



# **Arbeid og psykisk helse**

## **En kvalitativ undersøkelse om mennesker med lettere psykiske plager sitt syn på arbeid**

**Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap**

**Master i Helsefremmende Arbeid**

Tone Gyro Solvang-Lothe og Linda Hannevold Holt

**November/2015**

**Antall ord: 19129**

## **Førord**

Når vi nå er ved veis ende med masteroppgaven, er det mange tanker og følelser som dukker opp. Det har vært en lang og krevende prosess, og det er et kapittel i livet som er over. Et kapittel som har vært både krevende, interessant og utrolig lærerikt. Det har gitt oss ny og nyttig kunnskap om et tema vi brenner for begge to. Vi jobber til daglig med mennesker med lettere psykiske plager i et Raskere Tilbake-tilbud, og gjennom oppgaven har vi fått et nytt og mer nyansert bilde av hva denne gruppen trenger for å oppleve jobb som helsefremmende. Dette er kunnskap vi tar med oss inn i vår arbeidshverdag, og som vi håper og tror kommer våre pasienter til gode.

Vi har også erfart at vi to samarbeider helt utmerket, selv om et så stort prosjekt som en masteroppgave. Det har vært mange gode, konstruktive faglige diskusjoner, mange kritiske spørsmål, mye latter, mye sjokolade, mye kaffe og ingen krangling. Slik vi ser det, har dette vært oppskriften på et svært godt samarbeid!

Oppgaven hadde ikke latt seg gjennomføre uten hjelp, og vi har hatt mange gode støttespillere som har bidratt til at vi har kommet i havn. Vi vil i første omgang ydmykt få takke våre informanter for deres velvillighet til å dele deres erfaringer med oss. Uten dem hadde det ikke vært grunnlag for noe oppgave. I tillegg vil vi rette en stor takk til vår gode veileder Liv Hanson Ausland. Uten din veiledning og gode innspill underveis i prosessen ville ikke resultatet vært hva det er i dag.

Vi vil også rette en stor takk til arbeidsplassen vår; Katrine, Oda og Benedikte - takk for tålmodighet, veiledning og oppmuntring under prosessen. Lederen vår, Ida Gottlieb, fortjener også en stor takk for tilrettelegging og velvillighet i løpet av studietiden.

Sist og ikke minst vil vi takke våre ektefeller Per Arne og Bjørge, for at dere har hatt tålmodighet med oss under våre oppturer og nedturer i løpet av denne prosessen.

*Skien, 31.10.15 Linda Hannevold Holt og Tone Gyro Solvang-Lothe*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Psykiske plager er i dag en av de største helse- og samfunnsutfordringene vi har i Norge, og det ansees som et betydelig folkehelseproblem. Norges Arbeids- og velferdsdirektorat (NAV) har i flere år rapportert om økende sykefravær og uførhet med bakgrunn i disse plagene. Arbeidsdeltakelse har betydning for vår stilling i samfunnet, og er også knyttet opp mot mestring og selvtillit. Det ser ut til at arbeid har en positiv innvirkning på den psykiske helsen, og en økt satsning på psykisk helse på viktige arenaer som for eksempel arbeidsliv, kan være et bidrag til å bedre folks psykiske helse.

**Formål:** Hensikten med denne studien er å undersøke og utvikle kunnskap om hva mennesker som opplever lettere psykiske plager anser som helsefremmende ved det å være i arbeid. Målet er økt kunnskap om hvilke faktorer som bør være tilstede, for at denne gruppen skal oppleve det som positivt å være i jobb.

**Metode:** Studien har et kvalitativt forskningsdesign, der data er samlet inn ved hjelp av to gruppeintervjuer, med hhv tre og fem informanter i gruppene. Utvalget er rekruttert fra Psykiatrien i Vestfold, Raskere Tilbake.

**Funn:** Det kan synes som om kapasiteten reduseres og balansegangen mellom krav og kontroll blir ekstra viktig når man opplever lettere psykiske plager. Opplevelse av mestring er en nøkkelfaktor. For at jobb skal være helsefremmende må man først og fremst oppleve kontroll og mestring av seg selv og sin familie. Det kan derfor være behov for et fravær fra jobb i denne perioden. Først når man opplever å ta vare på seg selv og familien vil jobb kunne øke opplevelsen av helse. I en arbeidssituasjon har informantene behov for å bli sett, hørt og tatt på alvor av kolleger, og spesielt leder. Hva som skal til for å oppleve anerkjennelse er individuelt. Det er viktig at man opplever å legges til rette for, samtidig som man får oppgaver som kan mestres.

**Konklusjon:** Arbeid oppleves helsefremmende først når man opplever å mestre seg selv og sin familie. Arbeidsmiljøet må være preget av anerkjennelse. Leder har et spesielt ansvar for at ansatte skal oppleve mestring.

**Nøkkelord:** Helsefremmende arbeid, lettere psykiske plager, arbeid, mestring, anerkjennelse, sosial støtte, familie, negative automatisk tanker, ledelse

## **Abstract**

**Background:** Today, mental disorders is one of the biggest health- and societal challenges in Norway. It is viewed as a major public health problem. Norwegian Labour and Welfare Administration has for many years reported an increase in both sick leaves and disabilities as a result of mental disorders. Participation in work life plays a major role for a human's position in society, and is also linked to coping and confidence. It appears that work, in most cases, have a positive impact on mental health. An increased focus on mental health in employment and work, may be a contribution to improving people's mental health.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate, and from that create knowledge about what people, who are experiencing common mental disorders, regard health enhancing by being at work, or being employed. The aim is to increase knowledge about what it takes, and what factors needed to be present for this group to have a positive work experience regarding health.

**Methods:** The study has a qualitative research design. Data is collected from two group interviews, recruited from the psychiatric division in Vestfold, called Raskere Tilbake.

**Results:** It appears that capacity is reduced and the balance between demands and control becomes particularly important when one experiences common mental disorders. Experience of coping is a key factor. To perceive work as healthy one must first have a sense of control and coping of one self and ones family. It may therefore be necessary to take leave from work during this period. When at work it is crucial that you are seen, heard and taken seriously by colleagues, and especially by the leader. How to experience recognition is individual. You might need reduced workload, but still needs to be challenged by tasks you can cope with.

**Conclusion:** Work can be perceived healthy when you have a sense of coping with yourself and your family. Appreciative work environment is crucial. The leader has a special responsibility for ensuring that employees experience coping.

**Keywords:** Health promotion, common mental disorder, social support, management, workplace, work, coping, recognition, social support, family, habitual negative thoughts

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn .....	8
1.1.2 Psykiske plager i dagens samfunn.....	8
1.1.3 Arbeidslivet i Norge .....	9
1.2 Kunnskapsstatus .....	10
1.2.1 Hva vet vi om arbeid og psykisk helse.....	10
1.2.2 Vurdering av kunnskapsstatus.....	11
1.3 Problemstilling.....	12
1.4 Praktisk relevans.....	13
1.5 Begrepsdefinisjoner .....	14
1.5.1 Helseforståelse .....	14
1.5.2 Antonovskys helsekontinuum .....	14
1.5.3 Lettere psykiske plager.....	15
1.5.4 Helsefremmende arbeidsplasser .....	15
2.0 Teoretisk rammeverk.....	17
2.1 Depresjon, angst og negative automatiske tanker .....	17
2.2 Krav/kontroll .....	18
2.3 Sosial støtte.....	19
2.4 Mestring.....	20
2.5 Anerkjennelse .....	21
2.5.1 Anerkjennende ledelse .....	22
3. 0 Metode.....	24
3.1 Forskningsdesign .....	24

3.1.1	Vitenskapsteoretisk forankring .....	24
3.1.2	Forforståelse .....	25
3.1.3	Valg av metode.....	26
3.1.4	Gruppeintervju .....	26
3.2	Datainnsamling.....	27
3.2.1	Utvalg og rekruttering .....	27
3.2.2	Intervjuguide .....	28
3.2.3	Gjennomføring .....	29
3.2.4	Transkribering .....	30
3.3	Analyse .....	30
3.4	Etiske vurderinger.....	32
3.4.1	Informert valg og selvbestemmelse.....	32
3.4.2	Konfidensialitet og datalagring .....	32
3.4.3	Mulig belastning for informanter .....	33
3.5	Metodekritikk .....	33
3.5.1	Pålitelighet.....	34
3.5.2	Troverdighet .....	34
3.5.3	Overførbarhet .....	35
4.0	Presentasjon av funn.....	36
4.1	”Hva legger mennesker med lettere psykiske plager i begrepet helsefremmende?”. 36	
4.1.1	Krav/kontroll .....	37
4.1.2	Mestringsfølelse .....	37

4.2	”Hvilke forhold utenfor arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?” .....	38
4.2.1	Mestre hverdagen .....	39
4.3	Hvilke forhold ved arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?.....	41
4.3.1	Anerkjennelse.....	41
4.3.2	Sosial støtte .....	44
4.4	Oppsummering av funn .....	46
5.0	DISKUSJON .....	48
5.1	”Hva legger mennesker med lettere psykiske plager i begrepet helsefremmende?” .....	48
5.1.1	Krav/kontroll .....	48
5.1.2	Mestringsfølelse .....	50
5.2	Hvilke forhold utenfor arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?.....	51
5.3	Hvilke forhold ved arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?.....	54
5.3.1	Anerkjennelse.....	54
5.3.2	Sosial støtte .....	56
6.	AVSLUTNING .....	59
6.1	Oppsummering av funn .....	59
6.2	Implikasjoner for praksis .....	60
7.0	Litteraturliste .....	62
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.....	68
	Vedlegg 2: Intervjuguide første intervju .....	71
	Vedlegg 3: Intervjuguide, andre intervju .....	72
	Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	73
	Vedlegg 5: Godkjenning fra REK.....	74

## 1.0 Innledning

I følgende kapittel presenteres bakgrunn for valg av tema. Deretter introduseres konteksten for oppgaven, før det redegjøres for kunnskapsstatus. Vi vil også gjøre rede for problemstillingen, forskningsspørsmål og studiens relevans. Til slutt følger en beskrivelse av sentrale begreper.

### 1.1 Bakgrunn

Til daglig jobber vi med mennesker som er, eller står i fare for å bli sykmeldt. Ofte ser vi at grunnen til dette skyldes en eller annen form for udefinert psykisk plage. Hos enkelte har livet bydd på store utfordringer og belastninger, men symptomene kan også komme uten noen klar årsak. Disse plagene rammer på tvers av alder, sosioøkonomisk status og tilgang på ressurser. Felles for plagene er at de reduserer livskvaliteten og folks opplevelse av helse. Vi har derfor med interesse fulgt med på forskning rundt temaet, og da vi startet på studiet og fikk nærmere kunnskap om det helsefremmende arbeidets helhetlige tilnærming til helse, samt Ottawa-charterets (WHO, 1986) fokus på menneskers empowerment, ble dette en spennende måte å tilnærme oss menneskene vi møter hver dag. Vi har også tro på at arbeid i mange tilfeller kan være en ”behandling” for å bryte ut av uhensiktsmessige tankemønstre, og ønsket derfor å se nærmere på arbeid som en helsedeterminant ved lettere psykiske plager.

#### *1.1.2 Psykiske plager i dagens samfunn*

Psykiske plager er i dag en av de største helse- og samfunnsutfordringene vi har i Norge. Om lag halvparten av den norske befolkningen vil oppleve en psykisk helseplage i løpet av livet, og ca en tredjedel i løpet av ett år (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Norges Arbeids- og velferdsdirektorat (NAV) har i flere år rapportert om økende sykefravær og uførhet grunnet lignende plager. Spesielt ser det ut til at gruppen yngre arbeidstakere med psykiske helseplager har en økende tendens til å falle utenfor arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2011). Til tross for økt arbeidsfravær ser det ikke ut til at plagene har økt i omfang, men forklares med økt åpenhet og aksept for psykiske plager, økt fokus hos helsetjenesten og et arbeidsliv som kanskje vanskeligere kan kombineres med mental uhelse (Øverland, Knudsen & Mykletun, 2011). Stadig fler søker behandling for de lettere psykiske



plagene, og andelen som rammes av slike plager er så stor at dette ansees som et betydelig folkehelseproblem (Mykletun et al, 2009; Grøholt (red.), 2014). Dette sees på med bekymring, både for samfunnsøkonomien og velferdsgodene vi har i Norge. I tillegg har det store konsekvenser for individet. Det handler om livskvaliteten til den enkelte, og forskning viser at mennesker som mottar trygdeytelser opplever dårligere helse og lever kortere enn de som står i arbeid (Myklestad, Rognerud & Johansen, 2008; Waddel & Burton, 2006).

Verdens helseorganisasjon (WHO, u.å., a) har definert god psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan håndtere normale stressituasjoner i livet, realisere egne muligheter, arbeide på en produktiv måte og ha mulighet til å bidra i samfunnet. Psykiske helseproblemer trenger ikke være et hinder for å være deltagende i arbeidslivet, men byr på utfordringer som må overvinnnes.

### *1.1.3 Arbeidslivet i Norge*

I følge International Labour Organization (ILO, 2014) er den globale sysselsettingen på 59,6 %, og i Norge 68,3 % (SSB, 2013). Norge har et mål om å ha et inkluderende arbeidsliv (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014). Gjennom IA-avtalen, som er en intensjonsavtale mellom regjeringen og partene i arbeidslivet, jobbes det for å bedre arbeidsmiljøet, hindre fravær og frafall, samt å inkludere mennesker som har en redusert funksjonsevne.

Arbeidsmiljøloven skal sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet. Som et av få land, har man i Norge ved lov også har rett på et godt psykososialt arbeidsmiljø som gir grunnlag for opplevelse av mening og sosial tilhørighet (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3).

I Norge har vi gode velferdsordninger som gir økonomisk trygghet om vi i perioder eller varig opplever nedsatt arbeidsevne. Den gir oss full lønn inntil et år med sykemelding (Folketrygdeloven, 1997). Folketrygdeloven (1997, § 8-4, andre ledd) sier imidlertid at dersom det ikke foreligger en tungtveiende medisinsk begrunnelse, vil sykepengene stoppe etter 8 uker dersom den sykemeldte ikke er i noe arbeidsrelatert aktivitet. Forskning viser at det å være sykemeldt over lengre tid, i seg selv reduserer sjansen betraktelig for å komme tilbake til ordinært arbeid, uavhengig av helseplager (Gjesdal, Haug, Ringdal, Vollset & Mæland, 2005).

Ved å ha fokus på psykisk helse på viktige arenaer for folk flest, som for eksempel arbeidsliv, kan det være et bidrag til å bedre folks psykiske helse (Czabala, Charzynska & Mroziak, 2011). Det er viktig at folk kan oppleve utvikling og trivsel, og alle samfunnssektorer kan bidra til å fremme innbyggernes psykiske helse.

## **1.2 Kunnskapsstatus**

### *1.2.1 Hva vet vi om arbeid og psykisk helse*

Deltakelse i arbeidslivet er en sentral verdi i vårt samfunn. Arbeidsdeltakelse har betydning for vår stilling i samfunnet, og er også knyttet opp mot mestring og selvtillit (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og sosialdepartementet, 2009). Det ser ut til at arbeid, i de fleste tilfeller, har en positiv innvirkning på den psykiske helsen (Waddel & Burton, 2006). Man kan se betydelige helseforskjeller blant mennesker som er i arbeid, sammenliknet med de som står utenfor arbeidslivet (Myklestad, et al, 2008). Å delta i arbeidslivet gir oss som individer anerkjennelse, personlig identitet og fellesskap (Berge og Falkum, 2013). For de fleste av oss er arbeid hovedkilden til inntekt og livsopphold, og er ofte en viktig arena for sosial tilhørighet. Forhold i arbeidsmiljøet kan også virke positivt inn på den enkeltes psykiske helse, ved for eksempel opplevelse av kontroll i arbeidssituasjonen, få gode og konstruktive tilbakemeldinger, samt deltagelse i beslutninger (Sverke, Hellgren & Naswall, 2002). I tillegg bidrar lønnet arbeid til å oppnå flere av forutsetningene for god helse som er definert i Ottawa-charteret (1986), som for eksempel husly og mat. Studiene til Ausland & Vinje (2012) viser at en viktig motivasjon for arbeid er de sosiale relasjonene i et kollegafellesskap. Gode arbeidsplasser, som legger til rette for OAS<sup>1</sup> og støttende miljøer ser ut til å ha gode forutsetninger for å skape god helse på arbeidsplassen (Fleming, 2012). Dårlige arbeidsforhold og uhelse følger den sosiale gradienten, og det er i lavstatusyrkene hvor risikoen for negative helseutfall er størst.

---

<sup>1</sup> Antonovskys begrep om opplevelse av sammenheng (OAS) sier at om en person opplever begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i hverdagen, har han en sterk OAS og gode forutsetninger for å takle de utfordringer han møter i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Å forske på arbeid som årsak til helse kan i følge Knardahl (2015) være utfordrende, da det er vanskelig å få til et perfekt eksperimentelt design. Ved å stole blindt på subjektive metoder kan det dras slutninger basert på personlige emosjoner. Ved å lese offentlige publikasjoner utgitt av utvalg og ekspertgrupper kan vi lese at de som er i arbeid, generelt har bedre mental helse enn de som står utenfor (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og sosialdepartementet, 2009; Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Major et al., 2011; OECD, 2011). Dette understøttes blant annet av Waddel og Burton (2006), som i et review konkluderer med at arbeid er viktig for individets selvrealisering, identitet og sosial status, samt at arbeid kan, ved alminnelige helseplager, være terapeutisk og forebygge konsekvensene man ser ved langvarig sykmelding og uførhet. Selv om det i rapportene ikke henvises til forskning som spesielt har sett på det helsefremmende ved arbeid, konkluderes det med at det er bra for den psykiske helsen å jobbe. Det kan virke som om denne konklusjonen er dratt på bakgrunn av forskning på risikofaktorer. I følge Statens arbeidsmiljøinstituttts faktabok om arbeidsmiljø og helse (STAMI, 2015) viser ny norsk forskning at ca en fjerdedel av alle tilfellene av psykiske plager blant norske arbeidstakere skyldes psykososiale og organisatoriske risikofaktorer. Her nevnes blant annet lav selvbestemmelse, rollekonflikt, høye emosjonelle krav, mobbing og jobbusikkerhet. Dette støttes av annen forskning på risikofaktorer for utvikling av dårlig mental helse; Jobb-usikkerhet (job insecurity) trekkes fram av blant annet Sverke, Hellgren og Näswall (2002) som en risikofaktor, og Wilhelm, Kovess, Rios-Seidel og Finch (2004) har i en systematisk oversiktsrapport funnet at blant annet manglende autonomi, samt det å jobbe i omsorgsykker i seg selv er en risikofaktor for å utvikle depresjon. De påpeker imidlertid at forskningen på temaet er mangelfull, og at studiene som er gjort ofte er vanskelige å sammenligne med andre.

### *1.2.2 Vurdering av kunnskapsstatus*

Sett fra litteratursøk er det gjort mye forskning på hva slags risikofaktorer som kan predikere psykiske helseplager på arbeidsplassen. I tillegg er det gjort forskning på hvordan man kan forebygge at psykiske helseplager kommer som et resultat av arbeid. Litteraturen konkluderer ganske klart at arbeid er bra for den mentale helsen. Ofte har den helsefremmende forskningen konsentrert seg om generelle nærværsfaktorer for arbeid (eks. Vinje & Ausland,

2012), eller hvilke positive helseeffekter arbeid kan ha ved mer alvorlige og spesifikke psykiatriske diagnoser (Auerbach & Richardson, 2005; Becker & Drake, 2003). Ut fra hva vi har klart å finne er det gjort lite kvalitativ forskning der mennesker med lettere psykiske plager har blitt spurt om hva *de* mener er helsefremmende ved å være i jobb. Dette stemmer overens med konklusjonen Lau, Finne og Berthelsen (2011) gjør i artikkelen "*Deltagelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risikofaktor for utvikling av dårlig mental helse?*", hvor de sier at det blant annet er lite kunnskap om hva slags arbeidsmiljø som er gunstig for arbeidstakere som allerede sliter med psykiske helseutfordringer. I tillegg vil kravene til oss mennesker endre seg kontinuerlig. Det blir derfor viktig å gjenta og teste ut tidligere funn og konklusjoner, for å finne ut om de fortsatt er gyldige.

### **1.3 Problemstilling**

Vårt utgangspunkt for masteroppgaven er å se på hva mennesker med lettere psykiske plager ser på som helsefremmende ved det å være i arbeid. For å besvare dette har vi kommet fram til følgende problemstilling;

*"Hva opplever mennesker med lettere psykiske plager som helsefremmende ved å være i arbeid?"*

Forskning og oversiktsartikler vi så langt har lest konkluderer ganske entydig med at det på et overordnet nivå er positivt for helsa å arbeide. Vår hypotese er at det er flere ting enn praktisk tilrettelegging på arbeidsplassen som er med på å gjøre arbeid til noe helsefremmende. Vi har en formening om at det er mange faktorer som bidrar, og at subjektive opplevelser hos individet, relasjoner og sosiale nettverk er viktige elementer. Ved å spørre arbeidstakere som opplever lettere psykiske plager ønsker vi å finne hvilke faktorer som er viktigst for at de skal kunne oppleve arbeidssituasjonen som helsefremmende. I løpet av studietiden har vi erfart at begrepet helsefremmende har mange ulike tolkninger. Vi synes derfor det er viktig at vi finner ut hva mennesker med lettere psykiske plager legger i begrepet helse og helsefremmende for at problemstillingen skal kunne besvares.

For å svare på problemstillingen har vi utarbeidet tre forskningsspørsmål;

Forskningsspørsmål 1; ”*Hva legger mennesker med lettere psykiske plager i begrepet helsefremmende?*”

Forskningsspørsmål 2; ”*Hvilke forhold utenfor arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?*”

Forskningsspørsmål 3; ” *Hvilke forhold ved arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?*”

#### **1.4 Praktisk relevans**

Oppgaven kan bidra til et mer nyansert bilde av hvilke faktorer som er viktige for at det skal oppleves positivt for helsen å være i jobb til tross for lettere psykiske plager. Sett i et teoretisk perspektiv, vil det bidra til å utfylle og komplementere den eksisterende forskningen på arbeid og psykisk helse.

Relevans for individet: Økt kunnskap om disse plagene vil kunne føre til økt trygghet og økt mestring, både for den det gjelder og nettverket rundt (Berge & Repål, 2009). I dag er det mange som sykemeldes 100 % for disse plagene. Data av dette slaget vil være nyttig for sykemeldere, i vurderingen om pasienten bør sykemeldes eller ikke. Vi håper også å få til en god gruppediskusjon, slik at det vil oppleves positivt for deltagerne, skape refleksjon, bevisstgjøring og læring.

Samfunnsmessig relevans: Resultatene vil kunne gi grunnlag for ytterligere forskning på større grupper. I et større perspektiv kan resultatene bidra til helsefremmende arbeidsplasser hvor arbeidstakere skal kunne stå i jobb med psykiske utfordringer. Resultatene kan også være nyttig for helsepersonell som er i kontakt med mennesker i ulike livssituasjoner. I tillegg anser vi det som relevant forskning for offentlige myndigheter, eksempelvis NAV, å få et innblikk i en kvalitativ forskning på dette området.

## 1.5 Begrepsdefinisjoner

### 1.5.1 Helseforståelse

Helse har til alle tider opptatt menneskeheten (Fugelli & Ingstad, 2001). I de fleste av disse årene har medisinen og ekspertenes rolle stått sentralt, og helse har vært sett på som en enten-eller tilstand; enten er man frisk og har god helse, eller så er man syk og har dårlig helse (Green & Tones, 2010). WHO definerte i 1948 helse som "... *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*", og ville med dette åpne for å se helse i et større perspektiv enn det biomedisinske (WHO, 1948). Det helhetlige synet på helse ble videreført i Ottawa-charteret (WHO, 1986), hvor helse forstås som en ressurs i hverdagen, og ikke bare helse som målet i seg selv. Helse skapes der menneskene er, der de lærer, arbeider, leker og elsker. Miljøet man befinner seg i påvirker med andre ord vår opplevelse av helse. Peter F. Hjort har sagt det så enkelt som at helse er å ha overskudd til å mestre hverdagens krav, noe som setter fokus på individets opplevelse av helse som det viktigste (Hjort, 1982, s 16). Fugelli og Ingstad (2001) har sett på det folkelige perspektivet, og konkluderte med at trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi var de viktigste elementene i folks syn på helse. Opplevelse av helse, og hva som fremmer og hemmer er ulikt fra individ til individ.

### 1.5.2 Antonovskys helsekontinuum

*"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health"* (WHO, 1986)

WHO beskriver helsefremmende arbeid som en prosess der enkeltindividet gjøres i stand til å påvirke og forbedre sin egen helse. Antonovsky ser på helse som et kontinuum mellom polene helse og uhelse (Antonovsky, 2012). Hvilke faktorer som skal til for å fremme en bevegelse i retning av den positive enden av helsekontinuumet kalles salutogenese. Det helsefremmende arbeidet har et salutogent perspektiv og gjennom et holistisk syn på helse søker de å finne det som bidrar til økt opplevelse av helse. Dette er i motsetning til det patologiske synet, hvor fokuset er på å identifisere risikofaktorer og redusere hva som

forårsaker dårlig helse. Vi ønsker å se på hvordan arbeid kan virke helsefremmende, sett i lys av Antonovskys salutogene perspektiv.

### *1.5.3 Lettere psykiske plager*

Vi har i oppgaven valgt å begrense tema til å omfatte lettere psykiske plager, og går dermed ikke inn i diagnostiserbare psykiske lidelser. Med lettere psykiske plager mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser (Mykletun et al., 2009). Skillet mellom lettere psykiske plager og alvorlige psykiske lidelser diskuteres innen fagmiljøene. Enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner, lettere spiseforstyrrelser og lettere ruslidelser defineres som lettere psykiske plager. Størstedelen av lettere psykiske plager er mild/moderat depresjon og angst (Øverland et al., 2011). Felles for alle typer psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Berge & Repål, 2013). Å skille mellom lettere psykiske plager og psykiske lidelser vanskeliggjøres ytterligere ved at velferdsordningene i Norge først trer i kraft dersom man har en sykmelding og diagnose fra legen. Dette gjør at vi kanskje sykkeliggjør normale følelser og tilstander, og dermed er med på å gjøre skillet mellom en plage og en sykdom enda mer utydelig.

### *1.5.4 Helsefremmende arbeidsplasser*

På grunn av den høye sysselsettingen og den stadig økende dokumentasjonen på at arbeid er en helsedeterminant i seg selv, er arbeidsplassen en god arena for helsefremmende arbeid (Hodgins, 2012). Lillestrømerklæringen (2002) sier at en helsefremmende arbeidsplass utvikles når de ansatte får ta del i beslutninger, og skapes når deres behov og ressurser blir ivarettatt. Å få til en helsefremmende arbeidsplass krever at man har en helhetlig tilnærming til ansattes helse, og tar hensyn til omgivelsenes innvirkning (Hanson, 2004). Arbeidsplassen utgjør en unik og oversiktlig setting, med mulighet til å implementere koordinerte og sammensatte tiltak. Når det gjelder ansattes subjektive opplevelse av helse kan dette være vanskelig å måle. Allikevel vil sykefravær, produksjonstall og arbeidsmiljøundersøkelser gi

en indikasjon på om de helsefremmende tiltakene ser ut til å gi økt velvære (Green & Tones, 2010).



## 2.0 Teoretisk rammeverk

I første kapittel ble det under *1.5 begrepsdefinisjoner* kort gjort rede for vår helseforståelse, hva vi legger i begrepet lettere psykiske plager, Antonovskys helsekontinuum og helsefremmende arbeidsplasser. I følgende kapittel presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Teorien er bevisst valgt ut under og i etterkant av analysen, for på denne måten å nærme oss svarene så åpent som mulig. For å gi et innblikk i hvordan lettere psykiske plager kan oppleves, og hva slags konsekvenser det kan ha for individet, starter vi med å gi en generell beskrivelse av plagenes art. Deretter presenteres teori og forskning om krav/kontroll og sosial støtte. Så vil det gjøres rede for mestring gjennom Banduras begrep om self-efficacy, før vi helt til sist belyser begrepet anerkjennelse.

### 2.1 Depresjon, angst og negative automatiske tanker

Lettere psykiske plager omfatter i all hovedsak angst og depresjon. Plagene kjennetegnes av gjentatte tanker og forstillingsbilder om fortid, nåtid og fremtid (Berge & Repål, 2008, s. 22). Tankene våre er av stor betydning for hvordan vi har det, og har stor kraft. Negative automatiske tanker (NAT) er destruktive og kan føre til grubling og bekymring. De kan bli så fremtredende at tankene forekommer som en sannhet for hvordan andre oppfatter en, og hvordan man oppfatter seg selv. Depressive følelser er for eksempel forbundet med tanker om verdiløshet, meningsløshet og håpløshet. Denne negative dialogen med en selv vil påvirke hvordan vi føler og reagerer på ulike hendelser (Berge & Falkum, 2013). NAT er spontane, og oppleves som gyldige for den som opplever dem. De kan forekomme som forestillinger eller som enkeltsetninger, som har nedverdiggende og nedlatende fortegn mot en selv. Det er i følge Berge & Repål (2008) ingen vesensforskjeller mellom psykiske plager og en normalfungering. Det er snakk om tanker vi alle har, hvor det er en glidende overgang fra hva som kan håndteres, og når plagene blir så store at det går utover hverdagen. Ved å lære seg teknikker som trener opp evnen til å kjenne igjen tankene når de kommer, kan man etterprøve og teste ut sannheten i tankene. I følge Berge og Repål (2005) er ett av de beste virkemidlene mot depresjon sympati og forståelse, og det er dermed mye man selv og ens omgivelser kan bidra med.

## 2.2 Krav/kontroll

I følge Deci & Ryan (1985) har mennesker tre basale, psykologiske behov; behovet for autonomi, tilhørighet og kompetanse. Disse iboende behovene ser også ut til å være av stor betydning for vår opplevelse av helse og trivsel i jobben (Hetland & Hetland, 2011).

Autonomi, eller selvbestemmelse, handler om å ha kontroll, å ha mulighet til å velge. Kontroll er i følge Skogstad (2011) sett på som en forutsetning for å trives på jobb. På slutten av 1970-tallet presenterte Karasek og Theorell sin stressmodell; ”krav-kontroll-modellen” (Karasek & Theorell, 1990). Dette er en stressmodell som primært tar for seg konsekvenser av belastning (krav) og beslutningsmuligheter (kontroll) i arbeidslivet. Krav defineres i modellen som de psykologiske kravene en arbeidstaker møter på i arbeidshverdagen. Dette kan være arbeidsoppgaver, tempo og tidsfrister. Høye krav av denne typen ser ut til å gi en økt psykisk belastning, og kan gi stressrelaterte helseplager. I hvilken grad slike høye krav påvirker helse ser ut til å henge sammen med opplevelsen av autonomi. De negative helsekonsekvensene kan begrenses/snus til positive dersom du opplever å ha mulighet til å påvirke og kontrollere belastningene. I likhet med høye krav og lav kontroll, vil også jobber med lave krav og liten grad av kontroll kunne gi negative helsekonsekvenser ved at arbeidstakerne finner jobben lite motiverende og kjedelig. Krav-kontroll-modellen har vært den dominerende modellen for å forklare og bedømme arbeidsmiljømessige risikofaktorer i arbeidslivet. Rydén (2015) kritiserer modellen for at den er for ensidig, den fanger ikke opp det mangfoldet og den dynamikken dagens arbeidsliv består av. Slik hun ser det, er arbeidslivet i dag preget av flere dimensjoner enn tempo, frister og arbeidsoppgaver. Modellen, med fokus på belastning, strekker ikke til for å forklare hvordan arbeid og arbeidsforhold påvirker mennesket, man må utvikle nye begreper og dimensjoner slik at man kan få en bredere forståelse.

De psykologiske behovene gjelder også utenfor arbeidslivet. Som sosiale individer trer vi konstant ut og inn av ulike roller (Thuen, 2011). To store roller, og deres påvirkning av hverandre, har vært gjenstand for mye forskning. Som familiemedlem og arbeidstaker vil store krav og lav kontroll i en av disse rollene kunne påvirke hvordan man presterer i den andre. Dette refereres til som ”work-family-conflict”, som går begge veier (Grenhouse & Beutell, 1985). Store omsorgsoppgaver eller konflikter på hjemmebane kan i følge Thuen (2011) føre til mindre produktive og effektive arbeidstakere, og en direkte konsekvens kan være sykmelding. Hvis et individ opplever at summen av belastninger og krav det utsettes for er for store i forhold til tidsrammen og de personlige ressursene det opplever å ha, snakker

man i følge Thuen (2011) om en rolleoverbelastning. Forskning viser at risikoen for å utvikle angst og depresjon er fire til fem ganger så høy blant dem som opplever å ha dårlig balanse mellom jobb og hjem. Individets utfordring blir dermed å finne en balanse mellom behovet for krav og behovet for kontroll i alle de ulike rollene og settingene det befinner seg i.

### 2.3 Sosial støtte

Menneskets andre psykologiske behov er behovet for tilhørighet (Deci & Ryan, 1985). Vi er avhengig av å oppleve gode relasjoner med andre mennesker. Krav-kontroll-modellen ble på 90-tallet utvidet med sosial støtte. Sosial støtte defineres som ”overall levels of helpful social interaction available on the job from both co-workers and supervisors” (Karasek & Theorell, 1990, s 69). Karasek & Theorells hypotese var at en arbeidssituasjon, hvor man opplever en høy grad av sosial støtte fra kollegaer og leder, antas å kunne være en buffer mot de negative helsekonsekvensene høye krav – lav kontroll kan gi. I litteraturen skiller studiene av sosial støtte på det Cohen & Wills (1985) kaller *buffereffekt* og *direkte effekt* av sosial støtte. Ved bufferhypotesen trer effekten av sosial støtte inn først når individet opplever store krav og belastninger. Studier av *direkte effekten* viser hvordan sosial støtte gir en direkte påvirkning av helse og trivsel. En slik direkte effekt kan eksempelvis være opplevelse av positive følelser, trygghet, bekreftelse på egenverd, forutsigbarhet og stabilitet (House, 1981; Skogstad, 2003). I følge Cohen & Wills (1985) finnes det støtte for begge modeller.

House (1981) skiller mellom fire typer sosial støtte:

- Emosjonell støtte: å bli verdsatt, akseptert og vist omsorg.
- Vurderingsstøtte: å få realistisk tilbakemelding på atferd og opplevelser
- Informasjonsstøtte: å få formidlet relevant og nødvendig informasjon
- Instrumentell støtte: å få konkret praktisk hjelp som tid, penger og materiell, samt veiledning.

Sosial støtte beskrives som positive utfall av våre sosiale relasjoner, og omfatter utvekslingen av blant annet omsorg, råd, hjelp og veiledning mellom for eksempel kolleger og ledere.

Hallandvik (2002) understreker betydningen av sosial støtte på arbeidsplassen, der sosial

støtte sees på som både en ressurs i vanskelige og stressende situasjoner, og som en positiv innvirkning for den ansattes arbeidshverdag. Det kan være de gode relasjonene den ansatte opplever i et arbeidsmiljø som kan være den støtten som trengs for at man også opplever livet i sin helhet som meningsfullt (Blustein, 2006).

Det er også studier som tyder på at for mye sosial støtte på arbeidsplassen kan påvirke helsen negativt (Knardahl, 2011). Dette forklares ved at man får hjelp til eller blir fratatt oppgaver man i utgangspunktet mestrer. For mye støtte kan føre til at individet mister tro på egen mestring og dermed redusert selvtillit.

## 2.4 Mestring

Deci & Ryans (1985) tredje psykologiske behov er individets behov for kompetanse. De hevder at vi mennesker har et medfødt ønske om å mestre, og at vi hele tiden søker utfordringer som ligger innenfor våre muligheter til å oppnå mestring. Bandura (1994) beskriver mestring gjennom begrepet self-efficacy (SE). Self-efficacy defineres som: *”people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives”* (Bandura, 1994, s. 81). SE er menneskets tro på egen evne til å utføre oppgaver som influerer livet deres. Det påvirker hvordan mennesker tenker, føler og handler. Graden av opplevd SE endres og styrkes gjennom hele livet. Den kan påvirkes av de miljømessige forhold og de omgivelser individet er en del av. SE skapes og utvikles på fire måter (Bandura, 1994; Bandura 1997). Først, og den mest effektive måten å styrke SE på er av tidligere erfaringer. Positive erfaringer og tidligere mestringsopplevelser bygger opp individets SE. I tillegg vil SE påvirkes av modell-læring. Ved å se mennesker lik seg selv oppnå suksess øker troen på egen mulighet for å mestre oppgaven. Verbal påvirkning eller sosial overtalelse er en tredje måte å styrke eller svekke menneskets SE på. Ved å motta positiv feedback og oppmuntring på oppgaver som skal gjennomføres, vil dette kunne være med på å øke troen på egen mestring. Til sist vil kroppslige og emosjonelle signaler ha betydning for opplevelse av SE. Graden av disse reaksjonene og hvordan man tolker dem er med på å påvirke. Ved å redusere stressreaksjoner og forsøke å endre de negative følelsesmessige tolkningene, vil individet selv kunne øke SE.

Individet er både produsenter og produkter av sine sosiale omgivelser (Bandura, 1997). Det er alltid en gjensidig påvirkning mellom mennesket og miljøet det befinner seg i. Mennesker med høy grad av SE har lettere for å se muligheter til å gjøre endringer i eget liv og opplever mindre motløshet enn mennesker med lav SE. De tilnærmer seg vanskelige oppgaver som utfordringer som kan beseires, i stedet for å unngå dem. I motsetning vil mennesker med lav grad av SE styre unna vanskelige oppgaver, og vil kunne se disse som utfordringer som overskrider egne ressurser. Fokuset ligger ofte på hindringer som kan møte dem, i stedet for å fokusere på hvordan oppgaven kan løses på best mulig måte. Lav grad av SE knyttes til blant annet stress og depresjon, mens sterk grad synes å være assosiert med positive begreper som tilfredshet, selvtillit, reduksjon av stress og lavere risiko for utvikling av depresjon.

## **2.5 Anerkjennelse**

*Anerkjennelse er tætt forbundet med vores grunnleggende indstilling til andre mennesker. Forudsætningen for at være anerkjendene er, at vi respekterer det anden menneskets individualitet og fastholder, at ethvert menneske er subjekt for sine egne oplevelser. Anerkjennelse af det anden mennesket indebærer, at vi er optaget af den andes oplevelsesverden, den andres særlige egenart, intentioner og motiver til at handle, som personen gjør (Møller 2008, s. 17).*

Definisjonen til Møller (2008) inneholder viktige aspekt som bør være tilstede i samspillet mellom individer i en anerkjennende relasjon; respekt, individualitet, subjektiv opplevelse og å være interessert i den andres opplevelse av verden. Med dette menes at man er tilstede, og er åpen for den andres livsverden. Med begrepet respekt for menneskers individualitet menes det at det er viktig å godta og respektere mennesker slik som de er, med de tanker, meninger, behov, holdninger og ønsker de måtte ha. På denne måten er det væremåte og de grunnleggende holdninger hos den enkelte som legges til grunn for en anerkjennende tilnærming overfor andre. Det å føle seg anerkjent handler om å kjenne seg akseptert og respektert som menneske, føle at man har egenverdi og at det man gjør har betydning og nytteverdi.

Psykolog Anne – Lise Løvlie Schibbye operasjonaliserer anerkjennelsesbegrepet ved å si at begrepet inneholder fem aspekter; å lytte, å forstå, å akseptere, å tolerere og å bekrefte

(Schibbye, 2005). Dette sees som det viktigste innholdet i hva som skal til for å gi og for å oppleve anerkjennelse. I tillegg til at alle disse fem aspekter bør være tilstede for å skape en anerkjennende relasjon, er det viktig at relasjonen er preget av trygghet, empati og emosjonell tilknytning. Anerkjennelsen må oppleves som troverdig, og er med andre ord avhengig av en genuin interesse og ønske om å ville den andre vel. På samme måte som Møller (2008), er Schibbye (2015) opptatt av at anerkjennelse avhenger av individets egen måte å være tilstede på. Begge er opptatt av at man skal anerkjennes for den man er, og ikke hva man gjør eller utfører. Schibbye deler anerkjennelsesbegrepet i to. Ytre anerkjennelse refererer til den betydningen vi oftest legger i ordet. Dette innebærer å få ros, tilbakemelding og bekreftelse på utførte oppgaver. Indre anerkjennelse retter fokus på individet bak prestasjonene. Individets tanker, følelser og behov blir sett og forstått, akseptert og bekreftet. I følge Schibbye er det den indre anerkjennelsen som er av størst betydning for individet.

Å bli sett er en stor del av anerkjennelse, og brukes ofte i dagligtalen som et synonym på begrepet. På arbeidsplassen kan det å bli sett innebære å bli satt pris på, bli bekreftet, bli lagt merke til og belønnet for den innsatsen man gjør (Espedal, 2010). Det handler også om å bli likt på jobben for den man er, ikke bare for den jobben man utfører. Å bli sett vil kunne bidra til bedre selvbilde og dermed også danne forutsetninger for en personlig utvikling. Å se den andre innebærer at man i tillegg til å se, gir en tilbakemelding av det man ser på en måte som kan skape bekreftelse og vekst hos den andre (Øiestad, 2004).

En annen del av anerkjennelsesbegrepet er å bli hørt. Berge & Falkum (2013) sier at når noen bruker tid og viser interesse for den andres problemer, vil man som ansatt føle seg hørt og forstått. Det er avgjørende hvordan man møter den andre, om man møter den andre oppriktig og positivt vil det kunne uttrykke respekt og varme. På den annen side vil det virke negativt hvis møtet eller hjelpen blir gitt på en nedlatende eller anklagende måte.

### *2.5.1 Anerkjennende ledelse*

I følge Hetland & Hetland (2011) er ledelse en svært viktig faktor på arbeidsplassen, som har en unik mulighet til å bidra til å fylle den ansattes psykologiske behov. God ledelse kan redusere sjansen for sykemelding ved psykiske problemer (Munir, Burr, Hansen, Rugulies &

Nielsen, 2010). I tillegg til å legge til rette for opplevelse av kontroll og mestring, kan en god leder være med på å dekke behovet for å føle seg inkludert og gi sosial støtte (Hetland & Hetland, 2011). Å være en anerkjennende leder er noe annet og noe mer enn å rose og gi korte tilbakemeldinger. Det stikker dypere og handler mer om tilnærminger og holdninger til sine ansatte (Espedal 2010). Til tross for at anerkjennelse mer sees på som en holdning, enn en egenskap, sier Espedal (2010) at man til en viss grad kan lære seg og styrke sine egenskaper som en anerkjennende leder. Hun sier at det å være en anerkjennende leder er å lytte, forstå, vise at du aksepterer, forstå behovet for å bli sett, være bekræftende og ha toleranse overfor medarbeidere. Dette kan være en utfordring for en leder å imøtekomme. Det er en investering i tid og engasjement, men resultatet av en slik anerkjennende lederstil vil kunne bidra til å gi medarbeidere trivsel, indre motivasjon og dermed økt engasjement. Hvis anerkjennelsen blir gitt på riktig måte kan det også bidra til å øke den ansattes følelse av å være betydningsfull på arbeidsplassen og bidra til god selvfølelse. Hun påpeker også at anerkjennende ledere legger mer vekt på det moralske ansvaret, der det holistiske menneskesynet, det medmenneskelige perspektivet og hvordan vi har det med hverandre, er i fokus fremfor det økonomiske perspektivet. Anerkjennende ledelse har elementer av positiv psykologi og kognitive aspekter, ved at man som anerkjennende leder har fokus på egenskaper som henter frem det beste i individet. Fokuset ligger dermed på de ressurser og styrker som er tilstede i organisasjonen, fremfor problemer og mangler i arbeidsmiljøet. En slik lederstil vil være av stor betydning for hvordan arbeidstaker opplever å bli ivaretatt på arbeidsplassen.

## 3.0 Metode

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for den vitenskapsteoretiske forankringen og det forskningsdesign vi har benyttet for å svare på oppgavens problemstilling. Ved å synliggjøre valgene som er tatt underveis i forberedelsene og i gjennomføring av datainnsamling, samt under analyse og tolkning av data, vil leseren selv kunne være med på å vurdere kvaliteten på forskningen. Videre presenteres refleksjoner rundt etiske forhold knyttet til valg av metode. Avslutningsvis diskuteres datas pålitelighet og gyldighet.

### 3.1 Forskningsdesign

Problemstillingen bestemmer i stor grad hvilket forskningsdesign som er mest egnet (Thornquist, 2003). Under vil vi gjøre rede for vår tilnærming til valg av metode.

#### 3.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring

*”Horisont (eller bakgrunn) er mengden av de oppfatninger og holdninger som vi har på et gitt tidspunkt, bevisste eller ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot (Føllesdal, Walløe & Elster 1990:51, i Thornquist 2003, s. 142).*

I den hermeneutiske tradisjon, fremhever Thornquist (2003) viktigheten av å erkjenne at vi alltid har med oss en erfaringsmessig og tankemessig forforståelse, som vil være med på å påvirke den fortolkningen vi gjør. I oppgaven ønsker vi å snakke med mennesker som opplever lettere psykiske plager, og få frem deres erfaringer med arbeid når de opplever en vanskelig periode i livet. Selv om vi, i den grad det er mulig, har forsøkt å legge vår egen forforståelse til side, vil det når vi arbeider med temaet til daglig være vanskelig å møte data helt forutsetningsløst. Gjennom vårt arbeid med oppgaven, har vi erfart den dynamiske erkjennelsesprosessen som den hermeneutiske tradisjon beskriver som den hermeneutiske sirkelen. Dette er en prosess, som gjør at vi forstår en del av virkeligheten, som vil påvirke vår forståelse av helheten. Denne nye forståelsen setter delene i et nytt lys, for så igjen å påvirke helhetsforståelsen. Denne spiralbevegelsen har bidratt til en økt forståelse, refleksjon og ny kunnskap om hva som skal til for at arbeid kan oppleves helsefremmende ved lettere psykiske



plager. Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for oppgaven er derfor en hermeneutisk, fortolkende tilnærming. Dette har betydning for vårt valg av metode til datainnsamling og hvordan disse dataene analyseres og tolkes.

Oppgavens ontologi støtter seg til Gadamer og Habermas' syn på mennesket, hvor vi ser på mennesket som et individ med fri vilje og mulighet til å velge, samtidig som det påvirkes av tradisjoner, erfaringer og konteksten det befinner seg i (Thornquist, 2003; Eriksen & Weigård, 1999). Vår epistemologiske antagelse er at vår livsverden er unik, at vår opplevelse av helse er subjektiv, men at vi gjennom kommunikasjon og samhandling med andre til en viss grad kan dele og skape en felles, sosial verden. Oppgaven søker å finne om det er noen likheter i vår felles sosiale verden, når det gjelder valgt tema.

### *3.1.2 Forforståelse*

I all forskning vil forskeren gå inn med en viss forforståelse av fenomenet som skal studeres (Johannessen, Tuftes & Christoffersen, 2010). Dette kan virke som en motivasjon og mulighet til å forstå mer, men kan på den annen side medføre ensidige tolkninger (Malterud, 2003; Kvale & Brinkmann, 2010). I tråd med en hermeneutisk tilnærming har vi under datainnsamling og analyse forsøkt å ha et bevisst forhold til vår forforståelse. Vi jobber tett med temaet hver dag, og har i utgangspunktet en grunnleggende tro på at arbeid er helsefremmende. Samtidig har vi erfaring med at enkelte i perioder, med ulike typer arbeid, belastninger og arbeidsmiljø, ikke tjener positivt på å stå i arbeid. Fordelen ved å være to forskere er at vi underveis i prosessen har kunnet utfordre hverandre på vår forforståelse og våre tolkninger. Rett etter at vi hadde valgt tema, diskuterte og noterte vi ned tanker og meninger rundt forskningstemaet. Disse refleksjonene tok vi med oss inn i analysen for å minne oss selv på oppfatningene vi hadde i forkant, og vi har brukt dette aktivt for å lete etter alternative tolkninger.

Vi valgte bevisst å ikke lete etter det teoretiske rammeverket før vi gjennomførte gruppeintervju og analyse. Analysen er således ikke teoristyr, da vi ikke ønsket å tolke funnene i lys av en allerede valgt teori. Vi ønsket å stille så åpent og forutsetningsløst som mulig, og er av den formening at det å finne teori først, kunne påvirket oss under intervjuene

og i analysen. Vi hadde likevel notert oss noen stikkord fra vår egen erfaring, for å få informantene til å utdype disse ved behov.

### 3.1.3 Valg av metode

Ut fra vår problemstilling og vitenskapelige ståsted falt valget av metode på gruppeintervju. Fra vårt eget arbeid har vi erfaring med at man i en gruppe kan få fram gode diskusjoner og interessante synspunkter. Vi ønsket å se på variasjonsbredde og mangfold omkring forskningstemaet, og vurderte gruppe til å være mer egnet enn individuelle intervjuer. Vi håpet at den felles erfaringen informantene i gruppen hadde ville kunne gi en dypere refleksjon og få frem flere aspekter, ved at gruppen dro veksel på hverandre. Temaet kan av noen oppleves svært privat, men i og med deltagerne var henvist inn til Raskere Tilbake grunnet lettere psykiske plager, samt at fokuset ikke ville ligge på diagnose eller symptomer, vurderte vi det til å være en egnet problemstilling for en gruppe. Samtidig ser vi at individuelle intervju muligens kunne gitt oss mer dybdeinformasjon fra hver enkelt, og at informantene hadde hatt mulighet for å snakke friere, og ikke la seg lede av andres svar i en en-til-en situasjon.

Vi hadde i første omgang tenkt å benytte oss av fokusgrupper, men etter å ha lest litt rundt kriteriene valgte vi semistrukturerte gruppeintervjuer i stedet. Det var hovedsakelig informantenes erfaringer og tanker som var interessant for oss, ikke hva det sosiale samspillet mellom deltagerne kunne genere av informasjon. Begrunnelsen for å velge semistrukturert intervju, er at vi ønsket å få til en mindre styrt tilnærming til å svare opp problemstillingen enn vi muligens ville fått ved å lage en detaljert intervjuguide.

### 3.1.4 Gruppeintervju

I litteraturen vi har forholdt oss til er det vanskelig å finne et eksakt skille mellom fokusgrupper og gruppeintervjuer. Malterud (2003, s.134) bruker begrepet gruppeintervju som en metode innenfor fokusgrupper, mens Halkier (2010, s.9) siterer Wibeck (2000) som sier at fokusgrupper *kan* være en form for gruppeintervju. En gruppesamtales styrke er at man

som forsker kan få innblikk i det sosiale samspillet som fører til utsagn og diskusjoner (Halkier, 2010). Med et følsomt tema som psykisk helse og arbeid *kan* deltagerne føle seg mer bekvem med å dele erfaringer og holdninger med en gruppe med tilnærmet like utfordringer, fremfor å sitte alene med en intervjuer som til daglig jobber for Raskere Tilbake. Vi forsøkte å legge til rette for et jevnbyrdig intervju, hvor vi genuint ønsket å høre deltageres refleksjoner. Vi ser allikevel at vår ansettelse i Raskere Tilbake, hvor hovedoppgaven er å få sykemeldte ut i jobb, gir en ujevn maktbalanse, som kan ha påvirket informantene og deres svar. Det er i en gruppe også en fare for at sterke personligheter kan hemme enkelte og styre samtalen i én retning. Derfor er det en mulighet for at informantens utsagn er påvirket av hverandre og at informasjon og data har gått tapt ved å bruke gruppeintervju som metode. Ved å være bevisst dette under hele intervjusettingen, anser vi likevel dette som akseptabelt.

## **3.2 Datainnsamling**

### *3.2.1 Utvalg og rekruttering*

Deltagerne ble strategisk valgt ut fra pasienter henvist Psykiatrien i Vestfold, Raskere Tilbake. Ved Raskere Tilbake får pasientene tilbud om et todagers informasjonskurs om alminnelige helseplager og/eller et femdagers refleksjonskurs i gruppe. Vårt utgangspunkt var å rekruttere fra femdagerskurset, hvor vi vurderte deltagerne til å være trygge i gruppe, vant til å reflektere over egne erfaringer og fokusere på hva som gir opplevelse av økt helse. På grunn av lang responstid fra Regional Etisk Komité, som forsinket oppstarten av intervjuene, valgte vi å rekruttere en gruppe fra todagerskurset, hvor deltagerne er mer eller mindre ukjent for hverandre. Dette valget ga oss to forskjellige grupper, hvor den ene har fått mer tid og hjelp til å reflektere over egen situasjon og muligheter. I etterkant ser det ut til at dette bidro til større variasjon og mer nyanserte data for å svare opp til problemstillingen. Selv om vi mistet muligheten til å sammenligne to grupper som har vært igjennom det samme, fikk vi til gjengjeld sett hvordan ulike sosial samspill og fokus ga forskjellige utsagn og diskusjoner. Vi har valgt å ikke skille på de to gruppene i analysen eller i presentasjon av funn, da vi anså denne ulikheten som uvesentlig for å besvare problemstillingen.

Utvelgelsen av informanter ble gjennomført ved at vi informerte om studien, la igjen informasjonsskriv og samtykkeerklæringer på henholdsvis dag 3 og dag 1 av kursene de deltok på. De som ønsket å delta la igjen signert samtykke hos kurslederen da de gikk derfra. Kravet om informert samtykke i forskning kan i seg selv også være en kilde til bias, ved at de som i utgangspunktet er interessert og positive til temaet i større grad melder sin interesse (Bush, 2013). Inklusjonskriteriene for informanter var at de opplevde/hadde opplevd lettere psykiske plager, samt at de var i et arbeidsforhold. Dette ble ivaretatt ved at vi rekrutterte fra Raskere Tilbake som har krav om begge disse inklusjonskriteriene. Om de for tiden var sykemeldt eller ikke, valgte vi av praktiske grunner å se bort i fra. Dette kan ha påvirket resultatet av studien, men ble vurdert som akseptabelt da alle hadde erfaringer med, og tanker rundt, jobbens påvirkning på helsa. Alvorlig psykisk sykdom var et eksklusjonskriterie, men ble ikke aktuelt grunnet valgt rekrutteringsmåte. Vi hadde sett for oss to gruppeintervjuer, med anbefalt gruppestørrelse på 6-8 deltagere. I og med at deltagerne selv meldte sin interesse, var vi spent på hvor mange som ønsket delta. Vi endte på to grupper på henholdsvis tre og fem deltagere, antall informanter som ble forespurt var henholdsvis 30 og 8. I forkant av det første intervjuet diskuterte vi om vi skulle gjennomføre da de bare ble tre. Det ble vurdert dit at en samtale med tre kunne gi oss mye verdifull informasjon. Samtidig synes vi det var moralsk viktig å gjennomføre for dem som hadde satt av tid for å hjelpe oss.

Valg av rekruttering gjorde at vi ikke hadde noen kontroll over variabler som kan innvirke på resultatet. Etter gjennomførte intervjuer vurderer vi at variasjon i alder og yrkesretning/stilling gjenspeiler hvordan arbeidslivet ser ut, men at utdanningsnivået nok var litt høyere enn i arbeidslivet generelt. Det var også en overvekt av kvinner i gruppene (6 vs. 2). Dette gjenspeiles i henviste inn til Psykiatrien i Vestfold, Raskere Tilbake.

### *3.2.2 Intervjuguide*

Under utarbeidelsen av intervjuguiden vurderte vi om vi ønsket å lage kategoriene på forhånd, og få informantene til å dele sine tanker og erfaringer rundt disse. Vi ble imidlertid enige om at vi ønsket å nærme oss deres erfaringer så forutsetningsløst som mulig, og ble enige om å stille åpne spørsmål. For å starte refleksjonen om helse og hva som påvirker den startet vi

med et generelt spørsmål om hva helse betyr for informantene, og videre hva de legger i begrepet helsefremmende. Vi valgte også å bruke en praktisk metode under intervjuet. Denne metoden gikk ut på at hver enkelt skulle skrive hvilke faktorer de anså som viktige for dem for at arbeid er helsefremmende, en faktor per lapp. Deretter presenterte informantene en og en lapp etter rundepriippet. Vi valgte å gjennomføre denne metoden for å fremme mangfold, og motvirke at samtalen ble styrt av sterke personligheter. I tillegg valgte vi å presentere en påstand ”Arbeid er bra for helsa”, og spurte etter informantenes meninger rundt dette. Avslutningsvis spurte vi om det er helsefremmende faktorer som har blitt mer/ mindre viktig for dem når de opplever lettere psykiske plager, for å få informantene til å reflektere over hva slags betydning nå-situasjonen har for opplevelsen av positive helsedeterminanter på arbeid. Selv om vi valgte å finne teori i etterkant av intervjuene, brukte vi våre erfaringer på området til å skrive ned noen stikkord som kunne brukes som hjelp dersom samtalen i intervjuene stoppet opp. På bakgrunn av erfaringer gjort under første intervju, endret vi litt på spørsmålsrekkefølgen og ordlyden til intervju nummer to. Dette var for å bedre flyten i samtalen, og anses ikke til å ha påvirket informasjon og innhenting av data.

### *3.2.3 Gjennomføring*

Vi valgte å sette tidspunkt for gruppeintervjuet rett etter at informantene var ferdig på kurs, da det erfaringsmessig kan være en utfordring å få informanter til å stille opp på kveldstid. For å skape en trygg og tillitsfull ramme startet vi med å servere en enkel lunsj, hvor praten gikk løst rundt bordet. Når vi startet intervjuet opplyste vi om at vi satt i gang lydopptak, som ville bli slått av i pausene. Vi valgte å ha en moderator, som var hovedintervjuer, og en observatør. På det første intervjuet erfarte vi at det var utfordrende å disponere tiden i forhold til intervjuguiden, og holdt på en halv time lenger enn planlagt. Etter hvert intervju skrev vi hvert vårt refleksjonsnotat over gjennomføring og inntrykk. Disse viste seg å være svært nyttig, og la grunnlag for små justeringer i intervjuguide og egen gjennomføring til intervju nummer to.

### 3.2.4 Transkribering

Transkriberingen fra lydopptak til tekst delte vi i to, ved at den ene skrev ned intervjuene ordrett og den andre gikk igjennom lydopptakene i sin helhet, for å oppsummere meningsinnholdet i det som ble sagt. I den ordrette transkriberingen ble bekreftende mumling og ja noen ganger utelatt, men der det opplevdes som å ha betydning ble det notert. Unaturlig lange pauser og latter ble også notert. Transkriberingen ble gjort samme kveld eller påfølgende formiddag for å bevare så mye som mulig av inntrykk fått under intervjuet. Å lytte på lydopptakene gjorde oss svært oppmerksomme på vår egen kommunikasjon, både ved spørsmålsstilling og bekreftelse på informantens utsagn. Vi ser i ettertid at vi med fordel for eksempel kunne latt det være lenger pause etter utsagn, for på den måten fått informantene til å utdype mer. Våre gjentakelser og bekreftelser kan ha påvirket informantene og hva de ga av informasjon. På den annen side vurderer vi intervjustilen til å gi en avslappet og trygghetsskapende atmosfære.

### 3.3 Analyse

Malterud (2003) hevder at analyse av kvalitative data består av å stille spørsmålet ” hva forteller dette oss om problemstillingen?”, og lese, organisere og kunne gjenfortelle svar på en systematisk måte. I følge Malterud skal analysen være en brobygger mellom rådata og resultat ved at datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Vi har valgt å følge hennes detaljerte beskrivelse av en kvalitativ dataanalyse. Dette er en datastyrt analyse som gjennomføres i fire trinn:

1. Få et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen

For å utnytte vår fordel med to forskere valgte vi å gjennomføre de ulike trinnene i analysen hver for oss, med diskusjon mellom hvert trinn. I første steg leste vi gjennom det transkriberte materialet i sin helhet, før vi i neste omgang leste igjennom og forsøkte å finne koder som representerte informantens tanker om emnet. Vi skrev opp stikkord vi synes var viktig, og fargekodet disse i koder i etterkant. Et av intervjuene ble også lest av en utenforstående, som

oppsummerte sine inntrykk. Vi har vært bevisste på hva vi ville ha svar på gjennom hele analysen; hva er helsefremmende og positivt med det å være i jobb. Det førte til at en god del av materialet, hvor informantene snakket om negative helsefaktorer, ble ekskludert, og vi konsentrerte oss om det materialet som kunne gi oss svar på vår hovedproblemstilling.

Etter å ha delt opp i koder, gikk vi gjennom på nytt og fant meningsbærende enheter i materialet, og plasserte disse under temaene vi mente de hørte innunder. Dette ble gjort fysisk med post-it-lapper med ulike farge eller utklippede sitater, som deretter ble plassert i en tabell. Alle de meningsbærende enhetene ble merket med linjenummer, og fargekodet til hver informant for lett å kunne finne tilbake. Dette ga et bra visuelt overblikk. Underveis ble kodene diskutert og justert, og vi endte til slutt opp med kodene mestring, anerkjennelse, arbeidsmiljø, ledelse, aktivitet, selvbilde og diverse.

I neste fase forholdt vi oss kun til det utklippede materialet. Via meningsfortetting tok vi for oss hver kodegruppe for seg, og lette etter subgrupper under hver kode. Også dette ble gjort hver for oss, noe som viste seg å være nyttig, da vi her hadde mange diskusjoner rundt mening i de ulike meningsbærende enhetene. Vi utfordret hverandre på for forståelse og tolkning, og skrev notater underveis i diskusjonene. Det anbefales i Malteruds fremstilling av dette trinnet, at man skriver ned en abstrahert beskrivelse av hver subgruppe (Malterud, 2003, s. 108). Vi opplevde at diskusjonene våre utgjorde en lignende hensikt, og valgte derfor å hoppe over dette.

Mot slutten av analysen, fant vi det hensiktsmessig å justere forskningsspørsmålene så de svarte bedre opp til problemstillingen vår. Dette gjorde også at vi gikk tilbake til å lese hele intervjuene på nytt, for å se om subgruppene og vår oppfattelse av disse hang sammen med den opprinnelige teksten. Malteruds tips om å sette de meningsbærende enhetene i en matrise/tabell i trinn to var også en hjelp til å få oversikt over de ulike kodene og informantenes bidrag til disse. I lys av forskningsspørsmålene gikk vi nok en gang igjennom kodene og subgruppene, og ble til slutt sittende igjen med kodene mestring, anerkjennelse og sosial støtte. Det er dette som ligger til grunn for presentasjon av data i neste kapittel.

### 3.4 Etiske vurderinger

Forskningsetiske retningslinjer er til for å fremme god og forsvarlig forskning (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Vår studie er søkt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS for innhenting og lagring av personopplysninger (se vedlegg 4). Det ble også søkt Regional Etisk Komité som konkluderte med at prosjektet ikke var meldepliktig (se vedlegg 5). Nedenfor redegjøres det for hvordan etikken er ivaretatt i datainnsamling og presentasjon av funn.

#### 3.4.1 Informert valg og selvbestemmelse

Under rekrutteringen fikk alle kursdeltagerne en muntlig opplysning om hva prosjektet gikk ut på, hensikt og metode (se under kap 3.1.1 *Utvalg og rekruttering*). I tillegg fikk de skriftlig informasjon og samtykkeskjema utdelt. Ut fra dette kunne de som ønsket å delta legge igjen det utfylte samtykkeskjemaet. På denne måten unngikk vi at de som synes det er vanskelig å si nei til noen direkte, ikke følte seg presset til å delta. I og med vi rekrutterte fra henviste pasienter som var inne til behandling ved SiV, var vi nøye med å påpeke at prosjektet på ingen måte hørte inn under sykehuset, og at det ikke ville ha noen konsekvenser for videre behandling om de ble med eller ikke. I skrevet var det presisert at det var frivillig deltagelse, og at de når som helst kunne trekke seg. Dette gjentok vi også muntlig før vi startet intervjuene.

#### 3.4.2 Konfidensialitet og datalagring

For å ivareta personvernet ble samtykkeskjemaene med navn lagt i et låsbart skap. Det ble ikke benyttet fødselsnummer på noe materiale. Vi opplyste om at intervjuene ble tatt opp på bånd, og anbefalte deltagerne om kun å si fornavnet sitt, og så langt det var mulig unngå å nevne identifiserbare opplysninger om arbeidsplass eller tredjeperson. Det ble ikke aktuelt, men hadde det fremkommet personidentifiserbare opplysninger på lydbåndet ville disse bli slettet. Under transkriberingen ble det kun benyttet forbokstaver på informantene, og opplysningene ble vurdert til å ikke være personidentifiserbare om andre skulle lese over. I etterkant av det første intervjuet spurte deltagerne om muligheten til å få tilsendt



masteroppgaven. Disse skrev ned navn og adresse på et ark, som ble oppbevart sammen med samtykkeskjemaene.

### *3.4.3 Mulig belastning for informanter*

”All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder” (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010, s. 89). Spesielt viktig er det om man henter kunnskap om følsomme temaer eller fra utsatte grupper (Malterud, 2003). Psykisk helse kan av mange sees som et sensitivt tema. Selv om samtaler med mennesker alltid kan skape refleksjon og nye tanker for den som blir intervjuet, vurderte vi det til lite sannsynlig at våre intervjuer, med fokus på arbeid og det helsefremmende, ville skape psykisk uro og mer negative tanker. Vi var det allikevel bevisst, og informerte om at både vi og de ansatte ved Raskere Tilbake Tønsberg var tilgjengelig for en samtale under og etter intervjuet dersom noen følte behov for det.

## **3.5 Metodekritikk**

Kvalitativ forskning, og den hermeneutiske tradisjonen, kritiseres for en ubalanse i maktforhold i kommunikasjon og meningsutvekslinger. Kvale & Brinkman (2009) sier at et kvalitativt forskningsintervju er en spesifikk profesjonell samtale, der forskeren definerer intervjusituasjonen, og på bakgrunn av dette oppstår et asymmetrisk maktforhold. Det kan derfor være vanskelig å få til den ideelle talesituasjonen, selv om man ikke utøver makt med overlegg. Dette kjente vi på under intervjuene. Selv om vi kom inn i et rom hvor deltagerene hadde vært i hhv to og fem dager, var vi kjent på stedet, vi kjente kursholderen og vi jobber i Raskere Tilbake. Det kan derfor tenkes at informantene har opplevd en form for ubalanse i maktforholdet, som igjen kan ha påvirket den informasjonen de gav oss. For å begrense en slik opplevelse forsøkte vi å redusere dette ved å velge bort vår egen arbeidsplass, samt å påpeke at vi i denne situasjonen var studenter. Det kan stilles spørsmålsteget ved det forskningsetiske perspektivet i forhold til om den informasjon og den kunnskap vi sitter igjen med er troverdig. Vi har ikke hatt mulighet til å sjekke ut om de har snakket oss etter munnen og dermed heller ikke fått testet sannhetsgehalten i det materialet vi sitter igjen med etter intervjuene. Vi ser at det er en mulighet for at informantene har gitt oss informasjon som de tror vi ønsker og høre, og ikke hva de faktisk mener

### *3.5.1 Pålitelighet*

En studies pålitelighet sier noe om kunnskapen er til å stole på. Vårt ansettelsesforhold i Raskere Tilbake kan ha påvirket informantenes svar, selv om vi, både når vi informerte om studien og under intervjuene, var nøye med å presisere at oppgaven ble gjort utenfor arbeidsplassen. Vår nærhet til feltet gjør at vi lettere kan sette oss inn i, og forstå ulike begreper benyttet i konteksten. En styrke er at vi i analysen har lagt vekt på systematikk, og en grundig tilnærming til materialet. I tillegg anser vi det som en styrke at vi valgte å gjøre alle analysestegene hver for oss, for så å diskutere funn og tolkninger i etterkant.

### *3.5.2 Troverdighet*

I all forskningsvirksomhet er det viktig at studien innehar en høy grad av troverdighet, og prosessen bør gjøres så transparent at leseren kan følge med i hvilke valg og tolkninger forskeren har gjort seg (Kvale og Brinkman, 2010). Vi har i metodekapitlet forsøkt å gi en detaljert innføring i vår egen forforståelse, hvordan rekruttering og forskningsdesign kan ha påvirket resultatet, samt vist hvordan dataene er analysert.

I intervjusituasjonen har nok våre erfaringer med å møte mennesker med lettere psykiske plager og som kursholdere vært fordelaktig ved at vi er kjent med konteksten, og muligens enklere har kunnet etablere en tillitsfull relasjon som ordstyrere i gruppe. Samtidig er det en viss fare for at nærheten til temaet kan ha gjort det vanskelig å ha tilstrekkelig distanse til informantenes svar, ved at bekræftende nikk og forsøk på å gjengi har påvirket deres opprinnelige tanke. Ved å ha en relativt åpen intervjuguide som ikke støtter seg til en teoretisk referanseramme, kan det stilles spørsmålsteget til om vi fikk med oss alt informantene opplever som viktig, at ikke "selvfølgeligheter" ubevisst ble utelatt. En styrke for troverdigheten og påliteligheten av studien er at vi er to forskere som har satt oss grundig inn i materialet hver for oss, for så å diskutere tolkninger og alternativer. Selv om vi hadde mange likheter i vår forforståelse, samt at vi jobber på samme arbeidssted, mener vi at ulike persontyper og profesjon har vært med å styrke troverdigheten i materialet. Vi ser i ettertid at det hadde styrket studien betraktelig hvis vi hadde sendt analysert materiale til gjennomlesning hos alle informantene for å sjekke ut om de kjenner seg igjen i tolkningene.

Dette var ikke avklart på forhånd i samtykkeskjemaet, og da kontaktinformasjonen ble slettet rett i etterkant av intervjuene, lot det seg ikke gjennomføre. For å øke transparensen og troverdigheten har vi i resultatdelen valgt å belyse funnene med direkte sitater fra informantene. Det at en ekstern leste igjennom transkribert materiale og gjorde rede for sine inntrykk som i stor grad stemte overens med våre, bidro til at vi fikk bekreftelse på våre funn fra analysen.

### *3.5.3 Overførbarhet*

Ved intervju som metode sier Kvale & Brinkman (2010) at når det gjelder generalisering må man spørre seg om kunnskapen som er produsert i en spesifikk intervjusituasjon, kan overføres til andre relevante situasjoner. Vi har i oppgaven vår intervjuet mennesker som har søkt hjelp ved Psykiatrien i Vestfold. Det at vi bevisst valgte ikke å rekruttere på bakgrunn av diagnose kan gjøre det vanskelig å si noe om funnene er overførbare til mennesker med psykiske helseplager generelt. På bakgrunn av vår erfaring med mennesker med lettere psykiske plager, vurderer vi at utvalget er representativt for de vanligste psykiske plagene, og selv om vi kun har intervjuet 8 informanter, tenker vi at de mest fremtredende kodene funnet i analysen er overførbare til andre i lignende situasjon. I tillegg er funnene fra intervjuet drøftet opp mot eksisterende teori, noe som kan styrke overførbarheten.

## 4.0 Presentasjon av funn

Funnene som presenteres i følgende kapittel, har kommet frem som et resultat av analysen og danner grunnlag for å svare på problemstillingen;

*”Hva opplever mennesker med lettere psykiske plager som helsefremmende ved å være i arbeid?”*

I analysen ble funnene kodet til tre hovedkategorier; *mestring, anerkjennelse og sosial støtte*, som til sammen danner grunnlag for å besvare problemstillingen. For å gi leseren en oversiktlig fremstilling, og senere drøfting, av data, vil den følgende presentasjonen ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene og koder tilhørende disse. Funn presenteres som sammendrag og vil utdypes med direkte sitater fra intervjuene.

Under det første forskningsspørsmålet, *”hva legger mennesker med lettere psykiske plager i begrepet helsefremmende?”*, presenteres to subgrupper fra koden *mestring; krav/kontroll* og *mestringsfølelse*. Deretter presenteres den tredje subgruppen til koden *mestring; mestre hverdagen* for å svare opp til forskningsspørsmål to; *”hvilke forhold utenfor arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?”*. Det tredje, og siste forskningsspørsmålet, *”hvilke forhold ved arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?”*, besvares med data fra kodene *anerkjennelse* og *sosial støtte* og deres tilhørende subgrupper. Helt til sist presenteres våre funn forklart og oppsummert i en modell.

### 4.1 ”Hva legger mennesker med lettere psykiske plager i begrepet helsefremmende?”

For å komme nærmere informantenes helseforståelse og hva de legger i begrepet helsefremmende, ble de med direkte spørsmål spurt hva de legger i begrepet. Samtlige informanter mente at helsefremming var å mestre. *Mestring* var den koden som skilte seg klart ut i analysen, og oppfattes som det mest fremtredende. Den er derfor valgt presentert først, da det ser ut til at funnene i de andre kodene er måter å oppnå mestring på. Under koden *mestring* er data ytterligere sortert i subgruppene *krav/kontroll, mestringsfølelse* og *mestre hverdagen*.

#### 4.1.1 Krav/kontroll

I begge intervjuene beskrev informantene at den viktigste veien til bedre opplevelse av helse er å mestre. De fleste var også enige om at kapasiteten på hva man kan mestre ofte reduseres når man opplever lettere psykiske plager.

*”Der har jeg gjort sånn som du sa, jeg har tatt et og et problem. Den der mestringsstrategien der. Men den har detti ut, og så har det gått i angst og depresjon og søvnevansker, og vært livredd for alt mulig og sånn. DA blir du hemma. ”*

Slik vi tolket det i analysen ser det ut til at behovet for kontroll blir ekstra stort når man opplever lettere psykiske plager. Informantene kunne oppleve det vanskelig å innfri det de tolket som store forventninger og krav. Disse forventningene ble uttalt å komme fra tre steder; egen krav til seg selv og hva man burde klare å få til, jobbens krav om deltagelse og utføring av oppgaver og omgivelsens krav til dem som en del av en familie/samfunn.

*”Ja jeg får høre at jeg er kjempenøye. Altså sånn.. jeg er nøye, jeg stiller for høye krav. Jeg føler at jeg har en kaotisk situasjon. Også tenker jeg med meg sjøl, hvis jeg titter inn til noen andre så ser det veldig ryddig ut. (...) Og bare jeg må... jeg har... jeg må jo bare bli enda flinkere. Også bare; ”nei nå må vi realitetsorientere deg liksom”. Men detta er min realitet. Dette er min realitet.”*

*”Jeg mestrer det meste jeg. Til og med under press. Men når mye er nok, da nytter det ikke mer. Når du har tre og en halv jobb. Da går det ikke. Enda da har jeg sagt i fra opp til flere ganger, og likevel får jeg kjeft for at jeg ikke har sagt i fra. ”*

I perioder med nedsatt kapasitet er mange av informantene i behov av å få oppgaver de kan mestre, som er håndterbare. De fremhever viktigheten av at arbeidsmengden må være overkommelig, hvis ikke vil opplevelse av å ikke mestre være fremtredende.

#### 4.1.2 Mestringsfølelse

Under intervjuene skiller informantene på mestring og mestringsfølelse. De beskriver en forskjell på om andre opplever at du mestrer, og om du faktisk opplever og tror på mestringen

selv. Begge deler oppleves positivt, men størst helsegevinst gir det å oppnå mestringsfølelse, ikke bare klare å utføre en arbeidsoppgave. Utsagnene under gir en beskrivelse av forskjellen på mestring og opplevd mestringsfølelse:

*”...for meg som individ så er det viktigere at jeg har en mestringsfølelse enn at jeg får beskjed om at jeg har mestra noe.”*

Situasjoner og utfordringer ser ut til å takles helt annerledes neste gang hvis man opplever en mestringsfølelse i de oppgaver man utfører. En praktisk oppgave som å legge venefflon ble brukt som eksempel:

*”det er jo for pasientene viktigere at vi mestrer enn at jeg har en mestringsfølelse. For eksempel å legge venefflon, at jeg til slutt får det til etter å ha stukket pasienten tre ganger og ikke fått det til, og endelig får det til. Da sitter ikke jeg igjen med en mestringsfølelse, for jeg skulle jo klart det på første.. hadde jeg gått ut av en situasjon med mestringsfølelse, og skulle legge ny venefflon på en ny pasient. Da hadde jeg klart det med en gang.”*

Når det er vanskelig å oppleve mestringsfølelse, beskriver informantene at leder og kollegaer kan bidra til dette ved at de gir en tilbakemelding på at du mestret oppgaven;

*”...jeg gjorde noe som var faktisk utfordrende. Den følelsen hadde ikke jeg, men det kunne jo sjefen min ha sett, eller andre kollegaer... Jeg mestret, men jeg hadde ikke noe følelse av det.”*

#### **4.2 ”Hvilke forhold utenfor arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?”**

Analysen viser at forhold utenfor arbeidsplassen har mye å si for om arbeid oppleves helsefremmende. *Mestre hverdagen* er den tredje subgruppen under koden *mestring*, og vil presenteres i det følgende avsnittet for å svare opp til det andre forskningsspørsmålet. For å gjøre presentasjonen mer oversiktelig vil subgruppen deles i ytterligere tre; *meg selv, familie og arbeid*.

#### 4.2.1 Mestres hverdagen

*Meg selv:*

Informantene er tydelig på at når de hadde det som verst med lettere psykiske plager, ville ikke arbeid vært helsefremmende fordi man har nok med å mestre seg selv og daglige rutiner.

*”..... virkelig ikke. Jeg kom.. jeg fikk sendt sønnen min på skolen, eller det vil si det var mannen min som kjørte han dit, og da hadde jeg liksom funnet fram og gjort klart akkurat det jeg skulle gjøre, og det var maksimalt av det jeg klarte. For enten så sto jeg på badet og kasta opp, eller så fikk ikke i meg mat. Ehh. Det var bare å dette ned i en stol, og aldeles i tåkehavet... Jeg veit ikke, noen ganger tror jeg jeg bare døsa av.”*

Til tross for at leder, kollegaer og arbeidsoppgaver oppleves tilfredsstillende, gir flere av informantene uttrykk for at de er nødt til å mestre seg selv, tanker og basale behov for at det å gå på jobb skal være helsefremmende. Å mestre er for våre informanter å oppleve kontroll over dagliglivets krav og daglige rutiner, samt å gjennomføre ting de har lyst til å gjøre. For å få til dette er det flere av informantene som beskriver viktigheten av søvn og overskudd. Noen av informantene forteller om negative endring av søvnmønsteret, og hvordan dette setter ned overskuddet til å mestre.

*”(...) og da blir det sånn, når jeg kan sove, da må jeg sove. Og når man må sove, da får man ikke sove. Til at det til slutt ble sånn at jeg ble fysisk uvel, for jeg sov så lite. Jeg sov kanskje 2-3 t pr døgn over en lang periode, jeg ble liksom sånn... åå.. følte ut som alt gynga, jeg var om bord på en båt.”*

Selv om de i en periode ikke mestrer jobb, fremhever flere av informantene viktigheten av å være i meningsfull aktivitet som man mestrer. Aktiviteten bør være lystbetont og at man ser en mening med hvorfor man skal utføre den. En av informantene oppsummerer hva hun tenker er helsefremmende slik;

*”(...) meningsfull aktivitet som du mestrer.”*

Meningsfull aktivitet beskrives som å sette seg (små) klare mål for dagen, slik at man på kvelden kan oppleve mestring når planlagte mål er nådd. Å holde på rutiner så godt det lar seg gjøre bidrar også til å oppleve mestring og en meningsfull hverdag;

*”Bare det at du må opp og ut hver dag, du kommer i gang. Du har et mål for dagen. Dager behøver ikke suse og gå til ingenting.”*

*Familie:*

*”Du er nødt til å kunne ta vare på ungene dine. det er liksom... dem er...han har førstepri han poden min, og sånn er det bare. Og resten får... jeg sliter med å ta på meg oksygenflaska først da. For det har jeg ikke gjort. ”*

Det kan se ut til at det ofte er en slags prioritering og et hierarki i hva som oppleves meningsfylt. Når våre informanter har klart å mestre seg selv og egne basale behov, har de behov for å mestre sin hjemmesituasjon før jobb kan virke helsefremmende. Store krav hjemme, kan gjøre jobb til en ekstra belastning. Når overskuddet er brukt opp til å ta vare på familien, så kan det være vanskelig å fungere i en arbeidssituasjon. Det blir derfor viktig å finne mestring på andre arenaer. En av informantene beskriver med innlevelse hvordan hun lagde en liten porsjon med drops og hvilken god følelse det gav å mestre dette.

*” Det var bare når jeg var absolutt lengst nede, som jeg lå. Eller så begynte jeg med disse helt basistinga, avgrensa. Nå skal jeg gjøre noe som er hyggelig. Som jeg synes at jeg mestrer. Jeg har klart det før. Jeg lagde en dose, ikke to, ikke tre, men en dose med drops. Jeg fikk det til, jeg fikk et resultat og jeg likte oppgaven. ”*

Det er ulike måter å mestre hjemmesituasjonen på, og flere ting spiller inn. En av informantene beskriver hjemmesituasjonen som så krevende, med store omsorgsoppgaver, at hun ikke har noe mer kapasitet utover å mestre dette. Andre forteller at en av mestringsstrategiene de har for å mestre en krevende hjemmesituasjon, er å ha jobben som en pause fra problemene, en måte å bryte negative automatiske tankemønstre på;

*” Hvis du har masse problemer hjemme og, jeg kan bare komme på jobb og gjøre jobben min, og så ferdig med det. Ja og ikke forholde deg til så masse problemer. Kan gjøre en jobb og så ferdig.”*

En av informantene poengterer at det i tillegg er viktig at hun blir sett og hørt av ektemannen når hun sliter med sine plager, det bidrar til at det blir enklere å håndtere hverdagen.



*Jobb:*

Det kan se ut til at det ikke oppleves meningsfylt å gå på jobb dersom man opplever at årsaken til de psykiske utfordringene ligger på arbeidsplassen. Det blir desto viktigere å opprettholde meningsfylte aktiviteter utenfor arbeid. Er det negative automatiske tanker, eller bekymring/uro som utgjør plagene ser det ut til at mestring på jobb kan gi økt opplevelse av helse. Arbeidsoppgavene gjør at de blir nødt til å fokusere der de er, og dermed kan det se ut til at jobb fungerer som et fristed fra tankene, og en måte å hente overskudd. Når en av informantene reflekterer over situasjonen, sier hun;

*” Ja, det gir meg i hvert fall en mening i hverdagen, det å kunne gå på jobb. Hvis ikke vet ikke jeg hvor jeg hadde vært for å si det sånn”*

### **4.3 Hvilke forhold ved arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?**

Ut fra vår analyse, har vi kommet frem til at forskningsspørsmål tre kan besvares ut fra kodene *anerkjennelse* og *sosial støtte*. Funnene presenteres under subgrupper tilhørende disse.

#### *4.3.1 Anerkjennelse*

Anerkjennelse er, som redegjort for i teorikapitlet, et begrep som rommer mye, og mange legger ulike tolkninger til grunn. Vi har under analysen valgt å kode utsagn som inneholder det å bli sett og hørt, lagt til rette for og få tilbakemelding som anerkjennelse. Under subgruppene *aksept* og *anerkjennende ledelse* redegjøres det for data funnet i intervjuene.

##### *4.3.1.1 Aksept*

*”...noe av det som jeg tror er viktigst, som er helsefremmende for meg, det er det her med aksept (...)”*

Informantene bruker under intervjuene ofte ordene ”å bli sett”. Under analysen så vi at ”å bli sett” hadde mange ulike nyanser. Å bli akseptert, både som et menneske med egenverdi og som et menneske som akkurat nå strever litt, var viktige forutsetninger for å mestre.

*” holdningen til hvordan jeg skal utføre min jobb som leder for en stor personalgruppe, og kunne håndtere disse tinga som denne personalgruppa sliter med, så er jeg nødt til å ha den støtta. Og når jeg ikke har den da, da må jeg videre. Men som regel så, når jeg har stått i tøffe tak tidligere, som leder, så har jeg kunnet gått til min leder igjen, og fortelle at når er det sånn og sånn, og opplever sånn og sånn og fått en støtte. Fått anerkjennelse, blitt respektert for det jeg mener og syns, følt at jeg har vært i et samhörighet og vi har hatt et godt samarbeid. Men nå er det totalt fraværende på alle punkter, og da gikk jeg på en smell”*

Informantene gir uttrykk for at det er viktig at kollegaer gir aksept for at det er greit å komme på jobb selv om man ikke er 100% i form, og at de i slike perioder kan være i behov av bistand eller reduserte krav. De fremhever at en slik forståelse faktisk kan være avgjørende for om man blir borte bare noen dager, eller om man blir borte over lengre tid. Informantene ønsker å bli sett og få en aksept for plagene, men har i tillegg behov for å bli utfordret og få arbeidsoppgaver som gjør at man utvikler seg og opplever at man gjør noe meningsfylt. En av informantene forteller også om redselen for å bli ”den som ikke kan takle ansvar”.

*”Men det er ikke greit å bli sykemeldt fordi man er sliten, at man blir liksom sett på som om ”jaja, nei, men hun kan vi jo ikke gi noe ansvar til, for hun takler ikke det”.”*

Det er også av betydning for informantene at plagene anerkjennes på et mer overordnet nivå, som for eksempel fra Nav og fastlege. De uttrykker provokasjon når det kommer avisoppslag om ”Arbeid er bra for helsa!”, da dette oppfattes som en bagatellisering av deres reduserte arbeidsevne.

*”(...) for jeg fikk forbi en av de dagene jeg hadde det skikkelig pyton, så gikk jeg forbi aviskiosken. Og der var det bilde av NAV-direktøren på utsida, med oppfordringen med at ”gå på jobben om du er litt trøtt”. Og da holdt jeg på å seine om, for det var så vidt jeg fikk slepa meg til bilen. Så tenkte jeg med meg sjøl, at du skulle gjerne fått bytta med meg noen dager. Du kunne godt fått lov til å bytta med meg.*

*”(...) men det er vel litt det der at de som ikke har vært der som vi er nå, de skjønner ikke heller helt, de skjønner ikke hvordan det er. Det gjør ting vanskeligere. ”*

Informantene må oppleve å bli hørt og tatt på alvor, og at det hjemme, og spesielt på jobb, blir lagt til rette for mestring. Å bli hørt på den måten at man har påvirknings- og beslutningsmuligheter i egne arbeidsoppgaver blir av flere nevnt som positivt for selvfølelse og mestringstro.

#### *4.3.1.2 Anerkjennende ledelse*

*”Nå er jo jeg leder sjøl, men det er jo like viktig for meg som leder, at min leder ser meg. Og gir meg aksept for den jobben jeg gjør, og støtter meg på de tinga, og altså at, alle har vi behov for å bli sett og hørt. Og tatt på alvor. Og jobbsammenheng for meg da, er det viktig for å føle at jeg er nyttig, at jeg blir sett og hørt og blir akseptert for den jeg er. Og at jeg får bistand når jeg ber om det. Og hvis du ikke gjør det, da tipper det den andre veien”*

Informantene trekker frem at det er av stor viktighet at leder ser og hører dem som arbeidstakere og som menneske. Igjen er det individuelle forskjeller på hvordan informantene ønsker, og opplever, å bli sett og hørt. Flere av informantene forteller om hvordan leders mangel på å gi anerkjennelse bidrar til opplevelse av å ikke være verdt noe, som igjen kan øke de psykiske plagene. En anerkjennende leder gir konstruktive tilbakemeldinger, og uttrykk for at man er viktig.

*”Jeg har en leder som er veldig flink til å fortelle at du gjør en god jobb, vi vil gjerne ha deg tilbake, men ta den tida du trenger. Vi vil ha deg tilbake, og gir gode tilbakemeldinger hele tida. Det gjør kjempemye. Du føler deg verdifull i jobben.”*

Det uttrykkes i intervjuene forventninger til at lederen må se hele mennesket, og at en god leder ikke bare ser deg som en arbeidstaker;

*”De trenger ikke være faglig dyktig eller vite hva jeg holder på med av arbeidsoppgaver, så lenge de kan ta vare på meg som menneske. Si det at: jeg skjønner du har det tøft, da kan vi prøve å gjøre det sånn”.*

For å føle seg anerkjent ønsker man at leder skal spørre hvordan man virkelig har det, at det er en genuin interesse for mennesket bak arbeidstakeren. En av informantene har ingen opplevelse av anerkjennelse, og opplever at leder tar avstand fra henne når hun som privatperson ønsker å fortelle hvordan hun har det.

*”(...) så jeg synes at når jeg da som privatperson har kommet og sagt at jeg er sliten, det er litt mye som skjer akkurat nå. Så da føler jeg at hun tar litt avstand til meg. Og det gjør det bare enda vanskeligere for meg. At da kan ikke jeg være, jeg kan liksom ikke være meg selv på jobben, jeg skal bare gi alt, så har det liksom ikke så mye å si hvordan jeg egentlig har det.”*

Vi har i vår analyse tolket det dit at det ved lettere psykiske plager er spesielt viktig at lederen er anerkjennende, at man opplever at lederen tar en på alvor, legger til rette og gir deg tilbakemeldinger på arbeidet du utfører, slik at det dannes grunnlag for å oppleve mestring.

Å oppleve lite forståelse fra leder hvis man velger å være åpen med at man sliter, kan være avgjørende for om man blir værende i jobben eller ikke. Det kan se ut til at manglende forståelse og anerkjennelse gjør at man ikke er villig til å gi eller yte noe tilbake til arbeidsplassen.

*”Og det er jo ikke det som er problemet. Men mer det her at hadde hun, når jeg ringer, og er så frustrert at jeg begynner å grine i telefonen; at hadde hun sett meg da, så hadde jeg dratt på jobb med litt vondt i halsen neste gang”*

#### 4.3.2 Sosial støtte

I tillegg til leders rolle i et anerkjennende arbeidsmiljø var samtlige også innom betydningen av et godt sosialt klima. Igjen preget individuelle forventninger resultatene. I temaet *sosial støtte* har vi valgt ut subgruppene, *kollega* og *sosialt* for å utdype data knyttet til forskningsspørsmål tre.

#### 4.3.2.1 Kollegaer

Enkelte av informantene mente at kollegaer har en vel så viktig, om ikke viktigere, rolle enn leder i det å føle seg sett og hørt på arbeidsplassen. Om ikke lederen er anerkjennende, tolket vi det slik at gode kollegaer langt på vei kunne veie opp for dette.

*” (...) så lenge arbeidsmiljøet rundt deg er bra, så kan det fortsatt være en på toppen som ikke er helt sånn 100 %, sånn som jeg ser for meg i alle fall. Men i hvert fall de nærmeste, arbeidskollegaene, samhandlinga med dem er nødt til å være på plass.”*

Igjen er det store individuelle forskjeller på hva som skal til for å oppleve et anerkjennende og trygt arbeidsmiljø. En av informantene gir et eksempel med å få en sms der kollegaene gir uttrykk for at de ønsker deg tilbake, at du er savnet. Dette beskrives som en bekreftelse på at kollegaer bryr seg om deg og at du har en betydning for fellesskapet. Å føle at man er inkludert, en del av et lag som drar samme vei, ble også trukket fram av flere informanter. For å oppnå dette er klare målsetninger og meningsfulle oppgaver viktige forutsetninger. Respekt ble også trukket frem som en viktig del av et anerkjennende arbeidsmiljø. Respekten for at vi er forskjellige går både på det personlige og profesjonelle plan. I et anerkjennende arbeidsmiljø oppleves respekt for at alle har egne verdier, holdninger, kapasitet og grenser;

*”Altså vi må respektere hverandre, det er vel egentlig det jeg mener. At jeg opplever at andre respekterer meg, men også at jeg respekterer andre. Vi har snakket veldig mye om det her med, altså... i tidligere jobber, altså dette med at vi respekterer at vi er ulike og at vi mener forskjellig, men at vi likevel har en respekt for hverandre. Og at jeg opplever at det er gjensidig. For da er det et trygt og godt arbeidsmiljø er vel videreføringen av det. ”*

#### 4.3.2.2 Sosialt

Informantene hadde ulikt syn på balansegangen mellom faglig og personlig prat på jobb, for at arbeidsmiljøet skulle oppleves som godt. En av informantene ga uttrykk for at hun ønsket mindre personlig prat på jobb, da dette hindret henne i å mestre arbeidsoppgavene like godt som hun ønsket.

*” Så det blir jo til at du plutselig hører på ting, og følger med på ting som ikke har med jobben din å gjøre, også får jeg dårlig samvittighet for det etterpå, for det er et eller annet jeg har gått glipp av, det vet jeg. Da har jeg på en måte ikke gjort jobben min, mens jeg var på jobb.”*

Andre ser nytteverdi i å vite litt mer om kollegaer privat, slik at man kan trå til og hjelpe dersom det er behov for det enkelte dager. Det tolkes dit at en balansert blanding av personlig og faglig diskusjon er med på å skape motivasjon og trivsel. Flere mente at det å bruke for eksempel lunsjen som en pause fra fagpraten, gav effektivitet og mestring videre inn i arbeidet.

*”jeg synes det er veldig tungt å tenke kun jobb når du er på jobb hele tida. Der jeg jobba før, det samme firmaet, annen avdeling, der lunsj for eksempel, der var ikke arbeid nevnt omtrent, med mindre det var noe helt prekært. Praten gikk løst rundt lunsjbordet. Ferdig lunsj, på med arbeid.”*

#### **4.4 Oppsummering av funn**

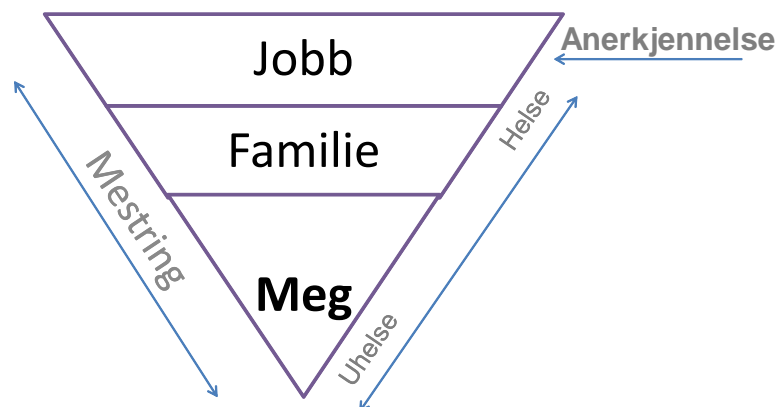
For å illustrere og gi en skjematisk fremstilling av funn fra analysen, har vi utarbeidet en modell vi har valgt å kalle *mestringsmodellen* (se fig. 1). Analysen viser at kapasiteten til å mestre er liten når man har det som verst. Etter hvert som man opplever økt mestring og kontroll, ser det ut til at man er i stand til å forsøke å mestre på flere områder. Modellen er laget som en omvendt pyramide, fordi helse ser ut til å øke når man er i stand til å mestre mer.

Først og fremst er informantene i behov av å mestre seg selv, tankemønstre og sine daglige rutiner på hjemmebane. Dette innebærer å stå opp om morgenen, ivareta egen hygiene, mestre tanker og bekymringer, mestre små hverdagslige mål som å gå tur og lignende. *Meg selv* blir derfor det nederste nivået i modellen

Videre ser det ut til at informantene er avhengig av å mestre sin hjemmesituasjon. Dette innebærer at man opplever at å ha kapasitet til å ta vare på den nærmeste familie. Er kapasiteten så redusert at det går utover omsorgen for dem hjemme, kan det oppleves at jobb skaper en rollekonflikt og en rolleoverbelastning som gir redusert opplevelse av mestring og helse. Vi ser ut fra vår analyse at noen mestrer hjemmesituasjonen ved å bruke jobben som et

fristed. Ved krevende familiesituasjoner eller økt grad av negative automatiske tanker, kan det å gå på jobb hjelpe til med å flytte tankene og fokus på noe målrettet og håndterbart, få en pustepause, og dermed få påfyll av energi og overskudd til å mestre hjemmesituasjonen. Det ser ut til at dette kun lar seg gjøre dersom man opplever at det å gå på jobb ikke går utover omsorgen for dem hjemme.

Den øverste kategorien er jobb, som ser ut til å være helsefremmende når man opplever at man har kontroll og mestrer de andre to nivåene. Først da ser det ut til at de har overskudd til å mestre de oppgaver jobben innebærer. Anerkjennelse synes å være forutsetning for at jobb skal være helsefremmende i denne perioden. Med anerkjennelse menes det å bli sett og hørt for den man er og med de plager man har, både fra kollegaer og leder. Leder ser ut til å ha et spesielt ansvar i forhold til å gi anerkjennelse i denne perioden.



*Fig. 1 Mestringsmodellen*

## 5.0 DISKUSJON

I det følgende kapittel fortsettes det med samme inndeling som ved presentasjon av funn, for å belyse problemstillingen ” *Hva opplever mennesker med lettere psykiske plager som helsefremmende ved å være i arbeid?*”. Forskningsspørsmålene presenteres hver for seg, og funn drøftes opp mot eksisterende teori og gjeldende forskning på temaet.

### 5.1 ”Hva legger mennesker med lettere psykiske plager i begrepet helsefremmende?”

”Helse er å mestre hverdagens krav” (Hjort, 1985). Våre informanter bekrefter og støtter Peter F. Hjorts definisjon av helse, og legger stort vekt på at mestring er en nøkkelfaktor i det helsefremmende perspektivet. Dersom du har et arbeid eller arbeidsmiljø hvor du opplever uhåndterbart stress og psykologiske belastninger kan dette være risikofaktorer som kan føre til en negativ utvikling av den mentale helsen (Olsen, Øverland, Reme & Løvrvik, 2014; Wilhelm, Kovess, Rios-Seidel & Finch, 2004; Dimoff & Kelloway, 2013). Hvor mye man opplever å mestre er avhengig av de psykiske plagenes art, men det ser ut til å være enighet om at kapasiteten for hva man mestrer blir mindre når de har det som verst.

#### 5.1.1 *Krav/kontroll*

I tråd med Karaseks (1990) krav/kontrollmodell for arbeidslivet ser det ut til at kombinasjonen høye jobbkraav og lav kontroll også gir økt psykisk belastning for våre informanter. De tre basale psykologiske behovene for autonomi, tilhørighet og kompetanse, nevnes som viktige faktorer for våre informanters mentale helse, men i likhet med Skogstad (2011) trekkes kontroll over egen arbeidssituasjon, å få arbeidsoppgaver som er overkommelig og gir mestringsfølelse, frem som den viktigste enkeltfaktoren for hva som fremmer helsen. Kontroll er for våre informanter essensielt i å oppnå mestring, som igjen gir økt opplevelse av helse. I følge Major et al. sin rapport fra 2011 er mestring forklart gjennom mange ulike modeller, og felles for disse er at alle referer til kontroll i en eller annen form.



Basert på informantenes opplevelser ser det ut til at kapasiteten for hva man klarer å mestre og ha kontroll over reduseres når man opplever lettere psykiske plager. Sett i lys av hvordan Mykletun et. al (2009) beskriver symptomer ved lettere psykiske plager, kan det tenkes at negative automatiske tanker reduserer mestringstroen, gir mindre overskudd og dermed mindre kontroll. Dette betyr at den jobben man tidligere opplevde som balansert i forhold til krav/kontroll, vil kunne oppleves uhåndterbar, til tross for at de faktiske kravene ikke har endret seg. Våre informanter er tydelige på at de i perioder kan ha behov for reduserte krav på arbeid. Med tanke på at de faktiske kravene nødvendigvis ikke har endret seg, men at den reduserte kapasiteten skyldes lettere psykiske plager, setter det slik vi ser det høye krav til en åpen kommunikasjon på arbeidsplassen. Bandura (1997) sier at mestringstro (self-efficacy) kan påvirkes av omgivelsene. Et arbeidsmiljø som kan bidra til økt mestringstro, og dermed legge til rette for opplevelse av mestring kan derfor tenkes å være spesielt helsefremmende for mennesker som opplever psykiske plager som depresjon, nettopp fordi det påvirker deres tro på egne evner.

I Karaseks krav/kontroll modell (Karasek & Theorell, 1990), fremheves det at for lave krav og liten grad av kontroll også kan gi negative helsekonsekvenser. Dette gjenspeiles i våre funn; samtidig som informantene ønsker å bli lagt til rette for, ønsker de ikke å bli fratatt ansvar som de mestrer på tross av plagene. Denne dobbeltheten kan være utfordrende å møte i et arbeidsmiljø. Dette kan sees i sammenheng med kritikken av krav-kontroll-støtte modellen, der Rydén (2015) sier at arbeidsmiljøet rommer flere ting som vi ikke har begreper på, og som gjør at det blir vanskelig å snakke om. Det kan tenkes at behovet for å holde på det ansvaret man mestrer, er et slikt område det er vanskelig å kommunisere. Selv om det er økt forståelse av, og aksept for at lettere psykiske plager er noe som rammer oss alle, ser det fortsatt ut til å være en redsel for å bli sett på som svak. Informantene uttrykker et ønske om å bli lagt til rette for, samtidig som de er redd for å oppleves som den som ikke kan takle ansvar, og ønsker så langt det er mulig å gjøre sine vanlige oppgaver. For å kunne imøtekomme denne dobbeltheten, kreves det en innsats fra begge parter. Kollegaer og leder får bidratt i liten grad til at man skal oppleve jobb som helsefremmende dersom den som opplever plagene ikke sier noe om hva de kan mestre og ha kontroll på, og hvordan de ønsker å bli møtt.

### 5.1.2 Mestringsfølelse

Berge og Falkum (2013) beskriver mestring som hvordan mennesker håndterer en krevende situasjon, enten på jobb eller på sin fritid. Våre informanter skiller eksplisitt mellom det å mestre og selve mestringsfølelsen. I analysen kommer det frem at de beskriver helsefremmende som det å mestre. Slik vi oppfatter det, kan det se ut til at det er selve mestringsfølelsen, det å tro på at man har mestret, som bidrar til at de beveger seg i positiv retning på helsekontinuumet. Mestringsfølelse kan knyttes opp mot Banduras teori om self-efficacy (SE) (1994). Han beskriver self-efficacy som menneskets tro på egen evne til å utføre ulike typer oppgaver, og påpeker at SE kan styrkes og svekkes av ulike faktorer gjennom livet. Psykiske plager som angst og depresjon, kan svekke menneskers SE, og dermed gjøre det vanskeligere å oppnå mestringsfølelse. En av våre informanter beskriver det slik;

*” ...for meg som individ så er det viktigere at jeg har en mestringsfølelse enn at jeg får beskjed om at jeg har mestra noe”.* Mestringsfølelse kan oppnås på ulike måter. Konkrete oppgaver som gir et objektivt resultat, kan føre til en umiddelbar mestringsfølelse dersom resultatet oppleves tilfredsstillende for den enkelte. Mestringsfølelse kan også oppnås gjennom tilbakemelding fra leder og kollegaer. Slik vi ser det, sammenfaller dette med Banduras teori, som sier at SE kan påvirkes av de miljømessige forhold og de omgivelser individet er en del av. Ved verbal påvirkning eller sosial overtalelse beskriver informantene at dette kan bidra til å styrke eller svekke deres SE.

Bandura sier også at egen tolkning av kroppslige og emosjonelle signaler har betydning for opplevelse av SE. Dette kan sees i sammenheng med hvordan negative automatiske tanker (NAT) ofte er et fremtredende symptom ved lettere psykiske plager (Berge & Repål, 2009). Ved at NAT kan føre til svekket selvfølelse, tap av energi og manglende interesse for gjøremål, vil det kunne bidra til at man har vanskeligere for å få en opplevelse av mestringsfølelse for seg selv. Bandura påpeker i sin teori om SE, at mennesker med lav grad av SE ofte unngår vanskelige oppgaver, og i stor grad legger merke til hva de kunne gjort bedre. Informantene bekrefter Bandura, som hevder at negativitet og nedstemthet reduserer SE.

Bandura hevder at den mest effektive måten å utvikle og styrke SE på er gjennom tidligere

erfaringer, og at gode erfaringer bygger opp menneskets SE. Analysen viser at ved å oppnå mestringsfølelse vil dette tas med inn i andre lignende situasjoner, og dermed bygge opp informantens tro på mestring. På den annen side, kan det se ut til at det er vanskeligheter for våre informanter å dra med seg tidligere positive erfaringer inn i den utfordrende situasjonen de er i nå. Dette kan muligens være en sammenheng med de negative automatiske tankene som styrer tankemønsteret, og derfor vanskelig å hente fram noe man tidligere mestret.

## 5.2 Hvilke forhold utenfor arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?

Major et al (2011) sier at deltagelse i arbeidslivet er generelt bra for den psykiske helsen, men at det å være i arbeid ikke alltid er helsebringende. Funn i denne studien kan tyde på at det er gitte faktorer som må være på plass og mestres før man kan tenke arbeid i den perioden man sliter med lettere psykiske plager. Informantene gir inntrykk av et slags hierarki som vi tolker til å være bygget på verdier. Modellen under gir en skjematisk fremstilling av hierarkiet.

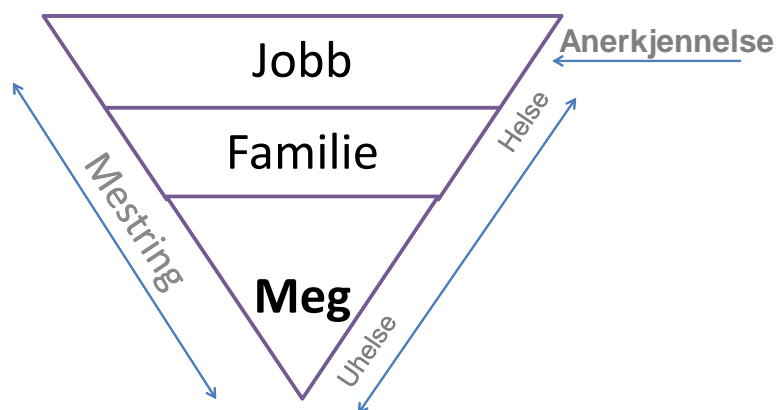


Fig. 1 Mestringsmodellen

Analysen viser at informantene mente det ville skapt mer uhelse å gå på jobb når de hadde det som verst. Det kan tenkes at dette henger sammen med symptombelastningen, som kan gi lav grad av SE. Å begi seg ut på oppgaver man ikke føler å ha kontroll på og kapasitet til å gjennomføre, kan medføre økt motløshet, redusert mestringsfølelse og dermed økt uhelse. Slik vi har tolket det, er informantene først og fremst i behov av å mestre seg selv og egne tankemønstre. Selv milde depresjoner kan oppleves invalidiserende og belastende, og små

utfordringer kan oppleves uoverkommelige (Krokstad, 2008). Når man har det som verst, og har en lav grad av SE, tolker vi det dit hen at informantene må bruke det overskuddet de har til å mestre seg selv; stå opp, gjøre dagligdagse rutiner som personlig hygiene og stelle hus.

Selv om informantene i perioder ikke mestrer det å være i jobb, gir de uttrykk for at det er viktig å finne andre meningsfulle aktiviteter i hverdagen som de mestrer på tross av plagene. Berge & Falkum (2013) bekrefter at det tidvis er andre ting enn lønnet arbeid som kan bidra til et meningsfylt liv. De hevder at vi kan skape mening gjennom å dekke de tre psykologiske grunnbehovene utenom arbeidslivet. Dette samsvarer med flere av våre informanter, som beskriver opplevelsen av å mestre små hverdagslige ting eller små aktiviteter som gir mening. Dette stemmer også overens med det psykologiske behovet for kompetanse, der Deci & Ryan (1985) hevder vi har et medfødt ønske om å mestre og at vi hele tiden søker håndterbare utfordringer for å oppnå dette. I følge Berge & Repål (2011) kan det å finne måter å håndtere symptomene og tankemønstre på, gi en økt mestringsfølelse av egen situasjon. Det kan se ut til at når man har akseptert, og funnet noen verktøy til å takle symptomene og de negative automatiske tankene, er man i stand til å forsøke å mestre nye utfordringer. Det kan tenkes at denne mestringen øker opplevelsen av kontroll, og på denne måten kunne bidra til økt opplevelse av kapasitet og helse.

Det neste nivået i hierarkiet, er familie. På samme måte som i det nederste nivået, ser det ut til at det er viktig å oppleve mestring på hjemmebane før arbeid kan oppleves helsefremmende. Informantene opplever krav fra tre hold; egne krav og forventninger til hva man burde mestre, opplevde krav til omsorg for familie og nære relasjoner, og opplevde og uttalte krav ifht utføring av arbeidsoppgaver. De beskriver en opplevelse av rolleoverbelastning, som i følge Thuen (2011) vil kunne føre til mindre kapasitet på jobb. I vurderingen av hvilken rolle som bør prioriteres først, vil man kunne oppleve en rollekonflikt. Våre informanter er tydelige på at å ta vare på familien veier tyngst, og konsekvensen av dissonansen mellom opplevde krav og opplevd kontroll i disse store rollene kan da bli fravær fra jobb. Å fortsette å stå i jobb, dersom man ikke kan ta vare på familien, kan øke symptombelastningen.

En annen måte å mestre hjemmesituasjonen på er å bruke arbeidsplassen som et fristed for NAT. Dersom noe av utfordringene er på hjemmebane, beskriver informantene at det å være i

jobb, å ha arbeidsoppgaver og bli satt krav til, kan bidra til å flytte fokus fra NAT. Det ser ut til at det å oppleve mestring på jobb, brukes som en aktiv mestringsstrategi for å øke overskudd og kapasitet til å håndtere hjemmesituasjonen. Det kan da tenkes at disse bruker jobben til å øke SE.

I analysen ser det ut til at når man opplever angst eller depresjon, som gjør at tanker og tolkninger blir negative og lite konstruktive, kan det være uheldig for den mentale helsen å føle seg presset for tidlig ut i jobb. Dette var tydelig der arbeidsplassen opplevdes som årsak til de psykiske plagene, men det ser også ut til å være tilfelle der man opplever å ha en god arbeidsplass. Til tross for alle de positive nærværsfaktorene de opplevde å ha, så hadde de ikke hatt kapasitet til å utføre noe jobb, og dermed ikke fått noe mestringsfølelse av å være der. Funnene tyder på at informantene kan være i behov av en sykmelding, men de gir ingen kunnskap om hvor lenge man bør være vekk fra jobb. Ut fra modellen må nivå en og to mestres før jobb skal oppleves helsefremmende. Forskning tyder på lengre sykemeldinger reduserer sjansen for å komme tilbake til ordinært arbeid, og det er således mye som tyder på at sykemeldingen ikke bør være for lang. Jøner (2008) hevder at et fravær fra arbeid kan vedlikeholde eller forverre symptomene ved lettere psykiske plager, og at en sykemelding vil gi en ”medisinsk faglig legitimitet til pasientens unnvikelsesatferd”. Utfordringen med NAT er jo som nevnt i teorikapitlet nedsatt self-efficacy, og vi vet fra angstforskning at unngåelse kan være med på å forsterke symptomene (Berge & Repål, 2009). Våre informanter uttrykker behovet for kompetanse og utfordringer, men ved liten kapasitet og lav SE kan det tenkes vanskelig å finne disse utfordringene og utviklingsmulighetene selv. Krokstad (2008) sier i et svar på Jønners kronikk at eksponering er en viktig terapi ved for eksempel angst, men at det krever så kontrollerte omgivelser at det er vanskelig å se for seg denne eksponeringen i arbeidslivet. Ut fra denne innsikten, ser vi det som en utfordring å skulle ha en fast regel på at alle skal ut i arbeid i en eller annen grad innen 8 uker. Det individuelle perspektivet bør være i fokus, der spørsmålet er hva som skal til for at den enkelte skal komme tilbake. Her kan det se ut til at vi som er i systemet står ovenfor en utfordring, sammen med den enkelte arbeidstaker og arbeidsgiver.

### **5.3 Hvilke forhold ved arbeidsplassen har betydning for om arbeid oppleves helsefremmende?**

Deltagelse i arbeidslivet kan i følge WHO (u.å.) strukturere tiden, gi sosial kontakt, kollektiv innsats og mening, sosial identitet og regelmessig aktivitet som vil kunne fremme mental velvære. Som drøftet i forrige avsnitt, ser vi at når informantene har mestret de to nederste nivåene i *mestringsmodellen*; meg selv og familien, samsvarer WHO`s utspill om arbeid som helsefremmende med funn i vår analyse. Vi ser allikevel at det er visse forutsetninger som må være til stede på dette nivået i modellen. På lik linje med behovet for kontroll og mestring av de to nederste nivåene, er det av stor betydning for informantene å oppleve en balanse mellom krav og kontroll på arbeidsplassen. Dette samsvarer med Nieuwenhuijsen et al. (2014), som i sin studie fant at opplevelse av rimelig, realistiske krav og god kontroll på arbeidsoppgavene som skal utføres er viktige forutsetninger på arbeidsplassen for arbeid skal oppleves helsefremmende. En av de viktigste forutsetningene for å oppleve mestring på jobb, ser likevel ut til å være av mellommenneskelig karakter.

#### *5.3.1 Anerkjennelse*

Ordet anerkjennelse blir i dagligtalen ofte brukt som en påskjønnelse og ros for noe man har utført eller prestert (Schibbye, 2005). For våre informanter kan det se ut til at denne vinklingen på anerkjennelse er viktig. Som drøftet i avsnittet om mestringsfølelse, kan denne ytre anerkjennelsen, bidra til en umiddelbar følelse av mestring, og man kan da tenke seg at det kan bidra til en høyere grad av SE. Men slik vi tolker våre informanter, er ikke den ytre anerkjennelsen og bekreftelsen nok til at det skal være helsefremmende å være på jobb. Å bli sett og hørt krever mer enn at prestasjoner anerkjennes.

Schibbye (2005) operasjonaliserer begrepet ved å si at det har fem dimensjoner; å lytte, å forstå, å akseptere, å tolerere og å bekrefte. Ut fra vår analyse, ser det ut til at alle fem dimensjonene er av stor betydning for at informantene skal føle seg anerkjent, som legger grunnlag for opplevelse av mestring og bevegelse mot den positive polen på helsekontinuumet. Å føle seg akseptert innbærer både aksept for plagene og en periodevis redusert kapasitet, men også en respekt for menneskets egenverdi, holdninger og personlighet. Aksept ser ut til å være av så stor viktighet at det kan være avgjørende om man velger å gå på

jobb eller ikke når man opplever lettere psykiske plager. Ved at kollegaer viser en aksept for at man ikke fungerer helt optimalt på jobb, er det lettere å komme og bidra med de ressursene man har på tross av plagene. Inkludering og bruk av menneskers ressurser til tross for sykdom, er et viktig fokus i IA-avtalen (nav.no). Dette stemmer overens med informantenes ønske om deltagelse i arbeidslivet. Det å bli hørt, tatt på alvor og ha reel beslutningsmulighet i forhold til egne arbeidsoppgaver øker sjansen for denne deltagelsen. Dagens arbeidsliv byr imidlertid på økte krav til effektivitet, stadig nedskjæringer og et endret krav til sosialt samarbeid, og dette kan by på utfordringer på den enkelte arbeidsplass. Slik vi tolker informantene vil en aksept og tilrettelegging ved redusert kapasitet, bidra til økt mestring av arbeidsoppgaver. I en helsefremmende tankegang ser vi dette som en god investering for bedriften, som på sikt vil gi arbeidstakere som på tross av plager yter det de er i stand til.

I tillegg til *mestring*, utpekte koden *ledelse* seg i analysen. Det ser ut til at leder har et spesielt stort ansvar når det gjelder å legge til rette for mestring, og for informantenes opplevelse av anerkjennelse. I litteraturen beskrives en anerkjennende leder som forståelsesfull, lyttende og aksepterende (Espedal, 2010). Informantene fremhever at mangel på en slik anerkjennende ledelse kan bidra til økt følelse av å ikke være verdt noe, som igjen kan forverre plagene. En god leder kan gjøre jobb til en faktor som flytter helsen i en positiv retning på helsekontinuumet. Det å oppleve en aksept for at man har redusert kapasitet, føle seg sett og hørt er for informantene viktige egenskaper hos en leder. Disse egenskapene ser ut til å måtte være gjennomgående i det daglige, og er ikke faktorer som kun trekkes fram ved behov for tilrettelegging. Relasjonen mellom leder og ansatt blir av informantene sett på som et slags bytteforhold, hvor man må gi og å ta. Dersom de opplever å bli møtt med forståelse og toleranse i perioder de sliter med å mestre, vil dette bidra til at de er villige til å yte det lille ekstra ved en senere anledning. Ved motsatt fall ser det ut til at terskelen for å bli borte selv ved mindre helseplager blir lavere. Når informantene opplever lettere psykiske plager, uttrykker de et behov for at leder også skal se dem som privatpersoner, ikke bare som arbeidstaker. Det kan synes som om forventningene til hva som er leders ansvar, er svært individuelt. For noen innebærer en anerkjennende lederstil, at leder, i tillegg til å legge til rette for mestring på jobb, også skal forstå og ta hensyn til utfordringer og avtaler på hjemmebane. Andre uttrykker også behov for en anerkjennende leder, men begrenser leders rolle til hovedsakelig å omhandle arbeidsplassen. Slik vi ser det, beskriver dette utfordringene og kompleksiteten i det å være leder. I en studie av Tamkin, Pearson, Hirsh & Constable (2010)

bekrefter ledere selv tre egenskaper som er avgjørende for å lykkes som leder. Disse er alle tre av mellommenneskelig art, og omfatter det å se de ansatte, skape betingelser for tillitt og engasjement. Det kan sees som en utfordring når alle har egne oppfatninger om hvordan lederen skal oppfylle disse kvalitetene. Nyberg, Bernin & Theorell, (2005) fant i sin oversiktsartikkel en sammenheng mellom hvordan man opplever og forventer at leder opptrer, og hvor tilfreds man er på jobb. Det kan tenkes at når leder og ansatt har ulike forventninger om hva som er leders ansvar, kan det føre til at man ikke føler seg forstått og anerkjent. En OECD-rapport fra 2011 (OECD, 2011) viser at de med lettere psykiske problemer i mindre grad opplever å ha en støttende leder enn dem uten plager. Om årsaken til manglende opplevelse av støtte skyldes at lederne ikke fyller kriteriene til en god leder, om de opptrer annerledes dersom de ansatte får psykiske problemer, eller om det er den ansattes negative tolkninger ved nevnte plager som ligger til grunn er vanskelig å si. Med tanke på hvordan NAT påvirker selvbilde og den indre dialogen, kan det ved lettere psykiske plager være spesielt hensiktsmessig med en åpen dialog og forventningsavklaring.

Et funn som ikke har direkte sammenheng med forhold på den enkelte arbeidsplass, men som likevel ser ut til å være av betydning, er hvordan informantene opplever å bli møtt av systemet ved for eksempel NAV og fastlege. Enkelte av informantene blir provosert av påstanden om at "Arbeid er bra for helsa!". De tolker dette som en mangel på anerkjennelse og forståelse, og mener at de som uttaler seg ikke vet hvordan plagene oppleves. Det kan tenkes at disse informantene befinner seg i de to nederste nivåene av *mestringsmodellen*, og dermed har vanskelig for å se den positive gevinsten ved å være i jobb. Dette bør være til ettertanke for oss som møter disse pasientene. På samme måte som kommunikasjon er viktig på arbeidsplassen, bør man etterstrebe å skape en anerkjennende relasjon, og være bevisst hvordan symptombildet kan påvirke selvbilde og tolkning.

### 5.3.2 Sosial støtte

Det å ha et støttende arbeidsmiljø er i følge litteraturen en form for emosjonell støtte. I følge House (1981) består emosjonell støtte av å bli verdsatt, akseptert og vist omsorg. I helsefremmende forskning på arbeidsplassen trekkes slik emosjonell støtte frem som viktige



forutsetninger i et arbeidsmiljø (Geving, Torp, Hagen & Vinje, 2011; Moen, Bentsen & Årseth, 2011; Myhrberg & Vinje, 2014). Analysen viser at sosial støtte er av betydning for våre informanter for at arbeid skal oppleves som helsefremmende, men ikke i like stor grad som vi med vår forforståelse hadde forventet. Ulike tidligere studier underbygger at sosial støtte fra kollegaer har positive effekter på både trivsel og helse (Blustein, 2006).

Informantene bekrefter at det er viktig, spesielt de som ikke opplevde at leder var av stor betydning for dem. Funn tyder på at kollegaer langt på vei kan bidra til anerkjennelse og veie opp for en lite synlig og støttende leder. I Karaseks krav-kontroll-modell ser vi at et støttende miljø vil kunne virke positivt inn på helsen, ved at det virker som en slags buffer i vanskelige situasjoner. I tråd med Rydén's (2015) kritikk av modellen er det flere aspekter ved for eksempel sosial støtte som er viktige. House (1981) deler sosial støtte i fire typer, men slik vi forstår våre informanter, er det den emosjonelle sosiale støtten som er av størst betydning når de opplever lettere psykiske plager. Flere av informantene trekker frem viktigheten av å bli verdsatt og respektert for den du er. Det å bli sett og hørt av kollegaene, er viktige faktorer for at jobben skal være helsefremmende. I et støttende arbeidsmiljø, trekkes respekt fram som en viktig faktor. På en inkluderende og trygg arbeidsplass, blir man respektert for den kapasitet og de grenser man til enhver tid har, hvilke verdier og holdninger man innehar, og at man er ulike som individ. Schibbye (2005) bekrefter at å anerkjenne en annen innebærer en evne til å sette seg inn i den andres subjektive opplevelse, og at man må se partene i en relasjon som likverdige. Det vil si at begge har lik rett til sin opplevelse, noe som krever en respekt for alles måte å oppleve verden på sin måte. I et mangfoldig arbeidsmiljø vil det si at for å oppleve respekt og aksept fra kollegaer og leder, kreves det, slik vi ser det, at den som søker respekt også har et ansvar å kommunisere hva de er i behov av.

Med tanke på Banduras teori om SE, vil et støttende arbeidsmiljø kunne bidra til å fremme opplevelsen av mestring og økt grad av SE (Bandura, 1994). Det kan også tenkes at å få konstruktive tilbakemeldinger og bekreftelse fra kollegaer vil kunne være med å snu den negative innvendige dialogen i en gitt situasjon. Bandura hevder at positivitet og godt humør hos individet kan bidra til økt SE. I og med at SE påvirkes av miljøet rundt, kan man tenke at et positivt og løsningsorientert arbeidsmiljø også vil kunne påvirke individets mestringstro. Et arbeidsmiljø som klarer å bygge opp under, og gjøre hver enkelt arbeidstaker i stand til å bruke sine ferdigheter, kan ha samme effekt (Siegrist, 2006).

Analysen viser at det er individuelt hvor mye utenomfaglig kommunikasjon et godt arbeidsmiljø skal inneholde. På den ene siden ser det ut til at for mye personlig kommunikasjon kan føre til mindre fokus på arbeidsoppgaver, og således føre til mindre opplevelse av mestring. På den annen side kan det å vite litt om kollegaer privat, gjøre det lettere for kollegaer å trå støttende til. I tillegg ser det ut til at små pauser fra det faglige, gir økt motivasjon og engasjement for videre arbeid. Vi tolker det dit hen at å dele personlige tanker på jobb, kan være et bidrag til å skape et arbeidsmiljø som er med på å gi egenverdi som menneske. Det at leder og kollegaer viser interesse og ser den enkelte, knyttes opp mot følelsen av anerkjennelse.

Et annet perspektiv informantene trekker frem, er betydningen av at kollegiet jobber mot et felles mål, som er kjent for alle. Vi tolker dette til at informantene er i behov av det House (1981) kaller informasjonsstøtte, der det å få formidlet relevant og nødvendig informasjon er hovedingredienser. Informantene ønsker at målene skal være tydelig uttalt og kjent på arbeidsplassen. I det å føle seg inkludert og betydningsfull ser det ut til at god informasjonsstøtte kan gjøre det lettere å se betydningen av sin rolle på en arbeidsplass. Ved å ha klare målsetninger å jobbe mot kan det slik vi ser det være lettere å oppleve arbeidsoppgavene som meningsfulle.

I følge Deci & Ryan (1985) har mennesket et iboende behov for å mestre. Sosial støtte kan som nevnt bidra til opplevelse av mestring. Selv om informantene har et ønske om å bli sett og lagt til rette for, har de allikevel et behov for å få utfordringer i en arbeidssituasjon, og ønsker å beholde ansvar de kan mestre. Mennesker vil til enhver tid utfordre seg selv opp mot egne grenser. Sett i lys av dette, kan det se ut til at for mye sosial støtte også kan virke negativt (Knardahl, 2011). Ved høy grad av sosial støtte, kan det tenkes at informantene ikke får den utfordringen de er i behov av, og jobben kan dermed oppleves kjedelig og lite motiverende. Det kan også tenkes at for mye sosial støtte kan tolkes som en bekreftelse på at de ikke mestrer, og på denne måten redusere graden av SE.

## 6. AVSLUTNING

Oppgavens formål har vært å innhente informasjon, og utvikle kunnskap om hva som skal til for at mennesker med lettere psykiske plager opplever jobb som helsefremmende.

Vi har drøftet funnene fra gruppeintervjuene opp mot helsefremmende teorier og eksisterende forskning, og har med dette forsøkt å belyse hva som er viktig for at mennesker som opplever lettere psykiske plager skal få en opplevelse av økt helse ved å stå i jobb. Vi vil i dette kapitlet presentere en oppsummering av funn, hvilken betydning dette kan ha i det praktiske arbeidsliv og behovet for videre forskning.

### 6.1 Oppsummering av funn

Informantene våre bekrefter i stor grad det den eksisterende forskningen sier om positive nærværsfaktorer i arbeidslivet. Likevel kan det se ut til at disse positive nærværsfaktorene ikke er nok for at jobb skal oppleves helsefremmende ved lettere psykiske plager. Mestring er den viktigste faktoren for informantenes opplevelse av helse. Våre funn tyder på at de er i behov av å mestre seg selv og sin familiesituasjon, før det oppleves helsefremmende å gå på jobb. Det kan synes som om balansegangen mellom krav og kontroll blir ekstra viktig. Symptomene kan oppleves som en tilleggsbelastning som gjør at kravene oppleves økt og kontrollen går ned, dermed blir kapasiteten også mindre.

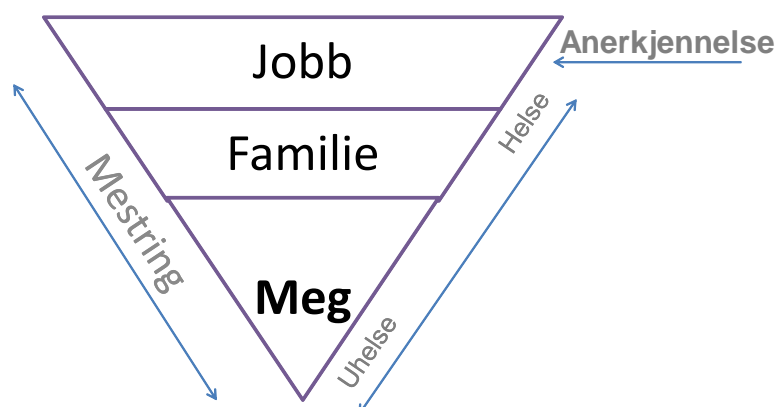


Fig. 1 mestringsmodellen

Vi har valgt å oppsummere funnene våre i en modell; *mestringsmodellen* (se fig. 1). Først og fremst er informantene i behov av å mestre på det nederste nivået i modellen; seg selv og sine tankemønstre. Har man nok med å mestre de helt basale hverdagslige gjøremålene, kan det se ut som forventningen om å stille på jobb blir en ekstra belastning. Når man opplever å mestre tankemønster og seg selv, ser det videre ut til at denne kontrollen må oppnås på hjemmebane. Å mestre nivå to i modellen, innebærer at man har kapasitet til å ta vare på familien. Føler man at familien er ivaretatt kan man mestre familiesituasjonen ved å bruke jobben som et fristed fra negative automatiske tanker og til å samle energi til å takle utfordringer på hjemmebane.

Først når behovene i de to nederste nivåene er dekt, kan jobb oppleves som helsefremmende. I det øverste nivået av modellen kan det synes som om anerkjennelse er en forutsetning for at jobb skal være helsefremmende. Anerkjennelse innebærer forståelse, aksept og tilrettelegging for redusert kapasitet. Dette er viktige faktorer i et arbeidsmiljø, men leder ser ut til å ha et spesielt ansvar. Resultatene viser at informantene kommuniserer en dobbelthet i behovet for å bli sett og hørt. De ønsker aksept for plagene og å bli lagt til rette for, samtidig som de er i behov av utfordringer og ikke ønsker å bli fratatt ansvar de er i stand til å mestre. Det er imidlertid svært individuelt hvordan våre informanter opplever å bli anerkjent, og en type atferd fra leder og kollegaer kan oppleves og tolkes ulikt. Symptombildet med nedsatt selvbilde og negative tolkninger, kan synes om utfordrende ved den enkeltes opplevelse av arbeidsmiljø.

Selv om arbeid av de fleste oppleves som noe som bidrar til god psykisk helse, kan det se ut til at for mange er det nødvendig med en liten time-out når de har det som verst. Hvor lenge denne time-outen bør vare vet vi ikke, men det kan tenkes at man ved å ha et trygt og anerkjennende arbeidsmiljø som legger til rette for at man ikke til enhver tid er 100 %, korter ned denne tiden.

## **6.2 Implikasjoner for praksis**

Med tanke på den økte sykemeldingsstatistikken for lettere psykiske plager, ser vi det som viktig å belyse det helsefremmende perspektivet i arbeidslivet og på denne måten få en økt innsikt i hvilke faktorer som skal til for bevegelse i positiv retning på helsekontinuumet for

individet når de opplever plagene. Oppgaven er viktig for å belyse hva slags arbeidsmiljø som oppleves som helsefremmende, samtidig som det gir en innsikt i hvor viktig det er å ta hensyn til det individuelle aspektet; det er ulikt hvordan man ønsker å bli ivaretatt på arbeidsplassen og man har ulike forventninger til hva arbeidsplassen skal bidra med. En mulig tilnærming for å imøtekomme dette, kan være forventningsavklaring mellom leder og den som opplever plagene. Det kan stilles spørsmålsteget ved om symptomene kan være en utfordring for tilrettelegging og anerkjennelse, ved at grubling og negative tolkninger kan føre til feiltolkninger. Vi ser det som viktig at ledere er bevisst dette, slik at de i størst mulig grad kan redusere slike misforståelser. Basert på våre tolkninger bør det å legge til rette for et anerkjennende arbeidsmiljø, innebære en åpen og gjensidig dialog, som igjen kan være viktig for å beholde mennesker som opplever lettere psykiske plager i arbeidslivet.

Vi tenker også at funnene som viser at arbeid for enkelte kan føre til økt uhelse når man har det som verst, samt at informantene uttrykker et behov for en time-out når symptombelastningen blir for høy, er viktig kunnskap for arbeidsplassen, sykemeldere og NAV. Dette vil kunne gi både fastleger og NAV et annet grunnlag for kommunikasjon og tilnærming til den enkelte i deres møte med pasienter og bruker. Individets behov og muligheter for mestring bør være sentralt i sykemeldingsoppfølgingen.

For individet vil studien kunne bidra til å gi en forklaring på hvorfor det kan være utfordrende å mestre jobb når man har det som verst. Den vil også kunne bidra til en refleksjon og bevissthet i forhold til prioriteringer og valg som kan gi opplevelse av økt helse.

Funn fra en liten kvalitativ undersøkelse som dette er avhengig av konteksten og det er vanskelig å dra konklusjoner utover den settingen informantene befinner seg i (Thornquist, 2012; Busch, 2013). De åtte informantene som har deltatt i denne studien har bidratt til at vi kan se noen felles faktorer som er gjennomgående for at arbeid skal oppleves som helsefremmende. For å finne ut om disse faktorene er gjeldende utenfor den konteksten vi har undersøkt, ville det vært spennende å sammenligne med andre og eventuelt større settinger. Det hadde også vært interessant å se om annet valg av metode, for eksempel individuelle dybdeintervju, ville hatt betydning for resultatet. Utfordringen med å forske på individets subjektive opplevelse, er at den stadig vil være i endring. Kravene til oss mennesker endrer seg konstant, og det vil derfor alltid være behov for oppdatert kunnskap.

## 7.0 Litteraturliste

Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterier*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og sosialdepartementet (2009). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 – 2012*. Hentet 07. juli 2014 fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Arbeids- og sosialdepartementet (2011). *Prop. 130 L. Endring i forlketrygdeloven (ny uføretrygd og alderpensjon til uføre)*. Hentet 30.10.14 fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Arbeids- og sosialdepartementet (2014). *Hva er inkluderende arbeidsliv?* Hentet 10. oktober 2015 fra <https://www.regjeringen.no>

Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013 – 2016*. Hentet 07. juli 2014 fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Hentet 10. oktober 2015, fra [www.lovdatabasen.no](http://www.lovdatabasen.no)

Auerbach, E., & Richardson, P. (2005). The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (3): 267–273.

Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. I V. S. Ramachandran (Red). *Encyclopedia of human behavior*, 4. New York: Academic Press. Pp.71-81.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman

Becker, D., & Drake, R. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York, USA: Oxford University Press.

Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, T. & Repål, A. (2005). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: H. Aschehoug & Co

Berge, T. & Repål, A. (2009). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Blustein, D. L. (2006). *The Psychology of Working. A new perspective for career development, counseling, and public policy*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor og masterstudenter*. Oslo: Fagbokforlaget.

Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2): 310-357.

Czabała, C., Charzyńska, K., & Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promot Int.* 2011 Dec;26 Suppl 1:i70-84. doi: 10.1093/heapro/dar05

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

Dimoff, J.K. & Kelloway, K. (2013). Bridging the gap: Workplace mental health research in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne.* 54(4): 203-212.

Eriksen, E.O & Weigård, J. (1999). *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati: Jürgen Habermas' teori om politikk og samfunn*. Bergen; Fagbokforlaget.

Espedal, G. (2010). *Ros, om anerkjennende ledelse og hvordan skape verdsettende arbeidsmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fleming, P (2012). Healthy Workplaces: Balancing Employee Health and Economic Expediency. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health Promotion Settings, Principles and Practice* (s. 191-207). London: SAGE Publications.

Folketrygdeloven (1997). *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. Hentet 10. oktober 2015, fra [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Health – people`s perspective. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 121(30): 3600-4.

Gjesdal, S., Haug, K., Ringdal, P., Vollset, S. & Mæland, J.G. (2005) Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykmeldte. *Tidsskrift for den norske Legeforening* 125(13); 1801–5.

Gjeving, G., Torp, S., Hagen, S. & Vinje, H.F. (2011) *Scandinavian Journal of Organizational Psychology* 3(2):32 - 45

Green, J. & Tones K. (2010). *Health promotion: planning and strategies*. Los Angeles: Sage

Greenhaus, J.H. & Beutell, N.J. (1985). Sources of Conflict between Work and Family Roles. *The Academy of Management Review* 10(1):76-88

Grøholt, E. (red) (2014). Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4. Hentet fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no) 15. oktober 2015

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk

Hallandvik, J-E. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Hetland, H. & Hetland, J. (2011). Basale psykologiske behov i arbeidslivet: autonomi, kompetanse og tilhørighet. I: S. Einarsen & A. Skogstad (red.). *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hjort, P.F.(1985). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen PE, Berge T, Åker J, red. *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. s. 16. Oslo: Tanum-Nordli

Hodgins, M (2012). Workplaces as a Setting for Health Promotion. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health Promotion Settings, Principles and Practice* (s. 187-190). London: SAGE Publications.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.  
*human behavior. Vol. 4.*(s. 71 - 81). New York: Academic Press.

ILO (International Labour Organization) (2014). *Global employment trends 2014. Risk of a jobless recovery*. Hentet 17.august 2015, fra: <http://www.ilo.org>

Johannssen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstract forlag

Joner, A. (2008). Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 128(8) :940 – 1.

Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Knardahl, S. (2011). Arbeid, stress og helse. I: S. Einarsen & A. Skogstad (red.). *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Knardahl, S. (2015). *Arbeid som årsak til helse*. Hentet 03.10.15 på [www.stami.no](http://www.stami.no)

Krokstad, S. (2008). Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 128(12):1419 - 20.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk  
København: Akademisk forlag.

Lau, B., Finne, L.B. og Berthelsen, M. (2011). Deltagelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8): 745 – 750.

Lillestrømerklæringen (2002). *Lillestrømerklæringen om helsefremmende arbeidsplasser*. Hentet 17. oktober fra [http://www.stamiweber.no/hefa/lillestrom\\_erklar.html](http://www.stamiweber.no/hefa/lillestrom_erklar.html)

Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E. (2011): *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1. Hentet 13. Juli 2014, fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)



- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring*. Oslo; Universitetsforlaget.
- Moen, E.Å., Bentsen, B. & Årseth, A.L. (2011). Et inkluderende arbeidsliv? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 8 (3); 271 – 274
- Munir, F., Burr, H., Hansen, J.V., Rugulies, R. & Nielsen, K. (2010). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? *Journal of Psychosomatic Research* 70 (1): 3-9
- Myhrberg, , L. & Vinje, H. (2014). Godt nærvær på arbeidsplassen – kjennetegn og forutsetninger. *Fysioterapeuten*, 81(11); 18 – 23
- Myklestad, I., Rognerud, M. & Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse*. Rapport 2008:8. Hentet fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no) 20.oktober 2015.
- Mykletun, A. Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Hentet fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Møller, L. (2008). *Anerkendelse I praksis. Om utviklingsstøttende relasjoner*.
- NAV (2014). *Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Hentet 27. september 2015 fra [www.nav.no](http://www.nav.no).
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J.H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H.L, Verhoeven, A.C., van der Feltz-Cornelis, C.M. & Bültmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people . *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12*. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.
- OECD (2011). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Hentet 21. mars 2015 fra [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- Nyberg, A., Bernin, P. & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates*. Hentet 12. oktober 2015 fra [www.su.se](http://www.su.se)
- Olsen, I.B., Øverland, S., Reme S.E. & Løvrvik, C. (2014). Exploring Work-Related Causal Attributions of Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil.* 25(3):493-505. doi: 10.1007/s10926-014-9556-z
- Rydén, L. (2015) *Komma till tals. Komma till sin rätt. Komma til rätta med. Om organisatoriska arbetsmiljörisker och hur man kan hantera, förebygga och bedömma dem*. Dösjebro; EllErr Konsult
- Schibbye, A-L. L. (2005). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv*. København: Akademisk

Schibbye, A-L.L. (2015, 23. juni). Anne-Lise Løvlie Schibbye. Hentet 3. november 2015 fra [www.ankjennelse.com](http://www.ankjennelse.com)

Siegrist, J. (2006). Work, health and welfare: new challenges. *International journal of social welfare*, 15(1), 5-12.

Skogstad, A. (2011). Psykososiale forhold i arbeidslivet. I: S. Einarsen & A. Skogstad (red.). *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

SSB (2013). *Arbeidskraftundersøkelsen, 1. kvartal 2013*. Hentet 28. mai 2013, fra [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

STAMI (Statens arbeidsmiljøinstitutt) (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015*. NOA-rapport Årg. 16, Nr. 3 (2015). Hentet på [www.stami.no](http://www.stami.no) 13. august 2015

Sverke M, Hellgren, J. & Näswall, K. (2002). No security: a metanalysis and review of job in security and its consequences. *Journal of occupational health psychology*, 7(3): 242-264.

Tamkin, P., Pearson, G., Hirsh, W. & Constable, S. (2010) *Exceeding Expectation: The principles of outstanding leadership*. London: The Work Foundation. Hentet 31. oktober 2015 fra [www.theworkfoundation.com/](http://www.theworkfoundation.com/)

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefagene*. Bergen: Fagbokforlaget

Thuen, F. (2011) To liv på en gang – om jobb og familie. I: S. Einarsen & A. Skogstad (red.). *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vinje, H. F. & Ausland L.H.(2013). Salutogent nærvær bygger helsefremmende arbeidsliv. *Socialmedicinsk tidsskrift* 90 (6), 810 - 820

Waddell, G. & Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO, 2006

WHO (1948). *WHO definition of Health*. Hentet 16.august 2015 fra [www.who.int](http://www.who.int)

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 30. september 2012, fra [www.who.int](http://www.who.int)

WHO (u.å., a). *Mental health*. Hentet fra [http://who.int/topics/mental\\_health/en/](http://who.int/topics/mental_health/en/), 18. august 2015

WHO (u.å., b). *Mental health: strengthening our response*. Hentet 11.07.2014 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., Finch, A. (2004). Work and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 39(11):866-73

Øiestad, Guro (2004). *Feedback*. Oslo: Gyldendal akademisk

Øverland, S., Knudsen, A.K. & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48 (8):739-744

## **Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring**

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## **”Psykisk helse og arbeid”**

### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Vi ønsker å snakke med personer som har opplevd lettere psykiske plager, og samtidig valgt å stå helt eller delvis i jobb. Vi vil gjerne snakke med deg om hva du opplever som helsefremmende ved det å være i jobb.

Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave ved masterprogrammet Helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold

### **Hva innebærer studien?**

For å få et innblikk i hva og hvordan du tenker rundt temaet, ønsker vi å gjennomføre et fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju er et gruppeintervju hvor vi samler 8-10 deltagere. Intervjuene har en uformell form, hvor vi har satt opp noen temaer vi ønsker å diskutere. Det skal gjennomføres ett fokusgruppeintervju med en tidsramme på ca 1,5 timer.

Intervjuene tas opp på lydbånd, som vil slettes i etterkant. Dataene fra intervjuene vil forbli anonyme.

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

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil derfor ikke være mulig å spore svarene tilbake til deg.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navnlistene vil slettes så raskt fokusgruppeintervjuene er gjennomført. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side, og vi vil ta kontakt med deg for å avtale en dato for gjennomføring av intervju.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, er du velkommen til å ta kontakt med oss:

Linda Hannevold Holt, [linda.hannevold@siv.no](mailto:linda.hannevold@siv.no), 971 16 990

Tone Solvang-Lothe, [tone.lothe@siv.no](mailto:tone.lothe@siv.no), 975 10 114

Førstelektor Liv Hanson Ausland (veileder på prosjektet, Høgskolen i Buskerud og Vestfold), [lha@hbv.no](mailto:lha@hbv.no), 975 99 077

**Samtykkeerklæring følger på neste side.**

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i fokusgruppeintervju

Navn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Jeg bekrefter at dette samtykket er frivillig og at samtykket kan trekkes tilbake når som helst.

Dato

Sted

Godkjenning med underskrift

.....

## Vedlegg 2: Intervjuguide første intervju

### Intervjuguide

Beregnet tid 2 timer m/ pause + mat. En er ordstyrer/intervjuer, en er observatør og har ansvaret for å notere. Vi vil i tillegg gjøre lydopptak av intervjuene.

Starte med å forklare helsekontinuumet, og at vi ønsker å se på hva som gjør at vi flytter oss mot helsepolen.

- 1) Hva betyr helse for deg?
- 2) Hva skal til for at du opplever god helse?
- 3) ”Arbeid er bra for helsa!” er ofte overskrifter i media etc. Hva tenker dere rundt dette?
- 4) Hva legger dere i ordet helsefremmende?
- 5) Når oppleves jobben som positiv for deg?

### PAUSE

Neste spørsmål besvares med en praktisk metode - I(G)P – med å notere på postit-lapper og presentere en og en lapp. Ingen kategorisering i etterkant, men en plenumsdiskusjon.

- 6) Hvilke faktorer har betydning for at jobben skal virke helsefremmende for deg når du opplever lettere psykiske plager?
  - a. Hvilken betydning har kollegaer/arbeidsmiljøet for at arbeidet skal oppleves positivt for helsa di?
  - b. Hvilken betydning har leder/ledelse for at arbeidet skal oppleves positivt for helsa di?
  - c. Hvilken betydning har opplevelse av SOC; håndterbarhet/meningsfullhet/begripelighet for at arbeidet skal oppleves positivt for helsa di?
  - d. Hvilken betydning har det for deg å oppleve mestring på jobb?
- 7) Er det noen faktorer som har blitt mer/mindre viktig for deg i perioden med lettere psykiske plager?
- 8) Livet går ofte i bølgedaler. Når du hadde/har det som verst; er det noe ved jobben som opplevdes/oppleves positivt for helsa di?
- 9) Er det faktorer utenfor arbeidslivet (for eksempel familie, venner, fritidsaktiviteter osv.) som påvirker om det å stå i arbeid er helsefremmende eller ikke? I tilfelle; hvilke og på hvilken måte?

## Vedlegg 3: Intervjuguide, andre intervju

### Revidert intervjuguide, 11.05.15

Beregnet tid 1,5 timer m/ pause + mat. En er ordstyrer/intervjuer, en er observatør og har ansvaret for å notere. Vi vil i tillegg gjøre lydopptak av intervjuene.

Starte med å forklare helsekontinuumet, og at vi ønsker å se på hva som gjør at vi flytter oss mot helsepolen.

Svar kort på:

- 1) Hva betyr helse for deg?
- 2) Hva legger dere i ordet helsefremmende?

Spørsmål 3 og 4 besvares med en praktisk metode - I(G)P – med å notere på postit-lapper og presentere en og en lapp. Ingen kategorisering i etterkant, men en plenumsdiskusjon.

- 3) Når oppleves jobben som positiv for deg?
- 4) Hvilke faktorer har betydning for at jobben skal virke helsefremmende for deg når du opplever lettere psykiske plager?

Støttespørsmål;

- a. Hvilken betydning har kollegaer/arbeidsmiljøet for at arbeidet skal oppleves positivt for helsa di?
  - b. Hvilken betydning har leder/ledelse for at arbeidet skal oppleves positivt for helsa di?
  - c. Hvilken betydning har opplevelse av SOC; håndterbarhet/meningsfullhet/begripelighet for at arbeidet skal oppleves positivt for helsa di?
  - d. Hvilken betydning har det for deg å oppleve mestring på jobb?
- 5) ”Arbeid er bra for helsa!” er ofte overskrifter i media etc. Hva tenker dere rundt dette?
  - 6) Er det noen faktorer som har blitt mer/mindre viktig for deg i perioden med lettere psykiske plager?
  - 7) Livet går ofte i bølgedaler. Når du hadde/har det som verst; er det noe ved jobben som opplevdes/oppleses positivt for helsa di?
  - 8) Er det faktorer utenfor arbeidslivet (for eksempel familie, venner, fritidsaktiviteter osv.) som påvirker om det å stå i arbeid er helsefremmende eller ikke? I tilfelle; hvilke og på hvilken måte? Hva skal til for at du opplever god helse?



## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Liv Hanson Ausland  
Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Postboks 2243  
3103 TØNSBERG

Vår dato: 29.04.2015

Vår ref: 42126 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.02.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.04.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42126	<i>Psykisk helse og arbeid</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Liv Hanson Ausland</i>
Student	<i>Linda Hannevold Holt</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Andelskontor / Delakt Office*

*OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TROMSØ NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2491 Tromsøen. Tel: +47-75 59 39 07. egne.stua@hiv.uit.no*

*TØNSBERG NSD: SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@svt.uib.no*

## Vedlegg 5: Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Knut W. Ruyter	22845518	28.04.2015	2015/415/REK sør-øst C
			Deres dato:	Deres referanse:
			24.02.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Liv Hanson Ausland  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

### 2015/415 Arbeid og Psykisk helse

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 26.03.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Prosjektleder: Liv Hanson Ausland

#### Prosjektomtale (original):

*Vårt utgangspunkt for masteroppgaven er å se på hva mennesker med lettere psykiske plager ser på som helsefremmende ved det å være i arbeid. I litteraturen finner vi veiledere og ekspertuttalelser som konkluderer med at det er bra for helsen å jobbe, men det finnes mindre dokumentasjon på hva i arbeidet som gjør at det oppleves helsefremmende. For å finne ut av dette ønsker vi å bruke fokusgruppeintervjuer. Intervjuobjekter rekrutteres fra personer som deltar på kurs i regi av SiV, Raskere Tilbake Tø. De er henvist inn grunnet lettere psykiske plager. Personene må ha rett til sykepenger (Raskere Tilbake-kriterier). På kurset vil alle få informasjon om prosjektet fra oss, og melder sin interesse dersom de ønsker å være med. Vi må deretter sjekke at de møter inklusjonskriteriene. Et av forskningsspørsmål: "Hva oppleves som positivt ved arbeidsfastholdelse for mennesker med lettere psykiske plager?" Vi ønsker også å se om hvilke faktorer hos individet og arbeidsplassen som bidrar til dette.*

#### Vurdering

Dette er et mastergradsprosjekt i helsefremmende arbeid. Prosjektet vil undersøke hvordan mennesker med lettere psykiske plager opplever arbeid som helsefremmende og hvilke faktorer ved arbeidsplassen som kan bidra til det. Det skal rekrutteres fra kurset Raskere Tilbake, og arbeidet skal gjøres ved fokusgruppe.

Komiteen anser det som en betimelig og viktig undersøkelse, men den faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, da den ikke har til hensikt å fremskaffe ny kunnskap om sykdom og helse.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning fra REK. Prosjektleder bes påse at alminnelige bestemmelser for taushetsplikt og personvern følges.

#### Vedtatt

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: post@helseetikkforskning.etikkom.no  
Web: <http://helseetikkforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff