter for mye god litteratur, men ved bruk av slike fremgangsmåter er det viktig å være objektiv fremfor å kun følge kilder som muligens er enige med hverandre (Rienecker & Jørgensen, 2006, s. 193). I tillegg ble jeg gjennom praksis på studiet høsten 2020 oppmerksom på en masteroppgave av Ellen Charlotte Helseth som også er brukt i oppgaven.

## **3.0. Teori**

### **3.1. Spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern**

Psykisk helsevern er delen av spesialisthelsetjenesten som har ansvar for undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser, og den reguleres av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-2). Tjenesten retter seg mot mennesker i alle aldrer, og kan gis frivillig eller i særskilte tilfeller ved tvang.

Begrepet psykiatri beskriver den medisinske spesialiteten som omhandler læren om psykiske lidelser, og det er dette fagfeltet psykisk helsevern arbeider med (Snoek & Engedal, 2017, s. 19). Spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern består av akuttseksjoner, ambulerende tjenester, poliklinikker, dagbehandling og døgnbaserte tjenester. Noen arbeider tett på brukergrupper både på institusjon og i eget hjem, mens andre ser dem til avtalte tidspunkter noen timer av gangen. Uavhengig av hvordan avdeling og arbeidsmåte en har innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern, arbeider et mangfold av yrkesgrupper sammen om å bedre menneskers psykiske helse. Som beskrevet tidligere er det denne arbeidsgruppen med yrkesutøvere som former behandlingstilbudet.

#### **3.1.1. Mennesker med psykiske lidelser**

Psykiske lidelser er inkludert i Verdens helseorganisasjons (WHO) diagnosesystem International Classification of Diseases (ICD) som også omfatter somatiske lidelser, skader og dødsårsaker (Snoek & Engedal, 2017, ss. 76-77). I Norge brukes ICD10 som ble innført i norsk psykiatri i 1997 (Snoek & Engedal, 2017, s. 77). En slik klassifisering av psykiske lidelser medfører en form for orden i det mangfoldet av psykiske symptomer, syndromer og væremåter som kommer til uttrykk hos pasientene. Dahl og Aarre (2020, s. 27) presenterer kommunikasjon, kontroll og forståelse som klassifiseringens faglige formål.

Diagnosesystemet har siden den første versjonen gjennomgått flere endringer, og siste reviderte utgave er ICD11 som ble godkjent av WHO i 2019 (Direktoratet for e-helse, 2021). Den nye versjonen innebærer omfattende endringer noe som trolig vil medføre at det tar flere år før versjonen blir innført i Norge.

Som følge av langvarig og alvorlig sykdom oppstår det omfattende endringer i pasientens selvoppfatning samt fysisk og psykisk yteevne (Tjora, 2020, s. 71). Dette i tillegg til følelse av å miste kontroll får store innvirkninger på relasjonelle forhold samt arbeidsevne. For å mestre sykdom er det vesentlig å ta i bruk kognitive evner, stressmestring, evne til å identifisere og overkomme vanskelige følelser og støtte seg på gode relasjoner (Tjora, 2020, s. 72). Dette



skaper utfordringer for mennesker med psykiske lidelser da slike evner ofte er mer eller mindre satt ut av funksjon ved psykisk sykdom (Tjora, 2020, s. 72). Med bakgrunn i dette er det vesentlig at diagnosene i ICD medfører viktige juridiske og forvaltningsmessige funksjoner for pasientrettigheter, straffeskyld og ytelser fra NAV (Dahl & Aarre, 2020, s. 27).

Ifølge Tjora (2020, s. 72) har sykdom ulik status, og nederst på rangstigen finner vi psykiske lidelser. Selv om stigma vedrørende psykisk sykdom er mindre enn tidligere, oppleves det fortsatt mye skam og tabuforestillinger knyttet til psykiske lidelser. Det er nødvendig med et omfattende klassifiseringssystem for å skille alle de ulike sykdommene, men til tross for de store ulikhetene i diagnosene vil alle mennesker med psykiske lidelser være psykiatrisk pasient. I media brukes henvisninger som «gjerningsmannen var psykiatrisk pasient» om mennesker innenfor psykisk helsevern, som indikerer at alle psykiatriske pasienter er uberegnelige og farlige (Tjora, 2020, s. 72). Bagatellisering av psykiske lidelser er heller ikke uvanlig. Mange har en holdning om at det er «bare nerver» eller at en bare kan «ta seg sammen». Slik stigma kan medføre at pasientene distanserer seg fra symptomer og egen sykdom samt unngår å oppsøke hjelp (Tjora, 2020, s. 72)

### **3.1.2. Psykiatriske forståelsesmodeller**

For å forstå sykdom er det nødvendig med modeller som sier noe om lidelsens årsaksforhold, utviklingsløp og behandling. Dette brukes som praktiske hjelpemidler i behandlingen (Dahl, 2020, s. 43). Somatikken benytter seg hovedsakelig av en biologisk sykdomsmodell, til forskjell for psykiatrien som innebærer flere forståelsesmodeller med viten fra ulike fag. Dette kan forklares med at psykiatri ikke har et felles teoretisk grunnlag som er allment akseptert. Ingen av modellene viser til alle forhold ved alle lidelsene og det vil derfor være naturlig å anvende den modellen som passer best ut fra den enkelte pasientens situasjon og bakgrunn samt egen kunnskap og erfaring. Dette innebærer å være eklektisk, altså å ha kjennskap til alle forståelsesmodellene og være åpen til at flere av modellene er nyttige og riktige å bruke (Dahl, 2020, s. 44).

Den nevrobiologiske modellen tar utgangspunkt i at psykiske lidelser er et resultat av forstyrrede fysiologiske og biokjemiske prosesser i hjernen (Dahl, 2020, s. 45). Psykiske lidelser oppstår dermed som følge av at disse prosessene ikke fungerer normalt, det skjer patologisk. Dahl (2020, s. 45) skriver at hjernen, i denne modellen, blir som organet for psykiske funksjoner og dermed medfører organfeil i hjernen psykisk sykdom. Utredning i den

neurobiologiske modellen foregår ved bruk av psykiatriske sykdomsklassifikasjoner som ICD-10. I tillegg er det vesentlig å kartlegge om symptomer skyldes somatiske sykdommer (Dahl, 2020, s. 46). Behandling tar utgangspunkt i at organfeilene som finner sted i hjernen har effekt ved bruk av psykofarmaka for å gjenopprette normal balanse (Dahl, 2020, s. 46).

Den sosiale modellen anser sosiale forhold som å være årsaksforklaringer til psykiske lidelser (Dahl, 2020, s. 61). Dette handler om sosiodemografiske forhold (alder, kjønn, sivilstatus og sosioøkonomisk situasjon), kulturelle forhold, familiært oppvekstmiljø, mobbing og sosial utstøting, negative livshendelser, arbeidsløshet, fattigdom, urbanisering og sosialt nettverk. Sammenheng mellom mennesket, og det aktuelle samfunnet og dets kultur viser seg også å være et fokusområde i modellen. Dette betegnes som den sosiale konteksten (Dahl, 2020, s. 61). Gjennom å evaluere sosiale forhold i menneskers liv, i alle stadier i livet, er målet å forstå hvordan symptomer og sykdomsutvikling henger sammen med den sosiale konteksten (Dahl, 2020, s. 67). Samfunnsmessige konsekvenser av psykiske lidelser er også belyst som et viktig aspekt i modellen (Dahl, 2020, s. 61).

I den sosiale modellen er det utviklet to ulike behandlingsprinsipper. Den ene behandlingen handler om å endre pasientens nærmiljø til å bli mer tolerant, inkluderende og forståelsesfull (Dahl, 2020, s. 67). Dette har faglig forankring i erfaringer som viser at slike endringer vil minske symptomer og lidelser. Den andre behandlingen omhandler også en endring, men her er fokuset på pasientens evne til å mestre utfordrende situasjoner. Her vektlegges trening på å finne og utvikle egne ressurser og sosiale ferdigheter, som kan nyttiggjøres i sosiale samspill for å unngå tilbakefall (Dahl, 2020, s. 67). I tillegg til behandling er den sosiale modellen opptatt av forebyggende tiltak, da knyttet til utvikling av samfunnets mikro- og makroforhold for å unngå at de bidrar til å fremkalle psykiske lidelser.

Jeg har nå presentert to psykiatriske forståelsesmodeller: den neurobiologiske og den sosiale. Disse blir diskutert videre i oppgaven, men jeg ser det også nødvendig å presentere de tre resterende modellene for å gi et fullstendig innblikk i hvordan psykiske lidelser kan forstås og tolkes. Den psykodynamiske modellen vurderer utviklingssvikt og konflikter i oppveksten som sentrale årsaksforklaringer knyttet til utvikling av psykiske lidelser senere i livet (Dahl, 2020, s. 50). Utredning foregår ved å kartlegge disse hendelsene og gjennom behandlingsformer som psykodynamisk psykoterapi eller psykoanalyse er målet «å løse noen eller alle pasientens intrapsykiske konflikter og/eller utviklingsdefekter slik at videre

personlighetsmodning kommer i gang» (Dahl, 2020, s. 51). Den læringsteoretiske modellen benytter teorier som forstår årsaksforklaring for psykiske lidelser som «feilaktig innlæring av atferd, tenkning og tolkning» (Dahl, 2020, s. 53). Atferdsterapi brukes for å observere atferd og kartlegge dens frekvens og opphav (Dahl, 2020, s. 55). Deretter anvendes systematisk eksponeringsterapi for å bryte ned de misvisende innlærte reaksjonene (Dahl, 2020, s. 56). Den siste modellen er den kognitive modellen. Modellen baseres på kognitiv teori som forstår psykiske lidelser som feilaktig systematisering og tolkning av informasjon, noe som fører til upassende atferd i den gitte situasjonen (Dahl, 2020, s. 57). Behandling i denne modellen dreier seg om å bevisstgjøre pasienten på sine uhensiktsmessige tanker og handlingsmønstre og deretter jobbe med å endre disse (Dahl, 2020, s. 60).

### **3.1.3. Psykisk helsearbeid**

I 1998 la stortinget frem en omfattende opptrappingsplan for tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. Opptrappingsplanen skulle medføre fokus på mestring fremfor sykdom, minske tvang og stigma med fokus på frivillighet og åpenhet, samt etablere likeverd fremfor makt (Andersen, Larsen, & Ulland, 2015). Samme år kom en ny rammeplan for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid med hensikt å samle et mangfold av helsefaglige yrkesgrupper som skal samarbeide om å bedre menneskers psykiske helse. Et annet viktig aspekt med utdanningen er at erfaringsbasert kunnskap skal vektlegges i utformingen av tjenestene (Andersen et. al., 2015). Psykisk helsearbeid har på disse årene utviklet seg til å bli et tverrfaglig fag-, forsknings- og praksisfelt innenfor psykisk helsevern og de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Borge, Juritzen, & Hem, 2018). Psykisk helsearbeid er et mangfoldig og komplekst fagfelt som kan være utfordrende å definere gjennom enkle setninger. Bøe og Thomassen (2017, ss 13-16) viser til fem dimensjoner som arbeidet kan dreie seg om for å forklare dette; (1) materialitet og hverdagsliv, (2) relasjon, dialog og etikk, (3) kropp, bevegelse og samspill, (4) mening, tro og håp og (5) kultur og politikk. Psykisk helsearbeid er opptatt av menneskets sosiale kontekst. Bøe og Thomassen (2017, s. 13) legger stor vekt på at hjelpen vi gir skjer i relasjonen med menneskene vi møter, og peker derfor på at det er viktig å gi hverandre tid og rom til endring og utvikling.

## **3.2. Sosionomen**

### **3.2.1. Kompetanse, ferdigheter og verdier**

Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen skisserer hvilken kompetanse, ferdigheter og verdier som er sentralt innenfor sosialt arbeid. Arbeidet retter seg mot

individer, familier eller grupper som er i behov for hjelp til å forebygge, redusere og mestre sosiale og helsemessige problemer (Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning, 2019). Dette går ut på å bidra til å skape endring hos grupper eller enkeltpersoner (Ellingsen, Levin, Berg, & Kleppe, 2015, s. 19). Det er da vesentlig å kunne se forholdet mellom individ og samfunn, sosionomen skal evne å se menneskers utfordringer i sammenheng med den samfunnsmessige konteksten (Ellingsen et. al., 2015, s. 20). Dette kan dreie seg om ulike sosiale faktorer som økonomi, boforhold, nettverk, sysselsetting og bistand fra det offentlige. Arbeidet kan altså rette seg mot individer, grupper eller samfunnet og disse ulike målgruppene hører til hvert sitt nivå (Ellingsen et. al., 2015, s. 25). Sosialt arbeid som utspiller seg i direkte relasjon med enkeltindivider kalles sosialt arbeid på mikronivå, og arbeidet som er rettet mot en gruppe mennesker betegnes som sosialt arbeid på mesonivå. Det siste nivået kalles makronivå og innebærer å endre samfunnsmessige strukturer som medfører sosiale forskjeller og utfordringer (Ellingsen et. al., 2015, s. 25).

Videre skal sosionomen ifølge retningslinjene «arbeide med å synliggjøre og motvirke strukturer i samfunnet som skaper sosial ulikhet og svekker menneskers livsvilkår og deltakelse» (Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning, 2019). Ellingsen et. al. (2015, s. 30) hevder at sosial ulikhet på mange måter handler om maktfordelingen i samfunnet. Sosionomen har dermed et ansvar knyttet til å minske sosiale forskjeller i samfunnet ved å myndiggjøre individer og grupper. Ulikheter og forskjeller sidestilles med avvik, altså oppleves mennesker og grupper med sosiale utfordringer som noe annerledes og derfor ofte som noe negativt (Tøssebro & Berg, 2015, s. 227). Avvik innebærer flere teorier og perspektiv, blant annet stigma (Tøssebro & Berg, 2015, s. 228). Gjennom forskning på begrepets betydning kan vi si at stigma representerer en negativ vurdering av et menneske som gjør at det blir ansett som mindre verd i tillegg til at det skaper utfordringer for sosial kontakt (Tøssebro & Berg, 2015, s. 229).

Relasjonsarbeid er sentralt innenfor sosialt arbeid (Ellingsen et. al. 2015, s. 24). Sosialt arbeid forstår mennesker som autonome vesen som forholder seg til andre mennesker, samfunnsmessige- strukturer og forhold gjennom relasjoner (Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning, 2019). Gjennom brukerens relasjoner forstår og tolker sosionomen individet og dets liv (Oterholm, 2015, s. 172). Relasjon brukes dermed som tolkningsredskap for å forstå mennesker. Det kan også brukes som handlingsredskap i det sosiale samspillet mellom brukeren og sosionomen (Levin & Ellingsen, 2015, s. 123). Et

viktig aspekt ved denne relasjonen er at sosionomen må være bevist sin rolle i samspillet og være kritisk til hvordan kommunikasjon og handlinger påvirker relasjonen og brukeren (Levin & Ellingsen, 2015, s. 123). Relasjonen legger også til rette for samarbeid, noe som er vesentlig for å utøve faglig skjønn (Oterholm, 2015, s. 172). Faglig skjønn innebærer å gjøre en individuell vurdering og samtidig bruke sin fagkunnskap (Oterholm, 2015, s. 171). Oterholm (2015, s. 171) forklarer at dette handler om å avveie flere forhold mot hverandre i konkrete situasjoner for å komme frem til den beste beslutningen. Skjønnsutøvelse er sentralt innenfor sosialt arbeid, og dette skal inkluderes i sosionomens avgjørelser og yrkesutøvelse.

### **3.2.2. Sosionomens rolle i psykiatrien**

Sosionomens kompetanse, ferdigheter og verdier skal være synlig der de arbeider, men det er også vesentlig å si noe om sosionomens rolle i psykiatrien, altså hvilke ansvarsområder og arbeidsoppgaver sosionomen har innenfor feltet. Innholdet som presenteres her er basert på funn fra en masteroppgave av Ellen Charlotte Helseth (2019) der hun har gjennomført åtte kvalitative semistrukturerte intervjuer med sosionomer innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern. I tillegg brukes to artikler der den ene gjør rede for sosionomens historiske rolle i psykisk helsevern og den andre belyser hva som oppleves som god daglig hjelp av ansatte og brukere i to ambulerende team.

Hjelp til praktiske utfordringer når det gjelder bolig og økonomi viser seg historisk sett å ha vært sentrale arbeidsoppgaver for sosionomen, og dette blir også trukket frem i Helseths (2019) intervjuer (Sverdrup, 2007). Dette kan handle om hjelp til å skrive søknader, ringe ulike instanser og tjenester som NAV, delta på møter, hjelp til utflytting av bolig samt innkjøp av klær, mat og inventar til boligen (Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund, & Norvoll, 2011). Noen fagfolk beskriver slikt arbeid som områder der det åpnes for relasjonsbygging mellom brukere og ansatte. Videre opplever de ansatte det som viktig å bidra til at brukerne opplever å ha en verdi i samfunnet, noe de hevder foregår ved å bistå menneskene med disse praktiske utfordringene samt motivere til å delta på ulike sosiale arenaer (Almvik et al., 2011). Dette beskrives som «det relasjonelle felleskapet» og fremstår som et grunnlag og forutsetning for sosial fungering (Almvik et al., 2011).

Pasientens nettverk, da særlig kontakt og samarbeid med pårørende viser seg også som kjerneområder i arbeidet av både Helseth (2019) og Sverdrup (2007). I utskrivelsesfasen fremstår slikt samarbeid i tillegg til hjelp knyttet til sysselsetting seg vesentlig for en god og

trygg overgang (Sverdrup, 2007). Kunnskap om sosiale rettigheter og krav på ytelser har gjennom sosionomens tid i psykisk helsevern vært sentralt (Sverdrup, 2007). Samarbeid viser seg dermed vesentlig, ved å kommunisere med kommunale tjenester, andre relevante instanser og pårørende. Sverdrup skriver at sosionomen «ser på seg selv som et bindeledd mellom pasienten og sykehuset på den ene siden, og familien og samfunnet utenfor på den andre» (Sverdrup, 2007).

Til tross for at en finner tydelig forankring til hvilke arbeidsområder sosionomen i psykisk helsevern har ansvar for peker Helseth (2019) og Sverdrup (2007) på at sosionomrollen oppleves utydelig av både sosionomen selv og andre yrkesgrupper. Dette gjør det mulig å utvikle og forme rollen og arbeidsoppgaver litt som en selv vil, noe som medfører at det vil kunne være store variasjoner mellom avdelinger når det gjelder hvilke arbeidsoppgaver som faller under sosionomen. Denne uklarheten i sosionomens rolle har vært til stede siden de første sosionomene ble ansatt i psykisk helsevern (Sverdrup, 2007). Noen oppfatter og beskriver sin rolle nærmest som en behandler likestilt med leger og psykologer, mens andre arbeider med avgrensede områder som familiesamtaler. I tillegg antyder noen av sosionomene i Helseths (2019) studie å være på bestilling av andre yrkesgrupper. Med det menes at de blir kontaktet av andre yrkesgrupper når sosiale utfordringer blir identifisert. I noen tilfeller opplever sosionomene at andre først forsøker å løse disse utfordringene selv og kontakter sosionomen når de møter på vanskeligheter. Det vil si at sosionomen i noen tilfeller kommer i en allerede oppstartet prosess (Helseth, 2019).

## **4.0. Diskusjon**

I problemstillingen spør jeg hvordan sosionomen kan bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern. I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte og belyse sentrale områder knyttet til problemstillingen. Det legges spesielt vekt på det helhetlige behandlingstilbudet som en viktig forutsetning for inkludering av sosialfaglig tilnærming til psykiske lidelser. Jeg vil videre peke på konkrete områder sosionomen bidrar i dette behandlingstilbudet. Debatten om evidens innenfor sosialt arbeid blir diskutert før jeg til slutt tar for meg pandemiens konsekvenser overfor mennesker med psykiske lidelser.

### **4.1. Helhetlig behandlingstilbud- et samarbeid**

Det er ikke uvanlig at mennesker med psykiske lidelser har sammensatte problemer og dermed behov for hjelp på ulike områder fra ulike fagpersoner (Lauveng, 2020, s. 111). Det er derfor vesentlig at ansatte innenfor psykisk helsevern møter pasienter med en forståelse for dette og er oppmerksomme på alle pasientens livsbetingelser. Lauveng (2020, s. 112) deler menneskers behov i fire hovedkategorier; helse, sosiale forhold, praktiske forhold og mening. Modellen presenteres som en sirkel der det er mulighet for gjensidig påvirkning mellom de ulike områdene (Lauveng, 2020, s. 116). Dette innebærer at negative opplevelser og hendelser på et område vil kunne medføre negative konsekvenser for et annet område, for eksempel kan brudd i relasjoner påvirke opplevelsen av mening i livet. På samme måte kan positive endringer som riktig medisinerer innebære mer overskudd til å ta vare på egen bolig, økonomi og gode relasjoner. Modellen fremstiller det nødvendig å se sammenhengen av ulike behov og deres påvirkning av hverandre, og ved å følge modellen slavisk uten å stille seg kritisk til den fremstår dette som en simpel oppgave.

Vesentlig for å bruke modellen er å være bevisst på at det er nettopp kun en modell og at mennesker vil ha ulike behov og vektlegge ulikt hva som er viktig og mindre viktig i deres liv (Lauveng, 2020, s. 116). I tillegg vil menneskets behov kunne endre seg over tid. Dette er altså noe som må kartlegges sammen med den det gjelder. De ulike områdene må identifiseres, i tillegg til å kunne se dem i sammenheng med hverandre, som en helhet. Med bakgrunn i denne kunnskapen vet vi at psykisk sykdom kan skyldes flere aspekter, og det er derfor også viktig at behandlingen er sammensatt (Brønstad, Hoem, & Volden, 2016, s. 21). Dette forutsetter at mennesket ses som en helhet, ved å være oppmerksomme på alle aspekt

som kan føre til ubalanse og sykdom (Brønstad et al., 2016, s. 21). Videre innebærer et helhetlig menneskesyn å være eklektisk knyttet til hvordan vi forstår psykiske lidelser i den gitte situasjonen (Brønstad et al., 2016, s. 21; Dahl, 2020, s. 44).

En arbeidsgruppe som behandlingstilbud består av ulike profesjoner som skal samarbeide om å gi pasienter best mulig hjelp. For å forstå dette samarbeidet er det nødvendig å oppklare i begrepene uniprofesjonelt og interprofesjonelt nivå. Det uniprofesjonelle nivået dreier seg om den enkelte profesjonenes kompetanse, ferdigheter og verdier, som utgjør grunnlaget for yrkesutøvelsen (Willumsen, 2015, s. 157). Denne uniprofesjonelle kompetansen brukes i samspill med hverandre på et interprofesjonelt nivå gjennom tverrprofesjonelt samarbeid (Willumsen, 2015, s. 158). Gjennom refleksjon og dialog oppnås en sammensmeltning av ulike fagfelt som medfører ny kunnskap, ideer og løsninger som ingen av partene hadde evnet å se hver for seg. Deltakere i arbeidsgruppen representerer hverandre, og oppnår dermed mulighet for å gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud. Selv om målet er at de ulike fagfeltene skal flyte over i hverandre for å utvikle de beste løsningene, er det vesentlig at hver og en er bevisst egen yrkesidentitet (uniprofesjonelle kompetanse) for å vite hva en kan bidra med i behandlingen (Willumsen, 2015, s. 158).

Yrkesutøvere har ulik kunnskap og erfaring med bakgrunn i verdier som er sentrale i utdanningen. For eksempel er sosionomer opptatte av sosiale forhold og leger har bred kunnskap om medisiner og deres funksjon. Det vil også være individuelle forskjeller innenfor en yrkesgruppe ut fra individets opplevelse og erfaring. De ulike profesjonene identifiserer seg ofte med den eller de psykiatriske forståelsesmodellene som blir vektlagt i utdanningen (Dahl, 2020, s. 45). Den nevrobiologiske modellen benytter seg av en tradisjonell forståelsesramme av sykdom, på samme måte som i somatikken (Dahl, 2020, s. 45). Det er naturlig å tenke at dette er legers grunnlag for forståelse av psykiske lidelser, mens vi i den sosiale modellen finner klare likheter med kunnskap og verdier som vektlegges i sosialt arbeid. Med bakgrunn i dette får ulike psykiatriske forståelsesmodeller del i tolkningen av psykiske lidelser gjennom de ulike profesjonene, men er det fornuftig at hver yrkesutøver kun skal stå fast ved den modellen de selv identifiserer seg med?

Selv om enkelte av de psykiatriske forståelsesmodellene kan knyttes direkte til spesifikke profesjoner eller utdanninger, innebærer ikke dette at det forventes at disse yrkesutøverne alltid tar utgangspunkt i den gitte modellen. Det er heller vanlig at profesjonene anvender



elementer fra alle modellene med en forståelse om at alle modellene er vesentlig og nødvendig for å forstå årsaksforhold og sykdomsutvikling hos de ulike psykiske lidelsene (Dahl, 2020, s. 45). Kanskje er det dette vi ser utspiller seg i situasjoner der sosionomer blir kontaktet i en allerede oppstartet prosess knyttet til kartlegging og bedring av sosiale forhold? Andre yrkesgrupper bemerker seg aspekter i menneskers liv som faller utenom de forståelsesrammene som tas utgangspunkt i og det forsøkes å hjelpe mennesket med disse områdene. Ved å se at yrkesgrupper forstår psykiske lidelser gjennom flere forståelsesmodeller, blir det tydelig at ingen av forståelsesmodellene omfatter alle aspekter ved psykiske lidelser.

Den nevrobiologiske modellen får kritikk for å ekskludere psykologiske og sosiale forhold som årsaksforklaring (Dahl, 2020, s. 47). Dette medfører at en ikke evner å se mennesket som en helhet av flere faktorer samt overser individuelle forskjeller. Dette kan medføre at pasienter blir passive i behandlingen ved å utelukke muligheten for endringsprosesser, dermed inkluderes ikke pasientens egne ressurser som verktøy for å overkomme lidelsen. I tillegg påstår Dahl (2020, s. 48) at modellen undervurderer bivirkninger, avhengighetsutvikling og andre følger psykofarmaka kan ha. Kritikk mot den sosiale modellen dreier seg blant annet om at den utelater nevrobiologiske og individualpsykologiske som kan medføre reaksjoner på ulike sosiale faktorer (Dahl, 2020, s. 69). Modellen gir altså ingen forklaring på hvorfor noen utvikler psykiske lidelser som følge av det gitte miljøet og samfunnet de lever i, mens andre i lik situasjon ikke opplever slike psykiske utfordringer. I tillegg tar modellen avstand fra selvbetraktning og individets indre, men foreslår at det er ting utenfra som i hovedsak viser seg som årsaksforklaringer (Dahl, 2020, s. 69).

Vi finner svakheter med alle de ulike forståelsesmodellene. Det er derfor nødvendig at alle pasientens utfordringer blir tatt hensyn til og sammenfattes til en felles forståelse av årsaksforklaring, symptom- og funksjonsnivå når det skal avgjøres hvilken tilnærming og behandling som viser seg nødvendig (Dahl, 2020, s. 45). Dette innebærer at alle parter i behandlingstilbudet må være bevisst hvordan modell som er i bruk og at dette vil kunne variere gjennom behandlingsløpet (Dahl, 2020, s. 45). Dette innebærer ikke at det nødvendigvis kun er en forståelsesmodell som brukes til enhver tid, hvilke og hvor mange som er relevante avhenger av den gitte situasjonen. Samhandlingsreformen ble vedtatt av Stortinget i april 2010 (Helse- og omsorgs departementet, 2009). Reformen gir uttrykk for at samhandlingen mellom aktørene i helsetjenesten skal motiveres av felles helsefaglig og

samfunnsmessig forståelse. Det skal fokuseres på helheten, fremfor egne interesser (Andersson, 2014, s. 327).

## **4.2. Sosionomens verdifulle bidrag**

### **4.2.1. Sosial ulikhet og sosiale forhold**

Skammen som følger med det å være psykiatrisk pasient og skrekken for fordommer kan skape utfordringer knyttet til åpenhet om sykdommen overfor eget nettverk og arbeidsgiver (Tjora, 2020, s. 72). Mens somatiske sykdommer er konkrete og har en form for substans kan vi si at psykisk sykdom er usynlig, og det er dermed vanskelig for omgivelsene og forstå funksjonsfallet slike lidelser medfører. Tjora (2020, s. 73) hevder at psykisk sykdom blir ansett som negativt i alle samfunn på en annen måte enn somatisk sykdom. Dette blir tydelig når ord som «livsudugelig» brukes for å beskrive disse menneskene, noe som antyder at de er late, svake eller bare ikke gidder å ta seg sammen. Forskning på stigmatisering viser blant annet at kunnskapsnivået på psykiske lidelser i samfunnet er lavt (Angermeyer, Holzinger, & Matschinger, 2010). Angermeyer et al. (2010) peker spesielt på at psykiatriske pasienter blir sett på som upålitelige og farlige og at den medikamentelle behandlingen er sløvende og oppleves som dop. Forskningen hans viser at frykt, skrekk, sinne og et ønske om å holde avstand er følelser som vekkes i møte med mennesker med psykiske lidelser. De få positive følelsene som kommer frem av forskningen er noen grad av medfølelse og sorg. Samfunnet opplever psykisk sykdom som noe annerledes og negativt, og det oppstår dermed sosiale forskjeller knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Disse forskjellene påvirker levekårene og sosialdeltakelse hos mennesker som blir utsatt for stigmaene, og dette er dermed noe sosionomen skal synliggjøre og motvirke (Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning, 2019).

Holdningene hos helsepersonell som arbeider med mennesker med psykiske lidelser viser seg å være ulike fra det samfunnet opplever, noe som kan medføre at stigmatiseringen som oppleves i samfunnet blir undervurdert av de profesjonene pasientene møter i behandlingen (Angermeyer et al., 2010). Sosialt arbeid har fokus på menneskets styrker og ressurser, og jobber aktivt med å identifisere disse i samarbeid med den det gjelder (Kleppe, 2015, s. 140). Tanken er at egne ressurser kan bidra til å styrke endringsprosessen og overkomme vanskelige livssituasjoner. Det er viktig å påpeke at dette ikke innebærer at det pasienten opplever som vanskelig skal ignoreres eller overses. Å ikke bli hørt eller forstått på områder som en selv opplever som utfordrende kan påvirke relasjonen negativt noe som igjen kan påvirke effekten

av hjelpen som gis. Det er derfor viktig at helsepersonell ikke undervurderer faktorer som stigma knyttet til psykisk sykdom. Selv om det å være psykisk syk bidrar til en negativ holdning fra samfunnet og skaper utfordringer for sosial kontakt, skal ikke dette påvirke den hjelpen menneskene får innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern (Tøssebro & Berg, 2015, s. 229). Det kan dermed argumenteres for at det er behov for sosionomens kompetanse i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern da yrkesgruppen kan synliggjøre disse sosiale forskjellene overfor de ansatte i helsevesenet slik at pasientenes samfunnsmessige utfordringer blir tatt på alvor.

I tillegg til samfunnsmessige utfordringer, medfører psykisk sykdom ofte utfordringer knyttet til sosiale faktorer som økonomi, boforhold, sysselsetting og nettverk (Sælør et. al., 2019). Mennesker med psykiske utfordringer har vanskeligere for å få innpass på arbeidsmarkedet og dette i sammenheng med økende boligpriser gjør at det økonomiske grunnlaget til disse menneskene er dårlig (Sælør et. al., 2019). Norge har etablert velferdsordninger som gjennom lovverk er pålagt å bistå mennesker i vanskelig livssituasjoner på områder som boforhold, økonomi og sysselsetting. NAV tilbyr ytelser som økonomisk sosialhjelp, økonomisk råd og veiledning, bolig i nødsituasjoner, arbeidsrettede tiltak og arbeidsavklaringspenger (NAV, 2020). Norske kommuner er også pålagt å gi tilbud om tilrettelagte boliger om det er behov for det (Helsenorge, 2019). Økonomi, bolig og sysselsetting viser seg således som områder som gjennom lovverk skal dekkes av offentlige og kommunale tjenester, kan vi dermed si at disse utfordringene er løst?

Mennesker som mottar tjenester og ytelser fra det offentlige kan oppleve seg selv som en byrde for samfunnet, noe som kan bidra til redusert livskvalitet (Sælør et. al., 2019). Ser vi dette i sammenheng med stigma og den sosiale ulikheten dette medfører er det vanskelig å si at utfordringer knyttet til økonomi, bolig og sysselsetting er løst gjennom offentlige og kommunale ytelser. Å gi mennesker en følelse av å ha samfunnsmessig verdi er sentralt i sosialt arbeid og dette viser seg også som et viktig utgangspunkt for arbeidet med mennesker med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern (Almvik et al., 2011). Sosionomens fokus på sosiale faktorer og miljøet rundt pasientene innebærer en respekt for pasientens hverdag, noe som ofte medfører et godt grunnlag for en god relasjon som utgangspunkt for videre arbeid (Sverdrup, 2007). I tillegg er det vesentlig å nevne at psykisk sykdom for de fleste innebærer regresjon, altså blir funksjonsevnen redusert til å ligne på et tidligere stadium i utviklingen (Tjora, 2020, s. 72). Når psykisk sykdom inntreffer vil ikke

menneskets evner og fungering nødvendigvis tilsi at det er enkelt å oppsøke slike offentlige og kommunale tjenester selv. Å håndtere psykisk sykdom kan være omfattende i seg selv og mange har derfor behov for hjelp på slike områder, fordi de ikke ønsker å ta på seg dette ansvaret alene (Tjora, 2020, s. 72). Vi kan altså argumentere for at sosionomens bidrag knyttet til det relasjonelle arbeidet samt motarbeide sosiale ulikheter er nødvendig i tillegg til de offentlige og kommunale tjenestene.

Sosionomen ser også ut til å ha en sentral rolle i forhold til kontakt med pasientens nettverk, da spesielt pårørende. Dette er naturlig sett i sammenheng med at psykisk sykdom ofte medfører redusert funksjon som påvirker relasjonelle forhold (Tjora, 2020, s. 71). Helseth (2019) studier peker på en hendelse der en pasient ønsket å kutte kontakt med pårørende fordi relasjonen opplevdes å ha negativ påvirkning på den psykiskes helsen. Sosionomen i situasjonen la da til rette for pårørendesamtaler med hensikt å skape forståelse for de psykiske utfordringene pasienten hadde. I denne situasjonen bidro sosionomen som en brobygger til at pasienten fikk et bedre forhold til sine pårørende og dermed kunne beholde en viktig relasjon. Er det dermed slik at alle relasjoner potensielt er positive og kan forbedres?

Bøe og Thomassen (2017, s. 136) peker på at familie og venner kan påvirke både positivt og negativt, og at det i noen situasjoner kan være slike relasjoner som fremkaller psykiske lidelser. Forsøk på å bedre relasjonen kan i noen tilfeller føre til mer uhensiktsmessige påvirkninger. Dette vil også være gjeldende for relasjoner fra miljøet pasienten oppholder seg i. Det er ikke nødvendigvis enklere å avslutte relasjoner når man vet at de kan ha en negativ påvirkning. I noen tilfeller er det nær familie eller relasjoner som i perioder har vært hjelpsomme og gode. Eller kanskje det er en av svært få relasjoner pasienten har, og dermed ønsker å beholde. Sosionomen kan i slike utfordrende situasjoner bistå pasienten å finne ut hvilke relasjoner som skal være i fokus, og om relasjonen skal gjenetableres, opprettholdes eller avsluttes.

#### **4.2.2. Psykisk helsearbeid- sosionomers plattform innenfor psykisk helsevern**

Psykisk helsearbeid, som er en mulig videreutdanning for sosionomer og andre helsefaglige utdanninger, innebærer fokus på et helhetlig menneskesyn og verdier som vi også finner sentrale i sosialt arbeid. Som Lauveng beskriver så fint om psykisk helsearbeid, «vi er alltid mennesker i en sammenheng, og for å forstå mennesker er det viktig å se det «landskapet» de befinner seg i, det vil si den sammenhengen, de befinner seg i» (Lauveng, 2020, s. 13). Dette

handler om sosiale forhold samt strukturer i samfunnet som for eksempel normer, stigma og kulturelle betingelser (Lauveng, 2020, s. 13). Et slikt fokus og perspektiv er også sentralt i sosialt arbeid, og innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern er dette områder sosionomen jobber aktivt med å kartlegge samt bedre i samarbeid med pasienten (Helseth, 2019). Vi ser store likheter mellom psykisk helsearbeid og sosialt arbeid. Slik sett viser psykisk helsearbeid seg som en plattform der sosionomene kan få annerkjennelse for sine kompetanseområder. Ved å bruke fagfeltet psykisk helsearbeid kan sosionomen lettere forklare sin kompetanse, verdier og ferdigheter overfor seg selv og andre. Ikke minst sier fremveksten av psykisk helsearbeid noe om viktigheten av nettopp slike perspektiver og verdier i møte med mennesker med psykiske lidelser.

### **4.3. Evidens i sosialt arbeid**

Behandling som gis i norsk helsevesen skal være evidensbasert (Bøe & Thomassen, 2017, s. 93). Det er derfor nødvendig å ta stilling til om sosialt arbeid oppfyller kravene for evidensbasert forskning og praksis for å kunne besvare problemstillingen: *Hvordan kan sosialarbeideren bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern?* Det eksisterer ulike definisjoner på evidens og disse skaper debatt knyttet til hvordan sosialt arbeid kan få innpass og om det i det hele tatt er hensiktsmessig å kreve evidens i sosialt arbeid. Det er denne debatten jeg nå skal forsøke å se nærmere på.

Rød (2015, s. 196) forklarer at evidens innebærer at det «foreligger bevis eller dokumentasjon for noe som påstås eller iverksettes». For mennesker med psykiske lidelser innebærer dette at det skal være vitenskapelig dokumentert at behandlingen som gis har effekt mot den aktuelle lidelsen (Bøe & Thomassen, 2017, s. 93). Innenfor evidensbasert forskning finner vi validitet som et relevant begrep da dette dreier seg om kravene for at forskningen skal kunne anses som gyldig (Rød, 2015, s. 198). Selv om validitet forespeiler faste rammer og regler, er ikke begrepet i seg selv like tydelig. Dette er fordi en kan ha ulike synspunkt og perspektiv på hva som anses som valid kunnskap. Effekter og konkrete målinger av tiltak er sentrale innenfor evidensbasert forskning, men faktorer som pasientens opplevelse av behandlingen eller egne observasjoner er i en snever forståelse av begrepet ikke valid kunnskap (Rød, 2015, s. 198).

Vi finner flere kontroversielle begreper innenfor evidens og det er nettopp dette som gjør debatten så omfattende. Evidensbasert praksis ble til å begynne med beskrevet med svært

tydelige rammer som innebar at det var nødvendig å kunne se og kartlegge resultatene av behandlingen eller tiltakene som ble forsøkt (Rød, 2015, s. 197). Siden da har begrepet utviklet seg og nye uttalelser hevder at flere kunnskapssyn har plass innenfor evidensbasert praksis, og at disse burde kombineres. Brukerens opplevelse samt taus og eksplisitt kunnskap fra yrkesutøverne er faktorer som da inkluderes (Rød, 2015, s. 198). Kolstad (2004) hevder at det oppstår utfordringer om selve målet med evidensbasert forskning og praksis er å systematisere, strukturere og kategorisere. Dette begrunnes med at det er nødvendig å være interesserte i, og snakke med pasientene, slik vi gjør med mennesker generelt når vi forsøker å forstå dem (Kolstad, 2004). Evidens blir i denne forstand ikke valid om undersøkelsene kun baseres på statistikk og konkrete målinger.

Til tross for at begrepene nå kan forstås i en videre forstand finner vi ikke evidensbaserte praksiser innenfor sosialt arbeid i Norge. Innenfor evidensbasert forskning derimot har fagfeltet begynt å ta i bruk randomiserte kontrollerte forsøk (RCT), som har som hensikt å analysere tiltakenes effektivitet (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016). Bakgrunnen for hvorfor det er utfordrende for sosialt arbeid og passe inn i de strengeste rammene for evidens handler om at fagfeltet innebærer en kompleksitet (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016). Mennesker er autonome og reflekterte med ulike behov, ønsker og verdier. Effekten av sosialfaglige tilnærminger vil derfor variere på bakgrunn av individet og den gitte situasjonen (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016). I tillegg kan sosionomer anse livskvalitet og økt mestringsevne som en målsetting i seg selv, og slike faktorer er utfordrende å måle i motsetning til mer konkrete mål som for eksempel om menneskene kommer seg ut i arbeid. På bakgrunn av dette er det nødvendig å tolke evidens i en vid forstand der slike faktorer inkluderes om det skal være mulig å utvikle evidensbasert sosialt arbeid (Rød, 2015, s. 200).

Selv om det vil være kontroversielt hvordan evidens forstås, slår Rød (2015, s. 208) fast at evidensbaserte tilnærminger ikke kan erstatte tradisjonelt relasjonelt sosialt arbeid, samtidig som relasjon ikke er ubetydelig i evidensbaserte metoder. Ifølge Marthinsen (2004) handler evidens om å bruke den beste tilgjengelige kunnskapen på et område, altså kan sosialarbeideres forskning og praksis regnes som evidensbasert så lenge de er oppdaterte på kunnskapsutviklingen i sitt felt. Uavhengig av hvordan evidens forstås og hvilken metode som brukes i forskning og praksis påpeker Rød (2015, s. 208) at sosialt arbeids ideologiske grunnlag ikke vil endre seg av den grunn. Kritisk refleksjon, faglig skjønn og brukerens opplevelse vil, og skal alltid spille en rolle når sosionomer møter mennesker i arbeidet sitt

(Rød, 2015, s. 208). Det er viktig å vite at sosialfaglige tilnærminger virker og bidrar til å forebygge, redusere og løse sosiale problemer (Rød, 2015, s. 197). Dette har alltid vært presisert som nødvendig innenfor sosialt arbeid, men metodene og kunnskapen vi bruker for å måle effektene av tiltak har endret seg (Rød, 2015, s. 197).

#### **4.4. Pandemiens konsekvenser**

Fredag 12. mars 2020 vil trolig være en viktig dato i Norsk historie. Dagen omtales ofte som «da Norge stengte ned», og medførte de strengeste tiltakene Norge har hatt i fredstid (Kongsnes & Pettersen, 2021). Den verdensomfattende Covid-19 pandemien har medført tilstander og konsekvenser som det foreløpig finnes lite fagfelleverdert forskning på. Jeg vil derfor i denne delen ta utgangspunkt i avisartikler, utsagn fra forskere, en artikkel fra Folkehelseinstituttet (FHI), dokumentet *Psykososiale konsekvenser av koronapandemien for barn, unge og voksne* fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress samt regjeringens rapport *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien*. For å belyse problemstillingen best mulig er det nødvendig å stille seg spørrende til hvordan pandemien har påvirket mennesker med psykiske lidelser for å skissere et korrekt bilde av virkeligheten slik den er i dag.

Pandemien har medført konsekvenser som redusert livskvalitet, arbeidsledighet og ensomhet, men spesielt har den preget mennesker i sårbare grupper som allerede har det vanskelig (Knudsen, 2020; Nes, Aarø, Vedaa & Nilsen, 2020; Solberg, Hütt & Sfrintzeris, 2021). Sårbare grupper innebærer i denne sammenhengen mennesker som har økt risiko for psykososiale utfordringer som følger av pandemien, her finner vi blant annet mennesker med psykiske lidelser (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, s. 4). Hvordan pandemien påvirker mennesker med psykiske lidelser varierer basert på utgangspunktet for sykdom. Eksempelvis medfører pandemien større sjanse for redsel for smitte for mennesker med angst- eller tvangslider, og for mennesker med psykoselidelser vil isolering, fremmedgjøring og angst føre til økte paranoide tanker (Knudsen, 2020; Nes, et al., 2020).

Pandemien førte også til at flere måtte avbryte behandling, de som ikke «måtte» være innlagt ble skrevet ut og terskelen for å få behandling ble høy (Tømmerbakke, 2020). Avbrutt behandling kan hos enkelte føre til omfattende forverring av eksisterende symptomer samt fremvekst av nye utfordringer (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, s. 5). Mangel på behandling i sammenheng med negative konsekvenser på sosiale faktorer betegnes

også som mulig risikofaktorer knyttet til selvmord og selvskading (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, s. 5). De siste ukene har dette vært fokus i samtlige medier der det fortelles om individer som har tatt selvmord som følge av avsluttet behandling (Berg, Norman & Rasmussen, 2021). Pandemien har medført drastiske konsekvenser for samfunnet og spesielt for mennesker med psykiske lidelser, men er alle konsekvensene negative?

Tidligere i oppgaven har vi sett at mennesker med psykiske lidelser har utfordringer knyttet til skam og negative holdninger fra samfunnet. Den norske dugnadsånden har fått en oppblomstring i takt med pandemien, der det er blitt stort fokus på å hjelpe naboer og nærmiljøet i den vanskelige tiden. Det har blitt opprettet grupper på sosiale medier der målet er å hjelpe hverandre, og opplevelsen er at sosiale medier har minsket forskjellene mellom mennesker (Clausen, 2020). De sosiale forskjellene i samfunnet ser ut til å være mer eller mindre fraværende i dette samholdet der innstillingen er at alle hjelper alle (Clausen, 2020). Vi kan også håpe at en positiv ringvirkning av pandemien er at helsevesenet etablerer bedre strategier for når kriser inntreffer slik at mennesker som har behov for behandling ikke mister denne muligheten som følge av ytre faktorer (Taraku, 2020).



## 5.0. Avslutning

*Hvordan kan sosionomen bidra til et helhetlig behandlingstilbud for mennesker innenfor spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern?* Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte utfordringer og det er derfor nødvendig at det helhetlige behandlingstilbudet baseres på samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Alle yrkesgrupper må være bevisst egen og andres uniprofesjonelle kompetanse slik at dette kan brukes på et interprofesjonelt nivå i samhandling med hverandre. På denne måten oppnås et helhetlig behandlingstilbud der elementer fra alle forståelsesmodeller blir inkludert. Jeg ser det nødvendig å påpeke at det er minst like viktig at sosionomer evner å se mennesket i lys av andre forståelsesmodeller. Med bakgrunn i litteratur og egen praksis opplever jeg at sosionomer kan bli så opptatte av å fremme sosialfaglige perspektiver på psykiske lidelser at andre viktige faktorer overses.

Sosionomens bidrag i det helhetlige behandlingstilbudet handler blant annet om å kartlegge sosiale forhold og bistå pasienten å bedre slike områder. Sosionomen ser mennesket i sammenheng med deres levekår og den samfunnsmessige konteksten. Stigma knyttet til psykisk sykdom skaper sosiale forskjeller, og påvirkningen dette får for mennesker med psykiske lidelser blir undervurdert av helsepersonell. Sosionomen har et ansvar for å synliggjøre og motvirke slike sosiale ulikheter. Kontakt og samarbeid med pasientens nettverk samt viktige etater viser seg også som en viktig arbeidsoppgave. Sosionomen i spesialisthelsetjenesten psykiske helsevern må også være bevisst at Covid-19 pandemien har medført drastiske endringer i sosiale forhold, noe som spesielt har preget mennesker med psykiske lidelser. Til tross for dette ser det også ut til at pandemien medfører en positiv endring i samfunnets sosiale forskjeller. Befolkningen står sammen i et inkluderende felleskap der alle ønsker å hjelpe alle.

Det er vanskelig å fastslå om sosialfaglige tilnærminger kan anses som gyldige innenfor evidens da begrepet er kontroversielt. Det vi kan si med sikkerhet derimot er at det i Norge finnes begrenset evidensbasert forskning og praksis. Til tross for mange år innenfor feltet samt høy faglig kvalitet undrer flere seg over hvorfor sosionomene enda ikke er autoriserte helsearbeidere. Likevel er dette kanskje forståelig med bakgrunn i at den forskningen og metodene som ofte brukes innenfor sosialt arbeid i utgangspunktet ikke regnes som evidensbaserte. Vi kan derfor heller ikke forvente å få den samme tilliten til metodene som brukes av sosionomene sammenlignet med evidensbaserte metoder innenfor andre helsefag.

## 6.0. Referanseliste

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H. & Norvoll, R. (2011). «Å lage farger på livet til folk»: God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), ss. 154-163.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-07>
- Andersen, A. J. W., Larsen, I. B. & Ulland, E. (2015). Bidrag til en ny praksis? - Utvikling og forskning i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder i perioden 2008–2013. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), ss. 3-16. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-02>
- Andersson, H. W. (2014). Fra gråsoner til samarbeidssoner - om samhandling. I A. Almvik, L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet - Helhetlig psykisk helsearbeid* (ss. 327-347). Bergen: Fagbokforlaget.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(1), ss. 26-32.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00001573>
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Berg, R., Norman, M. G., Rasmussen, E. (2021, 02. februar). De som måtte ut. VG. Hentet fra <https://www.vg.no/>
- Borge, L., Juritzen, T. I., & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), ss. 260-367.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-09>
- Brønstad, A., Hoem, N. F., & Volden, M. (2016). *Helse - VG1 helse- og oppvekstfag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal undervisning.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Clausen, B. V. (2020, 06. april). Åtte positive ting med koronaviruset. TV2. Hentet fra <https://www.tv2.no/>
- Dahl, A. A. (2020). Psykiatriske forståelsesmodeller. I T. F. Aarre, & A. A. Dahl (Red.), *Praktisk psykiatri* (2. utg., ss. 43-70). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (2020). Psykiatri: definisjon, organisering, klassifisering og epidemiologi. I T. F. Aarre & A. A. Dahl (Red.), *Praktisk psykiatri* (2. utg., ss. 15-41). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.

- Direktoratet for e-helse. (2021, 04. mars). Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning (FOR-2019-03-15-409). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-409>
- Helse- og omsorgs departementet. (2009, 19. juni). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2014, 28. februar). Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018, 07. juni). Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser/>
- Helsedirektoratet. (2020, 04. desember). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsenorge. (2019, 25. november). Barnebolig, sykehjem og andre botilbud. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/kommunal-bolig-boliger-med-serlige-tilpasninger/>
- Helseth, E. C. (2019). *Sosionomers erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern: En kvalitativ intervjuundersøkelse* (Masteroppgave, OsloMet). Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/8072>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kleppe, L., C. (2015). Sosialfaglig kompetanse. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 139-153). Oslo: Universitetsforlaget.
- Knudsen, C. (2020, 06. november). Nav venter høy coronaledighet i flere år. *E24*. Hentet fra <https://e24.no/>
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(1), ss. 13-27. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2004-01-03>

- Kongsnes, E., & Pettersen P. F. (2021, 12. mars). Ett år siden Norge stengte ned: Den siste klemmen før koronaåret. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/>
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid- det landskapet vi er mennesker i*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I., & Ellingsen, I. T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 112-124). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marthinsen, E. (2004). «Evidensbasert» – praksis og ideologi. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(4), ss. 290-302. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2004-04-02>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Psykososiale konsekvenser av koronapandemien for barn, unge og voksne*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/03/Psykososiale-konsekvenser-av-koronapandemien-for-barn-og-voksne.pdf>
- Natland, S., & Malmberg-Heimonen, I. (2016). Familieråd – frigjørende sosialt arbeid innenfor en manualbasert modell? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(1), ss. 44-61. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-01-03>
- NAV. (2020, 01. desember). Informasjon om tjenester og ytelser fra NAV. Hentet 6. mai 2021 fra <https://www.nav.no/no/person/flere-tema/arbeid-og-opphold-i-norge/informasjon-om-tjenester-og-ytelser-fra-nav>
- Nes, B. R., Aarø, E. L., Vedaa, Ø., & Nilsen, S. T. (2020). Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/>
- Oterholm, I. (2015). Skjønnsutøvelse i velferdsorganisasjoner. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 171-183). Oslo: Universitetsforlaget.
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rød, P. A. (2015). Evidensbasert sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 196-209). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akadmisk.

- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykometri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Solberg, K., Hütt, A., O., M. & Sfrintzeris, Y. (2021, 30. april). Ekspertutvalg anbefaler 31 tiltak for psykisk helse i Norge. VG. Hentet fra <https://www.vg.no/>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 23. april). 09551: *Psykisk helsevern for voksne. Årsverk, etter region, statistikkvariabel, år og helseutdanning 2008 - 2020*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09551/>
- Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen Akademisk forlag.
- Sverdrup, A.-L. (2007). Sosialt arbeid og psykisk helsearbeid med voksne – et tilbakeblikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(4), ss. 378-387. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2007-04-06>
- Sælør, K. T., Bjørlykhaug, K. I., Bank, R.-M., & Johnson, T. A. (2019). Møter i mørket. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(2), ss. 110-125. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-02>
- Taraku, S. (2020, 04 april). Fem konsekvenser av koronakrisen. *Agenda Magasin*. Hentet fra <https://agendamagasin.no/>
- Tjora, E. (2020). Å være pasient i psykisk helsevern. I T. F. Aarre, & A. A. Dahl (Red.), *Praktisk psykiatri* (2. utg., ss. 71-83). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tømmerbakke, S. G. (2020, 28. mars). Psykisk helsevern post-korona: – Flere syke og mer tvang. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/>
- Tøssebro, J., & Berg, B. (2015). Sosiale forskjeller, avvik og samfunn. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 227-243). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), ss. 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Willumsen, E. (2015). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (ss. 154-170). Oslo: Universitetsforlaget.

