

Emma Louise Erstad

«For oss er du verdig hele veien»

En kvalitativ studie av hvordan ledere i en kommune beskriver sine erfaringer med å følge opp sykemeldte ansatte med psykiske helseproblemer

Masteroppgave i rådgivningsvitenskap

Trondheim, mai 2017

Veileder

Ottar Ness

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for pedagogikk og livslang læring



Sammendrag

Arbeidslivet kan gi struktur i hverdagen, sosial støtte og økonomisk trygghet. Dette ses på som viktig i forhold til god psykisk helse. Samtidig er sykefraværet i Norge høyt, og mange blir fulltidssykemeldte av psykiske årsaker. Det fører til økonomiske konsekvenser for bedrifter, og for samfunnet. Regjeringen satser mer på arbeid og psykisk helse, og ønsker å få sykefraværet ned. Ledere har gjennom arbeidsmiljøloven og IA-avtalen hovedansvaret for å følge opp sykemeldte, og det er sannsynlig at de vil komme i kontakt med ansatte med psykiske helseproblemer. Det er forsket lite på kompetansen og holdningene til ledere som skal følge opp ansatte med psykiske helseproblemer, selv om forskning viser at helhetlig oppfølging gir positive resultater.

I denne studien har jeg undersøkt hvordan ledere i en kommune beskriver sine erfaringer med å følge opp ansatte med psykiske helseproblemer. Ved en kvalitativ intervjustudie undersøkte jeg følgende problemstilling: «Hvordan beskriver ledere i en kommune sine erfaringer med å følge opp sykemeldte ansatte med psykiske helseproblemer?». Deltakerne i studien var fem ledere med personalansvar i ulike instanser i kommunen, og alle hadde erfaring med å følge opp ansatte med psykiske helseproblemer. Av det innsamlede datamaterialet gjennomførte jeg en tematisk analyse og kom frem til fire funn: 1) «Å ivareta sine ansatte også mens de er sykemeldte», 2) «Å være et medmenneske i sin rolle som leder», 3) «Å samarbeide med andre involverte i oppfølgingsarbeidet» og 4) «Åpenhet om psykisk helse».

I diskusjonen ser jeg på studiens fire funn opp mot teorigrunnet om veiledning, personsentrert teori, recovery, relasjonsledelse, og tidligere forskning. Jeg diskuterer hvordan deltakerne i denne studien beskrev hvordan de orienterer seg om hva ansatte trenger fra lederen når han eller hun er sykemeldt, og hvordan de ønsket å være en støttespiller for sine ansatte som strever psykisk. Videre diskuterer jeg ambivalens i sykefraværarbeidet i forhold til ulike roller lederen har, og ulike holdninger i forhold til jobbnærværelse ved sykefravær.

Sentrale poeng fra diskusjonen er hvordan ledere kan spille en viktig rolle for sine ansatte ved å fange opp om noen har det vanskelig, og å være en å snakke med. I tillegg kan de gjøre det mulig for ansatte å jobbe i en recoveryprosess ved god tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Å være leder og oppfølger på samme tid kan være utfordrende, fordi som leder har man et ansvar for at arbeidsoppgaver blir gjort, men som oppfølger vil man forsøke å tilrettelegge og gjøre det beste for ansatte. Viktigheten av åpenhet, rolleavklaring og å være en støtte blir diskutert som viktig i sykefraværsoppfølging i forhold til psykiske helseproblemer.

Nøkkelord: *sykefravær, sykefraværsoppfølging, psykiske helseproblemer, recovery*

Abstract

A job can give structure in everyday life, social support and a stable economy. These matters are considered positive for mental health and well-being. Sick leave in Norway is considered high, and some of it is caused by mental health problems. This has economic consequences for businesses and society. The Government is focusing on work and mental health, and aims to lower the number of people on sick leave. Leaders are responsible by law to follow-up on sick leave. Since much of the absence is caused by mental health problems it is likely that leaders will meet employees who struggle with mental health. There is not much research on leaders' competence and attitudes towards employees with mental health problems.

In this study, I have examined how leaders in a municipality describe their experiences with employees on sick leave, follow-up and mental health problems. Through qualitative interviews with five participants I have examined the following question: "How do leaders in a municipality describe their experience following up employees who struggle with mental health problems?". All the participants had experiences with meeting employees on sick leave who had mental health problems. I conducted a thematic analysis of the collected data, which resulted in four themes: 1) "To take care of employees also when they are on sick leave", 2) "To be an equal companion as a leader", 3) "To cooperate with others in follow-up of sick leave" and 4) "Openness about mental health".

In the discussion, I look at these four findings and review them with theory about guidance, person-centered theory, recovery and relational-oriented leadership, as well as former research on the topics. I discuss how leaders in this study figured out what their employees needed from them when having mental health problems, and a wish to be supportive towards employees with mental health problems. Further, I discuss ambivalence in relation to the leader's different roles, and different attitudes towards sickness presenteeism.

Important findings are how leaders can play a crucial role in their employees' life. They can recognize if employees are having a hard time and be someone to talk to. Leaders can make it possible to work in a recovery process by finding alternative work tasks. To be a leader can be challenging because a leader also has a responsibility managing other employees and to follow-up and try to find a good solution for the employee. The importance of openness, to clarify roles and give social support are stressed as important in this study.

Keywords: *sick leave, follow-up, mental health problems, recovery*

Forord

Jeg vil bruke dette forordet til å takke følgende:

Tusen takk til deltakerne i denne studien. Det var veldig interessant å snakke med dere og å få et innblikk i hvordan deres erfaringer med psykisk helse og sykefravær har vært. I tillegg vil jeg takke kontaktpersonen min i kommunen som satte meg i kontakt med deltakerne, og trodde på prosjektet mitt!

Tusen takk til medstudentene i klassen for idéutforskning før masterarbeidet, og samarbeid om å finne ut av praktiske ting gjennomgående i arbeidet med masteroppgaven.

Tusen takk til mamma og pappa som alltid støtter meg i det jeg gjør, og spesielt til mamma som har hjulpet til mye med korrekturlesing.

Tusen takk til Håvard som har støttet meg gjennom hele studieløpet, og vært der for meg uansett hvor eller hva jeg har studert.

Og tusen takk til veileder Ottar Ness for raske svar på mail og telefon, gode tilbakemeldinger og for god støtte.

Emma Louise Erstad

Trondheim, Mai 2017

Innhold

Abstract.....	v
Forord.....	vii
1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.3.1 Psykiske helse.....	3
1.3.2 Ledelse.....	4
1.3.3 Arbeidsmiljøloven, IA-avtalen og sykefraværsoppfølging.....	4
1.4 Oppgavens struktur.....	5
2. Teoretisk rammeverk og tidligere forskning.....	7
2.1 Teori om veiledning.....	7
2.1.1 Grenseområder til terapi og ledelse.....	8
2.2 Personsentrert teori.....	9
2.2.1 Personsentrert kommunikasjon.....	11
2.2.2 Sykefraværsoppfølging og personsentrert teori.....	12
2.3 Recovery.....	12
2.4 Relasjonsledelse.....	13
2.5 Tidligere forskning på oppfølging og sykefravær.....	15
3. Metode.....	17
3.1 Kvalitativ metode.....	17
3.1.1 Fenomenologi.....	17
3.1.2 Hermeneutikk.....	18
3.1.3 Fenomenologisk-hermeneutikk.....	18
3.2 Datainnsamling ved kvalitativt intervju.....	18
3.2.1 Utvalg og rekruttering.....	19
3.3 Intervju og gjennomførelse.....	20
3.3.1 Transkripsjon.....	21
3.3.2 Analyse av datamaterialet.....	22
3.4 Studiens kvalitet.....	24
3.5 Ethiske refleksjoner.....	25
3.5.1 Informert samtykke.....	25

3.5.2	Konfidensialitet.....	26
3.6	Forskerrollen og forforståelse.....	26
4.	Presentasjon av funn	29
4.1	Å ivareta sine ansatte også mens de er sykemeldte	29
4.2	Å være et medmenneske i sin rolle som leder	32
4.3	Å samarbeide med andre involverte i oppfølgingsarbeidet	35
4.4	Åpenhet om psykisk helse	36
5.	Diskusjon	39
5.1	Når ansatte har psykiske helseproblemer.....	39
5.1.1	Orienter seg om hva ansatte trenger fra lederen.....	39
5.1.2	Å være en støttespiller for ansatte med psykiske helseproblemer	42
5.2	Motsetninger i arbeidet med sykefraværsoppfølging og psykiske helseproblemer. 44	
5.2.1	Å være et medmenneske, leder og oppfølger på samme tid	44
5.2.2	Ulike holdninger i forhold til jobbnærværelse ved sykefravær	47
6.	Avslutning.....	51
6.1	Implikasjoner for praksis	51
6.2	Studiens begrensninger og videre forskning.....	52
6.3	Avsluttende refleksjoner	53
	Referanser	55
	Vedlegg.....	65
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	69
	Vedlegg 3: Godkjenning fra Personvern for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD).....	72

1. Innledning

Yrkesaktivitet utgjør er en stor del av livet for de fleste voksne mennesker. Det kan blant annet gi økonomisk sikkerhet, struktur i hverdagen, tilgang til sosial støtte og påvirkning på selvbildet og identitet (Hogg & Vaughan, 2008; Lagerveld & Blonk, 2012; Tetrick & Quick, 2012). Alt dette ses på som viktig for å opprettholde god helse (Ekspergrupperapport, 2010). Likevel er sykefraværet i Norge høyt. Per 4. kvartal i 2016 var sykefraværet på 6,4 prosent for alle sektorer, og 8,5 prosent i kommunal forvaltning (SSB, 2017). Sammenliknet med andre nordeuropeiske land er dette fraværet høyt (Gleinsvik, Klingenberg, & Mastekaasa, 2014). Det ser ut som psykiske helseproblemer er en av hovedårsakene til sykefraværet (Øverland, Kundsén, & Mykletun, 2011).

Mange blir fulltidssykemeldte (Einarsen, Øverland, & Schulze, 2011), og et økende antall mennesker med psykiske lidelser får også innvilget uføretrygd (Helsedirektoratet, 2016). Dette kan ha negative konsekvenser for personen, bedrifter og samfunnet. Psykiske helseproblemer viser seg å være årsaken til flere tapte årverk enn noen andre helseproblemer i Norge (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Bjaarstad, Hatling, Trane, & Reinerstsen, 2014). Flere studier har funnet at yrkesaktivitet er positivt for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014; Arnstein Mykletun, Kundsén, & Mathiesen, 2009; Waddell & Burton, 2006). De fleste mennesker med psykiske helseproblemer ønsker også å delta i yrkeslivet. En studie har vist at seks av ti personer med psykiske lidelser ønsker å jobbe (Bjaarstad et al., 2014).

Denne informasjonen stiller jeg meg spørrende til. Arbeid synes å bedre psykisk helse, men likevel blir mange med psykiske helseproblemer fulltidssykemeldte, og blir værende utenfor arbeidslivet. Regjeringen har hatt en egen satsing på arbeid og psykisk helse siden 2007, og har utarbeidet en nasjonal strategiplan for dette. Erfaringene fra denne strategiplanen har blant annet vist at tett og helhetlig oppfølging er noe som fungerer (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Med denne masteroppgaven ønsker jeg å se nærmere på sykefraværsoppfølging og psykiske helseproblemer. Strategiplanen har vist at tett oppfølging fungerer, men hva innebærer det for ledere? Hvordan er det egentlig for en leder å sitte med ansvaret med å følge opp ansatte? Veien til et ønske om å utforske lederes erfaringer med sykefraværsoppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer har kommet fra ulike hold.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har lenge vært interessert i psykisk helse, og spesielt hva som fremmer det. Etter en bachelorgrad i helsepsykologi ble jeg ytterligere interessert i å vite mer om dette. Senere tok jeg faget arbeids- og organisasjonspsykologi ved NTNU, og utviklet en interesse for hvordan arbeid kan være viktig for helsen. Ved et praksisopphold i forbindelse med masterstudiet i rådgivningsvitenskap var jeg hos NAV på Senter for jobbmestring i Sør-Trøndelag. Der fikk jeg erfare hvordan de jobbet med å kombinere arbeid og behandling av psykiske helseproblemer. På Senter for jobbmestring jobbet de med mennesker som hadde falt ut av arbeidslivet, eller var sykemeldt som følge av lettere psykiske helseproblemer (NAV, 2015). De jobbet med en metode som kalles IPS (Individual Placement and Support). Det er en oppfølgingsmetode med mål å hjelpe personer med psykiske helseproblemer, og å få de ut i ordinært lønnet arbeid (NAV, 2016). Filosofien bak IPS er troen på at alle mennesker med psykiske helseproblemer kan ha en «vanlig» jobb, men en må finne riktig type arbeid og et passende arbeidsmiljø (NAV og Helsedirektoratet, ukjent år).

Denne metoden syntes jeg var svært inspirerende. Den stemte godt overens med erfaringene fra arbeids- og organisasjonspsykologi om viktigheten av arbeid for psykisk helse. På bakgrunn av dette, i tillegg til en lang interesse knyttet til psykisk helse ble jeg mer interessert i psykisk helse og arbeid. Jeg begynte å bli nysgjerrig på sykefraværsoppfølging, spesielt fra leder sin side fordi jeg visste lite om fenomenet fra det perspektivet. Av dette vil denne masteroppgaven undersøke hvordan ledere beskriver sine erfaringer med sykefraværsoppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om, og få et innblikk i lederes perspektiv knyttet til sykefraværsoppfølging og psykisk helse. Problemstillingen er:

Hvordan beskriver ledere i en kommune sine erfaringer med å følge opp sykemeldte ansatte med psykiske helseproblemer?

Jeg ønsker med denne studien å få mer innsikt og kunnskap om hvilke erfaringer ledere har knyttet til oppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer. Jeg har intervjuet ledere i en kommune på Østlandet. Av anonymiseringshensyn ønsker jeg ikke å identifisere kommunen. Jeg valgte å undersøke ledere i samme kommune da de har de samme retningslinjene å forholde seg til i forhold til oppfølgingsarbeid. Denne kommunen er en IA-virksomhet, og har dermed enda strengere krav knyttet til oppfølging. Jeg vil utdype mer om IA-avtalen og sykefraværsoppfølging i kapittel 1.3.3.

Jeg vil nå utdype noen av valgene av begreper i problemstillingen. Jeg har valgt å bruke begrepet ansatt istedenfor medarbeider. Medarbeider kan sikte til en som har lik posisjon som en selv. Siden det foreligger en forskjell i ledere og ansatte sitt ansvar i sykefraværsoppfølgingsarbeid synes jeg leder og ansatt tydeligere viser disse forskjellene (Arbeidstilsynet, 2011). Jeg har valgt å bruke begrepet erfaring istedenfor opplevelse. Erfaring defineres som informasjon eller kunnskap som en person får gjennom sansing og handling (Teigen, 2011). Dette begrepet mener jeg favner mer av det jeg er ute etter i denne studien.

Sykefravær kan deles inn i nødvendig og unødvendig fravær (Einarsen et al., 2011), men jeg vil påpeke at fokuset i denne oppgaven ikke nødvendigvis er på selve sykemeldingen og fraværet, men hva ledere erfarer når ansatte strever psykisk.

En leder skal veilede og følge opp sykemeldte ansatte (Thomsen & Øien, 2009). Jeg vil ta utgangspunkt i at lederen skal være en veileder, og blant annet bruke teori om veiledning (se kapittel 2.1). Jeg ser for meg at ledere eller andre rådgivere som deltar i sykefraværsoppfølging kan dra nytte av denne oppgaven. Jeg vil i diskusjonen se på funnene i lys av blant annet teori om veiledning, personsentrert teori, recovery, relasjonsledelse og tidligere forskning. Nedenfor vil jeg forklare begrepene psykisk helse, ledelse og gi en utgreiing om sykefraværsoppfølging. Deretter følger en utdyping av oppgavens videre struktur.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Psykiske helse

Jeg har valgt å ta i bruk begrepet psykisk helse og psykiske helseproblemer istedenfor andre begreper som psykisk sykdom eller psykiske lidelser. Dette er fordi jeg ikke ønsker å ha et diagnosefokus (Langeland & Vaardal, 2014; Lorem, 2014). Psykisk helse knyttes til en subjektiv opplevelse (Andersen, 2016), og begrepet psykiske helseproblemer synes jeg derfor er mer passende til teorigrunnlaget som denne oppgaven baserer seg på (se kapittel 2).

Psykisk helse defineres av Verdens helseorganisasjons som:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (sitert i Paasche, 2012 avsn. 1)

Denne definisjonen viser at psykisk helse handler om å kunne takle livet og realisere seg selv. I tillegg innebærer den at man har mulighet til å arbeide på en god måte. Verdens helseorganisasjon har også definert hvordan de ønsker å arbeide med psykiske helseproblemer:

We believe that the primary aim of mental health activity is to enhance people's well-being and functioning by focusing on their strengths and resources, reinforcing resilience and enhancing protective external factors (sitert i Rogan, 2014, s. 15).

Fokus i arbeid med psykiske helseproblemer er velvære, ressurser og muligheter. Det er et mer fremtidsrettet positivt menneskesyn med fokus på utvikling og realisering. Det argumenteres for at det åpner opp for at andre aktører enn behandlere kan ta del i, og spille en viktig rolle i personers utvikling (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013).

1.3.2 Ledelse

Det finnes flere forskjellige definisjoner på ledelse, men noen kjennetegn går igjen i flere. En definisjon som tar for seg flere av kjennetegnene er at ledelse handler om en prosess hvor en organisert gruppe blir påvirket i retning av å nå sine mål (Skogstad, 2015). I en bedrift har ansatte et behov for en leder som viser retning, og dermed reduserer usikkerhet rundt arbeidet. Ledere har det overordnede ansvaret for sykefraværsoppfølging, ifølge arbeidsmiljøloven (Arbeidstilsynet, 2011). Personalledere er viktige i den omsorgsplikten de har ovenfor sine ansatte (Skogstad, 2015).

1.3.3 Arbeidsmiljøloven, IA-avtalen og sykefraværsoppfølging

Arbeidsmiljøloven i Norge setter krav til et forsvarlig arbeidsmiljø både for arbeidsgivere og arbeidstakere (Pedersen & Einarsen, 2011). I tillegg til at loven skal sikre at arbeidsmiljøet skal være godt og helsefremmende skal den også bidra til likestilling, individuell tilpasning, og innflytelse eller medvirkning fra ansatte. Arbeidsgiver er ansvarlig for å sikre at dette blir gjennomført (Arbeidstilsynet, 2011).

Ifølge arbeidsmiljøloven §4-6 har arbeidsgiver plikt til å tilrettelegge for arbeidstakere som får en endret helsetilstand i løpet av arbeidsforholdet. En arbeidsgiver har ansvar for oppfølging av sykefravær i henhold til arbeidsmiljøloven §3-1 og §4-6. Arbeidsgiver skal utarbeide en oppfølgingsplan innen fire uker etter sykemelding. Ved syv ukers sykemelding skal arbeidsgiver kalle den ansatte inn til dialogmøte 1. Ved 26 uker skal NAV kalle inn til dialogmøte 2. I den aktuelle kommunen som undersøkes var dette blitt endret til 19 uker. Ett år er maksimaltid for sykepengene, og når ett år nærmer seg skal NAV kalle inn til dialogmøte 3 (Arbeidstilsynet, 2011; Djuve, Hagelund, & Kavli, 2015; Inkluderende.no, 2014).

IA-avtalen, eller avtalen om inkluderende arbeidsliv ble inngått av partene i arbeidslivet for første gang i 2001. Den gjeldende avtalen ble undertegnet i 2014, og gjelder ut 2018 (Regjeringen, 2017a). IA-arbeid foregår på arbeidsplassen hvor både arbeidsgiver og arbeidstaker er forpliktet til å samarbeide for å utvikle en mer inkluderende arbeidsplass. Alle virksomheter kan bli en IA-virksomhet ved å inngå en samarbeidsavtale (Regjeringen, 2017b). Dette har den aktuelle kommunen i denne studien gjort. Som en IA-virksomhet forplikter kommunen seg til å følge en oppfølgingsplan med hensyn til sykefravær. Kommunen får

fordeler, som egen kontaktperson ved NAV Arbeidslivssenter, gratis kurs, økonomisk tilskudd til forebygging og tilrettelegging, og utvidet rett til egenmelding (Inkluderende.no, 2014; Regjeringen, 2014).

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Etter dette innledningskapitlet følger teorikapitlet. Her vil jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. Teoriene som er valgt ut er knyttet til veiledning, personsentrert teori, recovery og relasjonsledelse. I samme kapittel vil jeg også ta for meg relevant forskning om sykefraværsoppfølging og psykiske helseproblemer. I det tredje kapitlet tar jeg for meg hvilke metodiske valg jeg har tatt, og hvordan jeg har gjennomført studien. Studiens funn blir presentert i kapittel fire, før de blir diskutert i kapittel fem opp mot utvalgt teorigrunnlag og relevant forskning. I avslutningskapitlet vil jeg se på implikasjoner for praksis, studiens begrensninger og hvilket behov det er for videre forskning på temaet. Helt til slutt vil jeg komme med noen avsluttende refleksjoner.

2. Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. Teoriene som er valgt ser jeg på som hensiktsmessige for å drøfte resultatene. Først vil jeg ta for meg teori om veiledning og veiledningens grenseområder i forhold til terapi og ledelse slik Tveiten (2015) fremstiller det. Deretter vil jeg plassere oppgaven i en rådgivningskontekst ved personsentrert teori. Etter dette vil jeg gi en beskrivelse av recovery. Recovery tar for seg viktige aspekter knyttet til hvordan andre, og arbeidsplassen kan ha betydning for mennesker med psykiske helseproblemer. Til slutt vil jeg avslutte teorikapitlet med teori om relasjonsledelse. Dette er en av mange teorier om ledelse. Jeg valgte teori om relasjonsledelse fordi funnene fra analysen i stor grad omhandlet relasjon mellom leder og ansatt. I tillegg er relasjonsledelse bygget på Carl Rogers personsentrerte teori (Spurkeland, 2005), som gjør at teoridelen får en større sammenheng og en rød tråd.

2.1 Teori om veiledning

Veiledningsbegrepet blir brukt på flere måter med ulike formål. Begrepet blir brukt i blant annet faglitteratur, relatert til elever og i arbeidslivet (Tveiten, 2015). Gjennom livet vil en kunne oppleve å være i en vanskelig situasjon, og her kommer behovet for veiledning inn. I de fleste tilfeller vil behovet være å få hjelp til å hjelpe seg selv (Kvalsund, 2005).

Å veilede kan defineres på flere ulike måter. I og med at det brukes i så mange ulike sammenhenger finnes det ikke en konsensusdefinisjon, men jeg vil fremme noen definisjoner. Én definisjon handler om å hjelpe og ivareta et annet menneske (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid, & Aasland, 2008). En annen er: «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2015 s. 21). I denne definisjonen kommer det frem at veiledning baseres på veileders kunnskaper med fokus på veisøkers utvikling. Felles for mange av de ulike definisjonene på veiledning er at de inneholder et relasjonelt aspekt knyttet til samarbeid, at det er en dialog og at det handler om å hjelpe og ivareta et annet menneske (Tveiten, 2015).

Når veiledning skal brukes i yrkessituasjon, slik som ledere gjør ved sykefraværsoppfølging, er det viktig at de vet hva de gjør, hvordan og hvorfor. Hvis man ikke vet dette fremmer Tveiten (2015) at veiledning kan bli tilfeldig. En som veileder har makt relatert til rollen, og derfor er det viktig å være bevisst på sitt etiske ansvar i veiledningssituasjoner. En leder som er veileder har også en makt knyttet til lederrollen. Det

argumenteres for at ledere alltid vil veilede i kraft av å være leder (Molly-Søholm, Storch, Juhl, Dahl, & Molly, 2006).

En veileder kan bidra til at en person forteller om seg selv, oppdager behov i seg selv, i tillegg til å se sine muligheter og begrensinger. For at dette skal skje, og at veiledningen kan ta en retning er det viktig at veisøker har et ønske om å bli veiledet og å motta hjelp. Kun da kan genuin veiledning oppstå, ifølge Kvalsund (2005). Det må også være god forståelse mellom veileder og veisøker. Derfor er det viktig at veileder forklarer og viser ting på en slik måte at veisøker enkelt forstår.

2.1.1 Grenseområder til terapi og ledelse

Tveiten (2015) beskriver hvordan veiledning kan ses på som et «paraplybegrep», og at andre metoder kan inngå i veiledning som for eksempel informasjonsgivning, rådgivning, ledelse, coaching, terapi eller undervisning. Hun fremmer at det samtidig er viktig å være klar over at veiledning ikke er det samme som de nevnte metodene, men at de kan gå i hverandre. Veiledning er nært knyttet en forandringsprosess eller mestringsprosess hvor innsikt, forståelse og refleksjon er en del av prosessen. På grunn av at de nevnte metodene kan gå i hverandre er det viktig å undersøke veiledningens grenseområder, ifølge Tveiten (2015). Jeg vil ta for meg grenseområdene til terapi og til ledelse.

Terapi og veiledning kan ha visse likhetstrekk ved at begge handler om det personlige «jeg-et». I veiledning i forhold til oppfølging vil «jeg-et» handle om *jeg* i forhold til min jobb, men i terapi handler «jeg-et» om meg som privatperson. Veiledning handler om hvordan følelser påvirker yrket. I terapi ses følelser i forhold til et problem eller et behov. Veiledning kan føre til en oppdagelse om et behov for terapi. Her understreker Tveiten (2015) at det ikke er veiledningen som skaper behov for terapi, men selve bevisstgjøringen en får i veiledningen.

Når en leder fungerer som en veileder i oppfølgingssituasjoner kan man få innsikt i hvordan ansatte har det, og om det er noe behov for å endre arbeidssituasjonen. I veiledning kan man også få innsikt i om man har behov for hjelp fra andre. Når man snakker om følelser kan det oppleves som terapi, men Tveiten (2015) hevder at å bearbeide følelser kan være en del av veiledning, men fokus er ikke på hvordan disse følelsene har oppstått. Fokus i veiledning er her-og-nå, og hva som kan gjøres fremover for å gjøre yrkessituasjonen bedre.

Det andre grenseområdet er knyttet til ledelse og veiledning. Ledelse handler om å legge til rette, og for å gjøre dette kreves en relasjon mellom lederen og den ansatte. Ledelse har klare likhetstrekk mot veiledning generelt. Å legge til rette kan bety å stimulere til innsats og

motivasjon. Det kan også sikte til tiltak som må gjøres for at den ansatte skal mestre jobben. Å både inneha en lederrolle og veilederrolle kan by på utfordringer (Tveiten, 2015).

Dersom en leder både har en lederrolle og veilederrolle kan det føre til en dobbeltrolle. En leder har faglig ansvar, setter grenser og har makt. Gjennom veiledning kan lederen få informasjon som gjør det utfordrende å utføre lederoppgaver. Dersom en skal fordele arbeidsoppgaver kan en ansatt som har delt noe om sin psykiske helse med sin leder oppleve at lederen ikke tar henne på alvor dersom dette ikke tas hensyn til. I tillegg kan arbeidstaker være urolig for å fortelle om sin psykiske helse i frykt for å ikke bli vurdert som en dyktig arbeider. Slike utfordringer kan oppstå når en innehar en slik dobbeltrolle. Det er mulig å ha begge roller samtidig, men både leder og ansatt må være klar over skillene mellom rollene. Ved å være bevisst på skillene vil en kunne unngå misforståelser som kan oppstå på grunn av motstridende roller (Tveiten, 2015).

2.2 Personsentrert teori

I veiledning og rådgivning finnes det ulike teoretiske utgangspunkt, for eksempel kognitiv-atferdsterapeutisk tradisjon og psykodynamisk tradisjon. Jeg har valgt å fokusere på den eksistensialistiske-humanistiske tradisjonen, og spesielt den personsentrerte tilnærmingen til Carl Rogers. Denne tilnærmingen er valgt fordi noe av fokus i oppgaven er på relasjonen mellom leder og ansatt i sykefraværsoppfølging (Ivey, D'Andrea, & Ivey, 2012). Med personsentrert teori gir det denne studien en forankring i rådgivningsvitenskap. Først vil jeg gi en utgreiing om den eksistensialistiske-humanistiske tilnærmingen, så gå over på personsentrert teori, deretter følger personsentrert kommunikasjon før jeg til slutt vil se på sykefraværsoppfølging i forhold til personsentrert teori.

Personsentret tilnærming vokste frem på 1950-tallet med Carl Rogers i spissen som en del av den eksistensialistiske-humanistiske tradisjonen. Den eksistensialistiske-humanistiske tradisjonen har påvirket utviklingen av rådgivning og veiledning slik vi kjenner det i dag. Med et fokus på hjelpeteorier for å fremme klienters mentale helse, og et større fokus på en empatisk holdning skilte eksistensialistiske-humanistiske tradisjonen seg fra tidligere dominerende tilnærminger som psykoanalyse og behaviorisme (Ivey et al., 2012).

Troen på at mennesket er selvaktualiserende står sentralt i Rogers' teorier. Dette er en holdning om at veisøker selv er i stand til å nå sine mål under de riktige omstendighetene (Ivey et al., 2012). Selvaktualiseringsbegrepet brukes om et syn på mennesker som selvaktualiserende med et positivt potensiale, og et ønske om å utvikle seg (Thorne, 2003). Dette synet har blitt kritisert for at det er urealistisk å tenke at alle mennesker er gode, og har et positivt potensiale

(Johannessen, Kokkersvold, & Vedeler, 1993; Lien, 2006). Til tross for denne kritikken har selvaktualisering blitt vanlig i nesten all rådgivning og veiledning. Det viser at man har gått bort fra psykodynamisk og behavioristiske tradisjoner som så på mennesker i lys av ubevisste krefter og miljøbetingelser, til fokus på at personer kan ta kontroll over eget liv, ta egne avgjørelser og opptre positivt (Ivey et al., 2012).

Rogers utviklet sine hypoteser mens han hadde klienter. Han videreutviklet sin teori fra ikke-dirigerende, til klientsentrert, og til slutt til personsentrert. Personsentrert teori karakteriseres med mer personlig involvering, og viktigheten av relasjonen. Personsentrert teori er konsistent med de tidligere teoriene til Rogers, men videreutviklet med fokus på her-og-nå, og holdningen mot veisøker. Rogers mente personsentrert teori kunne gjelde utover terapi for å fasilitere mot utvikling og vekst for alle mennesker (Ivey et al., 2012). Rogers vektlegging på individualitet, personlig vekst, egne valg og ansvar er kritisert for å ikke passe for alle mennesker. Det argumenteres for at dette kan føles kunstig i kollektivistiske kulturer (Ivey et al., 2012; Johannessen et al., 1993).

I personsentrert tilnærming foreligger det tre kjernefaktorer for å fremme det beste i mennesket. Disse tre ses på som holdninger som legger grunnlag for en relasjon, som igjen kan føre til utvikling hos veisøker. Disse tre kjernefaktorene, eller holdningene, er *kongruens*, *ubetinget aksept* og *empati* (Bårdsen & Ågotnes, 2014; Kirschbaum & Jourdan, 2005; Motschnig & Nykl, 2014).

Kongruens sikter til overensstemmelse mellom hva en erfarer, er oppmerksom på og uttrykker. I tillegg bør det være overensstemmelse mellom seg selv, og den andre. Knyttet til denne oppgaven i forhold til leder og ansatt (Bårdsen & Ågotnes, 2014). Bårdsen & Ågotnes (2014) skriver følgende om kongruens: «Dess mer personen er seg selv i relasjonen, dess større er sjansen for at den andre i relasjonen vil vokse og modnes på en konstruktiv måte» (s. 124). Dette viser viktigheten av kongruens for veiledningssituasjoner og utvikling for veisøker.

Ubettinget aksept handler om en holdning fra veileder som er fri for fordommer og evalueringer av tanker, følelser og atferd hos hjelpesøker (Thorne, 2003). Ved å akseptere og verdsette personen uavhengig av veisøkers handlinger vil dette kunne legge til rette for en trygg relasjon, og igjen bidra til utvikling og vekst. Ubetinget aksept har liten betydning uten empati, ifølge Rogers (1961).

Empati ligger som et viktig grunnlag i personsentrert tilnærming (Thorne, 2003). Både i form av empatisk forståelse og kommunikasjon (Ivey et al., 2012). Ifølge Rogers (1961) vil ikke en veileder være i stand til å oppnå full forståelse av veisøker uten empati. Empati handler

om å forsøke å tre inn veisøkers forståelse av verden, sette veisøkers behov i fokus og føle med uten å miste seg selv i prosessen (Thorne, 2003). Disse tre grunnleggende holdningene, kongruens, ubetinget positiv aksept og empati vil sammen fordre en relasjon hvor veileder blir en følgesvenn eller medmenneske for veisøker, og det vil tilrettelegge for utvikling hos veisøker (Rogers, 1961).

Rogers' syn på ubetinget aksept har blitt kritisert for at det ikke er mulig å oppnå (Johannessen et al., 1993). Likevel argumenteres det for at de tre kjernefaktorene er viktig, men det er ikke enighet om det er tilstrekkelig for å kunne skape utvikling hos veisøker. De tre faktorene er også vanskelige å bevise, men empati er den faktoren som ofte blir funnet som svært viktig i veiledning (Lien, 2006).

2.2.1 Personsentrert kommunikasjon

Rogers (1961) hevder at en hjelperelasjon innenfor personsentrert teori skal fasilitere mot utvikling og vekst. I følgende sitat skriver han om dette:

[...] a helping relationship might be defined as one in which one of the partners intends that there should come about, in one or both parties, more appreciation of, more expression of, more functional use of latent inner resources of the individual (s.40).

Ifølge Rogers (1961) handler hjelperelasjonen om å få frem ressurser som allerede ligger i veisøker. For å få frem ressursene må de settes pris på, uttrykkes og brukes. Motschnig & Nykl (2014) argumenterer at veileder kan ta i bruk personsentrert kommunikasjon for å få frem ressursene. Personsentrert kommunikasjon handler om å integrere autonomi, støtte, empati, ubetinget aksept og kongruens i sin egen kommunikasjon. Denne type kommunikasjon kan tas i bruk i enhver relasjon hvor personlig utvikling er målet, og hvor et godt «klima» er ønsket i relasjonen.

Motschnig & Nykl (2014) argumenterer for at kun en liten del av kommunikasjonen som foregår mellom veileder og veisøker er «synlig», og det er det som blir ytret eksplisitt. Det implisitte som ikke uttrykte følelser, behov, holdninger og verdier bør en veileder forsøke å få tak i med personsentrert kommunikasjon. For veiledere som tar i bruk personsentrert kommunikasjon er målet forståelige og kongruente ytringer fra veisøker. Mer åpenhet og ærlighet fører også med seg noen risikoer, for eksempel dersom veisøker deler mer enn hun egentlig ville, og det er viktig for veileder å være bevisst over muligheter og begrensninger i kommunikasjonssituasjoner (Motschnig & Nykl, 2014).

Personsentrert kommunikasjon karakteriseres som kommunikasjon som bygger på de tre grunnleggende holdningene kongruens, ubetinget aksept og empati. Kommunikasjonen vil kunne kalles personsentrert dersom veisøker opplever disse grunnholdningene. Ifølge Rogers

(1961) har alle mennesker ressurser for å forstå seg selv, og justere sitt selvbilde. Dersom en tar i bruk personsentrert kommunikasjon kan det fasiliteres slik at ressursene i personen kommer frem i bevisstheten (Motschnig & Nykl, 2014).

2.2.2 Sykefraværsoppfølging og personsentrert teori

I forhold til arbeid med psykisk helse er det viktig at en eventuell behandler, og andre støttespillere er gode samtalepartnere og veiledere (Langeland & Vaardal, 2014). I sykefraværsoppfølgingsarbeid kan ledere ta i bruk aspekter fra personsentrert teori. I denne tilnærmingen er det viktig å få tak i ressursene veisøker har, og se etter potensialet i mennesket (Rogers, 1961). Å ha fokus på styrker og ressurser kalles å ha et salutogent perspektiv. Samtidig er det viktig at leder må anerkjenne at den andre er ekspert på seg selv, sin situasjon og sine erfaringer. De tre kjernefaktorene som er nevnt er et viktig grunnlag for å få tak i ressursene og potensialet til veisøker. Ved å være kongruent, ha ubetinget aksept og være empatisk i relasjonen kan det føre til tillit, og dermed til motivasjon for endring. Samtidig som det er viktig å ha et salutogent perspektiv er det viktig å anerkjenne, og snakke om problemer og vonde følelser (Langeland & Vaardal, 2014).

2.3 Recovery

Recovery er en relativt ny tradisjon innen psykisk helsearbeid (Bjørngen, Storvold, Norvoll, & Husum, 2014). Begrepet recovery blir brukt på flere ulike måter, som en tradisjon, en tilnærming, en filosofi eller et kunnskapsfelt (Borg et al., 2013). På norsk omtales recovery som blant annet bedringsperspektiv eller bedringsprosesser (Bjørngen et al., 2014). Recovery har utviklet seg på bakgrunn av personers egne erfaringer med psykiske helseproblemer og recoveryprosesser (Borg et al., 2013). En definisjon av recovery handler om at personer kommer over sykdom i den grad at de kan gjenoppta sitt sosiale liv. Det handler ikke om å bli kvitt sine psykiske helseproblemer, men at kan en kan leve med sine symptomer og håndtere utfordringene helseproblemene bærer med seg (Schack, 2009). Det finnes også andre definisjoner. Denne er ofte brukt:

It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with the limitations caused by illness. Recovery involves the development of a new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, s. 15)

Å ha et meningsfullt liv til tross for utfordringer i forhold til psykisk helse er sentralt i recovery (Anthony, 1993). Definisjoner av recovery blir kritisert for at det betyr mye forskjellig. Det argumenteres for at begrepet blir tappet for mening (Roe, Rudnick, & Gill, 2007). Det vil likevel være av betydning å få forståelse av hvordan mennesker med psykiske helseproblemer takler sine plager, og opprettholder meningsfulle liv (Veseth, 2014).

Recovery innebærer et mer positivt og optimistisk syn på recoveryprosesser enn det som har vært tidligere (Schack, 2009). Tidligere har et biomedisinsk syn på psykisk helse vært dominerende og man har brukt rehabilitering som begrep (Ekeland, 2011). Et biomedisinsk syn innebærer at medisinske eksperter som psykologer eller psykiatere skal behandle med terapi, kirurgi og/eller medisin for å redusere symptomer (Siu, 2014; Teigen, 2004). Recovery er brukernes eget begrep (Borg et al., 2013). Istedenfor å fokusere på reduksjon av symptomer, slik som det biomedisinske synet, tar recovery for seg gjenopprettelse av blant annet selvtillit, identitet og å gjenoppta meningsfulle roller i samfunnet (Deegan, 1996). Recovery er en prosess eller en reise, og ikke et mål eller en kur (Siu, 2014). I forhold til dette har recovery blir kritisert for å se på recoveryprosesser som en individuell reise, og at det tas lite hensyn til at bedring er en sosial prosess hvor andre mennesker kan bidra (Veseth, 2014). Samtidig vektlegger recovery viktigheten av andres involvering (Borg et al., 2013).

Recoveryorientert praksis er ikke en behandlingsmetode, men et sett av verdier og holdninger (Borge, 2014). En leder kan være en støtte for ansatte i recoveryprosesser. Det kan også medarbeidere, og andre viktige personer (Borg et al., 2013). Personer med psykiske helseproblemer anses som ekspert på seg selv, men det betyr ikke at andre ikke kan støtte. Det er viktig at andre, som en leder, tror på et bedre liv på tross av psykiske plager. I tillegg er det viktig å ha et likeverdig samarbeid for å få til dette (Borge, 2014).

Arbeidslivet anses som en av de viktigste arenaene for recovery. Dette fordi en bør arbeide med psykisk helse der hvor mennesker befinner seg til daglig (Rogan, 2014). Å ha et meningsfullt liv, slik recovery sikter til, handler for mange om å ha en jobb. Blant annet kan ordinært lønnet arbeid kan gjøre recoveryprosessen lettere. Dette ved at det kan føre til reduksjon av symptomer, få mulighet til å oppleve mestring, ha en sosial tilhørighet og et sosialt nettverk (Bjaarstad et al., 2014).

I oppfølgingsarbeid av sykemeldte er det viktig at lederen skaper en god relasjon. I relasjonsbygging er det viktig med personlig egenskaper hos hjelper, og vilje til å ta kontakt på det menneskelige plan. Dette kan ansees som vel så viktig som fagkompetanse (Pedersen, 2014). Kvalsund (2015b) støtter opp under dette og hevder at kvalitet i relasjonen kan være avgjørende for opplevelsen av hjelp.

2.4 Relasjonsledelse

Tidlig forskning på ledelse har fokusert på personlighetstrekkene til lederen, og mange mente noen var «fødte» ledere. Like før 1950-tallet begynte interessen for lederatferd istedenfor personlighetstrekk innenfor ledelsesforskning å ta fart. To forskningsmiljøer i USA fant at

lederatferd kan beskrives ved to typer lederstiler. Disse lederstilene kalles for oppgaveorientert og relasjonsorientert ledelse. Oppgaveorientert, eller å skape struktur, handler blant annet om å organisere arbeid, gjøre det klart hvordan det skal gjennomføres og å overholde frister. Relasjonsorientert lederstil handler i hovedsak om å bry seg om sine ansatte, og ta godt vare på dem (Skogstad, 2015). Det er den sistnevnte lederstilen jeg vil fokusere på i denne oppgaven. Dette på grunn av funnene i studien, og deltakernes fokus på relasjon i sykefraværsoppfølging. Jeg vil samtidig påpeke at det finnes andre teorier om ledelse som jeg også kunne ha valgt, for eksempel transaksjonsledelse og teori om leder-medarbeider-utveksling (Northouse, 2013)

Relasjonsorientert lederatferd går i hovedsak ut på å bidra med støtte og oppmuntring til sine ansatte. En leder med slik atferd vil kunne påvirke sine ansatte ved å ha fokus på dialog, tillitsrelasjoner og samspill (Skogstad, 2015; Spurkeland, 2005). Et viktig fokus er å utvikle sine ansattes ferdigheter, og å øke deres selvtillit og mestringsfølelse. Måter å få til dette på kan være å rådføre seg med sine ansatte før beslutninger tas, eller å oppfordre ansatte til å ta initiativ til problemløsning (Skogstad, 2015). I tillegg kan det være viktig å bli kjent med hver enkelt ansatt, og bygge trygge relasjoner (Spurkeland, 2005). Nære mellompersonlige relasjoner vil være hovedfokus til ledere som motiveres av relasjoner (Northouse, 2013).

Ifølge Spurkeland (2005) sin fremstilling av relasjonsledelse tar denne type ledelse utgangspunkt i et positivt menneskesyn. De ansatte kan motiveres, og utvikle sin kompetanse i bedriften. Relasjonen mellom leder og ansatt skal gjøre at kontrollen kan reduseres til et minimum. Lederens rolle vil være mer preget av tilrettelegging, tilbakemelding og veiledning istedenfor å kontrollere at arbeidsoppgaver blir gjennomført. Målet er å lede gjennom dialog, delegering og medbestemmelse. Likevel vil ledere ha makt til sin rolle. En leder har en formell posisjon som gir makt, og ansatte adlyder fordi de anerkjenner lederens makt (Strand, 2015).

Interesse for sine ansatte, oppmerksomhet på følelser og reaksjoner, omsorg for andres utvikling og trivsel, og dialog ses på som noen sider ved relasjonsfremmende atferd (Spurkeland, 2005). Felles for alle disse atferdsmønstrene er evnen til å bry seg om andre. Ansatte som er «lykkelige» kan yte mer, og kan være mer produktive. De kan gjøre en bedre jobb, og jobbe hardt selv i vanskelige situasjoner (Spurkeland, 2005).

En leder med relasjonsorientering må også ha fokus på relasjonskvaliteten i resten av personalgruppa. Ved å fokusere på arbeidsmiljø kan man bygge en helsefremmende arbeidsplass, og det kan ha påvirkning på jobbnærværelse og innsats. Ved å jobbe for et godt arbeidsmiljø, og å få til en god relasjon til hver enkelt ansatt kreves det relasjonelt mot, ifølge Spurkeland (2005). Relasjonelt mot handler om psykisk styrke, evne og vilje til å møte andre

mennesker. Dersom en leder går inn i vanskelige samtaler, konflikthåndtering og andre krevende relasjonelle situasjoner har hun relasjonelt mot (Spurkeland, 2005).

Utviklingen av nye teorier basert på relasjonsledelse med inntak av nye aspekter viser at teori om relasjonsledelse ikke er fullkommen. Det er også veldig mange andre forhold enn lederens stil som kan påvirke den ansattes ytelse, trivsel, psykiske helse og sykefravær, for eksempel på samfunnsnivå, i familieforhold eller i bedriften. I tillegg kan ledere bruke elementer fra flere ulike lederstiler. Ledelse, og hva som er god ledelse er subjektivt, og en leder som skal følge opp ansatte under sykefravær kan oppleves ulikt (Skogstad, 2015).

2.5 Tidligere forskning på oppfølging og sykefravær

Jeg ønsker å trekke frem tidligere forskning som er relevant for å belyse sykefraværsoppfølging, psykisk helse og ledelse. En spørreundersøkelse gjennomført av Bernstrøm & Kjekshus (2012) undersøkte hvilken påvirkning lederatferd har på sykefraværet i et norsk helseforetak. Studiens resultater viser at ulik lederatferd, og sykefravær har en sammenheng. For eksempel fant de ut at ledere som var svært opptatt av lojalitet til sine øverste ledere hadde høyere sykefravær blant de ansatte. Dette viser viktigheten av bevissthet rundt nærmeste leders rolle. Dette har også blitt undersøkt i en metastudie av Kuoppala, Lamminpää, Liira, & Vainio (2008). De fant at godt lederskap var assosiert med mindre sannsynlighet for sykefravær. Denne sammenhengen er knyttet til de ansattes opplevelse av støtte fra sin leder.

En ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet fremmer at arbeidslivet har flere positive helseeffekter, men det fremmes også at helseeffekten er avhengig av for eksempel støtte fra leder, arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø (Ekspergrupperapport, 2010). Relasjonen mellom ansatte og leder kan ha noe å si for helsen til den ansatte. En ubalanse i leder-ansatt relasjonen kan påvirke den ansattes trivsel (well-being). Dette ble funnet i en stor studie på kryss av syv nasjonaliteter. En slik ubalanse kan oppstå ved at den ansatte har oppfattet et løfte fra sin leder som oppleves brutt (Tetrick & Perió, 2012). Annen forskning på relasjonen mellom ansatt og leder viser at relasjoner med høy kvalitet kan føre til mindre fravær, mindre personalgjennomtrekk, større engasjement, mer oppmerksomhet og mer støtte fra lederen (Kaufmann & Kaufmann, 2015). En annens studie viser at den ansatte opplever mer sosial støtte, tillit og respekt av sin leder når de har en god relasjon (Furunes, Mykletun, Einarsen, & Glasø, 2015).

Om støttende ledelse oppleves som slik avhenger av de ansatte. Definisjonen av støttende ledelse er når ansatte opplever at deres leder anerkjenner deres bidrag, og sørger for at de har det bra på jobben. Funn i studier der ansatte opplever en støttende leder viser høyere

produktivitet og opplevelse av å bli investert i. Lav støtte fra nærmeste leder vil kunne bidra til at potensielle stressorer oppleves som stressende og utmattende (Kuvaas, Buch, & Dysvik, 2015). Støtte kan dermed ha en forebyggende effekt knyttet til potensielle fremtidige utfordringer.

Å følge opp sykefravær anses som svært viktig i Norge (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Arbeidstilsynet, 2011; Ekspergrupperapport, 2010). På 1990-tallet ble det gjennomført en studie som viste at de bedrifter med liten oppfølging av langtidssykemeldte resulterte i lengre sykmeldinger enn nødvendig. Det viste seg også at bedriftene raskt mistet kontakten med de sykemeldte. Den samme studien fant at av 60 arbeidstakere som var under yrkesmessig attføring svarte hele 57% at de opplevde at bedriften kunne ha forebygget deres uførhet (Andersen, 1995). 96% svarte i en undersøkelse for Helsedirektoratet at arbeid er viktig for deres psykiske helse. Hjem og nær familie ble ansett som viktigere (Helsedirektoratet, 2016).

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg utdype hvilke metodologiske valg jeg har tatt i arbeidet med denne studien. Jeg vil forsøke å vise hvordan jeg har gått frem i min studie slik at det blir enkelt for andre å følge hva jeg har gjort. Jeg vil starte med å presentere studiens forankring i kvalitativ metode. Deretter vil jeg gjøre rede for fenomenologi og hermeneutikk. Etter redegjørelsen vil jeg beskrive valg av datainnsamlingsmetode, utvalg og rekruttering av deltakere. Videre vil jeg redegjøre for gjennomførelsen av intervjuene, transkripsjonen og analysen. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg se på kvalitet i studien, reflektere over etiske retningslinjer, forskerrollen og forforståelse. Gjennomgående vil jeg forsøke å gi rike og tykke beskrivelser av alle metodologiske valg og refleksjoner.

3.1 Kvalitativ metode

For å undersøke lederes erfaringer med sykefraværsoppfølging knyttet til psykiske helseproblemer har jeg valgt å bruke en kvalitativ tilnærming. Dette fordi kvalitative metoder er godt egnet når en er ute etter å utforske, og gå i dybden av et tema (Willig, 2013). Ut fra problemstillingen er jeg interessert i deltakerens subjektive erfaringer som kan oppnås ved kvalitative undersøkelser (Thagaard, 2013). Selv om det finnes mye forskning på sykefravær finner jeg lite spesifikk forskning på hvordan ledere erfarer å følge opp ansatte med psykiske helseproblemer. Kvalitative forskningsmetoder er godt egnet for å få innsikt i det ukjente, og kan være en god start til å få innsikt i fenomenet (De nasjonale Forskningsetiske komitéene, 2016). Basert på min problemstilling har jeg blitt inspirert av fenomenologi og hermeneutikk.

3.1.1 Fenomenologi

I denne studien legger problemstillingen noen føringer for mitt epistemologiske ståsted. Epistemologi defineres som læren om kunnskap og innsikt (Holmen, 2016). Ifølge Willig (2013) sin fremstilling av epistemologisk ståsted vil det i denne oppgaven være mest passende med en fenomenologisk tilnærming fordi målet er å få tak i deltakernes subjektive erfaringer. Jeg er ute etter deltakernes erfaringer og refleksjoner. Fra et fenomenologisk ståsted er det ikke forskerens mål å forklare hva årsaken til deltakerens ytringer kan være. Forskeren må komme så tett på deltakerne som mulig, og forsøke å gå inn i deres erfaringsverden ved å lytte (Willig, 2013).

I fenomenologi utforskes det andres forståelser av verden (Holstein & Gubrium, 1994). Fenomenologi oppsto som en filosofisk retning som assosieres med Edmund Husserl og Alfred Schutz (Silverman, 2014). I dag kan fenomenologi knyttes til en forskningsmetode, en filosofi og en tilnærming (Dowling, 2004). Fenomenologi tar som nevnt utgangspunkt i deltakerens

subjektive opplevelser, og denne epistemologiske tilnærmingen innebærer en tanke om at en kan «fjerne» egen påvirkning og kun sentrere seg om fenomenet slik deltakerne beskriver det. Dette kalles fenomenologisk reduksjon, eller bracketing (Dowling, 2004; Thagaard, 2013). Dette bli kritisert fordi mange mener det er umulig å fjerne sin egen påvirkning og forforståelse (Thagaard, 2013).

3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk som epistemologisk ståsted fremmer at det ikke finnes én sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike måter (Thagaard, 2013). Hermeneutikk kalles for fortolkningslære (Thurén, 2009). En definisjon er:

Vi forstår dem [mennesker, *egen anmerkning*] fordi vi selv er mennesker og kan sette oss inn i hvordan mennesker tenker og føler. Vi kan se inn i oss selv og derigjennom forstå andre menneskers følelser og opplevelser» (Thurén, 2009, s. 105).

En antakelse i hermeneutikken er at mennesker erfarer verden gjennom språk, og at språket både gir forståelse og kunnskap (Dowling, 2004). For å tolke dataene i henhold til hermeneutikk må man utforske et dypere meningsinnhold (Thagaard, 2013). I denne oppgaven vil jeg hente inspirasjon fra både fenomenologi og hermeneutikk.

3.1.3 Fenomenologisk-hermeneutikk

Jeg vil nå forklare hvorfor jeg henter inspirasjon fra både fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi slik Husserl beskriver den, innebærer et syn på at forskeren kan være en objektiv part. Heidegger kritiserte fenomenologien for dette synet, og han mente forforståelse ikke kan elimineres. Å fjerne all forforståelse i forskning argumenteres for å være nærmest umulig (Thagaard, 2013). Derfor har jeg valgt å ta med hermeneutikk i denne studien.

Ved å ha en fenomenologisk-hermeneutisk inspirasjon vil det åpne for at min egen tolkning kan påvirke hele forskningsprosessen. Dette vil si at resultatene i studien min vil være påvirket av mine tolkninger og forforståelser, men med et fokus på deltakerens subjektive erfaringer (De nasjonale Forskningsetiske komitéene, 2016). I hermeneutikken er det viktig å skille mellom deltakernes uttalelser, og mine tolkninger (Thagaard, 2013).

3.2 Datainnsamling ved kvalitativt intervju

Til denne studien har jeg valgt intervju som innsamlingsmetode fordi jeg ser på det som mest hensiktsmessig i forhold til inspirasjon fra det epistemologiske ståsted og i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013; Willig, 2013). Jeg er ute etter å få innsyn i lederes *erfaringer* som et intervju kan gi kunnskap om, ifølge Thagaard (2013). Postholm (2005) skriver følgende om intervju som datainnsamlingsstrategi: «Å intervjuer mennesker kan dermed bety at en får tak i deler av en annen persons liv som man vanskelig kunne ha fanget opp på

andre måter» (s. 69). Det kunne ha vært utfordrende å fange opp subjektive erfaringer ved andre metoder, som for eksempel en observasjonsstudie eller en kvantitativ spørreundersøkelse. Som nevnt tidligere er jeg inspirert av fenomenologi, og intervju blir vanligvis ansett som den eneste måten å samle inn data på (Postholm, 2005).

Det finnes flere måter å gjennomføre intervjuer på. Noen vanlige måter er strukturert intervju, åpent intervju og semistrukturert intervju (Silverman, 2014; Thagaard, 2013). Jeg har valgt å ta i bruk semistrukturert intervju. Dette fordi jeg ønsker å skape rapport med deltakerne. Ved bruk av semistrukturert intervju har jeg muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål, og dermed muligens komme nærmere deltakerens refleksjoner og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). I tillegg kan det være temaer som jeg ikke har tenkt over på forhånd, og et semistrukturert intervju gir meg fleksibilitet til at deltakerne selv kan ta opp temaer de synes er relevante. I intervjuguiden hadde jeg et spørsmål om deltakerne hadde noe de ønsket å ta opp, eller legge til. Dette la til rette for at det deltakerne syntes var viktig kunne komme frem.

Mine medstudenter og undervisere ga meg mye innspill til hva som kunne være interessant å ta med i intervjuguiden. Ved å se på andres masteroppgaver fant jeg ut hvordan jeg skulle strukturere den. Intervjuguiden ble til slutt bestående av fire større tema med spørsmål og oppfølgingsspørsmål (se vedlegg 1). Årsaken til at jeg inkluderte mange oppfølgingsspørsmål var for å få mer detaljerte svar, og kunne få dypere og rikere beskrivelser (Thagaard, 2013).

I tråd med fenomenologi vil jeg ha en induktiv tilnærming. Det vil si at oppgaven vil være styrt av empirien, og at temaene har en sterk forankring i datasettet (Braun & Clarke, 2006; Postholm, 2005). Med en induktiv tilnærming er det viktig å være åpen for å endre spørsmålene underveis avhengig av deltakerne, i tillegg til å stille åpne spørsmål som fordrer utforskning rundt temaene. Spørsmålene i intervjuguiden er ikke forankret i noen teori (Postholm, 2005). Jeg vil komme nærmere inn på hvordan intervjuene ble gjennomført i kapittel 3.3, men vil først gjøre rede for hvordan utvalg og rekrutteringsprosessen ble gjennomført.

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Jeg har valgt å gjøre et strategisk utvalg slik Thagaard (2013) omtaler det. Dette betyr at utvalget mitt baserer seg på egenskaper eller kvalifikasjoner knyttet til problemstillingen. Ett kriterium var å være leder med personalansvar, og et annet var å ha erfaring med sykefraværsoppfølging relatert til psykiske helseproblemer. I tillegg valgte jeg å rekruttere deltakere som arbeidet i samme kommune. Dette fordi jeg har valgt å gjennomføre en tematisk analyse, og skal sammenlikne temaer mellom deltakerne (Braun & Clarke, 2006; Thagaard,

2013). Ved at deltakerne jobber i samme kommune sikrer det at de har samme retningslinjer og regelverk knyttet til sykefraværsoppfølging som jeg ser på som hensiktsmessig for studien.

Jeg kontaktet den aktuelle kommunen i oktober 2016 og fikk kontakt med en ansatt i organisasjons- og personalavdelingen. Hun oppga kontaktinformasjonen til ti personer som hun visste traff mine utvalgskriterier. Jeg tok selv kontakt med disse, og inviterte de til å delta i studien over mail med en beskrivelse om hvordan jeg hadde fått kontaktinformasjonen deres. I tillegg la jeg ved informasjonsskriv og samtykkeskjema (se vedlegg 2). De som ønsket å delta tok selv kontakt med meg. Alle deltakerne jobbet som ledere med personalansvar ved ulike avdelinger i kommunen, for eksempel som styrer i barnehage, på sykehjem eller ved vedlikehold av ulike slag.

I litteraturen anbefales det forskjellige utvalgsstørrelser i kvalitative studier (Ryen, 2002; Thagaard, 2013). Ryen (2002) fremmer at utvalgsstørrelsen er et skjønnsspørsmål. Videre skriver hun at studentarbeid på lavere nivå som regel har under ti deltakere. Andre faktorer som tid og oppgavens omfang påvirker også. Jeg har i denne masteroppgaven valgt fem deltakere. Mitt mål har vært å få tilgang på et godt materiale, og klare å gå i dybden på det.

3.3 Intervju og gjennomførelse

Jeg gjennomførte fem intervjuer i løpet av to og en halv uke. Det første ble gjennomført noen dager etter rekruttering. Jeg dro til alle deltakernes arbeidsplass. Dette gjorde jeg av to grunner, at det ville gjøre det mer sannsynlig at de ønsket å stille opp siden de ikke trengte å dra fra sitt arbeidssted, og at kjente lokaler kan bidra til en trygghet for informantene, noe jeg ønsket å legge til rette for (Tjora, 2010). Fire av intervjuene ble holdt på deltakernes kontor, og ett ble gjennomført på et nærliggende møterom. Alle ble gjennomført med lukket dør, og uten forstyrrelser. Kontorene var i deler av bygg der de ansatte ikke oppholdt seg. Dette sikret anonymiteten til deltakerne i denne studien.

Intervjuene hadde en varighet på mellom en time, og en time og 20 minutter. Selv om det var ulik tid brukt på intervjuene opplevde jeg å få stilt spørsmålene jeg ønsket. Jeg forsøkte å sikre at alle deltakerne hadde uttalt seg om de overordnede temaene i intervjuguiden (Braun & Clarke, 2006). Under intervjuene stilte jeg mange oppfølgingsspørsmål, og forsøkte å ikke gå for fort frem som Smith & Osborn (2015) femmer er viktig i semistrukturerte intervjuer.

Treningen jeg har fått i kommunikasjon og samtaleteknikk gjennom studiet erfarte jeg at kom godt til nytte i intervjuene. Jeg tok i bruk påvirkning- og oppmerksomhetsferdigheter som aktiv lytting, parafrasering og oppsummering (Kvalsund, 2015a). Jeg opplevde at å gi korte oppsummeringer både førte til ytterligere refleksjoner fra deltakerne, og at det ble en mulighet

for å korrigere eventuelle misforståelser. Gudmundsdóttir (2011) hevder at det er viktig at forskeren bruker seg selv for å se fenomenet fra deltakerens perspektiv. Ved å bruke seg selv som verktøy kan man få tilgang til intervjupersonens refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2009).

På en annen side bør oppsummering med egne ord unngås i intervjusituasjoner, ifølge Sarniak (2015), fordi egen forståelse og tolkning kan påvirke deltaker. Jeg har likevel brukt meg selv ved å blant annet oppsummere. Jeg forsøkte å ikke stille spørsmål som avslørte mine egne tanker, men som var basert på hva deltakerne hadde uttrykt tidligere. Ved å gjøre dette vil det være med på å redusere bias i forskningen (Sarniak, 2015).

Etter de to første intervjuene spurte jeg deltakerne hvordan de opplevde intervjuet. Dette var for å få muligheten til å få tilbakemeldinger slik at jeg kunne gjøre endringer til de neste intervjuene (Chenail, 2011). Jeg syntes det var viktig å få tilbakemeldinger slik at jeg kunne gjøre passende endringer. Tilbakemeldingene gikk i hovedsak ut på at de opplevde det som positivt at jeg stilte oppfølgingsspørsmål, og at jeg gjentok eller oppsummerte det de hadde sagt. Dette fortsatte jeg å gjøre i alle etterfølgende intervjuer. Det er samtidig viktig å påpeke at en intervjusituasjon er en samtale mellom to personer hvor interaksjonen kan påvirke hva som kommer frem (Willig, 2013). Dette betyr at dersom en annen hadde gjennomført liknende intervju ville den kanskje fått ulike svar fra deltakerne enn det jeg har fått.

3.3.1 Transkripsjon

Å transkribere betyr å overføre tale til lydskrift (Johansen, 2015). Knyttet til kvalitativ forskning betyr dette å skrive ned det som er tatt opp i undersøkelser. Transkripsjon må gjøres etter man har gjennomført et intervju fordi detaljer kan være umulig å rekonstruere ved hukommelse og notater (Silverman, 2014). Detaljer kan for eksempel være pauser, overlapping, innpust og liknende (Ryen, 2002). Hvor detaljerte transkripsjonene skal være avhenger av problemstillingen og analysemetode. I tillegg kan det avhenge av tid og ressurser (Silverman, 2014).

I denne studien har jeg vært ute etter deltakernes erfaringer og refleksjoner. På grunn av dette transkriberte jeg ikke like detaljert som en kunne trengt i for eksempel en språklig analyse. I transkripsjonen markerte jeg pauser med punktum, og flere punktum for å vise cirka lengde på pausene. Pauser kan gi informasjon som kan være nyttig for analysen. Dersom betenkningstiden er svært lang kan dette bety at deltakerne hadde vanskelig for å sette ord på, eller vanskelig for å snakke om ting (Kvale & Brinkmann, 2009; Silverman, 2014).

Jeg valgte å gjøre all transkriberingen selv for å kunne starte analyseprosessen så tidlig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Å gjøre det selv ga meg en god mulighet til å bli godt

kjent med datamaterialet. Jeg transkriberte med konsekvent bruk av tegn og ordlyder (Silverman, 2014). Jeg transkriberte fortløpende etter hvert intervju, og da var det lettere å huske tolkninger som skjedde under intervjuet og knytte det til transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Sitatene fra transkripsjonen som er tatt med i oppgaven har fått små endringer for at leser lettere skal forstå. Det muntlige og skriftlige språket er forskjellig, og det kan virke litt «rart» å lese tekst som er direkte transkribert fra muntlig tale. Dermed har sitatene blitt ryddet opp i ved å fjerne småord, og ord og setninger som ble avbrutt (Kvale & Brinkmann, 2009). Det sistnevnte er markert med klammer med punktum i.

3.3.2 Analyse av datamaterialet

Det finnes flere ulike måter å gjennomføre analyse på i kvalitativ forskning. Blant annet innholdsanalyse, grounded theory og narrativ analyse (Silverman, 2014). I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Braun & Clarke (2006) sin beskrivelse av tematisk analyse. Dette fordi jeg ønsker å rette fokus mot temaer som oppsto i datamaterialet, og å gå i dybden på disse. Med tematisk analyse blir resultatene ofte lettere å forstå for andre. Jeg vil nå gjøre rede for Braun & Clarke (2006) sin beskrivelse av tematisk analyse, og hvordan jeg har gjennomført analysen.

I en tematisk analyse er hensikten å identifisere, analysere og se etter mønstre eller temaer i datamaterialet. Braun & Clarke (2006) beskriver at en forsker kan ha en induktiv eller deduktiv tilnærming. Induktiv tilnærming går ut på at temaene har en sterk forankring i datasettet. Deduktiv tilnærming går ut på at analysen baseres i hovedsak på teori, og dette gir som regel mindre rike beskrivelser av dataene. Jeg har valgt en induktiv tilnærming fordi jeg vil være empiristyrkt og vektlegge deltakernes uttalelser. Selv om jeg ønsker å være empiristyrkt er det viktig å påpeke at jeg vil påvirkes av min forforståelse (Willig, 2013). Dette skriver jeg mer om i kapittel 3.6 om forskerrollen og forforståelse.

Braun & Clarke (2006) gir en oversiktlig steg-for-steg guide av tematisk analyse. De seks stegene er: 1) bli kjent med datamaterialet, 2) danne koder, 3) lete etter temaer, 4) gjennomgå temaer, 5) definere og gi navn til temaene og 6) skrive rapporten. Jeg vil nå gi en utgreiing om hva jeg har gjort i denne studien knyttet til tematisk analyse og Braun & Clarke (2006) sin fremstilling.

Jeg ble kjent med datamaterialet (steg 1) gjennom å transkribere alle intervjuene selv, som nevnt i kapittel 3.3.1. Jeg tok notater av idéer til koding etter transkripsjonene. Etter at jeg hadde transkribert alle intervjuene hørte jeg gjennom opptakene og leste samtidig, for å sjekke at ingenting var utelatt, og for å bli ordentlig kjent med datamaterialet.

For å danne koder (steg 2) brukte jeg dataprogrammet NVivo som er et analyseverktøy for kvalitativ forskning (QSR International, ukjent år). Jeg plottet inn kodene jeg hadde notert meg da jeg ble kjent med datamaterialet, og dannet nye koder ved behov. Tematisk analyse blir kritisert for å ikke ivareta et helhetlig perspektiv fordi teksten løsrives fra en sammenheng (Thagaard, 2013). I kodingen forsøkte jeg å beholde litt av sammenhengen teksten sto i, og skrev noen notater til meg selv som utdypet meningen med koden (Braun & Clarke, 2006). Jeg endte opp med totalt 63 ulike koder. Noen av kodene hadde mange sitater fra alle deltakerne, mens andre hadde kun ett sitat fra en deltaker.

For å danne temaer (steg 3) gikk jeg gjennom alle kodene, og endte med å slette 10 av kodene som jeg ikke så på som relevante for problemstillingen. Jeg lagde kodegrupper av koder som var nært relatert, flyttet koder sammen med eksisterende koder og flyttet koder under en ny overordnet kode. Jeg sto igjen med 16 kodegrupper eller potensielle temaer. Jeg så på hvor mange av deltakerne som var sitert og hvor mange sitater som var i hver kodegruppe. I tillegg lagde jeg et tematisk kart, og brukte ulike funksjoner i NVivo som comparison diagram, hierarchy chart og mind map for å få en følelse av signifikans av temaene (Braun & Clarke, 2006). Til slutt kom jeg frem til fire temaer.

Jeg gjennomgikk de fire temaene på nytt (steg 4). Jeg leste gjennom hele datasettet en gang til for å sjekke om temaene passer til datasettet, og for å kode på nytt dersom det skulle være nødvendig. Jeg opplevde at det tematiske kartet passet med datasettet.

Deretter definerte jeg, og ga navn til temaene (steg 5). For å definere temaene skrev jeg ned hva jeg identifiserte som essensen av temaene, og hvilke aspekter av dataene temaene fanget. Temaene fikk følgende navn:

1. «Å ivareta sine ansatte også når de er sykemeldte»
2. «Å være et medmenneske i sin rolle som leder»
3. «Å samarbeide med andre involverte i oppfølgingsarbeidet»
4. «Åpenhet om psykisk helse»

Å skrive rapporten (steg 6) ble gjennomført etter jeg hadde valgt ut de fire temaene ovenfor. Braun & Clarke (2006) hevder at det er viktig å gi konkret, logisk, ikke repeterende og en interessant fremstilling av resultatene. I tillegg til å vise at funnene er godt forankret i dataene. Dette har jeg gjort ved å ta med sitater jeg mener fanger essensen av funnene. Funnene blir presentert i sin helhet i kapittel 4.

3.4 Studiens kvalitet

Jeg vil nå se nærmere på denne studiens kvalitet. Hva som regnes som god kvalitet i kvalitativ forskning varierer i litteraturen. Thagaard (2013) bruker for eksempel begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet. Disse har sin opprinnelse i kvantitativ forskning, men har blitt tilpasset til kvalitativ forskning. Andre i litteraturen kritiserer bruk av begreper som har sin opprinnelse i kvantitativ forskning. Blant annet viser Willig (2013) og Tracy (2010) flere ulike måter å kvalitetssikre kvalitativ forskning på.

Etter å ha sett på ulike måter å tilnærme seg kvalitet i kvalitativ forskning falt valget på Henwood & Pidgeon (1992) sin fremstilling. Denne har ikke en opprinnelse i kvantitativ forskning, og de gir en bred tilnærming. Jeg velger derfor å se på deres syv kriterier i lys av denne studien. Disse er 1) være nær dataene, 2) integrere teori, 3) refleksivitet, 4) god dokumentasjon, 5) teoretisk utvelgelse, 6) bevissthet over andres tolkninger og 7) overførbarhet.

Henwood & Pidgeon (1992) hevder at forsker må være nær dataene (kriterium 1). Dette betyr at analyse og funn skal være forankret i datasettet. Temaene bør passe dataene godt. Jeg har blant annet brukt deltakerens ord i navngivelse av temaene for å vise at de er forankret i datamaterialet. I kapittel 3.3.2 om analyse har jeg forklart ytterligere hva jeg har gjort i analysen, og hvordan jeg har nærmet meg datamaterialet.

Temaene og teoriene bør passe godt til dataene for å sikre kvalitet i kvalitativ forskning (kriterium 2). Jeg ble godt kjent med datamaterialet, og jeg brukte blant annet tematisk kart for å sikre at temaene passet godt til datasettet (se kapittel 3.3.2). Jeg har valgt teori til oppgaven etter analysen var gjennomført, for eksempel ble teori om relasjonsledelse valgt fordi deltakerne var opptatt av relasjon mellom seg og sine ansatte. Det sikrer at teoriene passer til dataene, og det er i tråd med induktiv tilnærming (Postholm, 2005).

Det tredje kriteriet (3) handler om refleksivitet, og anses som et viktig kvalitetskriterium (Berger, 2015; Tracy, 2010; Willig, 2013). Refleksivitet betyr å være bevisst på sin rolle som forsker med hensyn til påvirkning (De nasjonale Forskningsetiske komitéene, 2016). I kapittel 3.6 om forskerrollen og forforståelse gir jeg en utgreiing om dette.

For å sikre kvalitet er det viktig med god dokumentasjon (kriterium 4). Jeg har gjennomgående i denne oppgaven forklart hva jeg har gjort, for eksempel hvordan jeg transkriberte og hvordan jeg kom frem til resultatene (se kapittel 3.3.1 og 3.3.2).

Den femte kriteriet (5) handler om å sjekke om teorien passer og systematisk utforske dataene mot teorien. Jeg har gått gjennom datamaterialet flere ganger for å sikre at valgte teorier

passer. Jeg har også sjekket om andre teorier kunne ha vært anvendbare, som for eksempel teori om leder-medarbeider-utveksling.

Forskere bør være bevisst på at det finnes ulike realiteter og tolkninger hos mennesker (kriterium 6). Jeg har latt alle deltakerne lese funnene og åpnet for å få tilbakemeldinger. Ingen av deltakerne kom med noen kommentarer eller rettelser til funnene. Det er likevel viktig å være bevisst på at man kan få tilbakemeldinger, og å være forberedt på å eventuelt forklare sine tolkninger.

Det siste kriteriet (7) er overførbarhet, altså om studien kan gi verdi i liknende tilfeller. Denne studien kan være overførbar til liknende situasjoner. Det er viktig å gi gode beskriver av kontekst og sammenheng. Det vil vise relevans og hvor det kan brukes (Henwood & Pidgeon, 1992). Jeg har blant annet beskrevet deltakerne, kommunen og konteksten rundt. I kapittel 6.1 skriver jeg mer om studiens overførbarhet. For å sikre god kvalitet er det også viktig å ivareta etiske hensyn.

3.5 Etiske refleksjoner

I all forskning er det svært viktig at forsker reflekterer og er kjent med etiske retningslinjer (Willig, 2013). I kvalitativ forskning står forskere ovenfor flere etiske utfordringer. Dette må tas hensyn til gjennom hele forskningsprosessen. Det gjelder ved utarbeidelse av tema, dannelse av problemstilling, i forhold til interaksjon og ved publisering av resultater (Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2013).

Jeg har forholdt meg til Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2016), og fått prosjektet godkjent av Personvern for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg 3). Det er viktig at forskere lærer «etisk forskningsatferd» og utvikler ferdigheter til å ta gode etiske avgjørelser, ifølge Kvale & Brinkmann (2009). Dette har vært viktig for meg gjennom hele prosessen. Derfor trekker jeg frem to etiske aspekter, informert samtykke og konfidensialitet, og viser hvordan jeg har håndtert dette i denne studien.

3.5.1 Informert samtykke

Willig (2013) trekker frem informert samtykke som en svært viktig etisk retningslinje. Dette innebærer at alle deltakerne skal være godt informert om studien, og ha samtykket til å delta før datainnsamling har startet (De nasjonale Forskningsetiske komitéene, 2016; Thagaard, 2013; Willig, 2013). Jeg laget et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring som jeg sendte til deltakere (se vedlegg 2). Jeg oppfordret deltakerne til å lese skrivene på forhånd, og jeg gikk gjennom det med dem før intervjuene startet. I informasjonsskrivet informerte jeg om blant

annet formålet med studien, frivillig deltakelse og retten til å trekke seg. Etter at intervjuene var ferdig, informerte jeg de en gang til om sine rettigheter og hensikten med datainnsamlingen (Willig, 2013).

3.5.2 Konfidensialitet

Forskere skal sikre full konfidensialitet i forhold til informasjon om deltakere (Willig, 2013). Dette gjelder informasjon som kan medføre identifisering. Rådata må oppbevares på en sikker måte, og man må tilse at deltakere ikke kan identifiseres i masteroppgaven (De nasjonale Forskningsetiske komitèene, 2016; Thagaard, 2013). Jeg oppbevarte lydopptak på passordbeskyttet mobiltelefon. I transkripsjonen anonymiserte jeg alle deltakerne, og filen ble lagret lokalt på egen datamaskin med passord. For å anonymisere lagde jeg fiktive navn, fjernet opplysninger om alder, arbeidssted og navnet på kommunen. Etter prosjektslutt vil datamaterialet bli anonymisert ved å slette alle digitale lydopptak, slette direkte personopplysninger ved navn og koblingsnøkkel og slette indirekte personopplysninger som arbeidssted, alder og kjønn.

Forsker må sikre konfidensialitet til deltakere og til tredjepersoner (De nasjonale Forskningsetiske komitèene, 2016). I min studie måtte jeg også sikre taushetsplikten som ledere er underlagt. Ledere har taushetsplikt i forhold til å ikke oppgi sensitive opplysninger om enkeltansatte. Jeg ba deltakerne om å ikke identifisere sine ansatte, og til å uttale seg på generell basis. Jeg stilte ikke spørsmål som oppfordret til identifisering av tredjepersoner, og jeg drøftet taushetsplikten med deltakerne før intervjuene startet.

3.6 Forskerrollen og forforståelse

I kvalitativ forskning ved intervju som innsamlingsmetode er forskeren naturlig nær det feltet som undersøkes, og dermed kan forskerens posisjon spille en viktig rolle. Forskeren bruker seg selv om redskap for å få tak i deltakeres perspektiv (Gudmundsdóttir, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). I tråd med fenomenologi anerkjennes det at forskeren er subjektiv og vil kunne påvirke forskningen (Postholm, 2005). Likevel er det viktig at forskeren er bevisst på sin posisjon og forforståelse, og kan forklare og vurdere utfordringene ved sin egen rolle for å sikre kvaliteten i forskningen (De nasjonale Forskningsetiske komitèene, 2016).

Valget med å gjennomføre denne studien er knyttet til min interesse for temaet. Jeg forklarte i innledningen i kapittel 1.1 hva som har ført meg til valget denne studien. Erfaringer fra bachelor i helsepsykologi har gitt meg mye kunnskap om psykisk helse. Jeg har lært mye om hva som kan være helsefremmende, og med kombinasjon av faget arbeids- og organisasjonspsykologi har jeg også med meg noen forståelser om hvordan helse og arbeid kan

henge sammen. Av dette har jeg hatt noen antakelser om at arbeid kan være svært viktig for menneskers helse, og at ledere kan spille en viktig rolle når ansatte har psykiske helseproblemer. At arbeid er viktig for helsen erfarte jeg i praksisperioden hos NAV på Senter for jobbmestring. De som jobbet der hadde gode erfaringer med å kombinere behandling og arbeid.

Jeg har jobbet på krisetelefon, og snakket med mange mennesker som har det tungt. En antakelse jeg tar med meg fra den jobben er at det virker som mange ikke blir fanget opp av andre, og at mange har få å snakke med. Av dette har jeg fått tanker om at en leder som kjenner sine ansatte kan være en som strekker ut en hånd til mennesker som strever psykisk, og fungerer som en kan fange opp mennesker med psykiske helseproblemer. I tillegg til at ledere kan være en samtalepartner når ansatte har det vanskelig. Dette forsøkte jeg å være bevisst på ved å ikke stille ledende spørsmål i intervjuene.

Siden jeg studerer rådgivningsvitenskap kan det også ha hatt betydning for min forforståelse om fenomenet i denne studien. På studiet har relasjonen mellom parter i rådgivning eller veiledning blitt vektlagt i stor grad. I intervjuet stilte jeg noen spørsmål om hvilke relasjoner deltakerne hadde med sine ansatte, men forsøkte å være bevisst på min forforståelse av viktigheten av relasjoner slik at det ikke skulle styre intervjuene for mye.

I forhold til sykefravær har jeg lest meg opp på forskning, og på reglement. Før jeg gjennomførte intervjuene hadde jeg en samtale med kontaktpersonen i kommunen for å få innsyn i hvordan sykefraværsoppfølging generelt foregår der. På denne måten hadde jeg noe kjennskap til fenomenet, og kunne lettere forstå hva deltakerne snakket om og kunne bruke deres begreper (Postholm, 2005). Samtidig forsøkte jeg å ikke gå for mye i dybden på forhånd for å minimere min egen forforståelse (Glaser & Strauss, 1967).

Forforståelsen vil uansett påvirke hvordan vi tolker og opplever verden (Thurén, 2009). Samlet sett vil jeg si at jeg tar med meg noen forforståelser i forhold til et positivt syn på hva ledere kan gjøre for ansatte som strevet psykisk. Jeg har også hatt tanker om at ledere kan føle seg ukomfortable, fordi psykisk helse kan anses som privat, i tillegg til at det kan være vanskelig å snakke om. Jeg har forsøkt å lytte til hva deltakerne sa, og ikke bli for farget av egen forforståelse.

4. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere hovedfunnene fra den tematiske analysen jeg har gjennomført. Funnene baseres på det transkriberte materialet fra de fem deltakerne i studien. Problemstillingen er: **Hvordan beskriver ledere i en kommune sine erfaringer med å følge opp sykemeldte ansatte med psykiske helseproblemer?** Funnene som ble analysert frem gjennom den tematiske analysen var disse fire:

1. «Å ivareta sine ansatte også når de er sykemeldte»
2. «Å være et medmenneske i sin rolle som leder»
3. «Å samarbeide med andre involverte i oppfølgingsarbeidet»
4. «Åpenhet om psykisk helse»

I dette kapitlet vil jeg vise deltakerne sine beskrivelser av erfaringer med sykefraværsoppfølging og psykisk helse. Temaene tar for seg ulike fokus. Det første temaet tar for seg fokus på den ansatte, det andre har fokus på seg selv som leder, det tredje har fokus på andre rundt som kan være til hjelp, og det siste går på tvers av fokusene om hvordan åpenhet påvirker oppfølging.

Jeg vil presentere deltakernes beskrivelser rundt hvert tema. Jeg har brukt noen av deltakernes ord i navngivelsen av alle temaene. Hvert tema vil demonstreres med sitater som jeg mener belyser temaet. Jeg vil bruke beskrivelser som «mange mente at...» for å illustrere enighet mellom deltakerne. De fem deltakerne har fått pseudonymene Trond, Johanne, Marit, Guro og Frank.

Sitatene fra deltakerne vil skrives i kursiv, og dersom jeg bruker deres egne ord i teksten vil disse også skrives i kursiv. Det vil gi et tydelig skille mellom hva som er deres og min stemme. Jeg ønsker å gjøre det tydelig med sitater i kursiv for å få frem deltakerperspektivet, og vise at tolkningene er forankret i datamaterialet (Henwood & Pidgeon, 1992; Postholm, 2005). I begynnelsen og slutten av beskrivelsene hvert funn vil jeg gi korte oppsummeringer av hva som kommer, og hva som har blitt fremmet. Det vil alltid være snakk om oppfølging knyttet til psykisk helse, selv om begreper som oppfølgingsarbeid brukes uten at jeg nevner ordet psykisk helse.

4.1 Å ivareta sine ansatte også mens de er sykemeldte

Dette temaet handler om hvordan deltakerne beskrev hvordan de ville ivareta sine ansatte også når de var sykemeldte. Et ønske om å ivareta var både for at ansatte skulle komme tilbake til jobb etter sykefraværet, men også fordi deltakerne mente det var viktig for ansatte som strever psykiske å ha en jobb å gå til i sykefraværsperioden. Flere av deltakerne beskrev

hva de gjorde for å ivareta sine ansatte. De beskrev blant annet at de ønsket høy jobbnærverelse, at ansatte skulle delta på jobbrelevante ting i sykeperioden og et ønske om å hjelpe ansatte med å «rydde» ved behov.

Flere av deltakerne fortalte om *jobbnærverelse* for ansatte i sykemeldingsperioder dersom det var mulig, spesielt ved graderte sykemeldinger. Johanne fortalte at hun oppfordret til å bruke *høy sykemelding* slik at hun kunne leie inn vikarer, og at den ansatte skulle ha *høy nærverelse*. Marit ønsket det samme med bruk av begrepene *arbeidsmengde* og *arbeidstid*. Med *arbeidsmengde* forklarte hun at sykemeldte kunne være på jobb hver dag, men med god tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Dersom noen er sykemeldt i *arbeidstid* betydde dette at den ansatte ville være på jobb for eksempel to dager i uken.

Deltakerne beskrev at de opplevde at mange ansatte hadde et annet syn enn dem om hvor mye, og hvor ofte man skal jobbe når man har en gradert sykemelding. På grunn av dette kunne det være vanskelig å få til et samarbeid. Johanne fortalte:

[...]når du får en sykemelding så ser folk med en gang «å, da skal jeg bare være på jobb halve tiden». En veldig feiljustering i min verden. Det har jeg jobba mye med [...], det er veldig sjeldent at livet ditt er frisk, syk, frisk, syk.

Noen av deltakerne beskrev at de jobbet med at *jobbnærverelse* spesielt under gradert sykemelding skulle bli normen. De mente at *sykefravær med tilstedeværelse*, og å jobbe *arbeidsmengde* kunne være positivt for bedriften og den ansatte. Ved å tilrettelegge beskrev de at de kunne få fordeler knyttet til arbeidskraft, og at den ansatte kunne få fordeler i forhold til blant annet tilhørighet og struktur i hverdagen. Dersom det skulle være *jobbnærverelse* i sykemeldingsperioder skulle den ansatte *vernes* fra arbeidsoppgaver, eller få *andre arbeidsoppgaver*. Trond sa at det alltid er noen andre arbeidsoppgaver man kan gi til den ansatte, og at han var villig til å gå langt for å tilrettelegge arbeidsoppgaver. For å vise poenget med en overdrivelse sa han at ansatte kunne *ha sittet i den stolen og sett på, altså, du skulle være nesten død hvis du ikke du klarer å gjøre noe*.

I tillegg til jobbnærver snakket deltakerne om at de ville at de ansatte skulle delta på andre ting når de var sykemeldte, dersom de kunne. De beskrev ting som å *få dem inn på kaffe*, delta på *bedriftsseminar*, komme på *felleslunsj*, invitere til *fellesarrangementer* og *lønningspils*. Det virker som det var viktig for deltakerne å vise ansatte at de var ønsket på arbeidsplassen. Dette sa Frank om det:

Uansett er det viktig for meg at du er like mye verdt, uansett om du er fraværende av en eller annen form så er du på en måte her likevel. Det er ikke sånn at du har «ferie» og så er du verdt noe når du kommer tilbake igjen. For oss er du verdig hele veien.

Deltakerne ville ivareta sine ansatte og vise de at de er verdt noe. De forklarte flere ulike årsaker til å gjøre dette, blant annet sa Frank: *Vi veit jo det at er man for lenge borte så gjør det noe med deg psykisk. Rett og slett.* Med dette ser det ut som Frank tenker langt frem og ønsker å forebygge eventuell lang sykefraværsperiode. Ledere får muligens fulgt opp tettere ved at den treffer sine ansatte i for eksempel *felleslunsjen*. Guro fortalte om et tilfelle der hun hadde oppfordret en ansatt til å blant annet komme å spise lunsj, og dette fordi *det er viktig å være på jobben*. Guro opplevde at det *ikke var bra for personen å være hjemme hele tiden*. De fleste deltakerne opplevde å ha gode erfaringer med å invitere ansatte på ulike ting.

Flere av deltakerne snakket om at de ikke ønsket å «glippe» eller miste den sykemeldte. De forklarte at erfaringsmessig kunne ansatte bli lenge sykemeldte dersom de ikke kom *fort i gang med sykefraværsoppfølging*. Guro fortalte at hun hadde lært på kurs at sannsynligheten var stor for at ansatte som er borte over en måned ikke kom tilbake til jobben. Hun fortalte hvordan dette hadde påvirket henne senere:

Men det var en enorm mengde med folk som hadde vært borte bare en kort tid, i mine øyne. De kom aldri tilbake. Det satte en skikkelig støkk i meg, og det har jeg tenkt mye på. Det er så viktig å ikke miste, eller klippe navlestrengen til jobben. Det er superviktig. Det er jeg veldig oppmerksom på.

Her brukte hun metaforen *klippe navlestrengen til jobben* som også kan beskrive at hun ikke vil *glippe* ansatte. En annen deltaker fortalte at av egen erfaring *har det lett for å glippe* ved seks til syv ukers fravær. Trond brukte begrepet *å holde grep om en person* som har det tøft. Det virket som det var viktig for deltakerne «å være raskt på» i oppfølgingsarbeid. Tiltak som *jobbnærvær* og å invitere ansatte på diverse begivenheter kunne bli brukt for å unngå at deltakerne *glipper* den sykemeldte. Deltakerne snakket om at hvis fraværet ble lengre enn noen uker kunne det bli *vanskeligere å få tak i den ansatte*, og at det virket som de startet et nytt liv utenfor jobben.

Deltakerne ivaretok sine ansatte som strevde psykisk med å hjelpe de «å rydde». Å rydde kunne være å hjelpe den ansatte til å få kontakt med *rette instanser i kommunen*, fortelle om tilbudet til *bedriftshelsetjenesten*, hjelpe å finne frem i *systemer* eller bestille time til legen. Dette kan bidra til å vise med handling at deltakerne brydde seg om de ansatte, ønsket at de skulle være på jobb og at de er verdifulle for arbeidsplassen. Deltakerne fortalte at de ønsket å vise at de var støttende, og at de brydde seg om sine ansatte:

Jeg har brukt litt tid på sånne ting som å rydde. Jeg vet jo selv når alt stormer, alt er kaos, så ser du jo ikke skogen for bare trær. Det å få en lapp i hånda, «ring til han, han gir fri rettshjelp» for eksempel. Sånne praktiske ting. Det tror jeg kan være en litt sånn støtte. Uten at jeg blander meg inn for mye. (Guro)

Jeg later ikke som jeg bryr meg, jeg bryr meg. Og så hjelper jeg folk videre, i forhold til bedriftshelsetjeneste, NAV system, stiller opp på møter og så videre. (Frank)

Guro og Frank viste i disse to sitatene at de ville støtte, ivareta og at de brydde seg om sine ansatte.

Oppsummert vil jeg trekke frem hva de deltakerne syntes i forhold til viktigheten av å ivareta sine ansatte også når de var sykemeldte. De beskrev ulike måter å gjennomføre dette på ved å oppfordre til jobbnærværelse, eller å jobbe arbeidsmengde, spesielt ved graderte sykemeldinger. De fortalte at de alltid inviterte sykemeldte på ulike ting knyttet til jobben, som lunsj eller seminar. Deltakerne snakket om at de ønsket å holde grep om sine ansatte og at de ønsket å hjelpe å rydde når ansatte strevde psykisk. Å ta vare på sine ansatte henger tett sammen med et ønske om å opptre som et medmenneske.

4.2 Å være et medmenneske i sin rolle som leder

Dette temaet handler om hvordan deltakerne beskrev at de ønsket å vise omsorg for sine ansatte, og vise at de *brydde seg*. Alle deltakerne understreket ofte at de er ikke var psykologer, lege eller behandler, men at de ønsket å støtte de ansatte så godt de kunne. De fortalte om ulike måter de hadde vist at de ville være et medmenneske. Å danne relasjoner virket som viktig for alle deltakerne. De fremmet at de hadde en *etisk plikt* og et *ansvar som fulgte med* når man sa ja til å være leder. De viste at de ville ansatte vel, og det ble ofte nevnt i intervjuene:

Jeg er ikke sånn som dytter dem videre, så får vi se hvordan det går. Jeg følger opp hele tiden, og når jeg vet at folk har problemer så ringer jeg opp og hører hvordan dem har det. Jeg bryr meg om de ansatte, om de er i arbeid eller ikke. (Frank)

Hvor grensa går for mitt ansvar, det har jeg klart å skille på. At jeg ofte er over grensa for mitt ansvar - det er jeg nok. Og der kommer medmennesket inn. (Marit)

Som Frank og Marit sa i disse sitatene *brydde* de seg om sine ansatte, og strakk seg langt for å vise det. Flere uttrykte at de generelt var *glad i mennesker*, og *glad i de* de jobbet med.

Flere av deltakerne fortalte hva de mente når de sa at de var glad i sine ansatte. De fortalte at de ikke opplevde seg som *venner* med sine ansatte, men en annen slags relasjon. En av deltakerne beskrev det som et *kollegaforhold*, man måtte *være nøytral* og *ikke ha tette forhold til noen*. Deltakerne sa at de ikke ville *tillate seg vennskap* fordi det kunne gjøre jobben deres mer utfordrende. Johanne sa følgende om å ha vennskapelige relasjoner til sine ansatte: *Det tror jeg hadde blitt vanskelig. Ikke bare på oppfølging, men på alt*. De fremmet at de ikke ville forskjellsbehandle noen av de ansatte, eller at noen skulle tro at lederen favoriserte noen. De ville *sørge for at alle fikk like god behandling*.

Like god behandling kan handle om å ha god kontakt og kjenne sine ansatte. En av deltakerne poengterte at dette var *alfa og omega*. De mente ved å ha en god relasjon ville det gjøre det lettere for ansatte å komme å snakke med dem. Arbeid de la ned i relasjonen i forkant kunne gjøre det lettere dersom de senere havnet i en oppfølgings sak. Frank snakket om hva en leder må ha for å danne en grunnrelasjon: *Du må ha noen egenskaper der for å ha den relasjonen, og for få folk til å åpne seg. At du får folk til å være seg selv*. Det virket som Frank mente at ledere og deres relasjon til sine ansatte kunne ha stor påvirkning på hva den ansatte deler.

Å kunne være et medmenneske for ansatte virket som viktig for deltakerne. Å få muligheten til å *hjelp*e ansatte i en vanskelig situasjon hadde en verdi for dem. Marit og Frank sa følgende om hva det ga dem å kunne delta i oppfølgingsarbeid:

[...]jeg er så glad for at jeg egentlig har fått lov å møte alle disse menneskene. Det har gjort noe med meg som menneske. [...] jeg er annerledes nå enn jeg var for ti år siden, og det er fordi jeg har fått møte alle disse menneskene. (Marit)

Jeg får mye bedre følelse av at jeg har hjulpet noen videre, og gitt folk en mulighet. Det gjør noe med meg som menneske. (Frank)

Disse sitatene viste at de er takknemlige for den erfaringen de har hatt med å hjelpe ansatte, selv om det kan ha vært vanskelig. Marit fortalte at *summen* av alt oppfølgingsarbeid *alltid er veldig utfordrende som leder*. Selv om deltakerne gjerne ønsket å opptre som et medmenneske måtte de også «*pushe*», og ta vanskelige avgjørelser.

Å både være et medmenneske, og en leder fortalte de kunne være en utfordrende *balansegang*. Noen ganger måtte de ta avgjørelser som en leder, og andre ganger opptre støttende. Noen fortalte at de ble *redde for å si noe feil* slik at det kunne ha negativ innvirkning på sine ansatte. Marit og Trond sa følgende om denne utfordrende *balansegangen*:

[...] jeg kjenner litt at jeg havner mellom hvordan du skal være en leder, og hvordan du skal være et medmenneske. Altså hvordan du skal klare å balansere de to på en god måte. [...] All forskning sier jo det – vær tydelig, men hvor tydelig skal jeg være? Er jeg i ferd med å knuse dette mennesket hvis jeg sier det, eller er jeg ikke? (Marit)

Det er jo det som er det store problemet med folk med psykiske lidelser. Når kan du begynne å presse de? Ved å stille null krav da får du ingen progresjon i utviklingen deres. Du må kreve litt og litt, men ikke såpass mye at de ikke klarer å mestre det. Det er jo klart at hvis du skulle presse en person såpass mye sånn at han hadde gått rett på trynet i igjen, det er klart det hadde gjort noe med deg. Du hadde skjont at dette her det er min skyld. Den synes jeg er veldig vanskelig å treffe blink på, å gjøre akkurat det som trengs. (Trond)

Å gi vanskelige beskjeder samtidig med et ønske om å være et medmenneske kunne være utfordrende for deltakerne. Flere snakket om at de måtte stille en del *krav*, og ha *forventninger* til sine ansatte. Medmennesket i dem ønsket kanskje å gi en *klapp på skulderen og si gå hjem*, men samtidig visste at de at de hadde et ansvar som leder. Noen ganger måtte deltakerne legge

press for å få progresjon, men det opplevdes som vanskelig å vite når man skulle *presse*, og når man skulle *bremse*. Likevel sa Marit følgende: *jeg vet at jeg er et medmenneske når jeg presser også. Selv om jeg kanskje ikke oppfattes som det, men det er vanskelig*. Hun erfarte at hun fortsatt var støttende selv når vanskelige avgjørelse måtte tas.

En annen vanskelig balansegang for deltakerne var å ikke opptre som psykolog eller lege. Ingen av deltakerne ville bevege seg inn på behandlerområdet. De ønsket å *lytte*, være en å snakke med og å vise at de *brydde seg*, men de ville distansere seg fra å opptre som en behandler. I disse sitatene snakket deltakerne om distanseringen:

Jeg er veldig opptatt av å ikke bli psykolog, for det er ikke jeg. (Guro)

Arbeidsgiveren er kanskje den første som lukker døren og setter seg ned [med den ansatte]. De [ansatte] lurte på noe, og så kommer det, det kommer det så mye at jeg får en sekk [...] Jeg skal jo ikke være behandler, og ikke er jeg terapeut. (Johanne)

Slik jeg forstår det var det viktig for deltakerne å unngå å gå inn i en behandlerrolle. De ønsket å holde seg på sitt *ansvarsområde*. De kunne være et *medmenneske*, men ville ikke være en *terapeut*. En av deltakerne fortalte at man ikke må gå for dypt inn i sykdomsbildet til ansatte, men *holde seg litt på overflaten*, fordi det trengtes en annen *ekspertise* som de ikke hadde. Samtidig ønsket deltakerne å være *medfølende*, og *gi råd på veien*, men deres område var knyttet til arbeid. Trond opplevde likevel at han hadde gitt hjelp til ansatte som strevde psykisk, selv om han distanserte seg fra å være behandler:

[...] folk har kommet bort til meg, og sagt «hadde ikke jeg fått muligheten der, så hadde det ikke gått så veldig bra med meg». Det er jo utrolig morsomt å høre, selv om du tenker tilbake på hva som var det spesielle der? Det eneste du kommer tilbake til er at vedkommende fikk en sjanse til å rette på egen atferd, eller ta tak i de problemene man hadde. Trenger ikke være lege eller psykolog for det, det er tilrettelegging.

I dette sitatet fortalte Trond at man kunne gi hjelp gjennom å være et medmenneske, tilrettelegge og gi ansatte en mulighet.

Oppsummert vil jeg trekke frem viktigheten av å være et medmenneske i lederrollen. De beskrev at de kan gå langt for å hjelpe sine ansatte som strever psykisk, og at dette ga dem noe tilbake. De fortalte om viktigheten av å ha gode, trygge og tillitsfulle relasjoner til sine ansatte. Å være et medmenneske, og vise dette ble også fremmet som hensiktsmessig i sykefraværsoppfølging. Samtidig fortalte deltakerne om utfordringer i forhold å være et medmenneske, og å «*pushe*» eller stille krav til sine ansatte. De uttrykte at det var viktig for progresjon å stille krav, men at det kunne være vanskelig å vite når tiden var moden for det. Alle deltakerne fortalte om sine ansvarsområder som ledere, og at de ikke ønsket å bevege seg inn på legens eller terapeutens ansvarsområder.

4.3 Å samarbeide med andre involverte i oppfølgingsarbeidet

Alle deltakerne snakket om å samarbeide med andre i oppfølgingssituasjoner, som for eksempel lege og NAV. Å ha dialog mellom ansatte, ledere, lege og NAV var viktig. Deltakerne hadde ulike erfaringer i forhold til å samarbeide med andre involverte i oppfølgingsarbeidet.

Å samarbeide med lege ble fremmet både som positivt og negativt. Det positive var at det opplevdes som *litt mer konkret* i forhold til sykdomsbildet. I tillegg kunne man få mer greie på hva utfordringen til ansatte var, og kunne tilrettelegge arbeidsoppgavene deretter. Når en må ta vanskelige avgjørelser, som å ta fra en ansatt ansvar på jobb fortalte Johanne at hun *alltid hadde lege på lag*. Da hadde hun noen å støtte seg på som kunne mer om den medisinske bakgrunnen til den ansatte.

Flere fortalte at når det var godt samarbeid var det *gode odds* for at den sykemeldte kom raskt tilbake. Dette fordret at *alle har felles fokus på at personen skulle klare å komme seg på beina igjen* (Marit). Deltakerne fortalte også om tilfeller hvor samarbeidet med lege hadde vært utfordrende eller negativt. For eksempel når de ringte for å varsle om bekymringer, eller når lege deltok i dialogmøter:

Jeg har opplevd at ved å gjøre det [varsle lege] så setter du legen i en vanskelig situasjon. [...] du må virkelig trække på hvis du skal få noe bistand, eller at de skal ta tak i noe. (Trond)

Jeg har også vært i en situasjon i dialogmøte med fastlegen hvor jeg har snakket lenge med den ansatte om psykisk helse. [...] Og det har gått til sykemelding og sykemelding. Vi er helt på randen av maksdatoer, og jeg har måttet ta opp temaet om psykisk helse i dialogmøte med fastlegen. (Guro)

Noen ganger ønsket deltakerne å varsle fastlege om ansattes helse, men opplevde å bli usikre på om det ble tatt tak i av legen. Andre ganger kunne det være frustrerende for deltakerne når fastlegen snakket forbi leder eller den ansatte. I tilfellet Guro forteller om uttrykte hun at legen ikke var interessert i å snakke om psykisk helse, mens den ansatte og hun selv ønsket dette. Det virket som deltakerne opplevde varierende erfaringer i forhold til samarbeid med lege, og NAV.

Alle deltakerne fortalte om gode og dårlige erfaringer med NAV. I forhold til gode erfaringer fortalte Marit og Frank følgende:

I 99 prosent av tilfellene så føler jeg når jeg sitter der... så heldige arbeidstakere er som har NAV. NAV vil jo ditt beste, selv om det kanskje ikke oppleves sånn. Og de passer jo på meg som leder for at jeg skal gi deg [ansatte] mitt beste óg. (Marit)

Det er jo som regel ryddige møter [med NAV]. Det blir jo at du forholder deg til NAV. [...] Så jeg føler at man bli møtt med respekt. Vi har et godt samarbeid sånn sett. (Frank)

NAV virket som kunne være en stor støtte for deltakerne. De holdt ryddige møter, og ville ofte det beste for arbeidsgivere og ansatte. Flere av deltakerne fortalte at NAV var flinke til å *presse og stille krav* til sykemeldte ansatte. Det snakket flere om at de selv syntes var vanskelig. I slike

tilfeller opplevde de NAV som en støtte. I sitatet over sa Marit positive ting om samarbeidet med NAV, men også at det ikke alltid opplevdes sånn der og da.

Noen av deltakerne mente at NAV *hadde for mange å jobbe med*, og at utfordringene de hadde i forhold til samarbeid ikke skyldes *personene*, men *systemet*. Johanne fortalte at noen fra NAV er *rågode saksbehandlere*, men at *noen er elendige*. Det virket som flere av deltakerne kunne stille seg bak denne erfaringen. I noen tilfeller hadde deltakerne opplevd samarbeidet som hemmende for oppfølgingsarbeidet, for eksempel det Frank fortalte i følgende sitat:

Jeg har blitt med på møte, og NAV har ikke lest papirene [om den ansatte] en gang. Da blir det sånn «rippede opp og begynne på nytt». Da synes jeg det er veldig vanskelig for den enkelte å komme videre.

Det kunne være vanskelig for deltakerne å følge opp ansatte på best mulig måte når samarbeidet med andre aktører ikke gikk bra. NAV og lege har taushetsplikt, og flere av deltakerne uttrykte at det er vanskelig fordi ledere *skal legge alt til rette og gjøre alt for å få den ansatte tilbake i arbeid*. I slike tilfeller opplevdes det som veldig utfordrende å ikke få vite alt. Det virket også som det var utfordrende for deltakerne når de kjente sine ansatte best, mens de opplevde at NAV og lege hadde «det siste ordet».

Flere av deltakerne fortalte om et ønske om en person, som ikke nødvendigvis var lege eller fra NAV, som kunne være en støtte i oppfølgingsaker. Noen forklarte dette med begrepet en *ambassadør* for den sykemeldte. En person som kunne hjelpe å finne frem i *paragraffjungelen*, og kunne hjelpe med å ivareta *rettighetene* til den sykemeldte. Marit fortalte at hun skulle ønske noen kunne hjelpe i dialogmøter både for den ansatte, og for lederen. Her kunne det virke som det er behov for å styrke samarbeidet mellom de involverte i dialogmøtene. Flere av deltakerne snakket om viktigheten av godt samarbeid i oppfølgingsaker.

For å oppsummere opplevde deltakerne samarbeidet med lege og NAV som både positivt og negativt. De opplevde begge som en stor støtte i oppfølgingsarbeidet. Det opplevdes som vanskelig når lege for eksempel ikke ville snakke om psykisk helse, eller da NAV for eksempel ikke møtte forberedt på møter. I tillegg til de involverte partene mente flere av deltakerne at en slags «ambassadør» kunne være til hjelp i oppfølgingsarbeidet.

4.4 Åpenhet om psykisk helse

Dette temaet handler om hvordan deltakerne opplevde å snakke om psykisk helse, og hvilke fordeler og ulemper de har erfart når ansatte var åpne om sin psykiske helse. Alle deltakerne oppfordret sine ansatte til å ringe eller snakke ansikt til ansikt vedrørende sitt sykefravær. På den måten gjorde det lettere for deltakerne å fange opp hva utfordringen var. Deltakerne snakket om åpenhet mellom seg og sine ansatte, mellom deltakere i dialogmøter og

mellom den sykemeldte og sine kolleger. Deltakerne snakket om både positive og negative sider ved åpenhet om psykisk helse.

Alle deltakerne fortalte at de var komfortable med å snakke om psykisk helse. De hadde flere års erfaringer, og det gjorde det lettere å møte ansatte som hadde psykiske helseproblemer. Frank fortalte følgende knyttet til hvordan han erfarte å snakke med ansatte om deres psykiske helse:

Jeg tenker alt er greit, og alt er lovlig. Ingen andre enn dem selv, de vet best [om] sitt problem, og [om] sin psykiske tilstand. Ingen andre kan fortelle det, om det lege, eller om det er familie. Det er dem selv.

Det virket som Frank ønsket at de ansatte skulle fortelle om hvordan de hadde det, og at det da kunne bli lettere å følge opp og tilrettelegge. *Hva de forteller til meg har óg stor påvirkning*, sa Johanne. Hva lederen fikk vite kunne naturligvis påvirke hva de kunne gjøre, og hvordan de kunne tilrettelegge i arbeidet. En av deltakerne fortalte at åpenhet gjorde det lettere for henne å være *raus*, og få økt forståelse ovenfor den ansatte.

Samtidig som deltakerne syntes det meste var greit å snakke om, fortalte noen at de forsøkte å sette noen grenser. Hvis de opplevde at ansatte fortalte om sine mest personlige ting, da følte de at den ansatte kanskje ville angre senere på det hun hadde fortalt. To av deltakerne hadde opplevd å si *nå trenger vi ikke snakke mer om akkurat dét*. Guro fortalte at hun har *stoppa folk* når de snakket om psykiske helseproblemer fordi hun ville få den ansatte til å *tenke over hva* den sa. Deltakerne opplevde noen ganger at ansatte fortalte mer enn de egentlig ville.

Noen av deltakerne fortalte at de brukte seg selv og sine egne erfaringer med psykisk helse dersom det var behov for det. De fortalte at de *brukte det helt bevisst* for å vise at *det går an å komme seg på beina igjen*. Noen av deltakerne fortalte ansatte hvordan de hadde opplevd liknende situasjoner selv. På denne måten kunne de *relatere*, og *dele* sine egne erfaringer. Å selv være åpen om sine egne erfaringer mente de ville gjøre det lettere for ansatte å fortelle om sin psykiske helse. I følgende sitat snakket deltakerne om hvordan de brukte seg selv:

Det å tørre å dele det man er komfortabel med, det har jeg sett på som en kjempestyrke inn i [oppfølgings] arbeidet. (Marit)

Jeg har brukt det helt bevisst. De vet jo at jeg har hatt det fryktelig tungt når ting skjedde, [...] og de ser at det går an å komme seg på beina igjen. (Guro)

Sitatene viser at noen av deltakerne var åpne om sine erfaringer til ansatte som hadde psykiske helseproblemer, både for å vise at det kan gå bra, at det kan skje alle, og at det er greit å snakke om. I tillegg til ansattes åpenhet mot ledere snakket de også om åpenhet mellom kollegene.

Deltakerne fortalte om åpenhet om psykisk helse blant kolleger. Dersom den psykiske helsen til ansatte påvirket arbeidet, og det gikk ut over kollegene mente deltakerne at de ansatte

ville ha fordel av å dele litt av historien sin med de andre. På den måten kunne kollegene mulig få økt forståelse for deres situasjon. I tilfeller hvor den psykiske helsen påvirket arbeidet håpet noen av deltakerne at ansatte ville være åpne, men sa at det kom *an på* hva det psykiske helseproblemet var, hvilket arbeid de hadde, hvor de jobbet og hvem de jobbet sammen med. I forhold til åpenhet i arbeidsmiljøet fortalte deltakerne følgende:

Det er en fordel å vite, ellers kan du fort bli opplevd som lite ålreit å ha i arbeidsmiljøet. (Johanne)

[...] jeg synes du skal si til de du jobber sammen med hvorfor du gråter litt, eller hvorfor du er så sinna. (Guro)

Noen av deltakere mente at det kunne være store fordeler i arbeidsmiljøet når kolleger visste litt om hvordan ansatte hadde det. Likevel fortalte de at *mange ikke ville* si noe. Noen fortalte at ansatte hadde *sine allianser* som visste. Dersom det var mye usikkerhet blant kollegene kunne det være utfordringer i arbeidsmiljøet. En av deltakerne fortalte likevel at han ikke alltid syntes det ikke var hensiktsmessig med åpenhet blant kolleger:

Jeg opplever at hvis du har en psykisk lidelse, så får du et stempel på arbeidsplassen [...] Du kommer ikke ut av det. Jeg tenker at man skal vente ganske lenge før man forteller det [til sine kolleger]. Det er i hvert fall min erfaring. (Trond)

Det var delte meninger blant deltakerne, og for å hindre stigmatisering mente noen det var best for ansatte å ikke være så åpne om sin psykiske helse til kolleger.

Deltakerne fortalte om åpenhet i dialogmøtene, og hvordan det var viktig for sykefraværsoppfølging. En utfordring mange fortalte om var *taushetsplikten* lege og NAV innehar. Frank fortalte følgende om denne utfordringen:

Det blir ofte sagt i dialogmøter: «det har vi ikke noe med, vi har taushetsplikt». Det er jo jeg som skal legge alt til rette, og gjøre alt for å få den [ansatte] tilbake i arbeid. Jeg får ikke greie på noe, ingenting. Og hvordan skal du klare å hjelpe et menneske når du ikke vet [noen ting]. Og ikke skal få greie på noen ting? Det er ikke lett.

Deltakerne syntes det var hensiktsmessig med *åpenhet* i dialogmøter. På en annen siden kunne det være vanskelig å snakke åpent med mange til stede. Deltakerne fortalte at de var *avhengig av noe åpenhet* for å kunne tilrettelegge og følge opp, og den ansatte hadde selv et ansvar for å *informere*. De sa at når de skulle tilrettelegge kunne de kun ta utgangspunkt i det de visste.

Oppsummert mente alle deltakerne at åpenhet om psykisk helse var viktig. Alle deltakerne fortalte at de syntes det er greit å snakke om psykisk helse, men noen ganger måtte de sette grenser. Å være åpen selv, at den ansatte var åpen mot ledere og åpenhet mellom kollegene opplevdes som betydningsfullt for oppfølgingsarbeidet. Deltakerne beskrev utfordringer i dialogmøter preget av taushetsplikt, og ønsket mer åpenhet blant andre involverte.

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene min studie som ble presentert i forrige kapittel mot teorigrunnlaget om veiledning, personsentrert teori, recovery, relasjonsledelse og tidligere forskning. Målet med diskusjonen er å belyse deltakernes erfaringer med sykefraværsoppfølging og psykiske helseproblemer hos ansatte. Jeg har valgt å dele diskusjonen i to hoveddeler, og på den måten kan jeg diskutere på tvers av temaene som ble funnet i analysen. De to hoveddelene er:

- 1) Når ansatte har psykiske helseproblemer
- 2) Motsetninger i sykefraværsoppfølgingsarbeidet

I den første delen vil jeg ta for meg hva deltakerne fortalte som sine erfaringer da de ante, og visste at ansatte hadde psykiske helseproblemer. Jeg vil se på hvordan deltakerne orienterte seg for å finne ut hvordan de best mulig kunne følge opp, i tillegg til hvordan de uttrykte et ønske om å være en støttespiller på veien. I den andre delen vil jeg ta for meg motsetninger deltakerne fortalte om i studien. Både i forhold til ambivalens i rollen som leder og som oppfølger, og i forhold til motsetninger i holdninger om jobbnærverelse under sykefravær.

5.1 Når ansatte har psykiske helseproblemer

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan deltakerne erfarte å møte ansatte med psykiske helseproblemer, og hva som var spesielt viktig for dem i sykefraværsoppfølgingsarbeidet. Alle deltakerne beskrev at de gjennomførte systematisk oppfølging i henhold til IA-avtalen, men samtidig ønsket å finne ut hva enkeltansatte hadde behov for utover det. Jeg vil se nærmere på to ting som var fremtredende ved funnene under denne hoveddelen. Det første er i forhold til hva deltakerne fortalte om å orientere seg rundt hva ansatte hadde behov for og, hva deltakerne kunne gjøre for sine ansatte. Det andre er i forhold til deltakernes beskrivelser av ønsket om å støtte ansatte. Disse temaene kan være overlappende fordi støtte også kan oppleves når man orienterer seg rundt behov til ansatte, men skillet går i hovedsak på det praktiske i forhold til det relasjonelle.

5.1.1 Orienterer seg om hva ansatte trenger fra lederen

Rogan (2014) argumenterer for at arbeidslivet kan være en av de viktigste arenaene for å arbeide med psykisk helse. Han begrunner det med at jobben er en av arenaene hvor mennesker befinner seg daglig, og vil fortsette å befinne seg i videre i livet. Argumentet støttes opp av hvordan Senter for jobbmestring (NAV) jobber med metoden IPS som kombinerer behandling og arbeid (NAV, 2016). Mennesker med psykiske helseproblemer kan ha lett for å isolere seg, og tiltak fra arbeidsplassen vil kunne være viktig (Thoresen, Hansen, Vinje, &

Paulsen, 2004). Å være lenge ute av arbeidslivet har vist å kunne forsterke vanskene ved lettere psykiske helseproblemer (Joner, 2008). Arbeidsplassen og lederen kan være viktige for ansatte med psykiske helseproblemer. I en studie av arbeidstakere som var blitt uføre svarte 57% at bedriften kunne ha forebygget deres uførhet (Andersen, 1995). Dette kan tyde på at oppfølging og tiltak fra bedriften kan være viktig.

Flere av deltakerne fortalte at de kunne se etter «tegn» hos ansatte og dermed legge merke til når ansatte hadde det tøft. Deres erfaringer fra liknende tilfeller kunne være til hjelp for å legge merke til «tegn» som kroppsholdning, hvor mye de var rundt kontoret til lederen, endret atferd og liknende. I studier av hjelpesøkendeatferd har det blitt funnet at mange ikke oppsøker hjelp fordi de ikke vet hvilken hjelp de kan få, ikke tror det vil hjelpe, er flau for å søke hjelp eller er redde for stigmatisering (Mojtabai, Olfson, & Mechanic, 2009). Det kan være viktig at andre, som for eksempel en leder, tar det første steget med å komme i dialog. Ved å komme i dialog kan ledere sette i gang en prosess, og orientere seg om hva ansatte har behov for. Likevel kan det stilles spørsmål ved hvor lett det for ledere å legge merke til slike «tegn». I denne studien jobbet for eksempel noen av deltakerne på et annet arbeidssted enn de ansatte, noe som kan gjøre det vanskelig å legge merke til «tegn». For å lettere legge merke til når ansatte hadde det vanskelig fortalte deltakerne at det var fordelaktig å kjenne sine ansatte godt.

Deltakerne i min studie fortalte at å ha gode relasjoner til sine ansatte kunne gjøre det enklere å uttrykke bekymring. Det bør skje med respekt, ydmykhet og varsomhet slik at ansatte ikke føler seg «invadert». Å uttrykke bekymring kan knyttes til relasjonsledelse som argumenterer for viktigheten ved å vise interesse for ansattes tanker og følelser. Å invitere ansatte til å snakke om deres psykiske tilstand kan kreve relasjonelt mot, ifølge Spurkeland (2005). Det vil kreve styrke og vilje til å samtale med ansatte om vanskelige ting. Å ta den samtalen kan være utfordrende, men også veldig viktig. Noen av deltakerne fortalte hvordan de hadde tatt initiativ til å snakke med sine ansatte, og at de hadde positive erfaringer i forhold til det. De hadde opplevd at ansatte var glade og takknemlige for at noen så dem. Deltakerne kunne her raskt orientere seg om hva den ansatte trengte, for eksempel tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Det er viktig at ledere som inviterer til å snakke om psykisk helse er bevisste på hva som kan komme, og hun må være forberedt på å takle det (Motschnig & Nykl, 2014).

Uansett hvilken måte deltakerne fant ut at den ansatte strevde psykisk, så var de opptatt av å komme raskt i dialog. De ville opprettholde dialog gjennom hele oppfølgingsperioden for å orientere seg om hva den ansatte trengte. Spurkeland (2005) hevder at dersom en leder ikke behersker dialog, basert på respekt og aktiv lytting, vil man aldri bli kjent med sine ansatte, og

dermed heller ikke bli en god leder. En av deltakerne fortalte at hun ofte var i dialog med sykemeldte, og gjerne tok samtalene «litt i farta», for eksempel i bilen. Selv om deltakerne fortalte at ofte var i dialog med ansatte betyr ikke det nødvendigvis at den ansatte opplevde det som oppfølging. Kanskje ansatte opplever dialog i oppfølgingssammenheng som noe ledere er pliktige til, og kanskje det er vanskelig for en leder å beherske dialog om psykisk helse.

Selv om dialog kan være viktig for sykefravær, og for å finne ut hva den ansatte har behov for vil det kunne oppstå misforståelser, spesielt hvis lederen tolker for mye. En av deltakerne i min studie fortalte for eksempel om en ansatt som hadde uttrykt at hun var sliten samtidig som personen ble sykemeldt. Her tolket deltakeren at det handlet om psykisk helse, og satte i gang prosesser for å ta tak i dette. Det viste seg at det var fysisk sykdom som gjorde at den ansatte uttrykte at hun var sliten. Det viser viktigheten av å sjekke ut sine tolkninger med ansatte når man er i dialog slik at man ikke mistolker (Kvalsund, 2015a).

Deltakerne fortalte at de gjerne ville høre hva utfordringen var fra personen selv, og det kan ses i sammenheng med recovery og synet på at personer med psykiske helseproblemer er ekspert på seg selv (Borge, 2014). Det argumenteres for at det kan det være vanskeligere å snakke åpent om sin psykiske helse i forhold til sin fysiske helse (Nordstedt, 2016). Noen av deltakerne fortalte at de hadde opplevd å stoppe ansatte som ville fortelle «for mye». Dersom en ansatt har opplevd det, kan det være vanskelig å være åpen i neste omgang. Samtidig poengterte deltakerne at de ønsket mer åpenhet for kunne gjøre det lettere å følge opp, og lettere å tilrettelegge arbeidsoppgaver.

I oppfølgingssaker ønsket deltakerne å være et medmenneske for sine ansatte. Dette kan handle om likeverdige relasjoner. Slike likeverdige relasjoner kan være viktig for personer i deres recoveryprosesser (Borge, 2014; NAPHA, 2017). Å strebe etter en slik relasjon kan diskuteres om er mulig å oppnå i en oppfølgingssituasjon. Ledere vil både ha makt i sin rolle som veileder, og som leder, og bør være bevisst over makten de har (Pedersen, Svendsen, & Einarsen, 2015; Tveiten, 2015). En leder vil alltid veilede i kraft av sin lederrolle (Molly-Søholm et al., 2006), og hjelperelasjoner vil i all hovedsak være usymmetriske (Skau, 2003). Det er lovpålagt å gjennomføre oppfølging, og for den ansatte å delta på dialogmøter (Arbeidstilsynet, 2011; Djuve et al., 2015). Dette kan bidra til en mindre likeverdig relasjon, og det kan stilles spørsmål om ansatte opplever relasjonen med sin leder som likeverdig, eller om det blir oppfattet som overvåkende (Djuve et al., 2015). Når en leder skal orientere seg om behovene til en ansatt kan det likevel være viktig å ha et likeverdig *samarbeid*, og støtte den ansatte i sin recoveryprosess (Borge, 2014). Samtidig har ansatte et ansvar for å nærme seg et

slikt samarbeid. En leder vil kunne ha vanskeligheter for å samarbeide med ansatte som ikke er interessert i lederens hjelp eller innspill (Kvalsund, 2005).

Deltakerne fortalte at gjennom dialog og åpenhet kunne det gjøre det mulig å orientere seg rundt behovene til den sykemeldte ansatte, men det kan argumenteres for at det ikke er tilstrekkelig. En leder bør gå inn i dialog med en positiv holdning. I en studie av dialogbasert sykefraværsoppfølging blant innvandrende arbeidere ble det funnet at dersom lederen opplever oppfølging som byråkratisk og tidkrevende kunne det påvirke samarbeidet mellom leder og ansatt negativt (Djuve et al., 2015). Her kan det trekkes linjer til Rogers og en av kjernefaktorene i hjelperelasjoner, kongruens, som betyr overensstemmelse mellom hva som erfares og hva som uttrykkes (Bårdsen & Ågotnes, 2014). Det er viktig at lederen uttrykker seg med overensstemmelse i forhold til holdningene mot oppfølgingsarbeid. Dersom en leder kaller inn til dialogmøte kan det sende signaler om at det er viktig, og at man vil ivareta sine ansatte. Dersom det ikke er kongruens mellom hva som uttrykkes i dialogmøtet, eller hvilke tiltak som faktisk gjennomføres kan dette skape inkongruens. I personsentrert teori er holdningene til veileder og hvordan hun møter den andre svært viktig, og inkongruens kan påvirke tilliten i relasjonen (Bozarth, 2013). I tillegg til å orientere seg om behovene til sine ansatte var deltakerne i denne studien også opptatt av å være en støttespiller i oppfølgingsarbeidet.

5.1.2 Å være en støttespiller for ansatte med psykiske helseproblemer

Flere av deltakerne i min studie snakket om sin rolle i oppfølgingssaker og hvordan de ofte opplevde seg selv som en støttende leder som kunne lytte og hjelpe med de kunne. En studie fant at lav sosial støtte fra nærmeste leder kunne føre til at man ble lettere stresset og utmattet. Dette fordi potensielle stressorer ikke ble taklet på samme måte som de som opplevde høy grad av sosial støtte (Kuvaas et al., 2015). Sosial støtte fra leder kan dermed ses på som viktig i arbeidslivet for å sikre at ansatte takler fremtidige utfordringer og stressorer. Det er kanskje ikke tilstrekkelig at lederen har en intensjon om å være en støttespiller. Støttende ledelse avhenger av hvilken grad de ansatte opplever at lederen bryr seg om at de har det bra på jobben, og om de setter pris på den ansattes bidrag i bedriften (Kuvaas et al., 2015).

Mine funn viste at deltakerne hadde et stort ønske om å være en støtte for sine ansatte gjennom sykemeldingsperioden. De ønsket å være en å snakke med, en som var opptatt av hvordan den ansatte hadde det, og være der for sine ansatte. Det virket som de var opptatt av å ha gode relasjoner. Det kan ses i sammenheng med teori om relasjonsledelse med fokus på dialog og relasjonskvalitet (Spurkeland, 2005). Deltakerne i denne studien fortalte om oppfølgingsarbeid hvor ansatte ikke ønsket å være åpen for sin leder, og hvor de opplevde det

som utfordrende å kunne følge opp. Samtidig ønsket de alltid å være et støttende medmenneske. Det kan variere hvordan ansatte synes sin leder bør være (Skogstad, 2015). Enkelte ganger har ansatte kanskje ikke behov for støtte fra lederen sin, og et ønske om å takle sine utfordringer uten jobbens innblanding. Det argumenteres for at lettere psykiske helseproblemer noen ganger kan takles på egen hånd, og en kort sykemelding kan ses på som en pause for å «hente seg inn» (Øverland et al., 2011).

I min studie fortalte mange av deltakerne at det var viktig for dem å vise støttende atferd, og å vise sine ansatte at de brydde seg om dem. De fortalte også at det ga dem noe som mennesker å få muligheten til å hjelpe eller støtte noen i vanskelige stunder. Dette kan knyttes til personsentrert teori og kjernefaktoren empati (Thorne, 2003). Ved at deltakerne tok seg tid til å lytte til sine ansatte kan dette være et uttrykk for empati. Rogers (1961) fremmer at empati må være til stede for at man kan opptre som et medmenneske og tilrettelegge for utvikling hos den ansatte. Når man skal være empatisk må en forsøke å tre inn i andres forståelse av verden, men ikke miste skillet mellom egne og den andres følelser og tanker (Rogers, 1957).

I lys av dette kan empati kan ses på som en svært viktig holdning for ledere som skal jobbe med sykefraværsoppfølging, og hjelpe den ansatte til å utvikle seg. Samtidig er det viktig at empatien ikke blir overdreven. Overdreven empati handler om at man ikke takler smerten eller følelsene den andre innehar. Ved overdreven empati kan lederes følelser bli viktigere enn den ansattes, og det kan oppleves ubehagelig av den ansatte (Hoffmann, 2000). Noen av deltakerne fortalte om at det kunne være vanskelig for eksempel når ansatte begynte å gråte foran dem, men flere var veldig klare på at de skulle skille mellom hva som var sitt og hva som var den andres. En av deltakerne beskrev det med metaforen «få en sekk» fra de ansatte når de fortalte om hvordan de hadde det, og den kunne hun ikke bære på selv.

Mange av deltakerne hadde et ønske om å være støttende, og tilrettelegge arbeidsoppgaver ved å se etter andre ressurser i ansatte. Flere fortalte at de trodde at ansatte kunne komme på bedringens vei ved å få den rette hjelpen og støtten. Dette kan ses i lys av et positivt menneskesyn, og en selvaktualiserende holdning (Rogers, 1961; Schack, 2009; Spurkeland, 2005). En slik selvaktualiserende holdning blir kritisert for å være for individorientert, og dersom ledere møter ansatte fra kulturer hvor kollektivismen står sterkere kan dette mulig virke fremmed for dem (Ivey et al., 2012). Støtten ledere kan gi med en selvaktualiserende holdning passer kanskje ikke for alle ansatte. For å kunne hjelpe ansatte i recoveryprosesser til å utvikle seg er det noen holdninger lederen bør ha med seg i relasjonen.

Når en veileder, eller en leder, innehar de tre holdningene kongruens, ubetinget aksept og empati hevdes det at vekst og utvikling hos en ansatt kan skje (Rogers, 1961). Deltakerne i denne studien ønsket å være støttende, og når de handlet deretter kan dette knyttes til kongruens. Deltakerne fortalte at de ønsket å støtte alle sine ansatte uansett hva det skulle være, om det var rusproblemer, skilsmisse eller sorg, og det kan være et uttrykk for ubetinget aksept. Deltakerne fortalte at også de ville være en lytter og forsøke å forstå sine ansatte. Det kan det uttrykke støtte, og vise en empatisk holdning. Utvikling hos en ansatt kan skje ved at det skapes tillit i relasjonen ved å inneha de tre kjerneholdningene, ifølge personsentrert teori (Borge, 2014). Samtidig kan det stilles spørsmål om disse tre holdningene er mulig å oppnå. Spesielt synet på ubetinget aksept har blitt kritisert for å være vanskelig å oppnå (Johannessen et al., 1993). Dersom en ansatt skulle være voldelig, eller gjøre noe kriminelt kan det kanskje være vanskelig å være ubetinget aksepterende. Samtidig har deltakerne i min studie vektlagt et ønske om å støtte, akseptere og vise ansatte at de bryr seg om dem og at de er verdige hele veien, både når man strever psykisk og ellers.

5.2 Motsetninger i arbeidet med sykefraværsoppfølging og psykiske helseproblemer

Jeg har nå diskutert deltakernes erfaringer i forhold til å orientere seg om behovene til ansatte, og deltakernes ønsker om å være en støttespiller i recoveryprosesser. Jeg vil nå ta for meg motsetninger eller ambivalenser mange av deltakerne fortalte oppsto i oppfølgingsarbeidet. Det første jeg vil ta for meg er ambivalens i forhold til å være et medmenneske, en leder og oppfølger, og hvordan rollene kan komme i konflikt. Det andre jeg vil ta for meg er motsetninger i holdninger og forventninger til jobbnærværelse i sykemeldingsperioder, og se hvordan deltakerne erfarte dette og hva forskning sier om temaet.

5.2.1 Å være et medmenneske, leder og oppfølger på samme tid

Ingen av deltakerne i min studie hadde utdanning innenfor psykisk helse, men likevel kan mange ledere i dag treffe, og få ansvar for å følge opp ansatte som strever psykisk. Rundt 15 prosent av legemeldt sykefravær skyldes psykiske lidelser, og det antas at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse en gang i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg hevder Joner (2008) at psykiske helseproblemer underrapporteres i primærhelsetjenesten som står for det meste av legemeldt sykefravær. Flere av deltakerne i denne studien fortalte at de ønsket å være et medmenneske, men noen ganger kunne det stå i konflikt, eller kontrast til leder- og oppfølgerrollen.

Flere av deltakerne fortalte om en utfordrende balansegang mellom å «pushe» og å bli opplevd som en ålreit leder. De mente at å stille krav og ha forventninger i oppfølging av ansatte kunne være positivt. En studie støtter dette og har funnet at bedrifter med lite oppfølging av langtidssykemeldte ansatte kan føre til lengre sykemeldinger enn ved tettere oppfølging (Andersen, 1995). Å stille krav og å være på banen kan være viktig i oppfølgingsarbeidet, samtidig som ledere må passe på at det ikke oppleves som for kontrollerende for ansatte (Djuve et al., 2015).

Å sette grenser eller stille krav til sine ansatte kan være viktig slik at ansatte får mulighet til å erfare og mestre ulike situasjoner. I recovery fremmes viktigheten av arbeid, og å gjenoppta eller opprettholde det daglige livet til tross for psykiske helseproblemer (Borg et al., 2013; Schack, 2009). Arbeid kan være viktig fordi man kan oppleve å mestre arbeidsoppgaver samtidig som man har psykiske helseproblemer (Rogan, 2014). Det er funnet at mestringsstro i forhold til helseplager kan føre til endret atferd slik at den blir helsefremmende. Dette kan gjøre at ansatte får en tro på at de kan arbeide, og at arbeidet kan være helsefremmende (Clark & Dodge, 1999). Å ikke være i arbeid når man for eksempel har depresjon kan føre til økt passivitet og færre mestringsopplevelser, og dermed også flere symptomer på depresjon (Øverland et al., 2011). Til tross for ambivalensen fortalte en av deltakerne at hun følte hun var et medmenneske når hun stilte krav, selv om det kunne være vanskelig når ansatte ikke opplevde det.

Alle deltakerne fremmet gjentatte ganger at de ikke var psykolog, terapeut, lege eller behandler, og heller ikke ønsket å være det. De ønsket å være en å snakke med, i tråd med relasjonsledelse (Spurkeland, 2005). Forskning viser at dette er bra for recoveryprosesser (Borg et al., 2013). Å veilede kan ha visse likhetstrekk til terapi ved at begge handler om «jeg-et» og det kan handle om følelser (Tveiten, 2015). Deltakerne i min studie fortalte at deres rolle som veileder i oppfølgingssammenheng var knyttet til arbeid, og at de tok tak for å ikke gå inn i en terapeuts rolle. Flere snakket om at man ikke måtte gå over i andres ekspertise. Det virket som de undervurderte seg selv i forhold til hva de trodde de kunne gjøre for ansatte som strevde psykisk. Likevel fortalte deltakerne at de hadde hatt mange positive erfaringer med å veilede og hjelpe ansatte med psykiske helseproblemer. Samtidig kan det være positivt å være klar over grensene til veiledning, og kjenne sitt kompetanseområde. At veiledere vet hva de gjør, hvordan og hvorfor blir argumentert som viktig for god veiledning (Tveiten, 2015).

Selv om deltakerne understreket at de ikke ville gå over grensen til en terapeuts rolle betyr det ikke at ledere ikke kan ha en viktig rolle for ansatte som strever psykisk. Som

poengtert tidligere argumenteres det for i recoveryperspektivet at viktige andre, som en leder, kan ha stor betydning for ansattes recoveryprosess (Borg et al., 2013). Det kan virke som deltakerne i denne studien var redde for å gi råd om psykisk helse, fordi da mente de selv de beveget seg over til terapi. I personsentrert teori er det relasjonen som ses på som det viktigste, og det er ikke ønskelig å gi råd selv om det er snakk om terapi (Ivey et al., 2012). Ved et slikt syn blir skillet mellom veiledning og terapi mindre, men samtidig vil skillet avhenge av hvilket teoretisk perspektiv det ses i fra.

I forhold til relasjonsledelse fremmes følgende: «Du må ikke se på deg selv som en «behandler», men kun som en interessert lytter. Ofte hjelper du dialogpartner til å se ting klarere bare ved å stille noen spørsmål» (Spurkeland, 2005, s. 160). Det samme fremmes av Tveiten (2015) og hennes syn på forskjellen mellom veiledning og terapi. Deltakerne fortalte om ansatte som hadde behov for å bli lyttet til, og at de kunne være der for dem. En av deltakerne fortalte om en ansatt som hun jevnlig hadde hatt samtaler med og mente at det hadde vært positivt for henne. En tolkning er at deltakerne ikke er bevisste på hvilken betydning de kan ha for ansatte som strever psykisk. En annen er at de har et eldre syn på psykisk helse, et biomedisinsk syn, om at psykologer må behandle og målet er å bli symptomfri (Ekeland, 2011; Teigen, 2004). En tredje kan være er at de var bekymret for å gjøre noe feil, noe som flere av deltakerne eksplisitt sa at de var.

I tillegg til utfordringer med å være et medmenneske og oppfølger uten å gå over i en terapeuts område, fortalte deltakerne om motsetninger mellom leder- og oppfølgerrollen. Deltakerne kunne møte på utfordringer ved å få vite ting i oppfølgingssammenheng som førte til at den ansatte forventet at de skulle ta hensyn når den «visste hvordan personen hadde det». En av deltakerne fortalte for eksempel om en ansatt som mente at lederen burde skjønne at hun trengte fri fordi hun hadde fortalt om sine utfordringer. Her kan det rekkes linjer til Tveiten (2015) sin fremstilling av dobbeltrolleproblematikk. Å ha en lederrolle og være en oppfølger kan by på utfordringer fordi rollene kan stå i konflikt til hverandre. Tveiten (2015) mener det er komplisert å ha slike dobbeltroller, og advarer mot det. Men på en annen side viser erfaringer fra Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse at tett oppfølging fra leder har god effekt og at de ansatte kommer raskere tilbake i fullt arbeid (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Deltakerne i min studie fortalte at de måtte ta vare på arbeidsplassen og samtidig ta vare på ansatte, og at de ikke alltid hadde mulighet til å ta hensyn til informasjon fått i oppfølgingssammenheng. Det kan virke som det kan være utfordrende for ledere å ha en

dobbelrolle som leder og oppfølger. Tveiten (2015) hevder likevel at det er mulig, men at det er svært viktig å avklare skillet mellom rollene. Ved å gjøre dette kan konflikter som skyldes uklare roller unngås (Saksvik, 2011). Samtidig som deltakerne syntes det kunne være utfordrende å balansere rollene mente de det var greit å drive med sykefraværsoppfølging.

Deltakerne opplevde som nevnt en ambivalens i forhold til å ta vare på sine ansatte og samtidig ta vare på arbeidsplassen. Noen ganger måtte deltakerne ta fra de ansatte ansvar eller sende de hjem fra jobb for å ivareta kolleger eller brukere. Dette fortalte flere av deltakerne at de syntes var utfordrende. Å ta vanskelige avgjørelser kan kreve mye relasjonelt mot (Spurkeland, 2005). Flere av deltakerne i denne studien fortalte at de støttet seg på lege og NAV i slike situasjoner. Samtidig ønsket deltakerne at de ansatte skulle bruke sine ressurser og potensiale ved god tilrettelegging (Langeland & Vaardal, 2014), men erfarte at arbeidsplassen deres ikke alltid muliggjorde dette. En av deltakerne i min studie syntes det var ekstra utfordrende på en arbeidsplass med barn, fordi barna ikke alltid forsto atferden til voksne som strevde psykisk. I tillegg syntes deltakeren at det var vanskelig å tilrettelegge, fordi barna krevde full tilstedeværelse av de voksne. Motsetningen de beskrev ligger i at de samtidig ønsket å gi den ansatte det den har behov for, men arbeidsplassen noen ganger satte grenser for hva de kunne gjøre. Uansett arbeidsplass vil det alltid være oppgaver som skal utføres som ledere har ansvar for.

5.2.2 Ulike holdninger i forhold til jobbnærværelse ved sykefravær

Deltakerne snakket om motsetninger i forhold til ønsket om å være et medmenneske og rollene som leder og oppfølger, men også om motsetninger i forhold til forventinger mellom leder og ansatt. En av disse forventningene var hva det ville innebære å være sykemeldt når man er psykisk syk, spesielt i forhold til gradert sykemelding. I dag er det en større satsing på gradert sykemelding for å forhindre fullt fravær fra jobben (Mykletun, Knudsen, Tangen, & Øverland, 2010). En studie viser at kontakt med arbeidslivet vil være gunstig for mennesker med psykiske helseproblemer, blant annet ved at daglig aktivitet er kurativt (Øverland et al., 2011). En annen studie har funnet at personer som har fått gradert sykemelding får mindre sykefravær i fremtiden (Markussen, Mykletun, & Røed, 2012). Likevel fortalte deltakerne at det kunne være vanskelig å gjennomføre jobbnærværelse, fordi de ansatte hadde en forventning om at de skulle være hjemme fra jobb når de var sykemeldte.

Flere av deltakerne hadde et ønske om høy jobbnærværelse, og at dette skulle bli normen. De mente det ville være fordelaktig for den ansatte og for arbeidsplassen. Man har funnet i forskning på psykiske lidelser og arbeidsuførhet at fokus bør dreies bort fra symptomer

og sykdom når man har psykiske helseproblemer (Øverland et al., 2011). Dette fremmes også i recoveryperspektivet (Deegan, 1996). Når ansatte er på jobb vil kanskje fokuset være på arbeidsoppgavene som skal utføres, eller samvær med kolleger, og ikke bare på ens psykiske helseproblemer. På en annen side kan en tolkning kan være at ansatte kan oppleve at å streve psykisk ikke blir tatt hensyn til, og at lederen kun er opptatt av arbeidsoppgaver som skal gjøres. Dersom det oppstår en ubalanse mellom leder og ansatt er vist å kunne påvirke ansattes trivsel (Tetrick & Perió, 2012). Å dreie fokus bort fra symptomer og sykdom kan kanskje heller bli gjort på andre måter, for eksempel trene eller meditere, enn på arbeidsplassen?

Selv om man har psykiske helseproblemer som gjør at man ikke kan utføre jobben sin fullt ut betyr ikke det nødvendigvis at man ikke har andre ressurser som kan brukes (Langeland & Vaardal, 2014). For eksempel kan man utføre andre arbeidsoppgaver eller jobbe på en annen avdeling. Deltakerne i min studie understreket at de var veldig opptatt av å tilrettelegge for jobbnærværelse. En tolkning kan være at deltakerne i min studie hadde et mer recoveryorientert syn på psykisk helse og recoveryprosesser enn de ansatte. At det var vanskelig å gjennomføre jobbnærværelse kan skyldes at de ansatte ønsket å være hjemme fra jobb frem til man ble frisk. Det kan knyttes til et eldre syn på psykisk helse (Ekeland, 2011; Teigen, 2004). Dersom man har et slikt syn kan det være vanskelig å forestille seg å være på en arbeidsplass samtidig som man er syk. Likevel kan jobbnærværelse være med på å opprettholde blant annet identitet når man er sykemeldt.

For mange er arbeid en viktig del av hvem man er (Øverland et al., 2011). Deltakerne i min studie var opptatt av at ansatte skulle være på jobb, og at jobben fortsatt skulle være en del av hvem de var. I recoveryprosesser kan det handle om å gjenopprette identitet (Deegan, 1996), og det ses på som viktig at identitet ikke kun omhandler sykdom (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011). Flere av deltakerne fortalte at ansatte ikke ønsket å ha høy nærværelse. En tolkning er at når det tilrettelegges blir det veldig tydelig for kolleger at den ansatte er syk, men når den er hjemme så vet ikke kollegene hvorfor den er borte. Når kolleger vet årsaken til sykemelding fortalte noen av deltakerne at ansatte kunne bli stigmatisert på jobben. Stigmatisering av psykiske helse kan oppleves som en ekstra utfordring som legges oppå de allerede eksisterende utfordringene. Personer med psykiske helseproblemer kan være urolige for at andre kolleger og ledere kan få lavere forventninger til hva de kan gjøre (Schulze & Angermeyer, 2003).

Ved å være på jobben kan man likevel få viktige fordeler ved arbeidslivet, som for eksempel å oppleve mestring, ha en sosial tilhørighet og et sosialt nettverk (Bjaarstad et al.,

2014). Det er gjort mye forskning på hvordan dette kan påvirke sykefraværet i positiv forstand (Einarsen et al., 2011), men dette er kun dersom det oppleves som positivt for den enkelte, og at det er et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø (Ekspergrupperapport, 2010). Dersom den ansatte ikke synes jobben er en fin plass å være på, og ikke trives kan det å være på jobben mulig forverre de psykiske helseproblemene, og igjen påvirke sykefraværet (Einarsen et al., 2011). Deltakerne i min studie poengterte gjennomgående viktigheten ved å undersøke hva hver enkelt ansatt har behov for, og «vise at du er verdig hele veien».

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på følgende problemstilling: «**Hvordan beskriver ledere i en kommune sine erfaringer med å følge opp sykemeldte ansatte med psykiske helseproblemer?**». Jeg har gjennomført en kvalitativ intervjuundersøkelse med fem ledere i en kommune på Østlandet. Jeg har vært ute etter ledernes subjektive erfaringer knyttet til sykefraværsoppfølging og psykisk helse, og har dermed vært inspirert av fenomenologisk-hermeneutikk. I dette kapitlet vil jeg presentere studiens implikasjoner for praksis. Til slutt vil jeg se på studiens begrensninger, og forslag til videre forskning på temaet, før oppgaven rundes av med noen avsluttende refleksjoner.

6.1 Implikasjoner for praksis

Jeg vil nå se på hva resultatene av denne studien kan bidra til. Som jeg nevnte i innledningen er arbeid viktig for mennesker, men mange kan få psykiske helseproblemer i løpet av livet som kan gjøre det vanskelig å arbeide. Ledere er pliktige til å følge opp sykefravær, og det later til at oppfølging er noe som fungerer (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel kan psykisk helse være et vanskelig tema preget av for eksempel tabu og stigmatisering, som kan være vanskelig å snakke om. Resultatene fra denne studien vil være et lite bidrag til innblikk i holdninger og erfaringer ledere har i forhold til å følge opp ansatte med psykiske helseproblemer. Deltakerne i denne studien ønsket å hjelpe og støtte ansatte med det de kunne, men påpekte at det kan være utfordringer i forhold til åpenhet og om det er mulig å tilrettelegge godt nok på arbeidsplassen.

Funnene kan bidra til at ledere som holder på med sykefraværsoppfølging og treffer ansatte med psykiske helseproblemer kan se hvordan andre ledere følger opp, og hva som er viktig for andre ledere i oppfølgingsarbeid. Funnene er knyttet til en kommune som er en IA-virksomhet, men de kan være overførbare til andre bedrifter som jobber med sykefraværsoppfølging. Andre som tar del i sykefraværsoppfølging kan også ha nytte av denne studien. For eksempel kan leger og saksbehandlere i NAV få et innblikk i hvordan ledere i min studie syntes samarbeidet mellom dem er, og hvordan de syntes det burde være.

Kunnskap om psykisk helse og sykefravær kan være viktig for rådgivere som arbeider i organisasjoner, eller for rådgivere som treffer mennesker med psykiske helseproblemer. Deltakerne i denne studien etterspurte mer kompetanse i oppfølgingssaker, og det kan tenkes en rådgiver kunne kommet inn som en hjelp, både for ansatte, leder, og for kommunikasjon og samarbeid med andre involverte. Rådgiver eller ei, jeg tror mange vil ha fordeler ved å vite mer om sykefravær, arbeid og psykisk helse da det angår mange.

Innsikten jeg har fått gjennom denne studien vil jeg ta med meg videre. Kunnskap om viktigheten av arbeid, tilhørighet og arbeidsmiljø kan bidra til bevissthet om å skape gode relasjoner til fremtidige kolleger. Jeg har også fått innsikt i hvordan oppfølging kan være utfordrende for ledere, og fått mer forståelse fra deres side.

6.2 Studiens begrensninger og videre forskning

Funnene i denne studien må tolkes med forsiktighet på grunn av studiens begrensninger. Dette er begrensninger i forhold til begreper, teori og utvalg. Det første jeg vil påpeke er at jeg ikke har definert begrepet «psykisk helseproblem» for deltakerne på forhånd. Av den grunn har noen av deltakerne snakket om alvorlige tilfeller som suicidalitet eller rusavhengighet, mens andre snakket mest om lettere psykiske helseproblemer som depresjon eller utbrenthet. Dette kan påvirke studiens overførbar til andre kontekster.

Andre teorier som transaksjonsledelse eller teori om leder-medarbeider-utveksling kunne også vært anvendbare i denne oppgaven. Begge disse baserer seg på relasjonsledelse og bygger videre på den teorien. Likevel var det denne teorien som hadde hovedvekt på det jeg ønsket å se nærmere på i denne oppgaven. I tillegg henger mye av teorigrunnet tett sammen. For eksempel baseres relasjonsledelse mye på Carl Rogers tenkning, og mye går igjen i teori om recovery og veiledning. Diskusjonen kunne kanskje fått et mer nyansert bilde ved bruk av andre teoretiske utgangspunkt.

I forhold til utvalget virket det som de fleste var komfortable med oppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer. En mulig forklaring på dette kan være at kontaktpersonen valgte ut noen potensielle deltakere til meg som hun visste var trygge i oppfølgerrollen. Dersom jeg hadde intervjuet tilfeldige ansatte i kommunen ville jeg kanskje møtt på flere ulike syn, men samtidig var et av utvalgskriteriene at deltakerne skulle ha erfaring fra oppfølging slik at de lettere kunne uttale seg på generell basis. Utvalget er fra en kommune som er en IA-bedrift. Begge disse tingene kan begrense overførbarheten til private bedrifter.

Denne studien er sett fra ledernes side og deres erfaringer med sykefraværsoppfølging og psykiske helseproblemer. Basert på ledernes uttalelser virket det som sykefraværsoppfølging i forbindelse med psykiske helseproblemer stort sett var greit, men også kunne være utfordrende. Det kunne vært veldig interessant å intervjuer ansatte for å utforske hvordan de opplevde ledernes oppfølging. Som Rogers (1957) hevder vil det ikke være tilstrekkelig at ledere innehar de tre kjerneholdningene for at en ansatt skal utvikle seg, det er en forutsetning at de ansatte opplever at lederen er kongruent, aksepterende og empatisk. Derfor kan det være viktig at begge perspektivene kommer frem. Det kunne også vært interessant å ha en

observasjonsstudie av hvordan oppfølging faktisk foregår, og sammenliknet hvordan ulike ledere gjennomfører oppfølgingen. Jeg ser også for meg at det kunne vært spennende å se nærmere på bransjer som jobber med mennesker, for eksempel i omsorgsykker. Noen av deltakerne i denne studien fortalte at de synes det var ekstra vanskelig å tilrettelegge når de samtidig skulle ivareta pasienter eller barn.

Det kan se ut som det trengs mer forskning på temaet som har blitt sett på i denne oppgaven om lederes erfaringer om sykefravær og psykiske helseproblemer. For eksempel holder forskningsprosjektet «Psykisk helse i arbeidslivet» på med å kartlegge kompetanse og holdninger hos ledere som har ansatte med psykiske helseproblemer. Prosjektlederen uttalte at vi vet for lite om hva ledere kan og tenker om psykisk helse og arbeidsliv (Duong, 2017; NHO Troms og Svalbard, 2017).

6.3 Avsluttende refleksjoner

Sykefraværsoppfølging er kanskje kun en liten del av arbeidsoppgavene en leder har. Likevel er det viktig å få et innblikk i hvordan ledere faktisk synes det er å følge opp ansatte med psykiske helseproblemer da mye av sykefraværet har årsak i psykisk helse, og ledere vil med stor sannsynlighet treffe ansatte som strever psykisk. Ledere kan spille en viktig rolle for ansatte som strever med psykiske helseproblemer. De kan blant annet fange opp ansatte som har det vanskelig. Som diskutert tidligere er det mange som vegrer seg om å be om hjelp. En leder kan også fungere som en som «rydder» og hjelper ansatte å komme i kontakt med rette instanser. I tråd med teori om recovery og personsentrert teori åpnes det for at andre kan ha en viktig rolle i ansattes recoveryprosess. Ledere kan være en stor hjelp ved å lytte, og være der for den ansatte som har det tøft.

Det virket som lederne i denne studien var der for sine ansatte, men samtidig ville de ikke være for nær. De beskrev at de satte grenser for at ansatte ikke skulle dele for mye, og understreket ofte at de ikke ville inn på en behandlers område. Noen ganger fikk jeg et inntrykk av at de var redde for å gjøre feil, si noe feil, og å distansere seg fra å være en behandler ville «sikre dem». Jeg tror ledere har mye å tilby ansatte som strever psykisk, selv om de ikke har terapeutisk kompetanse. Å oppleve at noen er der, lytter, støtter og viser at en er verdig er viktig for alle mennesker, sykemeldt eller ei.

Referanser

- Andersen, A. J. W. (2016). Psykisk helse. *Store norske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/psykisk_helse
- Andersen, L. (1995). *Mestring av lange fravær*. Trondheim: Sintef/IFIM.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)* (Strategiplan). Oslo.
- Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)* (Særtrykk). Oslo.
- Arbeidstilsynet. (2011). *Forebygging og oppfølging - to sider av samme sak: om forebygging av helseproblemer og oppfølging av sykefravær på arbeidsplassen*. [brosjyre] Oslo: Arbeidstilsynet
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234.
- Bernstrøm, V. H., & Kjekshus, L. E. (2012). Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. *BMC Public Health*, 12(1), 1-14.
- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R., & Husum, T. L. (2014). *Alternativer til tvang sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Ressurshefte av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Bjaarstad, S., Hatling, T., Trane, K. A. R., & Reinerstsen, S. (2014). Nye trender innen arbeid og psykisk helse - sett i sammenheng med recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 231-240.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling (NAPHA-rapport nr 4/2016)*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 31-44). Bergen Fagbokforlaget.
- Bozarth, J. D. (2013). Unconditional Positive Regard. I M. Copper, M. O'Hara, & P. F. Schmid (Red.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2 utg., s. 182-193) New York, US: Palgrave MacMillan.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*(3), 77-101.
- Bårdsen, B., & Ågotnes, L. R. (2014). Ledere i samarbeid. Utforskning av en samarbeidsrelasjon. I R. Kvalsund & K. Meyer (Red.), *Samarbeidets kunst i ledelse, veiledning og læring*. Trondheim: Akademika forlag.
- Chenail, R. J. (2011). Interviewing the investigator: Strategies for addressing instrumentation and researcher bias concerns in qualitative research. *The Qualitative Report*, 16(1), 255-262.
- Clark, N. M., & Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education & Behavior*, 26(1), 72-89.
- De nasjonale Forskningsetiske komitèene. (2016). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Djuve, A. B., Hagelund, A., & Kavli, H. C. (2015). Dialogbasert sykefraværsoppfølging blant innvandrede arbeidstakere. *Søkelys På Arbeidslivet*, 31(01-02), 21-40.
- Dowling, M. (2004). Hermeneutics: an exporation. *Nurse Researcher*, 11(4), 30-39.
- Duong, L. H. (2017). Hva tenker norske ledere om psykiske helseutfordringer hos ansatte? *Verdensdagen for psykisk helse*. Hentet fra <http://www.verdensdagen.no/aktuelt/hva-tenker-norske-ledere-om-psykiske-helseutfordringer-hos-ansatte>
- Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A., Sævareid, H. I., & Aasland, D. G. (2008). *Til den andres beste. En bok om veiledningens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Einarsen, S., Øverland, S. N., & Schulze, O. C. (2011). Å redusere bedriftens sykefravær – et håpløst prosjekt? I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø* (s. 341-366). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ekeland, T. J. (2011). Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*.
- Ekspergrupperapport. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Oslo: Arbeidsdepartementet

- Furunes, T., Mykletun, R. J., Einarsen, S., & Glasø, L. (2015). Do low-quality leader-member relationships matter for subordinates? Evidence from three samples on the validity of the norwegian LMX scale. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 5(2), 71-86.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, US: Aldine.
- Gleinsvik, A., Klingenberg, S., & Mastekaasa, A. (2014). *Internasjonal sammenligning av sykefravær: Hovedrapport utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet* (PROBA rapport nr. 2014 - 05). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/rapporter/rapport_2014_05_internasjonal_sammenligning_av_sykefravaer_del_2.pdf
- Gudmundsdóttir, S. (2011). «Skarpt er gjestens blikk» - Den fortolkende forsker i klasserommet. I T. Moen & R. Karlsdóttir (Red.), *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning* (s.33-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialhelsetjenesten. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf>:
- Helsedirektoratet. (2016). Arbeid og psykisk helse. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/arbeid-og-psykisk-helse>
- Henwood, K. L., & Pidgeon, N. F. (1992). Qualitative research and psychological theorizing. *British Journal of Psychology*, 83, 97-111.
- Hoffmann, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*. New York, US: Cambridge University Press.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2008). *Social Psychology*. Essex, UK: Pearson Education.
- Holmen, H. (2016). Epistemologi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/epistemologi>
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (1994). Phenomenology, Ethnomethodolgy, and Interpretive Practice. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 262-271). California, US: Sage Publications.
- Inkluderende.no. (2014). Oppfølging av sykemeldte [brosjyre]: IA: et mer inkluderende arbeidsliv.

- Ivey, A. E., D'Andrea, M. J., & Ivey, M. B. (2012). *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective* (7 utg.). California, US: SAGE Publications.
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (1993). *Rådgivning: Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*: Gyldendal akademisk forlag.
- Johansen, P. (2015). Transkripsjon. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/transkripsjon%2Fskriftsystemer>.
- Joner, A. (2008). Sykemelding - helsetjeneste eller bjørnetjeneste? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(8), 940-941.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirschbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and The Person centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37-51.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, Job Well-Being, and Health Effects - A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904-915.
- Kuvaas, B., Buch, R., & Dysvik, A. (2015). Relasjonsledelse og produktivitet. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Ledelse på godt og vondt: Effektivitet og trivsel* (2 utg., s. 303-322). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalsund, R. (2005). Learning and Discovery in Guidance. I E. Allgood & R. Kvalsund (Red.), *Learning and Discovery* (s. 67-109). Trondheim: Tapir.
- Kvalsund, R. (2015a). *Oppmerksomhet og påvirkning i hjelperelasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvalsund, R. (2015b). Vekst- og utviklingsperspektiver i lys av hjelperelasjonen i rådgivning. I R. Kvalsund & C. Fikse (Red.), *Rådgivningsvitenskap: Helhetlige rådgivningsprosesser, relasjonsdynamikk, vekst, utvikling og mangfold* (s. 23-50). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lagerveld, S. E., & Blonk, R. W. B. (2012). Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220-234.

- Langeland, E., & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 45-72). Bergen: Fagbokforlaget.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lien, T. (2006). *Veiledningens hemmelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lorem, G. (2014). *Psykisk helse: Forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm.
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2012). The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11-12), 959-972.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. P. (2009). Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 59(1), 77-84.
- Molly-Søholm, T., Storch, J., Juhl, A., Dahl, K., & Molly, A. (2006). *Ledelsesbasert coaching* (2 utg.). København: L&R Business.
- Motschnig, R., & Nykl, L. (2014). *Person-Centred Communication: Theory, Skills And Practice*. US: McGraw-Hill Education.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T., & Øverland, S. (2010). General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*, 10(35), 1-7.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- NAPHA. (2017). Recovery. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>
- NAV. (2015). Senter for jobbmestring i Sør-Trøndelag. Hentet fra <https://www.nav.no/370473/senter-for-jobbmestring-i-sør-trøndelag>
- NAV. (2016). Individuell jobbstøtte (IPS). Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbstøtte-ips>

- NAV og Helsedirektoratet. (ukjent år). *Innføring i Individual placement and support/IPS (Manual for igangsetting av IPS)*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbstotte-ips>
- NHO Troms og Svalbard. (2017). Denne mannen skal finne ut hva norske ledere kan om psykisk helse i arbeidslivet. Hentet fra <https://www.nho.no/Om-NHO/Regionforeninger/NHO-Troms/Nyheter/denne-mannen-skal-finne-ut-hva-norske-ledere-kan-om-psykisk-helse-i-arbeidslivet/>
- Nordstedt, H. K. (2016). Psykisk helse vanskeligere enn kropp. Hentet fra <http://www.verdensdagen.no/aktuelt/psykisk-helse-vanskeligere-enn-kropp>
- Northouse, P. (2013). *Leadership*. California, US: SAGE Publications.
- Pedersen, A. (2014). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 99-120). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pedersen, H., & Einarsen, S. (2011). Arbeidsmiljøloven som rettesnor for det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø* (s. 392-419). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pedersen, H., Svendsen, T. B., & Einarsen, S. (2015). Arbeidsgivers styringsrett: Det juridiske grunnlaget for ledelse og styring i arbeidslivet. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Ledelse på godt og vondt: Effektivitet og trivsel* (2 utg., s. 69-90). Bergen: Fagbokforlaget.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasesstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Paasche, K. H. (2012). Hva er god psykisk helse? *Mental helse*. Hentet fra <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse>
- QSR International. (ukjent år). NVvivo: The #1 software for qualitative data analysis. Hentet fra <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product>
- Regjeringen. (2014). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014-31. desember 2018 (IA-avtalen). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf

- Regjeringen. (2017a). Hva er inkluderende arbeidsliv? *Regjeringen.no*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/
- Regjeringen. (2017b). Organisering av IA-arbeidet. *Regjeringen.no*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/organisering-og-mal/id605467/
- Roe, D., Rudnick, A., & Gill, K. J. (2007). The concept of «being in recovery». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 171-173.
- Rogan, T. (2014). Fra Opptrappingsplan til samhandlingsreform I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 15-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston, US: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Saksvik, P. Ø. (2011). Å leve med omstilling. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø* (s. 199-219). Bergen: Fagbokforlaget
- Sarniak, R. (2015). 9 types of research bias and how to avoid them. *Quirks Media*. Hentet fra <http://www.quirks.com/articles/9-types-of-research-bias-and-how-to-avoid-them>
- Schack, M. (2009). Recovery. *Den Store Danske: leksikon* Hentet fra http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Analytisk_psykologi/recovery
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professionals. *Social Sciences and Medicine*, 56, 299-312.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting Qualitative Data* (5 utg.). London, UK: SAGE.
- Siu, B. W.-M. (2014). Rehabilitation and recovery. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 87-88.
- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Skogstad, A. (2015). Effektiv og ivaretagende ledelse: viktige perspektiver og modeller. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Ledelse på godt og vondt: Effektivitet og trivsel* (2 utg., s. 15-45). Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology : A practical guide to research methods* (3 utg., s. 24-52). Los Angeles: Sage.
- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonsledelse* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- SSB. (2017). Sykefravær, 4. kvartal 2016. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2017-03-23>
- Strand, T. (2015). Å lede er å bruke makt. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Ledelse på godt og vondt: Effektivitet og trivsel* (2 utg., s. 171-190). Bergen: Fagbokforlaget.
- Teigen, K. H. (2004). *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Teigen, K. H. (2011). Erfaring. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/erfaring>
- Tetrick, L. E., & Perió, J. M. (2012). Occupational Safety and Health. I S. W. J. Kozlowski (Red.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology* (Vol. 2). New York, USA: Oxford University Press.
- Tetrick, L. E., & Quick, J. C. (2012). Overview of Occupational Health Psychology: Public Health in Occupational Settings. I L. E. Tetrick & J. C. Quick (Red.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (2 utg.). Washington DC, USA: American Psychological Association.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomsen, T., & Øien, H. (2009). Mediation som meklingsform mellom arbeidsgiver og arbeidstaker ved konflikter knyttet til oppfølging av sykefravær i relasjon til avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(1), 34-43.
- Thoresen, B., Hansen, G., Vinje, G., & Paulsen, C. (2004). Psykiske problemer og jobb. Råd og fakta om oppfølging av medarbeidere. *Rådet for psykisk helse*, s. 3-43.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers*. London, UK: SAGE Publications.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Tveiten, S. (2015). *Veiledning - mer enn ord* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre: Hva vi kan lære av menneskers egne erfaringer med vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser. *Norsk psykologforening*, 51(1), 29-35.
- Waddell, G., & Burton, A. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: The Stationery Office.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in Theory and Method*. New York, USA: McGraw-Hill Education.
- Øverland, S., Kundsén, A. K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(8), 739-744.

Vedlegg

Følgende vedlegg er inkludert i masteroppgaven:

- Vedlegg 1: Intervjuguide
- Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema
- Vedlegg 3: Godkjenning av Personvern for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 1: Intervjuguide

Ment som en veiledende guide. Overordnede temaer markert med understrek. Oppfølgingsspørsmål er markert med innrykk.

Introduksjon

- Introdusere meg selv og masteroppgaven
- Informer om at jeg er ute etter egen opplevelse og ønsker så utfyllende svar som mulig
- Gi en kort introduksjon av psykisk helseproblemer og hva det innebærer, og at jeg i hovedsak er ute etter opplevelser med oppfølging ved lettere psykiske helseproblemer som angst og depresjon
- Be deltakere forsøke å ikke oppgi sensitive opplysninger om enkeltmedarbeidere
 - Omtale eksempler på en ikke identifiserbar måte
 - Drøfte hvordan dette kan gjennomføres
- Gjennomgang av informasjonsskriv og underskrive samtykkeskjema
- Eventuelle spørsmål før opptak settes på

Bakgrunnsopplysninger/åpningsspørsmål

- Kontaktinformasjon
- Alder, utdanning, stilling
- Hvor lenge har du vært leder med personalansvar?
- Hvordan foregår oppfølgingsarbeidet du gjennomfører i korte trekk?

Oppfølgingsarbeid med sykemeldte arbeidstakere med psykiske helseproblemer

- Hvilke erfaringer har du fra å møte ansatte som strever med psykiske helseproblemer?
 - Hvordan har dette vært for deg?
 - Har det vært annerledes fra da du startet i jobben til nå?
- Hvordan går du videre i arbeidet når du oppdager at din ansatte er sykemeldt på grunn av psykiske helseproblemer?
 - Fokuserer du på noe spesielt?

- Hva gjør du for å se, støtte eller styrke dine ansatte?
- Hvordan opplever du å snakke med dine ansatte om sine psykiske helseproblemer?
 - Er det noe som er greit?
 - Noe som er mindre greit å snakke om?
 - Opplever du å ha kompetanse til å gjennomføre slike samtaler?
- Kan du fortelle om et oppfølgingsarbeid der du opplevde at du lyktes?
 - Hva kjennetegner dette?
 - Hva gjorde du?
- Kan du fortelle om et oppfølgingsarbeid som var utfordrende?
 - Hva kjennetegnes det?
 - På hvilken måte var det utfordrende?
 - Hva gjorde du?
- Hvordan opplever du å følge opp ansatte med psykiske helseproblemer versus med fysiske helseproblemer?
 - Likheter, forskjeller?
 - Er den ene typen lettere eller vanskeligere enn den andre?
- Opplever du oppfølging med ansatte med psykiske helseproblemer som ulike når helseproblemet skyldes arbeidsplassen versus andre grunner?
 - Hvordan oppleves det å samtale om mer private saker som ikke innebærer arbeidsplassen?
- Kan du fortelle om du har opplevd forskjeller i oppfølgingsarbeid avhengig av hvilken relasjon du har hatt til medarbeideren? (Gode/dårligere relasjoner fra før)

Oppfølgingsarbeid med andre aktører

- Hvordan opplever du å samarbeide med andre aktører i dialogmøter?
 - Hvem involveres? (Nav, lege, behandler?)
 - Oppleveres det ulikt med ulike parter involvert?
 - Hvilken rolle får du selv i slike dialogmøter?

Tilrettelegging

- Hvordan opplever du å gjennomføre tilrettelegging?

- Hvordan er samarbeidet med for eksempel NAV om dette?

Sykefraværsoppfølging generelt

- Har du noen tips/råd til andre ledere i forhold til sykefraværsoppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer?
- Er det noe du opplever kunne vært annerledes i forhold til sykefraværsoppfølgingsarbeid?

Avslutning

- Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?
- Takk for deltakelsen

Etter intervju:

- Gjenta rettigheter i forhold til samtykke og rett til å trekke seg
- Gjenta konfidensialitet og anonymitet
- Noen spørsmål?
- Hvordan opplevde du dette intervjuet?
- Veien videre – kan bli kontaktet. Vil få lese gjennom før oppgaven leveres

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

“Lederes opplevelse av sykefraværsoppfølging av medarbeidere som har psykiske helseproblemer”

Del A

Bakgrunn og formål

Jeg vil gjerne invitere deg til å delta i mitt forskningsprosjekt. Formålet med denne studien vil være å belyse hvordan det oppleves for ledere i kommunen å følge opp sykemeldte ansatte med psykiske helseproblemer. For å undersøke dette ønsker jeg å intervju deg rundt dine erfaringer fra oppfølgingsarbeid og hvordan dette har vært for deg. I tillegg vil jeg stille noen spørsmål om hva du opplever som har fungert bra i oppfølgingsarbeid, og hva som har fungert mindre bra. I tillegg vil jeg nevne at denne studien *ikke* skal evaluere ditt arbeid, men heller fokusere på dine erfaringer og opplevelser. De som skal forespørres må være leder med personalansvar i Skedsmo kommune, og må ha erfaring med sykefraværsoppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer.

Hva innebærer studien?

Å delta i denne studien innebærer å møte til intervju med varighet på ca. en time. Jeg kan selv komme til din arbeidsplass for gjennomføring av intervjuet. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuer med 4-5 personer. Ved godkjennelse vil intervjuet bli tatt opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden januar til mars 2017. Dato for prosjektslutt er satt til 15.05.2017. Ansvarlig veileder for studien er Ottar Ness, førsteamanuensis i rådgivningsvitenskap ved NTNU. Spørsmål som stilles i intervjuet har som mål å få innblikk i hvordan sykefraværsoppfølging av medarbeidere med psykiske helseproblemer oppleves av ledere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at jeg og min veileder vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert når forskningsprosjektet er avsluttet. Arbeidsplass, navn på kommunen og andre identifiserbare trekk vil altså ikke publiseres. Forskningsresultatene vil fremstilles i form av en masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i studien. Og 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 siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du ta kontakt med masterstudent Emma

Louise Erstad på telefon [REDACTED] eller på e-post [REDACTED] eller ansvarlig veileder
Ottar Ness på telefon [REDACTED], eller på e-post [REDACTED].

Del B

Personvern

Informasjon som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede som har adgang til informasjon og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Du som informant har rett til å få tilgang til utfall av studien.

Ta kontakt med masterstudent Emma Louise Erstad dersom du ønsker å delta i studien. Ved eventuelt intervju ber vi deg å underskrive samtykkeerklæringen på neste side.

Vennlig hilsen,

Emma Louise Erstad
(Masterstudent)

[REDACTED]

tlf. [REDACTED]

Ottar Ness
(Veileder)

[REDACTED]

tlf. [REDACTED]

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har fått informasjon og er villig til å delta i undersøkelsen

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av masterstudent, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra Personvern for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD)



Ottar Ness
Institutt for pedagogikk og livslang læring NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 09.02.2017

Vår ref: 52042 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.01.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>52042</i>	<i>Lederes opplevelse av sykefraværsoppfølging av arbeidstakere med psykiske helseproblemer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ottar Ness</i>
<i>Student</i>	<i>Emma Louise Erstad</i>

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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Emma Louise Erstad emmae@stud.ntnu.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 52042

UTVALG

Utvalget består av ledere i en kommune med erfaring fra sykefraværsoppfølging av arbeidstakere med psykiske helseproblemer. Personvernombudet forutsetter at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet blir ivaretatt under rekruttering av utvalget.

TAUSHETSPLIKT OG TREDJEPERSONER

Det er ikke meldt at det skal innhentes opplysninger om tredjepersoner, og personvernombudet legger derfor til grunn at det ikke innhentes opplysninger om identifiserbare medarbeidere. I tillegg er det slik at ledere som er underlagt taushetsplikt ikke kan oppgi sensitive opplysninger om enkeltmedarbeidere. Vi anbefaler at dere ber informantene om ikke å omtale medarbeidere på en identifiserbar måte, og at dere drøfter innledningsvis hvordan dere kan ivareta dette under intervjuet. Informantene må være svært forsiktige med å gi eksempler, da de ikke kan gi eksempler som indirekte kan identifisere enkeltpersoner. Du bør stille spørsmål til informantene på en måte som hjelper dem til å uttale seg på generelt grunnlag og overholde sin taushetsplikt.

Vi anbefaler at du rekrutterer personer med lang erfaring som leder og som har ledet mange personer, slik at de lettere kan uttale seg generelt.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber likevel om at følgende endres/tilføyes:

- Oppgi dato for prosjektslutt (15.05.2017).
- Vi anbefaler at du kun skriver at datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, og ikke slettet, slik at du kan ta vare på anonymt datamateriale.
- Vi ber om at du endrer følgende setning "Studien er meldt inn og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD)." til "Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS".

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at du etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 15.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som

f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

- slette digitale lydopptak
