

# Psykisk helsearbeid i småsamfunn

*En kvalitativ studie av psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Finnmark.*

---

**Beate Leona Ekrem**

*Masteroppgave i psykisk helsearbeid mai 2019*

*Antall ord: 22.464*







## Berg og bære

Der kor berg og bære brytes blir det melodia  
Alt fra løstig sommarlåt te såre symfonia  
Kvasse klippe knuses sund og smuldre bort i sanda  
Men her finns og steina som e go å ha i handa

Der kor berg og bære brytes vil det alltid tære  
På den skjøre, smale stripa mella flo og fjære  
Men det går å leve her vi kan ha i minne  
At uendelige slag vil ingen kunne vinne

Der kor berg og bære brytes kommer også sangen  
Langveisfra med seil av sølv heist av solnedgangen  
Der den gamle kampen står åpne sæ det nye  
Skapt av sjø og stein og år og lys fra morragryet

(Tekst: Ola Bremnes, Kari Bremnes)

## Forord

«Jo mer man graver, dess mer vann springer frem fra kildene.

Jo mer man lærer, dess mer flyter visdommens kilde»

(Indisk ordtak)

Egentlig skulle denne masteroppgaven aldri ha blitt gjennomført. Etter mange år med forsinkelser og hindringer hadde jeg gitt opp tanken på å klare å fullføre. Derfor føles det som en stor seier å ha kommet i mål. Jeg er ufattelig stolt, lettet og glad. Ikke minst er jeg forbauset over hvor spennende og givende det har vært å ta et dypdykk inn i et tema som for noen år siden var en selvfølgelighet og ikke noe jeg tenkte var relevant for forskning. Et vell av kunnskaper har åpnet seg for meg, og jeg forstår at jeg bare har skrapet i overflaten på et omfattende og viktig tema.

Selv om jeg til tider har følt meg veldig ensom i prosessen med studien, så vet jeg også at det er mange å takke for å ha bidratt på hvert sitt vis. Først og fremst en stor takk til min fantastiske veileder, Gunn Pettersen, som visste nøyaktig hva jeg trengte og ga meg det. Gunn, du skjønnte meg og hvordan du kunne støtte meg, løfte meg og utfordre meg. Du er enestående.

Til mine medstudenter på min lange vei, takk for givende samtaler og hyggelig samvær. Til alle menneskene jeg har møtt i mitt virke som hjelper, dere har alle en plass i mitt hjerte og jeg er uendelig takknemlig for alt dere har lært meg. Særlig takk til deg, Fred.

Til dere fire psykiske helsearbeidere som så velvillig stilte opp til denne studien må jeg bare si at dere er fantastiske mennesker som har gitt av dere selv til kommunene dere bor og lever i. Jeg håper dere kan få den anerkjennelsen dere fortjener. Tusen takk for deres bidrag til studien, jeg håper dere vil nikke gjenkjennende når dere leser oppgaven.

Takk for tålmodighet og støtte, min kjære mann, og for at du alltid har troen på meg. Jeg hadde aldri klart det uten deg. Denne studien er dedisert til våre tre fantastiske barn, Aila, Eren og Hilja, som snart har mammaen sin tilbake i normal modus.

Beate Leona Ekrem

Mehamn, mai 2019.

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** I Norge har små kommuner det samme ansvaret for å tilby koordinerte, helhetlige tjenester innen psykisk helse som store kommuner. Små kommuner har begrensede ressurser og få ansatte tilgjengelig til å utføre de mange tjenestene kommunen har ansvaret for. Hvilke erfaringer den enkelte psykiske helsearbeideren har med å jobbe i små kommuner er ikke så godt belyst i Norge. Internasjonalt peker forskning på mange utfordringer og særtrekk ved psykisk helsearbeid i småsamfunn. Den psykiske helsearbeideren jobber ofte alene, det er lange avstander til spesialistkompetanse, og det er utfordrende med manglende anonymitet og manglende skiller mellom jobb og privatliv. En synliggjøring av hva som er særegent ved norske forhold vil kunne bidra til å sette fokus på psykisk helsearbeid i småsamfunn.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har psykiske helsearbeidere med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i små kommuner i Finnmark?

**Metode:** Studien er kvalitativ og data er samlet inn ved hjelp av fire semi-strukturerte forskningsintervju.

**Resultater og konklusjon:** Resultater fra studien viser at det er særlige utfordringer knyttet til det å jobbe som psykisk helsearbeider i småsamfunn i Finnmark. Kompetanse anses som utfordrende da psykiske helsearbeidere ofte blir en ekspert-generalist som jobber alene med et stort ansvar og med manglende anerkjennelse fra ledelse og samarbeidende instanser. Samarbeid blir fremhevet som vesentlig for å lykkes i arbeidet. Det er også særlige utfordringer knyttet til rollekompleksitet i småsamfunn, hvor den psykiske helsearbeideren ofte opplever manglende skiller mellom jobb og privatliv, samt økt synlighet og manglende anonymitet. Nærheten i samfunnet oppleves også positivt og gir gevinster i form av god oversikt og en nærhet til mennesker som oppleves givende.

**Nøkkelord:** Psykisk helsearbeid, småkommuner, småsamfunn, kompetanse, samarbeid, rollekompleksitet, nærhet.

## Abstract

**Background and purpose:** In Norway, rural municipalities have the same responsibility for providing coordinated, comprehensive services within mental health as urban municipalities. Rural communities have limited resources and few employees available to meet the many needs for mental health care. Mental health workers experiences in Norway are not well documented. International studies points to many challenges and characteristics of mental health work in rural areas. Working alone, long distances to specialist care, lack of anonymity and role complexity are some of the main challenges. Rural mental health practice is under explored and the unique work remains largely invisible.

**Research question:** Which experiences do mental health workers have in working in municipal mental health services in rural communities in Finnmark?

**Method:** The study is qualitative, and data was developed through four semi-structured interviews.

**Results and conclusion:** Results indicate that there are many challenges associated with working as a mental health provider in rural communities in Finnmark. Competence is considered challenging as mental health workers often become an expert generalist who works alone with great responsibility, and with lack of recognition from management and collaborative bodies. Cooperation is emphasized as essential for succeeding in rural mental health work. The challenges of mental health workers visibility, lack of anonymity and the reality of interfacing with patients in social and community settings can be taxing. Transparency and propinquity in the community are considered benefits and are rewarding to mental health workers in rural areas in Finnmark.

**Keywords:** Mental health work, rural, rural communities, rural mental health, competence, cooperation, role complexity, propinquity.

## Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Hensikten med studien .....	3
1.3	Prosjektets formål og foreløpig problemstilling.....	4
1.4	Begrepsavklaringer.....	4
1.5	Studiens kontekst; Finnmark .....	5
1.6	Gjennomgang av forskning .....	5
1.6.1	Ruralt som forskningsfelt og teori.....	6
1.6.2	Manglende skiller mellom jobb og privat .....	8
1.6.3	Etiske utfordringer i småsamfunn .....	8
1.6.4	Helsepersonell i rurale områder .....	9
1.6.5	Psykiske helsetjenester i ruralt perspektiv.....	10
1.6.6	Ruralitet som ressurs .....	11
1.7	Endelig problemstilling .....	11
2.0	Kunnskapsgrunnlag .....	13
2.1	Kommunalt psykisk helsearbeid .....	13
2.2	Den psykiske helsearbeideren .....	15
2.3	Tverrfaglig samarbeid .....	16
2.4	Kulturell kompetanse .....	17
2.5	Sosial kapital .....	19
3.0	Metode.....	23
3.1	Valg av forskningsmetode .....	23
3.2	Forskerens rolle .....	25
3.3	Utvalg og rekruttering av informanter.....	26
3.4	Intervjuguide og pilotintervju.....	27
3.5	Gjennomføring av intervjuene.....	28

3.5.1	Intervjuenes setting .....	28
3.5.2	Innledende informasjon.....	28
3.5.3	Spørsmål.....	29
3.5.4	Refleksjoner i etterkant av intervjuene.....	30
3.6	Transkripsjon .....	30
3.7	Analyse .....	31
3.8	Etiske betraktninger .....	32
4.0	Resultater.....	33
4.1	Kompetanse i småsamfunn.....	33
4.1.1	En ekspert-generalist .....	33
4.1.2	Manglende anerkjennelse for psykisk helsearbeid.....	34
4.1.3	Manglende fagkompetanse.....	36
4.2	Betydningen av samarbeid i små samfunn .....	37
4.2.1	Alene med ansvaret .....	37
4.2.2	Betydningen av samarbeid .....	38
4.3	Nærhet i småsamfunn.....	39
4.3.1	Manglende skille mellom jobb og privat.....	39
4.3.2	Taushetsplikt .....	41
4.3.3	Nærhet som ressurs .....	42
5.0	Diskusjon.....	43
5.1	Kompetanse innen psykisk helse i småsamfunn.....	43
5.1.1	Ekspert-generalist.....	44
5.1.2	Manglende anerkjennelse .....	45
5.1.3	Manglende kompetanse .....	46
5.2	Betydningen av samarbeid i småkommuner.....	48
5.2.1	Alene med et stort ansvar .....	48
5.2.2	Betydningen av samarbeid .....	48



5.3	Nærhet i småsamfunn .....	51
5.3.1	Manglende skille mellom jobb og privat.....	51
5.3.2	Taushetsplikt .....	53
5.3.3	Nærhet som ressurs .....	54
5.4	Sosial kapital i småsamfunn .....	55
5.5	Studiens styrker og begrensninger .....	57
5.6	Refleksjoner og implikasjoner .....	59
6.0	Oppsummering .....	60
6.1	Konklusjon.....	60
6.2	Videre forskning .....	61

## Referanseliste

## Vedlegg

Vedlegg 1 – Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt

Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

## 1.0 Innledning

Opptrappingsplanen for psykisk helse trådte i kraft i 1999, og en av hovedmålsettingene til staten var å styrke det kommunale tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Med den økte satsingen fulgte øremerkede midler. Mange kommuner brukte disse midlene til å rekruttere helsepersonell med spesialkompetanse innen psykisk helse. Disse fikk ulike roller i kommunene, og ofte fikk de en nøkkelrolle i små kommuner som tidligere hadde liten eller ingen fagkompetanse innen psykisk helse (Ose, Kaspersen, Ådnes, Lassemo, Kalseth, 2018).

Staten legger føringer for det psykiske helsearbeidet mens det er den enkelte kommune som skal ha hovedansvaret for gjennomføringen av tiltak. Hjelpen skal være nær den som trenger det, og tidlig innsats og forebyggende arbeid vektlegges (Departementene, 2017). Små kommuner har det samme ansvaret for å tilby koordinerte, helhetlige tjenester som store kommuner. Utfordringer i små kommuner er imidlertid at det ofte er få ansatte tilgjengelig til å utføre de mange tjenestene kommunen har ansvaret for. I tillegg har mange småkommuner utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personale, mye på grunn av ekstra belastninger ved å jobbe i små samfunn (Norbye og Skaalvik, 2013). Disse belastningene kan være å jobbe alene innenfor sitt fagfelt, med manglende faglig og kollegial støtte. Det kan også være belastende å ha et stort ansvar, og mange forbinder det å jobbe på små plasser med få muligheter til faglig utvikling (Bushy, 2002; Gibb, 2003).

Aktuelle norske fagbøker innen psykisk helse vektlegger kulturforståelse som sentralt innen psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2014; Ulland, Thorød, Ulland, 2015; Karlsson og Borg, 2018). Imidlertid belyses det i liten grad hvorvidt det er andre utfordringer knyttet opp mot psykisk helsearbeid i småsamfunn. Innen barnevernsfeltet har Haugland (2016) forsket på barnevernsarbeideres erfaringer med å jobbe i småkommuner i Nord-Norge med særlig vekt på rollekompleksitet og utfordringer med faglig ensomhet. Internasjonale studier peker også på utfordringer i småsamfunn knyttet opp mot blant annet manglende anonymitet, faglig ensomhet, samt manglende skiller mellom jobb og privatliv for helsearbeidere i småsamfunn (Scharff, 1998; Werth, 2012; Bushy, 2002).

Synet på at småsamfunn er annerledes enn større steder støttes ikke av alle. Schiefloe (2015) hevder at forestillingen om at bygdesamfunnet er annerledes enn bylivet er utdatert og gir ikke et riktig bilde av situasjonen. Han peker på at levesett, livsstil og fritidsinteresser i by og bygd har nærmet seg hverandre slik at det sosiale livet og relasjonsmønstrene i bygdesamfunn i større grad ligner det man finner i urbane strøk. Endring i kommunikasjonsteknologi, sentralisering, mer utdanning og økt individualisering pekes på som viktige faktorer i utjevningen av forskjellene mellom bygd og by.

Det eksisterer lite forskning omkring tema psykisk helsearbeid i småsamfunn i norsk sammenheng (DeSmedt og Mehus, 2017), og dermed vet man lite om det eksisterer særlige utfordringer knyttet til det å jobbe og bo på små steder. Forskning gjort i andre land tyder på at det er knyttet mange særlige utfordringer med å jobbe innen psykisk helse i små, nære samfunn. Det blir da interessant å se nærmere på hvilke erfaringer de som jobber innen kommunalt psykisk helsearbeid i småsamfunn i Finnmark har.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har personlig erfaring med å jobbe innen kommunal psykisk helsetjeneste. For mange år siden takket jeg ja til en jobb som psykiatrisk sykepleier i en liten kommune i Finnmark. Jeg jobbet da ved et psykiatrisk sykehus i Nord-Norge og følte meg godt rustet til å ta fatt på jobben i kommunen. Etter som jeg er født og oppvokst i Finnmark, var det karrige klimaet og utfordringene ved å bo usentralt ikke skremmende. Allikevel var det et kultursjokk og en stor utfordring å jobbe i et lite samfunn der alle kjente hverandre og der jeg sto alene som fagperson innen psykisk helse. Jeg opplevde at arbeidsmetodene og den faglige tenkningen jeg hadde lært i studiet og i arbeid ved det psykiatriske sykehuset ikke strakk til.

Etter hvert skjønnte jeg at det å jobbe som psykiatrisk sykepleier i et lite samfunn kom med andre utfordringer enn jeg tidligere hadde opplevd. Imidlertid opplevde jeg også at det var noen fordeler. Pasientene var ikke bare pasienter, men mennesker jeg møtte i alle situasjoner i livet mitt. Det ga meg en annen forståelse for det å hjelpe mennesker, og hjalp meg til å se psykisk helse i et større perspektiv. Jeg sto også langt friere til å utforme tjenesten slik jeg så det var bra og nyttig, og jeg fikk en god oversikt over hva som rørte seg av utfordringer i det lille samfunnet.

Jeg kunne jobbe bredt og variert og kunne bruke meg selv og min kompetanse på en unik måte. Etter noen år ble imidlertid de spesielle utfordringene ved å jobbe i et lite samfunn innen psykisk helse for mange, og jeg valgte å flytte til et annet sted og jobbe med noe helt annet.

Min erfaring har i ettertid gjort meg nysgjerrig på flere forhold. Hva er det spesielle ved å bo og jobbe i et lite samfunn, og hvordan påvirker det yrkesutøvelsen innen psykisk helsearbeid? Hvordan er forholdene i kommunens psykiske helsetjeneste i dag? Hvilke erfaringer har de psykiske helsearbeiderne som ble værende i tjenesten? Interessen for tema og min personlige erfaring gjorde at jeg valgte å fordype meg i tema psykisk helsearbeid i små kommuner.

## 1.2 Hensikten med studien

Hensikten med studien er å få kunnskaper om psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i kommunal psykisk helsetjenester i småsamfunn.

Det er en viktig kunnskap å få frem hvordan psykisk helsearbeidere erfarer å jobbe i små kommuner, med lange avstander til et større fagmiljø. Hvordan fagansatte innen psykisk helse oppfatter sin hverdag har stor innvirkning på hvordan pasienter innen psykisk helse opplever å bli møtt og ivaretatt. Det har også stor innvirkning på tjenestetilbudet i kommunen, da det kan være ganske sårbart at det er få ansatte i psykisk helsetjeneste. En synliggjøring av hva som er særegent vil kunne bidra til å sette fokus på psykisk helsearbeid i småsamfunn. Bedre beskrivelser av hva som er annerledes vil kunne benyttes i planverk på alle nivå slik at det psykiske helsearbeidet blir mer målrettet og tilpasset innbyggerne og forholdene der de bor. Long og Weinert (1989) mener at man ikke automatisk kan bruke kunnskap som er utviklet i urbane områder til å gjelde i rurale områder. Man må utvikle kunnskap som er mer i tråd med de utfordringene man står overfor i rurale strøk.

### 1.3 Prosjektets formål og foreløpig problemstilling

Studiens tar sikte på å være et bidrag inn i arbeidet med å fylle et kunnskapshull om psykisk helse i småsamfunn. Prosjektets formål er få kunnskaper om hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere i små kommuner i Finnmark har. Dermed skisseres en foreløpig problemstilling. Gjennomgang av tidligere forskning vil kunne belyse om det er en relevant problemstilling, eller om den skal endres.

*Hvilke erfaringer har psykiske helsearbeidere med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i små kommuner i Finnmark.*

### 1.4 Begrepsavklaringer

I studien blir benevnelsen «**psykisk helsearbeider**» benyttet. Det som menes da er en fagperson med en bachelorgrad eller tilsvarende innen helse og sosialfag, og med relevant videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Det innbefatter både psykiatriske sykepleiere og andre med helse- eller sosialfaglig bakgrunn. «**Informant**» og «**psykisk helsearbeider**» vil begge bli benyttet for å benevne deltakerne i denne studien.

Det blir benyttet flere begreper om personer som mottar tjenester fra psykisk helsetjeneste i kommunen. Både benevnelsen «**pasient**» og «**bruker**» blir brukt om hverandre. Pasient er et begrep som er vanlig innen somatisk helse, mens bruker er blitt mer vanlig innen psykisk helsearbeid. Begge benevnelsene blir brukt av informantene i studien og i anvendt litteratur, derfor er det ikke gjort noen forsøk på å bruke en benevnelse i denne studien.

«**Småsamfunn**» er et kjernebegrep i denne studien. Her vil det også bli benyttet andre betegnelser slik som «**små kommuner**», «**distrikt**» og «**ruralt**». Alle vil ha noenlunde samme betydning i studien. Normalt vil det innebære et geografisk begrenset område, slik som en kommune, med mindre enn 2.500 innbyggere og med lengre avstand til et større sted eller by.



## 1.5 Studiens kontekst; Finnmark

Med nesten 50.000 kvadratkilometer er Finnmark det største fylket i Norge. Lengst nord ligger det værhardt til, med Nordishavet som kystlinje, grensen til Russland i øst, og Finland i sør. Finnmark er et langstrakt og spredt befolket område, og 10 av 19 kommuner har en befolkning på mindre enn 2.500 innbyggere (SSB, 2019). Disse kommunene har ofte få eller bare en ansatt innen psykisk helse. Det kan være lange avstander til distriktpsikiatriske sentre hvor spesialkompetanse innen psykisk helse befinner seg. For eksempel er det 240 kilometer fra kommunene Gamvik og Lebesby til nærmeste DPS, og 360 kilometer til nærmeste sykehus i veistrekning en vei. Vær- og klimaforhold gjør det slik at det i store deler av året kan by på utfordringer å reise, med stengte fjelloverganger, og fly som blir kansellert.

Det er store variasjoner i forhold til hvor mange årsverk den enkelte kommune har innen psykisk helse og rus. Lavest nivå har Gamvik kommune hvor det rapporteres om 7 årsverk per 10.000 innbyggere. De fleste kommunene i Finnmark ligger på mellom 20 og 50 årsverk per 10.000 innbyggere, med et snitt på 36 per 10.000. Landsgjennomsnittet ligger på 30 årsverk per 10.000 innbyggere (Ose m.fl., 2018). Å rekruttere og beholde helsepersonell i Finnmark har i mange år vært en stor utfordring. Økonomiske tiltak i form av redusert skatt for alle innbyggerne i Finnmark og nedskrivning av studielån har vært gjennomført i mange år. I den senere tid har det vært gjennomført desentralisert utdanning innen sykepleie, som muliggjør utdanning for folk bosatt i rurale områder i Nord-Norge uten å måtte flytte fra hjemstedet. Norbye og Skaalvik (2013) har i en studie funnet ut at desentralisert utdanning innen sykepleie har gitt positive resultater. Studentene blir i kommunen etter endt utdanning. Deres funn viser at 85 % av de intervjuede studentene jobber og bor i området.

## 1.6 Gjennomgang av forskning

Dette delkapittelet har som hensikt å gi en oversikt over hva man vet og hvilke studier som er gjort med tanke på psykisk helsearbeid i småsamfunn. Det har blitt utført litteratursøk om studiens tema i flere omganger i løpet av de siste tre årene. Ulike databaser er benyttet, slik som PubMed, Cinahl, Sage, samt bibliotekets egne søkerside. I tillegg er Google scholar, nettstedet Rural and Remote Health, og andre søkemotorer benyttet for å fange opp relevant litteratur. Søkeord som har vært benyttet er «rural health» «rural mental health», «rural mental health nursing», «rural nursing», «small communities». Disse søkeordene har også vært

kombinert med «ethics», «social», «social capital». I tillegg har to bøker om rural forskning vært brukt: Winters, C. (2013) «Rural Nursing. Concepts, Theory, and Practice», og Smalley, K.B., Warren, J.C., Rainer, J.P. (2012) «Rural Mental Health. Issues, Policies, and Best Practices». Disse bøkene betraktes som kjernelitteratur i rural sykepleie og ruralt psykisk helsearbeid og psykologi.

Internasjonalt blir betegnelsen ruralt benyttet om småsamfunn. Ruralitet som perspektiv innen helsefag er et stort og fokusert forskningsfelt internasjonalt, med USA, Canada og Australia som ledende innen kunnskapsutviklingen. I Norge har fagfeltet fått økende oppmerksomhet, men det er fortsatt mye som ikke er forsket på. Spesielt psykisk helse i rurale områder er et nytt forskningsfelt i Norge. En scoping review om begrepet rural sykepleie i Norge viste at det er gjort lite forskning på temaet i Norden (DeSmedt og Mehus, 2017).

#### 1.6.1 Ruralt som forskningsfelt og teori

Det eksisterer ingen entydig definisjon på hva som er ruralt. Definisjonene baserer seg ofte på antall innbyggere i et område, befolkningstettheten, og økonomiske faktorer. Selv om definisjonene varierer, er det påvist at rurale områder har spesielle situasjoner knyttet til helseproblemer, mangel på ressurser, spesielle demografiske forhold, kulturell atferd og økonomiske utfordringer som sammenlagt er utslagsgivende for den psykiske helsen i befolkningen (Smalley og Warren, 2012). Drury, Francis, og Dulhunty (2005) viser til at rurale områder har små og få tjenestetilbud, man jobber svært selvstendig, man har begrenset støtte i fagmiljø, og er langt unna spesialisttilbud. Flere definisjoner beskriver også ruralt som alle territorier utenfor et urbant område, og gjerne med mindre enn 2.500 innbyggere (Roberts, Battaglia, Epstein, 1999).

Avstanden til ulike typer tjenester er også en medvirkende faktor i definisjonen på ruralt. Her vil en reisetid på mer enn en time til spesialisthelsetjeneste samt en befolkningstetthet på 6 personer eller mindre per kvadratkilometer være en definisjon på ruralt (Wakerman, 2004). I Finnmark har 18 av 19 kommuner en befolkningstetthet på 6 eller mindre per kvadratkilometer, samt en gjennomsnittlig reisetid til lokalsykehus på tre timer (DeSmedt og Mehus, 2017).

I denne studien har jeg valgt å definere ruralt som kommuner i Finnmark med mindre enn 2.500 innbyggere, og med en reisetid på en time eller mer til spesialisthelsetjeneste innen psykisk helse som Distriktpsikiatrisk Senter og Voksenpsykiatrisk Poliklinikk. Det betyr også at det er minst en times reisetid til et større tettsted eller by.

Scharffs definisjon på å være rural beskriver mange av de utfordringene ved å jobbe på små plasser. Hun presiserer at det handler om å være rural og å kunne rural, i motsetning til å jobbe i rurale områder. Hun fremhever at man har en identitet som rural helsearbeider noe som innebærer mange ting. Det å være rural betyr å være langt fra alle steder og ganske nært ingen steder. Det handler om å være uavhengig eller kanskje bare alene. Du er synlig for alle i arbeidet både når du gjør en god jobb og når du gjør feil. Fordi det ofte ikke er andre å henvende seg til, må du søke svarene inni deg selv. Dine pasienter også kan være dine nærmeste venner eller familie. Videre sier hun at rural kunnskap handler om å vite at det du kan er ofte alt du har. Du kjenner personlig kjenne alle du jobber sammen med, og har personlig kjennskap til nesten alle pasientene du ivaretar (Scharff, 1998). Det handler med andre ord om lange avstander til andre steder, om å være alene, om manglende anonymitet, få kollegaer, og rollekompleksitet i form av sammenblanding mellom jobb og privatliv.

Long og Weinert (1989) utarbeidet en teori om rural sykepleie etter forskning i småsamfunn i Montana, USA på 70- og 80-tallet. Her vektla de at rural sykepleie er annerledes og opererer under svært unike forhold sammenlignet med større samfunn. Innbyggerne definerte helse og sykdom som relatert til arbeid og funksjonsevne, det var en følelse av isolasjon og avstand til andre steder, innbyggernes vektlegging av uavhengighet, manglende anonymitet for innbyggerne og helsepersonell, samt «insider» «outsider» som faktor, altså om du var ansett som et medlem av lokalsamfunnet (insider), eller om du var en utenforstående (outsider). Dette var faktorer som spilte inn i sykepleien til pasienter i rurale områder. Etter hvert som mer forskning har vært gjennomført så viser det seg at synet på helse og sykdom har endret seg til en mer holistisk forståelse, og innbyggernes motvilje til å få hjelp fra utenforstående har blitt mer nyansert og avhengig av hvem det gjelder (Lee og McDonagh, 2013).

### 1.6.2 Manglende skiller mellom jobb og privat

Rollekompleksitet og manglende anonymitet er en kjent utfordring for helsearbeidere i rurale områder, slik Scharff beskriver. Det er vanlig å treffe på pasienter utenom arbeidstid, både på butikken og i ulike sosiale sammenhenger, dette er noe som man forventer skal skje.

Behandleren er ofte svært synlig i lokalmiljøet, slik at det han og familien foretar seg på fritiden vil sees i sammenheng med hans yrkesidentitet. Det kan gi en følelse av å måtte være på jobb og måtte opptre som en perfekt rollemodell til enhver tid. I små samfunn har man som oftest private relasjoner til pasienter, være seg tidligere, nåværende eller fremtidige pasienter. Kanskje opplever terapeuten at en tidligere pasient er en nær venn av familien, eller at terapeuten har flere pasienter som er i familie med hverandre og som går til behandling hos ham. Det kan også være nære venner eller omgangskrets som i fremtiden vil ta kontakt og ønske hjelp (Werth, 2012).

### 1.6.3 Etske utfordringer i småsamfunn

Konfidensialitet og taushetsplikt er også områder som kan by på ekstra utfordringer i småsamfunn. Roberts m.fl. (1999) har sammenlignet rurale områder med et lite akvarium på den måten at «alle» i samfunnet ser og hører hva som skjer, slik at sjansen for at taushetsplikten brytes er mye større i småsamfunn.

Hastings og Cohn (2013) peker på at de fleste som jobber i rurale områder har fått opplæring som baserer seg på teori fra storsamfunnet. Der er ofte grensene avklarte og man har mange andre som kan overta hvis det kommer til en situasjon hvor man kjenner pasienten privat. De etiske utfordringene i rurale områder kan være både annerledes og forsterkede tatt i betraktning den nærheten som eksisterer i småsamfunn. Fifield og Oliver (2016) viser til at de fleste som jobber innen psykisk helse i rurale områder har fått sin utdanning i en urban praksis med idealer om strenge pasient – behandler grenser, samt mange andre fagpersoner å henvise videre til. Dette samsvarer ikke med en rural tilværelse med overlappende relasjoner mellom jobb og privat.

Etisk bevissthet viser seg å være et viktig aspekt ved å jobbe i rurale områder, med ekstra fokus på taushetsplikt og det spesielle ved å bo og leve i tette samfunn. Økt stress og belastninger ved å være alene i jobben uten faglig nettverk kan føre til utbrenthet, som igjen kan true forsvarligheten i utøvelsen av yrket. Å føle at man ikke strekker til og ikke er god nok er vist å ha sammenheng med økt tendens til utbrenthet (Dahlquist, Søderberg, Norberg, 2009). Etisk bevissthet fordrer både kapasitet, tid og overskudd til å reflektere over egen praksis, samt kolleger å reflektere sammen med som har kjennskap til de særegne ved å jobbe i rurale områder.

#### 1.6.4 Helsepersonell i rurale områder

Studier viser at det er vanlig at helsepersonell i rurale områder har avanserte arbeidsoppgaver, stort ansvar, og stor autonomi. Det er et behov for utvidede kunnskaper fordi man blir generalister og må jobbe innen et stort og variert område og møter pasienter med mange ulike utfordringer. På samme tid har helsepersonell i rurale områder mangel på tilgang til opplæring på grunn av få ansatte i samme yrke og lange avstander til nærmeste universitet. Rurale helsepersonell fungerer ofte alene med sparsomme ressurser og lite støtte (Roberts, Battaglia, Smithpeter, Epstein, 1999; Gibb, 2003; Drury m.fl., 2005).

Mangel på kvalifisert helsepersonell i rurale områder har vært et hovedproblem i flere tiår. Mye rural forskning har konsentrert seg om denne utfordringen, både hvordan rekruttere, beholde og videreutdanne helsepersonell. Den ekstra belastningen ved å jobbe innen psykisk helse i rurale områder handler ofte om å være alene med stort ansvar, samt mangel på anonymitet i samfunnet. (Bushy, 2002; Gibb, 2003; Masvie og Ytrehus, 2013). Dette kan resultere i utbrenthet og tilbaketrekning fra pasienter og samfunnet.

Det påpekes hvor viktig det er at helsepersonell er klar over denne sårbarheten og tar ansvar for å ta vare på seg selv. Høyere risiko for utbrenthet var forbundet med manglende kontakt med andre profesjonelle, noe som er svært vanlig i rurale samfunn. Det var også funnet en sammenheng mellom utbrenthet og utfordringer med å skille mellom jobb og privatliv (Hargrove og Curtin, 2012).



### 1.6.5 Psykiske helsetjenester i ruralt perspektiv

Psykiske helseproblemer i småsamfunn har ofte en større alvorlighetsgrad enn i større områder. Det handler i stor grad om at personer med psykiske problemer søker hjelp på et mye senere stadium når de bor i småsamfunn enn i større byer. Det pekes på særlig to hovedutfordringer i denne sammenheng: tilgjengelighet til tjenester og aksept for psykiske lidelser. Tilgjengelighet på tjenester handler om at det er lang avstand til spesialisthelsetjenesten, men også at det er stor mangel på fagfolk i småsamfunn. Aksept handler om at mange vegrer seg for å søke hjelp i småsamfunn fordi det eksisterer et stigma mot psykiske lidelser. I tillegg vil en redusert anonymitet i småsamfunn gjøre det vanskelig å holde det hemmelig at man søker hjelp for psykiske plager (Smalley og Warren, 2012).

Aksept for tjenesten handler også om i hvilken grad pasientene opplever hjelpen som passende for å dekke deres behov. Rurale innbyggere foretrekker i stor grad hjelpere som kommer fra rurale områder eller som viser forståelse for de kulturelle nyansene i rurale samfunn. Dermed blir kulturforståelse og kultursensitivitet en svært viktig kunnskap for å lykkes i småsamfunn. En måte å lære dette på er å bli involvert i lokalsamfunnet, delta og være synlig. Å trekke seg tilbake og gjemme seg bak en profesjonell fasade vil kunne øke avstanden og skape mistillit (Bischoff, Reisbig, Springer, Schultz, Robinson, Olson, 2014).

Lauder, Reynolds, Reilly, Angus (2001) viser til at tilknytning og tilhørighet i samfunnet er en viktig egenskap hos sykepleiere som jobber i distriktet. De er en del av mange uformelle nettverk, noe som gjør at de lettere fanger opp problemer på et tidlig tidspunkt. Disse sykepleierne innehar stor tillit i samfunnet, og er den personen innbyggerne henvender seg til uansett om sykepleieren er på jobb eller ikke. Selv føler de seg ikke kompetente til å håndtere komplekse psykiske lidelser alene, og det er behov for utdanning, veiledning og støtte for å kunne stå i disse situasjonene.

Rurale innbyggere er ofte var for all kritikk av rural kultur, og kan være motvillig mot forsøk på å pålegge urbane måter å håndtere ting på (Bischoff m.fl., 2014). Fors (2018) viser til små ofte ubevisste devalueringer av rural kunnskap som gjennomgående i storsamfunnet. Rural har lavere status, hevder hun, og viser også til at urbane byer utnytter rurale områder både med hensyn til naturressurser og jobbmuligheter. Jobbmuligheter i rurale områder anses ikke

som varig, men heller som et springbrett til mer attraktive jobber i urbane områder på et senere tidspunkt.

#### 1.6.6 Ruralitet som ressurs

Noen studier peker på positive aspekter ved å jobbe i rurale områder. Masvie og Ytrehus (2013) viste at psykiske helsearbeidere i små kommuner i Nordland opplevde selvstendighet og uavhengighet som en positiv egenskap ved jobben. De poengterte også at nære relasjoner til pasientene opplevdes berikende. Hastings og Cohn (2013) har gjennomført en spørreundersøkelse om jobbtilfredshet med 123 psykiske helsearbeidere i rurale områder i USA. Her ble blant annet frihet og fleksibilitet trukket frem som fordeler med rural praksis. Det ble også fremhevet som positivt å ha mange ulike pasienter og en variert arbeidshverdag. Samfunnet med få «by-problemer» som kriminalitet og forurensning ble også fremhevet. Nærhet til naturen, nærhet til familie og venner, samt fred og ro var høyt verdsatt i rurale områder. Fifield og Oliver (2016) fremhever fordeler med en rural livsstil som handler om mindre stress, mindre trafikk og større nærhet til naturen. Arbeid i rurale områder gir også en stor mulighet til å jobbe selvstendig med store variasjoner i arbeidet, samt muligheten til å se resultater av arbeidet sitt i lokalsamfunnet. Fors (2018) peker på at man lærer å være fleksibel og beholder sin nysgjerrighet og ydmykhet ved å jobbe i rural setting.

### 1.7 Endelig problemstilling

Som vist i forrige avsnitt peker internasjonal forskning på mange utfordringer ved å jobbe i småsamfunn. Det er lange avstander til andre steder, og helsepersonell jobber ofte alene eller med få kollegaer, noe som medfører et stort ansvar yrkesmessig. Det er generelt vanskelig å rekruttere fagpersoner til å jobbe i distriktene. Små samfunn medfører utfordringer i forhold til sammenblanding mellom jobb og privatliv, og man blir synlig som fagperson i alle sammenhenger. Etske koder og regler er ofte laget for større, mer urbane strøk, og tar ikke hensyn til de spesielle forhold i småsamfunn. Økt grad av selvstendighet samt nærhet til mennesker blir trukket frem som positivt ved å jobbe i rural praksis.

Spørsmålet blir da om psykisk helsearbeid i småsamfunn i Finnmark gjenspeiler de utfordringene som er trukket frem i forskning fra andre land, eller om det er andre momenter som er mer fremtredende hos de psykiske helsearbeiderne som jobber i kommunal psykisk helsetjeneste. I og med at man vet lite om hva de psykiske helsearbeiderne står i til daglig, er det valgt en bred inngang til tema. Følgende problemstilling er utformet:

*«Hvilke erfaringer har psykiske helsearbeidere med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i små kommuner i Finnmark».*

## 2.0 Kunnskapsgrunnlag

Som bakteppe og kunnskapsgrunnlag i forskning på psykiske helsearbeideres erfaringer ved å jobbe i småsamfunn, er det valgt å se på hvilke statlige føringer som ligger til grunn for arbeidet og hvordan dette knyttet opp mot fagfeltet psykisk helsearbeid i kommuner. Det legges også vekt på kunnskap om samfunn hvor det sees spesielt på temaene samarbeid, kultur og sosial kapital. De samfunnsmessige aspektene ved å jobbe i småsamfunn er fremtredende, noe som gjenspeiles i denne studien.

### 2.1 Kommunalt psykisk helsearbeid

I følge helse- og omsorgstjenesteloven skal hovedtyngden av tjenestene til personer med rus- og psykiske lidelser inngå i de ordinære kommunale tjenestene, og finansieres over rammefinansieringen av kommunen. Den enkelte kommune skal selv avgjøre hvordan tjenesten skal organiseres ut fra lokale forhold og behov. Personer med rus og psykiske lidelser har ofte behov for sammensatte tjenester over tid, og det er nødvendig at tjenester rommer både forebygging, primærhelsetjenester, sosialtjenester, omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (Departementene, 2017).

Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999 til 2008 var en omfattende helsepolitisk reform som skulle ta tak i de store problemene innen psykisk helsearbeid, skissert i Stortingsmelding 25 «Åpenhet og helhet» fra 1997. Den belyste at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser bar preg av omfattende brister på alle nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Opptrappingsplanen la vekt på å styrke tilbudet til pasienter med psykiske lidelser på alle nivå, samt å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med brukerperspektivet i fokus. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten opplevde en stor styrking av faglig kompetanse under opptrappingsplanen, med en økning på 4.400 årsverk i kommunene og 4.600 årsverk i spesialisthelsetjenesten. Det ble utdannet over 6000 personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014; Ose m.fl., 2018, Departementene, 2017).

Utgangspunktet var at psykisk helsearbeid i kommunene ikke skulle være en egen tjeneste. Mange kommuner valgte allikevel å organisere dette som en egen tjeneste, og i dag har de fleste kommunene i Norge en egen tjeneste for psykisk helse og rus for voksne. Kun 9 prosent av kommunene har integrert tilbudet inn i eksisterende tjenester. For tjenester rettet mot barn er det større variasjoner, det vanligste ser ut til å være at tilbudet i stor grad ivaretas av eksisterende tjenester slik som helsestasjon, ppt, barnevern, skole og barnehage (Ose m.fl., 2018). Organiseringsformen med psykisk helse som en egen tjeneste, vil for små kommuner innebære at tjenesten kun har en eller to ansatte, og at den psykiske helsearbeideren ofte er den eneste i kommunen som har fagkompetanse innen psykisk helsearbeid.

Veilederen «Sammen om mestring» ble utgitt av helsedirektoratet i 2014 og beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helse og rusarbeid. Her skisseres det at samarbeid og et felles ansvar er vesentlig for å tilby helhetlige tjenester. Det vektlegges også at psykisk helsearbeid krever en flerfaglig tilnærming, hvor det legges til rette for at faggruppens unike kompetanse utfyller hverandre. Det fremheves også at en god relasjon til bruker bør være preget av tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning (Helsedirektoratet, 2014). I 2017 kom regjeringen med en strategi som omfatter hele det psykiske helsefeltet med særlig vektlegging av barn og unge og helsefremmende tiltak. «Mestre hele livet» (2017-2022) har fokus på livskvalitet, trivsel og mestring og fremhever at det ikke bare er helsesektoren som har ansvaret for psykisk helsearbeid, men at dette arbeidet må inngå som en del av det ordinære arbeidet i alle sektorer. Det vektlegges at samarbeidet mellom sektorene må styrkes (Departementene, 2017).

Den kommunale helsetjenesten har mange oppgaver som den skal løse. Tjenestene skal være tilgjengelig for alle innbyggere og dekke både helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende helsetjenester. Psykisk helsearbeid er en nyere faglig betegnelse, som representerer et alternativ til den tradisjonelle medisinsk-psykiatriske tilnærmingen (Hummelvoll, 2014). Den nyere psykiske helsetjenesten rommer mange ulike fagfelt som helse, psykologi, sosiologi, sosialt arbeid, pedagogikk og kultur (Ulland m.fl., 2015). Dette stiller igjen store krav til de som jobber innen psykisk helsearbeid i kommunene om å favne flere store fagfelt, jobbe bredt, møte alle slags mennesker i ulike faser i livet og med et stort spekter av utfordringer og ressurser.



## 2.2 Den psykiske helsearbeideren

Psykisk helsearbeid i kommunene fordrer et tverrfaglig perspektiv, slik som regjeringen skisserer. I dette ligger det også at fagfeltet psykisk helse favner både helseaspekt og sosialt perspektiv. Videreutdanning og masterutdanning innen psykisk helse er tverrfaglig. Imidlertid velger jeg å støtte meg til sykepleiefaglig litteratur for å beskrive kompetansen til den som jobber innen psykisk helsearbeid i kommunen, da dette er mitt fagområde.

Hva som er psykiatrisk sykepleie som fagfelt er ikke entydig definert, men Hummelvoll (2014) beskriver noen sentrale momenter. I tillegg til grunnleggende sykepleie, har faget innhold av psykiatri, psykologi og samfunnsvitenskap. Det handler i stor grad om relasjonsbygging mellom den psykiatriske sykepleieren og pasienten hvor sentrale verdier er likeverdighet, tilstedeværelse og åpenhet. Formidling av håp er også sentralt i arbeidet.

*«Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/ redusere hans helseproblem. (...) Ut over det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer» (Hummelvoll, 2014:43).*

Psykiatrisk sykepleie utføres i relasjoner til andre mennesker, noe som også er kjernen i psykisk helsearbeid. Det foregår både på individnivå, på sosialt nivå og på samfunnsnivå. Derfor må psykiatrisk sykepleie ses i sammenheng med omgivelsene og samfunnet faget utøves i. Her kommer kunnskap om lokalsamfunnet inn som et moment. Psykiatrisk sykepleie i småsamfunn er et spesielt fagområde, noe som fordrer spesielle kunnskaper.

Ivaretagelse av grunnleggende behov er sentralt i sykepleien. Grunnleggende behov for mennesker er ofte skissert gjennom Maslows behovspyramide, der fysiologiske, materielle og sosiale behov utgjør grunnsteinene, og anerkjennelse og selvrealisering er behov som kommer når de andre behovene er oppfylt. En modifisering av behovspyramiden er gjort av Schiefloe som har utviklet behovstriangelet. Her er trygghet, tilhørighet og meningsfullhet tre hovedelementer, og fellesskap, anerkjennelse og forståelse er prosesser som knyttes opp mot behovene. Disse tre prosessene er både mål i seg selv og nødvendige forutsetninger for trygghet, meningsfullhet og tilhørighet. Alle disse behovene er knyttet opp mot sosiale sammenhenger (Schiefloe, 2015).

Sykepleie til pasienter knyttes opp mot dekking av grunnleggende behov, men også sykepleieren selv styres av behov. Hva som gjør at den psykiatriske sykepleieren motiveres til å bli i jobben kan muligens settes i sammenheng med behovstriangelet. Hvis man opplever trygghet, tilhørighet og meningsfullhet i sitt arbeid, vil man kunne opprettholde en motivasjon for arbeidet.

### 2.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid anses som viktig i helsesektoren og har de senere årene blitt vektlagt i større grad i de ulike fagutdanningene. I små samfunn hvor fagpersoner ofte er alene eller svært få i tjenesten vil samarbeid med andre faggrupper kunne være styrkende. Dette vises i forskning gjort i rurale områder der det poengteres at samarbeid med andre faggrupper og tjenester er viktig for å lykkes i arbeidet og for å holde ut i jobben (Bischoff m.fl., 2014).

Tverrfaglig samarbeid defineres som en arbeidsform og en metode der flere yrkesgrupper jobber sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål. Tverrfaglig samarbeid oppleves som viktig og nødvendig av mange grunner. Blant annet vil de ulike fagpersonenes kunnskaper kunne samles og bidra til å utvikle en felles forståelse av hva som er viktig å gjøre. Det gir også en større mulighet til å se ulike problemstillinger og pasienter i et helhetlig perspektiv, siden de ulike fagpersonene bringer med seg sitt perspektiv som kan settes sammen til et større bilde. Faglig støtte er en annen positiv ting med tverrfaglig samarbeid. Her vil den enkelte ansatte kunne drøfte faglige og følelsesmessige utfordrende situasjoner med hverandre (Glavin og Erdal, 2018).

Ifølge Glavin og Erdal (2018) vil tverrfaglig samarbeid kunne bidra til å øke kompetansen og kunnskapsnivået hos de ulike yrkesutøverne. Ved å drøfte ting sammen vil man få kjennskap til de ulike fagpersonenes kunnskaper som vil deles i de tverrfaglige drøftingene og veiledningene. Larsen (1994) kalte denne kunnskapsøkingen som kom frem i tverrfaglig samarbeid for «merviten». Ny viten og nye holdninger oppstår og danner denne merviten som er felles for gruppa. Han fremhever også at gruppa vil få overblikk over helheten, og det vil kunne skapes et engasjement og en fellesskapsfølelse. Ulempen med denne samarbeidsformen kunne være en fare for at egen faglighet sto i fare for å stagnere, og at faglige maktkamper ville kunne blomstre for å gjenvinne sin faglige autonomi.

Det kan også være effektiv ressursutnyttelse å samle fagpersoner som jobber med ulike deler av en persons hjelpebehov, slik at personen slipper å forholde seg til et fragmentert og mangehodet hjelpeapparat. Glavin og Erdal (2018) mener også at tverrfaglig samarbeid vil gi muligheter til å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt og vurdere effekten fortløpende.

Det er mange fordeler ved et tverrfaglig samarbeid. Imidlertid vil det også være flere utfordringer for å få samarbeidet til å lykkes. Økt samordning vil påvirke den enkeltes frihet og selvstendighet i arbeidet ved at mer styring og makt overføres fra den enkelte enhet til fellesenheten (Glavin og Erdal, 2018). Ramsdal (2004:9) viser til at

*«Faglig oppsplitting, profesjonalisering og sektorisering er de viktigste forklaringsfaktorene på de problemene en møter i bestrebelsene på økt samarbeid og samordning. (...) I psykiatrien gir profesjonalisering og spesialisering særlige utslag, idet det her både er mange profesjonsgrupper, ulike faglige perspektiver og (behandlings-) metoder som overlapper eller konkurrerer med hverandre».*

For å lykkes med tverrfaglig samarbeid og samordning av tjenestene så må flere sentrale momenter være på plass. Først og fremst er det viktig at samarbeidet forankres i ledelsen i kommunen, både administrativt og politisk, og synliggjøres i planer. Det fremheves at alle aktørene i samarbeidet må se betydningen av samarbeidet. Felles målsetting må utarbeides, og en felles forståelse av hva som er viktige oppgaver og hvordan de skal løses må være på plass (Glavin og Erdal, 2018)

## 2.4 Kulturell kompetanse

Utenlandske studier har sett på den kulturelle forståelsen som en viktig del av det å lykkes innen psykisk helsearbeid. En studie fremhever at hvis man skal lykkes innen psykisk helsearbeid i små samfunn kreves det en sensitivitet og kjennskap til den lokale kulturen. Kultursensitivitet ansees som den viktigste ingrediensen i vellykket ruralt helsearbeid, og troverdigheten til hjelperen er knyttet sammen med hvor godt de kjenner samfunnet og kan snakke om ting som er viktig for pasienter og innbyggere. Her hevdes det at de tradisjonelle modellene som studenter blir opplært i er basert på urban praksis og vil ikke alltid fungere i rurale samfunn (Bischoff m.fl., 2014).

Helsepersonells evne til å være følsom overfor kulturelle innflytelser vil ikke bare være viktig for å forstå pasientens ståsted, men vil også være en viktig brobygger for samarbeidet mellom behandleren og pasienten. Hvis man ikke evner å forstå pasientens kulturelle ståsted kan det føre til mistillit og misforståelser, og i siste instans føre til at hjelpen er mer skadelig enn virkningsfullt. Smalley og Warren (2012) fremhever at det rurale aspektet er en viktig kulturell mangfoldighet, og burde bli anerkjent som en egen unik kultur.

Kultur defineres ulikt, men handler i stor grad om et levende og foranderlig aspekt ved menneskelig interaksjon. Hylland Eriksen og Sajjad (2016:35) støtter seg til Edward Tylors definisjon fra 1871 som sier:

*«Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn»*

Kultur kan forstås som det som er tillært, i motsetning til det man er født med. Kultur kan være noe man har til felles med andre, enten innenfor et geografisk område, eller med andre med lignende bakgrunn og erfaringer. Man kan snakke om en nordnorsk kultur, men innenfor den nordnorske kulturen eksisterer mange ulike kulturer. For eksempel kan det være mange likhetstrekk ved det å bo i småsamfunn i Finnmark, men samtidig kan kystkulturen og innlandskulturen være svært forskjellige på mange områder.

Blix (2014) hevder at man skal være forsiktig med å beskrive den andres kultur som noe statisk og fast, for det å beskrive andres kulturelle trekk vil ikke være hensiktsmessig. Både pasienten og helsepersonell har med seg ulike kulturer, slik at man må ta begge med i betraktning når man skal forstå. *«Dominerende diskurser og rådende oppfatninger om «de kulturelt andre» kan bidra til marginaliserende praksiser i helsetjenestene»* (Blix, 2014:478). Poenget er ikke å betrakte pasienter i rurale områder som «den andre» som innehar en spesiell kultur som man må forstå statisk innenfor en ramme, men heller ha en forståelse for at både pasientens og hjelperens omgivelser i det rurale vil spille en stor rolle i det å kommunisere og forstå hverandre.

Haugland (2016) har forsket på barnevern i små distriktskommuner i Nord-Norge, og hun løfter frem kulturkompetanse som en vesentlig kunnskap hos barnevernansatte i småsamfunn. Hun viser til at barnevernsansatte i småkommuner har en nærhet til mennesker og miljø som gir unike muligheter for å se og hjelpe barn. Kulturforståelse, felles språk og samfunnsdeltakelse vil både bidra til en bedre og mer helhetlig forståelse samt større muligheter til å finne gode løsninger i arbeid med barn og familier. Kulturkompetanse innen psykisk helse er også fremhevet i de senere årene, noe man blant annet kan se i faglitteratur (Hummelvoll, 2014; Karlsson og Borg, 2018).

Finnmarks historie preges av mange kamper, og av å ikke bli sett, hørt eller tatt på alvor. Finnmark er et flerkulturelt samfunn hvor nordmenn, samer og kvener har sameksistert i flere hundre år. En hard prosess med fornorskning av samer, okkupering og nedbrenning av hele fylket under andre verdenskrig, og aksjon mot demming av Altaelva på 70- og 80-tallet har satt store spor i befolkningen. Nå foregår en kamp mot en tvangssammenslåing av Finnmark og Troms fylke.

Den nordnorske kulturen bærer preg av en dobbelthet, som blant annet blir beskrevet av Edvardsen (1997). Her viser han til at det har eksistert en hierarkisk kulturforståelse hvor myndighetene sørfra hadde makt til å definere hva Norge var og skulle bli. Ekspertes i form av leger, lærere og prester ble sendt fra sentrale skoler i sør til å gi opplæring til innbyggerne i Nord-Norge, uten å ta hensyn til innbyggernes levesett og kultur. Samtidig har innbyggerne i Nord-Norge vært vant til å klare seg selv og ikke ønsket utenforstående til å bestemme. En kultur preget av holdningene «vi står han av» og «vi bøyer oss ikke for overmakta». Edvardsen (1997) sier det er snakk om både nordnorske selvstendighetstrekk på den ene siden, og nordnorske underlegenhetsstrekk på den andre siden.

## 2.5 Sosial kapital

Sosiale nettverk har verdi, og sosiale relasjoner kan betraktes som en kapital mennesker kan få utbytte av ved å inngå i nettverk av sosiale relasjoner. Det er ressurser som springer ut fra mellommenneskelighet og ofte har et positivt utfall, en produktiv kraft og en ressurs som ofte strekker seg ut over selve fellesskapet (Rosenmeier, 2007). Det vil si at sosialt felleskap og nettverk er en ressurs både for enkeltmennesker og for samfunnet.



Det er mange definisjoner på sosial kapital, og de fleste fokuserer på tillit og gjensidighet som hovedelement (Schiefløe, 2015). Bourdieu definerer sosial kapital som

*«summen av de faktiske eller potensielle ressursene som er knyttet til det å ha et varig nettverk av mer eller mindre institusjonaliserte relasjoner, preget av gjensidig kjennskap og anerkjennelse».* (Schiefløe, 2015:93)

Det Bourdieu peker på kan knyttes opp mot småsamfunn hvor man kan oppleve selve samfunnet som en ressurs for den enkelte og for innbyggerne samlet. Bourdieu viser til at sosiale nettverk ikke er naturlige fenomener men et produkt av individuelle eller kollektive investeringsstrategier. Han mener at det som binder mennesker sammen er gevinst. Det er lønnsomt for den enkelte å inngå i sosiale nettverk fordi nettverk gir kollektive goder i form av generalisert tillit og felles sosiale normer (Rosenmeier, 2007)

Coleman (2000) har tatt opp begrepet sosial kapital. Han fremhever også at sosial kapital er en ressurs, og at den er forankret i en sosial struktur ved at den er knyttet til relasjoner mellom mennesker. Coleman peker på at sosial kapital både er en systemegenskap og en individuell ressurs som oppstår mellom mennesker, inngår i sosiale forbindelser og nettverk basert på grunnleggende prinsipper om tillit, gjensidighet og normer for handling. Sosial kapital kan bidra i positiv retning slik at lokalsamfunnet som helhet fungerer bedre, og dette vil kunne komme samfunnet og deltakerne til gode, en slags fellesgode. Dermed er sosial kapital ikke noe en enkeltperson har av egenskaper eller noe det enkelte individ kan tilføre fellesskapet, men noe som oppstår i strukturen av menneskers relasjoner og ligger utenfor mennesket. Fellesskap basert på høy grad av tillit og gjensidighet vil skape grunnlag for en høy grad av sosial kapital. Mislighold av sosiale relasjoner vil kunne føre til lav grad av sosial kapital, eller en utslettelse av den (Coleman, 2000; Rosenmeier, 2007; Schieflo, 2015).

Putnam (1995) definerer sosial kapital som forbindelser mellom mennesker og de normer for gjensidighet og tillit som oppstår. Definisjonen rommer både en kulturell komponent i form av normer, og en strukturell komponent i form av nettverk. Det er spesielt den strukturelle komponenten som Putnam vektlegger. Han trekker frem at det er forekomsten og mengden av sosiale nettverk som er en forutsetning for utviklingen av gjensidige tillitsforhold. Jo mer man inngår i sosiale forbindelser, desto mer tillit vil man ha til hverandre.

Sosial kapital skapes ved menneskers aktive deltakelse i organisasjoner og grupper, og innenfor gruppen oppstår det felles normer og forpliktelser som fungerer som lim til å knytte mennesker tettere sammen. Den viktigste normen er gjensidighet, altså at man gjør noe for andre i håp om at noen i gruppen eller samfunnet vil hjelpe senere når man trenger det (Putnam, 1995; Rosenmeier, 2007). I samfunn hvor det er vanlig med generalisert gjensidighet vil det være større muligheter for vekst, og samfunnet vil kunne fungere bedre enn samfunn preget av mistillit og mistenksomhet (Schieffloe, 2015).

Putnam skiller mellom to typer nettverk som gir to ulike former for sosial kapital. Vertikale nettverk produserer sammenbindende (eng: bonding) sosial kapital. Dette kjennetegnes ved innadvendte nettverk med klare normer og forventninger, slik som man kan se i religiøse og etniske grupper. De kjennetegnes av sterke sosiale bånd og en sterk lojalitet og gjensidighet. Positive gevinster av et slikt nettverk kan være høy grad av sosial og psykisk støtte, mens de negative konsekvensene kan være sterk grad av sosial kontroll som virker begrensende på handlingsfrihet og gjør det vanskelig å skille seg ut fra mengden. Den andre typen er horisontale nettverk som har en brobyggende (eng: bridging) sosial kapital. Dette kjennetegnes ved grupper der medlemmene er på nivå med hverandre, og der personer fra ulike sosiale sammenhenger knyttes sammen. Båndene mellom menneskene er mye svakere, men desto viktigere for å få tilgang til informasjon og muligheter. (Rosenmeier, 2007; Putnam, 1995, Putnam, 2004)

Brobyggende nettverk blir av Putnam beskrevet som åpne og inkluderende, mens sammenbindende nettverk blir betegnet som innadrettet og lukket. Forskjellen ligger i at i brobyggende sosial kapital fremmes regelmessig, personlig kontakt og tillit mellom mennesker og virker som et smøremiddel for samarbeid, mens i sammenbindende sosial kapital fremmes avstand mellom mennesker og virker som et surperlim som binder en gruppe mennesker for tett sammen og resultatet kan bli mistillit. Nettverk kan bære preg av både sammenbindende og brobyggende sosial kapital (Rosenmeier, 2007)

Tilgangen på sosial kapital er viktig for menneskers helse, og da spesielt psykisk helse. Viktige elementer i den sosiale kapitalen handler om tilgangen på informasjon, troverdighet og anerkjennelse for den enkelte person (Schiefløe, 2015). Med andre ord bidrar den sosiale kapitalen til en styrking av enkeltindividets helse og velvære gjennom det å være tilknyttet andre mennesker, og det å være en del av et samfunn der man blir sett og anerkjent.

Lauder, Reel, Farmer, og Griggs (2006) hevder at sykepleiere i rurale områder generelt er høyt anerkjent og innehar stor tillit i samfunnet. De mener at det er et gjensidighetsforhold mellom tillit og sosial kapital i helsearbeid, slik at sosial kapital spiller en avgjørende rolle i forhold til hvordan helsetilbudet blir oppfattet av samfunnet. Dette gir ringvirkninger i form av at helsepersonell og innbyggerne opplever at informasjonsflyten blir bedre i rurale områder, og forholdet mellom helsepersonell og pasienter er i større grad basert på gjensidig tillit. Dette igjen resulterer i mer strømlinjeformet og helhetlig tjenestetilbud. De fysiske kostnadene blir da lave fordi gjensidig tillit, gjensytelser og mellommenneskelige relasjoner er sterke.

Sosial kapital er både en individuell ressurs og en systemegenskap og handler om den sosiale sammenkoblingen innad i et samfunn, og hvordan dette påvirker helse og velvære (Lauder, m.fl., 2006; Schiefløe, 2015). Ikke alle småsamfunn vil bære preg av kjennskap og tillit, men funnene i denne studien viser til at de som jobber innen psykisk helse opplever stor kjennskap og nærhet i lokalsamfunnet. Dermed kan sosial kapital knyttes opp mot denne studien.

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av forskningsmetode

Denne studien har hatt som intensjon å undersøke den psykiske helsearbeiders erfaringer med å jobbe i småsamfunn i Finnmark. Studien går i dybden på en problemstilling som er lite utforsket i norsk sammenheng, men hvor det eksisterer mer forskning internasjonalt. Å undersøke andres erfaringer handler ikke om å få innblikk i hvordan virkeligheten egentlig er, fordi alle etablerer sin egen virkelighetsforståelse. Denne studien har dermed ikke vært opptatt av å finne en sannhet eller konkrete svar, men heller å tolke den psykiske helsearbeiderens erfaringer i lys av relevant teori og forskers ståsted og erfaringsbakgrunn. Derfor ble det naturlig å bruke en kvalitativ tilnærming basert på et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv.

Fenomenologi handler om hvordan fenomener trer frem i bevisstheten. Det vil si at man tar utgangspunkt i enkeltindividets erfaringer, men man er opptatt av fenomenet, ikke subjektet i seg selv (Thornquist, 2010). Informanters erfaringer med å jobbe alene i psykiatritjenesten i en liten kommune blir etterspurt i denne studien. Dette er gjort ved dybdeintervju som metode. Fenomenologien er opptatt av livsverden, altså den verden vi lever i og tar for gitt. Det er den virkelighet vi til enhver tid opplever, og som fremtrer som normal og innlysende sann. Den enkeltes livsverden kan gjøres til gjenstand for undersøkelse eller analyse (Thornquist, 2010). Fenomenologenes utgangspunkt er at vi lever i en verden som har mening og betydning for oss. Det er ikke en objektiv verden som vi kan studere uavhengig av oss som person. Dette tas med i betraktning når jeg forsker kvalitativt. Jeg er ikke løsrevet og uavhengig av den verden jeg lever i, informantene møtes ikke med en objektiv distanse.

Hermeneutikk handler om fortolkninger hvor mennesket anses som forstående individer. Man stiller aldri blank og objektiv, men er alltid allerede i en forståelsesprosess. Gadamer (2010) fremhever forforståelsen, som han kaller fordommer. Denne forforståelsen er med på å farge hele prosessen med hvordan man lærer og erfarer, fordi den alltid er der som et bakteppe. I dette forskningsprosjektet ble det viktig å kartlegge min forforståelse før jeg gjennomførte studien og underveis i prosjektet. Det er på bakgrunn av min subjektive forforståelse jeg tolker og forstår, og det resulterer i at en annen person vil aldri helt forstå nøyaktig det sammen som meg, nettopp fordi vi har ulike erfaringer, følelser og historie.

Et annet sentralt moment er den hermeneutiske sirkelen, som viser at vi forstår helheten på bakgrunn av de enkelte delene, og vi forstår delene ut fra helheten. Dette er en kontinuerlig prosess hvor man utvikler seg og alltid er i en erkjennelsesprosess. Man kommer aldri frem til et absolutt og korrekt svar, en objektiv forståelse, men fortolkningen blir til en uendelig oppgave (Guldal og Møller, 1999). Kvalitativ forskning innebærer at man aldri kommer frem til en sann forståelse av et fenomen, men i stedet er i en kontinuerlig prosess der forståelsen hele tiden utvider og endrer seg. Jeg har med min forforståelse, og gjennom intervju åpnet jeg opp for den andres livsverden, og da kan det skje en sammensmelting av våre horisonter. En forståelseshorisont beskrives som summen av alle våre forforståelser (Gadamer, 2010). I denne studien har jeg erfart prosessen med at forståelsen for temaet har utvidet seg jo mer jeg har gått i dybden. Det har vært en spennende prosess som har resultert i en utvidet forståelse, men også en erkjennelse av at sirkelen ikke er sluttet. Underveis har det åpnet seg et hav av kunnskap som jeg så vidt har begynt å dykke ned i.

Ricoeurs fortolkningsteori forener fenomenologi og hermeneutikk, og han betrakter disse i et gjensidighetsforhold.

*«Fenomenologien fremholder at bevisstheten er rettet mot noe, og at dette noe har mening. Hermeneutikken betoner at dette «noe» ikke er umiddelbart gitt, men må fortolkes» (Thornquist, 2010:175).*

Videre poengterer Ricoeur tekstens selvstendighet. Teksten overskrider forfatterens intensjoner. Skriften skaper en distanse, og det åpnes opp for fortolkninger ut fra andre horisonter enn den bestemte samtalesituasjonen (Thornquist, 2010). Denne studien har hentet inspirasjon fra Ricoeur og foreningen mellom fenomenologi og hermeneutikk. Dette er en metode hvor kunnskap produseres gjennom en åpenhet og nysgjerrighet til informantenes erfaringer, og hvor disse talte erfaringene blir skapt om til en tekst som tolkes i lys av min forforståelse og min forståelseshorisont. Det er ikke studiens intensjon å gjenfortelle informantenes erfaringer og historier, men å forstå og tolke disse erfaringene. Denne tolkningen blir beskrevet grundigere i kapittel 3.7 som omhandler analyse.

## 3.2 Forskerens rolle

Forskerens rolle og forskeren som person med de kunnskaper, erfaringer og integritet hun har med seg er avgjørende for kvaliteten i studien og for de etiske aspektene i studien (Kvale og Brinkmann, 2015). Derfor blir det ikke bare viktig med en grundig beskrivelse av metode, men også en redegjørelse for forskerens ståsted. Det at forskeren har samme utdanningsbakgrunn og sammenlignbare erfaringer som informantene i studien vil kunne skape en nærhet til informantene som kan bli problematisk. Kvale og Brinkmann (2015) advarer nettopp om dette når de sier at

*«Kvalitativ intervjuforskning er interaktiv forskning. Intervjuere kan, på grunn av nære interpersonlige samspill med intervjupersonene, være spesielt tilbøyelige til å la seg påvirke av dem. Forskerne kan identifisere seg så sterkt med deltakerne at de ikke opprettholder en profesjonell avstand, men i stedet rapporterer og fortolker alt ut fra sine deltakers perspektiver»* (Kvale og Brinkmann, 2015:108)

Jeg har reflektert over og vært bevisst mitt ståsted underveis i studien slik at jeg ikke blir for mye farget av mine personlige opplevelser når jeg har utforsket informantenes erfaringer og opplevelser. Ved å være bevisst min forforståelse og min bakgrunn kan det bidra til at jeg lar informantenes fortellinger tre frem. Jeg har selv en bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, og har jobbet i en liten kommune i Finnmark og kjent på kroppen hvilke utfordringer og muligheter det medførte. Jeg har med meg en forforståelse av hva det innebærer å ha rollen som psykisk helsearbeider i et lite samfunn. Det er over 10 år siden jeg jobbet der, og de siste 10 årene har jeg bodd et annet sted. Det betyr at selv om jeg forsker i et felt jeg kjenner til, så har jeg også fått en distanse til feltet i form av både tid og fysisk avstand. Denne distansen har åpnet opp for refleksjoner i ettertid.

Det at jeg har god kjennskap til flere aspekter ved det å jobbe som psykisk helsearbeider i en liten kommune opplevdes både som en styrke og en utfordring. Kjennskapen til fagfeltet og det å bo og jobbe i et lite samfunn i Finnmark ga en umiddelbar tillit hos informantene, som igjen åpnet for en naturlig inngang til å stille relevante spørsmål underveis i intervjuene. Imidlertid vil den samme kjennskapen gjøre at det er spørsmål som ikke ble stilt og tema som ikke ble snakket om fordi dette tas som en selvfølge og er en del av både informantens og forskerens livsverden. For eksempel at Finnmark er et flerkulturelt samfunn med både nordmenn, samer og kvener som har levd sammen i mange år og hatt mange utfordringer.



Dette var et tema som ikke ble snakket om og som forsker ikke spurte om, muligens på grunn av denne selvfølgeligheten som er en del av begges livsverden.

### 3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Informanter er valgt ut fra en forestilling om at de vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle fenomenet, et strategisk eller teoretisk utvalg (Kvale og Brinkmann, 2015). Derfor ble det naturlig å velge informanter som hadde erfaring med å jobbe som psykisk helsearbeider i småkommuner i Finnmark. Informantene skulle bo på samme sted som pasientene de møtte. Videre ble informanter som hadde en bachelorgrad innen helse- eller sosialfag (sykepleier, vernepleier, sosionom, ol.) og med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller tilsvarende bedt om å delta. Det var ønskelig med lang erfaring innen psykisk helsearbeid i småkommuner, minimum 2 år. Personer bosatt i samme kommune som forsker ble ikke forespurt om å delta i studien. Informantene ble rekruttert fra småkommuner i Finnmark på under 2.500 innbyggere. Dette i tråd med definisjonen på rurale områder.

Informantene ble rekruttert ved at en henvendelse ble sendt til nærmeste leder i de aktuelle kommunene hvor det ble informert om studien. Infoskrivet ble vedlagt og det ble bedt om at leder videreformidlet informasjon om studien til aktuelle kandidater, eller ga forsker tillatelse til å ta kontakt. Henvendelsene ble sendt ut i begynnelsen av desember 2018 etter at godkjenning fra NSD var i orden. To av informantene tok kontaktet kort tid etter henvendelsen til deres nærmeste leder, en informant kontaktet forsker direkte etter å ha fått godkjenning fra leder, og en informant kontaktet forsker en stund senere på mail etter å ha fått henvendelse fra sin nærmeste leder og blitt kontaktet av en av de andre informantene som allerede hadde gjennomført intervjuet. Forsker mottok ingen flere henvendelser.

De fire informantene kom fra ulike småkommuner i Finnmark og hadde alle over 10 års erfaring med å jobbe i små kommuner i Finnmark. De var født og oppvokst på stedet og kjente forholdene og samfunnet godt. Av hensyn til anonymisering blir det ikke informert om hvilke kommuner informantene er rekruttert fra. Både sykepleiere og andre faggrupper med videreutdanning i psykisk helse ble innlemmet i studien. Hvilken utdanningsbakgrunn den enkelte har blir ikke opplyst om på bakgrunn av valg om anonymisering.

### 3.4 Intervjuguide og pilotintervju

I studien var det ønskelig å holde en åpen inngang til temaet. Dermed ble det viktig å etterstrebe en bevisst naivitet og forsøke å holde en åpenhet for eventuelle nye og uventede fenomener. Det ble tatt et bevisst valg om at intervjuguiden ikke skulle inneholde fastsatte spørsmål innenfor en rekke undertema, og det ble heller ikke etablert analysekategorier på forhånd (Kvale og Brinkmann, 2015). Informantene var på forhånd blitt satt inn i tema for oppgaven gjennom informasjonsskrivet hvor det ble fremhevet å få frem deres personlige erfaringer med å jobbe på et lite sted innen kommunalt psykisk helsearbeid.

Forsker hadde på forhånd tenkt gjennom tema som kunne komme frem i intervjuene, men ønsket ikke å ha disse som spørsmål i intervjuguiden i fare for å styre intervjuet i en annen retning enn det informantene var mest opptatt av. Forsker erfarte imidlertid at de fleste av temaene som var tenkt gjennom på forhånd ble bragt frem av informantene spontant. Det kom også frem momenter som forsker ikke hadde vektlagt som sentralt og var overraskende, som for eksempel betydningen av kompetanse.

Et pilotintervju ble gjennomført i begynnelsen av november 2018. Dette for å teste ut intervjuguiden, og få trening i å gjennomføre selve intervjusituasjonen. En bekjent av forsker som jobber i en liten kommune men ikke innen psykisk helse sa seg villig til å bli intervjuet. Båndopptaker ble benyttet, men intervjuet ble slettet i etterkant og ikke transkribert. Det kunne ha vært nyttig å transkribere pilotintervjuet for å trene på dette og samtidig lytte til forskers måte å stille spørsmål på for å lære mer i situasjonen. Allikevel ga det mye nyttig informasjon og god læring å avholde pilotintervju. Pilotintervjuet resulterte ikke i endring i intervjuguiden, men ga en pekepinn på hva intervjuene kunne inneholde av tema og problemstillinger.

## 3.5 Gjennomføring av intervjuene

### 3.5.1 Intervjuenes setting

De fire intervjuene ble gjennomført i løpet av januar 2019. Tre av intervjuene ble avholdt på informantenes respektive hjemsted. Den første avtalen om intervju var satt til desember 2018, men på grunn av dårlig vær og lang reisevei for intervjuer ble de to første intervjuene utsatt til etter nyttår. To av intervjuene medførte to døgns reise hvor både fly og Hurtigruten ble benyttet. Å intervju på informantenes hjemsted på deres arbeidsplass opplevdes som positivt, da det ga innblikk i informantenes verden.

Det fjerde intervjuet var også ment å skulle avholdes på informantens hjemsted på arbeidsplassen. Dette ble endret på grunn av værforhold og stengte veier. Intervjuet ble gjennomført på telefon. Å intervju på telefon ga et like langvarig intervju som de andre tre intervjuene, imidlertid manglet noe av inntrykkene som kom frem under de andre intervjuene. Intervjuer opplevde også å bli mer passiv i intervjusituasjonen, og de dype fortellingene og den dype samtalen uteble. Tre intervju varte i 1 time og 45 minutter, mens ett intervju varte i 2 timer og 30 minutter. Dette var mye lengre enn den tiltenkte tiden på en time. Det fremkom imidlertid at alle informanter hadde mye på hjertet som de ønsket å snakke om.

### 3.5.2 Innledende informasjon

De fire informantene ble oppfordret til å snakke fritt og åpent om sine erfaringer innenfor temaet. Dette beskrives som et semistrukturert livsverdensintervju. Her søker man å hente inn beskrivelser av informantenes livsverden for å kunne fortolke betydningen av fenomenene som blir beskrevet. Et semistrukturert livsverdensintervju er preget av åpenhet både i forhold til rekkefølgen og formuleringen av spørsmål, og man følger de fortellingene som informantene gir (Kvale og Brinkmann, 2015). Denne åpenheten ble understreket til informantene før oppstart av selve samtalen. Forsker forklarte at det ikke ville bli stilt så mange spørsmål, men oppfordret til en åpen samtale om temaet. Det var ønskelig at informanten fortalte om sine erfaringer, og det var ingen rette eller gale svar. Forsker ønsket å vite hva informanten sto i og hva hun var opptatt av.

Før oppstart av intervjuet ble hovedtrekk fra informasjonsskrivet gjennomgått. Formålet med studien ble presentert, og en kort presentasjon av forskers ståsted som psykiatrisk sykepleier og mastergradsstudent ble nevnt. Informasjon om bruk av båndopptaker og at intervjuet ville bli skrevet ut som tekst og anonymisert ble gjentatt. Til slutt ble frivillighet understreket, og at det var mulig å trekke seg fra studien når som helst i prosessen uten konsekvenser for informanten. Eventuelle spørsmål fra informanten ble avklart før selve intervjuet startet og båndopptaker ble slått på.

### 3.5.3 Spørsmål

Det var ønskelig å etterstrebe en empatisk, ikke konfronterende intervjustil. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at den gode kontakten oppnås ved at intervjueren lytter oppmerksomt og viser interesse, forståelse og respekt for det informanten sier. Den fulle oppmerksomheten ble rettet mot informanten og forsker ønsket en fristillelse fra intervjuguiden. Det ble ikke notert noe underveis i intervjuene. Det er både fordeler og ulemper ved å strukturere intervjuene åpent. I denne studien var åpne, fyldige beskrivelser viktig, da det fins få lignende studier i Norge. Ønsket om å favne bredt ble veiet opp mot faren med å ikke komme godt nok i dybden på de ulike tema.

Intervjuene startet ved at informantene fikk spørsmål om arbeidssted og utdanningsbakgrunn: «kan du starte med å fortelle hvor du jobber? Kan du si litt om din utdanningsbakgrunn?» Dette opplevdes som en god introduksjon til å få i gang samtalen, og informantene fortalte åpent og fritt om mange utfordringer knyttet til det å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i deres hjemkommune. Oppfølgingsspørsmål ble benyttet for å støtte opp om informantens fortellinger og oppmuntre til videre beskrivelser. Ingen av disse spørsmålene var planlagt på forhånd, men kom som en naturlig del av samtalen og det informanten valgte å bringe frem i intervjusituasjonen. Intervjuene ble avrundet ved spørsmål om hvordan informantene hadde opplevd intervjusituasjonen og om de hadde flere ting de ønsket å fortelle. Her uttrykte alle glede over å ha fått snakket om noe som var betydningsfullt for dem og at noen ønsket å lytte til deres erfaringer.

### 3.5.4 Refleksjoner i etterkant av intervjuene

Da det ikke ble notert underveis i intervjusituasjonen, så falt valget på å notere ned umiddelbare inntrykk rett etter intervjuene var ferdig. Disse inntrykkene ble tatt med som en del av analysen, da det var tydelig at analyseprosessen allerede startet under selve intervjuet. Hvordan selve intervjuet hadde forløpt og hvilke inntrykk forsker satt med ble også notert.

Forsker har lang erfaring som terapeut og veileder og er trent til å lytte oppmerksomt og få personer til å snakke om fortrolige tema. Forsker er også vant til å ta imot det som kommer av tanker og følelser i samtaler. Dette hjalp i intervjusituasjonen og det ble lett å løsrive seg fra intervjuguiden og følge med i informantenes fortellinger og stille spørsmål basert på det som ble fortalt. Derimot manglet erfaringen som intervjuer og forsker, og forsker kunne fremtre som passiv og for lite styrende i intervjusituasjonen. Dette ble tydeligst i telefonintervjuet der kroppsspråk ikke var medvirkende og aktiv lytting ble mer krevende.

## 3.6 Transkripsjon

Det skjer endringer når man går fra tale til skrift, og disse endringene får konsekvenser for tekstens referansefunksjon. Det får igjen konsekvenser for fortolkningsprosessen og for selve meningsdannelsen. Teksten utvider meningshorisonten, og tekstens skriftkarakter skaper en distanse (Thornquist, 2010). Transkribering av de fire intervjuene gjorde endringer i intervjuenes meningsdannelse. Det var da ikke tilfeldig på hvilken måte transkriberingen ble gjort. Valgene som ble tatt ville kunne få konsekvenser for fortolkningsprosessen og analysen, og deretter for resultatene i studien. Transkribering av ca. 8 timer intervju var en tidkrevende prosess. Resultatet var 167 sider tekst. Det var ønskelig å holde den skriftlige teksten så nær opp mot informantenes måte å snakke på som mulig, men på samme tid produsere et skriftlig materiale som lett lot seg lese og jobbes med. Teksten ble skrevet på bokmål fordi teksten ville føles mer som en enhetlig tekst med samme skrivemåte, samt at informantenes særegne dialekt og måte å uttrykke seg på kunne bidra til å svekke anonymiseringen. Det er også lettere å lese bokmål og jobbe med bokmål som tekst, da dette er den vante og vanlige tekstformen. Ulempen med bokmål var at noe av nærheten til det talte språket ble redusert, allikevel erfarte forsker at informantenes stemmer kunne høres i teksten når den ble lest i etterkant.

### 3.7 Analyse

Analysemetoden som er benyttet i studien er utviklet og beskrevet av Lindseth og Nordberg (2004). En første naiv forståelse av teksten ble fremsatt etter første gjennomlesning av teksten. Deretter ble teksten delt inn i meningsfylte enheter som ble forkortet og fortettet samt avskilt i undertema, tema og hovedtema. Disse ble sammenlignet med den naive forståelsen for validering. Til slutt ble teksten lest som en helhet, og den naive forståelsen og temaene ble reflektert over, og en vidtfaende forståelse ble formulert. Sentralt i analysen var å ikke bare undersøke teksten i seg selv, men meningen bak teksten. Det handlet om å gå fra hva teksten sa til hva teksten snakket om. Fokuset var på meningen i de levde erfaringene som informantene har beskrevet (Lindseth og Nordberg, 2004).

I studien har de fire transkriberte intervjuene blitt satt sammen til en enhetlig tekst. Denne teksten har blitt lest i en første naiv lesning, og umiddelbare inntrykk ble notert. Her dukket det opp tema som ensomhet, sårbarhet og kompleksiteten i det å jobbe i et lite samfunn. Sammenblanding mellom jobb og privatliv kom sterkt frem, og styrkene i småsamfunn som handlet om menneskemøter og nærhet.

Etter den første naive gjennomlesningen ble teksten gjennomgått i flere runder. Mulige tema og undertema ble notert underveis etter hver gjennomlesning. Dette resulterte i mange sider tekst som igjen ble komprimert til følgende undertema; kamp, kompetanse som blir underkjent, samarbeid, ensomhet, oversiktlig, jobb og privat blandes, grensesetting, faglig stagnasjon, taushetsplikt, nærhet, utfordringer med bemanning, store krav, langt unna spesialister, bor og lever tett, menneskemøter. Disse ble sammenlignet med den første naive forståelsen av teksten. Det var samsvar mellom den naive forståelsen og den foreløpige analysen. Fire hovedtema ble så skissert og skrevet ut: kompetanse, roller, alene eller sammen, og nærhet. Teksten ble igjen lest med tanke på disse fire temaene, og tekst som samsvarte med temaet ble kopiert inn i ett av fire dokument basert på disse temaene. Her kom svakheten i temaene frem, da flere av utsagnene passet i flere enn en kategori.

En ny runde med analyse ble gjennomført hvor teksten igjen ble lest og gjennomgått i dybden. Stikkord i gjennomlesningen var hva sies, hva er temaet her, hva menes. Ulike post-it lapper ble brukt til å skrive ned tema og utsagn og meninger. Disse post-it lappene fikk koder etter

hvor de var knyttet til i teksten, for eksempel informant nummer 1, side 34 ble skrevet som kode 1.34. Alle post-it lappene ble sortert i underkategorier og hovedkategorier. 13 underkategorier ble skrevet ut: kamp mellom somatikk og psykiatri, tverrfaglig samarbeid, alene med ansvar, jobber bredt, positive sider ved jobben, store krav til en liten kommune, kompetanse, profesjonell vs. privat, psykiatri ikke prioritert, kjennskap i samfunnet, liten forståelse og støtte fra ledelse, nærhet i samfunnet, kunnskap truende og ensom å bære. Disse temaene ble redusert til tre hovedkategorier: kompetanse, betydningen av samarbeid, nærhet i samfunnet. De tre hovedtemaene ble sammenlignet med den naive forståelsen etter første gjennomlesning for deretter å bli skrevet ut som resultat.

### 3.8 Ethiske betraktninger

Spenningsforholdet mellom ivaretagelsen av informanten og ønsket om å få dype, gode beskrivelser ligger sentralt i de etiske betraktningene i kvalitative studier. Forskning som har intervju som metode fordrer mange ulike etiske overveielser.

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt ut til aktuelle informanter med en samtykkeerklæring. Informasjonsskrivet ligger som vedlegg nummer 1. Her ble det vektlagt at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser for dem. Frivillighet og muligheten for å trekke seg ble også gjentatt i begynnelsen av intervjusituasjonen. Samtykkeerklæringen ble underskrevet i forkant av alle intervju. Disse har blitt oppbevart på et trygt sted, innelåst i et skap i forskers hjem. Lydfilene av intervjuopptakene er oppbevart på forskers private lydopptaker, og oppbevart i låsbart skap sammen med samtykkeerklæringene. Lydfilene vil bli slettet ved studiens ferdigstilling.

Små miljø krever ekstra påpasselighet i forhold til anonymisering. Informantenes navn ble byttet ut med nummer 1, 2, 3 og 4 under transkribering. Alder, kjønn, bostedskommune og utdanningsbakgrunn er anonymisert av hensyn til faren for gjenkjennelse med tanke på små forhold. Det ble også vurdert å anonymisere fylket studien er gjort i, men siden Finnmark er et fylke med mange særtrekk, ble det valgt å opplyse om det. Studien har fått godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (se vedlegg nr. 4). Dette for å sikre at informantenes rettigheter i forhold til personvern er ivaretatt.

## 4.0 Resultater

Denne studien undersøker hvilke erfaringer hjelpere innen psykisk helse i småkommuner har. Resultatene bar preg av mange sterke historier og mange utfordringer, men også glimt av noe av det som gjorde jobbhverdagen i et lite samfunn så spesielt og givende. Analysen resulterte i tre temaer som var fremtredende; kompetanse i småsamfunn, betydningen av samarbeid, og nærheten i småsamfunn som blant annet gjorde det utfordrende å skille mellom det å være profesjonell og det å være privat.

Lengden på alle intervjuene kan tyde på at det er et stort behov hos de psykiske helsearbeiderne for å bli hørt i forhold til sine erfaringer innen psykisk helsearbeid. Informantene uttrykte glede over å få fortelle om sine erfaringer.

### 4.1 Kompetanse i småsamfunn

Dette temaet omhandler hvordan kompetanse innen psykisk helse i småkommuner fremtrer. Informantene beskrev å ha ansvaret for et stort fagfelt som innebar en stor fleksibilitet i arbeidet. De hadde vært med på å bygge opp en tjeneste innen psykisk helse i kommunene, men opplevde å ikke møte anerkjennelse på sitt arbeid i forhold til hva faget psykisk helse inneholder og hva det krever. Fagkompetansen innen psykisk helse ble beskrevet å ha liten formell makt og legitimitet, da informantene opplevde en kamp mellom somatikk og psykisk helse der sistnevnte ble nedprioritert. Rekruttering av fagpersoner til småkommuner var en stor utfordring, å få fagpersoner til å bli værende var en større utfordring.

#### 4.1.1 En ekspert-generalist

Informantene beskrev sitt arbeid som omfattende og svært variert. De var eksperter på sitt fagfelt, men generalist i den forstand at de hadde hovedansvaret for hele den psykiske helsetjenesten. Fagfeltet psykisk helse i kommunchelsetjenesten ble av informantene beskrevet som et bredt fagfelt som rommet både helsefaglig, sosialfaglig, psykologisk, og miljøterapeutisk arbeid. Informantene beskrev en lokal psykisk helsetjeneste som var innholdsrik med stor variasjon i arbeidet. Tilbudet var lavterskel med stor nærhet til brukerne, familier og samarbeidende instanser.



Systemisk arbeid rettet mot forebyggende tiltak, undervisning og veiledning av personell i kommunen, planlegging og koordinering av hjelpetiltak, samt oppfølging av statlige føringer og planverk ble trukket frem som viktige arbeidsoppgaver. En helhetlig tenkning rundt pasienten ble vektlagt, der både fysisk og psykisk helse, boforhold, økonomi, sosialt nettverk, fritid og åndelige aspekter ble trukket frem. Informantene beskrev arbeidshverdagen sin som innholdsrik, variert og spennende. Utfordringen var å holde seg faglig oppdatert og det å kunne tilby gode nok tjenester til befolkningen. Psykisk helse ble beskrevet som et bredt fagfelt og det opplevdes vanskelig å få kompetanse på alle felt, samt utfordrende å følge opp alle statlige krav i småkommuner.

*«Det er utfordrende, for vi er jo en liten tjeneste og vi skal holde tritt med alt som kommer fra myndighetene som statlige føringer. Vi prøver å strekke oss så langt vi kan men det er ikke så lett. Vi må være litt som poteten, vi må sette oss inn bredt, vi må jobbe, og vi må være fleksibel. Vi må finne løsninger. Det er utfordrende men det kan også være spennende. Men klart det kan være krevende når vi sitter der med stengte veier og en person som er akutt psykotisk». (4)*

#### 4.1.2 Manglende anerkjennelse for psykisk helsearbeid

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse på tidlig 2000- tallet ble det tilført midler til kommunene for å bygge ut tjenestetilbudet innen psykisk helse. Informantene fortalte at de hadde tatt en sentral del i denne oppbyggingen, fra at det ikke fantes noe tilbud innen psykisk helse, til at de fikk ansvaret for å bygge opp en egen tjeneste. De beskrev dette som en spennende men også krevende prosess som tok mange år og som medførte mange kamper. De følte seg overlatt til seg selv, og ga uttrykk for en manglende støtte og forståelse fra både ledelse (administrativ og politisk) og samarbeidende hjelpeinstanser (hjemmesykepleie, lege). Fortiden og historien til informantene bar preg av kamper for å få lønn, anerkjennelse, tid og forståelse for å utøve faget psykisk helse.

En informant beskrev hvordan hun opplevde det da hun gikk fra en jobb i hjemmetjenesten og over til å skulle bygge opp den lokale psykiatritjenesten:

*«Det var forventning til at jeg skulle jobbe begge plasser, altså skulle fortsatt være i hjemmesykepleien. Alle skulle kunne komme og spørre meg, alle kunne komme og hente meg. Og så blir det sånn med å jobbe med psykisk helse, det er en helt annen måte å jobbe på. Du har hverken så mye prosedyrer eller sprøyter, du har ikke penger, du har ikke sykemeldinger, og du har ikke reseptblokk. Det er kommunikasjon og det tar tid, og du må skape deg en relasjon. (...) Jeg var veldig redd for at jeg skulle bli oppspist av somatikken og hjemmesykepleien hvis jeg begynte å gi litt». (1)*

Det ble beskrevet en nedbygging og nedbemanning av tjenesten etter opptrappingsplanens slutt. En informant fortalte at psykiatritjenesten var ikke-eksisterende i kommunen, en annen informant beskrev en nedbemanning av tjenesten, mens de to resterende kommunene hadde samme bemanning og tjeneste som under opptrappingsplanen. Denne tjenesten hadde de jevnlig måttet slåss for å beholde. En informant hadde opplevd at psykiatritjenesten var bygget ned og beskrev den som ikke-eksisterende.

*«Psykiatri er ikke viktig i vår kommune. Det er jo egentlig en sånn frustrasjon at vi i kommunen ikke har en tjeneste som heter psykiatri. Det fins ikke i noen papirer og systemer hos oss, vi har ingenting som heter psykiatri. (...) Det handler om å brenne for tjenesten. Sant det yrket man har, at når du ser den blir radert bort her, jeg blir forbanna! Og når du ser at hjelpebehovet er så stort, det er klart man blir forbanna!» (2).*

Informantene hadde forsøkt mange ting for å opprettholde et tilbud innen psykisk helse, som for eksempel ved påtrykk via samtaler, mailer og skriv til politisk og administrativ ledelse i kommunen. En hadde truet med å slutte i jobben i kommunen hvis hun ikke fikk lønn for videreutdanninga, mens en annen hadde flere ganger argumentert overfor sektorleder og rådmann som har ønsket behandleren inn i turnusarbeid på institusjon. Informantene hadde flere beskrivelser som synliggjorde en nedvurdering og en ignorering av deres kompetanse innen psykisk helse, og opplevelse av manglende forståelse for hva psykisk helse innebærer.

En informant hadde flere ganger opplevd at annet helsepersonell kom utenfra som «eksperten» og ikke anerkjente hennes kompetanse innen psykisk helse. De kunne møte annet helsepersonell som uttrykte en holdning som opplevdes som krenkende og nedvurderende av informantenes lange erfaring innen det kommunale psykiske helsearbeidet. Informantene hadde mange erfaringer med at ekspertene kom utenfra uten kjennskap til lokalsamfunnet. En informant fremhevet at kunnskap kunne virke truende, spesielt i møte mellom ulikeverdige parter som en fagperson og pasient eller pårørende, der den som manglet fagkompetansen lett kunne føle seg tråkket på.

Det ble også beskrevet en kamp mot spesialisthelsetjenesten der småkommunenes kompetanse innen psykisk helse ble nedvurdert. Informantene etterlyste lydhørhet og en forståelse for den særegne kunnskapen de hadde med å jobbe i småkommuner innen psykisk helse. En informant beskrev samarbeidet med spesialisthelsetjenesten slik:

*«Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, de har jo veiledningsansvar overfor oss. Men (sukker) ja, det synes jeg ikke det står noe matnyttig av. (..) Faglig gir det meg ingenting. Ja jeg synes nå mer at det er vi som veileder dem da, hvis du skjønner. (..) Jeg synes spesialisthelsetjenesten underkjenner de små kommunenes erfaring og kompetanse» (1)*

#### 4.1.3 Manglende fagkompetanse

Utfordringer med å beholde fagfolk var også et aktuelt tema. De hadde sett og erfart at det var svært vanskelig å rekruttere fagfolk til å jobbe i småkommuner. Informantene fortalte om at leger ble hyppig byttet ut og skapte en ustabilitet i samarbeidet, om at helsesøsterstillingen var lyst ut for fjerde gang, og at en stilling som psykiatrisk sykepleier hadde stått ubesatt i flere år fordi det ikke var noen kvalifiserte søkere. Fikk man fagfolk inn i stillingene var det usikkert hvor lenge de holdt ut.

Det ble beskrevet en generell mangel på kompetanse innen psykisk helse i småkommunene, og informantene beskrev mange episoder der de ble kontaktet av hjemmesykepleie, sykestue og andre instanser hvor ansatte sto rådvill og ikke klarte å håndtere pasienter med psykiske lidelser. Spesialkompetanse innen psykisk helse ble etterspurt av helsepersonell i kommunene. Det ble også beskrevet episoder hvor helsepersonell hadde bidratt til å forverre tilstanden til pasienter med psykiske lidelser fordi de ikke hadde kunnskaper om hvordan de skulle håndtere situasjonen.

Informantene beskrev det som vanskelig å holde tritt med oppdaterte kunnskaper på fagfeltet, samt sette seg inn i statlige planer og føringer. Faglig stagnasjon ble beskrevet som en trussel for fagutøvelsen og var en reell bekymring. En informant uttrykte det slik:

*«Jeg tenker veldig mye på hverdagsblindheten da, hos meg selv.. og den faglige ensomheten og stagnasjonen. Med hverdagsblindhet det tenker jeg jo da at det er klart jeg har jo aldri hatt en sykepleier i psykiatrien som kollega, altså har aldri kunne ha diskutert somatikk. (..) Og når du kjenner pasientene så lenge også, det er det jeg kaller for hverdagsblindhet overfor brukerne, som er veldig redd skal ta meg. At du bare, sant.. du går inn, slapp ut på autopiloten, går ut, hah, ferdig nå – vær så god neste. (1)*

Informantene etterlyste selv veiledning og kompetanseheving. Ingen mottok regelmessig veiledning fra fagpersoner innen psykisk helse. Samtidig beskrev flere av informantene at det å ha fokus på de yrkesetiske aspektene ved yrkesutøvelsen var sentral i det psykiske helsearbeidet. En redsel for å miste sin yrkesidentitet og profesjonalitet var fremtredende. Refleksjoner sammen med andre fagpersoner var en viktig motvekt til trusselen om å miste sin profesjonalitet, men alle manglet den nødvendige støtten og veiledningen i det daglige arbeidet.

## 4.2 Betydningen av samarbeid i små samfunn

Informantene beskrev en opplevelse av faglig, følelsesmessig og fysisk ensomhet ved å jobbe i en liten kommune. Tverrfaglig samarbeid kom frem som en motvekt til den faglige ensomheten og ble fremhevet som sentralt i deres jobbhverdag.

### 4.2.1 Alene med ansvaret

Informantene opplevde en faglig ensomhet og sårbarhet ved å jobbe i en liten kommune der det var få ansatte i psykisk helsetjeneste og der de ofte sto alene med ansvaret for et stort fagfelt. Det opplevdes som sårbart at det var veldig få å hente støtte hos. En informant opplevde å være behandler for en pasient hun tidligere hadde vært med å ta barnet fra i en annen jobb. Hverken pasienten eller behandleren kunne velge hverandre bort. Å stå alene handlet også om at det ble mye å håndtere. En informant beskrev hvor krevende hun opplevde det å stå alene i en situasjon hvor hun hadde ansvaret for å følge opp en som var straffedømt for seksuelle overgrep mot barn. Alle psykisk syke, også de med store psykiske lidelser bor i kommunene, og ansvaret for disse pasientene var ofte overlatt til den ene psykiske helsearbeideren. En informant beskrev forholdene slik:

*«De alvorligste psykisk syke er nå i kommunene, og stor eller liten kommune, det må vi håndtere. Så mitt inntrykk er at spesialisthelsetjenesten primært tar seg av moderat syke. Vi i kommunen står veldig alene i det, nesten isolert sett vil jeg si. Spesialisthelsetjenesten kan avvise, de sier pasienten ikke er behandlingvillig. Men vi har ingen rettigheter. Vi må bare stå han av» (1)*

Informantene beskrev også en følelsesmessig ensomhet i det de opplevde manglende støtte hos kolleger i helsevesenet, og hos det lokale distriktspsykiatriske senteret. Samarbeid med andre instanser opplevdes som personavhengig. Det var få fagpersoner i kommunen, og de opplevde å stå alene i mange henseender. Behandlerkompetansen var ikke høy, og det var langt til spesialistene. Som en informant uttrykte det:

*«Vi må stole på oss selv, og da trenger vi hverandre» (4).*

#### 4.2.2 Betydningen av samarbeid

Tverrfaglig samarbeid ble fremhevet som svært viktig for informantene. Det handlet om å ikke stå så alene i tjenesten, for de hadde opplevd gjennom mange år hvor sårbart dette var. Samarbeid ble videre beskrevet som å bruke de ressursene man har best mulig, dele kompetanse for sammen å øke kunnskapen, se sammenhenger og se mennesket i et livsløpsperspektiv fra barn til voksen. Samarbeidet krevde en aktiv innsats og det var viktig å fronte fordelene ved dette.

*Jeg synes samarbeidet fungerer bra. Selvfølgelig når det er nye personer så må det jo gå seg til, som det bestandig gjør. Vi som er stabile og har vært her i alle år, vi blir vel fleksibel også i forhold til hvordan øvrige tenker. Vi må jo prøve å tilpasse oss så godt vi kan. (4)*

Informantene fremhevet at det tverrfaglige samarbeidet kunne inkludere mange instanser og profesjoner, som blant annet lege, hjemmesykepleie, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste, helsesøster, NAV, og spesialisthelsetjeneste. Noen beskrev en samlokalisering med barnevern, helsesøster og PP-tjenesten som svært positivt. Det ble trukket frem at samarbeid med hjemmetjenesten var todelt i erfaringene. Det var positivt med samarbeid om de samme brukerne, mens utfordringene kunne ligge i at arbeidsmetodene var svært forskjellige. Informantene påpekte at psykisk helsearbeid krever tid, mens hjemmesykepleie har mange brukere som de må rekke over på en dag. Det var også forskjell i faglig tenkning ved at psykisk helse også rommer sosialfaglige perspektiv mens hjemmesykepleie stort sett var preget av somatikk.

Både tverrfaglig samarbeid, samlokalisering av flere tjenester, samt sammenslåing ble fremhevet. Tverrfaglig samarbeid med faste møter og en klar agenda opplevdes positivt og var med på å minke den faglige ensomheten og bidro til å øke den samlede kompetansen i kommunen. Samlokalisering ble beskrevet som positivt i de tilfellene der de ansatte møtte hverandre i uformelle pauser, kunne banke på døra til hverandre og bare luften et problem eller en utfordring på sparket. De kunne også dra veksler på hverandres kompetanse og dele på arbeidsoppgaver. Andre beskrev at de var samlokalisert men allikevel følte seg ensomme. En informant ønsket en sammenslåing med en kollega i en tilsvarende tjeneste som hun samarbeidet godt med, men opplevde at det ikke ble tatt på alvor av ledelsen. Hun uttrykte det slik:

*«Jeg er samlokalisert men allikevel veldig en ensom øy».* (3)

Utfordringene i forhold til tverrfaglig samarbeid ble også belyst. Informantene trakk særlig frem at det ofte er gjennomtrekk av fagpersoner, og at samarbeidet krevde stor fleksibilitet hos de som er i kommunen over lang tid. Det handlet om å inkludere alle i fellesskapet, anerkjenne alles unike kompetanse og finne en måte å samarbeide på som var positivt og konstruktivt. De samarbeidende instansene kunne bære preg av ulike faglig tenkning og ulike måter å jobbe på, dette kunne utfordre, men informantene opplevde at samarbeid på tvers av instansene var vesentlig i småsamfunn hvor man ofte var alene i fagfeltet psykisk helse.

### 4.3 Nærhet i småsamfunn

Dette temaet handler om det utfordrende og mangelfulle skillet mellom jobb og privat i småkommuner. Det å være terapeut på puben og i butikken opplevdes som utfordrende for informantene. Nærheten og kjennskapen i samfunnet kunne være både utfordrende og givende, og manglende anonymitet gjorde at vektlegging av taushetsplikten ble viktig i et lite samfunn der alle kjenner alle.

#### 4.3.1 Manglende skille mellom jobb og privat

Manglende skille mellom jobb og privat handlet både om at informantene opplevde å bli kontaktet utenom arbeidstid, og at de hadde stor kjennskap både til pasienter og samfunnet privat. Å jobbe i et lite samfunn ble beskrevet som annerledes enn å jobbe på større plasser, av

mange årsaker. Et av momentene som ble fremhevet var det spesielle ved at man ER psykiatrisk sykepleier både når man er på jobb og når man er i private situasjoner. De opplevde at de fikk en identitet som psykiatrisk sykepleier eller terapeut innen psykisk helse, og det var slik man opplevde å bli sett og møtt både i jobbsammenheng og privat. Informantene ble ofte kontaktet i private situasjoner av noen som trengte hjelp til seg selv eller noen nære.

*«Nei det blir litt mye av og til. Jeg jobber i stall, og så er det jo noen som har det litt dårlig eller unger som har det dårlig. Hver gang jeg er der inne og gjør rent for eksempel så skal de prate-prate-prate. For ungene deres sliter kanskje og så får du aldri liksom litt fri». (2)*

Å gå ut på puben var beskrevet av alle som noe negativt, noe de unngikk. Her kunne de oppleve å møte pasientene beruset og risikere å få kjeft eller ros, eller å tre inn i behandlerrollen fordi noen hadde behov for å snakke om sine problemer. Når alkohol var innblandet så informantene på det som et stort problem. Dette hadde de løst ved å unngå å gå på puben eller andre arrangement hvor alkohol var involvert. De kunne også risikere å møte personer som ikke var pasient eller pårørende, men som hadde behov for å snakke om sine problemer til dem, fordi de visste at hun jobbet innen psykisk helse. Informantene fikk rollen som hjelper innen psykisk helse uansett hvilke arenaer de befant seg i; på puben, på butikken, på julebordet osv. Dette ble oppfattet som belastende av flere grunner, og det gjorde at de alltid var på vakt og passet på å fremstå profesjonell.

*«Folk snakker om å leve sine liv som man vil når man jobber med folk med rus og psykiatri, men jeg begrenser meg, og det fratar meg friheten». (3)*

Ikke alle beskrev det å møte pasienten på andre arenaer som utelukkende negativt. Det ble også beskrevet som fint å møte pasienten på butikken så man fikk «roet ned alarmen og tatt en vurdering» (2). Det var en måte å få oversikten over situasjonen på, og man fikk vurdert pasientens tilstand. Nærheten i samfunnet ble oppfattet som svært utfordrende i de tilfellene hvor det var snakk om sensitive og tabubelagte temaer, som seksuelle overgrep. Her hadde en informant opplevd å bli truet på livet. Det å snakke høyt om overgrep hadde frembragt sterke følelser og reaksjoner i et lite samfunn, noe som hadde slått sterkt tilbake på hjelperne. Det var en nærhet som ble beskrevet som FOR nær, og som var svært vanskelig å håndtere.

Som hjelper å vite så mye om mennesker i små samfunn kunne by på flere utfordringer i og med at man traff pasientene på arenaer der det ble for nært og privat. En informant fortalte om en situasjon hvor datteren var invitert i bursdag og dette var i et hjem hvor hun i en tidligere jobb hadde vært med på å flytte ut et annet barn fra hjemmet.

Hvis pasienten var noen man hadde et nært slektskap eller vennskap til, eller hvis man av andre grunner ikke kunne ha behandleransvaret for en pasient kunne også by på utfordringer i et lite samfunn. Man forsøkte da å henvise til andre som kunne overta ansvaret, men når man satt som eneste fagperson innen psykisk helse i kommunen var det ikke så veldig mange andre å ty til. Noen hadde samarbeid med lege som kunne overta oppfølgingen, andre hadde godt samarbeid med den lokale voksenpsykiatriske poliklinikken som man kunne henvise til. Kanskje hadde man andre fagpersoner i kommunen som kunne fungere som gode samtalepartnere for pasienten. For pasienten sin del innebar det enten lang reisevei til VPP hver gang man ønsket samtale, eller samtale med en fagperson uten formell kompetanse innen psykisk helse.

#### 4.3.2 Taushetsplikt

På grunn av nærheten i samfunnet og den hyppige sammenblandingen mellom jobb og privat ble yrkesetikk fremhevet som ekstra viktig å være seg bevisst når man jobbet i et lite samfunn. Taushetsplikt ble fremhevet som viktig å snakke med pasientene om og å være seg bevisst i det daglige. Informantene fortalte om at de brukte mye tid på å trygge i forhold til taushetsplikt.

*«Jeg er profesjonell og jeg kan jobben min, og du skal være trygg på at jeg ikke sier noe til noen andre. (..) Jeg har taushetsplikt, og det som du sier det blir her hvis ikke du samtykker til noe annet. Du bestemmer selv om du vil hilse eller snakke med meg hvor som helst, men jeg er ikke din terapeut på Coopen. Hvis vi møtes alene på veien så skal du få lov å si, det bestemmer du selv. (3)*

Å trygge spesielt på taushetsplikt ble viktig når samfunnet man lever i opplevdes nært, der «alle vet alt om alle», og der man hadde hyppige møter med pasientene på private arenaer. Avklaringer i forhold til om pasienten ønsket at man skulle hilse på hverandre hvis man møttes på butikken, og bruk av samtykke-erklæringer hvis man skulle samarbeide med andre instanser i kommunen ble fremhevet som sentrale punkt.



Hvis man ikke hadde avklart hvordan man skulle forholde seg til hverandre når man møttes privat, var det noe som kunne utfordre. En informant trakk frem at hun hadde lært i utdanningen at taushetsplikten tilsa at man ikke skulle hilse på pasienter når man møttes ute i offentligheten, man skulle ikke tilkjenne at man kjente pasienten for å kunne risikere å utlevere vedkommende. I småsamfunn ble dette derimot kunstig og unaturlig å ikke hilse på hverandre på butikken. Hun hadde løst det ved å diskret gi et lite smil eller nikk til pasienten, å gi en hilsen og se pasienten uten at pasient-behandler-forholdet ble avslørt.

*«Jeg vet at hvis jeg er på butikken og de har vært hos meg så er det ikke, selvfølgelig taushetsplikten min sier at jeg skal ikke gå og si «heia, har du det bra?». For vi er ikke i behandlingsdelen nå. Men samtidig så vet jeg og som psykiatrisk sykepleier hvis jeg bare overser dem så tror de at det er noe galt. (..) Da kikker jeg de bare i øyet og en sånn liten hilsen, og går videre.» (2)*

#### 4.3.3 Nærhet som ressurs

Nærheten ble ikke bare beskrevet som utfordrende. Det var også mye fint i et lite, nært samfunn, der man hadde en oversikt slik at man alltid visste om hverandre. Man visste til enhver tid hvem som var psykisk syk, og man fanget opp tidlig hvis noen opplevde en psykisk krise. Det ble også beskrevet som positivt for pasienten at man ikke bare druknet som en i mengden, men opplevde å bli sett. Det å kjenne samfunnet og kulturen gjorde at informantene lett kunne manøvrere i de ulike situasjonene, man kunne komme lettere til løsninger. De kjente til hvordan alt fungerte, visste hvem som jobbet hvor, kjente personene og visste hvordan de jobbet.

Nærheten og menneskemøtene var også noe som alle informantene trakk frem som selve drivkraften og motivasjonen i det arbeidet de gjorde. Å jobbe med mennesker var svært givende, og det å komme nær ble utfordrende i et lite samfunn, men også berikende.

*Styrken er jo at man ser hverandre og at det kan være god psykisk helsehjelp bare at noen hilser på deg, ikke sant. Du blir ikke så anonym. Noen trenger kanskje det å være anonym, men på en måte kan det jo også være sånn at okei, det er noen som ser meg. Noen som hilser på meg, noen som bryr seg om meg. (4)*

## 5.0 Diskusjon

Funn i denne studien viser at det å jobbe som psykisk helsearbeider i småkommuner i Finnmark har flere særtrekk og utfordringer. Tre hovedtema har blitt løftet frem i studien; kompetanse i småsamfunn, betydningen av samarbeid, og nærhet i samfunnet som både er utfordrende og har positive aspekter. Funnene samsvarer med mye av forskning gjort i andre land om rural sykepleie og ruralt psykisk helsearbeid (Scharff, 1998; Bushy, 2002; Smalley og Warren, 2012). Det er interessant i seg selv å se at å jobbe i småsamfunn i Finnmark har likhetstrekk med å jobbe i rurale områder i Canada, USA, Australia og andre land. Det vil også være ulikheter siden mye av det å bo og leve i småsamfunn er kulturelt betinget, og kulturen vil ha både likhetstrekk og forskjeller avhengig av miljøet.

Et interessant aspekt i studien var hvordan den psykiske helsearbeideren opplevde manglende skiller mellom jobb og privat. Funn internasjonalt tyder på at dette er et gjennomgående tema (Roberts m.fl., 1999; Werth, 2012), og denne studien bekrefter det. Mange rike beskrivelser omkring temaet viser at utfordringene ennå er reelle og en fremtredende del av den psykiske helsearbeiderens hverdag. Å stå alene i jobben er også et funn som bekreftes av internasjonale studier som en stor utfordring. Funn i denne studien vektlegger hvor sentralt det da blir å etablere tverrfaglig samarbeid som fungerer godt. Overraskelsen i denne studien har vært hvor sterkt det kom frem at den psykiske helsearbeideren har følt manglende anerkjennelse for den jobben de gjør. Kampen for å bli sett, hørt og anerkjent ble løftet frem som en stor utfordring.

### 5.1 Kompetanse innen psykisk helse i småsamfunn

Kompetanse innen psykisk helse i småkommuner er utfordrende, og denne studien viser at den psykiske helsearbeideren blir en ekspert-generalist med stort ansvar og mange oppgaver, og at den psykiske helsearbeideren møter manglende anerkjennelse. Manglende kompetanse i småsamfunn er også en utfordring, både med tanke på å rekruttere og beholde fagfolk.

### 5.1.1 Ekspert-generalist

Den psykiske helsearbeideren i småkommuner i Finnmark har et stort ansvarsområde og driver en tjeneste som er innholdsrik og med stor variasjon i arbeidet. Dette førte til utfordringer både med tanke på å holde seg faglig oppdatert og det å kunne tilby gode nok tjenester til befolkningen. Dette bekreftes av flere studier gjort i rurale områder hvor det er vanlig at helsepersonell har avanserte arbeidsoppgaver, stort ansvar og stor grad av selvstyre. Man blir generalister fordi man jobber innen et stort og variert område og møter pasienter med mange ulike utfordringer (Roberts m.fl., 1999; Gibb, 2003; Drury m.fl., 2005). Statlige føringer viser også at kommunen skal tilby omfattende tjenester og løse mange oppgaver innen psykisk helse både med tanke på helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende tjenester (Departementene, 2017). Dette stiller store krav til de som jobber innen psykisk helsearbeid i kommunene om å favne flere store fagfelt og møte alle slags mennesker i ulike faser i livet.

Å være en ekspert-generalist la et stort ansvar på den enkelte psykiske helsearbeider. Det ansvaret tok de alvorlig. De forsøkte å strekke seg langt for å gi et så godt tilbud som mulig, men uttrykte bekymringer for at det ikke lot seg gjøre å gi tilbud til alle samt holde seg faglig oppdatert. Statlige føringer peker derimot på at psykisk helsearbeid i kommunen er et helhetlig ansvar og må inngå som en del av det ordinære arbeidet i alle sektorer (Departementene, 2017). Det står i motsetning til den rollen psykiske helsearbeidere i småkommuner har i dag, hvor hele ansvaret hviler på deres skuldre.

Staten vektlegger en helhetlig tenkning innen psykisk helse, der ikke bare helsetjenesten har ansvaret, men alle kommunale instanser. Hva som har gjort at det ansvaret ligger på den enkelte psykiske helsearbeideren alene kan det være mange grunner til. Da opptrappingsplanen kom på slutten av 90-tallet var det opp til kommunene selv å bestemme hvordan tilbudet innen psykisk helse skulle organiseres. Mange bygget opp en tjeneste fra bunnen, og dette ansvaret fikk i hovedsak den eller de som ble ansatt i den kommunale psykiatritjenesten. Statens anbefalinger var at dette ikke burde være en egen tjeneste, men de fleste kommunene valgte allikevel en egen enhet for psykisk helse i kommunen (Ose m.fl., 2018). Kan hende har psykiatri blitt ansett som et spesialfelt i de kommunene som valgte denne løsningen, slik at psykisk helse ikke ble et felles ansvar.

### 5.1.2 Manglende anerkjennelse

Psykisk helsearbeiders opplevelse av manglende anerkjennelse for arbeidet var et viktig funn i studien. Den psykiske helsearbeideren i småkommuner i Finnmark opplevde manglende støtte og forståelse fra ledelse og samarbeidspartnere, og en nedvurdering av deres kompetanse og arbeid. Å møte anerkjennelse og forståelse er grunnleggende behov i alle mennesker og viktig for opplevelsen av trygghet, tilhørighet og opplevelse av meningsfullhet (Schiefløe, 2015). Dermed kan man tenke seg at det vil gjøre noe med den psykiske helsearbeideren å oppleve manglende anerkjennelse over mange år.

Det var ikke bare ledelsen informantene i studien opplevde å ikke bli anerkjent av. De fortalte også om en opplevelse av å bli nedvurdert og ikke anerkjent som likeverdig av andre fagpersoner, slik som leger i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Maktkamp mellom profesjonene er ikke unikt for småsamfunn, det forekommer nok på de fleste steder. Noen fagfelt oppleves å ha høyere status enn andre fagfelt, og noen faggrupper oppleves å ha større makt og innflytelse enn andre faggrupper.

Psykiske helsearbeidere beskriver en opplevelse av at psykisk helse har lav status og lite makt i kommunal sammenheng. Det er usikkert hva dette bunner i, mulig er fagfeltet preget av tabu noe som bidrar til denne devalueringen. Et annet moment kan være at psykisk helsearbeid oppleves som et nytt fagfelt (Hummelvoll, 2014) som ikke har funnet sin plass, og kanskje oppleves som diffust. Bevissthet omkring maktbalansen mellom fagfolk, samt en større åpenhet og klargjøring i forhold til hva fagfeltet psykisk helse rommer kan kanskje bidra til å høyne statusen til psykisk helsearbeidere i småkommuner.

De senere årene har det blitt mer åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser. Kjente personer har stått frem med sine historier, anført av tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik som i 1998 sto frem med sin erfaring med depresjon. Fra å være et tabubelagt tema er det nå mange som er åpne om sine erfaringer med psykiske lidelser. Psykisk helse og psykiske lidelser er et tema som angår oss alle. Det er en av de største årsakene til sykefravær i Norge, og man anslår at mer enn en fjerdedel av befolkningen vil slite med psykisk uhelse i løpet av livet (Ose m.fl., 2018).

Statlige føringer som «Mestre hele livet» vektlegger nettopp åpenhet som et viktig steg i mestring av psykiske lidelser. Der vektlegges det også at psykiske lidelser er et omfattende problem som må jobbes med bredt for å ha en virkning (Departementene, 2017). At det har blitt mer åpenhet om psykisk helse er kjent i Norge, men er denne åpenheten også til stede i småsamfunn i Finnmark? I små samfunn der «alle vet alt om alle» vil man kanskje tro at alle vet hvem som har psykiske lidelser og utfordringer, og at denne nærheten i samfunnet gjør det mer åpent. Funn fra studier i andre land peker på det motsatte. Her vises det til at psykiske lidelser og psykisk helse er mer tabubelagt i småsamfunn, nettopp fordi det blir ekstra synlig og stigmatiserende å ha psykiske plager (Smalley og Warren, 2012). I denne studien kom det frem at forsøk på åpenhet om vanskelige tema ble møtt med sterke reaksjoner i lokalsamfunnet. Dette kan tyde på at åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser kan være en utfordring i småsamfunn.

Studiens funn peker på at det ennå er en lang vei å gå for småkommuner i Finnmark med tanke på åpenhet og bred satsning på psykisk helsearbeid. De som jobber innen psykisk helsetjeneste har mange års erfaring, god kompetanse på fagfeltet og det å møte mennesker i alle slags kriser og utfordringer. De strekker seg langt, stiller opp for pasienter, pårørende og innbyggere, de bærer alt ansvaret for det psykiske helsetjenestetilbudet i kommunen alene på sine skuldre. Til tross for dette opplever de å ikke få anerkjennelse for den jobben de gjør, men føler seg motarbeidet og nedvurdert. Deres erfaringer kan tyde på at kommunen ikke har tatt et helhetlig ansvar for det psykiske helsearbeidet, men at det har blitt plassert hos den enkelte psykiatriske helsearbeideren alene.

### 5.1.3 Manglende kompetanse

Mangel på fagpersoner ble løftet frem som en utfordring av psykiske helsearbeidere i småkommuner, noe også forskning løfter frem som et hovedproblem i rurale områder. Det er mange ekstra belastninger forbundet med å jobbe i småsamfunn, som å stå alene med et stort ansvar og manglende støtte i andre fagpersoner (Bushy, 2002; Gibb, 2003). Rekruttering av fagpersoner til småkommuner i Finnmark har vært en utfordring i mange år. Tiltak i form av statlige kompensasjoner for å jobbe i Finnmark med lavere skatt og nedskrivning av studielån har vært gjennomført i flere tiår. Det har vært opprettet desentralisert sykepleieutdanning, noe som har resultert i at flere i småkommunene tar utdanning og har mulighet til å bo hjemme

(Norbye og Skaalvik, 2013). Under opptrappingsplanens periode var det også mulig for kommuner å søke dekning av utgifter til videreutdanning innen psykisk helsearbeid for ansatte. Dette har vært ordninger som gjorde det mulig for småkommuner å rekruttere og beholde fagfolk, siden det oftest er personer med tilknytning til eller erfaring med å bo i småsamfunn som søker seg dit. Fra 2020 blir det lovpålagt å ha psykolog i kommunal tjeneste. Her stilles det igjen utfordringer til kommunen i forhold til rekruttering av fagkompetanse.

Mange småkommuner sliter med å fordele marginale ressurser til mange områder. Det er forventet at små kommuner skal ha de samme tjenestene og tilbudene som større kommuner. Vanskeligheter med å fordele midler, vanskeligheter med å rekruttere fagfolk og utfordringer med knappe ressurser er kjente problem i småsamfunn. Under opptrappingsplanens periode fra 1999 til 2008 fulgte det med øremerkede midler til psykisk helsearbeid. Dette var store summer som gjorde det mulig for småkommuner å ansette kvalifiserte helsepersonell i tillegg til å investere i kompetanseheving og tiltak rettet mot psykisk helsearbeid. Da opptrappingsplanen var slutt var det kommunene selv som sto fritt til å prioritere ut fra det statlige rammetilskuddet. Psykisk helse ble nok ikke alltid like høyt prioritert i alle kommunene, noe også variasjonene i antall ansatte innen psykisk helse i Finnmark viser (Ose m.fl., 2018).

Funn i studien viser at fagkompetanse i småkommuner i Finnmark er sårbar. Når fagfolk slutter er det ofte sårbart fordi mange er alene med sitt ansvarsområde. Da vil også de andre kommunale tjenestene lide under denne mangelen, slik som en psykisk helsearbeider skisserte et tilfelle der både rådmann, helseleder og lege var sluttet, og hun sto som den eneste personen igjen i en vanskelig sak som måtte løses raskt. Her måtte den psykiske helsearbeideren ta avgjørelser og ansvar for noe som var utenfor hennes fagområde og myndighetsnivå, men det var ingen andre der til å ta dette ansvaret. Studier viser at det er lettere å rekruttere og beholde fagfolk som er fra stedet, så kanskje en satsning og kompetanseheving av lokale innbyggere kunne ha vært nyttig.

## 5.2 Betydningen av samarbeid i småkommuner

Studiens funn viser en fare for å oppleve faglig, følelsesmessig og fysisk ensomhet ved å jobbe i en liten kommune. En av konsekvensene av ensomhetsfølelsen var frykt for faglig stagnasjon. Tverrfaglig samarbeid kom frem som en motvekt til den faglige ensomheten og ble fremhevet som sentralt i jobbhverdagen.

### 5.2.1 Alene med et stort ansvar

Internasjonal forskning på rurale områder viser at mange yrkesgrupper innen helse opplever å måtte stå alene i mange sammenhenger (Bushy, 2002). Å stå alene med et stort ansvar var ikke uvanlig, men kunne få alvorlige konsekvenser. Blant annet var det en økt sannsynlighet for utbrenthet (Hargrove og Curtin, 2012). Informantene i denne studien hadde alle stått alene i mange år og lært seg å håndtere dette. De hadde ulike teknikker for hvordan de hadde håndtert denne belastningen. Viktigheten av å sette grenser og være tydelig ble fremhevet som en mestringsstrategi, i tillegg til teknikker for å legge ting fra seg på jobben og ikke ta bekymringene med seg hjem. Felles for alle informantene var at de selv hadde måttet håndtere situasjonen og lære seg hvordan de skulle takle ensomheten i jobben. Ett tiltak kan være å synliggjøre konsekvensene av det å jobbe alene overfor ledelsen i kommunen, slik at det blir mulig å utarbeide strategier for å motvirke denne ensomheten. Det vil alle tjene på, både den enkelte ansatte som vil få en bedre hverdag og slippe å finne ut alt på egenhånd, men også ledelsen i kommunen som vil kunne bidra til å beholde kvalifisert personell i jobben så lenge som mulig.

### 5.2.2 Betydningen av samarbeid

En annen måte å motarbeide ensomhet i tjenesten på er ved samarbeid med andre. Dette var tydelig vektlagt hos alle informantene. Både fordelene og utfordringene med samarbeid ble trukket frem. Samarbeid er også sterkt vektlagt i statlige føringer og planer, og det er bred enighet om at samarbeid må satses på for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for brukerne, samt øke den faglige kompetansen i kommunen (Departementene, 2017; Helsedirektoratet, 2014). Bischoff m.fl. (2014) viser også til at samarbeid med andre faggrupper og tjenester er viktig for å lykkes i arbeidet og for å holde ut i jobben i rurale områder.

I denne studien ble både tverrfaglig samarbeid, samlokalisering av tjenester, og sammenslåing av tjenester og sektorer tatt frem som viktig. I tillegg kommer interkommunalt samarbeid inn som et aspekt i småkommuner, der det lar seg gjøre med hensyn til avstander. Tverrfaglig samarbeid hadde et bredt nedslagsfelt i småkommunene, noe informantene tydeliggjorde ved å nevne mange ulike instanser og fagpersoner som naturlige samarbeidspartnere i en eller annen sammenheng. Glavin og Erdal (2018) viser til at tverrfaglig samarbeid vil kunne bidra til å øke kompetansen og kunnskapsnivået hos de ulike yrkesutøverne. Larsen (1994) kalte denne kunnskapsøkningen for «merviten». Han trakk frem at ved å samarbeide kan det dannes ny viten og nye holdninger, og kunnskapen man får i fellesskap utgjør mer enn kunnskapen de enkelte yrkesutøverne besitter alene. Gruppen vil kunne få overblikk over helheten, og det vil kunne skapes et engasjement og en fellesskapsfølelse som vil være berikende. I denne studien vises også viktigheten av tverrfaglig samarbeid, både med tanke på å motvirke ensomhet, men også for å stimulere til økt engasjement og kunnskapsøkning.

Samlokalisering ble sett på som fruktbart, med mange fordeler både faglig og sosialt. Her kunne man beholde styring og selvbestemmelsen over tjenesten, og på samme tid nyte fordelene av å ha kollegaer i nærheten. Det ble enklere å bare stikke innom kontoret, eller snakke uformelt om utfordringer man sto i til daglig når man hadde kontor på samme sted og spiste lunsj sammen. De som opplevde størst utbytte av samlokalisering var der det var nedfelt i planer at de var en samlokalisert tjeneste, med en inngangsdør og felles mål for tjenesten, og en leder for alle. Der samlokaliseringen bar preg av at man hadde kontor ved siden av hverandre men ellers ingen formelle samarbeidslinjer og føringer, fungerte samarbeidet ikke like godt.

En naturlig samarbeidsinstans for psykisk helsetjeneste er hjemmetjenesten, både på grunn av mange felles brukere av tjenestene og den faglige forankringen i sykepleie. Hjemmesykepleien ble beskrevet som den mest naturlige samarbeidspartneren for informantene i studien. Imidlertid ble det også beskrevet mange utfordringer ved dette samarbeidet. Det var knyttet dårlige erfaringer med å slå sammen hjemmetjenesten og psykiatritjenesten med det resultatet at psykiatrien «forsvant» inn i hjemmetjenesten.



Her hadde man ikke latt hjemmetjenesten og psykiatritjenesten være to likeverdige partnere som skulle finne en vei sammen, men heller at psykiatritjenesten skulle inn i en eksisterende kultur i hjemmetjenesten, med det resultatet at psykiatritjenesten forsvant. utfordringene i samarbeid med hjemmetjenesten ble også beskrevet i form av to ulike fagområder og arbeidsmåter. Mens hjemmesykepleien stort sett var preget av somatisk tenkning hvor sykdom var perspektivet, så var psykiatritjenesten preget av et bredere fagfelt som også rommet sosialfaglig tenkning, med vektlegging av tid og relasjonsbygging som hovedaspekt. Disse var det ikke gjort forsøk på å forene.

Selvstendighet og faglig frihet i arbeidshverdagen ble løftet frem som positivt med å jobbe i en liten kommune. Faren for at selvstendigheten og friheten står på spill ved økt samarbeid og sammenslåing av tjenester er stor, og må tas med i vurderingen ved omstrukturering av tjenesten innen psykisk helsearbeid i småkommuner. Larsen (1994) viser til at tverrfaglig samarbeid har sine utfordringer, og trekker frem at egen faglighet kan stå i fare for å stagnere. Faglige maktkamper vil kunne blomstre for å gjenvinne sin faglige autonomi. Dette kan tyde på at tverrfaglig samarbeid har mange muligheter men også utfordringer med tanke på at den psykiatriske helsearbeideren i småkommuner har jobbet selvstendig i mange år og verdsetter denne faglige friheten høyt. Dette er viktig å belyse ved økt tverrfaglig samarbeid og eventuell samlokalisering eller sammenslåing med andre tjenester. Kan hende vil det være mulig for den psykiske helsearbeideren å beholde noe av sin selvstendighet samtidig som hun fungerer i et tverrfaglig team som en likeverdig og anerkjent samarbeidspartner.

Studien viser at det er mange fordeler med å samarbeide i småkommuner, men det viser også at utfordringene er til stede. Ikke alle samarbeidsformer har vært vellykket. For å lykkes med tverrfaglig samarbeid og samordning av tjenestene så må flere sentrale momenter må være på plass. Først og fremst er det viktig at samarbeidet forankres i ledelsen i kommunen, både administrativt og politisk, og synliggjøres i planer. Det fremheves at alle aktørene i samarbeidet må se betydningen av samarbeidet. Felles målsetting må utarbeides, og en felles forståelse av hva som er viktige oppgaver og hvordan de skal løses må være på plass (Glavin og Erdal, 2018). Tverrfaglig samarbeid og sammenslåing av tjenester har mange fordeler i småkommuner, og trolig er det også høyst nødvendig. Imidlertid er det viktig at en slik prosess skjer grundig, med forankring i ledelse og med alle deltakere involvert. Faren for å miste sin selvstendighet i jobben innen psykisk helse bør tas med i betraktning.

### 5.3 Nærhet i småsamfunn

Et kjennetegn ved mange rurale områder er nærheten i samfunnet. Denne nærheten kan by på flere utfordringer, blant annet at helsepersonell opplever at jobb og privatliv blir sammenblandet (Roberts m.fl., 1999; Werth, 2012) Dette viser også resultatene i denne studien. Manglende skille mellom jobb og privat er utfordrende og kan føles belastende for den enkelte psykiske helsearbeideren. Det handlet både om at man kjente til pasientene privat, men også at man opplevde å få henvendelser fra innbyggerne utenom arbeidstid, for eksempel på butikken eller ute i sosiale lag. Manglende skiller mellom jobb og privat gjorde det ekstra viktig å ha fokus på taushetsplikten. Nærheten opplevdes ikke ensidig negativt, og blant annet ble et nært forhold til pasientene ansett som givende.

#### 5.3.1 Manglende skille mellom jobb og privat

Denne studien viser at manglende skille mellom jobb og privat er en stor utfordring for den psykiske helsearbeideren i småkommuner i Finnmark. Det opplevdes belastende å bli kontaktet utenom arbeidstid, slik at de fleste arenaer utenfor hjemmet ble «jobb-soner». Butikken, fritidsaktiviteter, fester og andre sosiale lag bød på utfordringer med tanke på hvem man møtte og hva andre kom til å si. Dette resulterte i at de følte at de var på jobb hele døgnet og fikk en identitet som psykisk helsearbeider i alle sammenhenger.

Utfordringene ved et manglende skille mellom jobb og privat er mye forsket på i rural setting internasjonalt. Her pekes det på at dette er utfordringer det ikke er så lett å bli kvitt eller gjøre noe med, men på samme tid er det noe som påvirker helsearbeidere i stor grad (Long og Weinert, 1989; Werth, 2012). Tilbaketrekning fra sosiale arenaer kan være en strategi som blir benyttet når man over tid opplever belastninger ved å bli kontaktet utenom arbeidstid, noe funn i denne studien viser er vanlig for den psykiske helsearbeideren. Det kan henge sammen med ønsket om å beskytte seg selv for å hindre utbrenthet, da økt stress og belastninger ved å være alene og synlig i samfunnet er knyttet opp mot økt sjanse for utbrenthet (Dahlquist m.fl., 2009). Imidlertid viser noen studier at hvorvidt pasienter i rurale områder opplever hjelpen som god avhenger av tilgjengelighet til tjenester og aksept for tjenesten (Smalley og Warren, 2012).

Aksept for tjenesten er knyttet sammen med at rurale innbyggere ofte foretrekker lokale hjelpere med kjennskap til den lokale kulturen samt tilknytning til samfunnet. Kulturforståelse og kultursensitivitet blir ansett som viktige kunnskaper for å lykkes i småsamfunn, og da blir det viktig å være involvert i lokalsamfunnet og delta og være synlig (Bischoff m.fl., 2014). Tilbaketrekning blir da problematisk, både for den psykiske helsearbeideren som føler at jobben blir begrensende for privatlivet, og for innbyggerne som kan oppleve tjenesten som mindre tilgjengelig. En mulig løsning kan være at den psykiske helsearbeideren kan få hjelp til å finne gode mestringsstrategier i forhold til det å være synlig utenom arbeidstid, slik at belastningene kan minimaliseres.

Resultater i studien viser at de psykiske helsearbeiderne ofte blir kontaktet privat, og dette oppleves som belastende. Imidlertid kan det også si noe om tilliten de har i samfunnet. Det virker som at innbyggerne viser den psykiske helsearbeideren stor grad av tillit ved å våge å dele at de har behov for å snakke om vanskelige tema, eller har behov for støtte til seg selv eller sine nærmeste. Kan hende er det en kultur i samfunnet om å kontakte hjelpere på en uformell måte, og at kontorer og kontortid blir store hindrer som må overkommes. Da er det lettere å henvende seg til den lokale psykiske helsearbeideren når man treffes på butikken eller puben.

De psykiske helsearbeiderne hadde alle jobbet i kommunen i mange år, og var godt integrerte og kjente samfunnet svært godt. De har taklet manglende anonymitet og manglende skille mellom jobb og privat i like mange år. Allikevel var dette et tema alle brakte frem uoppfordret og snakket en del om. Det var noe de hadde forsøkt å takle men også her måtte de finne løsningene selv. De fleste hadde trukket seg tilbake fra mange sosiale arenaer og noen beskrev viktigheten av å sette tydelige grenser. De måtte beskytte seg selv slik at de ikke var på jobb hele døgnet med risiko for utbrenthet. Veiledning og støtte for å håndtere denne rollekompleksiteten var ønskelig, men erfaringene var at det ikke var så mange å søke veiledning hos. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten opplevdes som lite nyttig på grunn av deres manglende kunnskaper om utfordringene ved å jobbe i et lite samfunn der alle kjenner alle.

### 5.3.2 Taushetsplikt

I et samfunn der skillene mellom profesjonell og privat er uklare blir det ekstra viktig å ha fokus på taushetsplikt, dette peker funn i denne studien på. Denne studien viser også at det ikke alltid er samsvar mellom de yrkesetiske prinsippene og hverdagens realiteter i småsamfunn. Forskning med ruralt som perspektiv støtter denne utfordringen. Ethiske regler er i hovedsak skrevet ut fra et urbant perspektiv, noe som fører til at de rurale aspektene blir oversett (Fors, 2018). Fifield og Oliver (2016) peker også på denne problemstillingen og viser til at de fleste helsepersonell er opplært i en urban praksis med idealer knyttet til strenge klient-behandler grenser, noe som ikke er realistisk i rurale områder.

I små samfunn vil det være hyppige møter mellom pasient og behandler på andre arenaer enn i jobbsammenheng. De vil kunne møtes på butikken, på puben og i andre sosiale sammenhenger, kanskje de treffes på gata. Dette er normalt i små, tette bygder. Kan hende er den psykiske helsearbeideren opplært til at man ikke skal hilse på pasientene når man treffes privat, for å bevare pasientens anonymitet. Dette vil fort bli kunstig og kanskje virke sårende og støtende på noen pasienter i små samfunn, nettopp fordi alle kjenner alle og det er vanlig å hilse på hverandre. Dette vil kreve en ekstra bevissthet fra den psykiske helsearbeideren. Internasjonale studier peker på viktigheten av å ta opp problematikken med pasienten på et tidlig tidspunkt, helst ved første møtet (Smalley og Warren, 2012). Det er vanlig å treffe på hverandre, og da blir det viktig å avklare hvordan man skal forholde seg til hverandre når det skjer.

Studie gjort av Roberts m.fl. (1999) viser at det er utfordrende med etisk bevissthet i rurale områder fordi man har få andre fagpersoner å drøfte ting med. Veiledere utenfra vil ikke alltid kjenne til eller legge vekt på de spesielle utfordringene i rurale områder. I tillegg føler ofte helsepersonell at etiske retningslinjer ikke passer med deres arbeidshverdag i et lite samfunn. Den psykiske helsearbeideren i små kommuner i Finnmark står også på dette feltet alene og må håndtere det på egenhånd. Som vist tidligere om tverrfaglig samarbeid vil andre yrkesgrupper også kunne ha lignende utfordringer ved å jobbe i småsamfunn, og det ville ha vært fordelaktig at et tverrfaglig samarbeid kunne inneholdt etiske refleksjoner omkring taushetsplikt. Kan hende er det hensiktsmessig med en gjennomgang av etiske retningslinjer sett i lys av rurale utfordringer.

### 5.3.3 Nærhet som ressurs

Nærheten i samfunnet oppleves ikke bare ensidig negativt, men innehar også mange positive aspekter. Det er nettopp nærheten i småsamfunn som ofte gjør det så givende og fint å bo ruralt. Manglende anonymitet vil være en naturlig konsekvens av nærhet, og kan kanskje også sees i sammenheng når man skal forstå samfunnet man bor og lever i. Resultat fra denne studien tyder på at det også kan være positive aspekter ved manglende anonymitet. Pasientene blir synligere noe som både kan hjelpe til at pasienten får tidligere hjelp, og det vil kunne gi pasienten bekreftelse i hverdagen å bli sett. Den psykiske helsearbeideren vil også kunne merke positive aspekter ved synligheten i samfunnet. Scharff (1998) beskriver denne manglende anonymiteten ved at alle vet hva du har gjort både når du gjør det bra og når du gjør tabber. Dermed vil manglende anonymitet både kunne fungere som en bekreftelse på jobben man gjør, samt en mindre positiv side ved at man er synlig i alle sammenhenger.

Nærheten i samfunnet viste seg også ved at den psykiske helsearbeideren hadde god oversikt og god forståelse for lokalsamfunnet, og at dette ble betraktet som en nyttig ressurs. I faglitteratur innen psykisk helse er det fremhevet viktigheten av kulturforståelse i psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2014; Karlsson og Borg, 2018). Bischoff m.fl. (2014) hevder at kultursensitivitet anses som den viktigste ingrediensen i vellykket ruralt helsearbeid. I tillegg viser han at hjelperens troverdighet er knyttet opp mot hvor godt de kjenner samfunnet og kan snakke om ting som er viktig for pasienten. Smalley og Warren (2012) viser også til at hvis man ikke evner å forstå pasientens kulturelle ståsted kan det føre til mistillit og medvirke til en dårligere oppfølging og behandling.

Manglende kulturforståelse og kultursensitivitet har trolig vært en stor utfordring for innbyggere i Finnmark og ellers i Nord-Norge. Blant annet viser Edvardsen (1997) i sin bok «Nordlendingen» at det lenge har eksistert en hierarkisk kulturforståelse hvor den styrende kulturen har vært preget av storbytenkning uten å ta hensyn til distriktskulturen i nord. Det resulterte i mange overtramp mot den nordnorske befolkningen. Finnmark er også vant med at eksperter kommer fra større steder uten å ta hensyn til lokale forhold og kultur.

Den lokale psykiske helsearbeideren har ofte god kulturforståelse og kjennskap til lokale forhold når hun har bodd og jobbet på samme sted i mange år, det blir betegnet som en «insider», eller innenfra perspektiv. Mens en som kommer fra et annet sted for å jobbe i et lite samfunn blir betegnet som «outsider» og innehar utenfra-perspektiv (Long og Weinert, 1989). Forskjellen på en «insider» og en «outsider» er stor, og vises blant annet i hvordan de blir møtt. En som kjenner den lokale kulturen og menneskene vil kunne innby til en større tillit hos lokalbefolkningen, og vil ha en større forståelse for både enkeltpasienter og for samfunnet som helhet. Dette vil bidra til en mer helhetlig forståelse og vil gjøre det lettere å yte god hjelp. En som ikke kjenner den lokale kulturen og som ikke viser et ønske om økt forståelse for den lokale kulturen vil kunne bli møtt av mistillit og avvisning.

#### 5.4 Sosial kapital i småsamfunn

Samfunn med stor grad av tillit og nærhet blir ofte beskrevet å være stabile samfunn med god sosial kapital, noe som kommer både innbyggerne enkeltvis og samfunnet som helhet til gode. Et samfunn preget av god sosial kapital har bedre levekår, mindre arbeidsledighet, større vekst enn samfunn preget av mistillit (Schiefløe, 2015). En psykisk helsearbeider som kjenner samfunnet godt og innbyr til tillit vil kunne være en vesentlig bidragsyter til den sosiale kapitalen i lokalsamfunnet. Lauder m.fl. (2001) viser til at en sykepleier i distriktet er integrert i lokalsamfunnet og er en del av mange uformelle nettverk som både gjør det mulig å fange opp enkeltpasienter tidlig og lettere ser problemer i en sosial sammenheng. Hun har stor tiltro i befolkningen og er lett å henvende seg til.

Både Coleman (2000) og Putnam (1995) legger stor vekt på tillit og gjensidighet i begrepet sosial kapital. Her viser begge til at et samfunn eller en gruppe med høy grad av sosial kapital er preget av høy grad av tillit innad i gruppa. Sosial kapital blir da en ressurs for samfunnet som helhet i tillegg til å være et gode for enkeltpersonene (Coleman, 2000; Putnam 1995; Rosenmeier, 2007). Det er knyttet mange positive egenskaper opp mot sosial kapital, og det er vist sammenhenger mellom sosial kapital og psykisk helse (Schiefløe, 2015). Det kan handle om at den sosiale kapitalen bidrar til å styrke enkeltindividets helse og velvære gjennom det å være tilknyttet andre mennesker og det å være en del av et samfunn hvor man blir sett.

Lauder m.fl. (2006) mener at sykepleiere i rurale områder er generelt høyt anerkjent og innehar stor tillit i samfunnet. Det eksisterer et gjensidighetsforhold mellom tillit og sosial kapital i helsearbeid, og at dette spiller en avgjørende rolle i forhold til hvordan helsetilbudet blir oppfattet av samfunnet. Dette gir ringvirkninger i form av bedre informasjonsflyt og stor grad av tillit mellom pasienter og helsepersonell. Et spørsmål blir da om det er sånn at den psykiske helsearbeideren er en viktig bidragsyter i å øke den sosiale kapitalen i lokalsamfunnet, eller er det slik at et samfunn preget av høy sosial kapital gjør at tilliten til den psykiske helsearbeideren styrkes? Den enkelte psykiske helsearbeider er nok ikke ansvarlig for at den sosiale kapitalen i lokalsamfunnet er god eller dårlig, men vil nok spille en viktig rolle for den sosiale kapitalen i et lite samfunn.

Putnam skiller mellom to typer nettverk som gir to ulike former for sosial kapital. Vertikale nettverk produserer sammenbindende sosial kapital med sterke bindinger mellom menneskene. Horisontale nettverk produserer brobyggende sosial kapital som kjennetegnes ved at båndene mellom menneskene er mye svakere, men desto viktigere for å få tilgang til informasjon og muligheter. Brobyggende nettverk blir av Putnam beskrevet som åpne og inkluderende, mens sammenbindende nettverk blir betegnet som innadrettet og lukket. Forskjellen ligger i at brobyggende sosial kapital fremmer regelmessig, personlig kontakt og tillit mellom mennesker og virker som et smøremiddel for samarbeid, mens i sammenbindende sosial kapital fremmes avstand mellom mennesker og virker som et surperlim som binder en gruppe mennesker for tett sammen og resultatet kan bli mistillit (Rosenmeier, 2007).

De to formene for sosial kapital kan sees i sammenheng med funn i studien. Nærheten i småsamfunn i Finnmark ble beskrevet som for nær i noen sammenhenger, noe som skapte ekstra utfordringer for den psykiske helsearbeideren blant annet ved at det ble vanskeligere å ta opp tabubelagte temaer. Kan hende den utfordrende nærheten kan sees i sammenheng med sammenbindende sosial kapital, der samfunnet har blitt for tett og resultatet blir mistillit og ikke økt tillit. En slik form for sosial kapital kan oppleves hemmende for den enkelte psykiske helsearbeideren, og kan være et resultat av små og nære samfunn hvor åpenhet og inkludering har blitt vanskelig. Den psykiske helsearbeiderens arbeid med å synliggjøre utfordringer innen psykisk helse vil da kunne vanskeliggjøres på grunn av den sammenbindende sosiale kapitalen.

Horisontale, brobyggende sosial kapital er preget av åpenhet og økt grad av informasjonsutveksling og økt produksjon. Det kjennetegnes gjerne ved grupper som er preget av likeverdighet hvor ulike personer kommer sammen (Rosenmeier, 2007). Godt tverrfaglig samarbeid er belyst i denne studien, og ble trukket frem som en viktig forutsetning for å klare å jobbe i småsamfunn. Det kan tyde på at økt tverrfaglig samarbeid med tydelige rammer vil kunne skape et horisontalt nettverk som vil kunne gi positive gevinster både i form av økt informasjonsflyt og økt produksjon. Det som her vektlegges er likeverdighet mellom de ulike medlemmene. Det kan tyde på at det er viktig å jobbe med at psykisk helsearbeid blir likestilt som fagfelt på nivå med andre samarbeidende instanser. Den psykiske helsearbeiderens opplevelse av nedvurdering og manglende anerkjennelse vil kanskje kunne reduseres ved en slik tydeliggjøring.

Studiens funn trekker særlig frem den psykiske helsearbeiderens opplevelse av manglende anerkjennelse for sin kompetanse som et viktig aspekt, og det er tidligere i drøftingen pekt på at det kan ha sammenheng med at psykisk helsearbeid som fagfelt har lavere status og anerkjennelse, samt at psykisk helse fortsatt kan være preget av tabu. Et tredje aspekt kan handle om at tilliten mellom den psykiske helsearbeideren og ledelse i kommunen er lav. Dette er trolig ikke knyttet opp mot den psykiske helsearbeideren som person, men handler i større grad om andre faktorer. Noen av de faktorene kan være knyttet opp mot sosial kapital i samfunnet og graden av tillit til kommunal ledelse generelt. Dette trenger ikke nødvendigvis være et særtrekk ved småsamfunn, men kan også være gjeldende på større steder.

Resultatene i studien viser at det er særegne utfordringer knyttet til det å jobbe som psykisk helsearbeider i småkommuner i Finnmark. Det er særlig løftet frem utfordringer med kompetanse, samarbeid og nærhet, som alle kan sees i sammenheng med sosial kapital.

## 5.5 Studiens styrker og begrensninger

Troverdighet i forskningsarbeid vises ved å grundig redegjøre for alle trinnene i forskningen, hva som er gjort og hvilket ståsted forsker har. Dette har vært etterstrebet i studien, og en detaljert beskrivelse av fremgangsmåte er presentert i metoddelen. På den måten vil det være tydelig for leseren hvorfor studien er gjort, hvordan den er gjort, hva som kom frem, og hvilke tolkninger som er foretatt.



Selv om det i denne studien har undersøkt helsepersonells erfaringer innen psykisk helse i småkommuner i Finnmark, så vil trolig studien kunne ha overføringsverdi til andre yrkesgrupper og andre småsamfunn. I små samfunn vil mange ulike yrkesgrupper oppleve å være eneste ansatt i tjenesten, slik som helsesykepleiere, barnevernsansatte, leger, kommunepsykologer, og pedagogiske rådgivere i PP-tjenesten. Funnene vil kunne være overførbar til disse yrkesgruppene. Særtrekk ved å jobbe i små samfunn vil kunne være gjenkjennbart også for andre småkommuner i landet.

Det er gjort få studier i Norge som forsker på den psykiske helsearbeiderens erfaringer med å jobbe i små kommuner, og derfor er det valgt en bred inngang til tema i denne studien. Dette viste seg også ved at intervjuene ble svært lange, og mange tema ble berørt. En innsnevring og presisering av problemstilling i studien ville kunne ha produsert resultater av en annen karakter. En dypere forståelse og mer inngående funn ville kunne ha kommet frem. Imidlertid viste det seg utfordrende å snevre inn tema og problemstilling på grunn av manglende forskning i Norge på dette tema. En innsnevring ville kunne gi en dypere forståelse av deltema, men på bekostning av det å finne ut av hva informantene sto i og anså som viktig i sin hverdag. En veksling mellom å holde tema og intervju spørsmålene åpne på den ene siden, og på den andre siden snevre inn til mer konkrete undertema, var gjennomgående i store deler av den innledende fasen i studien.

Studien har intervjuet fagpersoner innen kommunalt psykisk helsearbeid som ennå bor og jobber på stedet. Dette ga rike beskrivelser av hvordan det oppleves å bo og jobbe i småsamfunn over tid. Det er ikke snakket med personer som har sluttet i jobben og undersøkt deres erfaringer. Det har heller ikke lyktes å rekruttere informanter som kommer fra andre og større steder i Norge og som har jobbet i småsamfunn i Finnmark. Det kunne ha vært interessant med informanter som hadde en annen bakgrunn for å undersøke om det var andre utfordringer for den psykiske helsearbeideren som kom fra et større samfunn.

Erfaringen var at dybdeintervju som metode fungerte godt i forhold til problemstillingen og i forhold til å innhente kunnskaper om et nokså lite kartlagt tema. Imidlertid har denne metoden sine begrensninger, og videre kunnskapsforskning på tema bør inkludere varierende metoder og også inkludere pasienters erfaringer.

## 5.6 Refleksjoner og implikasjoner

Studien viser at den psykiske helsearbeideren i småkommuner i Finnmark jobber ofte alene i et stort fagfelt og med mange arbeidsoppgaver. Små kommuner i Finnmark skal favne hele det psykiske helsearbeidet, med få ressurser og knappe midler. Kan hende er det et for stort ansvar å ha for en liten kommune å skulle favne hele det psykiske helseaspektet. En mulig løsning kan være å ha et felles kompetansesenter for fylket hvor ansvaret for faglig utvikling, kursing og veiledning til kommunene kunne ligge. Det ville vært mulig med felles samlinger for de som jobber innen psykisk helsearbeid, både for faglig oppdatering på sentrale tema og for å knytte et faglig fellesskap hvor det er mulig å drøfte ulike utfordringer man står i til daglig. Det vil også være en mulighet for at den kommunale ledelsen kunne få økte kunnskaper om psykisk helsearbeid i kommunen, samt råd og tips til hvordan jobbe med problemstillinger lokalt. En informant beskrev redselen for faglig stagnasjon så godt. Hun kalte det for «hverdagsblindhet». Dette er en høyst reell trussel i småkommuner med få ansatte å dele erfaringer med, og få muligheter til å holde seg faglig oppdatert.

Kunnskaper om de spesielle utfordringene ved å jobbe i rurale områder er det store behov for, viser også denne studien. Det bekreftes av funn fra lignende studier gjort i andre land (Fifield og Oliver, 2016). Manglende anonymitet og manglende skille mellom jobb og privat trenger ikke være utfordrende for alle, men denne studien viser at selv erfarne psykiske helsearbeidere har utfordringer knyttet til dette, og sliter med å takle det på egenhånd. Veiledning fra andre som har kunnskaper om det særegne ved småsamfunn kan være hensiktsmessig for å få støtte i utfordrende situasjoner. Kanskje kan støtte og veiledning komme utenfra, for eksempel Fylkesmannen i Troms og Finnmark. Veiledningen og støtten kan også komme fra kollegaer i andre stillinger eller faggrupper i samme kommune. Ofte sitter både barnevernet, helsesøster, pp-tjenesten, lege, prest og andre fagansatte alene eller med få kolleger og det kunne vært fruktbart med et kollegialt nettverk for å drøfte nettopp slike utfordringer som kan være felles. Det vil også kunne bidra til å støtte nyansatte som kommer uforberedt til et lite samfunn og som kanskje ikke har erfaringer med det spesielle ved å jobbe i rurale strøk.

## 6.0 Oppsummering

### 6.1 Konklusjon

Denne studien har sett på psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i småsamfunn i Finnmark. Funnene belyser tre hovedtema som fremtredende; kompetanse, samarbeid og nærhet.

**Kompetanse** løftes frem som en særlig utfordring i småsamfunn i Finnmark. Psykisk helsearbeid er et bredt fagfelt som det er vanskelig for den enkelte psykiske helsearbeider å ha ansvar for alene og holde seg faglig oppdatert på. Statlige føringer fremhever imidlertid at psykisk helse er et helhetlig ansvar som alle kommunens sektorer skal være en del av (Departementene, 2017). Dette helhetlige ansvaret virker ikke småkommunene å ha tatt til seg, og den psykiske helsearbeideren opplever at hele ansvaret for psykisk helsearbeid hviler på deres skuldre.

Det løftes også frem utfordringer knyttet til at psykiske helsearbeidere i småkommuner i Finnmark opplever manglende anerkjennelse for sitt fag og sitt arbeid. Kan hende settes det i sammenheng med at psykisk helse fortsatt kan være et tabubelagt tema i småsamfunn (Bishoff m.fl., 2014). Arbeid med økt grad av åpenhet om psykisk helse vil kunne være et viktig satsningsområde lokalt i kommunene.

En stor utfordring er å rekruttere og beholde fagkompetanse i småsamfunn i Finnmark. Med få ansatte i kommunehelsetjenesten og i samarbeidende instanser er fagkompetanse sårbart. Studier har pekt på at det er gjerne personer fra småsamfunn som blir boende og jobber på små steder (Bushy, 2002; Norbye og Skaalvik, 2013). Det vil kunne være fruktbart å satse på kompetanseheving av lokale innbyggere for å øke rekruttering og sikre fagkompetanse innen psykisk helse i fremtiden.

**Samarbeid** med andre fagpersoner og instanser ble løftet frem som sentralt i kommunalt psykisk helsearbeid i småsamfunn i Finnmark. Dette ville kunne motvirke den faglige, følelsesmessige og fysiske ensomheten som var fremtredende hos de psykiske helsearbeiderne. Økt grad av samarbeid er et satsningsområde viser statlige føringer (Departementene, 2017), og vil kunne bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester samt øke den samlede kompetansen innen psykisk helse i kommunene. Det løftes frem at samarbeidet bør forankres i planer og øverste ledelse i kommunen, samt utarbeide felles mål og felles forståelse for arbeidet (Glavin og Erdal, 2018). Psykisk helsearbeid er et helhetlig ansvar som den enkelte psykiske helsearbeideren ikke bør stå med alene.

**Nærheten** i småsamfunn i Finnmark resulterte i at psykiske helsearbeidere ofte opplevde manglende skiller mellom jobb og privatliv som utfordrende, noe funn fra studier internasjonalt støtter (Long og Weinert, 1989; Werth, 2012). Dette resulterte i tilbaketrekning fra sosiale arenaer. Imidlertid fremheves viktigheten av kulturforståelse og deltakelse i lokalsamfunnet som sentralt i opparbeidelsen av tillit til den psykiske helsearbeideren (Lauder m.fl., 2001). Dermed kan det bli viktig å finne måter å hjelpe den psykiske helsearbeideren å stå i utfordrende situasjoner som oppstår i små samfunn, og hindre at den enkelte må takle alt alene og finne opp løsningene på egenhånd.

Det er ikke bare utfordrende å bo og jobbe innen psykisk helsetjeneste i småsamfunn i Finnmark. Nærheten ble også ansett som en ressurs og et ekstra gode, både med tanke på oversiktighet i samfunnet og at man lettere kan komme til løsninger på grunn av kjennskap i lokalsamfunnet. Særlig ble de givende menneskemøtene og nærheten til andre mennesker løftet frem som positivt ved å jobbe som psykisk helsearbeider i småkommuner i Finnmark.

## 6.2 Videre forskning

Denne studien kan anses som et første dykk inn i et tema det eksisterer lite forskning på fra før i Norge. Resultatene peker på mange særlige utfordringer innen psykisk helse i småkommuner i Finnmark, og det vil være behov for flere studier som kan gå mer i dybden på de ulike problemstillingene som eksisterer i småsamfunn. Internasjonale studier viser at ruralitet er et bredt forskningsfelt.

Denne studien har pekt på noen fellestrekk med forskning i andre land, men det er allikevel et stort behov for å forske videre på hva som er det særegne ved psykisk helsearbeid i småkommuner i Norge. Det eksisterer både likheter og forskjeller mellom Norge og andre land, og ikke alle funn internasjonalt lar seg overføre til norske forhold. Statlige, sosiale, kulturelle og individuelle forhold kan variere, og det er viktig å få frem hva som er særegent ved rurale forhold i Norge.

Denne studien har hatt en bred inngang til feltet, noe som åpner opp for videre forskning på mange tema innen ruralt psykisk helsearbeid. Ett viktig aspekt vil være å undersøke hvilke erfaringer pasienter innen psykisk helse har når de bor i småsamfunn. Hvordan de opplever nærheten i småsamfunn og det å jevnlig treffe på behandlere utenom behandlingen vil være viktig kunnskap for å bedre kunne legge til rette for pasientene i kommunene.

Det vil være viktig med økte kunnskaper om hvordan småkommuner klarer å ivareta statens føringer med tanke på å tilby helhetlige og koordinerte tjenester innen psykisk helsearbeid. Funn kan tyde på at det byr på ekstra utfordringer for småkommuner å legge til rette for et bredt tilbud til alle innbyggerne.

## Referanseliste

Bischoff, R.J., Reisbig, A.M.J., Springer, P.R., Schultz, S., Robinson, W.D., Olson, M. (2014). Succeeding in Rural Mental Health Practice: Being Sensitive to Culture by Fitting in and Collaborating. *Contemp. Fam Ther*, 2014(36), 1-16.

Blix, B.H. (2014). En kritisk refleksjon over betydningen av kultur i møter mellom innvandrere og helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 55(4), 471-484.

Bushy, A. (2002). International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. *Australian Journal of Rural Health*, 2002(10), 104-111.

Coleman, J.S. (2000). Sosial kapital i utviklingen av menneskelig kapital. *Magma*, 3(1), 91-114. Oversetter: Sølvi Lillejord. Hentet fra: <https://www.magma.no/sosial-kapital-i-utviklingen-av-menneskelig-kapital>

Dahlqvist, V., Søderberg, A., Norberg, A. (2009). Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009(16), 242-247.

Departementene (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)

De Smedt, S., og Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge, en scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2). <http://dx.doi.org/10.7557/14.4238>

Drury, V., Francis, K., Dulhunty, G. (2005). The lived experience of rural mental health nurses. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 5(1), 19-27.

Edvardsen, E. (1997). *Nordlendingen*. Oslo: Pax Forlag

Fifield, A.O. og Oliver, K.J. (2016). Enhancing the Perceived Competence and Training of Rural Mental Health Practitioners. *Journal of rural Mental Health*, 40(1), 77-83.

Fors, M. (2018). Geographical Narcissism in Psychotherapy: Counter-mapping Urban Assumptions About Power, Space, and Time. *Psychoanalytic Psychology*, 35(4), 446-453.

Gadamer, H.G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag.

Gibb, H. (2003). Rural community mental health nursing: A grounded theory account of sole practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003(12), 243-250.

Glavin, K. og Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. (4. utg). Oslo: Kommuneforlaget.

Guldal, J. og Møller, M. (1999). *Hermeneutikk, en antologi om forståelse*. København: Gylendal.

Hargrove, D.S. og Curtin, L. (2012). Rural Mental Health Practitioners: Their Own Mental Health Needs. I: Smalley, K.B., Warren, J.C., Rainer, J.P. (Red.), *Rural Mental Health. Issues, Policies, and Best Practices* (s.113-127). New York: Springer Publishing Company.

Hastings, S.L. og Cohn, T.J. (2013). Challenges and Opportunities Associated With Rural Mental Health Practice. *Journal of Rural Mental Health*, 37(1), 37-49.

Haugland, R. (2016). *Barnevern i små distriktskommuner. Faglige og organisatoriske utfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (IS-2076). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helse- og omsorgsdepartementet (1998). St.prop. 63. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2006). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg., 2.oppl.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hylland Eriksen, T. og Sajjad, T.A. (2016). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. og Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. *Norges Barnevern*, 1994(1), 4-9.

Lauder, W., Reel, S., Farmer, J., Griggs, H. (2006). Social capital, rural nursing and rural nursing theory. *Nursing Inquiry*, 2006(13), 73-79.

Lauder, W., Reynolds, W., Reilly, V., Angus, N. (2001). The role of district nurses in caring for people with mental health problems who live in rural settings. *Journal of Clinical Nursing*, 2001(10), 337-344.

Lee, H.J. og McDonagh, M.K. (2013). Updating the rural nursing theory base. I: Winters, C.A. (Red.) *Rural nursing. Concepts, theory, and practice* (s.15-33). New York: Springer Publishing Company

Lindseth, A. og Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic College of Caring Sciences*, 2004(18), 145-153.



Long, K.A., og Weinert, C. (1989). «Rural nursing: developing the theory base» I: Winters, C.A. (Red.) *Rural nursing. Concepts, theory, and practice* (s.1-14). New York: Springer Publishing Company

Masvie, T.B. og Ytrehus, S. (2013). Psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, 2013(1), 19-34.

Norbye, B. og Skaalvik, M.W. (2013). Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*, 2013(72), 1-7.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Ådnanes, M., Lassemo, E., Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. Sintef. Hentet fra: [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig\\_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf)

Putnam, R.D. (1995). Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America. *American Political Science Association*, 28(4), 664-683.

Putnam, R.D. (2004). Health by association: some comments. *International Journal of Epidemiology*, 2004(33), 667-671.

Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet - noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(2), 5-17.

Roberts, L.W., Battaglia, J., Epstein, R. (1999). Frontier Ethics: Mental Health Care Needs and Ethical Dilemmas in Rural Communities. *Psychiatric Services*, 50(4), 497-503.

Roberts, L.W., Battaglia, J., Smithpeter, M., Epstein, R. (1999). An Office on Main Street. Health Care Dilemmas in Small Communities. *Hastings Center Report*, 1999(jul-aug), 28-37.

Rosenmeier, S.L. (2007). Den sociale kapitals fædre. I: Hegedahl, P., Rosenmeier, S.L. (Red.) *Social Kapital som teori og praksis* (s. 9-36). Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Scharff, J.E. (1998). The distinctive nature and scope of rural nursing practice: philosophical bases. I: Winters, C.A. (Red.), *Rural nursing. Concepts, theory, and practice* (s.241-258). New York: Springer Publishing Company

Schiefloe, P.M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital. Nettverk og nettverksforskning*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Smalley, K.B. og Warren, J.C. (2012). The Current State of Rural Mental Health. I: Smalley, K.B., Warren, J.C., Rainer, J.P. (Red.), *Rural Mental Health. Issues, Policies, and Best Practices* (s. 3-16). New York: Springer Publishing Company.

Smalley, K.B. og Warren, J.C. (2012). Rurality as a Diversity Issue. I: Smalley, K.B., Warren, J.C., Rainer, J.P. (Red.), *Rural Mental Health. Issues, Policies, and Best Practices* (s. 37-47). New York: Springer Publishing Company.

SSB (2019). Kommunefakta Finnmark fylke. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra:  
<https://www.ssb.no/kommunefakta>

Thornquist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2.oppl.). Bergen: Fagbokforlaget.

Ulland, D., Thorød, A.B., Ulland, E. (2015). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wakerman, J. (2004). Defining remote health. *Australian Journal of Rural Health*. 12(5), 210-214.

Werth, J.L. (2012). Ethical and Professional Challenges of Mental Health Care Delivery in Rural Communities. I: Smalley, K.B., Warren, J.C., Rainer, J.P. (Red.), *Rural Mental Health. Issues, Policies, and Best Practices* (s. 97-112). New York: Springer Publishing Company.

## **Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt**

*«Helsepersonells erfaringer med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i små kystkommuner i Finnmark»*

### **Bakgrunn og hensikt:**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor hensikten er å få en forståelse av hvilke erfaringer psykiatriske sykepleiere og miljøterapeuter har med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i en liten kystkommune i Finnmark.

Det er gjort få studier i Norge om hvilke erfaringer helsepersonell har med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i rurale områder. Målet med studien er å få kunnskaper om hvilke erfaringer helsepersonell i små kommuner i Finnmark har, av både gode erfaringer og av utfordringer.

Du er forespurt om å delta i studien fordi du jobber eller har erfaringer som psykiatrisk sykepleier eller miljøterapeut i en liten kommune i Finnmark. Du har en bachelorgrad innen helse eller sosialfag (sykepleier, vernepleier, sosionom) med videreutdanning innen psykisk helse (eller tilsvarende videreutdanning). Du bor og jobber på samme sted som pasientene du følger opp.

Undersøkelsen vil gi utgangspunkt til arbeid med min mastergradsoppgave, i tilknytning til at jeg studerer ved institutt for helse og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet.

### **Hva innebærer deltakelse i undersøkelsen?**

Grunnlaget for studien er intervju med helsepersonell om deres erfaringer. Den som samtykker til å delta i studien vil jeg ønske å gjennomføre et intervju sammen med, hvor jeg stiller spørsmål om positive erfaringer samt utfordringer knyttet til arbeidet i kommunal psykisk helsetjeneste. Intervjuet vil ha varighet på omtrent en time, og jeg vil bruke båndopptaker. Intervjuene vil senere bli skrevet ut som tekst og analysert.

### **Hva skjer videre med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formålet med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Et fiktivt navn knytter deg til dine opplysninger. Det er kun jeg som har tilgang til ditt navn og som kan finne tilbake til deg. Jeg planlegger å avlegge eksamen våren 2019. Lydbånd vil bli slettet og utskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdigstilt. All informasjon om deg vil bli anonymisert og du vil ikke kunne gjenkjennes av andre i publikasjoner.

### **Frivillig deltakelse.**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

## Vedlegg 1

**Dersom du ønsker å delta i studien**, signerer du samtykkeerklæringen på siste side og sender den til meg på denne adressen: Beate Leona Ekrem, Postboks 427, 9770 Mehamn. Når jeg mottar ditt samtykke, vil jeg ta kontakt for å avtale tid og sted for intervjuet. Jeg vil tilstrebe å få dette tilrettelagt i din arbeidstid. Du kan også kontakte meg direkte på mobil: 48293347, eller mail: [beatelill@gmail.com](mailto:beatelill@gmail.com) for å avtale tidspunkt for intervju.

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

- Mastergradsstudent ved UiT Norges arktiske universitet Beate Leona Ekrem. Mail: [beatelill@gmail.com](mailto:beatelill@gmail.com). Mobil: 48293347
- Prosjektansvarlig/veileder ved UiT Norges arktiske universitet Gunn Pettersen. Mail: [gunn.pettersen@uit.no](mailto:gunn.pettersen@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Gunn Pettersen

Mastergradsstudent  
Beate Leona Ekrem

**Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:**

*«Helsepersonells erfaringer med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i små kystkommuner i Finnmark»*

Jeg (skriv ditt navn her).....

har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved til å delta i prosjektet.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.  
Jeg samtykker til å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2019.

.....  
(sted)

.....  
(dato)

.....  
(signatur)

.....  
(kontaktadresse)

Mobil: .....

Epost: .....

## Intervjuguide

Informasjon før intervjuet:

Frivillighet, min rolle som forsker, formålet med prosjektet, lydbåndopptaker, transkribering, oppbevaring av data.

Undersøke om informanten har noen spørsmål angående deltakelse i studien før vi begynner.

Jeg minner om at anonymitet vil bli sikret, at det er mulig å trekke seg fra studiet når som helst, varigheten på intervjuet.

Jeg forsikrer meg om at det er greit at jeg tar lydopptak av intervjuet. Jeg sier at jeg ønsker en åpen samtale om tema og oppfordrer informanten til å fortelle fritt.

### Bakgrunnsspørsmål:

1. Hvor lenge har du jobbet i kommunal psykisk helsetjeneste?
2. Hvilken utdanningsbakgrunn har du?

### Hovedspørsmål:

3. Kan du fortelle hva som er positivt med å jobbe i kommunal psykisk helse her i kommunen?
  - Fortell om en fin dag på jobben
4. Kan du fortelle om noen utfordringer i tilknytning til din jobb i kommunen?
  - Fortell om en utfordrende dag på jobben

## Vedlegg 3

### **Utfyllende spørsmål:**

Kan du si litt mer om det?

Kan du utdype det?

Hvordan opplevde du det?

Hva tenkte du om det?

Kan du beskrive hva som skjedde?

Har du flere eksempler på det?

Har du andre eksempler på det?

Skjer det ofte/sjelden?

Er det vanlig/uvanlig?

Hva var som gjorde at du...?



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i kommunal psykisk helsetjeneste i rurale områder

### Referansenummer

831967

### Registrert

26.09.2018 av Beate Lill Ekrem - bfr022@post.uit.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges arktiske universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

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

Gunn Pettersen, gunn.pettersen@uit.no, tlf: 99271842

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Beate Leona Ekrem, beatelill@gmail.com, tlf: 48293347

### Prosjektperiode

21.09.2018 - 01.09.2019

### Status

29.11.2018 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 29.11.2018 - Vurdert

Vi beklager den lange vurderingstiden. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.11.2018. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det

være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.9.2019. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Øivind Armando Reinertsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)