



UiT

THE ARCTIC
UNIVERSITY
OF NORWAY

Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for samfunnsmedisin

Stigma knyttet til psykisk helse på arbeidsplassen.

- *En fenomenologisk studie.*

Arebi Sivasubramaniam

HEL-3950 Master's thesis in Public Health

Mai 2018

Hovedveileder: *Anje Christina Höper, lege/PhD ved "Arbeidshelse i Nord", Institutt for Samfunnsmedisin, UiT.*

Biveileder: *Martin Øien Jenssen, arbeids- og organisasjons-psykolog ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN Tromsø.*



Innholdsfortegnelse

FORORD	1
1 SAMMENDRAG.....	2
1 ABSTRACT.....	3
2 INTRODUKSJON	4
2.1 Bakgrunn.....	4
2.2 Definisjon av psykiske plager og lidelser	4
2.3 Stigma	4
2.4 Åpenhet om psykiske plager og lidelser	5
2.5 Psykisk helse og arbeid.....	5
2.6 NAVs forebyggende arbeid.....	6
2.7 Forskningsspørsmål og problemstilling	6
3 METODE.....	7
3.1 Tolkingsfenomenologisk analyse - IPA.....	8
3.2 Mitt forhold til studiet	8
3.3 Etske betraktninger	9
3.4 Utvalg.....	9
3.5 Intervjuets forløp og utførelse	10
3.6 Transkribering	11
3.7 Analysen	12
4 RESULTATER.....	13
4.1 KUNNSKAP OG HOLDNINGER OM PSYKISK HELSE.....	15
4.1.1 Holdninger om psykisk helse	15
4.1.2 Ei helse, både privat og på.....	17
4.1.3 Åpen og trygg dialog	18
4.1.4 Legitimere psykisk helse.....	20
4.2 FOREBYGGENDE TILTAK	22

4.2.1 I fredstid.....	22
4.2.2 Lederens holdninger og rolle «Ikke en myk dameting»	23
4.2.3 Klare og tydelige forventninger og krav.....	25
4.2.4 De andre må vite nok	27
4.2.5 Arbeidsmiljø.....	28
4.3 ARBEID SOM MEDISIN	30
4.3.1 Holde kontakt og raskere tilbake.....	31
4.3.2 Mestringsfølelse tidlig av	33
4.3.3 Arbeidsplassen; en frisone	34
5 DISKUSJON	36
5.1 Kunnskap baner vei for gode holdninger	36
5.2 Åpenhet	38
5.3 I fredstid.....	39
5.4 Mestring og mestringsfølelse	39
5.5 Begrensninger og styrker ved studiet	40
6 KONKLUSJON.....	42
7 REFERANSER.....	43
.....	47
VEDLEGG 1.....	47
VEDLEGG 2.....	49
VEDLEGG 3.....	51

Forord

Interessen for temaet i dette studiet kom fra min egen interesse og utdanning innen psykologi og folkehelse. Jeg har siden starten av masteren syntes at det var spennende å knytte opp problemstillinger innen psykisk helse og se på det fra et folkehelseperspektiv. Jeg syntes dette var veldig spennende siden det ofte tok for seg et helhetlig bilde av helse, i form av psykisk og fysisk helse, enkeltindividet og samfunnet fremfor utdypelser av disse faktorene alene. Det konkrete temaet om psykisk helse på arbeidsplassen kom av at veilederen min Anje Christina Höper introduserte meg til hovedprosjektet til Martin Øien Jenssen om " Psykisk helse i arbeidslivet: Kartlegging av lederes kompetanse om og holdninger til mennesker med psykiske lidelser." Jeg syntes temaet var kjempespennende og var veldig interessert i å bruke en kvalitativ tilnærming for å sette lys på kontekster rundt stigma om psykisk helse på arbeidsplassen. Knyttet til dette ble det foreslått å intervju NAV-rådgivere for å få en annerledes vinkling, som jeg syntes var kjempe spennende.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til informantene mine, rådgivere fra NAV-Troms for å ha tatt seg tid fra sin hektiske hverdag for å delta i intervju med meg. Jeg setter utrolig pris på hvor informative dere var og åpenheten rundt temaene som ble tatt opp. Jeg vil også takke KOMETEN for den økonomiske støtten og transkribenten som transkriberte lydfilene fra intervjuene.

Jeg vil også takke venner og medstudentene mine for å ha vært der for meg og hjulpet meg med motivasjon og mye mer. Jeg vil rette en stor takk til hovedveilederen min Anje, som har vært en stor støtte gjennom hele prosjektet og ikke minst takk til min biveileder Martin som har tatt stor del i utformingen av oppgaven.

Arebi Sivasubramaniam 30.05.2018

1 Sammendrag

Bakgrunn; Psykiske plager og lidelser omfatter store deler av befolkningen. Prevalensen for å få en psykisk plage eller lidelse i løpet av ens levetid i Norge, ligger på rundt 40%. Negative holdninger og stigma samt frafall fra arbeid kan virke mer sykdomsfremmende og sykdomsbevarende for enkelte. **Mål;** Dette studiet gikk ut på å undersøke og belyse utfordringer knyttet til psykisk helse på arbeidsplassen fra NAV- og IA rådgivers perspektiv. **Metode;** Det ble valgt å bruke kvalitativt intervju hvor det ble valgt ut seks rådgivere (en mann og fem kvinner) fra NAV-Troms til intervju. Jeg konstruerte semi-strukturerte intervjuguide konstruert spesifikt til rådgiverne, og transkriptene intervjuene resulterte i, ble analysert ved hjelp av en fortolkende fenomenologisk analyse (IPA). **Resultater;** hovedtemaene i resultatet var; *kunnskap og holdninger om psykisk helse, forebyggende tiltak, og til slutt arbeid som medisin.* **Konklusjon;** Dette studiet belyser mange faktorer som er viktig for å redusere stigma knyttet til psykisk helse på arbeidsplassen, samt samfunnets rolle. Dette studiet viser at det fremdeles er utfordringer knyttet til psykisk helse som vi må utforske videre, og mer forskning er nødvendig og viktig for å kartlegge gode og effektive tiltak.

Nøkkelord; stigma, psykisk helse, arbeid, mestring, kvalitativ metode, IPA

1 Abstract

Background; Mental illness and disorders comprise a substantial portion of the population.

Prevalence for mental illness and disorders during one's life in Norway is around 40%. Attitudes and stigma, as well a time off work due to mental health is more disease-promoting and disease-maintaining for some. **Goal;** This study was aimed at investigating and explaining the challenges related to mental health in the workplace from the NAV and IA counselor's perspective.

Method; It was decided to use qualitative interviews where six counselors (one male and five women) were provided from NAV-Troms for interview. I constructed a semi-structured interview guide designed specifically for the counselors, and the transcripts the interviews resulted in were analyzed using an interpretative phenomenological analysis (IPA). **Results;** The main themes in the result were; *knowledge and attitudes about mental health, preventive measures, and work as medicine.*

Conclusion; This study highlights many factors that are important for reducing stigma associated with mental health in the workplace, as well as the role society plays. This study highlights that there are still challenges related to mental health that we need to explore further, and more research is necessary and important to map out good and effective measures.

Keywords; stigma, mental health, work, coping, qualitative approach, IPA

2 Introduksjon

2.1 Bakgrunn Psykisk helse er noe vi alle har. Ifølge Verdens helseorganisasjon (2005) er definisjonen på en god psykisk helse «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å støtte andre og bidra i samfunnet». Psykiske helseproblemer kan påvirke vår livskvalitet, vår atferd og vår evne til sosialisering på en belastende måte. Nedsatt psykisk helse vil, som nedsatt somatisk helse kunne påvirke vår hverdag og våre aktiviteter.

2.2 Definisjon av psykiske plager og lidelser I dette studiet har jeg valgt å bruke sekkebetegnelsen psykiske helseproblemer for å dekke alt fra lettere psykiske plager til tunge psykiske lidelser. Psykiske helseproblemer omfatter derfor et stort spekter, alt fra fobier, angst og depresjoner til personlighetsforstyrrelser. Psykiske plager, som er på den lettere siden av skalaen, defineres som tilstander som oppleves belastende, men ikke til den grad at det karakteriseres som diagnostiserbart (Helsedirektoratet 2009). Moderate og alvorlige psykiske lidelser, som er på den tyngre siden av skalaen, defineres ut ifra om det kan diagnostiseres. I følge Helsedirektoratet (2009) kan denne betegnelsen kun bli anvendt når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt.

Basert på ens psykiske helse vil graden av psykiske helseproblemer variere fra person til person. Alt fra psykoser som gjør det vanskelig å leve et liv utenfor en psykiatrisk institusjon, til angst eller depresjoner som kan til tider gjøre livet tyngre å leve (Statistisk sentralbyrå, 2001). Psykiske plager og lidelser omfatter store deler av befolkningen. Prevalensen for å få en psykisk plage eller lidelse i løpet av ens levetid i Norge, ligger på rundt 40%, hvor angst og depressive lidelser står høyest med en prevalens på 20-30% (Helsedirektoratet 2009).

2.3 Stigma Corrigan definerer stigma som et tegn på skam knyttet til en bestemt situasjon, kvalitet eller person (Corrigan m.fl. 2012). Han deler stigmabegrepet inn i to grupper, den ene

som offentlig stigma og den andre som selvstigma. En person med psykiske helseproblemer kan oppleve både offentlig og selvstigma. Offentlig stigma defineres ut ifra tre komponenter; stereotypier, fordommer og diskriminering, noe som kan ha negative innvirkninger på enkeltmennesker (Corrigan, m.fl. 2003). Selvstigma er internalisert stigma en påfører seg selv som kan føre til selvdiskriminering, dårligere selvtillit og redusert selvfølelse (Watson m.fl. 2007). Stigma knyttet til psykisk helse er derfor en utfordring. Stigma har blitt identifisert som en betydelig barriere for fullstendig deltakelse i yrkeslivet (se for eksempel Krupa, 2009).

2.4 Åpenhet om psykiske plager og lidelser Tiden har vist stor fremgang når det kommer til å bryte med stigma og tabubelagte holdninger i sammenheng med psykisk helse (Schomerus G og Angermeyer M.C., 2017). Mental Helse Norge er landets største bruker- og pårørendeorganisasjon innen psykisk helse, og ifølge dem er åpenhet og økt kunnskap rundt psykisk helse med på å skape holdningsendringer i samfunnet, og er helsebringende for den enkelte. De mener derimot også at åpenhet om psykiske helseutfordringer kan få konsekvenser for blant annet arbeid, forsikring, utdanning, gyldighet av førerkort og mulighet for visum (Mental Helse Norge, 2018). Til tross for mer åpenhet, finnes det negative holdninger rundt psykiske helse som i seg selv kan være sykdomsfremmende og sykdomsbevarende for enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

2.5 Psykisk helse og arbeid Mye forskning tyder på at arbeid ofte har en positiv betydning for trivsel og helse (Modini m.fl. 2016). Arbeid kan være en kilde til mestringsfølelse og bidra til økt livskvalitet på mange måter, blant annet gjennom økonomisk stabilitet, rutiner som gir dagen innhold, økt sosialt nærvær og følelsen av å kunne bidra (Berge og Falkum, 2013). Frafall fra arbeid i lengre perioder kan derfor være mer til skade enn til hjelp for mennesker med psykiske helseproblemer. Derfor er det viktig at man kan tilrettelegge slik at personer får forbli i arbeid i en redusert kapasitet, samtidig som å kunne jobbe med å fremme sin helsetilstand (idebanken.org, 2018).

2.6 NAVs forebyggende arbeid Arbeid og velferdsetaten (NAV) har med store innsatser, slik som prosjekter som «Vi sees i morgen» og «Raskere tilbake», kommet langt med å tilrettelegge og hjelpe mennesker som har utfordringer i forhold til full deltakelse i arbeidslivet. Siden intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått i 2001 har myndighetene sammen med arbeidstakere og arbeidsgivere i Norge samarbeidet for å forebygge frafall fra arbeid (regjeringen.no, 2017).

2.7 Forskningsspørsmål og problemstilling Til tross for en stor innsats fra statlige organer, møter man fortsatt på utfordringer i forhold til tabubelagte holdninger og stigma rundt psykisk helse på arbeidsplassen (OECD, 2013). Dette masterprosjektet er knyttet opp mot hovedprosjektet " Psykisk helse i arbeidslivet: Kartlegging av lederes kompetanse om og holdninger til mennesker med psykiske lidelser." som gjennomføres i regi av Martin Øien Jenssen. Med innsyn til dette prosjektet var det interessant å bygge videre på dette temaet og svare på følgende forskningsspørsmål. (1) Hvorfor er det fremdeles tabubelagte holdninger og stigma rundt psykisk helse? (2) Hva mener NAV rådgivere og IA rådgivere er hovedproblemene når de jobber med å forebygge frafall fra arbeid knyttet til psykisk helse, kan de belyse problemene rundt stigmaet? (3) Er det faktorer utover enn bare arbeidsplassen, er det samfunnet?

For å kunne svare på disse spørsmålene var det hensiktsmessig med et kvalitativt design for å utforske hvilke utfordringer man møter på knyttet til stigma om psykisk helse på arbeidsplassen. Derav problemstillingen;

Hovedmålet med dette studiet var å utforske hvilke utfordringer man møter på knyttet til stigma om psykisk helse på arbeidsplassen fra et NAV- og IA- rådgiveres perspektiv.

3 Metode

Kvalitativ forskning handler om analytisk generalisering, hvor man fokuserer på å avdekke hvordan våre sosiale mønstre henger sammen og hva slags dynamikk som opererer bak det. Basert på hvordan informantene opplever et fenomen eller en situasjon kan man få en bedre forståelse av virkeligheten slik den oppfattes av de personene som forskeren studerer, og forstå hvilken betydning det kan ha (Thagaard, 2003). Med bakgrunn i studiens intensjon om å eksplorere var det hensiktsmessig å bruke et kvalitativt design hvor man har muligheten til å få dypere skildringer ut fra få perspektiver (Malterud, 2011).

Kvalitativt forskningsintervju er et verktøy som har mange fordeler, der man først og fremst har muligheten til å samle inn mye informasjon rundt et fenomen som ellers er vanskelig å fange opp. I dette tilfellet ble det intervjuet seks rådgivere som besitter mye kunnskap rundt psykisk helse på arbeidsplassen. Hensikten var å granske og samle inn informasjon om deres perspektiver rundt dette. Metoden åpner blant annet opp for muligheter til å belyse kontekstuelle faktorer og få dypere forståelse og kunnskap om stigma rundt psykisk helse, noe man ellers ved bruk av et kvantitativt design ikke ville kunne ha avdekket (Kvale, 1996). I tillegg tillater metoden en viss fleksibilitet i den forstand at studiet ledes av informasjonen som underveis blir avdekket. Dermed tillater det en ad hoc tilnærming til studiet som også har blitt tatt i bruk i dette studiet (Charmaz, 2006).

På den andre siden har kvalitativ forskningsintervju noen aspekter ved seg som kan være begrensende. Det at man kan bruke færre deltagere i et kvalitativt design setter begrensninger med at man ikke kan generalisere resultatene utover det utvalget det gjelder. En annen begrensning som er omdiskutert, er det subjektive aspektet til forskeren som både intervjuer, tolker og analyserer datasettet. Dette stiller store krav til forskerens evne til å skille mellom sine

egne subjektive forutinntattheter og korrekte fortolkninger. Med det sagt stilles dette kravet til all type forskning.

3.1 Tolkingsfenomenologisk analyse - IPA Til analysen har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming. Dette er en tilnærming som stammer fra hermeneutikken som utforsker hvordan mennesker tolker og reflekterer ulike situasjoner og fenomener (Smith m.fl. 2009). Jeg valgte å bruke en tolkende fenomenologisk metode til analysen (Interpretativ Phenomenological Analysis, IPA), hvor beskrivelser og tolkninger dannet av NAV- og IA rådgivere belyser utfordringer man kan møte med mennesker med psykiske plager og lidelser på arbeidsplassen (Creswell, 2013). Ifølge Smith m.fl.(2009) differensierer IPA seg fra andre konvensjonelle kvalitative metoder med å bevisstgjøre at man uunngåelig vil påvirke informantene på en eller annen måte, om det er bevisst eller ubevisst. Dette kalles en trippel hermeneutisk fortolkning, hvor forskeren tolker noe rådgiverne allerede har fortolket om sine opplevelser om stigma rundt psykisk helse på arbeidsplassen (Smith og Osborn, 2007). Ved å være klar over disse utfordringene, kan man sørge for at tolkningene er sanne representasjoner av det rådgiverne selv tolket.

3.2 Mitt forhold til studiet Min akademiske bakgrunn består av en bachelor i psykologi og denne masteroppgaven som avslutter min toårige mastergrad i folkehelse. Gjennom denne utdannelsen har jeg lært å se på psykisk helse gjennom et folkehelseperspektiv og synes det er spennende å se hvordan den psykiske helsen til enkeltindivider påvirker samfunnet og motsatt. Jeg har lenge vært opptatt av utfordringer rundt mestring og psykisk helse, og samfunnets innvirkning på dette. Jeg valgte psykisk helse og arbeid som tema til dette studiet, fordi arbeid kan bidra med å gi veldig mye tilbake til individet. Arbeid kan bidra positivt og gi mennesker økt livskvalitet, i motsetning til dårlig psykisk helse som kan bidra negativt til dette.

Jeg startet dette studiet med noen antagelser om at samfunnet vårt har mye innvirkning på hvilke utfordringer vi møter i henhold til psykisk helse på arbeidsplassen. På den måten kan jeg nå få en

dypere forståelse for de utfordringer man fortsatt møter når det kommer til dette. Samtidig kan det belyse konteksten rundt utfordringene og finne ut om samfunnet har en like stor innvirkning eller ikke.

3.3 Etiske betraktninger Dette studiet ble godkjent av personvernombudet for forskning ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), som et utvidet prosjekt i tilknytning til et hovedprosjekt ved UNN: «Psykisk helse i arbeidslivet: Kartlegging av lederes kompetanse om og holdninger til mennesker med psykiske lidelser. (prosjekt 0627, se vedlegg 1 for godkjenning). Prosjektleder for hovedprosjektet var biveileder Martin Øien Jenssen.

En rekke etiske betraktninger ble gjort i studiet for å ivareta integriteten til rådgiverne gjennom hele prosessen og i etterkant av studiet. Samtykkeerklæring med et informativt skriv om studiet ble gitt til rådgiverne før intervjuet tok sted. Sensitive opplysninger ble holdt fortrolig og behandlet med respekt og varsomhet (WMA, 2008). Rådgiverne var ikke anonyme for forskeren under intervjuene, men gjenkjennelige detaljer og identifikasjon ble anonymisert under transkriberingen av lydfilene til intervjuene. Lydfilene ble slettet etter at analysen var fullført. Rådgiverne fikk tilsendt et informerende skriv om studiets hensikt og prosedyre, sammen med et samtykkeskjema. Denne informasjonen ble repetert kortfattet før intervjuene fant sted, og de ble forsikret om at de kunne avslutte eller trekke seg fra studiet når de ville om de skulle ønske det.

3.4 Utvalg Rådgiverne som ble valgt til dette studiet er NAV og IA- rådgivere i Troms og ble forespurt gjennom en kontaktansvarlig i NAV Troms. Potensielle deltakere fikk et vedlegg som inneholdt prosjektbeskrivelse og samtykkeerklæring som forklarte hensikten med studiet og hva deltakelse ville innebære (se vedlegg 2). Seks personer tok kontakt med meg og var interessert i å delta i studiet og ble intervjuet av meg kort tid etter. Jeg intervjuet tre NAV-rådgivere som har erfaring fra arbeid med mennesker som har psykiske plager og lidelser på individnivå, som ville kaste lys på enkeltindividens standpunkt. I tillegg intervjuet jeg tre IA rådgivere som har erfaring

fra arbeid med mennesker som har psykiske plager og lidelser på systemnivå. De ville kunne bidra med å se på utfordringer sett fra et større perspektiv og dermed kanskje belyse andre utfordringer enn det NAV-rådgiverne beskriver. Derfor ble det valgt to typer rådgivere for å sikre tolkninger fra flere perspektiver som kunne belyse flere sider av en sak. Rådgiverne bestod av en mann og fem kvinner, med flere års erfaring innen feltet. Siden rådgiverne ikke skal identifiseres og holdes anonyme har de fått tildelt tilfeldig tall som blir brukt videre i studiet under skildringer av beskrivelser og sitater. Tabell 1 viser hvilke rådgivere som er hvilken type rådgiver.

NAV-rådgiver	IA-rådgiver
Rådgiver 2	Rådgiver 1
Rådgiver 4	Rådgiver 3
Rådgiver 5	Rådgiver 6

Tabell 1, Type rådgiver.

Vurderingen av utvalgets størrelse ble basert på Glaser og Strauss' (1999) kvalitative analysestrategi i henhold til oppnådd metningspunkt, der ytterligere informasjon ikke vil tilføre ny kunnskap. Etter seks intervjuer ble det avgjort at det ikke var nødvendig med flere intervjuer siden den innsamlede informasjonen hadde et godt nok saturert innhold til å fortsette videre til neste steg i studiet, derav n= 6.

3.5 Intervjuets forløp og utførelse Under startfasen av studiet ble det laget en intervjuguide som hadde som mål å utdype forskningsspørsmålene. Intervjuguiden er inspirert av hovedprosjektet som ble beskrevet tidligere, og ble endret og justert for å tilpasse forskningsspørsmålene og informantene som er aktuelle i dette studiet. Intervjuguiden bestod av et semi-strukturert intervju med fire kategorier (se vedlegg 3). Med en induktiv «bottom-up» tilnærming, startet intervjuet med konkrete spørsmål og videre til mer generelle og åpne spørsmål

(som beskrevet i Kvale S, 2007). Det ble strukturert slik for å kunne åpne opp for nye emner og temaer det ikke var lagt opp til å spørre om i utgangspunktet.

Den første kategorien handler om erfaringer med tilrettelegging for mennesker med psykiske plager og lidelser på arbeidsplassen. Dette ble satt opp først for å kunne danne et overblikk over rådgiverens erfaring rundt temaet psykisk helse på arbeidsplassen. Neste kategori gikk ut på hvilke utfordringer man møtte på med hensyn til menneskene med psykiske plager og lidelser, og eventuell tilrettelegging som iverksettes. Dette var mer konkrete spørsmål som ble stilt for å kunne identifisere og forstå de spesifikke utfordringene rådgiverne skildret. Den tredje kategorien handlet om forventninger og roller. Disse spørsmålene ble stilt for å kunne belyse om det var noen uklarhet i rollene og forventningene man stilte til rådgiver, arbeidsgiver og seg selv rundt psykisk helse på arbeidsplassen. Den siste kategorien handlet om hva man kunne forbedre i forbindelse med tilrettelegging for mennesker med psykiske plager og lidelser på arbeidsplassen. På den måten kunne man danne et bilde på hva rådgiverne mener er viktig å fokusere på og å forbedre. Underveis ble det også lagt opp til at rådgiverne kunne reflektere på emnene som ble snakket om, eller ta opp nye temaer/kategorier de opplevde som viktig,

Intervjuene ble utført i kontorer der rådgiver og forsker (Arebi Sivasubramaniam) satt uforstyrret gjennom hele intervjuet. Intervjuene varte mellom 25 og 50 minutter, og ble tatt opp på lydopptak for senere transkribering. Etter intervjuene ble det klargjort at de kunne ta kontakt om de lurte på noe mer, ville tilføye noe mer eller trekke seg fra studiet.

3.6 Transkribering Transkriberingen ble utført av en ekstern part som overførte intervjuene fra lyd til tekst-format. Intervjuene ble transkribert ordrett inkludert nonverbal kommunikasjon som latter og pauser. Identifiserbar informasjon ble anonymisert i henhold til de etiske kravene nevnt tidligere. Kostnadene til transkribering ble dekket delvis av hovedprosjektet og delvis av Nord-Norges forskningsfond (KOMETEN).

3.7 Analysen Neste steg i studiet var å kode data fra hvert intervju. Dette ble utført i tråd med den fenomenologiske tilnærmingen IPA (Smith m.fl. 2009). Kodingen ble gjennomført ved å først lese gjennom hvert intervju grundig for å kunne bli mest mulig kjent med innholdet. Hvert intervju ble analysert separat i egne dokumenter hvor tanker og bemerkninger ble notert underveis som potensielt kunne være informative i tolkningene av intervjuet senere. Videre ble det identifisert mønstre som kunne reflektere data fra intervjuene, og disse ble skrevet ned i dokumentene. Disse mønstrene ble videre diskutert sammen med veilederne og en medstudent for å se om de var enige i den initiale kategoriseringen av tolkningene og mønstrene. I en tolkende analyse er det krevende å holde seg nøytral også under prosessen med å finne mønstre og kategorier. Gjennom diskusjon med utenforstående kan man minske forutinntatthet og styrke validiteten til funnene (Yardley, 2000). På den måten kan man redusere muligheten for at man ser mønstre som ikke har blitt presentert, eller at mønstre som er presentert ikke reflekterer dataene fra intervjuene.

Neste steg i prosessen var å se etter og kartlegge temaer og underkategorier som reflekterte intervjuene på en best mulig måte. En av rådgiverne ble kontaktet for å diskutere de initiale tolkningene for å undersøke om de faktisk representerte det de prøvde å få fram i intervjuene. Dette ble tatt i betraktning i den endelige avgjørelsen av hvilke temaer og underkategorier som skulle behandles. Temaene og underkategoriene til hvert enkelt intervju ble så sammenlignet for å undersøke om det var samsvar på tvers av alle intervju-dataene.

Det siste steget, i tråd med IPA, var å utvikle resultater og diskusjon som reflekterer en sammenhengende og oppriktig representasjon over respondentenes tolkninger og meninger om utfordringer rundt psykisk helse på arbeidsplassen.

4 Resultater

Resultatene fra den tolkende fenomenologiske analysen er listet i tabell 2, hvor de overordnede temaene er vist sammen med de samsvarende underordnede kategoriene. De overordnede temaene er; *kunnskap og holdninger om psykisk helse, forebyggende tiltak*, og til slutt *arbeid som medisin*. Disse temaene viser en klar interaksjon om hverandre, men for å kunne presentere dataene fra analysen på en utfyllende, rettferdig og ryddig måte var det nødvendig å dele dem inn i flere underordnede kategoriene.

Mangel på kunnskap om psykisk helse både hos ledere, ansatte og i samfunnet generelt er noen av utfordringene man møter på i forhold til stigma om psykisk helse på arbeidsplassen. Det ble tidlig bemerket at mange av rådgiverne beskrev mangel på kunnskap om psykisk helse som en medvirkende faktor til økte fordommer, stigma, lite forståelse og ydmykhet rundt temaet.

«Kunnskap og holdninger om psykisk helse» ble derfor satt opp som først. Rådgiverne nevnte dette som en essensiell faktor for å kunne forstå utfordringene man møtte på, og dette vil også være synlig i de to andre temaene videre i analysen.

Kunnskap og holdninger om psykisk helse ledet naturlig videre til forebyggende tiltak, noe mange av rådgiverne beskrev som rutiner og retningslinjer «i fredstid». Her forklarer rådgiverne viktigheten rundt lederen og arbeidsplassens holdninger inn i bildet, og forholdsregler og tiltak som ofte blir iverksatt på ulike arbeidsplasser. Det blir også omtalt utfordringer rundt forventninger og krav til involverte parter i ulike situasjoner som ofte oppstår i sammenheng med psykiske helseutfordringer. Mye av dette faller under hvor godt arbeidsmiljøet er på arbeidsplassen, og dette har stor innvirkning på om utfordringer blir møtt på en god måte eller ikke, deriblant også utfordringer rundt psykisk helse.

Det siste temaet i analysen tar for seg det rådgiverne beskriver som oppnåelse av mestringsfølelse hos brukerne og det at arbeidsplassen kan ha en helsefremmende effekt for mennesker med psykiske helseproblemer. Med andre ord “arbeid som medisin”. Her blir det tatt opp hvordan arbeid og arbeidsplasser kan bidra positivt til en bedre helse og hverdag til mennesker med psykiske helseproblemer og vise samfunnet et positivt bilde av mennesker med psykiske helseproblemer.

Overordnede temaer	Underordnede kategorier
Kunnskap og holdninger om psykisk helse	Holdninger “Ei helse”, både privat og på arbeid Åpen og trygg dialog Legitimere psykisk helse
Forebyggende tiltak	«I fredstid» Lederens holdninger og rolle Klare og tydelige forventninger og krav De andre må vite nok. Arbeidsmiljø
Arbeid som medisin	Fokus på det man får til Holde kontakt og raskere tilbake Mestringsfølelse tidlig av Arbeidsplassen; en frisone

Tabell 2 Overordnede temaene i samsvar med de underordnede kategoriene

4.1 Kunnskap og holdninger om psykisk helse

Lite kunnskap og stigmatiserte holdninger rundt psykisk helse var et av holdepunktene alle rådgiveren tok opp i intervjuene. Her er kategoriene som reflekterer synspunktene til rådgiverne som ble intervjuet.

4.1.1 Holdninger om psykisk helse I intervjuene ble det stilt spørsmål om holdninger til psykisk helse på arbeidsplassen. Et av kategoriene som ble diskutert av alle rådgiverne var; hvorfor det er så vanskelig å prate om psykisk helse.

Rådgiver 2; *Hvorfor er det lettere å si at jeg har brukket foten enn at jeg har litt angst, kanskje?*

Hva er det det går på?

Går det på følelsen av at folk er svakere, at de blir mer uberegnelig eller-?

Det er liksom – jeg tenker – det er kanskje ting som bør være kartlagt, hvorfor er det sånn redsel for DET i forhold til det å – Altså – være psykisk syk?

Rådgiverne kom alle inn på temaet om hvor tabubelagt det er å snakke om psykisk helse på arbeidsplassen. Mange av rådgiverne beskrev tilfeller der mange ikke tør å snakke om det som faktisk ligger til grunn for reduksjon i deres arbeidsutførelse, og at det er vanskelig å snakke om de psykiske helseproblemene. Rådgiverne fortalte at det var lettere å si at man hadde en vond rygg eller en annen form for fysisk skade eller en fysisk hemning som årsak til den reduserte arbeidsutførelsen deres, fremfor å si at det var forårsaket av psykiske helseproblemer.

Rådgiver 1: *Psykisk helse er fortsatt tabu mange plasser.*

Det er lettere å si at man har vondt fysisk som gjør at man ikke klarer arbeidsoppgaven, enn å si at man har tunge tanker, vanskelige tanker, som gjør at man ikke klarer arbeidsoppgavene.

Rådgiver 5: «Det er enkelte fordommer ute og går...

Det er som i resten av samfunnet – det er mange forestillinger om hva det vil si å ha en psykisk lidelse.»

Rådgiver 4: «Fordi at det har vært forbundet med – med – Psykiske lidelser har ikke vært lovlig sykdom.

Altså det er ta-deg-sammen-sykdommer.

Det er noe fremmed.

Det er noe som – som ... har en sånn snev av farlighet i seg, på et vis.

Det blir fremmedgjort, på et vis.

De fleste psykiske sykdommer vises ikke utenpå.

De bryter ikke ut med store sår og – og – Ikke sant – De gjør ikke det.

Så – det må jo bli like normalt å si at jeg er deprimert som at jeg har vondt i ryggen, ikke sant –»

Over kan man se hvordan rådgiver 1, 5 og 4 forklarer hvordan psykisk helse fortsatt er et fremmed tema som er lite omtalt. Rådgiver 3 og 6 beskriver videre under hvordan lite kunnskap om psykisk helse og medieomtaler har påført en del negative holdninger rundt temaet psykisk helse, som gjør det vanskeligere for mennesker å identifisere seg selv med mennesker som har psykiske helseproblemer, og enda vanskeligere å snakke ut om det.

Rådgiver 3: «Det å ha utfordringer er normalt, ikke sykelligjør det»

Rådgiver 6: «Men i stor grad så fokuserer media på de som er kjempe-, kjempesyk.

De de kan se på er syk, de som gjør forferdelig ting.

Og det er jo ingen av oss som vil identifiseres med det.»

Rådgiver 3 og 6 beskriver hvordan vi har utfordringer med å vise psykisk helse som et spekter med stor variasjon som er av ulik grad fra person til person, og ikke kun vise de hardeste

tilfellene. På den måten, har til nå psykisk helse blitt vist mest fra en side som viser en samfunnsbelastende syk person, og ikke som en bidragsyter til samfunnet.

4.1.2 Ei helse, både privat og på arbeid Et annet aspekt rådgiverne tok opp som var interessant i lys av kunnskap om psykisk helse, var at det er viktig å belyse om at alle har en psykisk helse uvesentlig om man har psykiske helseproblemer eller ikke. I tillegg, at ens psykiske helse er tilstede både i privatlivet og på arbeidsplassen uvesentlig hvor og når de psykiske helseproblemene måtte ha oppstått.

Rådgiver 1: *Jeg vet ikke om jeg har psykisk helse.*

Fysisk helse, det har jeg, men når jeg hører ordet psykisk – psykisk helse, så er jeg ikke så sikker på at jeg har det.

Men de aller, aller fleste – eller vi alle sammen har jo en psykisk helse også – selv om ikke vi har psykiske plager – eller psykiske diagnoser.»

Her viser selv rådgiveren litt usikkerhet i det, det blir sagt og reflektert underveis om de har en psykisk helse eller ikke. Dette kan gi et bilde av hvordan man ikke klarer å sette seg inn i og identifisere seg med mennesker med psykiske helseproblemer.

Rådgiver 3: *«Men jeg tenker – i utgangspunktet så er det veldig sjelden at det er ting på jobben i seg sjøl som er årsaken.*

Det er livet for øvrig.

Du takler det forskjellig – du har forskjellige faser i livet der ting er vanskelig.

...Jeg tror de største utfordringene mange av oss har, det er i livet for øvrig.»

Rådgiver 4: *«Vi har ei helse, og den skal vi bruke både i arbeid og i fritid, og til daglig – med dagliglivets oppgaver, ikke sant.*

Det er ikke sånn at vi lukker døra, også har vi ikke noen tanker om det som er hjemme.

For mange så er det jo faktisk sånn at jobben – det er der du har fri - frirommet ditt.

Fordi at det er så krevende på hjemmebane.

Det med at jobben får skylda, det er fordi at det er jobben vi kan sykemelde oss fra. Vi kan ikke sykemelde oss fra et dårlig ekteskap, et barn som sliter eller hva det måtte være – konkurs. Altså det er masse ting som skjer i privaten.

Den helse vi har, den HAR vi.

Og den må vi forvalte på en sånn måte at vi kan være både i arbeid og fungere i fritida.

Men fungerer du ikke på den ene plassen, så fungerer du nemlig ikke på den andre heller.»

Rådgiver 4 resonnerer og forklarer hvordan vi tenderer til å skille helse i ulike arenaer i livet vårt som til tross for interagerer med hverandre, nemlig ei helse på jobb og i privaten. De forklarer også med dette hvor viktig det er å bruke arbeidsplassen som et fristed, hvor man kan avlaste og føle en form for trygghet.

Det ble stilt spørsmål om hvordan man kunne jobbe med å bli kvitt tabubelagte holdninger og stigma rundt psykisk helse på arbeidsplassen. Det var noen ulike svar, men svarene som ble oftest nevnt var, nok åpenhet og trygghet til å snakke om psykisk helse i samfunnet generelt og på arbeidsplassen.

4.1.3 Åpen og trygg dialog Rådgiverne nevnte blant annet at mange hadde vansker med å våge å snakke åpent og trygt om psykisk helse. Rådgiver 1 ordla det på denne måten; «Å tørre å åpne opp for hvor skoen trykker».

Rådgiver 1: «Jeg tenker – hvis det er sånn at man ikke har en sånn åpenhet og trygghet og tillit til å åpne opp døra, så blir jo også tilrettelegginga kanskje feil.

Da får man kanskje legge plaster på feil plass.

Hvis jeg har vondt i kneet så legger vi plaster på ankelen.

Så det er litt sånn – hvis man skal kunne legge plasteret på rett plass, så må man jo også ha en viss åpenhet i denne her dialogen.

Så jeg tenker den dialogen er kjempeviktig.»

Rådgiver 1 beskriver her en strid hvor lite åpenhet og tillit fører til at man har vansker med å uttrykke hva som ligger til grunne til problemene som fører til feil tilrettelegging.

Rådgiver 3: *«Vi kaller mange ... den vanskelige samtalen, men jeg syns det er – det er litt sånn feil.*

Du legger en veldig stor begrensning på det den dagen du sier at jeg skal i en vanskelig samtale.

Jeg tenker – alle samtalene er viktige.

Den er konstruktivt lada, enn om jeg går inn i en samtale med at dette her er vanskelig – da er det et begrensningsfokus, og da på en måte venter jeg mye motstand.»

Rådgiver 6: *«Vi må få folk på banen – Og jeg tror i ... mye – mye større – i mye større skala. Også tar det tid – Å endre kultur tar tid.»*

Videre snakker rådgiver 3 hvordan den «vanskelige samtalen» allerede er negativt ladet før den blir holdt. Det å endre ordbruken og få mer kunnskap om psykisk helse vil gjøre det lettere å kunne åpne opp og ha tillit nok til å ha en trygg dialog. Men som rådgiver 6 sier, det vil ta tid.

Som nevnt tar noen av rådgiverne opp sårbarhet og tillit som viktige komponenter for å kunne ha en åpen og trygg dialog om psykisk helse på arbeidsplassen. Rådgiver 3 forklarer det å blottlegge seg som en form for sårbarhet. For å kunne blottlegge seg og være sårbar så må man kunne ha

tillit til dem man åpner opp for. Noen av rådgiverne mener at uten dette tillitsforholdet klarer man ikke å ha nok åpenhet og trygghet i en dialog om psykisk helse.

Rådgiver 1: *«Det at folk er åpne gjør dem på en måte også sårbar.*

... Det er nok ikke så enkelt å bare å tappe den sårbarheten heller tenker jeg.

Det er lettere å gi etter å bare si at man har det bra enn å si, jeg har det ikke 100% bra.»

Rådgiver 3: *«Det er jo noe med dette her med tillitsforholdet igjen, at skal jeg fortelle min leder hvor trasig det egentlig er, så må jeg få lov å blottlegge meg.*

Og for at jeg skal kunne blottlegge meg, så må jeg ha en veldig stor tillit til at han på en måte prøver å skjønne hva jeg snakker om, ikke bare blåse det av.»

Rådgiver 2: *«De arbeidsplassene der folk har tillit til leder og tillit til arbeidsplass, vil man kunne selv ønske å fortelle hva som er galt.*

... Og dette her med å se hele mennesket og ha interesse for mennesket som leder er avgjørende, tenker jeg, for å lykkes i det arbeidet der.»

Her forklarer rådgiver 3 og 2 at tillit er en faktor som kan bidra til mer åpenhet eller blottlegging som rådgiverne her beskriver det som.

4.1.4 Legitimere psykisk helse En av kategoriene utenom holdningsendring, åpenhet og trygghet, rådgiverne mente var viktig i henhold til temaet kunnskap og holdninger om psykisk helse, var å legitimere psykisk helse. Flere av rådgiverne mente at det å alminneliggjøre og normalisere emnet psykisk helse på arbeidsplassen, gjennom rollemodeller og åpenhet rundt temaet. Dette vil kunne gjøre det lettere for mennesker med psykiske helseproblemer, å identifisere seg med andre og takle de ulike problemstillingene som psykiske helseproblemer måtte pådrar seg.

Rådgiver 6: «Vi må snakke om det på arbeidsplassene, vi må snakke om det – Vi må snakke om det på skolen, sånn at vi må begynne tidlig å snakke om det.

Også må vi på en måte alminneliggjøre det.»

Rådgiver 6 forklarer her at man må starte tidlig av å snakke om psykisk helse, og bruke arenaer som arbeidsplassen og skolen som en plattform for å ta opp slike temaer.

Rådgiver 3: «– Det er ikke noe befengt med at jeg skal skjemmes over at jeg plages psykisk.

Det var vel han Bondevik som begynte først å bryte disse barrierene og snakke om psykiske lidelser, og at han faktisk da var ute av arbeidslivet pga. det. - Og det kan jeg tenke meg en befrielse for mange som – som skal – må skjule det bak en mur–

Rollemodeller og det å ha det på dagsorden, det å snakke om det, alminneliggjøre det. I dag er det meg, i morgen er det deg.

Ofte er det sånn at – at hvis de har en åpning på jobb der de har et fellesskap, der bl.a. dette her med å ha psykiske problemer eller – ja, plager ... er helt OK, altså det er noe vi alle har i løpet av livet, at det blir alminneliggjort, da går jeg heller på jobb, og så sier jeg fra, og så får jeg tilrettelegging, istedenfor å være hjemme og kanskje dyrke denne her sorgen eller trassigheten som er.»

Her blir det beskrevet hvilken effekt åpenhet og alminneliggjøring av temaer rundt psykisk helse kan ha, gjennom rollemodeller. Rådgiver 3 mener at det å ha rollemodeller kan bidra med at mennesker lettere kan identifisere seg med andre som sliter med psykiske helseproblemer. Denne typen alminneliggjøring vil bidra med at mennesker tør å dra på jobb og søke hjelp der, fremfor å bli værende hjemme og «dyrke» problemene som potensielt kan føre til noe større eller vanskeligere å takle.

Rådgiver 2: *«Man må– på en måte får en forståelse for det – at hva er det dette her består av – Og jeg tror jo mer man klarer å skjønne det, jo lettere er det også å hjelpe, og jo lettere vil det være å tilrettelegge og tenke hva slags tiltak skal vi bruke faktisk her? Hva er det som er det riktige å gjøre?»*

Rådgiver 2 forklarer at forståelse spiller en stor rolle for hvordan vi skal kunne nå frem, at vi må sette oss inn i hva det innebærer å ha psykiske helseproblemer kunnskapsmessig og hvordan vi skal møte dem og hjelpe dem på best mulig måte.

4.2 Forebyggende tiltak

Det neste temaet, tar for seg forebyggende tiltak som rutiner og retningslinjer når det kommer til psykiske helseproblemer på arbeidsplassen. Dette var et tema som ble ofte omtalt av rådgiverne i intervjuene, for å kunne bidra til positive holdninger og mindre stigma om psykisk helse på arbeidsplassen. De mente også at gode rutiner og retningslinjer kunne bidra til klarhet, åpenhet og trygghet til ledere og arbeidsplasser når det kom til å forholde seg til psykiske helseproblemer. Under er det dypere redegjort for kategoriene for dette temaet.

4.2.1 I fredstid Blant noen av tiltakene rådgiverne tok opp var å ha tydelige og klare rutiner og retningslinjer på forhånd, om hvordan den spesifikke arbeidsplassen forholder seg til psykiske helseproblemer, når og hvis det skulle forekomme. Dette kalte noen av rådgiverne, «I fredstid».

Rådgiver 6: *«Så jeg tror det å snakke i forkant ... og det å gi god informasjon.*

Jeg holdt på å si at når vi møtes fredstid.

Vi møtes FØR de blir syk – Når jeg er inne i mine bedrifter, på arbeidsplassene og har informasjon – når vi snakker om psykisk helse, at det innebærer å prate med dere, da er det også lettere for arbeidstaker og leder å snakke om disse her tingene.

Da er det lettere å være åpen om det ...

Så – ja - ... Og det å snakke om at – at det kommer til å skje her – noen kommer til å få helseplager i forhold til psykisk helse, og hva kan vi da gjøre for å tilrettelegge? NÅR det skjer meg, eller HVIS det skjer meg, så vet jeg at på min arbeidsplass så har vi snakka om det på forkant.»

Her forklarer rådgiver 6 hvordan det å ha en pågående dialog og ha avklart på forhånd hvordan en bedrift eller arbeidsplass forholder seg til potensielle problemstillinger rundt temaet psykisk helse på arbeidsplassen. Det forklares videre hvordan det vil gjøres lettere for vedkommende som skulle trenge hjelp eller tilrettelegging og til å søke dette hos sin leder eller arbeidsplass. Her blir det igjen tatt opp hvor viktig det er å alminneliggjøre temaet slik at det er lettere søke hjelp når den tid skulle komme.

Rådgiver 1: *«Men det å ha en kultur på at – å gi beskjed i forkant, når hun føler at ting er vanskelig ... fordi det er noe med hvordan man bereder grunnen for den gode tilrettelegginga som skal skje den dagen behovet er der. I fredstid ... altså; hvordan gjør vi det når sånne og sånne ting skjer? ... Hvordan løser vi det hos oss? Rett og slett praktisk.»*

Rådgiver 1 forklarer det samme om at man må være forberedt, i den forstand at alle vet hva de neste stegene er og hvem som skal kontaktes og hva slags tilrettelegging som er mulig og som kan forventes.

4.2.2 Lederens holdninger og rolle «Ikke en myk dameting» Alle de seks rådgiverne snakket om hvor viktig lederens rolle er når det kommer til forebyggende tiltak rundt psykisk helse på arbeidsplassen. Rådgiverne mente at det er lederne som legger opp til hva slags arbeidsplass og arbeidsmiljø man vil å ha, og dermed også setter standarden på hvordan man skal forholde seg til psykisk helse på sin arbeidsplass.

Rådgiver 1: *«Man tolker jo også som menneske – og kanskje hvis man har det tungt med seg sjøl så tolker man kanskje enda mer det som er vondt (?) og ... mot de som sitter på den andre sida av bordet, for å si det sånn, i forhold til hva de sier og ikke sier, og hvordan de ter seg og hva vil de vite, hva vil de IKKE vite.»*

Rådgiver 1 forklarer at lederen kan tolke dialogen ut ifra hva en selv har med seg, i form av erfaringer og sin egen sinnsstemning, noe som kan spille inn i hvordan en håndterer situasjonen.

Rådgiver 3: *«Lederen må vise hvem han er, gå først og vise vei. Altså være en holdningsskapende person som snakker om dette her med – både med fysiske og psykiske lidelser, og har ei åpen dør. At du føler at du kan bli tatt imot, uansett – Det kan jo være en bagatell for deg som leder, men som ansatt så kan det være en stor – en stor greie.»*

Rådgiver 3 forklarer at lederen selv kan være et godt forbilde og bane vei for gode holdninger rundt temaet psykisk helse på arbeidsplassen, noe som kan virke av lite verdi for noen, mens for andre betyr veldig mye. Dette nevner rådgiver 4 under her, det å vise interesse og empati.

Rådgiver 4: *«Jeg tenker dette med å ikke være så redd for å spørre, ikke sant, på en ordentlig måte, med respekt for den det gjelder, selvfølgelig. Vi kan spørre om alt, men det er måten vi spør på også. – Vi må være interessert og må vite at vi faktisk talt er der og da i samtalen.»*

Rådgiver 6: *«Men det å ha fokus på ledelse ... og de som har tatt begrepet ledelse innover seg, at det er mennesker som er på en måte min viktigste ressurs – ikke bare sånn*

i festtaler at de er den viktigste ressursen, men at de faktisk er det – Det er jo DE lederne som blir – som – ja, som blir flinke til det med oppfølging og – både ved fysiske og psykiske helseplager – og at ledelse ikke bare er en sånn myk dameting (ler litt). Men at ledelse faktisk gir profitt, at det øker verdiskapningen, at øker produksjonen, gjør at folk er mer på jobb.»

Her fortalte også noen av rådgiverne at til tross for gode steg mot gode holdninger og kultur, så er det noen hindringer ledere og arbeidsplasser møter på, blant annet hvor mye ressurser man har i utgangspunktet, og det å holde seg over vann er nok alene, når det kommer til den daglige driften.

Rådgiver 3: *Jeg synes trenden går dit at lederne er mer og mer oppmerksomme på arbeidsmiljøets betydning for den psykiske helsa.*

Jeg tror i en – i en travel hverdag så glemmes det ofte.»

Rådgiver 6: *«Jeg tror du blir så fanga i denne her daglige drifta, at det er alle de driftsoppgavene som tar deg opp som leder.*

At du klarer ikke å på en måte få hodet over vannet og tenke leder»

4.2.3 Klare og tydelige forventninger og krav Videre i dette temaet kommer vi til hvor viktig det er med klare og tydelige forventninger og krav på arbeidsplassen for å kunne fremme sunne forhold, med tanke på både psykisk helse og generell trivsel. Noen av rådgiverne fortalte at det hendte noen ganger at det var utydigheter rundt arbeidsoppgaver og arbeidsmengde som blant annet gjorde det uklart både hvilke forventninger og krav man hadde til seg selv og hvilke forventninger lederen og arbeidsplassen hadde til sine ansatte.

Rådgiver 5: *«Mange er jo veldig sliten, fordi at de har veldig stor arbeidsmengde, og kanskje litt uavklart arbeidsmengde.*

Når folk jobber, og jobber – men blir aldri ajour, og aldri helt får kontroll over hva som ligger innenfor og utenfor deres arbeidsområde ... Det har jeg sett at folk har blitt veldig sliten av – fordi at det har vært vanskelig. Og da har det gjerne vart over ei god stund, sånn at når folk da blir sliten så blir de veldig sliten, og er ofte ute av jobb ganske lenge. Så kommer de tilbake igjen, og så går de fort inn i det samme mønsteret.»

Rådgiverne fortalte hvor viktig det er at både arbeidstakerne er tydelige på hva de trenger og hva de har behov for, på lik linje som lederne må være tydelig på hva de forventer og krever av sine arbeidstakere. På den måten kan de sette opp en passende arbeidsmengde som begge parter er fornøyd med og klar over, og evt. andre passende tiltak om det er mulig og nødvendig.

Rådgiver 4: *«Det er viktig å forstå, at det bare er JEG som kan beskrive hva jeg trenger, ikke sant.*

Hva jeg trenger for å kunne fungere i arbeidet.

Hva trenger DU av tilrettelegging, av tilpasning?

Det trenger jo ikke å være så mye. Mye kommer jo an på hva den som har disse plagene sjøl klarer å ... å uttrykke.»

«Man har også plikt til å opplyse til arbeidsgiver om hva som skal til, ikke sant. Hva slags tilrettelegging har du behov for. Noe jeg ser ofte der ute ... ofte så snakker ledere om diagnoser. – men altså diagnoser er jo taushetsbelagt. Men diagnoser sier jo VELDIG lite om korsen de fungerer. En diagnose sier noe om korsen de skal behandles, ikke korsen de fungerer. Jeg forventer at en arbeidstaker må si noe om hvor funksjonssvikten er. Og så må arbeidsgiver si noe om de har mulighet for å tilrettelegge for det.»

Rådgiver 4 forklarer her viktigheten rundt det å kunne uttrykke behovet sitt verbalt, slik det ble nevnt tidligere i sammenheng med åpenhet. Men i tillegg forklarer rådgiveren at mange ledere tror at man må kjenne til diagnosen for å kunne tilrettelegge på en god måte for

vedkommende, når det man egentlig trenger å vite noe om er funksjonsevnen til vedkommende og hvor den evt. svikter.

Rådgiver 6: *«Jeg tror det å ha noe med forventninger om å bidra på et eller annet nivå – Og ikke bare blir på en måte enten satt ut eller dulla med. – Istedenfor at jeg bare pakker deg inn i bomull og sier stakkars deg.*

Stille litt krav. – Ja, jeg kan strekke meg SÅ langt, men hva skal på en måte du //? Hva skal være DITT bidrag i-? Og jeg tenker at i det øyeblikket, DA forventer vi noe av hverandre – Slik at det blir stilt krav begge veier.»

Rådgiver 2: *«Skal man ha folk i arbeid så må man være villig til å gjøre noe også. Altså det å stille krav, – Det går begge veier.»*

Rådgiver 4: *«Hvor mye kan du – DIN funksjon er HER og kravene til – er DER. Det er noe med denne forutsigbarheten – Jeg vet hva som venter meg, og jeg vet hva som forventes av meg, den dagen jeg står der.»*

Alle rådgiverne nevner at klare forventninger og krav fra begge sider, bidrar til forutsigbarhet for begge parter i hva/hvor mye/hvordan arbeidsoppgavene må tilrettelegges.

4.2.4 De andre må vite nok En faktor alle rådgiverne nevnte som viktig i henhold til forebyggende arbeid, var å opplyse noe om situasjonen og tilretteleggingen som skulle bli tatt i bruk til medarbeider og andre som måtte arbeide tett med vedkommende, for å unngå negativ atferd og holdninger basert på fraværende informasjon.

Rådgiver 3: *«Når man HAR en tilrettelegging, uansett fysisk eller psykisk, hva det måtte være, så MÅ det være informasjon til kollegene. Altså alle dine kolleger må få lov å vite om det.» Hvis ikke så har det lett for å skjære seg.»*

Rådgiver 4: «Jeg bruker å si at dere må snakke sammen om hvordan dere skal informere kollegiet om. Fordi at det er mye bedre at folk VET det, så slipper man å få vannpostprat og snakking i gangene og ... at folk faktisk kan føle seg verre, og tilrettelegginga blir et aber istedenfor en hjelp.»

Rådgiver 2: Og så tror jeg også det at når man kan få til en åpen- - en sånn – en åpenhet på arbeidsplassen så betyr det også det at folk trenger ikke å gå og lure: hva er det som er – hva er det med hun der? Hva er det med HAN? Eller sånn – De skjønner på en måte at her er noe – De har kanskje fått vite litt, nok til at de skjønner at OK – så aksepterer de det.»

Rådgiver 1: «De andre må vite NOK. Ikke alt, og ikke diagnose, men hvor mye trenger de å vite på jobb for at jeg skal slippe å ha et sånt ubehagelig møte.»

Disse rådgiverne forklarer at det er viktig i den sammenhengen om at ingen skal trekke feil slutninger til hvorfor vedkommende har en endret arbeidshverdag, og heller ha en aksept og forståelse for at vedkommende har behov for støtte.

4.2.5 Arbeidsmiljø Et av de viktigste forebyggende tiltakene som ble nevnte hyppigst i intervjuene, var hvor viktig et godt arbeidsmiljø er. I tillegg hvor viktig det er at de ansatte har en god innstilling rundt temaet psykisk helse på arbeidsplassen, og hvordan det øker mulighet for at ledere og kolleger føler seg mer trygge på hverandre, nok til å få støtte til å berette om sine vansker med psykisk helse.

Rådgiver 1: «Man må ha et miljø for å kunne «åpne døra»

Rådgiver 6: Arbeidsmiljø har blitt flyttet til prioritering 1 siden 2014, foran redusere sykefraværet og forebygge utstøting.

Så vi jobber veldig mye med arbeidsmiljøet, med aksept.»

Rådgiver 3: «Få en agenda, få et arbeidsmiljø som på en måte åpner for det.

For det er ikke bare leder, det er også mine kolleger som på en måte åpne for det.//

Så dette her med arbeidsmiljø - det er kjempeviktig for hvordan jeg agerer også, og hvordan jeg opplever disse utfordringene jeg har.

Det er ingen fruktkurver eller ingen twistposer eller kaffe- - kaffeselskap, eller kaffe som på en måte er med på å bedre miljøet.

Og igjen – som gjør utslag på hver og en av oss.

Men dette her med informasjon, det å være åpen, informasjon.

Det er DER alt ligger.

Det å alminneliggjøre alt dette her, snakke om det, og ha – være tydelig på hva det er som på en måte ligger i dagen.

Det er DER alt ligger.»

Alle kategoriene i dette temaet over inneholder noe som inngår i det å ha et godt arbeidsmiljø, og det handler om å ha et genuint godt arbeidsmiljø som består av gjensidig trygghet og åpenhet mellom ledere og kolleger og ikke en fruktkurv eller twistpose som kun viser det symbolsk som rådgiver 3 beskriver det.

Rådgiver 5: *«Ofte er det sånn at – at hvis de har en åpning på jobb der de har et fellesskap, der bl.a. dette her med å ha psykiske problemer eller – ja, plager ... er helt OK, altså det er noe vi alle har i løpet av livet, at det blir alminneliggjort, da går jeg heller på jobb, og så sier jeg ifra, og så får jeg tilrettelegging, f.eks. ved at jeg får et kontor for meg sjøl en 14 dagers tid, slik at jeg får roa meg ned og finne feilen(?) // en eller annen plass(?), istedenfor å være hjemme og kanskje dyrke denne her sorgen eller trasigheten som er.*

Har vi et arbeidsmiljø der vi – der vi har respekt for hverandres forskjeller, så – så tåles det i arbeidsmiljøet også mye mer trøkk.»

Slik det blir forklart av rådgiver 5, så tåler et godt arbeidsmiljø at man går gjennom vanskelige faser i livet og det er lettere å stå frem om det og ta tak i det når og hvis det skulle skje.

4.3 Arbeid som medisin

I dette temaet blir det fremstilt en rekke kategorier som omhandler hvordan man gjennom arbeid kan bidra til et mer positivt psykisk helse-bilde, slik at man slipper å falle utenfor arbeid og vanskeligere å komme tilbake. For mange av rådgiverne tok nemlig opp dette i intervjuene når det ble spurt om hva man kan forbedre i forhold til tilrettelegging for mennesker med psykiske plager og lidelser. Det rådgiverne tok opp mest, var viktigheten rundt mestringsfølelse og det å skape en kultur på arbeidsplassen og i samfunnet, hvor det er akseptabelt å ikke være perfekt. De mente her at man burde fokusere på det man faktisk har muligheten til å klare, og snakket i denne sammenheng om at det ofte er et behov og ønske fra flere med psykiske plager og lidelser om å få litt tilrettelegging og forbli i jobb med en redusert kapasitet. På den måten kan man utføre noen oppgaver på arbeid som da vil fremme potensiell mestringsfølelse og evt. bidra i en full stilling i senere tid. Og det er det som går igjen i det siste temaet her.

Rådgiverne stilte seg positivt til at arbeid gir god helse også når det kommer til psykiske plager og lidelser i mange tilfeller. Noen av dem mente også at man startet for sent, at man burde begynne tidlig med lære unge mennesker å ha et sunt forhold til sin mestringsevne både «i fredstid» og i motgangstider. Samtidig det å kunne si ifra tidlig nok, før det blir vanskeligere å komme tilbake til arbeid igjen.

Fokus på det man får til Først i dette temaet presenteres beskrivelsene rundt det å fokusere på reelle mål, og forståelsen på at man vil ha det vanskelig om man skal være «perfekt». Mange av rådgiverne viste frustrasjon over presset mange lever under i dagens samfunn, og at det gjør det vanskeligere for mennesker som har psykiske plager og lidelser å utføre et godt arbeid, som både

dem selv og arbeidsgiver er fornøyd med. Under ser du hvordan rådgiver 3 og 4 skildrer nettopp dette.

Rådgiver 4: *«Alt skal jo være så perfekt hele tiden, ikke sant.*

Redselen for at man ikke er bra nok og god nok og ikke klarer nok. – Vi lever i et samfunn der ting skal være perfekt hele tiden.

Dette her med å ikke strekke til, dette her med å aldri føle at du har gjort en god jobb, det tærer på folk.

Rådgiver 3: *Og når de får fortelle om livssituasjonen, som er ytterst utfordrende, og likevel sitter der og føler at de – føler skam ved at de har ... - føler seg deprimert og nedfor, og ikke takler livet.*

Det er jo DET som også rir dem, at jeg SKULLE HA GJORT MER på jobb, jeg SKULLE HA VÆRT på jobb, men jeg klarer det ikke.

Også blir det en slik ond sirkel, i stedet for å være fornøyd med det man fikk til, og da tenker jeg at det er viktig å vise dem hva de faktisk har gjort, ikke sant.

Det kan være en god følelse, og på en måte føle at du har – du har gjort et godt stykke arbeid, du har brukt deg i løpet av en arbeidsdag. – Du har stått opp, dratt på jobb ... gjort NOE ikke sant.»

4.3.1 Holde kontakt og raskere tilbake Det andre punktet i dette temaet mange av

rådgiverne tok opp som de mente var viktig, var at de som falt ut av arbeid holdt kontakt med arbeidsplassen, slik at man opprettholdt et forhold til arbeidsplassen fremfor å distansere seg mer og mer slik at det blir vanskeligere å potensielt komme tilbake igjen. Her beskriver de også hvordan utfall fra arbeid og arbeidsplassen fører til mer sykdom fremfor å komme raskere tilbake til arbeid.

Rådgiver 5: *«Det å ... ha kontakt med de ansatte og arbeidsplassen.*

Og det å komme og jobbe litt og jobbe tilrettelagt, og holde kontakten med arbeidsgiver, og kanskje få på plass en døgnrytme for noen – da blir lettere å komme tilbake i fullt arbeid hvis man ikke har vært så lenge borte.

Istedenfor å gå hjemme og grave seg dypere og dypere ned i ... i tunge ting, hvor den eneste kontakten med arbeidsplassen blir at vedkommende kommer og leverer en sykemelding annenhver uke.

«Fordi at – jeg tror det verste – det som ... kan være resultatet noen ganger – det er at man blir tatt ut av en arbeidsplass HELT, og blir sykemeldt HELT, og så taper de den mestringa de HAR.

Helt vanlige depresjoner og angst, det blir ikke – angsten går ikke bort hvis du tar folk ut av en situasjon der de har vært trygg.

For jeg ser jo også det at, hvis folk plages med angst og får andre helseplager som gjør at de ikke kan være på jobb i det hele tatt, SÅ kommer angsten.

Og SÅ blir det vanskelig å komme seg tilbake i jobb.

Noe som kan føre til at de blir sykere og ikke bedre.

Rådgiver 5 mener at det er essensielt å bli værende på arbeid eller ha en form for kontakt med jobben når man sykemelder seg, på bakgrunn av at man kan tape den mestringsfølelsen og tryggheten man får av å være på arbeid. Rådgiver 2 sier og det samme, på sin egen måte under.

Rådgiver 2: *«Jeg tror arbeid er en god medisin.*

Jeg tror at det kanskje er en mye bedre medisin enn fravær fra arbeid, hvis vi klarer å tilrettelegge på en god måte.

Og da tenker jeg – det er jo egentlig kjempeviktig å oppmuntre til å holde kontakt med arbeidsplassen. – For EN ting som sikkert er – at hvis man ramler helt ut fra jobb så – så blir det vanskeligere å komme tilbake, ikke sant.»

4.3.2 Mestringsfølelse tidlig av En kategori noen av rådgiverne tok opp som var veldig

interessant og bemerkelsesverdig var at det ikke var effektivt nok å starte på arbeidsplassen, at man heller måtte starte tidlig med å lære unge viktige ferdigheter for å bli rustet opp til å møte og håndtere vanskelige livssituasjoner på arbeid og for øvrig.

Rådgiver 5: *«Hva er det som gjør at det er så masse mennesker – av 2,7 mill. så er 25% ute av arbeidslivet.*

Og jeg tenker – masse ungdommer – 800.000 sitter og – i Norge, som på en måte – under 30 år, som av ulike årsaker har droppet ut, ramla av vg skole og – og det er viktig at de står frem og snakker om det.

Det å ha utfordringer er normalt, og ikke sykliggjøre det.

Vi er nødt til å få dem til å mestre tidlig av.

Jeg hørte på en konferanse i går der Kristin Clemet var inne og snakka om at vi starter for sent.

Vi kan begynne i grunnskolen...

For de som taper i grunnskolen, det er de som taper i vg skole, det er de som taper videre utover også.

Det vil påvirke videre.

Og jeg tenker at de fleste av disse er jo psykiske plager.

Psykiske årsaker som gjør at de faktisk talt mislykkes – Og så dårlig mestringssevne, de mislykkes helt – Altså ... kanskje noe i nærmiljøet som har gjort at de ikke har fått de samme mulighetene som – Det er forskjellig.

Det er ikke å legge skjul på det.

Det jeg prøver å komme fram til er at tidlig erfaring av mestring gir god forståelse da.

Og det samme med de ungdommene – vi prøver å få dem til å mestre små ting av gangen.

Mange av dem skulle jo bli leger med en gang, eksempelvis. Men det å ta små steg.

Kanskje han skal bli lege. Ja, tru på det – Men likevel, vi tar litt små skritt av gangen.

Det tar tid – vi må gå sakte frem.»

Rådgiver 5 poengterer her at man må lære om psykiske helseutfordringer og hvordan man kan håndtere det, snakke ut om det, og ikke minst spørre om hjelp tidlig i livet. Det er også bemerkelsesverdig hvordan rådgiveren beskriver dette med tap tidlig i livet som påvirker løpet videre som en ond sirkel. Rådgiver 2, presiserer mer på at man må skape en kultur hvor man søker hjelp og kunnskap tidlig av for å håndtere problemene før det får tatt overhånd.

Rådgiver 2: *«Men det å begynne mye tidligere, når man er ung – og ha en kultur på at – å gi beskjed i forkant, når hun føler at ting er vanskelig.*

Det er viktig at man lærer tidlig av og de selv er innforstått med at de har ansvaret sjøl for eget liv, og sier ifra tidlig nok når man kjenner på at man trenger litt hjel.

Føre var prinsipp.

For EN ting er å ha psykiske plager, men den dagen du blir så syk at du ikke er i stand til å gå på jobb, det er noe helt annet.

Jeg tenker - DA har du gått et skritt forbi de plagene også.

Det er der vi er litt i dag.

4.3.3 Arbeidsplassen; en frisoner Mange av rådgiverne beskriver hvor viktig arbeid er for et menneske og at arbeid kunne virke som en frisoner der man kan få mer enn bare hjelp til tilfriskning, men også en frisoner der man kan hente krefter fra. Slik som rådgiver 5 beskriver under om Per Fugelli sitt konsept om arbeidsplassen som et helsehus.

Rådgiver 5: *«Arbeid er som medisin.*

Mange, som sier det at det å være på jobb, da er ting – da fungerer ting, for da fungerer jeg også bra, for da makter – da takler jeg det. Mens på hjemmebane er det bare kaos.

Så det var på en måte en sånn helsefremmende ting, det å være på jobb og koble ut alt det som var i hjemmet – eller i privaten.

Så ... det er jo DET vi ønsker, at jobben skal være en friskhetsfaktor.

Per Fugelli, sier jo det at arbeidsplassen skal være et helsehus.

Han kaller det for et helsehus.

Og det synes jeg er et veldig, veldig flott – at det er DER vi faktisk talt skal hente både gleden vår og ... energien og bruke energi på.»

Videre under forklarer rådgiver 6 og rådgiver 3 at deltagelse i arbeid og den strukturen man får i hverdagen av å være på arbeid, kan gi en mestringsfølelse eller «mestringsfullhet» som rådgiver 3 forklarer.

Rådgiver 6: *«Man ER på jobb på tross av, istedenfor hjemme på grunn av*

Så – og jeg synes trenden går mer og mer i den retning at – at personene – eller vi ER på jobb på tross av, istedenfor hjemme på grunn av.

Det tror jeg kanskje er den beste behandlingen.»

Rådgiver 3: *«De fleste klarer jo et eller annet.*

For mange ganger så sier noen ledere: Ja, kom nå bare inn og ta – kok kaffe, det KAN for noen være nok.

For det er jo en del av dette med psykiske helseplager, at hvis du opplever deltagelse og mestring, og du opplever at det er meningsfullt, så vil det bidra til tilfriskning.

For jeg tror at det å delta i noe – å delta i noe du mestrer – det å øke mestringsfølelsen, og det å ... prøve å knytte folk fast til arbeid og rutiner, det tror jeg er veldig viktig for ens psykiske helse framover i tid.

Arbeid blir som medisin, i forhold til at det gir en følelse av at man er til nytte for noe.

Det er jo derfor vi tenker at jobb er bra, det er der du kan oppleve mestring, meningsfullhet.»

5 Diskusjon

Dette studiet skulle utforske hvilke utfordringer man møter på i forhold til stigma om psykisk helse på arbeidsplassen fra et NAV- og IA- rådgiveres perspektiv. Spesifikt 1) Hvorfor det fremdeles er tabubelagte holdninger og stigma rundt psykisk helse? 2) Hva mener NAV rådgivere og IA rådgivere er hovedproblemene når de jobber med å forebygge frafall fra arbeid knyttet til psykisk helse, og kan de belyse problemene rundt stigmaet? Og til slutt 3) Er det faktorer utover enn bare arbeidsplassen, er det samfunnet?

Denne delen gir en tolkning av de viktigste resultatene fra dette aktuelle studiet og vil diskutere funnene i lys av eksisterende forskning rundt stigma om psykisk helse på arbeidsplassen. Resultatene er basert på den fenomenologiske analysen av dataene som ble samlet i de semi-strukturerte intervjuene med NAV og IA rådgivere. Metodiske betraktninger til dette studiet vil også bli reflektert her.

Resultatene belyser mange faktorer som påvirker arbeidet med å forebygge frafall fra arbeid når det kommer til psykisk helse. Det ble representert mange vinkler som viser et helhetsbilde av rådgiverens perspektiv. De tre overordnede temaene belyser fire betydningsfulle faktorer som kom frem i resultatene. I temaet om kunnskap og holdninger om psykisk helse, var mer kunnskap og åpenhet, de faktorene alle rådgiverne kom tilbake til flere ganger gjennom intervjuene da disse temaene ble tatt opp. I temaet forebyggende tiltak var det gode rutiner og retningslinjer, også kalt «i fredstid» som var bemerkelsesverdig og gjentakende. I det aller siste temaet om arbeid som medisin var det mestring som stod i fokus. Dette er temaene jeg har valgt å drøfte i diskusjonen under.

5.1 Kunnskap baner vei for gode holdninger Et av utfordringene rådgiverne beskrev som fundamentalt viktig var manglende kunnskap om psykisk helse som en medvirkende faktor til

økte fordommer, stigma, lite forståelse og ydmykhet rundt psykisk helse på arbeidsplassen. Rådgiverne belyste blant annet at det er manglende kunnskap i samfunnet om hva psykisk helse er og hva det innebærer. De beskrev hvordan man hadde vansker med å forstå at alle har en psykisk helse og at ens psykiske helse gjennom ens livsløp kan være dårlig, og som kan påvirke vår hverdag og livskvalitet og ikke minst arbeidsevne på en reduserende måte.

Stereotypier om mennesker med psykiske lidelser på arbeid karakteriseres ofte som ifølge Krupa (2009) som 1) mennesker med manglende kompetanse til å møte arbeidsbehov, 2) at personer med psykiske helseproblemer er farlige eller uforutsigbare å ha på arbeidsplassen, 3) usunt for selve personen med psykisk helseproblem og 4) sysselsetting av personer med psykisk lidelse er for veldedighetens skyld. Dette er fremstillinger basert på ukorrekt informasjon som bidrar til en vrangforestilling om hvordan en gruppe mennesker er (Krupa, 2009). Og dette basert på en veldig stor gruppe med mennesker som kommer inn under det vide begrepet psykiske plager og lidelser som omfatter et stort spekter med både store variasjoner i karakteristikk og trekk som kan variere mye fra person til person.

En undersøkelse gjort av Corrigan m.fl. (2001) viste at manglende kunnskap kan ha negativ innvirkning på samfunnets holdninger om personer med psykiske helseproblemer. I undersøkelsen kom forfatterne frem til at bruk av informasjon og kunnskapsformidling som et verktøy, ville bidra direkte med å avkrefte feilaktige myter om personer med psykiske lidelser. Dette viste en betydelig holdningsendring hos voksne i studiet. Dette styrker rådgivernes meninger om at mer kunnskap er et fundamentalt viktig verktøy for å kunne bli kvitt stigma rundt psykisk helse. Med det sagt kan man se på det som en selvfølge at kunnskapsfremming i seg selv vil bidra til positive endringer uansett tema. I dette tilfellet er det ønsket om å forebygge psykiske lidelser og gi helsefremmende informasjon og kunnskap med den hensikten om å være sykdomsforebyggende, kunnskapsfremmende og fordomsreducerende. Vi ser også at den

offentlige helsesektoren bruker informasjon og kunnskapsformidling som en stor del av strategien for å fremme sunn helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Manglende kunnskap om psykisk helse er fortsatt en utfordring i dag, og med kunnskap som et verktøy kommer man et stykke på vei. Men en effektiv forebygging forutsetter et samspill med flere verktøy implementert samtidig ((Sørli m.fl. 2010).). Her spiller åpenhet, i likhet med kunnskap en vesentlig stor rolle for å kunne forebygge frafall fra arbeid knyttet til psykisk helse.

5.2 Åpenhet I lys av resultatene beskriver rådgiverne mange utfordringer knyttet til åpenhet om psykisk helse på arbeidsplassen. Både i form av at ansatte ikke tør å opplyse leder om sin tilstand, og arbeidsplasser som ikke har nok transparens om hvor de står når det kommer til psykisk helse. Forskning viser at man har brukt åpenhet som en strategi for å alminneliggjøre psykiske helseproblemer i mange år nå uten særlig effekt (som beskrevet i Folkehelsemeldingen, 2014-2015). I følge helse- og omsorgsdepartementet har åpenhet om psykisk helse i media tillatt både positive og negative holdninger blomstre frem, som ikke bidrar til å redusere stigma. Dette belyser et problem med at informasjon gir rom for både negative og positive holdninger. På samme måte som kunnskap er åpenhet viktig i seg selv, men også underliggende for andre faktorer for å redusere fordommer eller feilaktige og negative forestillinger om psykisk helse (Blåka S, 2012). Men dette avhenger av at man bruker flere verktøy om hverandre for å få en god effekt. I denne sammenhengen kunnskap og åpenhet.

Åpenhet om psykisk helse på arbeidsplassen innebærer at man må blottlegge seg og vise sin sårbare side til mennesker som ikke er din nærmeste familie eller venner. Det er snakk om å blottlegge seg og vise sin sårbare side til mennesker utenfor din nærmeste krets, nemlig ledere og kolleger. Dessverre er det fortsatt slik at åpenhet om psykiske helseproblemer kan føre til negative konsekvenser som stigmatisering og diskriminering (Sverdrup m.fl. 2003). Et av

utfordringene rådgiverne påpekte ofte når det kom til åpenhet, var nok tillit til å åpne opp om sin psykiske tilstand. De mente at nøkkelen for å bruke åpenhet som et verktøy ligger i å alminneliggjøre og normalisere, gjennom informasjon og kunnskapsløft, sammen med rollemodeller og åpenhet. Dette mente de ville bidra med å redusere negative fordommer, stigmatisering og tabuer samtidig som det bidrar til økt og nyansert innsikt, kunnskap, forståelse og tillit. Dette støttes også av Helse- og omsorgsdepartementet (2017).

5.3 I fredstid Det var et tiltak som var mest fremtredende hos rådgiverne, å ha tydelige og klare rutiner og retningslinjer på forhånd, «I fredstid». De forklarte at man måtte legge til grunn på forhånd, hvordan den spesifikke arbeidsplassen skal forholde seg til psykiske helseproblemer, når og hvis det skulle forekomme. De forklarte videre hvordan en trygg dialog og åpenhet ville bidra positivt på en arbeidsplass i forhold til håndtering av psykisk helse og tilgjengeligheten av ulike tilbud. De mente at dette ville åpne opp for at man følte seg mer trygg på at man ville bli møtt med støtte og ønske om å bli ivaretatt av arbeidsplassen. I følge NIBR-rapporten 2003 om kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser, styrker det og forklarer rådgivernes forklaring (2003). De belyser hvor viktig åpenheten er for å styrke arbeidslivstilknytningen og redusere sykefravær for personer med psykiske helseproblemer i form av å skape tillit og trygghet for både ledere og ansatte med god informasjon i fredstid. I følge rapporten og rådgiverne vil mange med psykiske helseproblemer bli værende i arbeid, men at de har et behov for forståelse og tilpasset tilrettelegging for å kunne prestere godt i arbeidet sitt.

5.4 Mestring og mestringsfølelse Det var enda et tema rådgiverne ofte tok opp i intervjuene. Det var viktigheten rundt mestringsfølelse og det å skape en kultur på arbeidsplassen og i samfunnet, hvor det er akseptabelt å ikke være perfekt. Når det kommer til sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid knyttet til psykisk helse var rådgiverne tydelig på at man måtte starte tidlig. De nevner blant annet at man må starte så tidlig som på grunnskolen med lære om

mestring og psykisk helse og hvordan man fremmer god helse ved bruk av mestring som et verktøy.

Mestring handler om at et enkelt individs evne til å bruke tilgjengelige ressurser og muligheter opp mot samfunnets krav og forventninger til å beholde eller gjenopprette mening og sammenheng i livet som kan bidra til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og en forbedret livssituasjon (Sandvin Olsson, 2015). Psykisk helse i folkehelsearbeidet peker i større grad på positive aspekter slik som mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening og positive relasjoner. Dette er faktorer i livet som virker beskyttende for menneskers psykiske helse (Hansen T og Daaland, 2016). I intervjuene kom rådgiverne alltid innom hvor viktig det er å se på hva man faktisk får til fremfor å se på hva man hele tiden ikke får til. De viste nesten en frustrasjon i beskrivelsene av både ledere og brukere som fokuserte på hva man ikke fikk til, og hva man ikke kunne tilrettelegge for. Dette støttes også av Helsedirektoratet, som mener at menneskets opplevelse av mestring på arbeidsplassen og i livet virker beskyttende for deres psykiske helse (2014). Denne tilnærmingen er knyttet opp til en nyere retning innen psykologien, kalt positiv psykologi. Den retter oppmerksomheten mot god psykisk helse og velvære snarere enn mot psykiske helseproblemer og behandling som kan virke enda mer sykdomsfremmende fremfor helsefremmende (Martin Seligman m.fl. 2013). På den måten kan man bruke arbeidsplassen som en plattform for å fremme et sunt forhold til psykiske helseproblemer og mestring av hverdagen. For med de riktige verktøyene kan mennesker med psykiske helseproblemer leve et godt liv og samtidig arbeide med sin sykdom, og mestre hverdagen godt.

5.5 Begrensninger og styrker ved studiet Metoden brukt i dette studiet var et kvalitativt design basert på seks intervjuer av NAV- og IA rådgivere fra avdelingen NAV Troms. På bakgrunn av dette utvalget kan resultatene kun knyttes til denne regionen, derfor kan det ikke generaliseres for hele samfunnet. Det kan imidlertid gi feltet mer dybde og innsikt som kan belyse faktorer som

ellers ikke ville ha kommet frem i lyset. Det blir fremstilt en stor mengde med kompleks informasjon som må struktureres på en oversiktlig måte, som kan medføre at noen faktorer faller vekk fra studiet som kunne hatt en medvirkende effekt. Med det sagt kan dette studiet fremme mer forskning på dette feltet, både kvalitativt og kvantitativt.

En styrke ved studiet var at resultatene fra intervjuene var veldig omfattende og detaljerte, slik at man får et helhetlig bilde og innsikt av rådgivernes fremstillinger og beskrivelser av ulike utfordringer de møter på. På bakgrunn av at resultatene var veldig omfattende, er de samtidig også veldig selvforklarende. En årsak kan være fordi intervjuene er basert på fagfolk som har mye kompetanse innen det aktuelle feltet og klarer å formulere tankene sine på en faglig måte. Dette ledet videre til avgjørelsen om å begrense det som ble diskutert i diskusjonen, til å diskutere de faktorene som var mest fremtredende.

6 Konklusjon

Dette studiet belyser mange faktorer som er viktig for å redusere stigma knyttet til psykisk helse på arbeidsplassen, samt samfunnets rolle. Med en stor innsats fra flere instanser kan man bidra i denne sammenheng med at samfunnet og arbeidsplassen har en sunn kultur og balanse om forventninger og krav til enkeltindivider. I tillegg tilby ressurser og muligheter som verktøy til blant annet å trosse negative fordommer og stereotypier om psykisk helse i et tidligere punkt og dermed fokusere på faktorer som kan bidra positivt til ens livskvalitet og trivsel. En oppfølgingsstudie vil potensielt kunne utforske utfordringene videre for å finne flere faktorer som kan spille inn i frafallet og de fortsatt eksisterende utfordringene knyttet til stigma om psykisk helse. Videre studier om konkrete tiltak og effektvurdering kan potensielt føre til effektiv og bedre bruk av ressurser knyttet til psykisk helse.

Dette studiet viser at det fremdeles er utfordringer knyttet til psykisk helse som vi må utforske videre, og bedring av menneskers livskvalitet og trivsel avhenger like mye av vår psykiske helse som den gjør vår fysiske helse (Riksrevisjonen, 2015).

Å ha psykiske helseutfordringer trenger ikke å bety at man ikke kan jobbe. De fleste med psykiske helseplager er i arbeid. Arbeid gir mening, mestring og tilhørighet til et sosialt miljø.

- Rådet for psykisk helse

7 Referanser

World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report. Geneva, World Health Organization. 2001.

Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse, 2009.

Lunde ES. /Statistisk Sentralbyrå. Større åpenhet om psykiske lidelser. Samfunnsspeilet 5, Helse i Norge, Statistiske analyser nr 41. 2001. Internett: <http://www.ssb.no/> ISSN 0801-7603. ISBN 82-537-4993-7 [03.01 2018].

Corrigan PW, Powell KJ, Rüsch N. How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? 2012. Psychiatric Rehabilitation Journal, 35(5), 381-384.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0094497>.

Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. 2003. Journal of Health and Social Behaviour 44:162-179.

Watson AC, Corrigan PW, Larson JE, Sells M. Self-stigma in People With Mental Illness. 2007. Schizophrenia Bulletin ;33(6):1312-1318. doi:10.1093/schbul/sbl076.

Schomerus G, Angermeyer MC. Changes of Stigma over Time. . Gaebel W., Rössler W., Sartorius N. (eds) The Stigma of Mental Illness - End of the Story? Springer, Cham. 2017.

Mental helse Norge. Åpenhet. <http://www.mentalhelse.no/politikk/aapenhet> [03.01 2018].

Helse- og omsorgsdepartementet. 2017. Mestre hele livet; Regjeringens strategi for god psykisk helse. (2017–2022)
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf [25.11 2017].

Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*. 2016 Jul 25;24(4):331–6. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>

Berge T, og Falkum E. *Se mulighetene; Psykisk helse og arbeidsliv*. 331 s, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk; ISBN 978-82-05-42845-4

Idebanken.org. *Arbeid kan gi bedre psykisk helse*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2018 [05.02.2018].

Regjeringen.no. *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)* Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2017 [05.02.2018].

OCDE, O. *Mental Health and Work : Mental Health and Work: Norway* (pp. 1–127). OECD Publishing. 2013. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en> [30.05.2018].

Thagaard T. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2. utgave, Bergen: Fagbokforlaget. 2003

Malterud K. *Kvalitative metoder I medisinsk forskning*. 2011 (3 utg.). Oslo. Universitetsforlaget

Kvale. S. *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. 1996. Thousand Oaks, C.A; Sage.

Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. 2006. London: Sage

Smith J A. Flowers P. Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis*. 2009. London: Sage Publications

Creswell J. W. (Ed.) *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. 2013. (3 utg.). Los Angeles: Sage publications

Smith J. A. og Osborn M. *Interpretative Phenomenological Analysis*. I J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. 2007 (2 utg., s. 288). London: Sage Publications

World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2008.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. [06.04.2017]

Glaser B G, Strauss A L. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. 1999. New York; Aldine de Gruyter

Kvale S. Doing interviews. 2007. London: Sage

Yardley L. Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*. 2000 15, 215-228

Krupa T. Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*. 2009. vol. 33 (s. 413-425)

Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. 2001. *Schizophrenia Bulletin*; 27(2):219-25.

Sørli MA, Ogden T, Solholm R. og Olsen AR. Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. 2010. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 315– 321.

Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. 2015 Meld. St. 19. (2014–2015). Melding til Stortinget. Meld. S t. 19 (2014–2015).

Blåka S. Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter Opptrappingsplanen. NIBR-rapport 2012:9

Sverdrup S og Bratt C. Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser. NIBR-rapport 2003:5

Sandvin Olsson. Mestring. Oslo: Norsk kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Publisert: 15. mars 2013. [21 desember 2015; 25.05.2018] <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>

Hansen T, Daaland SO. Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. 2016 Oslo: Helsedirektoratet; IS-2475. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet [24.04.2018]

Helsedirektoratet. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. 2014 Oslo: Helsedirektoratet; IS-2263.
Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet
[24.04.2018]

Seligman M. Peterson C. Barsky AJ. Boehm JK. Kubzansky. LD. Park N. og Labarthe D.
Positive Health and Health Assets; Re-analysis of Longitudinal Datasets. Positive Health. Penn
University of Pennsylvania; 2013

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Oslo: Riksrevisjonen; 2015.
Dokument 3:11 (2014–2015). Tilgjengelig fra:
www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/OffentligFolkehelsearbeid.aspx [24.04.2018]



Vedlegg 1

Til

Martin Øien Jenssen

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling

Deres ref.:

Vår ref

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:

2016/5983

Kristin Andersen/77626506

6.12.2016

ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetsstudier og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter, mottatt 18.10.2016

Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

Nr. 0627

Navn på prosjektet: *Psykisk helse i arbeidslivet: Kartlegging av lederes kompetanse om og holdninger til mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet.*

Prosjektet er en **forskningsstudie** hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig.

Formål: *«Hensikten med studien er å undersøke lederes kompetanse og holdninger mot mennesker med psykiske lidelser. Resultatene vil kunne være et viktig bidrag til hvordan man kan legge opp opplæring av ledere til å håndtere psykiske lidelser hos sine ansatte. Det skal gjennomføres semistrukturerte intervjuer med 15-20 ledere i offentlige og private virksomheter i Nord-Norge og anonymisert spørreundersøkelse med 2-300 ledere. Intervjuene skal gjennomføres høst 2016, mens spørreundersøkelsen skal gjennomføres vår 2017.»*

Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene **ikke faller inn under medisinsk- og helsefaglig forskning etter**

Helseforskningsloven. Behandlingen vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helseregisterloven § 6, jf. Personopplysningsloven §§ 9 og 33 fjerde ledd. Forskningsstudien vil som hovedregel kreve samtykke.

PVOs anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter.

PVO har på bakgrunn av tilsendt meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på <\\hn.helsenord.no\UNN-Avdelinger\felles.avd\forskning> (o:\) med navn **0627** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres.

I tillegg er det opprettet et område på <\\hn.helsenord.no\UNN-Avdelinger\felles.avd\forskning\key> med navn **0627N** hvor nøkkelfil skal oppbevares. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og den som prosjektleder definerer. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når registeret er slettet. PVO skal også ha melding dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig behandlet innen 3 år.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12 godkjenner PVO at behandlingen av personopplysningene settes i gang som beskrevet.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

PVO-teamet

e.f.

Kopi: Klinikksjef Kristian Bartnes

Prosjektbeskrivelse

Arbeids tittel; Psykisk helse i arbeidslivet: Rådgiveres perspektiv om lederes kompetanse om og holdninger til mennesker med psykiske lidelser

Dette masterprosjektet skal gjennomføres av Arebi Sivasubramanian, masterstudent i folkehelse ved UiT, Norges Arktiske Universitet. Hovedveileder er Anje Christina Höper, lege/PhD ved "Arbeidshelse i Nord", Institutt for Samfunnsmedisin, UiT. Biveileder er Martin Øien Jenssen, arbeids- og organisasjons-psykolog ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN Tromsø.

Masterprosjektet er knyttet opp mot hovedprosjektet " Psykisk helse i arbeidslivet: Kartlegging av lederes kompetanse om og holdninger til mennesker med psykiske lidelser." som gjennomføres i regi av Martin Øien Jenssen.

- Hensikten er å undersøke lederes kompetanse og holdninger mot mennesker med psykiske lidelser.
- Det skal undersøkes hvilke utfordringer man har i håndteringen av psykiske lidelser hos ansatte, og hvilke behov man har av støtte og anvendelse av andre potensielle verktøy.
- Fokuset ligger på å belyse rådgiveres perspektiver om hvordan de beskriver leders kunnskap og holdninger om psykisk helse på arbeidsplasser, med hensyn til god tilrettelegging for mennesker med psykiske plager og lidelser.
- Intervjuguiden tar utgangspunkt i dybdeintervjuer allerede gjennomført i hovedprosjektet med ledere i offentlig og privat sektor, men vil bli tilpasset til formålet.
- Det vil bli utført dybdeintervjuer på tomannshånd etter avtalt tid og sted, med NAV ansatte og IA- rådgivere som melder seg frivillig til å delta. Intervjuene vil fokusere på blant annet holdninger til tilrettelegging, muliggjørelse og hvor langt man skal gå for å tilrettelegge for mennesker med psykiske lidelser. Også de fagkyndiges forhold til samfunnsansvar vil bli belyst.

Etiske betraktninger

All data som samles inn vil bli behandlet anonymt og konfidensielt. Alle deltagere kan trekke seg når som helst uten å oppgi årsak. Intervjuene tas opp på bånd etter informert samtykke og transkriberes i ettertid for analyser

Samtykkeerklæring

Prosjektet skal oppnå sine mål gjennom semistrukturerte intervjuer.

Jeg er innforstått med at intervjuet er en del av et forskningsprosjekt og gir min tillatelse til at informasjon gitt i intervjuet brukes i henhold til prosjektets hensikt. Jeg er innforstått med at jeg kan trekke min deltakelse uten forklaring på et hvilket som helst tidspunkt. Lydfiler fra intervjuer vil bli slettet etter transkribering. All data vil bli anonymiseret og bli behandlet konfidensielt.

Jeg samtykker med dette til å delta på intervju til dette masterprosjektet:

Sted / Dato: _____

Underskrift: _____

Ved spørsmål kontakt masterstudent, Arebi Sivasubramaniam på 4848841

Vedlegg 3

Intervjuguide

Navn

Bransje

Rolle i organisasjon og oppgaver

Erfaring med stigma om mennesker med psykiske lidelser

- Kan du fortelle noe om dine erfaringer generelt med stigma om mennesker med psykiske plager og lidelser på ulike arbeidsplasser?

Utfordringer:

- Hvilke utfordringer er det du møter ofte i forbindelse med stigma om mennesker med psykiske plager og lidelser?
- Hva er vesentlige hindre for individuell tilrettelegging av arbeid knyttet til psykiske plager og lidelser?
- Har dere noen gang opplevd at tilretteleggingen ikke fungerer? I så fall klarer du å identifisere hva som ikke fungerte?

Forventninger og roller:

- Hva tenker du er forventningene til deg som en **rådgiver**?
- Hvilke forventninger kan man stille til **lederen til den ansatte** med psykiske plager og lidelser?
- Hvilke forventninger kan man stille til **den ansatte** med psykiske plager og lidelser?
- Når kommer dere først inn i bildet for noen som har behov for tilrettelegging på en arbeidsplass?
- Føler du som en rådgiver at tidspunktet dere blir hentet inn for å utføre noen tiltak er passelig?
- Hva opplever du, står til hinder for god tilrettelegging på arbeidsplasser når det kommer til psykisk helse?

Forbedringer:

- Hva må til for å bedre forholdene rundt psykisk helse på arbeidsplassen?
- Hva må til/kan forbedres for å få bedre/effektiv tilrettelegging?
- Hvordan kan ledere arbeide for å sikre for at ansatte kommer til lederen selv og rådgiver med ting dere kan få tilrettelegge for?
- Har man noen problemer med å være åpne?
- Hvor viktig er det med åpenhet?
- Er diagnose hinder eller et verktøy? Kan taushetsplikt være til hinder?

Er det noe mer du har lyst til å tilføye?