

Ann Helen Hove Hitland

# En kvalitativ studie av støttende lederatferd i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune

Masteroppgave i Arbeids- og organisasjonspsykologi

Veileder: Per Øystein Saksvik

Mai 2020



## Forord

Det er nå med lettelse jeg setter punktum for en innholdsrik studietid. Det siste året har vært spennende, frustrerende, givende, utmattende, og ikke minst lærerikt.

Gjennom prosessen av å produsere denne masteroppgaven har jeg vært i kontakt med en rekke mennesker som alle fortjener en stor takk. Først og fremst må jeg takke informantene som stilte opp til intervju i en ellers hektisk hverdag. Uten dere hadde ikke denne oppgaven vært mulig. Ellers må en stor takk rettes til Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune, da spesielt til Richard og Eivind, for gode samtaler og uvurderlig hjelp. Det har vært en fornøyelse å samarbeide med dere, både i praksisperioden og gjennom dette masterprosjektet. Jeg håper studien kan være et positivt bidrag til videre arbeid i Trondheim kommune. Jeg vil også takke min veileder Per Øystein Saksvik for gode faglige innspill og tilbakemeldinger. Din tilgjengelighet og dine raske svar har blitt verdsatt høyt.

I en oppgave som omhandler sosial støtte, så er det også nødvendig å takke det fantastiske støtteapparatet som har motivert og støttet meg i de tunge oppoverbakkene som kom. I en hverdag preget av mye usikkerhet har dere vært uvurderlige. En spesiell til min romkamerat Yvonne for gode diskusjoner, nye synspunkter og en upåklagelig struktur som alltid kommer godt med. Takk til klassekamerater, venner, familie og ikke minst kjæreste for å gjøre hver dag bedre og for den støtten dere har vært.

Ann Helen Hove Hitland

Trondheim, mai 2020

## Sammendrag

Helse- og velferd er en sektor preget av et stort behov for arbeidskraft for å møte en fremtidig økning i pasientgrupper. Yrker innen denne sektoren opplever høye jobbkraav, både kvalitative og kvantitative, og har et høyere sykefravær enn andre sektorer i Trondheim kommune. Dette aktualiserer behovet for kunnskap om hvordan flest mulig kan stå i slikt arbeid uten unødvendig sykefravær. Trondheim kommune har i senere år gjennom sitt arbeid med å få ned sykefravær og skape helsefremmende arbeidsplasser, omstrukturert sin ledermodell for å fremme nærledelse. I tråd med at støtte fra leder er funnet å ha innflytelse på arbeidstakeres helse og velvære er formålet med denne studien å identifisere kjennetegn på lederatferder til ledere som oppleves som støttene hos sine medarbeidere i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune. Med utgangspunkt i omstrukturering av ledermodellen og en intern HMS-undersøkelse i Trondheim kommune, er studiens datamateriale innhentet gjennom kvalitativt intervju med fem avdelingsledere som skårer høyt på sosial støtte ved ulike enheter innen helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune. Gjennom bruk av tematisk analyse av intervjuene, ble det identifisert fire overordnede temaer som oppsummerer informantenes gjennomgående lederatferder som synes å virke støttende: bygge relasjon med medarbeider, kommunikasjon, tilrettelegge for ansattes behov og avlaste ansatte. Basert på resultatene argumenterer studien for at ledere som utøver en støttende lederatferd vil kunne påvirke de ansattes helsefremmende prosesser ved å praktisere sosial støtte gjennom transformasjonsledelse. Videre vil den støttende lederatferden kunne virke helsefremmende i seg selv, samt tilrettelegge for en tilfredsstillende balanse mellom jobbkraav og ressurser. Studien forslår at det rettes oppmerksomhet mot faktorer som kan påvirke hvordan sosial støtte fra leder kan oppleves for den enkelte arbeidstaker, samt hvordan sosial støtte påvirker valget av sykefravær eller nærvær.

### **Abstract**

The health- and welfare sector is characterized by a great need for manpower to meet future growth in patient groups. Occupations in this sector experience high job demands, both qualitative and quantitative, and have higher absenteeism than other sectors in the municipality of Trondheim. This raises the need for knowledge about how people can work under the circumstances without unnecessary sick leave. In recent years, Trondheim municipality, through its work to reduce sickness absence and create health-promoting workplaces, has restructured its management model to promote a closer management. As supervisor support is found to have an impact on employee health and well-being, the purpose of this study is to identify the characteristics of leadership behaviors of supervisors who are perceived as supportive by their employees in the health and welfare sector in Trondheim municipality. Based on the restructuring of the leadership model and an internal survey in the municipality of Trondheim, the study's data material was obtained through qualitative interviews with five department managers with a high score of social support at various units within the health and welfare sector in Trondheim municipality. Through the use of thematic analysis of the interviews, four overarching themes were identified to summarize informants' overall leadership behaviors that appear to be supportive and thus could have a positive impact on their employees' health-promoting processes: building relationship with employee, communication, facilitating employee needs and relieve employees. Based on the results, the study argues that supervisors who practice supportive leadership behaviors can influence employees' health-promoting processes by practicing social support through transformational leadership. Furthermore, the supportive leadership behavior can be self-promoting, as well as facilitate a satisfactory balance between job demands and resources. The study proposes that attention be paid to factors that can affect how social support from the manager is experienced by the individual employee, as well as how social support affects the choice of sickness absenteeism or presenteeism.

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>I</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>II</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>III</b>
<b>Sykefravær i helse- og velferdssektoren</b> .....	<b>1</b>
<i>Helsefremmende ledelse og sosial støtte</i> .....	2
<i>Studiens bakteppe</i> .....	3
<i>Problemstilling</i> .....	4
<b>Teori</b> .....	<b>5</b>
<i>Sosial støtte</i> .....	5
Sosial støtte som buffer eller hovedeffekt. ....	6
<i>Krav-Kontroll- Støtte</i> .....	7
<i>Jobbkrav- ressurs modellen</i> .....	8
<i>Ledelse</i> .....	9
Helsefremmende ledelse.....	10
Transformasjonsledelse .....	11
<b>Metode</b> .....	<b>13</b>
<i>Valg av metode</i> .....	13
<i>Utvalg</i> .....	13
<i>Datainnsamling</i> .....	14
Kvalitativt intervju .....	14
Intervjuguide .....	14
Gjennomføring av intervju. ....	14
<i>Transkribering</i> .....	15
<i>Dataanalyse</i> .....	15
Analyseprosess .....	15
<i>Etiske betraktninger</i> .....	16

<b>Resultat.....</b>	<b>18</b>
<i>Kontekstinformasjon.....</i>	<i>18</i>
<i>Bygge relasjon med medarbeider.....</i>	<i>21</i>
Se den enkelte.....	21
Skape gjensidig tillit.....	22
Tydelige forventninger.....	24
<i>Kommunikasjon.....</i>	<i>24</i>
Åpen dialog.....	24
Tilgjengelighet.....	25
Tilbakemelding.....	26
<i>Tilrettelegge for ansattes behov.....</i>	<i>26</i>
Medbestemmelse.....	26
Individuell tilrettelegging.....	27
Kompetanseheving.....	29
<i>Avlaste ansatte.....</i>	<i>30</i>
Debrifing.....	30
Tilstedeværelse i avdeling.....	31
<b>Diskusjon.....</b>	<b>33</b>
<i>Oppsummering av resultater.....</i>	<i>33</i>
<i>Lederatferd integrert i komponentene til sosial støtte.....</i>	<i>34</i>
Emosjonell støtte.....	34
Instrumentell støtte.....	35
Informativ støtte.....	36
Vurderende støtte.....	36
<i>Lederatferd integrert i transformasjonsledelse.....</i>	<i>37</i>
<i>Støttende lederatferd som en jobbressurs i helse- og velferdssektoren.....</i>	<i>39</i>
Arbeidsmiljø og tilhørende jobbkraav.....	39
Jobbressurser.....	42
<i>Personlige forskjeller i effekten av sosial støtte.....</i>	<i>43</i>
Hardiness.....	43

Kjønn.....	44
<i>Forebygge negativt sykenærvær i helse- og velferdssektoren.....</i>	<i>44</i>
<i>Metodiske betraktninger.....</i>	<i>46</i>
Gyldighet.....	46
Generaliserbarhet.....	47
<i>Implikasjoner for praksis og videre forskning .....</i>	<i>47</i>
<i>Konklusjon.....</i>	<i>49</i>
<b>Referanser .....</b>	<b>50</b>
<b>Appendiks.....</b>	<b>I</b>
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide.....</i>	<i>II</i>
<i>Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse sendt til avdelingsledere .....</i>	<i>V</i>
<i>Vedlegg 3: Samtykke erklæring.....</i>	<i>VI</i>
<i>Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD.....</i>	<i>IX</i>



## Sykefravær i helse- og velferdssektoren

Sykefravær generelt i helse- og velferdssektoren er høyt, noe som kan være utfordrende for både tjenestekvalitet og arbeidsmiljø (Bogen & Lien, 2015). Trondheim kommune rapporterte i 2017 et sykefravær på 10,8 prosent innen helse- og velferdssektoren, sammenlignet med 9,2 i hele kommunen. I 2018 steg sykefraværet til 11,2 prosent innen samme sektor (Trondheim kommune, 2019). Høyt sykefravær har en økonomisk og administrativ kostnad for kommunene ved at det gjerne må leies inn vikarer som trenger opplæring og oppfølging, i tillegg til den kostnaden staten og samfunnet for øvrig må ta ved langtidsfravær (to lønner må betales). Langtidssykefravær vil også være negativt for vedkommende som er syk. En studie fant at personer som er langtidssykmeldte har vanskeligere for å returnere til arbeid (Markussen et al., 2011). Det går også utover ansatte som må jobbe med redusert antall på jobb, eller jobber med vikarer som ikke er kjent med avdelingen og dens rutiner og beboere. Dette kan føre til en ond sirkel hvor sykefravær fører til mer fravær på enheten. Fra et helsefremmende perspektiv vil det lønne seg for kommunen økonomisk å få ned sykefraværet, men også for å skape mer engasjerte og fornøyde ansatte som har det bra på jobb. Det er også et fremtidig stort behov for flere ansatte i helse og velferdssektoren, både på grunn av aldringen i befolkningen og strukturelle reformer i tjenesteorganiseringen innenfor helse og omsorg. Dette aktualiserer behovet for kunnskap om hvordan flest mulig kan stå i slikt arbeid uten unødvendig sykefravær.

Sykefraværproblematikken er kompleks, og varierer i ulike yrkesgrupper. En vanlig årsaksforklaring på det generelt høyere sykefraværet i sykehjem sammenlignet med andre næringer, er at yrkene innen helse og velferd er krevende både fysisk og mentalt/psykisk (Ose et al., 2011). Dårlig fysisk og psykososialt arbeidsmiljø kan føre til slitasjeskader som kan ende med sykefravær. Selv om arbeidet kan være krevende fysisk, er det ikke nødvendigvis dette som fører til sykefravær. I Bogen og Liens (2015) studie av sykehjem med lavt sykefravær, mente flere av de intervjuede at å jobbe på sykehjem i dag ikke lenger kan sies å være fysisk tungt, i hvert fall ikke så tungt som før i tiden, og at forebyggende tiltak er det beste for å forhindre at sykefravær og slitasje oppstår hos ansatte. En annen studie fant at psykososiale faktorer spiller en større rolle enn mekaniske faktorer når en skal forklare sykefravær hos kvinnelige ansatte i helse- og velferdssektoren (Aagestad, Tyssen, & Sterud 2016). Fysiske plager kan forekomme grunnet psykososiale faktorer, og skyldes ikke nødvendigvis fysisk tungt arbeid. På arbeidsplasser hvor tunge løft er en del av arbeidsoppgavene og hvor medarbeiderne vurderer ledelseskvaliteten som lav, er risikoen for sykefravær nesten fire ganger så stor som på arbeidsplasser hvor man vurderer

ledelseskvaliteten som høy (Sterud et al., 2011). Det vil med dette være naturlig å se på ledelse, og hvordan dette påvirker sykefravær.

Bemanning blir ofte trukket frem som en mulig faktor for høyt sykefravær i helse- og velferdssektoren. I oppstartanalysen av sykefraværssatsingen «IA-ledelse 2.0 – NED med sykefraværet», erkjente eksempelvis en rådmann at pleie- og omsorgstjenestene antakelig hadde gjennomgått en for stor nedbemanning og at dette hadde påvirket sykefraværet i tjenesten i negativ retning (Lien, 2016). Andre studier viser til at stress grunnet dårlig bemanning kan forklares med andre psykososiale faktorer på arbeidsplassen (Bogen & Lien, 2015). Med begrensede ressurser blir det derfor viktig å se til organisering av arbeid og ledelse for å kunne skape helsefremmende arbeidsplasser på sykehjem.

### **Helsefremmende ledelse og sosial støtte**

En viktig faktor som påvirker sykefravær er ledelse. I en studie av psykososiale arbeidsmiljø-faktorer som kunne ha en innvirkning på kortvarige og langvarige sykefraværperioder ble det funnet at opplevd lederstøtte var en faktor som hadde signifikant effekt (Nielsen et al., 2006). Dellve, Lagerström og Hagberg (2003) fant at opplevd utilstrekkelig ledelse og et opplevd dårlig arbeidsmiljø var risikofaktorer for senere arbeidsuførhet. En annen studie utført av SINTEF av nærmere 10 000 hjelpepleiere viste også sammenheng mellom ledelse og ansattes sykefravær (Ose et al., 2009). Studien fant at den viktigste enkeltfaktoren som forklarer forskjeller i trivsel og mestring av arbeidet, var å ha en god leder. De hjelpepleierne som ikke var fornøyd med sin leder hadde systematisk høyere sykefravær og lavere skår på en rekke andre trivsels- og mestringsindikatorer (Ose, 2009). Forholdet mellom ledelse, arbeidsmiljø og sykefravær kan tyde på at ledelse både kan ha en direkte innvirkning på sykefravær, samtidig som lederens overordnede ansvar for arbeidskontekstuelle faktorer slik som arbeidsmiljø kan ha en indirekte innvirkning på sykefravær.

Spesielt i yrker hvor man opplever høye emosjonelle krav som i helse- og velferdssektoren vil ledelse kunne være en helsefremmende faktor. I henhold til arbeidsmiljøloven har leder et ansvar for å skape en trygg og helsefremmende arbeidsplass for sine ansatte. Hvis sykefravær skulle forekomme er det leder som har ansvar for oppfølging og eventuell tilrettelegging. Arbeidsmiljøloven presiserer at arbeidsgiver skal tilrettelegge for arbeidstakere som har fått nedsatt arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., slik at de kan fortsette i arbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-6). Selv om leder er pålagt dette ansvaret, er det ujevnt hvordan dette blir praktisert, der noen strekker seg lengre enn andre for å få sine medarbeidere tilbake på jobb. Sosial støtte fra leder er en faktor som påvirker

medarbeideres sykefravær og hvorvidt det blir langvarig eller ikke. Studier fra STAMI viser at de som opplever sosial støtte fra nærmeste leder og rettferdig lederskap har lavere risiko for psykiske plager (Finne et al., 2014) og smerter i nedre del av ryggen (Christensen & Knardahl, 2012). De som opplever lite støttende lederskap har økt risiko for å utvikle nakke- og skuldersmerter og avgang fra jobb (Sterud, 2013; Aagestad et al., 2014a). Lav støtte fra leder har i to norske oppfølgingsstudier blitt assosiert med langtidssykefravær diagnostisert med en muskelskjelettlidelse og mentale lidelser (Foss et al., 2010, 2011). Yrkesaktive som opplever et lite støttende lederskap hadde omkring 50 prosent høyere risiko for et høyt legemeldt sykefravær (40 dager+) enn yrkesaktive som rapporterte støttende lederskap (Aagestad et al., 2014b). Støtte fra leder har med dette ikke bare noe å si for psykisk helse og utbrenthet, men manifesterer seg også fysisk. Det største fraværet i helse og velferdssektoren skyldes fysiske plager og skjelettsykdom (NOA, 2016), men det kan tenkes at sosial støtte fra leder kan redusere dette fraværet.

### **Studiens bakteppe**

Våren 2019 gjennomførte jeg en praksisperiode hos Arbeidsmiljøenheten (AME), bedriftshelsetjenesten i Trondheim kommune. Det var i forbindelse med denne praksisperioden jeg ble introdusert til Trondheim kommune sin utfordring med høyt sykefravær i helse- og velferdssektoren. Kommunen rapporterer selv høyt sykefravær i samtlige sektorer og har som resultat av dette revidert sin arbeidsgiverpolitikk. I 2017 innførte rådmannen en ny ledelsesmodell. Den nye modellen introduserte avdelingsledere som erstatning for tidligere fagledere, med et helhetlig ansvar for personal, fag og økonomi der de før bare hadde ansvar for fag. Dette står i kontrast til kommunens strategi på begynnelsen av 2000-tallet da det handlet om å slå sammen og øke effektivitet gjennom større enheter. Enhetsleder hadde tidligere alt personalansvar for medarbeidere. Etter reformen har helse og velferdssektoren økt antall avdelingsledere med om lag 50 prosent sammenlignet med antall fagledere før omleggingen (Trondheim kommune, 2018). Dermed er antall medarbeidere som følges opp av en enkelt leder redusert. Tanken bak den nye ledermodellen er at avdelingslederne skal kunne utøve nærledelse, og tett oppfølging av sine medarbeidere og at dette igjen vil kunne redusere sykefravær. I årsrapporten til Trondheim kommune (2018) fremkommer det at lederne gjennom denne endringen skal ha bedre forutsetning for å se og ha dialog med alle medarbeidere. Trondheim kommune satser med dette stort på å utvikle lederkompetanse, og alle enhetsledere og avdelingsledere får ledelsesutvikling gjennom kommunens ledessesskole. Etter innføringen av den nye ledermodellen i 2017 gikk sykefraværet i Trondheim ned til 9,2 prosent som er det laveste på 20 år (Trondheim

kommune, 2018). Målet til kommunen er 8,8 prosent sykefravær. Helse- og velferdssektoren reduserte sykefraværet med henholdsvis 0,4 prosentpoeng i 2017.

Gjennom praksisperioden var en av mine arbeidsoppgaver å undersøke hvorfor forekomsten av sykefravær var så høyt i Trondheim kommune. Høy grad av emosjonell belastning og fraværende ledelse ble trukket frem som mulige faktorer som kunne spille inn på det høye sykefraværet, da spesielt i henhold til barn- og utdanningssektoren og helse- og velværesektoren. Dette samstemmer med kommunens fokusområder og grunnlag for å implementere et nytt lederledd i organisasjonen. AME har stort fokus på sosial støtte fra ledelse, samt arbeidsmiljøfaktorer som vold og trusler, emosjonelle belastninger og seksuell trakassering. Disse temaene ble inkludert i kommunens interne HMS undersøkelse fra 2019. Det var denne HMS-undersøkelsen som la grunnlaget for min studie, der jeg ønsker å se videre på emosjonelle belastninger og sammenhengen mellom sosial støtte fra leder og sykefravær.

### **Problemstilling**

Da Trondheim kommune har innført et nytt lederledd i alle sektorer og enheter i kommunen, er det ikke alle enheter som opplever en nedgang i sykefravær. Formålet med nærledelse er at nærmeste leder skal kunne utøve sosial støtte til alle ansatte, og med dette få ned unødvendig sykefravær. Egne analyser utført av AME presenterer en mulig sammenheng mellom sosial støtte fra leder, emosjonell belastning på arbeidsplassen og sykefravær. Det er tidligere forsket på effekten mellom ledelse og sykefravær, samt sosial støtte fra leder, men det er derimot mindre fokus på hva lederne som oppleves som støttende av sine medarbeidere faktisk gjør for å utøve støtte. Hensikten med denne studien er dermed å få lederes subjektive vurdering av egen atferd som fremmer sosial støtte, med formål om å videreutvikle Trondheim kommune sitt fokus på nærledelse og effekten av dette basert på denne informasjonen. På bakgrunn av dette ble den overordnede problemstillingen for denne studien; *å identifisere kjennetegn på støttende lederatferd hos ledere i helse og velferdssektoren i Trondheim kommune*. Problemstillingen er laget på grunnlag av teori som knytter sosial støtte fra leder til et lavere sykefravær i helse og velværesektoren. Jeg ønsker dog å presisere at denne studien er av en induktiv art, og at videre presentert teori er basert på funn fra analysen av studiens datamateriell.

## Teori

I denne delen av oppgaven presenteres det teoretiske og empiriske grunnlaget for den aktuelle studien. Teori og empiri er valgt ut på grunnlag av resultatet av tematisk analyse av studiens datamateriell. I den første delen av teorikapitlet gjøres det rede for sentrale kjennetegn ved sosial støtte, med særlig fokus på hvordan sosial støtte kan være en helsefremmende ressurs på arbeidsplassen. Videre vil det inkluderes modeller hvor sosial støtte trekkes frem som en modererende effekt på helse og velvære. Til slutt presenteres teori om ledelse og hvordan leder kan utøve sosial støtte med utgangspunkt i teorien om transformasjonsledelse (Bass, 1985). Hensikten med teorikapitlet er å skape en ramme rundt analysen og diskusjonen.

### Sosial støtte

Forskning har lenge fokusert på effekten av sosial støtte på helse, og hvordan det kan redusere den skadelige effekten av stress (Aspinwall & Taylor, 1997; Berkman, 1985; Bolger & Amarel, 2007; Cohen & Wills, 1985). Sosial støtte kan fremstilles som en transaksjonsprosess som avhenger av egenskaper hos både den som gir og den som mottar støtte (Lau & Wong, 2008). Det er med dette en dyadisk interaksjon der en person opplever distress og en annen person prøver å gi støtte til vedkommende. Beskrivelsen av sosial støtte som en sosial utveksling stammer fra sosial utvekslingsteori. Denne teorien prøver å forklare menneskers atferd som en utveksling av gjensidig givende aktivitet der vedkommende som mottar hjelp vil returnere tjenesten (Langford et al., 1997). Sosial støtte defineres på grunnlag av dette som assistanse og beskyttelse gitt til et individ (Shumaker & Brownell, 1984). Assistanse kan være materiell (f.eks. finansiell hjelp), eller immateriell (f.eks. emosjonell støtte). Med beskyttelse menes det å skjerme individer fra den uheldige effekten av stress som kan forekomme i livet. House og Kahn (1985) definerer sosial støtte som ressursene andre personer gir tilgang til. De presenterer videre fire ulike former for sosial støtte 1) Emosjonell støtte, 2) Instrumentell støtte, 3) Informativ støtte og 4) Vurderende støtte. Alle de ulike attributtene av sosial støtte er til hjelp og beskytter vedkommende som mottar støtte, og vil kunne fremme positiv helse og velvære (Langford et al., 1997).

Emosjonell støtte innebærer tilbud om empati, kjærlighet, tillit og omsorg (House, 1981). Denne formen for støtte kan bidra med at individet som mottar støtten opplever aksept og en følelse av egenverdi (Haslam et al., 2005). House (1981) definerer videre instrumentell støtte som praktisk eller materiell hjelp. Dette kan være tilskudd til materielle varer og tjenester, eller konkrete hjelpemidler. For eksempel kan instrumentell støtte være å gi finansiell assistanse eller å avlaste et individ gjennom å påta seg vedkommendes designerte

arbeid. Informativ støtte handler om formidling av informasjon som kan være nyttig for et individs forståelse og håndtering av en stressende situasjon (Bolger & Amarel, 2007; House, 1981). Dette kan være i form av tilbud om råd og forslag til hvordan situasjonen kan løses, samt informere om tilgjengelige ressurser som kan være nyttig. Der informativ støtte brukes når et individ står ovenfor problemløsning brukes vurderende støtte når et individ skal evaluere seg selv (House, 1981). Gjennom vurderende støtte får individet tilbud om tilbakemelding og sosial sammenligning (Bolger & Amarel, 2007).

**Sosial støtte som buffer eller hovedeffekt.** Sosial støtte antas å ha både en direkte påvirkning på ansattes stressnivå og helse, samt moderer hvor belastende en stressor oppleves. Virkningen av sosial støtte anses av mange å være avhengig av situasjonen den opptrer i. Dette refereres ofte til i litteraturen som en såkalt buffereffekt, hvor sosial støtte anses å virke som en buffer i en allerede oppstått situasjon (House et al., 1988). Sosial støtte som en buffer omhandler blant annet de tilfeller hvor virkningen av sosial støtte er avhengig av, eller virker sammen med, stressoren. Det er for eksempel vanlig å anta at sammenhengen mellom stressorer og belastning er sterkere for ansatte med lav grad av sosial støtte (Viswesvaran et al., 1999). I et slikt tilfelle vil effekten av sosial støtte i hovedsak handle om å «minimere skadene». Sosial støtte som hovedeffekt på den annen side, vil i forhold til stress og helse innebære at sosial støtte kan redusere hvor stor belastning situasjonen, eller stressoren, oppleves for den ansatte i seg selv, uavhengig av hvor stor belastningen er. Med andre ord vil støtte som hovedeffekt ha en universell, ikke situasjonsbetinget, effekt på den ansattes helse og velvære. Det er ikke enighet i litteraturen på området om hvilke av disse effektene som er den viktigste og/eller gir den beste beskrivelsen av de faktiske sammenhengene. En meta-analyse av sosial støtte og arbeidsrelatert stress konkluderer imidlertid med at tidligere forskning finner at sosial støtte både har en direkte påvirkning på helse og virker som en buffer (Viswesvaran et al., 1999). Derfor kan man si at sosial støtte kan forbedre de ansattes helse både ved å virke direkte helsefrembringende eller gjennom å redusere hvor belastende stressorer oppleves (House 1981).

Sosial støtte forekommer i alle aspekter av livet, og vil med dette også være en faktor som påvirker helse og velvære i arbeidslivet. Det vil nå presenteres to teorier som beskriver hvordan arbeidsmiljøfaktorer påvirker ansattes helse og med dette sykefravær. Krav-Kontroll-Støtte modellen og Jobbkraft- Ressurs modellen er modeller som inkluderer sosial støtte som en buffereffekt på negative helseutfall som følge av arbeidsmiljøfaktorer.

## Krav-Kontroll- Støtte

Krav-Kontroll-Støtte modellen (Karasek & Theorell, 1990) er en sentral modell i diskusjonen rundt forhold på arbeidsplassen og helse blant medarbeidere. Modellen ble først presentert i 1979 som Krav-kontroll modellen (Karasek, 1979). I denne modellen påvirkes helse og velvære på arbeidsplassen av de jobbkraav som stilles til en person, og av muligheten til å utøve kontroll over sin arbeidssituasjon (Karasek, 1979). Krav-kontroll modellen tar utgangspunkt i to grunnleggende dimensjoner for å beskrive arbeidsmiljøet – jobbkraav og jobbkontroll. Interaksjonen mellom disse dimensjonene vil igjen kunne påvirke individets nivå av velvære og helse. I følge Karasek (1979) inkluderer jobbkraav arbeidsmengde, arbeidstempo og tidsfrister. Kraav kan også forekomme i forbindelse med koordinering og samarbeid, emosjonelle belastninger og fysiske belastninger som følge av arbeidsoppgaver. Kontrolldimensjonen på den annen side handler om evneutnyttelse og autonomi, altså hvorvidt den ansatte kan utøve innflytelse over arbeidsoppgaven og utførelsen i løpet av en normal arbeidsdag. Kjernen i Krav-kontroll modellen er at forholdet mellom kraav og kontroll er avgjørende for kvaliteten på arbeidsmiljøet og hvordan det oppleves for den enkelte. Jobbkraav vil være nødvendig for effektive prestasjoner og jobbtilfredsstillelse. Hvis det er høyt nivå av jobbkraav og høyt nivå av kontroll vil jobben bli beskrevet som «aktiv». Dette betyr at hvis den ansatte opplever kontroll i sin arbeidshverdag vil de krevende arbeidsoppgavene virke som en kilde på utfordring og mestring. Denne balansen mellom kraav og kontroll fører til en positiv arbeidssituasjon med rom for læring og vekst. Hvis arbeidsmiljøet er preget av lave jobbkraav og lav kontroll vil jobben karakteriseres som «passiv». Dette arbeidsmiljøet vil oppleves som demotiverende og kjedelig i mangel på utfordringer. Om kraavene derimot blir for mange og for høye, vil dette kunne medføre negative konsekvenser. Hvis arbeidsmiljøet er preget av høye nivå av jobbkraav, men lavt nivå av kontroll over disse kraavene vil dette kunne medføre psykologisk belastning for den ansatte (Karasek, 1979; Sargent & Terry, 2000). Belastning kan blant annet være utmattelse, angst, depresjon og risiko for å utvikle psykiske lidelser (Munro et al., 1998). Jobbkraav-kontroll modellen predikerer dermed at jobb belastninger er et resultat av interaksjonen av jobbkraav og opplevd kontroll på jobben (Sargent & Terry, 2000).

Litteraturen finner støtte for hypotesen at kombinasjonen høye jobbkraav og lav jobbkontroll i arbeidsmiljøet er en prediktor for psykologisk belastning og sykdom (Bakker & Demerouti, 2007; Karasek, 1979; Schnall et al., 1994). Det er derimot mindre støtte for bufferhypotesen som tilsier at kontroll kan moderere den negative effekten av høye jobbkraav på velvære (Bakker & Demerouti, 2007; De Jonge & Kompier, 1997; Van der Doef & Maes,

1999). Jobbkraft-kontroll modellen har med dette videre utviklet seg til å inkludere en tredje dimensjon; sosial støtte. Dette var blant annet et resultat av en økende interesse i sosial støtte og effekten dette har på medarbeideres helse og velvære på arbeidsplassen (Munro et al., 1998). Karasek og Theorell (1990) presenterer i den reviderte modellen en klar sammenheng mellom jobb-belastning og sosial støtte. Sosial støtte blir trukket frem som en av de viktigste faktorene som motvirker negativt stress i arbeidsmiljøet. I Krav-kontroll-støtte modellen refererer sosial støtte til positiv eller hjelpfull sosial interaksjon som gjøres tilgjengelig av kollegaer eller nærmeste leder (Karasek & Theorell, 1990). Jobbkraft kan med dette bli moderert av opplevd sosial støtte i en situasjon. Dette betyr at en jobb med høye jobbkraft ikke nødvendigvis vil medføre belastning for individet gitt at vedkommende opplever sosial støtte, enten fra sine kollegaer eller leder. Sosial støtte vil med dette ha en lignende interaksjonseffekt som kontroll i forhold til jobbkraft.

### **Jobbkraft- ressurs modellen**

Jobbkraft- ressurs modellen (JD-R) ble først introdusert som en modell som forklarer forløpet til utbrenthet (Demerouti et al., 2001), men har i dag utviklet seg til å ta for seg jobb-engasjement og andre former for velvære hos ansatte (Bakker & Demerouti, 2017; Schaufeli & Taris, 2014). JD-R er en åpen og fleksibel modell med et balanse-perspektiv som tar utgangspunkt i at alle yrker har sine egne spesifikke risiko-faktorer knyttet til jobbstress, og at stress, uhelse, velvære og andre organisatoriske utfall er en konsekvens av faktorer som kan kategoriseres inn i to overordnede kategorier; jobb-kraft og jobb-ressurser (Bakker et al., 2014; Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Taris, 2014). Jobbkraft er fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske karakteristikk ved arbeid som involverer vedvarende fysiske og/eller psykiske anstrengelser (Demerouti et al., 2001). Negative utfall av høye jobbkraft kan eksempelvis være stress, utbrenthet og turnover (Bakker et al., 2014). Jobbressurser er fysiske, psykiske, sosiale eller organisatoriske karakteristikk som enten har som funksjon å oppnå mål eller stimulere til personlig vekst, læring og utvikling. Jobbressurser kan føre til jobb-engasjement, motivasjon og andre positive utfall for individet (Bakker et al., 2014), samt redusere jobbkraft og de anstrengelsene dette medfører (Demerouti et al., 2001). Jobbressurser finnes på flere nivåer. På et sosialt nivå kan en jobbressurs være støtte fra kollegaer, mens det på et organisatorisk nivå kan være ulike karrieremuligheter. Kombinasjonen av jobbkraft og ressurs vil kunne påvirke individets helse, og studier har funnet at spesielt utbrenthet er en følge av for høye jobbkraft (Demerouti et al., 2009).

Sosial støtte trekkes frem som en av de viktigste jobbressursene i jobbkraft-ressurs modellen (Bakker & Demerouti, 2014), og vil som andre jobbressurser virke som en



moderator på jobbkraft. Sosial støtte vil med dette være en buffer mot belastning som kan forekomme av ulike jobbkraft på arbeidsplassen. Til tross for antall studier som promoterer konseptet sosial støtte som en moderator for organisatoriske belastninger, finner andre studier inkonsistenser i sine funn (Munro et al., 1998). Dette kan skyldes at det ikke er en allmenn enighet i hvordan sosial støtte defineres eller operasjonaliseres. I JD-R modellen skilles det for eksempel ikke mellom de fire ulike typer sosial støtte som House (1981) presenterer. Videre skilles det ikke mellom støtte på arbeidsplassen og støtte på hjemmebane i den originale modellen (Demerouti et al., 2001). I den reviderte utgaven av JD-R modellen skilles det derimot mellom personlige- og jobberelaterte ressurser (Bakker & Demerouti, 2014). Sosial støtte som en jobberessurs vil med dette kun innebære støtte fra kollegaer og leder, og ikke familie og venner.

Da JD-R modellen er fleksibel i henhold til at den kan tilpasses ulike yrker og deres utfordringer, vil denne modellen også være aktuell for å bedre forstå jobbkraft og jobberessurser (som for eksempel sosial støtte) i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune, og utfallet av dette samspillet.

## **Ledelse**

Det vil nå bli presentert teori om ledelse og hvordan ledelse kan påvirke de ansattes helse og velvære. Det vil først bli gjort rede for begrepet ledelse og ulike perspektiver på fenomenet. Videre presentert teori om helsefremmende ledelse, og med dette transformasjonsledelse som en ledelsesteori som har funnet å ha effekt på medarbeideres helse og sykefravær.

I faglitteraturen gjøres det et skille mellom leder og ledelse, mer presist skiller man mellom trekk og prosess (Northouse, 2019; Yukl, 2010). Leder- trekk perspektivet fokuserer på iboende eller medfødte karakteristikk og kvaliteter som gjør mennesker til ledere. Det er disse trekkene som skiller ledere fra ikke-ledere. Med andre ord kan man si at dette perspektivet tar utgangspunkt i at en er født til å lede (Northouse, 2019). Ledelse- prosess perspektivet på ledelse på den annen side mener at ledelse er et fenomen som forekommer i kontekst av interaksjonen mellom leder og følger. Ledelse blir vurdert ut ifra leders atferd, og ikke lederens personlige karakteristikk (Northouse, 2019). Da denne studien har som formål å utforske kjennetegn på lederatferd hos ledere som oppleves som støttende, vil det sistnevnte perspektivet være førende i denne oppgaven. Karakteristikk ved leder vil dog kunne påvirke atferd.

Som følge av de ulike perspektivene på fenomenet finnes det mange definisjoner på ledelse. Denne studien tar utgangspunkt i definisjonene presentert av Northouse (2019) og

Yukl (2010). Northouse (2019) definerer ledelse som en prosess hvor et individ påvirker andre til å nå et felles mål. Videre definerer Yukl (2010) ledelsesbegrepet som en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd. Begge definisjoner anses som forenlige med denne oppgavens tematikk, i tråd med studiens ledelsesperspektiv hvor fokus ligger på lederatferd og prosess framfor ledertrekk og egenskaper.

**Helsefremmende ledelse.** Eriksson (2011) definerer helsefremmende ledelse som “en ledelse som jobber for å skape kultur for helsefremmende arbeidsplasser og –verdier, og for å inspirere og motivere til medarbeidernes deltakelse i denne utviklingen”. I denne sammenheng nevnes lederstøtte og involvering, sammen med lederes bidrag i utviklingen av både det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet som sentrale elementer. Videre beskriver Slinning og Haugen (2011) hvordan helsefremmende lederskap omhandler “å gå først og vise vei gjennom involverende og ansvarliggjørende dialog for å skape resultater som fremmer helheten og den enkeltes fysiske, relasjonelle og mentale mestringskapasitet”. Å besitte kunnskap om og være bevisst på egen atferd er altså det essensielle i lederens interaksjon med medarbeiderne (Slinning & Haugen, 2011).

Sammenliknet med tradisjonelle lederstiler, er den helsefremmende lederstilen belyst i betydelig mindre grad i dagens faglitteratur (Nyberg et al., 2005), antakelig som følge av at det fortsatt er mangel på kunnskap om hvordan ledelseskvaliteter og –strategier har påvirkning på forbedring av arbeidstakeres helse (Dellve et al., 2007; Nyberg et al., 2005). Det foreligger likevel flere gjennomførte studier tilknyttet fenomenet. Blant annet har studier av helsevesenet vist sammenhenger mellom arbeidsrelatert helse blant de ansatte og praktisering av ledelse, i form av hvordan (og hvorvidt) lederen håndterer konflikter, tilbyr støtte til medarbeiderne og er tilgjengelige for dem (Brulin et al., 1998; Dellve et al., 2003; Eriksen et al., 2003).

En litteraturstudie av Nyberg og kollegaer (2005) oppsummerer flere lederatferder som synes å virke gjennomgående for ledere som har medarbeidere med god helse og jobbtilfredshet. Ifølge Nyberg og kollegaer (2005) vil lederatferder som å ta hensyn til sine medarbeidere, initierer struktur når det trengs (særlig i stressende situasjoner), gi medarbeidere intellektuell stimulering, og inspirere dem til å se en dypere mening i jobben, virke til å stimulere helse og tilfredshet blant medarbeiderne. I tillegg vil tilrettelegging for autonomi i form av å tillate dem å kontrollere deres arbeidsmiljø og gi mulighet for deltakelse kunne være helsefremmende (Nyberg et al., 2005). Videre vil sosial støtte fra leder kunne ha en positiv påvirkning på medarbeidernes velvære og helse (Tayfur & Arslan, 2013). I en

studie av psykososiale arbeidsmiljø-faktorer som kunne ha en innvirkning på kortvarige og langvarige sykefraværperioder ble det funnet at opplevd lederstøtte var en faktor som hadde en signifikant effekt (Nielsen et al., 2006). Støtte fra leder ble funnet å minske opplevd stress (Marín & García-Ramírez, 2005), og emosjonell utmattelse (Greenglass et al., 1997) hos deres respektive medarbeidere (Tayfur & Arslan, 2013). En annen studie fant at støtte fra leder hadde en større effekt på blant annet medarbeideres mentale helse enn sosial støtte fra kollegaer (Stansfeld et al., 2006). Det er derfor relevant å se på hva ledere gjør for å utøve støtte på sin arbeidsplass.

Arbeidstakeres velvære på arbeidsplassen har blitt positivt relatert til ledere som innehar blant annet visjonære, motiverende og støttende holdninger – holdninger som er forenelige med de sentrale komponentene til transformasjonsledelse (Nilsson et al., 2005). Videre er forbedring av arbeidstakeres helse funnet å ha positiv sammenheng med ledere som praktiserer denne lederstilen (Nyberg et al., 2005). Det vil i følgende avsnitt gjøres rede for transformasjonsledelse med formål å kunne forklare hvordan og hvorfor denne lederstilen kan bidra til å skape helsefremmende arbeidsforhold for arbeidstakere. Transformasjonsledelse ble presentert for første gang for over 40 år siden (Bass, 1999), og kan således anses som et veletablert fenomen innenfor dagens ledelseslitteratur. Martinsen (2005) uttrykker hvordan transformasjonsledelsesteorien har blitt et eget paradigme innenfor ledelsesforskningen, og viser til hvordan de fleste studier på ledelse i dag tar utgangspunkt i dette teoretiske rammeverket. Det understrekes imidlertid at transformasjonsledelse har blitt kritisert for å framstå som et for snevert begrep innenfor faglitteraturen. Til tross for dette blir transformasjonsledelse inkludert i denne studien da den kan bidra til å vise hvordan og hvorfor spesifikke lederatferder kan knyttes til arbeidstakeres helse. Dette er på grunnlag av at det er funnet flere sammenhenger mellom transformasjonsledelse som lederstil og dens påvirkning på medarbeideres helse og velvære på arbeidsplassen (Nyberg et al., 2005).

**Transformasjonsledelse.** Transformasjonsledelse er forbundet med flere positive helseutfall (Skakon et al., 2010; Zwingmann et al., 2014). Arbeidstakere som har ledere som praktiserer transformasjonsledelse opplever større grad av blant annet sosial støtte og autonomi (Breevaart et al., 2014). Dette er noen av jobbressursene som er funnet å ha stor betydning for arbeidstakeres velvære og helse på arbeidsplassen (Bakker et al., 2005; Xanthopoulou et al., 2009). Studier har også funnet sammenheng mellom transformasjonsledelse og sykefravær på arbeidsplassen (Nyberg et al., 2005).

Transformasjonsledelse består av fire komponenter; Idealisert påvirkning, inspirerende motivasjon, intellektuell stimulering og individuell omsorg (Bass, 1985). Idealisert påvirkning

handler om at lederen oppfører seg som en rollemodell og går foran som et eksempel på hvordan en skal oppføre seg. Inspirerende motivasjon handler om at lederen formulerer en klar visjon for veien videre, og skaper et felles mål for gruppen som skal ledes. Ved intellektuell stimulering menes det at lederen oppfordrer arbeidstakere til å utnytte de ferdighetene og kompetansen de besitter, samtidig som at lederen veileder dem mens de tar egne valg. Den siste dimensjonen av transformasjonsledelse, individuell omsorg, handler om at lederen anerkjenner at det er individuelle forskjeller mellom medlemmene i gruppen, og dermed tilpasser egen atferd i henhold til individets behov og evner.

Studier viser at transformasjonsledelse påvirker arbeidere til å prestere utover forventet evne, samt fører til høy jobbtilfredshet (Medley & Larochelle, 1995). Medarbeidere vil også oppleve høy jobbtilhørighet til gruppen og organisasjonen (Bass, 1985). I tillegg viste en studie at ansatte som har en leder som bruker transformasjonsledelse, rapporterer høyere nivåer av ønskelige jobbkarakteristikker, som mer autonomi og tilbakemelding (Piccolo & Colquitt, 2006). En norsk studie av Hetland og Sandal (2003) viste en sammenheng mellom transformasjonsledelse og tilfredshet med leder, ledereffektivitet og arbeidsmotivasjon. Nielsen og Daniels (2016) argumenterer derfor for at denne formen for ledelse vil redusere legitimt sykefraværet på en arbeidsplass. En leder som utviser transformerende atferd har vist seg å redusere utbrenthet blant sine følgere (Den Hartog & De Hoogh, 2009; Diebig et al., 2017). En annen studie (Breevaart et al., 2014) fant at transformasjonsledelse kan bidra til et bedre arbeidsmiljø da arbeidstakere som har ledere som praktiserer denne lederstilen opplever større grad av sosial støtte. Høyt nivå av sosial støtte fra leder har sammenheng med lavere nivå av stress og utbrenthet blant ansatte (Lee & Ashforth, 1996). Det kan dermed argumenteres for at god ledelse vil virke som en jobbressurs på arbeidsplassen, og på den måten redusere stress og medfølgende negative helseutfall.

## Metode

I denne delen av oppgaven presenteres metoden som ble brukt for å gjennomføre den aktuelle studien. Målet med studien var å undersøke hva som kjennetegner lederatferd hos ledere som oppleves som støttende blant ansatte. Studien er et resultat av en praksisperiode ved Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune. Trondheim kommune har lenge hatt fokus på det de kaller «Nærledelse», og har på grunnlag av dette innført et nytt lederledd i kommunen - avdelingsleder. Alt av personalansvar er med dette flyttet fra enhetsleder til avdelingsleder, med mål om å gjøre avstanden mellom ansatt og nærmeste leder mindre. Det skal med dette være lettere for nærmeste leder å utøve sosial støtte til sine ansatte. Høsten 2018 påla Rådmannen i Trondheim kommune Arbeidsmiljøenheten å lage en HMS-undersøkelse som skulle kartlegge utbredelse av emosjonelle krav, vold og trusler, og seksuell trakassering blant ansatte i kommunen. I denne undersøkelsen ble det også inkludert spørsmål rundt i hvor stor grad de ansatte opplever sosial støtte fra nærmeste leder. Det var på grunnlag av innføringen av nærledelse og HMS-undersøkelsen at problemstillingen for denne oppgaven ble utformet.

### Valg av metode

Kvalitativ metode er mer utforskende sammenliknet med kvantitativ metode, og man kan gå bredere ut i søket på fenomenet og finne kunnskap som man i utgangspunktet ikke så etter (Smith, 2015). Denne studien hadde en eksplorerende tilnærming der det var ønskelig å avdekke ny kunnskap rundt ledelse i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune. Det er mye forskning på sosial støtte fra leder og effekten dette har på medarbeideres helse, men derimot uklart hva som gjør at en leder oppleves som støttende. Kvalitativ metode er godt egnet dersom eksisterende teori ikke forklarer fenomenet tilstrekkelig (Larkin, 2015), og det er derfor hensiktsmessig å bruke en kvalitativ forskningstilnærming for denne studien.

### Utvalg

Det ble valgt å intervju avdelingsledere ved sykehjem i Trondheim kommune for å belyse studiens problemstilling. Dette var for å få et innblikk i leders subjektive forståelse av sosial støtte, og hva som vektlegges når støtte skal utøves. Basert på studiens formål ble informanter rekruttert med en kombinasjon av strategisk utvalg og tilgjengelighet. Strategisk utvalg innebærer at deltakerne inkluderes fordi man antar at de kan belyse studiens problemstilling (Bryman, 2015). For å sikre dette ble utvalget plukket ut i samarbeid med Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune på bakgrunn av HMS-undersøkelsen sendt ut våren 2019. Det ble her vektlagt enheter innen helse- og velferdssektoren som skåret høyt på sosial støtte fra leder, og hadde lavt sykefravær. Det ble plukket ut fem enheter som møtte

kriteriene for utvalget. Enhetene som ble plukket ut rapporterte også høy grad av emosjonelle krav på arbeidsplassen. På grunn av anonymitet vil enhetene ikke bli nevnt ved navn.

Epost med invitasjon om deltakelse i studien ble sendt ut november 2019 til avdelingsledere ansatt ved de fem utvalgte enhetene. Kontaktinformasjon ble samlet inn gjennom Arbeidsmiljøenheten og via enhetens nettsider. Det var totalt ni avdelingsledere som ble kontaktet, hvor seks takket ja til å delta. En av deltakerne ble ekskludert fra studien da vedkommende nettopp var ansatt som vikarierende avdelingsleder. En enhet hadde ingen representanter.

Utvalget i studien består av fire kvinner og en mann som er avdelingsledere ved fem sykehjem i Trondheim kommune. Sykehjemmene har ulik spesialisering innen sykdom og pasientgruppe. Utvalget har 2 - 9 års ledererfaring, og personalansvar for 25 - 48 ansatte. Samtlige informanter beskrev sin avdeling som liten. I tillegg til ansvar for personaloppfølging er avdelingslederne også faglig ansvarlig, samt deler økonomiansvar med enhetsleder. Det er avdelingsleders ansvar å følge opp sykefravær.

### **Datainnsamling**

**Kvalitativt intervju.** Datainnsamlingen ble gjennomført gjennom kvalitative intervju og fant sted fra desember 2019 til Januar 2020. Intervju er et vanlig og mye anvendt verktøy innenfor det psykologiske og samfunnsvitenskapelige fagfeltet (Howitt, 2013). Ved bruk av kvalitative intervju ønsker man å oppnå kunnskap og forståelse om informantenes liv, gjennom beskrivelser som preges av perspektivet til den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble vurdert fordelaktig å benytte intervju i denne studien da det gir rom for informantenes tolkninger og tanker rundt egne opplevelser og erfaringer som leder.

**Intervjuguide.** Intervjuene fulgte en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål for å dekke spesifikke temaer og samtidig fange individuelle forskjeller mellom informantene (Howitt, 2013). Et semistrukturert intervju gir mulighet til å følge opp relevante temaer som dukker opp i løpet av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble gjennomført et pilotintervju for å sikre at spørsmål var forståelige. Det ble her gjort noen endringer hvor oppfølgingsspørsmål ble lagt til der det var nødvendig. Intervjuguiden ble også tilpasset etter hvert som intervjuene ble gjennomført, da det dukket opp spørsmål som kunne være relevant for problemstillingen. Noen spørsmål i den originale intervjuguiden ble fjernet underveis.

**Gjennomføring av intervju.** For å sikre en trygg og behagelig setting for gjennomføring av intervju, anbefales det å utføre intervjuet i kjente omgivelser for informanten (Kvale og Brinkmann, 2015; Tjora, 2017). Intervjuene fant derfor sted på

deltakernes arbeidsplass på et kontor eller møterom uten forstyrrelser. Intervjuene varte fra 45 til 90 minutter.

### **Transkribering**

Datamaterialet fra intervjuene ble transkribert ordrett, og ikke-verbale hint som latter, humring eller banking i bordet ble notert i parentes. Korte pauser ble angitt med tre punktum, lange pauser med ordet «pause», avbrytelser med bindestrek (e.g., «Men vi prøver jo-») og vektlagte ord med store bokstaver (e.g., «Da MÅ den personen komme inn»). Slike detaljer anbefales for at leseren skal få inntrykk av hvordan dialogen har foregått (Poland, 2002).

### **Dataanalyse**

Innholdet i intervjuene ble analysert tematisk. Tematisk analyse er en kvalitativ og fleksibel metode som blir brukt til å identifisere, analysere og rapportere tematikk som går igjen i datamateriale på tvers av informanter (Braun & Clarke, 2006). Studiens formål er å identifisere atferd hos ledere som oppleves som støttende blant sine medarbeidere, og tematisk analyse er dermed en passende analysetilnærming. Tematisk analyse er også egnet for datamateriell i tekstform, i dette tilfellet transkriberte intervju (Howitt, 2013).

Grunnet stor grad av fleksibilitet, åpner tematisk analyse både for en induktiv og deduktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2006). Denne studien vurderes som preget av begge innfallsvinkler. Foreliggende kunnskap om helsefremmende arbeid og ledelse som fenomen har lagt føringen for datainnsamling og analyse, og det kan derfor argumenteres for at studien er deduktivt drevet. For eksempel ble intervjuguide utformet på grunnlag av eksisterende kunnskap og teori fra faget. Fokus og utvalg av tema i analyseprosessen vil også ha blitt påvirket av et teoretisk bakteppe. På den annen side ble analysen gjennomført med mål om å søke og finne sentrale kjennetegn i det innsamlede datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Studien er derfor i hovedsak av en induktiv art da tematisk og teoretisk rammeverk ble justert i takt med funn i analysen.

**Analyseprosess.** Dataanalysen ble inspirert av tilnærmingen som beskrives av Braun og Clarke (2006). Det blir her gjort rede for seks veiledende steg for å gjennomføre en holdbar tematisk analyse, med formål om å unngå potensielle fallgruver i prosessen.

*Steg en. Bli kjent med datamateriell.* Det første steget i analyseprosessen finner sted allerede under innsamling av data og den påfølgende transkriberingen av datamateriell (Braun & Clarke, 2006). Jeg gjennomførte alle intervjuene selv, samt transkribering, og ble med dette godt kjent med datamaterialet. Transkripsjonene ble også lest igjennom i forkant av analysen for å sikre god kjennskap til informasjonen som var innhentet til studien.

**Steg to. Førstegangskoding.** Neste steg i analyseprosessen er å utvikle koder som skal beskrive sitatene i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Transkripsjon av intervju ble skrevet ut og lest gjennom, og potensielle koder som kunne være interessant eller relevant for studien ble notert i marg. Dataprogrammet Nvivo ble så brukt for å segmentere koder digitalt. Dette skapte en oversiktlig struktur på de ulike kodene.

**Steg tre. Søke etter temaer.** Etter at kodene er utviklet, identifiseres mønstre på tvers av datamaterialet ved å sortere nærliggende koder sammen til overordnede og navngitte temaer (Braun & Clarke, 2006). Koder ble her sammenlignet, og utsagn som representerte samme fenomen ble slått sammen til et overordnet tema. For eksempel kodene “Finne løsninger sammen” og “De ansatte sitter på løsningen” ble slått sammen til temaet “Medbestemmelse”.

**Steg fire. Evaluere tema.** Under dette steget ble det vurdert om temaene hadde intern homogenitet - hvorvidt kodene innenfor et tema henger sammen på en meningsfull måte, og ekstern heterogenitet - om hvert enkelt tema skiller seg fra de andre identifiserte temaene (Braun & Clarke, 2006). Ved gjennomlesning av utdragene til de forskjellige temaene ble noen tema slått sammen da de representerte samme fenomen. For eksempel temaet «Skape gjensidig tillit» ble gjort til en underkategori under temaet «Bygge relasjon med ansatte». Det ble også benyttet tankekart for å visuelt fremstille innholdet i de ulike temaene. Noen tema ble vurdert mindre relevant for besvarelse av studiens problemstilling og ble derfor forkastet.

**Steg fem. Definere og navngi tema.** Etter at temaene er sortert og evaluert, og den tematiske oversikten er ferdigstilt, blir de enkelte temaene definert og navngitt (Braun & Clarke, 2006). Temaer ble navngitt basert på studiens problemstilling. Gjennomgående lederatferd ble definert, og det var fokus på å tydeliggjøre forskjellene mellom de ulike temaene.

**Steg seks. Skrive forskningsrapport.** Siste steg i analyseprosessen er å produsere og ferdigstille den skriftlige presentasjonen av studien (Braun & Clarke, 2006). Sentrale sitater ble valgt ut fra datamaterialet for å underbygge funnene, og dette presenteres videre i resultatkapitlet.

### **Etiske betraktninger**

Frivillig deltakelse, informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet er sentrale prinsipper som er viktig å ta hensyn til under forskningsprosessen (Tjora, 2017). Personvernombudet for forskning (NSD) ble informert om studien høsten 2019, og godkjenningen deres mottatt før datainnsamlingen ble gjennomført. Deltakerne fikk informasjon om studien gjennom et eget vedlegg i e-post sendt November 2019 med



forespørsel om deltakelse i prosjektet. Et vedlegg inneholdt informasjon om prosjektets formål, informantenes rettigheter og hva deltakelse innebar. Deltakere ble videre informert om hvem som fikk tilgang til opplysningene i etterkant av intervjuene, hvordan datamaterialet ville bli behandlet og at deltakelsen var frivillig.

I henhold til konfidensialitet og anonymitet ble deltakerne informert om at deres navn, arbeidsplass og annen sensitiv personinformasjon anonymiseres for å sikre at informantene ikke kan identifiseres i resultatfremstillingen. I henhold til dette refereres informantene ved nummer og ikke deres navn, samt at alle blir referert til med kvinnelig pronomen. Deltakerne ble påminnet om å opprettholde egen taushetsplikt og ikke utgi sensitiv informasjon om ansatte under intervjuet. Personopplysninger og annen sensitiv informasjon ble erstattet eller fjernet under transkribering.

## Resultat

Formålet med denne studien er å identifisere kjennetegn på støttende lederatferder hos ledere som oppleves som støttende blant sine medarbeidere i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune. Resultatene fra den tematiske analysen av studiens datamateriale vil nå bli presentert. Resultatene baseres på informantenes beskrivelser av hvordan de samhandler med og tilrettelegger for sine medarbeidere gjennom en arbeidshverdag. Følgende temaer vil bli presentert: 1) Bygge relasjon med medarbeider, 2) Kommunikasjon, 3) Tilrettelegge for ansatte 4) Avlaste medarbeider. Alle temaer inkluderer tilhørende underkategorier som illustrerer temaene på et detaljert nivå.

### Kontekstinformasjon

For å forstå konteksten temaene forekommer i, vil først arbeidsforholdene til medarbeiderne som er underordnet de fem avdelingslederne som deltok i studien presenteres. De mest fremtredende og gjennomgående tendensene i arbeidsforholdene til ansatte ved helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune blir presentert. Det vil bli beskrevet hvordan medarbeidernes arbeidshverdag er utformet og strukturert, og hvilke konsekvenser disse arbeidsforholdene virker å ha for medarbeiderne. Formålet med dette er å kunne knytte lederatferder hos ledere som oppleves som støttende til spesifikke arbeidsforhold. Det kontekstuelle utgangspunktet har blitt generert på grunnlag av resultatene fra den tematiske analysen av intervjuene. På bakgrunn av dette blir det presentert tre kontekstuelle temaer; Organisering av arbeid, faglig engasjement og fysiske og emosjonelle belastninger.

**Organisering av arbeid.** Medarbeiderne på enhetene i denne studien har det informantene beskriver som en standard organisering av arbeidstid og oppgaver for et sykehjem. De ansatte jobber i turnus, som er delt opp i dag, kveld og natt. Noen er ansatt fast natt og jobber kun da, mens de som jobber dag og kveld kan også jobbe nattevakt. Arbeidsoppgaver varierer ut fra hvilken pasientgruppe enhetene har, men det er gjennomgående stell av beboere, medisiner, aktivisering, gi mat og generell sosialisering som går igjen.

Medarbeiderne på enhetene har en sammensetning av ulike faglige bakgrunner. Avdelingslederen har personalansvar for sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider og ufaglærte (assistenter). De har også ansvar for eventuelle studenter eller lærlinger som har praksis ved enheten. Informantene forteller at det er klare retningslinjer for hva de ulike fagbakgrunnene kan og skal gjøre i avdelingen. For eksempel er det kun sykepleiere som kan gi medisin, med mindre vernepleier eller assistent har medisinkurs. Ved sykehjemmene er det arbeidsoppgaver som må gjøres gjennom dagen, men medarbeiderne er fri til å legge opp

dagen sin selv. En informant forteller at det er enkelte ting som må gjøres til visse tider (e.g., morgenstell eller medisinerings), men hun lar medarbeiderne ta avgjørelsen selv hvor og hvordan de ønsker å begynne.

**Faglig engasjement.** Samtlige informanter trekker frem at deres medarbeider har et stort faglig engasjement. En informant presiserer at hun opplever sine medarbeidere som menneskeorienterte, og at de gikk inn i yrket for å kunne hjelpe folk. Hun forteller videre at dette engasjementet for å hjelpe andre kommer på både godt og vondt. En annen informant forteller at hennes medarbeidere er veldig opptatt av faget sitt, og strekker seg langt for å gjøre en god jobb. Hun forteller videre hvordan dette kan by på utfordringer. Det er mye som skal gjøres i løpet av arbeidsdagen, og mange av de ansatte uttrykker en følelse av å ikke strekke til. Dette kan skyldes flere faktorer, men samtlige informanter forteller at de hadde hatt flere personer per vakt hvis økonomien hadde tillatt det. Siden sykehjemmene er kommunale er det Trondheim kommune som bestemmer hvor store ressurser enheten skal ha, og dette påvirker hvor mange som kan være på vakt samtidig. En gjenganger hos flere av informantene er at medarbeiderne ønsker å fokusere på livskvalitet hos beboerne gjennom samtaler og et godt stell. Dette blir derimot vanskelig når det er mange beboere som skal få den samme behandlingen, og det er begrenset med hender på jobb.

**Fysiske og emosjonelle belastninger.** Følelsen av å ikke strekke til som blir beskrevet ovenfor er bare noen av de utfordringene medarbeiderne til informantene opplever. Når informantene blir spurt om hvorfor sykefravær forekommer på deres avdeling er det noen interne faktorer (inkludert følelsen av å ikke strekke til) som går igjen. En av dem er fysiske belastninger. Mye av arbeidsoppgavene ved et sykehjem innebærer fysiske løft som for eksempel ved stell. Det blir også mye gåing mellom pasienter og beboere. En informant forteller at hun har flere medarbeidere ved sin avdeling som sliter med ryggen, skuldre eller vonde knær. Samtlige enheter har hjelpemidler som skal avlaste de tunge løftene, men informantene forteller at det hender at medarbeiderne tar snarveier og ikke bruker disse hjelpemidlene for å spare tid.

Emosjonelle påkjenninger er en annen utfordring informantene forteller deres medarbeidere opplever i sin jobbhverdag. Følelsen av å ikke strekke til er et eksempel som allerede er nevnt, men det å jobbe med mennesker kan by på en rekke emosjonelle belastninger. En informant forteller hvordan det kan være vanskelig å forholde seg til pasienter og beboere. Medarbeideren må være profesjonell og opptre på en viss måte, og det er krevende å ha en jobb hvor man må forholde seg til syke mennesker, demente og død.

Informanten er derimot tydelig på at mange medarbeiderne er godt rustet i jobben sin, men at selv den tøffeste kan ha dårlige opplevelser på jobb. «*Det er en del av jobben*» forteller hun.

En annen utfordring som blir trukket frem er å skulle forholde seg til pårørende. Pårørende har økende krav til hvordan de forventer at sine kjære skal bli behandlet, og dette kan gå utover de ansatte. Samtlige informanter forteller om pårørende som tar frustrasjonen sin ut på den første ansatte vedkommende ser. En informant forteller hvordan hennes medarbeidere finner det vanskelig å skulle forholde seg til slike situasjoner, da de ofte får kjeft for noe de ikke har gjort eller har kjennskap til, men må oppføre seg profesjonelt ovenfor den pårørende. Det er også mye tid som går til kommunikasjon med pårørende som de ansatte heller ønsker å bruke sammen med pasienter eller beboere.

På bakgrunn av ovenstående kontekstuelle faktorer følger nå en grundigere presentasjon av hvert enkelt tema og tilhørende underkategorier som fremkommer av den tematiske analysen. Presentasjonen av temaene inkluderer illustrerende sitater som underbygger funnene. En oppsummering av studiens overordnede temaer og tilhørende underkategorier finnes i tabellen nedenfor.

Tabell 1.

*Oversikt temaer*

<b>Overordnet tema</b>	<b>Underkategorier</b>
Bygge relasjon med medarbeider	Se den enkelte Skape gjensidig tillit Tydelige forventninger
Kommunikasjon	Åpen dialog Tilgjengelighet Tilbakemeldinger
Tilrettelegge for ansattes behov	Medbestemmelse Individuell tilrettelegging Kompetanseutvikling
Avlaste medarbeider	Debrifing Tilstedeværelse i avdeling

## Bygge relasjon med medarbeider

Det første temaet omhandler hvordan lederne bygger relasjon med den enkelte medarbeideren gjennom arbeidshverdagen. Dette temaet oppsummerer informantenes beskrivelse av hvilke strategier de bruker for å skape en god relasjon med medarbeidere i sine respektive avdelinger. Temaet omfatter å se den enkelte, skape gjensidig tillit og ha tydelige forventninger.

**Se den enkelte.** I analysen av datamaterialet fremkommer det at informantene har stort fokus på å bli godt kjent med sine medarbeidere. En informant forteller at hun er opptatt av å kjenne personen bak profesjonen, noe som går igjen hos samtlige. En informant sier dette;

*2: "Så det tror jeg skaper en god relasjon, prøver å se de, være tilgjengelig, hilse, prøve å være engasjert også i det personlige med de, sånn typ vet at de har vært på ferie, eller at de, ja at det har vært et dødsfall i familien, om det er noen som er syk eller om det er en hund eller katt som er død, altså at man husker det lille ekstra. For da føler man seg litt ekstra sett."*

Flere trekker frem at hvis leder kjenner sin medarbeider godt så er det lettere å se når vedkommende trenger en ekstra pause på jobb, eller eventuelt trenger tilrettelegging. Det blir også lettere å støtte vedkommende hvis det skulle skje noe på privaten.

Informantene presiserer også at det er viktig for dem å danne en god relasjon med alle sine medarbeidere. Avdelingslederne har gjerne mest kontakt med sykepleiere i løpet av dagen, og en informant forteller om hvordan de som "roper høyest" ofte får mest oppmerksomhet. Hun presiserer at hun derfor fokuserer på å inkludere alle ansatte uavhengig av profesjon og hvem som er mest fremtredende i sine meninger. Hun beskriver videre;

*2: "Det var litt sånn som jeg snakket om i sted, det er det her med at det er veldig mye snakk om sykepleiere, det er det. Men at vi også skal se de andre. Det prøver jeg å ha litt fokus på jobb, også gi de en god tilbakemelding på ting sånn at de skal føle seg inkludert. Det gjelder helgestillingene også. De møter man jo ikke så ofte, og de føler seg kanskje litt sånn underdanig fordi de ikke har den helsefaglige bakgrunnen, den kompetansen."*

En annen sier følgende som å se den enkelte;

*4: “Jeg føler nå at jeg gjør det ved at jeg ser den, jeg snakker med dem, jeg lurert på hvordan det går med dem. Er det noe jeg kan gjøre? Jeg tror det å bli sett har mye å si, og spesielt for den som kanskje er mest stille. (...)”*

Gjennom å se den enkelte, og bli godt kjent med sine medarbeidere kan informantene lettere bruke de ulike styrkene til de ansatte som jobber ved avdelingen. En informant forteller at man må kunne se hva hver enkelt er god på og med det tilrettelegge for at de får brukt sitt potensiale. Den samme informanten legger også stor vekt på viktigheten av hver enkelt, og hvordan nettopp deres kompetanse og nærvær er viktig for resten av avdelingen. Hun presiserer:

*5: “Men så er det noe å vite at når du ikke er på jobb, så er du savnet. Vi har behov for deg som person, vi har behov for kunnskapen din, vi har behov for evnene dine, hendene dine.”*

Verdsetting av den enkeltes nærvær er noe som går igjen hos flere av informantene.

**Skape gjensidig tillit.** Samtlige informanter beskriver tillit til sine ansatte som veldig viktig. Det er krevende oppgaver som skal gjennomføres hver dag, og pasienter og pårørende forventer en høy standard på arbeidet som blir utført. Leder er derfor avhengig av at sine medarbeidere får unna det de skal i løpet av dagen. De fleste informantene beskriver at de viser tillit gjennom fordeling av ansvar til sine medarbeidere. En informant sier:

*3: “Jeg gir dem jo tillit i form av at de får jo ansvar da. Jeg stoler jo fullt og helt på at de gjør en god jobb. Og at de faglige beslutningene de gjør er riktig.”*

En gjenganger er at de ansatte får ansvar gjennom primærkontaktoppgaver hvor de har hovedansvar for oppfølging av enkelte pasienter. En annen måte denne tilliten vises på er at leder gir ansvar til ansatte som hun vet vil kunne utføre jobben, selv om andre kanskje ville være mer kvalifisert. En informant sier følgende:

*2: “(...) det trenger ikke være en sykepleier som er der på det møte, det kan like godt være en helsefagarbeider som er god. Eller at hvis vi har fravær på natt av sykepleier,*

*så i enkelte tilfeller så velger jeg å ikke maile sykepleier fra vikarbyrå, men heller bruker en vernepleier jeg er trygg på.”*

Selv om leders tillit til medarbeider blir trukket frem som noe av det viktigste for å skape relasjon til de ansatte for flere av lederne, sier informantene at de også fokuserer på at medarbeiderne skal ha tillit til dem. Det blir her trukket frem gjennomføringsevne som et eksempel på hvordan informantene får medarbeidernes tillit. En informant presiserer at hvis hun sier hun skal gjøre noe, så blir det gjort. En annen beskriver hvordan hun innførte ny rutine på å dokumentere alt av avvik hos pasienter. Hvis det ikke ble dokumentert fikk hun ikke gjort noe med det. Når de ansatte så begynte å dokumentere, hadde hun grunnlag for å gjøre endringer, og endringer ble gjort slik de ansatte hadde etterspurt. Dette skaper ifølge informanten en gjensidig tillit mellom leder og medarbeider ved at den ansatte kan stole på at leder gjennomfører det vedkommende sier, gitt at medarbeider gjør det som kreves av dem.

En annen ting som trekkes frem når det spørres om hva lederne gjør for å skape tillit er viktigheten av å skape trygghet rundt hva som blir diskutert mellom leder og medarbeider. En informant sier blant annet;

*2: “Og så tror jeg dette med at når de kommer med ting, at de vet at det blir her med mindre de ønsker at jeg skal si det videre. Og det er en sånn tillit, å holde taushetsplikt og sånt.”*

En annen presiserer;

*4: “For selv har jeg hatt sjefer der du har gått ut av rommet, og så har resten av gjengen visst alt etterpå. Da blir du jo lukket. Så det viktigste for meg er å poengtere at det blir her, det blir mellom oss, og det er med på å bygge relasjon, det er min oppfatning.”*

For å oppsummere presiseres det viktigheten av at den ansatte føler at lederen stoler på at vedkommende gjør en god jobb og tar gode avgjørelser, men og at den ansatte kan stole på sin leder, og har tillit til den jobben lederen gjør. På bakgrunn av analysen kan man derfor anta at informantene i denne studien skaper gjensidig tillit med sine medarbeider gjennom ansvar, gjennomføringsevne og ved å opprettholde taushetsplikt.

**Tydelige forventninger.** En informant beskriver hvordan hun er tydelig fra dag en med nyansatte hva de kan forvente av å jobbe ved avdelingen Dette er for å gjøre den ansatte rustet på hva jobben går ut på, men også hva den ansatte kan forvente av lederen sin. Hun mener dette skaper trygghet i at medarbeider vet hvor de har leder og at det ikke skaper usikkerhet rundt forskjellige beskjeder. Informanten presiserer;

*4: “Jeg er tydelig, det er jeg. (...) tydelig på hvordan jeg vil ha det. Så de vet hvor de har meg når det er saker, og det tror jeg hjelper på, fordi det gir som regel trygghet når de vet at den som skal lede deg ikke vinger.”*

### **Kommunikasjon**

En annen gjennomgående tendens i datamaterialet er at informantene synes å ha stort fokus på å skape en god kommunikasjonsflyt med de ansatte på sin avdeling. Dette temaet oppsummerer informantenes beskrivelse av hvordan de fokuserer på kommunikasjon gjennom en åpen dialog, tilgjengelighet og tilbakemeldinger.

**Åpen dialog.** Det fremkommer av analysen at informantene er veldig opptatt av å skape et miljø hvor det skal være rom for å snakke om alt. En informant trekker frem at hun alltid prøver å være i forkant med å dele informasjon fra sin leder eller fra øvre hold så fort som mulig. Dette er for at de ansatte skal oppleve å være inkludert, samt at de kan forberede seg på eventuelle endringer som måtte komme. En annen informant presiserer viktigheten av å kunne komme til leder og snakke om ting som er vanskelig i hverdagen;

*2: “Og så er det jo sånn at det er lov å komme inn og snakke hvis det er noe som er utfordrende. Det er lov å si at jeg klarer ikke gå inn på det rommet akkurat nå.”*

Gitt at det til tider kan være en utfordrende jobb ønsker informanten å skape rom for de ansatte å kunne komme til leder og snakke om ting de synes er utfordrende. Dette er for å kunne støtte dem i det som er vanskelig, eller for å kunne tilrettelegge for at situasjonen blir lettere å håndtere. Åpenhet rundt vanskelige opplevelser går igjen hos mange av informantene, da det er en viktig faktor i henhold til deres sykefraværstrategier;

*5: “En av strategiene vi har og som vi er veldig på, er at vi ønsker at alle ansatte skal komme til leder før de eventuelt går til lege. Kom til meg først, og snakk med meg om*



*hvilke utfordringer du har. Om det er fysisk eller psykisk, eller om det bare er det at du kjenner at du har alt opp til her, så er det-, for jeg har mye jeg kan gjøre.”*

Informanten mener at hvis det er en god relasjon og medarbeideren ønsker å komme til leder og deler sine opplevelser, så vil det være lettere for leder å vise støtte og eventuelt tilrettelegge for den ansatte der det er mulig. Det er flere av informantene som nevner at de er villig til å strekke seg langt for de ansatte som uttrykker å ha utfordringer på arbeidsplassen. På denne måten unngår de sykemeldinger ved at medarbeiderne klarer å stå i jobben lengre.

**Tilgjengelighet.** For å kunne ha en god åpen dialog, krever det at leder er tilgjengelig. Et gjennomgående fokus blant informantene er at det er viktig for dem å ta seg tid til de ansatte når de trenger det, og at de organiserer arbeidet sitt rundt medarbeidere. En informant forteller hvordan hun unngår å fylle dagen sin med møter med mindre det er nødvendig slik at hun kan være tilgjengelig hvis ansatte skulle trenge henne. Samtlige informanter forteller at de alltid har åpen dør hvis de er på jobb. En informant sier for eksempel;

*3: “Vi snakker nå sammen, vi snakker jevnlig gjennom hele arbeidsdagen. (...) De kommer nå inn og ut av kontoret, gjerne-, døra er jo alltid åpen hvis jeg er her.”*

Dette henger også sammen med hvor avdelingslederne har posisjonert seg i forhold til resten av avdelingen. De fleste informantene har kontor midt i eller tilnærmet midt i avdelingen, og kontoret er godt synlig for både ansatte og pasienter som beskrevet av en informant;

*2: “Jeg sitter jo i avdeling, og det tror jeg også at det å sitte i avdeling er veldig gunstig. Da ser jeg og hører, har døra mi alltid åpen, hører alle beboerne, alle beboerne er innom her i løpet av dagen. For ansatte er jeg lett tilgjengelig, det tror jeg og er bra i forhold til organiseringen. Hvis de måtte gå ut av huset, eller måtte gå ut i en annen fløy, så hadde jeg ikke vært så tilgjengelig, og de hadde ikke kunne spurt meg så mye, og det er sikkert på godt og vondt og.”*

Informantene forteller at plasseringen tillater vedkommende å få med seg hva som skjer på avdelingen, og gir et bedre grunnlag for å kunne sette seg inn i hvordan arbeidshverdagen oppleves for den ansatte. Som en informant beskrev det; *“du får følelsen av hvor skoene trykker.”* Det gjør også opplevd avstanden mellom leder og medarbeider mindre, og terskelen for å komme til leder er lavere. Dette gjør det lettere for leder å skulle kommunisere med sine

medarbeidere. Informantene presiserer også at de er proaktive og ikke forventer at de ansatte skal komme til dem, men bevege seg ut av kontoret og møter medarbeiderne i avdelingen i løpet av dagen. En informant forteller at hun kommer på jobb klokken syv for å nå nattevaktene som er ferdig på jobb. På denne måten er hun tilgjengelig hvis en av nattevaktene skulle ha behov for henne.

**Tilbakemelding.** Informantene sier at det er viktig å gi gode tilbakemeldinger til sine medarbeidere, både når de gjør positive ting, men også når ting kan gjøres bedre eller noe ikke er gjort som det skal. En informant sier;

*1: “Men og i det daglige så prøver jeg å (...) hvis jeg ser noe er bra, nå har de gjort en veldig god jobb, eller jeg observerer en veldig god samtale mellom en ansatt og en pasient, så prøver jeg å være flink til å ros i det daglige.”*

Det vektlegges også at medarbeidere skal kunne gi tilbakemeldinger på hvordan de opplever sin leder. En informant presiserer:

*3: “Altså egentlig så har jeg-, de sier ifra hvis det er noen ting, og det syns jeg er kjempe positivt, og det mener jeg sånn skal det være og.”*

Det at det er et miljø for å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger oppleves som viktig for informantene, og en informant bruker mye tid på å presisere dette for sine ansatte. Hun snakker med sine medarbeidere om hvordan man gir og mottar tilbakemeldinger, og har i tillegg fått inn eksterne kursholdere innen temaet. Dette er for å gjøre det lettere for alle å kunne si i fra om når ting er bra, og når ting ikke fungerer optimalt, både til hverandre, men også til leder. Hun opplever dette som positivt da alle på enheten kan lære av hverandre, samt at det er blitt miljø for å rose hverandre når man observerer noe bra. Hun mener også dette skaper et positivt og støttende arbeidsmiljø.

### **Tilrettelegge for ansattes behov**

En tredje gjennomgående tendens i datamaterialet er at informantene har stort fokus på å tilrettelegge så langt det lar seg gjøre for medarbeideres behov og etterspørsel. Det blir her trukket frem strategier som medbestemmelse, individuell tilrettelegging og kompetanseheving som lederne har fokus på.

**Medbestemmelse.** Alle informantene snakker om hvordan de legger til rette for medbestemmelse for sine medarbeidere. En avdelingsleder forteller at det er de ansatte som

sitter på løsningene siden det er de som er ute blant beboerne og det er de som vet best. Det blir for eksempel nevnt at mange av de som jobber ved avdelingen har jobbet der i flere år, og gjerne lengre enn avdelingslederen. Videre forklarer hun hvordan hun alltid er åpen for forslag for hvordan ting skal gjøres, og at så lenge det lar seg gjøre så prøver hun ut ideene til de ansatte. Hun presiserer:

*3: "Men samtidig er jeg jo veldig opptatt av at man får prøve seg, at man får komme med tiltak selv, og prøve, og komme med nye ideer, for vi prøver det og. Sånn at de ansatte får utviklet seg og får litt annerkjennelse og-, ja. For det er viktig å slippe til nye ideer og slippe til alle sammen."*

Slik medbestemmelse kan være avgjørelser i forhold til beboere og pasienter, eller vanskelige pårørende. En informant forteller om hvordan hun er tilstede når avdelingen har beboermøter, men at hun gir seg selv rollen som referent slik at medarbeiderne kan diskutere hvilke tiltak som iverksettes for den enkelte pasient. Hun presiserer også at det samme gjelder på personalmøter der det er de ansatte som skal få komme med innspill til hvordan arbeidshverdagen kan gjøres bedre. På denne måten gir informanten en arena for å medbestemme gjennom beboermøter og personalmøter. En informant forteller;

*4: "For de føler de er med på beslutningene, de føler de er en del av det, det er ikke noe som bare blir tredd nedover hode. Og samtidig blir de litt utfordret. Og det opplever jeg at de er med-, setter litt pris på."*

Dette går igjen hos flere av informantene der de sier at hvis medarbeiderne får være med på de valgene som blir tatt, så er de også mer motiverte og trives bedre på jobb enn hvis leder hadde bestemt alt.

**Individuell tilrettelegging.** I datamaterialet kommer det tydelig frem at informantene er opptatt av å strekke seg langt for å tilrettelegge for den enkelte medarbeider slik at de skal ha det best mulig på jobb. En informant trekker frem hvordan hun legger til rette for at medarbeiderne får jobbe med det de liker best så langt det lar seg gjøre. Hun presiserer;

*1: "Og hvis atte det er noen som liker å jobbe på kjøkkenet så får de jo det. Da jeg velger jo ofte den og plasserer den på kjøkkenet når jeg fordeler for da vet jeg at den,*

*da har den personen sagt til meg at jeg vil gjerne være på kjøkkenet eller kan jeg få slippe å være på den gruppen, for jeg er litt sliten av den pasienten (...).”*

Her får leder tilrettelagt sammen med den ansatte som opplever en tyngre periode, eller har hatt en situasjon med en pasient. Samtlige informanter beskriver hvordan de prøver å snakke med de ansatte om hva de ønsker, eller hva de trenger, og om de trenger tilrettelagt arbeid så strekker de seg langt for å gjøre det. En informant forteller om en situasjon hvor en ansatt opplevde å ikke få unna de nødvendige arbeidsoppgavene i løpet av arbeidsdagen. Hun var veldig tydelig på at hvis den ansatte opplevde dette, så kunne vedkommende komme til henne på begynnelsen av dagen slik at hun kunne sette av tid spesifikt til denne oppgaven. Hun presiserer at det dukker opp så mye i løpet av en dag som man ikke forventer, men de ansatte setter pris på hvis hun skriver i vaktboken at «*i dag skal så og så gjøre sånn, da og da.*» Medarbeideren opplever da at det er ok å bruke den gitte tiden til å fullføre oppgaven, selv om det for eksempel er travelt på avdelingen den dagen.

Samtlige informanter beskriver sykefravær som en stor utfordring, og bruker tilrettelegging aktivt for å holde sine medarbeidere i arbeid gitt at det er mulig. Flere trekker frem at de opplever at å være i arbeid er helsefremmende, og at de derfor ønsker å tilrettelegge for den enkelte. En informant presiserer;

*5: “Og så er det noe at vi prøver å legge til rette for at folk skal komme på jobb, for jeg mener det er sunt. Det å gå hjemme for lenge er ofte ikke sunt for noen. Kom og vær i miljøet om ikke annet. Er det noe du føler at du kunne ha bidratt med.”*

En informant sier at hun benytter velferdspermisjon i tyngre tilfeller der den ansatte er på randen av en sykemelding;

*3: “Men stort sett så får vi liksom, unngår noen lange sykefravær, at det kanskje er; «okay da tar du deg en eller to dager timeout, for jeg har også vært borti at de får velferdspermisjon, eller at de bare har fått en administrativ dag på topp får å på en måte få unna seg, ja.”*

To av avdelingene har to etasjer med ulike pasientgrupper, noe som blir brukt aktivt av avdelingsleder. En av informantene forteller at hvis en medarbeider opplever å ha vondt i ryggen eller har andre fysiske plager får vedkommende gå i den avdelingen hvor

pleiemengden er lettere. Her bruker lederen tilrettelegging aktivt, og flytter ansatte mellom avdelingene hvis de trenger det. Informanten presiserer:

*1: "Mhm, ehm, for eksempel de to etasjene vi har, de er ganske ulik på besetning, så hvis man kanskje er på randen av en sykemelding, eller er veldig sliten så får de gå på den lette etasjen, for eksempel. (...) Eller at de får være på kjøkkenet hvis de sliter med ryggen, Eller noe sånt for eksempel. At det er litt annerledes."*

En annen strategi er å ta tiden til bruk, og ha tett oppfølging når vedkommende først er blitt sykemeldt;

*4: "Men da begynte vi veldig svakt med tre timer, to dager i uken, og gjorde helt andre oppgaver enn vanlig, men sykepleieroppgaver. Så har vi gradvis økt og snakket mye underveis. Og fått tilbakemelding på at hun har følt seg så sett og ivaretatt, og at dette går virkelig veien. For nå har vi gjort det på riktig måte, så hun kommer seg tilbake på jobb."*

**Kompetanseheving.** Ansatte ved helse- og velferdssektoren i kommunen besitter mye kompetanse, noe informantene hyppig trekker frem. Flere av informantene har stort fokus på kompetanseheving og at de ansatte skal få utvikle seg i jobben sin. En nevner blant annet;

*2: "(...) jeg mener jo at sykepleiere og 3 åringer, at deres kompetanse deres trenger vi nødvendigvis ikke på kjøkkenet like mye som en assistent. Så det er viktig at de får jobbe med sine-, det de er kompetent med da. Og så er det også viktig at de som er assistenter med medisinkurs, at de også får lov til å ha den rollen på jobb, så de ikke glemmer det, at de ikke bare bruker det når vi har behov for de, men at de skal få gi medisin selv om det er en sykepleier på jobb, eller en helsefagmedarbeider."*

En informant trekker frem viktigheten av å være trygg i jobben sin, og føle at en besitter rett kompetanse. Hun har derfor stort fokus på å høre med sine medarbeidere hva de mener de kan bli bedre på, eventuelt hva avdelingen kan ha godt av å jobbe videre med. På bakgrunn av dette arrangerer hun kurs for avdelingen, hvor det blir tatt i bruk eksterne kursholdere som er eksperter innen temaet. Et eksempel som blir trukket frem er kurs i hvordan håndtere voldelig

atferd hos ansatte. Informanten forteller at de hadde en pasient som var utagerende, og at medarbeidere kommuniserte at de synes det var vanskelig å komme på jobb;

*2: “Og så er det jo sånn at jeg kan ikke tvinge alle på jobb, men de som har behov og synes dette er vanskelig, alle får tilbudet, og så er det som regel de som føler at de har for lite kompetanse eller føler seg truet på jobb som stiller opp. Så alle får vertfall tilbudet”*

### **Avlaste ansatte**

En fjerde gjennomgående tendens i datamaterialet er at informantene i studien strekker seg langt for å avlaste ansatte i vanskelige situasjoner. Som beskrevet over opplever ansatte i helse- og velferdssektoren krevende situasjoner gjennom sin arbeidshverdag som resultat av interaksjon med andre mennesker. Dette temaet oppsummerer hvordan informantene avlastet sine medarbeidere gjennom debriefing og tilstedeværelse i avdelingen.

**Debriefing.** I temaet kommunikasjon snakkes det om at informantene er opptatt av at medarbeiderne skal kunne komme til dem og snakke om ting som oppleves vanskelig eller krevende på jobb. I dette temaet kommer det frem at informantene tar en proaktiv rolle i å oppsøke ansatte de vet har utfordringer med pasienter eller pårørende, og tar samtaler med dem på bakgrunn av dette. En informant forteller om hvordan hun tar ansatte til sides når hun hører at vedkommende har hatt en negativ eller utfordrende opplevelse;

*4: “Jeg tar de til sides med en gang. Vi går rett og slett og prater om situasjonen med en gang. Jeg mener du ikke skal ha det med deg hjem, du skal få pratet før du drar hjem, det synes jeg er viktig. Og det har jeg fra psykiatrien. Der var det viktig at-, vanskelige episoder måtte vi sitte oss ned og prate om, du måtte få det ut, også du må starte å få det ut med en gang.”*

En annen informant forteller om at det ikke er alle som oppsøker noen å snakke med hvis de opplever vanskelige situasjoner. Det er også medarbeidere som sliter med egne problemer som kan gjøre det vanskelig å håndtere jobben til tider. Hun er derfor veldig opptatt av å fange opp disse personene og snakke med dem for at de skal føle støtte fra leder;

*2: “Jeg tenker det er greit å debriefe, hva er greit og hva er ikke? Skjer det ofte, skjer det en gang, er det noe som gjentar seg? Hvis det gjentar seg og man-... der også*

*handler det også litt om har den ansatte en bakgrunn som gjør at det kan være veldig tøft. (...) Så der er det jo viktig at man kanskje- mange er jo ganske åpen, men noen er jo ikke det. Så det jeg gjør er jo at jeg debrifer sånn at de får snakke om det.”*

**Tilstedeværelse i avdeling.** Samtlige informanter er bevisst på arbeidsmengden hos sine medarbeidere, og uttrykker at den til tider kan være overveldende. Dette kan skyldes høyt sykefravær hos ansatte i perioder, vanskelige beboere eller pårørende som krever mye. Informantene forteller at de derfor prøver å være tilstede i avdelingen og avlaste når arbeidsmengden er stor. En informant forteller;

*2: “(...) og at jeg alltid er synlig i avdeling, ved at jeg er med i stell. Jeg er ikke en av de, men jeg kan være en som går på topp og være den ekstra ressursen hvis det trengs”*

En annen informant forteller at hun og den andre avdelingslederen på avdelingen påtar seg arbeidsoppgaver som å gi medisin hvis det er nødvendig. På denne måten får de ansatte unnagjort andre viktige oppgaver hvis det er travelt. At leder besitter kompetanse trekkes også frem av informantene som nyttig. En informant presiserer;

*2: “Og, så er det travelt eller at det er noe som skjer så prøver jeg å være med i stell. For jeg føler at hvis jeg skal ha personalansvar og fag må jeg også kjenne beboerne, jeg kan ikke bare sitte på kontoret. Så prøver hvert fall noen ganger i uka, får det ikke til daglig, men (..) et par dager i uka at jeg er med i stell, og så er jeg med på de stellene som er toerstell hvor man må være to, for å avlaste ansatte, også de beboerne som kanskje er krevende på ulike måter eller som har ett sår eller som har noe sånn at det trengs min kompetanse”*

Ved at leder selv har samme faglig bakgrunn som sine medarbeidere, eller har god erfaring fra samme jobb som vedkommende skal lede, gjør at leder lettere kan bistå sine ansatte hvis de skulle trenge hjelp. Informanten forteller at hun opplever at de ansatte er tryggere i sine avgjørelser når lederen besitter kompetanse innen sykepleierfaget og kan bistå hvis det skulle være nødvendig. En avdelingsleder forteller om hvordan hun er tilstede i avdelingen;

3: *“Jeg prøver jo som sagt å være tett på og delaktig. Jeg tilbyr meg jo, og er jo ofte med i mye av de vanskelige situasjonene for de som er her.”*

Både beboere som er utagerende og pårørende som er misfornøyd med hvordan deres kjære blir behandlet trekkes blant annet frem som potensielle vanskelige situasjoner. Samtlige informanter forteller at de er kjapt inne hos pasienter eller tilkaller pårørende hvis de får høre om at ansatte ikke blir behandlet bra, eller opplever situasjonen som vanskelig. Ettersom at de ansatte har nok å gjøre gjennom en dag, skal de slippe å måtte bruke tid på pårørende som er opprørt. En informant forteller;

5: *“I forhold til pårørende er jeg veldig inn og støtter. Jeg er veldig på, og så fort det blir en sak tar jeg kontakt med pårørende. Kaller inn til en samtale, gjerne med primærkontakt, for å få kartlagt hva er problemet. Hva er det som gjør at dere ikke føler dere trygge, eller er misfornøyd. For å avlaste[de ansatte], for jeg mener de skal slippe å stå i det, for jeg mener de har nok.”*

En annen informant sier at hun bruker mye av sin arbeidsdag på å snakke med pårørende for å at de ansatte skal få slippe å forholde seg til dem når de skal fokusere på pasientbehandling. Det blir blant annet nevnt at avdelingen tidligere har slitt med pårørende som følger etter ansatte inn på andre pasienters rom. Dette opplevdes som veldig stressende for både den ansatte og andre pasienter, og dette tok derfor avdelingslederen tak i.



## Diskusjon

Denne studien hadde som formål å identifisere støttende atferd hos ledere i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune, med utgangspunkt i sosial støtte fra leder som en helsefremmende faktor. Med forankring i presentert teori og studiens resultater, vil det i dette kapitlet diskuteres hvordan og hvorfor lederatferden identifisert i denne studien kan oppleves som støttende, og hvilke implikasjoner dette kan ha for medarbeideres helse og sykefravær. Kapitlet starter med en oppsummering av resultatet. Videre vil lederatferden som er presentert sammenlignes med teori om sosial støtte. Deretter vil det diskuteres hvordan sosial støtte fra leder kan virke som en jobbressurs på arbeidsplassen, og hvordan lederatferden identifisert i denne studien passer inn i jobbkrav-ressurs perspektivet. Dette vil så settes i perspektiv av helse- og velferdssektoren, gjennom å se på hva som kjennetegner arbeid i denne sektoren og diskutere hvordan lederatferden identifisert passer inn i denne settingen. Avslutningsvis vil det bli diskutert personlige forskjeller i opplevelsen av støttende lederatferd, og hvordan leder kan påvirke positivt og negativt sykenærver.

### Oppsummering av resultater

Analysen identifiserer fire hovedtemaer som alle beskriver fellestrekk på lederatferd hos ledere som har blitt vurdert som støttende blant sine medarbeidere i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune.

**Bygge relasjon med medarbeider.** Det første temaet beskriver hvordan ledere fokuserer på å bygge relasjoner med sine medarbeidere. Dette gjøres gjennom å prøve å se den enkelte og den enkeltes behov, både som arbeidstaker, men også som en person utenfor jobben. Videre er lederne opptatt av å skape en gjensidig tillit til sine medarbeidere gjennom å gi ansvar, leders gjennomføringsevne og å skape trygghet rundt hva som blir sagt mellom leder og medarbeider. Tilslutt er det fokus på å ha tydelige forventninger til sine respektive medarbeidere, samt hva medarbeider kan forvente av sin leder.

**Kommunikasjon.** Det andre temaet beskriver hvordan lederne fokuserer på å fremme en god kommunikasjonsflyt med sine medarbeidere. Dette innebærer å ha en åpen dialog hvor leder er i forkant med informasjon slik at medarbeidere opplever å være inkludert i hva som skjer på enheten, samt at det skal være rom for å komme til leder for å snakke om alt. Videre fokuserer lederne på å være tilgjengelig for sine respektive medarbeidere så langt det lar seg gjøre. De organiserer arbeidet sitt rundt medarbeideres behov med tanke på tid og posisjonering for å være mest mulig tilgjengelig. Videre vektlegges positive tilbakemeldinger, der leder fokuserer på å gi ros og tilbakemelding hvis medarbeidere gjør noe bra. Det

tilrettelegges også for å kunne gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger, både mellom leder og ansatt, men også mellom kollegaer.

**Tilrettelegge for ansattes behov.** Det tredje temaet beskriver hvordan lederne jobber for å tilrettelegge for sine medarbeideres behov så langt det lar seg gjøre. For det første trekkes det frem at det er medarbeideren som sitter på løsningen om hvordan ting kan gjøres bedre, og at leder derfor vektlegger at de ansatte skal ha medbestemmelse i avgjørelser og organiseringen av arbeidet. For det andre strekker lederne seg langt for å tilrettelegge for den individuelle medarbeider, både i henhold til preferanser i arbeidsoppgaver eller skulle vedkommende ha gradert sykemelding. For det tredje fokuserer lederne på kompetanseheving hos sine medarbeidere, både for å skape følelse av trygghet og kontroll i arbeidet, men også for å utvikle sine respektive medarbeidere og øke engasjement.

**Avlaste ansatte.** Det fjerde og siste temaet beskriver hvordan lederne jobber for å avlaste sine respektive medarbeidere når arbeidet er krevende. Dette gjøres gjennom debrifing etter utfordrende situasjoner eller episoder. Leder tar her en proaktiv rolle, og oppsøker sine medarbeidere for å diskutere situasjoner som har skjedd. Videre fokuserer lederne på å være tilstede i avdelingen for å kunne bistå hvis det er nødvendig. Dette kan innebære medisinerer, håndtering av pårørende eller vanlig stell av pasienter.

### **Lederatferd integrert i komponentene til sosial støtte**

For å diskutere hvordan lederatferdene som er funnet i denne studien vil være støttende for ansatte i helse- og velferdssektoren, og med dette virke helsefremmende, vil atferden først knyttes opp mot teori om sosial støtte. Dette baserer seg på at sosial støtte vil kunne fremme helse og velvære (Langford et al., 1997), samt virke som en buffer mot jobbkrav (Demerouti et al., 2001; Karasek & Theorell, 1990).

**Emosjonell støtte.** Emosjonell støtte innebærer tilbud om empati, kjærlighet, tillit og omsorg (House, 1981), og denne formen for støtte kan medføre opplevelse av aksept og følelse av egenverdi (Haslam et al., 2005). Flere av studiens lederatferder kan knyttes til denne formen for sosial støtte. Først og fremst viser lederne omsorg gjennom deres fokus på å *se den enkelte*. Ved å kjenne til de ulike behovene for den enkelte medarbeider, kan leder bygge en relasjon med sine respektive medarbeider basert på trygghet og tillit. Denne *gjensidige tilliten* trekkes også frem som emosjonell støtte, og kan bidra til at medarbeider føler aksept av leder. I denne sammenheng er de opptatt av å opptre på en åpen og lyttende måte ovenfor sine medarbeidere, og har som mål å være *tilgjengelige* for gruppa si til enhver tid, om de skulle ha behov for å snakke om noe eller trenger bistand. Videre jobber lederne aktivt med å skape et lavterskelmiljø for å spørre om og/eller ta opp ting gjennom åpen dialog

med medarbeiderne, og forsøker i tilknytning til dette å gå fram som gode eksempler ved å være så åpne som mulig ovenfor gruppa si. På denne måten jobber de med å styrke tilliten ytterligere. Til slutt kan vi også plassere *medbestemmelse* som en form for emosjonell støtte. Gjennom at leder tilrettelegger for at de ansatte får være med på å organisere sin egen arbeidshverdag og får være delaktig i avgjørelser på enheten, vil dette gi en opplevd kontroll for medarbeiderne samt være med på å bygge på tilliten mellom leder og medarbeider. Leder viser med dette at vedkommende stoler på at medarbeider gjør en god jobb og har gode ideer, og medarbeider kan føle aksept og øke sin egenverdi. En studie fant at medarbeidere som var delaktig i avgjørelser angående deres egen arbeidsdag vurderte dette som støttende (Shirey, 2004). Medarbeidere som opplever høy grad av emosjonell støtte fra sine kollegaer og ledere rapporterte mindre stress, depresjon, angst og irritasjon, samt mindre somatiske plager (El-Bassel et al., 1997). Det vil derfor være tenkelig at lederatferdene presentert som inngående i emosjonell støtte vil kunne virke helsefremmende.

**Instrumentell støtte.** Instrumentell støtte er praktisk eller materiell hjelp, og kan innebære avlastning i form av å påta seg noen sitt planlagte arbeid, eller å tilby konkrete hjelpemidler for å kunne utføre sitt arbeid (House, 1981). Flere av informantene fortalte om hvordan det var viktig for dem å være tilstede i avdeling slik at de kunne hjelpe til der «skoen trykker». Slik *tilstedeværelse i avdeling* kan virke som instrumentell støtte, da leder kan påta seg medarbeideres arbeidsoppgaver hvis det er behov for det. *Kompetanseutvikling* vil også kunne være støttende da leder gjennom dette tilbyr heving av kompetanse som igjen kan virke som et virkemiddel til hvordan håndtere en situasjon bedre. Lederne i studien trekker frem viktigheten av kursing, og å opprettholde kompetansen på huset for at de ansatte skal være best mulig rustet til å kunne stå i jobben og håndtere utfordrende situasjoner som kan oppstå. Videre trekkes *individuell tilrettelegging* frem som noe lederne strekker seg langt for å tilby medarbeiderne som trenger det eller etterspør det. Det kan argumenteres for at denne atferden vil kunne være instrumentell støttende da leder kan bruke sin legitime makt til å enten endre arbeidsmengde i form av gi medarbeider annet arbeid, eller ved å tilby velferdspermisjon i mer alvorlige tilfeller. Maslach og kollegaer (2001) påpeker at sosial støtte fra leder vil være viktigere enn støtte fra kollegaer. Dette kan forklares ut ifra den legitime makten leder besitter som tillater leder å utøve instrumentell støtte i større grad enn kollegaer. Kollegaer vil også kunne tilby seg å avlaste sine medarbeidere ved å ta på seg deler av deres arbeidsoppgaver, men leder vil kunne ha større handlingsrom for tilrettelegging, og med dette ha et større utgangspunkt for å oppleves som støttende (Halbesleben, 2006).

**Informativ støtte.** Informativ støtte omhandler formidling av informasjon som kan være nyttig for et individs forståelse og håndtering av en stressende situasjon (House, 1981). I helse- og velferdssektoren kan arbeidstakere være utsatt for mange krevende situasjoner, og informantene i denne studien trekker frem blant annet utagerende pasienter og dødsfall som noen eksempler. Lederne fokuserer derfor på å ha samtaler med sine ansatte etter krevende episoder. Slik *debriefing* kan dermed være støttende da leder tillater medarbeider å få prosessere hendelsen, og diskutere hva som skjedde gjennom å gi informasjon fra et utenforstående perspektiv. En kan med dette videre diskutere hva som kunne blitt gjort annerledes skulle en lignende hendelse skje igjen, og den ansatte vil kunne være mer rustet til å møte nye situasjoner. Debriefing har vist å forsterke læring (Cant & Cooper, 2011), samt øke den ansattes selvtillit på egen evne til å utføre en arbeidsoppgave (Gordon & Buckley, 2009).

Leders fokus på *kompetanseheving* kan også være en form for informativ støtte. Som nevnt benyttes kursing og eksterne eksperter til å heve de ansattes kompetanse innen deres profesjon. Gjennom å organisere fagdager eller ved å sende sine ansatte på eksterne kurs gir lederen viktig informasjon for sine medarbeidere som vil kunne hjelpe dem å håndtere sitt arbeid bedre og tryggere. Dette vil kunne oppleves som støttende. Videre trekkes også *tydelige forventninger* frem som en strategi lederne benytter seg av. Det blir her gitt informasjon til medarbeider hva leder forventer av vedkommende tidlig i ansettelsesprosessen, samt fulgt opp gjennom ansattforholdet. Det blir også gjort klart hva den ansatte kan forvente seg av sin leder.

**Vurderende støtte.** Vurderende støtte er når et individ får tilbud om tilbakemelding og sosial sammenligning, og med dette kan evaluere seg selv (House, 1981). Her vil tilbakemelding fra leder kunne spille en viktig rolle. Flere av informantene i denne studien fokuserte på å skape et godt tilbakemeldingsklima på sin avdeling, der det skulle være rom for å gi både positive og konstruktive tilbakemeldinger til hverandre. Ved å gi tilbakemeldinger til sine medarbeidere, gir leder informasjon som vedkommende kan bruke til å sammenligne egne prestasjoner med sine kollegaer, og evaluere eget arbeid.

Nedenfor følger en oppsummerende tabell som gir en oversikt over de ulike formene for sosial støtte og tilknyttede lederatferder.

Tabell 2.

*Oversikt over lederatferd knyttet til ulike former for sosial støtte.*

<b>Komponent</b>	<b>Lederatferd</b>
Emosjonell støtte	Se den enkelte Skape gjensidig tillit Tilgjengelighet Åpen dialog Medbestemmelse
Instrumentell støtte	Individuell tilrettelegging Kompetanseutvikling Tilstedeværelse i avdeling
Informativ støtte	Debriefing Kompetanseutvikling Tydelige forventninger
Vurderende støtte	Tilbakemelding

### **Lederatferd integrert i transformasjonsledelse**

Transformasjonsledelse er funnet å være en kilde til sosial støtte (Bass & Riggio, 2006). For å diskutere hvordan lederatferden identifisert i denne studien vil kunne virke helsefremmende i helse- og velferdssektoren vil atferdene nå knyttes opp mot transformasjonsledelse. Dette er i tråd med at denne lederstilen er funnet å ha positiv innflytelse på arbeidstakeres helse og velvære (Nyberg et al., 2005).

Transformasjonsledelse består av fire komponenter, individuell omtanke, intellektuell stimulering, idealisert innflytelse og inspirerende motivasjon. Individuell omtanke omfatter at lederen opptrer som en mentor ved å rette unik oppmerksomhet til den enkelte medarbeiders behov for prestasjon og vekst (Bass & Riggio, 2006). Dette samhandler med mye av det informantene i denne studien beskriver av egen atferd. Blant annet trekker informantene frem det å *se den enkelte* som viktig for dem som ledere. Som en informant beskriver er det viktig for henne å være tilgjengelig i avdelingen for å se hver enkelt arbeider, bli kjent med dem, og på denne måten kunne tilpasse arbeidsoppgaver etter medarbeidernes behov. *Individuell tilrettelegging* vil med dette være et annet tema som forekommer i denne studien som er forenelig med denne komponenten av transformasjonsledelse der lederen tilpasser arbeidsoppgaver og arbeidstid til den enkelte medarbeider så langt det lar seg gjøre hvis det er behov for det. Gjennom en *åpen dialog* og god kommunikasjon, vil medarbeideren kunne kommunisere til leder hvilke behov vedkommende har, og leder kan lettere tilrettelegge for

vedkommende. En studie fant at transformerende ledere som tar hensyn til sine ansattes individuelle behov, samt ønsker å styrke deres positive selvbilde, reduserte medarbeidernes stressnivå (Franke & Felfe, 2011). Styrking av et positivt selvbilde kan gjøres gjennom aktiv bruk av *tilbakemeldinger*. Her trekker informantene i studien frem at de syns det er viktig å gi ros til sine medarbeidere når de ser at de gjør noe bra eller positivt. De ønsker også å skape en tilbakemeldingskultur i avdelingen hvor kollegaer skal kunne gi hverandre positive og konstruktive tilbakemeldinger.

Intellektuell stimulering omhandler at lederen stimulerer medarbeidernes innovasjonsevne og kreativitet gjennom å utfordre dem til å tenke på problemstillinger og antagelser på en ny måte (Bass & Riggio, 2006). Lederatferden *debriefing* vil kunne være et eksempel på intellektuell stimulering, da leder fasiliteter tenking rundt håndtering av en oppstått situasjon, og stimulerer til læring. Medarbeider vil gjennom dette oppleve større kontroll og være tryggere skulle situasjonen oppstå igjen (Dollard & Bakker, 2010). Informantene fokuserer også på *kompetanseheving* gjennom eksterne kurs og fagdager, som også vil kunne stimulere de ansatte til å være innovative og tenke nytt rundt eksisterende problemstillinger.

Videre kan lederatferden identifisert i studien også knyttes opp mot idealisert innflytelse. Idealisert innflytelse omhandler at lederen blir ansett som en rollemodell for sine medarbeidere, fordi medarbeiderne identifiserer seg med deres leder, og derav gir vedkommende tillit og respekt (Bass & Riggio, 2006). Ved at leder er *tilstede i avdelingen* og tar del i arbeidsoppgaver sammen med sine medarbeidere vil dette kunne skape en slik form for innflytelse. Informantene i denne studien legger stor vekt på å skape en god relasjon med sine medarbeidere gjennom blant annet *tydelige forventninger* og å *skape tillit* gjennom gjennomføringsevne og oppfølging. Ved at leder gjør som han eller hun sier hun skal gjøre går vedkommende foran som et godt eksempel, og skaper tillit til at ting blir gjort.

Den siste komponenten i transformasjonsledelse er inspirerende motivasjon og går ut på at lederen stimulerer sine medarbeideres innsats ved å sørge for at arbeidsoppgaver blir ansett som meningsfulle og utfordrende, gjennom å skape en appellerende visjon for fremtiden (Bass & Riggio, 2006). Det kommer frem i intervjuene i denne studien at de ansatte ved de gjeldene enhetene har et høyt engasjement for jobben, og ser viktigheten av jobben de gjør. Ved å skape medbestemmelse for de ansatte gjennom å la dem påvirke sin egen arbeidsdag, vil dette kunne medføre et enda større engasjement rundt arbeidet de ansatte gjør.

Transformerende ledere vil kunne påvirke arbeidsmiljøet gjennom sine holdninger, og skape en kultur for sosial støtte blant kollegaer (Arnold, 2017). Dette gjenspeiler hva

informantene i denne studien sier, der de trekker frem at de har tydelige holdninger rundt hvordan de ønsker at folk oppfører seg mot hverandre på jobb, og kommuniserer dette tydelig på ulike arenaer som ved for eksempel enkeltsamtaler, dedikerer egne fagdager til det, eller ved å skape et felleskap på enheten gjennom ulike aktiviteter.

For å oppsummere trekkes det en likhet mellom atferden til informantene i denne studien og de ulike komponentene i en transformerende lederstil. Ledere som utøver transformasjonsledelse har vist å øke jobbressurser blant sine medarbeidere (Arnold, 2017), og det er derfor tenkelig at informantene i denne studien gjør det samme. Det vil nå diskuteres hvordan de identifiserte lederatferdene i denne studien kan virke som jobbressurser i helse og velferdssektoren i Trondheim kommune. Det diskuteres også hvorvidt lederatferdene er helsefremmende i seg selv, eller om de vil virke som en buffereffekt på stressorer i arbeidsmiljøet.

### **Støttende lederatferd som en jobbressurs i helse- og velferdssektoren**

I jobbkrav-ressurs modellen forekommer sosial støtte som en egen jobbressurs, men mange av de identifiserte lederatferdene funnet i denne studien vil også gå under andre ressurser som trekkes frem i modellen. Det vil nå diskuteres hvorvidt lederatferdene identifisert i denne studien vil kunne virke som en jobbressurs for eller påvirke opplevelsen av jobbressurser for medarbeidere i helse- og velferdssektoren. Ifølge JD-R modellen vil jobbressurser virke som en buffer mot den negative effekten av jobbkrav og sosial støtte trekkes frem som en sentral jobbressurs (Demerouti et al., 2001). Modellen gjør ikke rede for en definisjon på sosial støtte eller hva sosial støtte innebærer annet enn støtte gjennom relasjoner på jobb. Det argumenteres for at atferden identifisert i denne studien kan virke som emosjonell, instrumentell, informasjon og vurderende støtte som alle er ulike former for sosial støtte (House, 1981). De identifiserte atferdene vil derfor i seg selv kunne virke som en buffer mot negative belastninger som følge av høye jobbkrav ifølge JD-R modellen. Det kan videre argumenteres for at de identifiserte lederatferdene i denne studien inngår i andre former for jobbressurser som autonomi og tilbakemelding, og med dette kan virke helsefremmende for de ansatte. Det vil nå redegjøres for ulike jobbkrav ansatte i helse- og velferdssektoren kan oppleve i sin arbeidshverdag. Videre vil det diskuteres hvordan de identifiserte lederatferdene i studien kan inngå i jobbressursene autonomi og tilbakemelding og med dette virke som en buffer mot de aktuelle jobbkravene. Dette vil igjen kunne skape et helsefremmende arbeidsmiljø.

**Arbeidsmiljø og tilhørende jobbkrav.** I en oversikt fra NOA (2016) kommer det frem at arbeidsmiljøet til ansatte innen helse- og velferdssektoren er preget av organisatoriske

og psykososiale faktorer som høye jobbkrev- lav kontroll, emosjonelle krav, vold og trusler, uønsket seksuell tilnærming og nattarbeid i større grad sammenlignet med andre yrkesgrupper. I denne studien er det spesielt jobbkrev i form av emosjonelle krav og tidspress som trekkes frem som fremtredende utfordringer for informantene sine medarbeidere. Kombinasjonen emosjonelle belastninger og høyt arbeidspress har vist å ha særlig negative utfall på sykefravær (Bakker & Demerouti, 2017; Woerkmom et al., 2016). Når det kommer til vold og trusler og uønsket seksuell tilnærming, så forekommer også dette på de aktuelle enhetene i studien, men i mindre grad og mer periodebestemt basert på pasientgrupper. Informantene opplever ikke dette som veldig problematisk rundt tidspunktet dataene til studien ble samlet inn.

Emosjonelle krav forekommer høyt i spesifikke yrker som sykepleiere og helsefagarbeidere (Hochschild, 1983; Morris & Feldman, 1996). Ifølge NOA (2016) har ansatte i helse- og velferdssektoren dobbel så stor risiko for å oppleve høye emosjonelle krav på arbeidsplassen sammenlignet med andre yrkesgrupper i Norge. Emosjonelle krav er også noe som trekkes frem i resultatene i denne studien, der informantene trekker frem belastninger som følge av arbeid med mennesker som en utfordring for deres medarbeidere. Emosjonelle krav kan ta en rekke former. Det kan blant annet forekomme grunnet regler for hvordan man uttrykker emosjonalitet, regler for hvordan en skal føle, krav til å regulere emosjoner, samt frekvens, varighet og intensitet av situasjoner som skaper emosjoner hos ansatte (Brief & Weiss, 2002). Når det er stor avstand mellom de følelsene en skal og selv forventer å uttrykke som profesjonell aktør og de følelsene en egentlig har i ulike situasjoner, omtales dette som emosjonell dissonans. For de ansatte i helse- og velferdssektoren kan emosjonell dissonans forekomme gjennom kontakt med pasienter og pårørende, hvor den ansatte må opptre profesjonelt og risikerer å uttrykke andre emosjoner enn vedkommende faktisk føler. Over lengre tid kan slik emosjonell dissonans føre til mindre velvære (Taxer & Frenzel, 2018), redusert søvnkvalitet (Diestel et al., 2015), og lavere jobbtillfredshet (Karimi et al., 2017). Høye emosjonelle jobbkrev over lengre tid er også forbundet med utbrenthet (Le Blanc et al., 2001). En studie av van Vegchel og Jonge (2004) fant at opplevd jobbkontroll og sosial støtte er jobbressurser som vil moderere forholdet mellom emosjonelle krav og utbrenthet. Det kan med dette argumenteres for at lederatferdene identifisert i denne studien vil kunne virke som en buffer mot effekten av emosjonelle krav.

Tidspress er en annet psykososial faktor som blir trukket frem blant informantene i denne studien som fremtredende blant deres medarbeidere. Det forekommer av informantene at det er mange arbeidsoppgaver som skal gjøres i løpet av en arbeidsdag, og at den ansatte



ofte føler at tiden ikke strekker til. Som nevnt tidligere nevnes det at de ansatte har gått inn i sitt nåværende yrke med intensjon om å hjelpe andre og kunne bidra til ønsket livskvalitet. Det er derimot mange pasienter med ulike behov og krav. Det blir med dette ikke tid til å tilby den tjenesten man skulle ønske. Det er ikke bare pasientstell og omsorg som tar tid, det er også mye administrativt som skal gjøres i løpet av dagen. Ved sykdom oppleves det ekstra hektisk hvis det ikke blir innleid vikar, og eller vikaren ikke er kjent med rutiner.

Bemanning blir trukket frem av samtlige informanter som en evigvarende utfordring. En av informantene har valgt å sette inn en ekstravakt på dagtid til tross for at det ikke er budsjettert. Dette er for å avlaste de andre ansatte slik at de får tid til å yte en bedre tjeneste i pasientpleie, samt få unna andre arbeidsoppgaver som også skal gjøres. Dette kan være en form for instrumentell støtte, hvor leder gjennom å ha flere på jobb, fjerner noen arbeidsoppgaver fra andre medarbeidere. Arbeidet i helse- og velferdssektoren kommer dog alltid til å innebære tidspress. Emosjonelle jobbkrav er også ikke til å unngå i helse- og velferdssektoren ettersom de ansatte jobber med mennesker. I tillegg til å øke bemanning benytter informantene i denne studien seg av støttende lederatferder for å begrense forekomsten av emosjonelle krav og tidspress for deres medarbeidere. Instrumentell støtte kan for eksempel benyttes for å fjerne en potensielt emosjonelt krevende situasjon ved at leder påtar seg ansvar med å snakke med pårørende i en vanskelig sak og med dette redusere kontaktpunkt den ansatte må forholde seg til. Dette vil kunne redusere for eksempel emosjonell dissonans som kunne forekommet i interaksjonen med pårørende. Instrumentell støtte vil også kunne redusere jobbkrav i form av tidspress ved å fjerne enkelte arbeidsoppgaver ved at leder er tilstede i avdeling og avlaster ansatte gjennom å ta del i arbeidsoppgaver. Også her forteller informantene i studien at de avlaster sine medarbeidere gjennom tilstedeværelse i avdelingen og individuell tilrettelegging.

Gjennom å redusere jobbkrav som emosjonelle krav og tidspress vil den presenterte lederatferden virke helsefremmende ved å skape et mer positivt og helsefremmende arbeidsmiljø. Fjerning og eller reduisering av jobbkrav vil derimot i seg selv ikke virke helsefremmende. I henhold til Krav-Kontroll-Støtte modellen og JD-R modellen vil fjerning av jobbkrav kunne virke demotiverende og skape lite engasjerende arbeidsplasser uten utfordringer. Det vil derfor være viktig å se på hvordan de identifiserte støttende lederatferdene også vil kunne virke som jobbressurser, og med dette stimulere til engasjement (Demerouti et al., 2001) og aktive jobber (Karasek & Theorell, 1990).

### **Jobbressurser.**

**Autonomi.** Autonomi er en av faktorene som anses i størst grad å redusere arbeidstakeres opplevde belastning på arbeidsplassen (Bakker et al., 2005; Bakker & Demerouti, 2014). Ansatte i helse- og velferdssektoren har ikke de samme forutsetningene for autonomi som for eksempel kunnskapsyrker vil ha. Informantene i denne studien presiserer for eksempel at arbeidsoppgavene som må gjøres i løpet av dagen er rutinepreget (f.eks. medisinerer og stell av pasienter) og fastsatt av kommunale retningslinjer. Det er med dette ikke store rom for å planlegge sin egen arbeidshverdag og arbeidsoppgaver. En informant forklarer hvordan det er viktig for henne å skape en følelse av autonomi til tross for en rigid arbeidshverdag. Gjennom å la sine medarbeidere legge opp sin egen arbeidshverdag så langt det lar seg gjøre, skapes det rom for å ta egne avgjørelser og oppleve større kontroll over eget arbeid. Hun presiserer at de ansatte vet hva som må gjøres i løpet av dagen, og så lenge det blir gjort, så er det opp til dem selv hvordan de ønsker å løse dette. Denne formen for *tillit* vil med dette kunne fremme autonomi for den enkelte arbeidstaker. En annen informant trekker også frem *individuell tilrettelegging* som en måte å øke autonomien til den ansatte, gjennom å innfri individuelle ønsker og preferanser.

Litteratur på fagområdet foreslår at medbestemmelse i beslutningsprosesser oppleves som en betydelig jobbressurs for mange arbeidstakere (Bakker et al., 2005; Demerouti et al., 2001; Jourdain & Chênevert, 2010) og påvirker opplevelse av autonomi. Av resultatene kommer det fram at lederne gjør det de kan for at medarbeiderne skal oppleve *medbestemmelse* ved å løfte deres tanker og meninger i forkant av beslutningstakinger. På denne måten kan medarbeiderne indirekte oppleve å ta del i avgjørelser som angår deres egen arbeidshverdag, ved at lederne sørger for å integrere deres standpunkt i beslutningsprosessen som foregår på et høyere administrativt nivå. Lederne jobber dessuten aktivt for å opprettholde åpen dialog i relasjonene med sine medarbeidere gjennom å skape et lavterskermiljø for deling av tanker omkring arbeidsrelaterte forhold. På denne måten får lederne en enda dypere innsikt i medarbeidernes holdninger og preferanser, og kan videre ta hensyn til dette i beslutninger og avgjørelser som treffer dem.

**Tilbakemelding.** Hyppige tilbakemeldinger på prestasjoner fra nærmeste leder er sammen med autonomi funnet å være en av de mest fremtredende jobbressursene som har sentral innflytelse på ansattes jobbengasjement og velvære (Bakker et al., 2005; Karatepe & Olugbade, 2009). En studie av Xanthopoulou og kollegaer (2007) viste til at større opplevd tilgang på tilbakemeldinger, aktiverer arbeidstakerens mestringsforventning. At lederne i denne studien er bevisst på å gi positive tilbakemeldinger til medarbeiderne i tilfeller hvor de

har gjort en god jobb og levert innenfor deres fagområder kan påvirke medarbeidernes opplevelse av mestringsforventning, i tråd med at tilbakemeldinger på prestasjon blir ansett som en essensiell jobbressurs. Dette er også forenelig med at verbal påvirkning fra overordnede blir ansett som en primærkilde til opplevd mestringsforventning (Sweetman & Luthans, 2010).

### **Personlige forskjeller i effekten av sosial støtte**

Selv om de skadelige effektene av stress på helsen har blitt grundig etablert, varierer de avhengig av hvordan folk reagerer på stressorer (Hystad et al., 2011). Sosial støtte har vist å både ha en hovedeffekt og modererende effekt på arbeidstakeres helse og velvære, men det er inkonsistente funn på hvor stor effekten av sosial støtte faktisk er. Det vil nå diskuteres faktorer som kan påvirke hvordan den enkelte arbeidstaker opplever sosial støtte, samt hva leder må være bevisst på ved utøvelse av sosial støtte til sine medarbeidere.

**Hardiness.** Hardiness<sup>1</sup> er et personlighetstrekk som beskriver en persons predisposisjon til å bli resistent til den skadelige effekten av stressorer og til å effektivt tilpasse seg og håndtere et krevende miljø (Kobasa, 1979). Hardiness karakteriseres av en sterk følelse av engasjement, kontroll og utfordring (Bartone, 2000). En person med høyt nivå av hardiness vil vurdere potensielt stressende situasjoner som meningsfulle og interessante (engasjement), ser på seg selv som i stand til å endre og kontrollere situasjoner (kontroll), og ser på endring som normalt og som en mulighet for læring og personlig vekst (utfordring) (Hystad et al., 2011). "Robuste" personer vil oppleve færre stressorer i livet i motsetning til en person som er mindre robust. Studier har også funnet at robuste personer opplever stressorer som mindre belastende enn personer som skårer lavt på hardiness (Eschleman et al., 2010). En av grunnene til dette kan være at robuste personer opplever kontroll over eget miljø og aktivt erverver seg ressurser for å redusere opplevelsen av belastning fra stressorer. En studie av Eschleman og kollegaer (2010) fant blant annet at robuste personer søkte sosial støtte fra ulike relasjoner i livet for å redusere belastning i stressende situasjoner. Dette stemmer også overens med informasjon fra informantene i denne studien, som påpeker at enkelte medarbeidere aktivt oppsøker støtte når de opplever noe som vanskelig i sitt arbeid. En av informantene forteller blant annet at de medarbeiderne som oppsøker å snakke med lederen selv, ofte klarer seg bra på arbeidsplassen.

Selv om sosial støtte er sett på som universelt positivt, kan for mye støtte virke mot sin hensikt. Blant annet kan personer med høyt nivå av hardiness kunne oppleve sosial støtte som

<sup>1</sup> Hardiness har ikke en direkte oversettelse til norsk, men den norske litteraturen benytter robusthet som alternativ.

destruktivt. En studie fant at sosial støtte fra leder økte følelsen av indre kontroll hos medarbeidere til et visst nivå, og alt over det nivået reduserte opplevelsen av personlig kontroll over situasjonen (Krause, 1987). Siden robuste personer opplever et høyt nivå av kontroll allerede, vil for mye støtte fra leder kunne være negativt for disse medarbeiderne. Mindre robuste personer på den annen side vil kunne ha mer nytte av støtte fra leder. Dette blir nevnt av en av informantene da hun forteller at de som oppsøker støtte ofte er de som allerede klarer seg bra på jobben og har lavt sykefravær. Hun presiserer at det ofte er de som er mer stille man må være bevisst på, og aktivt oppsøke. Ledere må med dette være bevisst på effekten deres atferd har på den ansatte og gjennom gode relasjoner og kommunikasjon med sine medarbeidere være bevisst på hva den enkelte trenger av oppfølging eller tilrettelegging.

**Kjønn.** Funn viser at menn og kvinner påvirkes ulikt av sosial støtte. Blant annet er sosial støtte vist å ha en større buffer effekt på jobbkrav hos kvinner enn menn (Rivera-Torres et al., 2013; Sanne et al., 2005). En studie fant at det var en modererende effekt på forholdet mellom sosial støtte og belastning hos personer med feminine trekk, men ikke hos personer med maskuline trekk (Beehr et al., 2003). Det vil med dette være mer effektivt med sosial støtte for kvinner eller personer med feminine trekk enn for menn eller mer maskuline personligheter som buffer mot jobbkrav. Det er også funnet støtte for at kjønn spiller en rolle for preferansen for ulike former for sosial støtte. En studie fra Finland fant at sosial støtte fra kollegaer og leder kunne forklare variasjonen mellom sykefravær hos menn og kvinner. Menn som opplevde lav støtte fra kollegaer hadde lengre sykefravær enn menn som opplevde høy støtte, mens støtte fra leder påvirket lengden på sykefravær for kvinner (Väänänen et al., 2003). Det er en ubalanse av kjønnsfordeling i helse og velferdssektoren i Norge og i 2019 var 83,4 prosent av helse og sosialpersonell kvinner (SSB, 2019). Overvekt av kvinner er også å finne i Trondheim kommune. Det argumenteres derfor for at sosial støtte fra leder vil være en viktig faktor innen denne næringen.

### **Forebygge negativt sykenærvar i helse- og velferdssektoren**

En av strategiene til Trondheim kommune for å få ned sykefraværstall er gjennom sykenærvar. Dette er også forenelig med Arbeidsmiljøloven §4-6 (2005) og IA avtalen fra 2001 (Lien, 2016). Dette kommer frem gjennom intervjuene i denne studien, der informantene forteller at de er i aktiv dialog med sine sykmeldte ansatte, og tilrettelegger for at den sykmeldte skal kunne komme på jobb selv om vedkommende opplever sykdom. Sykenærvar omhandler at en arbeidstaker møter opp på jobb til tross for sykdom eller plager (Aronsson et al., 2000). Tidligere forskning har sett på sykenærvar som noe gjennomgående negativt. Studier har for eksempel sett at sykenærvar fører til tap av

produktivitet (Demerouti et al., 2009), forverring av sykdom (Johns, 2010), fører til mer sykefravær over lengre tid (Nielsen & Daniels, 2016), og medfører økt dødelighet (Grinyer & Singleton, 2000; McKevitt et al., 1997). Demerouti og kollegaer (2009) sier også at sykenærvær kan føre til økt utbrenthet blant arbeidstakere på jobb da sykenærvær kan føre til økt opplevd grad av jobbkrav på arbeidsplassen. Det kan med dette virke paradoksalt at tidligere forskning på sykenærvær tilsier at dette fenomenet er skadelig for bedrifter og den individuelle arbeidstaker, samtidig som det i så stor grad fokuseres på å fremme sykenærvær i det norske arbeidslivet og Trondheim kommune.

Nyere forskning viser at sykenærvær ikke nødvendigvis trenger å være negativt, men er avhengig av organisering av arbeid og ledelse (Rostad et al., 2015). Dersom en arbeidstaker presser seg til å gå på jobb som følge av opplevd forpliktelse, selv om han eller hun ikke er i helsemessig stand til det, kan dette få negative konsekvenser for vedkommende. I verste fall kan sykenærvær føre til langtidssykefravær på sikt (Saksvik et al., 2011; Saksvik, 1996). I en studie av Thun og kollegaer (2014) som så på personer som opplevde utbrenthet som følge av sykenærvær, forklarte mangelen på engasjement 21% av variasjonen i utbrenthet, og lite sosial støtte fra lederen var den sterkeste statistiske årsaken til mangel på engasjement. Det er derfor viktig at organisasjoner og spesielt ledere er bevisst på de faktorene som påvirker valget om sykenærvær for arbeidstakere for å kunne fremme positivt sykenærvær.

Saksvik (1996) har identifisert ulike faktorer som kan ha betydning for hvorvidt en arbeidstaker velger å være sykefraværende eller sykenærværende. En av disse faktorene kalles for uunnværlighetspress, og oppstår når man har mye å gjøre, har viktige oppgaver og/eller oppfattes som uerstattelig for arbeidet (Saksvik, 1996). Dessuten er det i tilknytning til dette funnet at arbeidstakeres opplevelse av at ens jobb (og tilhørende arbeidsoppgaver) betyr noe for andre, kan bidra til økt sykenærværsfrekvens (Johns, 2010). En av informantene i denne studien forteller hvordan hun legger vekt på at den enkelte er viktig for arbeidsplassen, og at hver og en er uerstattelig. I henhold til uunnværlighetspress, kan dette føre til negativt sykenærvær hos den ansatte, da vedkommende får beskjed om at avdelingen er avhengig av vedkommende. På denne måten kan atferden *se den enkelte* kunne påvirke dette nærværspresset. Andre informanter trekke også frem at deres medarbeidere opplever det som ekstra belastende når noen er fraværende fra arbeidet. Dette vil også kunne påvirke at den ansatte opplever et nærværpress for at deres fravær ikke skal gå ut over deres kollegaer.

For å forebygge nærværspres og negativt sykenærvær blant arbeidstakere, er det viktig at organisasjonen generelt, og ledere spesielt, tar hensyn til og tilrettelegger for arbeidstakerne på en hensiktsmessig måte (Saksvik et al., 2011). Saksvik og kollegaer (2011)

beskriver at hensiktsmessig tilrettelegging for arbeidstakere kan føre til sykenærver som ikke medfører negative konsekvenser, men som derimot kan bidra til at arbeidstakeren det gjelder kan oppnå forbedring i helsetilstanden. Thun og kollegaer (2013) fant at lederens holdninger til tilrettelegging var positivt relatert til normer for arbeidstilpasning og negativt relatert til nærværspresnormer. Dette betyr at leder ikke må si at en skal komme på jobb når syk, men heller skape en kultur hvor det skal tilrettelegges for at arbeidstakere som kommer på jobb når syk vil få muligheten til å for eksempel få arbeid tilpasset. Dette er forenelig med hva informantene i denne studien beskriver, der de benytter seg av instrumentell støtte i form av at den enkelte får tilpasset arbeidsoppgaver når vedkommende trenger det. De har også tett oppfølging av personer som har gradert sykmelding og får tilpasset arbeid. Den avhengige faktoren for at lederen skal kunne påvirke holdninger til positivt sykenærver er relasjonen mellom arbeidstaker og leder (Thun et al., 2013). Transformasjonsledelse er funnet å skape en god relasjon mellom arbeidstaker og leder gjennom tillit (Gillespie & Mann, 2004). Atferdene funnet i denne studien er forenelige med komponentene i transformasjonsledelse, og spesielt temaet skape en god relasjon med sine medarbeidere vil være aktuelt her. På denne måten vil leder kunne formidle sine holdninger om sykenærver til sine medarbeidere og kunne påvirke deres valg om fravær eller nærvær og unngå nærværpress. Det blir med dette viktig at leder er tydelig på at sykefravær er ønskelig når det er behov for dette, men at organisasjonen vil kunne tilrettelegge for sine ansatte og ivaretar deres interesser. Dette er forenelig med Trondheim kommune sin visjon og strategi innen sykefravær.

### **Metodiske betraktninger**

For å vurdere kvaliteten på denne studien vil validitet diskuteres i lys av gyldighet og generaliserbarhet.

**Gyldighet.** Gyldighet viser til om det foreligger en logisk sammenheng mellom studiens utforming og resultatene, og om disse funnene faktisk besvarer problemstillingen (Tjora, 2017). Denne studien baseres på lederes beskrivelser av erfaringer omkring sine medarbeideres arbeidsforhold. Som følge av at det i kvalitative intervju utforskes utelukkende på forhold som er knyttet til informantenes subjektivitet (Tjora, 2017), kan det dermed ikke garanteres for at det lederen beskrives er forenelig med medarbeidernes faktiske opplevelser, hva gjelder både arbeidsforhold og lederatferd. I denne sammenhengen bør det imidlertid argumenteres for at utvalget ble valgt ut på bakgrunn av medarbeideres tilbakemeldinger i form av besvarelse på en intern undersøkelse i kommunen, og at det derfor er grunnlag til å tro at leders beskrivelser samsvarer med deres skår på denne undersøkelsen.

I og med at alle avdelingsledere i Trondheim kommune har gått igjennom kommunens «lederskole», besitter informantene kunnskap om ledelse, og med dette hva Trondheim kommune kommuniserer som god og forventet ledelse. Informantene ble også informert om at denne studien var i samarbeid med Arbeidsmiljøenheten ved Trondheim kommune. Dette kan ha formet informantenes svar, da de kan ha valgt å utelate informasjon om forhold som er av en mer negativ art. Dette kan skyldes det som i faglitteraturen kalles sosial ønskelighet (Langdridge, 2011), som forårsakes av et ønske om å presentere seg selv og sine medarbeidere på en best mulig måte. Det kan med andre ord ikke garanteres for at informantenes beskrivelser av egen atferd representerer deres faktiske lederatferd.

**Generaliserbarhet.** Generaliserbarhet viser til spørsmålet om studiens resultater er overførbare til andre situasjoner, og om studiens funn også kan sies å være gyldige utover utvalget i denne studien (Tjora, 2017). Selv om denne studien bygger på et begrenset datagrunnlag, innhentet fra fem personer, mener jeg at det gjennom analysetilnærmingen kan argumenteres for at det er påpekt enkelte lederatferder som kan virke som støttende, og med dette kan være helsefremmende. Ettersom studiens kontekst er blitt redegjort for, kan leser selv vurdere om funnene er gyldige i egen kontekst (Tjora, 2017). Det vil dog være trolig at funnene vil kunne være generaliserbare til helse- og velferdssektoren i offentlig sektor, men det kan argumenteres for at funnene også vil kunne være gyldige for private aktører innen helse og velferd da arbeidsoppgaver fortsatt omhandler å arbeide med mennesker.

### **Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Denne studien avdekker kjennetegn på støttende lederatferd som virker å ha en positiv innflytelse på arbeidstakeres helsefremmende prosesser. For å kunne utvikle arbeidsplasser i Trondheim kommune i en helsefremmende retning, vil det være hensiktsmessig å videre utvikle organisatoriske tiltak som bidrar til å bevisstgjøre ledere om hvordan og hvorfor de påvirker sine medarbeidere, med særlig fokus på effekten av sosial støtte i et helsefremmende perspektiv. Videre er det diskutert hvordan sosial støtte fra leder kan påvirke ansatte annerledes basert på ulike personlighetstrekk og kjønn. Her vil det være aktuelt for ledere å være bevisst på hvordan egen atferd kan være positiv for noen og oppleves som negativ for andre, spesielt for robuste ansatte. Robuste ansatte vil ha mindre behov for sosial støtte fra leder da de opplever en indre kontroll og opplever stressorer som mindre belastende. Det er derfor tenkelig at robuste personer vil ha et lavere sykefravær enn personer som skårer lavt på hardiness. Robusthet kan læres (Shirey, 2004), og man kan oppfordre til at lederne gjennom intellektuell stimulering ikke bare bør fokusere på å utvikle medarbeidernes kompetanse og mestring, men også på å forsterke deres motstandsdyktighet. Til slutt ble det i diskusjonen

trukket frem hvordan sykenærvær kan føre til negative helsekonsekvenser for den ansatte. Da Trondheim kommune sin strategi for å redusere sykefravær baserer seg på å tilrettelegge for sykenærvær, er det hensiktsmessig at ledere og ansatte i helse- og velferdssektoren, samt i Trondheim kommunen generelt, gjøres oppmerksom på faktorer som kan føre til nærværspres og eller annen form for negativt sykenærvær. Dette vil kunne forhindre at sykenærvær fører til langtidssykefravær, og vil kunne skape en mer helsefremmende arbeidsplass på tvers i kommunen.

Denne studien tar utgangspunkt i lederes subjektive oppfatning av egen lederatferd, samt opplevelser og oppfatninger av sine medarbeideres forhold på arbeidsplassen. Studien dekker således ikke medarbeidernes egne oppfatninger av leders atferd samt erfaringer og synspunkter. Det kan med dette i fremtiden være nyttig å undersøke hvordan medarbeidere selv opplever arbeidsforholdene og leders atferd, og videre sammenligne dette med lederens egne beskrivelser. Det kan videre sees på hvorvidt medarbeiderens personlighet og kjønn påvirker hvordan de opplever støttende atferd fra sin nærmeste leder.



## **Konklusjon**

Denne studien har som formål å identifisere kjennetegn på støttende lederatferd til ledere som oppleves som støttende blant sine medarbeidere. Studiens analyse viser at lederatferd som synes å virke støttende på ansatte i helse- og velferdssektoren i Trondheim kommune involverer å bygge en god relasjon med sine medarbeidere, skape miljø for kommunikasjon, tilrettelegge for ansattes behov og avlastning. Basert på resultatene argumenterer studien for at ledere som utøver en støttende lederatferd vil kunne påvirke de ansattes helsefremmende prosesser ved å praktisere sosial støtte gjennom transformasjonsledelse og tilrettelegge for en tilfredsstillende balanse mellom jobbkrav og ressurser. Studiens funn understøttes av funn av sosial støtte som både en direkte effekt på medarbeideres velvære og helse, samt som en buffer mot jobbkrav. For å kunne utvikle helse og velferdssektoren i Trondheim kommune i en helsefremmende retning, vil det i lys av studien være hensiktsmessig å iverksette organisatoriske utviklingstiltak som kan bidra til å tilrettelegge for de presenterte lederatferdene. I denne sammenheng er det viktig at kommunen bevisstgjør ledere om hvordan deres atferd har innvirkning på medarbeidernes opplevde arbeidssituasjon og helsetilstand, blant annet gjennom å implementere funn gjennom tilpasset lederopplæring og lederutviklingsprogram i form av kommunens lederskole. For å få et mer nyansert bilde på hvordan Trondheim kommune kan jobbe strategisk mot å tilby en arbeidsplass som kan fremme arbeidstakeres helse, er det imidlertid behov for mer forskning på området, da helsefremmende ledelse foreløpig er et mindre veletablert fenomen i dagens faglitteratur.

### Referanser

- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014a). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *56*(8), 787–793.
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014b). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *56*(8), 787–793. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>
- Aagestad, C., Tyssen, R., & Sterud, T. (2016). Do work-related factors contribute to differences in doctor-certified sick leave? A prospective study comparing women in health and social occupations with women in the general working population. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2908-1>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Særlig om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne (LOV-2005-06-17-62).
- Arnold, K. A. (2017). Transformational Leadership and Employee Psychological Well-Being : A Review and Directions for Future Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(3), 381–393.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *54*, 502–509. <https://doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, *121*(3), 417.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job Demands-Resources Theory. *Wellbeing, III*, 1–28. <https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell019>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). *Job Demands – Resources Theory : Taking Stock and Looking Forward*. *22*(3), 273–285.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, *10*(2), 170.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). *Burnout and work engagement: The JD–R approach*.

- Bartone, P. T. (2000). *Hardiness as a resiliency factor for United States forces in the Gulf War*.
- Bass, Bernard, M., & Riggio, Ronald, E. (2006). *Transformational Leadership*.  
[https://doi.org/10.1002/1521-3773\(20010316\)40:6<9823::AID-ANIE9823>3.3.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1521-3773(20010316)40:6<9823::AID-ANIE9823>3.3.CO;2-C)
- Bass, Bernard M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Collier Macmillan.
- Bass, Bernhard M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9–32.  
<https://doi.org/10.1080/135943299398410>
- Beehr, T. A., Farmer, S. J., Glazer, S., Gudanowski, D. M., & Nair, V. N. (2003). The Enigma of Social Support and Occupational Stress: Source Congruence and Gender Role Effects. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(3), 220–231.  
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.3.220>
- Berkman, L. F. (1985). *The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality*.
- Bogen, H., & Lien, L. (2015). *Fra fravær til nærvær*.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breevaart, K., Bakker, A., Hetland, J., Demerouti, E., Olsen, O. K., & Espevik, R. (2014). Daily transactional and transformational leadership and daily employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1), 138–157.
- Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). Organizational behavior: Affect in the workplace. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 279–307.
- Brulin, C., Gerdle, B., Granlund, B., Höög, J., Knutson, A., & Sundelin, G. (1998). Physical and psychosocial work-related risk factors associated with musculoskeletal symptoms among home care personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(2), 104–110.
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods* (5. utgave). Oxford: Oxford University Press. Cavanaugh,
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2011). The benefits of debriefing as formative feedback in nurse education. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 37.
- Christensen, J. O., & Knardahl, S. (2012). Work and back pain: a prospective study of psychological, social and mechanical predictors of back pain severity. *European Journal*

- of Pain*, 16(6), 921–933.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- De Jonge, J., & Kompier, M. A. J. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4(4), 235–258.
- Dellve, L., Lagerström, M., & Hagberg, M. (2003). Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: A case-control study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76(3), 216–224.  
<https://doi.org/10.1007/s00420-002-0414-5>
- Dellve, L., Skagert, K., & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1-and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, 17(5), 471–476.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50–68. <https://doi.org/10.1108/13620430910933574>
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Den Hartog, D. N., & De Hoogh, A. H. B. (2009). Empowering behaviour and leader fairness and integrity: Studying perceptions of ethical leader behaviour from a levels-of-analysis perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18(2), 199–230.
- Diebig, M., Poethke, U., & Rowold, J. (2017). Leader strain and follower burnout: Exploring the role of transformational leadership behaviour. *German Journal of Human Resource Management: Zeitschrift Für Personalforschung*, 31(4), 329–348.  
<https://doi.org/10.1177/2397002217721077>
- Diestel, S., Rivkin, W., & Schmidt, K.-H. (2015). Sleep quality and self-control capacity as protective resources in the daily emotional labor process: Results from two diary studies. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 809.
- Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). *Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement*. 579–599. <https://doi.org/10.1348/096317909X470690>
- El-Bassel, N., Guterman, N., Bargal, D., & Su, K. H. (1997). Main and buffering effects of emotional support on job- and health- related strains: A national survey of Israeli social

- workers. *Employee Assistance Quarterly*, 13(3), 1–18.  
[https://doi.org/10.1300/J022v13n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J022v13n03_01)
- Eriksen, W., Bruusgaard, D., & Knardahl, S. (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), 271–278.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health—implications for health promotion. *Global Health Action*, 4(1), 5611.
- Eschleman, K. J., Bowling, N. A., & Alarcon, G. M. (2010). A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 277.
- Finne, L. B., Christensen, J. O., & Knardahl, S. (2014). Psychological and social work factors as predictors of mental distress: a prospective study. *PloS One*, 9(7).
- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S., Knardahl, S., & Skyberg, K. (2011). The impact of workplace risk factors on long-term musculoskeletal sickness absence: a registry-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(12), 1478–1482.
- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S., & Skyberg, K. (2010). Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 698–705.
- Franke, F., & Felfe, J. (2011). How does transformational leadership impact employees' psychological strain? Examining differentiated effects and the moderating role of affective organizational commitment. *Leadership*, 7(3), 295–316.
- Gillespie, N. A., & Mann, L. (2004). Transformational leadership and shared values: The building blocks of trust. *Journal of Managerial Psychology*, 19(6), 588–607.
- Gordon, C. J., & Buckley, T. (2009). The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 491–498.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work & Stress*, 11(3), 267–278.
- Grinyer, A., & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: A study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk & Society*, 2(1), 7–21. <https://doi.org/10.1080/136985700111413>
- Halbesleben, J. R. B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of

- the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1134–1145. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1134>
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44(3), 355–370.
- Hetland, H., & Sandal, G. (2003). Transformational leadership in Norway: Outcomes and personality correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(2), 147–170.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley, CA: University of California Press.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health Linked references are available on JSTOR for this article : Social Relationships and Health. *Science*, 241(4865), 540–545.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). New York: Academic Press.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison–Wesley.
- Howitt, D. (2013). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology* (2. utg.). United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Hystad, S. W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2011). Effects of psychological hardiness, job demands, and job control on sickness absence: A prospective study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 265–278. <https://doi.org/10.1037/a0022904>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519–542. <https://doi.org/10.1002/job>
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709–722.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285–308.
- Karatepe, O. M., & Olugbade, O. A. (2009). The effects of job and personal resources on hotel employees' work engagement. *International Journal of Hospitality Management*, 28(4), 504–512.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Cheng, C., Donohue, L., Bartram, T., & Oakman, J. (2017). Are organisational factors affecting the emotional withdrawal of community nurses?

- Australian Health Review*, 41(4), 359–364.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1.
- Krause, N. (1987). Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 2(4), 349.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendahl akademisk.
- Langdridge, D. (2011). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Forlag.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95–100.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Larkin, M. (2015). Choosing your approach. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 249-256). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Lau, Y., & Wong, D. F. K. (2008). The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(5), 556-571.
- Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Peeters, M. C. W., van Heesch, N. C. A., & Schaufeli, W. B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress and Coping*, 14(3), 243–263.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123.
- Lien, L. (2016). «IA-ledelse 2.0 – NED med sykefraværet!» (Issue 174001).
- Marín, A. M., & García-Ramírez, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The European Journal of Psychiatry*, 19(2), 96–106.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. J., & Gaure, S. (2011). The anatomy of absenteeism. *Journal of Health Economics*, 30(2), 277–292.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.12.003>
- Martinsen, Ø. L. (2005). Lederskap – spiller det noen rolle? (Forskningsrapport 2005:5).
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., (2001). Job Burnout. *Control*, 397–422.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. W. (1997). Sickness absence and “working through” illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public*

- Health*, 19(3), 295–300. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024633>
- Medley, F., & Larochelle, D. R. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*, 26(9), 64JJ.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21(4), 986–1010.
- Munro, L., Rodwell, J., & Harding, L. (1998). Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: The value of social support to nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 35(6), 339–345. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(98\)00049-2](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(98)00049-2)
- Nielsen, K., & Daniels, K. (2016). The relationship between transformational leadership and follower sickness absence: the role of presenteeism. *Work and Stress*, 30(2), 193–208. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1170736>
- Nielsen, M. L., Rugulies, R., Christensen, K. B., Smith-Hansen, L., & Kristensen, T. S. (2006). Psychosocial work environment predictors of short and long spells of registered sickness absence during a 2-year follow up. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(6), 591–598. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000201567.70084.3a>
- Nilsson, K., Hertting, A., Petterson, I.-L., & Theorell, T. (2005). Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health*, 5(1), 92.
- NOA. (2016) Nasjonal statistikk om arbeidsmiljø og helse. Hentet fra <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/arbeidsprofiler-og-bakgrunnsindikatorer/alle-yrkesaktive/yrkesprofil/>
- Northouse, P. G. (2019). *Leadership: Theory and practice* (8. utg.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates*. National Institute for Working Life [Arbetslivsinstitutet] Stockholm.
- Ose, Solveig O. (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*.
- Ose, Solveig Osborg, Brattlid, I., Haus-reve, S., Mandal, R., & Bjerkan, A. M. (2011). *Inkluderende arbeidsliv i kommunene*.
- Ose, Solveig Osborg, Haus, S. R., Jensberg, H., & Sandsund, M. (2009). *Arbeid, livsstil og helse blant norske hjelpepleiere (ALH studien). Datadokumentasjon. 2009. Trondheim, SINTEF*.
- Piccolo, R. F., & Colquitt, J. A. (2006). Transformational leadership and job behaviors: The mediating role of core job characteristics. *Academy of Management Journal*, 49(2), 327–



340.

- Poland, B. D. (2002). Transcription quality. I J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Red.), *Handbook of Interview Research: Context & Method* (s. 1-23). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Rivera-Torres, P., Araque-Padilla, R. A., & Montero-Simó, M. J. (2013). Job stress across gender: The importance of emotional and intellectual demands and social support in women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*(1), 375–389. <https://doi.org/10.3390/ijerph10010375>
- Rostad, I. S., Milch, V., & Saksvik, P. (2015). Psychosocial workplace factors associated with sickness presenteeism, sickness absenteeism, and long-term health in a Norwegian industrial company. *Scandinavian Psychologist*, 1–18. <https://doi.org/10.15714/SCANDPSYCHOL.2.11>
- Saksvik, P. Ø., Guttormsen, G., & Thun, S. (2011). Sykenærvær, nærværspres, fraværmestring og langtidsfriskhet-nye begrep i sykefraværsforskningen. I PØ Saksvik (Red.), *Arbeids- og organisasjonspsykologi. Aktuelle Tema Til Inspirasjon for et Bedre Arbeidsliv*, 3.
- Saksvik, Per Øystein. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management*, *3*(1), 47–59.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2005). Testing the job demand–control–support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland health study. *Occupational Medicine*, *55*(6), 463–473.
- Sargent, L. D., & Terry, D. J. (2000). The moderating role of social support in Karasek’s job strain model. *Work & Stress*, *14*(3), 245–261.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*, *9789400756*, 43–68. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3>
- Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, *15*(1), 381–411.
- Shirey, M. R. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economics*, *22*(6).
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, *40*(4), 11–36.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders’ well-being, behaviours

- and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24(2), 107–139.  
<https://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>
- Slinning, E., & Haugen, R. (2011). *Helsefremmende lederskap: slik leder de beste*. Gyldendal akademisk.
- Smith, J. A. (2015). Introduction. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 1-3). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- SSB. (2019) Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>
- Stansfeld, S. A., Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). Social support and social cohesion. *Social Determinants of Health*, 2, 148–171.
- Sterud, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 468–476.
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors : predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational and Environmental Medicine and Toxicology*, 6(10), 1–9.
- Sweetman, D., & Luthans, F. (2010). The power of positive psychology: Psychological capital and work engagement. *Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*, 54–68.
- Taxer, J. L., & Frenzel, A. C. (2018). Inauthentic expressions of enthusiasm: Exploring the cost of emotional dissonance in teachers. *Learning and Instruction*, 53, 74–88.
- Tayfur, O., & Arslan, M. (2013). The role of lack of reciprocity, supervisory support, workload and work-family conflict on exhaustion: Evidence from physicians. *Psychology, Health and Medicine*, 18(5), 564–575.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2012.756535>
- Thun, S., Friedner, a, Minucci, D., & Løvseth, L. H. (2014). Sickness present with signs of burnout : The relationship between burnout and sickness presenteeism among university hospital physicians in four European countries. *Scandinavian Psychologist*, 1(5), 1–20.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e5>
- Thun, S, Saksvik, P. Ø., Mehmetoglu, M., & Christensen, M. (2013). The impact of supervisors' attitudes on organizational adjustment norms and attendance pressure norms. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 5(2), 54.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-4754.1984.tb00313.x>

- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Trondheim kommune. (2019). Rapport sykefravær og uførhet for 2018. Trondheim.
- Trondheim kommune. (2018). Årsrapport 2017. Trondheim.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, *13*(2), 87–114.
- Vegchel, N. Van, & Jonge, J. De. (2004). *Swedish Human Service Employees : Moderating Effects of Job Control and Social Support*. *11*(1), 21–40. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.1.21>
- Viswesvaran, C., Sanchez, J. I., & Fisher, J. (1999). The Role of Social Support in the Process of Work Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Vocational Behavior*, *54*(2), 314–334. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1998.1661>
- Väänänen, A., Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., Mutanen, P., Vahtera, J., & Peiró, J. M. (2003). Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Social Science & Medicine*, *57*(5), 807–824.
- Woerkom, M. Van, Bakker, A. B., & Nishii, L. H. (2016). Accumulative Job Demands and Support for Strength Use : Fine-Tuning the Job Demands-Resources Model Using Conservation of Resources Theory. *Journal of Applied Psychology*, *101*(1), 141–150.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, *14*(2), 121.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(3), 235–244.
- Yukl, G. A. (2010). *Leadership in organizations*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Zwingmann, I., Wegge, J., Wolf, S., Rudolf, M., Schmidt, M., & Richter, P. (2014). Is transformational leadership healthy for employees? A multilevel analysis in 16 nations. *German Journal of Human Resource Management*, *28*(1–2), 24–51.

**Appendiks**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse sendt til avdelingsledere

Vedlegg 3: Samtykke erklæring

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

## Vedlegg 1: Intervjuguide

Punkter før vi begynner:

- Minne på taushetsplikt
  - o Bruk gjerne eksempler, men ikke nevne enkeltpersoner ved navn, eller ta med informasjon som gjør at vi kan identifisere vedkommende
- Kan når som helst trekke seg under intervjuet uten konsekvenser

Generelt	<p><b>1. Hvilken rolle har du på din enhet?</b>          Enhetsleder eller avdelingsleder? Hvordan ser arbeidsdagen din ut?</p> <p><b>2. Hvor lenge har du hatt lederansvar?</b></p> <p><b>3. Hvor mange personer har du lederansvar for?</b></p>
Lederstil	<p><b>1. Hva anser du som din viktigste rolle som leder for din gruppe? - Hva fokuserer du mest på?</b>          - Kan du komme med noen konkrete eksempler?</p> <p><b>2. Har du noen spesifikke lederstrategier?</b></p> <p><b>3. Opplever du seg selv hovedsakelig som menneskeorientert eller faglig orientert? På hvilken måte?</b>          Oppfølgingsspørsmål:          - Hvordan opplever du at lederstilen din påvirker dine medarbeidere?          - Hvordan kan din lederstil og dine strategier utvikle dine medarbeidere?</p>
Organisatoriske forhold	<p><b>1. Hva kjennetegner de organisatoriske forholdene på din enhet?</b>          - hvordan påvirker dette de ansatte?</p> <p><b>2. I hvilken grad er det tilrettelagt for at den ansatte opplever egenkontroll i sin arbeidsdag?</b>          - Hvordan er arbeidet tilrettelagt?          - Eksempel?</p> <p><b>3. I hvilken grad er det rolleklarhet blant de ansatte?</b>          - Eksempel?</p> <p><b>4. Hvilke jobbkrav kan være tilstede på din enhet?</b>          - Hvordan tilrettelegges det for å balansere jobbkrav?          - Eksempel?</p>

	<p><b>5. Har de ansatte mulighet til medbestemmelse på arbeidsplassen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan legges det til rette for slik medbestemmelse?</li> <li>- Eksempel?</li> </ul>
<p>Relasjon mellom leder og medarbeider</p>	<p><b>1. Hva gjør du for å bygge relasjonen med hver enkelt medarbeider?</b></p> <p><b>2. Hvordan opplever du at medarbeiderne forholder seg til deg?</b></p> <p><b>3. Hvordan foregår den daglige kommunikasjonen mellom dere? - Har dere kontinuerlig dialog? Hvordan foregår dette?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke arenaer foregår formell og uformell kommunikasjon?</li> <li>- Hvis konflikt: Hvordan kommuniseres det?</li> </ul> <p><b>4. På hvilken måte gir du medarbeiderne dine tillit?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan viser du dette?</li> <li>- Opplever du at medarbeiderne har tillit til deg?</li> </ul> <p><b>5. Gjør du noen konkrete tiltak for at alle i gruppa skal føle tilhørighet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja, hva gjør du?</li> </ul>
<p>Tema i HMS undersøkelsen:</p> <p>Emosjonelle krav</p> <p>Vold og trusler</p> <p>Seksuell trakassering</p>	<p><b>1. I hvor stor grad opplever dine medarbeidere emosjonelle krav i sin jobbhverdag?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du gi et eksempel?</li> <li>- Hva gjør du som leder hvis dine medarbeidere opplever emosjonelle krav?</li> </ul> <p><b>2. I hvor stor grad opplever dine medarbeidere å bli utsatt for vold og trusler i sin jobbhverdag?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du gi et eksempel?</li> <li>- Hva gjør du som leder hvis dine medarbeidere blir utsatt for vold og/eller trusler?</li> </ul> <p><b>3. Opplever dine medarbeidere seksuell trakassering i sin jobbhverdag?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja: Hva gjør du som leder?</li> <li>- Kan du gi et eksempel?</li> </ul>

Helsefremmende arbeid	<p><b>1. Hvilken kunnskap har du om helsefremmende arbeid?</b></p> <p><b>2. Hva gjør du for å fremme trivsel og helse blant dine medarbeidere?</b></p> <p><b>3. Hvordan er det med sykefravær på din enhet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva opplever du er den største kilden til sykefravær på din enhet?</li> <li>- eksternt eller internt?</li> <li>- Hvis internt, hvorfor det?</li> </ul> <p>- Er det noe rundt hvordan arbeidet er organisert på din enhet som kan påvirke sykefraværet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja, hvordan?</li> </ul> <p>- Har din enhet en strategi for sykefravær? (tilrettelegging for eksempel?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja, kan du gi eksempel?</li> </ul> <p>- Tenker du at du som leder kan påvirke og utforme denne strategier?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja, hvordan?</li> </ul>
HMS undersøkelse	<p><b>1. Hvordan bruker du informasjonen fra HMS undersøkelsen på din enhet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eksempel?</li> </ul> <p><b>2. Opplever du at informasjonen er nyttig for deg som leder på din enhet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventuelt hvorfor?</li> </ul> <p><b>3. Opplever du at informasjonen er nyttig for de ansatte på enheten?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventuelt hvorfor?</li> </ul>

Har du noen spørsmål til meg?

Kan jeg kontakte deg seinere med mulige oppfølgingsspørsmål?

**Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse sendt til avdelingsledere**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på sammenhengen mellom ledelse, sosial støtte og sykefravær. Du blir spurt om deltakelse da du har lederansvar ved din enhet i helse og velferdssektoren i Trondheim kommune. Prosjektet er i forbindelse med min masteroppgave i arbeids- og organisasjonspsykologi og er i samarbeid med Arbeidsmiljøenheten.

Med deltakelse menes det å stille til et kvalitativt intervju som vil vare ca. 1 – 1.5 time. Det er helt frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet.

Hvis du har mulighet til å delta ønsker jeg å gjennomføre intervju i løpet av desember. Det er også mulighet til å utsette til nyåret da jeg forstår at desember er en hektisk måned. Tid og sted kan tilpasses hva som passer deg best.

Hvis du har ønske om å delta eller har noen spørsmål vedrørende prosjektet er det bare å sende meg en mail på [ann.helen.hitland@gmail.com](mailto:ann.helen.hitland@gmail.com).

Mvh Ann Helen Hove Hitland



### Vedlegg 3: Samtykke erklæring

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

## ***” Støttende ledelse i helse- og velværesektoren i Trondheim kommune ”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på sammenhengen mellom ledelse, sosial støtte og sykefravær. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Formålet med prosjektet er å se på hvordan ledelse kan virke helsefremmende i en kommunal sektor. Spesielt helse- og velferd sektorer opplever i stor grad jobbkrav i form av kontakt med pasienter, pårørende og begrenset med tid og ressurser. Dette prosjektet har som mål å se på ledelse som en faktor når det kommer til sykefravær, med spesielt fokus på sosial støtte fra nærmeste leder.

Dette er i forbindelse med en masteroppgave i Arbeids- og Organisasjonspsykologi.

Prosjektet er i samarbeid med Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune, og mulige resultater vil bli brukt i videre lederutvikling og arbeid i kommunen.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

NTNU - Institutt for psykologi er ansvarlig for prosjektet er ansvarlig for forskningsprosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir bedt om å delta i dette prosjektet da du har lederansvar ved en enhet i helse- og velvære sektoren i Trondheim kommune. Utvalgt har blitt valgt ut i samarbeid med Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju. Intervjuet vil ta ca. 1 – 1.5 time. Intervjuet vil bestå av spørsmål om deg som leder og ditt ansvar på enheten,

samt spørsmål om sykefravær og andre utfordringer på din enhet. Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, og senere bli transkribert.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Taushetsplikt**

Hvis du velger å delta i prosjektet, må du passe på at du overholder din taushetsplikt, og ikke oppgir opplysninger som kan identifisere en tredjeperson.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data
- Dine svar vil anonymiseres, og du vil ikke kunne gjenkjennes i ferdigstilt oppgave eller i eventuell publisering.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 4.mai 2020. Personopplysninger vil bli slettet ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU – Institutt for psykologi har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- NTNU – psykologisk institutt ved Per Øystein Saksvik, på epost [per.saksvik@ntnu.no](mailto:per.saksvik@ntnu.no) eller telefon: 91897551, eller Ann Helen Hove Hitland, på epost [ahhitlan@stud.ntnu.no](mailto:ahhitlan@stud.ntnu.no) eller telefon: 97141331.
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, på epost [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), eller telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Per Øystein Saksvik

Student  
Ann Helen Hove Hitland

---

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 4. mai, 2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Masteroppgave

### Referansenummer

460932

### Registrert

09.10.2019 av Ann Helen Hove Hitland - ahhitlan@stud.ntnu.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

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

Per Øystein Saksvik, per.saksvik@ntnu.no, tlf. 91897551

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Ann Helen Hove Hitland, ann.helen.hitland@gmail.com, tlf. 97141331

### Prosjektperiode

19.08.2019 - 04.05.2020

### Status

14.11.2019 - Vurdert

## Vurdering (1)

### 14.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 14.11.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.05.2020.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

