Lite og godt eller trangt og smått

Psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland

Toril Beate Masvie

Masteroppgave ved Avdeling for helsefag

HØGSKOLEN I BUSKERUD

30.04.2011

HØGSKOLEN I BUSKERUD
Avdeling for helsefag
Konggt. 51
3019 Drammen

Navn:	**Dato:**
Toril Beate Masvie	**30.04.2011**

Tittel og undertittel:
Lite og godt eller trangt og smått.
Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland.

Sammendrag:

Bakgrunn: Psykiske helsearbeid i kommunene ble for alvor en realitet med Opptrappingsplanen 1999, og de øremerkede midlene som fulgte med. I dag har alle kommuner et tilbud til mennesker som har en psykisk lidelse. Kontinuitet blant de ansatte er vesentlig for kvaliteten av tjenesten som ytes.

Hensikten med studien: Å få kunnskap om den psykiske helsearbeiderens erfaringer med å jobbe i små kommuner, med særlig henblikk på det å møte pasienten på flere arenaer, og organisering av tjenesten. Disse erfaringene er med på å påvirke hvor lenge den psykiske helsearbeideren blir i jobben sin. Kontinuitet er noe som er viktig for kvaliteten på relasjonen til pasienten og derfor noe man bør tilstrebe.

Teoretisk forankring: Små samfunn har særskilte utfordringer i forhold til rollekompleksitet og informasjonsflyt. Tidligere forskning viser at psykiske helsearbeidere i kommunene opplever stor frihet i jobben. Samtidig innebærer denne friheten mange selvstendige valg, og sterk opplevelse av ansvar. Forskning viser også at der er få tydelige føringer på hvordan takle de utfordringer møte med pasienten i et lite samfunn medfører.

Metode: Studien baserer seg på kvalitativt samtaleintervju med seks informanter fra små kommuner i Nordland.

Resultat: Å jobbe med psykisk helsearbeid i små kommuner medfører en rekke utfordringer med hensyn til å møte pasienten på flere arenaer og med hensyn til organisering av tjenesten. I små kommuner møter den psykiske helsearbeideren pasientene på mange arenaer, også utenfor arbeidstid, som på kafeen, bygdefesten, butikken og på facebook. Studien viser at informantene stadig måtte inn i rollen som psykisk helsearbeider etter arbeidstid og at dette kunne oppleves belastende. Studien avdekker videre at det er få retningslinjer eller føringer for hvordan håndtere disse belastningene. Med hensyn til organisering viser studien at de ansatte selv i stor grad har vært med på å utforme innholdet i arbeidet sitt. Flere opplever at de står mye alene med stort opplevd ansvar for pasientene.

Konklusjon: Å jobbe i en liten kommune medførte særskilte utfordringer. Det er behov for å se nærmere på ulike modeller for organiseringen av arbeidet for å møte de særskilte utfordringene som psykisk helsearbeidere i små kommuner kan oppleve.

Nøkkelord: Psykiatrisk sykepleier, psykisk helsearbeider, kommune, rural, jobbtilfredshet, stress, organisasjon.

HØGSKOLEN I BUSKERUD
Avdeling for helsefag
Konggt. 51
3019 Drammen

Name:	**Date:**
Toril Beate Masvie	**30.04.2011**

Title and subtitle:
"Small is beautiful,- or narrow and cramped?"
The experience of mental health workers in small communities in the county of Nordland, Norway

Abstract:

Background: Mental health services in the local communities came into general existence when, in 1999, the 'Opptrappingsplan' (Upgrading plan) came with earmarked grants attached. Today all municipalities in Norway render services to people who suffer with mental illnesses. Continuity among the employees is of vital importance to the quality of this service.

The purpose of the study is to gain knowledge of the experience the mental health workers have in small municipalities have. Special focus is put on meeting patients in several settings and on how the care is organized. These experiences affect how long the mental health worker stays in the job. Continuity in care is an important part in the quality of relationship with the patient, and as such, should be aimed for.

Theoretical framework: Small communities have particular challenges with regard to the complexity in roles and the flow of information. Previous research shows that mental health workers in the municipalities experience great individual flexibility in the job. This also entails independent decision making and a strong sense of personal responsibility. Studies also show that there are few guidelines around the challenges of working in small communities are to be managed.

Method: The study utilizes qualitative interviews with six informants who work in small rural municipalities in the county of Nordland, Norway.

Result: Working with mental health care services in small communities has a number of challenges with regard to meeting the patients in several settings, and to how the services are organized. In the rural community the mental health worker may meet the patients off duty in several settings; at the café, at social gatherings, in the shop, and on Facebook. The study shows that the informants frequently had to enter the professional role after normal working hours, a double role that drained the workers. The study further reveals that there are few guidelines or recommendations towards how these challenges are to be managed. The workers themselves had, to a large extent, to organize and develop their own job descriptions. Several of them worked alone and experienced a great sense of responsibility for the patients.

Conclusion:
To work in a small municipality held specific challenges. There is a need to look into different organizational models of how these challenges experienced by the mental health worker in small rural communities can be managed.

Key words:
Mental health worker, psychiatric nurse, community, rural district, job satisfaction, stress, organization.

FORORD

Å komme til veis ende gir en avventende følelse. Hva nå? Hva skal kvelder, tidlige morgener og helger brukes til etter to år med skrivearbeid? De som har gått veien før meg sier at det trenger jeg ikke bekymre meg over. Jeg får stole på det.

Skriveprosessen inn i det akademiske språket har vært en dannelsesreise. Om dette i fremtiden blir hjertespråket mitt har jeg mine tvil om. Men, hvem vet?

Forskerprosessen har utelukkende vært positiv. Å få innblikk i de andre psykiske helsearbeidernes erfaringer har vært spennende og utviklende. Siden har det å få sette disse erfaringer inn i en teoretisk referanseramme utvidet min forståelse for eget fag, noe jeg ikke ville vært foruten. Så takk til mine velvillige informanter.

På denne veien har jeg hatt inspiratorer. Ikke minst er jeg glad for de kvinnene i familien som har gjort dette før meg. Min mor, min søster, mine svigerinner og min kusine. Noen har bidratt på en særskilt måte, og det er jeg takknemlig for. Takk til min mor som alltid har hatt tro på meg og som har lest korrektur. Takk til min svigerinne Hilde som med sin sykepleiefaglige bakgrunn har gitt meg verdifull drahjelp og rettledning. Og takk til kusine Marit som delte sin oppgave så raust med meg, det gav meg verdifull starthjelp.

Jeg har også hatt en heiagjeng der min mann har vært i en særstilling med usvikelig optimisme. I tillegg har jeg barn som har vist forståelse og forbausende stor interesse for det jeg har holdt på med.

Ikke minst har jeg hatt en tålmodig veileder som har fulgt meg med mange og grundige veiledninger. Takk til deg Siri Ytrehus.

Leirfjord april 2011

Toril Beate Masvie

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling 1
1.2 Studiens hensikt 2
1.3 Hva kjennetegner situasjonen i små kommuner i Nordland 3

2.0 TEORI 4
2.1 Oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunen 4
2.1.1 Målgruppe for arbeidet 6
2.2 Små samfunn 6
2.2.1 Svake bånd og informasjonsflyten i små samfunn 8
2.3 Yrkesrollen som psykisk helsearbeider 10
2.4 Psykisk helsearbeid i kommunen 12
2.4.1 Organisering av psykisk helsearbeid i kommunene 12
2.4.2 Den psykiske helsearbeideren som bakkebyråkrat 13
2.4.3 Å jobbe alene 15
2.5 Rolle forståelse og yrkesutøvelse som psykisk helsearbeider. 16
2.5.1 Nærhet og helhet 16
2.5.2 Å tåle nærhet 16
2.6 Oppsummering 19

3.0 FORSKNINGSDESIGN, METODE OG ETISKE OVERVEIELSER. 21
3.1 Redegjørelse for mitt vitenskapsfilosofiske og forskningsmetodiske utgangspunkt og begrunnelse for valg av metode. 21
3.2 Den praktiske gjennomføringen. 25
3.2.1 Intervjuguide 25
3.2.2 Intervju 25
3.2.3 Transkribering 27
3.2.4 Analysen 28
3.3 Etiske vurderinger 29
3.4 Vurdering av studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet 32

4.0 RESULTAT 34
4.1 Bakgrunnsinformasjon om informantene 34

4.2 Å møte pasienten på flere arenaer 35
4.2.1 Å være synlig i rollen som psykisk helsearbeider i alle sammenhenger 36
4.2.2 Å vite om hverandre - Informasjonsflyten i små samfunn 36
4.2.3 Problemtiske arenaer og mestringsstrategier 39
4.2.4 Oppsummering: 46
4.3 Organisering av arbeidet 46
4.3.1 Kontorforhold 46
4.3.2 Stillingsinstruks 48
4.3.3 Om å jobbe alene 49
4.3.4 Endring i synet på hva som er problemer i livet 52
4.3.5 Å være tilgjengelig for pasienten etter arbeidstid 53
4.3.6 Om å samarbeide med andre faggrupper i kommunen 55
4.3.7 Opplevd ansvar og formell myndighet. 59
4.3.8 Forståelse av egen rolle 62
4.3.9 Veiledning 63
4.3.10 Ledelse 65
4.3.11 Oppsummering 66

5.0 DISKUSJON 67
5.1 Psykisk helsearbeid som nytt offentlig tilbud i kommunen 67
5.2 Psykisk helsearbeid i små kommuner 69
5.2.1 Å møte pasienten på flere arenaer 69
5.2.2 Organisering av tjenesten 72
5.2.2.1 Om å jobbe alene. 72
5.2.2.2 Tigjengelighet etter arbeidstid. 73
5.2.2.3 Samarbeid med andre tjenester. 74
5.2.2.4 Opplevd ansvar og formell myndighet. 75
5.2.2.5 Å stå på egne ben i eget fagfelt. 76
5.3 Konsekvenser for praksis 78
5.4. Hva trengs av videre forskning 80

Avslutning 82

BIBLIOGRAFI 83

Vedlegg:

Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD, Norsk samfunnsdata.
Vedlegg 2. Brev sendt ledere for psykisk helse i kommunene.
Vedlegg 3. Brev sendt informanter med forespørsel om deltakelse.
Vedlegg 4. Samtykkeerklæring.
Vedlegg 4. Intervjuguide.

Tabell:

Tabell 1. Tabell over antall intervjuer med den enkelte informant.....26

1.0 INNLEDNING

Psykisk helsearbeid på kommunalt nivå ble for alvor realisert gjennom Opptrappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet, 1999) og de øremerkede midlene som fulgte med den. Organisert psykisk helsearbeid ute i kommunene har en forholdsvis kort historie og relativt lite forskning er gjort på dette feltet. Denne studien fokuserer på erfaringer og opplevelser som den psykiske helsearbeideren har som ansatt i en liten kommune. Når begrepet mennesker med psykiske lidelser blir brukt i denne studien, vil det si mennesker som selv opplever at de lider under psykiske plager, med eller uten diagnose.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Etter å ha jobbet noen år med psykisk helsearbeid i en liten kommune, og sett kollegaer komme og gå har jeg blitt nysgjerrig på hva jobben gjør med deg som ansatt. Hvorfor sier en av mine tidligere kollegaer at hun aldri kunne tenke seg å jobbe i kommunen mer, mens en nåværende kollega ikke kan tenke seg annen type jobb. Hva er det med å jobbe i små kommuner? Og hva kjennetegner det å jobbe med psykisk helsearbeid i små kommuner.

I denne studien er det særlig to problemstillinger jeg ønsker å sette fokus på. Den første handler om hvordan det oppleves å møte pasienten etter arbeidstid, og den andre handler om hvordan organiseringen av arbeidet påvirker de psykiske helsearbeideres erfaringer og opplevelser. Denne studien har sett på kommuner med mindre enn 2500 innbyggere.

Egne erfaringer har vært med på å gjøre meg nysgjerrig både i forhold til det å møte pasientene på mange arenaer, men også i forhold til organisering av arbeidet. For å ta det siste først. Psykisk helsearbeid er en relativ ny tjeneste i kommunene der en fremdeles har stor frihet til å organisere arbeidet sitt selv. En tid jobbet jeg med en ung mann som hadde fått en alvorlig diagnose og som i en årrekke hadde vært pasient i spesialisthelsetjenesten. Som psykisk helsearbeider i kommunen dro jeg på et hjembesøk, og fant et hjem som var svært kaotisk. På forhånd hadde jeg blitt advart om at det var umulig å få pasienten til å gjøre noe i huset. Men gjennom gjentatte besøk og felles innsats fikk vi sammen gått igjennom rom etter rom og ryddet og vasket til stedet mer så ut som det vi oppfatter som et normalt hjem. Senga

var siste stedet pasienten tillot meg å komme nær, den var ikke skiftet på de siste årene. Etter sengeskiftet og felles innsats i rydding av soverommet viste pasienten tydelig lettelse over å få dette gjort. Og jeg kjente på takknemligheten over å jobbe i et system som tillot denne friheten i prioritering av arbeidsoppgaver og bruk av arbeidstid.

Å møte pasienten på mange arenaer byr på utfordringer i små kommuner. Flere enn meg har fått spørsmål hjemme av barna, ”mamma hvorfor fikk du klem av ”Per” i butikken”? Mange pasienter gir uttrykk for en opplevelse av å møte sin psykiske helsearbeider når de møter den utenfor arbeidssammenheng og for flere av pasientene er den psykiske helsearbeideren en av de få personene de kjenner og har kontakt med. Å legge fra seg arbeidet i det jeg går ut av døra på kontoret fungerer ikke så lett i et lite samfunn. Før jeg vet ordet av det er jeg tilbake i yrkesrollen, slik som når jeg møtte ”Per” mens jeg handlet med barna. Jeg tror det nettopp må være slik i små kommuner. Spørsmålet er om det mulig å legge til rette for at arbeidssituasjonen for den psykiske helsearbeideren ikke skal bli for belastende samtidig som pasienten blir best mulig ivaretatt. Noe av dette er det jeg har vært nysgjerrig på i denne studien.

Forskningsspørsmålet som dannet grunnlaget for studien har ordlyd som følger:
Hvilke erfaringer har psykisk helsearbeidere med å jobbe i små kommuner i Nordland med særlig tanke på; å møte pasienten på flere arenaer i livet, og organiseringen av arbeidet?

1.2 Studiens hensikt

St.meld.47 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) vektlegger kommunenes rolle i forebygging og behandling. Å etterspørre erfaringer og opplevelser kan være med på å gi et utfyllende bilde av hvordan det er å jobbe som psykisk helsearbeider i små kommuner. Denne kunnskapen kan i neste omgang kanskje bidra til å utvikle gode måter å organisere arbeidet på og dermed bidra til kontinuitet i tjenesten. Kontinuitet blant de ansatte er et overordnet nasjonalt mål for å gi personer med psykiske lidelser den hjelp de trenger. I veileder for ”Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene” (Sosial- og helsedirektoratet 2005, IS-1332) etterspørres ”..stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til” (s.7).

Det er viktig å få fram kunnskap om arbeidssituasjonen til psykisk helsearbeidere med tanke på å legge til rette arbeidet på en god måte slik at en kan rekruttere og beholde ansatte.

Vi vet også at små kommuner kan ha særlige utfordringer med å rekruttere fagansatte (Halås 2006). I en undersøkelse gjennomført blant 700 av Akademikernes medlemmer ble det stilt spørsmål om de kunne tenke seg å jobbe i kommunen etter endt utdanning (Aarbakke 2009). Bare 5 prosent kunne tenke seg å jobbe i kommunesektoren og så å si ingen kunne tenke seg å jobbe i små kommuner. Mangel på faglig felleskap var hovedårsaken til at så få ville jobbe i små kommuner.

1.3 Hva kjennetegner situasjonen i små kommuner i Nordland

Mange små kommuner i Nordland er geografisk sett store og har spredt bebyggelse som innebærer utfordringer i forhold til å utøve tjenester for innbyggerne. I kystkommuner som består av flere øyer, bor befolkningen på flere øyer og det kommunale tjenestetilbudets kontorer kan være delt mellom øyene. De geografiske forhold preger det psykiske helsearbeidet. Kommuner med flere øyer har kontorfasiliteter knyttet til en av øyene og må bruke kreativitet for å utøve tjenesten i alle deler av kommunen.

Små kommuner i Nordland er preget av primærnæring som jordbruk, fiske og fiskeforedlingsindustri, det vil si næringer som ikke krever vesentlig utdannelse. Generelt er utdannelsesnivået lavere enn i større kommuner (Helsedirektoratet 2009, IS-1458, s.106). Psykiske helsearbeidere i små kommuner vil dermed tilhøre en gruppe med høy faglig kompetanse. Gjennomsnittsinntekten for innbyggerne er lavere i små kommuner enn i de større kommunene i Nordland (Helsedirektoratet 2009, IS-1458, s.105).

2.0 TEORI

I det følgende vil jeg redegjøre for teori og tidligere forskning om det å være psykisk helsearbeider i små kommuner. Kapittelet består av fem hoveddeler. Jeg innleder med å beskrive oppbygningen av psykisk helsearbeid i kommunene med særlig vekt på hvilke premisser "Opptrappingsplanen for psykisk helse" fra Sosial og helsedirektoratet 1999 gav for hvordan tjenesten skulle bygges ut i kommunene. Denne planen er vesentlig og vil heretter bli omtalt som Opptrappingsplanen (1999). Deretter tar jeg opp aktuell teori som omhandler særtrekk ved rurale områder og små samfunn i motsetning til urbane områder. Så kommer en del om organisering av tjenesten før jeg avslutter med å si noe om rolleforståelse og yrkesutøvelse som psykisk helsearbeider.

2.1 Oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunen

Dette kapittelet vil omhandle hvordan oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene fikk sin påbegynnelse og utforming ved hjelp av Opptrappingsplanen (1999) og dens øremerkede midler. Før 1999 var der ingen sentrale føringer for hvordan kommunale tjenester skulle organiseres og legges til rette for å gi hjelp til mennesker med psykiske problemer i kommunene (Kalseth 2009, Sintef rapport A8823).

Den overordnede målsettingen for psykisk helsearbeid i kommunene var i følge Opptrappingsplanen (1999) å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å " ..fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv" (s.2). Denne målsettingen har blitt gjentatt i senere rundskriv fra helsedirektoratet (IS-1/2004, IS-1/2005). Opptrappingsplanen (1999) la vekt på at kommunene skulle tilføres midler slik at de kunne ansette flere innen psykisk helse. I 2007 kunne kommunene rapportere til helsedirektoratet at i alt 6100 årsverk ble finansiert av de øremerkede opptrappingsmidler (IS-1661-2009).

Institusjonskapasiteten er bygget kraftig ned siden 1970 årene (Helsedirektoratet 2005, IS-1332). Tanken bak nedbyggingen var ønsket om å gi pasienter med psykiske lidelser et mer normalt liv der de kunne delta i samfunnet på linje med andre samfunnsborgere. Nedtrappingen var i overensstemmelse med anbefalinger fra WHO, Verdens Helseorganisasjon. Å leve med en psykisk lidelse ute i sitt lokale samfunn, og motta den hjelp man trenger der man bor, var målet for utbyggingen av psykisk helsearbeid i

kommunene. Videre var ønsket å unngå den stigmatisering institusjonsomsorg kunne medføre, der historien ofte viser at ble folk først innlagt ble veien ut altfor lang (St.meld. 25, Sosial og helsedepartementet 1997).

Før Opptrappingsplanen (1999) kom, forelå det ingen informasjon om organiseringen av tjenestetilbudet til psykisk syke i kommunene (Kalseth 2009, Sintef-rapport A8823). Opptrappingsplanen (1999) la vekt på at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser skulle integreres i allerede eksisterende tilbud. "Det er understreket at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ikke skal organiseres som en særomsorg"(s.4.) Tanken var å komme helt bort fra det som kunne ligne institusjonalisert omsorg. Fra 1999 til 2005 kom det flere rundskriv med føringer, imidlertid ble det i disse gitt få retningslinjer for hvordan arbeidet i kommunene skulle organiseres. I 2005 gav helsedirektoratet ut veileder for "Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene" som tok opp organiseringen av tilbudet. Der blir det påpekt at "Det er gjennom en veileder ikke mulig å peke ut konkrete organisasjonsmodeller som i kraft av modell løser utfordringene" (IS-1332-2, s.7). I realiteten ble kommunene fristilt til å velge hvilke måte de ville organisere det psykiske helsearbeidet på. Denne friheten ble gjort eksplisitt i 2007 der det i strategiplanen " …sammen om psykisk helse…"fra Helsedepartementet blir sagt at "Den enkelte kommune har selv ansvar og myndighet til å utforme egen organisasjon"(I-1088, s.29).

Myrvold og Helgesen (2009) viser i sin NIBR rapport om kommunalt psykisk helsearbeid at det i 2008 så å si ikke var noen kommuner som organiserte arbeidet etter en integrert modell.

I Nordland har de fleste kommuner bygget opp en egen tjeneste for arbeidet på tross av Opptrappingsplanens (1999) intensjoner om ikke å bygge arbeidet inn i en egen enhet. (Helsedirektoratet 2008, rapporteringsskjema 2). De ansatte har ved hjelp av opptrappingsplanens midler fått kompetanse på psykisk helsearbeid. Helsedirektoratets rapporteringsskjema for Nordland 2008 viser at i de 39 kommunene som leverte skjema, er det ansatt 131 personer med videreutdanning i psykisk helse. Nordland har 44 kommuner (SSB). St.meld. 47 om samhandling i fremtiden legger enda større vekt på kompetanse for å kunne komme tidlig inn å forebygge (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Å utforme arbeidet til et lavterskeltilbud er et sentralt ønske i tiden fremover (Helsedirektoratets nyhetsbrev; Psykisk 2009 nr.1)

2.1.1 Målgruppe for arbeidet

Psykisk helsearbeid var i starten av opptrappingsperioden særlig rettet mot alvorlige psykiske lidelser (Sosial- og helsedepartementet, rundskriv 1-4/99). I 2009 blir psykisk helsearbeid som lavterskeltilbud for første gang fremhevet som noe som kommunene skal styrke (Helsedirektoratets nyhetsbrev; Psykisk 2009 nr.1). Videre sies det i nyhetsbrevet at lavterskeltilbud skal være et tilbud en kan benytte seg av uten henvising. Tanken bak lavterskeltilbudet er ønske om å komme inn tidlig med hjelp til mennesker som sliter psykisk. Tidlig hjelp er viktig i forhold til å forebygge alvorligere lidelser, og i forhold til å ta vare på pårørende og da særlig barna.

I dag tyder undersøkelser på at kommunene spiller en nøkkelrolle i forhold til personer med psykiske lidelser. "Bare 5 pst med en psykiatrisk diagnose henvises til spesialisthelsetjenesten" (Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, s.18. Arbeids- og Inkluderingsdepartementet 2007).

2.2 Små samfunn

I dette avsnittet vil jeg ta for meg teori om små samfunn som sier noe om hvordan det å bo i mindre samfunn kan innvirke på forholdet mellom mennesker der. Min studie tar utgangspunkt i de små kommunene. Her vil begrepet små kommuner og små samfunn bli brukt om hverandre. Tradisjonelt er samvær og relasjoner mellom mennesker i små samfunn beskrevet på andre måter enn i urbane samfunn. Begrepene urbanitet og ruralitet er begreper som stadig er i endring og redefineres (Lysgård og Berg, 2004). De dominerende forstillinger om bygd og by sier noe om byen som urban med sitt mangfold og spenning, men også med sosial isolasjon. Bygda som rural beskrives som preget av å være stabil og kjedelig, men trygg og med sosial omsorg (Lysgård og Berg, 2004).

Forskjellene mellom store og små samfunn har lenge vært et tema som har opptatt samfunnsforskere. Den tyske sosiologen Ferdinand Tönnies introduserte i 1887 begrepene "gemeinschaft" og "gesellschaft". "Gemeinschaft" blir beskrevet som små samfunn preget av nære og følesesmesssige bånd mellom mennesker. "Gesellschaft" handlet om større samfunn med mer løse og upersonlige bånd mellom mennesker der man også så på hverandre som handelspartnere og ønsket å dra nytte av hverandre.

Små samfunn er mer fokusert på fellesskapets beste enn på individets beste (Tönnies fra Harris 2001). Man kan tenke seg at felleskapstanken fra Tönnies, der en fokuserer på hva som er best for de mange framfor den enkelte, holdes i hevd i små samfunn. Kanskje er det denne felleskapstanken som ligger bak at små kommuner ofte har bedre utbygd eldreomsorg (Huseby og Paulsen 2009, Sintef rapport A11528). En forklaring kan være at de som sitter i kommunestyret og har myndighet over beslutningsprosessene kjenner de eldre i kommunen, og dermed blir konsekvensene av vedtak nære og tydelige. I følge Tönnies handlet "gemeinschaft" mer om kollektivets beste, mens "gesellschaft" handlet om individets beste. Det som gagnet felleskapet var viktigere enn det som gagner den enkelte. Videre hevder Tönnies at i "Gemeinschaft" holder menneskene sammen på tross av alt det som skiller dem, mens i "Gesellchaft" forblir menneskene separerte på tross av alt det som binder dem sammen. Kanskje er det ønsket om å holde sammen, og være enige som gjør at flere beskriver at det koster mer å skille seg ut og være annerledes i små samfunn? Men det kan også være at kostnadene ved å skille seg ut er ekstra store her fordi samfunnet er så gjennomsiktig.

Når felleskapstanken slik som i "gemeinschaft" holdes høyt blir det å dele godene viktigere enn tanken i "gesellschaft" der en fokuserer på likeverdig handel, gir jeg noe, skal jeg ha igjen (Tönnies fra Harris 2001). Men når hovedprioritet legges på å dele godene så kan kanskje kreativitet og fremdrift hindres nettopp fordi konformiteten er større, og noe som kan være med på å konservere et samfunn på godt og vondt. Dette kan kanskje være en utfordring for mindre samfunn.

Et annet kjennetegn ved mindre samfunn som blir trukket fram er rollekompleksitet. Dette er særlig relevant for min studie. Små samfunn preges av at du har flere roller til samme person (Christie, 1975). Du kan være nabo, bridgespiller og venn med legen din. Eller du har pasienten din som nabo og lærer til dine barn. Rollene endres ettersom hvor og når dere møtes. Å ha flere roller til samme mennesket kan føre til utfordringer både i forhold til å balansere de forskjellige roller og i forhold til å vite hvilken rolle man til enhver tid innehar. Denne nærheten og rollekompleksiteten er et typisk og vesentlig trekk ved små samfunn.

Det er videre pekt på at ikke bare er mindre samfunn preget av rollekompleksiteten på en annen måte enn urbane områder, kulturen kan også være forskjellig. Dette har å gjøre med at holdninger, verdier og normer kan være ulike. Tönnies hevdet at "gemeinschaft" og "gesellscaft" handler om to systemer som er i kontrast til hverandre der den ene er basert på

en samling rundt felles vilje kultivert gjennom religion og kultur, mens det andre baserer seg på konvensjonelle ønsker som er beskyttet av lov og politikk (Harris 2001). Tönnies utviklet sin teori for mange tiår siden. Relevansen av hans teori for dagens forhold kan vi naturligvis stille spørsmålstegn ved, men noe av dette ser vi kanskje fremdeles i dag. Den beregnende rasjonaliteten møter motstand i små samfunn. Det er stor avstand fra Børsen i Oslo til styret for samvirkelaget i min hjemkommune Leirfjord.

Det kan likevel stilles spørsmålstegn ved om forskjellen mellom små og store samfunn i dag er så markante. Til forskjell fra tidligere tider reiser vi mer, vi har en annen tilgang på litteratur, og vi leser ofte samme litteratur gjennom aviser, blader og bøker. Mediasamfunnets globalisering er med på å gjøre forskjellene mindre mellom bygd og by. Media medfører påvirkning på kultur, samværsform og språk. Det sies av de gamle i min bostedskommune Leirfjord at de ikke visste om at de hadde dårlig vær her i Nord-Norge før de fikk fjernsyn. Men, om forskjellene kanskje er mindre markante i dag så må vi anta at de fremdeles er der, og at disse forskjeller kan ha innvirkning på hvordan de psykiske helsearbeiderne opplever sin arbeidshverdag.

2.2.1 Svake bånd og informasjonsflyten i små samfunn

Fordi nærheten og relasjonene mellom mennesker er annerledes i mindre samfunn kan også informasjonsflyten mellom mennesker bli annerledes. Deler av informasjonen man får utenfor sitt nære nettverk betegnes av Granovetter (1973) som et resultat av svake bånd. I et samfunn kan man beskrive relasjonene som bånd der styrken av disse båndene kan variere. Sterke bånd kjennetegnes av nærhet og tilgjengelighet, mens svake bånd handler om bånd som er mer tilfeldige og ikke så nære. Svake bånd har mest betydning for flyt av informasjon (Granovetter 1973).

Ikke bare vil sterke bånd gjennom nærhet og tette relasjoner kunne være betydelig i små samfunn. I små samfunn kan kanskje også dannelsen av svake bånd skje i større grad enn i urbane områder. Svake bånd eksisterer på tvers av sosial lagdeling og kan medføre mindre opplevelse av fremmedgjøring (Granovetter 1983). Svake bånd er også viktige for sosial stabilitet (Carley 1988).

Som psykisk helsearbeider i et lite samfunn vil svake bånd også være med på å fremme informasjonsflyt som kan ha betydning for hvordan man følger opp en pasient. Gibb (2003)

har sett på psykiske helsearbeidere i landsbystrøk i Australia og funnet ut at nettopp svake bånd fører til at den psykiske helsearbeideren får kunnskap om pasienten og pasientens situasjon. Studien forteller at de psykiske helsearbeiderne i små samfunn lærer å stole på seg selv, og er villige til å ta høyere risiko enn i større samfunn. En medvirkende årsak til dette er den kunnskapen de får gjennom svake bånd. I større grad enn i urbane samfunn anser de innleggelse som den siste utvei for pasienten fordi sykehus medfører lang reisevei og lite kontakt med lokalsamfunnet under innleggelse. Kunnskapen de har om nettverk og lokalmiljø brukes ved kriser slik at pasienten kan slippe å bli innlagt i et fjerntliggende sykehus. Men, samtidig som denne kunnskapen fra svake bånd er med på å lette forståelsen for pasienten, kan den være med på å øke presset og opplevelsen av stress for den ansatte (Gibb 2003).

Norske studier om barnevernsansatte i små kommuner i Nordland forteller at privat kjennskap til klienten førte til ekstra engasjement og ansvarsfølelse (Halås 2006, Haugland 2000). Klienten profitterer på at den ansattes hadde private kjennskap, men samme studien påpeker at denne private kjennskapen opplevdes vanskelig av den ansatte selv. Vi kan derfor heller ikke se bort fra at nære forhold og tett bekjentskap kan hindre at offentlige ansatte iverksetter nødvendige tiltak. I små samfunn kan det bli mer utfordrende for den psykiske helsearbeideren å gå inn og ut av rollen som psykisk helsearbeider. Dette har med den rollekompleksiteten som er beskrevet overfor. Pasienten treffer den psykiske helsearbeideren på ulike arenaer. Dette beskrives av tidligere forskning som en opplevelse av å være på jobb døgnet rundt. Almvik (1994) bruker begrepet livsparadigme, Halås (2006) å være profesjonell døgnet rundt og Haugland (2000) beskriver det som alltid å være på jobb.

> ”På denne måten er jeg alltid på jobb når jeg er ute blant folk -jeg er hele tiden bevisst på hvem forholder meg til og hvordan. Jeg synes det er naturlig og på mange måter en meningsfull nærhet, særlig når det går bra. Men, det blir jo veldig slitsomt i lengden” (Haugland 2000, s.29).

For den psykiske helsearbeideren oppleves dette som utfordrende og slitsomt (Halås 2006 og Haugland 2000).

2.3 Yrkesrollen som psykisk helsearbeider

I det følgende vil jeg ta for meg sentrale begreper som kan tydeliggjøre og illustrere trekk ved arbeidssituasjonene, og som har betydning for yrkesrollen som psykisk helsearbeider.
En arbeidsplass kan ses på som et sosialt system. Sosialt system kan defineres som "… sett av sosiale relasjoner som regelmessig aktualiseres gjennom samhandling"(Eriksen 2010, s.83). Slik sosiale systemer defineres her er de sårbare og hvis de ikke brukes kan de forsvinne. Skal det sosiale systemet bestå må det stadig brukes. Her er bruksslitasje positivt. Bruksslitasje er også positivt for nettverk. Nettverk er et sosialt system som er avhengig av personene som deltar i systemet og som er avhengig av regelmessig bruk, det vil si samhandling (Eriksen 2010). Nettverk vil ofte i små samfunn få drahjelp til god bruksslitasje nettopp fordi man har så mange møtepunkter.

For å kunne forstå hva som skjer når den psykiske helsearbeideren møter pasienten på andre arenaer enn på jobben, trenger vi å vite noe om status og roller. Thomas Hylland Eriksen (2010) beskriver status som noe som gir ansvar og rettigheter og som noe andre kjenner deg igjen ved. Man kan ha flere statuser, kone, mor, kunde osv. Noen statuser er gitt deg, andre har du ervervet deg. Statusen som psykisk helsearbeider er en status som er en ervervet status (Eriksen 2010). Den har du fått gjennom utdanning og ansettelse.

Ofte blir begrepene rolle og status brukt om hverandre, men Thomas Hylland Eriksen (2010) definerer rollen;"…som det dynamiske aspektet ved statusen"(s.57). Det dynamiske aspektet vil si det utøvende aspektet. I det du handler som en psykisk helsearbeider trer du inn i rollen som psykisk helsearbeider. Status og rolle som psykisk helsearbeider gir rettigheter, plikter og forventninger uten at disse alltid er tydelige eller entydige. Den psykiske helsearbeideren må selv til en viss grad finne sin måte å fortolke sin status før de gjør den praktiske utøvelsen av rollen. Å være med på å utforme hvordan man vil utrykke sin rolle handler om rolledistanse. Eller mer spesifikt muligheten til å kontrollere hvilket utrykk de vil gi sin rolle (Eriksen 2010). Tradisjonelt har det kanskje vært enklere å fylle rollen sin som psykisk helsearbeider på institusjon enn i kommunene nettopp fordi institusjonen har tydeligere forventinger og tydeligere regler og retningslinjer. Ute i kommunene har det vært færre tydelige forventninger og få retningslinjer slik at den ansatte langt på vei har måtte fylle rollen sin etter eget skjønn. Denne utfordringen i forhold til å fylle rollen gjelder enten kommunen er liten eller stor. I små kommuner kommer nærheten til befolkningen og rollekompleksiteten som tilleggsfaktorer.

I et samfunn vil gjerne visse deler av rollen bli overkommunisert (Eriksen 2010). Her kan vi for eksempel tenke oss at for den psykiske helsearbeideren kan aspekt som omsorg og empati i rollen bli overkommunisert. Det kan medføre at samfunnet rundt, og særlig små samfunn, forventer å bli møtt med medfølelse og innlevelse når de møter den psykiske helsearbeideren, også utenfor arbeidssituasjon.

Yrkeslivet innebærer regler og normer for hvordan god yrkesutøvelse skal foregå. Thomas Hylland Eriksen (2010) definerer normer slik" Regler for hva som er tillatt og hva som ikke er tillatt"(s.66). Det som er felles for normer er at bryter du dem får du negativ oppmerksomhet. Normer med påfølgende negativ oppmerksomhet når normen brytes er med på å holde "orden" i alle sosiale system, også det systemet en arbeidsplass er. En kan si at når både normer og regler er internalisert, det vil si at den ansatte har gjort disse til sine egne, så er han eller hun sosialisert inn i arbeidsplassen (Eriksen 2010). Normer og regler er lettere å håndheve når det finnes klare regler for yrkespraksisen, for eksempel kan dette gjelde deler av den medisinske yrkespraksisen som har verktøy som medisiner og diagnoser. I psykisk helsearbeid som står relativt fritt fra medisinsk forståelse er det vanskeligere å finne de tydelige grensene for normer og regler for yrkesutøvelse.

Brodtkorp og Rugkåsa (2009) sier at profesjonell utøvelse av et yrke er avhengig av utdannelse og de forventninger som den enkelte arbeidsplass har til sine ansatte. Dermed kan profesjonalitet forstås som sosialiseringsprosess, en dynamikk som endres over tid med erfaring og endring i forventning. Fordi profesjonalitet ikke er et fastlåst begrep er det vanskelig å lage fastlagte regler for når en er profesjonell og ikke. På samme tid vet kanskje den psykiske helsearbeideren tydelig selv når de selv eller kollegaer har opptrådt uprofesjonelt. Det sier noe om at begrepet profesjonalitet endrer seg i takt med den psykiske helsearbeiderens forventninger til hva som er god yrkesutøvelse. Profesjonalitet som begrep for psykisk helsearbeidere, som for andre yrkesgrupper, er i bevegelse og tydelig på samme tid. Dette gjør det utfordrende. Psykisk helsearbeid i kommunene har færre regler og retningslinjer å følge enn for de som jobber med psykisk helsearbeid på institusjon. Samtidig må den psykiske helsearbeideren forholde seg til uskrevne og uutalte forventninger fra arbeidsgiver og samfunnet rundt. Å finne den gode rollen som yrkesutøver krever derfor både tid og mye egeninnsats.

2.4 Psykisk helsearbeid i kommunen

Dette kapittelet vil handle om psykisk helsearbeid som en ny tjeneste og hvordan man kan se på denne tjenesten i forhold til den organisatoriske oppbygning av tjenesten. Videre handler det om konsekvenser av å jobbe alene i sin kommune slik mange psykiske helsearbeidere gjør.

2.4.1 Organisering av psykisk helsearbeid i kommunene

I oppbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene har kommunene hatt relativ stor frihet til å bygge opp tjenesten slik de selv ønsker. Arbeidet har blitt utvidet til også å kunne handle om pasientens daglige behov slik som sosial kontakt, bolig, økonomi og arbeid.

Under Opptrappingsplanens (1999) virkeperiode fra 1999 til 2008 ble det satset tungt på å bygge opp kompetanse. Antall årsverk uten høyere utdanning har minket betraktelig, mens antall årsverk med høgskole eller universitetsutdanning har økt tilsvarende (Helsedirektoratet 2008, rapporteringsskjema 2, Nordland). Schönfelder (2007) hevder at endringen i planperioden har bestått av en større kvalitativ endring enn en kvantitativ endring i forhold til personell. Det vil si at psykisk helsearbeid slik det i dag utføres i kommunene er preget av personell med kompetanse på psykisk helse.

Schönfelder (2007) viser til at helsevesenet er et hierarkisk system og i kommunene er legene plassert i en sentral rolle i forhold til oppgaver i psykisk helsearbeid. Videre setter Scönfelder spørsmålstegn ved om systemet slik det fungerer i dag favner psykisk helsearbeid på en god måte. Flere psykisk helsearbeidere opplever seg usynligjort i systemet. Det samme påpeker også Gibb (2003) i sin studie fra Australia. Psykiatriske sykepleiere i rurale strøk i Australia kjemper for å beholde profesjonell selvrespekt i det de opplever seg mindre sett og verdsatt enn andre yrkesgrupper i psykisk helse. Samtidig er det nettopp de psykiatriske sykepleierne som innehar primæromsorgen for pasientene (Gibb 2003). Videre opplever australske psykiatriske sykepleiere konflikter med primærlegene som en av de største stressfaktorene i sin yrkesutøvelse (Pinikahana og Happel 2004). Det ser ut som om en organisering som ikke gjenspeiler den reelle opplevelsen av ansvar oppleves stressende og problematisk.

At psykisk helsearbeideres arbeid ute i kommunene tilsynelatende ikke blir sett kan ha sin årsak i de juridiske reguleringene der sykepleie tidligere har vært å betrakte som en

semiprofesjon, det vil si en ikke genuin profesjon uten eget selvstendig fagområde (Erichsen 2003). Legeyrket har alltid vært betraktet som en profesjon med eget selvstendig fagområde. Dette skillet er nå i ferd med å endres. Erichsen (2003) hevder at sykepleie langt på vei har oppnådd faglig autonomi hvilket er et kriterium for å være profesjon. Skillet mellom sykepleier som semiprofesjon og lege som profesjon blir i dag opprettholdt langt på vei med et kjønnspolitisk formål hevder Erichsen (2003). Betrakter man sykepleie som en profesjon på linje med legeyrket blir helsevesenets hierarkiske oppbygging en tydelig hemsko for virkelig samarbeid mellom profesjonene (Schönfelder 2007).

2.4.2 Den psykiske helsearbeideren som bakkebyråkrat

Psykisk helsearbeid slik det fungerer i kommunene i dag kan betraktes gjennom begrepet, bakkebyråkrat, fra Michael Lipsky (1980). Street Level Bureaucracy eller Bakkebyråkrat som er det norske tilsvarende begrepet, kjennetegnes av to ting. For det første samhandler en direkte med innbyggerne i kommunen gjennom yrket en har, og for det andre må en vise betydelig grad av diskresjon rundt yrkesutøvelsen sin.

Lipsky 1980 konkluderte med at;

- *Jo fattigere innbyggerne var, jo større innflytelse hadde bakkebyråkratene over dem.*
- *Bakkebyråkratene måtte ta avgjørelser på stedet hos innbyggeren ut i fra innbyggerens behov.*
- *Som bakkebyråkrat måtte du ofte jobbe i situasjoner som var så komplekse at det var vanskelig å lage prosedyrer for dem.*
- *Arbeidsbelastningen var som regel for stor til at man kunne yte tilstrekklig hjelp til alle som trengte det. Det medførte at bakkebyråkraten lærte seg selvstendig å vurdere hvem man skulle prioritere.*

Dette er noe som kan være beskrivende for de som jobber med psykisk helsearbeid i små kommuner. Den selvstendige stillingen psykisk helsearbeidere har når de er på jobb, medfører en kompleksitet som det ikke kan lages faste prosedyrer for. Samtidig må det foretas faglige vurderinger på hvordan arbeidstiden skal brukes i forhold til hvem det er som trenger den mest i dag? I tilegg jobber den psykiske helsearbeideren ofte med mennesker som sliter tungt psykisk, har falt ut av arbeidslivet og dermed sliter med å få pengene til å strekke til.

Psykiske helsearbeidere kan betraktes som bakkebyråkrater. De jobber nært pasientene over tid og de har innflytelse over eget arbeid som medfører at de tar mange avgjørelser uten å rådføre seg med ledere eller leger. I Australia betegner en studie denne måten å jobbe på for "Relationship of honour" (Gibb 2003). "Relationship of honour" reflekterer de psykiske helsearbeidernes grunnleggende verdier i møte med pasienten. Verdier som håndteres med redskaper som faglig trygghet, ansvarlighet i møte med pasienten samt gjensidig samarbeid med pasienten (Gibb 2003).

Psykiske helsearbeideres mulighet for kontinuitet og tid i oppfølgingen av pasientene kan være med på hjelpe den enkelte pasient i prosessen med å tørre å gå videre på sin vei for å få det bedre (Schönfelder 2007). Men denne tette oppfølgingen som ivaretas av psykiske helsearbeidere trenger ikke bare være typisk for arbeidet i kommunen. I følge Schönfelder (2007) kan dette være typisk også for yrkesutøvelsen på institusjon.

> " Både på institusjonene og i hjemkommunene har bakkebyråkraten mest kontakt med pasienten, de står for kontinuitet i oppfølgingen, og er ansvarlig for å sette i gang og opprettholde ansvarsgrupper, individuelle planer eller andre kontaktfora for å koordinere et tilbud fra forskjellige tjenester" (Scönfelder 2007 s.68).

Den helhetlige oppfølging av pasienten ut fra de komplekse behov som pasienten har, sier noe om dyktigheten til de ansatte i følge en studie av psykiatriske sykepleiere ansatt i kommunen i USA (Kudless og White 2007). Gibb (2003) beskriver de psykiatriske sykepleierne i Australia som soloutøvere som tar på seg ansvar for pasienten langt utover det som kan forventes. Kombinasjonen ruralt strøk med tett kjennskap til den enkelte pasient, og det faktum at man jobber alene, fører til at man tar på seg dette ansvaret.

Schönfelder (2007) hevder at utveksling av verdifull erfaring som gagner pasienten hindres av det organisatoriske systemet vi har i dag. Systemet i dag som bygger på en hierarkisk struktur, trenger en fornyelse slik at de forskjellige yrkesgruppene kan se hverandre mer som et tverrfaglig team. Skal systemet bli effektivt, må lege og andre yrkesgrupper slik som psykisk helsearbeider inngå ett tverrfaglig samarbeid fremfor en sjef til underordnet samarbeid i følge Scönfelder (2007).

I dag foregår det allerede en god del samarbeid bakkebyråkrater i mellom. Det vil si samarbeid utenfor et tradisjonelt medisinsk fagområde (Schönfelder 2007). Men, samarbeidet bakkebyråkrater i mellom har begrensinger. Selv om bakkebyråkraten kjenner pasienten og

har tett kontakt med pasienten, må han eller hun gå omveien via en primærlege hvis de ser at situasjonen er slik at pasienten skulle hatt en innleggelse. ”Når diskusjonen om hvorvidt en pasient skal innlegges eller ikke, forblir en diskusjon mellom leger som vurderer behovet ut fra rent medisinsk faglige hensyn, er dette svært problematisk”(Schönfelder 2007, s.246).

Bakkebyråkrater har reelt ansvar, men ikke formelt ansvar. Dette gjør det vanskelig å yte effektiv hjelp. Schönfelder (2007) hevder at bakkebyråkratens nærhet og kjennskap til pasientens behov må veie tyngre enn institusjonelle særinteresser. Som bakkebyråkrat har den psykiske helsearbeideren stor betydning for pasienten, men denne betydningen blir lite fokusert og vist interesse for. Til tross for stor betydning for pasienten mangler den psykiske helsearbeideren den formelle innflytelsen som burde være naturlig ut i fra kompetanse og yrkesrolle. Psykisk helsearbeidere blir på mange måter overlatt til seg selv. Arbeidsgiver har utydelige eller ingen forventinger til hvilke arbeidsoppgaver som skal gjøres (Almvik 1994).

2.4.3 Å jobbe alene

Å jobbe alene som psykisk helsearbeider ute i kommunene er en erfaring mange har. Fire av studiets seks informanter jobber alene i sin kommune. Dette kan medføre risikofaktorer i form av økt belastning, faglig ensomhet og opplevelsen av ikke å ha noen å dele ansvaret med (Halås 2006, Hummelvoll 1996). Å jobbe alene kan også innebære savnet av å ha noen å diskutere dagens arbeidserfaringer med. ”Påkjenningen knyttet til å være alene kan i en viss grad avlastes ved regelmessig veiledning, men dette er ikke tilstrekkelig. Viktigere er det å ha noen å diskutere med og tømme seg til i det daglige” (Almvik 1994, s. 157)

Å ha noen å dele med kan være beskyttende mot stressbelastninger. Også det å dele med andre det man ikke mestrer med noen kan medføre økt opplevelse av mestring (Dahlquist, Söderberg og Norberg 2009). Selv om veiledning ikke er tilstrekkelig når man jobber alene, kan veiledning være med på å hindre utbrenthet (Dahlqvist et.al 2009, Gustafsson 2009, Hyrkäs 2005). En studie fra England konkluderer at stressfaktor nummer en for sykepleiere ansatt i kommunen er det at man jobber alene (Leary, Gallagher, Carson, Fagin, Bartlett og Brown 1995).

2.5 Rolle forståelse og yrkesutøvelse som psykisk helsearbeider.

Følgende kapittel vil ta opp den psykiske helsearbeiderens forståelse av eget arbeid. Nærhet og helhet er viktige elementer i denne forståelsen. Å takle nærheten til pasienten og pasientens traumer er en utfordring. Takler man ikke nærheten kan man oppleve vikarierende traumatisering som kan svekke evnen til å ivareta egne behov (Pearlman og Saakvitne, 1995). Ivaretakelse av pasienten uten selv å bli ivaretatt av egen organisasjon kan gi fare for dårlig mestring av både jobb og privatliv (Pearlman og Saakvitne, 1995).

2.5.1 Nærhet og helhet

Omsorgsarbeid har lang tradisjon for helhetlig tenkning. I psykisk helsearbeid vil denne helhetlige forståelsen si at kontakten mellom pasient og ansatt handler om mer enn medisiner, og mer enn samtale. Allerede i en etikkbok fra 1936 skriver diakonissen og sykepleielæreren Elisabeth Hagemann om denne helhetlige forståelsen; ”En søster må i sine syke ikke bare se pasienten som er innlagt under den eller den diagnosen, men i hver enkelt må hun se et lidende menneske som hun vil stå ferdig til å hjelpe på den måte som den enkelte trenger det”(Hagemann 1936 s.44).

”Å hjelpe slik den enkelte trenger det” har innenfor sykepleiefaglig forståelse vært et viktig mål. Sykepleien har som spesifikk oppgave å beskytte og se helheten og til dette trengs det tid (Martinsen 1999). Sykepleiere er de som steller, og stellet er en handling som krever tid, og tid trengs for å fange helheten, ta inn og se pasienten og pasientens behov.

Psykisk helsearbeid i kommunene har gjennom Opptrappingsplanen (1999) fått rammebetingelser som gjør det er lettere å ta seg tid til den enkelte pasient. Forskning viser at dette også skjer ute i kommunene i dag. Psykiske helsearbeidere prioriterer å bruke tid på den enkelte pasient (Schönfelder 2007), og de har generelt høy innflytelse på hvilke arbeidsoppgaver de skal gjøre (Almvik 1994).

2.5.2 Å tåle nærhet

Sykepleieteorier er opptatt av hvordan man skal tåle nærheten som oppstår mellom pasient og pleier. Jocalyn Lawler (1991) skriver om nærhet i stellesituasjonen, og hva som gjør at sykepleieren tåler det. Gjennom å intervjue sykepleiere fant hun ut at pleien fungerte best når det ble utviklet en ramme for pleien som medførte at pinlige situasjoner kunne bæres.

Rammen kunne handle om pasientrollen som føyelig og sykepleierollen som beskyttende. Videre ble uniformen opplevd som en beskyttelse. Med uniformen på ble rollene som beskyttende pleier og føyelig pasient tydelige og forutsigbare. Uniformen tillot også det rent fysiske nærværet som et kroppstell innebar. Uniformen kommuniserte kontroll, dette kan jeg, og dermed minimaliserte det pasientens opplevelse av forlegenhet. Rolleforventningene og uniformen beskyttet både pasienten og sykepleieren, og den hjalp pasienten til å gjenvinne orden og selvkontroll. Samtidig understreker Jocalyn Lawler (1991), at både pasienten og sykepleieren vet at det forholdet de har på et sykehus er tidsavgrenset. Det har "..en klar begynnelse, et forløp og en slutt"(Lawler, 1991 s.163).

Som psykiske helsearbeidere ute i kommunene kan det å tåle nærhet være utfordrende. For det første jobber man uten den beskyttelse og tydelighet som en uniform gir. Grensene som en uniform setter både i forhold til yrkesutøvelsens innhold, men og i forhold til markering av arbeidstidens begynnelse og slutt, er ikke der. For det andre er man ikledd sine private klær når man møter pasienten og private klær forteller noe om deg, både hvem du er og hvem du ønsker å være. Pasienten blir gjennom den ansattes bruk av privatklær også kjent med den ansatte som privatperson og ikke bare som yrkesutøver. Den nærhet som oppstår mellom pasienten og den ansatte både som yrkesutøver og privatperson er opp til den enkelte ansatte å mestre.

Forskning viser at de som har jobbet lengst som psykiske helsearbeidere i kommunene er de som trives best (Hannigan, Edwards, Coyle, Foothergill, og Burnard, 2000). Kanskje sier dette noe om at disse psykiske helsearbeiderne har funnet en mestringsstrategi for dette med nærhet og avstand? Å finne balansegangen mellom personen og yrkesutøveren er vesentlig. For å kunne være profesjonell hevdes det at man må ha avstand til sin yrkesrolle (Brodtkorp og Rugkåsa 2009). Man er ikke identisk med sin yrkesrolle, man har et eierforhold til den. Avstanden til yrkesrollen sammen med det å ha avstand til pasientens problemer er fremhevet som kjennetegn på en god yrkesutøver. Med avstand til pasientens problemer menes at man kan høre på og hjelpe pasienten uten å overta pasientens problemer (Brodtkorp og Rugkåsa 2009).

Profesjonalitet og intimitet i psykisk helsearbeid henger sammen. Gibb (2003) bruker begrepet profesjonell intimitet." You are working alongside them, encouraging them and you

come to that point where they`re really starting to look at themselves and look at their life and issues'….you start to get in contact with the very deep part of them" (Gibb 2003, s.248)
Å få være med i denne prosessen beskrives av psykisk helsearbeidere som meningsfylt (Gibb 2003), og kan være noe av årsaken til at psykiske helsearbeidere forteller om høy trivsel i jobben sin.

Jan Kåre Hummelvoll (1996) beskriver at å jobbe som psykisk helsearbeider er som å være en libero, en fristilt person med stor selvstendighet, høy trivsel og mange risikofaktorer for utbrenthet. Å være fristilt innebærer å finne roller og arbeidsoppgaver ettersom behovet trer frem. Frihet til å utforme både arbeidsdagen og arbeidsoppgavene i møte med pasientene beskrives som noe som bidrar til å gjøre jobben både spennende og utfordrende. Her kan man ikke finne trygghet i en uniform, og man kan heller ikke ta av seg uniformen som for å markere at nå trer jeg ut av min yrkesrolle. Lengden på pasientforholdet er vanskelig å planlegge, slik at den psykiske helsearbeideren må leve med ikke å vite hvordan morgendagens arbeidsdag vil bli.

Å skille yrkesutøver fra privatperson er også utfordrende i forhold til dette med fagutvikling. Grete Marie Skau (2002) mener at man som profesjonell også utvikler seg som person og motsatt. "Som personer er vi hele, og det bør vi også være. Den som vi er som person, har vi alltid med oss, uansett hvilken arena, vi oppholder oss på. Utviklingen av denne personen kan derfor aldri være en ren privatsak"(Skau, 2002, s.82).

Den profesjonelle innehar fagkompetanse som den som ber om hjelp trenger. Men, denne fagkompetansen er tett forbundet til personen og dens utvikling. Hvordan man utvikler seg som person henger sammen hvordan man utvikler seg som yrkesutøver. Å ivareta både seg selv som fagperson og som yrkesutøver blir en utfordring, noe som også er viktig i forhold til å unngå utbrenthet eller som nedenfor blir beskrevet, vikarierende traumatisering.
"Vicarious traumatization" eller vikarierende traumatisering er et begrep som defineres av Pearlman og Saakvitne (1995) som en endring som skjer hos hjelperen når hjelperen går inn med empati og engasjement overfor sine traumatiserte klienter. Denne endringen varer utover arbeidstid og hjelperen tar den med seg hjem til de andre relasjonene hjelperen står i. Endringen påvirker hjelperens identitet, livssyn, hukommelse og psykologiske behov. Endringen svekker egen evne til å ivareta egne behov (Saakvitne og Pearlman 1996) og hjelperen kan stå i fare for å kjenne på de samme symptomene som pasientene, slik som angst

og depresjon (Lindy og Wilson 1994). Denne endringen kan oppstå når man over tid er tett på med empati og innlevelse med mennesker som lider, uten selv å ha tilstrekkelig støtte og profesjonell veiledning.

Å unngå vikarierende traumatisering blir derfor viktig for å kunne stå i jobben over tid. Ansvaret for å legge til rette for å unngå vikarierende traumatisering er et arbeidsgiveransvar som mange arbeidsgivere ikke tar alvorlig nok (Pedersen 2007). Som ansatt forventes det at du investerer i dine pasienter ved å gi god omsorg, ved å gi av deg selv, mens omsorgen for deg som ansatt kan være vanskeligere å få øye på. "Bedriftene, på sin side utøver ikke samme omsorg for sine ansatte som for sine klienter. Dette fører til at arbeidskonteksten og forholdene i bedriftene er krevende for de ansatte" (Pedersen 2007, s.i)

Å ha høye mål for hvordan ivareta pasientene uten å tenke på hvordan ivareta de som skal ivareta pasientene kan medføre mindre kontinuitet og stabilitet blant de ansatte (Pedersen 2007). I kommuner som styres av politikere med sunt bondevett og som står i en kamp om å få de økonomiske rammene til å strekke til, kan ivaretakelse av ansatte innen psykisk helse være en stor utfordring.

2.6 Oppsummering

Opptrappingsplanen (1999) la grunnen for oppbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene. I dag har alle kommuner et tilbud til de som sliter med psykiske problemer. Kompetansen har vært viktig i oppbyggingen av dette arbeidet, og de fleste kommuner har nå ansatte med kompetanse på psykisk helsearbeid (Schönfelder 2007). Dette gjelder også små kommuner som denne studien omhandler (Helsedirektoratet 2008, rapporteringsskjema 2).

Psykisk helsearbeid i kommunene drives uten konkrete føringer og retningslinjer, og den enkelte kommune har frihet til å utforme sin egen organisasjonsmodell (Helsedepartementets strategiplan 2007 " …sammen om psykisk helse…" I-1088). Dette har resultert i at de fleste kommuner har organisert tjenesten i en egen avdeling. Organiseringen av tjenesten i forhold til myndighet og ansvar viser seg å ha vært en utfordring. Som psykisk helsearbeider eller bakkebyråkrat står den ansatte for kontinuiteten i oppfølgingen av pasienten (Schönfelder 2007). De opplever ansvar og de tar ansvar, men de har ikke det formelle ansvaret.

Psykiske helsearbeidere i små kommuner står i tillegg ovenfor en rekke utfordringer i forhold til de tette relasjonene og rollekompleksiteten som preger små samfunn. Opplevelsen av alltid å være på jobb står sentralt (Halås 2006, Huagland 2000, Almvik 1994). Kommunene har på sin side få føringer og retningslinjer for hvordan de psykiske helsearbeiderne skal takle nærheten og rollekompleksiteten. Dette er i hovedsak overlatt til de psykiske helsearbeidere selv å finne ut av. Nærheten til pasienten, de skiftende arbeidsoppgavene og de få retningslinjene innebærer at en kan si at jobben preges av både uforutsigbarhet og frihet.

Mange psykiske helsearbeidere i små kommuner jobber alene. Dette er en stor risikofaktor i forhold til å tåle å stå i jobben over tid (Halås 2006, Hummelvoll 1996, Leary et. al 1995, Almvik 1994). Studier viser at psykiske helsearbeidere har behov for å dele dagens opplevelser og inntrykk med noen (Almvik 1994). Å jobbe nært mennesker med psykiske problemer krever god selvomsorg for å unngå utbrenthet eller vikarierende traumatisering. Hjelp til selvomsorg er også arbeidsgiver ansvar (Pedersen 2007).

3.0 FORSKNINGSDESIGN, METODE OG ETISKE OVERVEIELSER.

Denne studien har brukt kvalitative forskningsintervju som metode, en metode som er velegnet der man etterspør erfaringer og følelser. Kvalitative studier er preget av fleksibilitet i bruk av metoden, og nærhet og sensitivitet i forhold til informantene (Thagaard 1998). Bruken av kvalitative metoder går tilbake til Chigago-skolen i amerikansk sosiologi i mellomkrigstiden (Kvale og Brinkmann 2009). Designet er eksplorerende, eller utforskende, og preger de valg som er gjort i gjennomføringen av denne studien. Studien etterspør erfaringer i forhold til de forskningsspørsmål som er stilt. Studien har en induktiv tilnærming som handler om at det teoretiske perspektivet utvikles på bakgrunn av analysen av data (Thagaard 2009). I det følgende vil jeg utdype mer om valg av metode, praktisk gjennomføring, etiske vurderinger og vurdering av troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.

Studien ble søkt inn til NSD (norsk samfunnsdata) oktober 2009 og godkjent desember 2010 (vedlegg 1).

Denne studien har to forskningsspørsmål der det ene handler om erfaringer knyttet til å møte pasienten på flere arenaer, og det andre handler om erfaringer knyttet til organisering av tjenesten. Det ble tidlig klart, etter innsamling av data, at her var det stoff nok til to adskilte studier. Å velge bort et av forskningsspørsmålene ville gått fint med tanke på mengde data og teori knyttet til data. Men etter nøye vurdering har valget falt på å beholde begge forskningsspørsmålene. Årsaken til å si, ja takk, begge deler, fremfor å begrense og spisse oppgaven, handler om en erkjennelse som ble gradvis tydeligere ettersom analysen skred frem. Erkjennelsen handlet om hvor nært vevet sammen disse to forskningsspørsmålene var, der organiseringen av tjenesten direkte påvirket hvordan informantene opplevde å møte pasienten på flere arenaer.

3.1 Redegjørelse for mitt vitenskapsfilosofiske og forskningsmetodiske utgangspunkt og begrunnelse for valg av metode.

Fenomenologisk tilnærming:
Denne studien er gjort med en fenomenologisk tilnærming som ideal i intervjusituasjonen.

”Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere mening i enkeltpersonens erfaringer” (Kvale og Brinkmann 2009, s.38). Fenomenologi er en vitenskapsteoretisk retning der en bevisst prøver å stille seg naiv og fordomsfri til den andres erfaringer. Begrepet fenomenologi kommer fra gresk ”phai`nomenen” som betyr det som viser seg, og fra ”logos” som betyr lære. Målet mitt var å møte intervjuobjektene med åpenhet for deres opplevelse slik de beskrev det. Utfordringen handler om å ha et bevisst forhold til egen forforståelse, det vil si, være bevisst på hva jeg tar med meg inn i møtet med den andre. I denne studien der jeg som forsker selv jobber innefor feltet vil en fenomenologisk tilnærming være en særskilt utfordring i forhold til å sette til side egen forforståelse. Å sette til side egen forforståelse blir beskrevet av fenonemenologiens grunnlegger Edmind Husserl som ”å sette i parentes”- epoche (Thornquist 2008, s.86). Her ble målet å sette egen erfaring og forståelse i parentes slik at jeg som forsker så lojalt og autentisk som mulig skulle kunne gjengi informantenes erfaringer og tenkemåte.

I denne studien vokste det etter hvert frem også et ønske om å bringe videre informantenes opplevelse av sin situasjon i forhold til den allerede etablerte innsikten og forståelsen av denne type arbeid. Forskning som legger vekt på de ansattes situasjon og ståsted i forhold til den etablerte oppfattelse kalles ”Kjærlig forskning” i følge Kari Martinsen (1996). ”Kjærlig forskning” innebærer bevisst å stille seg på de ansattes side med den hensikt å få frem i lyset den innsats denne gruppen av ansatte bidrar med. Grupper av ansatte slik som sykepleiere har tradisjonelt vært en ”stille” gruppe hvis kyndighet og arbeidsinnsats har vært lite påaktet.

Utvalg:
I denne studien har jeg foretatt et strategisk utvalg av seks informanter. Ved valg av informanter stilte jeg fire kriterier. For det første måtte informantene jobbe i en kommune med mindre enn 2500 innbyggere. For det andre måtte de ha mer enn to års erfaring med arbeidet. For det tredje måtte de ha videreutdanning i psykisk helse. Til slutt ønsket jeg å intervjue psykiske helsearbeidere som jeg ikke hadde en relasjon til fra før.

Ønsket var i utgangspunktet psykisk helsearbeidere med sykepleiefaglig bakgrunn, men dette lot seg ikke gjennomføre av praktiske årsaker. Studien ble derfor åpnet for andre yrkesgrupper med videreutdanning i psykisk helse. Studien omfatter også begge kjønn, men av hensyn til anonymitetsvernet kommer ikke dette frem i den videre fremstillingen av studien. Av samme årsak vil det heller ikke bli opplyst hvilken grunnutdanning informanten har. Alle

informantene bodde i den kommunen de jobbet og flertallet hadde bodd der i en årrekke og beskrev seg dermed som godt integrert i lokalsamfunnet.

Av studiens seks deltakere har tre valgt å bytte jobb i løpet av denne studien. To har gått over til annet arbeid, mens en nå jobber med psykisk helsearbeid i en annen kommune.

Intervjusituasjonen:
Kvalitativt samtaleintervju er studiens verktøy og er et naturlig valg for datainnsamling der målet er å utforske en problemstilling (Thagaard 1998). I intervjusituasjonen ønsket jeg å opptre rolig, støttende og imøtekommende slik at informanten kunne få dele det som var vesentlig i sin opplevelse. En slik intervjusituasjon skiller seg ikke vesentlig fra en vanlig "hjertelig samhandling" (Repstad 2009, s.88). Å få snakke uten å bli forstyrret er viktig for å få fram data i forhold til problemstillingen (Repstad 2009). Om intervjuenes varighet sier Kvale og Brinkmann (2009) "Hvis man vet hva man skal spørre om, hvorfor man spør og hvordan, kan man foreta korte intervju som allikevel er innholdsrike" (s 173). Intervjuguide bygd rundt tema, og ikke faste spørsmål kan være en fordel for å få aktivisert informanten til å formulere svarene i lengre utsagn (Repstad 2009).

Analytisk tilnærming:
Analysen av data er inspirert av hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikkens mål er å "fremheve betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende "(Thagaard 1998, s.39). Hermeneutisk analyse foregår både i hvert enkelt intervju og fra det ene intervjuet videre til neste. Det siste ved at den kunnskap jeg får gjennom første intervju tar jeg med meg til neste intervju. Ny kunnskap kan medføre at intervjuguiden blir revidert og eventuelt utvidet. Denne prosessen blir av Heidegger kalt den hermeneutiske spiral (Thornquist 2008). Det vil si at du endrer din forståelse ettersom du får ny kunnskap, og med endret forståelse søker du mer ny kunnskap på en annen måte.

Hermeneutikken beskrives som en fortolkningskunst der opprinnelsen var tolkning av bibeltekster (Malterud 2008). Hvordan forstå teksten i lys av den tid og kontekst den er skrevet inn i. Så mens fenomenologien legger vekt på å sette til side forforståelse som kan fortolke, er det nettopp det å fortolke hermeneutikken ønsker. En innvending mot å bruke både fenomenologien og hermeneutikken som inspirasjon, er at de som rene metoder kan, slik

jeg ser det, gjensidig utelukke hverandre. Når jeg likevel velger jeg å ha med begge i denne studien tenker jeg meg at fenomenologien må være idealet jeg strekker meg etter i møte med den enkelte informant, mens hermeneutikken vil være inspirasjon til metoden jeg bruker til å analysere og skaffe meg utvidet kunnskap.

Arbeidet med analyse starter før en sitter med ferdige data, det foregår også under selve intervjuet og bidrar til å bringe frem nye data (Kvale og Brinkmann 2009). Analyse er en prosess som bølger frem og tilbake mellom intervjusituasjon, transkribering og vurdering av de fremkomne data. I denne studien har de data som er kommet frem under intervjusituasjonen blitt behandlet med en temasentrert analytisk tilnærming (Thagaard 1998) eller "Issue-focused analysis" (Weiss 1994). Det vil si at studien sammenligner informasjonen fra alle informantene om de tema som har vært i fokus.

Temafokusert analyse i denne studien har hentet sin inspirasjon fra Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud 2008). Det innebærer at en analyse av tekstene med vekselvis å se på hvert intervju som en egen helhet, og så lete etter fellestrekk og sammenhenger mellom tekstene. Analyseprosessen er viktig å ha i bakhodet før man setter seg med de transkriberte intervjuene. Tenker man gjennom analysen før man foretar intervjuene vil analysen blir enklere og bedre fundamentert (Kvale og Brinkmann 2009).

Teori relevant for studien ble inspirert av induktiv tilnærming og i hovedsak introdusert etter analysen av datamaterialet. Dette i likhet med empiribasert teoriutvikling slik man finner det i "grounded theory" fra Glaser og Strauss (1967) der det understrekes den sterke forankringen teorien skal ha i det datamaterialet som er kommet frem. Glaser og Strauss (1967) utelukker ikke at man kan ta med seg teoretisk forståelse inn i studien. Teori lager forforståelse som kan bidra til å stille gode spørsmål. Faren ved å fordype seg i mye teori før datainnsamlingen er at det kan gå ut over den teoretiske sensitiviteten, det vil si forskerens evne til å gi mening til data og finne ny innsikt (Glaser 1978). I denne studien er det meste av teorien funnet i etterkant av datainnsamlingen. Tidligere forskning og relevant stoff fra rundskriv og veiledere ble lest på forhånd.

Analyseprosessen fortsetter også etter at teori er introdusert. Teorien hjelper deg til å se på data med nye øyne, og slik veksler du frem og tilbake mellom teori og data, som en gjensidig korrigering (Wadel 1991).

3.2 Den praktiske gjennomføringen.

3.2.1 Intervjuguide

Intervjuguide ble utarbeidet før første intervju. En tematisk intervjuguide ble utviklet. Målet var gjennom intervjuene å få belyst disse temaene. Temaene ble utledet av forskningsspørsmålene og omhandlet derfor to felt, erfaringer i forhold til å møte pasienten på flere arenaer og erfaringer med organisering av tjenesten. Intervjuguiden i sin helhet ligger som vedlegg bak (vedlegg 5).

3.2.2 Intervju

Informanter ble rekruttert gjennom forespørsel til leder av psykisk helse i kommunen og gjennom personlig kontakt per telefon. Brev ble sendt til leder per e-post med forespørsel, vedlegg av informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse (vedlegg 2). Leder ga sin godkjenning tilbake på e-post. Informanten fikk tilsendt i posten informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 3 og 4). Informanten måtte skrive under samtykkeerklæringen og sende den til meg eller levere den til meg i forkant av selve intervjuet. Ingen av lederne eller informantene som ble forespurt svarte negativt på henvendelsen.

Første intervjurunde skjedde ved at jeg reiste til seks kommuner i Nordland. Lengden på reisen varierte fra 30 til 400 km en vei. Flere reiser innebar bruk av båt eller ferje. Fortrinnsvis møttes vi på informantens arbeidssted i et egnet rom der vi kunne prate uforstyrret. På grunn av de utfordringer reiser i Nordland innebærer med hensyn til reisetid, reisevei og økonomiske utgifter valgte jeg å foreta de senere intervjurunder via telefon.

Ved første intervju ble informantene spurt om det var greit om jeg kontaktet dem igjen for et oppfølgende intervju med utdypende spørsmål. Informantene samtykket i å bli kontaktet igjen, noe som gjorde det enklere for meg å kunne utdype allerede stilte spørsmål, og stille nye spørsmål som hadde kommet frem underveis. Jeg opplevde at det å gjennomføre flere intervjurunder gjorde det lettere for meg å være lojal mot min tanke om en fenomenologisk tilnærming idet jeg kunne gå ”tettere på” og spørre mer naivt i neste runde.

Alle informantene ble intervjuet to eller flere ganger slik matrisen nedenfor viser:

Tabell 1. oversikt over intervju med de ulike informantene:

Informant nr.	Intervju ved oppmøte.	Intervju via telefon.	Intervju via telefon.
1.	X	X	
2.	X	X	
3.	X	X	X
4.	X	X	
5.	X	X	X
6.	X	X	

Førstegangsintervjuet varte ca 45 minutter. Båndopptakeren ble satt i gang etter en innledende bli kjent runde. Etter at båndopptaker var slått av hendte det at informanten kom med nye og vesentlige opplysninger og med samtykke ble disse enten notert ned eller båndopptaker ble satt på og opplysningene gjentatt. De senere intervju på telefon ble enten tatt opp på bånd via høytafon, eller så ble spørsmål og svar skrevet ned for hånd.

Etter første intervju valgte jeg å pugge intervjuguiden slik at jeg i neste intervju kunne opptre friere og lettere sjonglere mellom de tema jeg ønsket å belyse. Intervjuguiden ble endret underveis ettersom jeg oppdaget nye problemstillinger og erfaringer som var relevante i forhold til forskningsspørsmålene som var stilt. En kan si at intervjuguiden gjennomgikk en hermeneutisk fornyelse underveis.

I snitt varte intervjuene i første runde ca 45 minutter. Jo mer konsise intervjuspørsmålene ble formulert jo enklere var det for informanten å gi korte fyllestgjørende svar. Utfordringen som fersk forsker ble for meg i forkant og underveis til neste intervjurunde å finne essensen i hva det var jeg ønsket å vite noe om.

3.2.3 Transkribering

Førstegangsintervjuene ble alle tatt opp på bånd og transkribert fortløpende. Ved senere telefonintervju ble opptak transkribert og lagt til allerede eksiterende intervju med merknad om hvordan og når dette nye intervjuet ble foretatt. Notater som ble skrevet ble også lagt til eksisterende intervju og merket med tid og sted.

Transkriberingen var en reise i de forskjellige informantenes stil i å uttrykke seg på. Noen tenkte før de pratet, andre pratet mens de tenkte, og noen pratet før de tenkte og kom med stadige rettelser i form av innskutte setninger. Å transkribere mange innskutte setninger var utfordrende fordi jeg ønsket å være lojal mot det informanten egentlig ønsket å formidle. De innskutte setningene hadde ikke alltid nær sammenheng med spørsmålet som ble stilt.

Transkribering ble gjort i flere omganger. Først skrev jeg ned det informantene sa ordrett. Ved neste gjennomgang av lydbåndopptak konsentrerte jeg meg om betoning, stemmeleie og kunstpauser slik at transkriberingen ble mest mulig rettferdig mot informanten. Som forsker er det viktig å være klar over at transkripsjon medfører tap av informasjon (Malterud 2008). Ansiktsutrykk, kroppsholdning, ironi i stemmen, kunstpauser og ”understatement” blir borte (Kvale og Brinkmann 2009). I nordnorske dialekter er understatement vanlig og ved direkte oversettelse kan det misforstås. Spør man for eksempel om hvor mye arbeid det var med en bestemt oppgave kan man få et svar som ” å dæ va no nokka arbeid”. Da er det viktig å få med seg tonefall og måten ting blir sagt slik at den virkelige meningen kommer frem, at det faktisk var svært mye arbeid.

Transkriberingene i denne studien ble gjort på bokmål selv om alle informanter snakket en eller annen form for nordlandsdialekt. Å skulle skrive dialekt ble for meg vanskelig å forene med å ivareta anonymiteten fordi ord og uttrykk varierer fra bygd til bygd og fra kommune til kommune og dermed kunne spores tilbake til hvor vedkommende kom fra. Jeg valgte også å oversette stedbundne dialektuttrykk og setningsoppbygninger til vanlig bokmål. Som forsker er jeg klar over at alle inngrep i transkriberingen vil influere på resultatet av transkriberingen. Informantens særegne stemme blir ved oversetting til bokmål modifisert. Her lot jeg hensynet til anonymitet telle mer enn hensynet til datamaterialet.

I denne studien har jeg valgt å bruke benevnelsen pasient på den som mottar tjenester fra psykisk helsearbeider. I intervjusituasjonen ble det brukt benevnelser som pasient, bruker og

klient. Jeg har valgt konsekvent å bruke pasient både for å ivareta anonymitet og for å gi studien tydelighet og ryddighet i bruk av språk. Også en prinsipiell begrunnelse ligger bak dette valget. Ordet pasient kan komme fra det greske ordet ”patio” som betyr å lide, eller det kan komme fra det engelske ordet ”patient” som betyr tålmodighet. Pasienten er i en rolle der vedkommende har en lidelse eller et problem som både jeg som psykisk helsearbeider og pasienten må forholde oss tålmodig til. Pasient blir derfor for meg et begrep som gir mening og innhold.

3.2.4 Analysen

Analysen er en prosess som starter under første intervju (Kvale og Brinkmann 2009). Samtidig som jeg lyttet til hva informanten sa, foregikk det en resonering på hva informasjonen jeg fikk kunne være et utrykk for. Analyseprosessen foregikk på denne måten under hele studien. Selv helt på slutten av skriveprosessen kunne jeg oppdage nye momenter fra intervjuene.

Den praktiske siden av analysen startet ved å gå igjennom alt transkribert materiale der jeg markerte med markeringstusj meningsbærende utsagn. Denne prosessen foregikk uavhengig av intervjuguiden. De meningsbærende utsagnene ble deretter skrevet ned på gule post-it lapper, og festet på en rull gråpapir som lå utrullet på gulvet. Når alle post-it lappene var skrevet kunne jeg flytte lappene frem og tilbake til jeg fant grupper som kunne høre inn under samme tema. Inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode (Malterud 2008), ble prosessen med å lese intervju, skrive meningsbærende utsagn på lapper, og katalogisere lappene gjort i flere omganger. Av dette materialet ble det laget en datamatrise med hovedtema, tema og meningsbærende utsagn.

En ny runde med lesing av alle de transkriberte intervjuene ble foretatt etter at første utkastet til masteroppgaven var skrevet ferdig. Der ble det ikke oppdaget vesentlige nye meningsbærende utsagn slik at datamatrisen ble stående slik den opprinnelig var skrevet.

Datamatrisen ble inndelt med hovedtema, tema og utsagn slik som eksemplet nedenfor viser.

Hovedtema	Tema.	Utsagn
Problematiske arenaer.	Butikken.	”Det har hendt at jeg har latt være å gå ut å handle, eller at jeg har sendt andre i familien ut, for å slippe å møte pasienten” (1).
	Festlige samvær.	”Når jeg møter pasienter på fest forholder jeg meg veldig sånn at nå er vi på fest så nå snakker vi om noe annet, dette kan vi ta opp når du kommer på kontoret Av og til må jeg si med hånden på hjerte at når de kommer bort til meg veldig rusa da tenker jeg huff, huff.” (5).

Datamatrisen ble det som ble stående til slutt som et håndterbart verktøy i forhold til å skrive resultatkapittelet.

3.3 Etiske vurderinger.

Frivillighet:
Det ble utarbeidet et informasjonsskriv. Dette ble sendt ut til aktuelle informanter med en samtykke erklæring. I informasjonsskrivet ble det redegjort for at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studiet. Informasjonsskrivet redegjorde også for tema for intervjuet. Frivillighet og muligheten for å trekke seg ble gjentatt ved de senere intervju.

Anonymitet:
Små miljøer krever ekstra omtanke i forhold til anonymitet. Intervjuet skulle ikke omhandle informasjon om pasienter. En rekke data om informanten slik som kjønn, alder, stillingstittel, politisk parti og geografi er data som ble behandlet med varsomhet og formidlet videre slik at ingen kunne kjennes igjen. Transkribering ble gjort på bokmål for å ivareta informantens anonymitet. Ideelt sett burde fakta som kjønn, geografi og utdanning kommet frem i studien, og en kan si at det er en svakhet ved studien at dette holdes skjult. Her ble det en kollisjon mellom hensynet til å få frem kontekst og fakta som kunne vært interessante for leseren, og hensynet til anonymitet. Anonymitetsprinsippet har forrang selv om det svekker studien.

Fare for ulemper:
Å delta på forskningsstudier skal ikke innebære noen ulempe for deltaker. Som forsker måtte jeg være klar over at å utforske og avdekke forhold i små kommuner kunne få konsekvenser som allikevel kunne medføre ulempe. Gjennom en intervjuprosess kan en bevisstgjøring om for eksempel opplevelse innen personalkonflikter og kultur på arbeidsplassen medføre endringsbehov for deltaker. Eller det kan avdekkes en ukultur i forhold til hvordan den jeg intervjuet ivaretok sine pasientenes rettigheter. I sistnevnte tilfelle ligger min lojalitet hos pasienten. Hvordan jeg i så tilfelle skulle gå fram ville være avhengig av situasjonen.
Etter å ha gjennomført de avtalte intervjuene med de seks informantene kunne jeg konstatere at de forannevnte problemstilingene ikke dukket opp.

Som forsker er det viktig å være bevisst på at man i en samtale ofte vil gi både videre og mer detaljerte beskrivelser enn om man skulle uttale seg skriftlig. Kvale og Brinkmann (2009) går så langt som å si at intervjusituasjonen "..kan være forførende og kan få deltakerne til å gi opplysninger de senere vil angre på…" (s 91). Å ikke lede samtalen videre inn på områder der dette kunne bli resultatet var viktig for meg som forsker. Når jeg så likevel kunne oppleve at informanter "betrodde" seg til meg om sensitivt materiale har jeg prøvd å håndtere dette så skånsomt som mulig i forhold til gjenkjennelse og ivaretakelse av anonymitet. I de tilfeller der jeg har vært i tvil har jeg utelatt detaljer og momenter som kunne lede en leser tilbake til informanten.

Sikkerhet rundt data:
Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om hvordan data ville bli håndtert. Som informant har du rett til å få vite hva som skjer med dataene etterpå. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i sin helhet. Disse intervjuene i transkribert fulltekst og opptakene på bånd vil bli oppbevart nedlåst inntil masteroppgaven er skrevet ferdig og godkjent, deretter vil de bli makulert. Ingen opplysninger som har blitt brukt i denne oppgaven skal kunne spores tilbake til den som gav informasjonen. Målet i fremstillingen har vært at kun den som selv har gitt informasjonen kan kjenne informasjonen igjen. Transkriberingene og båndopptakene blir oppbevart i låsbar skuff.

Maktforholdet mellom meg forsker og den som blir intervjuet:
I denne studien valgte jeg informanter jeg ikke hadde en relasjon til fra før. Ønsket var at de skal oppleve seg fristilt i forhold til det ståsted jeg har og de meninger jeg har.

Kvale og Brinkmann (2009) kaller intervjusituasjonen en ”asymmetrisk maktrelasjon” (s 52). Intervjusituasjonen belyser maktforholdet mellom oss. Det er jeg som legger premissene for hva vi skal snakke om, hvilke spørsmål som blir belyst og hvordan samtalen skal utvikle seg. Å ha denne friheten til å legge premissene opplevde jeg som et privilegium. Jeg kunne spørre om alt jeg ville ha svar på og jeg opplevde informantene som positive og velvillige. Imidlertid erfarte jeg at jeg noen ganger ble for passiv og avventende i intervjusituasjonen fordi jeg var redd for å oppleves nærgående og invaderende. Utfordringen i forhold til å unngå å være passiv i intervjusituasjonen tror jeg handler om det rollebytte jeg måtte foreta i forhold til min vanlige arbeidshverdag. Min arbeidshverdag består i å være i en hjelper eller behandlerrolle der jeg stiller spørsmål for å avdekke, utforske, bearbeide følelser og tankemønstre. I intervjusituasjonen ble utfordringen å være spørrende og ledene framfor å vente på den andres initiativ. Ved senere intervju opplevde jeg at spørsmål jeg i første intervjurunde hadde vært tilbakeholden med å stille fordi jeg var usikker på om de ville bli opplevd som for direkte eller pågående, ikke ble opplevd slik av informantene.

Om det var hensiktsmessig å velge informanter jeg ikke hadde en relasjon til fra før er vanskelig å bedømme. Pål Repstad (2009) forteller om erfaringer med å intervjue personer han hadde en relasjon til fra før og han beskriver disse intervjuene slik; ”Jeg tror nok intervjuene med dem jeg kjente litt fra før var mer spontane og rikere på informasjon”(s.83). Kanskje hadde resultatet blitt annerledes om jeg hadde valgt informanter jeg kjente fra før?

Kvale og Brinkmann (2009) forteller at også under analysen av data er maktforholdet skjevt ”Intervjueren har monopol på å fortolke”(s.53). Den som ble intervjuet kan komme til å oppleve ikke å kjenne igjen informasjonen, eller være uenig i den tolkning som er foretatt. Dette er en reell fare. Å jobbe med analyse, refleksjon og teori over tid bringer frem nye synsvinkler og nye tolkninger som kanskje ikke er de som informanten ville vektlegge eller forstå på samme måte. Som forsker har jeg på en måte overtatt makten over informasjonen som er gitt. Det er min stemme som har fortrinnsrett.

Å forske i eget miljø:

Jeg skulle forske på et felt jeg kjente godt i og med at jeg jobber i psykiatritjenesten i en liten kommune. Fordelen var at jeg kjente til hvordan arbeidssituasjonen kunne være. Det er rimelig å anta at dette bidrar til å styrke relevansen av temaene som har blitt behandlet. Faren

har imidlertid vært at jeg kunne ta med meg for mye av min egen erfaring slik at jeg ikke ble åpen nok for hvordan den andre opplevde det (Thagaard 2009). Dette måtte jeg ha oppmerksomhet på under hele forskerprosessen. Innforstått kunnskap ble for meg en kilde til forståelse, men også en kilde som kunne hindre ny kunnskap i å komme frem. Prosessen med å bli bevisst min egen innforståtte kunnskap har tatt tid. Samtidig har min bakgrunn som psykisk helsearbeider i en liten kommune hjulpet meg til å komme frem til de tema jeg ønsket å belyse. Å ha kjent noe av det samme på kroppen ble en veiviser for meg til å utforske hvordan andre hadde det i forhold til de samme tingene.

3.4 Vurdering av studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet

Troverdighet eller reliabilitet i forskningsarbeid vises ved at det hele tiden kommer tydelig fram, trinn for trinn, hva som er gjort. Silvermann (2006) kaller dette å gjøre studien transparent. I dette tilfellet handler det om å beskrive fremgangsmåten detaljert i alle ledd. Det skal være tydelig for leseren hvorfor studien er gjort, hvordan den er gjort, hva den fant og hvordan den tolker de resultater som er kommet frem. Dennes studiens bakgrunn har sin årsak i en nysgjerrig søken etter de psykiske helsearbeidernes erfaringer. Inn i studien hadde jeg som forsker med meg min forforståelse, men denne forforståelsen har blitt både utfordret og endret under forskningens fremdrift. Gjennom å beskrive hva jeg som forsker har gjort i praksis i dette metodekapittelet trinn for trinn har jeg forsøkt å gjøre studien transparent.

Informantene hadde ingen kjennskap til meg. Informasjon som kom fram var derfor ikke preget av tidligere relasjoner. I møtet med informantene var jeg bevisst min egen forforståelse og jobbet aktivt med å prøve å legge den tilside. På samme tid var jeg klar over at jeg som forsker kunne påvirke hva som kom fram underveis i intervjuet. ”Når vi møtes, påvirker vi hverandre, enten vi er oss det bevisst eller ikke. Våre verdier og tanker, følelser og atferdsmønstre kommer til utrykk, både gjennom det vi sier, og gjennom det vi unnlater å si og gjøre”(Skau 2002, s.83). Som forsker påvirker en resultatet av studien. Fra en starter med valg av problemstilling til intervjuguide, analyse, tolkning og valg av teori foretas det valg som påvirker resultatet av studien. En studie der forskerens stemme er visket ut blir ingen forskningsstudie, men mer et referat der en nedtegner andres erfaringer (Repstad 2009). Av de funn jeg har kommet frem til vil en annen forsker kunne oppdage noe annet fordi vi som forskere preges av vår egen erfaringsbakgrunn og teoriforståelse.

Gjennom intervjurundene oppdaget jeg flere aspekter ved det å jobbe som psykisk helsearbeider i et lite samfunn som var ukjent for meg på forhånd. Informantens erfaringer var annerledes enn mine erfaringer selv om vi jobber med samme fagfelt og i samme kontekst. "For den som bruker kvalitative forskningsmetoder, er det et mål at materialet skal reflektere informantens erfaringer og meninger"(Malterud 2003, s.44).

Hvis en studies funn virkelig sier noe om de forskningsspørsmålene som er stilt, sier vi at studiet har høy grad av gyldighet eller validitet. Det er tidligere gjort få studier på erfaringer hos psykiske helsearbeidere, men de studier som jeg har funnet gjennom forskningsdatabaser, bekrefter langt på vei de funn som her har kommet frem. Australske psykiatriske sykepleiere deler mange av de samme erfaringene (Gibb 2003), erfaringer som faglig ensomhet, mye ansvar, og liten anerkjennelse fra andre sentrale faggrupper i psykiatrien. Å diskutere med andre innen fagmiljøet for å få innspill og utveksle meninger og erfaringer kan også støtte gyldigheten av studien. I fora jeg har presentert mine funn har flere reagert med gjenkjennelse. Gjenkjennelse kan si noe om overføringsverdi (Thagaard 2009). Rollekompleksitet og nærhet til pasienten kan flere yrkesgrupper kjenne seg igjen i, også i større samfunn. Denne studien sier noe om hvordan det oppleves i små samfunn, men den utelukker ikke at noe av det samme kan erfares i større samfunn. Min antakelse er at studiens funn er overførbare til flere yrkesgrupper og til flere typer samfunn. "Overføringsverdi kan bare testes ved videre forskning" (Seale 1999, s.109). For å kunne grunngi min antakelse må det foretas flere studier som omhandler erfaringer hos yrkesutøvere.

Begrepet pragmatisk validitet blir brukt om i hvilken grad kunnskap som fremskaffes gjennom et forskningsprosjekt kan brukes av andre (Malterud 2003). Funn fra denne studien håper jeg har pragmatisk validitet i den forstand at den kan bidra med kunnskap som kan være med på å bidra til større kontinuitet i stillingene. Målet har vært å gjenskape de psykiske helsearbeidernes erfaringer slik at de fører til klokskap og innsikt både for de psykiske helsearbeiderne selv, men også for de som har ansvar for de ansatte på lokalt og på mer sentralt nivå.

4.0 RESULTAT

Informantene fortalte om møter med pasientene etter arbeidstid. De fleste opplevde disse møtene som utfordrende. Arenaer som ble beskrevet som utfordrende var butikken, kafeen, bygdefesten, facebook og vennenettverket. Flere tok i bruk strategier som tilbaketrekking og unngåelse for å mestre rollen som psykisk helsearbeider i et lite samfunn. Organiseringen av arbeidet påvirket også hvordan de mestret å møte pasienten etter arbeidstid. Å være eneste ansatte psykisk helsearbeider opplevdes belastende og medførte i større grad vansker med å skille arbeidsliv og privatliv. Informanter som jobbet alene beskrev også utfordringer i forhold til å være borte fra jobben. Videre fortalte flere informanter om kontorforhold og arbeidsinstruks som ikke var tilfredsstillende før de selv tok tak i det. Samarbeid med andre yrkesgrupper beskrives av flere som utfordrende. Samarbeid med hjemmebasert omsorg har utfordringer knyttet til ulik forståelse for psykisk helsearbeid og ulik kultur for bruk av tid. Et godt samarbeid med leger er avhengig av legens interesse for fagfeltet. Flere informanter opplever at det ansvaret de tar ikke samsvarer med den formelle myndigheten de har fått tildelt.

4.1 Bakgrunnsinformasjon om informantene

Alle informantene bodde i den kommunen de jobbet. Informantene hadde forskjellig yrkesbakgrunn. Tre var sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse. De andre hadde annen helsefaglig bakgrunn med videreutdanning i psykisk helse. Alle hadde jobbet mer enn to år med psykisk helse. Noen hadde mer enn ti års arbeidserfaring med psykisk helsearbeid. De fleste hadde egen familie som også bodde på stedet. Av mine seks informanter var det tre som ved intervjutidspunktet var i jobb som psykiske helsearbeidere, to hadde permisjon fra stillingen som psykisk helsearbeider og en var sykemeldt. En av de som var i permisjon fortalte at belastninger i forhold til jobben som psykisk helsearbeider var årsaken til permisjonen. Det samme fortalte den som var sykemeldt. Av disse to som beskrev belastninger som årsak til fraværet fortalte den ene at veien tilbake til å jobbe som psykisk helsearbeider var veldig lang, mens den andre ønsket seg tilbake så snart som mulig.

Når det gjaldt det første forskningsspørsmålet om å møte pasienten på andre arenaer kunne jeg ikke finne noen forskjell mellom informantene verken i forhold til grunnutdanning, til antall år med arbeidserfaring eller i forhold til om informanten var fra stedet eller hadde

familie som bodde der. I forhold til spørsmål angående organisering viste det seg at de som hadde jobbet lengst etter videreutdanning var de som var mest engasjert og hadde mest å si om dette tema. De med lengst erfaring var også de som hadde mest refleksjon rundt dette med egenarten til hva psykisk helsearbeid er.

4.2 Å møte pasienten på flere arenaer

I og med at deltakerne i denne studien bodde i den kommunen de jobbet i, møtte de pasienten på de samme sosiale arenaene som de selv deltok i. Dette kunne være uformelle sosiale samvær som et møte på butikken, ute i nærmiljøet, på tur, eller på treningssenter. Det kunne også være på mer formelle arenaer som foreldremøter og organiserte fritidsaktiviteter.

Alle informantene beskrev møter med pasienten utenfor jobbsammenheng. Rollekompleksiteten som et lite samfunn fører med seg var for de fleste både utfordrende og vanskelig å forholde seg til. Kun en av informantene opplevde disse møtene som uproblematiske, de andre beskrev tydelige utfordringer knyttet til disse møtene. En av informantene beskrev situasjonen slik:

> ”Du blir tvunget på pasientene i alle settinger”(3).

Denne informanten fortalte om møter på butikken, på offentlige transportmidler og på bygdefesten. Informanten formidlet en opplevelse av et samfunn der man alltid måtte være forberedt på å møte pasienten. Ingen arenaer var garantert ”pasientfrie”. Felles for disse møtene var at de utfordret informanten i forhold til mestringsstrategier og i forhold til hvilken rolle informanten skulle gå inn i.

Å møte pasienten på andre arenaer utfordret informantene i forhold til arbeid og fritid. De fleste ønsket å finne mestringsstrategier som kunne ivareta deres eget behov for å skille arbeid og fritid. En kan også si det slik at de forhandlet om egne grenser i forhold til nærhet og avstand til pasienten på arenaer utenfor arbeidstiden. Noen ganger ble disse grensene grundig utfordret.

> ”Det har vært situasjoner som har vært fryktelig ubehagelige. Det har vært tider der jeg ikke gikk ut på pub eller for å ta en pils eller noe sånt, fordi det var pyton å møte pasientene uansett om de var blide, sinte eller sure”(1).

Informantens behov for å skille arbeid og fritid opplevdes umulig å imøtekomme i en liten kommune.

4.2.1 Å være synlig i rollen som psykisk helsearbeider i alle sammenhenger

Informantene beskrev at de i lokalsamfunnet ble sett på som den psykiske helsearbeideren uansett om møtet med den andre var i eller utenfor arbeidstiden. En av informantene syntes dette gikk helt greit, dette var noe informanten hadde lært seg å leve med. De andre beskrev det som mer slitsomt, og en av informantene fortalte at det opplevdes slik:

> ”Du er på scenen hele tiden på en måte” (3).

Å være på scenen opplevdes for denne informanten som å være på vakt eller å være i beredskap. Informanten hadde erfaringer med å aldri kunne gå ut av ekspertrollen. Flere av informantene opplevde at når lokalbefolkningen møtte dem etter arbeidstid så traff de ikke informanten som privatperson, men som den psykiske helsearbeideren. Statusen som ekspert ble en 24 timers status.

> ”Du må alltid være forberedt på å gå inn i rollen som psykisk helsearbeider, på bussen, på ferje, på båten. Folk tar kontakt ikke bare om egne ting, men også om andres ting, om barnas ting.”(3).

En annen informant fortalte at nettopp fordi du ikke kunne tre av fra rollen som psykisk helsearbeider måtte du hele tiden tenke på hva du sa og gjorde slik at tilliten til deg som psykisk helsearbeider ble bevart. Å verne om ryktet sitt var viktig for informanten.

Flere fortalte at belastningen med å være synlig som psykisk helsearbeider hele tiden var til å leve med når man selv hadde det bra og hadde overskudd, men den dagen man selv kjente på slitenhet og manglende overskudd ble det veldig vanskelig. Flere kjente på at det var vanskelig å skjerme seg når man hadde behov for det.

4.2.2 Å vite om hverandre - Informasjonsflyten i små samfunn

Informantene fortalte at ettersom årene gikk opparbeidet de seg mye kunnskap om lokalsamfunnet som var den kontekst de utøvet sitt fag innenfor. Analysen viser at informantene verdsatte denne kunnskapen om kontekst, både den kunnskapen de hadde med seg inn i arbeidet og den de opparbeidet seg gjennom arbeidserfaring.

Kunnskap man fikk utenom arbeidstid kunne derfor være nyttig i jobben. Å vite om pasientens nettverk gjorde arbeidet lettere.

> ”Du kjenner pasienten stort sett og du vet stort sett hvilket nettverk de har rundt seg”(5).

Ingen av informantene opplevde denne forhåndskunnskapen som problematisk. De opplevde at summen av fagkompetansen de hadde, kunnskapen om kontekst, og kunnskap om den enkelte pasienten og dens nettverk medførte forpliktelse som gagnet pasienten.

En av informantene fortalte at på butikken ble det opplyst at ”Per” ikke hadde vært og handlet på flere dager. Denne informasjonen kunne si noe om hvordan ”Per” hadde det og medførte at informanten tok kontakt for å undersøke hvordan det sto til med ”Per”. Slik type ”gratis” informasjon kunne derfor være vesentlig i oppfølgingen av pasientene.

På små steder vil ikke bare den ansatte få mye gratis informasjon om pasientene, men pasientene får også vite mye om informantene. Møtet mellom den psykiske helsearbeideren og pasienten blir derfor ikke bare preget av den kunnskap den psykiske helsearbeideren har om pasienten fra andre roller og sammenhenger, men også av pasientens kunnskap om den psykiske helsearbeideren. Dette medfører at pasienten kjenner til den psykiske helsearbeideren ikke bare som fagpersoner, men også som en medborger i kommunen.

Pasientens kjennskap til den psykiske helsearbeideren oppleves forskjellig av informantene. På den ene siden ble det at pasienten hadde bred kjennskap til den psykiske helsearbeideren trukket frem som noe positivt for pasienten. Flere mente at denne kunnskap om dem som psykisk helsearbeidere gjorde det tryggere for pasienten.

> ”Jeg tror det gir en trygghet at pasienten vet en del om meg som menneske. Vi gjør de samme feilene, vi er jo bare mennesker på samme måte som pasientene er det”(1).

De psykiske helsearbeiderne ble i følge denne informanten ”menneskeliggjort”. På den andre siden ble det trukket frem negative konsekvenser av denne nære kunnskapen til dem som psykiske helsearbeidere.

> ”Jeg vil ikke at pasienten skal vite alt om meg, det må være lov å ha noe for seg selv”(6).

Denne informanten opplevde det som belastende å bo på en liten plass der informasjon om eget privatliv var så lett tilgjengelig for innbyggerne. Pasientene får informasjon om privatlivet som informanten hadde behov for skulle tilhøre privatlivet. Dette gjaldt også informasjon om informantens nære familie.

Små samfunn innebærer en oppdragelse i bevissthet på hva du gjør, og hvilke signaler dine handlinger sender.

> ”Går du på butikken for å kjøpe deg en øl, så vet de at du har gjort det”(3).

Å leve med denne vissheten om informasjonsflyt er en utfordring som informantene må takle for å tåle å stå i jobben over lang tid.

Kontakten som oppstår i en relasjon mellom psykisk helsearbeider og pasient er komplisert å forholde seg til når man møtes i andre settinger hvor det ikke er klare avtaler om hvordan dette møtet skal foregå.

> ”La oss si at jeg går på butikken og der sitter vedkommende i kassen som jeg har fulgt opp over lang tid og når vi sitter i samtalen så er rollen klart definert og det gir trygghet i den situasjonen, men idet jeg står i kassen så er jeg jo personlig og vi har ingen referanseramme som tydeliggjør den situasjonen og det blir til forkludring”(3).

Denne informant henviser til at i arbeidssituasjonen så vil rollen som psykisk helsearbeider og den tydelige gjensidige forventingen skape trygghet slik at intimiteten tåles. Kontoret, arbeidstiden og den gjensidige forventingen om at her kan vi snakke åpent sammen mangler ved møtet etter arbeidstid. Utenfor arbeidssituasjonen blir de som psykisk helsearbeidere usikre i mangel av tydelighet og grenser og dette kaller informanten forkludring.

Fordi dette var små kommuner og de fleste av mine informanter var den eneste psykiske helsearbeideren i kommunen var det ikke uvanlig at nære bekjente eller venner oppsøkte dem for hjelp. Informanter ønsker at de som ble for nære slik som egne venner, foreldre til venner, nære naboer osv, skulle henvises til distriktspsykiatrisk senter. Men, det gjøres unntak. Noen

ganger ønsker pasienten nettopp å komme til informanten fordi de kjenner denne. En faktor som da var av betydning var nettopp, som nevnt ovenfor, trygghetsaspektet for pasienten.

> ”De som er veldig nær meg anbefaler jeg ikke å komme hit, allikevel er det noen som ønsker det fordi de opplever det tryggere”(2).

Intervjuene kan tyde på at også geografiske og økonomiske forhold kunne spille en rolle for om pasienten ønsket å inngå i en behandlerelasjon til en de kjente. Lang reisevei kunne oppleves belastende for pasientene. Bor du på ei øy og har tre timers båtreise for å komme til nærmeste distriktspsykiatriske senter så er det forståelig at pasienten vurderer å snakke med psykisk helsearbeider selv om denne er i relasjon til pasienten fra før. I slike tilfeller kunne den psykiske helsearbeideren vurdere at belastningen med reisevei ble så stor for pasienten at de tross nært kjennskap ønsket å gå inn i en behandlerrolle.

Det økonomiske kunne også spille en rolle ved at førstelinjetjenesten er gratis mens andrelinjetjenesten har egenandeler. Har man da lite å rutte med vil valgmuligheten for pasienten i realiteten være begrenset. Dette er de psykiske helsearbeiderne klar over og tar hensyn til når de vurderer om de skal gi hjelpen selv eller henvise videre.

I det følgende vil jeg gå dypere inn i erfaringer informantene har hatt med å møte pasienten etter arbeidstid. Både konkrete erfaringer, men også hvordan det oppleves å være en offentlig synlig person også etter arbeidstid.

4.2.3 Problemtiske arenaer og mestringsstrategier

Vi har sett at alle informantene opplever at de er synlige som fagpersoner i mange ulike sammenhenger. De opplever også forventninger om at de skal være fagpersoner døgnet rundt. Dette medfører at rollen som fagperson strekkes utover den formelle arbeidstiden.

En medvirkende årsak til at de oppfatter at de ikke uten videre kan begrense sin rolle som fagperson til den faste arbeidstiden er at de mener den måten de møter pasientene utenfor den ordinære arbeidstiden har stor betydning for pasienten. De opplever at flere av pasientene er ensomme og har behov for å ha noen å prate med. De ser at pasientens opplevelse av å bli gjenkjent og snakket til er positivt for pasienten. De mener at dette for pasienten kan innebære en opplevelse av å bli synliggjort og anerkjent. Dermed tillegger den psykiske helsearbeideren

den uformelle samtalen utenfor arbeidstid en positiv verdi for pasienten. Denne forståelsen preger deres møter med pasientene uansett arena. Allerede før de går inn på en butikk vet de at måten de møter pasienten på kan være betydningsfullt for pasienten. På den måten definerer de selv det som skjer utenfor behandlingstid som en del av pasientbehandlingen. En kan si at ønsket om et tydeligere skille mellom arbeidstid og fritid ble et dilemma. På den ene siden ønsket de å skille jobb og privatliv. På den andre siden mente de at det var positivt for pasienten å møte dem som psykiske helsearbeidere etter arbeidstid. Pasientens behov og egne behov kom på kollisjonskurs.

En av informantene opplevde å mestre denne utfordringen. Informanten opplevde å være forberedt og visste hva som ble forventet og var bekvem med rollen som psykisk helsearbeider også etter arbeidstid. De andre opplevde dette mer utfordrende og brukte ulike strategier for å håndtere denne ekstrainnsatsen som de opplevde ble forventet av dem.

Små bygdesamfunn har få offentlige treffsteder. En felles strategi som flere referer til var å holde seg borte fra treffsteder og arenaer som før var sentrale for dem. Sentrale arenaer som informanten valgte å unngå kunne være butikken, kafeen eller bygdefesten.
Senere skal vi se på årsaker til at informanten ønsket å unngå disse arenaene.

Flere av informantene ga uttrykk for at det å holde seg borte fra sentrale arenaer var en strategi som ble særlig aktuell når de selv av ulike årsaker hadde lite overskudd. Flere av informantene beskriver pasientens forventninger om kontakt som for krevende å forholde seg når de var slitne. En måte å løse dette på var ved å la for eksempel partner eller barn gå på butikken istedenfor dem.

Informanter som har opplevd å bli sykemeldt forteller at de da opplevde det å treffe pasientene som problematisk. Sykemeldingen medfører at man holder seg mer inne av frykt for å treffe pasienter. De fortalte at hvis de valgte å gå på butikken selv om de var sykemeldt så spurte pasientene om når kommer du tilbake i jobb. Dette førte til en opplevelse av å stå til ansvar for at man var sykemeldt. Skyldtes sykemeldingen stor slitasje i jobben ble det ekstra komplisert å måtte forholde seg til pasientene på fritiden. Møtet med pasienten ble opplevd som et møte med jobben i en fase der behovet var å få avstand til jobben.

Flere opplevde det å unngå arenaer, som i utgangspunktet kunne være viktig for dem, som en sterk inngripen i tilværelsen som de egentlig ønsket de kunne slippe. Arbeidet deres fikk dermed for stor innvirken på hverdagslivet deres. Særlig gjaldt dette når de følte de måtte holde seg borte fra arenaer, aktiviteter og gjøremål som hadde en stor betydning for dem.

Butikken:

Å gå på butikken og handle er et eksempel på en slik aktivitet. Å handle hadde tidligere vært en felles positiv aktivitet for familien, men nå ble det ikke lenger forbundet med de samme positive følelsene. Å handle sammen ble til at de andre går uten deg. Informantene gav utrykk for at de mistet noe familien pleide å gjøre sammen.

> ”Jeg lar være å gjøre en del ting, så blir det til at vi (mannen min og jeg, min anmerkning) lar være å gjøre en del ting som det å gå på butikken”(6).

Kafeen:

Flere av informantene bodde og jobbet i bygdesamfunn eller øyer der det bare var en kafé på stedet. Flere steder er det å gå på stedets kafé på lørdager en tradisjon. De knytter denne tradisjonen til avkobling og rekreasjon. I min studie oppleves dette av flere som utfordrende. I stedet for å gå på kafé for å koble av og finne krefter opplever flere at de må ha krefter og overskudd for å gå på kafé.

> ”Det var hyggelig å gå på kafeen om lørdagene før, det lar jeg være nå for det er akkurat som det ligger noen forventninger i luften eller i øynene deres om at jeg skal prate med dem, og det greier jeg ikke når jeg er sliten” (6).

Informanten opplevde å ha mistet kafeen som rekreasjonssted der man treffer kjente og slapper av. Kafeen har blitt et sted informanten unngår fordi det krever for mye overskudd.

Bygdefesten:

Bygdefesten var en annen sentral sosial arena som flere refererte til. To av mine informanter hadde selv ikke tradisjon for å delta på bygdefest og opplevde av den grunn ingen utfordringer knyttet til dette. De som derimot hadde tradisjon for dette, opplevde at bygdefesten hadde fått en annen betydning for dem etter at de begynte som psykiske helsearbeidere.

Alle disse som før hadde glede av å delta på slike arrangement hadde nå enten sluttet å delta eller så hadde de begrenset sin deltakelse på slike arrangement. Den viktigste begrunnelsen de ga for dette var knyttet til bruken av alkohol, og da først og fremst pasientenes alkoholbruk. Informantene opplevde at når pasienten inntok alkohol var det med på å bygge ned pasientenes grenser for å ta kontakt med dem på fest.

> ”Av og til må jeg si med hånden på hjertet at når de kommer bort til meg veldig rusa da tenker jeg huff, huff. Også tenker jeg at nå som jeg skulle ut å ha det gøy”(5).

Deltakerne i denne undersøkelsen fortalte at dette også kunne gjelde pasienter som de oppfattet som varsomme med å stå fram med sin psykiske lidelse og at de vanligvis ikke ønsket kontakt utenfor en behandlingssituasjon.

Pasientene ønsket å prate om det de opplevde som vanskelig i livet. For den psykiske helsearbeideren som gikk ut for å slappe av opplevdes dette nå som å bli koblet på jobben igjen. De psykiske helsearbeiderne ønsket ikke å høre om pasientproblemer når de var på fest.

> ”Jeg liker ikke å høre på problemer hele døgnet, jeg hører på problemer hele dagen”(6).

En av informantene fortalte at når pasienten kom, prøvde informanten å dreie samtalen bort fra problemene og tilby pasienten å ta opp dette med problemene på kontoret en annen dag.

> ”Når jeg møter pasienter på fest forholder jeg meg veldig sånn at nå er vi på fest så nå snakker vi om noe annet, dette kan du ta opp når du kommer på kontoret”(5).

Informanten fortalte at denne strategien ikke alltid lyktes.

En annen årsak til at deltakerne var blitt mer skeptisk til å delta på bygdefester var faren for å få kritikk fra pasienten eller andre pårørende. De mente at i alkoholpåvirket tilstand ble terskelen for å kritisere lavere.

> ”Skal jeg være ærlig og det skal man jo så kvier jeg meg for å gå på slike plasser som fester, ungdomshus og slikt. Når folk har drukket litt er jeg redd de skal ta opp ting eller kritisere meg”(3).

Ikke bare pasientens alkoholbruk ble beskrevet som problematisk for informanten, også eget alkoholbruk kunne være problematisk. Med små og åpne forhold og mye kunnskap om

pasientenes liv er informanten også redd for selv å si for mye. Informanten var redd for å plumpe ut med opplysninger den har hørt på jobb.

> ”Jeg er redd for å si for mye hvis jeg tar noen øl”(6).

Informanten var redd alkoholen skulle senke beredskapen slik at taushetsplikten ble vanskelig å overholde.

En siste og viktig årsak til som ble nevnt angående bygdefester, var at informantene syntes det var vanskelig å skulle avvise pasienter. Informantene forteller at de ønsker å være hyggelige og imøtekommende mot pasientene. Å skulle avvise pasienter som tar kontakt på fest er i strid med deres ideal av hvem de ønsker å være. Det oppleves som problematisk å skulle avvise. Løsningen ble da heller å unngå å gå ut på det lokale utestedet.

Facebook:
Enda en arena som psykiske helsearbeidere opplevde som vanskelig var bruk av facebook. Alle informantene som brukte facebook opplevde at pasientene ville ha kontakt på facebook. De fleste hadde en tydelig linje på at de ikke ønsket pasienter som venner på facebook og dermed avviste de henvendelser om å være venner når det kom fra pasienter. Å avvise opplevdes ikke alltid uproblematisk.

> ”To av pasientene spurte om å få være venn i forrige uke, også lot jeg det ligge noen dager for jeg lurte på hvordan jeg skulle avvise dem, men jeg gjorde det i går”(6).

Å måtte avvise pasientene opplevdes ubehagelig. Informantene ønsket ikke å såre pasientene.

En av informantene åpnet for å ha pasienter som venner på facebook. Å ta inn pasienter som venner medførte begrensinger i tiden informanten selv ønsket å være på facebook. Men, denne informanten følte likevel at denne kontakten var enklere å regulere enn i andre sosiale situasjoner. Når informanten ble sliten gikk informanten ut av facebook.

> ”Jeg har lagt til pasientene mine som venner, jeg slår bare av, der kan jeg velge å være eller ikke, det er ikke som en telefon som ringer.”(5).

Å slå av ble for denne informanten en måte å regulere kontakten på. Selv om det å slå av opplevdes som en akseptabel avvisningsstrategi var det likevel en strategi som innebar en

begrensning for informanten. En begrensing fordi det ble hensynet til pasienten som regulerte informantens aktivitet på facebook, og ikke informantens eget behov for sosial kontakt.

Vennenettverket:
Intervjuene viste at å jobbe som psykisk helsearbeider fikk innvirkning ikke bare i forhold til treffstedene ute i samfunnet, men også for de private vennerelasjonene og vennenettverkene. Vennekretsen i et lite lokalsamfunn kan være annerledes enn i et større samfunn. Ofte kan et vennenettverk i små samfunn ha flere krysningspunkt med det arbeidet du står i enn hva som vil være tilfelle i større byer og i mer urbane områder. Dine venner kan på flere måter være i relasjoner til dine pasienter, enten som slekt, venn eller bekjent. Å velge bort venner som har en relasjon til dine pasienter kan oppleves som en lite gunstig løsning da det i små samfunn ikke er så mange venner å velge mellom. Man kan risikere å sitte uten venner hvis man ikke ønsker venner som har relasjoner til pasientene. Situasjonen er slik at et lite lokalsamfunn må man regne med at ens venner på ulike måter har en relasjon til ens pasienter.

Flere av informantene beskriver at jobben som psykisk helsearbeider har endret rollen som de hadde i nærmiljøet og i vennenettverket. En begrensning informantene opplevde var at de måtte være varsomme med hva de uttrykte støtte til, bemerket eller hva de sa, og at de på denne måten opptrådte mer reservert overfor vennene enn før, og det opplevdes ubehagelig for flere av informantene.

> ”Det er bare det at det som jeg før syntes var greit å snakke med venner om må man nå hele tiden tenke på hva det er man sier”(4).

Der informanten før kunne prate uten sensur og uten verken å planlegge eller kontrollere sine utsagn måtte de nå tenke og vurdere hva som var hensiktsmessig å prate om. Denne tenke- og vurderingsfasen hadde to hensikter; den ene var hele tiden å unngå å bryte taushetsløftet sitt og den andre hensikten var å unngå å skade omdømmet sitt.

> ”Jeg bringer ikke videre det jeg har hørt enten det er sant eller ikke, for det kan komme ut på bygda og folk kan bli mistenksomme” (4).

Mistenksomheten gikk på at folk spurte seg, hvor kommer denne informasjonen fra? Kan det være at psykisk helsearbeider har fått informasjonen gjennom jobben sin og dermed bryter taushetsløftet sitt? Informanten opplevde at det å opptre reservert ble et større behov idet

informanten startet å jobbe som psykisk helsearbeider. Informanten kunne oppleve at det kunne bli sagt ting om pasientene som både var usant og urettferdig, men informanten kunne ikke gå ut for verken å forsvare eller for å forklare.

En av informantene som før hadde jobbet i andre kommunale sektorer opplevde at denne problemstillingen ble mye tydeligere når informanten startet med psykisk helsearbeid. Kontaktpunktene mellom venner og pasientene ble flere og det krevde mer reserverthet fra informantens side.

> ”Det kan bli snakk om forskjellige folk og da sier jeg ikke noe og det har jeg kjent på mange ganger at det er ekkelt at du ikke kan delta på samme vis.” (1).

Å opptre med reservasjon var noe flere informanter fortalte om. En sa at hun løste situasjonen med enten å tie stille eller ikke å delta aktivt, men heller å si ”åja” eller ”ja vel sier du det”. Informanten tenkte at vennene nok gjennomskuet henne når hun svarte slik.

En annen informant opplevde at denne reserverte rollen hun måtte ta i vennegjengen kunne føre til avstand.

> ”Jeg kjenner på meg at de kanskje tror jeg føler meg bedre enn dem uten at jeg gjør det, fordi jeg er mer forsiktig med hva jeg prater om”(4).

Denne informanten hadde jobbet mange år i kommunen med omsorgsarbeid før vedkommende begynte med psykisk helsearbeid. Denne opplevelsen med rolleendring i venneflokken kom etter jobbskifte og ble i følge informanten tydelig knyttet til type jobb, og ikke bare til taushetsplikten som man har når man jobber med pasienter. Med det mente hun at hun alltid hadde vernet pasienten i forhold til taushetsplikt, men at kontaktpunktene ble så mange flere i psykisk helsearbeid at behovet for taushetsplikt fikk større inngripen i forhold til venner.

Når en ser på reserverthet, kontroll og avstand som kom inn i vennenettverket når det ble snakk om pasienter kan en si at jobben som psykisk helsearbeider medførte tap av det fristed som vennene representerte før en startet i jobben som psykisk helsearbeider.

4.2.4 Oppsummering:

Vi har nå sett på hvilke erfaringer psykiske helsearbeidere har med å møte pasienten på flere arenaer. Informantene møter pasientene i alle settinger og de utfordres i å finne mestringsstrategier for å kunne håndtere dette. Kafeen, butikken, bygdefesten, facebook og vennenettverket ble problematiske arenaer som informantene måtte finne ut av. Jobben med å finne mestringsstrategier var noe de måtte finne ut av på egen hånd. Flere strevde med dette og særlig i tider der de selv opplevde livet vanskelig.

Å finne måter å mestre på er viktig for å bli i jobben som psykisk helsearbeider. Mestringsstrategier måtte finnes uten å ha statlige føringer, retningslinjer eller innarbeidet kultur som man kunne lene seg på.

4.3 Organisering av arbeidet

I det foregående kapittelet har vi sett på de utfordringer psykisk helsearbeidere har med å jobbe i små kommuner. Informantenes møte med pasienten på den private arenaen, både det direkte møte, men også det indirekte møte gjennom nettverk og venner oppleves utfordrende. I dette kapittelet skal vi se nærmere på hvordan arbeidet er organisert og hvordan denne organiseringen påvirker den psykiske helsearbeideren. Jeg tar først for meg de fysiske arbeidsforholdene før jeg sier noe om de andre organisatoriske arbeidsforholdene. Fysiske arbeidsforhold vil i denne studien omhandle kontorforhold. Andre organisatoriske forhold vil omhandle arbeidsinstruks, å jobbe alene, å være tilgjengelighet for pasienten etter arbeidstid, og samarbeid med andre faglige instanser i kommunen. Avslutningsvis vil jeg si noe om betydningen av veiledning.

4.3.1 Kontorforhold

Kontorforholdene bar preg av at psykisk helsearbeid i kommunene er en forholdsvis ny tjeneste. Veien har ofte gått via uegnede lokaler til mer egnede og mer brukervennlige lokaler.

> ”I starten hadde jeg kontor på i et lite rom der vinduene ikke kunne åpnes, vi holdt på å besvime der, så varmt ble det”(3).

Informantens synspunkt var at lokalet var uegnet til formålet og at kontorlokalet fortalte noe om kommuneledelsens syn på psykisk helsearbeid. Noen kommuner har brukt tid på å

anerkjenne psykisk helsearbeid på linje med annet helsearbeid noe som ble gjenspeilet i hvilke kontor den psykiske helsearbeideren ble tilbudt.

Flere informanter hadde vært med i oppbyggingen av tjenesten, og pionertiden, med de utfordringer det innebærer. Flere opplevde i starten at de måtte kjempe seg fram for å få levelige kontor- og arbeidsforhold. I dag har de fleste det rimelig bra angående kontorfasiliteter, men enkelte er i en situasjon der kontoret ikke tilfredsstiller behovet for ro og diskresjon. En informant forteller om en felles kontorløsning med andre tjenester. Dette kommer i konflikt med taushetsplikten og medfører at samtalene må flyttes til andre lokaler eller til pasientens hjem.

> ”Jeg har kontor som jeg deler med ”andre tjenester” i kommunen og det er vanskelig å ha samtaler her fordi vi blir forstyrret hele tiden”(4). (Andre tjenester er min omskrivning for å ivareta anonymitet)

Informanten fortalte at kontorforholdene også bekymret ledelsen og at kommunen jobbet med å finne en bedre kontorløsning.

Flere forteller at etter en innkjøringsfase ble kontoret flyttet til stedets helse/lege senter. Å samlokaliseres med andre helsetjenester beskrives som positivt. Både får den psykiske helsearbeideren et felleskap å jobbe i, men også pasientene får en enklere og mer anonym vei til å oppsøke tjenesten.

> ”Før hadde vi kontor på sykehjemmet, nå er vi på helsesenteret. Når vi kom hit fikk vi flere pasienter. De sier det åpent at her er det ingen som vet om du skal til lege, andre helsetjenester, eller til meg”(5).

Samlokalisering med lege oppleves av flere som gunstig nettopp ut i fra begrunnelsen at det gjør det lettere for pasienten å komme.

Egnede kontor kan være vanskelig å få til ut fra andre årsaker enn kommunal organisering. Er man ansatt i en kommune som består av flere øyer må man være kreativ i forhold til hvor man skal møtes når man har sitt eget kontor på den ene av øyene. Informanter som har en geografi der de må reise til andre øyer bruker oftest hjemmet som utgangspunkt for samtale.

4.3.2 Stillingsinstruks

De fleste informantene startet jobben sin uten stillingsinstruks og fikk på en måte frie hender til å utforme både jobben og stillingsinstruksen sin selv.

> ”Min stillingsinstruks er skreddersydd for meg, jeg har sydd den selv” (2).

Å utarbeide egen stillingsinstruks opplevdes positivt og var et bevisst ønske fra denne informanten. For andre ble mangelen på stillingsinstruks en bekreftelse på manglende interesse for fagfeltet.

> ” Det var jo ingen interesse for psykisk helsearbeider eller for psykisk helsearbeid som sådan i kommunen, det var mer et påbud”(3).

Savnet av interesse og engasjement ble uttrykt hos flere av informantene, og den manglende stillingsinstruksen ble bare et symptom på en større sammenheng der psykisk helsearbeid ikke hadde prioritet.

På tross av et tydelig fravær av stillingsinstruks opplevde noen av informantene tydelige forventinger til hva de skulle gjøre.

> ”Hjemmetjenesten hadde forventinger om at jeg skulle bistå de aller sykeste mer. Være hjemme der og drive boveiledning og de der type tingene” (1).

Flere informanter forteller om uskrevne forventinger som kompliserte å forholde seg til, og som de måtte finne ut av på egen hånd. Noen kunne fortelle at de på den ene siden ikke fikk stillingsinstruks, men at de på den andre siden kunne få kritikk for måten de la opp arbeidet sitt på. Dette resultatet tyder på at mange i kommunen og i ledelsen har forventinger som de ønsker at den psykiske helsearbeideren skal innfri uten at disse forventningene kom eksplisitt frem og ble skriftliggjort slik at de kunne diskuteres og vurderes.

Å jobbe uten stillingsinstruks eller skriftlige føringer gir stor frihet, men også stor sårbarhet for informanten.

4.3.3 Om å jobbe alene

De fleste av mine informanter jobbet alene som psykisk helsearbeider i sin kommune. Å jobbe alene medførte sårbarhet på en rekke felt. Først og fremst beskrev informanter et sterkt savn av å ha noen å dele de daglige inntrykkene med. Dernest beskrev de opplevelsen av å være alene om sitt fagfelt i kommunene. Flere beskrev også utfordringene med fravær fra jobb når ingen tar over. Opplevelsen av å være alene fikk betydning for både arbeidstiden og den private tiden.

Å gå hjem fra jobb uten å få luftet ut dagens inntrykk fører til belastninger.

> ”Hadde jeg hatt noen gode samarbeidsrelasjoner, gode samarbeidspartnere, fått veiledning eller hatt noen å diskutere med så hadde jeg fått lagt ting vekk fra meg og gått hjem fra jobb som et friere menneske”(6).

Belastningene handlet om mangel på å ha noen å dele arbeidsoppgaver, opplevelser og faglig spørsmål med. Dette fører til at det blir vanskeligere å koble ut jobben etter endt arbeidstid.

> ”Jeg vet at jeg har sittet og spist middag med familien min og ført en samtale og egentlig så har jeg ikke vært der. Arbeidet er ikke en hvit frakk man kan henge på en knagg og så gå hjem”(1).

Kommuner som har flere ansatte forteller at de bruker tid på å bearbeide og diskutere saker.

> ”Vi er to og vi bruker mye tid på å diskutere pasientene og hva vi opplever og slikt” (4).

Å sette av tid til å drøfte saker ble sett på som viktig bruk av arbeidstid. Når denne samtalepartneren mangler opplever flere informanter at dette bidrar til ekstra belastning.

Ingen å dele med:

En informant fortalte om savnet av å ha noen å dele sterke opplevelser med.

> ”Denne aleneføIelsen har jeg kjent på mange ganger der jeg har vært i situasjoner der jeg burde hatt debrifing” (1).

Mangel på å ha noen å dele med medførte at informanten tok med seg inntrykk og opplevelser hjem. Dette opplevdes konfliktfylt i forhold til å være tilstede for sin egen familie. Opplevelsen av ikke å ha noen å dele sterke opplevelser med var tydelig belastende. Ikke bare

sterke opplevelser, men også det å ikke ha noen å dele det de opplevde som det daglige lidelsestrykk var belastende. Med lidelsestrykk menes det å ta imot smerte og lidelse fra pasientene og da særlig fra de pasientene som har det aller vanskeligst. Disse pasientene er ofte ferdigbehandlet fra andre og tredjelinjetjenesten, men trenger oppfølging i lang tid etterpå, ja kanskje hele livet.

> ”Jeg bruker mest tid på de med mest alvorlige diagnoser, de sliter skikkelig, ikke bare en periode, men hele livet”(4).

En av informantene beskrev at pasienter som hjelpeapparatet hadde gitt opp ble den psykiske helsearbeiderens ansvar, og at dette ansvaret kunne kjennes tungt. Flere informanter beskriver sine pasienter som alene i verden der de som psykisk helsearbeidere blir den nærmeste.

> ”Pasientene er med hele tiden. Jeg lurer på hvordan det går særlig hvis det er en pasient med veldig lite nettverk”(5).

En informant beskrev det som en utmattelse å ta del i det vanskelige og negative i pasientens liv. En annen beskrev det som belastende å vite om så mye tungt og trist. En kan si at det å vite om mye smerte og lidelse ble av de fleste informantene opplevd som tungt.

> ”Det er ikke arbeidsmengden, men type arbeid og at jeg er alene som er belastende. Av og til har jeg tatt ut ei ferieuke når jeg har følt at nå greier jeg ikke mer”(5).

Nettopp det å vite om så mye lidelse og føle ansvar for å gjøre noe med den, i kombinasjon med det å jobbe alene er for flere av informantene hovedkjernen i hva det er som gjør arbeidet belastende. Å ha noen å dele med ble ansett som vesentlig for å kunne være lenge i jobben.

> ”For å jobbe lenge i en liten kommune må belastningene fordeles på flere.”(1).

Informantene som jobber i kommuner der de er to ansatte er også tydelige på at det er viktig å være to, nettopp ut fra dette å ha noen å dele de daglige inntrykk og opplevelser med.

Å håndtere eget fravær når ingen tar over:

Når ansvaret er ditt alene er det utfordrende å ta ut ferie, være syk, sykemeldt eller ha sykt barn. Ingen tar over når du drar på ferie. Å vite at nå er det fire uker til neste gang den dårlige pasienten får besøk er tungt.

Å være borte fra jobb uten å ha planlagt det i god tid på forhånd blir svært problematisk. Informanter beskriver at de går på jobb selv om de burde være hjemme og at de sender barn i barnehage og skole selv om de er syke.

> ”Jeg har kviet meg for å være hjemme med sykt barn, man strekker seg lengre enn langt og sender syke barn i barnehage og skole” (1).

Ansvarsfølelse for pasienten er stor og informantene beskriver at de veier egen sykdom opp mot den belastningen pasienten får hvis de sier de ikke kommer på jobb den dagen.

> ”Det hender man ikke er i form, men går på jobb likevel ellers kan det gå fjorten dager før pasienten får besøk av noen”(5).

Egne behov måles opp mot pasientens behov og når ingen tar over eller avlaster er veien kort til å strekke seg langt, noen beskriver det som for langt.

> ”Jeg tror at alle som jobber i slike små kommuner og er der over år vil komme så langt at du er for sliten, du burde ikke være der. Men, hvem skal da være der?”(3).

Ikke bare blir pasientens behov satt opp mot egne behov, men det tillitsforholdet som er bygd opp er avhengig av forutsigbarhet.

> ”Det er veldig vanskelig å være borte. Da føler du at du bryter avtaler og det er ikke greit for det har med tilliten til deg å gjøre”(3).

En felles erfaring for informantene er at de strekker seg langt for å unngå ikke planlagt fravær. Planlagt fravær oppleves enklere, men heller ikke det er uproblematisk. For de som jobber alene i sin kommune innebærer ferie for den ansatte også ferie fra kommunalt tilbud for pasienten. Å overlate pasientene til seg selv i noen uker kan medføre at bekymringene blir med på ferien.

> ”Jeg ønsker vi kunne være flere på jobb slik at noen tar over og jeg slipper å være bekymret når jeg drar på ferie”(6).

En kan konkludere med at fravær der ingen andre tar over opplevdes generelt vanskelig av informantene enten fraværet var planlagt eller spontant.

4.3.4 Endring i synet på hva som er problemer i livet

Flere av informantene forteller at jobben som psykisk helsearbeider har endret deres forhold til egne og andres problemer. Informanter forteller om at innsikt og forståelse for pasientenes lidelser har medført en endring i opplevelse og vurdering av egne lidelser. Pasientenes problemer setter informantenes problemer og vanskeligheter i perspektiv. Dette får konsekvenser for hvordan informantene vurderer fravær fra jobben.

> ”Jeg har ikke vært særlig syk, men jeg har tenkt på det at skulle jeg bli syk så måtte jeg være forberedt på å kanskje presse meg selv til å gå på jobb nesten uansett”(4).

Å sette egne behov til side fordi det er andres behov som er mer alvorlige ser ut til å være en strategi flere av informantene har. Denne strategien har sin begrensning noe denne informanten erfarte.

> ”Jeg ble overbelastet og gikk meg inn i en blindvei som jeg ikke klarte å komme meg ut av. Jeg satte skylapper på meg og tenkte at takler jeg den så takler jeg den og. Også gaper man høyere og høyere. Det funket overhodet ikke” (1).

Hensynet til pasientens lidelser gikk foran hensynet til ens egne lidelser. Sammenligningen mellom egne lidelser og pasientens lidelser gjorde det vanskelig for informanten å ta egne lidelser på alvor. Informanten ble sykemeldt og brukte tid på å tenke gjennom hvorfor det gikk som det gikk. Å ta vare på seg selv ser ut til å være en stor utfordring for flere av de som jobber som psykisk helsearbeidere.

Flere forteller også at de har endret oppfatning av hva som er reelle og egentlige problemer når det gjelder ens nærmeste.

> ”Jeg setter kanskje mer grenser for hva jeg tar imot og familien merker det kanskje at det må være ganske mye før de kan komme til meg å sutre om det.”(4).

Også vennenes problemer blir satt i perspektiv.

> ”Jeg gidder ikke å ha kontakt med sytere. Jeg er blitt veldig kritisk til hvem jeg bruker tiden min på”(1).

Pasientenes problemer setter egne og de nærmestes problemer i perspektiv. De fleste beskrivelsene av dette fenomenet handler om negative sider, men en av informantene beskrev denne utviklingen som positiv. Nå hadde det blitt enklere for informanten å sette grenser for

venner som de opplevde var krevende i sin væremåte. Møtet med de virkelige problemene fikk "dessertproblemene" til å framtre slik de virkelig var, overfladiske og grunne.

4.3.5 Å være tilgjengelig for pasienten etter arbeidstid

Alle mine informanter var mer eller mindre tilgjengelig for pasienten etter arbeidstid. Ingen hadde offisiell hjemmevakt, men uoffisielt hadde de det likevel. Begrepet arbeidstid var for alle informanter et tøyelig begrep. De tydelige grensene mellom arbeidstid og fritid ble utvisket selv om det varierte hvor store konsekvenser dette fikk. For noen ble denne tøyelige arbeidstiden også det som gjorde at de opplevde frihet i jobben. Frihet og belastning gikk hånd i hånd. De fleste rapporterte imidlertid at den utviskede grensen mellom arbeidstid og fritid ble for belastende. Den vanligste kontakten mellom pasient og ansatt etter arbeidstid skjedde ved at pasienten ringte hjem til den ansatte. Unntaksvis kom pasienten på besøk.

Telefoner hjem:

Alle informanter tok imot jobbtelefoner hjemme. Noen hadde jobbmobil, andre brukte sin private mobil. Ingen av mine informanter la igjen jobbmobilen på arbeidet. Telefoner hjem ble håndtert forskjellig, alt fra å svare på alle henvendelsene til ikke å ta telefonen. Arbeidsgiver hadde ikke et spesifikt ønske om at den psykiske helsearbeideren skulle være så tilgjengelig, men pasientenes behov for kontakt hadde åpnet opp for praksisen. Tilgjengeligheten utløste ingen ekstra lønn eller andre goder. Arbeidsgiver hadde heller ingen retningslinjer som vernet den ansatte i forhold til å bli kontaktet etter arbeidstid.

Pasienter som bodde alene fikk hos noen tillatelse til å ta kontakt etter arbeidstid.

> "Noen har jeg latt ringe meg om ettermiddagen og i helgene fordi de ikke har noen andre i denne verdenen her"(6).

Hensynet til pasientens situasjon ble viktigere enn eget behov for å skille jobb og privatliv.

Flere av informantene svarte på alle henvendelsene. De opplevde da at pasienten ble trygget og fikk det bedre noe som veide opp kostnadene de hadde med å svare på telefonen.

> "Jeg bruker min private mobil som jobbmobil. Pasientene ringer meg hjem, men det er ikke verre enn at de får fem til ti minutter og da er kvelden berget for dem og så går det greit"(2).

En av informantene jobbet aktivt for å begrense telefonene hjem og henviste pasientene konsekvent til kontortiden.

> ”I begynnelsen fikk jeg en del telefoner privat, men det tror jeg at jeg har skjermet meg veldig mot. Det handler om å klare å avvise og si ring tilbake når jeg er på jobb”(1).

Noen informanter sorterer ut hvem de velger å svare.

> ”Av og til hvis jeg ser hvem det er som ringer, så er det ikke alltid jeg tar den”(5).

Å velge ut hvem man svarer ble for denne informanten en måte å begrense kontakten med pasientene etter arbeidstid. Egen opplagthet og pasientens behov ble vurdert før man svarte på henvendelsen.

En annen variant er å åpne opp for telefoner hjem for deretter å innføre uskrevne regler.

> ”Jeg hadde jobbmobilen min tilgjengelig hele tiden, jeg lærte meg fort til det. Det var ikke noe stort problem at folk ringte kveld eller natt, det lærte de fort, fordi jeg som oftest ikke tok telefonen”(3).

Å la være å ta telefonen på kveld og natt ble brukt som et signal til pasienten om at her går en grense. Pasientene ble på en måte oppdratt uten en tydelig kommunikasjon om hvilke regler som gjaldt for telefoner hjem på kveld og natt.

Å håndtere kontakt etter arbeidstid gjøres etter ”gjør det selv og lær av det” prinsippet. Informanten som henviste pasienten til arbeidstiden sin hadde jobbet mange år med psykisk helse og kommet til at dette var nødvendig. Lang erfaring for denne informanten tilsa at regulering var viktig for å kunne ha det bra i jobben. Denne reguleringen må slik det er i dag hver enkelt erfare seg frem til. På linje med det å håndtere møtet med pasienten etter arbeidstid finnes det ikke retningslinjer, føringer eller innarbeidet arbeidskultur som hjelper den psykiske helsearbeideren i å finne gode reguleringer i forhold til å være tilgjengelig etter arbeidstid.

4.3.6 Om å samarbeide med andre faggrupper i kommunen

Informantene fortalte om samarbeid med hjemmebasert omsorg, leger, og barnevern.

Samarbeid med hjemmebasert omsorg:

Informantene hadde delte erfaringer i møte med hjemmebasert omsorg. En informant beskrev samarbeidet som hovedsakelig godt, med daglig kontakt og med felles lokaler og felles dataverktøy. Det som var utfordrende for denne informanten var forventingen ansatte i hjemmebasert omsorg hadde til hva informanten skulle bidra med. Hjemmebasert omsorgs forventinger overgikk informantens kapasitet. Informanten beskrev dette som en kollisjon av forventninger. De fleste beskrev imidlertid samarbeidet med hjemmebasert omsorg som problematisk av andre årsaker. Først og fremst forteller de om opplevelsen av ulikt faglig ståsted, ulikt tenkningsgrunnlag og ulike prioriteringer i forhold til bruk av tid og ressurser.

Informanter forteller at de oppfatter hjemmebasert omsorgs tjenestes tenknings- og forståelsesgrunnlag som preget av å få ting fort gjort, mens den psykiske helsearbeideren mente at de som faggruppe var mer opptatt av å få ting gjort på pasientens premisser.

> ”Hjemmesykepleien hadde ikke oversikt over fagfeltet mitt. De kunne for eksempel si at nå må du komme å gjøre noe her!! Å overstyre fungerer ikke i psykisk helsearbeid”(3).

Informanten opplevde at synet på hvordan hjelpe dårlige pasienter var forskjellig. De mente at hjemmebasert omsorg i større grad ønsket å ta over kontrollen i situasjonen, og tvinge igjennom tiltak, mens den psykiske helsearbeideren mente det var viktig å ta den tiden det tok for å få pasienten til å ta imot hjelp.

Flere informanter forteller at de opplever at de som jobber i hjemmebasert omsorg mener de har felles forståelse med den psykiske helsearbeideren. Når det så kommer til den konkrete pasienten viser det seg i praksis at de ikke har den samme oppfatningen av pasientens behov.

> ”Hjemmesykepleien kan komme med utsagn som; hun kan vel greie seg selv, eller; han er det ikke synd på vel? ”(5).

Informanter opplever at hjemmesykepleien tenker at den psykisk syke bare kan ta seg sammen. De pekte på at de som psykisk helsearbeider gjennom utdannelse og erfaring hadde

jobbet seg inn i en faglig forståelse av hva det vil si å slite med psykiske lidelser. Denne forståelsen opplever flere at de ikke finner klangbunn for den i hjemmebasert omsorg.

Hjemmesykepleiens tidspress med dertil effektive handlingsmønstre opplevde informantene var vanskelig å kombinere med sårbare pasienter. De opplevde heller ikke at det var tid for å utveksle erfaringer og kunnskap som kunne gjort samarbeidet enklere.

> ”De har ikke tid, de er på vei til noe eller fra noe, også ringer telefonen….”(6).

Dårlig tid i hjemmebasert tjenester hadde negativ innvirkning på å få til et samarbeid. Informanten her savnet et godt og nært samarbeid med de som jobbet i hjemmebasert omsorg. Ønsket om kontakt hadde blitt formidlet, men informanten opplevde at det ikke var tid eller rom dette samarbeidet. Flere informanter utrykker at disse to kommunale tjenestetilbudene har utviklet forskjellige kulturer for hvordan jobbe med psykiske syke, der de psykiske helsearbeiderne har fått videre tidsrammer og større frihet til å utvikle tjenestetilbud tilpasset den enkelte pasient. En informant tillegger Opptrappingsplanen (1999) med dens øremerkede midler som årsak til denne kulturforskjellen. De øremerkede midlene gav nye stillinger som fikk frihet til å finne sin egen form.

> ”Vi har mer tid, det er mer akseptert at vi bruker mer tid på hver pasient. Dette ble gjort mulig gjennom de øremerkede midlene som kom gjennom Opptrappingsplanen i 1999”(2).

Å dele sensitive opplysninger med hjemmebasert omsorg var noe flere informanter opplevde vanskelig. En hovedgrunn til dette var at antall ansatte som fikk tilgang til disse opplysningene gjennom journal og rapporter ved vaktskifte var vanskelig å begrense.

> ”Det er unødvendig at så mange skal vite, særlig der hjemmesykepleien er inne med praktisk hjelp så trenger de ikke å vite om alt”(5).

Informantene fortalte at pasienter selv tilkjennega bekymring for at så mange skulle få vite om det de slet med. Hjemmebasert omsorg er avhengig av å ha en effektiv informasjonsflyt for å sikre at pasienter får den hjelp de trenger. Denne effektive informasjonsflyten kan bli komplisert i kombinasjon med psykisk sykes pasienter behov for å ha kontroll over hvem i hjelpeapparatet som får informasjon om dem.

Informanter som jobbet alene beskrev at de ønsket flere å samarbeide med. Hjemmebasert omsorg er den nærmeste naturlige samarbeidspartneren og en av informantene beskrev dette manglende samarbeidet slik:

> ”Vi burde egentlig kunne jobbe sammen, det er jo en fallitterklæring at det ikke går”(3).

Ingen av informantene hadde erfaring med at ledelsen la til rette for at dette samarbeidet skulle kunne fungere.

Samarbeid med legene:
Informantene opplevde stor forskjell i legens interesse for psykisk helsearbeid. Legens interesse er avgjørende for hvordan samarbeidet oppleves. Informantene beskrev både leger som viste stor interesse og engasjement, og leger som ikke viste interesse eller ikke hadde tid til å vise interesse. Intervjuene viste derfor at samarbeidet med legene ble svært personavhengig.

> ”Du er på en måte litt prisgitt legens holdning at de er interessert i det du gjør”(2).

Informanten her opplevde at legen viste interesse for fagfeltet og at denne interessen var med på å legge gode føringer får hvordan den praktiske tilretteleggingen skulle være.

Andre informanter forteller også om godt og nært samarbeid med kommunens leger.

> ”Legene er veldig interessert i jobben vår, vi har fast møte hver fjortende dag”(4).

Denne informanten opplevde at legene var interessert i psykisk helsearbeid og at de ønsket å ha ansvar for de pasientene som fikk hjelp fra psykisk helsearbeider.

Informantene som beskriver et godt samarbeid med legene forteller at det er lett å få kontakt med legen når de har behov for det. Samlokalisering med legen hadde positiv innvirkning på arbeidssituasjonen. En fortalte at det bare var å gripe fatt i legen mellom legens timeavtaler

for å diskutere pasienter eller andre faglige spørsmål. Andre fortalte at de deltok på morrakaffen og der kunne slå av en prat med legen.

Flere informanter hadde også legen som arbeidsgiver. Legen blir da nærmest overordnede og dermed ansvarlig for både psykisk helsearbeider og for de psykisk syke pasientene. Kombinasjonen arbeidsgiver og samarbeidspartner fungerte bra for noen, og ikke så bra for andre.

En informant hadde negative opplevelser med sitt samarbeid med legen. Informanten opplevde at legen satte spørsmålstegn med bruk av tid og prioriteringer. Dette ble oppfattet som mistillit og opplevdes veldig ubehagelig.

Psykisk helsearbeidere som jobber i kommuner uten faste leger hadde stort sett ikke noe samarbeid med legene. Å samarbeide med vikarleger som har en engangsopptreden på to eller tre uker i kommunen oppleves ikke som nyttig.

> ”Når vi bare har vikarer har det ingen hensikt å diskutere saker med dem”(3).

I praksis var disse informantene alene med å ta det helhetlige ansvaret for pasientene.

Samarbeid med barnevernet:
Ingen av mine informanter hadde noe formelt samarbeid med barnevernet. De forteller at behovet for samarbeid med barnevernet ikke har vært til stede. Få hadde meldt bekymringsmelding til barnevernet.

> ”Har hatt lite kontakt med barnevernet, det har ikke vært behov for det. Jeg har ikke meldt noen bekymringsmeldinger.”(2).

Barnevernet ble av mange av mine informanter ikke oppfattet som en naturlig samarbeidspartner. Det kan være flere grunner til dette. Dreier jobben seg først og fremst om tunge, kronisk psykisk syke med alvorlige diagnoser så er erfaringen informantene forteller om at mange av disse pasientene ikke har ansvar for barn. Har pasienten ansvar for barn så er ofte barnevernet allerede innkoblet før de som psykisk helsearbeidere kommer inn i bildet.

> ”Det er små forhold her i kommunen og de dårlige pasientene får god oppfølging og er der barn inn i bildet er barnevernet allerede innkoblet før jeg kommer på banen”(4).

Av mine seks informanter er den kun en som sier noe om å ha meldt bekymring til barnevernet. Kanskje sier dette noe om den reelle situasjonen med allerede god oppfølging., eller så kan det si noe om kompetansen til å observere hvorvidt barna har det godt nok der de bor.

Barn av psykisk syke kan ha økt risiko for selv å utvikle psykisk sykdom og bør følges særskilt opp etter føre-var-prinsippet. Psykisk syke og barna deres har vært et forsømt felt i helsevesenet, og en lovendring på dette feltet (§10a) trådte i kraft 1. januar 2010 (Helsepersonelloven 1999). Lovendringen som har kommet har hatt kort tid til og implementeres i kommunene. Den forholdsvis korte implementeringstiden kan være noe av årsaken til at det ikke finnes formelle samarbeidskanaler mellom den psykiske helsearbeideren og barnevernet.

4.3.7 Opplevd ansvar og formell myndighet.

Informantene beskrev at de opplevde at de hadde et stort ansvar for pasientene. Det opplevde ansvaret sto ikke i samsvar med den formelle myndigheten de som psykiske helsearbeidere hadde. På flere områder tok informantene ansvar som klart lå inn under andre yrkesgruppers ansvarsområder. Det kom fram at oppgaver som hører til kommunelegen ble utført og fulgt opp av informantene.

Henvisninger:

Henvisninger var et tema som flere var opptatt av. Pasienter i kommunen som hadde behov for ytterligere hjelp ble henvist videre til spesialisthelsetjenesten. For psykisk helsearbeid vil dette si distriktpsykiatrisk senter, voksenpsykiatrisk poliklinikk eller døgnavdeling på psykiatrisk sykehus.

De fleste av mine informanter skrev henvisninger, selv om dette er en klar legeoppgave som de i etterkant måtte få legeunderskrift på. Årsakene til at de valgte å gjøre dette var flere. En viktig årsak informantene beskriver er at de som psykiske helsearbeidere kjenner pasienten bedre, vet mer om bakgrunn, familie og pasientens ressurser. Denne kjennskapen mente de

førte til at de kunne skrive grundigere og mer utfyllende henvisninger, og på den måten bidra til at pasienten lettere fikk hjelp.

> ”I starten ba jeg legen gjøre det, men det ble for dårlig begrunnet. Noen leger skriver veldig lite, da fikk vi beskjed om å skrive ny henvisning. Så fyller jeg på litt og da går det igjennom med en gang. Det går vel litt på at vi er flinkere å begrunne. Nå skriver jeg henvisningene selv”(2).

Ønske om å hjelpe pasienten lå derfor til grunn for at informantene tok på seg jobben med å skrive henvisninger. I tillegg påpekte en informant fra en kommune uten faste leger at henvisningene fra vikarlegene var alt for dårlige. Som erfaren psykisk helsearbeider med kunnskap om den enkelte pasient opplevde denne informanten det som for risikabelt å overlate skrivingen av henvisninger til tilfeldige vikarleger. Ofte hadde ikke vikarlegen sett pasienten.

> ”Jeg så jo de henvisninger som ble skrevet og spesielt av vikarleger, selvfølgelig var de for tynne”(3).

Informantenes helhetlige forståelse av psykisk helse var også en årsak til at de ønsket å følge opp dette med henvisninger. Legenes fokus på diagnose og medisiner, mente de, sa lite om helheten i pasientens situasjon. Denne utvidede viten om bosituasjon, familiesituasjon og økonomi mener informanten er viten legene ikke alltid får innsyn i. En informant beskrev en situasjon der de psykiske plagene ble forsterket av den økonomiske utrygge situasjonen pasienten var i.

Denne kunnskapen som går videre enn medisinsk forståelse, opplever flere av mine informanter at de som psykisk helsearbeidere har bedre innsikt i og forståelse for enn legene.

> ”Psykisk helsearbeid handler om noe mye videre enn medisinsk forståelse slik jeg ser det”(3).

Å skrive en god og fyldig henvisning for så å gå inn til legen å få den underskrevet opplevdes av enkelte som en undergraving av egen verdighet, og som en usynliggjøring av egen faglighet.

> ”Det var alltid jeg som gjorde det. Også gikk jeg til legen for å få det underskrevet og dette er veldig krenkende for oss, for det er som å bli frastjålet sin faglighet”(3).

Denne psykiske helsearbeideren mente at de som psykiske helsearbeidere kjenner pasienten bedre og dermed skriver bedre og fyldigere henvisninger, men at de ikke får kreditt for jobben de faktisk gjør. Slik systemet er i dag blir jobben de gjør med henvisninger usynlig.

Etter endt sykehusopphold er det i dag rutine for å sende epikrise tilbake til henvisende lege. Det kom fram at slik systemet fungerer i dag er det overlatt til tilfeldighetene om de som psykiske helsearbeidere får tilsendt en kopi av denne epikrisen. Å ikke automatisk bli regnet med, ved å få en epikrise fra sykehuset, opplevdes som en usynliggjøring av jobben de som psykisk helsearbeidere faktisk gjorde.

Medisiner:
Å skrive ut medisiner er et klart legeansvar. Likevel opplever flere informanter at de gjennom praksis og erfaring har opparbeidet seg god kunnskap om medisiner i forhold til dosering, type medisin og observasjon av bivirkninger. Medisiner er viktig for mange av pasientene, og informanter forteller at de ønsker å holde seg oppdatert på de medisinene pasientene bruker. Det hender at informanten er uenig med legen i medisinering og beskriver omveier for å få det som de vil.

> ”I forhold til den medisinske behandlingen er det ikke alltid at kommunelegene er de som er mest oppdatert. Da er det strategisk å snakke med en psykiater på voksenpsykiatrisk poliklinikk og så gå inn til legen etterpå og si at psykiateren foreslår sånn og sånn og så går det greit, da blir det som jeg foreslår og som jeg i utgangspunktet visste ville bli bra”(2).

Disse funnene kan derfor tyde på at den psykiske helsearbeideren interesse for og kunnskap om medisiner i dag blir en skjult kunnskap som helsevesenet som system ikke fanger opp eller nyttiggjør seg. Veien blir da å bruke det systemet som har formell makt og innflytelse for å få nyttiggjort sin egen faglige kunnskap. Informanten skaffet seg ryggdekning hos en psykiater for å få gjennom det som informanten mente ville fungere bra i utgangspunktet.

Informanten forteller også om en jobb som måtte gjøres i forhold til å ”rydde opp” etter leger som ikke hadde hatt restriktiv nok holdning til å skrive ut resept på benzopreparater (Vival, Stesolid, Sobril etc.)

> ”Vi har hatt flere som vi måtte ha på direkte avvenning og trappet ned og vi ser jo at det er de (legene, min anmerkning) som har påført pasientene disse problemene”(2).

Informanten fortalte at tidligere i denne kommunen kunne pasientene få fornyet resepten på benzopreparater per telefon. Informanten forsto at praksisen var uhensiktsmessig og hadde jobbet fram en endring slik at pasienten i dag må møte regelmessig opp hos lege for å få utskrevet benzopreparater. Informanten beskrev videre en bevisstgjøring i arbeidskollegiet i forhold til vanedannende medisiner. På sikt førte dette til en mer restriktiv holdning til å la pasientene starte på slike preparater.

Informantene beskriver et tydelig opplevd ansvar for pasientene de kommer i kontakt med.

> ”I psykisk helsearbeid kommer du veldig nær mennesker…Det er så få å dele ting med. Vi er så alene fordi det ansvaret vi opplever og det ansvaret vi reelt har, på en måte bærer andre menneskers eksistens, og det er formidabelt” (3).

Å ha opplevd ansvar og reelt ansvar ute i kommunene gjenspeiles ikke i det hierarkiske systemet som helsevesenet er bygd opp av. Utad er det legen som har det formelle ansvaret for de psykisk syke pasientene, det er også de som har makt i systemet. Den psykiske helsearbeideren både har og tar et reelt ansvar, men når det kommer til stykket så har den psykiske helsearbeideren ingen formell myndighet.

4.3.8 Forståelse av egen rolle

Informantene opplever sin rolle overfor pasientene som annerledes enn andre yrkesgrupper, der faktorer som økonomi og bolig inngår i en helhetstenking rundt pasienten.

> ”Jeg har mer tid per avtale og jeg følger dem regelmessig over tid, hver uke. Jeg har urokkelig tro på at det er umulig å få til noe med psyken din før de har ordna opp en del ting i livet slik som bolig og økonomi”(6).

En informant mener hele behandlingsbegrepet bør revideres. Den medisinske forståelsen må utfordres i forhold pasientens egen opplevelse av hva som gir hjelp.

> ”I mitt hode så møter jeg pasienten med en annen type kunnskap som gjør at pasienten forholder seg annerledes til meg enn til den medisinske tradisjonen. Og jeg tenker at spør du pasienten om hva det var som virkelig hjalp så går de aldri ut fra det medisinske kunnskapssynet. I den grad de går innom legen så er det fordi legen har en autoritet som ikke vi har og som er den autoriteten som gjør at pasienten tror legen vet

> mer enn oss. Pasienten kan spørre seg, hva var det som gjorde at jeg ble bra? Hva var det som gjorde at jeg fikk tak på livet mitt igjen? Dette handler om noe mye mer enn den medisinske forståelsen"(3).

Helhetstenkning som går ut over den medisinske forståelsen er en viktig del av egen rolleforståelse i følge informanten.

Informanten mente videre at opplevelsen av å være nært pasienten, og å tåle denne nærheten var en sentral side ved rollen som psykisk helsearbeidere.

> "Som sykepleiere har vi en helt egen trening i å stå nært folk. Intimiteten er det som er spesifikt med sykepleien. Vi sitter ved sengekanten, vi er nært døgnet rundt"(3).

Andre informanter beskriver seg som pasientens advokat, koordinator eller midtpunkt. Advokaten kjemper for at pasienten skal få det han eller hun har rett på. Koordinatoren har kontakt og organiserer andre hjelpeinstanser rundt pasienten. En informant beskriver seg som ett midtpunkt fordi det i praksis er informanten som gjør noe som fører til at pasienten får det bedre. Advokat, koordinator og midtpunkt er ord som den psykiske helsearbeideren opplever handler lite om medisinsk forståelse slik som diagnose og behandling.

Informanter mener at pasientens opplevelse av hva som virkelig hjelper speiles lite i veiledere og forskrifter angående psykisk helse. En kan si at den sterke rollen psykisk helsearbeider har i små kommuner ikke har kommet frem i nyere publikasjoner fra sentrale myndigheter. Et eksempel er de nye retningslinjene for depresjonsbehandling av voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten der retningslinjene og diskusjonen rundt depresjonsbehandlingen tydelig er rettet til leger (Helsedirektoratet IS-1561, 2009). Paradokset blir da at det i mange kommuner er den psykiske helsearbeider som jobber tettest med mange av de deprimerte pasientene.

4.3.9 Veiledning

Veiledning ble av alle mine informanter ansett som viktig. Både i forhold til bedre pasientbehandling, men også i forhold til egen faglige utvikling. Rundt halvparten av informantene hadde ved intervjutidspunkt et organisert veiledningstilbud. De som ikke hadde et organisert veiledningstilbud uttrykte et ønske om å få det.

> ”Vi har veiledning en gang per måned og det er veldig positivt. Da kommer noen fra distriktpsykiatrisk senter hit. Veiledning er kjempeviktig. For det er jo ikke alltid dette med om det blir rett eller galt men, å få denne støtten og få drøftet ting med noen. Og noen ganger bare få snakket ut av seg noe”(2).

Informanten peker på at veiledninger er mer enn å få bekreftet riktig eller gal håndtering av pasienter. Veiledningen gir i tillegg til gode råd, også kollegial støtte og rom for å snakke ut om det man har behov. Organisert veiledning var derfor med på, i følge flere informanter, å skape trygghet og faglig nettverk.

En av informantene som fikk organisert veiledning og satte pris på denne, uttrykte savn i forhold til innholdet i veiledning.

> ”Jeg får veiledning en gang i måneden fra distriktspsykiatrisk senter og de kommer hit. Da prater vi om pasienter og slikt. Savner å få mer veiledning på egne reaksjoner og holdninger og slikt”(4).

Ingen av informantene beskrev organisert veiledning som handlet om egne reaksjoner og følelser. Veiledningen handlet om pasientene og hvordan de best mulig kunne komme dem i møte.

De som ikke mottok organisert veiledning taklet dette på forskjellig vis. En av informantene hadde nytte av nettverk bygd opp fra andre arbeidsplasser og faglige møtesteder.

> ”Jeg hadde ingen fast veiledning, men brukte mitt eget personlige faglige nettverk og ringte når jeg trengte råd og hjelp”(3).

Denne informanten opplevde at dette private nettverket var til nytte når informanten trengte hjelp. Samtidig mente informanten at et veiledningstilbud gjennom jobben burde være tilgjengelig for alle som jobbet med psykisk helsearbeid i kommunene.

> ”Jeg tenker at det ikke skulle være lov å være i en slik jobb uten veiledning”(1).

Informanten uttrykte sterkt savnet av veiledning. Informanten mente videre at spesialisthelsetjenesten ikke overholdt veiledningsplikten i denne kommunen.

Informantenes varierende opplevelse av veiledning kan ses på som et utrykk for mangelen på kommunale føringer fra statlige myndigheter. Det er nå opp til hver kommune å vurdere om veiledning er nødvendig. Informantenes uttrykte behov for veiledning ble ikke alltid hørt, noe som skyldtes både den enkelte kommunes prioriteringer, men også det enkelte distriktspsykiatriske senters organisering.

4.3.10 Ledelse

Ledelse av psykisk helsearbeid i kommunene fungerte forskjellig alt fra god ledelse til ingen eller direkte dårlig ledelse.

De fleste hadde kommunelege 1 som overordnede og for noen fungerte dette veldig bra.

> ”Kommunelege 1 er min leder etter mitt ønske. Kommunelegen har støttet meg og den støtten har vært kjempegod og tydelig hele tiden. Han bredde sine beskyttende vinger over meg fordi han visste at det var den første tiden folk brant seg ut. De ideene og tankene jeg har fått, har jeg bestandig fått utvikle. Kommunelegen var veldig opptatt av at alt som handlet om psykiatri ikke automatiske skulle havne hos meg, at jeg ikke skulle bære alt alene”(2).

Denne informanten opplevde at legen som overordnet hadde oppriktig omsorg for at arbeidssituasjonen skulle være til å leve med.

Men denne type ledelse er unntaket. De fleste var mer eller mindre overlatt til seg selv og måtte selv lære å ivareta seg selv ved erfaring.

> ”Systemet vi har rundt oss er overhodet ikke ivaretaende. Tvert imot kan personer i systemet være destruktive og tappende fordi de synliggjør holdninger som; Hva er det du holder på med? Har det noen verdi? ”(3)

Flere av informantene hadde lignende erfaringer. En av informantene opplevde sin innsats som tatt for gitt og usynliggjort. Når informanten ble sliten og ønsket seg annen jobb, opplevde informanten at det var lett for ledelsen å finne en erstatter. Informanten observerte at den nye ansatte heller ikke ble ivaretatt.

> ”I forhold til akkurat dette yrket så føler jeg at de ser på oss som bruk og kast. Jobben er tøff og vi blir ikke sett”(1).

Dette viser at det var liten oppmerksomhet på å utvikle gode systemer som ivaretar den enkelte medarbeider. Litt satt på spissen kan vi si at det kom fram en ”bruk og kast praksis”.

4.3.11 Oppsummering

Organiseringen av tjenesten er sammensatt og mangeartet i de kommunene informantene jobbet i. Flere opplevde mangel på arbeidsinstruks og mangel på tilrettelegging i forhold til gode kontorforhold. Mangel på tydelige instrukser og føringer medvirket til uklare skiller mellom fritid og arbeidstid. Et eksempel på dette er de utfordringer informantene opplevde med å være tilgjengelig for pasienten etter arbeidstid. Samarbeid med andre faggrupper i kommunen kunne være utfordrende. Samarbeidet med hjemmebasert omsorg som ble sett på som en naturlig samarbeidspartner ble vanskeliggjort på grunn av forskjellig forståelsesgrunnlag og forskjellige vilkår i forhold til bruk av tid. Samarbeid med legene var i stor grad avhengig av den enkelte leges interesse for psykisk helsearbeid. Psykiske helsearbeidere i små kommuner opplever et stort ansvar i forhold til pasientene og strekker seg langt for å imøtekomme pasientenes behov. Opplevd ansvar står ikke i forhold til formell myndighet og det er medfører utydelighet og dårlig informasjonsflyt mellom de forskjellige nivåene i tjenesten. Informantene etterspør veiledning som også tar deres følelser og erfaringer på alvor. I forhold til ledelse opplever flere informanter ledelsen som lite ivaretaende.

5.0 DISKUSJON

Psykiske helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner har vært fokus i denne studien. Informantene forteller om møter med pasientene utenfor arbeidstiden og de utfordringer dette medfører. Organiseringen av arbeidet påvirker både arbeidstid og fritid. Å være alene i sitt fagfelt i en kommune gir risiko for slitasje. Studien er en kvalitativ studie med intervju som metode. Seks informanter har deltatt.

5.1 Psykisk helsearbeid som nytt offentlig tilbud i kommunen

Psykisk helsearbeid i kommunene er et nasjonalt satsingsområde som i hovedsak startet med Opptrappingsplanen (1999). Kommunene skulle virkeliggjøre statens satsing på psykisk helse. Om kommunenes rolle sies det "Kommunene må kunne fungere effektivt som statens forlengede arm" (Baldersheim, Bernt, Kleven og Rattsø 1997 s.27).

I oppbyggingsprosessen av det psykiske helsearbeidet i kommunene har der vært flere utfordringer. En av disse utfordringene handlet om at kommunenes egne demokratiske organer la premissene for hvordan tjenesten skulle utformes. Baldersheim et al (1997) hevder at demokratiet som styringsprinsipp i kommunene fører til at det er den sunne bondefornuft som har myndighet fremfor den faglærde kunnskap. Dette kan vise seg ved at politikere, administrasjon og andre fagfolk mangler kunnskap og forståelse for psykisk helsearbeid på kommunenivå.

Fordelingen av kommunale ressurser kan også være en utfordring. Lipsky (1980) og Schönfelder (2007) viser til at midlene som gis til å utføre oppdraget ikke alltid står i samsvar med de oppgaver som ønskes løst. Ofte blir oppgavene større enn de midler man får til å løse oppgavene. En fordel som det kommunale psykiske helsearbeidet nøt godt av i starten, var de øremerkede midlene som kom med Opptrappingsplanen (1999). Den opprinnelige bestillingen fra departementet var at midlene skulle styrke de tjenester som allerede var i kommunen (Opptrappingsplanen 1999). Få kommuner valgte denne organisasjonsmodellen. De fleste valgte å legge psykisk helsearbeid inn i en egen tjeneste (Myrvold og Helgesen 2009). Statlige føringer etter opptrappingsplanen har tatt konsekvensen av dette. I dag legges det vekt på at kommunene selv kan velge organisasjonsmodell. I realiteten finnes det derfor få retningslinjer

og føringer for oppbyggingen av det kommunale psykiske helsearbeidet. Alle kommunene som informantene jobbet i hadde valgt å bygge opp en egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Informantene i denne studien hadde formell kompetanse på psykisk helsearbeid. Opptrappingsplanen la nettopp vekt på å øke kompetansen i kommunene ved å dekke kommunenes utgifter til videreutdannelse av personell. Tilførsel av midler fra sentralt hold til kompetanseheving er hovedårsaken til at kommunene i dag har så mange ansatte med kompetanse på psykisk helsearbeid. Vi kan kanskje si at å gi tilbud om ett års videreutdanning har vært lett for kommunene i og med at det ikke har medført noen økte utgifter av betydning. Dermed er det kanskje tilføring av midler som har vært hoveddrivkraften bak den raske oppbyggingen av kompetanse og ikke et egendefinert ønske om å satse på psykisk helse i kommunen. Videre kan vi stille spørsmål ved om denne framgangsmåten for oppbygging med øremerkede statlige midler har bidratt til at kommunene ikke har vært så aktive selv med å definere kompetansebehov og mål for det lokale psykiske helsearbeidet?

Denne studien viser tydelig at på områder der det ble forventet en innsats fra kommunens side slik som gode kontorforhold, så har dette tatt tid. Flere av informantene forteller om kontorforhold som ikke var tilfredsstillende før de selv jobbet frem andre løsninger. Å ansette og å videreutdanne har vært gratis for kommunen. Å sørge for gode kontorforhold har krevd innsats. Denne studien viser at denne innsatsen ofte ikke har kommet fra kommunens ledelse, men fra den ansatte selv.

Informantene erfarte å bli møtt med få forventinger til hva de skulle fylle stillingen med, og de beskrev at de etter ansettelsen ble overlatt til seg selv for å finne ut hvordan psykisk helsearbeid skulle drives i kommunen. Dette viste seg ved at arbeidsinstrukser stort sett er fraværende og i den grad de finnes, har som oftest den psykiske helsearbeideren utarbeidet den selv.

Om en ny tjeneste er vanskeligere å innføre i en liten kommune enn en større sier denne studien ikke noe om. Kanskje har større kommuner med flere ansatte innen fagfeltet i større grad hatt pådrivere med intensjoner og ønsker for hvordan tjenesten skulle utvikles.

Kommunene har en utfordring i forhold til fagkunnskap hos de som skal lede kommunen (Myrvold og Helgesen 2009). Deltakerne i min studie beskrev dette som manglende interesse

for fagfeltet fra lederne sin side. Hva denne manglende interessen skyldes har ikke studien gått nærmere inn på.

Det ser ut til å være et gjennomgående trekk i denne studien at kontor, arbeidsinstruks og generelle arbeidsforhold for de psykiske helsearbeiderne i hovedsak er overlatt til den ansatte selv å finne gode løsninger på. En kan si at de psykiske helsearbeiderne har vært entreprenører for en ny tjeneste uten at de selv eller ledelsen i kommunene har hatt en eksplisitt bevissthet om dette.

5.2 Psykisk helsearbeid i små kommuner

5.2.1 Å møte pasienten på flere arenaer

Små samfunn innebærer at samfunnsmedlemmene har flere kontaktpunkter med hverandre. Christie (1975) beskriver de mange kontaktpunktene som rollekompleksitet. Informantene i denne studien bekrefter opplevelsen av rollekompleksitet. De beskriver at de treffer pasienten på flere arenaer i livet. Arenaer som er løftet frem i studien er butikken, kafeen, bygdefesten og facebook. Dette er arenaer som de fleste informantene opplever som problematiske å forholde seg til. Behovet for å koble av på fritiden viste seg ofte å komme i konflikt med rollen som psykisk helsearbeider. Informantene forteller om dilemmaet med å ikke avvise pasienten og samtidig verne privatlivet sitt. For noen blir dette så problematisk at de velger å unngå arenaer der de kan risikere og måtte avvise pasienten.

Det var ikke bare det direkte møtet med pasienten på fritiden som bød på utfordringer, også det indirekte møtet med pasienten kunne være problematisk. Vi har her sett at kontakt med venner kan påvirkes av jobben som psykisk helsearbeider. Pasientenes nettverk krysser vennenes nettverk. Pasienten kan være venner av vennene, være i slekt med vennene, eller være nærmeste nabo til bestevennen din. Varsomhet og reserverthet beskrives som strategier for deltakelsen i vennenettverket. Flere informanter forteller om deltakelse i vennenettverket med en opplevelse av å holde tilbake spontanitet. Friheten til å snakke ”uten filter” ble borte.

Psykisk helsearbeid foregår uten den beskyttelse som Joacalyn Lawler (1991) mener er å finne i uniformen og de tydelige rollene føyelig pasient og beskyttende sykepleier. Uniform og rolleavklaring kan være med på å hjelpe sykepleieren til å tåle nærheten til pasienten (Lawler 1991). I psykisk helsearbeid har man ingen signaler slik som en uniform som forteller

når man er på jobb. Pasienten kjenner den psykiske helsearbeideren og når møtet skjer utenfor arbeidstid er den ingen forskjell i antrekk som kan være med på å tydeliggjøre rollen til den psykiske helsearbeideren. Hva man kan gjøre for å tydeliggjøre forskjellen mellom arbeidstid og fritid har denne studien ikke undersøkt. Å gå tilbake til uniform for å tydeliggjøre rollene anses ikke som noe alternativ. Å møte hverandre som likestilte er eneste farbare vei i psykisk helsearbeid. Hvordan hjelpe den psykiske helsearbeideren med å møte pasienten på flere arenaer blir en oppgave som både lokale og sentrale myndigheter bør ta på alvor.

Granovetter (1973) bruker begrepet svake bånd i samfunnet om bånd som ikke er så følelsesmessige nære, men som likevel er viktige for flyten av informasjon og for individers opplevelse av tilhørighet. I små samfunn dannes svake bånd enda lettere enn i større samfunn. Kontaktpunktene blir flere der menneskene er færre. Informasjonsflyten i små samfunn gjennom svake bånd påvirker den psykiske helsearbeideren. Flere norske studier sier noe om informasjonsflyten i små samfunn (Halås 2006, Haugland 2000). Disse studiene forteller at informasjon de ansatte får utenom arbeidstid brukes til å hjelpe pasienten i arbeidstiden. Min studie viser også at informantene mottok informasjon om pasientene fra andre kanaler enn gjennom jobben. Informasjonen de fikk anså informantene som positivt for pasientene idet de som ansatt ofte kjente til pasienten og dennes nettverk før de møtte pasienten. Dermed kunne de legge til rette arbeidet slik at pasienten profiterte på det. Dette støttes av studien fra Australia (Gibb 2003) der kunnskap fra andre kilder enn arbeidet ble brukt for å mobilisere nettverket for å unngå innleggelse i fjerntliggende sykehus.

Informantene i denne studien beskriver informasjon de som ansatt får om pasienten, men også informasjonen pasientene får om dem. Førstnevnte, at de får informasjon om pasienten beskrives utelukkende positivt. Når den butikkansatte forteller til den ansatte at pasienten ikke har vært på butikken de siste dagene, vet den psykiske helsearbeideren at det er tid for et hjembesøk. Denne informasjonen oppleves positiv og bidrar til bedre oppfølging av pasientene. Sistnevnte, at pasienten får informasjon om de som ansatte oppleves ulikt. På den ene siden sier informanter at det er bra at pasienten opplever at også den ansatte feiler og viser sin menneskelighet. Å være menneskelig ved å feile er noe som kan binde sammen og senke terskelen for gjenkjennelse. På den andre siden opplever informanter at den kjennskap pasienten får om dem blir et nytt problemområde der arbeid og fritid glir over i hverandre. Behovet for å ha et privatliv der pasientene ikke vet ”alt” er vanskelig å opprettholde i et lite

samfunn. En av informantene forteller at å kjøpe seg en øl på butikken medfører at ”alle” vet det.

En side ved informasjonsflyten som ikke blir tatt opp i denne studien, er om pasienten er like positiv til denne informasjonsflyten? Er det greit å komme til psykisk helsearbeider og vite at denne allerede vet mye om deg og dine relasjoner?

Tönnies fra Harris (2001) beskriver små samfunn som opptatt av å ivareta enighet. Videre hevder Tönnies at i små samfunn er felleskap viktigere enn individ. Hvis vi ser på enighet og felleskap i små samfunn som viktige verdier, vil det kanskje være naturlig at disse verdiene også vil prege de ansatte her? Denne studien viser nettopp at det oppleves utfordrende å avvise pasienter etter arbeidstid. Kanskje handler dette om felleskaps- og enighetstanken i små samfunn? En annen forklaring kan være at ansatte i mindre kommuner får mer kunnskap om og nærmere kjennskap til hver og en av sine pasienter. Det kan i så fall medføre ekstra utfordringer for ansatte i mindre samfunn å sette grenser i sin rolle som psykisk helsearbeider.

Svake bånd og informasjonsflyt kan bli en vanskelig kombinasjon med små samfunns ønske om enighet og felleskap. Som innbygger i et lite samfunn får man tilgang på informasjon som kan være ubehagelig å håndtere og der det koster å bryte med felleskaps- og enighetstanken. Jeg tenker her særskilt på alvorlige barnevernssaker i små samfunn. Det kan se ut som det er en fare for at nærheten, rollekompleksiteten og felleskapstanken har bidratt til en handlingslammelse som ikke gagner barna (Henviser til Alvdalsaken, nrk.no 18/01-2011).

Denne studien peker på at gjensidig kjennskap, svake bånd (Granovetter 1973) og nærheten et lite samfunn medfører, oppleves utfordrende hos flere av informantene. Det tette, nære og trygge kan bli både trangt og anstrengt. Veien til å mestre de utfordringer som følger med å jobbe i et lite samfunn, foregår i dag uten lokale og sentrale føringer eller retningslinjer. Flere kjenner etter hvert at både innholdet i jobben og rollekompleksiteten blir for krevende å forholde seg til slik at de velger å bytte arbeidsfelt. Tre av studiens seks informanter har byttet arbeid i løpet av den tiden studien har pågått. To av de tre grunngir årsaken til jobbytte at arbeidet ble for vanskelig for dem. En av disse to forteller at veien tilbake til psykisk helsearbeid er vanskelig å tenke seg i uoverskuelig fremtid fordi arbeidet ble for belastende. Den andre forteller at det var nødvendig med en pause nå for å unngå å bli utbrent, men sier samtidig at veien tilbake er åpen. Informanten forteller videre at det nå er noe helt annet for

eksempel å gå på butikken. Nå er forventningene om å treffe den psykiske helsearbeideren borte og dermed opplever informanten å bli møtt som privatperson og ikke som psykisk helsearbeider.

5.2.2 Organisering av tjenesten

5.2.2.1 Om å jobbe alene.

Av mine seks informanter var det fire som jobbet alene i sin kommune. Antall stillinger i de seks kommunene var uavhengige av innbyggertallet i kommunene. Hva som gjorde at enkelte kommuner hadde mer enn en stilling i forhold til samme antall innbyggere har denne studien ikke undersøkt.

Å jobbe alene ble av alle beskrevet som belastende. Informantene påpekte to hovedårsaker til at det å jobbe alene ble så belastende. Den første årsaken handlet om at informanten ikke hadde noen å dele de daglige inntrykkene med, den andre årsaken handlet om at ingen tok over ved fravær fra jobben.

Å ikke ha noen å dele de daglige inntrykkene med påvirket både jobb og privatliv. Å legge fra seg følelser og inntrykk for så å tre ut av rollen som psykisk helsearbeider og inn i rollen som partner eller foreldre ble beskrevet som vanskelig. Når man ikke hadde noen å dele med, ble følelser og inntrykk fra jobben med hjem og det tok tid å bearbeide dette før informanten fikk ryddet plass for de der hjemme. Farene ved å jobbe alene med psykisk helsearbeid i kommunene er tidligere beskrevet i en norsk studie (Almvik 1994). Almviks studie påpeker nettopp den belastningen det er å jobbe alene fordi man ikke har noen å dele de erfaringer man får i løpet av en arbeidsdag.

Når ingen tar over ansvaret blir både planlagt og ikke planlagt fravær vanskelig. Spontant fravær med syke barn blir en utfordring. Å vite om konsekvensene av fravær, at ingen tok over, førte til at informantene så langt som mulig unngikk slikt fravær. Det medførte at syke barn ble sendt i barnehage eller at den ansatte selv gikk på jobb uten å være i form til det. Pasientens behov blir satt opp mot egne behov og familiens behov. Det som er interessant her er at denne studiens funn viser at når pasientens behov kommer foran den ansattes behov, fører det i lengden til at den ansatte bytter jobb. Paradoksalt nok kan man si at å strekke seg langt for å ta vare på pasienten på kort sikt, kan føre til at man ikke klarer å ta vare på

pasienten på lengre sikt. Å greie å ivareta seg selv og sin familie på en god nok måte ser ut til å være en forutsetning for å være lenge i jobben.

Å jobbe i en liten kommune alene med psykisk helse kan sammenlignes med å starte og løpe maratonløp som du ikke kan avslutte fordi du ikke har noen å gi stafettpinnen videre til. Noen greier å finne en måte å mestre dette løpet, andre velger å avbryte og opplever det å avbryte som et nederlag.

5.2.2.2 Tilgjengelighet etter arbeidstid.

Denne studien viser at informantene har et uavklart forhold til kontakt med pasienten etter arbeidstid. Alle informantene tar imot telefonsamtaler hjemme. Noen har en arbeidsmobil som de tar med hjem, andre bruker sin private mobil på jobb og dermed også hjemme. Arbeidsgiver har ikke gitt føringer på dette området slik at informantene har funnet den løsningen de selv syntes var best. En av informantene besvarte alle henvendelsene. Begrunnelsen informanten gav for denne løsningen var at det koster informanten så lite, men betød så mye for pasienten. Det var verdt det. Andre igjen forteller om en tvetydighet til å bli kontaktet etter arbeidstid. På den ene siden åpnet de opp for det, men på det andre siden fant de ulike måter å sile ut hvilke telefonene de besvarer.

En informant ønsket å begrense telefonkontakten hjem til et minimum. Informanten beskrev at det etter hvert ble for krevende å ta imot telefoner hjemme. Nå ble pasientene henvist til kontortiden for å få et tydeligere skille mellom arbeidstid og privat tid.

Felles for informantene var en praksis der man åpnet for at pasientene kunne ringe hjem. Praksisen varierte og var i høyeste grad uten retningslinjer og tydelighet både for den ansatte og for pasientene. Praksisen med telefoner hjem forsterket i tillegg de uklare skillene mellom arbeidstid og fritid.

Psykisk helsearbeid i kommunene er i dag et dagtilbud. Kanskje er det slik at behovet for å snakke med psykisk helsearbeider er vel så stort på ettermiddag og kveld og at det er dette behovet for kontakt de ansatte prøver å imøtekomme ved å åpne opp for telefoner hjem? De tar på en måte ”seinvakta” som telefonberedskap. Psykisk helsearbeid i kommunene har en relativ kort historie og er på mange måter ennå i nybrottsfasen. Hvilke behov pasientene reelt har vil forhåpentligvis være med på å styre organiseringen av arbeidet i fremtiden. I tillegg

sier denne praksisen med telefoner hjem noe om mangel på retningslinjer fra ledelsen. Å stå nært et menneske som sliter psykisk og å vite om ensomhet og behov for kontakt medfører et personlig ansvarsforhold. Dette ansvarsforholdet bør andre som ikke står så nært, slik som en leder, være med på å regulere slik at den ansatte for gode arbeidsforhold.

Et interessant spørsmål i denne sammenheng er ikke bare hva denne praksisen gjør med den ansatte, men i høyeste grad hva den gjør med pasienten. Man kan spørre seg hvilke signaler man gir når man åpner opp for telefonsamtaler etter arbeidstid, men så velger ikke å svare på henvendelsen. Eller hva man formidler når noen får kontakt etter arbeidstid, mens andre blir avist. Vil de avviste oppleve seg som de slitsomme pasientene? Med den informasjonsflyten som finnes i små samfunn kan man anta at pasientene også har kontakt med hverandre og at praksis om telefonkontakt etter arbeidstid er kjent og blir diskutert.

Hva man bør gjøre i forhold til dette spørsmålet har denne studien ikke noe forslag på, annet enn at det bør diskuteres og tydeliggjøres hva som er kommunens praksis slik at det skapes forutsigbarhet og trygghet både for den ansatte og for pasienten. Å lage regler som kategorisk avviser kontakt etter arbeidstid vil være ugunstig og umyndiggjøre den ansattes faglige vurderinger. Nettopp fleksibiliteten i det kommunale psykiske helsearbeidet er styrken i dette arbeidet. Å finne de gode løsninger som ivaretar både pasient og ansatt blir også her den store utfordringen.

5.2.2.3 Samarbeid med andre tjenester.

Studien viser at samarbeid med andre kommunale tjenester fungerer på varierende måter. Flere informanter beskriver hjemmebasert omsorg som en naturlig og ønsket samarbeidspartner, men at dette samarbeidet i dag har en rekke utfordringer. Disse utfordringene blir beskrevet som forskjellig faglig ståsted, forskjellig arbeidskultur og forskjellig mulighet for fleksibel bruk av arbeidstid. Psykisk helsearbeid som ny tjeneste i kommunen fikk vide rammer for bruk av tid hos den enkelte pasient. Dette ble muliggjort gjennom de øremerkede midlene. De øremerkede midlene muliggjorde også kompetanseøkningen i form av videreutdanning for de ansatte i psykisk helsearbeid. Det kan se ut som om kommunene har utviklet en ny omsorgstjeneste med andre rammer enn de bestående omsorgstjenestene, uten løpende informasjon og tett dialog som kunne legge til rette for fruktbart samarbeid. Resultatene her tyder derfor på at man i dag har to omsorgstjenester med forskjellig arbeidskultur og forskjellig organisering. Dette medfører

utfordringer for samarbeidet. Disse utfordringene ser ut til å være overlatt til den enkelte ansatte å finne ut av.

Studien beskriver samarbeid også med legene som varierende, der samarbeidet er avhengig av den enkelte leges interesse for psykisk helsearbeid. Informantene som har et godt og nært samarbeid med legene forteller om opplevelse av støtte og godt samarbeid. Informantene som ikke opplever et godt samarbeid med legene forteller om en opplevelse av faglig ensomhet. Den psykiske helsearbeideren er i denne sammenhengen prisgitt at det finnes fast ansatte leger som viser interesse for psykisk helse.

Psykisk helsearbeid som ny tjeneste har medført en ny gruppe ansatte med kompetanse på psykisk helsearbeid. I framtiden blir det en utfordring å få to grupper med ulik kompetanse på psykisk helse til å finne fruktbare samarbeidsformer som ikke er avhengig av den enkelte ansattes interesse for samarbeid.

5.2.2.4 Opplevd ansvar og formell myndighet.

Rollen som informantene opplever at de har i et lite samfunn beskrives av Lipsky (1980) som en bakkebyråkratrolle. Denne yrkesrollen er preget av stor selvstendighet, lite støtteapparat rundt seg og stor fleksibilitet i yrkesutøvelsen. Bakkebyråkraten er sentral og viktig for at tjenesten til mennesker som sliter skal fungere. Bakkebyråkraten har ofte en rolle som er undervurdert og som ikke blir sett (Schönfelder 2007). Bakkebyråkratenes rolle bør synliggjøres og tildeles mer formelt ansvar. I følge Schönfelder (2007) drives i dag psykisk helsearbeid både i kommunene og på institusjonene for en stor del av bakkebyråkratene. Utfordringen fremover blir å gi formelt ansvar der det i dag er uformelt ansvar. Informantene beskriver et stort opplevd ansvar for pasientene. De beskriver rollen sin som midtpunkt, advokat og koordinator. Flere informanter forteller om pasienter som informantene beskriver som alene i verden der de som ansatt sannsynligvis er den eneste pasienten har kontakt med. Informantene bærer med seg en visshet om egen viktige rolle i enkelte pasienters liv. Opplevelsen av ansvar medfører en kontinuitet i oppfølgingen av pasienten. I likhet med Schönfelders studie (2007) opplever psykiske helsearbeiderne at det er de i tjenesteapparatet som har mest oversikt over hvordan pasienten har det og hva pasienten trenger av oppfølging. Rollen som psykisk helsearbeider er i dag en selvstendig og fleksibel rolle der de ansatte opplever at de tar ansvar for oppfølging av mennesker med psykiske lidelser. Det reelle ansvaret de tar står ikke i sammenheng med formell myndighet.

Et eksempel på lite formell myndighet er arbeidet med å skrive henvisninger. De fleste informanter forteller at de i dag skriver henvisinger. Informantene begrunner det med at de som psykiske helsearbeidere har nær kjennskap til pasienten og dens livssituasjon, og dermed kan de skrive mer utfyllende og dekkende henvisninger enn legene. De besitter en kjennskap til pasienten som er viktig for å få pasienten videre i systemet. Den kompetansen de har og den jobben de gjør i forhold til å skrive henvisinger blir i dagens system usynliggjort. Som psykiske helsearbeidere har de ikke egen henvisingsrett og de må gi videre jobben de har gjort med å skrive henvisningen til en lege som må underskrive. Å få en legens underskrift på en henvisning en selv har skrevet beskrives i denne studien som krenkende for ens faglige identitet. Epikriser som kommer tilbake etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten blir sendt henvisende lege. Kun unntaksvis får den psykiske helsearbeideren denne epikrisen. Det kan se ut som utbyggingen av en ny kommunal tjeneste i psykisk helse ikke har nådd inn i systemet på spesialistnivå. Dermed bidrar systemet slik det fungerer i dag til at den psykiske helsearbeiderens faglige innsats ikke blir sett og anerkjent. Dette har konsekvenser for den psykiske helsearbeiderens opplevelse av å bli sett og verdsatt. Denne erfaringen deler de med sine kollegaer i rurale strøk i Australia, der de psykiatriske sykepleierne opplever at jobben de gjør blir mindre verdsatt i helsevesenet enn den jobben leger og psykologer gjør (Gibb 2003). I Australia har de et begrep som kan være dekkende for måten bakkebyråkratene jobber på i forhold til psykisk helsearbeid ”Relationship of honour” (Gibb 2003). ”Relationship of honour” reflekterer de psykiske helsearbeidernes grunnleggende verdier i møte med pasienten. Verdier som viser seg frem gjennom faglig trygghet, ansvarlighet i møte med pasienten og samarbeid med pasienten (Gibb 2003). Denne måten å jobbe på trenger i fremtiden en formell myndighet for å synliggjøre jobben de psykiske helsearbeiderne allerede gjør.

5.2.2.5 Å stå på egne ben i eget fagfelt.

Alle informanter beskriver egen praksis som annerledes enn den praksis andre faggrupper har i psykisk helsearbeid. Noen informanter er tydelige på at de anser sin praksis som en selvstendig praksis som står på egne ben der kontinuitet, tid og helhet har vært viktige faktorer.

Kunnskapen om psykisk helse og den praktiske utførelse av arbeidet er faktorer som bidrar til den selvstendige stillingen informantene mener dagens psykiske helsearbeidere har. Den

helhetlige forståelsen av hva som bidrar til bedring er viktig for informantene. I følge flere av informantene er bolig og økonomi viktige faktorer for å bidra til bedre psykisk helse. Det hjelper lite med samtaler hvis pasienten ikke vet om han har en plass å bo neste uke eller om han har penger å kjøpe mat for. Den helhetlige forståelsen er også noe australske psykiatriske sykepleiere refererer til når de sier noe om måten de jobber på. ”We have to deal with the clients in a more holistic approach because there`s no one to refer to, no one to pass it in to” (Gibb 2003, s. 246). Informantene i denne studien beskriver sin arbeidshverdag på samme måte som de australske kommunale psykiatriske sykepleierne. Helhetstenkning i forhold til pasienten, selvstendighet i arbeidet, og stort faglig ansvar står sentralt.

Studien viser at informantene bruker tid på den enkelte pasient og kan følge den enkelte regelmessig over en lang periode. Informantene forteller at de etter hvert blir godt kjent med pasientene og lærer seg å se etter tegn på bedring eller forverring i psykisk helse. En informant vektlegger at psykisk helsearbeid jobber ut fra en annen tenkning en den medisinsk faglige forståelsen. En tenkning der man tar med seg en narrativ forståelses inn i arbeidet. Narrativ forståelse handler om at mennesket gjennom en større sammenhengende livshistorie binder sammen opplevelser i livet slik at de gir orden og mening (Sandelowski 1991). Orden og mening fremmer mestring. Kirkevold (1989) mener at mens den tradisjonelle medisinske forståelsen bidrar til at hjelperen blir kjent med pasientens sykdommer og problemer, vil en narrativ forståelse bidrar til at hjelperen blir kjent med pasienten og hans liv.

Tid og kontinuitet blir vektlagt av flere av informantene som viktige faktorer i psykisk helsearbeid. Sverker Berlin (2010) skriver i sin bok ”Relation før metode” om svakheten med ensidig medisinsk fokus på psykisk lidelse. Berlin påpeker at det brukes mye ressurser til å finne fram til en diagnose, men at diagnosen sier lite om hvordan møte og hjelpe dette menneske. For å danne en god relasjon som fører til bedring, trengs det nettopp tid og kontinuitet.

> ”Vores centrale oppgave består næsten alltid i at forsøge at skabe kontinuitet og fastholde indsatsen, så vi i det hele taget kan skabe en gensidig tillid og en relation der er så bæredyktig, at klienten tør, vil og kan udvikle og forandre sig inden for den”(Berlin 2010, s. 17).

Som psykiske helsearbeidere opplever flere av informantene at det å kunne bruke tid skiller dem fra andre kommunale yrkesgrupper slik som ansatte i hjemmebasert omsorg og legene.

De som tydeligst beskriver sitt fagfelt som et selvstendig fagfelt i denne studien er de som har jobbet lengst etter at de tok videreutdanning i psykisk helse. Samtidig var den videreutdanning de i sin tid tok spesifikt rettet mot sykepleiere. Kanskje har det en sammenheng? Kan det være at over tid øker bevisstheten på hva det er som gjør psykisk helsearbeid spesifikt. Kanskje har det også en sammenheng med overgang til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid? Medfører tverrfaglig videreutdanning mindre bevissthet om eget spesifikke fagfelt?

5.3 Konsekvenser for praksis

Denne studiens funn viser at psykiske helsearbeider i små kommuner utfører en jobb med stort ansvar, nærhet til pasienten og slik de selv forstår det, en helhetstenkning som forståelsesgrunnlag. De psykiske helsearbeiderne skal takle en rekke utfordringer både i forhold til at de jobber i små kommuner, men også i forhold til organiseringen av arbeidsfeltet og samarbeidsforhold.

Informanter etterspør god veiledning. Studien viser at de bare unntaksvis får veiledning. Dette til tross for at spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt i forhold til kommunehelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, § 6-3). Veiledningen av psykiske helsearbeidere bør etter denne studiens funn gå ut over å veilede om pasienters behov for helsehjelp. Veiledningen bør også omfatte rollen som psykisk helsearbeider i et lite samfunn med de utfordringer det medfører blant annet av rollekompleksitet, nærhet og informasjonsflyt.

Et eksempel på rollekompleksitet i denne studien er informanten som beskriver møtet med pasienten etter arbeidstid der pasienten jobber som kassadame på butikken. Denne situasjonen byr på utfordringer. Rollene ble uklare slik den psykiske helsearbeideren oppfattet det. Kassadama er både en butikkansatt som yter service og en pasient. Informanten er både kunde og psykisk helsearbeider. Utfordringen ble å finne ut hvordan håndtere alle rollene. Hva snakker vi om nå og hva snakker vi ikke om nå? Hva oppleves som invaderende og hva oppleves som ignorerende? Den psykiske helsearbeideren forteller om en hårfin balanse for å unngå å avvise samtidig som taushetsplikt og faglighet må ivaretas. Dette er situasjoner som kan være nyttige å ta opp i en veiledningssituasjon.

Å jobbe i små kommuner innebærer i større grad at person og profesjon flyter over i hverandre. Skau (2002) hevder at å utvikle seg innenfor sin profesjon som person ikke bare er et personlig anliggende, men også et ansvar som arbeidsgiver må ta. Kommunene har i følge denne studien ofte forventninger om at den ansatte skal ivareta pasientene på en god og faglig måte, men uten selv å motta god oppfølging. Ledelse som forventer at ansatte gir omsorg uten å motta omsorg, utsetter sine ansatte for en belastende situasjon (Pedersen 2007). I denne studien er det nettopp de som beskriver god og støttende ledelse som også forteller om høyere trivsel og færre belastninger. Veiledning og god personalomsorg ser ut til å være viktige faktorer for trivsel og kontinuitet i tjenesten.

Tydelige retningslinjer og føringer for organiseringen av det psykiske helsearbeidet er en mangelvare i følge denne studien, både fra sentralt og kommunalt hold. Føringer og retningslinjer som kan hjelpe til en tydelighet i forhold til arbeid og fritid. Flere spørsmål bør diskuteres og avklares. Eksempelvis kan man spørre seg hvor langt er det greit at den ansatte strekker seg for å imøtekomme pasientenes behov? Er det etisk helt uproblematisk å ha pasienter som venner på facebook? Å overlate disse spørsmålene til de ansatte selv å avgjøre kan ses som en ansvarsfraskrivelse både fra den kommunale arbeidsgiver og den sentrale oppdragsgiver.

Studien viser at det er belastende å jobbe alene i små kommuner. Ønsket om å ha noen å samarbeide i det daglige bør kunne etterkommes om ikke i form av flere stillinger så i form av nye samarbeidspartnere eller samarbeidsformer. Man kan se på interkommunalt samarbeid i kommuner som har en geografi der dette er praktisk gjennomførbart. Videre bør man også se om tettere kontakt og samarbeid mellom de forskjellige kommunale etater, nav, sosialkontor og hjemmebaserte tjenester kan imøtekomme den psykiske helsearbeiderens behov for å ha noen å dele med.

Ledelse kan være et nøkkelord. God ledelse som er interessert i hva arbeidet går ut på og som har kunnskap om faget er faktorer som bidrar til trivsel. Ledelse er også viktig i forhold til å legge til rette for samarbeid på tvers av etatsgrenser og fagfelt. Resultater her tyder på at de fleste arbeidsgivere ikke tar dette ansvaret på alvor. Kommuner som ønsker seg kontinuitet og faglig kompetente psykisk helsearbeidere bør ta ledelsesaspektet på alvor.

God veiledning, reelle samarbeidspartnere, tydelige retningslinjer og føringer og god personalomsorg ser ut til å være gode virkemidler som kan bidra til kontinuitet og trivsel i tjenesten. Denne kunnskapen bør kunne brukes til å videreutvikle tjenesten slik at den ansatte får gode arbeidsvilkår. I siste instans vil det komme pasientene til gode. En kan si at spørsmålet blir, hvordan fortsette å utvikle gode og nære relasjoner mellom pasient og ansatt samtidig som man ivaretar både pasienten og den ansatte?

5.4. Hva trengs av videre forskning

Denne studien har sett på de psykiske helsearbeidernes erfaringer med å jobbe i små kommuner. I videre forskning vil det være viktig å få fram andre perspektiver og erfaringer med psykisk helsearbeid.

Et felt som vil være interessant i denne sammenheng er å se på ledelsens tanker, holdninger og kunnskap om psykisk helsearbeid. Hvorfor har noen kommuner færre ansatte enn andre med sammenlignbare innbyggertall? Hvordan tenker ledelsen at psykisk helsearbeid skal drives og hvilke vurderinger ligger til grunn for de valg som tas i forhold til psykisk helsearbeid? Baldersheim et al (1997) hevder ”Spenningen mellom lekmannsstyre og ekspertise har lang tradisjon” (s.26). Spørsmålet i denne sammenhengen er om psykisk helsearbeidere blir vurdert som ekspertise? Blir de psykiske helsearbeiderne vurdert som eksperter på sitt fagfelt på samme linje som for eksempel kommuneingeniører, eller bruker kommuneledelsen eget skjønn eller andre faggrupper når de skal legge premissene for det psykiske helsearbeidet i kommunen? Svaret på disse spørsmålene vil kunne bidra til å klargjøre hvordan de psykiske helsearbeiderne i kommunene kan synliggjøres.

Det er videre viktig å studere nærmere hvordan samarbeidsformer i småkommuner kan videreutvikles. Hvordan kan man legge til rette for samarbeid innad i kommunene og mellom kommunene? Hvem kan være pådrivere for å legge til rette for samarbeid? Finnes det kommuner som har et vellykket samarbeid innad i kommunen?

Vi har sett at de psykiske helsearbeiderne i små kommuner ofte er overlatt til selv å utforme sin yrkesrolle. Ved videre forskning kan man se på retningslinjer og føringer. Bør disse gjøres tydeligere? Vil dette bidra til klarere forventinger til de ansatte? For eksempel, hvordan forholde seg til det å ta imot telefonsamtaler fra pasienter etter arbeidstid?

Denne studien har vist at den psykiske helsearbeideren tar på seg ansvar for oppgaver som formelt ikke er innefor deres ansvarsområde. Det er behov for videre forskning om den psykiske helsearbeiderens reelle oppgaver og ansvar og videre hvilket formelt ansvar bør de ha?

Siden opptrappingsplanen(1999) la til rette for utbygging av psykisk helsearbeid i kommunene har nå mange små kommuner over ti års erfaring med denne type arbeid. Et felt for videre forskning ville være å se på hvordan pasientene opplever dette nye tilbudet? Hva betyr den psykiske helsearbeider for pasienten i små kommuner? Hvordan opplever pasientene informasjonsflyten i små samfunn? Hva opplever pasienten som reell hjelp til å mestre livet?

Avslutning

Alle informanter beskriver møter med pasienten på fritiden. Flere forteller om utfordringer knyttet til møteplasser som butikken, kafeen, bygdefesten, facebook og vennenettverket. En strategi mange bruker for å mestre utfordringene på disse møteplassene er tilbaketrekking eller unngåelse. Det medfører opplevelse av tap av fristeder som før var sentrale for avkobling og rekreasjon. Rollekompleksiteten med å jobbe som psykisk helsearbeidere i små samfunn er tema som bør diskuteres og settes fokus på i egnede fora slik som en veiledningsgruppe.

Mange psykiske helsearbeidere står alene og har få andre å støtte seg på når de jobber i mindre kommuner. Opplevelsen av å være alene påvirker både arbeidstiden og fritiden. Andre yrkesgrupper kan oppleve det samme når de arbeider i mindre kommuner. Noe som er særegent for den psykiske helsearbeideren er at dette er en relativt ny praksis i kommunene og at det derfor ikke finnes tradisjoner for praksisen som de kan støtte seg på.

Den psykiske helsearbeideren i kommunen har et stort opplevd ansvar, men det formelle ansvaret er ikke tydeliggjort eller formalisert. Spesialisthelsetjenesten, ledelsen i kommunen og andre yrkesgrupper er kanskje ikke så godt kjent med hva som kan forventes av den psykiske helsearbeideren. Flere informanter opplever seg i denne sammenheng som lite synlige i kommunen og i helsevesenet for øvrig. Det kan se ut som oppbyggingen av psykisk helsearbeid som eget felt har fått utvikle seg innenfor organisatoriske rammer som ikke har vært bevisste nok på å endre seg i takt med oppbyggingen. Fagfeltet er nytt og står på egne ben, men har kanskje ikke fått den selvstendige plassen i det organisatoriske systemet som ville vært ideelt i forhold til det arbeidet som utføres. Alt dette gjør at det er behov for å se nærmere på nye måter å sikre tilknyting, støtte og formell myndighet for den psykiske helsearbeideren.

BIBLIOGRAFI

Almvik, A.(1994) *En annerledes fagrolle?* Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag.

Arbeids- og Inkluderingsdepartementet Helse- og Sosialdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012.*

Baldersheim, H., Bernt. J. F., Kleven, T og Rattsø, J. (1997) *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten.* Tano Ashehoug.

Berlin, S. (2010) *Relation før metode: At arbeijde med alvorlige psykiske problemer.* København: Akademisk Forlag.

Brodtkorp, E. og Rugkåsa, M.(2009) *Mellom mennesker og samfunn.* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Carley, K. (1998). ”Social and Cognitive Stability”. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association ASA.*

Christie, N. (1975) *Hvor tett er et samfunn.* Universitetsforlaget, Oslo.

Dahlqvist, V., Söderberg, A., Norberg, A. (2009) Facing inadequecy and being good enough: psychiatric care providers’ narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric& Mental Health Nursing.* April 242-247.

Erichsen, V. (2003). Profesjonenes forhold til hverandre. V. Erichsen (red), *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon,* Oslo, Pensumtjeneste.

Eriksen, T. H. (2010) *Små steder - store spørsmål. Innføring i sosialantropologi.* Universitetsforlaget. Oslo.

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

Glaser, B, G, Strauss, A. L (1967) *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company

Glaser, B. G. (1978) *Theoretical sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory.* Mill Valley, California. The Sociology Press.

Granovetter, M. (1973) "The strength of weak ties". *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.

Granovetter, M. (1983) "The strength of weak ties; A Network theory Revisited". *Socialogical Theory*,1, 201-233.

Gustafson, G. (2009). *Att bli eller inte bli utbränt.* Umeå Universitet.

Hagemann, E. (1936). *Sykepleieskolens etikk.* Ascehoug, Oslo.

Hannigan, B., Edwars, D,, Coyle, D., Foothergill, A. og Burnard, P. (2000). Burnout in comminity mental health nurses: findings from the all-Wales stres study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 7, 127-134

Halås, K. (2006). *Med nærhet som styrke. Fagutvikling med og om sosialarbeidsplasser i små kommuner*. Høgskolen i Bodø.

Haugland, R. (2000). *Kommuneheks på slak line. Om barnevern i små kommuner.* Gyldendal Norsk Forlag.

Harris, J. (2001). *Tönnies Community and Civil Society.* Cambrigde text in the History of Political Thought.

Helsedepartementet (2006) *...sammen om psykisk helse…* Strategiplan I-1088

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.* IS-1561.

Helsedirektoratet (2009). *Psykisk nyhetsbrev nr1-2009.* http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/fagnytt/nyhetsbrevet_psykisk/nyhetsbrev_2009/nr1_feb09 (nedlastet 16.10.09)

Helsedirektoratet (2009). *Rapporteringsskjema 2. Oppsummering 2008. Nordland.* *http://sintef.biz/uploadpages/127/A14167.pdf (nedlastet 21.10.09)*

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale mål, tilskudd og hovedprioriteringer.* Rundskriv IS-1/2009.

Helsedirektoratet (2009). *Nøkkeltallsrapporten 2008.* IS-1661

Helsedirektoratet (2009). *Sammenligningstall for kommunene, Finnmark, Troms, Nordland*. IS-1458.

Helsedirektoratet (2005). *Nasjonale mål, tilskudd og hovedprioriteringer.* Rundskriv IS-1/2005.

Helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.* Veileder IS-1332-2

Helsedirektoratet (2004). *Nasjonale mål, tilskudd og hovedprioriteringer.* Rundskriv IS-1/2004.

Helse – og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen.* St.meld.47

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. 2 juli 1999 nr. 64, §10a ble tilføyd ved lov 19 juni 2009*

Hummelvoll, J. K. (1996). *Å arbeide i felten. Den psykiatriske sykepleier som "libero" i kommunehelsetjenesten.* Høgskolen i Hedemark.

Huseby, B.M. og Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig- eller best i verden?* Sintef rapport A11528. http://www.sintef.no/upload/Helse/%C3%98KT/Pdf-filer/Rapport_A11528_Eldreomsorgen_i_Norge_KORTVERSJON.pdf (nedlastet 08.11.10)

Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*. 26: 531-556.

Kalseth,.J., Pettersen,I, og Kalseth, B. (2008). Psykisk helsearbeid i kommunene - tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. SINTEF A8823 Rapport. http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport%20%20A8823%20Psykisk%20helsearb%20i%20komm%20-%20tiltak%20og%20tjenester%20Status%202007-2008.pdf (nedlastet 21.10.09)

Kudless, M. W. og White J. H. (2007). Competencies and Roles of Community Mental Health Nurses. *Journal of Psychososial Nursing, Vol 45, No.5. USA.*

Lawler, J. (1996). *Bak skjermbrettene.* Oslo. Ad Notam, Gyldedal

Leary, J., Gallagher, T., Carson, J., Fagin, L., Bartlett, H.og Brown, D. (1994). Stress and coping strategies in community psychiatric nurses; a Q-methodolical study. *Journal of Advanced Nursing*. 21, 230-237.

Lindy, J. D., Wilson, J. P. (1994). Emphatic Strain and Countertransference Roles: Case Illustration I: Wilson, J. P. og Lindy, J. D. (Red.), Countertransference in treatment of PTSD.s 62-82. New York: The Guilford Press

Lipsky, M. (1980). *Street-Level bureaucracy dilemmas of the individual in public services.* New York. Russel Sage Foundation

Lysgård, H. K., Berg. G. B. (2004). Ruralitet og urbanitet-bygd og by. *Plan-2004-Nr 02.* *http://www.uio.no/studier/emner/sv/iss/SOS2502/h04/Tilleggslesning/BygdogBy.pdf (nedlastet 12.09.10).*

Martinsen, K.(1999). Omsorgens forvitring? En antologi om velferdspolitiske utfordringer. I. K. Christensen og L.J. Syltevik (red). (1999). *Etikken, kulturen og kroppens sårbarhet.* s.241-269: Fagbokforlaget, Bergen.

Malterud, K.(2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Universitetsforlaget.

Myrvold,T. og Helgesen, M. (2009). Kommunalt psykisk helsearbeid. NIBR rapport 2009:4

Nrk.no Alvdalsaken, 18/01-2011 http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_trondelag/1.7467356 (nedlastet 20.01.11)

Pearlman, L. A og Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist. Countertranference and Vicarious traumatisation in Psychotherapy with Incest survivors*. New York/London:W.W Norton & Company

Pedersen, M. L. (2007). *Hjelperen er ingen trestubbe. En kvalitativ studie av hjelperens opplevelser og erfaring.* Trondheim. NTNU.

Pinikhana, J. og Hapell, B. (2004). Stress, burnout and jobsatisfaction in rural psychiatric nurses: A Victorian study. *Australian Journal of Rural Health* 12. S.120-125

Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori.* Fagbokforlaget.

Sandelowski, M. (1991). "Telling stories: Narrative Approaches in Qualitative Research" *Image,23(3):161-166.*

Seale, C. (1999). *The Quality of Qualitative Research.* London: Sage.

Silvermann, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction.* 3rd ed. London: Sage.

Sosial- og helsedepartementet (1999). *Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid 1999-2006.* Rundskriv 1-4/99.

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet. Om Psykiske lidelser og tjenestetilbudene* St. meld. 25 (1996-1997).

Scönfelder, W. (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner.* Universitetet i Tromsø. Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

Skau, G.M. (2002). *Gode fagfolk vokser- personlig kompetanse som utfordring.* 2 utgave. Oslo. Cappelens akademiske forlag.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.2 juli 1999 nr 61.*

Statistisk sentralbyrå: Folkemengde, etter kjønn, alder og kommune. 1. januar 2009. Nordland http://www.ssb.no/folkemengde/arkiv/tab-2009-03-12-19.html (nedlastet 08.10.09)

Wadel, C. (1991). *Feltarbeide i egen kultur.* Seek forlag. Flekkefjord.

Weiss, R.(1994) *Learning from Strangers. The Art and Method of Qualitive Data Analysis.* New York: The Free Press.

Aarbakke, K. (2009). Medlemsundersøkelse i Akademikerne. http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3130548.ece (nedlastet 08.10.09)

Vedlegg 1.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Heid S. Aasgaard
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Buskerud, Drammen
Postboks 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 08.12.2009 Vår ref: 22869 / 2 / AH Deres dato: Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.10.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 04.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22869	*Lite og godt eller trangt og smått. Hvilke erfaringer har de som jobber som psykiske helsearbeidere i små kommuner*
Behandlingsansvarlig	*Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Heid S. Aasgaard*
Student	*Toril Beate Masvie*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / *District Offices:*
OSLO: NSD. Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD. SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg 2.

Til leder av psykisk helsearbeid. Leirfjord …..

Jeg Toril Beate Masvie jobber med en mastergrad i klinisk helsearbeid ved høgskolen i Buskerud. Min veileder er professor Siri Ytrehus.

Det jeg har lyst til å undersøke er hvordan det oppleves å jobbe som psykisk helsearbeider i en liten kommune i Nordland.

Spør derfor om tillatelse til å ha et intervju med kommunens psykiske helsearbeider ” Kari Nordmann”.

Legger ved prosjektbeskrivelse der det står mer om forskningsspørsmål, bakgrunn og metode. Legger også ved informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen som jeg sender ut til kommunens psykiske helsearbeider ”Kari Nordmann”.

Du kan svare på mail.
På forhånd takk.
Vennlig hilsen Toril Beate Masvie.

Vedlegg 3.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Lite og godt eller trangt og smått. Om å jobbe som psykisk helsearbeider i en liten kommune.

Jeg er Toril Beate Masvie. Jeg jobber som psykisk helsearbeider i Leirfjord kommune og skal ta en mastergrad i klinisk helsearbeid ved høgskolen i Buskerud. Har nå kommet til masteroppgaven og i den forbindelse henvender jeg meg til deg.

Bakgrunn og hensikt med studien.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på hvordan det oppleves å jobbe som psykiske helsearbeidere i små kommuner. I Nord-Norge er halvparten av landsdelens 40 kommuner små kommuner med mindre en 2000 innbyggere. Som forsker ønsker å se på hvordan organiseringen av arbeidet oppleves og hvordan det oppleves å møte pasienten på flere arenaer i livet.
Jeg ønsker altså å vite noe om dine subjektive og individuelle erfaringer slik at teori og kompetanse i denne sammenhengen ikke vil være i fokus.
Henvender meg til deg som jobber i en liten kommune og håper at du er positiv til å delta på et intervju.

Hva innebærer studien?

Jeg skal foreta et intervju der spørsmålene åpner for å svare utfyllende ut fra egen erfaring. (Kvalitativt intervju). Intervjuet vil ta fra 1-1.5 time og vil foregå i din hjemkommune, fortrinnsvis på din arbeidsplass.

Mulige fordeler og ulemper
Så vidt jeg har tenkt ut vil dette ikke innebære verken noen fordeler eller noen ulempe for deg**.**
Kan tenke meg at noen opplever det positivt at jeg er interessert i deres opplevelse av jobben.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg vil ta opp intervjuet på tape og så skrive det ut i sin helhet. Etterpå vil viktige deler bli tatt med i min masteroppgave i anonymisert form. Det skal ikke være slik i masteroppgaven at data kan spores tilbake til den som har gitt det. Kun du selv vil kunne kjenne deg igjen i de utsagn som jeg kommer til å bruke.

Det fullt utskrevne intervjuet, lydopptak og navneliste som jeg bruker som utgangspunkt for min masteroppgave vil bli makulert etter at jeg har levert inn min masteroppgave. Innlevering vil skje innen 15 juni 2011.

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien.
Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side og sender den til meg.
Har spørsmål til studien, kan du kontakte Toril Beate Masvie. Tlf 90656225 eller mail; toril.masvie@monet.no

Veileder for denne studien er professor Siri Ytrehus Hun kan nåes på mail Siri.Ytrehus@hibu.no
Postadresse Høgskolen i Buskerud, postboks 7053, 3007 Drammen. Tlf 32206400

Samtykkeerklæring følger som vedlegg.

Vedlegg 4

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

Intervjuguide.

Bakgrunn informant:

Kjønn, utdanning, erfaring, familiesituasjon, om de er fra stedet eller har partner fra stedet. Annet som har betydning for jobbsituasjon.

Organisering:

Stillingsinstruks?
Uttalte forventninger?
Uutalte forventninger?
Organisasjonskart?
Hvem bestemmer hva du skal gjøre, innholdet på dagen din?
Kontorforhold?
Data/journal?
Arbeidstid?
Påfyll/veiledning, hvem har ansvaret. Hvilken veiledning trenger du?
Hva skjer ved fravær/sykdom?
Hvem skriver henvisninger?
Samarbeidsforhold, formelle og uformelle?

Jobbes det etter vedtak?

Å møte pasienten på flere arenaer:

Hvor møter du pasienten etter arbeidstid?
Påvirkning på privatliv:

- Ektefelle?
- Barn?
- Fritidssysler?
- Handle?
- Avkobling/rekreasjon?

Når opplever du at du er på jobb selv om du har fri?

Informasjon du får privat om pasienten, hva gjør du?

NB legg vekt på beskrivelser. Hva, når, hva skjedde, hvordan? (Fakta først).

Etter hvert spørre hvorfor? (Vurderinger etterpå)

Be om konkretiseringer. Vær ”grønn”.