

Masteroppgave

Master i sosialt arbeid

Mai 2023

Sosionomen i sykehuset

OSLOMET

OsloMet-Storbyuniversitetet

Fakultetet for samfunnsvitenskap

Institutt for sosialfag (SF)

Lisa Fredheim Hanssen

Innhold

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	6
1. Innledning	7
1.1 Tema for oppgaven	7
1.2 Videre oppbygging av oppgaven	7
1.3 Bakgrunn og valg av tema	8
1.4 Litteratursøk	8
1.5 Sosialt arbeid i sykehus	11
1.6 Det tverrfaglige teamet i sykehus	15
1.7 Kunnskap i sosialt arbeid	17
Helhetsforståelse	18
Relasjonskompetanse	18
1.8 Forholdet mellom teori og praksis	19
1.9 Helhetsperspektivet	20
1.10 Brukermedvirkning	21
1.10.1 Brukermedvirkning i sykehus	22
1.11 Problemstilling	22
1.12 Begrepsavklaring	22
Sosialt arbeid	22
Pasient/bruker	23
Helsepersonell	23
Systemkunnskap	23
Tverrfaglig arbeid	23
2. Teori	24
2.1 Profesjonsteori	24
2.1.1 Profesjonssystemer - Andrew Abbott	24
2.1.2 Profesjon og kunnskap	28
3. Metode	30
3.1 Bruk av data fra prosjekt	31
3.2 Utvalg og gjennomføring	31
3.3 Etske overveielser	33
3.4 Forforståelse	34
3.5 Analyse	35
3.6 Validitet og reliabilitet	35

Validitet	35
Reliabilitet.....	36
4.Presentasjon av funn	37
4.1 En helhetlig forståelse	37
4.1.1 Systemkunnskap	39
4.1.2 Relasjonsarbeid	42
4.1.3 Lojalitet til pasienten	44
4.2 Sosionomen sin plass på sykehuset	46
4.2.1 Det tverrfaglige arbeidet.....	46
4.2.2 Tvil rundt sosionomens rolle	47
5.Drøfting	51
5.1 Helhetsperspektivet.....	52
5.1.1 Lojaliteten ligger hos pasienten	54
5.1.2 Praktisk hjelp som typisk sosionomarbeid.....	57
5.2 Det tverrfaglige arbeidet	60
5.3 Den teoretiske og den praktiske kunnskapen	63
6. Avslutning	66
Litteraturliste	70
Vedlegg 1- prosjektbeskrivelse og intervjuguide	76
Vedlegg 2-Samtykkeskjema	81
Vedlegg 3-Godkjenningsbrev fra NSD	84

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sosionomer som jobber i sykehus sin forståelse av sitt arbeid. Jeg ønsker å få et innblikk i hvordan de som sosionomer jobber i sykehus, den kunnskapen de vektlegger i arbeidet og hvordan de forstår sin rolle i arbeidet på sykehuset. Oppgavens problemstilling er: **«Hvordan forstår sosionomer som jobber i sykehus sitt arbeid og hvordan forstår de sin rolle og kompetanse når de arbeider i sykehus?»**.

I studien har jeg gjort en tematisk analyse av seks kvalitative intervjuer. Intervjudataene som tas i bruk er hentet fra prosjektet «Kunnskap for sosialt medborgerskap» ved OsloMet. Informantene er sosionomer som jobber i sykehus. Jeg har selv ikke deltatt i intervjuprosessen. Temaene som kommer frem i analysen er «En helhetlig forståelse» med undertemaene «systemkunnskap», «relasjonsarbeid» og «lojalitet til pasienten», samt temaet «Sosionomens plass i sykehuset» med undertemaene tverrfaglig arbeid og tvil rundt sosionomens rolle.

Funnene viser at informantene fremmer sin profesjon ved å peke på et helhetsperspektiv som de tar med seg inn i arbeidet. Innenfor dette peker de på kunnskapen de har om ulike sider ved hjelpeapparatet, pasientenes rettigheter og plikter, og hvordan de kan koordinere et samarbeid med ulike instanser. I arbeidet i møte med hjelpeapparatet tar sosionomene i bruk kunnskap fra utdanningen, men har også måttet bygge på denne og tilegne seg ny kunnskap i praksis. Videre understrekes en balanse mellom denne praktiske hjelpen og omtanke for pasientene og deres pårørende.

I møte med pasienten kommer det frem at sykehussosionomene har en lojalitet til pasienten som går over deres lojalitet til sykehuset. Store deler av arbeidet sosionomen gjør foregår i tverrfaglige team eller lignende. Det kommer frem at flere kollegaer på sykehuset er usikre på hva sosionomen kan bidra med i arbeidet. I drøftingen ser jeg funnene i lys av profesjonsteori. Jeg tar i bruk Abbot sin teori om profesjonssystemer, Grimen og den praktiske syntesen, samt Ryle med *knowing that* og *knowing how*.

På sykehuset ser det ut til at sosionomen sin rolle på kommer tydeligere frem i arbeidet med mer praktiske problemstillinger. Videre ser sosionomene ut til å anerkjennes i størst grad for dette arbeidet. Sosionomene ønsker likevel mer tid til sitt arbeid, og mer plass til deres synspunkter i utførelsen av arbeidet. Forvirringen rundt hva sosionomen kan bidra med i

arbeidet ser ut til å kunne skape utfordringer for det tverrfaglige arbeidet, samt sosionomen sitt individuelle arbeid, da de gis uønskede roller på arbeidsplassen.

Abstract

The purpose of this study is to shed light on how social workers who work in hospitals understand their work. I want to gain an insight into how they as social workers work in hospitals, the knowledge they emphasize in their work and how they understand their role at the hospital. The question I seek to answer in this study is: **"How do social workers working in hospitals understand their work, and how they understand their role and competence when working there?"**

In the study, I have made a thematic analysis of six qualitative interviews. The interview data used is taken from the OsloMet project "Knowledge for social citizenship". The informants are social workers who work in hospitals. I myself have not participated in the interview process. The themes that emerge in the analysis are "A holistic understanding" with the sub-themes "system knowledge", "relationship work" and "loyalty to the patient", as well as the theme "The social worker's place in the hospital" with the sub-themes "interdisciplinary work" and "doubts about the social worker's role".

The findings show that the informants promote their profession by pointing to a holistic perspective which they bring into their work. Within this, they point to the knowledge they have of various aspects of the aid system, the patients' rights and duties, and how they can coordinate a collaboration with various agencies. In their work with these agencies, the social workers make use of knowledge from their education, but have also had to build on this and acquire new knowledge in the workplace. Furthermore, a balance is emphasized between this practical help and emotional support for the patients and their relatives.

In meetings with the patient, it emerges that the hospital social workers have a loyalty to the patient that goes beyond their loyalty to the hospital. Much of the work the social worker does takes place in interdisciplinary teams. It appears that several colleagues at the hospital are unsure about what the social worker can contribute to the work. In the discussion, I see the findings in the light of professional theory. I use Abbot's theory of professional systems, Grimen and the practical synthesis, as well as Ryle with *knowing that* and *knowing how*.

It seems that the social worker's role in the hospital is shown more clearly in work with more practical issues. Furthermore, the social workers seem to be recognized to a greater extent for this work. The social workers still want more time for their work and more space for their views in the execution of the work. The confusion surrounding what the social worker can contribute to the work seems to be able to create challenges for the interdisciplinary work, as well as the social worker's individual work, as they experience being assigned roles in the workplace that they do not want.

Forord

Det har vært et utfordrende og lærerikt arbeid å skrive denne masteroppgaven. Jeg har lært mye nytt om sosialt arbeid i sykehuset og det har vært en spennende reise.

Først vil jeg takke min veileder Wenche Bekken for god hjelp og gode råd gjennom hele prosessen.

Videre vil jeg takke alle som har deltatt i prosjektet «Kunnskap for sosialt medborgerskap», både informanter og forskere. Takk for at jeg fikk ta i bruk dataene fra prosjektet i min studie.

Tusen takk til Maja, min studievenninne, som har vært god støtte og en viktig del av hverdagen i løpet av de siste to årene.

Til slutt vil jeg takke min familie som alltid er der for meg i alt jeg gjør.

15.05.2023 Lisa Fredheim Hanssen

1. Innledning

1.1 Tema for oppgaven

Temaet for oppgaven er hvordan sosionomer som jobber i sykehus forstår sitt arbeid. Formålet med denne oppgaven er å belyse informantenes egne erfaringer med å jobbe som utdannet sosionom i sykehus. Jeg ønsker å få innsikt i hvordan de jobber som sosionomer, hva slags kunnskap de legger vekt på, og hva de tenker om sin rolle som sosionom. Informantenes erfaringer kan bidra til å belyse hvilke krav det er til deres kompetanse i arbeid på et sykehus, og sosionomens plass på sykehuset.

Sosialarbeidere jobber på flere ulike arenaer innenfor blant annet helse- og omsorgssektoren, flyktning- og innvandringsforvaltningen, skolen og kriminalomsorgen (Berg et al., 2019. s.22). I løpet av min bachelor erfarte jeg at det i undervisningen var et fokus på sosionomer og det arbeidet de gjør på arenaer som NAV og barneverntjenesten. Arbeid utført av sosionomer på sykehus var sjeldent et tema. Det er lite litteratur i en norsk sammenheng om sykehussosionomer og deres erfaringer med å jobbe innenfor en sykehuskontekst. Ved å se på erfaringene til sosionomer som jobber i sykehus får jeg en mulighet til å se på deres kunnskap og hvordan de vedlikeholder den. Denne oppgaven kan være et bidrag til å se sosionomens faglige bidrag i en sykehuskontekst.

1.2 Videre oppbygging av oppgaven

Det er seks kapitler i denne oppgaven. I kapittel 1 redegjøres oppgavens forankring.

Videre i introduksjonskapittelet vil jeg beskrive bakgrunnen for mitt valg av tema. Jeg vil først presentere mine litteratursøk og hvordan jeg har funnet frem til tidligere forskning på feltet. Jeg vil så ta i bruk tidligere forskning og faglitteratur for å presentere arbeidsfeltet med underkapitlene 1.3 Sosialt arbeid i sykehus og 1.4 Det tverrfaglige teamet i sykehus. Deretter vil jeg presentere 1.5 Kunnskap i sosialt arbeid, 1.6 Forholdet mellom teori og praksis, 1.7 Det helhetlige perspektivet og til slutt 1.8 Brukermedvirkning.

I kapittel 2 vil jeg dekke teoriene jeg har tatt i bruk i analysen. Først vil jeg redegjøre for profesjonsteori hvor jeg ser på Andrew Abbott sin teori om profesjonssystemer. Videre vil jeg redegjøre for Grimen og den praktiske syntese og Gilbert Ryle med *knowing that* og

knowing how. I kapittel 3 beskrives metode og design for studien. Videre i kapittel 4 vil jeg presentere funn fra intervjuanalyse og vil så drøfte disse i kapittel 5. Til slutt vil jeg i kapittel 6 oppsummere resultatene fra studien, samt presentere noen avsluttende kommentarer.

1.3 Bakgrunn og valg av tema

I forkant av studien og valg av tema visste jeg at jeg var interessert i å undersøke noe om sosionomer på sin arbeidsplass. Jeg var interessert i å velge et tema som omhandlet sosionomer og utførelsen av sosialt arbeid. Dette var noe jeg var interessert i fordi jeg selv er utdannet som sosionom og så derfor på hvordan sosionomer jobber på ulike arenaer som ønskelig å studere nærmere.

Når tiden nærmet seg for å skulle velge tema for oppgaven ble jeg kjent med prosjektet «Kunnskap for sosialt medborgerskap», hvor det var mulighet til å se på hvordan sosionomer jobber på flere ulike arenaer. Når jeg da tenkte tilbake på min tid på bachelorutdanningen i sosialt arbeid, husket jeg at sykehuset var en arena innenfor det sosiale arbeidet jeg opplevde som mystisk. Dette var en arena jeg visste lite om. Jeg har vært nysgjerrig på hvordan sosialt arbeid passer inn i en sykehuskontekst. Med tanke på dette lurte jeg på hvordan sosionomene bidrar i arbeidet på sykehuset og hvilken rolle sykehussosionomene har på arbeidsplassen. Valget av temaet endte derfor på sosionomen i sykehuset.

1.4 Litteratursøk

I mine litteratursøk har jeg hovedsakelig tatt i bruk Google Scholar og Oria. Fra Google Scholar har jeg hovedsakelig funnet litteratur i en kortere form som studier og artikler. I mitt litteratursøk har jeg hatt fokus på nøkkelordene «sosialt arbeid i sykehus» og «sykehussosionom» i forskjellige varianter. Et eksempel på en ulik variant av dette kan da være «sosionom i sykehus». Jeg har også sett det som relevant å søke på eksempelvis «sykehus» og «sosialt arbeid» alene. Etter hvert som analysen har pågått har det også vært relevant å se på blant annet «brukermedvirkning i sykehus» etter hvert som dette har blitt et tema.

I valg av litteratur har jeg hovedsakelig gått inn for å velge fagartikler og fagbøker fra feltet. Det har vært enkelte unntak i form av publiseringer fra organisasjoner som FO og helsedirektoratet, samt enkelte artikler som i større grad har beskrevet erfaringer fra informanter istedenfor funn fra analyser i gjennomførte forskningsprosjekter. Som en følge av en noe begrenset mengde litteratur om sykehussosionomer og det arbeidet de gjør har jeg også valgt å bruke enkelte masteroppgaver som belyser temaer rundt dette. Mannsåker (2021 og 2021) viser til at det er lite i litteraturen om sosialarbeidere som omhandler deres bidrag i forhold til sykdomsmestring i en sykehuskontekst, samt at det i litteraturen om grensarbeid mellom ulike profesjoner er lite litteratur fra et sosialarbeiderperspektiv i en helsearbeidskontekst. Et eksempel på en masteroppgave jeg har tatt i bruk er Hoel og Rønnild (2009) sin oppgave som omhandler kunnskapsgrunnlaget i sosialt arbeid. Utfordringer med det å bruke noe som en masteroppgave som litteratur er at jeg har mindre informasjon om forfatteren og hvordan de har bidratt til feltet. Dalland (2018, s.160) beskriver at informasjon om forfatteren kan være viktig når en skal vurdere om en skal bruke en kilde eller ikke. Likevel er det viktig å påpeke at masteroppgaver som blir publiserte også blir satt til en viss standard med tanke på kvalitet.

Mengden forskning og litteratur som omhandler sosionomers erfaringer fra å jobbe i sykehus er begrenset. Som et resultat av dette er en liten del av den valgte litteraturen om temaet skrevet på 2000-tallet. Et eksempel på dette er det Johannesdottir (2006) skrev i 2006 om Eva Koren og sosialt arbeid på sykehus. Dette vil kunne være problematisk med tanke på at nyere utviklinger innenfor dette feltet ikke vil belyses i denne litteraturen. Jeg har forsøkt å ta forbehold om dette og tatt for meg den nyere litteraturen og sammenlignet dette med de funnene som kommer frem i noen av de eldre ressursene.

Basert på at det var mindre litteratur å finne i norske databaser, med norske søkeord, tok jeg valget å søke innenfor internasjonal litteratur. I utvalget av internasjonal litteratur gjorde jeg søk på EBSCO, hvor jeg fikk betraktelig flere resultater. I et søk på «social work AND hospital» fikk jeg over 6000 resultater. For å begrense mengden resultater gjorde jeg et nytt søk med samme søkeord hvor jeg bare så på det som hadde blitt publisert fra 2010 til 2023. Resultatene ble da kuttet ned til litt over 2000 resultater. Her handlet en større del av artiklene om sosialt arbeid i sykehus sett i forhold til pandemien og effekten av denne på arbeidet. Ettersom jeg var mer interessert i litteraturen som ikke hadde pandemien i 2020

som tema valgte jeg å legge til «AND review» til «social work AND hospital». Søkeresultatene ble da kuttet ned til litt over 200 resultater. Videre i et søk på «social workers AND hospital» med et søk begrenset til litteratur som har blitt publisert fra 2010 til 2023 fikk jeg litt over 800 som resultat. Når jeg spisset det inn med bruk av «AND review» var resultatet litt over 100. Den internasjonale litteraturen jeg tok i bruk hentet jeg hovedsakelig fra de søkene hvor «AND review» var inkludert i søket.

Litteraturen hentet fra EBSCO til bruk i oppgaven inkluderer artikler som baserer seg på beskrivelser av arbeid utført i blant annet Australia, i den kvantitative studien gjort av Joubert et al. (2022) om sosialarbeidere som jobber innenfor onkologi, New Zealand i den kvalitative undersøkelsen gjort av Giles(2016), hvor hun tar for seg sosialarbeideren i tverrfaglige team i sykehus, og Vietnam i det kvalitative studiet gjennomført av Pham et al.(2022) som ser på sosialt arbeid i møte med barn i sykehuset. Videre har to artikler av Mannsåker et al. (2021 og 2021) kvalitative studier som ser på hvordan sosialarbeidere i sykehus bidrar til å øke helsekompetansen blant foreldre med syke barn, og arbeidet som foregår i grensene mellom de ulike profesjonene på pediatriske avdelinger i sykehus. Mannsåker et al. sine undersøkelser er gjort i en norsk sammenheng.

Flere artikler jeg har tatt i bruk er litteraturstudier. Blant disse er Petruzzi et al. (2022) sin studie om sosialarbeideren sin effektivitet i arbeidet på et sykehus, Cootes et al.(2022) sin studie som ser på sosialarbeideren sin kompetanse i tverrfaglige team på sykehus, Wang & Qin sin studie om sosialarbeideren sin rolle i sykehuset og Steils et al.(2020) sin undersøkelse som også ser på sosialarbeideren sin rolle på sykehuset. Carvalho et al. (2022) har gjort en kvantitativ undersøkelse hvor de har tatt for seg kompleksiteten av det sosiale arbeidet på sykehuset. Videre har Ross et al. (2021) i sin kvantitative undersøkelse sett på sosialarbeiderens rolle innenfor behandling av pasienter hjemme, og koordineringen av dette. I den kvalitative undersøkelsen gjort av Burrows (2021) ser de på sosialarbeidere i sykehus som jobber med eldre mennesker og planleggingen av deres behandling.

Videre vil jeg grundigere gå gjennom den tidligere forskningen og litteraturen på området i en introduksjon av sykehus i sosialt arbeid og det tverrfaglige teamet i sykehus.

1.5 Sosialt arbeid i sykehus

Sosionomen kan være både et hjelpemiddel til familien, men også stå som et bindende ledd mellom pasienten og velferdstjenesten. Sykehussosionomen vil ha en viktig rolle i forbindelse med å gi informasjon rundt rettigheter og ordninger til pasienten, samtidig som de i enkelte tilfeller også vil ha en mer støttende rolle som lytter. Det beskrives at nærhet til pasienten, altså utvikling av en god relasjon, og empati til pasienten er viktig i utførelsen av jobben. Videre vil det være viktig at sosionomen ser hele situasjonen til pasienten (Steinsvik. S.22-30 og s.72).

De sosionomene som jobber på sykehus kan bidra med et helhetlig perspektiv som et tillegg til de andre ansatte med helsefaglig kompetanse. Det å bli utsatt for skade eller sykdom kan ha konsekvenser i forhold til økonomi, det kan ha følelsesmessige virkninger, og det kan ellers påvirke hverdagen på flere måter. Det vil kunne være ulike støtteordninger en kan få hjelp fra, men det kan være vanskelig for en person som havner i en slik situasjon å vite hvor en skal henvende seg. En sykehussosionom vil kartlegge disse utfordringene og bistå med kontakt til de ulike instansene, eksempelvis NAV. Sosionomen vil bidra med både praktisk hjelp og psykososial støtte basert på hva som er behovene (FO).

Sosialarbeiderne bidrar på ulike måter i arbeidet på et sykehus. Det sosialfaglige arbeidet i sykehus foregår på tre områder. Disse tre områdene er praktisk hjelp, psykososialt arbeid og undervisningsvirksomhet. De praktiske oppgavene involverer informasjon og råd til hvordan en kan håndtere ulike praktiske utfordringer, samt bidra med å ta kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet, og de rettighetene pasientene har i møte med hjelpeapparatet. (FO, 2022) En viktig del av arbeidet vil være å få et overblikk over systemet, altså de instansene pasienten burde være i kontakt med, og de rettighetene pasientene har i forbindelse med disse. Denne kunnskapen om ulike instanser spiller en viktig rolle når pasienten skal skrives ut av sykehuset. I håndteringen av ulike saker vil sosialarbeideren bidra med å evaluere situasjonen, planlegge og sørge for tilrettelegging (Petruzzi et al., 2022. s.148). I enkelte tilfeller skal pasienten over i annen behandling, eller få pleie hjemme, hvor de vil trenge støtte over tid og oppfølging i ettertid. I dette arbeidet vil sosialarbeiderne være viktige. Likevel vil sosialarbeidernes tjenester ofte velges bort som et følge av mangel på ressurser eller mindre forståelse for hva sosialarbeideren kan bidra med (Ross et al., 2021).

Organisering og koordinering av de ressursene og tjenestene som finnes rundt pasienten er viktig, men sosialarbeiderne vil også gjerne vise støtte til både pasienten og helsepersonellet de jobber sammen med. Støtten til helsepersonellet består gjerne av informasjon om ulike psykososiale utfordringer pasientene kan ha, samt bidrag i arbeidet med pasientene og pårørende. Sosialarbeideren står som en bro i forholdet mellom pasientene og deres familier og helsepersonellet (Pham et al., 2022. s.42-47) Hvis pasienten sin utskrivelse fra sykehuset skal planlegges godt er det nødvendig med godt samarbeid mellom flere ulike profesjoner på sykehuset. Dette kan bli en arena hvor det oppstår konflikter mellom de ulike profesjonene som et følge av at de har ulike prioriteringer i arbeidet med pasientene. Et godt samarbeid med legene blir viktig når pasientene skal skrives ut i forhold til arbeidet med det medisinske. Sosialarbeideren omtales som en outsider i denne konteksten (Burrows, 2021 og Giles, 2016).

I Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children (Mannsåker et al., 2021) ser de på hva sykehussosionomer bidrar med i forhold til å forstå systemet foreldre med alvorlig syke barn møter i sykehuset. De viser til en kvalitativ undersøkelse hvor de har fokus på arbeidet sykehussosionomene gjør og peker på at dette arbeidet kan bidra til å styrke pårørendes helsekompetanse. Det blir beskrevet at den helhetlige tilnærmingen som sykehussosionomene benytter seg av kan bidra til helsekompetansefeltet. Helsekompetansen, eller «health literacy», beskrives som en viktig del av helsen. En lav grad av dette er gjerne sett i sammenheng med sosioøkonomisk status generelt, fattigdom og lav helse. Enkelte studier viser til at barnets helse kan være avhengig av den graden av «health literacy» som barnets foreldre har.

Arbeidet som utføres i helsevesenet beskrives som komplisert. Det er flere ulike faktorer som påvirker hverandre og spiller med hverandre. Det er linjer som trekkes mellom helsepersonellet, pasientene og resten av teamet tvers over. Sosialarbeideren vil i teamet, i likhet med en lege, ha en noe diagnostisk måte å arbeide på, men fokuset til sosialarbeideren vil ligge på den sosiale tilstanden til pasienten over den medisinske (Carvalho et al., 2022. s.3741-3744). Det psykososiale arbeidet i sykehuset går blant annet ut på å kartlegge pasientens situasjon, og videre oppfølging (FO, 2022). Sosialarbeideren vil finne ut hvilke ressurser som må tas i bruk for å kunne løse utfordringer, og på den måten sørge for at pasientens behandling kan gå for seg på en god måte (Carvalho et al., 2022. s.3742).

I en sykehuskontekst fungerer sosialarbeiderne godt som noen som kan tale pasientens sak og vise til deres frihet som et individ, spesielt i arbeid med eldre mennesker som gjerne kan bli utsatt for tvang. Likevel kan det å tale for pasientenes frie vilje være både positivt og negativt basert på pasientenes individuelle situasjoner (Burrows, 2021). Eva Koren blir beskrevet som en slags pioner for sykehussosionomer. Hun beskrev formålet med sin rolle som sykehuskurator og viste til at hun var der for å hjelpe pasienter, selv om leger gjerne hadde inntrykk av at hun var der for å hjelpe dem. Koren var opptatt av forholdene rundt som påvirket pasienten, og hvordan sykdommen hos pasienten påvirket det som var rundt pasienten. Hun praktiserte sosialt arbeid med person- i- situasjon i fokus (Johannesdottir, 2006. s.14-18).

Som en følge av en økende grad av spesialisering innenfor medisin, hvor spesialhelsetjenesten også blir spesialisert i økende grad, blir det naturlig at sosialarbeidere i sykehus også vil jobbe innenfor spesifikke avdelinger (Joubert et al., 2022 og Røssvåg, 2016). En sosialarbeider som jobber innenfor en avdeling hvor de praktiserer mer generell medisin vil gjerne være linken mellom de ulike instansene og profesjonene som må samarbeide i arbeidet pasienten. De vil jobbe med å koordinere dette og samle de ulike ressursene. Innenfor et mer spesialisert område, som onkologi, vil sosialarbeideren kunne ha et økt fokus på arbeid med pasienten hvor de tar opp hvordan en pasient kan håndtere diagnosen og de usikkerhetene og redslene knyttet til dette (Joubert et al. 2022).

Videre er en viktig del av det psykososiale arbeidet en kartlegging og oppfølging av pasientenes psykiske og følelsesmessige reaksjoner. Etter en stor endring i deres livssituasjon opplever flere pasienter å ha nytte av støttesamtaler med sosionomer hvor det er et mer løsningsorientert fokus. I slike samtaler kan sosionomen informere om ulike velferdsordninger, mens andre kommer til samtaler for å få hjelp til å bearbeide ting emosjonelt. Sosionomer i sykehus kan bidra med både emosjonell og praktisk hjelp til pasientene (Røssvåg, 2016). I arbeidet på en avdeling innenfor onkologi vil det være mindre fokus på planlegging av utskrivelsen til pasienten. Dette er pasienter som gjerne skal være lenge på sykehuset og arbeidet vil handle mer om hvordan de kan håndtere situasjonen slik den har blitt (Joubert et al., 2022).

Sosionomen kan drive med undervisningsvirksomhet på sykehuset. Undervisningen kan være rettet mot pasienter, pårørende eller andre faggrupper. Denne undervisningen kan for

eksempel handle om tema som arbeids- og trygderettigheter, generelle støtteordninger og lignende, samt kurs som tar opp temaer som mestring for pasienter med kronisk sykdom (FO, 2022).

Johannesdottir (2006. s.23- 24) beskriver at flere sykehuskuratorer opplever å ha forståelsesfulle kollegaer, men at flere også møter skepsis på sine arbeidsplasser. Forfatteren beskrev i 2006 sykehuskuratorene som en nær usynlig yrkesgruppe. Det beskrives at den profesjonelle identiteten til sosialarbeidere som jobber i sykehus ikke alltid er tydelig forstått av andre profesjonelle på arbeidsplassen. I flere land er det et behov for en tydeliggjøring rundt rollen til sosialarbeiderne i sykehuset. De hierarkiske strukturene i sykehuset kan bidra til en ujevn fordeling av makt, noe som kan ha en innvirkning på sosialarbeideren sin identitet og rolle (Steils et al., 2020. s.279-280). Det er usikkerheter i forhold til hvordan sosialarbeidere skal organiseres inn i sykehuset, og hvor de hører til (Wang & Qin, 2018). Det finnes argumenter for at det er andre som kan utføre arbeidet med å skrive ut pasienter på lik linje med sosialarbeiderne, noe som kan føre til spørsmål til i hvor stor grad sosialarbeideren er nødvendig i dette arbeidet. Flere sosialarbeidere som jobber i sykehus uttrykker at de føler seg lite forstått av sine kollegaer. Likevel viser undersøkelser at andre profesjonelle i sykehuset verdsetter sosialarbeiderne og deres evne til å håndtere komplekse problemstillinger i møte med pasientene (Steils et al., 2020 s.276-278).

Videre finnes det lite bevis for at sosialarbeidernes evne til å koordinere arbeidet mellom de ulike profesjonene utnyttes i det arbeidet hvor en har fokus på det tverrfaglige. Dette kan være et resultat av at sosialarbeideren blir sett på og ser på seg selv som en outsider i denne konteksten. Konstruksjonen av sosialarbeiderens profesjonelle identitet kan avhenge av hvordan pasientene og deres familier ser på sosialarbeideren. Det er spørsmål om de anerkjenner og setter pris på det arbeidet sosialarbeideren gjør i møte med pasienten. Studier viser at pasienten setter mindre pris på sosialarbeideren i de tilfellene hvor fokuset ligger på at pasienten skal skrives ut fort. Flere setter ellers pris på den støtten de får fra sosialarbeideren (Steils et al. 2020. s.277-278).

1.6 Det tverrfaglige teamet i sykehus

Tverrfaglig arbeid beskrives som nødvendig i arbeid med mennesker og samfunn (Lauvås og Lauvås, 1994. s.15-19). Helsedirektoratet (2018) viser til tverrfaglig samarbeid som en grunnleggende metodikk når det kommer til oppfølging av mennesker med sammensatte behov. Tverrfaglig samarbeid beskrives som en vesentlig del av det sosiale arbeidet. Det fremkommer tydelige krav i lovverket som omhandler helse- og velferdstjenestene om samarbeid mellom de ulike profesjonene. Det tverrfaglige arbeidet i institusjoner som sykehus går ut på at pasienten får en helhetlig oppfølging (Lauvås og Lauvås, 1994. s.15-19).

En sykehussosionom vil i stor grad måtte forholde seg til tverrfaglig samarbeid i sin arbeidshverdag. Sykehussosionomene jobber gjerne i tverrfaglige team, hvor de vil gi råd og veiledning til familiene om hvordan de kan forholde seg til situasjonen de har havnet i og lære å håndtere den. Hovedsakelig vil det være viktig å se personen i situasjonen og gi de råd basert på et helhetlig perspektiv. Arbeidet vil også handle om det rent praktiske, slik som det som har med det økonomiske å gjøre (Mannsaker et al., 2021). Opp mot tverrfaglig arbeid mellom sosionomer og helsearbeidere beskrives det at tverrfaglig arbeid vil være viktig for å styrke helsetjenesten, likevel er det manglende interesse for tverrfaglig arbeid mellom sosionomer og helsearbeidere. Det er en manglende forståelse blant andre profesjoner for teori og praksis innenfor sosialt arbeid (Mannsaker et al., 2021).

Det er viktig for kvaliteten i behandlingen av pasienter og deres familier at de tverrfaglige teamene fungerer bra (Giles, 2016). Likevel er det et spørsmål om hvor sosialarbeiderens kunnskap hører hjemme, og hvor de finner sin plass i denne konteksten. Den rollen sosialarbeideren har i de tverrfaglige teamene beskrives som flytende, noe som kan bidra både positivt og negativt i forhold til mobiliseringen av sosialarbeiderens kunnskap. Det kan bli vanskelig for sosialarbeideren å få klart frem hva kompetansen deres består av og hvordan de kan bidra i arbeidet. Dette blir uklart for sosialarbeideren selv, og andre profesjoner som jobber med sosialarbeideren. Kunnskapen til sosialarbeideren har en bredde som kan være en mulighet, men også en hindring som et følge av at de ikke finner sin spesifikke plass. De vil kunne mye forskjellig, men ikke mestre noe 100%. På den måten kan de bidra på mange ulike områder, og er versatile, men mangler mer spesialiserte ferdigheter som for eksempel leger kan ha. Det beskrives at legestanden dominerer helsevesenet, og at legene tilegnes autoritet som følge av deres kunnskap som hevdes å være mer spesialisert. I tverrfaglige møter kan

sosialarbeideren få mindre plass på grunn av at fokuset ligger på de mer medisinske problemstillingene. Sosialarbeiderne sin kunnskap kan bli tilsidesatt av legene, noe som kan ha negative konsekvenser for profesjonens autonomi (Cootes et al., 2022).

Det er lite forskning som har sett på hvordan, eller i hvilken grad, en sosialarbeider utøver sin autoritet og tar i bruk sin kunnskap om loven, taler pasientens sak eller har innflytelse i tverrfaglige fora. (Steils et al., 2020. s.279). Pasienter opplever at sosialarbeideren ikke er på deres side og ikke bidrar gjennom å tale deres sak. Det ser ut til at sosialarbeideren har mindre autoritet når det kommer til å skulle utfordre andre profesjonelle i arbeidet eller tale pasientens sak, mens de i større grad har autoritet i forbindelse med den kunnskapen de har om ulike deler av hjelpeapparatet og ressurser som finnes rundt pasienten. De ser ut til å kunne ha større innvirkning på hvordan arbeidet skal foregå i forbindelse med dette (Steils et al., 2020).

En sykehussosionom forteller i et intervju at de mener at sosionomer som jobber på sykehus burde vise sin kompetanse tydeligere i jobben. De viser til at sosionomene kan bidra med mye som vil kunne lette på arbeidet til deres sykepleierkollegaer. Sosionomen viser til at en tydelig må vise frem sin kompetanse fordi helsepersonellet ikke vil se til sosionomen først for avlastning ettersom en sosionom ikke har en tydelig helsefaglig kompetanse (Rød, 2022). I sin undersøkelse viser Hatlen (2008. s.73) til det en informant forteller om at det blant de ulike gruppene i helsepersonellet ikke er store konflikter i arbeidet fordi de ser ut til å ha de samme holdningene om ting. De peker på at interessekonflikten er større i de tverrfaglige teamene som inkluderer sosionomer og pedagoger.

I det tverrfaglige teamet kan sosialarbeideren virke som limet. De kan bidra med å megle i teamet, samt undervise. Sosialarbeideren kan undervise de andre profesjonelle på arbeidsplassen rundt enkelte ting i arbeidet med den individuelle pasienten, med fokus på de forventningene som er hos pasientene versus de forventningene legene har. Med sin bredde i kunnskap vil sosialarbeideren kunne se på helsen med et videre blikk og få oversikt over flere sider av saken. I forbindelse med dette kan de bidra med å tale pasientens sak, understreke deres rettigheter og sørge for at deres stemme i større grad blir hørt (Cootes et al. 2022).

Det er en mangel på interesse for tverrfaglig arbeid mellom sosionomer og helsearbeidere, og det pekes på en manglende forståelse for teori og praksis innenfor feltet sosialt arbeid. Likevel vises det til at tverrfaglig arbeid mellom disse to profesjonene er viktig for å styrke helsetjenestene (Mansåker et al., 2022). Hoel og Rønnild (2009. s.45) viser til en informant som beskriver at det er en forskjell mellom de prioriteringene informanten som er sykehussosionom, har og de prioriteringene sykepleier kollegaene har. Sosionomen opplever at de selv kan mene at de har oppnådd mye i en sak med en pasient, men at deres kollegaer vil være uenige. Dette fordi de er mer interessert i det som blir gjort i forhold til det mer medisinske og praktiske, mens sosionomen er mer opptatt av dialog og dialogferdigheter.

1.7 Kunnskap i sosialt arbeid

Det beskrives at profesjonelt sosialt arbeid handler både om hvordan en sosialarbeider handler og med hvilken kunnskap sosialarbeideren handler (Hansen et al., 2018. s.25)

Det å ha kompetanse i noe handler om en kombinasjon av ulike kunnskaper, ferdigheter, verdier og holdninger. Disse kommer så til uttrykk i utførelsen av arbeidet (Hansen et al., 2018. s.35). Det er ikke et enkelt svar på hva som kan klassifiseres som sosialfaglig kompetanse. Det å ha kompetanse innenfor et felt står i forhold til noe, en kan forstå at noen har kompetanse i noe i sammenligning med andre som ikke har det. Når en har kompetanse i noe anses dette som noe kontekstuellet. Det er knyttet til et spesifikt område, slik som sosialt arbeid. Basert på dette er det en forventning om at sosialarbeidere skal skille seg fra sykepleiere og andre yrkesgrupper når det kommer til kompetanse, fordi de har en annen kompetanse enn disse gruppene, en sosialfaglig kompetanse (Kleppe, 2019. s.139-143). Det er et skille mellom den observerte og den selvoppfattede kompetansen, altså den kompetansen andre oppfatter at en har og den du selv mener du har (Hansen et al., 2018. s.35).

Den sosialfaglige kompetansen er generell, men noen deler er mer spesifikke og knyttet til de ulike arbeidsplassene. Det er for eksempel forskjell på å jobbe i NAV og i barnevernstjenesten. Sosialarbeidere yter ikke tjenester på vegne av seg selv, de yter gjerne tjenester på vegne av den organisasjonen de jobber innenfor. De ulike sosialarbeiderne som hører til i forskjellige organisasjoner vil utvikle ulike typer handlingskompetanse (Kleppe,

2019. s.139-143). Handlingskompetansen går ut på at en tar i bruk sin generelle kompetanse i mer konkrete situasjoner i praksis, hvor en da skaper «ny» kunnskap gjennom å tilpasse kompetansen sin til situasjonen. Hvor sosialarbeideren befinner seg i den sosiokulturelle konteksten vil derfor ha noe å si (Hansen et al., 2018. s.35).

Helhetsforståelse

Sosialarbeidere har en generalistkompetanse med et fokus på en samfunnsmessig helhetsforståelse. Denne kompetansen gjør sosialarbeiderne egnet til å se på brukernes utfordringer med en helhetlig tilnærming. Dette vil være en styrke i koordinering av vanskelige og sammensatte saker (Hansen et al., 2018. s.37). Analytiske ferdigheter brukes av sosialarbeideren til å identifisere og sortere hva som skjer i ulike situasjoner, for å så kunne reflektere rundt informasjon og finne frem til det som er viktigst. Disse analytiske ferdighetene er en viktig del av den sosialfaglige kompetansen. Arbeidsprosessen i sosialt arbeid starter med kontaktetablering; samhandlings- og relasjonsferdigheter har derfor en vesentlig rolle (Kleppe, 2019. s. 139-143 og 146-151).

Relasjonskompetanse

Relasjonskompetansen beskrives som en viktig del av det studenter i sosialt arbeid tilegner seg i sitt utdanningsløp (Hansen et al., 2018. s.38). Videre utpekes byråkratiske ferdigheter også som en viktig del av dette. Det vises til at sosialarbeidere må ha kunnskap om organisasjonen de er ansatt i og de ulike velferdstjenestene generelt. Dette vil bidra til at de kan finne ut av mulighetene til brukeren på best mulig måte (Kleppe, 2019. s. 139-143 og 146-151). Noe som skiller den sosialfaglige kompetansen fra kompetansen til helseprofesjonene er at den bygger på både relasjonsbygging og systemkunnskap (Ellingsen et al., 2021. s.14). Den systemkompetansen sosialarbeideren har bringer med seg et ansvar for å bli koordinator i tverrprofesjonelt samarbeid (Hansen et al., 2018. s.42).

Sosialarbeiderne har både en yrkesetisk og juridisk plikt til å skaffe koordinert hjelp til personer med sammensatte behov. En måte å sikre denne hjelpen på er opprettingen av en individuell plan for brukeren (Solem & Nybø, 2018. s. 293-294).

Kompetansebegrepet innenfor sosialt arbeid rører ved spenningsfeltet mellom teori og praksis, dette fordi den sosialfaglige kompetansen innebærer en integrering av begge disse (Kleppe, 2019. s.141).

1.8 Forholdet mellom teori og praksis

Forholdet mellom teori og praksis beskrives som et spenningsfelt. Sosialt arbeid beskrives ofte som et praktisk fag, men en kan peke på at ingen praktiske handlinger kan utføres med total mangel på teoretisk kunnskap. Flere praktikere innenfor sosialt arbeid vil fortelle at den kunnskapen de tar i bruk i praksis kommer fra praksisen selv. Den teoretiske kunnskapen de tilegnet seg gjennom studiet er mindre synlig i bevisstheten. Flere vil beskrive at det er en stor avstand mellom teori og praksis (Levin, 2019. s.39-40). Hoel og Rønnild (2009. s.39-45) viser til noen informanter som beskriver at de opplever mest læring i praksis, men at de har teorien i bakhodet. Noen forteller at teorien i sin reneste form er vanskelig å ta i bruk i praksis. Informantene ser på praksis som virkeligheten og teorien som noe som havner utenfor virkeligheten. I sin undersøkelse viser Hoel og Rønnild til at den teoretiske kunnskapen nærmest blir borte i den sosialfaglige kunnskapen fordi det er såpass utfordrende å skille den fra den praktiske kunnskapen.

Det teoretiske grunnlaget innenfor sosialt arbeid beskrives av enkelte som spredt og uklart. Dette bidrar til å skape forvirring blant sosialarbeidere (Kojan og Storhaug, 2019. s.185). Motsetningen som gjerne kan oppstå mellom teori og praksis kan kjennetegnes av at en i mange situasjoner ikke forholder seg til en enkelt teori. En vil, når en går ut i praksis, være formet av flere teorier som da vil påvirke hvordan en forholder seg til ulike situasjoner. Ferdighetstrening i praksis vil være viktig, men den vil ha liten virkning hvis en ikke forstår konseptet av det en skal øve på (Levin, 2019. s.39-40).

Teori og praksis beskrives som to originalt separerte fenomener. Teori forstås som noe aktivt, en produktiv og skapende virksomhet. Teoretisering rundt noe handler om å finne begreper for å beskrive hva som foregår i en situasjon. Den teoretiske innsikten kan en oppnå gjennom refleksjon i ettertid av en hendelse. På den andre siden blir praktisk handling beskrevet som den tause kunnskapens kunst. Den tause kunnskapen handler mindre om å finne begreper for en hendelse og mer om å motta erfaringer som en senere kan ta i bruk for å håndtere lignende situasjoner. Kunnskapen blir delt opp i tre former: episteme, som handler om teoretisk vitenskapelig kunnskap, techne, som beskrives som praktisk og instrumentell kunnskap og til slutt fronetisk kunnskap, som er innsikten i hvordan noe bør være når det gjelder å handle moralsk riktig. Det er viktig at en sosialarbeider kan anvende

de tre forskjellige kunnskapsformene. Det vises til at det eksempelvis vil være problematisk hvis en sosialarbeider er så opptatt av hvordan de skal handle at de glemmer hvorfor de handler (Heyerdahl-Larsen og Hansen, 2018. s.128-131). Det vil føre til en forbedring i kvaliteten på de ulike tiltakene dersom en tar i bruk den forskningsbaserte kunnskapen, erfaringer fra praksis og brukerens kunnskap sammen (Vindegg, 2018. s.305-306).

Både teori og praksis er avhengige av hverandre i gjennomføringen av det praktiske arbeidet. Selv om det i enkelte tilfeller kan være slik at noe beskrives på en spesifikk måte i teorien, mens det ser annerledes ut i praksis, vil dette ikke tilsa at teori og praksis ikke henger sammen og kan brukes separat (Levin, 2019 s.39-40). En av grunnene til dette er at vi ikke går inn i noen situasjoner helt forutsetningsløst. Det finnes ikke et nullpunkt for handling, og ulike kunnskapsformer fra ulike kilder inngår i forutsetningene for en kompetent yrkesutøvelse (Thomassen, 2017. s.36).

1.9 Helhetsperspektivet

I det yrkesetiske grunnlagsdokumentet (FO, 2019. s.5) under «*verdier som forplikter*» beskriver de et helhetssyn på mennesker. Det pekes på at det er flere aspekter rundt et menneske som vil påvirke deres velferd, at individ og samfunn påvirker hverandre. En samfunnsmessig helhetsforståelse er en del av det som kjennetegner sosialt arbeid generelt. Dette handler om å se individet i sammenheng med deres omgivelser i forhold til hvilke muligheter og hindringer som kan oppstå. Samfunnsmessige forhold vil inkluderes i omgivelsene. Begrepet «person i situasjon» beskrives som et uttrykk for helhetsperspektivet (Hansen et al., 2018. s.29-30). Person i situasjon er et begrep som stammer fra tidlige tradisjoner innenfor sosialt arbeid med en kombinasjon av individuell assistanse og arbeid med sosiale reformer. En sosialarbeider må ha kunnskap om hvordan sosial-, arbeids- og velferdspolitikker får konsekvenser for personen. En ser på livet til individet fra et hverdagslivsperspektiv. Dette vil si at en blant annet ser på økonomi, bosituasjon, jobbsituasjon og fritidsaktiviteter (Cornel, 2006. s.51).

Innenfor sosialt arbeid er det viktig at en ser på «hele mennesket», altså både deres ressurser og utfordringer. I ulike situasjoner vil en velge de ulike kunnskapene om individet som er mest relevant for saken (Hansen et al., 2018. s.29-30). Sosiale problemer oppstår

mellom individet og samfunnet. Det kan være samfunnsmessige årsaker til at livsutfordringer oppstår hos den enkelte, og det vil derfor være viktig at en sosialarbeider har kunnskap om både samfunnet og mennesket. Å forstå sammenhengen mellom individet og samfunnet vil ha betydning for utøvelsen av sosialt arbeid (Berg et al., 2019. s.25)

1.10 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har over tid fått større plass på ulike arenaer i hjelpeapparatet, samt i faget sosialt arbeid. Spesielt har brukermedvirkning fått en sterkere juridisk forankring. Flere av lovene en må følge innenfor sosialt arbeid, som lov om sosiale tjenester og lov om barnevern, viser til at brukere skal involveres i prosessen. Tankegangen rundt hvorfor en bruker skal ha sin rett til brukermedvirkning juridisk forankret er at hvis brukeren skulle få mulighet til å delta mer aktivt, og påvirket de avgjørelsene som tas, vil det oppstå mer motivasjon for endring hos brukeren (Ellingsen og Skjefstad, 2019. s.106-107).

Det kan være ulike forståelser av hva som vil regnes som brukermedvirkning. Ellingsen og Skjefstad (2019. s.107-109) viser til forskning som peker på at sosialarbeideren og brukeren gjerne har ulike forståelser av hva som inngår i brukermedvirkning. De viser til at det kan være en utfordring rundt at sosialarbeideren heller konsulterer brukeren sin over å la brukeren medvirke. Flere mener at dersom en skal kalle det for brukermedvirkning burde resultatet av medvirkningen være at brukeren hadde en reell innflytelse på saken. En måte en kan gjøre dette på er gjennom å gi brukeren rikelig med informasjon og våge å la seg engasjere i brukers forslag. I sammenheng med dette viser de til at det vil være noen situasjoner hvor det vil være bedre lagt til rette for medvirkning enn andre. Blant annet vil situasjoner som handler om liv og helse kunne være vanskelige når det gjelder å sikre medvirkning. I tillegg til dette vil sosialt arbeid også ofte finne sted på arenaer hvor system og lovverk bidrar til utfordringer rundt brukermedvirkning. Likevel påpeker de at det å bli lyttet til og tatt på alvor kan være viktigere enn det å skulle ta avgjørelsen selv i enkelte situasjoner (Ellingsen & og Skjefstad, 2019. s.107-109).

Arbeid med brukermedvirkning foregår både på et individnivå og et systemnivå. I arbeidet ligger brukers eget perspektiv som et viktig premiss. Brukermedvirkningen vil på individnivå handle om den enkeltes rettigheter og de mulighetene de får til å ha en

innflytelse på deres behandling i konteksten av helse og omsorgstjenestene. På systemnivå kan brukermedvirkning innebære at brukerorganisasjoner involveres i planleggingen av ulike tiltak (Helsedirektoratet).

1.10.1 Brukermedvirkning i sykehus

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Helsedirektorater, 2022). Det beskrives i lov om pasient- og brukerrettigheter i §3-1 at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å velge mellom ulike forsvarlige behandlingsmetoder. Dette skal tilpasses til evnene den enkelte har til å motta og gi informasjon. Barn som er i stand til å danne egne synspunkter skal også høres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-1). Tjenestetilbudet skal planlegges i samarbeid med pasienten så godt det lar seg gjøre. Det vil da ikke være pasienten som er ansvarlig for avgjørelsen, det vil være den ansatte i helse- og omsorgstjenesten som står for det faglige ansvaret (Helsedirektoratet, 2022). Det er også krav til at helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for godt samarbeid med pårørende, og at en skal tilby dem den støtten de trenger.

1.11 Problemstilling

Hensikten med min oppgave er å få innsikt i hvordan sosionomene forstår sitt arbeid i sykehuset. Jeg ønsker å se på hvordan sosionomene selv forstår sitt arbeid i sykehuset; hvordan de jobber, den kunnskapen de vektlegger og den rollen de har i sykehuset.

Problemstillingen i denne oppgaven er: **«Hvordan forstår sosionomer som jobber i sykehus sitt arbeid og hvordan forstår de sin rolle og kompetanse når de arbeider i sykehus?»**

1.12 Begrepsavklaring

Sosialt arbeid

I 2014 ble en global definisjon av sosialt arbeid godkjent og presentert av IFSW (2014). Sosialt arbeid beskrives som en akademisk disiplin fordi det bygger på en vitenskapelig kunnskapsbase, og som en profesjon ettersom sosialarbeiderne anvender ulike former av

denne kunnskapen i utøvelsen av faget i praksis. Det understrekes at fokuset for arbeidet er å hjelpe med sosiale problemer (Berg et al., 2019. s.19). Arbeidet baserer seg på teorier knyttet til sosialt arbeid, samfunnsvitenskap og kunnskap fra ulike menneskegrupper. Det beskrives at kunnskapsgrunnlaget blant annet består av forskning og teorier fra andre disipliner, samt sosialt arbeid sine egne teorier som utvikler seg i takt med praksis. Det sosiale arbeidet skal engasjere til en anerkjennelse av utfordringer på individuelt og strukturelt nivå med sosial rettferdighet, menneskerettigheter og respekt for ulikheter i fokus (IFSW, 2014).

Pasient/bruker

I lov om pasient og brukerrettigheter §1-3 beskrives en bruker som en som ber om eller mottar tjenester, som ikke er i form av helsehjelp, fra helse- og omsorgstjenestene En pasient beskrives til å være en som ber om eller blir tilbudt helsehjelp fra helse- og omsorgstjenestene. De menneskene som beskrives i denne oppgaven vil i møte med en sykehussosionom kunne motta både helsehjelp og andre tjenester fra helse- og omsorgstjenestene på samme tid. De vil altså kunne beskrives som både en bruker og en pasient.

Helsepersonell

Ved bruk av begrepet helsepersonell referer jeg til de som etter lov om helsepersonell har autorisasjon eller lisens som helsepersonell. Etter §48 i lov om helsepersonell er det 33 grupper helsepersonell som går under autorisasjonsordningen. I min studie inkluderer jeg ikke alle 33 grupper ved bruk av begrepet helsepersonell. Det er leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter jeg da refererer til.

Systemkunnskap

Systemkunnskap er kunnskap om de ulike delene av hjelpeapparatet som pasienten vil kunne ha behov for. Hvordan de kan bidra med hjelp til pasienten og de rettighetene og pliktene pasienten har i møte med disse instansene og i sykehuset (Hansen, et al., 2018. s.38-40).

Tverrfaglig arbeid

I et moderne samfunn er tverrfaglighet nødvendig. For å kunne oppnå tverrfaglighet må man også ha flerfaglighet. Forskjellen mellom det som gjør noe tverrfaglig versus flerfaglig er at

det i flerfaglighet ikke opprettes kontakt mellom de ulike kunnskapsbasene. I tverrfaglighet vil en jobbe for å skape en syntese på tvers av grensene til de ulike fagene (Lauvås & Lauvås, 1994. s.15 og s.43). Tverrprofesjonelt samarbeid innebærer et tett samarbeid mellom ulike yrkesutøvere, hvor dette samarbeidet foregår innad i egen etat eller mellom ulike etater. Det tverrprofesjonelle samarbeidet er avgjørende for at den profesjonelle skal kunne få en utvidet og helhetlig forståelse av situasjonen. Hvis de profesjonelle i stor grad er forskjellige er det større mulighet for at personen som møtes opplever at hele deres situasjon blir forstått (Nybø, 2018. s.237).

2. Teori

I denne delen av oppgaven redegjør jeg for den teorien som blir relevant i drøftingen av mine funn i analysen av intervjuene. Jeg vil redegjøre for profesjonsteori hvor jeg først ser på teoriene til Andrew Abbott. Videre tar jeg for meg Grimen og Gilbert Ryle. Jeg tar i bruk Andrew Abbott sin teori om profesjonssystemer fordi jeg ønsker å se på hvordan sykehussosionomene fremmer seg selv som profesjon. I presentasjonen av teorien til Abbot vil jeg ha fokus på det Abbott skriver om jurisdiksjon. Videre tar jeg for meg Grimen og hans praktiske syntese, samt Gilbert Ryle med *knowing that* og *knowing how*, fordi jeg i oppgaven vil drøfte forholdet mellom den teoretiske og den praktiske kunnskapen.

2.1 Profesjonsteori

2.1.1 Profesjonssystemer- Andrew Abbott

Abbott (1988. s.2) beskriver at de ulike profesjonene sammen lager et system hvor de er gjensidig avhengige av hverandre. Jeg forstår sykehuset som slikt et system med ulike profesjoner. Abbott viser til at det som bidrar til å forme en profesjon sin jurisdiksjon baserer seg i profesjonens historie på arbeidsplassen. Yrkesdannelsen av sosialarbeidere startet på 1800-tallet, men det var ikke før siste halvdel av 1900-tallet at det ble etablert sosialarbeiderutdanninger (Dahle, 2010. s.44-45). I Norge kom den første statlige sosialarbeiderutdanningen i 1950 (FO). Eva Koren gikk på 1950-tallet fra å være sykepleier til å bli den første sosialkuratoren på et somatisk sykehus. Koren måtte anstrenge seg for å få anerkjennelse for en nytt yrke (Johannesdottir, 2006. s.14).

Sentralt i teorien til Andrew Abbott (1988. s.33-34) om profesjonssystemer er fordeling av arbeidsoppgaver og jurisdiksjon innenfor profesjonen, med fokus på konkurransen som oppstår mellom de ulike profesjonene på arbeidsplassen, i forbindelse med dette.

Jurisdiksjon tilsier at en profesjon mer eller mindre har kontroll over en spesifikk del av arbeidet, som et følge av at profesjonen egnes best til å håndtere arbeidsoppgavene knyttet til dette. Abbott beskriver denne kontrollen som eksklusiv for den enkelte profesjonen og viser til at det som utføres innenfor en jurisdiksjon vil påvirke hvordan noe utføres i andre jurisdiksjoner.

Hver profesjon vil være bundet til en mengde arbeidsoppgaver som er knyttet til jurisdiksjonen til den enkelte profesjonen. Det som styrker eller svekker denne linken mellom de spesifikke arbeidsoppgavene og jurisdiksjonen er den faktiske praksisen i profesjonen. Ingen av arbeidsoppgavene vil være permanent koblet til profesjonen, og som følge av dette oppstår det et interaktivt system hvor profesjonene vil konkurrere. Derfor vil innsats innad i profesjonen, strukturen i selve systemet og de konkurrerende profesjonene kunne påvirke den enkelte profesjonen. Arbeidsoppgaver kan opprettes, endres og fjernes som et resultat av forhold utenfor profesjonens «grenser». De vil bestemmes i det offentlige rom, gjennom lovverk og bestemmelser, men også på arbeidsplassen mens arbeidet pågår (Abbott, 1988. s.33-34).

Profesjonene, arbeidsoppgavene og forholdet mellom disse to er kontinuerlig i endring. I sin beskrivelse av arbeidsoppgaver viser Abbott (1988. s.35-40) til en «objektiv kjerne» til ulike utfordringer, som vil forbli kjernen uten forandring. Denne kjernen er objektiv, og det vil være en enighet mellom de ulike profesjonene om denne forståelsen. Eksempelet Abbott bruker i forbindelse med dette er alkoholisme. Kjernen i alkoholisme forblir den samme- et individ drikker alkohol, og dette har en negativ effekt på kroppen. I møte med ulike vinklinger, fra ulike profesjoner i forbindelse med alkoholisme, forblir kjernen ved det hele den samme.

Det som vil føre til uenighet blant profesjonene, og produsere grenser mellom profesjonenes jurisdiksjoner, er hvordan en skal bygge videre på arbeidsoppgavene rundt denne kjernen. De vil altså være uenighet rundt de mer subjektive sidene ved en arbeidsoppgave. Til tross for at det finnes en enighet om den grunnleggende forståelsen, som befinner seg i kjernen, vil de ulike profesjonene gå inn med forskjellig fokus og forholde seg til ulike aspekter av

situasjonen. De ulike profesjonene vil nærme seg situasjonen på ulike måter, og vil for eksempel håndtere utfordringer ulikt. Det er den profesjonen som har mest jurisdiksjon som også vil ha størst kontroll over hvordan arbeidet skal utføres (Abbott, 1988. s.35-40).

Som et resultat av at grensene mellom profesjonenes jurisdiksjoner trekkes vil det oppstå konkurranse mellom profesjonene i fordeling av arbeidsoppgavene (Abbott, 1988. s.35-40). Abbott (1988. s.2) referer til denne konkurransen mellom profesjonene som en fundamental del av det profesjonelle livet. Han viser til at en kontroll på kunnskap, og hvordan den kan brukes i arbeidet, vil være en fordel i møte med det som kommer utenfor jurisdiksjonen, og som forsøker å angripe den kontrollen. De profesjonene som er best organisert ser ut til å vinne i konkurransen mellom de ulike profesjonene, men Abbott (1988. s.83) påpeker at de mindre organiserte profesjonene har en viss fordel, fordi de på grunn av et manglende fokus har friheten til å kunne flytte seg over til arbeidsoppgaver som er ledige.

Den evnen en profesjon har til å opprettholde jurisdiksjon over et område i arbeidet handler delvis om statusen til den akademiske kunnskapen i profesjonen. Abbott påpeker at dette grunner i antakelsen om at abstrakt profesjonell kunnskap vil fortsette inn i den praktiske profesjonelle kunnskapen, og at dette vil føre til effektivt arbeid. Denne antakelsen beskriver Abbott som feil. Abbott beskriver at denne abstrakte kunnskapen er mindre overførbart til praksis, og at den har en mer symbolsk karakter. På grunn av dette må en legitimere arbeidet i en større kontekst ved å tydeliggjøre grunnlaget for arbeidet, og ved å trekke linjer mellom den akademiske kunnskapen og store kulturelle verdier, som rasjonalitet, logikk og vitenskap (Abbott, 1988. s.53-54).

For at en profesjon skal kunne utvide sin jurisdiksjon må profesjonen ta over arbeidsoppgaver på området. De profesjonene som allerede har jurisdiksjon vil ønske å forsvare de grensene som allerede finnes mellom jurisdiksjonene. Her peker Abbot (1988. s.102) på at kunnskapen vil være en valuta i konkurransen om arbeidsoppgavene. For å forsvare grensene mellom jurisdiksjonene, og forhindre at arbeidsoppgavene fordeles i større grad, kan de mer dominante profesjonene holde et fokus på mer akademisk kunnskap.

Når grensene mellom jurisdiksjonene flyttes kan det føre til konflikter. Abbot beskriver flere løsninger på konflikten mellom profesjonene og deres jurisdiksjoner:

- Full jurisdiksjon
- Underordnet jurisdiksjon
- Intellektuell jurisdiksjon
- Rådgivende jurisdiksjon
- Teigdeling
- Klientdifferensiering

En av flere mulige løsninger på en konflikt mellom profesjoners jurisdiksjoner er en erklæring av full jurisdiksjon. Profesjonene kan også komme til enighet i en slik konflikt gjennom å plassere en profesjon under den andre, en underordnet jurisdiksjon. Andre løsninger er at en profesjon får en mer rådgivende rolle tilknyttet enkelte områder av arbeidet. Full jurisdiksjon beskrives som et mål for de fleste profesjoner. Et område hvor profesjonen har kontroll på arbeidet og hvordan det gjøres. Likevel blir det ikke mulig at alle profesjonene i de ulike systemene skal ha full jurisdiksjon. Full jurisdiksjon begynner vanligvis først i det offentlige før det innføres i lovverket, og baserer seg på profesjonens evne til å definere og løse problemer ved hjelp av kunnskapen sin. Et slik monopol på arbeidsoppgavene som full jurisdiksjon bidrar til krever legitimitet fra lovverket og innenfor arbeidsfeltet. Det vil kunne bidra til den profesjonelle statusen til profesjonen dersom de har mulighet til å kontrollere det arbeidet andre profesjoner gjør (Abbott, 1988. s.69-71).

Et alternativ til full jurisdiksjon er, som tidligere nevnt, underordningen av en av profesjonene. Abbott viser til sykepleiere som underordnede til leger som et eksempel. Sykepleierne vil da følge instruksjoner fra legene når det kommer til gjennomføringen av arbeidsoppgavene. Medisin og juss beskrives som en del av en gruppe profesjoner som har tilegnet seg mye makt. Et eksempel på hvordan full jurisdiksjon kan se ut er rollen leger har, hvor de har fullt monopol på en rekke arbeidsoppgaver. På arbeidsplassen vil likevel profesjonen måtte forsvare denne posisjonen i møte med andre profesjoner og deres krefter. I møte med de faktiske forholdene på arbeidsplassen må bestemmelsene i lovverket tilpasse seg de varierte problemstillingene som oppstår i praksis (Abbott, 1988. s. 1 og 64-78).

Andre alternativer til full jurisdiksjon er intellektuell jurisdiksjon og rådgivende jurisdiksjon. I en intellektuell jurisdiksjon vil en profesjon ha kontroll på kunnskapen for området, men vil

tillate at andre praktiserer innenfor det samme området. Her brukes psykiatrien som et eksempel, hvor arbeidet baseres på kunnskapen fra psykologien, men hvor profesjoner som sosialt arbeid også utfører enkelte arbeidsoppgaver. Innenfor den rådgivende jurisdiksjonen har en profesjon en posisjon hvor de gir råd angående et spesifikt område i utførelsen av arbeidet, uten at det forekommer et krav om at dette rådet må følges av den profesjonen som mottar rådet. To andre løsninger går ut på å enten dele et felt inn i ulike områder, til ulike likestilte jurisdiksjoner, eller å sortere klientene ut til de ulike profesjonene basert på trekk ved klientene (Abbott, 1988. s.71-78).

Abbott (1988. s. 33 og 67) beskriver tverrprofesjonelt arbeid som en utfordring. Dette er fordi tilfeller hvor profesjonene blir nødt til å samarbeide vil føre til at grensene til profesjonenes jurisdiksjoner må krysses, og arbeidsoppgavene mulig må fordeles annerledes. Å krysse grensene blir nødvendig dersom profesjonene skal kunne fungere effektivt i arbeidet. I fordelingen av arbeidsoppgaver kan det oppstå konflikter mellom ulike profesjoner, i bestemmelsen av hvem som skal ha kontroll, og over hvilket arbeid. Abbott påpeker at det i praksis gjerne er forsvinnende grenser mellom ulike profesjoners jurisdiksjoner, som et følge av slike fordelinger av arbeidsoppgaver, og en overføring av kunnskap mellom profesjonene i forbindelse med dette.

2.1.2 Profesjon og kunnskap

2.1.2.1 *Grimen*

Sertifiseringen av yrkesutøverne beskrives til å være det som er spesielt med profesjoner. Yrkesutøverne tar en utdanning og får teoretisk og vitenskapelig kunnskap, i tillegg til noe praksis. Det at profesjonene tar i bruk vitenskapelig kunnskap ser ut til å være det som skiller dem fra andre yrker. Et eksempel på dette kan være snekkeryrket. Situasjoner hvor kunnskapen som forvaltes i disse andre yrkene gjerne blir sett på som praktisk, istedenfor vitenskapelig, beskrives som årsaken til dette. En kan stille spørsmål til hvor klart skillet mellom vitenskapelig og praktisk kunnskap er. Enkelte er skeptiske til dette kravet om sertifisering. Trenger man egentlig å være sosionom for å jobbe med sosialt arbeid? Grimen, (2008. s.71) forsvarer sin tese om at kunnskapsbasene som tilhører profesjonene må anses som mangfoldige, og at de viktigste sammenhengene innenfor disse kunnskapsbasene er praktiske.

I denne tesen skilles det mellom tre epistemiske dimensjoner. Det vises til kunnskapens grad av homogenitet, som omhandler en kunnskapsbase hvor alle elementene stammer fra den samme vitenskapelige disiplinen eller kunnskapsfeltet. Videre finner man graden av integrasjon mellom elementene i kunnskapsbasen. Sterk integrering betyr at elementene henger sammen på et logisk vis. I den tredje dimensjonen skilles det mellom den teoretiske og den praktiske syntesen. Den teoretiske syntesen viser til en kunnskapsbase hvor elementene henger sammen gjennom omfattende teori. Den praktiske syntesen baserer seg på ideen om at de ulike kunnskapselementene henger sammen fordi utøvelsen av den spesifikke profesjonen presenterer et behov for de ulike elementene. I den praktiske syntesen vil det som holder kunnskapselementene sammen være praksisen selv.

Grimen (2008. s.72-73) argumenterer for at de fleste profesjoner i stor grad er heterogene og forsvarer dette ved å vise til at de klientorienterte profesjonene spesielt vil ha behov for å anvende kunnskap fra ulike felt. Dette er en av tingene som skiller en profesjon fra en disiplin. Slik kan også fagenes ulike verdier komme i konflikt med hverandre i enkelte situasjoner. Mye av den avanserte teoretiske integreringen vil sannsynligvis gå tapt på veien ut i praksis, og den kunnskapen som oppstår i praksis vil også være en viktig del av profesjonen. Fjeldheim (et al., 2015. s.3) beskriver sosialt arbeid som en profesjon som «låner» kunnskap fra flere ulike felt. Dette har til tider ført til at profesjonen har blitt kritisert. Likevel kan en argumentere for at også disipliner som medisin «låner» fra ulike felt som biologi, kjemi og psykologi. Dette kommer i motsetning til det skillet Grimen viser til mellom profesjon og disiplin.

Grimen (2008. s. 74) viser til at det i alle profesjoner oppstår et problem i forholdet mellom teori og praksis. Han viser til utfordringene rundt det at den teoretiske kunnskapen må anvendes i praksis. Dette i tillegg til at det finnes mye praksis, som en vet fungerer godt etter mange forsøk, men som likevel ikke er godt nok begrunnet når det kommer til det teoretiske. Videre vises det til den heterogene naturen til profesjonenes kunnskapsbase, hvor teorien er basert på det som skjer i praksis. Dette betyr at det vil være ulike forhold mellom teori og praksis, og derfor kan ikke forholdet mellom teori og praksis i den profesjonelle yrkesutøvelsen kun forstås på en måte. Med utgangspunkt i at forholdet mellom teori og praksis baserer seg på behov i praksisen vil det også være vanskelig å totalt integrere en teori inn i praksis. Dette vil som oftest heller ikke være ønskelig. På den andre

siden peker Grimen på at det vil være enkelte praksiser som en helst kan avskaffe, og at disse ikke er moralsk uangripelige.

2.1.2.2 Gilbert Ryle

Gilbert Ryle beskriver et skille mellom *knowing that* og *knowing how*. Gjennom dette fremmet han tanken om en separat praksiskunnskap (Jenssen, 2021. s.38). *Knowing how* beskrives å være kunnskapen om hvordan en konkret utfører noe. På en annen side er *Knowing that* kunnskap om at noe er sånn som det er (Roland, 1958. s.380). Ryle kritiserte ideen om *knowing that* som en pilot for handling. Ser en denne ideen opp mot sosialt arbeid viskes praksiskunnskap som en selvstendig kunnskapstype ut. Det betyr ikke at *knowing that* ikke har en rolle å spille. God handling er avhengig av teoretisk kunnskap. Likevel er det viktig å ikke overse *knowing how*, kunnskapen om hvordan en utfører selve oppgaven. Det vil for eksempel være en utfordring innenfor sosialt arbeid hvis en vet at støttesamtaler er viktige, men en ikke har evnene til å gjennomføre denne samtalen (Jenssen, 2021. s.38-40).

3. Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for det metodiske perspektivet for studien. Redegjørelsen legger grunnlag for vurderingen av studiets validitet og reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015. s.275-281). Jeg vil ta for meg omstendighetene rundt dataene jeg tar i bruk, utvalg og gjennomføring, etiske overveielser, min forforståelse, de valgene jeg har tatt i analysen og validitet og reliabilitet. Formålet med studien er å belyse hvordan sosionomer som jobber på sykehus forstår sitt arbeid og hvilke områder og kunnskap de vektlegger i dette arbeidet, samt hvordan de forstår sin rolle i arbeidet. Sett fra et epistemologisk perspektiv har jeg valgt å bruke kvalitativ metode, ettersom jeg ønsker å se på hvordan sosionomen selv vil beskrive sin opplevelse av å jobbe i sykehus, og kvalitativ metode vil være god metode å bruke for å undersøke dette (Johannessen et al., 2016. s.145) (Holmen, 2021).

Studien er knyttet til prosjektet «Kunnskap for sosialt medborgerskap» ved OsloMet.

Dataene jeg har brukt i dette studiet har først blitt innhentet i sammenheng med dette

prosjektet, hvilket betyr at jeg ikke har gjort utvalget av informanter eller utført intervjuene selv. Jeg har fått tilgang til dataene i etterkant av denne prosessen. Dette er et prosjekt hvor flere sosionomer, som jobber på ulike arenaer, har blitt intervjuet blant annet om hvordan de jobber som sosionom innenfor disse ulike feltene. Prosjektet ønsker å se hvor sosialarbeidere står innenfor mange forskjellige kontekster, også på de arenaene hvor det er andre fagområder som hovedsakelig står i sentrum.

3.1 Bruk av data fra prosjekt

Intervjudataene som tas i bruk i analysen er hentet fra dataene samlet inn til prosjektet «Kunnskap for sosialt medborgerskap». Min oppgave tar for seg en mindre del av materialet som har blitt hentet inn til prosjektet. Jeg var interessert i helsesektoren og valgte derfor å bruke intervjuene som har blitt gjort med sykehussosionomer. Dette valget tok jeg fordi jeg ønsket et fokus på sykehus spesifikt fordi dette var noe som interesserte meg spesielt med tanke på det arbeidet sosionomer gjør på denne arenaen. Jeg har tatt for meg seks intervjuer til sammen.

3.2 Utvalg og gjennomføring

Prosjektet ble først søkt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjent der. I forbindelse med rekruttering av informanter ble det tatt kontakt med enhetslederne på de ulike stedene det var ønsket informanter fra. Videre fant de enkelte enhetslederne interesserte kandidater, som så videre tok kontakt med prosjektteamet. På den måten ble en deltakelse i prosjektet på et vis godkjent av de enkelte enhetslederne i første omgang før prosessen gikk videre.

Alderen til sosionomene, eller når de utdannet seg som sosionom, er ikke kjent for meg. Det er heller ikke kjent hvor lenge det er siden informantene utdannet seg som sosionomer. Det informantene kjent har til felles er at de er utdannede sosionomer som jobber på sykehus. Det er informasjon om hva informantene jobber med, samt hvor de jobber og tok sin utdanning. Denne informasjonen er anonymisert.

De seks informantene jobber på ulike sykehus. En er ansatt 50% i en sosionomstilling og 50% i en stilling innenfor arbeidsrettet rehabilitering med pasienter utsatt for slag og lignende. Videre har to av informantene stilling i sykehusBUPen (sykehus Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) hvor en jobber med et fokus på mindreårige. En av informantene har stilling som spesialrådgiver for brukermedvirkning, og to har stillinger på klinikker for psykisk helse og avhengighet. Enkelte av informantene er alene om å være sosionom på arbeidsplassen, mens andre jobber med andre sosionomer. Det er viktig å påpeke at dette utvalget av intervjuer ikke vil være representativt.

I forkant av intervjuene ble det sendt ut et samtykkeskjema til informantene, som informerte om prosjektets formål, hvem som står ansvarlig for prosjektet, hvorfor de var ønsket som informant og hva en deltakelse som informant vil innebære for dem. Videre viser de i informasjonsskrivet til hvordan informantens personvern vil bli tatt hånd om, de rettighetene de vil ha i prosessen og det presiseres at det å delta i prosjektet er fullstendig frivillig. Informantene har med utgangspunkt i det som står i informasjonsskrivet samtykket til å delta i prosjektet (Dalland, 2018. s.77).

Intervjuene av informantene ble gjennomført over zoom av en til to personer. Forskerne tok i bruk en intervjuguide, og intervjuene som ble gjennomført var semistrukturerte. Intervjuguiden ble derfor ikke fulgt til punkt og prikke. Intervjuguiden som tas i bruk i prosjektet er en bred intervjuguide som dekker en stor mengde med spørsmål angående informantenes utdanningsbakgrunn, arbeidshverdag, det tverrfaglige samarbeidet og kunnskap.

I etterkant av intervjuene ble de transkribert så ordrett som mulig. Tonefall og lignende ble ikke inkludert (Kvale & Brinkmann, 2015. s.212). Intervjuene ble ikke transkribert av samme person som gjennomførte intervjuene.

En kan diskutere ulike ulemper og fordeler med det å gjennomføre intervjuer over Zoom. Basert på egen erfaring fra perioden med digital undervisning og digitale møter vil jeg argumentere for at blant annet dårlig lyd og ulike tekniske problemer kan avbryte flyten i intervjuet. Det kan være vanskelig å ta opp tråden i det en snakket om hvis en blir avbrutt. Det kan bli vanskeligere å opprette en god kontakt gjennom en skjerm, kanskje blir det mer utfordrende å komme i dybden, spesielt hvis en snakker om noe som føles privat. En fordel

kan være at både informant og den som intervjuer blir lettere tilgjengelig. En må ikke ta hensyn til reisevei, noe som kan gjøre det lettere i en travel hverdag.

3.3 Etske overveielser

Anonymiteten har blitt ivaretatt ved at ingen av informantene nevnes ved navn eller kjønn. Videre blir også navn på de ulike arbeidsplassene til informantene anonymisert. Det skal ikke være mulig å spore informasjonen tilbake til enkeltpersoner (Johannessen et al., 2016. s.91)

Jeg har ikke utført intervjuene selv. Dette betyr at den informasjonen informantene har fått i forkant av intervjuene om prosjektet ikke har inkludert min spesifikke studie. Da informantene svarte på intervjuene, svarte de ikke med min studie i bakhodet. Det er viktig å peke på at det derfor kan hende informantene hadde ordlagt seg annerledes om de hadde blitt introdusert til min problemstilling (Dalland, 2018. s.60). Til dette er det viktig å påpeke at informantene har skrevet under på et samtykkeskjema til å delta i prosjektet og min oppgave er å regne som en del av prosjektet som dataene originalt ble samlet inn til.

Videre har jeg ikke hatt muligheten til å se på kroppsspråk eller stille oppfølgings- eller oppklarings spørsmål. Dette vises til av Ringdal (2020. s.245) som noe som kan viktig. Jeg har ikke hatt oversikt over nøyaktig hvilken del av intervjuguiden som brukes i intervjuene når informantene svarer, da intervjuene har blitt gjennomført som semistrukturerte intervjuer. På grunn av dette blir intervjuguiden til tider fulgt ganske løst. Som et følge av dette er det merkbart at jeg ved flere anledninger kunne trengt mer informasjon for å forstå hva informanten og den som intervjuer snakker om, selv om jeg har tilgang til intervjuguiden. Dette er noe som vil være viktig å huske i min analyse av dataene. Angående kroppsspråk påpeker Thagaard (2003. s.110) på en annen side på at det vil være problematisk å rette for mye oppmerksomhet mot kroppsspråket til en informant. Det informanten sier er det som gjelder.

3.4 Forforståelse

En vil alltid ha med seg sine fordommer, altså sin forforståelse, inn i undersøkelsene en gjør. Det er viktig å være bevisst på sin forforståelse for å unngå å kun søke bekreftelse på denne i undersøkelsen (Dalland, 2018. s.58).

Jeg vil si at min egen opplevelse av å ta en bachelor i sosialt arbeid i stor grad preger mitt valg av tema for denne oppgaven. Etter min bachelor i sosialt arbeid kan jeg ikke si at sykehus var en arena som jeg oppfattet som fremtredende i pensum eller undervisning. Slik jeg husker det ble sykehus ofte nevnt i sammenheng med tverrfaglig samarbeid. I disse tilfellene var det ofte ikke snakk om sosionomer i arbeid på et sykehus, men samarbeid mellom sosionomer på andre arenaer og helsepersonell i forbindelse med arbeid med en bruker.

I løpet av den tiden jeg tok min bachelor i sosialt arbeid, og tiden jeg har gått på master i sosialfag, har jeg fått inntrykk av sosialt arbeid som et fagfelt omhandler mange forskjellige arenaer, situasjoner og menneskegrupper. En blir fortalt at en som sosionom kan jobbe på mange forskjellige arenaer, som skole, sykehus, NAV, barneverntjenesten og mer (FO). Likevel har jeg selv opplevd at det i utdanningen var overvekt av informasjon og eksempler om NAV og barneverntjenesten sammenlignet med andre arenaer som også er innenfor sosialt arbeid. Sykehus er en av de arenaene innenfor sosialt arbeid som jeg opplever at jeg kan minst om fra pensum og utdanningen generelt. Jeg ble derfor interessert i sosionomen sin rolle innenfor sykehus, og hvordan de erfarer sitt arbeid på sykehuset.

Jeg har ikke hatt en god oversikt over hva sosionomene som jobber i et sykehus gjør, hvilke arbeidsoppgaver de har, og de problemstillingene de møter. Jeg har derfor også vanskeligheter med å se for meg hvordan de vil beskrive det arbeidet de gjør, og den kunnskapen de har behov for i det arbeidet de gjør. Jeg har en forestilling om at informantene vil peke på at behovet for kunnskap rundt diagnoser, og spesifikke utfordringer knyttet til disse, er en del av det en sykehussosionom tar i bruk i sitt arbeid. Videre ser jeg for meg at informantene vil beskrive mye arbeid til de ulike ytelsene som vil være relevante for en pasient som er syk, samt gi støtte til pasientene som står i vanskelige livssituasjoner.

3.5 Analyse

Jeg har tatt i bruk tematisk analyse i analysen av intervjuene. Dette vil si at jeg i første omgang gikk i gang med koding av dataene. Jeg gjennomførte en finmasket koding hvor jeg understreket det jeg så på som viktig i dataene med tanke på å kunne svare på problemstillingen. Jeg organiserte dette ved å først markere de delene i dokumentet jeg tenkte var relevante i forhold til det jeg ønsket å undersøke (Johannessen et al., 2021. s.282-294).

Videre gikk jeg inn og kategoriserte dataene som jeg hadde kodet inn i mer generelle temaer. Jeg tok da utklipp på pc fra de enkelte intervjuene og puttet de sammen med utklipp fra andre intervjuer som jeg tenkte var innenfor samme tema. Gjennom dette kom jeg frem til to overordnede temaer som jeg opplevde som fremtredende tvers over intervjuene. Dette var et tidskrevende arbeid. I etterkant har jeg ved flere anledninger gått over dataene igjen og justert kategoriseringen (Johannessen et al., 2021. s.294-300). Gjennom denne prosessen var mitt teoretiske utgangspunkt i stor grad med.

Det kom frem et større overordnet tema i min analyse. Informantene er opptatte av å være en profesjon og fremmer sin profesjon ved å vise til det helhetlige perspektivet som de tar i bruk i arbeidet sitt. De to mer overordnede temaene og fem undertemaene jeg presenterer i min analyse, og drøfter opp mot min problemstilling, tar utgangspunkt i dette. Temaene jeg kom frem til er «en helhetlig forståelse» med undertemaene «systemkunnskap», «relasjonsarbeid» og «lojalitet til pasienten». Videre kom jeg frem til temaet «sosionomen sin plass på sykehuset» med undertemaene «tverrfaglig arbeid» og «tvil rundt sosionomens rolle».

3.6 Validitet og reliabilitet

Validitet

Gyldighet

Kvale og Brinkmann (2015. s.275-276) viser til at en tradisjonelt stiller spørsmålet «Har du målt det du tror du måler?» angående validitet innenfor kvantitative studier. Sett opp mot kvalitativ forskning avviser enkelte spørsmålet om validitet. Andre ser på det mer som en oppfordring til en samtale. Angående spørsmålet om validitet ser en i samfunnsvitenskapene i større grad på hvorvidt en metode er egnet til undersøkelsen. I forbindelse med dette viser

Kvale og Brinkmann (2015. s.277-278) til begrepet «gyldighet». Dette baseres på den personlige evnen forskeren har til å gjennomføre undersøkelsen, samt en åpenhet rundt de valgene som er tatt.

Med tanke på kategorisering av dataene har jeg kategorisert intervjuene jeg har valgt å bruke til studien på egenhånd. Min tolkning av dataene har ikke blitt drøftet sammen med andre. En kan anse dette som en fallgrube i forhold til validiteten av tolkningen av dataene. Videre har jeg forsøkt å beskrive detaljert de avgjørelsene jeg har tatt i min undersøkelse for å styrke validiteten (Johannessen et al., 2016. s. 234). Min studie har fokus på informantenes forståelser. Med tanke på valg av metode opplever jeg at kvalitativ metode med intervjuer belyser informantenes forståelse av arbeidet de gjør i sykehus godt (Kvale & Brinkmann, 2015. s.20). Likevel vil jeg påpeke at jeg i ettertid ser at det kunne vært nyttig å gjennomføre intervjuene selv.

Generaliserbarhet

Generaliserbarheten av funnene i en analyse går ut på hvorvidt disse funnene kan brukes som en rettleiding for hva som vil kunne skje i andre situasjoner. En baserer dette på likhetene og forskjellene i en analyse av situasjonene. (Kvale & Brinkmann, 2015. s.289 og Kvale, 2004. s.161). I min oppgave har jeg forsøkt å belyse likhetene og forskjellene i forbindelse med det informantene forteller om sin forståelse av sitt arbeid. En vanlig innvending til intervjuforskning er hvorvidt den er generaliserbar, ettersom det gjerne vil være få intervjupersoner. Det vises til at det i den kvalitative forskningen handler mindre om at noe kan generaliseres globalt, men mer om kunnskapen kan overføres til andre relevante situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015. s.289-290).

Et mål for denne oppgaven er at de som jobber som sykehussosionom kan kjenne seg igjen i det jeg har forstått, og det jeg beskriver rundt temaet, hvis de skulle lese denne oppgaven. Thagaard (2003. s.209-210) viser til at hvorvidt en leser kjenner seg igjen i tolkningene av et tema som de har kjennskap til er relevant for overføringsverdien. Det beskrives som et kriterium for tolkningens overføringsverdi.

Reliabilitet

Reliabilitet handler om konsistensen og troverdigheten i forskningsresultatene (Kvale & Brinkmann, 2015. s.276). Jeg har i dette kapittelet forsøkt å gjøre en grundig redegjørelse av fremgangsmåten i studien for å styrke troverdigheten av resultatene. I tillegg til dette har jeg

vist til de etiske overveielserne jeg har tatt i sammenheng med studien. I forbindelse med dette vil jeg påpeke at det at jeg ikke har deltatt i utførelsen av intervjuene kan svekke troverdigheten av resultatene. Dette fordi jeg ikke har hatt mulighet til å spørre informantere om jeg har forstått ting riktig når de forteller noe. Jeg har ikke hatt mulighet til å kontrollere hvorvidt informasjonen som har blitt gitt i intervjuene egentlig er relevant for mitt forskningsspørsmål slik jeg har tolket at det er (Johannessen et al. ,2016. s.232).

4.Presentasjon av funn

Studiet har problemstillingen, «**Hvordan forstår sosionomer som jobber i sykehus sitt arbeid og hvordan forstår de sin rolle og kompetanse når de arbeider i sykehus?**». I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funnene fra analysen av intervjudataene brukt til studien. I analysen av intervjuene har jeg tatt i bruk tematisk analyse, og de funnene som presenteres er knyttet til de temaene som kommer frem gjennom analysen av intervjuene. Det fremkommer to overordnede funn i studien; måten informanten ser ut til å fremme seg selv som sosionom som en egen profesjon hvor de peker på en helhetlig oppfølging av pasienten, og det tverrfaglige arbeidet mellom profesjonene.

Funnene presenteres under temaene «En helhetlig forståelse» og «Sosionomens plass i sykehuset». Under temaet «En helhetlig forståelse» presenterer jeg undertemaene «systemkunnskap», «lojalitet til pasienten» og «relasjonsarbeid» da dette er forhold i arbeidet som vektlegges i beskrivelsen av helhetsperspektivet. Videre under temaet «Sosionomens plass i sykehuset» presenterer jeg undertemaene «tverrfaglig arbeid» og «tvil rundt sosionomens rolle». I presentasjonen av funnene vil informantene bli gitt tilfeldige kallenavn. Informantene har blitt gitt navnene Trude, Phillip, Hansine, Johan, Sanne og Jens. Disse navnene reflekterer ikke informantenes sanne kjønn da jeg ikke er kjent med informantenes kjønn.

4.1 En helhetlig forståelse

I intervjuene kom det frem at informantenes kunnskap om en helhetlig tilnærming er viktig. Informantene viser til at de ser på pasientene i et videre perspektiv, hvor de ikke bare har

fokus på de medisinske forholdene. I beskrivelsen av helhet viser de til at dette går ut på å følge pasienten over tid, hvor de vil følge opp andre sider ved pasientens situasjon for at de skal få gode liv. I dette inngår relasjonelt arbeid, å løse praktiske forhold og arbeid med pårørende. Sosionomen beskrives som de som holder den røde tråden gjennom behandlingen av pasienten. Dette kommer frem i det Jens sier:

«...altså som sosionom er det utrolig viktig at vi har det helhetlige perspektivet. Det er på en måte én ting, vi holder den røde tråden i hele pasientbehandlingen, med tanke på at vi også koordinerer det sosialfaglige gjennom det hele...» og «...-Og så er vi veldig flinke på, både det relasjonelle, det er jo et perspektiv, men også ser vi veldig individet.»

Det beskrives at sykepleierne og sosionomene har forskjellige utdanninger, og at de derfor gjerne har forskjellige fokus i arbeidet med pasientene. Sosionomen har et fokus på det mer helhetlige. Informantene viser til at det noen gang kan være vanskelig å nå gjennom når det kommer til å se på en situasjon med et mer helhetlig blikk. Det beskrives at de til tider har måtte prøve hardt i et forsøk på å bli hørt angående dette. Sanne forteller:

«Veldig ofte innad på sykehuset så er det jo diagnose og medisiner som er fokuset. Hva slags diagnose har de? Det er liksom det det gjelder å finne ut av...- Og så har det nok etter hvert som jeg har ropet og skreket, så har de sett litt mer på ting rundt da også.»

Videre forteller Sanne:

«Og så er det nok noen ganger vanskelig å nå frem med... Det høres litt stygt ut når jeg sier det sånn, men det kan bli litt sånne skylapper på det som handler om diagnose og medisiner og at det er det som er viktigst. Og at man kanskje ikke helt ser at helheten i det blir viktig for at de også skal bli bedre...-Man må liksom jobbe litt for å komme frem, og for at det skal bli hørt og sett, den jobben man gjør innimellom.»

Informantene har i løpet av utdanningen sin fått en innføring i både hjelpeapparatet og relasjonsarbeid. De opprettholder og bygger på denne kunnskapen i kontakt med de ulike institusjonene hvor de møter ulike mennesker hvor de lærer hvordan de kan tilpasse seg de ulike situasjonene. Sanne beskriver:

«Utdanningen ga meg en sånn grunnpakke med forståelse av system, hvordan ting funket. Vi jobbet mye med hvordan skape relasjoner til folk man skulle jobbe med, hvordan snakke med

mennesker og sånn...-Det er noe som bare ligger der. Interesse for mennesker og folk da, av hvordan man kan påvirke hverandre i et samfunn, og hvordan ting fungerer på en måte.»

Videre om hvordan de bygger på denne kunnskapen forteller Sanne:

«Og så tenker jeg at man bygger seg jo opp kunnskap over tid om hvordan man må forholde seg til forskjellige institusjoner rundt forbi, og hvordan man kan snakke med forskjellige steder og tilpasse seg.»

4.1.1 Systemkunnskap

Innenfor det helhetlige viser informantene til dette med kunnskap om de ulike hjelpeapparatene og rettighetene til pasientene i møte med disse. De viser til at de som sosionomer ofte tar hånd om de mer praktiske utfordringene, rundt ting som økonomi og lignende. I arbeidet på sykehuset må informantene ha kunnskap om ulike stønader som pleiepenger. Sosionomen får gjerne ansvar for det arbeidet som handler om mer praktisk hjelp til pasienten, altså det som ikke handler om diagnose og medisin. Sanne, som jobber innenfor psykisk helse og avhengighet, beskriver et stort ansvarsområde i arbeidet:

«Det er egentlig alt som har med Nav å gjøre...- Gi informasjon om aktivitetstilbud som finnes. Økonomi, råd og veiledning rundt det med økonomi. Egentlig alt som ikke har med diagnose og medisin å gjøre vil jeg si.»

Sanne viser videre til at denne kunnskapen er viktig for sosionomer som jobber på flere ulike arenaer:

«Altså uansett hvor man jobber hen som sosionom, så trenger man kunnskap om forvaltning og om nav-systemet særlig. For å på en måte kunne gi riktig hjelp til folk rundt. Og det føler jeg at, sykehuset i sin helhet kanskje ikke har så mye kunnskap om.»

Sosionomene samarbeider med flere ulike deler av hjelpeapparatet og samarbeidende institusjoner. Her blir det gjerne sosionomen sitt ansvar å følge opp samarbeidet. Johan forteller:

«Og vi har også et sånt veldig viktig stikkord, som særlig jeg som leder for sosionomgruppen er ansvarlig for å pushe på. Og det er jo det som for kalles lokal forankring, og dette her med

å følge opp intensjonen med det her etter samholdsreformen. Hvor vi både samarbeider med lokal og regional på sykehussiden og med den lokale kommune, eventuelt i Oslo da, bydel.»

Sosionomene har gjerne ansvar for å løse mer praktiske problemstillinger for pasientene. På denne måten blir det lettere for blant annet psykologene. Pasienten vil ha større kapasitet til å ta imot behandlingen når de ikke lenger bekymrer seg over de mer praktiske tingene. Det kan være utfordrende for pasientene å finne ut av ulike ting i systemet. Store deler av arbeidsdagen til sosionomene kan gå til å hjelpe pasientene med disse mer praktiske problemstillingene. Hansine beskriver:

«Det kan jo være pasienter med langvarig kronisk sykdom som sliter med å for eksempel holde seg i arbeidslivet. Og har spørsmål om rettigheter i den forbindelse. Eller også mye rundt økonomi, økonomiske problemer. Når man blir langvarig syk så går jo inntekten ned. Å finne fram i systemet. Hva er det som skjer når sykepengene stanses, hvis du holder på å miste jobben.»

I behandling med psykologen kan pasienten konsentrere seg bedre når de praktiske utfordringene har blitt håndtert. Jens sier:

«Det er mange utfordringer som pasienten.. for eksempel kommunikasjon med Nav da... -Når vi sosionomer jobber spesifikt med det, så letter eller bedrer det kommunikasjonen for eksempel, og da kan psykologen snakke om andre ting, istedenfor at pasienten bare tar opp det temaet.»

I arbeidet forholder de seg hovedsakelig til de mer praktiske og sosialmedisinske problemstillingene og vil derfor henvise videre andre utfordringer. Johan forteller:

«Og så er vi med å sortere og videre henvise og formidle hvis det da er behov for mer terapeutisk intervensjon i forhold til for eksempel psykologenes arbeid med barn som får skrekk, prosedyreangst som vi kaller det.»

Informantene har kjennskap til pasientenes rettigheter i møte med hjelpeapparatet, men også systemets begrensninger. Flere av informantene beskriver at de opplever at de har en rolle som pasienten eller pårørendes advokat i møte med systemet. Hansine beskriver:

«...-At jeg liksom kan anerkjenne at systemet har lett for å overkjøre brukernes synspunkter og verdier og interesser. Ja, at jeg kan gjenkjenne det når jeg hører erfaringer. Pasientenes erfaringer. Og jeg kan prøver å være deres talsperson inn i systemet.»

Hansine viser til at de kan oppleve å bli foreldrenes tolk i møte med systemet:

«Jeg oppfatter meg både som foreldrenes advokat og som systemets tolk til foreldrene.»

Kunnskapen om hjelpeapparatet, koordinering av samarbeidet og pasientenes rettigheter beskrives som en del av utdanningen og noe de har tatt med seg inn i arbeidet. Likevel er det flere ting informantene har opplevd at de har hatt behov for å lære seg eller bygge på i forhold til denne kunnskapen. For å tilegne seg ny kunnskap og bygge på kunnskap fra utdanningen har informantene orientert seg på de måtene de kunne i systemet. Det har vært en bratt læringskurve i arbeidet på sykehuset. Blant annet viser flere informanter til at de ikke kunne noe eller lite om pleiepenger før de begynte i jobb på sykehuset. Videre svarer informanten på et spørsmål om hvordan de opprettholder sin kompetanse at det i forhold til systemkunnskap bare var å kaste seg ut i jobben og lære underveis. Hansine forteller:

«Jeg har lært så fryktelig mye etter at jeg begynte på sykehuset. Som gjør at jeg også gjør en bedre sosionomjobb i det tverrfaglige teamet da. For nå kjenner jeg så godt alle systemer.»

Fillip sier:

«Ja det tenker jeg, at det krever systemkunnskap. Men det er like mye erfaringen min som har gitt meg den.» «Jeg kunne ingenting om pleiepenger eller hjelpestønad, og når jeg kom hit tok jo alle det for gitt at det var en del av sosionomutdannelsen.»

Også når sosionomen har andre titler, som «terapeut», opplever de at de gjør mye arbeid innenfor den praktiske hjelpen. Dette arbeidet beskrives som mer tradisjonelt for sosionomer. Det vises til at dette ikke nødvendigvis er ønskelig, men at det blir naturlig da sosionomene har mye kunnskap om hvordan en kan håndtere de praktiske problemstillingene. Phillip forteller:

«Både i krisesamtaler, men også praktisk hjelp. Så det er en sånn rar inndeling, for vi er på en måte terapeuter og skal jobbe terapeutisk, men vi bruker mye av tiden på sånn tradisjonell sosionomtjeneste»

Videre forteller Fillip:

«Og da tenker jeg at det er ikke nødvendigvis sosionom-ting. At det er en hjelpers oppgave på et vis. For jeg liker ikke å bli definert som det da.» «Men vi har antakeligvis mer kunnskap om det, så det er kanskje derfor. Det ligger i utdanningen på en måte så det er naturlig at det er vi som tar det.».

4.1.2 Relasjonsarbeid

Innenfor det helhetlige perspektivet viser informantene til at omsorg og omtanke for pasienten er viktig. Jens sier:

«Og så er vi veldig flinke på, både det relasjonelle, det er jo et perspektiv, men også ser vi veldig individet.»

I tillegg til å koordinere det sosialfaglige har sosionomene kunnskap rundt det å bygge en god relasjon med pasienten, og evnen til å finne en balanse mellom det å skulle gi omsorg og det å skulle gi hjelp til pasienten. Trude beskriver:

«Og den balansen mellom å gi omsorg, varme og omtanke, men samtidig skal man hjelpe og. Og ja. Det å se, møte mennesker der de er. Det er sånne ting og som egentlig er sentralt for sosialt arbeid.»

Det er team bestående av psykologer og psykiatere som hovedsakelig er inne og støtter det somatiske arbeidet. Sosionomene vil ofte komme inn i forhold til støtte til foreldrene, da spesielt når det gjelder å navigere de ulike systemene som NAV, men også for ting som familierapi. Informantene viser til at de i utdanningen har lært at en skal bidra med hjelp slik at brukeren også kan hjelpe seg selv. På sykehuset møter sosionomene pasienter og pårørende som står i veldig vanskelige situasjoner og det kommer frem at sosionomene her gir mye hjelp. Det er tilfeller hvor fokuset i stor grad ligger på å gjøre situasjonen så lett som mulig for pasienten og deres pårørende. Foreldre med syke kan mangle overskuddet til å løse ulike oppgaver. Fillip beskriver:

«-...man lærer i grunnutdanningen at det er liksom hjelp til selvhjelp og at de skal greie seg selv. Men her er de så i krise at her hjelper vi mer enn det kanskje blir gjort om vi skulle jobbet et annet sted da.».

Johan forteller at de i møter foreldre som står i en alvorlig krise hvor ting gjerne skjer fort:

«Foreldre sitter ofte i en krise hvor de ikke har den energien til å sende søknad, for eksempel om pleiepenger i en alvorlig krise. Og du har akkurat kommet inn og barnet ditt skal opereres for hjernesvulst i morgen tidlig.»

Informantenes kunnskap til hjelpeapparatet kan bidra i arbeidet med å skape en god relasjon til pasienten som et følge av de får god hjelp i kontakt med de ulike tjenestene. Den hjelpen de bidrar med til å løse de mer praktiske utfordringene gjør det lettere for pasienten å ta imot hjelpen og jobbe med de andre profesjonene på sykehuset. Jens forteller:

«I hvert fall på de praktiske tingene. Så føler de fremgang, og de føler at de blir hørt og ivaretatt, så da senkes garden litt til at de også kan ta inn hjelp fra de andre yrkesgruppene da.»

En informant viser til hvordan de ikke skal behandle folk. Likevel vil de i møte med pasientene kunne snakke mye om følelser og hvordan en kan håndtere ulike situasjoner. Dette er arbeid som ikke strengt tatt er en del av deres arbeidsoppgaver, men som likevel blir en del av arbeidet. Sanne beskriver:

«Jeg skal jo ikke sitte å behandle folk. Samtidig som jeg har masse samtaler med folk om følelser, om hvordan håndtere forskjellige situasjoner, hvordan snakke med andre. Vi sitter jo og har mye psykoedukasjon tenker jeg, som vi tilsynelatende ikke gjør da.» «Så vi driver på en måte litt behandling, selv om vi ikke har egne pasienter og egne timer med folk sånn, så er det jo mye psykoedukasjon og mange likheter av og til da, på ting behandler gjør og vi gjør. Bare det at vi gjør det i en annen form og uten tittel.»

En klinisk sosionom vil, i tillegg til den praktiske hjelpen med ting som økonomi, gjøre arbeid som eksempelvis å støtte foreldre av syke barn i en sorgprosess. I det tverrfaglige teamet vil sosionomen ofte ha en større andel av ansvaret for støtten til foreldrene. Johan forteller:

«Og i tillegg så er vi jo kliniske sosionomer, så vi samarbeider med foreldre, støtter foreldre, sorgarbeid, rundt kreftforløp og så videre.» «Så det er tverrfaglig team for mental coaching og sosialmedisinske tjenester for de sykeste barna, og veldig ofte for oss sosionomer så er det snakk om å støtte foreldre og familier.»

Sosionomene har et fokus på at pasienten og pårørende skal medvirke i prosessen så langt det er mulig. Arbeidet med behandling av pasienten beskrives som ekspertveldet, hvor det gjerne er vanskelig å skulle konkret spørre en pasient eller deres foreldre om hva de mener burde skje. Sosionomene viser til at det likevel kan være rom for at pasienten og deres pårørende blir hørt. Dialog og medmenneskelighet er måter en kan sørge for at pasienten og pårørende blir involvert i prosessen. Det kan være vanskelig for sosionomen å kjempe for dette i møte med for eksempel en kirurg, som beskrives som en overordnet person. Johan beskriver:

«Men det er klart at det er en ekspertverden, og særlig når du kommer opp i [hospital] så er det så voldsomt ekspertveldet.»

Videre forteller Johan:

«...-da er det noe med å likevel ha en brukermedvirkning i dialogen til disse foreldrene. Hvor brutal skal du være i formidlingen? Hvordan går dette, dør barnet? Det er mange muligheter for dialog, menneskelighet og lydhørhet uten at du fraskriver deg ditt ansvar som medisinsk ekspert da...-Og det er ikke alltid like lett som en sånn underordnet person å være med på å bestemme hvordan den og den kirurgen skal oppføre seg. Men vi er da sosialarbeidere som mener vi har en forpliktelse til å oppføre oss ordentlig da. Være høflig og løfte folk da. Anerkjennelse.»

4.1.3 Lojalitet til pasienten

Det kommer frem i intervjuene at informantene i arbeidet de gjør med pasientene har en lojalitet til pasienten som går foran deres lojalitet til sykehuset. Dette blir beskrevet som noe mer særegent blant sosionomene. En av de viktigste oppgavene de har går ut på å ivareta pasientenes rettigheter. Deres prioritet i arbeidet vil være å hjelpe pasienten og pårørende. Jens sier:

«En av de viktigste arbeidsoppgavene våre her er jo å ivareta rettighetene til pasientene i behandling...-Så vi blir jo litt sånn pasientens advokat.»

Hansine viser til at de alltid har sitt fokus på å hjelpe pasientene og deres pårørende:

«Fordi fokuset mitt er alltid bare på å hjelpe pasient og pårørende. Mer enn på å hjelpe sykehuset. Det er klart det er en hjelp for sykehuset også til dels, men uansett så har jeg fokus på å hjelpe pasienten.»

I forhold til at pasienten skal medvirke i prosessen vises det til at det er viktig å være realist med tanke på de begrensningene som finnes i systemet. En viktig del i arbeidet med dette er at en allierer seg med pasientene og deres pårørende. Johan forteller:

«Det mest læringsrike positive, å kunne være realist. Og selvfølgelig, du ser systemene og du kjenner systemets begrensning. Men du allierer deg med foreldre i stor grad, og selvfølgelig ungdom og barn. Men aller mest foreldre. Og sørger for at dialogen der er på plass.»

Det vises til et kritisk blikk på systemet og sosionomens rolle i dette. Måten de kan forsvare sin rolle på er at de er der for å hjelpe pasienten. Sykehuset beskrives som hierarkisk, hvor det ofte er et fokus på rask utskrivning av pasienter. Flere opplever å ha måtte stå i noen kamper for pasientene sammen med legene. Hansine beskriver:

«Sykehuset er jo veldig hierarkisk. Og det er fryktelig stort press på rask utskrivning. Og det som teller det er liksom bedriftsøkonomiske interesser. Jeg har et sånt kritisk blikk på min egen stilling i dette systemet. Jeg tenker at nå er jeg ansatt i et system som jeg ikke er tilhenger av, for å si det sånn.» «Men jeg kan så lett forsvare min rolle da, for jeg føler at jeg er for å ivareta pasientenes interesser.»

Johan beskriver at både de, som sosionomer, og legene noen ganger strekker strikken langt for å hjelpe pasientene:

«Noen ganger så tenker jo vi sånn radikalt sosialpolitisk, nesten sånn over mot sivil ulydighet noen ganger da...- At det kan være situasjoner hvor vi, og noen av legene her, insiterer på å få gjennomføre medisinske behandlinger uten å kreve penger for det.»

Det vil også kunne oppstå uenigheter mellom legene og sosionomene angående hvilke tilbud pasientene skal få. I noen tilfeller opplever sosionomene at de har ulike tanker rundt hvordan de kan hjelpe pasienten med ulike utfordringer. Videre forteller Johan:

«...-Hvor doktorer nekter å hjelpe folk med å skrive pleiepenger, mens vi mener at det bør de få.» «Og det er noen ganger det er doktorer som vi må si fra til – vi skriver ut de pleiepengene altså. Så vi merker at det kan være politisk gjerrighet på vegne av den norske

velferdsstaten hos noen doktorer. Så vi tar noen kamper da. Så hender det at det ikke alltid er så lett, så må vi gi oss da.»

4.2 Sosionomen sin plass på sykehuset

4.2.1 Det tverrfaglige arbeidet

Det er flere ulike profesjoner som har sykehuset som sin arbeidsplass. I intervjuene kommer det frem at sosionomene i sin arbeidshverdag må forholde seg til disse blant annet i tverrfaglige team og som ledere. En informant viser til at de i sin stilling har ansvar for å koordinere råd og utvalg for pasienter, samt fungere som rådgiver for andre ansatte på sykehuset, i forbindelse med brukermedvirkning. Trude forteller:

«Så jeg gjør alt for å fasilitere møter, tilrettelegge møter, invitere relevante personer til møter, delta i og få gjennomført møtene. Være rådgiver for de som er brukermedvirkere. Jeg underviser i brukermedvirkning på sykehuset, i alt innenfor forskning hvor det også er et krav om medvirkning. Og videreutdanning for leger, sykepleiere. De skal også lære om dette.»

Flere av informantene beskriver at deres arbeid på sykehuset foregår i tverrfaglige team. Det tverrfaglige arbeidet beskrives som essensielt i møte med pasienter med sammensatte problemstillinger. Jens beskriver:

«At vi må passe oss å ikke jobbe flerfaglig, for da mister vi kanskje det essensielle i det tverrfaglige. I hvert fall når vi jobber med så komplekse saker som vi gjør her. Vi er avhengig av hverandre for å kunne hjelpe pasienten best mulig.»

Det understrekes at det er viktig at profesjonene faktisk jobber sammen. I de ulike teamene er det høy medisinsk kompetanse, hvor sosionomene jobber mer med relasjon til pasientene og pårørende i møte med hjelpeapparatet. Johan forteller:

«Så det er da absolutt et tverrfaglig team med høy kompetanse når det gjelder det medisinske. Og vi har også i vårt team da psykologer og psykiatere som støtter det somatiske arbeidet her da. Men sosionomene er da inne i forhold til foreldre veldig ofte, men også i forhold til familie, familierapi. Men svært ofte i forhold til ressurstilgang.»

4.2.2 Tvil rundt sosionomens rolle

Flere av informantene jobber i stillinger som var utlyst spesifikt som sosionomstillinger. Likevel viser flere til en opplevelse av tvil på hva deres rolle egentlig er. En av stillingene er en 50% sosionomstilling, hvor informanten jobber som eneste sosionom på sykehuset. Denne stillingen beskrives som et alibi for mangelen på andre profesjoner i sykehuset. Enkelte beskriver en opplevelse av at sosionomer ikke er ettertraktet på sykehuset, samt at det arbeidet de gjør ikke blir anerkjent av kollegaene deres. Det kommer frem at det er en fagkamp på sykehuset, hvor legene plasseres øverst i hierarkiet. Hansine forteller:

«Dessverre så var den tatt de to kalde prestestillingene (litt uklart), og gjorde om til sosionom. Jeg var ikke noe glad for det, og enda verre har det blitt. Nå er vi uten prest, uten noe som likner, uten psykolog, altså ja. Så det er ikke noe å skryte av synes jeg. Så jeg er nesten som et alibi».

Trude beskriver:

«Jeg opplever jo egentlig ikke at det er veldig ettertraktet i sykehuset heller da, hvis vi kommer inn på det tema. Her skal det helst være sykepleiere. Ikke sant? Det er litt den fagkampen.» «Jeg tror det er mange årsaker til det. Det ene er at det er veldig hierarkisk system i sykehus. Det er legen på toppen, så er det sykepleiere og så kommer andre under der liksom.»

Det fremkommer at mangelen på anerkjennelse kan komme som et resultat av mangel på kunnskap om hva en sosionom kan bidra med, eller forvirringer rundt dette. Videre viser informantene til at denne mangelen på kunnskap kan gjøre det utfordrende å bidra i arbeidet på best mulig måte. Her kan et eksempel være at kollegaer ikke henviser saker videre til informanten. I forbindelse med dette kan det være en del hindringer på plass for at sosionomen skal få tak i en sak. De blir avhengige av at deres kollega eller pasienten selv vet hva de kan bidra med for at de skal kunne få kontakt med pasienten. Flere viser til at legene ikke er klar over hva sosionomen kan bidra med, det er gjerne tilfeldig hvilke leger som har denne oversikten. Det kommer frem at sosionomen ikke får forespørsel om arbeidsoppgaver de gjerne kunne bidratt med. Hansine beskriver:

«For det første så må jo pasienten fortelle. De forteller ikke om problemstillinger som de ikke tror at legene kan håndtere eller gjøre noe med. Legene de må vite at jeg finnes der, det er

det jo mange som ikke vet. Også må de jo vite hva jeg driver med, eller kan gjøre. Det er det jo færre som vet.»

Hansine viser videre til at de gjerne ser at legene vet hva behovene er og hvor de som sosionom kan bidra:

«Men det er klart at jeg synes det er et poeng at behandlende lege vet om at behovet er der og at jeg er involvert. Så jeg vil gjerne at de skal vite om det, men det er litt tilfeldig egentlig.»

Det er begrenset hva kollegaene vet om sosionomene, gjerne forbindes sosionomen med den mer praktiske hjelpen. Noen beskriver at de ønsker seg noen arbeidsoppgaver som de opplever at de ikke blir etterspurt til. Phillip sier:

«Nei det er nok begrenset at de vet hvem vi er. De vet at foreldre som må være på sykehuset med barna sine får pleiepenge» «Og at de i hovedsak så er det den praktiske hjelpen de forbinder med sosionom da.» «Der er de jo mer opptatt av om psykologene kan komme inn å fortelle litt om barnets utviklingstrinn da. I forhold til hvordan de skal kommunisere og sånn. Jeg tror aldri jeg har fått en sånn forespørsel. Men jeg ønsker det».

Informantene har opplevd å møte tvil rundt den jobben en sosionom kan gjøre på et sykehus. Sosionomene sier seg ikke enig, men peker heller på at det er problemer en sosionom kan hjelpe med i arbeidet. Det har vært usikkerheter rundt sosionomens rolle på arbeidsplassen, hvor det blant annet har vært forsøk på å pålegge en informant rollen som koordinator. Hansine forteller:

«Neida, ikke vært koordinator. De prøvde en stund å pålegge meg å være det for alle palliative pasienter, men det var liksom for at jeg skulle ha noe å gjøre. Det var veldig kunstig da. Så jeg slapp heldigvis unna det. For det hadde jo gått på bekostning av hjelp, reell hjelp til andre pasienter. Det synes jeg var en kunstig konstruksjon da. Bare for at de fant ikke helt rollen min.»

Hansine forteller videre at noen mener at deres rolle som sykehussosionomer ikke er viktig på arbeidsplassen.

«På sykehuset var det jo mange som mente, og kanskje mener fortsatt, at sosionom på sykehuset er ikke så viktig, de kan bare bruke kommunen. Eller Nav. Da har de ikke skjønnet så mye av problemene.»

Det beskrives som en utfordring i noe av arbeidet at de ulike profesjonene ender opp med å gjøre flere av de samme arbeidsoppgavene. Jens beskriver:

«Fordi vi har jo en utfordring her ved at veldig mange gjør mye av det samme. Ja, psykologer kartlegger psykisk helse, men det gjør også vi sosionomer. Vi sitter i samtaler med psykosesyntomer der vi kartlegger de. Og det gjør også sykepleier på kveldsvakt. Så vi gjør jo mye av det samme.»

En informant I foreslår at det er mulig at sosionomer ikke har vært tydelige nok i sin formidling av hva de kan bidra med i arbeidet på et sykehus. Likevel, når det kommer til en begrunnelse for hvorfor det kan være slik, utdypes det videre generelt om rollen som sosionom, hvor de bruker NAV som et eksempel. Det kommer frem at det kan oppleves som at en ikke blir tatt på alvor. Det påpekes at det derfor ikke alltid er like lett å snakke like høyt om at en er sosionom i enkelte settinger. Trude sier:

«Og en annen side er kanskje at sosionomer har ikke vært så flinke heller på å være klare og tydelige på hva sosionomer kan gjøre da. Å bidra med, tenker jeg.» «Jeg tenker at det er som om vi ikke blir tatt helt på alvor. Jeg har nok vært i settinger der jeg ikke akkurat har flagget høyest at jeg er sosionom. At det kan slå negativt ut.»

Det kommer frem at det også er ledere og kollegaer som setter stor pris på noe av det arbeidet sosionomene gjør. Det arbeidet sosionomene gjør i forbindelse med de ulike praktiske problemstillingene ser ut til å bli betraktet som et positivt bidrag. En informant må i sitt arbeid samarbeide med blant annet UDI og det lokale politiet. De opplever en takknemlighet fra legene over det arbeidet de gjør. Phillip sier:

«Men du spurte om den blir anerkjent, og den blir den absolutt altså. Av alle på en måte. Av både kollegaer her og også på hele sykehuset.»

Videre forteller Phillip:

«Jeg må jobbe på UDI, lokale politi for å få til at disse kommer hjem og at dette barnet kommer tilbake og fortsetter denne livsnødvendige behandlingen da. Og det merker jeg, at legene kommer bort til meg i gangene hele tiden, så fantastisk at du kan gjøre det.»

Det vises til at det kan være utfordrende dersom ledelsen og kollegaene på sykehuset er takknemlige og setter pris på den jobben sosionomen gjør hvis de likevel ikke helt forstår hva dette arbeidet er. Hvis ledelsen ikke forstår arbeidet kan det være at de ikke heller forstår hvilke ressurser som må til for at arbeidet skal være av god kvalitet. Sanne beskriver:

«De setter veldig pris på hjelpen i hvert enkelt tilfelle, men forståelsen av, og det overblikket vi har og den helhetlige tankegangen vi har rundt pasientene og hvordan situasjonen deres er, føler jeg ofte de kanskje ikke helt har.» «-så det blir det jo satt pris på, men forståelsen av måten vi jobber på og hva vi gjør, og det vi trenger for å gjøre en god jobb er kanskje ikke helt til stede.»

I de tilfellene hvor kollegaene og lederne til sosionomen har kunnskap om, og en oversikt over, hva sosionomen kan bidra med i arbeidet er det positivt for arbeidet. Dette fordi informantene opplever å få arbeidsoppgaver de passer til og muligheten til å bidra positivt. Dette bidrar til en styrking i arbeidet. Johan forteller:

«Så det er overlegene i de forskjellige postene her på sykehuset her, på [hospital] og, er svært klar over mulighetene for å brukes oss. Så det blir en veldig styrking. Vi er med på å forsøke å styrke det helhetsbildet til pasienter og ikke minst foreldre i barneklubben.»

Sosionomene har en høy profil som en teoretisk motkultur hvor de har sitt fokus på det mer helhetlige. Johan sier:

«Nei, vi har ganske høy profil faglig og teoretisk sett på å være en motkultur. Vi flagger veldig fort. Overlegen vår eller ideologier i den BUPen flagger jo fort en sånn biopsyko-sosial helhetlig modell da, hvor vi absolutt har en plass i vår klinikk og poliklinikk da.»

Det kommer frem et ønske om å bygge på sin kunnskap til arbeidet, hvor kurs pekes på som en måte de kan gjøre det på som de får god mulighet til å dra på. Likevel beskrives en opplevelse av de ikke får muligheten til å komme tidlig nok inn i arbeidet til å ta i bruk denne kunnskapen. Sanne beskriver:

«Jeg opplever jo i større grad enn det det var i bydel og Nav at jeg får lov til å gå på kurs. Og høyne kompetansen sånn sett. Det gjør jeg jo, det vil jeg si. Av og til så tenker jeg at vi kunne kommet til litt mer og fått lov til å hjelpe til litt mer, enn det vi gjør. Litt som jeg sa i stad at vi kommer inn litt sent, så vi får ikke brukt all kompetansen vår alltid, for det er ikke nok tid før de skal skrives ut igjen da.».

Sanne forteller videre at det er for lite tid til å gjøre mye av arbeidet, noe som kan ha negative konsekvenser for kvaliteten på arbeidet.

«Så det er veldig kort tid å gjøre den jobben som vi skal gjøre, og gjøre den sånn at vi tenker at det er godt nok. Hvis du skjønner? Det er kortere og kortere tid.»

5.Drøfting

Målsettingen i oppgaven er å belyse sykehussosionomers forståelse av det arbeidet de gjør i en sykehuskontekst og den kompetansen de har i arbeidet, samt hvordan de plasserer seg selv som sosionom på sykehuset. Jeg vil dele drøftingen inn i to deler. Først vil jeg drøfte funnene i lys av Andrew Abbott sin teori om profesjonssystemer, og hans beskrivelse av jurisdiksjon. I drøftingen tar jeg utgangspunkt i to hovedaspekter ved mine funn; hvordan informantene fremmer sin profesjon ved å peke på helhetsperspektivet de tar i bruk i arbeidet, og det tverrfaglige arbeidet mellom helsepersonellet og sosionomen.

I presentasjonen av resultatene fra analysen viste jeg til ulike temaer i mine funn. I forbindelse med disse temaene vil jeg drøfte to hovedfunn. Disse funnene er:

- Helhetsperspektivet
 - Lojaliteten ligger hos pasienten
 - Praktisk hjelp som «typisk sosionomarbeid»
- Det tverrfaglige arbeidet mellom sosionomen og helsepersonellet

I drøftingen rundt helhetsperspektivet vil jeg ha fokus på det Abbott skriver om konkurransen som oppstår mellom profesjonene i fordeling av arbeidsoppgaver. Videre vil jeg se på løsningene Abbott beskriver i forbindelse med disse konfliktene og utfordringene med tverrfaglig arbeid i drøftingen av det tverrfaglige samarbeidet mellom sosionomen og helsepersonellet.

Avslutningsvis vil jeg i 5.3 drøfte rundt forholdet mellom den teoretiske og den praktiske kunnskapen i forbindelse med informantenes beskrivelse av den kunnskapen de tar i bruk og hvordan de opprettholder denne.

5.1 Helhetsperspektivet

En vet at det å ha et helhetlig perspektiv anses som viktig i utførelsen av sosialt arbeid. I den litteraturen som omhandler beskrivelser av sosialt arbeid er helhetsperspektivet fremtredende. Et eksempel på dette er *Sosialt arbeid: en grunnbok* (Berg et al., 2019. s.25) Forfatterne beskriver at det å kunne forstå sammenhenger mellom individ og samfunn er vesentlig for utførelsen av sosialt arbeid. Studien min viser at et helhetlig perspektiv er en viktig del av det informantene er opptatt av i forhold til hvordan de bidrar i arbeidet på sykehuset og peker på at dette som et perspektiv i stor grad er knyttet til den kunnskapen en har som sosionom.

FO (2022) beskriver i konteksten av arbeid i sykehus at en helhetlig ivaretagelse av pasientene er noe sosionomene kan bidra med i arbeidet som et tillegg til de ansatte som har en helsefaglig kompetanse. I denne beskrivelsen av hva en sykehussosionom kan bidra med vises det til en helhetlig ivaretagelse av pasientene, uten at det videre klargjøres hva som inngår i en slik helhetlig ivaretagelse. Informantene viser til en vid samfunnsforståelse, og evnen til å se individet opp mot helheten. Flere går derimot ikke inn i dybden av hva som inkluderes i helheten av dette perspektivet, eller hvordan sosionomen tar denne kunnskapen i bruk i praksis.

Likevel er det flere forhold som fremtrer som viktig i informantenes beskrivelse av helheten. Blant annet peker informantene på at de som sosionom jobber med å holde på den røde tråden i behandlingen av pasienten. De bidrar med å koordinere det sosialfaglige. Informanten ser på pasienten fra ulike perspektiver, det som foregår rundt i tillegg til diagnosen pasienten har fått. Om helhetsperspektivet beskrives det i litteraturen at det er viktig å se personen i situasjonen, og videre at en også må rette sin oppmerksomhet til samfunnsmessige forhold når en skal forstå et individ. I forbindelse med disse forholdene vil en se på de hindringene og mulighetene som kan fremkomme for individet (Hansen et al.,

2018. s.29). Det helhetlige perspektivet kan forstås som en evne til å vurdere både individet, samfunnet og hvordan de kan ha en innvirkning på hverandre.

Abbott (1988. s.35-40) viser til en «objektiv kjerne» i sin beskrivelse av arbeidsoppgaver. I forbindelse med enhver utfordring knyttet til en arbeidsoppgave vil det være en kjerne som det felles enighet om på tvers av profesjonene. Sett i en sykehuskontekst kan et eksempel være at både en sykehussosionom og en lege kan være enige om at en pasient er syk. Grensene mellom de ulike profesjonene sin jurisdiksjon oppstår når det blir uenighet om hvordan man videre skal legge opp arbeidet. Når arbeidsoppgavene skal bestemmes vil ikke de ulike profesjonene ha samme fokus i arbeidet. I studien kommer det frem at informantene i sine forsøk på å fremme helhetsperspektivet i møte med pasientene har møtt motstand fra helsepersonellet. Informantene viser til at det er forskjeller mellom prioriteringene til sosionomene og helsepersonellet i arbeidet. Her beskrives helsepersonellet til å ha et større fokus på det arbeidet som er direkte knyttet til en diagnose, og behandling av denne i møte med pasienten. Carvalho (2022. s.3741-3744) viser til at sosialarbeideren vil ha en lignende diagnostisk måte å arbeide på sammenlignet med legene, men at fokus i større grad vil ligge på den sosiale tilstanden til pasienten over den medisinske.

Den profesjonen som har mest jurisdiksjon over et område vil ha kontroll over hvordan en utfører arbeidet (Abbott, 1988. s.35- 40). Informantene beskriver en opplevelse av å til tider måtte bruke mye innsats for å få noe av fokuset i arbeidet med pasienten bort fra diagnoser og over til det mer helhetlige, det som foregår rundt pasienten. Det ser ut til at informantene opplever det som en utfordring å få plass i arbeidet med et primært fokus på det helhetlige. Flere av informantene viser til at de andre profesjonene ikke har forståelse for det helhetlige perspektivet og hvordan de bruker dette i arbeidet.

De av informantene som har en stilling innenfor rusbehandling beskriver et bredt ansvarsområde, hvor de mer konkret peker på hvordan de i arbeidet får tatt i bruk det helhetlige perspektivet. Det sosialfaglige arbeidet på sykehuset strekker seg over flere områder (Fo, 2022). Pasientene informantene møter har ofte sammensatte utfordringer hvor sosionomen kan bidra til å løse flere ulike problemstillinger, slik at behandlingene kan gå lettere for seg. Sosialarbeiderens bredde i kunnskap kan bidra til at de får et større overblikk over situasjonen og kan se flere sider ved saken (Cootes et al., 2022). Informantene

viser til at de i denne konteksten opplever å bli satt pris på av de andre profesjonene de jobber med for det arbeidet de gjør. Likevel er det en utfordring at kollegaene ikke ser ut til å forstå hva det er de bidrar med konkret, da de blant annet ikke helt får fremmet idéen om et helhetlig blikk på pasienten.

5.1.1 Lojaliteten ligger hos pasienten

Studien viser at informantene i det arbeidet de gjør på sykehuset er opptatt av deres lojalitet til pasienten. Informantene viser til at de i arbeidet med pasientene går inn med et helhetlig perspektiv hvor de ser på de ulike sidene ved samfunnet og hvordan de ulike tingene påvirker hverandre. Enkelte informanter beskriver at de har et kritisk blikk til systemet, og systemet sine begrensninger, i møte med pasienten, samt til den posisjonen informanten selv har i dette systemet. I *det yrkesetiske grunnlagsdokumentet* viser FO (2019. s.10) til at profesjonsutøveren vil kunne havne i et spenningsfelt mellom systemet og brukeren, i dette tilfellet pasienten, og at det stilles krav i forhold til politiske føringer. De peker på viktigheten av at profesjonsutøveren har evnen til å drøfte rundt slike dilemmaer. Slike konflikter er noe som også kan bli en realitet hos informantene, ettersom det vil kunne være regler som i enkelte situasjoner kan gjøre det utfordrende å nå gjennom med pasientens sak. De ulike organisasjonene innenfor sosialt arbeid vil skape rammer med tanke på muligheter og begrensninger i arbeidet (Kleppe, 2019. s.139-143).

I sosialt arbeid generelt ser det ut til å være mindre fokus på en sterk lojalitet til brukeren. Beskrivelser av mulige lojalitetskonflikter i møte med både pasient og system kommer heller tydeligere frem. Det ser ut til at det er større fokus på å være et mellomledd mellom pasienten og systemet, i motsetning til å ha en rolle som pasientenes advokat, slik flere informanter beskriver. Informantene viser til situasjoner hvor de opplevde at de måtte tøyne strikken langt i et forsøk på å hjelpe pasienter og pårørende. Burrows (2021) påpeker at sosialarbeidere i en sykehuskontekst kan fungere godt som noen som taler pasientenes sak. Det fremkommer i funnene at det kan være uenigheter mellom sosionomene og legene i noe av arbeidet. Legene ser av og til ut til å plasseres på det motsatte «laget» enn sosionomen, og det oppstår uenigheter mellom sosionomen og legen i spørsmål som hvorvidt pasienten burde få pleiepenger eller ei. Likevel kan en på en annen side påpeke at situasjoner hvor legene og sosionomene står sammen i kamper for pasientene også beskrives.

I et intervju fra Fontene, med sosionomer i sykehus som tema, beskriver en sykehussosionom at de mener at sosionomer må fremheve sin kompetanse tydeligere i jobben. Dette fordi helsepersonellet ikke naturlig vil se til sosionomen, da de mangler den helsefaglige kompetansen (Rød, 2022). Dette forstås som at det er konkurranse mellom de ulike profesjonene i fordelingen av arbeidsoppgaver. Fokuset sykehussosionomer har i møte med en pasient er ikke alltid det samme som en lege vil ha. Studien viser at legene ser ut til å ha monopol over de arbeidsoppgavene som utføres i behandlingen av pasienten. Med monopol over arbeidsoppgaven vil de kontrollere hvordan arbeidet utføres, og i de tilfellene hvor de ikke ser nytten av å løse en arbeidsoppgave på en spesifikk måte står de fritt til å ikke gjøre dette, sett at deres monopol over arbeidsoppgavene ikke utfordres. Full jurisdiksjon på et arbeidsområde medfører at det ikke er behov for å motta instruksjoner fra andre profesjoner (Abbott, 1988. s.35-40). Forskning viser at sosialarbeidere gjerne har mindre autoritet når det kommer til å utfordre andre profesjonelle i arbeidet (Steils et al., 2020. s.279).

I informantenes beskrivelser kommer det frem at deres fokus på lojalitet til brukeren fører til at de i møte med pasienten stiller andre spørsmål til hva deres behov er sammenlignet med det en lege kanskje ville spørre om. Flere av informantene understreker at de er opptatte av at pasienten og deres pårørende skal bli hørt når det gjelder prosessen videre i behandling og lignende. Brukermedvirkning har over tid fått sterkere juridisk forankring på ulike arenaer innenfor hjelpeapparatet. Visjonen for å inkludere brukeren i de avgjørelsene som skal tas er at det skal bidra til større motivasjon for endring. Det finnes ulike forståelser av hva som er brukermedvirkning. Blant annet kan det være en utfordring at sosialarbeideren konsulterer brukeren over å la dem medvirke. Noen viser til at brukermedvirkning burde bety at brukeren har en reell innflytelse på saken (Ellingsen & Skjefstad, 2019. s.106-109). Informantene påpeker at det i en ekspertverden som sykehuset likevel ikke blir naturlig at pasienten har mulighet til fritt valg av ulike behandlinger. I de situasjonene hvor en må prioritere liv og helse vil det ikke alltid være mulig at pasienten skal medvirke i avgjørelsene om hvilke tiltak som skal gjennomføres (Ellingsen og Skjefstad, 2019. s.107-109). Informantene viser til dialog med pasienten og pårørende som en viktig del av hvordan de kan inkluderes i prosessen i en sykehuskontekst.

Som tidligere nevnt viser Abbott (1988. s.35-40) til at det i de ulike arbeidsoppgavene er en objektiv kjerne som det gjerne er en felles enighet om blant profesjonene. Den delen av arbeidsoppgaven som går bort fra den objektive kjernen, og over til den mer subjektive siden, som bestemmer hvilken retning en tar arbeidsoppgaven, skapes av den profesjonen som for øyeblikket har jurisdiksjon over oppgaven (Abbott, 1988. s.35-40). I flere tilfeller er det helsepersonellet som har mye av hovedansvaret for behandlingen av pasientene. I forbindelse med dette beskriver informantene utfordringer med for eksempel å skulle nærme seg en nevrokirurg for å diskutere ting. Et eksempel kan være et fokus på dialog med pasienten, da dette kanskje skiller seg fra det kirurgen har fokus på i arbeidet. En undersøkelse peker på at det gjerne er større interessekonflikter i tverrfaglige team som inkluderer en sosionom (Hatlen, 2008. s.73). Studien min viser at sosionomene opplever at de har et større fokus på en mer helhetlig oppfølging, og en involvering av pasienten i prosessen, mens helsepersonellet beskrives til å ha et større fokus på den spesifikke diagnosen og behandling i forhold til dette. Ulike fokus i utførelsen av arbeidet kan føre til at en sosionom for eksempel mener at de har oppnådd noe i arbeidet med en pasient, mens deres kollegaer kan være uenige i dette (Hoel & Rønnild, 2009. s.45).

I konkurransen som oppstår mellom de ulike profesjonene vil ingen arbeidsoppgaver være permanent knyttet til en spesifikk profesjon. Det blir nødvendig å forsvare sin kontroll over området. De konkurrerende profesjonene vil kunne ha muligheten til å påvirke fordelingen av arbeidsoppgavene. I konkurransen om arbeidsoppgavene er kunnskap valuta. Gjennom et fokus på mer teoretisk (akademisk) kunnskap kan de profesjonene som tradisjonelt har hatt større jurisdiksjon over et område forsvare grensene og motvirke fordelingen av arbeidsoppgaver (Abbott, 1988. s.33-34 og s.102). Det fremkommer i funnene at det ikke alltid er lett for informantene å lufte sine tanker rundt hvordan en kan involvere pasientene mer i prosessen. Legene blir beskrevet til å være på toppen av hierarkiet, arbeidsfeltet er voldsomt ekspertveldet, og legene er de som har denne ekspertkunnskapen. Informantene beskriver seg selv som underordnet legene, og at det da blir vanskelig å skulle gi råd til en kirurg om hvordan de skal oppføre seg i møte med en pasient. I sin undersøkelse viser Steils et al. (2020. s.280) til at de hierarkiske strukturene i sykehuset kan bidra til en ujevn fordeling av makt, som igjen kan ha innvirkning på sosialarbeidernes identitet og rolle i sykehuset. I mine funn kommer det frem en beskrivelse av en fagkamp i sykehuset, hvor

legen sitter på toppen. Sosionomene skyves til den andre siden av skalaen, og beskrives som lite ettertraktet. Noen har møtt negative reaksjoner når de forteller at de er sosionomer. Studien viser at enkelte informanter opplever at sosionomer og det arbeidet de gjør ikke prioriteres.

Evnen til å opprettholde jurisdiksjon over et område handler til dels om den statusen den akademiske kunnskapen til en profesjon har. Blant annet peker Abbott på leger som en profesjon som har klart å tilegne seg og opprettholde mye makt. I sykehuset er de en profesjon som gjerne har monopol på en rekke arbeidsoppgaver (Abbott, 1988. s.53-54). Sosialarbeiderens helhetlige perspektiv og den bredden de har i sin kunnskap beskrives som en styrke i arbeid med komplekse og sammensatte problemstillinger (Hansen et al., 2018. s.37). Likevel kan dette bety at sosialarbeideren har mindre spesialiserte ferdigheter slik det beskrives at en lege kan ha. Som et følge av dette kan det være vanskelig for sosialarbeideren å finne sin plass (Cootes et al., 2022). Flere informanter beskriver at kollegaene deres er forvirret over hva de kan bidra med, og at noen har gitt uttrykk for at en heller kan ta i bruk NAV eller kommunen over å prioritere å ha en sykehussosionom. Sykehussosionomene har tidligere blitt beskrevet som en usynlig yrkesgruppe som har minsket i omfang (Johannesdottir, 2006. s24).

5.1.2 Praktisk hjelp som typisk sosionomarbeid

En del av sosionomens visjon består av ideen om at sosionomen skal kjenne samfunnet og gjennom dette bidra til at velferdsstaten kan være tilgjengelig for alle. Sosialarbeidere skal ha kunnskap om og kunne formidle videre til klienter, i dette tilfellet pasienter, de forventningene som velferdsstaten har til dem (Hansen et al., 2018. s.38-39). Informantene viser til at de på sin arbeidsplass kommer i møte med pasienter og pårørende som gjerne står i veldig vanskelige situasjoner. Studien viser at flere av informantene beskriver sin kunnskap til ulike deler av hjelpeapparatet, pasientenes rettigheter, og hvordan en kan koordinere et samarbeid mellom pasienten, sykehuset og disse hjelpeapparatet som viktig i sitt arbeid. Arbeidet med de mer praktiske problemstillingene beskrives som noe som er typisk for en sosionom. Informantene vil ha fokus på arbeidsoppgaver som gjelder mer praktiske utfordringer rundt pasienten, mens deres kollegaer vil stå for behandlingen av pasienten. Det kan se ut til at sosionomen sitt fokus på å løse praktiske problemstillinger åpner opp

muligheter for helsepersonellet og andre kollegaer til å ta hånd om behandlingen av pasienten uten andre forstyrrende momenter (Carvalho et al., 2022). Informantene beskriver at pasientene lettere kan gå inn i behandlingen når de praktiske problemstillingene har blitt håndtert.

Abbott (1988. s.83) beskriver at det i konkurransen om arbeidsoppgavene gjerne er de profesjonene som er best organisert som vinner kontrollen over arbeidet, da disse vil ha en fordel fordi de har kapasiteten til å ta over en rekke ulike arbeidsoppgaver. Likevel påpekes det at mindre organiserte profesjoner også vil ha en fordel. Dette fordi disse profesjonene ikke har det samme fokuset. Mindre organiserte profesjoner vil da ha friheten til å kunne ta over de arbeidsoppgavene som er ledige. Når profesjonenes jurisdiksjoner formes vil profesjonens historie på arbeidsplassen bidra i dette (Abbot, 1988. s.2). Helsepersonellet er rimelig etablerte på sykehuset, mens sykehussosionomen ser ut til å være etablert i mindre grad. En statlig utdanning innenfor sosialt arbeid hadde ikke sin start i Norge før 1950, og den første sykehuskuratoren i Norge fikk sin stilling på 1950-tallet (FO og Johannesdottir, 2006. s.14). En kan argumentere for at tilpasningsevnen profesjonene får som mindre organisert vil være til fordel for profesjonen i møte med de mer praktiske oppgavene sosionomene gjerne tildeles. Det fremkommer en enighet blant informantene om at det i sykehuset er et behov for kunnskap om hjelpeapparatet, pasientenes rettigheter og hvem de skal kontakte for å kunne løse pasientenes praktiske utfordringer, hvor informantene som sosionomer kan komme inn og bidra der det er et tomrom.

Den helhetlige tilnærmingen til sosionomene beskrives som en styrke i koordineringen av mer sammensatte saker (Hansen et al., 2018. s.37). Studien viser at arbeidet med å få en oversikt over de ulike ressursene som finnes, og hvem en skal kontakte for å få løst de ulike problemstillingene, ser ut til å være det arbeidet informantene i størst grad får anerkjennelse for av de andre profesjonene på sykehuset. Det fremkommer i funnene at informantene, i forbindelse med arbeidet med rettigheter og samarbeid med hjelpeapparatet, gjerne har klare arbeidsoppgaver, og da også ofte større ansvarsområder. Det poengteres at dette arbeidet åpner opp for at det arbeidet som psykologer og leger gjør i møte med pasienten vil gå lettere for seg. Informantene viser til at kollegaene deres gir uttrykk for at det er flott at de kan ta disse arbeidsoppgavene. Steils et al. (2020. s.278) viser til en undersøkelse som peker på at andre profesjonelle som jobber i sykehus uttrykker at de

spesielt verdsetter sosialarbeiderens evne til å håndtere de mer komplekse problemstillingene i møte med pasienter og deres pårørende.

En erklæring av full jurisdiksjon over et område innenfor arbeidet krever profesjonens evne til å definere problemene og løse dem ved hjelp av sin kunnskap. Et slik fullt monopol over arbeidsoppgavene innenfor et område som profesjonen får når profesjonen har jurisdiksjon krever legitimitet fra lovverket og arbeidsfeltet (Abbott, 1988. s.69-71). Sosialarbeiderne ser ut til å ha en større grad av autoritet og innvirkning på hvordan arbeidet skal gjennomføres når det kommer til den kunnskapen de har om ulike ressurser som finnes rundt pasienter (Steils et al., 2020). Dersom det hadde blitt åpnet for det kan en argumentere for at sykehussosionomene kunne hatt en mulighet til å ha kontroll over et eget område innenfor arbeidet med pasientene, hvis dette arbeidet er knyttet opp til mer praktiske problemstillinger. Abbot (1988. s.65-75) viser til at i møte med de faktiske forholdene på arbeidsplassen må bestemmelsene i lovverket tilpasse seg de varierte problemstillingene som oppstår i praksis. Studien min viser at de pasientene informantene møter gjerne har sammensatte behov, hvor informantene peker på at praktiske problemstillinger som gnager på pasienten kan ha negative konsekvenser for behandlingen.

Videre understreker informantene en balanse mellom det å kunne vise pasientene omtanke samtidig som en bidrar med hjelp til de praktiske problemstillingene. Dette beskrives som en sentral del av det som gjør sosialt arbeid til det det er. Koordinering av ressurser i hjelpeapparatet er viktig i arbeidet, men sosialarbeideren kan også bidra med støtte til pasienten (Pham et al., 2022. s.1-6). Informantene viser til at de som sosionom i mindre grad har med det somatiske arbeidet å gjøre. Leger, sykepleiere og til tider psykologer har fokus på det somatiske arbeidet i de tverrfaglige teamene, mens sosionomene forholder seg til de ringvirkningene rundt i form av praktiske og mer relasjonstilknyttede utfordringer. I sosialt arbeid er det et fokus på å bygge relasjon til brukeren i tillegg til bruk av systemkunnskap. Dette pekes på som det som skiller den sosialfaglige kompetansen fra den kompetansen helseprofesjonene har (Ellingsen et al., 2021. s.14).

Psykososialt arbeid, hvor sosionomen bidrar med kartlegging og støtte til pasientene og deres pårørende, beskrives som en del av områdene innenfor det sosialfaglige arbeidet på sykehus (FO, 2022). Kunnskapen informantene tar i bruk for å løse pasientenes praktiske problemstillinger i møte med hjelpeapparatet kan bidra til å skape tillit mellom pasienten og

sosionomen, og vil kunne bidra positivt når det kommer til å bygge relasjon med pasienten (Røssvåg, 2016). Studien viser likevel at noen informanter beskriver opplevelser av å ikke få enkelte muligheter i arbeidet som de selv ønsker å få. Abbott (1988. s.71-78) beskriver at en profesjon som har kontroll over arbeidsområdet, og står som overordnet, også vil avgjøre hvordan arbeidsoppgavene fordeles. Sykehussosionomen beskrives av enkelte informanter som lavest rangert i hierarkiet på sykehuset. Informantene beskriver at det er en forvirring rundt sosionomens rolle i sykehuset og tvil rundt hva de kan bidra med. Abbott (1988. s.33-34) beskriver at det som styrker eller svekker linken mellom de ulike arbeidsoppgavene og en profesjon sin spesifikke jurisdiksjon er det arbeidet som faktisk utføres i praksis. Noen av informantene viser til arbeidssituasjoner hvor de har bidratt med sin kunnskap gjennom å gi støtte til pasienter og pårørende. Samtidig viser noen til at dette er arbeid de gjør, men at dette arbeidet likevel ikke inngår i deres stillingsbeskrivelse.

5.2 Det tverrfaglige arbeidet

Som sykehussosionom vil en måtte forholde seg til mye tverrfaglig arbeid (Mannsaker et al., 2021). Det fremkommer i funnene at informantene i stor grad arbeider tverrfaglig med helsepersonell og andre profesjoner i møte med pasientene på sykehuset. I sin teori viser Abbott (1988. s.33-34) til den konkurransen som kan oppstå mellom ulike profesjoner når det kommer til å trekke grenser mellom de ulike jurisdiksjonene og fordelingen av arbeidsoppgaver. En slik konkurranse mellom profesjonene kan forståelig nok forårsake spenning mellom profesjonene. I studien kommer det frem utfordringer i samarbeidet mellom sosionom og helsepersonellet. Informantene gir uttrykk for at det er lite kunnskap om hvordan de kan bidra med deres kompetanse og at sosionomenes perspektiv ikke alltid inkluderes i arbeidet med pasienten.

Fordeling av arbeidsoppgaver er en sentral del av Abbott (1988. s.35-40) sin teori om profesjonssystemer. Abbott (ibid) viser til at det å ha jurisdiksjon vil si at en profesjon har kontroll over et område i arbeidet. Flere av informantene viser til at det er usikkerhet blant deres ledere og kollegaer over hva de som sosionom kan bidra med i arbeidet. Rollen som sosialarbeider i sykehus beskrives i noen undersøkelser som uklar, og det er ikke alltid tydelig hvor sosialarbeideren hører til i systemet. Noen argumenterer for at det er andre profesjoner som kunne gjort de samme arbeidsoppgavene (Wang & Qin, 2018 og Steils et al.,

2020). Enkelte informanter beskriver en tolkning av deres rolle som sosionomer på sykehuset som de ikke nødvendigvis er enige med. Dette fører til at informantene har opplevd å bli tildelt oppgaver som de mener er unødvendige eller ikke passende sett ut ifra den kunnskapen de har. Enkelte opplever også å ikke få muligheten til å delta i arbeid som de ønsker å delta i. Det kommer frem at informantene i mindre grad ser ut til å ha monopol over arbeidsoppgavene på arbeidsplassen.

Erklæring av full jurisdiksjon utpekes av Abbott (1988. s.69-71) som en mulig løsning på konfliktene mellom jurisdiksjonene til profesjonene. En kan argumentere for at full jurisdiksjon for sykehussosionomene vil være vanskelig, ettersom de sannsynligvis ikke vil kunne ta i bruk sin kunnskap til å definere og løse alle problemer som oppstår på et sykehus i behandlingen av en pasient, selv om sosionomen fremkommer som viktige når det kommer til å løse de praktiske problemstillingene til pasienten. De fleste av problemstillingene på sykehuset vil til syvende og siste handle om sykdom. Informantene beskriver at de gjerne håndterer de problemstillingene som har med konsekvensene av sykdommen å gjøre. Jurisdiksjon over de områdene i arbeidet som omhandler behandling av pasientene virker av den grunn ikke naturlig.

Det kommer frem at informantene ser den kompetansen de tar i bruk, og det arbeidet de gjør, som separert fra det somatiske arbeidet. Kompetansen til blant annet legene og sykepleierne vil være viktig i store deler av arbeidet med pasienten. Abbott (1988. s.69-71) påpeker at kontroll over arbeidsoppgavene kan bidra positivt til profesjoners profesjonelle status. Enkelte informanter viser til at legene sitter på toppen i sykehushierarkiet. Abbott (ibid) peker på leger som et godt eksempel på hvordan full jurisdiksjon kan se ut, da de har monopol på en rekke arbeidsoppgaver. utfordringene presenterer seg når informantene som sosionomer opplever at de ikke får plass i forbindelse med blant annet det relasjonelle arbeidet i oppfølgingen av pasienten og pårørende. Det vises i en undersøkelse til at sosialarbeideren kan fungere som det limet som opprettholder et godt forhold mellom pasienten og helsepersonellet (Pham et al., 2022. s.47). Flere informanter beskriver derimot videre at de i arbeidet opplever å ikke ha nok tid, eller at de kommer inn i prosessen for sent. Steils et al. (2020. s.277-278) viser i sin undersøkelse til at pasienter ikke ser ut til å sette like stor pris på hjelpen fra sosialarbeiderne når fokuset for eksempel ligger på at de skal skrives ut så fort som mulig.

Abott (1988. s.69-78) viser til flere alternativer til full jurisdiksjon i løsning av konflikten mellom profesjonene. Eksempler på dette er en underordnet jurisdiksjon, hvor en profesjon mottar instruksjoner fra en annen i arbeidet. Her nevner Abbott (ibid) sykepleiere som et eksempel på hvordan dette kan se ut. Videre beskrives en rådgivende jurisdiksjon som en mulig løsning på konflikten i konkurransen mellom profesjonene. En rådgivende jurisdiksjon går ut på at en profesjon har en mer rådgivende posisjon. Undervisningsvirksomhet er et av områdene Fo (2022) beskriver innenfor det sosialfaglige arbeidet i sykehus. Studien min viser at en sykehussosionom blant annet kan bidra med sin kunnskap om brukermedvirkning i en mer rådgivende og koordinerende posisjon. De kan gi råd i forhold til hvordan dette burde gjennomføres, og hvor brukermedvirkning må komme på banen, samt undervise om dette til andre profesjoner på sykehuset. Flere informanter uttrykker videre et ønske om rom for å dele sin kunnskap med helsepersonellet i ulike situasjoner.

Intellektuell jurisdiksjon presenteres også som et alternativ hvor en profesjon har kontrollen over kunnskapen på området, mens de tillater andre profesjoner å praktisere i samme område (Abbot, 1988. s.69-78). Sett opp mot dette kommer det frem at informantene referer til sykehuset som ekspertveldet hvor legene sitter på toppen av hierarkiet. Arbeidet som utføres på sykehuset vil i stor grad ha den medisinske kunnskapen til helsepersonellet i bunn. Flere informanter forteller at store deler av det arbeidet de gjør er praktisk hjelp som kan bidra til å forflytte fokuset hos pasienten tilbake til behandlingen.

Samarbeid mellom de ulike profesjonene blir viktig i møte med pasienter med sammensatte utfordringer (Helsedirektoratet, 2018). Å krysse grensene mellom profesjonene blir nødvendig hvis de ulike profesjonene skal kunne samarbeide effektivt (Abbott, 1988. s.33 og s.67). Tverrfaglig arbeid beskrives som en utfordring som et følge av at jurisdiksjonenes grenser må krysses for å kunne utføre arbeidet effektivt. Abbot (ibid) påpeker at grensene mellom jurisdiksjonene kan bli uklare når arbeidsoppgavene fordeles. Gjerne kan fordelingen av arbeidsoppgavene føre til konflikter. Informantene beskriver en utfordring med at de ulike profesjonene i teamet har en tendens til å gjøre akkurat de samme arbeidsoppgavene. Det fremkommer i studien av det for flere oppstår forvirringer over hva sykehussosionomen kan bidra med og hvor de kan finne sin plass på arbeidsplassen. En kan argumentere for at et klarere bilde av hvor grensene mellom de ulike profesjonene går og den kompetansen de tar

i bruk vil kunne bidra positivt da en kanskje lettere også vil kunne se hvor uenigheten ligger, altså årsaken til konfliktene.

I *Hospital social workers' boundary work in paediatric acute wards* (Mansåker et al., 2021) beskrives tverrprofesjonelt arbeid som viktig for å styrke helsetjenesten, men at det er en manglende interesse for et tverrprofesjonelt arbeid mellom sosialarbeidere og helsepersonell. De peker på at det er en mangel på forståelse for teori og praksis innenfor sosialt arbeid. Flere informanter beskriver at de i sitt arbeid jobber i team med andre profesjoner, eller etablerer første kontakt med pasientene gjennom henvisninger fra leger. I slike tilfeller vil sosionomen bli avhengig av at legene som henviser, eller pasientene selv, har kunnskap om hva sykehussosionomen bidrar med i arbeidet.

For kvaliteten av behandlingen av de ulike pasientene er det viktig at de tverrfaglige teamene fungerer godt sammen (Giles, 2016). Informantene ser ut til å fremme sin profesjon ved å vise til helhetsperspektivet. Informantene viser til at det blir en styrking i helhetsbildet rundt pasientene i de tilfellene hvor lederne vet hva sosionomen kan bidra med i arbeidet og derfor inkluderer dem. På denne måten kan det tverrfaglige arbeidet bidra til å styrke det helhetsperspektivet informantene fremmer. På en annen side vil informantene kunne gå glipp av muligheten til å bidra dersom lederne ikke har en oversikt over sosionomens kunnskap, og vil heller kunne ende opp med å bli pålagt roller som ikke utnytter denne kunnskapen.

5.3 Den teoretiske og den praktiske kunnskapen

Den sosialfaglige kompetansen innebærer en integrering av både teori og praksis, og vil derfor røre ved spenningsfeltet mellom disse to (Kleppe, 2019. s.141). Flere av informantene referer til ting de har tatt med seg fra utdanningen som de ser på som viktig i arbeidet de gjør på sykehuset. Likevel kommer det frem i studien at mye av den kunnskapen de bruker til å løse oppgaver i sin arbeidshverdag kommer fra erfaringer de har gjort på arbeidsplassen, og ikke fra utdanningen. Et eksempel på dette er kunnskap om ulike tjenester i hjelpeapparatet og pasientenes rettigheter i forbindelse med dette. Informantene beskriver en mangel på systemkunnskap fra utdanningen knyttet til den konteksten de nå jobber i. Her bruker informantene pleiepenge som et eksempel. Levin (2019. s. 39-40) viser til tilfeller

hvor praktikere forteller at de har hentet kunnskapen sin fra praksisen selv, og at den kunnskapen de har fått gjennom studiet havner mer i bakgrunnen i bevisstheten.

Praksis spiller en viktig rolle i etableringen av kunnskapsbasen til en profesjon. Teorien som knyttes til den enkelte profesjonen henger sammen som et resultat av de behovene som presenterer seg i utøvelsen av arbeidet knyttet til profesjonen (Grimen, 2008. s.72-73). Det blir tydelig at det i utøvelsen av arbeidet i en sykehuskontekst for eksempel er et behov for kunnskap om pleiepenger. På ulike arenaer vil det være ulike behov til teorien, ettersom arbeidet på de ulike arenaene vil variere. Dette er grunnen til at praksisfeltet vil spille en viktig rolle.

Studien viser at kunnskap fra utdanningen tas i bruk i arbeidet til informantene, men en kan også se at de har vært avhengige av praksisfeltet for å tilegne seg enkelte deler av den kunnskapen de behøver i utførelsen av arbeidet. Flere av informantene presenterer seg selv som pasientenes advokat, hvor de tar i bruk sin kunnskap for å ivareta pasientenes rettigheter. Dette er kunnskap som det beskrives at informantene har fått innføring i under utdanningen, men som de også har hatt et behov for å bygge på etter at de startet på arbeidsplassen. Kunnskap om pårørendes rettigheter i forhold til pleiepenger kommer frem som en viktig del av arbeidet. Informantene viser videre til en opplevelse av å måtte tilpasse det de kunne om visjonen rundt brukermedvirkning/hjelp til selvhjelp fra utdanningen til en sykehuskontekst. Enkelte opplever at noe fremstår på en spesifikk måte i teorien, men at de opplever at dette blir annerledes i praksis. Dette er noe som kan bidra til spenningsfeltet mellom teori og praksis (Levin, 2019. s.39-40). I praksis vil også yrkesutøverne gjerne forholde seg til flere teorier samtidig, noe som kan bidra til motsetningen som oppstår mellom teori og praksis (Kojan & Storhaug, 2019. s.195).

En vet at pasientene etter loven har rett til å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-1). Likevel viser studien at det kan være vanskelig for informantene å gjennomføre brukermedvirkning i den formen det har blitt introdusert på utdanningen. Det vil ikke være mulig å arbeide med brukermedvirkning på samme måte på alle de ulike arenaene innenfor sosialt arbeid. Videre viser informantene til at det ofte ikke blir naturlig å skulle legge grunnlag for at pasientene skal hjelpe seg selv, slik en kanskje vil på andre arenaer, ettersom dette er mennesker som gjerne står i veldig vanskelige og utmattende situasjoner. Hoel og Rønnild (2002. s.39-45) beskriver

vanskeligheter med det å ta i bruk teorien i sin reneste form i praksis. Årsaken til at dette blir vanskelig er at den teoretiske kunnskapen ikke er lett å finne igjen i den sosialfaglige kunnskapen på grunn av vanskeligheter med å skille det teoretiske fra det praktiske arbeidet.

Den praktiske syntesen bygger på tanker om at teorien knyttet til en profesjon i stor grad avhenger av de behovene for teori som oppstår i praksis (Grimen, 2008. s.74). En vil, sett ut ifra dette, kunne anta at ulike arenaer innenfor sosialt arbeid vil ha ulike behov i utførelsen av arbeidet. Den kunnskapen en oftest tar i bruk vil kunne variere fra arena til arena.

Behovene som oppstår i utførelsen av arbeidet i en sykehuskontekst vil kunne være ulike fra det mer generelle som beskrives i forbindelse med utdanningen i sosialt arbeid. Det vil være ulike variasjoner av den sosialfaglige kompetansen på de ulike arenaene innenfor sosialt arbeid. Ulike arenaer vil bidra til ulik handlingskompetanse blant yrkesutøverne (Kleppe, 2019. s.139-143). Grimen (2008. s.74) påpeker at ikke vil være ønskelig å integrere en teori fullstendig inn i praksis. En kan tenke at dette er på grunn av de ulike behovene som oppstår i ulike områder av praksis, og at en teori ikke vil kunne være overførbart på alle de ulike arenaene i sin fulle form.

Spenningen som kan oppstå mellom teori og praksis tilsier likevel ikke at disse to kan være adskilte. For å kunne øve på, og utføre, noe i praksis må en først ha forstått konseptet (Levin, 2019. s.39-40). En kan argumentere for at informantene har en grunnleggende forståelse av de rettighetene en bruker vil ha i møte med hjelpeapparatet, og hvordan en i samarbeid med ulike deler av hjelpeapparatet kan bidra med løsninger på ulike problemstillinger, ettersom de viser til slik kunnskap fra utdanningen. De har så gjennom øving i praksis kunnet tilpasse denne kunnskapen til de spesifikke omstendighetene på sykehuset. Ryle fremmet ideen om en separat praksiskunnskap og kritiserte med det *knowing that* som en pilot for handling. Han anerkjente *knowing that* som en viktig del av en handling, men påpekte at *knowing how* var viktig når det kom til utførelsen av en oppgave (Jenssen, 2021. s.38-39). Sett i denne konteksten vil det være relevant for sykehussosionomene å ha kunnskap om kontakt med hjelpeapparatet, og hvordan dette kan foregå generelt, men det vil også være vesentlig å vite hvordan de skal gå frem i forhold til den spesifikke situasjonen på sykehuset. Kunnskap om hvordan de spesifikt skal gå frem kan de tilegne seg i praksis.

På en annen side er det viktig at en sosialarbeider ikke blir så opptatt av hvordan de skal handle at de glemmer hvorfor de handler (Heyerdahl-Larsen og Hansen, 2018. s.128-131). Både det å ha kunnskap om samarbeid med hjelpeapparatet generelt fra utdanningen, og hvordan dette kan fungere i praksis på ulike arenaer, er relevant for utførelsen av arbeidet. I teorien får en innføring i hvorfor et slikt samarbeid er viktig i arbeid med mennesker med sammensatte utfordringer. Videre kan en i praksis tilegne seg kunnskap om hvordan dette kan se ut i møte med den enkelte pasient, og hvordan dette kan bidra i arbeidet i en sykehuskontekst spesifikt.

Basert på det informantene beskriver om det hierarkiske systemet på sykehusene, samt mangelen på kunnskap om den kunnskapen de bidrar med i arbeidet og tvil til nytten av en sykehussosionom, kan det se ut til at det kan være vanskelig å opparbeide seg status som sosionom i møte med en så konkret disiplin som medisin. Grimen (2008. s.72-73) beskriver at noe av det som skiller en disiplin fra en profesjon er bruken av kunnskap fra ulike felt. Sosialt arbeid som profesjon bruker kunnskap fra flere ulike felt. Det å «låne» kunnskap fra andre felt har til tider blitt beskrevet som noe negativt ved sosialt arbeid. Likevel påpekes det på en annen side at også disipliner som medisin kan beskrives som å ha «lånt» fra eksempelvis biologi og kjemi. Det argumenteres for at dette derimot ikke har hatt en negativ effekt på ryktet til medisin på samme måte som ryktet til sosialt arbeid (Fjeldheim et al., 2015. s.3).

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt sykehussosionomer sin forståelse av sitt arbeid, samt den rollen og den kompetansen de som sosionom har på arbeidsplassen. I forbindelse med dette har jeg gjort en analyse av intervjudata hentet fra prosjektet «Kunnskap for sosialt medborgerskap». Sosionomen i sykehuset har vært et tema som jeg har ønsket å undersøke da sykehuset var en arena innenfor sosialt arbeid jeg selv opplevde at jeg visste lite om. Problemstillingen for oppgaven er **«Hvordan forstår sosionomer som jobber i sykehus sitt arbeid og hvordan forstår de sin rolle og kompetanse når de arbeider i sykehus?»**.

En utfordring underveis har vært at jeg selv ikke utførte intervjuene, med tanke på at informantene ikke har svart med min oppgave i tankene, samt at jeg ikke har fått muligheten

til å stille oppfølgingsspørsmål eller oppklarings spørsmål til informantene med temaet for min oppgave i tankene. Dette kan bli sett på som en svakhet ved studien da det sannsynligvis er en del flere spørsmål jeg kunne spurt informantene som hadde bidratt positivt til et dypere dykk inn i temaet.

Det fremkommer i studien at en helhetlig forståelse av pasienten er et viktig fokus for sykehussosionomene i møte med pasientene. I sin beskrivelse av denne forståelsen peker informantene på en systemkunnskap, lojalitet til pasienten og et fokus på relasjonsarbeid. I arbeidet med pasientene har sykehussosionomen fokus på pasienten og diagnosen, men også i stor grad det som foregår rundt, da pasientene gjerne kan ha sammensatte behov. Helsepersonellet beskrives til å ha et større fokus på diagnosen og behandlingen. I arbeidet ser helsepersonellet ut til å ha større kontroll, mens sosionomene ser ut til å kunne ha utfordringer med å komme gjennom med sitt fokus. Studien viser at sosionomene til tider må jobbe hardt for å få gjennomslag med en mer helhetlig forståelse i samarbeidet med helsepersonellet.

Informantene er opptatt av sin lojalitet til pasienten i det arbeidet de gjør på sykehuset. Sosionomene sitt helhetlige perspektiv bidrar til et kritisk blikk på systemets begrensninger og hvordan dette kan påvirke pasienten, samt sosionomen sin rolle i dette systemet. Informantene beskriver en villighet til å strekke strikken langt for å kunne hjelpe pasientene og flere identifiserer seg med en rolle som pasientenes og pårørendes advokat i møte med hjelpeapparatet. Det kan oppstå konflikter mellom legene og sosionomene i arbeidet med pasientene, da de gjerne har forskjellige fokus i arbeidet, hvor sosionomene viser til et ønske om å involvere pasienten og pårørende i prosessen av behandlingen. Arbeidsplassen beskrives som en ekspertverden, og det kan være vanskelig for sosionomen å nærme seg legene og komme med forslag til arbeidet. Sosionomene opplever å være nederst i hierarkiet i sykehuset.

I sin undersøkelse beskriver Petruzzi et al. (2022) at en viktig del av det arbeidet sosialarbeidere gjør på sykehus er å ha et overblikk over det systemet pasienten vil ha kontakt med. Det fremkommer i mine funn at informantene på sin arbeidsplass møter pasienter og pårørende som står i vanskelige og kaotiske situasjoner. Som sykehussosionom peker de på at de kan bidra til å løse praktiske utfordringer for pasientene ved å kunne formidle om de ulike tjenestene i hjelpeapparatet, pasientenes rettigheter og plikter og

koordinere samarbeid mellom ulike instanser. Informantene beskriver at pasientene på denne måten kan konsentrere seg bedre om sin behandling. Dette ser ut til å være de arbeidsoppgavene sosionomene opplever å forbindes med og i størst grad anerkjennes for. Videre understrekes det at det innenfor sosialt arbeid er viktig med en balanse mellom praktisk hjelp til pasienten og omtanke. Informantene viser til at de spesielt bidrar med støtte til foreldre med syke barn. Likevel viser enkelte til en opplevelse av at de ikke får deltatt i deler av det arbeidet de ønsker.

Forskning viser at sosialarbeidere blir oppfattet av seg selv og andre som en outsider i det tverrfaglige arbeidet på sykehus (Burrows, 2021). Sosialarbeiderne kan ha utfordringer med å fremme sin kunnskap i møte med de andre profesjonene i sykehuset (Cootes et al., 2022). I mine funn kommer det frem at arbeidet til flere av informantene utføres i tverrfaglige team. Det ser ut til å bli utfordringer i samarbeidet mellom de ulike profesjonene når kollegaene til sosionomene ikke forstår det arbeidet sykehussosionomen gjør og hvor de kan bidra. Det kommer frem i studiet at informantene opplever en manglende forståelse og kunnskap fra kollegaer i forhold til hva de kan bidra med i arbeidet. Dette beskrives som spesielt utfordrende ved manglende kunnskap fra ledere, som kan gjøre det vanskelig for sosionomen å få utført jobben sin på best mulig måte. Informantene beskriver også en opplevelse av å ikke bli inkludert i arbeid de selv opplever å være kvalifisert til.

Johannesdottir (2006. s.24) beskrev sykehussosionomene som en tilnærmet usynlig yrkesgruppe. Artikkelen hennes ble skrevet i 2006 og en vil derfor kunne tenke at det har vært flere utviklinger i forhold til dette ettersom vi nå har kommet til 2023. Noen informanter har opplevd å måtte forsvare sin rolle som sykehussosionom og har blitt tilegnet roller i sykehuset som de ikke selv var enige i at de skulle ha. Studien viser at sosionomen på noen steder har en tydelig rolle, og har tillit fra sine kollegaer til at de kan utføre jobben. Det ser ut til at kunnskap om hva en sosionom kan, og anerkjennelse av denne kompetansen, kan være vesentlig for deres posisjon i arbeidsmiljøet på sykehuset, og for at de skal kunne utføre jobben sin på best mulig måte.

Det fremkommer i studien at informantene tar i bruk kunnskap fra utdanningen i arbeidet de gjør på sykehuset, men at det også har vært nødvendig for arbeidet i sykehuset å bygge på denne kunnskapen i praksis. Sykehussosionomene tar blant annet i bruk kunnskap fra utdanningen i samarbeid med hjelpeapparatet, og i forhold til å bygge relasjoner til

pasienter og pårørende. Flere har sett det nødvendig å tilegne seg ny kunnskap i praksis på arbeidsplassen, samt å jobbe for å opprettholde denne kunnskapen gjennom å «kaste» seg ut i systemet og søke etter informasjon i møte med de ulike instansene. Det ser ut til at store deler av den kunnskapen i møte med hjelpeapparatet, som informantene understreker som viktig, er kunnskap fra praksis. Det fremste eksempelet på dette er kunnskap om pleiepenger.

Videre etter min studie kan en blant annet stille flere spørsmål rundt tverrprofesjonelt arbeid på sykehus. Det fremkommer i flere av intervjuene at informantene opplever mangel på informasjon blant kollegaene sine på hva de som sosionomer kan bidra med i arbeidet. Det ville vært interessant å gå dypere inn i forholdet mellom sosionomer og deres kollegaer på sykehuset, hvordan tverrprofesjonelt arbeid mellom disse gruppene konkret ser ut, og hvor eventuelle utfordringer og styrker ved dette arbeidet ligger.

Litteraturliste

- Abbot, A. (1988). *The system of professions*. The University of Chicago press.
- Berg, B., Ellingsen, I., Levin, I., & Kleppe, L. (2019). Hva er sosialt arbeid? I I. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L.-C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (ss. 19-35).
- Burrows, D. (2021, Oktober 28). Social Work for 'Liquid Old Age': Some Insights from an Ethnographic Study of a Hospital Social Work Team. *Ethics and Social Welfare*(16), ss. 259-273.
- Carvalho, H., Santo, M., & Ferreira, J. (2022, Mai 31). Construction and Validation of Social Work Intervention Complexity Scale in Hospital Care Settings. *The british journal of Social Work*(52), ss. 3740-3760.
- Cootes, H., Heinsch, M., & Brosnan, C. (2022, januar). 'Jack of All Trades and Master of None'? Exploring Social Work's Epistemic Contribution to Team-Based Health Care. *The British Journal of Social Work*(52), ss. 256-273.
- Cornel, K. (2006). Person-In-Situation: History, Theory, and New Directions for Social Work Practice. *Praxis*(6), ss. 50-56.
- Dahle, R. (2010, april). Sosialt arbeid – en historie om kjønn, klasse og profesjon. *Tidsskrift for kjønnsforskning*(34), ss. 41-56.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, I., & Skjefstad, N. (2019). Anerkjennesle, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (ss. 97-111). Universitetsforlaget.
- Ellingsen, I., Kleppe, L., Martinsen, K., & Vindegg, J. (2021). *Sosionomen i situasjonen*. Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

- Fellesorganisasjonen (FO). (2022, mars 17). *Hvordan arbeider sosionomene i sykehusene?*
<https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article13485-1356.html>
- Fellesorganisasjonen (FO). (2022, Mars 14). *Sosionomer i somatiske sykehus.*
https://www.fo.no/sosionom/autorisasjon_2/sosionomer-i-somatiske-sykehus
- Fellesorganisasjonen (FO). (2022, Januar 1). *Sosionomer og sosialt arbeid.*
https://www.fo.no/sosionom/autorisasjon_2/sosionomer-og-sosialt-arbeid
- Fellesorganisasjonen (FO). (u.d.). *Hvor jobber sosionomen?*
https://www.fo.no/sosionom/autorisasjon_2/
- Fjeldheim, S., Levin, I., & Engebretsen, E. (2015). The theoretical foundation of social case work. *Nordic Social Work Research*, 5, ss. 1-14.
- Giles, R. (2016). Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work*(28), ss. 25-33.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander, & L. I. Terum, *Profesjonstudier* (ss. 71-86). Universitetsforlaget.
- Hansen, R., Solem, M.-B., & Nybø, E. (2018). Sosialt arbeid som fag. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid: en situert praksis* (ss. 29-45). Gyldendal.
- Hatlen, Sjur. K. (2008) *Tverrfaglig samarbeid [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]*
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15808/Hatlen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2NsIDYAUUT6oTdZbS9tfrN50W2iIYNc4JHMygeQygBp4SJdtxmWbH2vik>
- Helsedirektoratet. (2018, juli 12). *Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team.*
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team#tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2022, Desember 15). *Brukermedvirkning.*
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (u.d.). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsepersonellloven. (1999). Lov om helsepersonell (helsepersonellloven) LOV-1999-07-02-64. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoel, Karen Colban & Rønnild, Trude Christiane. (2009) *Bevegelser og begrensninger Analyser av sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag gjennom sosialarbeideres fortellinger [Masteroppgave, Høgskolen i Oslo]* <https://core.ac.uk/download/pdf/35072855.pdf>

Holmen, H. A. (2021, Desember 27). *epistemologi*. <https://snl.no/epistemologi>

International federation of social workers (IFSW). (2014, juli). *GLOBAL DEFINITION OF SOCIAL WORK*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Jenssen, D. (2021). *Vitskapsteori i sosialt arbeid*. Samlaget.

Johannesdottir, H. (2006). Eva Koren – en pioner i sosialt arbeid. *NORDISK SOSIALT ARBEID*, ss. 14-26.

Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige emner*. Abstrakt forlag.

Johannessen, L., Rafoss, T., & Rasmussen, E. (2021). *Hvordan bruke teori?* Universitetsforlaget.

Joubert, L., Hocking, A., Ludbrooke, C., Fang, J., & Simpson, G. (2022, Mars 6). Social Work in the Oncology Setting Compared to Social Work in General Medical Settings: An Analysis of Findings From a Multisite Australian Social Work Practice Audit. *Australian Social Work*(75), s. 152.164.

Kleppe, L. C. (2019). Sosialfaglig kompetanse. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (ss. 139-153). Universitetsforlaget.

Kojan, B., & Storhaug, A. (2019). Erfaringsbasert kunnskap og refleksiv praksis. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L.-C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (ss. 184-195). Universitetsforlaget.

Kvale, S. (2004). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget.
- Levin, I. (2019). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L.-C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (ss. 36-46). Universitetsforlaget.
- Løvgren, M., & Orupabo, J. (2018). En sosiologi om symbolske grenser. *NORSK SOSIOLOGISK TIDSSKRIFT, 2*, ss. 203-207.
- Manghani, S. (2022, Desember). Notes on Structuralism: Introduction. *Theory, Culture & Society*, ss. 117-131.
- Mannsåker, I. K.-R., Vågan, A., Geirdal, A., & Stenberg, U. (2021, Desember 28). Hospital social workers' contributions to increasing healthliteracy among parents of acutely and critically ill children. *European journal of socialwork*.
- Mannsåker, I.-R., Vågan, A., Geirdal, A., & Stenberg, U. (2021, Oktober 31). Hospital Social Workers' Boundary Work in Paediatric Acute Wards—Competitive or Collaborative? *The british journal of social work*, ss. 2585-2612.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63. Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Petruzzi, L., Ewald, B., Covington, E., Rosenberg, W., Golden, R., & Jones, B. (2022, Juli 27). Exploring the Efficacy of Social Work Interventions in Hospital Settings: A Scoping Review. *Social Work in Public Health*(38), ss. 147-160.
- Pham, N. T., Nguyen, D. H., Nguyen, H., Le, T., Nguyen, T., Nguyen, T., . . . Nguyen, L. (2022, Desember 19). Social Work Services for Children at Vietnam's Hospitals: A Qualitative Study. *Journal of Social Service Research*(49), ss. 42-53.
- Ringdal, K. (2020). *Enhet og mangfold- Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Roland, J. (1958, juli). On "Knowing How" and "Knowing That". *The Philosophical Review*(67), ss. 379-388.

- Ross, H., Dritz, R., Morano, B., Lubetsky, S., Saenger, P., Seligman, A., & Ornstein, K. (2021, mars 1). The unique role of the social worker within the Hospital at Home care delivery team. *Social Work in Health Care*(60), ss. 354-368.
- Rød, S. (2022, januar 31). *De vil ha flere sosionomer på sykehusene*.
<https://fontene.no/nyheter/de-vil-ha-flere-sosionomer-pa-sykehusene-6.47.848516.dc20954cb9>
- Røssvåg, M. I. (2017, august 17). *Pasienter trenger sosionomhjelp*.
<https://fontene.no/fagartikler/pasienter-trenger-sosionomhjelp-6.47.378476.d014775a64>
- Solem, M.-B., & Nybø, E. (2018). Overordnede sosial-og velferdspolitiske rammer. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid: en situert praksis* (ss. 239-304). Gyldendal.
- Steinsvik, Astrid Hansine. *SOSIALARBEIDERENS ROLLER - UTFORDRINGER I TVERRKULTURELT SOSIALT ARBEID* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32798/SteinsvikxMasterxTF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Steils, N., Moriarty, J., & Manthorpe, J. (2020, august 23). The Clarity and Contribution of the Hospital Social Work Role: Observations on its Professional Identity. *Social Work in Action*(33), ss. 271-288.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2017). *Vitenskap og kunnskap i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Turner, F. (2017). *Social work treatment: interlocking theoretical approaches*. (J. Francis, Red.) Oxford University Press.
- Vindegg, J. (2018). Sosialt arbeid i spennet mellom det normative og det analytiske. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid: en situert praksis* (ss. 305-330). Gyldendal.

Wang, L., & Qin, S. (2018, februar 6). The sequence analysis of hospitals that established social work department under fuzzy environment. *European Journal of Social Work*(22), ss. 647-663.

Willumsen, E. (2019). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (ss. 154-170). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1- prosjektbeskrivelse og intervjuguide

Kunnskap for sosialt medborgerskap: En intervjustudie blant sosionomer på tvers av velferdssamfunnets systemer

Sentralt i sosialt arbeid står oppgaven med å sikre utsatte borgeres sosiale medborgerskap. Sosionomer jobber da med å forsøke å lage positive endringer i konteksten rundt borgeren (Brante 2011). Dette kan bl.a. handle om borgerens arbeidssituasjon, boligforhold, tilgang til tjenester i helsevesenet og til andre ulike støttemuligheter. Sosionomer jobber med dette som tilsatte i en rekke ulike organisasjoner og institusjoner i velferdssamfunnet som tar seg av utsatte borgere.

Undervisning innen sosialpolitikk, demokrati og forvaltning har stått sentralt i utdanningen i sosialt arbeid for å gi kandidatene den nødvendige kunnskap om de sosiale systemer borgerne inngår i (Erlieen 2016). *Formålet med dette prosjektet er å forstå hvordan sosialarbeidere anvender slik systemkunnskap i profesjonsutøvelsen.* Prosjektet er spesifikt interessert i å studere slik bruk av kunnskap blant de som jobber utenfor den tradisjonelle sosialforvaltningen. Vi vil dermed studere sosionomer som inngår i organisasjoner der det som utgangspunkt er andre fagområder (f.eks. helsevitenskap, pedagogikk eller psykologi) som står i sentrum. I slike arbeidskontekster kan det antas at det blant annet er fagkunnskapen om sosialpolitiske ordninger, demokratiske prosesser og forvaltningsrammer som er det sosialarbeideren er ment å skulle representere med tanke på å kunne sammenbinde borgerens sosiale situasjon til et hele. Videre er det slik at sosionomer i slike arbeidskontekster har en viktig funksjon i å sikre *borgernes overganger mellom systemer*, noe som må antas å forsterke behovet for systemkunnskap (Harsløf et al. 2017).

Prosjektet vil gjennomføre ca. 40 semistrukturerte intervjuer med sosionomer som jobber innen følgende områder:

- Sykehus
- Kriminalomsorgen
- Psykiatri
- Krisesenter
- Rusomsorgen
- Familievernkontor
- Skoler
- Barnevern
- Asylmottak
- Frivillig sektor

En viktig motivasjon for prosjektet er utvikling av undervisningen i samfunnsvitenskapelige emner på bachelor- og masterutdanningen på Institutt for sosialfag, OsloMet. På bachelorutdanningen er det særlig det nye emnet SOS1130 – *Sosialt arbeid i velferdssamfunnet*, der prosjektet vil kunne gi viktige innsikter. På masterutdanningen gjelder det bl.a. emnet SSA4100 – *Sosialpolitikk*. SOS1130 er et av de emner som med ny programplan har tatt over for tidligere samfunnsvitenskapelige emner, og med denne

endringen aktualiseres et behov for å gjøre undervisningen i Sosialpolitikk og i Kommunal- og statskunnskap mer relevant for praksisfeltet. Slik sett vil prosjektet understøtte profesjonsutdanningene ved instituttet.

En annen viktig motivasjon er ønsket om å forstå sosialarbeideres faglige bidrag inn i tverrfaglige arbeidskontekster; hvordan realiserer sosialarbeideren det sosiale medborgerskapet og medskaper sosialpolitikken i møtet med borgerne som «innleiret» i institusjonelle og organisatoriske sammenhenger der andre fag- og politikkområder som utgangspunkt står i sentrum?

Teoretisk vil prosjektet bl.a. trekke på institusjonell teori (bl.a. om «institusjonelt arbeid» og «institusjonelle logikker»), og bruk av kunnskap innen profesjonsutøvelse, herunder dannelsen og vedlikeholdelsen av epistemiske fellesskap (kunnskapskulturer) og rutinisering.

Spørsmålene som vil bli stilt i intervjuene fremgår av intervjuguiden (Appendiks 1)

Rekruttering av forskningsdeltakere

Vi bruker OsloMets kontaktlister over praksissteder som utgangspunkt for rekruttering av intervjupersoner. Videre anvender vi personlige/kollegiale nettverk, og endelig kontakter vi aktuelle institusjoner der det typisk er tilsatt personer med bachelor i sosialt arbeid.

Feltarbeid og analyser

Vi vil gjennomføre intervjuene ved bruk av Zoom (som OsloMet via UNINETT har databehandleravtale med). Om intervjupersonene ønsker det, kan intervju alternativt bli gjennomført per telefon, eller, hvis smittevern hensyn tillater det, ved fysisk oppmøte. Intervjuene vil bli transkribert og anonymisert ved å fjerne alle direkte personhenførbare opplysninger (navn, alder, navn på arbeidsplass osv.). I al rapportering fra prosjektet vil også alle indirekte personhenførbare opplysninger bli utelatt.

Internasjonal komparativ komponent

Vi vil i en senere fase forsøke å involvere utenlandske partnere fra andre (nord)europiske land som kan bidra med parallelt feltarbeid. Dette vil muliggjøre sammenlikninger på tvers av velferdsstater. I en slik involvering vil vi åpne for mindre omfattende deltakelse, f.eks. med utgangspunkt i empirisk materiale fra utvalgte grupper innen de institusjonelle områder vi vil rekruttere forskningsdeltakere fra, f.eks. sosionomer tilsatt på sykehus. Utenlandske partnere vil bli identifisert via det pågående EUROSHIP-prosjektet, samt via kontakter der instituttet har Erasmus-avtaler. Samarbeid med utenlandske partnere vil utelukkende basere seg på det anonymiserte datamaterialet.

Publisering

Vi tar sikte på publisering i internasjonale tidsskrifter innen sosialt arbeid (f.eks. European journal social work) og sosialpolitikk/forvaltning (f.eks. Journal of social policy and administration). Det kan også være aktuelt å gå for et særnummer av tidskriftet Social Incusion. Det skal også skrives minst en norsk fagartikkel som kan brukes på pensum i undervisningen.

Forskerteam

Prosjektet ledes av førsteamanuensis Ivan Harsløf. Harsløf har hovedfag i samfunnsfag og ph.d. i sosiologi. I prosjektet deltar dessuten førsteamanuensis, ph.d. Dag Jensen, som er idéhistoriker og førsteamanuensis, ph.d. Simon Innvær som er statsviter. Alle tre er tilsatt ved Institutt for sosialfag, OsloMet – storbyuniversitetet.

Referansegruppe

Prosjektet har etablert en referansegruppe bestående av Svein Erik Tuastad, førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger, Kathrine Haugland Martinsen, Kirkens bymisjon, Jorunn Vindegg, førsteamanuensis, OsloMet og Heidi Klundelien Storfossen, studerende i sosialt arbeid, OsloMet.

Personvern

Prosjektet er tilrådet av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), referansenummer 104154. Tilrådingen forutsetter at det foreligger tillatelse fra de statlige, kommunale eller private organisasjoner der sosionomene som intervjues er tilsatt. Dette innbefatter UDI, Bufdir, kriminalomsorgen, aktuelle kommuner, personvernombud ved aktuelle sykehus, ledelse ved aktuelle skoler og ledelse ved aktuelle frivillige organisasjoner.

Fremdriftsplan 2021-2022

1	Rekruttering/feltarbeid	Juni-september
2	Analyser og skriving	Oktober-februar
3	(Komparative analyser/skriving)	Februar-september
4	Sletting av materiale/koblingsnøkkel	Desember

Referanser

Brante, T. (2011). Professions as science-based occupations. *Professions and Professionalism*, 1(1), 4–20. doi: 10.7577/pp.v1i1.147.

Erlie, T.H. (2016). Sosialt arbeid: En begrephistorisk undersøkelse. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen.

Harsløf, I., Nielsen, U.S. and Feiring, M. (2017) Danish and Norwegian hospital social workers' cross-institutional work amidst inter-sectoral restructuring of health and social welfare, *European Journal of Social Work*.

Appendiks 1: Intervjuguide per 23. juni 2021

1. Kan du fortelle litt om bakgrunnen din når det gjelder utdanning/videre-utdanning/utdanningssted samt kort om tidligere ansettelsesforhold og roller/verv)
2. I stillingen du har nå, ble det søkt etter en sosionom eller var det slik at personer med andre (sosial-/helsefaglige) utdanninger også kunne søke?
3. Vil du med utgangspunkt i en vanlig arbeidsdag – si litt om oppgavene dine?
4. Kan du si litt om hvilke andre profesjonsgrupper du samarbeider med her på jobben?
5. Kan du BESKRIVE EN ARBEIDSPROSESS DU HUSKER GODT, EN SAK SOM INVOLVERTE TVERRFAGLIG SAMARBEID ELLER INTERAKSJON MED ANDRE PROFESJONER PÅ DIN ARBEIDSPLASS. HVILKE BIDRAG /TYPER BIDRAG KOMMER FRA DE ULIKE DELTAKERNE?
 - a. Hva slags innspill ble tatt mye hensyn til?
 - b. Hvilken form hadde innspill (skriftlig, muntlig, dialog)
6. HVIS DU TENKER PÅ DEG OG DE DU SAMARBEIDER MED I ORGANISASJONEN, HVORDAN OPPRETTHOLDER OG UTVIKLER DERE RELEVANT KUNNSKAP I GRUPPEN ELLER MILJØET.
 - a. Mer individualisert, eller mer kollektiv/samlet? På hvilken måte?
 - b. Ved samarbeid, samtaler, internseminarer, kommunikasjon, lederinitiativer.
 - c. Er det noe faglig perspektiv som dominerer blant medarbeiderne?
 - d. Forhold til kilder utenfor organisasjonen – seminarer, litteratur, fagmiljøer etc.
 - e. Internasjonale innslag
7. HVORDAN VIL DU SI DINE KOLLEGER VURDERER DEN KOMPETANSEN DU BRINGER INN I ARBEIDET? (som sosionom?)
 - a. Hva gir status når det gjelder kunnskap?
 - b. Hva har gjennomslag når det gjelder kunnskap?
 - c. Hva er din holdning til kunnskap og status i organisasjonen?
8. HVORDAN MERKER DU AT DU ER SOSIONOM NÅR DU SAMARBEIDER MED NOEN SOM HAR EN ANNEN PROFESJONELL BAKGRUNN?

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Kommer du på en sak som fikk frem sosionomen i deg i det tverrfaglige samarbeidet
 - Hvordan bidrar du i slike samarbeidssituasjoner?
 - Hvordan bidrar de andre i samarbeidet?
 - Er det noen klare grenser mellom hvilke arbeidsoppgaver du kan og ikke kan gjøre i denne jobben?
9. Hva er etter din mening det mest utfordrende i arbeidet med å hjelpe brukerne når det gjelder de forhold (/rammebetingelser) dere jobber under (organisering, regler, økonomi, bemanning, samarbeidsmøter/koordinering)

[her er det to aspekter: 1) rammene for brukerne; 2) rammene for sosionomene/systemet]

10. Hvordan jobber du med å løse slike utfordringer og eventuelt endre disse forhold (rammebetingelser)?
11. Har du vært med på å fremme en klage på vegne av en bruker, og i så fall, hvordan gikk du frem? (klage på vedtak, klage på saksbehandlingsprosess, klage på personell osv.)
12. HAR DU NOEN GANGER OPPLEVD AT DU HAR LÆRT NOE, I STUDIET ELLER I PRAKSISEN DIN, SOM HAR GJORT AT DU HAR STARTET Å JOBBE ELLER TENKE PÅ EN NY MÅTE?
Mulige oppfølgingsspørsmål:
- Hvis ikke eksempel, spørre om hva som har endret seg fra praksisen som nyutdannet og måten hen jobber på nå i samarbeid med andre.
 - Hva fikk du til da som du ikke fikk til tidligere?
 - Hvordan gjorde du det?
 - Blant de fagpersoner du har lest eller blitt undervist i på utdanningen, har du noen «akademiske favoritter»? På hvilken måte har det påvirket arbeidet ditt?

Vedlegg 2-Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Kunnskap for sosialt medborgerskap?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å forstå sosionomers bruk av kunnskap om sosialpolitikk, demokrati og forvaltning. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet handler om sosionomer som jobber i organisasjoner utenom den tradisjonelle sosialforvaltningen. Formålet er undersøke sosionomers faglige bidrag inn i slike organisasjoner der andre fagområder som utgangspunkt står i sentrum. Vi ønsker å forstå hvordan sosionomer jobber med å sikre borgernes sosiale medborgerskap i slike organisasjoner. En viktig motivasjon for prosjektet er utvikling av undervisningen i sosialpolitikk og stats- og kommunalkunnskap på studiet i sosialt arbeid ved OsloMet – storbyuniversitetet. Vi gjennomfører ca. 40 intervjuer alt i alt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet har etablert en referansegruppe bestående av sosionomer, undervisere innen samfunnsvitenskapelige emner og en student.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi bruker OsloMets kontaktlister over praksissteder som utgangspunkt for rekruttering av intervjupersoner. Videre bruker vi personlige/kollegiale nettverk, og endelig kontakter vi aktuelle institusjoner der det typisk jobber sosionomer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi gjennomfører intervjuet digitalt ved hjelp av Zoom (alternativt kan vi lage intervjuet via telefon eller ved personlig oppmøte). Samtalen tas opp (bare lyd, ikke bilde). Intervjuet vil ta 45-60 minutter. Intervjuet vil bli transkribert. Personlige opplysninger som navn, alder og navn på arbeidsplass tas bort. I rapportering fra intervjuene tas bort alle detaljer som indirekte kan knyttes til deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket

tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du vil som deltaker i intervju ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner fra prosjektet.

Prosjektgruppen som består av Ivan Harsløf, Dag Jenssen, Simon Innvær og Wenche Bekken (alle tilsatt ved Institutt for sosialfag) vil ha adgang til dine opplysninger. Videre vil følgegruppen få tilgang til deler av intervjumaterialet etter at det er blitt fullt anonymisert. Andre forskere (og studenter) ved OsloMet så vel som eksterne institusjoner vil kunne få adgang til det anonymiserte materialet.

Intervjuet blir gjennomført av Ivan Harsløf, Dag Jenssen, Simon Innvær og/eller Wenche Bekken. Intervjuet vil bli transkribert av personer med hvem OsloMet har databehandleravtale.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alle personopplysninger herunder opptak slettes ved prosjektslutt, 1.1.2023.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (NSD-referansenummer 104154).

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med OsloMet ved førsteamanuensis Ivan Harsløf (ivaha@oslomet.no) eller vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen (personvernombud@oslomet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ivan Harsløf
Førsteamanuensis, Institutt for sosialfag, OsloMet

Samtykkeerklæring


Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kunnskap for sosialt medborgerskap*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:


å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vurdering av behandling av personopplysninger

 Skriv ut

 13.09.2021 ▾

Referansenummer
104154

Vurderingstype
Standard

Dato
13.09.2021

Prosjekttittel
Kunnskap for sosialt medborgerskap: En intervjustudie blant sosionomer i velferdsamfunnet

Behandlingsansvarlig institusjon
OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig
Ivan Harsløf

Prosjektperiode
15.04.2021 - 01.01.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.01.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar
Vi viser til endring registrert 6.9.2021. Vi registrerer at det er lastet opp en godkjenning fra Kriminalomsorgen region øst. Vedlegget har ikke innvirkning på NSD sin vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet, og behandlingen kan fortsette.

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

Lykke til videre med prosjektet!

b6515db63