

Sigrid Selli Eidem

**Tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer fra et lederperspektiv**

En kvalitativ analyse av lederes opplevelse av  
samarbeidet med involverte aktører

Masteroppgave i Arbeids- og organisasjonspsykologi,  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet,

Trondheim, mai 2016

## Forord

Denne studien kom i stand som et resultat av emnet PSY3913 arbeids- og organisasjonspsykologi, og er et forprosjekt for forskningsprosjektet "Psykisk sykdom og arbeid" i regi av Psykologisk institutt ved NTNU. Studien tar for seg lederperspektivet omkring tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer i ulike typer virksomheter. Det har vært spennende og lærerikt å få nærmere innsikt i hvordan ledere og virksomheter fungerer i praksis under både like og ulike betingelser. Datainnsamling er gjort i samarbeid med en medstudent, mens utvikling av problemstilling og gjennomføring av analyser er gjort på egenhånd. Prosessen med å skrive masterstudien har vært krevende, men samtidig preget av en sterk mestringsfølelse. Det er flere som har bidratt underveis, som fortjener en takk. Jeg vil takke min veileder, Fay Giæver, for å ha inkludert meg i sitt forskningsprosjekt og for god hjelp med kritiske spørsmål og innspill underveis. Videre vil jeg takke medstudent Thomas Christian Espenes for godt samarbeid om datainnsamlingen. Medstudentene i AOP-faget takkes for å ha bidratt til et svært godt faglig og sosialt studiemiljø. Tusen takk til min stefar Svein Østerud for korrekturlesing og oppmuntring underveis. En spesiell takk til min kjæreste Haakon Haakstad for ren tilstedeværelse og for å ha gitt meg inspirasjon og mentalt driv til å fullføre. Jeg vil takke mine foreldre for gode samtaler, tiltro og støtte fra start til slutt. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke alle informantene som deltok i studien.

Sigrid Selli Eidem

Trondheim, 2016



## Sammendrag

Tema for denne studien er hvilke faktorer ledere opplever at påvirker mulighetene for å tilrettelegge for ansatte med psykiske helseproblemer, og hvordan ledere handler i forhold til det. Studien har en kvalitativ metodetilnærming og baserer seg på intervjuer med 7 ledere i ulike norske virksomheter. Den metodiske tilnærmingen for analysen er konstruktivistisk grounded theory. Studien har et lederperspektiv på tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer, som teoretisk tilnærming. En vektlegging av lederes opplevelse av samarbeidet mellom involverte aktører er valgt på bakgrunn av de resultater jeg har kommet frem til gjennom analysen av datamaterialet. Analysen resulterte i følgende 5 kategorier som belyser hemmende og fremmende faktorer for tilrettelegging: arbeidsbetingelser, leders balansering av styring og omsorg, leders holdninger til psykiske helseproblemer, dialog mellom leder og den psykisk syke samt samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell. Kategoriene danner utgangspunktet for en sammenlignende analyse av lederes ulike og felles erfaringer, som ligger til grunn for deres tilnærming til tilrettelegging for psykisk syke ansatte. I diskusjonen drøftes kategoriene opp mot relevant teori og empiri. Avslutningsvis reflekteres det over noen praktiske implikasjoner og mulige begrensninger ved studien før konklusjonen.



## Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Innholdsfortegnelse .....	v
<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
Formålet med studien .....	3
Problemstilling .....	3
Psykiske helseproblemer .....	4
<b>Strukturelle betingelser i norsk arbeidsliv .....</b>	<b>6</b>
Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv.....	6
Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt .....	7
Arbeidsgivers styringsrett .....	7
Arbeidstakers medvirkningsplikt .....	7
Topartssamarbeid? .....	8
<b>Teori .....</b>	<b>11</b>
Lederperspektivet .....	11
Mintzbergs lederrollemodell .....	11
New Public Management .....	12
Lederes holdninger og lederstil .....	13
Kommunikasjon som samarbeidsverktøy .....	14
Helsefremmende arbeid og ledelse .....	15
Helsefremmende tiltak på arbeidsplassen .....	17
<b>Metode .....</b>	<b>18</b>
Bakgrunn for studien .....	18
Valg av metode .....	18
Konstruktivistisk grounded theory som analysetilnærming .....	19
Min forforståelse .....	20
Datainnsamling .....	21
Utvikling av intervjuguide .....	21
Rekruttering og beskrivelse av informanter .....	22
Gjennomføring av intervju .....	24
Transkribering av intervju .....	25
Analyse .....	25
Koding .....	26
Innledende koding .....	26
Fokusert koding .....	27
Aksial koding .....	28
Memo .....	29
Ethiske betraktninger .....	30

Informert samtykke .....	30
Anonymisering .....	30
<b>Resultater .....</b>	<b>32</b>
Arbeidsbetingelser .....	32
Leders balansering av styring og omsorg .....	35
Leders holdninger til psykiske helseproblemer .....	38
Dialog mellom leder og den psykisk syke .....	40
Samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell .....	44
Oppsummering .....	51
<b>Diskusjon .....</b>	<b>52</b>
Samarbeid mellom involverte aktører om tilrettelegging for psykisk syke ansatte .....	52
Samarbeid mellom leder og den psykisk syke ansatte .....	54
<i>Tilretteleggingsplikt og styringsrett</i> .....	54
<i>Holdninger, tillitsfull dialog og lederstil</i> .....	56
Samarbeid mellom leder, den psykisk syke ansatte og eksterne aktører .....	59
<i>Behovet for å innhente fagkompetanse</i> .....	59
<i>Lederinitiativ og lederengasjement i et utvidet samarbeid</i> .....	60
<i>Tidlig rolle- og ansvarsavklaring og rolleforståelse</i> .....	60
<i>Ansikt til ansikt kommunikasjon</i> .....	62
<i>Den psykisk syke ansattes deltakelse</i> .....	63
Praktiske implikasjoner av studien .....	65
Metodiske betraktninger .....	66
Mulige begrensninger for studiens datainnsamling .....	66
Studiens troverdighet .....	67
<b>Konklusjon .....</b>	<b>69</b>
Referanser .....	70
<b>Vedlegg .....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 1.</b> Godkjenning fra NSD .....	80
<b>Vedlegg 2.</b> Informasjonsskriv og informert samtykkeskjema .....	81
<b>Vedlegg 3.</b> Intervjuguide .....	83

## Innledning

Analysen av datamaterialet i studien, aktualiserer temaet: Hvilke faktorer er det som påvirker lederes muligheter for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer?

Psykiske helseproblemer er en av de vanligste årsakene til sykefravær i arbeidslivet, både nasjonalt og internasjonalt (AHOD, 2013; ASD, 2014; Cameron, Sadlo, Hart & Walker, 2016; NAV, 2015b; WHO, 2010). I Norge har det legemeldte sykefraværet for psykiske helseproblemer økt med 145% fra 2000 til 2011 (ASD, 2014). I dag utgjør dette 20% av det totale sykefraværet (NAV, 2015b). Både norske og internasjonale studier viser at de vanligste psykiske helseproblemene i befolkningen er angst og depresjon (Idébanken, 2016; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de Meij & Schaufeli, 2012; Ose, Jensberg, Kaspersen, Kalseth & Lilleeng, 2008; Sanderson & Andrews, 2006). Det er også disse helseproblemene som i størst grad bidrar til sykefraværet i arbeidslivet (Henderson, Glozier & Elliot, 2006; Hensing, Andersson & Brage, 2006; Idébanken, 2016; NAPHA, 2015; Stuart, 2006). Det betyr at de fleste ledere må forholde seg til medarbeidere som sliter psykisk (NAV, 2015a; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016). Flere studier viser at i den grad den psykisk syke forblir i sitt arbeidsforhold så påvirkes produktiviteten negativt (Burton, Pransky, Conti, Chen & Edington, 2004; Sanderson & Andrews, 2006; Vincenti, 2015). Arbeidssituasjonen kan også i seg selv bidra til å utløse psykiske helseproblemer hos den ansatte (Nytrø, 2011; Raderstorf & Kurtz, 2006). Det ligger derfor et stort potensiale i å tilrettelegge arbeidssituasjonen for denne gruppen for å unngå full sykemelding og langvarig fravær.

Denne studien tar for seg lederperspektivet på tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer. Den norske arbeidsmiljøloven stiller krav til ledere om å tilrettelegge arbeidssituasjonen for ansatte som sliter psykisk slik at de kan fortsette å arbeide dersom dette er mulig og ønskelig (AML, 2005), og som IA-virksomhet må man følge retningslinjene for inkludering og tilrettelegging (Regjeringen, 2014a, 2014b). Utover bestemmelser i lov- og avtaleverk trengs en utforming av konkrete og effektive tiltak for personer med psykiske helseproblemer. Dette fordi god tilrettelegging ikke bare er avhengig av innsikt i den enkeltes psykiske helseproblem spesifikt, men også krever innsikt i arbeidslivet, både i den enkeltes arbeidssituasjon og på et mer overordnet nivå (se f.eks. Ose et al., 2008).

Statsminister Erna Solberg lovet i sin nyttårstale i 2014 å styrke tilbudet til personer med psykiske helseproblemer slik at de kunne bli friske, for så å komme ut i arbeid. Men psykisk syke trenger ikke nødvendigvis å bli friske for å kunne jobbe; gjennom tilrettelagt arbeid kan mange også bli friskere (NAPHA, 2015; Rådet for psykisk helse, 2016). Det finnes flere studier som viser at tilrettelegging av arbeidet for psykisk syke både er mulig og kan ha



positive effekter på sykefraværet (Harsvik, Opdahl Mo & Steihaug, 2008; Svanberg, Gumley & Wilson, 2010; Zhang, Rost, Fortney & Smith, 1999). Det å være i arbeid, som en form for aktivisering, kan samtidig være en viktig del av den terapeutiske prosessen for den psykisk syke (Paul & Moser, 2009; Skorstad, 2008).

Likevel kan tilrettelegging by på utfordringer for ledere. Personer med fysiske plager har i noen studier vist seg å ha større sannsynlighet for å få tilrettelagt arbeidssituasjonen sin enn personer med psykiske helseproblemer, grunnet skepsis, manglende åpenhet og negative oppfatninger hos leder, samt vanskeligheter med å finne passende tiltak (Dale-Olsen, Hardoy, Storvik & Torp, 2005; McDowell & Fossey, 2015). I en studie ble dialogen mellom leder og den ansatte med psykiske helseproblemer forhindret av manglende åpenhet hos den ansatte (Hoffman, Hill, Holmes & Freitas, 2005). Studier har også vist at god tilrettelegging er avhengig av at ledere har en grunnleggende positiv holdning og vilje til tilrettelegging (Ose et al., 2009), samt evne til å kommunisere åpent og tydelig (Erlie, 2006; Jakobsen & Svendsen, 2013; Kaufmann & Kaufmann, 2003). Videre er det avgjørende at ledere er støttende, viser forståelse for, og har tillit til den enkelte (Biron & Saksvik, 2009). Ledere bør også kunne tolerere lavere produktivitet i en periode (Ose et al., 2009).

I ulike typer virksomheter kan ulike tilretteleggingsmuligheter være til stede. Hva som er passende mengde og type tilrettelegging, vil blant annet være avhengig av den enkelte ansattes arbeidssituasjon (Børing, 2005). Som IA-virksomhet får bedriften innvilget midler for å kunne tilrettelegge for den enkelte arbeidstaker (NAV, 2015a, 2015c). Likevel kan strukturelle barrierer som økonomi og ressurser hindre ledere i å få fullt utbytte av tilretteleggingen (Berge & Falkum, 2013; Holmgren & Ivanoff, 2007; Ose et al., 2009; Schafft, 2007; Trygstad & Bråten, 2011). Krav til produktivitet og effektivitet og øvrige arbeidsbetingelser kan påvirke hva og hvorvidt det kan tilrettelegges. Man kan derfor anta at ledere i forskjellige virksomheter forholder seg noe ulikt til det å tilrettelegge for ansatte med spesielle behov.

For å kunne tilrettelegge på en god måte, er ledere avhengige av kunnskap om psykiske helseproblemer og hvilke konsekvenser dette har med hensyn til arbeidsevne og funksjon, samt hvilke forhold på arbeidsplassen som eventuelt kan tilpasses (Rådet for psykisk helse, 2004, 2016). Tilretteleggingen bør rent konkret bestå i god dialog og samarbeid mellom den psykisk syke og leder, så vel som tverrfaglig samarbeid mellom leder, NAV og helsepersonell (Berge & Falkum, 2013; Inkluderende, 2016; Joner, 2008; NAPHA, 2015; Rådet for psykisk helse, 2004). I dag er det ikke noe systematikk i dette arbeidet, og det er et behov for økt og strukturert samarbeid mellom involverte aktører (Berge & Falkum, 2013;

Lien, 2013). Det å tilrettelegge arbeidsforholdene for den enkelte psykisk syke kan i sin ytterste konsekvens tenkes å bidra til å senke de menneskelige og økonomiske kostnadene ved sykefravær, både for arbeidsgiver og for velferdssystemet (Giæver, Saksvik & Thun, 2013; Lippestad, Christensen & Harsvik, 2005).

### **Formålet med studien.**

Formålet med studien er å se på lederes muligheter for å tilrettelegge på arbeidsplassen for at ansatte med psykiske helseproblemer kan opprettholde sitt arbeidsforhold, og at sykemelding og langvarig fravær kan unngås. For å redusere uhensiktsmessig sykefravær er det arbeidsfunksjonen og arbeidsevnen det må fokuseres på i arbeidet (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008; Mykletun et al., 2010; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016). Dette er kunnskap som er svært viktig med tanke på å utvikle egnede tilretteleggingsverktøy. Ideelt sett kan dette bidra til at psykisk syke opprettholder kontakten med arbeidslivet og dermed forhindre at de faller ut av arbeidslivet. Målet er å stimulere til tilrettelegging så langt dette er mulig og ønskelig.

Arbeidsgivere og arbeidstakere er i større grad enn tidligere ansvarlige for å tilrettelegge for optimal deltakelse i arbeidslivet (Ose et al., 2013; Regjeringen, 2014a). Gjennom lov- og avtaleverk har kravene til tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte blitt tydeliggjort (Ose et al., 2013), men det finnes få studier av det pålagte samarbeidet mellom aktørene (arbeidstaker, arbeidsgiver, NAV) i arbeidslivet, og av samarbeidet mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og helsepersonell (Lien, 2013; Ose et al., 2013).

### **Problemstilling**

Det er trolig flere ulike faktorer som påvirker om, og hvorvidt ansatte med psykiske helseproblemer kan få tilrettelagt arbeid. Det er fruktbart å undersøke hvordan ledere konkret forholder seg til denne tematikken på sin arbeidsplass. Det er viktig å få mer kunnskap om lederes erfaringer med mulighetene for å legge til rette for en best mulig løsning for den psykisk syke. Med denne studien ønsker jeg å belyse tilrettelegging fra perspektivet til leder med personalansvar. Den overordnede problemstillingen er derfor følgende:

*Hvilke faktorer hemmer og fremmer lederes muligheter for å tilrettelegge for ansatte med psykiske helseproblemer?*

Problemstillingen tar utgangspunkt i lederperspektivet, og er motivert av mitt ønske om å undersøke både hva som kan bidra til, og hva som kan forhindre tilrettelegging på arbeidsplassen. Studien fokuserer først og fremst på hvordan dette oppleves av ledere, og hvordan de handler i forhold til det. Dette handler om lederrollen og hvordan den praktiseres under gitte betingelser. Samtidig ønsker jeg å belyse faktorer som kan påvirke og bli påvirket av samarbeidet med involverte aktører.

### **Psykiske helseproblemer**

*Psykisk helse* deles ofte inn i god psykisk helse, psykiske plager, psykiske lidelser og psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2014). Informantene i denne studien bruker også disse begrepene om hverandre, med og uten diagnose; i tillegg brukes begrepet ”den psykisk syke” ofte for å omtale den ansatte som er rammet. *Psykiske helseproblemer* benyttes ofte som en fellesbetegnelse for plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre, uavhengig av diagnose (AHOD, 2013; Helsedirektoratet, 2014). Dette begrepet anvendes også ofte i nyere forskning på området (Helsenorge, 2016; Idébanken, 2016; NAPHA, 2015; NAV, 2015b). På denne bakgrunn anser jeg ”psykiske helseproblemer” som det mest dekkende begrepet jeg kan bruke i oppgaven. Jeg anser det også som hensiktsmessig å anvende begrepene ”den psykisk syke” og ”ansatte med psykiske helseproblemer” om hverandre, slik som informantene mine gjør.

Det er like vanlig å få psykiske helseproblemer i løpet av livet som det er å få fysiske problemer (NAPHA, 2016). Folkehelseinstituttets levekårsundersøkelse viser at over 300 000 nordmenn sliter med psykiske helseproblemer på et gitt tidspunkt (NAV, 2015b). Mennesker som sliter psykisk, oppgir arbeid som noe av det viktigste for å kunne leve et godt liv, og har et sterkt ønske om å arbeide (Berge & Falkum, 2013; Helsedirektoratet, 2014; NAPHA, 2015; NAV, 2015b). Arbeid gir mening, mestring og tilhørighet til et sosialt miljø. Samtidig er psykiske helseproblemer som nevnt en viktig årsak til sykefraværet i arbeidslivet (Cameron et al., 2016; NAV, 2015b; WHO, 2010). Rett mengde og type tilrettelegging kan imidlertid gjøre at psykisk syke kan forbli i jobben (Berge & Falkum, 2013; Idébanken, 2016; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016). For mange kan arbeid også bidra til at de blir raskere friske. I den sammenheng er det viktig å snakke om problemene for å unngå å bli sykemeldt over tid (Helsenorge, 2016). Forskning viser at ansatte med psykiske helseproblemer trenger å være i arbeid mye mer enn de trenger hjelp fra helsepersonell (Bjaarstad, 2016; NAPHA, 2015), og at vi må heve forventningene til psykisk syke og se på arbeid som en naturlig del av behandlingen. Det som spiller inn, er om man ønsker å arbeide, og om man tror man kan, og

det har ofte klar sammenheng med forventningene i omgivelsene (Bjaarstad, 2016). Ved alvorlige psykiske helseproblemer kan det være nødvendig å være helt borte fra arbeid en periode, men i lengden kan sykemeldinger bidra til å forverre tilstanden. Dermed er det bedre å være noe i jobb enn hundre prosent sykemeldt (Helsenorge, 2016; Idébanken, 2016). Arbeidsledighet viser seg faktisk ofte å kunne forsterke psykiske helseproblemer (OECD, 2012; Paul & Moser, 2009).

De psykiske vanskene gir ulike følger for arbeidssituasjonen, avhengig av person og situasjon (Idébanken, 2016). Den psykisk syke ansatte kan i mer eller mindre grad få sykefravær, oppleve konsentrasjonsvansker og problemer med å samarbeide. Hvilken betydning symptomene har for arbeidet, er utgangspunktet når leder og den ansatte skal finne en løsning på arbeidssituasjonen. Som leder er det viktig å være klar over at selv om den enkelte ansattes kapasitet svekkes ved psykiske helseproblemer, forsvinner ikke den enkeltes kompetanse (Rådet for psykisk helse, 2004). Ledere bør derfor tydelig formidle at bedriften ønsker den enkeltes kompetanse, samtidig som den ansatte ikke må presses på noen måte. Det er viktig at leder fokuserer på muligheter fremfor hindringer og bidrar til åpenhet om psykisk helse (Berge & Falkum, 2013; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016). Her har imidlertid den psykisk sykes også et ansvar (Hoffman et al., 2005; Rådet for psykisk helse, 2004; Vincenti, 2015). Det bør jobbes systematisk med å finne fleksible tilretteleggingsløsninger som kan ivareta både den psykisk sykes behov og bedriftens behov (Berge & Falkum, 2013). God ledelse og gode arbeidsbetingelser viser seg å være avgjørende for å finne løsninger der man både unngår at den ansatte blir sykemeldt og produktivitetstap hos bedriften (OECD, 2012).

## Strukturelle betingelser i norsk arbeidsliv

I dette avsnittet vil jeg peke på noen strukturelle forhold som utgjør rammebetingelser for lederes muligheter for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer.

**Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv.** Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble først vedtatt 3. oktober 2001, med det overordnede mål å redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet, bedre arbeidsmiljøet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet (Regjeringen, 2014b). Bakgrunn for avtalen var den stadige økningen i sykefraværet som ble registrert fra 1990-tallet og utover (Ose et al., 2009). De viktigste bærebjelkene i IA-avtalen er partssamarbeid og tillit mellom myndighetene, arbeidstakere og arbeidsgivere (Regjeringen, 2014b). Grunntanken er ønsket om at arbeid tilrettelegges for mennesker med nedsatt arbeidsevne, slik at flest mulig kan være i arbeid. Videre at arbeid er helsefremmende, gjennom at den enkeltes helse og ressurser ivaretas. Å være en IA-bedrift betyr at bedriften har skrevet under på en *samarbeidsavtale*, noe som forplikter virksomheten, de ansatte og Arbeids- og velferdsetaten ved NAV (Regjeringen, 2014b, 2014c). Arenaen for selve IA-arbeidet ligger i den enkelte virksomhet og det vektlegges at resultatene av et godt IA-arbeid skapes nettopp her. Myndighetene er på sin side forpliktet til å sørge for gode rammebetingelser overfor IA-virksomhetene bl.a. gjennom finansiering av egne ressurs- og kompetansesentre i alle fylker (NAV Arbeidslivssenter). NAV arbeidslivssenter gir råd og veiledning til IA-virksomheter og tilbyr en fast kontaktperson i oppfølgingsarbeidet (NAV, 2015a). Det finnes en rekke virkemidler og ulike tilskuddsordninger gjennom NAV og bedriftshelsetjenesten (BHT), som er utviklet i forbindelse med IA-avtalen (NAV, 2015a, 2015c). NAV har også egne tilbud som er direkte rettet mot ansatte med psykiske helseproblemer, samt egne kurs om psykiske helseproblemer for arbeidsgivere (NAV, 2015a).

4. mars 2014 ble det inngått en ny IA-avtale med varighet til 31. desember 2018 (Regjeringen, 2014b). Dette er en avtale mellom regjeringen ved arbeids- og sosialministeren, arbeidstakerorganisasjonene ved LO, YS og Unio, arbeidsgiverorganisasjonene ved NHO, KS, Virke, Spekter, Akademikerne og staten som arbeidsgiver ved kommunal- og moderniseringsminister (Regjeringen, 2014b). Arbeidstaker og arbeidsgiver er hovedaktørene i IA-arbeidet, men også andre aktører som sykemelder, BHT og verneombud har viktige roller. IA-avtalen legger til rette for at involverte parter skal utvikle et tett og forpliktende samarbeid, samt et felles ansvar for å forhindre frafall på den enkelte arbeidsplass. Gode resultater av IA-arbeidet krever imidlertid god økonomi, sterkt lederengasjement, aktive samarbeidspartnere som kommuniserer godt, systematisk samarbeid over lengre tid og langsiktighet i tenkningen (Idébanken, 2016; Ose et al., 2013; Regjeringen, 2014b, 2014d).

**Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt.** I arbeidsmiljølovens § 4-1(2) heter det at arbeidsgivere skal tilrettelegge arbeidet slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger (AML, 2005). Arbeidet med å forebygge og gjenopprette et godt arbeidsmiljø skal foregå systematisk og kontinuerlig i tråd med § 3-1 og internkontrollforskriften (Internkontrollforskriften, 1997). IA-samarbeidet forutsetter at arbeidsgiver bedriver systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS) etter disse bestemmelsene og involverer de rette HMS-aktørene: verneombudet, tillitsvalgte og BHT, i tillegg til inkluderings- og tilretteleggingsarbeid (Einarsen & Pedersen, 2007; Ose et al., 2013). Bestemmelsene i arbeidsmiljøloven §4-6 slår videre fast at hvis arbeidstakere har fått redusert arbeidsevne som følge av slitasje, sykdom eller lignende, skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr eller lignende. Det skal i samråd med arbeidstaker utarbeides en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplan skal starte så tidlig som mulig, og den skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet (AML, 2005). *Tilretteleggingsplikten* gjelder uavhengig av diagnose, arbeidsforhold, stillingsgrad og om reduksjonen i arbeidsevne er arbeidsrelatert eller ikke, varig eller midlertidig (Ose et al., 2013). Disse reglene pålegger med andre ord arbeidsgiver en ganske omfattende *omsorgsplikt* ovenfor arbeidstakere, som også styrkes av IA-avtalen (Einarsen & Pedersen, 2007).

**Arbeidsgivers styringsrett.** Arbeidsgiver har imidlertid også styringsrett. Med *styringsrett* menes at den som leder arbeidet på vegne av virksomheten, har en rett til å styre hvordan arbeidstakerne skal utføre arbeidet, og hvordan de innenfor gitte rammer skal opptre mens de er på arbeid (Einarsen & Pedersen, 2007; KS, 2015). Styringsretten er en ulovfestet rettsregel som er anerkjent og opprettholdt gjennom rettspraksis. Rammene for arbeidsgivers styringsrett finnes i lovverket og i de inngåtte arbeidsavtaler og tariffavtaler (Einarsen & Pedersen, 2007). Arbeidsgiver har rett til å lede, fordele og kontrollere arbeidet, og har et økonomisk og juridisk ansvar for virksomheten, herunder dens ansatte.

**Arbeidstakers medvirkningsplikt.** I arbeidsmiljøloven (2005) fremheves det at arbeidstaker også har ansvar for å samarbeide om å finne løsninger som forhindrer langvarig fravær. Medvirkningsplikten for arbeidstakere følger av bestemmelsene i § 2-3, om at

arbeidstaker har plikt til aktivt å medvirke i gjennomføringen av de tiltak som blir iverksatt i forbindelse med tilrettelegging av arbeidet. Arbeidstaker skal medvirke i utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner, ved helt eller delvis fravær fra arbeidet, og delta på dialogmøter etter innkalling fra arbeidsgiver (AML, 2005). I folketrygdlovens § 8-8 poengteres det at arbeidstaker har plikt til å gi opplysninger om egen funksjonsevne og å bidra til at hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet og utprøving av funksjonsevnen blir utredet og iverksatt. Retten til sykepenge faller bort dersom arbeidstaker uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger eller medvirke til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om tilrettelegging av arbeid og arbeidsutprøving (FTRL, 1997). I den sammenheng bør man som arbeidstaker opplyse om hvorvidt eget sykefravær har sammenheng med forhold på arbeidsplassen. Passivitet fra arbeidstakers side vil kunne redusere tilretteleggingsplikten omfang for arbeidsgiveren, med mindre årsaken til passiviteten skyldes annen sykdom (Ose et al., 2013).

**Topartssamarbeid?** Den nye IA-avtalen (2014) har tatt høyde for at oppfølgingsplan, dialogmøter og rapporteringer er ressurskrevende for arbeidsgivere (Ose et al., 2013; Regjeringen, 2014a). Samtidig hevdes det at gode systemer og rutiner for oppfølging av sykemeldte er viktig for å sikre at mennesker som blir syke, blir tatt godt vare på, og for at arbeidsgivere skal være trygge på hva de skal gjøre når arbeidstakere blir syke. Det har derfor blitt iverksatt ulike tiltak for å sikre en forenklet sykefraværsoppfølging, slik at den kan oppleves relevant og meningsfull både for arbeidsgiver og den enkelte sykemeldte (Regjeringen, 2014a). Dette innebærer at første *dialogmøte* avholdes mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og dersom det ikke kommer noe ut av dette møtet, bør arbeidsgiver kalle inn den eller de som kan bidra (BHT, NAV eller legen) (Ose et al., 2013; Regjeringen, 2014a). IA-avtalen (2014) legger generelt et større ansvar på arbeidsgiver og arbeidstaker, da arbeidsplassen anses å være den sentrale arenaen for å forebygge sykefravær og få arbeidstakere tilbake i arbeid (Regjeringen, 2014a). Målet er å finne løsninger på den enkelte arbeidsplass, ved å stimulere til dialog og samarbeid mellom de to partene. Det legges til grunn at de fleste arbeidsgivere og arbeidstakere ser verdien av og samarbeider om sykefraværsoppfølgingen.

Den *funksjonsvurderingen* som kan gjøres på arbeidsplassen i direkte dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, hevdes å være like viktig som den hos legen (Corrigan et al., 2008; NAV, 2014; Ose et al., 2008; Rådet for psykisk helse, 2004). Her opprettholdes et fokus på funksjonsvurdering fremfor diagnosen. IA-prosjektet har utarbeidet et samtaleverktøy for denne typen funksjonsvurderinger kalt "En samtale om arbeidsmuligheter"

(NAV, 2014). Hensikten er at arbeidsgiver og arbeidstaker gjennom en samtale skal kunne finne ut av hva som kan tilrettelegges på arbeidsplassen, og hva arbeidstakeren kan bidra med selv, slik at det er mulig å begynne å jobbe igjen. IA-funksjonsvurderingen kan være et godt utgangspunkt for den skriftlige oppfølgingsplanen de to partene er pålagt å samarbeide om, med følgende tre hovedspørsmål: 1. Hvordan er arbeidsdagen? (Kartlegging) 2. Er det forhold som bør endres? (Konkrete løsninger) 3 Hva er vi enige om? (NAV, 2014).

Rådet for psykisk helse (2004) har også utviklet en samtaleguide for ledere, hvor ledere rådes til å ha en grunnholdning preget av varme og åpenhet, ettersom dette ofte bidrar til gode samtaler (Rådet for psykisk helse, 2004). Samtidig bør ledere bruke individuelt skjønn ettersom mennesker med psykiske helseproblemer er like forskjellige som alle andre. Ledere bør tenke over hvordan de best kan tydeliggjøre hensikten med samtalen, ved å ivareta og støtte den psykisk syke, gi informasjon og tilbud om tilrettelegging, samt tydeliggjøre forventinger og krav. Budskapet bør formidles på en tydelig og klar måte samtidig som man lytter og viser omtanke. Den psykisk syke bør gis anledning til å komme med forslag for at vedkommende skal oppleve å bli ansvarliggjort og får ta del i utvikling av tilretteleggingsløsninger (Idébanken, 2016). Lederen bør vise respekt for den situasjonen som den psykisk syke er i, hvor det er viktig at det er samsvar mellom ord og handling (Nytrø, 2011; Rådet for psykisk helse, 2004). Det å vise forståelse er ikke bare en vennlig fremgangsmåte, det er også den mest effektive. Som leder bør man kunne forvente at den psykisk syke bidrar til godt samarbeid, sikrer at arbeidsgiver har mest mulig forutsigbarhet og tar hensyn til bedriftens behov (Rådet for psykisk helse, 2004). I tillegg bør vedkommende rådføre seg med fastlege og BHT for å gjøre seg kjent med ulike tiltak knyttet til sykmeldingen. Lederen har ikke krav på å vite diagnose (FTRL, 1997), men hvis den psykisk syke har særskilte behov må vedkommende gi en *begrunnelse* for dette. Den psykisk syke bør være *åpen* under forutsetning av at vedkommende blir ivaretatt og kjenner seg rimelig trygg på lederen og bedriftens struktur for sykefraværsoppfølging (Rådet for psykisk helse, 2004).

De fleste psykisk syke ønsker som nevnt å jobbe dersom arbeidet blir tilrettelagt (Berge & Falkum, 2013; Helsedirektoratet, 2014; NAPHA, 2015; NAV, 2015b). Leder bør derfor først forsøke å legge til rette for å unngå sykemelding, gjennom en kartlegging av mulighetene for tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidstid sammen med den psykisk syke. Deretter informerer de legen om mulighetene. Hvis slik tilrettelegging ikke er godt nok, er *gradert sykemelding* et godt alternativ (Idébanken, 2016). Legen bestemmer så hvilken gradering som er riktig. Arbeidsgiver og arbeidstaker skal ta tak i den arbeidsrelaterte tilretteleggingen mens legen står for de helsemessige tiltakene. I folketrygdloven § 8-7 heter



det at legen alltid skal vurdere om arbeidstakere kan være i arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet. Legen og annet helsepersonell plikter i *samarbeid* med arbeidstakeren og eventuelt arbeidsgiveren å gi nærmere vurdering av arbeidstakerens funksjonsevne (FTRL, 1997). Med arbeidsrelatert aktivitet menes, etter reglene i den nye IA-avtalen (2014), at gradert sykemelding vurderes i hovedsak, da dette har vist seg å innvirke positivt på forebygging av sykefravær og tilbakeføring til arbeid (Inkluderende, 2016; Regjeringen, 2014a, 2014b). Legens funksjonsvurdering av ansatte med psykiske helseproblemer vil i praksis si å svare på spørsmålene på sykemeldingsblanketten som er relatert til arbeidsevne. I dette arbeidet ligger det en forventning om at legene forhindrer overforbruk av sykemeldinger, samtidig som de er pliktige til å vurdere om sykemelding er det beste for en pasient med psykiske helseproblemer (Joner, 2008; Ose et al., 2008). Legenes rolle som sykmelder kan være utfordrende med tanke på både taushetsplikten i tråd med Helsepersonellovens § 21 (HPL, 2001), pasientens rettigheter og å skulle vurdere arbeidsevnen og egnet tilrettelegging på den aktuelle arbeidsplass (Ose et al., 2013).

Ansatte med psykiske helseproblemer trenger tilrettelegging for å kunne fungere i sitt arbeid og kunne jobbe, når de ikke er friske (Biron & Saksvik, 2009; Burton et al., 2004). Tilrettelegging av arbeidet for psykisk syke har som nevnt vist seg både å være mulig og kunne ha positive effekter på sykefraværet (Harsvik et al., 2008; Svanberg et al., 2010; Zhang et al., 1999). Mange har imidlertid behov for samarbeid mellom arbeidsgiver, NAV og helsepersonell (Berge & Falkum, 2013; Lien, 2013; NAV, 2015b). Samarbeid og samordning mellom fagmiljøene synes nødvendig for å kunne gi den hjelpen som trengs.

## Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teori og empiri som er relevant for de resultater jeg har fått fra analysen av datamaterialet i studien. Ledere vektlegger hovedsakelig samarbeid mellom involverte aktører om tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer. Jeg vil derfor ta for meg teoretiske og empiriske studier om faktorer som hemmer og fremmer dette samarbeidet, og videre ledes muligheter for å legge forholdene til rette for den ansatte på arbeidsplassen. Jeg vil gå spesifikt inn på lederroller, leders holdninger til psykiske helseproblemer og lederstil. Videre vil jeg gjøre rede for hvordan kommunikasjon kan fungere som samarbeidsverktøy for tilrettelegging av arbeidet for den psykisk syke. Jeg vil ta for meg helsefremmende arbeid og ledelse som inkluderer både den ansattes medvirkning og helsefremmende lederskap. Avslutningsvis vil jeg legge frem relevant empiri om helsefremmende faktorer som kan påvirke ledes muligheter for å legge forholdene til rette for ansatte med psykiske helseproblemer.

### Lederperspektivet

Begrepet ledelse dreier seg om å mobilisere innsatsvilje og samarbeid mot et felles mål (Arnulf, 2014). Det finnes ingen definisjon på ledelse som alle forskere er enige om (Yukl, 2012). Vesentlig er imidlertid hovedskillet mellom styring og ledelse som først og fremst ligger i at ledelse er personorientert, mens styring er systemorientert (Brønn & Arnulf, 2014). Yukl (2006) definerer ledelse som: "Ledelse er prosessen med å påvirke andre til å forstå og enes om hva som må gjøres og hvordan, og prosessen med å tilrettelegge for individuell og kollektiv innsats for å oppnå delte mål" (Yukl, 2006, min oversettelse). Dette er en definisjon som passer godt for oppgavens problemstilling og resultater idet den peker på balansen mellom ledelse og styring, samt inkluderer samarbeid om tilrettelegging for å nå felles definerte mål. Det er også en definisjon som er forenlig med å anerkjenne de menneskelige ressursene som det viktigste for å nå organisasjonens mål. Dette støttes av sentral forskning på området (Brønn & Arnulf, 2014; Kuvaas & Dysvik, 2012; Mintzberg, Jorgensen, Dougherty & Westley, 1996).

**Mintzbergs lederrollemodell.** Henry Mintzberg står sentralt i moderne norsk ledelsesforskning (Brønn & Arnulf, 2014). Mintzberg (1973) fremholder at ledere nesten kontinuerlig er involvert i kommunikasjon. De fleste lederroller er kommunikasjonsroller, og alle roller innehar elementer av kommunikasjon i følge Mintzberg (Mintzberg, 1973). Det er på denne bakgrunn Mintzberg har utviklet sin lederrollemodell der det skilles mellom tre hovedkategorier. *Mellommenneskelige roller* omfatter rollene frontfigur, leder og

kontaktperson (Mintzberg, 1973). Dette handler om at ledere må ha kontakt med medarbeidere og med eksterne aktører, så vel som å være et forbindelsesledd. Leders ansvar er å oppnå god tilpasning mellom medarbeideres og organisasjonens behov, og sørge for at alle aktiviteter knyttet til dette fungerer som en integrert helhet. Dette inkluderer utvikling av gode relasjoner og et godt samarbeidsmiljø, der medarbeidere trives og har vilje og evne til å arbeide (Mintzberg et al., 1996). I denne studien er det nettopp nevnte elementer i lederrollen som står sentralt når det gjelder tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer.

*Informasjonsroller* omfatter rollene overvåker, formidler og talsperson (Mintzberg, 1973). Det innebærer at leder må holde seg oppdatert på og orientert om alt som kan ha betydning for virksomheten og dens ansatte. Lederen må også videreformidle informasjon til både medarbeidere og eksterne aktører, samt følge opp lover og forskrifter, rapportere og planlegge (Mintzberg, 1994). *Beslutningsroller* omfatter rollene entreprenør, problemløser, ressursfordeler og forhandler (Mintzberg, 1973). Rollene berører initiativ fra ledere, som knyttes til utviklings- og tilretteleggingsarbeid. Mintzberg (1973) karakteriserer dette som evnen til å analysere behov i virksomheten og blant eksterne aktører, søke etter muligheter, kartlegge problemer samt finne gode funksjonelle løsninger til beste for alle parter. Beslutningsrollen innebærer samarbeid med eksterne aktører, som krever at leder fremstår som en autoritet og en troverdig representant for virksomheten. Ledere må videre ta stilling til ressurskonflikter og ressursfordeling (Mintzberg, 1973). Når det gjelder tilrettelegging for psykiske helseproblemer, så er dette et økonomisk ressurs spørsmål som vil kreve prioriteringer fra leders side. Prioriteringer under trange budsjetter er utfordrende, og stiller krav om ansvarlighet. Hensynet til både medarbeideres og bedriftens behov kan være en kontinuerlig utfordring for ledere (Mintzberg et al., 1996).

Ytterst sentralt hos Mintzberg er skillet mellom styring og ledelse, der styring innebærer å sitte bak, delegere og styre, mens ledelse er å føre an, ta initiativ og påvirke adferden til de ansatte på en god måte (Mintzberg, 2009). Dette er ligger nær de dimensjonene ved ledelse som Yukl (2006) har pekt på (Brønn & Arnulf, 2014). Ifølge Mintzberg (1973) kan lederrollene ikke ses isolert, siden de må fungere i et integrert samspill. Hvordan den enkelte leder utfører de forskjellige rollene, og sammenhengen mellom disse, vil avhenge av hva som karakteriserer organisasjonen, medarbeiderne og de eksterne aktørene.

**New Public Management.** Lederrollen avhenger av rammebetingelsene for drift, der rutiner og krav på arbeidsplassen kan legge begrensninger på hvilke tilpasninger som er mulig (Holmgren & Ivanoff, 2007). Dette gjelder spesielt bransjer som er svært konkurranseutsatte, hvor kravene til produktivitet og effektivitet er store (Schafft, 2007). Type arbeidsoppgaver

kan også ha betydning. Lederrollen kan dermed i mer eller mindre grad defineres etter New Public management (NPM) prinsipper. NPM er sett av metoder knyttet til ledelse og styring med formål om effektivisering (Busch, Johnsen, Klaudi Klausen & Vanebo, 2001; Jensen, 2008). NPM handler om forhold av økonomisk og ressursmessig karakter som kan ligge til grunn for drift og budsjett. Ledelse viser i denne sammenheng til et fokus på mål- og resultatstyring samt kundens behov, og ikke på selve prosessen i dette arbeidet. Sanksjoner og belønningssystemer er virkemidlene (Christensen, Lægreid, Roness & Røvik, 2009). Utgifter skal kunne kobles direkte til prestasjoner og målbare resultater (Jensen, 2008). Det er krav om effektiv utnyttelse av ressurser til beste for fellesskapet. Etske hensyn og forpliktelser vil kunne kollidere med krav til effektivitet og økonomisk inntjening, noe som impliserer utfordringer knyttet til den målrasjonelle logikken i NPM (Christensen et al., 2009; Kamp, 2012). Dette handler mer om en systemorientert enn en personorientert ledelse, og kan påvirke hvorvidt det lar seg gjøre å tilrettelegge for psykisk syke ansatte på arbeidsplassen.

**Lederes holdninger og lederstil.** Lederes håndtering av ansatte med psykiske helseproblemer bør innebære å skaffe seg kunnskap for å kunne ta rette beslutninger rundt tilretteleggingstiltak (Ose et al., 2008). Flere studier har vist at kunnskap om mennesker med psykiske helseproblemer påvirker holdninger (Hand & Tryssenaar, 2006; Ose et al., 2008). Kunnskap gir positive holdninger, men erfaring antas å være enda viktigere. Forskning tyder på at flere norske ledere mangler kunnskap om psykiske helseproblemer (Ose et al., 2008) og derfor bør benytte seg av ulike kurs og verktøy gjennom NAV og BHT (Lien, 2013). Arbeidsgivere hevder på sin side å ha opplevd at ansatte med psykiske helseproblemer er vanskeligere å håndtere enn ansatte med fysiske plager (Dale-Olsen et al., 2005). Arbeidsgiveres stereotype oppfatninger av psykiske helseproblemer og usikkerhet om hva det innebærer for arbeidsevne og oppfølgingsbehov, antas å spille en rolle (Ose et al., 2008). Skepsisen er ikke nødvendigvis basert på egne erfaringer, men den kan være uttrykk for fordommer og uvitenhet. Tabuforestillinger og manglende kunnskaper om psykisk uhelse kan gjøre at lederen går i forsvar. Unngåelsesstrategier eller det å ha korte, ukonsentrerte samtaler er ikke uvanlig (Rådet for psykisk helse, 2004). God tilrettelegging er imidlertid avhengig av at ledere har en grunnleggende positiv holdning til tilrettelegging (Ose et al., 2009). En grunnholdning preget av varme og åpenhet vil som nevnt også bidra til gode samtaler (Rådet for psykisk helse, 2004), der den psykisk syke kjenner seg trygg og vil bidra til dialog (Erlie, 2006; Rådet for psykisk helse, 2004). Derimot er dette mindre sannsynlig hvis lederes holdning er at man må "ta seg sammen". Arbeidsgivernes holdninger og vilje til å gjøre nødvendige tilpasninger i arbeidet, samt evne til å kommunisere, er avgjørende for en positiv

rehabiliteringsprosess for psykisk syke ansatte (Jakobsen & Svendsen, 2013). Lederes holdninger manifesterer seg i stor grad gjennom en bestemt lederstil (Fiedler, 1964). Den amerikanske ledelsesforskeren Fred Fiedler som innførte begrepet lederstil, skiller mellom relasjonsorientert og oppgaveorientert lederstil, et skille som er sentralt for denne studien. Den relasjonsorienterte lederen prioriterer gode relasjoner med medarbeidere, mens den oppgaveorienterte lederen prioriterer ytelse, prestasjoner og ”få jobben gjort” (Fiedler, 1964). Norske studier tyder på at det er et ganske godt samsvar mellom ledere og sykmeldtes vurdering av gode lederstiler (Aas, Ellingsen, Lindøe & Möller, 2008). Det pekes på at en kombinasjon av beskyttende (forståelsesfull, empatisk), tillitsvekkende (imøtekommende, forutsigbar), problemløsende og kommuniserende (åpen, positiv, tydelig) lederstil er noe som sykmeldte verdsetter spesielt.

**Kommunikasjon som samarbeidsverktøy.** Kommunikasjon betyr å ”meddele”, ”melde”, ”stå i forbindelse med” eller ”underrette om” (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Mellommenneskelig kommunikasjon er bindeleddet mellom oss og de andre. Det er avgjørende at dette leddet blir prioritert og fungerer godt (Falkheimer & Heide, 2014; Kaufmann & Kaufmann, 2003). Kommunikasjon og informasjon blir ofte brukt om hverandre. For å skille dem fra hverandre kan det nevnes at kommunikasjon betegner prosessen og informasjon budskapet (Erlie, 2006). En god intern kommunikasjon kan blant annet bidra til bedre ekstern informasjon og lavere sykefravær, ifølge Erlie (2006). For at informasjonen skal oppleves positivt må den være målrettet og ta utgangspunkt i mottakerens behov for informasjon. Lederens rolle er å legge til rette for at informasjonen når fram til mottakeren (Erlie, 2006). Det generelle kommunikasjonsklimaet har ifølge Erlie (2006) mye å si for hvordan budskapet blir tolket. I et klima preget av støtte, tillit, åpenhet og forventningsavklaring, vil budskapet tolkes med velvilje, mens i et klima preget av usikkerhet og mistro vil budskapet bli tolket i verste mening (Erlie, 2006). God kommunikasjon er viktig for arbeidstakers motivasjon, samspill, samarbeid, og tilbakemeldinger (Kaufmann & Kaufmann, 2003). *Integrerende kommunikasjon* i form av dialog og informasjonsdeling er viktig at både den ansatte og leder bidrar til (Browning, Morris & Kee, 2012), som grunnlag for innsikt i det psykiske helseproblemet og videre samarbeid om tilrettelegging på arbeidsplassen (Rådet for psykisk helse, 2004). Leder og lege skal i utgangspunktet ikke ha dialog, de skal helst få informasjon gjennom den psykisk syke. *Konstruktive samtaler* mellom den psykisk syke og legen som er oppklarende, løsningsorienterte og samarbeidende bør dermed foregå parallelt (Browning et al., 2012). I tilfeller der den psykisk syke ikke mestrer å drive frem sin sak og videreformidle informasjon, eller det er snakk om mer komplekse

psykiske helseproblemer kan det trengs et mer systematisk samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell (Idébanken, 2016). Tilrettelegging for psykisk syke ansatte vil ofte kreve et samarbeid mellom både arbeidslivets parter og helsepersonell for at rette beslutninger blir tatt av aktører med profesjonell fagkompetanse (Lien, 2013). For å få til et vellykket samarbeid er kommunikasjon mellom disse av stor betydning. Premissene for et tverrfaglig samarbeid er at det blir tydeliggjort mellom involverte parter hva som er hensikten med tilretteleggingen (Rambøll Management, 2008; Schafft & Spjelkavik, 2014). Det trengs kunnskap om de andre involverte aktørene, tidlig avklaring av roller og ansvar for oppfølging av den psykisk syke for å unngå problemer på lang sikt. Dette forutsetter god fagforståelse og rolleforståelse (Erlien, 2006) og at aktørene spiller på lag med klienten i sentrum (Schafft, 2008). Samarbeidet bør være basert på gode relasjoner, som utgjøres av delte mål, delt kunnskap og gjensidig respekt (Erlien, 2006; Gittel, 2012) og samarbeidet bør helst være ansikt til ansikt, slik at idéer og kunnskap kan integreres (Mintzberg et al., 1996). Samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell kan gi økt kompetanse – også hos ledere, og bedre og mer helhetlig oppfølging av ansatte med psykiske helseproblemer (NAPHA, 2015; Rådet for psykisk helse, 2004). Strukturert samarbeid mellom disse aktørene kan også være viktig for å unngå at legen blir den psykisk sykemeldtes advokat som skjerner dem fra arbeidslivet, noe som videre kan bidra til langvarige sykdomsforløp og uførhet (Joner, 2008). Konfidensialitet og taushetsplikt er ofte barrierer i denne sammenheng (Glozier, 2002).

### **Helsefremmende arbeid og ledelse**

Det siste sentrale aspektet handler om hvilket fokus ledere bør ha for å motivere den psykisk syke til å ta ansvar både for egne behov og bedriftens behov. Her skilles det gjerne mellom helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2014; NAPHA, 2016). Disse begrepene er nært koblet når det gjelder fokus og innsats, men skiller seg fra hverandre ideologisk. Helsefremmende arbeid legger vekt på å gjøre det mulig for mennesker å forbedre og ta kontroll over egen helsesituasjon, mens forebyggende arbeid legger vekt på å forhindre sykdomsutvikling (Hanson & Hansen, 2012). Begrepet helsefremmende arbeid kom på 1990-tallet, mens begrepet helsefremmende arbeidsplasser stammer fra Ottawa-charteret som nedfelte prinsipper om dette i 1986 (Lien, 2013). Konseptet helsefremmende arbeidsplasser ble nedfelt i den norske Lillestrømerklæringen i 2002. Arbeidsmiljøloven er også inspirert av denne tilnærmingen gjennom formålsparagraf §1-1 om å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon (AML, 2005).

Salutogenese er et sentralt begrep i denne sammenheng. Det er en teori om fysisk og

psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse, og ble utviklet som en motsatsteori til patologien som vektlegger årsaker til sykdom (Antonovsky, 1996). Sosiologen Aaron Antonovsky (1979) har utviklet en salutogen modell hvor helse ses langs et kontinuum på en akse mellom sykdom og friskhet (Antonovsky, 1996). Det fokuseres på i hvilken grad man er syk og frisk, og grad av funksjonsnivå, hvor man ”tar vare på det som fungerer og har verdi”. Et salutogenisk orientering innebærer å underbygge faktorer som er oppbyggende, og dermed aktivt fremmer velvære og beskytter mot sykdom heller enn bare å være lave på risikofaktorer (Antonovsky, 1996). En person blir betraktet i sin helhet, og ikke som en tilstand. Innenfor salutogenesen har helse å gjøre med holdningen til livet og holdninger til å takle helseproblemer (Antonovsky, 1987, 1993, 1996). Antonovsky kaller denne holdningen for «sense of coherence» (SOC), ”opplevelse av sammenheng”. SOC, som er rettet mot helseproblemet individet skal håndtere, handler om tre aspekter som er i et gjensidig samspill: 1. Begripbarhet: Oppfatning av å ha forstått situasjonen, 2. Håndterbarhet: Oppfatning av å ha ressurser tilgjengelig for å håndtere situasjonen, 3. Meningsfullhet: Motivasjon og ønske om å mestre situasjonen (Antonovsky, 1996). Å ha en sterk SOC vil si å ha vilje og evne til å nyttiggjøre seg sin totale situasjon og bruke tilgjengelige ressurser. Fordi samspillet mellom personen og omgivelsene alltid vil være i forandring, vil det variere hvilke mestringsressurser man har behov for. Kvaliteten på sosial støtte sees imidlertid på som en spesielt viktig mestringsressurs i denne teorien, som går ut på at ved å stimulere en persons deltagelse, kan man fremme vedkommendes SOC og helse (Antonovsky, 1979, 1987).

Ideen om *empowerment* er også knyttet til det salutogenetiske helsebegrepet (Antonovsky, 1979, 1987). Begrepet kan oversettes med ”myndiggjøring” eller ”ansvarliggjøring” (Tellnes, 2007). Bruken av begrepet innen salutogenesen innebærer at mennesker kan få bedre helse ved å ta styringen over de faktorer som er helsefremmende. Empowerment er både et mål og en metode for å styrke den enkelte arbeidstakers kontroll og innflytelse på egen helsesituasjon (Tellnes, 2007). En forutsetning for dette er imidlertid at noen bemyndiggjør personen ved å gjøre tilgjengelig og oppfordre til bruk av mestringsressurser. I den sammenheng er det naturlig å nevne begrepet om *salutogen lederskap* som innebærer at ledere har kunnskap om og tillit til at medarbeidere bærer på ressurser og har evne og vilje til anvende dem (Antonovsky, 2012; Hanson & Hansen, 2012). Lederskapet utgår fra leders ønske om å oppmuntre og bekrefte positiv adferd hos ansatte. Videre handler det om å se på helse og SOC som en fysisk og opplevd kvalitet, som gradvis forandrer seg mot økt eller minsket helse (Antonovsky, 1996, 2012). En slik salutogen orientering anser psykiske helseproblemer som en normal tilstand og fokuserer på det som

fungerer som grunnlag for den ansattes mestring. Derimot anser en patogensk orientering det å være psykisk syk som en tilstand som avviker fra normaliteten. Gjennom fokus på manglende funksjon bidrar den i mindre grad til den ansattes mestring av egen helsesituasjon. Ifølge Hanson (2010) rapporteres lederskap som utgår fra et patogent perspektiv, ofte som økonomisk baserte styringssystem (Hanson & Hansen, 2012). Dette er karakteristisk for ledelse etter NPM-prinsipper.

**Helsefremmende tiltak på arbeidsplassen.** Nyere forskning har dokumentert betydningen av en salutogen tilnærming i behandlingen av psykiske helseproblemer (se f.eks. A. Eriksson, 2011; M. Eriksson & Lindström, 2007; Griffiths, 2009; Langeland, 2009, 2014; Langeland, Wahl, Kristoffersen & Hanestad, 2007). Når det gjelder implementering av en salutogen tilnærming på arbeidsplassen, krever dette aktiv arbeidstakerdeltakelse og tverrfaglig samarbeid mellom ledelse og helsepersonell (Vaandrager & Loeken, 2013). En salutogen organisasjon tilbyr generelle mestringsressurser, som gir forståelige, håndterbare og meningsfulle (SOC) arbeidserfaringer og vedvarende organisasjonsutfall. Dette fremmer utviklingen av ferdigheter blant arbeidstakere og arbeidsgivere til å utnytte disse ressursene (Vaandrager & Loeken, 2013). Intervensjoner som baserer seg på helse kontinuum modellen og arbeidstakerens deltakelse har vist seg å være nyttig gjennom å fungere som en guide for håndtering av psykiske helseproblemer når mestring er siktemålet (Langeland et al., 2007). Data fra 40 års forskning gir ifølge Langeland et al. (2007) sterk empirisk støtte for det fordelaktige ved å vektlegge arbeidstakeres aktive rolle i tilfriskningsprosessen. Følgelig bør tilretteleggingstiltak organiseres rundt arbeidstakeres ressurser, persepsjoner og erfaringer (Aspinwall & Staudinger, 2003; Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Salutogene faktorer har vist seg å kunne hjelpe ansatte tilbake i arbeid etter sykdomsperioder (Tellnes, 2007). Positive virkninger av salutogen innsats er påvist gjennom flere forskningsprosjekter. Skal imidlertid prinsippene om «opplevelse av sammenheng» og «myndiggjøring» virke, forutsetter dette at medarbeiderne har en aktiv, styrende rolle i aktivitetene, hvilket ifølge Tellnes (2007) kan vekke motstand hos helsepersonell, for eksempel legene. Salutogenese fordrer et samarbeid mellom flere aktører, både arbeidslivets parter og helsepersonell (Mikkelsgård, Granerud & Høye, 2014; Tellnes, 2007). Dette påpekes også i Arbeidsmiljøverkets kunnskapsstatus (2012) med henvisning til en studie som har kartlagt over 200 forskjellige arbeidsplasser, hvor medarbeidernes medvirkning og systematisk samarbeid med BHT og andre eksterne aktører er faktorer som bidrar til å fremme helse og forebygge uhelse (Lien, 2013).



## Metode

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for studiens metodiske tilnærming og fremgangsmåte. Jeg vil først kort beskrive forskningsprosjektet studien inngår i. Videre vil jeg gi en beskrivelse av konstruktivistisk grounded theory som metode og utgangspunkt for analyse av kvalitative data. Deretter vil jeg kronologisk beskrive min studie, der jeg starter med utvikling av intervjuguide, datainnsamling, transkribering og analyse av datamaterialet gjennom koding. Avslutningsvis vil jeg presentere noen etiske betraktninger rundt studien.

### Bakgrunn for studien

Denne studien fungerer som et forprosjekt for forskningsprosjektet "Psykisk sykdom og arbeid" i regi av Psykologisk institutt ved NTNU. Formålet med prosjektet er å bidra til at pasienter kan opprettholde sitt arbeidsforhold gjennom behandlingsforløpet, ved god tilrettelegging av arbeidet. Tematikken belyses ut fra både psykologens, pasientens og lederperspektivet, og det legges vekt på dialog og strukturert samspill mellom de sentrale aktørene. I den sammenheng representerer min studie lederperspektivet på tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer i ulike typer virksomheter.

Jeg ønsket å knytte meg til dette forskningsprosjektet av flere grunner. Jeg synes det er interessant og viktig å få innsikt i hvilke muligheter som finnes for tilrettelegging i praksis på tvers av arbeidsplasser. I dette prosjektet fikk jeg en mulighet til å bidra med forskning på lederperspektivet. Gjennom mitt hele studieløp har jeg vært interessert i temaet psykiske helse og sykdom, og dette prosjektet ble en gylden mulighet for meg til ytterligere fordypning på dette området. Det ble avgjørende at jeg fikk utvikle mitt eget masterprosjekt innenfor de rammene som prosjektet satte, rammer som jeg opplevde som rettleidende for min studie.

### Valg av metode

Jeg ønsket å velge en metode og en analysetilnærming som kunne passe med studiens problemstilling: *Hvilke faktorer hemmer og fremmer lederes muligheter for å tilrettelegge for ansatte med psykiske helseproblemer?* Studiens hensikt er å undersøke lederes opplevelser, erfaringer og rolle – hva de tenker om tilrettelegging for psykiske helseproblemer, og hvordan de faktisk handler i forhold til det. Jeg har valgt å benytte *kvalitativ forskningsmetode*, ettersom det har vært ønskelig med et datamateriale som er rikholdig og som går i dybden (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg ville gå i dybden på lederes erfaringer med mulighetene for tilrettelegging for å få innsikt i hvordan ulike typer virksomheter og ledere fungerer i praksis. Kvalitative metoder er også særlig nyttige for å fange opp og forklare enkeltmenneskets

perspektiv (Tjora, 2012). Studien har benyttet kvalitative intervjuer med arbeidsgivere, fordi dette åpner for utforskning av deres individuelle erfaringer og forståelse (Charmaz, 2008a; Howitt, 2010; Kvale, 1997) og for forming av tillitsskapende relasjoner som gir innsikt i sensitive tema (Charmaz, 2008a). Man får en tettere kontakt med individet enn man får gjennom en kvantitativ studie (Corbin & Strauss, 2015). Jeg har personlig interesse for å bli kjent med mennesker og høre om hvordan de opplever hverdagen og sin egen situasjon. Dette var også viktig for meg i valget av en kvalitativ tilnærming.

Studien er utforskende. Den undersøker et fenomen i samtiden som er relativt lite forsket på, og gjør bruk av en tilnærming som analyserer datamaterialet nedenfra og opp. Grounded Theory (GT) er en slik induktiv analysetilnærming som tar hensyn til hele datamaterialet (Charmaz, 2006, 2014; Yin, 2014).

### **Konstruktivistisk grounded theory som analysetilnærming**

Grounded theory (GT) ble først utviklet av Glaser & Strauss (1967) som et svar på kritikken kvalitativ forskning fikk fra den kvantitative forskningstradisjonen om at metoden var for lite vitenskapelig og objektiv. De ville derfor utvikle en metode som var positivistisk fundert, men likevel hadde en fortolkende innfallsvinkel. Forskerens rolle er nøytral og objektiv, og man er sensitiv i forhold til å finne absolutte sannheter i datamaterialet. Glaser & Strauss (1967) mener man må fristille seg fra eksisterende kunnskap og teoretiske antagelser og se fenomenet man studerer akkurat slik det er beskrevet av informanten. Slik vil man kunne grunnfeste teorien i datamaterialet (Glaser & Strauss, 1967). Glaser & Strauss sitt positivistiske og objektivistiske syn har blitt utviklet og utfordret de senere årene. Kathy Charmaz har siden 1990-tallet fremholdt en konstruktivistisk versjon av GT og har selv også videreutviklet en *konstruktivistisk analysetilnærming* (Mills, Bonner & Francis, 2006). Charmaz (2014) hevder at en ren GT tilnærming kan anses som i overkant streng ved at det ikke tillates noen forutforståelse eller perspektiv på studiefenomenet. Ifølge nyere forskning er en ren objektiv forsker verken mulig eller ønskelig (Charmaz, 2008a, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Flere forskere har derfor begynt å bevege seg bort fra den opprinnelige formen av GT (Bryant, 2003; Clarke, 2003; Seale, 1999) (Charmaz, 2014). Man kan ifølge Charmaz (2014) bruke de originale GT strategiene fordi disse på mange måter er overførbare på tvers av epistemologiske og ontologiske ståsteder, selv om *hvilke* antakelser forskere anvender strategiene ut i fra, og *hvordan* de anvender dem, viser til epistemologiske og ontologiske ståsteder. Mitt ontologiske og epistemologiske ståsted sammenfaller med Charmaz sitt (2014) og andre konstruktivistisk, der virkeligheten er subjektiv og situasjonsavhengig, og der

kunnskap er sosialt konstruert gjennom delte erfaringer og relasjoner mellom individer. Konstruktivister erkjenner at forsker og informant konstruerer en felles virkelighet gjennom interaksjon i den fremvoksende intervju situasjonen. På bakgrunn av dette valgte jeg å benytte en konstruktivistisk analysetilnærming til datamaterialet.

Konstruktivistisk GT har en induktiv, sammenlignende, fremvoksende og åpen tilnærming (Charmaz, 2006, 2014). Dette er forskjellig fra annen kvalitativ koding ved at (1) forskeren koder for sosialpsykologiske prosesser, og ikke for temaer, (2) handlinger vektlegges og bygges inn i kodene, (3) det brukes heuristiske fraser eller setninger, slik at man lettere kan oppdage sammenhenger mellom handlinger og strukturer og dermed holde seg til dataene, og (4) kodingsprosessen gjøres repeterbar (Charmaz, 2012). Jeg har valgt å bruke tilnærmingen til Charmaz (2014) som utgangspunkt for egen analyse, fordi jeg kan se på stegene som fleksible, systematiske retningslinjer, og ikke som standardiserte krav til prosessen (Charmaz, 2011). I hovedtrekk har jeg gjennomgått datamaterialet og konstruert gjennomløpende koder og kategorier som best kan oppsummere og sortere dataene. Analyseprosessen har foregått lineært, steg for steg, og samtidig sirkulært, ved at jeg har kunnet gå tilbake for å oppnå en ny forståelse og hvor datainnsamling og analyse har foregått samtidig (Charmaz, 2011, 2012). Jeg anser også en konstruktivistisk GT tilnærming som godt egnet for studiens problemstilling om "hemmende og fremmende faktorer", som utgjør kategorier i form av henholdsvis negative og positive konsekvenser for tilrettelegging. Konstruktivistisk GT er forøvrig en hyppig anvendt metode innen psykisk helseforskning og har ofte blitt brukt til å analysere beskrivelser fra enkeltpersoner og grupper som vanligvis blir oppfattet som "marginalisert". Dette henger blant annet sammen med at forskerne ser muligheten for å utfordre etablerte forståelser gjennom fri utforskning av fenomenet (Charmaz, 2008b; Tweed & Charmaz, 2012).

**Min forforståelse.** Jeg støtter meg til konstruktivistisk GT der jeg har hatt en fortolkende innfallsvinkel og har lagt vekt på hvordan informanten selv konstruerer og fortolker sin egen virkelighet (Charmaz, 2006, 2014). Jeg har forsøkt å studere *hvordan* og *hvorfor* informanter konstruerer mening og handlinger i spesifikke situasjoner, og å gi en klar representasjon av informantens ståsted og stemme. Konteksten til den enkelte informanten er her relevant for kunnskapen som kommer frem, og for min studie og problemstilling gjelder dette de ulike arbeidskontekstene. Samtidig må informantens fortolkninger ses i sammenheng med min involvering som forsker (Charmaz, 2014). Det som ligger i begrepet "konstruktivistisk", er en erkjennelse av subjektivitetens, i dette tilfelle forskerens involvering i konstruksjonen og tolkningen av data (Charmaz, 2006, 2014). Både data og analyse blir

konstruert av delte erfaringer og relasjoner med informanter og hvor samkonstruerte data ses som begynnelsen på den analytiske retningen i datamaterialet (Charmaz, 1990, 1995, 2000, 2001, 2006; Charmaz & Mitchell, 1996) (Charmaz, 2014). Dette vil påvirkes av forskerens verdier, perspektiver, tidligere kunnskap og erfaringer (Charmaz, 2014). Utgangspunkt og ståsted vil endre seg i løpet av forskningsprosessen og en må som forsker være oppmerksom på hvordan dette kan innvirke på analyseprosessen. Konstruktivister vektlegger derfor forskerens *refleksivitet*, som innebærer refleksjoner rundt egen rolle, egne fortolkninger og implikasjoner av dem, og det samme hos informantene, gjennom hele forskningsprosessen (Charmaz, 2006, 2014). Jeg har som forsker vært bevisst på at egne tanker og ideer kan ha påvirket forskningen, for eksempel ved at jeg fra starten av har konkretisert for informanten hvilke aspekter ved studiefenomenet det er viktig å få kunnskap om.

Jeg har videre vært oppmerksom på at informantenes konstruksjon av kunnskap skjer under allerede eksisterende og bestemte strukturelle betingelser, som de ikke nødvendigvis er seg bevisst eller har valgt selv (Charmaz, 2006, 2014; Tweed & Charmaz, 2012). Informantenes meninger og handlinger kan reflektere nåtidens ideologier, sosiale konvensjoner og diskurser (Charmaz, 2014). I tillegg vil ofte informantenes antakelser, som for eksempel antakelser om individuelt ansvar for psykiske helseproblemer, vise til en konkret årsak informanten attribuerer til fenomenet. Kollektivt ansvar og kollektive løsninger for å håndtere dette kan dermed utelukkes av informanten. Dette kan vise til sammenhenger mellom mikro og makro nivåer av analyse, hvor man knytter sammen det subjektive og det sosiale (Charmaz, 2014). Ved at jeg har vært bevisst på dette er det blitt fostret et refleksivt ståsted hos meg som forsker, noe som kan ha hatt en gunstig innvirkning på min analyse og tolkning av datamaterialet. Jeg anerkjenner imidlertid at andre forskere kan tolke mine resultater på andre måter, og at min fortolkning er noe preget av mine begrensninger som utrent forsker.

## **Datainnsamling**

Jeg har samarbeidet med en medstudent om datainnsamlingen. Vi skulle begge skrive masteroppgave om den samme tematikken, og av praktiske hensyn ble vi enige om å samarbeide om utvikling av intervjuguide, rekruttering av informanter, samt gjennomføring og transkribering av intervju. Jeg vil underveis i kapittelet peke på fordeler og ulemper ved et slikt samarbeid.

**Utvikling av intervjuguide.** I grounded theory skal man ideelt sett ikke ha noen forhåndsantakelser eller kunnskap om fenomenet, ettersom det skal være «fremvoksende»

(Charmaz, 2014). Samtidig må man ha en viss kunnskap om temaet for å få et nyansert bilde av det man studerer. Det er ønskelig å få til en samtale med informanten der forskeren i noen grad har kontroll på temaet, men samtidig er åpen for at intervjuet kan ta nye retninger underveis. En semistrukturert intervjuguide er derfor et godt utgangspunkt for intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). Semistrukturerte intervju har som mål å være en fleksibel samtale som veiledes av forhåndsbestemte tema (Tjora, 2012). Dette gir noen overordnede rammer for intervjuet, men åpner samtidig for tema som forskeren ikke har tenkt på i utgangspunktet (Kvale & Brinkmann, 2009). Semistrukturerte intervju innebærer å stille åpne spørsmål om fenomenet, noe som gir muligheten til å få spontane og rike beskrivelser av fenomenet, slik informanten selv vil beskrive det (Kvale & Brinkmann, 2009).

Sammen med min medstudent utviklet jeg en intervjuguide som hadde ferdigformulerte spørsmål med noen stikkordspregede hjelpepørsmål (se vedlegg 3). Vi delte opp intervjuguiden i 7 hovedtemaer for at det skulle være lettere for både informant og oss som intervjuere å holde orden på de mange spørsmålene (Tjora, 2012). Disse var: demografiske spørsmål, lederstil, organisasjonskultur, erfaringer med tilrettelegging for psykiske plager, sykefravær i bedriften, strukturelle rammer samt fordeler og ulemper ved tilrettelegging. Dette var tema som vi på forhånd trodde kunne være viktige faktorer for tilrettelegging for psykiske plager fra et lederperspektiv. I ettertid gjorde vi justeringer ut i fra hver våre problemstillinger og fokus. Derfor har vi ikke omtalt alle temaene i studiene. Vi planla at vi i starten skulle stille enkle, konkrete oppvarmingsspørsmål som oppleves ufarlige for informanten (Tjora, 2012). Dette er for eksempel spørsmål relatert til informantens bakgrunn og nåværende arbeidsplass. Videre skulle vi stille flere, godt gjennomtenkte refleksjonsspørsmål, ettersom dette danner kjernen i intervjuet. Det inkluderer spørsmål om informantenes konkrete erfaringer med å tilrettelegge arbeidet for psykisk syke ansatte, opplevelse av samarbeid med helsepersonell og NAV og deres vurdering av muligheter og hindringer for tilrettelegging. Avslutningsvis skulle vi stille noen avrundingspørsmål på en måte som normaliserer situasjonen mellom oss som intervjuere og informanten (Tjora, 2012). Vi kunne for eksempel spørre informantene om de hadde noe mer og tilføye, og om de synes intervjuet hadde gått greit.

**Rekruttering og beskrivelse av informanter.** Rekruttering av informanter har foregått i ulike norske IA-virksomheter, i privat og offentlig sektor. Utvalget bestod til slutt av syv informanter. Alle informantene var ledere med personalansvar, som hadde tidligere erfaring med å tilrettelegge arbeidssituasjonen for ansatte med psykiske helseproblemer. Dette var forøvrig de to kriteriene vi hadde for utvalg. Alle informantene var fast ansatt og hadde en

relativt fast arbeidsstruktur og arbeidssituasjon. Utvalget hadde en viss bredde med hensyn til ulike ansvarsområder og ulike former for lederansvar som gav oss variasjon i arbeidskontekster.

Vi startet med å rekruttere informanter gjennom én BHT, som forøvrig er et senter for bedriftshelse, psykologtjenester og rehabilitering, med mange bedrifter i sin kundebase. Det har vært fruktbart å få innblikk i arbeidet til BHT, ettersom de driver med lederrådgivning og helsevurderinger. De har også det mest artikulerte forholdet til arbeidslivet og samarbeider med NAV. Sammen med min medstudent og min veileder har jeg fått kontakt med informanter gjennom BHT, ved deres daglige leder. De har kontaktet bedrifter i sitt nettverk, med forespørsel om å delta i vår studie. Dette ble gjort ved å sende vårt informasjonsskriv (se vedlegg 2) til ledere i bedriftene. Etter å ha mottatt informasjonsskrivet har det vært opp til bedriftene å avgjøre om de ønsker å delta i studien eller ikke. Bedriften har deretter tatt kontakt med oss direkte, uten videre involvering av BHT. BHT sendte med andre ord bare ut forespørselen på vegne av oss, men var ikke involvert i selve rekrutteringen, for å sikre at deres kundeforhold til bedriftene ikke ble en faktor i rekrutteringen. Likevel opplevde min medstudent og jeg at det var vanskelig å samarbeide med BHT som tredjepart, fordi de ikke hadde eierskap til prosjektet. Av hensyn til BHT sitt profesjonelle forhold til sine kunder tok prosessen også lang tid, for eksempel ved at de ikke ville purre på svar på henvendelser. Vi så oss derfor fornøyd med å få rekruttert to informanter gjennom BHT.

Forøvrig har det vært naturlig å rekruttere på egenhånd, og å benytte utvalgsmetodikken kalt *snøballmetoden* (Tjora, 2012) for å rekruttere de resterende syv informantene. Dette innebar at vi spurte bedrifter som allerede hadde sagt seg villig til å delta i studien, om å gi oss kontaktinformasjon til andre ledere i deres virksomhet og i andre virksomheter, som også kunne være aktuelle informanter for studien. Vi har tatt direkte kontakt med aktuelle informanter med informasjonsskrivet og forespørsel om deltagelse. Ved å ta direkte kontakt med mulige informanter har vi sett at samtykke om deltagelse har blitt gitt uten påvirkning fra noen internt i bedriften. Vi endte med å eliminere to av disse informantene som jobbet i en ideell organisasjon, fordi erfaringene med tilrettelegging for psykiske helseproblemer ikke var fra et vanlig arbeidsgiverforhold. De drev ikke med tilrettelegging for ansatte, men for personer som var satt på et midlertidig offentlig finansiert praksistiltak, og hvor organisasjonen ikke utbetalte dem lønn. Intervju med ledere i denne organisasjonen har likevel vært fruktbart og beriket vår forståelse av fenomenet vi studerte.

Tabell 1.  
Beskrivelse av informanter

Informant	Sektor	Virksomhet
Informant 1	Offentlig	Renhold
Informant 2	Offentlig	Undervisning
Informant 3	Privat	Produksjon
Informant 4	Privat	Produksjon
Informant 5	Privat	Salg
Informant 6	Privat	Distribusjon
Informant 7	Privat	Regnskap

**Gjennomføring av intervju.** Det å gjennomføre kvalitative dybdeintervju krever en viss analytisk evne hos forskeren, man må være sensitiv til det som blir sagt og gjort av informanten, og er fleksibel med hensyn til retningen intervjuet tar (Corbin & Strauss, 2015). Jeg forberedte meg godt før hvert intervju og forsøkte å forestille meg ulike respons og ulike svar fra informantene. Jeg gikk flere ganger gjennom intervjuet i hodet og høyt for meg selv; jeg fokuserte på å være tydelig, kort og konkret (Kvale & Brinkmann, 2009) og unngå formuleringer som kunne oppfattes som tvetydige og føre til bias (Yin, 2014).

For å gjøre informanten komfortabel med intervjusituasjonen må man som forsker ta ansvar for å etablere en god ramme rundt intervjuet (Tjora, 2012). Intervjusituasjonen bør kunne oppleves som rolig og beskyttet. Informantene fikk da selv mulighet til å velge om de ville la seg intervju på et grupperom på NTNU eller tilsvarende sted på egen arbeidsplass. Alle informanter valgte å gjennomføre intervjuet på sin egen arbeidsplass, enten på eget kontor eller på et møterom. I forkant av intervjuet informerte vi om hva prosjektet innebar, og svarte på ulike spørsmål informantene hadde (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene signerte på informert samtykkeskjema om at de tidligere hadde fått informasjon om og hadde samtykket til deltakelse i studien. Jeg gjennomførte ett av intervjuene på egenhånd, mens de seks resterende ble gjennomført i samarbeid med min medstudent. Vi erfarte begge fordelene ved å være to, der én har hovedansvar for intervjusamtalen, mens den andre tar notater og kan stille oppklarende tilleggsspørsmål (Tjora, 2012). Vi erfarte samtidig at dette ikke hadde negativ påvirkning på informanten på noen måte. Informanten kunne muligens ha opplevd det mer som et formelt avhør enn en vanlig samtale, men etter vår oppfatning virket informantene komfortable med dette og benyttet anledningen til å veksle mellom hvem de så på og snakket til. At vi skulle være to intervjuere, var også avklart med dem på forhånd, slik at de var forberedt på det.

Intervjuene ble gjennomført over en tre ukers periode, og de varte fra 54 minutter til en time og 20 minutter. Intervjuene ble tatt opp med en Olympus lydopptaker, med informantenes samtykke. På denne måten kunne vi konsentrere oss om samtalen og få med

oss detaljene i den. Dette ga god kommunikasjon og flyt i intervjuene, i tillegg til at vi kunne be om utdypning og konkretisering der det trengtes (Tjora, 2012). Bruk av lydopptaker kan ha bidratt til at enkelte ble mindre åpne under intervjuet. Dette ble imidlertid ikke eksplisitt kommentert av noen av informantene. Vi avsluttet intervjuene med å spørre om det var noe informantene ville tilføye, og hvordan de synes intervjuet hadde gått. Dette gir informanten mulighet til å ta opp temaer de ikke har tenkt på tidligere i intervjuet, og å komme med tilbakemelding på hvordan de har opplevd intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009).

**Transkribering av intervju.** Da vi hadde gjennomført intervjuene, ble lydopptakene transkribert. Transkribering innebærer å overføre muntlig språk til skriftlig språk. Dette kan endre meningsbetydningen i teksten. Det kan også være vanskelig å få tak på det sosiale samspillet når man leser en tekst fremfor å høre den. Det er derfor best om intervjueren transkriberer sine egne intervju, siden man selv husker flere detaljer under intervjuet og slik kan skrive notater rundt dette. Transkripsjonen blir dermed starten på analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg transkriberte tre av de syv intervjuene. Min medstudent skulle etter avtalen transkribere de resterende fire intervjuene, men ved en misforståelse endte han opp med å transkribere et femte intervju – et av dem jeg allerede hadde transkribert. Dette er et eksempel på misforståelser som kan oppstå når man samarbeider om datainnsamling. Etersom jeg deltok i alle intervjuene og skrev påfølgende notater, hadde jeg relativt godt tak på det sosiale samspillet også i intervjutranskripsjonene til min medstudent. Jeg var nøyaktig med å transkribere intervjuene ordrett, inkludert påbegynte setninger; jeg registrerte pauser, gjentakelser, latter, nøling og sukking, der utelatelse av dette kunne føre til tap av meningsinnhold (Tjora, 2012). Dette styrker den meningsbærende delen av analysen og gir større muligheter til å tolke teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). I grounded theory er dette viktig, siden denne analyseretningen er fortolkende og ikke deskriptiv (Charmaz, 2014). Tjora (2012) anbefaler å normalisere informantens dialekt til bokmål dersom det ikke er særlig grunn til noe annet, og jeg valgte å følge dette rådet.

Det å transkribere nøyaktig gikk greit fordi opptakene var tydelige og klare. Det var sjelden jeg hadde problemer med å høre det som ble sagt. Dette styrker derfor reliabiliteten til intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009).

## **Analyse**

Jeg gjennomførte analysen av datamaterialet på egenhånd. Fordelen ved dette var at min medstudent og jeg ikke hindret hverandre i selvstendig tolkning av dataene, i å komme



frem til egne funn og utvikle egne perspektiver ut fra eget epistemologiske ståsted. Dette åpner for forskertrianglering, hvor eventuelle likheter mellom våre funn tyder på at de er grunnfestet i datamaterialet. En ulempe kan være mangel på refleksjonsutveksling og diskusjon av dataene som kunne ha beriket vår forståelse av fenomenet.

Før jeg gikk i gang med analysen, satte jeg meg inn i de prinsipper og steg som Charmaz (2014) beskriver i boken "Constructing grounded theory". Dette er et sett med retningslinjer for hvordan en kan gripe fatt i datamaterialet, hvor forskeren står ganske fritt i forhold til hvordan en følger de ulike stegene i analysen, bare en forholder seg nært til dataene (Charmaz, 2006, 2014). Enhver forsker må finne sin måte å gjøre det på (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Jeg leste grundig gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger og noterte i marginen på intervjutranskripsjonene. I tillegg benyttet jeg meg av programvaren NVivo11 som hjelpemiddel i kodingen av datamaterialet.

**Koding.** GT koding er en sammenlignende, interagerende og repeterende prosess (Charmaz, 2012, 2014) som innebærer å bryte opp data, definere og navngi dem etter hva de handler om. Kodene gjenspeiler hvordan man velger ut, separerer, sorterer og begynner å analysere dataene. Ved å se nye sammenhenger mellom ulike data kan man si noe om de underliggende prosessene som ligger bak en handling eller hendelse (Charmaz, 2014). Grounded theory blir omtalt som den konstante komparative metode, der man gjennom analysen sammenligner data og slik utvikler konsepter og kategorier som kan gi dypere innsikt i fenomener (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Jeg sørget for å være åpen for hva dataene kunne foreslå ved å være tekstnær, ved å holde kodene enkle og presise, og ved å sammenligne nye koder med tidligere opprettede koder (Charmaz, 2014). Jeg vil nå beskrive hvordan jeg rent konkret har brukt retningslinjene som Charmaz (2014) har utviklet for konstruktivistisk GT.

**Innledende koding.** Gjennom innledende koding vil man få stor nærhet til materialet, der man i detalj ser på hva som blir sagt av informanten. Ved å dele opp data i mange små komponenter kan det tre frem nye sammenhenger som man ikke har oppdaget før. Slik kan man fristille seg fra tidligere antakelser og konsepter og se prosessene på nytt. Jeg så det som mest hensiktsmessig å kode materialet linje for linje, i tråd med retningslinjene til Charmaz (2014). For hver meningsfulle frase eller setning jeg leste, stilte jeg meg selv spørsmål som "Hva sies egentlig her?", "Hva foreslår dataene?", "Hva er antatt og uttalt?", "Hva lar dataene være usagt?", "Fra hvem sitt ståsted?", "Hva slags kategori indikeres av dette dataelementet?" og "Når, hvordan og med hvilke konsekvenser handler informantene?" (Charmaz, 2012). Jeg reflekterte for eksempel rundt lederes beskrivelser av egen rolle og eget ansvar så vel som den

psykisk syke sitt ansvar for samarbeid om tilretteleggingstiltak. På denne måten kunne jeg finne relativt enkle og egnede koder som ”lederkommunikasjon”, ”den psykisk sykes åpenhet” og ”den psykisk sykes lukkethet”, i tillegg til at jeg fikk noen idéer til midlertidige kategorier som ”lederroller og ansvar” og ”den psykisk sykes medvirkning”.

Gjennom hele analyseprosessen gikk jeg tilbake til tidligere stadier og sammenlignet nye funn med eksisterende kategorier og koder i datamaterialet, for å sørge for samsvar mellom ulike koder og kategorier (Charmaz, 2014). Jeg kategoriserte koder som beskrev samme fenomen, som hadde logisk sammenheng eller av informanten ble knyttet sammen; slik falt for eksempel ”styringsrett” og ”tilretteleggingsplikt” inn under kategorien ”leders balansering av styring og omsorg”. En slik prosess fører til at man får en stor mengde koder å forholde seg til. For å få oversikt over kodene printet jeg ut NVivo-rapporten på 130 sider og markerte de kodene som hadde hyppigst forekomst og ble referert til av flest informanter. Deretter skrev jeg dem inn i et Word-dokument under ulike overskrifter som betegnet hvilke tema kodene omhandlet, for eksempel koder som omhandlet arbeidskontekst, lederstil, kommunikasjon mellom aktører, samarbeidsvillighet og konkrete tilretteleggingstiltak. Slik fikk jeg sortert datamaterialet og sett sammenhenger mellom ulike data klarere. Gjennom prosessen ble jeg oppmerksom på sprik i datamaterialet og innså at det derfor kunne bli utfordrende å finne en overordnet kategori senere.

**Fokusert koding.** Fokusert koding handler om å samle deler av materialet til mer overordnede koder. Man sammenligner de innledende kodene og finner sammenhenger mellom dem. De mest betydningsfulle og fremtredende kodene blir slått sammen til én samlende kode (Charmaz, 2014). Fokuserte koder vil gjøre datamaterialet mer håndterbart for videre analyser og gjøre det mulig å bevege seg mellom ulike intervju og sammenlignende uttalelser fra forskjellige informanter. Slik vil man kunne se sammenhenger og ulike aspekter ved en kode, noe som legger grunnlaget for selve kategoriseringen. Fokusert koding hjelper en på denne måten med å evaluere retningen på analysen (Charmaz, 2014).

Jeg utledet de fokuserte kodene gjennom å benytte merknadsfunksjonen i Word-dokumentet fra den innledende kodingen. Jeg samlet flere koder under én felles kode, noe som gjorde datamaterialet mer tilgjengelig for videre analyse. Felleskodene regnes som midlertidige kategorier (Charmaz, 2014). Eksempler på slike koder var: ”leders balansering av hensyn”, samspill mellom flere aktører, ”vellykket samarbeid”, ”mangelfullt samarbeid”. Gjennom kodingen så jeg at der enkelte ledere hadde mest erfaring med et topartssamarbeid, hadde flere erfaring med et samarbeid med minst tre aktører i tilretteleggingen for den ansatte med psykiske helseproblemer. Jeg begynte derfor å se muligheten for å bruke samarbeid

mellom involverte aktører som et utgangspunkt for analysen.

**Aksial koding.** Aksial koding innebærer å finne en kjernekategori som kan binde underkategorier sammen til en helhet som representerer dimensjoner av kjernekategorien (Charmaz, 2014). Aksial koding er en måte igjen å snevre data inn på, etter at man har delt opp materialet i små enheter gjennom den innledende kodingen (Charmaz, 2014). Dette gir mulighet til å systematisere datamaterialet ytterligere og finne sammenhenger mellom ulike underkategorier. Man integrerer ulike kategorier slik at de passer i en overordnet kategori, etter hvert som man får innsikt i hva kategoriene representerer (Corbin & Strauss, 2015). Jeg så for eksempel at ”leders holdninger til psykiske helseproblemer” inkluderte åpenhetsaspektet både fra leders og den psykisk sykes side. Derfor behøvde åpenhet ikke å være en egen kategori.

For å utvikle hensiktsmessige kategorier tok jeg utgangspunkt i studiens problemstilling (Charmaz, 2014; Tjora, 2012) og konsepter innenfor det arbeids- og organisasjonspsykologiske fagområdet ledelse, kommunikasjon og samarbeid. Underveis i arbeidet med den aksiale kodingen fikk jeg imidlertid problemer med å definere og integrere noen av kategoriene mine, angående hvilke aktører som skulle involveres, og hvilke roller og ansvar de hadde. Jeg begynte derfor å undersøke eksisterende teori og empiri i håp om at dette kunne hjelpe meg videre i prosessen. Ifølge Charmaz (2014) er det helt i tråd med retningslinjene til grounded theory å søke etter relevant litteratur for datamaterialet mot slutten av analysen. Under litteratursøket oppdaget jeg begreper som hjalp meg med å beskrive noen av kategoriene mine på en bedre måte enn jeg hadde klart tidligere.

Jeg vil nå beskrive deler av prosessen som ledet frem til to av de fem kategoriene. Jeg velger disse to fordi det var her jeg fikk mest datamateriale og kunne jobbe grundigst: ”Dialog mellom leder og den psykisk syke” og ”samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell”. Underveis i analysen ble jeg oppmerksom på betydningen av at både den psykisk syke og leder bidrar til å skape åpen og hyppig dialog for å kunne fange opp de psykiske helseproblemene og få en felles forståelse av mulighetene for tilrettelegging av arbeidet. Leder og lege skal ikke ha slik dialog; de skal derimot kommunisere gjennom sykemeldingsblanketten. Begge skal helst få informasjon gjennom den psykisk syke, hvor dermed konstruktive samtaler mellom den psykisk syke og legen bør foregå parallelt med dialogen mellom den psykisk syke og leder. I tilfeller der den psykisk syke ikke mestrer å drive frem sin sak og videreformidle informasjon, eller det er snakk om komplekse psykiske helseproblemer, trengs et mer systematisk samarbeid mellom arbeidslivets parter (arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV) og helsepersonell (lege og BHT). Gjennom god

kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene vil det i større grad være mulig å finne gode tilretteleggingsløsninger for den psykisk syke.

Med dette in mente kom jeg etter hvert også frem til én overordnet dimensjon som var samlende for store deler av datamaterialet, og som binder sammen kategoriene i resultatkapittelet: ”samarbeid mellom involverte aktører om tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer”. Denne kjernekategori er et resultat av et lengre analysearbeid. Jeg samlet først de begrepene som forekommer hyppigst i datamaterialet, hvor de mest sentrale begrepene er ”ledelse”, ”lederstil”, ”samarbeid”, ”aktører”, ”kommunikasjon”, ”dialog” og ”profesjonelt samspill”. Jeg ble videre oppmerksom på at kategorien ”arbeidsbetingelser”, som innebærer samarbeidsavtalen om et inkluderende arbeidsliv, impliserer et samarbeid mellom aktører om tilrettelegging. Informantene bekrefter også at for å kunne tilrettelegge arbeidssituasjonen for psykisk syke ansatte er det nødvendig med et samarbeid både internt med den psykisk syke ansatte og med eksterne aktører. Informantene omtaler hyppig sine ulike opplevelser med begge formene for samarbeid. Det ble etter hvert tydelig for meg at faktorer som påvirker dette samarbeidet, kan hemme eller fremme lederes muligheter for tilrettelegging for ansatte på arbeidsplassen.

Tabell 2.

*Eksempel på koding*

Originaltekst	Kode	Kategori
<i>"[...] Enten så er det samtale med vedkommende, eller så er det samtale med NAV og vedkommende og eventuelt lege som kommer med input. Og da får vi bare satt det i system. Eller at jeg ringer legen.. Masse måter å ha tilnærminger på... og samarbeide for å finne tilrettelagte løsninger."</i>	Samspill mellom flere aktører	Samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell

**Memoer.** Skrivning av memoer er en nøkkelaktivitet i konstruktivistisk GT, i kontrast til den opprinnelige versjonen av GT som er mer opptatt av koding (Charmaz, 2012). I etterkant av hvert enkelt intervju så vel som parallelt med kodingen og utviklingen av kategorier skriver man gjerne ned sine refleksjoner og idéer i memoer. Her kommer meningen bak de deskriptive kodene frem og blir satt i en større sammenheng. Gjennomgående har jeg i analysen skrevet memoer om koder og kategorier, om koblinger og gap mellom dem, om nytten av kategoriene, samt praktiske implikasjoner. Det var viktig å datere memoene og plassere dem i kronologisk rekkefølge (Charmaz, 2014). Memoer er slik en hjelp til å reflektere over hva som kan være interessant å bringe med seg videre i analysen. For meg har memoene blitt en form for forskningsdagbok (Charmaz, 2014), der jeg har notert akkurat det som har falt meg inn, og det har fungert som en brainstorming i materialet. Jeg ble også godt

kjent med materialet gjennom å skrive tekst jevnlig. Dette var en vel så nyttig prosess som å sammenligne koder. Man kan kanskje si at jeg skrev meg ut av analysen. Jeg startet tidlig med skriveprosessen og ble komfortabel med å produsere tekst, basert på datamaterialet. Dette la grunnlaget for skrivingen av oppgaven.

### **Etiske betraktninger**

Et forskningsprosjekt krever at man følger etiske retningslinjer, blant annet må man respektere informantens informerte og frie samtykke, samt informantens konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Før intervjurundene meldte min medstudent og jeg inn prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig database (NSD) og fikk det godkjent med visse forbehold som vi måtte ta hensyn til (se vedlegg 1). Prosjektet måtte gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, og ved prosjektets avslutning måtte det oppgis status for behandlingen av personopplysninger. Studiens fokusområde gjorde det ikke aktuelt å melde inn prosjektet til Regional forskningsetisk komité (REK).

**Informert samtykke.** Informert samtykke innebærer at informanten skal være tilstrekkelig informert om studiens formål, og at man kan trekke seg underveis i studien med umiddelbar virkning (Kvale & Brinkmann, 2009). I tråd med retningslinjene for informert samtykke ble informantene – før de fikk velge om de ville delta – gitt et samtykkeskjema som informerer om studiens karakter og om frivillig deltakelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Her ble det understreket at vi ikke var interessert i enkeltpersoners sykdomshistorie, men at det var ønskelig å belyse dette ut fra et lederperspektiv og med en arbeids- og organisasjonspsykologisk fagtilnærming. Informanten kunne når som helst trekke sine data fra studien. Dersom de hadde trukket seg vil alle data assosiert med informanten bli slettet. All forskning hviler på gjensidig tillit og respekt mellom forsker og informant (Tjora, 2012), noe vi gjennomgående har forsøkt å sørge for. Av hensyn til informantene, ledere som har en travel hverdag, ble skriftlig samtykke til deltakelse innhentet rett før gjennomføringen av hvert enkelt intervju.

**Anonymisering.** Et forskningsprosjekt bør sikre informantens konfidensialitet på best mulig måte. Konfidensialitet innebærer at data som kan identifisere informantene, ikke gjøres kjent for utenforstående (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi har sikret anonymitet gjennom ikke å navngi informantene. Jeg har også anonymisert bedriften, yrkestittel og stedsnavn. Alle personopplysninger har blitt behandlet konfidensielt, og det er kun meg og min medstudent som har hatt tilgang til disse opplysningene. Intervjuene har blitt tatt opp på lydband som ble lagret på min private minnepenn, beskyttet av brukernavn og passord. Opptakene ble

transkribert kort tid etter hvert intervju. De skriftlige transkripsjonene har blitt anonymisert under transkribering, slik at de ikke kan spores tilbake til informantene. De ble også lagret på egen minnepenn, beskyttet av brukernavn og passord. En liste med informantenes personopplysninger (navn, e-postadresse, bedrift) ble oppbevart innelåst, separat fra intervjudataene. Personopplysningene har kunnet bli knyttet til intervjuene gjennom koder, og kunne for eksempel ha blitt benyttet – dersom en informant ville trekke sine data – til å identifisere hvilke datasegmenter som er tilknyttet den aktuelle informanten. Ved prosjektets slutt har alle lydopptak og personopplysninger blitt slettet. Informantene vil dermed ikke kunne gjenkjennes i de ferdige publikasjonene. Intervjuene omhandlet ledernes egne erfaringer fra deres eget perspektiv, og gikk heller ikke inn på de ansattes eventuelle sykdomshistorie på en måte som kunne identifisere dem.

På samtykkeskjemaet informerte vi om at den enkelte informant ville få et eksemplar av den ferdige masteroppgaven, da vi anså det som rimelig å la dem få tilgang til den kunnskapen som kunne bli utviklet takket være samtaler med dem. For å forhindre brudd på konfidensialiteten blir disse sendt på mail direkte til informanten. Informantene var imidlertid innforståtte med at resultatene kunne bli offentliggjort i etterkant. Jeg anser de tolkninger jeg har gjort som relativt lite sensitive for virksomheten. Jeg har likevel etterstrebet å utelate sitater som er direkte rettet mot informanten personlig. De resultatene jeg har fått frem og de analysene jeg har gjort, viser til generelle tendenser blant ledere i ulike virksomheter. Basert på deres utsagn kan man identifisere generelle tendenser i de prosessene som jeg har beskrevet i analysen.

## Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere mine resultater fra analysen av datamaterialet. Analysen resulterte i følgende kategorier: *arbeidsbetingelser, leders balansering av styring og omsorg, leders holdninger til psykiske helseproblemer, dialog mellom leder og den psykisk syke, samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell*. Kategoriene svarer til studiens problemstilling og viser til hemmende og fremmende faktorer for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer fra et lederperspektiv. Opprinnelig betegner hemmende og fremmende faktorer en tosidighet, men jeg vil argumentere for en tredeling idet noen faktorer er hemmere, andre er fremmere, mens atter andre kan være både hemmere og fremmere.

Presentasjonen av resultater er preget av at data fra informantene hører hjemme i flere kategorier. Jeg vil forsøke å belyse kategoriene ved bruk av sitater, hvor jeg refererer til informantene som ”informant 1-7”. Fordi noen av informantene jobber på samme arbeidsplass og for å ta hensyn til min del av avtalen om konfidensialitet, har jeg valgt å holde tilbake opplysninger som kan avsløre informantens identitet. Resultatkapittelet vil avsluttes med en oppsummering.

### Arbeidsbetingelser

I dette avsnittet vil jeg vise hvordan det på strukturnivå er noen felles erfaringer blant ledere med at bestemte arbeidsbetingelser er med å påvirke deres muligheter for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer. Lov- og avtaleverk, økonomi, ressurser i form av vikarer, budsjett og arbeidskontekst viser seg å kunne være både en hemmer og en fremmer for tilrettelegging for psykisk syke ansatte:

*”[...] Det handler om å gjøre minimum av det loven pålegger [...] Lovverket begrenser våre spørsmål i forhold til diagnose.. og spørsmål om årsak til sykefraværet ditt [...]” (Informant 6)*

Her bekrefter informanten at lovverket legger generelle føringer for leders handlingsrom. Lovverket er en hemmende faktor ved å begrense lederes rett til informasjon om diagnose og årsak til sykefravær, noe som kan forhindre deres forståelse av tilretteleggingsmuligheter. Lov- og avtaleverk er samtidig en fremmende faktor, ved å forplikte ledere til å jobbe med tilrettelegging, inkludering og sykefraværsoppfølging, samt ved å oppfordre til samarbeid mellom aktører. Dette bekreftes i neste sitat hvor informanten påpeker at man i kraft å være IA-virksomhet, er man forpliktet til å følge IA-avtalens retningslinjer om å tilrettelegge for psykisk syke ansatte:

*”[...] Sånn blir det. Det er innenfor lov og forskrift i forhold til det der... Og hvis vi skal følge et inkluderende arbeidsliv, arbeidsmiljø, så har vi bare retningslinjer å gå etter [...]” (Informant 2)*

De to foregående sitatene gir grunn til å tro at informantene faktisk har mulighet til å engasjere seg i IA-arbeidet i praksis, som i stor grad kan fremme god tilrettelegging for den psykisk syke. Andre informanter hevder derimot å måtte balansere IA-arbeidet mot arbeidslivets krav om leveringsevne og effektivitet. Dette antydes derfor både å kunne hemme leders muligheter for tilrettelegging, ja, for i det hele tatt å ha psykisk syke ansatte i driften:

*"[...] Vi kan strekke oss til en viss grad, det blir tøffere og tøffere i arbeidslivet i forhold til krav om leveringsevne, forventning om effektivitet. Og det blir mindre og mindre rom faktisk for å ha, hehe, ha personer i drift som ikke fungerer. Men samtidig så er vi, vi er en IA-bedrift. Vi er forpliktet til å legge til rette for. Og det jobber vi veldig seriøst med." (Informant 3)*

Alle informantene har erfart at god økonomi, oppnådd budsjettmål og tilgang på vikarer er en fremmede faktor, mens mangel på dette er en hemmende faktor for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer. Dette kan belyses med følgende sitat:

*"[...] Det må jo være økonomien bak det. Fordi at hvis noen ikke kan gjøre jobben sin helt eller delvis, da må jeg jo sette inn ekstra ressurser. Eh... det er vel egentlig ulempen. Økonomien. Hadde det ikke vært for den så hadde jeg, da hadde det vært helt greit liksom...Noe dekker jo NAV fordi vi er IA-bedrift. Og noe går jo på bekostning av budsjettet vi har generelt." (Informant 1)*

Sitatet viser hvordan økonomien generelt hemmer leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke. Dette gjelder til tross for at man som IA-bedrift får tilretteleggingstilskudd. Informanten påpeker at tilrettelegging også har gått på bekostning av bedriftens budsjett. Derimot fremhever andre informanter sitt ansvar for å ivareta bedriftens behov, inkludert å sørge for at bedriften oppnår budsjettmål. Dette er ledere i resultatorienterte virksomheter der det foreligger krav om oppnådd budsjettmål og gode resultater. Det gir lite rom for tilpasninger og kan antas å hemme leders muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen:

*"[...] Jeg har jo mitt ansvar jeg også, i forhold til bedriften og budsjetter og det som er [...] Men så har vi som bedrift muligheten til å så trå til litt ekstra, sånn at dersom du trenger det så har vi mulighet til å betale noen privatpraktiserende, sånn at vi slipper å stå i den køen for eksempel... For å få fortgang i ting [...] Jeg kan ringe et vikarbyrå jeg nå, og kan få tak i en person, og så kan jeg lære opp vedkommende, og så har vi tapt litt tid og sånn. Det går fort over for min del [...]" (Informant 5)*

I dette sitatet påpeker imidlertid informanten at bedriftens økonomi også tillater leder å engasjere privatpraktiserende eksterne aktører for enkelt og effektivt å kunne gi den psykisk syke rett type oppfølging. I tillegg antydes det at leder raskt kan få tak i vikarer ved behov slik at den psykisk sykes fravær ikke vil gå på bekostning av bedriftens behov. Bedriftens økonomi kan derfor også være en fremmede faktor for leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke.

Ledere opplever videre at arbeidskonteksten har betydning, idet kravene som følger arbeidssituasjonen og de konkrete arbeidsoppgavene innvirker på hvorvidt og hva som kan



tilrettelegges på den enkelte arbeidsplass. Dette kan illustreres gjennom de to sitatene nedenfor:

*"[...] Rammebetingelsene, de er på en måte gitt i den forstand at, som lærer da så er jo mandatet undervisning og læring sant. Og i de rammebetingelsene ligger det en tilrettelegging i forhold til timer, prosenter.. kravene til en undervisningssituasjon." (Informant 2)*

*"[...] Men du vet at.. det er et tøft yrke. Det er et fysisk tungt krevende. Og jeg har ikke akkurat noen ungdommer, for de er førti pluss hele gjengen [...] Og det handler om serviceinnstilling som de alltid må ha, må de... Så er det klart det begrenser seg jo littegrann hvor mye jeg klarer å tilrettelegge på en renholdsavdeling... Vi har jo ikke så mye forskjellige oppgaver å ta av." (Informant 1)*

Her ser vi at informantene mener rammebetingelsene for tilrettelegging ligger i selve arbeidssituasjonen med dens krav til ferdigheter og egenskaper. Det antydes at hvis den psykisk syke ikke kan oppfylle disse kravene, kan dette hemme leders muligheter for tilrettelegging. Det siste sitatet viser også hvordan mangel på alternative arbeidsoppgaver kan være en hemmer for tilrettelegging for den psykisk syke.

Arbeidskontekster som kan fremme tilrettelegging for den psykisk syke, er der det finnes tilpassede stillinger og arbeidsoppgaver på den enkelte arbeidsplass. Dette vises i neste sitat:

*[...] Den psykisk ustabile [...] som hadde vært så mye sykmeldt [...] der ble det bare glede for å si det sånn, den ansatte nå, hun blomstrer, for hun har altså fått en annen stilling her, der hun føler at hun har det veldig fint og hun har en tilpasset stilling som hun klarer fint." (Informant 2)*

Sitatet understreker at arbeidskonteksten har gjort det mulig å gi en egen tilpasset stilling med fullverdige oppgaver, som må gjøres og som den psykisk syke mestrer. I neste sitat beskriver informanten hvordan den psykisk syke har blitt gitt tilpassede oppgaver og oppfølging for en kort periode. Det betyr at den ansatte etter hvert må kunne håndtere ordinære oppgaver som inngår i stillingen, ettersom det ikke finnes noen alternativ stilling. Dette hemmer naturligvis muligheten for langsiktig tilrettelegging:

*"[...] Eh... så har jeg jo hatt eksempler på folk som det viser seg at sliter med både ditt og datt, og er livredde for å gå i et kundemøte. Sant. De kan takle å snakke med folk i telefonen, det er greit, men vil ikke sitte sånn face to face. Og det er klart da, når jeg vet det så kan vi jo faktisk... gjøre det sånn en periode. At okey da får du jobbe på telefonen, og så slipper vi å gå i de her kundemøtene som du sitter og gruer deg til hver kveld... Men han kan ikke få gjøre det inni evigheten da, for jeg har faktisk et behov for at han er i kundemøtene. Og det er en viktig del av jobben.. Så vi får til noen tilpasninger over en periode, så må han tilbake dit at han takler de her kundemøtene da [...] Så jeg kan ikke sitte å.. jeg kan ikke dikte opp oppgaver. Når vi har oppgaver som må løses. Så. mhm." (Informant 5)*

Noen av informantene hevder at arbeidskonteksten ikke bare kan hemme tilrettelegging, men også bidra til eller forsterke psykiske helseproblemer. Dette gjelder arbeid som er av en spesielt krevende natur – som krever spesifikke evner og egenskaper hos den enkelte ansatte:

*"[...] Men i salg så blir du hele tiden satt i en situasjon der du skal prestere, du skal prate med andre folk... Så det er jo tøffere å skulle ha psykiske problem, tror nå jeg da, i en sånn situasjon der du hele*

*tida må.. prestere, og gjerne være fornøyd, opplagt og overbevisende. Enn om du får lov til å sitte ned her. Salg er ganske tøft, folk kan bli syke av det ja. Og jeg tipper det er en av de yrkene der du kan føle deg mest pressa. For det er hele tida resultat, resultat og tall, og sammenligning, og budsjett. Så vi vet om du er i mål eller ikke, sant.” (Informant 5)*

*“[...] Men så ofte spesielt når det gjelder psykiske plager så er... er dette med nattarbeid det er en vanskelig problemstilling altså.. noen psykiske plager tror jeg som kan forsterkes [...] Nattarbeid er tøft [...] Det vil forsterke en psykisk lidelse. Eh, det tror jeg.” (Informant 6)*

Her viser informantene en forståelse for at henholdsvis salgsarbeid og nattarbeid i seg selv er tøft. Arbeidet krever så mye av den enkelte ansatte at det å være psykisk syk i tillegg, er uheldig. Det er grunn til å tro at mulighetene for at den psykisk syke i det hele tatt skal kunne klare jobben, er begrenset uten god tilrettelegging fra leders side.

### **Leders balansering av styring og omsorg**

Med denne kategorien vil jeg vise hvordan informantene erfarer det å måtte balansere mellom å ivareta både den psykisk syke, andre medarbeidere og bedriftens behov. Balansen mellom styring og omsorg har vist seg å være en fremmer, mens et ensrettet fokus på det ene aspektet kan være en hemmer for lederes muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke.

*“[...] Du må være tydelig. Eh, på at... eh, på alt...rundt tilrettelegging... Du må være veldig tydelig. Men også så må du ha den... du må ha omsorg for vedkommende.” (Informant 1)*

Dette sitatet illustrerer hvordan leder antyder at en balanse mellom å være veldig tydelig på alt omkring tilretteleggingen, men samtidig omsorgsfull er en fremmede faktor for tilrettelegging for den psykisk syke. Andre ledere uttrykker mer konkret hvordan leder bør opptre for å få til et samarbeid med den psykisk syke som kan fremme tilrettelegging. Dette kan belyses med sitatene nedenfor:

*“[...] Vet du.. jeg tror at det er fordi vi er som vi er. Rett og slett. Tydelige og likevel veldig kompis og. Eh.. Men jeg tror at altså, kjenn grensene, for når gjør man det og når gjør man det. Og det går an å være tøff, og "striks" og hard, men likevel være "fåir"... Det er bare at du vet hva du holder på med når du skal gi en beskjed. At du får respekt av det tror jeg det handler mer om... Ja. Jeg er egentlig bare sånn enkel at jeg, jo, jeg prøver å balansere.” (Informant 4)*

Informanten mener at leder må balansere mellom å være tydelig og likevel vennlig, hard og likevel rettfærdig. Informanten mener det handler om å vinne den psykisk syke ansatte sin respekt. Dette kan antas å fremme tilrettelegging forutsatt av at den psykisk syke oppfatter det og forstår behovet for å samarbeide om tilretteleggingsløsninger som ivaretar både egne og bedriftens behov.

*“[...] Det er en veldig vanskelig problemstilling i forhold til hvis du har da i utgangspunktet en oppfatning av at man skal kunne bruke det milde. Eh, og det har vært det her med balansegang, så vi er veldig klar i forhold til det arbeidstekniske, og vi er veldig, der er vi forholdsvis harde. Og våre forventninger til deg som ansatt den er veldig ensrettet. Eh, så det ligger i bønn uansett, og er veldig sånn altoverskyggende. Men når det kommer til sykefraværet ditt, så er det en annen problemstilling. Da... den, der er vi ikke harde i den forstand. Det kan vi ikke være. Det er ikke naturlig for oss å heller*

*være det, i forhold til, vi får aldri folk med på lag. Vi får aldri løst noen ting, du får aldri plassert ballen.” (Informant 6)*

Sitatet ovenfor viser hvordan leder har fokus på styring med hensyn til det arbeidstekniske og forventninger til den ansatte, men omsorg når det gjelder oppfølging av sykefravær. Det siste antydes å være en forutsetning for å få til et samarbeid med den psykisk syke om å kartlegge mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen. Man kan anta at dette er en konstruktiv tilnærming som samlet sett kan fremme leders muligheter for tilrettelegging for den ansatte.

Noen informanter balanserer ikke i like stor grad mellom styring og omsorg. Neste sitat viser hvordan leders ensrettede fokus på styring kan være en hemmende faktor for tilrettelegging, i og med at leder faktisk stopper tilretteleggingen dersom den psykisk syke ikke fungerer i virksomhetens drift. Dette begrunnes med at arbeidsplassen ikke skal være et sted for behandling og utredning, og at bedriftens behov veier tyngre:

*“[...] Vi kan ta hensyn til et visst punkt, og så må vi på en måte sette en stopper og så si at 'punkt én, vi er ikke et sosialkontor. Vi er ikke en helseinstitusjon, vi er ikke et sted som kan fikse opp i ting. Men vi må prøve å legge til rette så godt vi kan, for at de folka som har utfordringer både kan, holdt på å si, leve med det i den driften vi har, men samtidig å forbedre seg og få muligheten til å komme på rett spor. Men det, der er det selvfølgelig en balansegang, og det er kanskje det som, hvis... jeg er nok tydeligere nå på at jeg setter foten ned og sier at 'dette går ikke.“ (Informant 3)*

Flere av informantene peker på den utfordrende, men viktige balansegangen mellom å fortelle fakta og samtidig være forståelsesfull overfor den psykisk syke. Dette synes å kunne fremme samarbeidet om tilrettelegging, slik at den ansatte kan fortsette å arbeide. Sitatene som er trukket ut nedenfor, kan belyse dette:

*” [...] Ta den realitetsorienteringen, det synes jeg er viktig. For jeg liker folk jeg da. Men samtidig, det er en balanse da, mellom det å være støttende, og det å fortelle dem realiteten. For å få folk tilbake så fort som mulig. Jeg har ikke troen på at folk blir friske av å så sitte hjemme og kikke på Netflix hele dagen. Du kommer deg i hvert fall ikke fortere tilbake på jobb. Ja, mulig noen trenger en pause, det er klart det er store forskjeller på hva som er problemet her da. Det har jeg forståelse for. Så det er ikke, fasitsvar. Men når det er... folk som kanskje har en spesielt sånn selvmedlidenhet... Så er det litt sånn fortelle dem realitetene, være støttende, og si at du skal være med og legge til rette [...]” (Informant 5)*

Leder opplever at det å gi den psykisk syke en ærlig realitetsorientering omkring egen helsesituasjon snarere enn å synes synd på og bygge opp under selvmedlidenhet fremmer tilrettelegging og kan få vedkommende tilbake i arbeid. Leder må informere og gi tilbud om tilrettelegging og være støttende.

Neste sitat understreker betydningen av å ta tak i psykiske helseproblemer på rett måte og til rett tid for å fremme leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke:

*”[...] Min rolle har egentlig vært.. prøvd å støtte og lagt til rette for å unngå at folk detter ut av jobb. Eh, for min erfaring er.. at når folk får det vanskelig psykisk så er det å henge fast i jobben viktig [...] Men det stjeler oppmerksomhet, produktivitet og effektivitet og alt det der. Og det er liksom å finne det tidspunktet hvor du kan stoppe det før det går for langt, samtidig som du tross alt skal akseptere at folk er jo det de er. Så.. Det er ikke så lett, synes jeg da.. For tar du det for tidlig så... kan det være du lager*

*noe mer ute av noe som ikke trenger å være noe. Ehm... for folk har jo som regel masse rare årsaker til at, noen ganger er vi der, og andre ganger er vi her nede, så det er liksom faser. Og så.. blir det for seint, så har det kanskje gått så langt at det er liksom vanskelig å reversere noe.” (Informant 7)*

Sitatet viser at leder må bruke individuelt skjønn og forsøke å fange opp når det er behov for tilrettelegging. Informanten mener det er viktig å sørge for at en ansatt som er psykisk syk, holdes i arbeid og får støtte. Leders faktiske oppfølging har fremmet tilrettelegging, men tilrettelegging har også gått på bekostning av både oppmerksomhet, effektivitet og produktivitet. Informanten anser seg for å ha ansvar for å tilrettelegge på en måte som kan ivareta både den psykisk syke, andre medarbeidere og bedriftens behov. Samme informant viser imidlertid gjennom neste sitat at dette er utfordrende:

*”[...] En dame som hadde store problemer... og brukte kollegaene som sånn klagemur.. altså som sånn terapi da [...] Så brukte liksom to-tre år på å få det der på plass.. men jeg klarte å unngå sykmelding da. Det har vært det viktigste for min del, for det er på en måte en sånn sårbarhet i forhold til det. Så hun har vært på jobb hele tiden, men veldig sånn tilrettelagt.. veldig fleksibel arbeidstid. Det i seg selv ble konfliktmateriale, fordi at 'hvorfor skal hun på en måte ha en spesialbehandling da? Hvorfor skal den vare så lenge? 'Men det det endte opp med, og som på en måte har vært avklarende da, mellom disse folka, det er jo ikke helt bra ennå, men det er at de tok et oppvaskmøte rett og slett... uten at jeg eller teamlederne har vært til stede. Hvor det liksom ble litt skyting fra hofta, [etter] hva jeg har forstått[...]'” (Informant 7)*

Sitatet ovenfor beskriver en situasjon hvor leder unngår sykemelding, men hvor omfattende tilrettelegging for den psykisk syke går ut over andre medarbeidere. Man kan anta at dette hemmer leders muligheter for tilrettelegging på lengre sikt, for lederrollen innebærer å balansere flere hensyn og plikter. Neste sitat viser derimot en leder som har håndtert tilrettelegging på en måte som ikke går ut over medarbeiderne:

*“[...] Ja, hun med de [psykiske og fysiske] traumene har jeg hatt ukentlige samtaler med. Sånn at hun slipper å bruke kollegaene sine som samtalepartner, for det kan bli heftig.” (Informant 1)*

For denne informanten har riktignok tilretteleggingen gått utover økonomi så vel som andre arbeidsoppgaver. Neste sitat viser en tilsvarende utfordring med å balansere ivaretagelse av den psykisk syke mot bedriftens behov:

*[...] Noen ganger har vi kanskje vært litt for opptatt av at vi skal tilpasse for de ansatte, enn at det passer for bedriften. Så ja... tilrettelegging har gått på bekostning av økonomi [...]” (Informant 4)*

Balansering av flere ulike hensyn, plikter og ansvar later til å være en utfordring for enkelte av informantene.

## Leders holdninger til psykiske helseproblemer

Med denne kategorien vil jeg vise at ledere har ulike holdninger til psykiske helseproblemer og tilrettelegging på arbeidsplassen. Det fremkommer også at det på dette området er ulik kunnskap om og forståelse av roller og ansvar blant ledere. Jeg vil beskrive holdninger ledere har, holdninger som påvirker deres lederstil, og som har vist seg både å kunne hemme og fremme deres muligheter for tilrettelegging.

*”[...] Holdningen til det å være syk, sykefravær, holdningen til det, det er jo den vi hele tiden må jobbe med for å få flest mulig tilbake til jobb, og få dem på jobb. Og gjøre arbeidsplassen så interessant og god som mulig, sant, det er jo en kjempeutfordring. Så, spennende arbeid, men også krevende vil jeg si.” (Informant 2)*

Sitatet viser en positiv holdning til både psykisk syke ansatte, sykefravær og tilrettelegging for å holde flest mulig i arbeid. Informanten understreker at dette er viktig, utfordrende og spennende arbeid, og dette antyder et fokus på muligheter for tilrettelegging. En slik holdning må anses som en fremmede faktor for tilrettelegging. Neste sitat gir uttrykk for en motsatt og en mer negativ holdning:

*“[...] Det en ser når en begynner å utfordre kostnadsnivået.. utfordre måten å gjøre ting på, så er det de svakeste, som kanskje har utfordringer fra før, som lettest faller igjennom. Plutselig blir det veldig synlig at 'det kan ikke jeg være med på fordi at sånn og sånn'. Eller plutselig så er det et sykefravær der som ja 'hvorfor det' 'nei fordi nå ble det ekstra tøft for meg. Og jeg har jo dette fra før, så når dette kom i tillegg ble det hvert fall ille for meg. Så det blir veldig synlig at når folk presses, så er det de første som faller igjennom, det er de som sliter, blant annet med psykiske utfordringer.. Det ser vi mange eksempler på [...] Jeg er veldig tydelig på at vi også må utfordre de. De kan ikke bare komme til duk og dekket bord og ikke ta ansvar selv for egen helse, egen situasjon [...] Når vedkommende ikke fungerer i drift er det bedre at vedkommende ikke er her. For det skaper så mye plunder og heft... Folk som er ustabile, som ikke er seg selv, de trenger vi ikke når de er i den fasen.” (Informant 3)*

Her røpes en skepsis til den psykisk sykes holdning og funksjon, leder ser i større grad hindringene enn mulighetene for tilrettelegging. Skepsisen begrunnes med leders erfaringer med at den psykisk syke ikke har vilje eller evne til å fungere adekvat i virksomhetens drift. Mye tyder på at dette samlet sett kan være en hemmende faktor for tilrettelegging for den psykisk syke. Informanten påpeker riktignok også viktigheten av at vedkommende utfordres til å ta ansvar for sin egen helsesituasjon. Dette understrekes også i neste sitat, dog uten uttrykt skepsis til psykiske helseproblemer fra leders side:

*“[...] Vi er opptatt av at folk her har en fysisk hverdag, men som også må gjøre noen ting utenom for det er jo en fysisk jobb og da kreves det at man prøver å ta vare på seg selv [...] Holdninger i forhold til arbeid og sykefravær, handler om å ta ansvar for å ta vare på seg selv [...]” (Informant 4).*

Informanten er opptatt av at de ansatte skal ha det bra på jobb og bli ivaretatt. Dette innebærer imidlertid at den psykisk syke selv har ansvaret for å ta vare på seg selv og for å ta tak i sin helsesituasjon. Man kan anta at såfremt leder kommuniserer dette budskapet på en god måte,

vil det kunne stimulere den psykisk sykes vilje og evne til å ta tak i sin helsesituasjon, og slik fremme tilretteleggingen for den psykisk syke.

Det viser seg altså å være forskjeller mellom informantene i måten å reflektere over sitt ansvar og graden av involvering i tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke. Sitatene nedenfor illustrerer dette:

*"[...] Så jeg tror vi har fått dempa den herre.. den holdninga til å være fraværende... Vi har tatt dette veldig på alvor. Eh, og det sier folketrygdloven noe om også. At vi skal være ansvarlig arbeidsgiver. Vi skal sørge for at sykefraværet blir fulgt opp. Eh, så.. men det er en avgrensning på alt når det gjelder tilrettelegging... Det er litt sånn som hvor langt under dyna skal du? Skal du kjøre hjem til vedkommende? Sånn praktiserer vi ikke. Vi har en grad av tillit. "* (Informant 6)

Vi ser at informanten har en positiv holdning til, samt kunnskap om tilrettelegging og oppfølging av psykisk syke ansatte, noe som fremmer tilrettelegging. Vedkommende har en konstruktiv innstilling til spørsmålet hvorvidt arbeidsgiver kan og bør involvere seg. Andre informanter later til å ha en mindre konstruktiv innstilling til hvorvidt de skal ta ansvar og involvere seg i tilretteleggingsarbeid:

*"[...] Du er nødt til å bruke masse tid på spesielt på de som har .. eh, psykiske utfordringer da...De krever mye tid, og du bruker jo mye av deg selv fordi at du.. du tenker jo mye på hvordan er det med vedkommende og prøver å spørre om ting som de kanskje ikke vil snakke om. Tilrettelegging for de tar tid og energi. Men det er verdt det da [...] Viktigste for meg er arbeidstakerne mine. Da tar det den tiden det tar. Det er ikke så viktig for meg å få bestilt den såpa.. Da kommer den en uke for sent, men det går da bra det, hehe."* (Informant 1)

Informanten fremhever her at tilrettelegging er krevende arbeid, men utviser en positiv holdning ved å påpeke at det prioriteres og er verdt det, og det til tross for at det går utover andre arbeidsoppgaver, som i sin tur kan medføre mangel på utstyr. Man kan anta at dette på lang sikt hemmer tilrettelegging. Neste utsagn illustrerer et beslektet tilfelle, der leders positive holdning og aktive involvering i tilrettelegging for den psykisk syke har gått på bekostning av bedriftens behov:

*"[...] Jeg prøver å bygge opp noen holdninger om at, skal vi klare det her så må vi gjøre det sammen, rett og slett... Du må egentlig finne oppgaver hvor folk mester og presterer [...] Noen ganger har vi kanskje vært litt for opptatt av at vi skal tilpasse for de ansatte, enn at det passer for bedriften [...]"* (Informant 4)

Informantenes holdninger har en tendens til å manifestere seg gjennom ulike lederstiler, og lederstilen preger måten de kommer den psykisk syke ansatte i møte på. Lederstilen viser seg å være avgjørende for hvorvidt den psykisk syke mobiliserer vilje og evne til å samarbeide om tilretteleggingen. Nedenfor er det trukket ut utsagn som belyser dette:

*"Jeg tror jeg har en inkluderende lederstil. Jeg liker dialogen godt med mine ansatte. Jeg er veldig glad i å ha en gitt, ha gode standarder.. og jeg synes kommunikasjon er veldig viktig for at alle skal føle at de har en stemme inn. Jeg tror at jeg har evne til å se folk. Jeg synes det er viktig å være ute der det skjer hos [medarbeidere]. Så er det viktig at man kjenner dem man leder. Så kan man også gjennom uformelle samtaler fange opp hvordan det står til. Samtidig så tror jeg ansatte vil si at jeg er en leder"*

*som har klare og tydelige forventninger til dem. At de skal vite hvilke oppgaver de har og hvorfor de er her.” (Informant 2)*

Informanten mener selv å utvise en inkluderende lederstil, og slik legger til rette for god kommunikasjon og dialog med sine ansatte, samtidig som man som leder har klare og tydelige forventninger til dem. Det er grunn til å tro at en slik balansering mellom en ansatte- og oppgaveorientering kan fremme god tilrettelegging for den psykisk syke. En lederstil som står i kontrast til dette, kan illustreres med følgende sitat:

*”[...] Ikke la de som er energitappende hele tiden få fritt spillerom. De må møtes, de må utfordres, de må få den tilbake igjen. Hva har du gjort med din egen situasjon? Det er og ledelse. Det er ikke bare det å sitte og ha myke samtaler, og la folk grine ut, men du må faktisk utfordre folk. Du må gi de... la de ta ansvar selv. Sånn som jeg oppfatter det [...] Det er ingen fasiløsninger på noe som helst, men det er litt sånn basic at vi... selvfølgelig snakker sammen, at vi er ærlige med hverandre. Eh, og at vi på en måte... viser at, altså, det å utfordre folk er også å bry seg om folk. Det er ikke sånn at det å trykke tilbake, eller være litt vanskelig, være litt kjip, er det samme som å være en dårlig kollega, eller en dårlig medarbeider. Det er faktisk bare å utfordre den enkelte på å ta ansvar i eget liv.” (Informant 3)*

Her ser vi en negativ holdning som manifesterer seg gjennom en hard lederstil og strenge krav til den psykisk syke. Det er tegn til at dette har påvirket den psykisk sykes vilje og evne til å arbeide og slik hemmet mulighetene for tilrettelegging. Informanten er samtidig tydelig på at man som leder også må utfordre vedkommende til å ta ansvar selv. Informanten begrunner dette med at det å utfordre også er å bry seg. Dette kan være et poeng, men det avhenger trolig av måten det gjøres på. Neste sitat viser hvordan en hard lederstil ikke bare kan hemme tilrettelegging, men også bidra til psykiske helseproblemer:

*”[...] Vi har jo hatt en tidligere daglig leder som var veldig hard.. Og hadde en sånn... rolle hvor han har hatt veldig sånn tøff forventning til de ansatte. Og kan stå og brøle i gangen og, skjønner du? Og det er klart at hvis du over tid ikke takler det, så kan det få problemer. Først så tenker man jo sikkert at det er deg det er noe galt med. At det er faktisk du som ikke gjør jobben din når han står der og brøler. Eh, men.. Problemet har mer vært at han hadde en ledelsesstil som medførte at folk har faktisk fått psykiske problemer.. Han ene som fikk, eh problemer... vi gjorde hans jobb enklere, men det var for sent. Han er i dag uføretrygdet. Hundre prosent. Og.. det trengte ikke være sånn... Vi klarte ikke å fange han opp [...]” (Informant 6)*

Her understrekes betydningen av å ta lederrollen på alvor, og at måten å komme medarbeidere i møte på innvirker på deres psykisk helse og arbeidsevne. Informanten forteller også at de ikke rakk å fange opp i tide den ansatte med psykiske helseproblemer, med det resultat at vedkommende falt helt ut av arbeidslivet.

### **Dialog mellom leder og den psykisk syke**

Gjennom kategorien ”dialog mellom leder og den psykisk syke” vil jeg vise hvordan gode, tillitsfulle samtaler mellom leder og den psykisk syke kan bidra til samarbeid om tilrettelegging på arbeidsplassen. Alle informantene har erfart betydningen av gjensidig

åpenhet, forståelse og informasjonsdeling for å få til et godt samarbeid som har fremmet tilrettelegging. I de tilfellene der det ikke har blitt skapt dialog og videre samarbeid, har dette hemmet leders muligheter for tilrettelegging.

*"[...] Noen som er mer åpen enn andre, som er flinke til å si ifra. Vi må ta oss en prat. Nå er det sånn og sånn, for eksempel rundt noe på hjemmebane, da. Noe som ikke har noe med arbeidsoppgavene å gjøre.. men som kan ha en tendens til å gjøre at produktivitet og kvalitet på arbeidet bare går nedover.. Så har du selvsagt de som setter opp en sånn vegg, og som ikke ønsker å diskutere noe. Som når jeg får en sykemelding, så prater jeg jo alltid med folk. Så, men uten at folk er åpen tilbake og bidrar til dialog, så blir det veldig vanskelig å få gjort noe. Hvis jeg skal bidra må jeg vite noe [...]"* (Informant 5)

Informanten har erfart at det er noen psykisk syke ansatte som er åpne og bidrar til dialog; andre psykisk syke hevdes derimot å være mer lukket og uten ønske om å samarbeide, og det har hemmet tilretteleggingen. Lederen understreker at åpenhet og dialog er en forutsetning for tilrettelegging, fordi leder trenger en forståelse for og kunnskap om hva leder kan bidra med, og hvilke tilpasninger som er nødvendig å gjøre på arbeidsplassen. Det samme fremheves i neste sitat:

*"[...] Viktig for meg at vi har åpenhet om de tingene som påvirker jobben din. Hvordan kan jeg som arbeidsgiver best legge til rette for at du skal ha det best mulig her... og kunne gjøre jobben din. Så blir det opp til deg å invitere meg liksom.. Det er ikke noe krav liksom, om at du må fortelle alt som er feil.. Det primære fokuset er at det er en jobb som skal gjøres... Eh, og innen gitte frister.... Og hvis ikke vedkommende kan håndtere det så må noen andre... Så må jeg vite det.. Det er liksom arbeidsgivers behov [...]"* (Informant 7)

En faktor som fremmer tilrettelegging er at den psykisk syke kan informere åpent om hvilke utslag de psykiske helseproblemene har på arbeidsevnen, og slik bidra til forutsigbarhet ved å vise forståelse for bedriftens behov for at arbeidet blir gjort. Leder viser vilje til og ønske om å tilrettelegge på best mulig måte for den psykisk syke, men påpeker samtidig at det er vedkommende selv som må initiere dialog. I de tilfeller der den psykisk syke ikke tar dette ansvaret, kan man gå ut fra at dette hemmer mulighetene for tilrettelegging for den psykisk syke. Informanten påpeker samtidig at ledere ikke har krav på all informasjon omkring den psykisk syke sin helsesituasjon. Dette fremgår også av neste sitat:

*"Det er en balansegang i forhold til, du skal ikke grave for mye. Altså folk har rett til et privatliv... Og i utgangspunktet så er det legen som har sykemeldt vedkommende, som på en måte bestemmer hvor syk eller frisk du er.. Jeg har egentlig ikke krav på å vite hvorfor de er sykmeldt.. Men samtidig så er det greit at folk forteller... Sånn at jeg vet om det er spesielle ting jeg skal ta hensyn til. Ting jeg skal gjøre nå, eller vi skal gjøre sammen, for at du skal kunne komme fortrest mulig tilbake i en hundre prosent jobb hvis du er ute i delvis sykemelding, eller hvis du er i full sykemelding. Hva er det vi kan gjøre sammen for at du skal kunne komme raskest mulig tilbake på jobb. Hvis det er noe sånn psykisk da [...]"* (Informant 5)

Her ser vi at informanten viser forståelse for den psykisk sykes rett til å holde for seg selv årsak til sykemelding. Leder trenger dog tilstrekkelig informasjon om hvilke behov som må tas hensyn til og hvilken stillingsprosent legen vurderer som riktig, for å kunne legge til rette for at vedkommende kommer tilbake i arbeid. Mangel på informasjonsdeling vil kunne



hemme tilrettelegging, mens den psykisk sykes åpenhet og oppriktige ønske om å arbeide vil fremme tilrettelegging.

Samtlige informanter beskriver tilfeller der det har blitt skapt dialog og samarbeid mellom leder og den psykisk syke. I sin tur har dette fremmet tilrettelegging for den psykisk syke, slik sitatene nedenfor viser:

*"[...] Hun psykisk syke klamret seg til jobben sin. Hun har, gjennom at vi har vist åpenhet, forståelse og, jeg vil si en del kompetanse på det her, har hun klart å kommunisere bedre og bedre sin situasjon, og på den måten så har hun nå kommet inn i en jobb gjennom tilrettelegging så hun er i stand til nå å si, Jeg ønsker å trappe opp mer og mer.. men jeg må starte der, og så får vi prøve [...] Vi fikk til en veldig god dialog der man kommer frem til en løsning og der vedkommende sier 'Så lettet jeg ble nå. At du har en sånn samtale med meg nå i den forstand at jeg faktisk får være med å bidra til å tenke ut en god situasjon.. Man faller altså ikke ut av arbeidslivet totalt, men blir fratatt det ansvaret man ikke klarer... Det blir bare vinnere tenker jeg [...] God dialog er god tilrettelegging."* (Informant 2)

Sitatet viser at leders åpenhet, forståelse og kompetanse har gjort at den psykisk syke har kunnet kommunisere bedre rundt sin helsesituasjon. I sin tur har det skapt en god dialog og samarbeid og fremmet tilrettelegging. Leder uttrykker eksplisitt at god dialog er god tilrettelegging for den psykisk syke. Leder har også erfart betydningen av å la den psykisk syke få oppleve å bidra til gode løsninger og bli ansvarliggjort, i tillegg til å bli sett og hørt.

*"Jeg har jo en to-tre... stykker som har hatt ekstremt mye plager.. Og det er ikke noe enkelt. For jeg er ikke noe psykolog, hehe. Sånn at, da kommer det godt med å kjenne sine ansatte.. Og by på seg selv i tillegg, fortelle ting de kan relatere seg til. Da blir det en god dialog ut av det... For da kommer de gjerne med ting som er litt vanskelig og [...] Fordi at, hvis de stoler på deg, så kommer de med ting. Eh, og da kan jeg bidra [...] Og det vi gjør...er å ha oppfølgings samtaler, ekstra tette samtaler med vedkommende."* (Informant 1)

Sitatet belyser betydningen av at leder har god kjennskap til sine ansatte og kan by på seg selv for å skape god dialog. Tillit til leder bidrar til åpenhet hos den psykisk syke og fremmer mulighetene for tilrettelegging. Streben etter et slikt samarbeid blir også beskrevet i følgende utsagn:

*"[...] Veldig viktig for meg at vi får et godt samarbeid, at du går ut av de lokalene her, og så kjenne at, ja jeg ble faktisk tatt på alvor.. Og jeg fikk jo også muligheten til å gi han en forståelse av hvorfor og hva det kunne være. Det synes jeg er viktig [...] Da bruker vi mine arbeidsverktøy, og det er dialog, altså åpen dør [...] Han var veldig åpen med, i forhold til sine plager og aksepterte spørsmål rundt diagnose... Vi har den tilliten.. tillitt er viktig [...] Fremrusten... er lite tillitsvekkende [...]"* (Informant 6)

Informanten har erfart at det å ta den psykisk syke på alvor er et godt grunnlag for tillit, åpenhet og videre dialog, som fremmer samarbeid om tilrettelegging. Samtidig påpeker informanten at en leder som er "fremrusten", er lite tillitsvekkende. Neste sitat viser til et slikt tilfelle hvor informanten beskriver seg selv som mer direkte og følgelig opplever ikke å få den ansatte til å bidra til åpen dialog:

*"Jeg er ganske bevisst på og følger opp, og personen vet også at jeg er der og at han kan komme å prate men... Så jeg har på en måte ikke tatt noen konfrontasjon, men jeg har hatt en dialog på det, bare for å prøve å, i små doser prøve å 'pense inn på', så gitt et inntrykk av at 'hei, er det noe mer? Men det blir avvist, selv om jeg vet [...] Han avviser meg på grunn av stolthet kanskje."* (Informant 4)

Informanten forsøker å skape dialog med den psykisk syke, men opplever å bli avvist. Dette kan handle om en for direkte fremtreden fra leders side, eller at den psykisk syke ikke føler seg trygg nok til å ville åpne seg. I neste sitat understreker samme informant at det er den psykisk syke selv som har forhindret dialog og et samarbeid med leder:

*"[...] Men, som jeg sier, jeg opplever jo det at, døren er helt åpen her.. Så hindringene tror jeg er mer personen selv. Og det kan også være det å tørre å ta det steget da.. For noen kan det være veldig personlig, men vi på en måte prøver å ufarliggjøre det så godt som mulig. Men det er kanskje ikke så enkelt likevel, det kan jo være ting som kan være veldig vanskelig å ta opp. Så jeg tror det er veldig mye personene som skal gjøre det, ikke noen andre... Vi skal bare prøve å være et apparat som skal være med å bidra til at det her skal bli bedre vi. Enten ved at vi klarer det her eller at vi bruker BHT.. eller andre, for å ta tak i det. Men vi kan ikke tvinge noen til psykolog eller hva det skal være, men bidra for at de skal kunne komme videre."* (Informant 4)

Informantene har opplevd flere situasjoner der den psykisk syke ikke helt har villet samarbeide. Enkelte ledere har imidlertid håndtert problemet på en god måte gjennom jevnlig og proaktiv oppfølging som til slutt har fått den psykisk syke til å samarbeide. Leders tålmodighet og evne til å kommunisere tydelig og tillitsfullt fordelene ved å samarbeide og ulempene ved ikke å gjøre dette, ser ut til å ha fremmet mulighetene for tilrettelegging for den psykisk syke. At det kan ha vært tilfelle, ser vi av følgende sitat:

*"[...] Han... har ikke villet samarbeide helt...det var veldig vanskelig til å begynne med.. svarte ikke på mailer, og ikke på telefoner. Eh, til slutt måtte vi sende brev og fortelle han at hvis ikke du tar opp den telefonen så må vi dessverre stoppe sykeutbetalingene dine."* (Informant 6)

Enkelte informanter har erfart at det har blitt skapt dialog, men uten at den psykisk syke har villet samarbeidet videre. Manglende åpenhet og samarbeidsvillighet hos den psykisk syke har gått ut over andre medarbeidere og bedriftens behov, og har vært en hemmer for tilretteleggingsmulighetene:

*"[...] Leder kan ta vedkommende inn til en samtale og.. da er det jo det med å være ærlige med hverandre... Da kan jo den personen være veldig tydelig på at 'dette får du ikke du si noe om til teamet'. For leder kan det være et kjempeproblem... Teamet lurte på, hvor er vedkommende.. hvem gjør den jobben? Det skaper utfordrende konfliktsituasjoner, sant. Hadde bare personen vært åpen, men det er for mye forlangt. Sånne problemer vil ofte være tabubelagt... Eh, og jeg har full forståelse for at ikke folk ønsker å flashe dette.. Men utfordringen vår blir jo at dette påvirker den enkeltes arbeidssituasjon, den enkelte arbeidsplass og til slutt driften.. Det som er viktig er at leder utfordrer denne personen da på.. hvordan skal vi håndtere dette? Hvordan skal du kommunisere dette til teamet? [...]"* (Informant 3)

Neste sitat viser mer konkret hvordan samme informant har gjennomført samtalen med den psykisk syke:

*"[...] Hvis du ikke fungerer godt på jobb, så må vi sette oss ned og samtale og si at de og de tingene der må du forbedre. Og så lager vi et referat, og så har vi dokumentasjon på at vi har hatt den samtalen og du er gjort oppmerksom på det. Eh, og så møtes vi igjen om fire uker."* (Informant 3)

Sitatet kan tyde på at leder har hatt korte, ufokuserte samtaler hvor den psykisk syke ikke blir sett og forstått, og samtalen bare blir gjennomført og dokumentert. Det er grunn til å tro at dette ikke skaper ikke noen god, tillitsfull dialog mellom aktørene. Man kan derfor stille

spørsmålsteget ved om det er leder, den psykisk syke ansatte eller begge som hemmer mulighetene for tilrettelegging for den ansatte.

Samtlige informanter understreker betydningen av tidlig forventningsavklaring i dialogen mellom leder og den psykisk syke for å fremme god tilrettelegging for den ansatte.

Det ser vi av følgende sitater:

*"[...] Viktig med forventningsavklaringer tidlig [...] Jeg har noen forventninger til deg, men selvfølgelig skal du ha noen forventninger til ledelsen. Hvordan legger vi til rette så du best kan få ta ut det beste potensialet i deg selv? [...]" (Informant 2)*

*"[...] Hvis du setter deg hjemme nå og tror du blir frisk ved at du, heh, ikke skal samarbeide med meg så er det du som har et problem, ikke bedriften" [...] Jeg liker deg som person, jeg ønsker å ha deg på jobb. Men jeg ønsker ikke å sitte her og så være med på at ikke du skal følges opp.' Så... jeg føler i den saken her så fikk jeg vedkommende til å.. han så det på en annen måte selv etterpå. I forhold til ..Eh... det er han det går ut over til syvende og sist. Så han fikk seg en liten vekker, som gjorde at han... sa at han så den og at det var fint at jeg hadde vært litt ærlig med ham, han så vel at jeg hadde noe riktig oppe i det her i hvert fall. Så det er noe med den balansegangen da, med det og så være veldig sånn forståelsesfull, og så det og så fortelle hva som egentlig er fakta." (Informant 5)*

Sistnevnte sitat viser at leder har vært ærlig med den psykisk syke om konsekvensene av ikke å samarbeide om tilretteleggingstiltak. Leder ser ut til å ha vært forståelsesfull og har greid å skape en god, tillitsfull atmosfære slik at den psykisk syke har sett fordelen ved å samarbeide, noe som i sin tur har fremmet lederes muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen.

En god dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver later til å bidra til en felles forståelse for situasjonen og samarbeid som fremmer tilretteleggingsløsninger internt. Dette kan medføre at det ikke trengs involvering av eksterne aktører som helsepersonell og NAV, eventuelt kan det forenkles et slikt utvidet samarbeid.

### **Samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell**

Ledere opplever at tilrettelegging for den psykisk syke ansatte i utgangspunktet handler om å få til en god dialog og samarbeid med den ansatte på arbeidsplassen. Men ofte er det snakk om dyperegående psykiske helseproblemer der ledere ser behovet for å involvere fagkompetente aktører for å gi rett mengde og type tilrettelegging. Jeg vil forsøke å belyse hvordan ledere i ulik grad selv tar ansvar for å initiere samarbeid. De har noen ulike og noen felles opplevelser av samarbeidet mellom arbeidslivets parter (arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV) og helsepersonell (BHT og lege). Det viser seg at de faktorer som i hovedsak er fremmende, er tydelig kommunikasjon ansikt til ansikt, rolle- og ansvarsavklaring og gjensidig rolleforståelse, mens mangel på dette er hemmende for samarbeid og tilrettelegging for den psykisk syke.

*"[...] Med hensyn til de psykiske tingene så er det liksom ikke så mange, bare den det gjelder, meg, eventuelt verneombud og teamleder som er med på møte.. Men så opplever jeg at... hvis du kan unngå det liksom så vil folk helst skygge unna.. Men er det noe jeg i hvert fall har erfart så er det at du må ta tak i det altså, du må inn i det.. og så må du.. liksom forstå det [...]" (Informant 7)*

Leder antyder at samarbeidet med eksterne aktører hemmes av at den psykisk syke kvier seg for å ta ordentlig tak i sin helsesituasjon. Man kan derfor anta at leder ikke får tilstrekkelig innsikt i hvordan det bør tilrettelegges, og det kan være en hemmende faktor. Dessuten mener leder at det er nødvendig å gå i dybden på det psykiske helseproblemet for å kunne forstå det og ta ordentlig tak i det. Det samme understrekes i neste sitat:

*"Hvis du har dyptgripende plager, så er det en klar avgrensning i forhold til hvilke muligheter du har til å, at vi kan hjelpe deg. Og da har jeg tro på at det profesjonelle samspillet må inn for å kunne plassere det. Eh, vi kan... altså vår mulighet stopper der på et vis. Men vi skal ha gjort mye grep fram til det... Hvis du har dyptgripende psykiske problemer, så må du få hjelp på en annen måte. Må det settes i system. Sliter du med en alvorlig angst, så må noen grave i den bakgrunnen. Noen må forstå egentlig hvorfor du... at halsen knytter seg og hodet ikke er på plass. Da må du, det må snakkes gjennom. Viktig at de rette folk stiller de riktige spørsmålene som løser den personen... Det kan ikke vi gjøre. Vi er ikke skilled nok til å gjøre sånne ting. Og vi skal ikke gjøre det. Der må profesjonelle gjøre jobben [...] Når vi satte i gang fastlege, BHT og NAV var det psykiske problemet løsbart om det ble tatt i tide" (Informant 6)*

Sitatet viser at informanten ser behovet for å involvere fagkompetente eksterne aktører for å kunne gi den psykisk syke rett mengde og type tilrettelegging. Mye tyder på at informanten først har ivaretatt sine plikter og ansvar som arbeidsgiver, for så å engasjere både lege, BHT og NAV, og det har fremmet tilretteleggingen. Informanten påpeker også at dette samarbeidet har fungert godt, idet de eksterne aktørene har tatt sitt ansvar. Det er grunn til å tro at tydelig kommunikasjon og gjensidige forståelse for hverandres roller har fremmet tilrettelegging for den psykisk syke. Det understrekes dessuten at når psykiske helseproblemer har blitt tatt i tide, har det vært løsbart. Man kan anta at den psykisk syke også har deltatt aktivt for at dette skulle bli mulig.

Neste sitat illustrerer på tilsvarende måte leders positive opplevelse av samarbeid med de tre eksterne aktørene:

*"[...] Enten så er det samtale med vedkommende, eller så er det samtale med NAV og vedkommende og eventuelt lege som kommer med input. Og da får vi bare satt det i system. Eller at jeg ringer legen og mener at her er det noe som må sjekkes opp ekstra. Masse måter å ha tilnærminger på.. og samarbeide for å finne tilrettelagte løsninger. For å, for det beste er jo at man er litt i jobb, om man ikke er fullt i jobb." (Informant 1)*

Her fremholder leder at arbeidslivets parter og helsepersonell har fått til et samarbeid som har fremmet tilrettelegging, slik at den psykisk syke kan fortsette å arbeide. Samarbeidet ser ut til å være et resultat av leders proaktive involvering, samt tidlig rolle- og ansvarsavklaring og rolleforståelse mellom aktørene og den psykisk sykes deltakelse. Det samme ser vi i neste sitat:

*"[...] Og da fulgte vi opp, ringte mye, prøvde å få vedkommende til å komme på samtaler, og det lyktes vi i, og jeg fulgte jo selvfølgelig til lege, fordi det er jo også sånn som går inn i systemet at vi skal være med til lege og fikk et bilde, og da var NAV med. Det er jo særlig viktig for den ansatte at leder følger opp, fordi det handler om sitt forhold til jobb man har vært glad i, sant.. Og formålet med at vi har samtalen og møte med legen er at legen kan fortelle meg hvordan jeg kan tenke i forhold til tilrettelegging, sant." (Informant 2)*

Informanten hevder å ha fulgt opp aktivt og fått til flere ansikt til ansikt samtaler med den psykisk syke, både på arbeidsplassen og hos legen sammen med NAV, og at det kan ha fremmet tilrettelegging for den psykisk syke. Informanten peker på behovet for å få en gjensidig forståelse av den psykisk sykes helsesituasjon, og at leder får tilstrekkelig informasjon, især fra legene, om hvordan man best kan tilrettelegge på arbeidsplassen for at den psykisk syke skal kunne forbli i arbeid.

Informantene viser til ulike erfaringer med samarbeid med legene som enten har vært en hemmer eller fremmer for leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke. Det er flere informanter som opplever at legene har bidratt til å hemme tilrettelegging. Dette kan belyses med sitatene nedenfor:

*"[...] Legen kritiserte meg som verst, på at jeg ikke hadde tatt kontakt med vedkommende. Det var fryktelig vanskelig for hun ville ikke en periode [...] Jeg tenker at hadde vi fått en enda bedre dialog med legen og kanskje litt mer klarhet i hva det her egentlig gjelder, både fra lege og ansatt.. Jeg føler at de står som en sånn konspirasjon, eh, som en sånn tett sak sammen og at arbeidsgiver på en måte står litt alene her. Og det synes jeg har vært vanskelig [...] Altså, jeg vil si vi har lyktes så langt vi kan klare som arbeidsgivere, men at samspillet mellom ansatte/lege og arbeidsgivere er alfa og omega for å få det til optimalt." (Informant 2)*

Sitatet ovenfor viser hvordan informanten opplever det som vanskelig å oppnå dialog med legen og at lege og den psykisk syke står sammen mot arbeidsgiver. Informanten antyder at samspillet mellom ansatte, lege og arbeidsgivere fremmer, mens mangel på dette hemmer tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke.

*[...] Si at du skal være med og legge til rette. Men samtidig, du må kreve noe tilbake. Du kan ikke la folk tro at de kan styre hele showet selv. De blir ikke frisk av det. Nei. Der synes jeg kanskje noen av... jeg synes det virker som om enkelte leger er litt... tar litt lett på den biten der da. Det er litt lett å skrive ut en sykemelding også, hvis folk... har det litt sånn og sånn så er det kjapt og enkelt å, for en del leger virker det som. Bare levere den sykemeldinga. Så da er det i hvert fall viktig at de ikke møter den samme holdninga på jobb synes jeg. Vi må kunne snakke om hvordan vi skal få det til." (Informant 5)*

Informanten har erfart at det å bekrefte overfor den psykisk syke at man vil legge til rette, la vedkommende få være med å tenke ut tilretteleggingsløsninger, men ikke få styre fritt, har fremmet tilrettelegging. Derimot opplever leder at legen ikke tar hensyn til dette, og har en holdning som medfører at den psykisk syke får styre, og at det bare skrives ut sykemelding. Samarbeidet med legen synes å ha hemmet leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke. Andre informanter har en tilsvarende opplevelse, noe som følgende sitat viser:

*“Jeg synes noen ganger at møte med legen kan være vanskelig, fordi at eh.. De har jo sin taushetsplikt selvfølgelig, men jeg skulle ønske, og jeg har møtt mange av legene.. Jeg skulle ønske de også kunne stille litt større krav, ikke bare overlate ordet bare til pasienten.. Eh, jeg synes noen ganger de blir litt for mye den sykemeldtes advokat. I den forstand at, og det er vel den rollen de må ha vil jeg tro. Men, jeg kunne tenke meg når jeg sitter i de møtene noen motspørsmål som gjør at arbeidstaker kunne gli litt videre inn i arbeidslivet sitt. Og at noen av de, og da sier jeg noen, hadde en litt større forståelse for hva det vil si å tilrettelegge på en [arbeidsplass]. Jeg forventer ikke det, men da hadde jeg forventet noen gode spørsmål som klargjør situasjonen så ikke pasienten eller den syke lurer seg enda mer inn i sin egen verden, for å si det rett ut [...] Vi som arbeidsgivere, vi står overfor en del utfordringer i forhold til dette som går på samarbeidet med legene og kravet til arbeidslivet [...]” (Informant 2)*

Informanten har erfart at samarbeidet med noen av legene ikke fungerer. Det har hemmet tilrettelegging fordi legene ikke har stilt noen krav til den psykisk syke, som kunne ha motivert vedkommende til å ville arbeide og bedre sin helsesituasjon. I tillegg antydes det at legens manglende forståelse for arbeidsgivers rolle og ansvar, samt manglende innsikt i arbeidsgivers muligheter for å tilrettelegge på den aktuelle arbeidsplass, er en hemmende faktor.

Enkelte informanter har både positive og negative erfaringer med samarbeidet med legene. Sitatet nedenfor illustrerer dette:

*”[...] Situasjoner der du føler at legen nesten motarbeider deg.. Altså de skjønner ikke hvor vi vil som arbeidsgiver hen, det er sånn, bare skriv ut sykemelding, og jo mer jo bedre liksom. Så har vi jo og eksempler på at vi er i dialog med legene.. der vi synliggjør de mulighetene vi har på arbeidsplassen for å tilrettelegge [...] Det er jo en tettere og tettere dialog mellom arbeidsgiver og både medarbeider og lege da. Hvis en ser at, en trenger å gjøre spesielle grep i forhold til tilrettelegging. ” (Informant 3)*

Sitatet viser at leder har opplevd situasjoner der legene ikke bidrar til dialog; de viser manglende forståelse for arbeidsgiver og skriver bare ut sykemelding til den psykisk syke. Dette ser ut til å ha hemmet leders muligheter for tilrettelegging av arbeidet for den psykisk syke. Men leder har også opplevd situasjoner der det har blitt skapt tett dialog med legene, og det har fremmet mulighetene for tilrettelegging. Erfaringer med et godt samarbeid med legene om tilretteleggingsløsninger blir ytterligere belyst i neste sitat:

*”[...] Ja, det [samarbeidet med lege] synes jeg fungerer veldig greit.. Vi er jo begge opptatt av en ting og det er jo pasienten. At den skal ha det bra... Så vi prøver å finne løsninger som passer, at jeg får satt meg inn i.. sykdomsbildet her. Det de får lov til å si, vel og merke, for det det gjelder. For det er litt viktig å få satt seg godt inn i sykdomsbildet. Hva er restarbeidsevnen på hun? Hva kan vi gjøre? Hva skal hun ikke gjøre? Men jeg har inntrykk av at leger synes det er veldig greit at arbeidsgiver tar kontakt. Og jeg synes det er synd at det er altfor få arbeidsgiver som benytter seg av muligheten. For det... du klarer å oppklare mye når du har et møte [...] Jeg inviterer meg med på møte. Jeg spør om å få lov til å være med. Men da har jeg ikke dialog med legen, for legen har ikke lov til å si noe. Men vi snakker sammen, og da kommer jeg med mine opplysninger som arbeidsgiver.” (Informant 1)*

Leder viser forståelse for at man ikke kan ha åpen dialog med legene på grunn av legens taushetsplikt. Men når leder har initiert et dialogmøte med den psykisk syke og lege, og møtet har vært oppklarende og leder har informert om arbeidsrelaterte forhold, har dette fremmet tilretteleggingen for den psykisk syke. Informanten antyder at samarbeidet med legen har

fremmet tilrettelegging, fordi det har vært basert på gjensidig forståelse og fordi partene har hatt et felles mål: Å finne en best mulig løsning for den psykisk syke. Dette handler også om en engasjert, initiativrik leder og en samarbeidsvillig lege.

Enkelte informanter beskriver konkret sin opplevelse av legerollen:

*"[...] Fastlegene har jo en sånn, på mange måter en utfordrende rolle. For ofte så har de en sånn produksjonstakt, de skal bare, de skal 'okey, du sliter ja, okey da er det sykemelding' og så får du den for fjorten dager og så blir du ikke fulgt opp i den forstand. Hvis du ikke da klart tilkjennegir at du har dyptgående alvorlige psykiske problem [...]" (Informant 6)*

Sitatet viser leders forståelse for at legerollen kan være utfordrende med forventninger både om å vurdere sykemelding og arbeidsrelatert aktivitet for den psykisk syke. Legen skal ikke følge opp aktivt, med mindre den psykisk syke selv tar styringen og bekrefter behovet for tilrettelegging av arbeidssituasjonen. Det er grunn til å tro at leders rolleforståelse kan forenkle samarbeidet med legen og videre fremme tilrettelegging for den psykisk syke.

Samtlige informanter har hatt et ønske om å unngå sykemelding for den psykisk syke fordi de mener dette hemmer leders muligheter for tilrettelegging. De har likevel erfart at i tilfeller der legene i samarbeid med den psykisk syke ansatte og leder har vurdert den ansattes funksjonsevne slik at det har vært nødvendig med gradert sykemelding, har dette ofte fungert godt og fremmet tilbakeføring til arbeid for den psykisk syke. Dette blir belyst i de følgende sitatene:

*"[...] Gradert sykemelding og tilbakekomst fungerer bra. Opptrapping gjør at vedkommende får litt sånn kontroll på hverdagen sin. Klarer å håndtere livssituasjonen sin. Uten at det blir for mye trykk i fra arbeidsgiversiden, sant. Gradvis opptrapping, er liksom et signal om at her går det rett vei. Det er hele tiden opptrapping å være på jobb." (Informant 3)*

*"[...] Eh, for hans del så ble han, fikk han et løft. Han fikk gradering etterhvert, gradert tilbakekomst, og det funka. Og han innså at dette var veien å gå [...]" (Informant 6)*

Vi ser her lederes opplevelse av at den psykisk syke gjennom gradvis opptrapping av arbeidsmengde har klart å mestre sin helsesituasjon bedre. Vedkommende synes å ha innsett at dette har vært den beste løsningen for tilfriskning og for å kunne forbli i arbeid. Mye tyder på at gjensidig forståelse for situasjonen og god kommunikasjon mellom leder, lege og den psykisk syke, samt den psykisk sykes egen medvirkning har fremmet en god løsning.

Videre har alle informantene erfart at samarbeidet med BHT har fungert godt idet det har fremmet leders muligheter for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer.

Dette blir belyst i følgende sitater:

*"[...] I det vi virkelig har lyktes med av tilrettelegging, så kan du si at jeg har jo tatt de kursene som er viktige å ta i forhold til å vite litt om psykiske plager... Vi har tatt en del av BHT sine kurs.. Og vi samarbeider om... i forhold til at jeg har sendt noen av mine ned til de på BHT og det har fungert altså" (Informant 2).*

*"[...] Jeg er opptatt av kommunikasjonsregler [...] Vi har hatt Pilotprosjekt og inkluderende arbeidsliv i regi av BHT for å innarbeide gode vaner og utarbeide felles verdier og kommunikasjonsregler. Så er det opp til lederne å minne de på og terpe på dette [...] BHT-samarbeidet er enkelt og gir effektiv hjelp for både leder og ansatt [...] Og så så har vi HMS system her og..." (Informant 1)*

Sitatene ovenfor viser hvordan BHT-samarbeidet oppleves som enkelt og effektivt. Det har gitt god hjelp til både leder og den psykisk syke og har i sin tur fremmet leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke. Ledere har også selv deltatt på kurs i regi av BHT for å få kunnskap om psykiske helseproblemer. Mye tyder på at disse lederne aktivt har tatt ansvar for å involvere eksterne samarbeidspartnere, og at det har fremmet tilrettelegging for den psykisk syke. Andre ledere mener derimot at det er den psykisk syke selv som må ta ansvar for å oppsøke eksterne aktører for å få hjelp:

*"[...] Eh i tillegg så har vi et BHT-system som, der den som har utfordringer kan både få dialog med... psykologer og leger og hva det måtte være, sant. Men den enkelte må ta disse initiativene selv.. faktisk. Utenfor arbeidsplassen. [...] Systemet er jo bygget opp sånn at vi skal ha en struktur på oppfølgingen av den enkelte. Men det forplikter også den som er sykmeldt. Det er ikke bare å komme med den sykmeldingen, og 'du ser meg om en måned' liksom. Du skal faktisk være mer aktiv som sykmeldt. Og... komme tettere på bedriften. Komme inn her regelmessig og være med..Okey, hvis du er sykmeldt i to uker, bruk den tiden fornuftig. [...] Og så skal vi ønske deg hjertelig velkommen når du kommer tilbake, da inkluderer vi deg.. Men vi kan ikke gå å spesialbehandle deg hele tiden. (Informant 3)*

I dette sitatet påpeker informanten at som sykemeldt er den psykisk syke forpliktet til aktivt å oppsøke hjelp utenfor arbeidsplassen for å bedre sin helsesituasjon. Lederen hevder på vegne av bedriften å ha et visst ansvar for oppfølging av den psykisk syke og for å informere om mulighetene for å få hjelp gjennom BHT. Imidlertid er det tegn til at leder ikke opplever å ha ansvar for å involvere og samarbeide med BHT. Det kan hemme tilrettelegging for den psykisk syke, med mindre vedkommende tar initiativ til dette selv.

Samtlige informanter viser til positive erfaringer med å samarbeide med NAV. At samarbeidet har fremmet leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke, fremgår av de to sitatene nedenfor:

*"[...] Jeg har et godt samarbeid med NAV altså. Overraskende.. mange som har et veldig negativt forhold til NAV, og jeg synes NAV har vært.... veldig mye god kompetanse i NAV-systemet... De hjelper deg altså... vi har også faktisk i psykiske sammenhenger også, eh hatt virkemidler som friskmelding til arbeidsformidling for eksempel... NAV prøver å kvalifisere deg til annet arbeid [...]" (Informant 6)*

Her ser vi at informanten har en god opplevelse av samarbeidet med NAV. Det har fremmet tilbakeføring til arbeid og tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke.

Informanten mener NAV-systemet bærer på mye verdifull kompetanse vedrørende bl.a. psykiske helseproblemer, og det har vært til god hjelp for leder.

*"Jeg har flere som på bakgrunn av mange andre prosjekter, at man egentlig bare har gitt opp, som har jobb i dag. Ja. Og det tror jeg handler litt om samarbeidet mellom oss og NAV.. at vi skjønner hverandre. Det kreves mye arbeid... Vi følger opp så lenge at vi har muligheten, kall det tatt litt samfunnsansvar, prøvd å få noen tilbake som har hatt vanskelig for det. Så har vi over tid opparbeidet*



*oss tror jeg såpass tillitt til systemene at de vet at det vi går for, går vi 100% inn for og så er vi ærlig i forhold til det løpet vi kjører til dit vi føler er riktig.. Rett og slett fordi vi har, enkelt sagt: Kalt en spade for en spade.” (Informant 4)*

Informanten beskriver sin opplevelse av et positivt samarbeid med NAV på basis av gjensidig forståelse av hverandres roller og ansvar, tidlig ansvarsavklaring, tydelig kommunikasjon og tillit. Dette har i sin tur ført til tilretteleggingsløsninger for den psykisk syke.

Neste sitat illustrerer imidlertid et litt annet perspektiv på saken:

*“[...] Det som var i hvert fall en stor fordel det var at en bedrift som er en IA-bedrift, eh, og relativt stor bedrift, får kontaktpersoner i NAV-systemet. Du får én å forholde deg til. Og det er en stor fordel, for det at, du vet, skal du ringe inn til en sånn... det er syvende far i huset-opplegg, ikke sant. Men det og så ha én sånn kontaktperson det fungerte veldig bra, som må oppsøke oss, som planlegger regelmessige møter med oss der vi går igjennom oppfølgingssaker for enkeltmedarbeidere [...]” (Informant 3)*

Det er i kraft av å være IA-bedrift at lederen opplever at samarbeidet med NAV har fungert og har fremmet tilrettelegging for den psykisk syke. Informanten antyder at det er som følge av å ha en fast kontaktperson i NAV, med ansvar for å initiere samarbeid og oppsøke bedriften, at leder har kunnet følge opp tilretteleggingsarbeidet. Det underforstås at ikke å være IA-bedrift som får slike ressurser, vil gjøre det vanskeligere å samarbeide med NAV, og at det i sin tur kan antas å hemme tilrettelegging for den psykisk syke. Enkelte andre informanter har også bestemte oppfatninger av NAV-systemet og hva det kan gjøre med den psykisk syke å komme innenfor dette:

*“Det er klart at, når man har kommet i NAV-systemet som de har gjort, så har selvtilliten minket en god del. Og det å komme ut i arbeidslivet og det å få vokse og mestre, det har jeg så tro på.” (Informant 2)*

*“[...] Det NAV-systemet har nå sitt... det er nå et system, det. Så ting ruller nå og går der. Og før du vet ordet av det, så sitter du og på et eller annet slags tiltak.. Og dagpenger og det som er.” (Informant 5)*

Noen ledere mener at man innenfor NAV-systemet kan bli noe umyndiggjort og plassert på et tiltak som i mindre grad muliggjør tilbakeføring til arbeid. Informantene peker på betydningen av å opprettholde kontakten med arbeidsplassen, og av at flere aktører samarbeider om tilretteleggingsløsninger for den psykisk syke på arbeidsplassen.

## **Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg vist til hvilke faktorer ledere opplever kan hemme, fremme eller samtidig hemme og fremme deres muligheter for å tilrettelegge for ansatte med psykiske helseproblemer. Resultatene viser at det er forskjeller i måten ledere håndterer tilrettelegging på, under både like og ulike betingelser. Ledere ser både behovet for et samarbeid mellom leder og den psykisk syke, basert på tillitsfull dialog, og et utvidet samarbeid med involvering av fagkompetente aktører. God kommunikasjon ansikt til ansikt, tidlig rolle- og ansvarsavklaring, gjensidig rolleforståelse og den psykisk sykes aktive deltakelse er en fremmer, mens mangel på dette er en hemmer for et slikt samarbeid og for lederes muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke. Jeg vil i neste kapittel drøfte mine resultater opp mot teori og empiri for å få en større forståelse av hva de betyr på et mer overordnet nivå.

## Diskusjon

Jeg vil i dette kapittelet drøfte studiens problemstilling. Jeg vil vise til faktorer som hindrer og faktorer som muliggjør tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer fra et lederperspektiv, for å svare på den overordnede problemstillingen:

*Hvilke faktorer hemmer og fremmer lederes muligheter for å tilrettelegge for ansatte med psykiske helseproblemer?*

I min studie kom jeg frem til følgende kategorier: Arbeidsbetingelser, leders balansering av styring og omsorg, leders holdninger til psykiske helseproblemer, dialog mellom leder og den psykisk syke og samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell. Kategoriene kan bidra til å forklare noen sentrale aspekter ved tilrettelegging for den psykisk syke, ut ifra hvordan dette oppleves og håndteres av ledere. Jeg vil først drøfte kategoriene opp mot relevant teori og empiri som jeg har presentert tidligere i oppgaven. Kategoriene vil bli diskutert samlet, under den ene overordnede dimensjonen, omtalt i metodekapittelet som ”samarbeid mellom involverte aktører om tilrettelegging for psykisk syke ansatte”. Dette er den kjernekategoriene jeg utledet fra analysen av datamaterialet. Jeg tar utgangspunkt i denne dimensjonen fordi den er samlende for kategoriene ved at den viser betydningen både av samarbeid mellom leder og den psykisk syke og av samarbeid med eksterne aktører for å kunne tilrettelegge arbeidssituasjonen for den psykisk syke. Faktorer som hemmer eller fremmer samarbeidet og videre tilrettelegging, viser til det jeg har redegjort for i innledningskapittel, i teorikapittelet og i resultatkapittelet, med hensyn til ledelse under gitte betingelser, kommunikasjon og avklaring av roller, plikter og ansvar mellom involverte aktører. Jeg vil videre i kapittelet ta for meg noen praktiske implikasjoner av studien, samt vurdere studiens praktiske bidrag. Jeg vil foreta noen metodiske betraktninger ved studien før konklusjonen.

### **Samarbeid mellom involverte aktører om tilrettelegging for psykisk syke ansatte**

Som vist til innledningsvis vil det være nødvendig med tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer for at de skal kunne fortsette å arbeide, når de ikke er friske (Biron & Saksvik, 2009; Burton et al., 2004). De fleste psykisk syke har et ønske om å arbeide, et behov for å oppleve tilhørighet til et sosialt miljø samt å få brukt sine evner og sin kunnskap (Berge & Falkum 2013; Helsedirektoratet, 2014). Som vi har sett både i innledningskapittelet og i resultatkapittelet, har tilrettelegging for psykiske syke på arbeidsplassen vist seg å være

mulig, og det har bidratt til å unngå langvarig sykemelding og fravær (Harsvik et al., 2008; Svanberg et al., 2010). Mange psykisk syke ansatte har som oftest hatt behov for samarbeid med leder så vel som samarbeid med både leder, NAV og helsepersonell (Berge & Falkum, 2013; Inkluderende, 2016; Lien, 2013; NAV, 2015b). God tilrettelegging for den ansatte krever at arbeidsgivere tar ansvar for å initiere til samarbeid med henholdsvis den psykisk syke, og med både den psykisk syke og eksterne aktører. Sterkt lederengasjement, systematisk samarbeid og god kommunikasjon mellom involverte aktører, samt langsiktighet i tenkningen er viktige faktorer for å lykkes med tilrettelegging i den enkelte bedrift (Regjeringen, 2014b, 2014d; Idébanken, 2016; Ose et al., 2013; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016). Dette bekreftes av samtlige informanter i denne studien. Sett fra et lederperspektiv er det da flere faktorer som påvirker samarbeidet, faktorer som kan hemme og fremme deres muligheter for tilrettelegging. Ledere opplever at de har et omfattende, men ikke et absolutt ansvar, ettersom de involverte aktørene også har viktige roller og ansvar, som påpekt av Trygstad & Bråten (2011). Ledere hevder at måten lederrollen utøves på, må ses i sammenheng både med hva som karakteriserer bedriften, og hva som karakteriserer den ansatte og de eksterne aktørene lederne samarbeider med, slik Mintzberg (1973) fremholder.

Den videre gangen i diskusjonen er lagt opp slik: Jeg opererer med to underdimensjoner av ”samarbeid mellom involverte aktører om tilrettelegging for psykisk syke ansatte”, og assosierer hver av dem med henholdsvis hemmere, fremmere eller både hemmere og fremmere. Først tar jeg for meg *samarbeidet mellom leder og den psykisk syke ansatte*, hvor følgende momenter har vist seg å være viktig: Tilretteleggingsplikt og styringsrett, der kategoriene ”arbeidsbetingelser” og ”leders balansering av styring og omsorg” inngår, samt holdninger, tillitsfull dialog og lederstil, der kategoriene ”leders holdninger til psykiske helseproblemer” og ”dialog mellom leder og den psykisk syke” inngår. Dette viser til karakteristikk ved bedriften og ansatte-leder relasjonen som er interne forutsetninger for i det hele tatt å kunne tilrettelegge på arbeidsplassen, og som legger grunnlaget for et utvidet samarbeid med eksterne aktører. Deretter tar jeg for meg *samarbeid mellom leder, den psykisk syke ansatte og eksterne aktører*. Her har følgende momenter vist seg å være viktig: Behovet for å innhente fagkompetanse, lederinitiativ og lederengasjement i et utvidet samarbeid, tidlig rolle- og ansvarsavklaring og rolleforståelse, ansikt til ansikt kommunikasjon og den psykisk sykes deltakelse. Kategorien ”samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell” (arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV) og helsepersonell (BHT og lege) inngår gjennomgående.

## **Samarbeid mellom leder og den psykisk syke ansatte.**

### ***Tilretteleggingsplikt og styringsrett.***

Som jeg har vist til i teorikapittelet og i resultatkapittelet, vil det først og fremst være faste og uavhengige strukturelle *arbeidsbetingelser* som legger føringer for hvordan og hvorvidt ledere kan tilrettelegge arbeidssituasjonen for den psykisk syke ansatte. Lov- og avtaleverk er en fremmede faktor ved å forplikte arbeidsgivere til å jobbe med tilrettelegging, inkludering og sykefraværsoppfølging, samt til å samarbeide med den ansatte (Regjeringen, 2014b, 2014c). Et viktig poeng er imidlertid at arbeidsgiveres egne beslutninger om bedriftens tilretteleggingspraksis ligger utenfor NAV sitt myndighetsområde (Børing, 2005) og kan være både hemmende og fremmede for tilrettelegging for den psykisk syke ansatte. I teorien vil tilretteleggingsplikten kunne bidra til at ledere tvinges til å tilrettelegge og gjøre tilpasninger for den psykisk syke. I praksis er det likevel opp til ledere å sette grenser for hva som kan og skal gjøres. Myndighetene og NAV tvinger ikke ledere til å tilrettelegge, men kan henvisse til plikten i arbeidsmiljøloven (Ose et al., 2013). Det sanksjoneres heller ikke mot manglende tilrettelegging. Etter § 4-6(1) skal arbeidsgivere tilrettelegge "så langt det er mulig". Det kan argumenteres for at denne formuleringen er mindre hensiktsmessig, da den kan defineres og tolkes ulikt av ulike ledere. Avgjørende betydning får da en helhetsvurdering av bedriftens økonomi, den ansattes medvirkning, hensynet til andre medarbeidere og andre forhold på arbeidsgivers side (Ose et al., 2013; Trygstad & Bråten, 2011).

Som vist til tidligere er tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer i første rekke et økonomisk ressursproblemmå som krever prioriteringer fra leders side. I den sammenheng har ledere har også en styringsrett, en rett til å kontrollere arbeidet i kraft av sitt økonomiske ansvar for bedriften (Einarsen & Pedersen, 2007; KS, 2015). Det å være en IA-virksomhet som får ekstra ressurser gjennom NAV og BHT, er en fremmer for tilrettelegging (NAV, 2015a, 2015c), men balansering av IA-arbeidet med arbeidslivets krav om leveringsevne og effektivitet er likevel utfordrende for enkelte ledere. Ledere understreker at god økonomi, budsjett og ressurser fremmer, mens mangel på dette hemmer mulighetene for tilrettelegging for den ansatte, slik jeg også har vist i teorikapittelet (Berge & Falkum, 2013; Holmgren & Ivanoff, 2007; Ose et al., 2009; Regjeringen, 2014b, 2014d; Schafft, 2007; Trygstad & Bråten, 2011). Den psykisk syke kan som nevnt ha lavere produktivitet, og kan ses på som en økonomisk kostnad (Burton et al., 2004; Sanderson & Andrews, 2006; Vincenti, 2015), slik at tilrettelegging er avhengig av at ledere kan tolerere lav produktivitet i en periode (Ose et al., 2009).

Ledere trekker dessuten frem at rekkevidden for tilretteleggingsplikten må vurderes i

forhold til arbeidskonteksten. De arbeidskontekstene som fremmer tilrettelegging er der det finnes tilpassede stillinger og alternative arbeidsoppgaver som den psykisk syke kan håndtere. Noen arbeidskontekster kan ikke bare hemme tilrettelegging, men også forsterke psykiske helseproblemer (Nytrø, 2011; Raderstorf & Kurtz, 2006). Dette gjelder for eksempel salg og nattarbeid som er spesielt tungt både fysisk og mentalt og krever spesifikke evner. Her kan det argumenteres for at IA-avtalen kunne ha vært mer effektiv og ha en mer systematisk organisasjonsspesifikk tilnærming med klare rolleavklaringer og evalueringer (Schafft, 2008). Samtidig kan det hevdes at de rammebetingelsene en leder styrer under, vil kunne bety mye for hvordan lederskapet utøves, samtidig som det vil være rom for flere ulike former for lederskap under samme rammebetingelser (Lien, 2013).

Som vi har sett i teorikapittelet, bør lederrollen innebære en balansering mellom styring, som er systemorientert, og ledelse, som er personorientert (Yukl, 2006; Mintzberg, 2009; Brønn & Arnulf, 2014). Som belyst i resultatkapittelet, er dette også helt sentralt når det gjelder tilrettelegging av arbeidssituasjonen for psykisk syke ansatte. Kategorien ”*leders balansering av styring og omsorg*” viser betydningen av at leder ivaretar både den psykisk syke, andre medarbeidere og bedriftens behov, for å kunne tilrettelegge på lengre sikt. Som Mintzberg et al. (1996) påpeker, opplever ledere en slik balansering av hensyn, plikter og ansvar som utfordrende og håndterer dette ulikt. Det har vist seg å være en fremmede faktor at ledere opprettholder denne balansen ved å være tydelige på forventninger og krav og samtidig vennlige, samt ved å informere og gi tilbud om tilrettelegging. Dette har bidratt til forutsigbarhet i samarbeidet med den psykisk syke om tilrettelegging, slik at det skjer innenfor visse rammer og uten at det går på bekostning av noe eller noen. Et fokus på styring, når det gjelder det arbeidstekniske, og omsorg når det gjelder sykefraværsoppfølging, har vist seg å være en konstruktiv tilnærming.

En hemmende faktor for tilrettelegging er derimot leders ensidige vektlegging av enten styring eller omsorg. For det første har dette vist seg ved at ledere har hatt et større fokus på styring, og faktisk har stoppet tilretteleggingen, dersom den psykisk syke ikke har fungert i virksomhetens drift. Sterkere benyttelse av styringsretten kan imidlertid være nødvendig i resultatorienterte virksomheter hvor kravene til produktivitet, effektivitet og lavt kostnadsnivå er store (Holmgren & Ivanoff, 2007; Christensen et al., 2009; Schafft, 2007). Rutiner og krav på arbeidsplassen vil kunne begrense lederes muligheter for tilrettelegging. Ledere har et ansvar for at tilretteleggingen for den psykisk syke ikke går på bekostning av bedriftens behov (Schafft, 2007; Holmgren & Ivanoff, 2007; Ose et al., 2008; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016).

På den annen side har lederes ensidige vektlegging av tilretteleggingsplikten gjennom langvarig spesialbehandling av den psykisk syke, skapt konflikter og gått utover både andre medarbeidere, produksjon og effektivitet, og likevel bidratt til at den psykisk syke har forblitt i arbeid. Lederes omfattende involvering og tilrettelegging for den psykisk syke og nedprioritering av det arbeidstekniske har også vist seg å gå på bekostning av andre arbeidsoppgaver og økonomi. På lengre sikt kan dette hemme bedriftens og leders muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke. Samtidig har enkelte ledere erfart at mangel på tilrettelegging i tide ikke bare har hemmet tilretteleggingen, men også medført at den psykisk syke har blitt 100% sykmeldt og falt ut av arbeidslivet. Dette har hatt negative konsekvenser for den ansatte så vel som for bedriften. Det står i kontrast til ledere som har en mer konstruktiv og realistisk tilnærming til den psykisk syke og til tilrettelegging innenfor visse rammer. På denne bakgrunn kan man kanskje si at ledere ideelt sett bør være fast i sak, men myk i form, når de skal legge til rette for gode løsninger for involverte aktører (Brønn & Arnulf, 2014).

### ***Holdninger, tillitsfull dialog og lederstil.***

Det er viktig å tilrettelegge på en god måte. Som vist i teorikapittelet og i resultatkapittelet, har de lederne som er flinke til å håndtere tilrettelegging, ofte gode holdninger samt den kunnskapen som trengs (Ose et al., 2008; Ose et al., 2009; Hand & Tryssenaar, 2007). De har arbeidet aktivt med tilrettelegging og skaffet seg erfaringer med å gjøre ting i praksis som kan ha positive konsekvenser for videre arbeid. God tilrettelegging er avhengig av at ledere evner å kommunisere på en måte som bidrar til tillitt, trygghet, åpenhet og støtte (Aas et al., 2008; Biron & Saksvik, 2009; Erlien, 2006; Jakobsen & Svendsen, 2013; Kaufmann & Kaufmann, 2003). God kommunikasjon er viktig for den ansattes motivasjon og for øvrig i alt samspill, samarbeid og tilbakemeldinger (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Gjennom kategorien ”*lederens holdninger til psykiske helseproblemer*” har vi sett at de fleste ledere uttrykker en positiv holdning ved å vise velvilje og åpenhet, ved å anse tilrettelegging for psykisk syke ansatte som viktig arbeid, så vel som ved å se mulighetene fremfor hindringene (Berge & Falkum, 2013; Rådet for psykisk helse, 2004, 2016).

Disse holdningene har også manifestert seg gjennom en relasjonsorientert lederstil, der ledere prioriterer gode relasjoner med ansatte (Fiedler, 1964) og tar ansvar for å skape et godt samarbeidsmiljø slik at ansatte trives og har vilje og evne til å arbeide (Mintzberg et al., 1996). Måten ledere kommer ansatte i møte på og i hvilken grad de oppnår en god, tillitsfull relasjon, er avgjørende for å skape dialog og videre samarbeid (Erlien, 2006; Kaufmann & Kaufmann, 2003; Inkluderende, 2016). Gjennom kategorien *dialog mellom leder og den*

*psykisk syke* blir det bekreftet at ved å vise forståelse og kompetanse har ledere klart å skape tillit og trygghet og fått den psykisk syke til å informere bedre om sin situasjon. Disse lederne kan sies å ha en helsefremmende orientering; de ser hele individet, ikke bare den syke delen, og fokuserer på det som fungerer og har verdi (Antonovsky, 1979, 1987, 1996). Dette viser seg å ha hatt positiv innvirkning på den psykisk sykes opplevelse av sammenheng (SOC) rundt sin helsesituasjon, samt på evnen og viljen til å dra nytte av tilretteleggingstilbud. Den psykisk syke har bidratt til dialog ved å være åpen og informere leder om hvilke utslag de psykiske helseproblemene har på arbeidsevnen, og har dermed ivaretatt sin medvirkningsplikt (AML, 2005; FTRL, 1997). I sin tur har dette bidratt til et samarbeid med leder basert på gjensidig forståelse og tidlig forventningsavklaring, et samarbeid som har fremmet tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke.

På den annen side er det enkelte ledere som har en mer negativ holdning. Det handler om en skepsis og usikkerhet omkring den psykisk sykes egen holdning og funksjon og kan medføre at den psykisk syke oppleves som vanskelig å ha i drift (Dale- Olsen et al., 2005; Ose et al., 2008). Uviljen blir begrunnet med negative erfaringer, men kan samtidig være uttrykk for fordommer og manglende kunnskap om psykiske helseproblemer. Dette fører til at lederne i større grad ser hindringene enn mulighetene for tilrettelegging for den psykisk syke. En slik holdning manifesterer seg gjennom en oppgaveorientert lederstil, der leder prioriterer ytelse, prestasjoner og ”få jobben gjort” (Fiedler, 1964). Som påpekt i resultatkapittelet, har dette resultert i sjeldne og korte samtaler som ledere bare gjennomfører og dokumenterer, og hvor den psykisk syke ikke har blitt sett og hørt. I mindre grad skaper dette dialog, og det hemmer tilretteleggingen (Rådet for psykisk helse, 2004). Disse lederne har en forebyggende orientering overfor det som ikke fungerer, og de anser det å være psykisk syk som noe unormalt (Antonovsky, 1979, 1987, 1996).

Et slikt lederperspektiv viser seg å forekomme i økonomisk baserte og resultatorienterte bedrifter (Hanson, 2010, i Hanson & Hansen, 2012) og er karakteristisk for ledelse etter NPM-prinsipper. Denne orienteringen kan sies å ha hatt negativ innvirkning på den psykisk sykes opplevelse av sammenheng (SOC) omkring sin helsesituasjon, samt evne og vilje til å dra nytte av tilgjengelige ressurser i tilretteleggingstilbudene. Dette har i sin tur medført lukkethet og har hemmet dialog og samarbeid med leder om tilrettelegging (Ose et al., 2008). I andre tilfeller har den psykisk syke gjennom egen passivitet og tilbaketrekning ikke bidratt til dialog, og dette har hemmet leders muligheter for tilrettelegging. Som tidligere vist til, vil dette kunne innskrenke arbeidsgivers tilretteleggingsplikt (AML, 2005; Rosenberg & Lundberg, 2005; Ose et al., 2013). Likevel er det verdt å påpeke at ledere som har håndtert



dette på en konstruktiv måte gjennom proaktiv oppfølging, til slutt har fått den psykisk syke til å bidra til dialog og samarbeide om tilretteleggingstiltak. Leders evne til å kommunisere tydelig og tillitsfullt fordelene ved å samarbeide og ulempene ved ikke å gjøre det, later til å ha fremmet mulighetene for tilrettelegging for den psykisk syke.

De fleste ledere viser seg å ha en oppfatning om at den psykisk syke har et ansvar for å ta vare på seg selv og ta tak i sin helsesituasjon. Samtidig bør vedkommende vise forståelse for bedriftens behov og bidra til forutsigbarhet. Spørsmålet er da hvordan ledere kan motivere den psykisk syke til å samarbeide om dette? Som nevnt innledningsvis, er det avgjørende om de psykisk syke ønsker å arbeide, og om de tror de kan, og det har ofte klar sammenheng med forventningene på arbeidsplassen (Bjaarstad, 2016). Som påpekt i teorikapittelet og i resultatkapittelet har lederes helsefremmende eller forebyggende fokus stor betydning i den sammenheng (NAPHA, 2016; Lien, 2013). De lederne som inntar et forebyggingsperspektiv har fokus på struktur, systematikk og internkontroll (Regjeringen, 2014d). De lederne som i tillegg inntar et helsefremmende perspektiv, inkorporerer engasjement, myndiggjøring, medbestemmelse, individuell mestring, opplevelse av sammenheng og fremmer positivitet i tilretteleggingsarbeidet. Det viser seg at ledere med en helsefremmende orientering i større grad har fått til et godt samarbeid med den psykisk syke, og at det har fremmet tilrettelegging. Tilrettelagt arbeid har da også medført at den ansatte har blitt friskere, som påpekt innledningsvis (NAPHA, 2015; Rådet for psykisk helse, 2016). I helsefremmende lederskap er det spesielt viktig at ledere har tillit til at den ansatte bærer på ressurser og har vilje og evne til å arbeide (Langeland, 2014; Antonovsky, 2012; Hanson & Hansen, 2012). Det innebærer at ledere tar ansvar for å gjøre tilgjengelig og oppfordre den psykisk syke til å dra nytte av ressurser i tilretteleggingsarbeidet, slik at vedkommende kan mestre sin situasjon. Ved at ledere myndiggjør den psykisk syke, kan vedkommende styrke kontrollen over sin egen situasjon (Antonovsky, 1979, 1987).

Som vist i resultatkapittelet har enkelte ledere med en helsefremmende orientering, tillatt den ansatte å oppsøke lege eller BHT i arbeidstiden, ved behov. Derimot har ledere med en forebyggende orientering latt det være opp til den psykisk syke å ta ansvar for dette, utenom arbeidstiden, og det har hemmet tilrettelegging. Atter andre ledere som kan sies å ha en helsefremmende orientering, begrenser myndiggjøring av den psykisk syke i noen grad. De begrunner det med at den psykisk syke ikke blir noe friskere av å styre fritt, fordi dette ofte fører enten til sykemelding eller til problemer for bedriften. Poenget er ifølge disse lederne, at den psykisk syke bør være indre motivert til å arbeide og bli friskere, samt medvirke til å gjøre det mulig. Man ser derfor en annen utvikling i praksis enn i teorien om helsefremmende

arbeid. Man kan argumentere for at de psykisk syke bør myndiggjøres til deltakelse i tilretteleggingstiltak nettopp for å bli motivert til å arbeide og bedre sin helsesituasjon (Berge & Falkum, 2013; Lien, 2013), men de bør ikke få styre fritt ettersom de trenger å bli stilt krav til (Rådet for psykisk helse, 2004; Bjaarstad, 2016). At ledere gir den psykisk syke anledning til å komme med forslag til tilretteleggingsløsninger slik at vedkommende opplever å bli ansvarliggjort, vil kunne fremme et samarbeid og tilrettelegging for den psykisk syke, slik jeg har vist i innledningskapittelet og i resultatkapittelet.

### **Samarbeid mellom leder, den psykisk syke ansatte og eksterne aktører.**

#### ***Behovet for å innhente fagkompetanse.***

Som påpekt innledningsvis er det i henhold til den nye IA-avtalen (2014) i utgangspunktet arbeidsgiver og arbeidstaker som skal samarbeide om tilrettelegging på den enkelte arbeidsplass (Regjeringen, 2014a). Det legges til grunn at de fleste arbeidsgivere og arbeidstakere ser verdien av et slikt samarbeid hvor man finner løsninger internt på arbeidsplassen. Første dialogmøte skal avholdes mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og dersom det ikke kommer noe ut av dette møtet, har ledere ansvaret for å kalle inn den eller de som kan bidra (BHT, NAV eller legen) (Ose et al., 2013). I praksis viser det seg å være behov for en integrerende dialog mellom leder og den psykisk syke for i det hele tatt å kunne oppdage problemene, kartlegge mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen og få en gjensidig forståelse av den ansattes helsesituasjon (Browning et al., 2012; Rådet for psykisk helse, 2004; Regjeringen, 2014a). Ledere opplever imidlertid ikke å ha kompetanse til å ta ansvar for noen funksjonsvurdering av den psykisk syke, slik som IA-prosjektet (NAV, 2014) forespeiler. Nyttan av IA-funksjonsvurderingen kan dermed diskuteres, og det kan argumenteres for at det trengs nærmere retningslinjer dersom denne ordningen skal fungere.

De fleste ledere opplever derfor at et utvidet samarbeid med eksterne aktører er helt nødvendig. Erfaringen er, i tråd med det Lien (2013) påpeker, at det å involvere fagkompetente aktører for å få tilstrekkelig innsikt i hva de psykiske helseproblemer innebærer, er en faktor som fremmer rett mengde og type tilrettelegging for den psykisk syke ansatte, samt lederes muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen. Som vi har sett i teorikapittelet og i resultatkapittelet, handler helsefremmende tiltak på arbeidsplassen i stor grad om et *samarbeid mellom arbeidslivets parter og helsepersonell* (Vaandrager & Loeken, 2013; Langeland et al., 2007; Idébanken, 2016; Mikkelsgård et al., 2014; Tellnes, 2007). Det kan bidra til økt kompetanse – også hos ledere, og et mer helhetlig tilretteleggingstilbud til ansatte med psykiske helseproblemer (NAPHA, 2015; Idébanken, 2016). At man oppnår en helhetlig tilnærming til den enkelte psykisk sykes situasjon, vurderes av samtlige ledere som

gunstig; det gir en grundigere gjennomgang av arbeidsevne og muligheter for tilrettelegging. Det viser seg imidlertid å være flere viktige faktorer som hemmer eller fremmer dette samarbeidet og derved den faktiske tilretteleggingen av arbeidssituasjonen for den psykisk syke.

#### ***Lederinitiativ og lederengasjement i et utvidet samarbeid.***

Hvorvidt ledere har et forebyggende eller helsefremmende perspektiv på tilretteleggingsarbeid, viser seg å ha konsekvenser for samarbeidet med de eksterne aktørene. Det dreier seg om at ledere som har en forebyggende orientering, og i mindre grad har oppnådd dialog og samarbeid med den psykisk syke, heller ikke har initiert samarbeid med eksterne aktører, især BHT, slik de er pliktige til (Regjeringen, 2014a, 2014b; Mintzberg, 1973, 2009), fordi de mener at dette er den psykisk syke sitt ansvar. Manglende lederinitiativ har i seg selv vist seg å være en hemmende faktor for tilrettelegging, og med mindre den psykisk syke selv har oppsøkt BHT, har det ikke blitt utviklet noe samarbeid om tilrettelegging i det hele tatt. I enkelte tilfeller har dette resultert i at den psykisk syke ikke har kunnet fortsette å arbeide, i alle fall ikke på den aktuelle arbeidsplassen.

Derimot har ledere med en helsefremmende orientering først ivaretatt sitt ansvar som arbeidsgiver overfor den psykisk syke, for så å initiere samarbeid med både lege, BHT og NAV. Når samarbeidet har fungert godt, har det i sin tur fremmet mulighetene for tilrettelegging slik at den psykisk syke har kunnet fortsette å arbeide. Det bekrefter at god intern kommunikasjon bidrar til bedre ekstern informasjon og lavere sykefravær, slik Erlie (2006) har påpekt. Dette har vært avhengig av at ledere har lagt til rette for at informasjonen når frem til de eksterne aktørene, samt kommunisert på en slik måte at de eksterne aktørene har oppfattet budskapet som positivt (Mintzberg, 1994; Erlie, 2006). Slik jeg har vist til innledningsvis og i teorikapittelet, viser det seg i praksis at lederengasjement også fremmer mulighetene for tilrettelegging for den psykisk syke. Ledere har da tatt ansvar for å delta på kurs i regi av BHT for å få mer kunnskap om psykiske helseproblemer i tråd med anbefalingene i litteraturen (Lien, 2013; Rådet for psykisk helse, 2004). De har også tatt initiativ til dialogmøter, fulgt med til lege dersom den psykisk syke har tillatt dette, og vist interesse for og vilje til et samarbeid om tilretteleggingsarbeid.

#### ***Tidlig rolle- og ansvarsavklaring og rolleforståelse.***

Ledere opplever at premisset for å kunne tilrettelegge for den psykisk syke er en sterkere klargjøring av hva som er ansvaret og rollen til de eksterne aktørene som har blitt involvert i et samarbeid, slik Trygstad og Bråten (2011) poengterer. De har erfart, i tråd med det jeg har vist i teorikapittelet, at avklaring av hensikten med tilrettelegging og av roller og

ansvar bør skje tidligst mulig og danne grunnlag for samarbeid om tilretteleggingsløsninger (Rambøll Management, 2008; Schafft & Spjelkavik, 2014). Aktørene har behov for kunnskap om hverandre og for avklaring av hvem som skal følge opp den ansatte og hvordan det skal foregå, for å unngå problemer på sikt. Dette fordrer god fagforståelse og rolleforståelse (Erlie, 2006), god kommunikasjon (Browning et al., 2012; Rådet for psykisk helse, 2004) og arbeid mot et felles avklart mål (Erlie, 2006; Gittel, 2012). Det kan argumenteres for at det å vite hva den andre aktøren i samarbeidet har behov for, også kan bidra til å klargjøre egen rolle. Å klare å se den andres rolle krever imidlertid tillit, kunnskap og informasjon. Ledere bekrefter at det har vært tilfelle når det gjelder samarbeidet med BHT og NAV. De opplever dette samarbeidet som positivt, forutsigbart og velfungerende, fordi det har vært basert på tillit, tydelig kommunikasjon, samt avklaring og forståelse av hverandres ansvar, plikter og roller. Samordning mellom aktørene har skjedd gjennom gjensidig perspektivtaking, slik at man kjenner til hverandres oppgaver og krav i forhold til den psykisk syke ansatte. Dette har i sin tur bidratt til at den psykisk syke også har deltatt aktivt. Det at alle aktørene har tatt sitt ansvar til rett tid, har fremmet lederes muligheter for tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke.

Det er verdt å påpeke at enkelte ledere mener det er i kraft av å være IA-virksomhet at samarbeidet med NAV har fremmet god tilrettelegging for den psykisk syke. Fordi man har en fast kontaktperson i NAV med ansvar for å initiere samarbeid og oppsøke bedriften, har leder kunnet følge opp tilretteleggingsarbeidet. Det er også bemerkelsesverdig at ledere har ulike oppfatninger av NAV-systemet. Enkelte ledere opplever at NAV-systemet i seg selv bidrar til at den psykisk syke blir umyndiggjort og plassert på et tiltak som i mindre grad muliggjør tilbakeføring til arbeid. Disse lederne bringer dermed på banen betydningen av at flere aktører samarbeider om å få til tilrettelegging for den psykisk syke på arbeidsplassen. På den annen side hevder andre ledere at NAV-systemet generelt fremmer tilbakeføring til arbeid så vel som tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke. I alle tilfelle viser det seg at ledere har erfart at NAV-systemet bærer på mye verdifull kompetanse vedrørende psykiske helseproblemer, kompetanse som har vært til god hjelp for leder, ved å gi innsikt i det psykiske problemet spesifikt og gi forståelse av mulighetene for tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke. Som tidligere påpekt, er dette en forutsetning for god tilrettelegging (Ose et al., 2008; Lien, 2013).

Når det gjelder samarbeidet med legene, er erfaringen blant ledere at legene har en manglende forståelse for arbeidsgivers rolle og ansvar, og manglende innsikt i arbeidsgivers muligheter for å tilrettelegge på den aktuelle arbeidsplass. Dette viser seg å være en

hemmende faktor både for samarbeidet og for leders muligheter for tilrettelegging. Enkelte ledere har negative opplevelser av samarbeidet med legen, de mener at legen ikke har bidratt til å skape dialog. Som jeg har vist i teorikapittelet og resultatkapittelet, handler dette i stor grad om legens taushetsplikt (HPL, 2001), som nok kan sies å være en hemmende faktor for tilrettelegging, idet den begrenser lederes rett til informasjon om diagnose og årsak til sykefravær (Glozier, 2002). I sin tur forhindrer dette lederes forståelse av hvorvidt den psykisk syke kan arbeide, hva leder kan bidra med rent konkret, og hvilke tilpasninger som er nødvendig å gjøre på arbeidsplassen.

Andre ledere viser imidlertid forståelse for at legens rolle kan være utfordrende, både med hensyn til taushetsplikten, pasientens rettigheter og å skulle vurdere arbeidsevnen og egnet tilrettelegging på den aktuelle arbeidsplass (Ose et al., 2013). Disse lederne har forståelse for at taushetsplikten ikke legger opp til å skape direkte dialog, og at det derfor i større grad er lederes ansvar å kontakte legen for å informere om arbeidsrelaterte betingelser for tilrettelegging, samt vise interesse og engasjement. Noe som også kan lette problemet med taushetsplikten, er at legen tar en telefon til arbeidsgiver under konsultasjonen, hvis den psykisk syke tillater det (Rådet for psykisk helse, 2004). Det har vist seg å kunne skape en gjensidig forståelse mellom legen, leder og den psykisk syke. Det har forenklet samarbeidet og fremmet lederes muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke.

Enkelte ledere har opplevd at samarbeidet med legene har vært en fremmede faktor for tilrettelegging som følge av oppklarende dialogmøter, tydelig kommunikasjon, gjensidig forståelse for hensikten med tilretteleggingen, og at de har hatt et felles mål: Å finne en best mulig løsning for den psykisk syke. Gode samtaler og systematisk samarbeid mellom de tre aktørene over lengre tid har ofte bidratt til at den psykisk syke har kunnet forbli i arbeid og unngått langvarig sykemelding.

#### ***Ansikt til ansikt kommunikasjon.***

Flere ledere opplever et behov for tydeligere retningslinjer fra legene angående hvordan og hvorvidt den psykisk syke kan arbeide. Som vist i teorikapittelet og i resultatkapittelet, bør det i alle tilfeller være en konstruktiv interaksjon mellom lege og den psykisk syke, en interaksjon som er oppklarende og løsningsfokuseret (Browning et al., 2012) og som foregår parallelt med dialogen mellom den psykisk syke og leder. Slik vil den psykisk syke kunne videreformidle informasjon mellom legen og lederen. Det er viktig for ledere at de tidligst mulig blir orientert om legens vurderinger av den psykisk sykes arbeidsevne – hvilken stillingsprosent og hva vedkommende ikke kan gjøre av arbeid – for å kunne gjøre nødvendige tilpasninger på arbeidsplassen (Rådet for psykisk helse, 2004, 2016).

Ledere opplever det imidlertid ikke som optimalt at de bare får informasjon fra legen gjennom den psykisk syke, og at lege og leder bare kommuniserer gjennom sykemeldingsblanketten (Idébanken, 2016). Det viser seg å være behov for flere fysiske dialogmøter mellom både den psykisk syke, leder og lege. Dette er spesielt viktig i tilfeller der tilrettelegging må samordnes med behandling, og der den psykisk syke ikke greier å drive frem sin egen sak (Idébanken, 2016). Både i teori og i praksis viser det seg at samarbeid ansikt til ansikt er viktig for å integrere idéer og kunnskap (Mintzberg et al., 1996) som kan tjene som grunnlag for delte mål, delt kunnskap og gjensidig respekt og bidra til presis og problemløsende kommunikasjon (Gittell, 2012). Ledere som har initiert fysiske dialogmøter med den psykisk syke og lege har erfart at dette har vært oppklarende. Leder har kunnet finne ut om den psykisk syke trenger rammer eller frihet, og har selv kunnet vise legen hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes på arbeidsplassen (Idébanken, 2016; Helsenorge, 2016). Dette har løst utfordringer som andre ledere viser til, angående legenes manglende forståelse for arbeidsgivers ansvar og rolle, og for hva det vil si å tilrettelegge på en arbeidsplass. I sin tur har det fremmet samarbeidet mellom aktørene og dermed leders muligheter for tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den psykisk syke. I tillegg til sykemeldingsblanketten fra legen kan dialogmøtet derfor sies å være et viktig verktøy for at den psykisk syke skal komme tilbake i arbeid.

#### ***Den psykisk syke ansattes deltakelse.***

Ledere har erfart at samarbeidet med BHT og NAV har gitt effektiv hjelp til både leder og den psykisk syke. Gjennom dette samarbeidet har de erfart betydningen av å spille på lag, med den psykisk syke i sentrum, slik Schafft (2008) fremholder. Dette innebærer at den psykisk syke gjennom samtaler med både arbeidsgiver, NAV og BHT har fått være med å styre og delta i beslutninger omkring tilretteleggingstiltak og slik blitt motivert til å arbeide. Dette er i tråd med anbefalinger i litteraturen (Berge & Falkum, 2013; Lien, 2013). Det å bli myndiggjort på denne måten har vist seg å kunne styrke den ansattes opplevelse av sammenheng rundt sin helsesituasjon (SOC) (Antonovsky, 1979, 1987, 1996), og vilje og evne til samarbeid. Ved å bli en aktiv deltaker har den psykisk syke bedre kunnet dra nytte av tilretteleggingstilbudet. Enkelte ledere bekrefter at det psykiske helseproblemet lot seg løse når det var blitt tatt grep i tide.

I kontrast til dette viser det seg å vekke motstand hos enkelte leger, slik Tellnes (2007) påpeker, at den psykisk syke skal få ha en aktiv, styrende rolle i et tilretteleggingstiltak. Mange ledere opplever derimot at legen lar den ansatte styre slik at utfallet bare blir å skrive ut en sykemelding. Det finnes gode argumenter for at i enhver konsultasjon bør pasientens

ønske og egenvurdering tas i betraktning, men de må bli møtt med en god, faglig vurdering (Mykletun et al., 2010). Slik lederne påpeker, er det derfor behov for holdningsendring hos enkelte leger på dette området. Legene bør stille noen krav til den psykisk syke for at de skal kunne beholde viljen og evnen til å arbeide. Arbeid bør også ses som en naturlig del av behandlingen (Bjaarstad, 2016; NAPHA, 2015; Paul & Moser, 2009). Legen er pliktig til å vurdere arbeidsrettet aktivitet fremfor passivitet (FTRL, 1997). Når derimot legen opptrer for mye som den sykemeldtes advokat, er dette en reell utfordring for samarbeidet mellom de tre aktørene, slik jeg har påpekt i teorikapittelet (Joner, 2008). Dette har resultert i at legen og den psykisk syke har stått sammen mot leder, og i noen tilfeller hemmet lederes muligheter for å legge forholdene til rette for den psykisk syke ansatte.

På den annen side har enkelte ledere opplevd å bli kritisert av legene for ikke å følge opp den psykisk syke godt nok. Det kan imidlertid ha sammenheng med at lederen ikke har fått muligheten til dette fordi den psykisk syke selv ikke har ønsket å samarbeide og følgelig ikke har ivaretatt sin plikt om å delta på dialogmøter. Det kan også skyldes at den psykisk syke ikke har bidratt til at utprøving av funksjonsevnen har blitt gjennomført med sikte på å iverksette hensiktsmessige tilretteleggingstiltak i tråd med bestemmelsene i lovverket (AML, 2005; FTRL, 1997). Ledere bekrefter at samarbeidet mellom den psykisk syke ansatte, lege og leder fremmer, mens manglende samarbeid hemmer tilrettelegging av arbeidet.

De fleste ledere viser seg å være opptatt av å unngå sykemelding, både av hensyn til den psykisk syke og ut fra bedriftens behov. I tilfeller der legene i samarbeid med den psykisk syke og leder har gitt en nærmere vurdering av arbeidstakerens funksjonsevne (FTRL, 1997), og der tilrettelegging av arbeidet ikke har vært hensiktsmessig, har det i tråd med den nye IA-avtalen (2014) blitt utskrevet gradert sykemelding (Inkluderende, 2016; Regjeringen, 2014a). Ledere har da erfart at gradert sykemelding har fungert bra i den forstand at den psykisk syke gradvis trapper opp arbeidsmengden og stillingsprosenten og forblir i arbeid. Gjennom gradvis opptrapping av arbeid har den psykisk syke klart å mestre sin helsesituasjon bedre og innsett at dette er den beste løsningen for tilfriskning og for å kunne forbli i arbeid. Dette viser seg å være et resultat av godt samarbeid mellom leder, lege og den psykisk syke. At man unngår langvarig sykefravær er kostnadsbesparende for alle aktørene, slik jeg har påpekt innledningsvis (Giæver et al., 2013; Inkluderende, 2016; Lippestad et al., 2005; Regjeringen, 2014a, 2014b). Ledere understreker imidlertid at det er viktig at den psykisk syke fortsetter å delta aktivt for å forbedre sin helsesituasjon og samarbeider om gjennomføring av tilretteleggingstiltak.

### **Praktiske implikasjoner av studien**

Denne studien kan ha noen implikasjoner for videre arbeid med tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer. Studiens praktiske bidrag er å stimulere til gode løsninger som gjør at psykisk syke kan forbli i arbeid og unngå langvarig sykemelding. Studiens hovedfunn dreier seg om samarbeidet mellom involverte aktører om tilrettelegging og faktorer som hemmer eller fremmer det, fra et lederperspektiv. Studien har avdekket at god ledelse, gode arbeidsbetingelser samt god kommunikasjon mellom involverte aktører er avgjørende faktorer for lederes muligheter for tilrettelegging for den psykisk syke ansatte. Denne kunnskapen kan ledere og samfunnet for øvrig nyttiggjøre seg i forbindelse med igangsetting av tilretteleggingstiltak og helsefremmende intervensjoner for å sikre gode løsninger. I tilfeller der tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer kan forhindre langvarig sykefravær og frafall fra arbeidslivet vil det kunne være kostnadsbesparende både for den ansatte, for bedriften og for velferdssystemet for øvrig. Den ansatte kan potensielt bli friskere av å arbeide gjennom å oppleve mening og mestring i hverdagen (Rådet for psykisk helse, 2016). Bedriften kan på sin side bidra ved å være en inkluderende og god arbeidsplass, samtidig som det er økonomisk besparende for bedriften å slippe sykeutbetalinger og skaffe ekstravikarer ved fravær. Dette forutsetter imidlertid langsiktig tenkning og systematisk samarbeid mellom fagkompetente aktører som tar ansvar i tilretteleggingsarbeidet, og utfører det til rett tid.

Denne studien har valgt et lederperspektiv på tilrettelegging for psykisk syke ansatte. Fremtidig forskning oppfordres til flere empiriske studier som tar for seg perspektivet til både den psykisk syke, BHT, lege og NAV. Det kan også være hensiktsmessig å kartlegge konstruktive løsninger på de utfordringer ledere møter. Det gjelder både i tilfeller der tilrettelegging ikke er mulig eller er vanskelig, og når samarbeidet med eksterne aktører, især legene, er utfordrende. Det trengs mer empirisk forskning på helsefremmende lederskap, på lederes styringsrett og tilretteleggingsplikt i praksis, og på hensiktsmessig tilrettelegging for ulike bransjer og arbeidskontekster. Det er viktig med mer kunnskap og læring om psykiske helseproblemer og helsefremmende forhold både i arbeidslivet og i skolen. Det gir best resultater å ta tak i dette tidlig gjennom tverrfaglig samarbeid, når optimale aktør- og strukturbetingelser er i samspill.



## Metodiske betraktninger

Jeg vil i dette avsnittet reflektere over noen begrensninger ved denne studien når det gjelder konteksten for datainnsamling og min egen rolle som fersk forsker. Refleksjon over egen studie er viktig for å kunne utvikle seg som forsker og lære av erfaring.

**Mulige begrensninger for studiens datainnsamling.** Å intervju informanter ansikt til ansikt gjør at informantene ikke kan være anonym for forskeren, og informantene må svare forskeren direkte. Dette kan påvirke intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervju kan fremkalle bias, for eksempel som følge av forskerens dårlig formulerte spørsmål (Tjora, 2012; Yin, 2014). Dette skjedde under det første intervjuet og som medførte at informanten først ikke forstod hva jeg var ute etter, og at jeg måtte forklare ytterligere. På bakgrunn av denne erfaringen forberedte jeg meg ekstra godt til de resterende seks intervjuene og opplevde det ikke igjen. På den annen side er relasjonen mellom forsker og informant også en styrke og selve essensen i kvalitative metoder. Fordelen ved dette samspillet er at man kan få en dypere forståelse og innsikt i studiefenomenet så vel som i informantens situasjon. Det er ikke noe som heter «objektive», «sanne» data i denne sammenhengen. Det kan også være vanskelig for forskeren å huske hendelser korrekt (Yin, 2014), men her kunne jeg stort sett falle tilbake på lydopptak og memoer, skrevet rett etter intervjuene (Charmaz, 2014).

I kvalitativ forskning skal forskeren forstå og formidle andres forståelser av virkeligheten (Charmaz, 2014), og forskerens refleksivitet er da helt avgjørende (Tjora, 2012; Charmaz, 2014). Jeg så nødvendigheten av å være meg bevisst min egen forforståelse, min forutinntatthet og min egen rolle. Jeg er svært opptatt av psykisk helse og at psykisk syke skal forbli i jobben så langt det er mulig og ønskelig. Jeg var meg bevisst på at dette kunne gjøre meg forutinntatt og forsøkte å være like oppmerksom på hindringene som på mulighetene for ansatte med psykiske helseproblemer. Som forsker er det viktig at man hele tiden er åpen for nye innfallsvinkler og mottakelig for innspill som kan stride mot etablerte teorier og overbevisninger (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv om min manglende erfaring kan ha vært negativt for datainnsamlingen, kan den ha hatt en positiv innvirkning på analyseprosessen. En helt objektiv forsker er som nevnt verken mulig eller ønskelig (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Analysetilnærmingen er valgt ut fra studiens formål og problemstilling. Det finnes trolig andre analysetilnæringer som kunne passet studien like godt, som for eksempel fenomenologisk psykologisk analyse, som er spesielt egnet for å analysere subjektive forståelser (Wertz, 2011). Men jeg har valgt den konstruktivistiske analysetilnærmingen til Charmaz (2014) fordi den – i tillegg til å ta i betraktning subjektiviteten – erkjenner

forskerens involvering i konstruksjonen og tolkningen av data (Charmaz, 2006, 2014), og dette er sentralt for min studie.

Grounded theory er i utgangspunktet en metode for å utvikle teori gjennom en prosess der man samler inn data, analyserer og utvikler teori samtidig (Charmaz, 2014). Denne prosessen kalles teoretisk utvalg. Ideelt sett skal man samle inn data på ulike tidspunkt, slik at man kan gjennomføre analyse av de første intervjuene og identifisere tema som er interessante for å kunne gå i dybden på dem i den videre datainnsamlingen. De fleste av intervjuene er gjennomført med et par dagers mellomrom, slik at jeg har fått skrevet nyttige memoer fra hvert intervju. Jeg ville ikke hatt mulighet til å gjennomføre intervjuer i flere omganger innenfor rammene for et masterprosjekt. Det kan ha påvirket dybden i studien at jeg ikke fikk gjennomført analyser mellom hvert intervju. Å gå inn i forskningsfeltet med ulike temaområder, som beskrevet i intervjuguiden, kan også ha ført til at studien manglet fokus og dybde. Men selv om man burde ha en mer åpen tilnærming, er det også viktig å ha en tilnærming som lar seg gjennomføre innenfor rammene for studiet (Thagaard, 2013). I etterkant ser jeg behovet for å gå mer i dybden på holdninger til psykiske helseproblemer og detaljer rundt samarbeidet mellom leder, den psykisk syke og lege. Dette kunne ha hjulpet meg til å få større innsikt og rikere data (Kvale & Brinkmann, 2009). Som følge av de fastsatte rammene for et masterprosjekt og av hensyn til progresjonen i min egen studie, har jeg latt være å gå tilbake til forskningsfeltet for å samle inn nye data etter de første analysene. Jeg ser likevel at dette kunne ha gitt oppgaven en større analytisk kraft og dybde.

Resultatene bør leses først og fremst som analytiske kategorier, heller enn som teori. Ifølge Charmaz (2014) er det mange GT teoretikere som behandler sine kategorier analytisk, uten å utlede noen teori fra dem. Deretter har jeg begrenset meg til å drøfte problemstillingen teoretisk (Charmaz, 2014). Dermed har jeg tatt noen valg i analysen og utelatt deler av datamaterialet. Tolkningen av dataene er blitt påvirket av dette. Jeg har imidlertid for hvert intervju med påfølgende koding og memo-skriving lagt vekt på konseptuell og teoretisk utvikling av analysen, samt utvikling av teoretisk sensitivitet som har satt meg mer i stand til analytisk presisjon i arbeidet (Charmaz, 2014). For min studie har dette betydning med hensyn til kategorisering av og finne sammenhenger mellom hemmende og fremmende faktorer som viser til positive og negative resultat på individ og systemnivå. På bakgrunn av koding i dataprogramvaren NVivo i tillegg til koding for hånd, har jeg fått tilstrekkelig nærhet til dataene. På denne måten har jeg unngått standardiserte anvendelser av analysemetoden i tråd med retningslinjene til Charmaz (2014).

**Studiens troverdighet.** Jeg vil vurdere studiens kvalitet ut fra kriteriet om

troverdighet, som betyr intern validering av studien. Dette er det hyppigst brukte evalueringskriteriet i kvalitativ forskning (Corbin & Strauss, 2015). Men jeg vil også nevne at samarbeidet med en medstudent har styrket studiens reliabilitet, som er kriteriet om pålitelighet. Det å validere et kvalitativt materialet innebærer en nærhet til data der man gjennom utvikling av konsepter og kategorier sjekker disse opp mot data så man forholder seg tro mot informantens utsagn (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Jeg har under hele analyseprosessen vært opptatt av å forholde meg nært til data. Det ideelle ville kanskje ha vært å tilbringe lange perioder i felten og presentere for informantene hvilke sitater jeg ville bruke i analysen, men dette har ikke latt seg gjøre innenfor rammene av masterprosjektet. Jeg har derfor vært nøye med å forholde meg nært til data, der jeg har vært oppmerksom på ikke å se sammenhenger i datamaterialet og overtolke der det ikke er grunnlag for det. Kategoriene dekker likevel en stor del av det empiriske materialet og det er logiske koblinger mellom innhentet data og mine argumenter og analyse (Charmaz, 2014). Jeg har i tillegg diskutert resultater og funn med fagpersoner og kolleger underveis som ikke er direkte involvert i forskningsprosjektet. Dette har gjort at jeg har unngått å bli blind i forhold til mine informanter og data. Datamaterialet for denne studien var i utgangspunktet noe deskriptivt og jeg har derfor ikke sett muligheten for å utvikle teoretiske konsepter. For å gjøre dette på en troverdig måte ser jeg behovet for en mer forklarende dybde i datamaterialet. Jeg mener likevel at ved å sammenligne mine kategorier og tolkninger opp mot eksisterende teori og empiri, har jeg oppnådd tilstrekkelig troverdighet for studien.

## Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven pekt på faktorer som hemmer, fremmer eller samtidig hemmer og fremmer lederes muligheter for tilrettelegging for ansatte med psykiske helseproblemer. Mine hovedfunn er at lederes tilrettelegging i praksis preges av variasjoner, at ledere praktiserer roller, plikter og ansvar på ulike måter, under både like og ulike betingelser. Ledere opplever at de har et omfattende, men ikke et absolutt ansvar, ettersom andre involverte aktører også har viktige roller og ansvar. Hvordan lederrollen utøves, må derfor ses i sammenheng med hva som karakteriserer både bedriften, den ansatte og de eksterne aktørene som ledere samarbeider med.

Ledere opplever at det er strukturelle arbeidsbetingelser som både kan være en hemmer og en fremmer for tilrettelegging, ved at de legger føringer for leders handlingsrom. Det er en fremmede faktor at ledere opprettholder balanse mellom styring og omsorg, og slik ivaretar både den psykisk syke, medarbeidere og bedriftens behov. Derimot kan det være en hemmende faktor at ledere har ensrettet fokus på det ene aspektet. Leders kunnskap, holdninger og lederstil kan både hemme og fremme dialog og samarbeid med den psykisk syke og mulighetene for tilrettelegging. Samtidig er den psykisk sykes åpenhet, vilje og evne til samarbeid en fremmede faktor, mens lukkethet, manglende vilje og evne er en hemmende faktor for tilrettelegging. Det er behov for et godt samarbeid mellom ledere og den psykisk syke basert på tillitsfull dialog, gjensidig forståelse og forventningsavklaring. Det nødvendiggjør ofte et utvidet samarbeid med involvering av eksterne fagkompetente aktører. Et slikt samarbeid basert på leders initiativ og engasjement, god kommunikasjon ansikt til ansikt, tidlig rolle- og ansvarsavklaring og rolleforståelse og med den psykisk sykes aktive deltakelse er en fremmede faktor for lederes muligheter for tilrettelegging. Mangel av slikt samarbeid er imidlertid en hemmende faktor.

## Referanser

- Aas, R. W., Ellingsen, K. L., Lindøe, P., & Möller, A. (2008). Leadership Qualities in the Return to Work Process: A Content Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 335-346. doi:10.1007/s10926-008-9147-y
- AHOD. (2013). *Oppfølgingsplan for Arbeid og Psykisk Helse (2013-2016)*. Hentet 23.03.16 fra <http://www.regjeringen.no/globalassets/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykHelse.pdf>
- AML. (2005). *Arbeidsmiljøloven*. Hentet 23.03.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733. doi:10.1016/0277-9536(93)90033-Z
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arnulf, J. K. (2014). Kommunikasjon og ledelse. I S. P. Brønn, & J. K. Arnulf (Red.), *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner* (1. utg., s. 125-148): Fagbokforlaget.
- ASD. (2014). *Solidaritetens grenser*. Hentet 23.03.16 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/solidaritetens-grenser/id2355335/>
- Aspinwall, L., G. & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Berge, T., & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene- Arbeidsliv og psykisk helse* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biron, C., & Saksvik, P. Ø. (2009). Sickness presenteeism and attendance pressure factors: Implications for practice. I C. L. Cooper, J. C. Quick, & M.J. Schabracq (Red.), *International Handbook of Work and Health Psychology*: John Wiley & Sons.
- Bjaarstad, S. (2016). *Jobb viktigere en psykolog*. Hentet 16.03.16 fra <http://www.napha.no/content/20513/Jobb-viktigere-enn-psykolog>
- Børing, P. (2005). *Oversikt over forskning i tilknytning til Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)*. Hentet 22.03.16 fra

- <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/282997/NIFUSTEPArbeidsnotat2005-20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brønn, S. P., & Arnulf, J. K. (Red.). (2014). *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner* (1. utg.): Fagbokforlaget.
- Browning, L., Morris, G. H., & Kee, K. F. (2012). The role of Communication in Positive Organizational Scholarship. I K. S. Cameron, & G.M. Spreitzer (Red.), *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. (s. 566-578): Oxford University Press.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C.-Y., & Edington, D. W. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6), 38-45.
- Busch, T., Johnsen, E., Klaudi Klausen, K., & Vanebo, J. O. (Red.). (2001). *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. (1 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cameron, J., Sadlo, G., Hart, A., & Walker, C. (2016). Return-to-work support for employees with mental health problems: Identifying and responding to key challenges of sick leave. *British Journal of Occupational Therapy*, 1-9. doi:10.1177/0308022615627176
- Charmaz, C. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis* (1. utg.): Sage Publications Ltd.
- Charmaz, C. (2008a). Grounded theory. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A Practical guide to research methods* (s. 81-110). London: Sage Publications Ltd.
- Charmaz, C. (2008b). Views from the Margins. Voices, Silences and Suffering. *Qualitative Research in Psychology*, 5(1), 7-18. doi:10.1080/14780880701863518
- Charmaz, C. (2011). A Constructivist Grounded Theory Analysis of Losing and Regaining a Valued Self. I J. W. Frederick, K. Charmaz, L.M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson, & E. McSpadden, E (Red.), *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry* (s. 165-204). New York: The Guilford Press Publications
- Charmaz, C. (2012). *BSA MedSoc 2012 - Professor Kathy Charmaz presents "The Power and Potential of Grounded Theory"*. Hentet 23.03.16 fra <https://www.youtube.com/watch?v=zY1h3387txo>
- Charmaz, C. (2014). *Constructing grounded theory* (2. utg.): Sage Publications Ltd.

- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation - An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Dale-Olsen, H., Hardoy, I., Storvik, A. E. L., & Torp, H. (2005). *IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne*. Hentet 16.03.16 fra [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/177477/R\\_2005\\_9.pdf?sequence=3](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/177477/R_2005_9.pdf?sequence=3)
- Einarsen, S., & Pedersen, H. (2007). Hvordan ledere kan håndtere konflikter i egen virksomhet. I S. Einarsen, & H. Pedersen (Red.), *Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet* (s. 143-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, A. (2011). *Health-promoting leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation*. Hentet 16.03.16 fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:786453/FULLTEXT01.pdf>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*, 61(11), 938-944. doi:10.1136/jech.2006.056028
- Erlien, B. (2006). *Intern kommunikasjon. Planlegging og tilrettelegging* (4. utg.): Universitetsforlaget.
- Falkheimer, J., & Heide, M. (2014). Prinsipper for kommunikasjon. I S. P. Brønn, & J. K. Arnulf (Red.), *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner* (1. utg., s. 27-48): Fagbokforlaget.
- Fiedler, F. E. (1964). A contingency model of leadership effectiveness. I I. L. Berkowitz (Red.), *Advances in experimental social psychology* (s. 149-190). New York: Academic Press.
- FTRL. (1997). *Folketrygdloven*. Hentet 23.03.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=Folketrygdloven>
- Giæver, F., Saksvik, P. Ø., & Thun, S. (2013). Psychologists authorizing sick leave—Potential opportunities and challenges. *Nordic Psychology*, 65(1), 33-47. doi:10.1080/19012276.2013.796082

- Gittel, J. H. (2012). New Directions for Relational Coordination Theory. I K. S. Cameron, & G.M. Spreitzer (Red.), *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (s. 400-411): Oxford University Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(10), 714-720. doi:10.1136/oem.59.10.714
- Griffiths, C. A. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation *Clinical Rehabilitation*, 23(1), 72-78. doi: 10.1177/0269215508095360
- Hand, C., & Tryssenaar, J. (2006). Small business employers' view in hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 166-173. doi:10.2975/29.2006.166.173
- Hanson, A., & Hansen, T. H. (2012). *Salutogent lederskap: for helse og framgang*. Stockholm: Fortbildning AB.
- Harsvik, T., Opdahl Mo, T., & Steihaug, S. (2008). *Jobbmestrende oppfølging*. Hentet 23.03.16 fra [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport\\_sintef\\_a5149\\_jobbmestrende\\_oppfolging\\_andre\\_delrapport.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_sintef_a5149_jobbmestrende_oppfolging_andre_delrapport.pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Arbeid og psykisk helse*. Hentet 14.02.16 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/arbeid-og-psykisk-helse>
- Helsenorge. (2016). *Arbeidsmiljø og psykisk helse*. Hentet 16.03.16 fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-jobb/arbeidsmiljo-og-psykisk-helse>
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliot, K. H. (2006). Long term sickness absence – Is caused by common conditions and needs managing. *British Medical Journal*, 330(1), 802-803. doi:10.1136/bmj.330.7495.802
- Hensing, G., Andersson, L., & Brage, S. (2006). Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine*, 4(19), 1-9. doi:10.1186/1741-7015-4-19
- Hoffman, M. A., Hill, C. E., Holmes, S. E., & Freitas, G. F. (2005). Supervisor Perspective on the Process and Outcome of Giving Easy, Difficult, or No Feedback to Supervisees. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 3-13. doi:10.1037/0022-0167.52.1.3
- Holmgren, K., & Ivanoff, S. D. (2007). Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 17(1), 93-106. doi:10.1007/s10926-006-9041-4



- Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Essex: Pearson Education Limited.
- HPL. (2001). *Helsepersonelloven*. Hentet 23.03.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Idébanken. (2016). *Arbeid kan gi bedre psykisk helse*. Hentet 16.03.16 fra <http://www.idebanken.org/innsikt/psykisk-helse>
- Inkluderende. (2016). *Tilrettelegging*. Hentet 16.03.16 fra <http://www.inkluderende.no/tilrettelegging/tilrettelegging>
- Internkontrollforskriften. (1997). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*. Hentet 23.03.16 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127?q=Internkontrollforskriften>
- Jakobsen, K., & Svendsen, E. (2013). Employers' perspective: When a return to work is the objective for persons with reduced mobility. *Work*, 44(2), 145-153.  
doi:10.3233/WOR-2012-1385
- Jensen, B. (2008). *Offentlige velferdsgoder, Økonomistyring, regnskapsprinsipper og New Public Management*. Hentet 23.03.16 fra [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133828/rapp12\\_2007.pdf?sequence=1](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133828/rapp12_2007.pdf?sequence=1)
- Joner, A. (2008). Sykmelding- helsetjeneste eller bjørnetjeneste? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(128), 940-941.
- Kamp, A. (2012). The quest for the meaning of work: Competing concepts of meaning. I A. Kamp, & H. Hvid (Red.), *Elderly care in transition. Management, meaning and identity at work: A Scandinavian Perspective* (s. 51-76): Copenhagen Business School Press.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- KS. (2015). *Arbeidsgivers styringsrett*. Hentet 23.03.16 fra <http://ks.event123.no/ksb2013/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=45914>
- Kuvaas, B., & Dysvik, A. (2012). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju* (1. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, 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. doi:10.1037/a0027049
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien, Forskning, 4*, 288-296.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer- En kunnskapsoppsummering*. Hentet 23.03.16 fra <http://napha.no/attachment.ap?id=998>
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., & Hanestad, B. R. (2007). Promoting Coping. Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(3), 275-295. doi:10.1080/01612840601172627
- Lien, L. (2013). "Saman om" sykefravær- en kunnskapsstatus. Hentet 23.03.16 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/prosjekter/saman\\_om\\_ein\\_betre\\_kommune/kunnskapsstatus\\_sykefravaer.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/prosjekter/saman_om_ein_betre_kommune/kunnskapsstatus_sykefravaer.pdf)
- Lippestad, J. W., Christensen, Ø., & Harsvik, T. H. (2005). *Evaluering av ordningen "Kjøp av helsetjenester- enklere lidelser"*. Hentet 26.03.16 fra <http://www.sintef.no/publikasjon/Download/?pubid=SINTEF+A2390>
- McDowell, C., & Fossey, E. (2015). Workplace accommodations for people with mental illness: A Scoping Review. *Journal of occupational Rehabilitation 25*(1), 197-206. doi:10.1007/s10926-014-9512-y
- Mikkelsgård, K. A., Granerud, A., & Høye, S. (2014). People with mental illness returning to work: A qualitative evaluation of a Norwegian project. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21*(3), 1-9. doi:10.3109/11038128.2014.882981
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). The Development of Constructivist Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods, 5*(1), 1-10.
- Mintzberg, H. (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harper & Row.
- Mintzberg, H. (1994). Rounding out a managers job. *Sloan Management Review 36*(1), 11-26.
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Mintzberg, H., Jorgensen, J., Dougherty, D. & Westley, F. (1996). Some surprising things about collaboration- Knowing how people connect makes it work better. *Organizational Dynamics 25*(1), 60-71. doi:10.1016/S0090-2616(96)90041-8

- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen, E. C., & Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Hentet 24.03.16 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2e391e09f9d1452987c37df028d78d61/r\\_2010\\_tiltak\\_sykefravaer.pdf?id=2105343](https://www.regjeringen.no/contentassets/2e391e09f9d1452987c37df028d78d61/r_2010_tiltak_sykefravaer.pdf?id=2105343)
- NAPHA. (2015). *Arbeid og psykisk helse*. Hentet 24.03.16 fra <http://www.napha.no/content/13889/Arbeid-og-psykisk-helse>
- NAPHA. (2016). *Helsefremming og forebygging*. Hentet 24.03.16 fra <http://www.napha.no/content/20522/Helsefremming-og-forebygging>
- NAV. (2014). *IA-funksjonsvurdering*. Hentet 23.03.16 fra <https://www.nav.no/no/Bedrift/Inkluderende+arbeidsliv/Relatert+informasjon/ia-funksjonsvurdering>
- NAV. (2015a). *Har du ansatte som sliter psykisk?* Hentet 23.03.16 fra <https://www.nav.no/no/Bedrift/Inkluderende+arbeidsliv/Psykisk+helse+paa+arbeidsplassen>
- NAV. (2015b). *Nasjonal satsing på arbeid, psykisk helse og rus*. Hentet 23.03.16 fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/nasjonal-satsing-p%C3%A5-arbeid-psykisk-helse-og-rus>
- NAV. (2015c). *Sykefraværsoppfølging- virkemidler og tiltak*. Hentet 23.03.16 fra <https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging+og+rapportering/Oppfolging+av+sykmeldte/Relatert+informasjon/sykefrav%C3%A6rsoppf%C3%B8lging-virkemidler-og-tiltak>
- Nytrø, K. (2011). Menneskets evolverte natur og organisert arbeid. I P. Ø. Saksvik (Red.), *Arbeids- og organisasjonspsykologi, Aktuelle tema til inspirasjon for et bedre arbeidsliv* (s. 15-55): Cappelen Damm Akademisk.
- OECD. (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work*. Hentet 25.03.16 fra [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/mental-health-and-work\\_9789264124523-en - page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en - page1)
- Ose, S. O., Bjerkan, A. M., Pettersen, I., Hem, K., Johnsen, A., Lippestad, J., Paulsen, B., Mo, T. O., & Saksvik, P. Ø. (2009). *Evaluering av IA-avtalen*. Hentet 24.03.16 fra <https://www.sintef.no/contentassets/6c2204e7252844aeb9d2453576e9028e/rapport-evaluering-av-ia-avtalen.pdf>
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Brattlid, I., Slettebak, R., Jensberg, H., Mandal, R., Lippestad, J. W., & Pettersen, I. (2013). *Oppfølging av dagens symeldte- fungerer dagens regime?*

- Hentet 24.03.16 fra  
[http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Oppf%C3%B8lging av sykemeldte.pdf](http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Oppf%C3%B8lging%20av%20sykemeldte.pdf)
- Ose, S. O., Jensberg, H., Kaspersen, S. L., Kalseth, B., & Lilleeng, S. (2008).  
*Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus*. Hentet 24.03.16 fra  
[https://www.nav.no/Forsiden/\\_attachment/91146?true&\\_ts=11bfe5e55e0](https://www.nav.no/Forsiden/_attachment/91146?true&_ts=11bfe5e55e0)
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses.  
*Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Raderstorff, M., & Kurtz, J. (2006). Managing mental health disability in the workplace. *The Case Manager* 17(1), 54-59. doi:10.1016/j.casemgr.2005.11.005
- Rambøll Management. (2008). *Evaluering av arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen*.  
Hentet 24.03.16 fra [http://evalueringportalen.no/evaluering/evaluering-av-arbeidsgivers-rolle-i-sykefravaersoppfolgingen-sluttrapport/Sluttrapport-Ramb%C3%B8ll Management.pdf@@@inline](http://evalueringportalen.no/evaluering/evaluering-av-arbeidsgivers-rolle-i-sykefravaersoppfolgingen-sluttrapport/Sluttrapport-Ramb%C3%B8ll-Management.pdf@@@inline)
- Regjeringen. (2014a). *Forenklet sykefraværsoppfølging*. Hentet 24.03.16 fra  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia\\_20142018/rapport\\_forenklinger.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/rapport_forenklinger.pdf)
- Regjeringen. (2014b). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)*.  
Hentet 24.03.16 fra  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia\\_20142018/signert\\_ia\\_avtale.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf)
- Regjeringen. (2014c). *Samarbeidsavtale mellom IA-virksomhetene og Arbeids- og velferdsetaten om et mer inkluderende arbeidsliv*. Hentet 24.03.16 fra  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia\\_20142018/ny\\_samarbeidsavtale\\_4\\_mars\\_2014.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/ny_samarbeidsavtale_4_mars_2014.pdf)
- Regjeringen. (2014d). *Suksesskriterier for godt IA-arbeid*. Hentet 24.03.16 fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/sammenomenbedrekommune/nyheter-sammenom-en-bedre-kommune/Suksesskriterier-for-godt-IA-arbeid/id2009970/>
- Rådet for psykisk helse. (2004). *Arbeid og Psykisk helse. Psykiske problemer og jobb. Råd og fakta om oppfølging av medarbeidere* *Arbeid og psykisk helse*.
- Rådet for psykisk helse. (2016). *Psykisk helse og arbeidsliv*. Hentet 24.03.16 fra  
<http://psykiskhelse.no/psykisk-helse-og-arbeidsliv>

- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63-75.
- Schafft, A. (2007). Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivernes grunner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3), 254-261.
- Schafft, A. (2008). *Klok av skade. Evaluering av tiltaket "Medarbeider med brukererfaring" i Bergen*. Hentet 24.03.16 fra [http://www.hioa.no/var/ezflow\\_site/storage/afi/files/n2008-1.pdf](http://www.hioa.no/var/ezflow_site/storage/afi/files/n2008-1.pdf)
- Schafft, A., & Spjelkavik, Ø. (2014). *Arbeidsgiverperspektiver på inkludering: Hva er god inkluderingskompetanse?* Hentet 24.03.16 fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Arbeidsgiverperspektiver-paa-inkludering>
- Skorstad, E. (2008). *Psykologiske metoder i rekruttering og lederutvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526. doi:10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d
- Svanberg, J., Gumley, A., & Wilson, A. (2010). How do social firms contribute to recovery from mental illness? A Qualitative Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(6), 482-496. doi:10.1002/cpp.681
- Tellnes, G. (2007). *Salutogenese- hva er det?* Hentet 23.02.16 fra <http://dnms.no/pdf/2007/2-144-9.pdf>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trygstad, S. C., & Bråten, M. (2011). *Tilrettelegging i arbeidslivet*. Hentet 24.03.16 fra [http://www.faf.no/media/com\\_netsukii/20213.pdf](http://www.faf.no/media/com_netsukii/20213.pdf)
- Tweed, A., & Charmaz, C. (2012). Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners. I A. R. Harper, & D. Thompson (Red.), *Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners* (s. 131-146). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vaandrager, L., & Loeken, M. (2013). Salutogenesis in the workplace: Building general resistance resources a sense of coherence. I G. F. Bauer, & G.J. Jenny (Red.), *Salutogenetic Organizations and Change* (s. 77-89). doi:10.1007/978-94-007-6470-5\_5

- Vincenti, G. (2015). Mental Illness in the Workplace: Psychological Disability Management. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 170-171. doi:10.1192/bjp.bp.114.157339
- Wertz, F. J. (2011). A Phenomenological Psychological Approach to Trauma and Resilience. In J. W. Frederick, K. Charmaz, L.M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson, & E. McSpadden, E. (Red.), *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*. (s. 124-164). New York: The Guilford Press Publications Inc.
- WHO. (2010). *Mental health and well-being at the workplace- Protection and inclusion in challenging times*. Hentet 23.03.16 fra [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/124047/e94345.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf);
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5. utg.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations* (6. utg.). Upper Saddle River N.J: Pearson Education.
- Yukl, G. (2012). *Leadership in organizations* (8. utg.). Harlow, UK: Pearson Education.
- Zhang, M., Rost, K., Fortney, J. & Smith, R. (1999). A community study of depression treatment and employment. *Psychiatric Services*, 50(9), 1209–1213. doi:10.1176/ps.50.9.1209

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

#### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Fay Giæver  
Psykologisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 18.06.2015

Vår ref: 43681 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43681	<i>Tilrettelegging for psykisk syke i arbeidslivet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Fay Giæver</i>
<i>Student</i>	<i>Sigrid Selli Eidem</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, 01.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

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

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og informert samtykkeskjema

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *"Tilrettelegging for psykiske plager i arbeidslivet"*

#### **Bakgrunn og formål**

Psykiske plager er en av de vanligste årsakene til sykefravær i det norske arbeidslivet. Tilrettelegging av arbeidet for denne gruppen kan ha positive effekter på de ansattes mentale helse og på sykefraværet. Formålet med dette prosjektet er å få mer innsikt i hvordan ledere forholder seg til, og arbeider med å tilrettelegge for ansatte med lettere psykiske plager.

#### **Hva innebærer deltakelse?**

Som informant vil du bli intervjuet av oss på et tidspunkt og sted som passer for deg. Vi vil ikke gå nærmere inn på de(n) ansattes sykdomshistorie. Men vi er interessert i å høre om dine erfaringer med, og tanker om, psykiske plager på arbeidsplassen fra et ledelsesperspektiv.

Innsikt i dine erfaringer vil være et viktig bidrag inn i arbeidet med å gjøre tilrettelegging enklere for både ansatte, ledere og psykologer. Du og din bedrift kan på denne måten bidra til et inkluderende, godt og produktivt arbeidsliv.

Alle informanter vil få tilsendt et eksemplar av de ferdige masteroppgavene.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studentene og deres veileder som vil ha tilgang på disse opplysningene. Opptakene fra intervjuer, og transkripsjoner av disse, vil lagres adskilt fra navnelister for å ivareta konfidensialiteten. I publikasjoner av datamaterialet vil ikke informantene kunne gjenkjennes.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.05.2016. Ved prosjektets slutt vil lydopptak fra intervju og alle personopplysninger slettes. Intervjutranskriptene vil da anonymiseres, slik at de ikke vil kunne spores tilbake til deg.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Ta kontakt dersom du har spørsmål til studien.

Student:  
Thomas Christian Espenes  
[thomaschresp@gmail.com](mailto:thomaschresp@gmail.com)  
m: 476 76 525

Student:  
Sigrid Selli Eidem  
[sigrid.s.eidem@gmail.com](mailto:sigrid.s.eidem@gmail.com)  
m: 980 93 440

Veileder:  
Fay Giæver  
[fay.giaver@ntnu.no](mailto:fay.giaver@ntnu.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.



## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 3: Intervjuguide

#### A. Demografiske spørsmål

- Hvor gammel er du?
- Hva er din stillingstittel og hvor lenge har du vært i nåværende stilling?
- Hvor lenge har du hatt lederansvar?
- Hvor mange personer har du lederansvar for i dag?
- Hvor lenge har du vært i denne bedriften? (enhet/avd.)
- Hvor mange ansatte jobber i denne bedriften?

#### B. Ledelse

- Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag?
- Hvordan vil du beskrive deg selv som leder/ dine lederegenskaper? (ansvar, rolle, strategi) (Hva er viktig for deg?)

#### C. Organisasjonskultur

- Hvordan forholder de ansatte seg til hverandre? Og til deg som leder? (holdninger, verdier, mål)
  - Hva snakkes om/ikke? Åpen dør/åpen dialog? (Åpenhetskultur)
  - Hva deles med deg, jobb/privat? (Delingskultur)

#### D. Erfaring med tilrettelegging for medarbeidere med psykiske plager

- Fortell om dine erfaringer
  - Når? (Bakgrunn? Hensikt)
  - Hvordan fikk du vite om behovet?
  - (Hvilke kunnskap har du om psykiske plager og konsekvenser for arbeidsfunksjon/arbeidskapasitet?)
- Hvordan håndterte du det? (strategi)
- Hvordan fungerte tilretteleggingen? Hva fungerte bra? Hva fungerte mindre bra?
  - Umiddelbart? På sikt?
- Sett fra ditt perspektiv som leder – hva var utfordrende med situasjonen?
- Hvilke refleksjoner gjør du deg rundt din håndtering av tilretteleggingen?
- Hadde du kontakt med medarbeiderens psykolog/andre fra helsetjenesten? (Hvis ja, på hvilken måte?)
- Hvordan ser du på tilrettelegging for psykiske plager i lys av dine egne erfaringer i praksis?

#### E. Sykefravær i bedriften

- Hvor høyt er sykefraværet i denne bedriften? (Er dette stabilt eller varierende?) (Hvordan er strukturen for sykefraværsoppfølging?)

#### F. Strukturelle rammebetingelser (lover/forskrifter, interne prosedyrer, IA, økonomi)

- Er det noen hindringer som påvirker hvordan dere tilrettelegger for psykiske plager? (Noen rammer dere må jobbe innenfor?) -Hvis ja, hvilke?

#### G. Fordeler og ulemper ved tilrettelegging for ansatte med lettere psykiske plager

- Hvilke fordeler ser du ved tilrettelegging?
- Hvilke ulemper ser du ved tilrettelegging?