

# Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland.

**Toril Beate Masvie og Siri Ytrehus.**

*Toril Beate Masvie, Høgskolelektor, Høgskolen i Nesna  
Siri Ytrehus, Professor, Diakonhjemmet høyskole.*

## Abstract

### **“Mental health workers’ experiences of working in small municipalities in Northern Norway**

*This study addresses the experience of mental health workers working in small municipalities in northern Norway. The study is based on qualitative interviews and had special focus on how the context influenced their professional role and role as citizens. The informants emphasized both positive and negative aspects of their work, but the negative aspects were most prominent in the interviews. On the one hand they experienced high degree of independency and possibility of close relationships to the patients due to transparency, but on the other hand also professional loneliness. The relationship to the patients was multifaceted. The boundary between their professional role and the role as a citizen was difficult to maintain. The professional role could affect their private life and the role and relations they had in the community as a citizen. Some felt they had to withdraw from social networks and arenas which had been important to them.*

## Referee\*

## Key words.

*Mental health worker, psychiatric nurse, community, rural district, job satisfaction  
Psykiatrisk sykepleier, psykisk helsearbeider, kommune, rural, jobbtilfredshet*

## Innledning

Psykisk helsearbeid på kommunalt nivå ble for alvor realisert gjennom Opptappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet, 1999) og de øremerkede midlene som fulgte med den. Det organiserte psykiske helsearbeidet i kommunene har en forholdsvis kort historie og relativt lite forskning er gjort på dette feltet. Denne artikkelen bygger på en intervjuundersøkelse med psykisk helsearbeidere i små kommuner i Nordland og fokuserer på erfaringer og opplevelser som den psykiske helsearbeideren har som ansatt i en liten kommune.

## **Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Kommunene har en sentral og selvstendig rolle i det psykiske helsearbeidet. 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 innen psykisk helsearbeid i små kommuner. Denne kunnskapen kan i neste omgang bidra til å utvikle gode måter å organisere arbeidet på og til kontinuitet og kvalitet 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" (Helsedirektoratet 2005) etterspørres "...stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til" (s.7). Små kommuner kan ha særlige utfordringer med å rekruttere fagansatte (Halås 2006).

## **Psykisk helsearbeid i småkommuner**

Arbeidsbetingelsene for psykisk helsearbeidere kan variere mellom ulike kommuner. Befolkningens behov, kommunens situasjon og prioriteringer, og lokale, både sosiale og geografiske omgivelser, vil ha betydning. I Norge har over halvparten av kommunene færre enn 5000 innbyggere, og 22 prosent har færre enn 2000 innbyggere. Mange små kommuner i Nordland er geografisk sett store og har spredt bebyggelse som innebærer utfordringer for tjenesteutøvelsen. I kystkommuner som består av flere øyer, bor ofte befolkningen på flere øyer og kontorene til det kommunale tjenestetilbudet kan være delt mellom øyene eller eventuelt kan kontorene være lokalisert til en av øyene.

Antallet årsverk innen psykisk helsearbeid har de siste årene økt i de minste kommunene, selv om det er store variasjoner mellom småkommuner (Kaspersen og Ose 2011). Av 44 kommuner i Nordland har så mye som 18 kommuner ett årsverk eller mindre til psykisk helsearbeid blant voksne (Kaspersen og Ose 2011). Dette tallet refererer seg da til årsverk og ikke til antall ansatte, men kan likevel ses på som en indikator på at mange psykisk helsearbeidere i småkommuner jobber alene. Uansett prioritet og omfang av årsverksinnsats, vil det være felles for småkommunen at de ansatte her har et mindre fagmiljø å spille på.

I tillegg til at arbeidssituasjonen for helsearbeidere i småkommuner vil preges av små fagmiljøer og de spesielle geografiske forholdene, så har også de sosiale forholdene betydning. Småkommuner i Norge ligger i ytterpunktene når det gjelder arbeidsledighet ved at de både er blant dem som har høyest og dem som har lavest arbeidsledighet (SSB 2012). Noen småkommuner kan ha større grad av sosiale problemer enn andre, og noen kan ha særlige demografiske utfordringer med økende eldrebefolkning og fraflytting. En undersøkelse av barnefattigdom viste at 30 prosent av alle barn i inntektsfattige husholdninger i Norge bodde i småkommuner (Ytrehus 2004). Fattigdom og dårlige levekår kan medvirke til økt forekomst av både psykiske og somatiske helseplager. De fleste små kommuner i Nordland er preget av primærnæring som jordbruk, fiske og fiskeforedlingsindustri. Gjennomsnittsinntekten for innbyggerne er lavere i små kommuner enn i de større kommunene i Nordland (Helsedirektoratet 2009). Generelt er utdanningsnivået lavere i små enn i større kommuner (Helsedirektoratet 2009).

Det sosiale livet i mindre samfunn har mange særegne kjennetegn. Mindre samfunn kan ha mange positive kvaliteter som kan mangle i større områder og kommuner. Tradisjonelt er

felleskapstanken framhevet som et særtrekk (Harris 2001). Den sosiale kapitalen i små samfunn kan være omfattende. Sosial kapital kan da forstås som deltakelse i sosiale nettverk og sosial støtte, tilknytninger og tillit som følger av deltakelse (Field 2003). Et annet typisk trekk ved mindre samfunn, som også vil ha betydning for den sosiale kapitalen, kan være en oversiktighet som kan gi lettere tilgang til informasjon om den enkelte og gjøre at mange kjenner til hverandre. Det vil si at såkalte «svake bånd» kan være utbredt (Granovetter 1973). Rollekompleksitet er et annet typisk kjennetegn ved små samfunn (Christie 1975). Du kan være nabo, bridgespiller og venn med legen din.

Litteraturen beskriver utfordringer for helsearbeidere i mindre samfunn nettopp med utgangspunkt i rollekompleksiteten og de særegne kjennetegnene ved det sosiale miljøet. Når det gjelder barnevernsarbeid, er det pekt på at siden mange kjenner hverandre i små kommuner blir det lettere å koordinere og få til en bedre og mer sammenhengende tjeneste (Hovik og Myrvold 2001). Samtidig kan arbeid i småkommuner medføre belastninger i form av faglig ensomhet (Almvik 1996, Halås 2006). I tillegg til faglig isolering påpekes i litteraturen også rolleklarhet og manglende muligheter for yrkesutøveren til å være anonym (Findholt 2010). Relasjonen mellom den som gir hjelp og den som yter hjelp kan påvirkes av at relasjonen er mer mangefasettert og langvarig enn i større kommuner (Blue og Fitzgerald 2002). De profesjonelle grensene kan utfordres. Helsearbeidere kan møte andre holdninger, krav og forventninger fra befolkningen enn helsearbeidere gjør i større kommuner på grunn av langvarige relasjoner og nærmere kjennskap til hverandre (Roberts og Battaglia et.al. 1999). Habilitetsspørsmål kan bli vanskelig å løse (Halås 2006). Den hjelpesøkende atferden hos den som har behov for hjelp kan få et annet preg. Alt dette er faktorer som kan ha betydning ikke bare for arbeidssituasjonen, turnover og rekruttering av fagpersoner, men også for kvaliteten på tjenestene.

Forskningsspørsmålet for studien ble formulert slik:

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 på organiseringen av arbeidet?

## **Metode**

Målet med studien var å etterspørre og utforske erfaringer på et område vi har lite kunnskap om i Norge. For å få frem forståelse for erfaringene til psykiske helsearbeidere som arbeider i småkommuner ble derfor kvalitativ metode valgt (Thagaard 2009). Kvalitativ metode er godt egnet til når sosiale fenomener skal studeres. Målsetningen ved denne type studier er å få forståelse for samspill mellom menneskene og menneskenes handlemåter. Ved kvalitative studier har forskeren mulighet til å komme nært og å gå i dybden på det utvalget studiefeltet (Thagaard 2009).

## **Rekruttering og utvalg**

Utvalget er et strategisk utvalg av seks informanter. Informantene måtte jobbe i en kommune med mindre enn 2500 innbyggere. De måtte ha mer en to års erfaring med jobben og måtte ha videreutdanning i psykisk helse. Første forfatter har selv arbeidet som psykisk helsearbeider og deltatt i nettverk for psykisk helsearbeidere ansatte i distriktskommuner. Et inklusjonskriterium var derfor at informantene ikke skulle ha en relasjon til intervjuer fra før.

Informantene som ble rekruttert hadde alle videreutdanning i psykisk helsearbeid, men forskjellig grunnutdanning.

Ulike hensyn ble tatt i utvelgelse av kommuner. Det var ønskelig å ha representert ansatte fra både kystkommuner og landkommuner, fordi arbeidsbetingelsene i disse to kommunetypene kan være forskjellige med hensyn til reisevei og avstander. Kommuner der førsteforfatter kjente de som arbeidet som psykisk helsearbeider ble utelukket.

Praktiske hensyn gjorde at kommuner som lå svært langt unna eller det tok for lang tid å reise til, ble utelukket. Blant kommuner som var aktuelle for deltakelse, svarte leder ja på første forespørsel. Seks kommuner fikk forespørselen. Leder måtte samtykke til studien før ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene ble forespurt. Leder fikk informasjon via e-post, mens informanten fikk det gjennom vanlig post. De seks informantene som ble forespurt svarte også ja. Ingen trakk seg i løpet av studien.

## **Intervjuene**

Intervjuet skjedde ved personlige intervjuer i informantenes hjemkommuner. Det ble anvendt halvstrukturerte samtaleintervju. Intervjuene ble foretatt med en intervjuguide. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for samtale og temaene ble tatt opp i vilkårlig rekkefølge ettersom det ble naturlig under samtalen. Målet var å være åpen for informantenes opplevelse og forståelser. Informanter ble spurt i førstegangsintervjuet om det var greit å bli kontaktet igjen for flere og utfyllende spørsmål. Informantene samtykket i dette.

En førstegangsanalyse og gjennomlesning av intervjuene viste at enkelte områder var dårlig dekket eller dels utelukket i noen av intervjuene, eller at enkelte tema ikke var fulgt opp med utdypende spørsmål. For at de ulike temaene skulle bli belyst i alle intervjuene og for å få fram ytterligere forståelse for informantens erfaringer, ble derfor informantene kontaktet på telefon med oppfølgende spørsmål. Fire informanter ble kontaktet to ganger og to informanter ble kontaktet tre ganger. Disse oppfølgende spørsmålene bidro til at flere tema ble bedre og mer utfyllende dekket, som for eksempel samarbeid med andre yrkesgrupper.

## **Transkribering**

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i sin helhet. De senere oppfølgende spørsmålene ble enten tatt opp på bånd og transkribert, eller notert ned for hånd underveis i samtalen. Transkribering ble gjort i flere omganger. Først ble intervjuene ordrett skrevet ned. Ved neste gjennomgang ble det lagt vekt på å få fram betoning, stemmeleie og kunstpauser. Transkriberingene ble gjort på bokmål og ikke dialekt, av hensynet til kravet om anonymitet.

## **Analysen**

Den praktiske siden av analysen startet ved å gå igjennom alt transkribert materiale der meningsbærende utsagn ble markert. Denne prosessen foregikk uavhengig av intervjuguiden. De meningsbærende utsagnene ble deretter notert og tema som hørte sammen ble samlet. Inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode (Malterud 2008), ble prosessen med å lese intervju, notere meningsbærende enheter og katalogisering gjort i flere omganger. Av

dette materialet ble det laget en datamatrikse med hovedtema, tema og meningsbærende utsagn.

## Etiske vurderinger

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv. Dette ble sendt ut til aktuelle informanter sammen med en samtykkeerklæring. I informasjonsskrivet ble det redegjort for at informantene når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien. Informasjonsskrivet redegjorde også for tema for intervjuet og opplysninger om sikkerhet rundt data.

I en intervjusituasjon er det viktig å være bevisst på at man i en samtale ofte vil gi både bredere 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 være oppmerksom på dette var viktig i intervjusituasjonen.

Kvale og Brinkmann (2009) kaller intervjusituasjonen en ”asymmetrisk maktrelasjon” (s 52). Intervjuer legger premisser for hva som tas opp, hvilke spørsmål blir belyst og hvordan samtalen skal utvikle seg. Å være bevisst sin posisjon i forhold til makt er viktig under hele forskningsprosessen. Også under analysen av data er maktforholdet skjevt ”Intervjueren har monopol på å fortolke” (Kvale og Brinkmann 2009:53). 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.

Førsteforfatter har gjennomført intervjuene og har selv jobbet som psykisk helsearbeider. Utgangspunktet for studien og det som førte til at undersøkelsen ble gjennomført var nettopp førsteforfatters erfaring som psykisk helsearbeider i en liten kommune. Når fagpersoner også har rollen som forsker så er det viktig å være klar over at disse rollene kan ha gjensidige innvirkning på hverandre (Thagaard 2009). Et sentralt kriterium for forskningskvalitet er distanse til studiefeltet. Objektivitet og distanse er nødvendig for å sikre et analytisk perspektiv. Nærhet og kjennskap fra før til informanten kan gjøre objektivt vanskelig. I denne undersøkelsen ble derfor kommuner som forskeren hadde en relasjon til fra før utlatt som aktuelle deltakere.

Forskernes forforståelse kan innvirke på tolkningen av dataene fordi forskeren kan tendere og fortolke funn i tråd med egne erfaringer og interesser (Thagaard 2009). Objektiviteten kan imidlertid styrkes ved at flere forskere er involvert. Førsteforfatter hadde i hovedsak positive erfaringer selv med å jobbe som psykisk helsearbeider i en liten kommune. Disse erfaringene ble nyansert i oppstarten av studien gjennom studier av annen forskning om helsearbeid i små samfunn. I denne studien deltok andreforfatter i alle faser av studien. Med førstehåndskjennskap til feltet ble utfordringen i intervjuene å stille de ”selvsagte”, naive og borende spørsmålene for at den «innforståtte kunnskapen» hos informanten skulle komme fram. Andreforfatter bidro i planlegging av intervjuene og i analysefasen med å stille naive spørsmål og dermed til at den innforståtte kunnskapen hos førsteforfatter ble eksplisitt.

Samtidig som avstand og objektivitet må etterstrebes, er nærhet nødvendig for forståelse for studiefeltet. Forskerens kunnskap om feltet gir grunnlag for å forstå deltakerens situasjon og fortellinger. Oppfatningen var at det var en fordel at intervjuene ble gjennomført av en med kjennskap til fagfeltet. Dette styrket muligheten å stille relevante spørsmål samt

oppfølgings spørsmål, noe som vurderes at bidro til å styrke relevansen av temaene som ble tatt opp.

## Resultat

### Organisering av arbeidet.

Informantene vektla som positivt at de hadde frihet til å organisere arbeidsdagen selv, og at de kunne prioritere arbeidsoppgaver de mente var viktige og som de hadde tro på ville ha betydning for pasientene.

«Jeg har en del frihet og fleksitid, trenger ikke å være avhengig av klokka, jeg kan legge opp dagen selv og hvordan jeg vil den skal være» (Informant 4).

«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» (Informant 6).

Samtidig ble det å jobbe alene som psykisk helsearbeider også beskrevet som belastende. En stor utfordring for de som jobbet alene var savnet av å ha noen å dele dagens inntrykk og opplevelser med. Å jobbe alene medførte utfordringer i forhold til fravær fra jobben. Dette gjaldt både planlagt fravær slik som ferie, men også ikke planlagt fravær som egen sykdom eller sykdom hos barn. Den opplevde ansvarsfølelsen medførte at informantene strakk seg langt for å ivareta pasientenes behov. Veiledning ble av alle ansett som viktig, både for bedre pasientbehandling og for egen faglig utvikling. Rundt halvparten av informantene hadde ved intervju tidspunkt et organisert veiledningstilbud. De som ikke hadde dette, uttrykte et sterkt ønske om å få det.

Flere av informantene beskrev kontorforhold og arbeidsinstruks som noe de måtte finne ut av selv. De fleste hadde i dag gode kontorforhold, men enkelte hadde kontorforhold som var uegnet til formålet, for eksempel var det noen som hadde kontor som var uegnet for skjermede samtaler.

Flere hadde kontor nært legekantor og andre helsetjenester. Dette mente de var positivt. De mente det ble enklere for pasientene å komme fordi andre ikke kunne vite om de skulle til lege, tannlege, helsesøster eller psykisk helsearbeider. Anonymiteten ble ivaretatt.

Stillingsinstruks var ofte skrevet av den ansatte selv.

«Min stillingsinstruks er skreddersydd for meg, jeg har sydd den selv» (Informant 2).

Noen opplevde dette som positivt. Andre igjen opplevde mangel på stillingsinstruks som manglende interesse for det fagfeltet de representert fra ledelsens side.

## Samarbeid

Informantene la vekt på både positive og negative erfaringer med samarbeidet med andre offentlig ansatte. Små kommuner er oversiktlige og de offentlige ansatte vet stort sett om hverandre. Dette ble beskrevet som en ressurs som gjorde det enklere å samarbeide med andre etater.

«Det er lettere å samarbeide i en liten kommune, du er kjempenært alle ressurser. Det er lettere å snakke med de på telefonen når du har sett ansiktet deres og vet hvem de er» (Informant 1).

Terskelen for å ta kontakt med andre ansatte ble beskrevet som lav.

Legen var for flere den nærmeste samarbeidspartneren. Informantene opplevde at samarbeidet med legene var avhengig av legenes interesse for fagfeltet. De som erfarte at legene var interesserte, beskrev samarbeidet som godt og viktig for egen trivsel i jobben. De som ikke hadde leger som var interessert eller som hadde vikarleger å forholde seg til, opplevde at de var alene om det helhetlige ansvaret for pasienten.

Gjennomgående beskrev informantene samarbeidet med hjemmebasert omsorg som negativt. Informantene fortalte at de oppfattet at den hjemmebaserte tjenestens tenknings- og forståelsesgrunnlag først og fremst var preget av å få ting gjort fort, 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» (Informant 3).

Opptrappingsplanen (1999) med dens øremerkede midler blir nevnt som årsak til denne forskjellen. 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» (Informant 2).

Å dele sensitive opplysninger med hjemmebasert omsorg var noe flere informanter opplevde som vanskelig. En hovedgrunn til dette var at svært mange ansatte da fikk tilgang til disse opplysningene gjennom journalen og rapporter ved vaktskifte.

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» (Informant 3).

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

## Ansvar

Informantene mente de hadde et stort ansvar for pasientene. Men det opplevde ansvaret sto ikke i samsvar med den formelle myndigheten de hadde som psykiske helsearbeidere. Ble pasienten dårligere hadde ikke informantene henvisningsrett til sykehus eller spesialisthelsetjeneste, selv om de mente at det var de som kjente pasienten best. I praksis var det flere som allikevel skrev henvisninger selv og fikk de underskrevet av lege.

«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» (Informant 2).

Informantenes tilnærming til psykisk helsearbeid ble brukt som begrunnelse for at de mente de måtte ha ansvar for henvisninger. De mente legenes fokus på diagnose og medisiner sa lite om helheten i pasientens situasjon. Den kunnskapen de hadde, for eksempel om bosituasjon, familiesituasjon og økonomi, mente de legene ikke alltid hadde. Å skrive en god og fyldig henvisning for så å gå inn til legen og 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» (Informant 3).

## Å møte pasienten på flere arenaer.

Alle informanter beskrev møter med pasientene etter arbeidstid. Disse møtene kunne være på butikken, bygdefesten, stedets kafé, puben, eller på bygdefesten. Disse møtene innebar alt bare å hilse på til lengre samtaler.

Av de seks informantene var det bare en som opplevde disse møtene som helt uproblematiske. De andre beskrev møtene som mer eller mindre utfordrende avhengig av hvor mye overskudd de selv hadde. På dager med overskudd var det greit å slå av en prat med pasienter på butikken. På dager der informantene selv hadde det slitsomt ble utfordringen mye større.

«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 eller sinte og sure» (Informant 1).

Informantene mente det var umulig å få til et skille mellom privatliv og arbeid når de hadde rollen som psykisk helsearbeider i en liten kommune. De var psykisk helsearbeider 24 timer i døgnet. Flere beskrev det som at de alltid måtte være beredt.

«Du er på scenen hele tiden på en måte... På en eller annen måte er du litt på vakt. Hele tiden er du forberedt på et møte» (Informant 3).

Flere beskrev også at arbeidet deres resulterte i at de trakk seg tilbake fra sosiale arenaer som egentlig var betydningsfulle for dem. Det kunne for eksempel innebære at de sendte ektefelle eller barn på butikken for å slippe å gå dit selv eller at de unngikk stedets kafé som man tidligere pleide å besøke på lørdagene.



Flere fortalte at de sjeldnere gikk på bygdefest eller at de hadde sluttet helt. Utfordringene med bygdefesten handlet først og fremst om alkohol, og da både pasientenes forhold og eget forhold til alkohol. Informantene opplevde at alkohol både senket terskelen for pasientene for å ta kontakt og for hvilke tema de tok opp. Dette opplevde de som vanskelig, særlig fordi de ikke ønsket å måtte avvise pasientene. I forhold til eget alkoholforbruk var de redd for at alkoholen skulle føre til at de brøt taushetsplikten.

Små samfunn er gjennomsiktede noe som krever stor grad av varsomhet når man jobber som psykisk helsearbeider. Dette medførte for de fleste av informantene en endring i forhold til vennenettverket. Pasientene kunne være venner med naboer, eller i slekt med informantens egne venner. Flere fortalte om en endring i hvordan de selv oppførte seg i vennenettverket som fikk følger for relasjonen mellom dem.

«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» (Informant 1).

Denne tilbakeholdenheten ble knyttet til redselen for å bryte taushetsplikten. Noen informanter mente at denne tilbakeholdenheten ikke var belastende, andre opplevde dette som belastende.

Kjennskapen som den psykiske helsearbeideren og pasientene hadde til hverandre ble ikke bare oppfattet bare som negativt. Den gjensidige kjennskapen ble av flere informanter beskrevet som positivt for arbeidssituasjonen og som en hjelp til raskere å kunne utvikle trygge relasjoner.

«Du kjenner pasientene stort sett og du vet stort sett hvilket nettverk de har rundt seg» (Informant 5).

«Jeg tror det gir en trygghet at pasienten vet en del om meg, at jeg er et menneske. Vi gjør de samme feilene, vi er jo bare mennesker på samme måte som pasientene er det. Det er lettere for pasienter og pårørende å ta kontakt i en liten kommune når de kjenner meg og vet hvem jeg er» (Informant 1).

## **Om å strekke seg langt**

Informantene mente at den rollen de hadde overfor pasientene var spesiell og skilte seg fra annet helsearbeid på grunn av den helhetstenkningen de mente preget psykisk helsearbeid. De mente alle ulike sider ved pasientens dagligliv og livssituasjon må inngå når de skal gi hjelp. Informanter beskrev seg som pasientens advokat, koordinator eller midtpunkt. Alle informanter tok imot jobbtelefoner hjemme.

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

Telefoner fra pasienter som ringte hjem til dem ble håndtert forskjellig, noen valgte å svare på alle henvendelsene, andre på noen utvalgte. Dette gjaldt særlig når de fikk telefon om kvelden og natten. Alle opplevde telefoner hjem som utfordrende med tanke på skillet mellom arbeid og fritid. Det var ikke laget retningslinjer fra arbeidsgiver sin side for hvordan de

skulle håndtere denne type henvendelser og det ekstraarbeidet de utførte ble ikke kompensert for på noen måte. En av informantene framhevet det som positivt å ha mulighet til å gå utover grensene for den tradisjonelle yrkesrolla fordi hun så hvor mye det betydde for pasienten.

En av informantene pekte på at det som er positive betingelser for yrkesutøvelsen i småkommuner også kan representere utfordringer og være belastende.

«I forhold til det å jobbe i en liten kommune kjenner jeg på den knivskarpe balansen mellom at dette blir en utfordring som oppleves positivt eller at det blir en utfordring som blir belastende» (Informant 3).

## Diskusjon

Denne undersøkelsen har studert erfaringer psykisk helsearbeidere har med å jobbe i små kommuner i Nordland med særlig tanke på erfaringer med å møte pasienten på flere arenaer i livet, og med organiseringen av arbeidet. Andre undersøker med andre yrkesgrupper har pekt på at det både vil være fordeler og ulemper ved å arbeide i småkommuner (Halås 2006, Hovik og Myrvold 2001). Intervjuene viste på samme måte som tilsvarende undersøkelser i andre land og undersøkelser om andre faggrupper som arbeider i småkommuner, stor grad av selvstendig arbeid og mulighet til nær kontakt med andre yrkesgrupper (Hovik og Myrvold 2001), men også faglig ensomhet (Halås 2006, Gibb 2003). Deltakerne i denne undersøkelsen trekker også fram positive sider som handler om selvstendighet i arbeidet og nærheten til pasienter og brukere. På samme måte som studier fra andre fagfelt viser, så gav små og oversiktlige forhold muligheter, men også mange utfordringer. Informantene i denne undersøkelsen la vekt på både positive og negative sider arbeidssituasjonen, men de negative sidene og belastningene som rolla som psykisk helsearbeider i en liten kommune var likevel mest framtrædende og dominerte i intervjuene.

Intervjuene illustrerer derfor viktige utfordringer for den psykiske helsearbeideren i små kommuner. Intervjuene pekte spesielt på relasjons- og grenseproblemer. Dette handlet om betingelser for yrkesrollen og vurderinger av grenser for denne.

De psykiske helsearbeiderne opplevde at grensen mellom yrkesrollen og rollen som borger var vanskelig å opprettholde og uklar. Den psykiske helsearbeideren måtte ta hensyn til overlappende relasjoner. Yrkesrollen griper langt inn i privatlivet og inn i rollen som borger i lokalmiljøet. De overlappende rollene gjorde også at de må ta spesielle hensyn for å sikre seg mot å bryte taushetsplikten. Behovet for å koble av på fritiden kunne komme i konflikt med rollen som psykisk helsearbeider. Noen av helsearbeiderne opplevde at deres yrkesrolle påvirket posisjonen og relasjoner som de hadde i lokalmiljøet og i vennenettverket. De fleste opplevde det som problematisk å gå på butikken og kafeen eller delta på bygdefesten og i vennenettverket. For noen ble dette så problematisk at de valgte å unngå arenaer der de kunne risikere å måtte avvise pasienten. Dette opplevdes som belastende. Taushetsplikten ble utfordret. Rollen i vennenettverket kunne bli endret. Dermed innvirket rollen som psykisk helsearbeider på relasjoner og roller de hadde på andre uformelle arenaer.

Intervjuene viste at den psykiske helsearbeideren strakte seg langt for å imøtekomme pasientens behov. Overlappende roller kunne påvirke de faglige vurderingene og relasjonene. De fikk nær kjennskap til vanskelige situasjoner, og kunne oppleve at pasienten ble prisgitt

bare dem. Informantene fortalte om dilemmaet med på den ene siden ikke å avvise pasienten og på den andre siden å verne privatlivet sitt. Alle hadde erfaring med å ta imot henvendelser utenom arbeidstiden.

Lokale helsearbeidere kan komme til å legge både for stor og for liten vekt på betydningen av sosiale og kulturelle forhold for det psykiske helseproblemet. Både en overfortolkning og en underfortolkning av betydningen av sosiale og kulturelle forhold kan skje. Stigmatisering kan komme til å prege hjelpeapparatets og lokalmiljøets oppfatning av den hjelpetrengende. Personen kan bli tillagt særlige kjennetegn. På større steder kan personer med psykiske lidelser ha flere arenaer og relasjoner å spille på. På mindre steder kan fastlåste oppfatninger om enkelte personer med psykiske lidelser føre til at den psykiske helsearbeideren ikke gjør nok for å gi hjelp.

I løpet av opptrappingsplanens virkeperiode fra 1999 til 2008 har antall årsverk med høyskole eller universitetsutdanning i innen psykisk helsearbeid økt betydelig, også i Nordland (Helsedirektoratet 2009). Opptrappingsplanens vektlegging av kompetanse hos de ansatte har imidlertid ikke ført til vesentlige endringer i det formelle ansvarsområde til psykisk helsearbeidere (Schönfelder 2007). I dag anbefales en tverrfaglig tilnærming i det psykiske helsearbeidet. Ulike fagfelt kan kombineres og sikre at helheten i brukerens situasjon blir ivaretatt. Den psykiske helsearbeideren opplevde å bli stående ansvarlig for alle sider av tilbud og tjenester til pasientene. Vi vet at en betydelig andel av personer med psykiske lidelser som får hjelp fra kommunalt ansatte psykisk helsearbeidere, også vil ha behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. I 2009 mottok 70 prosent av de personene med psykiske lidelser som fikk hjelp fra kommunene også hjelp fra spesialisthelsetjenesten (Ose, Kaspersen, Lilleeng, og Kalseth 2010).

Opptrappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet 1999) hadde som utgangspunkt at psykisk helsearbeid i kommunene ikke skulle være en egen tjeneste. De fleste kommunene har likevel valgt å organisere dette som en egen tjeneste. 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 ha psykisk helsearbeid som en egen tjeneste. I 2009 hadde 73 prosent av kommunene på landsbasis organisert psykisk helsearbeid for voksne som en egen tjeneste (Ose, Haus-Reve og Kaspersen 2011). Også flesteparten (63 prosent) av kommunene som har under 2000 innbyggere hadde da psykisk helsearbeid som en egen tjeneste, mens 22 prosent hadde en integrert modell-tjeneste. I 13 prosent av kommunene hadde rådmann eller helsesjef ansvaret for tjenesten og 2 prosent hadde en kombinasjonsmodell. En vellykket integrering, enten formell eller uformell, av tjenestesteder vil forutsette gjensidig respekt og aksept for hverandres fagfelt (Ball, Forbes, Parris og Forsyth, 2010). Andre undersøkelser peker på at psykiske helsearbeidere kan oppleve manglende verdsettelse fra andre helsearbeidere (Schönfelder 2007). Erfaringene til enkelte av deltakerne i vår undersøkelse var at ansatte i de hjemmebaserte tjenestene ikke hadde den nødvendige forståelsen for det psykiske helsearbeidet. Den psykiske helsearbeideren var tilbakeholden med å dele informasjon med ansatte i de hjemmebaserte tjenestene fordi de følte de måtte beskytte brukeren.

Informantene opplevde å ha et betydelig ansvar, både for helheten i pasientens situasjon og for å legge til rette egne arbeidsforhold. Dette var et ansvar de ofte sto alene om. Ansvar og selvstendighet i yrkesrollen kan være positivt, men når gap mellom reelt og formelt ansvar blir for stort, kan mange oppleve dette som negativt. Denne opplevelsen deles av australske

psykiatriske sykepleiere som jobber i rurale strøk (Gibb 2003). Den formelle organiseringen gjenspeiler ikke den reelle opplevelsen av ansvar.

Mange trekk ved arbeidet som psykisk helsearbeider i småkommuner vil være felles med tilsvarende arbeid i større kommuner. Lipsky (1980) utviklet teorien om Street-Level Bureaucracy, på norsk «bakkebyråkrater» (Offerdal 1986), som omhandler arbeidet som tjenesteyter i åpen omsorg. En «bakkebyråkrat» jobber med komplekse situasjoner som det er vanskelig å lage prosedyrer for. De fleste jobber alene og må ta mange avgjørelser uten å rådføre seg med andre faginstanser. Scönfelder (2007) hevder at det er «bakkebyråkratene» som står for kontinuiteten i møte med pasientene. De har mest kontakt med pasientene. I følge Scönfelder (2007) blir utveksling av verdifull erfaring som gagnar pasienten hindret av et system som ikke regner med bakkebyråkratene. Selv om mange ansatte som arbeider i kommunale tjenester vil stå overfor utfordringer som er typiske for «bakkebyråkrater», er det likevel grunn til å peke på at ansatte i småkommuner har noen særlige utfordringer, nettopp grunnet rollekompleksiteten og et fraværende fagmiljø.

Undersøkelsen baserer seg på et begrenset antall intervjuer. Situasjonen i andre småkommuner kan se annerledes ut. Vi kan heller ikke se bort fra at selve undersøkelsen medvirket til at utfordringene og de negative sidene fikk stor plass i intervjuet. Imidlertid kan det være at psykisk helsearbeid har noen særtrekk som gjør at det å arbeide alene i en liten kommune vil være spesielt utfordrende. At dette er et relativt nytt kommunalt fagfelt kan også ha innvirket.

I rekrutteringen av informanter ble det ikke tatt hensyn til at informantene kunne ha bosted i en annen kommune enn der de var ansatt. Det viste seg at for alle informantene i denne undersøkelsen, så var bostedskommune samme kommune som der de var ansatt. Imidlertid er det rimelig å anta at resultatene ville blitt andre dersom den psykiske helsearbeideren hadde bodd i en annen kommune enn der hun eller han arbeidet.

### **Hva kan gjøres?**

Basert på resultater fra denne undersøkelsen er det mulig å framheve ulike tiltak for å bedre arbeidssituasjonen for psykiske helsearbeidere i småkommuner. Først og fremst er det nødvendig at både statlige og lokale myndigheter er oppmerksomme på utfordringer for det psykiske helsearbeidet i småkommuner og legger til rette for ulike typer tiltak for å bedre arbeidssituasjonen. Det er mulig å lære av erfaringer med fagutvikling i småkommuner innen andre fagfelt (Fylkesmannen i Norland 2007), samtidig som en statlig satsing måtte ta hensyn til særtrekk ved psykisk helsearbeid.

Intervjuene tydet på at det var av stor betydning at legen var interessert i og viste respekt for deres fagfelt og kompetanse. Vi har her sett at de psykiske helsearbeiderne selv tok ansvar for å formulere henvisninger på vegne av legen. Et konkret tiltak for å sikre at kompetansen til den psykiske helsearbeider blir brukt i arbeidet med henvisninger, kunne være å iverksette et systematisk tverrfaglig fagutviklingsarbeid om henvisningspraksisen. Her vil kompetansen til den psykiske helsearbeideren kunne synliggjøres.

Alle kommuner har hjemmetjeneste. Mangel på tid fra hjemmebaserts omsorgs side til samarbeid og utvikling av felles forståelse så ut til å være gjennomgående. Intervjuene kan også antyde at hjemmetjenesten kan ha mangler når det gjelder kunnskap og forståelse for

psykiske lidelser. Kanskje har det vært spesielt uheldig for småkommunene at psykisk helsearbeid har fått utvikle seg som en tjeneste på siden av hjemmetjenesten? Integrasjon kan bidra til økt forståelse for psykiske lidelser også i hjemmetjenesten. Det er derfor påkrevet å se nærmere på muligheter og betingelser for nærmere integrasjon og samarbeid både formelt og uformelt, for eksempel med utgangspunkt i erfaringer fra småkommuner som har integrerte modeller. Et konkret tiltak vil kunne være en organisatorisk samordning av hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid i kommuner der disse tjenesten ikke er samordnet. Organisatoriske samordning kan bidra til å styrke en felles forståelse for faglige tilnærminger og arbeidsoppgaver. Et annet konkret tiltak kunne være utvikling av opplæringsprogrammer om psykiske lidelser rettet mot annet helsepersonell, uten at målet med programmene trenger være å gi spesialkompetanse innen psykisk helsearbeid.

Følelsen av faglig isolasjon og overveldende ansvar kan også reduseres ved andre virkemidler. Oppmerksomhet fra arbeidsgivers side på at det kan være utfordringer med å etablere grenser mellom arbeidstid og fritid, kan være en hjelp for den ansatte. Sikre god kunnskap om den psykiske helsearbeideres arbeidssituasjon blant ledere vil kunne være et konkret tiltak.

Den psykiske helsearbeideren må gis mulighet til å delta i fora der ulike dilemma kan drøftes. Veiledning kan til en viss grad øke opplevelsen av mestring og dermed hindre utbrenthet (Dahlquist, Söderberg og Norberg 2009, Hyrkäs 2005). Enda et konkret tiltak for å bedre situasjonen for ansatte i småkommuner kan være deltakelse i fagnettverk med andre i lignende yrkesroller i andre kommuner. Dette er tiltak som allerede er iverksatt mange steder. Fagnettverk kan spille en positiv rolle på mange områder, men vil ha begrensninger i forhold til å skulle bidra overfor konkrete brukersaker. Spesialisthelsetjenesten skal være en støttespiller og faglig rådgiver for psykiske helsearbeidere i kommunene, også ved bruk av oppsøkende team. Imidlertid vil ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke ha samme kjennskap til den lokale konteksten og de sosiale sammenhengene.

Andre virkemidler for å redusere faglig isolasjon kan være relativt rause muligheter til deltakelse på fagkonferanser. Her kan for eksempel statlige myndigheter utvikle særskilte støtteordninger målrettet mot fagfolk i mindre kommuner. Et annet tiltak kan være utvikling av faglitteratur som relaterer behandling, hjelp og støtte til kontekstuelle og sosiale forhold. I Norge har vi ikke faglitteratur om dette. Intervjuene og litteraturgjennomgangen her illustrerer dette. De psykiske helsearbeiderne har måtte finne fram til løsninger på egen hånd.

Enda et tiltak kan være å gi utvalgte kompetansemiljøer ansvar for rådgivning, veiledning, kompetanseutvikling og forskning av relevans for helsefaglig yrkesutøvelse i småkommuner. Dette bør være fagmiljøer som har bred kompetanse om velferds- og helsetjenestene, sosiale sammenhenger og kontekstuelle forhold, og ikke bare kompetanse om spesifikke helseproblemer og brukerbehov. Det å involvere pasienter og brukerne er viktig, ikke bare for å finne fram til gode tilpassede løsninger for den enkelte, men også for å finne fram til virkemidler for kompetanseutviklingen i småkommuner.

## Videre forskning

Forskning om temaet for denne artikkelen er begrenset til tross for det store antallet småkommuner vi har i Norge. Forskningen vil kunne bidra til utvikling av nye arbeidsmetoder og modeller for tverrfaglig psykisk helsearbeid i småkommuner og dermed gi den psykiske helsearbeideren flere handlingsmuligheter. Studier som sammenligner psykisk helsearbeid med andre fagfelt, vil kunne frambringe kunnskap om særlige forhold ved det psykiske helsearbeidet i småkommuner. Studier med kvantitative tilnærminger i bredere utvalg vil kunne studere forekomst og variasjon av de forholdene som denne artikkelen har tatt opp.

Denne artikkelen har drøftet situasjonen sett fra den psykiske helsearbeiderens perspektiv. Imidlertid er det rimelig å forvente at de særlige kjennetegnene ved småkommunene vil ha betydelig innvirkning på brukers tilgang til og opplevelse av hjelpen. Hjelpemiddelet er lettere tilgjengelig og mer oversiktlig, men brukeren kan også oppleve å være prisgitt noen få personer og møte et mangelfullt hjelpemiddel. Tilgang på tverrfaglig hjelp vil være begrenset og kvalifisert helsepersonell kan mangle. Det kan være mange barrierer for tilgang til tjenester. Tidligere negative erfaringer med hjelpen kan få større betydning enn i større kommuner fordi den hjelpetrengende har få alternativer. Dette kan påvirke den hjelpesøkende atferden i negativ retning (Judd og Jackson et al 2006). Det kan finnes få alternative private helsetjenester. Personen som har helseproblemet kan kjenne til begrensningene ved hjelpemiddelet og kan da redusere forventningene sine etter hva de tror det er mulig å få hjelp til.

Psykisk helsearbeid forutsetter kompetanse om ulike gruppers behov. Dette gjelder for eksempel for barn, eldre og personer med sammensatte problemer. Manglende kunnskap blant helsearbeiderne i småkommuner kan gjøre at disse gruppene faller helt utenfor den psykiske helsetjenesten. Saksbehandlingsrutiner kan være dårlig utviklet dersom enkelte fagpersoner blir stående alene om å utvikle disse, noe som igjen kan påvirke pasientenes rettsikkerhet. Det betyr at det er stort behov for forskning om behovet og situasjonen til ulike grupper av personer med psykiske lidelser som bor i småkommuner.

## Konklusjon

Sentrale mål for nedbygging av institusjonsomsorgen var utvikling av et likeverdig, inkluderende og ikke stigmatiserende tilbud til personer med psykiske lidelser i kommunene. Denne artikkelen har pekt på utfordringer som psykiske helsearbeidere i småkommuner står overfor med tanke på kontinuitet i tjenesten for dermed å bidra til et godt og inkluderende tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser. Det å styrke dette fagfeltet i småkommuner kan spille en viktig rolle med tanke på å sikre rekruttering og stabilitet i tjenesten og til virkeliggjøring av idealene om et likeverdig og inkluderende tilbud til personer med psykiske lidelser.

## Litteratur

- ..Almvik, A (1994) *En annerledes fagrolle?* Rapport. Trondheim: Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag.
- Ball, R, Forbes, T, Parris, M og Forsyth, L (2010) The evaluation of partnership working in the delivery of health and social care, *Public Policy and Administration*, 25(4): 387-407.
- Blue, I og Fitzgerald, M (2002) Interprofessional relations: case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia, *Journal of Clinical Nursing* 11(3): 314-321.
- Christie, N. (1975) *Hvor tett er et samfunn*, Universitetsforlaget: Oslo.
- Dahlqvist, V, Söderberg, A og Norberg, A (2009) Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience, *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 16(3): 242-247.
- Field, J (2003) *Social Capital*, London: Routledge.
- Findholt, N (2010) The Culture of Rural Communities: An Examination of Rural Nursing Concepts at the Community Level. I (red.) Winters, C og Lee, J.H *Rural Nursing Concepts, Theory and Practice* New York: Springer Publishing Company.
- Fylkesmannen i Nordland (2007) Sluttrapport. Småkommuneprosjektet.
- Gibb, H (2003) Rural community mental health nursing: A grounded theory account of sole practice, *International journal of Mental Health Nursing* 12 (4): 243-250
- Granovetter, M (1973) The strength of weak ties, *American Journal of Sociology*, 78 (6): 1360-1380.
- Halås, C. T (2006) *Med nærhet som styrke – fagutvikling med og om sosialarbeiderpraksiser i små kommuner*. Hovedfagsoppgave Høgskolen i Bodø.
- Harris, J (2001) *Tönnies Community and Civil Society*. Cambridge: Cambridge University Press
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561.
- Helsedirektoratet (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder IS-1332.
- Hovik, S og Myrvold, T. M (2001) *Smått og godt? – Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikator diskusjon*. Oslo: NIBR
- Hyrkäs, K (2005) Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*. 26(5):531-556.
- Judd, F og Jackson, H et al. (2006) Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 40(9): 769-776.
- Kaspersen, S.L og Ose, S.O (2011) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2010. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. SINTEF-rapport A21131. Trondheim: SINTEF
- Kvale, S og Brinkmann, S (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lipsky, M (1980) *Street-Level bureaucracy dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation
- Malterud, K.(2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- Offerdal, A (1986) *Til tjeneste? Bakkebyråkrati og brukere i storbykommunen*. Universitetsforlaget. Oslo

- Ose, S. O, Kaspersen, S. L., Lilleeng, S og Kalseth, J (2010) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. SINTEF rapport A14167. Trondheim: SINTEF
- Ose, S. O, Haus-Reve,S og Kaspersen,S (2011) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009: årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. SINTEF rapport 17039. Trondheim: SINTEF.
- Pedersen, M. L. (2007). *Hjelperen er ingen trestubbe. En kvalitativ studie av hjelperens opplevelser og erfaring*. Trondheim. NTNU.
- Roberts, L. W. og Battaglia,J. et al (1999). Frontier ethics: Mental health care needs and ethical dilemmas in rural communities. *Psychiatric Services* 50(4): 497-503.
- Scönfelder, W (2007) *Mellom linjene i psykisk helsevern. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*, Doktorgradsavhandling. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Sosial- og helsedepartementet (1999), St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.
- SSB (2012) Registrerte arbeidsledige, årsgjennomsnitt 2011.  
<http://www.ssb.no/vis/emner/06/03/regledig/main.html>
- Thagaard, T (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*, Oslo: Fagbokforlaget.
- Ytrehus, S (2004) *Fattige barn i Norge. Hvem er de og hvor bor de?* Fafo-rapport 445. Oslo: Fafo.