

Arbeidsgivers sykdomsforståelse og håndtering av lettere psykiske lidelser hos egne ansatte og jobbsøkere

En kvalitativ studie av norske arbeidsgivere



Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.11. 2021

Julie Brevik Kolstad

© Julie Brevik Kolstad

2021

Arbeidsgivers sykdomsforståelse og håndtering av lettere psykiske lidelser hos egne ansatte og jobbsøkere – en kvalitativ studie av norske arbeidsgivere.

Julie Brevik Kolstad

<http://www.duo.uio.no/>

SAMMENDRAG

Lettere psykiske lidelser blir ofte omtalt som et folkehelseproblem og en økt utfordring i arbeidslivet. En felles bekymring er at denne gruppen arbeidstakere har svakere tilknytning til arbeidslivet, noe som betyr et tap for både arbeidstaker og samfunnet som helhet. En del forskning på feltet viser at personer med psykiske lidelser er mer utsatt for stigmatisering og kan ha vansker med adgang til eller å beholde jobben. Dette er uheldig, mange arbeidstakere med psykiske helseproblemer ønsker å jobbe og vil kunne være viktige ressurser. Deltagelse i arbeidslivet for personer med lettere psykiske lidelser er en politisk målsetning hvor arbeid anses som bra for individet og samfunnet. Inkludering av personer med psykiske helseutfordringer har blitt et satsningsområde og oppfatningen om at psykisk helse er helseaktørens ansvarsområde alene er blitt utfordret. Inkluderingsdugnaden har som målsetning å snu trender som støter ut eller hindrer personers adgang til arbeidsmarkedet på grunn av funksjonsnedsettelse. Myndighetene ønsker at arbeidsplassen blir en del av behandlingen av psykiske lidelser og ber arbeidsgivere om å være mindre opptatt av sykdom og mer opptatt av hva arbeidstaker kan bidra med. Samtidig har tiltakene og virkemidler rettet mot denne gruppen arbeidstakere ofte vært ensidig historie fra et arbeidstakers perspektiv. Det finnes lite forskning på hvordan arbeidsgiver forstår og praktiserer sitt ansvar for inkludering. Siden arbeidsgiver har rollen som portvokter for adgang til arbeidslivet, er det mye som tyder på at vi må forstå arbeidsgivers motiver samt få innsikt i hvilke tiltak som fungerer for å realisere målene om et inkluderende arbeidsliv. Det er viktig å forstå hvorfor arbeidsgiver er bekymret for å inkludere arbeidstakere med lettere psykiske lidelser.

I studien har jeg undersøkt hvordan norske arbeidsgivere forstår og håndterer lettere psykisk lidelser hos egne ansatte og jobbsøkere. Jeg har utført åtte kvalitative intervjuer med arbeidsgivere fra både kunnskaps- og salgsvirksomheter som har lang erfaring med personalansvar. For at arbeidsgivere skal kunne være inkluderende, må de både forstå psykisk helse og arbeidsliv, og jeg har derfor benyttet en helsesosiologisk og arbeidssosiologisk innfallsvinkel som teoretisk rammeverk. Jeg har vektlagt Dag Albums forskning på sykdomsprestisje og spør om det skjer en lignende rangering hos arbeidsgiver. Analysen er strukturert i tre fremtredende tema: effekten av økt åpenhet rundt lettere psykiske lidelser, arbeidsgivers sykdomsforståelse og sykerollen de tildeler arbeidstakere og jobbsøkere, og hvordan arbeidsgiver opplever muligheter og begrensninger tilknyttet aktiv inkludering.

Analysen viser bred enighet om at arbeidsplassen kan utgjøre en del av behandlingen av lettere psykiske lidelser og at mulighet for inkludering og mindre sykdomsfokus har «festet» seg i arbeidsgivernes klassifikasjonssystem. Dette kan gi en positiv utvikling med økt oppmerksomhet over tid. Det er økt aksept for disse lidelsene, spesielt lidelser som har utspring i konkrete årsaker som fremstår som forbigående, men lav aksept for det som faller i kategorien «unnsuntring» og manglende evne til å «ta seg sammen». Et funn viser at det skjer en sykdomsrangering fra forbigående lidelser med en forståelig årsak, til sammensatte og kroniske lidelser med uklare behandlingsløp. Sammensatte kroniske tilstander med depresjon har lavest rangering. Denne lave rangeringen hos arbeidsgiver faller sammen med tilsvarende lav rangering på det medisinske feltet som Albums forskning på sykdomsprestisje fant. Lav sykdomsrangering er forbundet med lav kompetanse på disse sammensatte lidelsene, og skal arbeidsgiver bidra til å tilrettelegge for en aktiv sykerolle tilknyttet disse lidelsene kreves det et personlig engasjement. Informantene trekker frem positive aspekter ved økt åpenhet om psykisk helse i arbeidslivet, samtidig som risikoen for at ansatte kan lyve på seg lidelser som del av en åpenhetstrend er utbredt. Dette medfører at arbeidsgiverne sliter med å avklare hvilke lidelser som ikke er reelle for å unngå misbruk av den klassiske sykerollen. På denne måten ser økt åpenhet ut til å ha dempet stigmaet tilknyttet lettere psykiske lidelser, samtidig oppstår det nye utfordringer tilknyttet kontroll og som påpekt senere, åpenhet på «riktig måte».

Arbeidsgiverne beskriver et felt som de har styringsrett på, men hvor de har få verktøy til å lykkes med inkludering. Arbeidslivets «realisme» og idealroller setter strenge rammer for arbeidsgivers mulighet for aktiv inkludering. Motforestillinger tilknyttet lettere psykiske lidelser er fremtredende når arbeidsgiver skal vurdere jobbsøkere. Lidelsene fremstår som mer uskyldige plager tilknyttet sin inngruppe, der arbeidstaker gjerne har midlertidige livskriser som samlivsbrudd eller «møtt veggen», mens utgruppen har «skumlere» diagnoser som medfører høyere risiko. Jobbsøkere kan imidlertid øke sannsynligheten for ansettelse ved å være åpen på riktig måte, det vil si være ærlige og nøkterne rundt sine lidelser samt vise at de er motiverte til å jobbe med dem. Sannsynligheten for ansettelse øker desto mer de kan vise faglig styrke og/eller en munter personlighet samt eventuell suksessfull opptreden på intervju.

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende og utfordrende. Man blir fanget i en «masterboble» der verden og alt man gjør i hverdagen blir gjenstand for analyser og teoretisk tekning, og alt man tenker og snakker om stort sett har handlet om åpenbaringer og nedturer i prosessen. I det ene øyeblikket har jeg ønsket å satse på en forskerkarriere og i det andre flytte tilbake på landet for å slippe å tenke på teori. Det er heller ikke til å legge skjul på at korona tiden har gjort prosessen ekstra krevende, samtidig som det har gjort meg ekstra oppmerksom på hvor viktig sosiale relasjoner og struktur generelt er for oss – og hvor mye jeg savnet å kunne møte opp på Universitetet! Litt motgang er nok ikke til å unngå uansett. Til tross for litt ensomme skrivedager og mye vasking i hjemmet (jeg har kanskje aldri hatt det så rent før), har det vært gøy. Ikke minst det å kunne bidra på et tema jeg anser som såpass viktig. For en mestringsfølelse å sitte med et endelig resultat!

Først vil jeg takke informantene som har gjort det mulig å gjøre denne studien. Takk for alt dere har delt, åpenhet på temaet og ikke minst tiden deres! Deres bidrag på feltet har vært verdifullt. Videre vil jeg rette en stor takk til veilederne mine. Tusen takk til Anniken Hagelund for dine gode faglige tilbakemeldinger, og tusen takk til Elisabeth Ugreninov for ditt engasjement og for at du har inkludert meg i HIRE-prosjektet på OsloMet. Takk for at du oppfordret meg til å holde faglig foredrag om temaet i forbindelse med oppgaven, og takk for dine nyttige tilbakemeldinger! Jeg vil også takke Janikke S. Vedeler for plass på kontoret og for at jeg fikk anledning til å bli kjent med dere på NOVA. Takk til Kaja L. Østerud for fine innspill.

Videre vil jeg takke mine beste venninner og studie-koronakohorten min, Amanda og Henriette. Det hadde blitt ensomt uten dere! Takk til mine foreldre og en spesiell takk til mine steforeldre Kristin og Johnny som aldri mistet troen på meg! Ikke minst takk til min Jon, for at du har holdt ut med meg og flere måneder med monologer om sosiologisk teori.

Oslo, november 2021

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 Motivasjon for studien og formål.....	1
1.2 Studiens oppbygning.....	5
2. BAKGRUNN	5
2.1 Lettere psykiske lidelser og omfang.....	5
2.2 Roller i arbeidslivet.....	7
2.3 Arbeidsplassen som behandlingssted.....	10
3. TIDLIGERE FORSKNING	13
4. TEORI	21
4.1 Helsesosiologisk perspektiv	21
4.1.1 Behandlingssamfunnet.....	22
4.1.2 Sykdomsforståelse.....	23
4.1.3 Sykdomsprestisje.....	24
4.1.4 Den klassiske sykerollen.....	25
4.2 Arbeidssosiologisk perspektiv	26
4.2.1 Arbeidslivet som scene.....	26
4.2.2 Stigmatisering og diskriminering.....	26
4.2.3 Ambivalens.....	28
4.2.4 Arbeidsgivers handlingsrom for inkludering.....	28
5. METODIKK	32
5.1 Det kvalitative intervju som metode.....	32
5.2 Utvalg og rekruttering av informanter.....	33
5.3 Intervjuguide.....	35
5.4 Refleksjoner rundt egen posisjon.....	36
5.5 Forskningsmessig kvalitet.....	37
5.6 Analytisk fremgangsmåte.....	40
6. ANALYSE	43
6.1 Åpenhet	43
6.1.1 Mer åpenhet.....	43
6.1.2 Sårbarhet.....	45
6.1.3 Tidstyver.....	47
6.1.4 Ambivalens.....	49
6.2 Forståelse av lettere psykiske lidelser og tildelt sykerolle	49
6.2.1 Sykdomsforståelse.....	49
6.2.2 Sykdomsprestisje.....	51
6.2.3 Sykerollen.....	57
6.3 Arbeidsliv og inkludering	60
6.3.1 Frontstage kaos.....	60
6.3.2 Arbeidsgivers rolle.....	60
6.3.3 Mulighetsrom for jobbsøkere.....	70
7. DISKUSJON OG KONKLUSJON	72
LITTERATURLISTE	83
VEDLEGG	91

1. INNLEDNING

1.1 Motivasjon for studien og formål

Utbredelsen av lettere psykiske lidelser er i dag så omfattende at vi ofte omtaler det som vår nye folkehelsesykdom. Statistiske beregninger varsler om et økende samfunnsproblem. Både forskningen på psykiske helseproblemer og arbeidsgivers behov for kompetanse og støtte er viktige områder å tildele ressurser for å redusere risiko for store samfunnsmessige konsekvenser. En metastudie av epidemiologiske data fra 27 studier gjennomført i 16 europeiske land viser at over en fjerdedel av befolkningen i Europeiske land vil oppleve minst et psykisk helseproblem i løpet av et år (Wittchen & Jacobi 2005, s. 357). Mange av dem som faller ut av arbeidslivet har psykiske lidelser. Omtrent 30-50 prosent av alle søknader om uføretrygd i OECD-landene er knyttet til psykiske helseproblemer. Blant unge er denne andelen 70 prosent. Andelen av dem med psykiske helseproblemer som er i arbeid er 10-15 prosent lavere enn befolkningen for øvrig. Dette utgjør et ubenyttet potensial, om det er slik at personer med psykiske helseproblemer kan og ønsker å jobbe, vil dette være tapt arbeidskraft som vil gi store kostnader for samfunnet generelt og personene spesielt (Bergene & Falkum, 2018, s. 19-20).

Lettere psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner, lettere spiseforstyrrelser og lettere ruslidelser (Norsk psykologforening u.å). Arbeidsplassen gir tilgang til sosiale relasjoner, personlig vekst og identitet, økonomisk trygghet og andre helsefremmende ressurser (Folkehelseinstituttet 2017). Det er en økende tendens til at personer med psykiske lidelser faller ut av arbeidslivet og forekomsten er høyere blant yngre enn eldre, høyere blant kvinner enn menn og høyere jo mindre utdanning personen har (Berge & Falkum, 2018). Oppmerksomheten rundt psykiske lidelser har tradisjonelt vært rettet mot hvordan vi diagnostiserer og behandler personens psykiske helse og som samfunn tilrettelegger for gode tjenester gjennom et bredt støtteapparat. Fokuset på generøse velferdsordninger og helsetilbud i skole og i arbeidsliv er gode virkemidler, men likevel ser det altså ut til at vi ikke lykkes helt med å forebygge sykdom og inkludere mennesker med lettere psykiske lidelser på arbeidsplassen. Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes ofte med økonomisk utjevning og mindre sosioøkonomisk ulikhet i befolkningen, men modellen har blitt kritisert for å hemme eller

gjøre det vanskelig for marginaliserte grupper å delta i arbeidslivet (Halvorsen, Hvinden & Schøyen, 2015).

Formålet med IA-avtalene og inkluderingsdugnaden var å sette arbeidsinkludering av marginale grupper på dagsordenen, og øke forståelsen av behovet for samarbeid og ansvarsfordeling mellom helsevesen, staten og partene i næringslivet. Disse avtalene har vært initiativer med statlig forankring. Forskning viser at en aktiv sykerolle er viktig for personer med psykiske helseproblemer for å unngå isolering og forverring av tilstanden. Arbeidsgiver er tiltenkt en viktig behandlerrolle. I hvilken grad arbeidsgiver har kompetanse, økonomiske ressurser og ikke minst intensiver til aktiv inkludering, er en viktig forutsetning for vellykket inkludering. Arbeidsgiver er både portvokter, ved å regulere tilgangen til arbeidsmarkedet, og ansvarlig for hvordan organisasjonen legger til rette for håndtering av psykiske lidelser hos ansatte. Når rasjonelle beslutningstakere i en ansettelsesprosess eller på arbeidsplassen møter personer med lettere psykiske lidelser som kan innebære redusert funksjonsevne, er det vesentlig å forstå arbeidsgiverens perspektiv og vurderinger. Innsikt i dette kan gi økt kunnskap om hvordan rammebetingelser, forskningsbasert kunnskap og faglig og økonomisk støtte må tilrettelegges for arbeidsgiver i fremtiden for å realisere målet om aktiv inkludering. Formålet med denne studien er å utdype arbeidsgivers perspektiv tilknyttet sykdomsforståelse og handlingsrom for tilrettelegging av aktiv inkludering. En viktig intensjon med inkluderingsdugnaden er å signalisere at personer med hull i CV-en og/eller funksjonsnedsettelse har verdifull kompetanse og er en viktig arbeidskraft. Solberg regjeringen ønsket med dette å åpne for mindre sykdomsfokus og mer åpenhet rundt psykiske helseproblemer.

Fokus i denne studien er hvordan arbeidsgivere i det ordinære arbeidsmarkedet forstår lettere psykiske lidelser som igjen kan påvirke muligheten for arbeidsinkludering av denne gruppen arbeidstakere. En motivasjon for oppgaven har vært Angelica Schaffts, Forsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, sine bidrag på psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia. Schafft hevder nettopp at det har vært lite oppmerksomhet på arbeidsgivers perspektiv og forutsetninger for å kunne inkludere personer med psykiske helseproblemer (Schafft 2007, s. 254). Det finnes lite forskningslitteratur på arbeidsgivers forståelse av lettere psykiske lidelser og utfordringer med aktiv inkludering. Kunnskap om lettere psykiske lidelser ser ut til å være avgjørende for hvordan arbeidsgivere danner seg en oppfatning av om personen vil kunne passe inn i en mulig arbeidsrolle. Jeg ønsker å se mer på akkurat dette –

hvordan forståelse av lettere psykiske lidelser kan tilrettelegge for arbeidsintegrering hos den enkelte arbeidsgiver og hvordan manglende kunnskap kan danne grunnlag for holdninger, stigma og usikkerhet som kan resultere i barrierer for ansettelser og passiv sykeoppfølging. En annen motivasjon for oppgaven har vært sosiolog Dag Album sitt bidrag til kultursosiologisk forskning. Album sitt begrep om sykdomsprestisje viser at leger anser noen sykdommer som mer prestisjefylt enn andre. Album var opptatt av medisinenes sykdomsforståelse som har et sosialt konstruert aspekt ved seg og gjenstand for sosiologiske kulturanalyser (Johannesen & Album, 2015, s. 142, 156). Forskningen på sykdomsprestisje inspirerte meg til å stille spørsmål til om det skjer en lignende rangering i arbeidslivet, det vil si et prestisjehierarki hos arbeidsgiver knyttet til inkludering av personer med lettere psykiske lidelser. I så fall vil dette kunne ha stor betydning for hvem arbeidsgiver prioriterer å inkludere eller ansette i arbeidslivet.

Jeg har valgt å stille følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstår og håndterer norske arbeidsgivere lettere psykisk lidelser hos egne ansatte og jobbsøkere?

Videre har jeg tre underspørsmål:

- A. Hvordan forholder arbeidsgiver seg til åpenhet fra ansatte og jobbsøkere om lettere psykiske lidelser?
- B. Hva slags forståelse har arbeidsgiver av lettere psykiske lidelser og hvilken sykerolle tilordnes slike arbeidstakere?
- C. Hvilke muligheter og begrensninger opplever arbeidsgiver tilknyttet aktiv inkludering?

Under formuleringen av oppgaven hadde jeg følgende antagelse:

- I. Det har blitt mer åpenhet om psykisk helse og lidelser i samfunnet, men arbeidsgivere er fortsatt reservert hva angår inkludering av denne gruppen arbeidstakere.

Jeg har utført åtte kvalitative dybdeintervjuer med arbeidsgivere fra kunnskaps- og salgsvirksomheter som har lang erfaring med personalansvar. For å besvare forskningsspørsmålene har jeg benyttet en helsesosiologisk og arbeidssosiologisk sinnfallsvinkel. Helsesosiologi viser hvordan vår sykdomsforståelse ikke kun er biologisk fundert, men har et sosialt konstruert aspekt ved seg som er gjenstand for forhandling. Arbeidssosiologien belyser arbeidsgivers perspektiv og hvordan de agerer overfor arbeidstakere ut fra krav og forventninger i arbeidslivet.

I samtalene med arbeidsgiverne avdekker jeg en generell inkluderingsoptimisme. Det er mer åpenhet og aksept for lettere psykiske lidelser, spesielt når åpenhet medfører bedre dialog og økt toleranse for å komme på jobben på en «dårlig» dag. Samtidig anser de åpenhetskulturen som problematisk og er bekymret for at personer med lettere psykiske lidelser henger seg på en trend slik at arbeidsgiver må utøve mer kontroll for å unngå misbruk av sykerollen. Videre finner jeg et prestisjehireraki tilknyttet sykdomsforståelse hos arbeidsgivere. Generelt favoriserer de forbigående tilstander med legitime årsaker. Høyest prestisje og mest optimisme for inkludering oppstår når arbeidsgiver kan innta en «helterolle» der den ansatte og eventuelt jobbsøkere kan «blomstre opp» og realisere seg selv på arbeidsplassen. Lavest prestisje har diffuse lidelser med uklar årsak og behandlingsløp. Sykdomsrangeringen forutsetter at arbeidstaker viser motivasjon til å jobbe med egne lidelser. Enkelte lidelser anses å være selvforskyldte der personen egentlig burde «ta-seg-sammen» og disse lidelsene inngår ikke i arbeidsgivernes sykdomskategorisering.

Informantene uttrykker at åpenhetskulturen har nedtonet motforestillinger tilknyttet lettere psykiske lidelser. De forstår at alle kan gjennomgå sårbare faser, men de er generelt bekymret for at personer med slike lidelser opptrer som «tidstyver» og «tømmer seg» på andre og dermed forkludrer arbeidsmiljøet. Frykten for slik oppførsel er sterkest tilknyttet jobbsøkere. Siden arbeidsgiver stort sett baserer sine beslutninger på subjektiv rasjonalisme, er det få som er opptatt av den helhetlige samfunnsgevinsten av et inkluderende arbeidsliv. Kategoriene for inkludering av lettere psykiske lidelser i den offentlige diskursen ligger i forkant av realismen i arbeidslivet som gjør at inkludering får en idealistisk konnotasjon. Min antagelse om at arbeidsgivere er reserverte til tross for mer åpenhet stemmer i stor grad. Men på enkelte områder er de mer positive enn jeg forventet, særlig med tanke på deres inderlige ønske om å hjelpe sine ansatte til å blomstre opp.

1.2 Studiens oppbygning

I kapittel to redegjør jeg for bakgrunnen for oppgaven, der jeg trekker frem omfanget av lettere psykiske lidelser i befolkningen, utviklingen av inkluderingspolitikken med hovedaktører, arbeidets betydning for individ og samfunn samt arbeidsplassen som ønsket behandlingssted. Deretter følger en gjennomgang av tidligere forskning i kapittel tre og hvordan jeg kan bidra med økt innsikt med min forskning. I kapittel fire beskriver jeg teoretisk rammeverk som omfatter arbeidssosiologi og helsesosiologi. I kapittel fem drøfter jeg kvalitativt intervju som metode der jeg gjør rede for utvalg av informanter og andre metodiske valg for å sikre så god gjennomsiktighet som mulig innenfor etiske rammer. I kapittel seks analyserer jeg datamaterialet i henhold til fremtredende temaer: 1) hvordan arbeidsgiver forholder seg til åpenhet, 2) sykdomsforståelse og sykdomsrangering og 3) muligheter og begrensninger for inkludering. Til slutt, i kapittel syv, følger en diskusjonsdel med hovedfunn og studiens implikasjoner samt forslag til videre forskning.

2. BAKGRUNN

2.1 Lettere psykiske lidelser og omfang

Norsk psykologforening skriver at lettere psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner, lettere spiseforstyrrelser og lettere ruslidelser. Eksempler på diagnoser er depresjon og angst, mens lettere psykiske lidelser er ikke alltid knyttet til en bestemt diagnose (Norsk psykologforening u.å). Skillet mellom lettere og tyngre lidelser er ikke godt etablert, men psykotiske tilstander som krever institusjonell oppfølging er en grensedragningslinje. Det finnes flere varianter av psykiske lidelser som gjør livet vanskelig på flere områder, men funksjonsevnen antas å være god nok til at rehabilitering kan foregå i samfunnet for øvrig. Her vil arbeidsplassen inngå som en aktiv del av behandlingen for å unngå isolasjon og arbeidsledighet som i fleste tilfeller forverrer psykiske helseproblemer (Bergene & Falkum 2018).

Fra et sosiologisk perspektiv kan medisinske diagnoser og diagnosesystem representere samfunnets syn på sosiale avvik. Dette går under avvikssosiologi som anvender et mer kritisk blikk på medikalisering. Som nevnt er jeg opptatt av det sosiale aspektet på lettere psykiske lidelser og arbeidsgivers forståelse, ikke medisinske definisjoner. Det er likevel nyttig å vise til hvilke definisjoner og metoder samfunnet og medisinske aktører bruker. Arbeidsgivere

fortolker ikke isolert og forholder seg til flere leverandører for kunnskap og premisser når de skal tolke sykdom og lidelser. Dette blir nærmere forklart i avsnittet om medikalisering. Det er faglige debatter rundt definisjonen om målemetoden av psykiske lidelser og disse er i stadig endring (Røgeberg, 2019, s. 7). Det finnes ingen klar definisjon på lettere psykiske lidelser, dermed vil antallet avhenge av metode og hvilke kriterier som vektlegges. Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte i perioden 1998- 2015 fem Levekårsundersøkelser basert på intervju og et spørreskjema for å kartlegge befolkningens psykiske helse. I spørreskjemaet benyttet de «Hopkins Symptom Check List» der deltagere rangerte hvor ofte de merket symptomer på følelsesmessige problemer. Trenden i undersøkelsen viste at andelen av de som rapporterte å være plaget av mer enn 13 symptomer økte fra to til 14 prosent fra 1985 til 1998 (SSB 2001). I perioden 1998 til 2015 steg andelen for gutter fra seks til 11 prosent og for jenter 14 til 25 prosent (Røgeberg, 2019, s. 14). I 2001 beregnet SSB at 30 prosent av befolkningen vil få en lettere psykisk lidelse i løpet av livet, 40 prosent kvinner og 20 prosent menn. Med utgangspunkt i beregningene omtaler SSB lettere psykiske lidelser som den nye folkehelsesykdommen. Imidlertid er det vanskelig å anslå i hvor stor grad økningen skyldes reelle plager eller andre forhold (Røgeberg 2019). Flere kan være villige til å rapportere om psykiske plager grunnet økt åpenhet og mindre tabubelegging i samfunnet og at vi har utviklet et psykologisk språk som endrer måten samfunnet forholder seg til psykisk helse på. SSB trekker frem at Kjell Magne Bondeviks åpenhet rundt sin sykemelding på grunn av psykiske helseproblemer ble et anerkjent eksempel på sykemelding forårsaket av stress i arbeidslivet (SSB 2001).

Nedsatt psykisk helse er en av hovedårsakene til sykkelighet og uførhet (NOU 1999:13). I perioden 2003 til 2005 økte sykepengebruken tilknyttet psykiske lidelser med tre prosent. Imidlertid forårsaker økningen av uføretrygd større bekymring. Av de som ble erklært varig ufør i perioden 1977- 2006 i aldersgruppen 25 – 39 år, forårsaket psykiske lidelser halvparten av disse tilfellene. Noe av denne utviklingen kan skyldes endringer i arbeidslivet. Denne utviklingen kan tilskrives endringer i arbeidslivet selv – fra en økonomi basert på industriell produksjon der arbeidere utsettes for støyende maskiner og giftige kjemikalier der det kreves fysisk tunge løft til et informasjons- og servicesamfunn. Belastningsskadene har endret seg fra maskinskapte fysiske ulykker tilknyttet maskinell produksjon til muskel og skjelettplager tilknyttet PC-bruk. Videre har digitalisering, globalisering og rasjonalisering medført større krav til spesialisering og effektivitet i arbeidslivet. Evnen til å jobbe under press blir en stadig viktigere egenskap. Økte krav til kompetanse, kunnskap og arbeidstempo har gitt nye

muligheter for mange, men for andre så har det betydning å bli skjøvet ut av arbeidslivet (Røgeberg, 2019, s. 28- 30).

Som nevnt er det ikke enkelt å avklare hva økningen skyldes. Søren Brage med flere (2012) påpeker at det er lite sannsynlig at økningen reflekterer en reell endring av befolkningens psykiske helse i en evaluering av sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser fra tidsperioden 2000-2011. Brage med flere (2012, s. 24) tilskriver økningen tre forhold. Kategorien lettere psykiske lidelser er en relativ ny diagnose som tidligere i stor grad ble definert under muskel- og skjelettplager og rusmisbruk. Noe av økningen i sykemeldinger relatert til psykiske lidelser kan dermed tilskrives endringer i legenes diagnosepraksis. Økt åpenhet rundt psykiske lidelser, samt de sosiale og samfunnsmessige kostnader, har bidratt til at psykiske lidelser er et strategisk satsningsområde for myndighetene. Fra 1999 til 2006 bevilget myndighetene 24 milliarder til psykisk helsevern (SSB 2001). Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022, s. 20) skriver at det er uheldig at unge blir uføretrygdet på grunn av psykiske helseproblemer. Dette gjør at de faller utenfor felleskapet som utdanning og arbeidsliv representerer, og gjør det vanskeligere å få adgang til arbeidslivet. Dette kan igjen føre til en forverring av de psykiske lidelsene. Av denne grunn er oppfølging av dagens ansatte viktig, men aktiv rekruttering av unge med lettere psykiske lidelser er kanskje enda viktigere.

2.2 Roller i arbeidslivet

Inkludering forutsetter et tett samarbeid mellom partene i arbeidslivet, velferdsstaten og helseaktører. Velferdsstaten legger til rette for sosiale rettigheter tilknyttet sykerollen, legen fastsetter diagnosen og søker å kurere pasienten, mens arbeidsgiver søker å rehabilitere den ansatte. For å få til dette må arbeidsgiver forstå sykdomsdiagnosen, den ansattes personlig lidelse og sykerollen for å avklare arbeidskapasitet og mulig tilrettelegging.

Velferdsstaten

Den nordiske modellen kjennetegnes blant annet av egalitære verdier, høyt velstandsnivå, høy økonomisk vekst, høy yrkesdeltagelse og sosial utjevning (Hvinden 2009). Den ble i 2013 kalt for den Nordiske supermodellen av tidsskriftet *The Economist* på grunn av høyt fokus på sosiale goder og god måloppnåelse tilknyttet allmenn velferd (Hvinden mfl. 2015).

Grunnlaget for den Nordiske modellen er at den skal finansieres gjennom høy sysselsetting. Hvis andelen av personer i arbeidsdyktig alder står utenfor arbeid, langtidssykemeldte eller

uføretrygdede blir for høy, vil dette gå ut over finansieringen av velferdsgodene. Fokus på utnyttelse av restarbeidsevnen har derfor fått mye oppmerksomhet i utviklingen av politiske virkemidler og utredninger, for eksempel i sysselsettingsutvalget. Sykelønnsordningen i Norge er generøs, sammenlignet med andre land, og gir full lønnskompensasjon opp til 6 grunnbeløp (G) fra første dag og opptil et år når arbeidstaker er syk eller skadet. Dette utgjorde 34 milliarder kroner i sykepenger i 2010 (Hagelund, 2014, s. 13-14). Helserelevante ytelser, for dem som defineres som arbeidsuføre, utgjør også store summer.

Inkluderingsdugnaden ønsker å få flest mulig i jobb, det vil si minimere antall personer med helserelevante ytelser.

Hvinden, Schøyen og Ah (2015) påpeker i artikkelen «The Nordic welfare model in the 21st century: The bumblebee still flies!» at enda den nordiske modellen blir hyllet for å skape like muligheter for sine innbyggere kan den også skape ekskluderende mekanismer tilknyttet sårbare arbeidstakere. De to viktigste argumentene er at høye lønninger forutsetter god produktivitet slik at sårbare arbeidstakere som ikke kan levere på dette, blir for kostbare og i større grad skjøvet ut av arbeidslivet. Generøse sosiale støtteordninger kan redusere motivasjonen til arbeidsgivere med tanke på inkludering fordi arbeidstaker uansett har et sikkerhetsnett. De samme argumentene dukker opp i mine intervjuer der gode velferdsordninger iblant fremstår som en hvilepute for arbeidsgivers inkluderingsansvar.

Når det gjelder inkludering av personer med lettere psykiske lidelser i arbeidslivet bidrar velferdsstaten med utforming av retningslinjer samt faglig støtte (Falkum mfl. s. 142). Videre tillegger velferdsstaten sykerollen tilknyttet diagnoser sosiale rettigheter og tilhørende finansiering. NAV avklarer og forvalter rettigheter og følger opp at disse ikke blir misbrukt. NAV oppretter også spesielle tiltak for å hjelpe personer med psykiske lidelser med å beholde jobben eller få adgang til arbeidsmarkedet, der mange av tilbudene kombinerer behandling med arbeidsrettede tiltak. Det finnes for eksempel en koordinator for arbeid og psykisk helse i hvert fylke som skal forvalte disse tjenestene (Berge & Falkum, 2018, s. 26).

Helseaktører

Helseaktører har en sentral rolle i medikalisering. Fastleger skal utarbeide en diagnose og kurere pasienten for en bestemt sykdom (disease) og utgjøre en portvokter for sykemeldinger. Fastleger skal bli med på oppfølging etter en gitt tidsperiode (8 uker) som innebærer kontakt med NAV, den sykemeldte og i noen tilfeller arbeidsgiver (NAV, 2021). Både fysiske og

psykiske sykdommer kan ha uklare symptomer og kan være vanskelig å diagnostisere, men pasientens opplevelse av plager kan bidra til at legen anerkjenner nye tilstander som sykdommer (whiplash, ME). En utfordring for det medisinske feltet i dag er at pasienters subjektive opplevelse av sykdom ikke alltid kan påvises i henhold til medisinsk forståelse. Dette er gjenstand for tvil om sykdommer er reelle eller ikke i arbeidslivet og samfunnet for øvrig, og om arbeidstaker har en legitim grunn til å trekke seg tilbake fra arbeidsplikten (Hagelund, 2014, s. 135).

Arbeidsgiver

Arbeidsgivere har rolle som portvoktere i arbeidsmarkedet. De bestemmer i stor grad hvem som får tilgang og hvem som blir holdt utenfor. Videre har arbeidsgiver stor innflytelse over arbeidstakers arbeidsoppgaver, lønnsutvikling og karriereutvikling (Rivera 2020).

Arbeidslivet utgjør en stor andel av arbeidstakers liv og arbeidsgivers rolle kan være viktig for arbeidstakers totale livskvalitet. Arbeidsgivers ansvarsområde omfatter blant annet forpliktelser i lover og regelverk, for eksempel arbeidsmiljøloven; krav til produktivitet og innovasjon i virksomheten; ressursplanlegging og budsjettoppfølging; legge til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø; inkludere arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne (inkludert psykiske lidelser) i tett dialog med profesjonelle helseaktører (inkluderingsansvar) samt koordinere oppfølging av NAV og alle aktuelle helseaktører tilknyttet ansatte med nedsatt funksjonsevne for å følge opp eventuelt langtidsfravær (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1, §§ 4-1, 4-2; Frøyland & Spjelkavik, 2019). Disse kravene setter strenge rammer til produktivitet og effektivitet ovenfor sine eiere og interessenter (Folkenborg, 2014, s. 175). Arbeidsgiver er først og fremst arbeidsledere som skal sørge for effektiv produksjon. Arbeidsgiverne i min studie har samtidig et personalansvar som betyr at de må følge opp om hver ansatt og arbeidsmiljøet for å støtte opp om målene om effektiv produksjon. Det er gjerne en sammenheng mellom fornøyde ansatte som trives og produktivitet.

Sett ut ifra arbeidsgivers perspektiv, kan pålegg om inkludering utfordre lederens personalansvar. En av hovedoppgavene er å holde ansatte i jobb. Arbeidsgiver samarbeider med NAV, leger, psykologer og bedriftshelsetjeneste om hvordan de skal minimere langtidsfravær og få folk tilbake i arbeid. Forskning viser at langvarig sykmelding kan forsterke psykiske plager som angst og depresjon (Falkum, 2012). Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon visert til at deprimerede personer har behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller komme tilbake i arbeid (Helsedirektoratet 2009). Arbeidsgiver skal i

henhold til målene om et inkluderende arbeidsliv åpne opp for personer som har vansker for å komme seg inn på arbeidsmarkedet.

2.3 Arbeidsplassen som behandlingssted

Arbeidets betydning

Et langsiktig politisk mål for Norge har vært høy arbeidsdeltagelse med færrest mulig på passive stønader. Dette er prinsippet om arbeidslinja som den norske velferdsstaten bygger på. Ideen er at arbeidslivet ikke bare bidrar positivt for de velfungerende, men også for individer med store bistands- og tilretteleggingsbehov. Arbeidsdeltagelse er på denne måten viktig for både individ og samfunn. Individet får utviklet sine ferdigheter og opplever tilfriskning, status, identitet og tilhørighet, og bidrar med sin kompetanse til felleskapet som er med på å finansiere velferdsstaten (Frøyland & Spjelkavik, 2019, s. 18-19). En del forskning viser at det er en sammenheng mellom arbeid og god helse. Arbeid virker forebyggende mot psykiske helseproblemer blant annet fordi det gir rammer, menneskelig kontakt og mening i hverdagen. Å falle utenfor felleskapet uten struktur og oppfølging kan forverre psykiske plager, gjøre det vanskeligere å komme tilbake i jobb og føre til større kostnader for velferdsstaten (Berge & Falkum, 2018, s. 24). Staten har en målsetning om at arbeidsplassen blir en del av behandlingen av psykiske lidelser i det ordinære arbeidslivet og at man ikke nødvendigvis må være frisk før man kommer ut i jobb. Staten pålegger med andre ord arbeidsgiver å holde ansatte med lettere psykiske lidelser i jobb så langt det er mulig. Dette står i kontrast til vanlig sykeoppfølging som handler om å gi den ansatte rett til å trekke seg tilbake fra forpliktelser og hvile. Oppfølgingen av lettere psykiske lidelser blir på denne måten institusjonalisert i arbeidslivet.

Inkludering som behandlingsstrategi

Regjeringen og partene i arbeidslivet har som mål å øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne inkludert lettere psykiske lidelser. Mange arbeidstiltak er opprettet for å sikre økt inkludering i ordinært arbeid (Frøyland mfl. 2018, s. 242). Historisk har alvorlige psykiske helseproblemer blitt håndtert av profesjonelle institusjoner og medført en skjerming og ekskludering av individer (Berge & Falkum, 2018, s. 209). Regjeringens strategiplan for psykisk helse legger opp til at arbeidslivet utgjør en behandlingsstrategi for lettere psykiske plager. Mange sykdommer krever fravær og hvile, mens ved depresjon og angst er arbeidsgivers nærvær og yrkesrettet aktivitet viktige faktorer i behandlingen (Berge &

Falkum, 2018, s. 149). Arbeidsgivere blir bedt om å være mindre opptatt av sykdom og diagnoser, og oppfordres til inkludering i det ordinære arbeidslivet. Dette introduserer et helt nytt tankesett i norsk arbeidsliv tilknyttet psykiske lidelser. Fortsatt tenker en del arbeidsgivere at arbeidstakere med lettere psykiske lidelser først skal få terapeutisk bistand til å bli friske (nok) før de kommer i gang med arbeidsrettet trening (Hegelstad, 2014, s. 208).

IA-avtalen og Inkluderingsdugnaden

De tidligere IA-avtalene og Inkluderingsdugnaden er løpende initiativer med statlig forankring som skal bidra til et inkluderende arbeidsliv for marginaliserte grupper i Norge. IA-avtalen er et trepartssamarbeid mellom staten og partene i arbeidslivet. Formålene med IA-avtalene var å inngå et formelt samarbeid om å redusere det nasjonale sykefraværet, øke inkludering av personer med funksjonsnedsettelse og begrense frafall fra arbeidslivet. Sistnevnte omfatter langtidssykemeldte som står i fare for å bli uføretrygdet eller personer som førtidspensjoneres (Arbeids- og sosialdepartementet, 2018). Forut for inngåelse av avtalen hadde Sandman-utvalget (2002) levert en rapport for å svare ut bekymringen om økt sykefravær og antall nye uførepensjonister. Sandman-utvalget presiserte at forutsetningen for å lykkes med å redusere sykefraværet var å sikre et tett samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, der begge parter måtte ansvarliggjøres. Den første IA-avtalen oppstod fordi staten ikke klarte å innføre de forslagene utvalget hadde til endringer i sykelønnsordningen. LO nektet å la sykelønnsordningen bli endret og forholdet mellom NHO og LO virket å være låst. Den første IA-avtalen (2001-2005) vektla forankring av arbeidsplassen som behandlingssted med oppfølgingsplaner og aktiviseringstiltak, der funksjonsevne skulle i fokus fremfor sykkelighet. I den forbindelse ble det formulert en arbeidstakerrettighet som handlet om at arbeidstaker hadde rett til å være på arbeidsplassen til tross for redusert arbeidsevne. Den andre IA-avtalen (2006-2009) videreførte dette tankesettet og innførte ytterligere dialogmøte ved lengre sykefraværsløp for å finne alternativer til full sykemelding. Den tredje IA-avtalen (2010-2014) bygger på de samme prinsippene med en del fremskynding av formelle frister og sanksjonering tilknyttet brudd på plikter (Hagelund, 2014, s. 65-78).

I 2018 lanserte regjeringen Inkluderingsdugnaden som skulle motivere arbeidsgivere til å gjøre en frivillig innsats for å inkludere personer med funksjonsnedsettelse, og da IA-avtalen høsten 2018 ble fornyet, ble delmålet i IA-avtalen om å øke rekruttering av personer med funksjonsnedsettelse fjernet fordi det ikke hadde gitt noen resultater. I likhet med IA-avtalen

er Inkluderingsdugnaden rettet mot felles innsats for å inkludere personer i arbeidslivet som har redusert funksjonsevne og som har hull i CV-en på minst to år. Inkluderingsdugnaden er lovfestet, men ikke knyttet til sanksjoner. Kaja Larsen Østerud (2020, s. 3) beskriver strategien til myndighetene som todelt. På den ene siden oppfordrende retorikk og på den andre siden lovfestede regler. Førstnevnte skal motivere og engasjere arbeidsgivere til å forstå viktigheten av å inkludere personer med nedsatt funksjonsevne, mens sistnevnte forplikter statlige virksomheter til at minst fem prosent av nyansettelser har funksjonsnedsettelse eller hull i CV-en. Statlig sektor skulle på denne måten «gå foran» og vise vei. Prosjektet fikk over statsbudsjettet delegert 125 millioner i 2019 med tre hovedmål: 1. gjøre det enklere å ansette personer fra målgruppen, 2. styrke tilbudet for arbeidssøkere og 3. styrke muligheter for opplæring (Arbeidsgiverportalen 2021; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021).

Introduksjonen av inkluderingsdugnaden og den siste IA-avtalen ble inngått i 2019 (2019-2022). Det ble satt to konkrete nasjonale mål. Det første målet er å redusere sykefraværsprosenten med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnitt fra 2018, altså fra 5,7 til 5,1 prosent ledighet. I september 2021 lå arbeidsledigheten noe høyere på 5,9 prosent. I avtalen ble det påpekt at en del bransjer anses å ha lavt sykefravær og bør derfor prioritere innsatsen mot forebyggende arbeid. Dette ble kritisert fra flere hold, at fokuset nå ble dreid vekk fra inkludering av de med funksjonsnedsettelse til mer forebyggende arbeid for å få ned sykefraværet. Argumentet var at IA ikke hadde noen effekt på inkludering. Det andre hovedmålet i avtalen er å redusere frafallet fra arbeidsmarkedet, som retter seg mer mot langtidssykemeldte på arbeidsavklaringspenger eller trygd (Arbeids- og sosialdepartementet, 2018).

IA-avtalene og Inkluderingsdugnaden oppfordrer til økt inkluderingskultur blant partene i næringslivet. Flere av tiltakene kan anses å være av en ganske mild form, og spesielt har inkluderingsdugnaden blitt kritisert for å være for passiv (se blant annet Østerud 2020). Når myndighetene tar sikte på å ansvarliggjøre arbeidsgiver med tanke på forebygging, dialog og tilrettelegging på arbeidsplassen (Hagelund, 2014, s. 86) kan det være interessant å undersøke hvordan dette oppleves hos den enkelte arbeidsgiver. Kaja Larsen Østerud (2020, s. 17) påpeker i en intervjustudie av arbeidsgivere at målsetningen i Inkluderingsdugnaden står i konflikt med kravene om produktivitet og effektivitet som arbeidsgiver er underlagt. I oppgaven ser jeg nærmere på hvordan erfarne personalledere opplever at inkludering engasjerer dem eller fremstår mer som idealistisk politikk.

3. TIDLIGERE FORSKNING

En mulighet for å se på grad av integrering av personer med lettere psykiske lidelser er å studere tilbud- og etterspørselssiden på arbeidskraft. En del av forskningen benytter denne innfallsvinkelen for å forklare strategier for inkludering. Kaja Larsen Østerud (2020) forklarer at fokus på tilbudssiden kan forstås som utforskning av jobbsøkerens kvalifikasjoner eller evne til å tilpasse og mestre en potensiell stilling. Dette kan også innebære lovregulering som fremmer kravene til arbeidsdeltagelse ved å for eksempel stramme inn eller fjerne fordeler ved å ikke jobbe. I motsatt tilfelle kan man studere etterspørselssiden som omfatter hvordan arbeidsgiver kan motiveres til å trene, utvikle og ansette personer med lettere psykiske lidelser. Det er mulig å kombinere begge disse to strategiene samtidig.

Strategien som i hovedsak har vært benyttet i inkluderingsarbeidet på det norske arbeidsmarkedet er tiltak rettet mot tilbudssiden (Østerud, 2020). Samfunnet legger opp til at enkeltindividet selv har ansvaret for å utbedre sin helsesituasjon og finne riktig behandling. Som påpekt med Løchens (1976) konsept om en diagnostisk kultur brukes diagnoser til å forklare problemer, handlinger og årsakene plasseres hos individet. Selv om lettere psykiske lidelser ikke diagnostiseres på samme måte som tyngre lidelser, kan denne ansvarliggjøringen av individet likevel føles tilnærmet lik. I arbeidslivet rettes blikket mot arbeidsevnen og ressursene (Berge og Falkum 2018), personen har selv ansvaret for sine kvalifikasjoner og attraktivitet på arbeidsmarkedet. Likevel har denne strategien sett ut til å gi få konkrete resultater noe som har ført til at denne vinklingen har blitt kritisert. En utfordring med et for ensidig fokus på tilbudssiden er nettopp at sykefravær oppleves som et personlig ansvar. Personer som selv blir ansvarlig for å gjøre de nødvendige grepene, kan oppleve dette som tungt dersom de ikke lykkes. Denne kulturelle forventningen kan også bidra til et stigma mot en marginalisert gruppe som allerede er i en sårbar situasjon (Salognon 2007).

En rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet (2020) av Spjelkavik, Enehaug, Klethagen og Schafft viser at utviklingstrender i arbeidsmarkedet kan delvis forklare hvorfor samfunnet ikke lykkes med arbeidsinkludering. De trekker frem en del problematikk rundt nåværende strategi for inkludering og påstår at den er for snever. Her finner de også at perspektivene på inkluderingsarbeid har utviklet seg i retning av å ha hovedfokus på arbeidstakerne. Utfordringen de viser til er mangel på en mer helhetlig totalforståelse av inkluderingsarbeidet som også bør innbefatte arbeidslivet, byråkrati, støttefunksjoner og de

konkrete organisasjonene. Forfatterne viser til en kompleksitet i inkluderingsarbeidet som gir behov for kontinuerlig fleksibel tilnærming. En fleksibilitet og noen ganger eksperimentell tilnærming er i mange tilfeller ikke forenelig og motstrider vår byråkratiske samfunnsmodell som til enhver tid skal effektiviseres og fungere så rasjonelt som mulig. Vellykket inkludering innebærer ofte at kandidaten har behov for en spesialisert oppfølging som hjelper å løse helt unike utfordringer som støtes på i bedriften. Svært standardiserte støttesystemer kan derfor bli for rigide og lite nyttige for den enkelte. Dersom man hadde fått bedre samhandling i arbeidet med inkludering, assistert av statlige fleksible støtteordninger kan man se for seg at arbeidsgivere hadde fått et utvidet handlingsrom og bedre muligheter for tilrettelegging (Spjelkavik mfl. 2020, s. 22- 23).

Det kan se ut til at strategiene rundt etterspørselssiden er noe mindre utprøvd, men oppfattelsen av at arbeidsgiver må ta et større ansvar for dette er et gjennomgående tema i forskningen. For å lykkes med aktiv inkludering som strategi, bør man forstå hva som skal til for å engasjere arbeidsgivere til å endre sin adferd. For å få en bedre forståelse av hva som skal til for økt inkludering redegjør jeg for sentrale faktorer for arbeidsgivers beslutninger innenfor litteraturen på feltet. Disse er kategorisert som 1) kunnskap, 2) holdninger og stigma, 3) engasjement, og 4) samfunns mål og insentiver.

Kunnskap

Robert E. Cimera (2002) har konstatert at arbeidsgivers posisjon fungerer som en flaskehals mot integrering for personer med psykiske helseproblemer. Arbeidsgiver er portvoktere, de bestemmer hvem som får tilgang til arbeidsmarkedet, og hvem som blir holdt utenfor. Eivind Falkum, Angelica Schaft og Øystein Spjelkavik (2019) har undersøkt arbeidsgivers grunner for å ansette personer med redusert funksjonsevne. De trekker frem at ansettelsesprosessen er ofte en situasjon med manglende og asymmetrisk informasjon om jobbsøkeren hvor arbeidsgiver bruker sin subjektive vurdering til å selektere blant jobbsøkere. Det er en utbredt forståelse i forskningslitteraturen at ansettelser skjer på bakgrunn av det rasjonelle valg, det vil si at arbeidsgiver velger den mest gunstige kandidaten som kan innfri etterspørselen i virksomheten og tilknyttet minst risiko. Det rasjonelle valg er betinget av hvor mye kunnskap arbeidsgiver kan erverve seg (Falkum mfl. 2019, s. 144). Arbeidsgivers subjektive vurdering er kompleks, det betyr at flere faktorer påvirker vurderingen. Denne vektingen kan oppfattes som en risikovurdering arbeidsgiver gjennomgår ved ansettelsen (Falkum 2012). Som påpekt finnes det lite forskning på hvordan kunnskap om lettere psykiske lidelser hos den enkelte

arbeidsgiver påvirker inkluderingen (Schafft 2007). Schafft (2007) understreker i en studie på ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter behovet for å først forstå arbeidsgivers «gode grunner» for (ikke) å ansette, for å kunne forstå hva arbeidsgiver opplever som problematisk med inkludering. Arbeidsgiver har en egen rasjonalitet og det er viktig å få innsikt i hvordan de legitimerer og hvilke forhold som ligger bak vurderinger de gjør. Schafft påpeker videre at kunnskapsnivået på psykiske lidelser hos arbeidsgiver generelt er lavt og refererer til en undersøkelse av Rådet for psykisk helse gjennomført ved årsskifte 2005/2006 som bestod av 638 daglige ledere, der 90 prosent innrømmet å ha lite kunnskap om psykiske lidelser (Schafft, 2007, s. 58).

Som nevnt i innledningen er kategorien lettere psykiske lidelser ikke entydig definert og kan utgjøre en gråsonerom som kan gjøre det vanskelig for arbeidsgiver å definere. Hvis det viser seg at arbeidsgiver mangler kompetanse på dette feltet, kan det være utslagsgivende for hvordan de vurderer jobbsøkeren. Mangel på kunnskap kan resultere i at den mest kvalifiserte kandidaten ikke får stillingen. En vanlig kritikk av teorien om det rasjonelle valg (RTC) er at den er for instrumentell. Raymond Budon (1994) kritiserte RTC-handlingsteori for være lite opptatt av individnivå og det kognitive aspektet ved rasjonalitet. Budon mener at individets rasjonalitet er begrenset som ikke tar høyde for at individet kan handle ut fra normativ eller verdibaserte overbevisninger. Sett ut fra Budon sitt argument velger arbeidsgiver basert på subjektive vurderinger som ikke nødvendigvis svarer til den mest fordelaktige kandidaten for stillingen (Boudon 1994; Falkum mfl. 2019, s. 147). Unger (2002) viser at arbeidsgivers holdninger til ansatte med funksjonsnedsettelse er avhengig av erfaringen vedkommende har med funksjonsnedsettelse. Dette viser hvilken rolle kunnskap om redusert funksjonsevne har hos arbeidsgiveren, både når de skal evaluere jobbsøkere og ikke minst kunne se muligheter for å tilpasse arbeidet hos den enkelte.

Når arbeidsgivere i ansettelsesprosessen ikke besitter den nødvendige kunnskapen eller erfaringen, skyldes ikke dette nødvendigvis kun mangel på sykdomsforståelse. En ansettelsesprosess er ofte forbundet med store utfordringer knyttet til mangel på informasjon og oversikt over jobbsøkerne. Det er ofte et tidspress involvert, arbeidsgiver må forholde seg til mange jobbsøkere og det benyttes ulike metoder eller kilder for informasjonsinnhenting. Dette gjør beslutningen om å ansette riktig jobbsøker krevende og arbeidsgiver må på et tidspunkt, basert på det de har hatt mulighet til å innhente av kunnskap om søkerne, foreta en beslutning. Eivind Falkum med flere (2019) beskriver denne prosessen om innhenting av

informasjon som aldri fullkommen. Dette medfører at arbeidsgiver vil tolke jobbsøkere ut fra normative oppfatninger og kulturelle verdier, og basere valget på den som ser ut til å best innfri målsettingen med ansettelsen. Dersom den rasjonelle arbeidsgiver kommer til kort i informasjonsinnhenting og baserer avgjørelser på subjektive førsteinntrykk av jobbsøkere der de med psykiske helseutfordringer nedprioriteres, kan arbeidsgiver mislykkes i inkluderingen.

Holdninger og stigma

Det å gi en gruppe en merkelapp assosiert med negative holdninger eller fordommer er ofte det som omtales som stigmatisering. Erving Goffman (1963) påpekte tidlig at psykiske lidelser er i mange sammenhenger forbundet med et stigma. Stigma er ofte assosiert med diskriminerende adferd mot denne gruppen. En del forskning viser at stigma og diskriminering henger sammen, og at psykiske lidelser er spesielt utsatt for dette. En nylig studie av Birkelund med kolleger (2020) studerte sammenhengen mellom erfaring, stereotypier og diskriminering hos arbeidsgivere i møtet med utenlandske statsborgere i ansettelsesprosesser. De finner at arbeidsgivere med dårlig erfaring ikke slipper denne gruppen til, de med god erfaring er mer villige til å ansette mens hos arbeidsgivere som hadde liten erfaring var de risikoaverse og baserte avgjørelsene sine i større grad på stereotypiske holdninger mot denne gruppen. Forskningen på stigma og diskriminering understreker betydningen av erfaring på det aktuelle feltet og hvordan generelle holdninger og stereotypier får betydning i fravær av dette. Forskningen til Burke med kollegaer (2013) og Scheid (2005) viser til hvordan negative stereotypier og stigma rundt personer med lettere psykiske lidelser får konsekvenser når arbeidsgivere skal evaluere jobbsøkere. Burke med flere påpeker at arbeidsgiverne er bekymret for prestasjon og produktivitet, samt merkostnaden ved å ansette en person med slike lidelser (Burke et al., 2013; Kaye, Jans, & Jones, 2011; Legnick-Hall, Gaung, & Kulkarni, 2008). De er også mer bekymret for hvordan mentale lidelser påvirker produktiviteten negativt sammenlignet med personer som har funksjonsnedsettelse (Brohan mfl.2012; Ren, Paetzold, & Colella, 2008).

Østerud (2020) påpeker betydningen av å forstå konteksten som arbeidsgiver er underlagt i en ansettelsesprosess. Arbeidsgiver er pålagt å følge lovgivning i en ansettelsesprosess, men påvirkes også av kulturelle og sosiale normer om åpne og rettferdige prosesser. I den forbindelse blir det riktig for arbeidsgiver å ansette kandidaten som er best kvalifisert og fortjener stillingen. Ved ansettelser skal jobbsøkers kvalifikasjoner være rådende for hvem som fortjener stillingen, men selv om kvalifikasjoner skal stå høyt på prioritetslisten, viser en

tidligere studie av Vegar Bjørnshagen «The mark of mental health problems. A field experiment on hiring discrimination before and during COVID-19» (2021) at jobbsøkere som er kvalifiserte for stillingen, men som også opplyser at de har psykiske helseproblemer diskrimineres i ansettelsesprosessen. Bjørnshagen undersøkte effekten av dette ved å sende ut parvise jobbsøknader til 699 arbeidsgivere, hvor begge kandidatene var like godt kvalifisert for stillingen, men den ene opplyser om en tidligere mental lidelse. Resultatene viser at gruppen med tidligere mental lidelse har 27 prosent lavere sannsynlighet for å bli innkalt til jobbintervju. En lignende studie utført av Hipes (et al, 2015) viste også at det skjer diskriminering av personer med psykiske lidelser i jobbsøkerprosessen ved å sende ut fiktive jobbsøknader. Noen søknader inneholdt opplysninger som innebar en tidligere historikk med psykiske lidelser, og denne gruppen hadde betydelig lavere sjanse for å bli oppringt av arbeidsgiveren. Som jobbsøker kan det se ut til at det ikke lønner seg å være åpen om psykiske helseproblemer (Brohan mfl. 2012). Ofte har lidelsene forårsaket at personen har stått utenfor arbeid (Butterworth mfl. 2012). Mye av litteraturen viser at det kan oppstå en negativ spiral dersom en jobbsøker har stått utenfor arbeidslivet på grunn av en lidelse, for deretter å oppleve at det er ekstra vanskelig å komme tilbake i arbeid på grunn av hull i CV-en eller en historikk forbundet med en psykisk lidelse. Samtidig finnes det også forskning som viser hvordan arbeidsgivere som i utgangspunktet er dedikert eller lovpålagt til å inkludere denne gruppen går frem for å få dette til på arbeidsplassen. En studie av Lindsay med flere (2018) viser at konkrete strategier må på plass for å kunne skape en tillitsfull dialog. Det er viktig at arbeidsgiver forstår og legger til rette for den enkelte. Slike strategier kan også være effektive hos arbeidsgivere som tidligere har hatt for vane å utelukke denne gruppen.

Når det gjelder negative holdninger omkring psykiske lidelser hos arbeidsgivere, kan man se for seg at det i større grad behøves konkrete samfunnstiltak som styrker insentivene for inkludering. IA-avtalen er et slikt viktig tiltak hvor en nylig studie utført av Bjørnshagen og Ugreninov på «Labour market inclusion of young people with mental health problems in Norway» (2020) at IA-avtalene og formaliserte rekrutteringsprosesser har en positiv sammenheng med inkludering. Likevel viser samme studie at kun et fåtall arbeidsgivere er villige til å invitere kvalifiserte jobbsøkere med lettere psykiske lidelser til jobbintervju. Forskningen at virksomheter som forplikter seg til avtaler i større grad lykkes med inkludering når det er satt i system, men når det kommer til ordinære jobbsøkerprosesser viser en del forskning at negative forutinntatte holdninger kan gjøre det vanskelig for jobbsøker å bli innkalt til intervju. Virksomheter ser ut til å prioritere å holde fast på eksisterende ansatte,

det vil tiltak for å unngå sykefravær eller frafall, mens nye ansettelser er ofte forbundet med høyere risiko og kostnader (Falkum mfl. 2019). En dansk studie av Rosdahl og Uldall-Poulsen (2003) bekrefter funnene om at arbeidsgiveres motivasjon til å rekruttere ansatte med redusert funksjonsevne er betydelig lavere enn motivasjonen knyttet til å legge til rette for eksisterende ansatte på arbeidsplassen. Som nevnt tidligere må arbeidsgiver kunne legitimere bruk av ressurser og tid på tilrettelegging. En del forskning viser at arbeidsgivers holdning til psykiske lidelser kan også være knyttet til at mentale og mer usynlige plager er vanskeligere å få plassert fremfor fysiske plager som kanskje bare krever ekstra kontorutstyr (Folkenborg, 2019, s. 183). Dette finner blant annet norsk studie av Dale-Olsen med flere (2005) på erfaringer med IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne.

Slik det fremgår i forskningen på denne kategorien er arbeidsgivers bekymringer ikke erfaringsbaserte alene, men uttrykk for en type kollektivt stigma og stereotype antagelser (Falkum mfl. 2019, s. 147).

Engasjement

Basert på de øvrige avsnittene kan man stille spørsmål til hva som skal til for å skape et engasjement hos arbeidsgivere til å i større grad tilrettelegge og ansette personer med lettere psykiske lidelser. For å realisere inkluderingsmålene med «dugnadsånd» som del av løsningen må vi forstå hva som engasjerer arbeidsgivere til å strekke seg utover ordinære forpliktelser. Indre motivasjon henger tett sammen med de øvrige tematikkene kunnskap, forståelse, holdninger og stigma, mens ytre motivasjonsfaktorer kan eksempelvis være knyttet til myndighetenes strategier og insentiver. Østerud (2020) skriver om hvordan myndighetenes passive strategier oppfattes og i hvilken grad arbeidsgivere i det offentlige er motivert og villige til å etterfølge disse retningslinjene. Østerud finner at arbeidsgivere i det offentlige ikke følger opp om kravet om minimum fem prosent nyansettelser fra marginaliserte grupper. Østerud mener at arbeidsgiverne forholder seg passive og bruker «milde» tiltak i inkluderingsarbeidet, noe som resulterer i at få personer med redusert funksjonsevne søker på stillingen. Dette kan være forbundet med forventningen om at arbeidssøkeren bør være den aktive parten fra arbeidsgiver. Det samme påpeker Falkum i en AFI-rapport på «Risiko og Inkludering» (2012). Når arbeidsgiver blir spurt om de rekrutterer ansatte med nedsatt funksjonsevne forklarer de mangel på jobbsøknader. Falkum forklarer at årsaken til at denne gruppen jobbsøkere i liten grad søker selv kan skyldes at de blir rekruttert i samarbeid med NAV. En rapport gjennomført av SINTEF som evaluerte IA-avtalen for perioden 2001 til

2009 (Ose mfl. 2009) forklarer at mangelen på jobbsøknader kan være knyttet til holdningen og ansvaret om at myndighetene har ansvar for å ivareta personer som ikke står i arbeid. Falkum påpeker at: «[...] dette «myndighetsansvaret» kan være så innarbeidet både hos "myndighetene" og blant personer med nedsatt funksjonsevne at det forventes at NAV skaffer dem en jobb» (Falkum 2012, s. 12). Dette kan også medføre at arbeidsgiver overtar denne holdningen.

En del studier har analysert arbeidsgivers adferd og holdninger. Andreassen og Bergene (2011) har kategoriserer hvordan arbeidsgivere praktiserer sitt sosiale inkluderingsansvar. Arbeidsmiljøloven og regelverk tilknyttet sykefravær gir arbeidsgiver plikter som skal følges opp. Dette kalles forpliktelsesbasert sosialt ansvar. Arbeidsgivere som strekker seg utover disse forpliktelsene har en moralsk forståelse av sosialt ansvar. Strategisk forståelse av sosialt ansvar kjennetegnes ved at arbeidsgiver inkluderer for å beholde medarbeidere som det er vanskelig å erstatte, det vil si inkludering ut fra nytteverdi for virksomheten (Falkum, 2014, s. 143). Thomas Bredgaard (2018) har kategorisert arbeidsgivers engasjement i typologier basert på hvordan de handler, og hvilke holdninger de har fra tidligere. En typologi er forenklinger av typisk adferd i typer med utgangspunkt i observerte fenomener (Weber, 1968). Ifølge Bredgaard er det mulig at en engasjert arbeidsgiver i større grad kan forstå ansatte og legge godt til rette for funksjonsnedsettelse. Et slikt engasjement kan gjøre arbeidsgiver i bedre stand til å forstå verdien av inkludering og tilrettelegging hos hvert enkelt individ. Slik det fremgår i Bredgaard sin modell vil arbeidsgivers holdninger og aktiv deltagelse slå ut i måten de engasjerer seg.

	Nonparticipation	Participation
Positive attitudes	The passive employer	The committed employer
Negative attitudes	The dismissive employer	The skeptical employer

Tabell 1: Employer engagement typology Bredgaard (2018).

Basert på Bredgaards modell kan man lese at disse to faktorene gir opphav til fire forskjellige tilstander hos arbeidsgiveren. Disse er en passiv, en dedikert, en avvisende og en skeptisk. Setter man modellen i sammenheng med intensjonen om at arbeidsgivere aktivt skal delta i dugnaden og engasjere seg utover sine forpliktelser, ser det ut til at både deltagelse og gode holdninger blir nødvendig for å skape dedikerte arbeidsgivere. Denne skisseringen gjør det naturlig å stille spørsmål til hvordan samfunnet skal utforme sin inkluderingsstrategi for å

blant annet endre arbeidskultur, holdninger og øke arbeidsgivers delaktighet. En del internasjonal forskning understreker betydningen av både sosialpolitiske inngrep, statsfinansierte støttesystemer og gode HRM-systemer i spesielt større bedrifter som tilrettelegger, utvikler arbeidsstyrken og driver holdningsskapende inkluderingsarbeid (Berkel 2020). Nøyaktig hva som engasjerer den enkelte er sammensatt, men basert på forskningen kan det se ut til at helhetlig satsning i ulike kanaler, holdningsskapende arbeid, kunnskap om lettere psykiske lidelser og konkrete strategier i virksomheten til å imøtekomme slike utfordringer kan bidra til motivasjon, engasjement og økt inkludering.

Samfunns mål og insentiver

I Norge er det konsensus om at det er gunstig for samfunnet å inkludere alle som har mulighet og ønske om å delta i arbeidslivet. Kari Folkenborg (2011) omtaler arbeidsnærhet som en statsbærende konsensusbasert ideologi. Hun forklarer at 60 prosent av arbeidstakere i Norge har tilknytning til en IA-avtale, som viser bred oppslutning om intensjonen rundt et mer inkluderende arbeidsliv. Folkenborg (2011) finner i sin studie av forståelser av virksomhetenes sosiale ansvar i en skandinavisk kontekst at ledere og tillitsvalgte støtter seg til offentlige formål og intensjoner. Lederne er enige om at potensialet er stort for en tilpasset arbeidsplass, men når det i praksis skal utføres stiller de spørsmål rundt fremgangsmåte og utføring. De gjennomgående gode intensjonene i stat og næringsliv ser ut til å møte utfordringer i praksis, noe som igjen reiser spørsmål rundt motivasjon, utforming av dagens sosialiseringstiltak, insentivordninger og ansvarliggjøring av myndigheter og partene i næringslivet (Folkenborg, 2011, s. 177-178). Etzioni (1961) viser til tre faktorer for å få til endring som er normer, tvang og lønnsomhet. Folkenborg (2011) forklarer at sosialt ansvar forankres gjennom tilskudd, rettigheter, plikter, pålegg, offentlige intensjoner eller politiske program samt etiske og moralske normer. Den nordiske modellen for sosialt ansvar har sett ut til å favne ganske bredt rundt disse tiltakene. Bredgaard (2004) og Drøpping (2003) beskriver den nordiske modellen som en konsensustilnærming som lener seg mot en felles dugnadsånd, moralsk appell og tillitt til enkeltmennesket som er sterke kulturelle verdier. Internasjonalt kan man se større forskjeller på ulike tiltak for integrering, men på grunn av variasjoner i rammebetingelser kan det være vanskelig å sammenligne (Schafft 2007). Schafft (2007) forklarer i sin forskning kompleksiteten rundt bruk av tvang som virkemiddel og viser til kvoteordninger i Tyskland, Italia og Frankrike. Her har bedriftene blitt pålagt å inkludere en prosentandel med psykiske lidelser som jo kan være en sterk motivasjon for å tilrettelegge hos virksomheten, men samtidig være kostnadskreven. Videre trekker Schafft frem utfordringen

rundt det at virksomheter kan bli motivert til inkludering som følge av tilpasning til kvotekrav, som igjen kan medføre at noen sykdommer fremstår som mer attraktive og på denne måten gi opphav til en sykdomsrangering i arbeidslivet.

Litteraturen på feltet belyser hvordan arbeidsgivers beslutninger blir påvirket av kunnskap og holdninger, personlig engasjement samt utformingen av samfunns mål og insentiver. Tidligere forskning påviser at det fortsatt er motforestillinger og stigma tilknyttet psykiske lidelser hos arbeidsgivere. Som påpekt finnes det lite forskning på arbeidsgivers kompetanse tilknyttet sykdomsforståelse og tilhørende sykdomsrangering på lettere psykiske lidelser i arbeidslivet. Denne kompetansen kan påvirke arbeidsgivers mulighetsrom og beslutningsprosesser tilknyttet aktiv inkludering, og det er spesielt innsikt på dette området jeg ønsker å bidra med i min forskning.

4. TEORI

I dette kapitlet redegjør jeg for teoretiske begreper og konsepter som er brukt for å forstå empirien. Siden jeg studerer arbeidsgiveres forståelse av arbeid og lettere psykiske lidelser har jeg benyttet både en arbeidssosiologisk og helsesosiologisk tilnærming til problemstillingen. Sosiale konstruksjoner er sentralt i begge teorier, men arbeidssosiologisk teori retter seg mot arbeidslivets roller og dynamikk, samt diskriminering og stigmatisering. Fokus i helsesosiologisk teori er hvilken betydning helse, sykdom og behandling har i samfunnet, der sykdom ikke bare fremstår som biologisk, men som et sosialt fenomen. Dette er ikke to adskilte kategorier, for eksempel er Erving Goffmans (1963) teorier om stigma en viktig referanse i både helsesosiologi og teorier om diskriminering i arbeidssosiologi. Begge perspektivene kan bidra til å belyse sykdomsforståelse, utfordringer og muligheter tilknyttet inkludering.

4.1 Helsesosiologisk perspektiv

Mens medisinen diagnostiserer og kan behandle individets sykdommer og helseproblemer, er sosiologi opptatt av å forstå forhandlingsprosessene rundt problemet. Et aspekt i helsesosiologi er at forståelsen av sykdom og diagnoser er sosialt bestemt, der grensen mellom sykdom og helse ikke blir definert av objektive kriterier. Det vil si at måter vi tenker og handler, iblandet strukturelle og sosiale forhold påvirker hvilken erfaring man tilegner seg

om helse og sykdom (Tjora, 2012). Sykdom er historisk konstituerte kategorier og det er språket som muliggjør kategorier for aktørenes forståelse av et felt. Hvilket ståsted aktørene i arbeidslivet forstår verden fra blir viktig for virkelighetsforståelse. Et eksempel på hvordan språket konstituerer vår forståelse av sykdom finner vi hos filosofen Michael Foucault. Han beskrev opprettelsen av psykiatrien som en sosial institusjon på 1800- tallet og utover 1900- tallet, og var opptatt av språkets makt tilknyttet psykiske lidelser. Han trekker frem at psykiske lidelser tidligere ikke «eksisterte» som en kategori, men vokste frem som en sosial konstruksjon tett koblet mot kunnskap og makt i samfunnet. Grupper som ikke kunne innrette seg til samfunnets konformitet ble kategorisert som fattige, «gale» og kriminelle og ble sperret inne og over tid ble de «gale» overført til psykiatriske institusjoner (Johannessen mfl. 2018, s. 61-62). Psykiske lidelser har med andre ord en sosial historie avhengig av kontekst og aktører.

4.1.1 Behandlingssamfunnet

Det vestlige moderne samfunn omtales som et behandlingssamfunn og underlagt en diagnostisk kultur (Lian, 2012, s. 49). Dette favoriserer helseprofesjonenes vitenskapelige blick. Helseprofesjonene har fått økt definisjonsmakt gjennom medikalisering. Sentralt for oppfattelsen av behandlingssamfunnet, er det Yngvall Løchen (1976) kalte den diagnostiske kultur hvor «[...] diagnoser og diagnostiske kategorier brukes som forklaringer på ulike typer av problemer og handlinger, handlingene årsaksforklares, årsakene plasseres i individene og løsningen på problemer søkes i det enkelte individ» (Tjora, 2012, s. 19). Ser man ekspertenes definisjonsmakt og den diagnostiske kultur i sammenheng dannes et bilde av hvordan stadig flere sider av den menneskelige tilværelse underlegges et medisinsk språk og rammeverk. Medikaliseringen ordner atferd etter et bestemt system. Medikalisering betyr «å gjøre medisinsk», men har blitt gitt en videre betydning på basis av det sosiale aspektet i måten vi forstår sykdom på. Illich (1996) definerer medikalisering som en sammensatt prosess som fører til utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi. Dette fører til at medikalisering får en normskapende funksjon, der stadig større deler av livet vårt blir relevant for medisinsk intervensjon. Medikalisering betyr at medisinske aktører tilskrives makt til å definere samfunnets forståelse av avvik. Dette har innvirkning på normalitetsbegrepet i samfunnet og hva vi regner som syk og frisk (Tjora, 2012, s. 49- 58). Diagnoser er medisinske sykdomskategorier som setter avvik fra normalen inn i et diagnostisk system. På denne måten blir helseprofesjonene en premissleverandør for arbeidsgiver sin tolkning av sykdom og

tilhørende oppfølging.

Tradisjonelt sett anses medisinen for å være i konstant utvikling. Her anses kunnskapen medisinen besitter som en serie relative konstruksjoner innenfor den sosiokulturelle sammenheng som kunnskapen oppstår i. Disse reforhandles konstant (Lupton 1994). Ifølge Turner er sykdom å anse som en medisinsk fortolkning av virkeligheten (Turner 1995). Det sentrale her er at man forstår sykdom ut ifra dikotomien «syk/frisk». Dette fører til at man ser på enkelte likheter, symptomer og strukturer fremfor andre. På den måten former man et sett med regler for hvordan legemet skal fortolkes slik at den kan gjøres forståelig for den medisinske profesjon. Det er dette som omtales som «det kliniske blikk». Det å trekke grensen mellom syk og frisk er et spørsmål om definisjonsmakt som tilhører de profesjonelle helseaktørene. Helseprofesjonen utøver medisinsk makt der sykerollen defineres inn i eller skyves ut fra helsefaglige institusjoner (Tjora, 2012, s. 17- 20).

4.1.2 Sykdomsforståelse

Det er flere måter å klassifisere avvik i normal helsetilstand på. I sosiologien er det vanlig å forstå sykdom som sosialt og historisk betinget, der sykdomsforståelsen har forskjellig betydning ut fra kontekst og tid. Sosiologen Bjørn Hoffman (2008) trekker frem tre fremtredende perspektiver i måten vi tolker sykdom på, avhengig av hvem man spør. Dette er pasientperspektivet-, helseprofesjonelles- og samfunnets perspektiv. Hoffman foreslår i denne sammenhengen å bruke de tre engelske begrepene: «disease» (sykdom), «illness» (lidelse), og «sickness» (svekkelse). Disease (sykdom) refererer til observerbare avvik i kroppens normale struktur som kan måles i en blodprøve eller observeres under et mikroskop. Disse avvikene kan diagnostiseres og behandles av en lege. Illness (lidelse) viser til den subjektive opplevelsen av sykdom, der individet opplever at noe er galt og tolkes som et symptom på at man er «syk». Mens sickness (svekkelse) handler om hvordan samfunnet vurderer personen til å være svekket i forhold til normaltilstanden og åpner for en sykerolle der man kan trekke seg tilbake fra sine daglige forpliktelser og sosial omgang. Det finnes med andre ord ingen objektiv vurdering av sykdom, men forskjellige perspektiver ut fra hvem som vurderer sykdommen (Hoffman 2008, s. 155-118; Johannesen & Album 2015, s. 144-145).

Begrepene «disease» (sykdom), «illness» (lidelse), og «sickness» (svekkelse) søker å skille på hva som er syk og frisk, men en slik skillelinje er vanskelig å trekke og man ender opp med en gråson (Hagelund, 2014, s. 133). Jeg finner at psykiske lidelser gjerne befinner seg i en

gråsoner, noe som gjør mine informanter usikre på hvor reell den psykiske lidelsen er. Et trekk ved sykdomsforståelse hos informantene er svekkelse av helse som er uønsket fordi den gir redusert mestring og dårligere arbeidskapasitet. Lauveng (2008) trekker frem at det kan være en sammenheng mellom personlig erfaring og aksept for psykiske lidelser (Falkum mfl. 2019, s. 146).

4.1.3 Sykdomsprestisje

Måten vi forstår sykdom på har et sosialt konstruert aspekt ved seg. Dag Album og Lars E.F. Johannesen (2015) gjennomførte kulturalanalytisk forskning på sykdom (disease) og videreutviklet det diagnosesosiologiske perspektivet. De introduserte et nytt forskningsområde som handlet om prestisje tilknyttet sykdom kalt «sykdomsprestisje», der behandlingen av enkelte sykdommer er forbundet med mer prestisje enn andre. Forskningen er en forlengelse av sosiologen Max Weber lagdelingsprinsipp basert på prestisje, penger og makt, der prestisje betyr at noe eller noen får varierende anseelse. Prestisje er et relasjonelt fenomen, det vil si at noe har alltid høy eller lav prestisje i forhold til noe annet og er ikke en egenskap i seg selv (Album & Johannesen, 2015, s. 147-148).

Album erfarte allerede som stipendiat at leger omtalte sykdommer med forskjellig verdiladning på pauserommet. Enkelte sykdommer ble vurdert som finere enn andre. Senere gjennomførte Album og Steinar Westin (2016) intervjuer med leger og systematiserte prestisjekriterier. Det første kriteriet handler blant annet om sykdommens forløp, om den er akutt eller kronisk og alvorlighetsgrad. Den andre angår sykdommens typiske behandling, der legen kan påvirke sykdomsforløpet på en «dramatisk» måte gjerne ved hjelp av høy teknologi. Mens den tredje kategorien angår sykdommens typiske pasient og alder, kjønn, samt eventuell uenighet om sykdomsforståelse mellom pasienten og legen, og om sykdommen gjør pasienten sterkt svekket. De trekker frem at den jobben som en nevrokirurg gjør for å redde en kvinne fra akutt hjerneblødning ved hjelp av CT-undersøkelse og krevende hjerneoperasjon har langt høyere prestisje enn å forsøke og hjelpe en pasient med kronisk lidelse med en diffus og ubestemmelig årsak som eksempelvis fibromyalgi. Muligheten for at behandleren kan fremstå som heroisk (handlekraftig, teknologisk avansert og behersket) så ut til å utgjøre den viktigste komponenten når man vurderer prestisje. På det medisinske området blir psykiatri og geriatri plassert nederst i prestisjehierarkiet (Album & Johannesen, 2015, s. 149, 154).

4.1.4 Den klassiske sykerollen

Inkluderingspolitikken har medført en utvikling av sykerollen til å inkludere lettere psykiske lidelser i arbeidslivet. Talcott Parsons (1951) innførte begrepet sykerolle i helsesosiologi. Denne grenen inngår som en del av medisinsk sosiologi som handler om hvordan individet forstår sykdomstilstanden de er i og hvordan de handler i forhold til det. Sykerollen, slik Parsons forstår den, er en tidsavgrenset rolle man trer inn i når individet ikke er i stand til å delta i produksjonen. Denne rollen gir sosiale eller samfunnsmessige konsekvenser, det vil si at den som syk får visse rettigheter, men dette forutsetter også at individet gjør det som kreves for å bli frisk og gjenoppta sine forpliktelser (Tjora, 2012, s. 67).

Parson (1951) definerte sykerollen ved fire sett institusjonelle forventninger. For det første må den syke unntas fra sine normale forpliktelser, noe som gjør at sykdommen legitimeres, for eksempel av fagkyndige (tredjepart). For det andre, den syke kan ikke forventes å bli frisk ved egen vilje: den syke er fritatt fra ansvar som han eller hun er i en tilstand som må bli tatt hånd om av andre. For det tredje, er det en forventning til at den syke må ønske å bli frisk, der sykdom er en uønsket tilstand. For det fjerde forventes det at den syke oppsøker kompetent hjelp for å bli frisk, typisk ved å oppsøke lege (Hagelund, 2014, s. 136). Parsons påpeker at fagkyndige kan gi den syke legitimitet til å trekke seg tilbake fra sine daglige arbeidsoppgaver. Sykerollen er en sosialt konstruert rolle som fritar individet fra plikter og gir rettigheter. Imidlertid er det risiko for misbruk av rettigheter og dette medfører behov for kontroll. Samfunnets aktører, kanskje aller mest arbeidsgiver blir derfor ambivalent til sykerollen og drages mellom å hjelpe og å kontrollere (Tjora, 2012, s. 67).

Et interessant aspekt med den klassiske sykerollen er at den handler om å trekke seg tilbake fra arbeidet, mens sykerollen tilknyttet lettere psykiske lidelser har utviklet seg til å bli en aktiv sykerolle i henhold til myndighetenes strategi. Inkluderingspolitikken kan på denne måten sies å snu den klassiske sykerollen på hodet. Den første IA-avtalen i 2001 la ikke vekt på Sandman-utvalgets rapport om å begrense sykefraværet ved å trekke skillelinjer mellom frisk og syk, det vil si følge opp den klassiske sykerollen. Imidlertid utviklet sykerollen seg gjennom Mykletun-utvalgets rapport som vektlegger den helsebringende effekten ved en aktiv sykerolle, det vil si aktivisering og arbeidsnærver. Mykletun-rapporten legger også vekt på at man må ta hensyn til hvilke helseplager som fører til sykefravær. Lettere psykiske lidelser trekkes frem der man benytter «multisymptome tilstander» og «psykofysiologiske stressmodeller» for å forklare bakgrunnen for eventuelt sykefravær (Hagelund, 2014, s. 143-

145). Dette betyr at sykdomsforståelsen og behandlingsforløpet forblir uklart. Aktørene på dette feltet befinner seg i et vanskelig landskap mellom å avklare tydelig sykdom og klassisk sykerolle og å akseptere en gråsone mellom hundre prosent syk og frisk, der arbeidstaker er delvis funksjonell.

4.2 Arbeidssosiologisk perspektiv

4.2.1 Arbeidslivet som scene

På bakgrunn av Goffmans teatraliske metaforer kan arbeidsmarkedet forstås som en scene med rollebesetning. Selv om Goffman ikke var arbeidssosiolog gir denne metaforen et godt bilde på arbeidslivet og rollene som utspiller seg som kan sidestilles med opptredener på en scene. Disse rollene er sosiale posisjoner med bestemte forventninger knyttet til seg (Goffman 1992; Johannesen mfl. 2018, s. 220). Både arbeidsgiver og arbeidstaker svarer til bestemte roller i arbeidslivet. Goffman sitt rammeverk kan være nyttig for å forstå hvor opptatt arbeidsgiver er av arbeidstakers rolle med tanke på inntrykkskontroll ovenfor kollegaer og eksterne kunder. Arbeidsgiver kan forvente at arbeidstaker svarer til en bestemt idealtipe som er produktiv og som passer inn i eksisterende arbeidsmiljø, noe som krever inntrykkskontroll. Riktig rolleopptreden forutsetter hos Goffman at man mestrer rollen og behersker inntrykksstyring, der den som besitter rollen, må styre publikums inntrykk av seg selv, det vil si fremstille seg selv på en bestemt måte som virker autentisk og overbevisende (Goffman 1992; Johannesen mfl. 2018, s. 234-235). Dette gjelder også i de tilfeller hvor arbeidstaker ikke kan delta i produksjonen og må påta seg en autentisk sykerolle. Derfor inkluderer jeg Goffman sitt begrep om inntrykkskontroll i empirien tilknyttet front- og backstage- representasjoner. Goffman mener det er forskjell på hvilke roller individet spiller ut fra om individet befinner seg på scenen eller bak scenen. Frontstage situasjoner foregår foran publikum, mens backstage situasjoner foregår bak kulissene uten publikum til stede (Johannesen mfl. 2018, s. 235).

4.2.2 Stigmatisering og diskriminering

Stigma og sosial identitet

Stigma refererer opprinnelig til en fysisk merking av individet for å vise at de var for eksempel en slave eller kriminell som har mistet sin status og burde unngås i offentligheten.

Samfunnet har utviklet ulike kategorier for stigmatisering som blir endel av individets sosiale identitet. Å få et stigma er og betyr at individet blir tillagt merkelapper som er gjenstand for dårlig behandling, blir skjøvet til side og diskriminert (Goffman, 1963, s. 11-13; Falkum, 2013, s. 214). Opplevelsen av å bli utsatt for stigmatisering kan ha en dobbel effekt. Det kan føre til at individet forsøker å unngå kontakt og forsterker følelsen av utenforskap i samfunnet. Individet overtar de negative holdningene fra omgivelsene og ender opp med å stigmatisere seg selv (Schafft, 2009). Goffman tok for seg kjennetegn ved individet som kunne være diskrediterende. Dette ble utgangspunktet for stigmaanalyser av forskjellige sykdommer som viste at psykiske lidelser ofte er forbundet med stigma (Album & Engebretsen, 2012, s. 2; Goffman 1963). Videre oppstår stigmatiserende tendenser i asymmetriske maktrelasjoner slik som i forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (og jobbsøker). Goffman presiserer at folk med mentale helseproblemer blir sett på som avhengige, upålitelig og til og med farlige. Senere har Link og Pheland konkretisert effekten av dette stigmaet i forhold til generell livskvalitet, det vil si inntjening, bolig, helse samt kriminell innblanding (Link & Phelan, 2001, s. 363).

Favorisering av inngrupper fremfor utgrupper

Arbeidsplassen er en arena for identitetsavklaring. Dette kan belyses nærmere med diskursteori som bygger på ideen om at språket er strukturert i forskjellige mønstre (tegn) som skaper en bestemt forståelse av verden. Tegnets betydning er arbitrært, det kan i prinsippet bety hva som helst og tillegges sin betydning ved å stå i kontrast til noe annet og gir opphav til språklige kategorier. En retning innenfor diskursteori er diskurspsykologi som bruker sosial identitetsteori som en måte å forstå gruppeprosesser på. Sosial identitetsteori beskriver hva som skjer med individets identitet og vurderinger når de befinner seg i en gruppesituasjon. Når individet blir medlem av en gruppe, starter de å identifisere seg med gruppens perspektiv og verdsett, og språklige kategorier. Dette gjør at individet foretrekker en sosial identitet fremfor en personlig identitet og utelukker andre perspektiver. Dette fører til at individet favoriserer sin egen inngruppe og diskriminerer utgrupper (Jørgensen og Phillipsen, 2013, s. 34-35, 110-111).

I intervjuene viser informantene tydelige tegn favorisering av egne ansatte med tilsvarende diskriminering av jobbsøkere utenfra. Pager og Shepherd (2008, s. 193) nevner at forskning på diskriminerende stereotyper i arbeidslivet viser at arbeidsgivere etter hvert har fått bedre holdninger til svakere grupper i samfunnet, men at innholdet i stereotypene fortsatt er de

samme. Videre påker de at siden arbeidsgiver skal minimere økonomisk risiko, blir statistisk diskriminering brukt, det vil si at arbeidsgivere benytter gruppekarakteristika for å vurdere den enkelte jobbsøker. Siden arbeidstagere med psykiske lidelser statistisk sett er forbundet med høyere fravær, nedprioriterer arbeidsgiver denne ut-gruppen. Risikoen tilknyttet mangel på kunnskap om den enkelte jobbsøker minimeres ved å velge en kandidat fra en gruppe med høyere antatt produktivitet (Bubonya mfl. 2017). Favorisering av inn-gruppe kan også være knyttet til organisatoriske mål. Arbeidsgivere er opptatt av å bygge opp lojalitet og solidaritet i organisasjonen, og opprettholder derfor stabile kategorier for lignende jobbsøkere (Pager og Shepherd, 2008, s. 194).

4.2.3 Ambivalens

Ambivalens betyr at man kjenner motstridende følelser overfor noe eller noen. Det vil si at man ønsker å gjøre noe, men kjenner på motstand fordi noe er nytt på feltet som krever nye tanker og løsninger. Motstand kan kjennes ubehagelig og er vanlig når det er snakk om endring. Ambivalens kan være et tegn på en positiv utvikling (Berge & Falkum, 2018, s. 57). Informantene er gjennomgående ambivalente i intervjuene. De ønsker å være inkluderende og gode medmennesker, men er underlagt høye krav til arbeidsmiljø og produksjon i virksomheten.

4.2.4 Arbeidsgivers handlingsrom for inkludering

En mulig forklaring på inkluderingsadferd er handlingsteori og individets mulighetsrom. Jon Elsters (2007) handlingsteori utdyper hvordan man kan forstå handling ut ifra aktørens ønsker og muligheter i en bestemt situasjon – som definerer et mulighetsrom. Dette skjer ved at individet bruker to sorteringsmekanismer. Den første handler om hvilke begrensninger individet er underlagt og den andre om hvilke valg individet kan ta gitt mulighetene det har. Her blir individets preferanser viktig og er gjerne basert på at aktøren velger det handlingsalternativet som gir best konsekvens (Elster, 2007, s. 165-166). Et mulighetsrom omfatter med andre ord mulige valg som individet prioriterer ut ifra egne preferanser etter å ha utelukket utestengte valgmuligheter. Arbeidsgiver kan stå ovenfor et begrenset mulighetsrom. Arbeidsgiver kan gode intensjoner, men arbeidsgiverrollen som stiller krav til produktivitet og effektivt ressursbruk begrenser deres mulighet for inkludering i praksis. Imidlertid mener Ester at muligheter kan fremstå som viktigere enn ønsker og være med på å

endre normale handlingsmønstre hos individet (Elster, 2007, s. 170).

Teorien om rasjonelle valg

Teorien om rasjonelle valg er basert på at individet ønsker å oppnå et bestemt mål og handler nyttemaksimerende for å realisere målet. Her antar man at arbeidsgiver er risikoavers og vil minimere økonomisk risiko tilknyttet ansettelse eller løpende personalansvar. Når en arbeidsgiver skal ansette, etterspør de spesiell kompetanse og ferdigheter. I tillegg til kompetanse stiller de krav til fysiske, sosiale og kulturelle egenskaper hos arbeidstakere og velger den jobbsøkeren som synes best å tilfredsstille kravene. Nedsattfunksjonsevne kommer i tillegg til dette (Falkum, 2012, s. 3). Videre trekker Falkum og kollegaer frem at ansettelse av personer med funksjonsnedsettelse kan medføre utgifter som utgjør en stor prosentandel i kostnadsbildet. I enkelte virksomheter kan disse utgiftene bidra å endre overskudd til underskudd (Falkum mfl. 2019, s. 146). Velferdsstaten ønsker at inkludering skal kunne være en vinn-vinn-vinn-situasjon mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og samfunnet (Falkum mfl. 2019, s. 143). Dette fremstår som det mest objektive valget på vegne av helheten. Budon (1994) presiserer at individet ikke nødvendigvis velger det mest fordelaktige ut fra et helhetlig perspektiv, men velger på basis av subjektiv rasjonalitet. Arbeidsgiver kan ha «gode grunner» til å ansette mindre kompetente arbeidssøkere framfor den mer kompetente med psykisk lidelse (Schaff, 2007). Slik bruker en arbeidsgiver begrenset rasjonalitet til å ta en beslutning som ikke nødvendigvis gir det mest objektive resultatet.

Arbeidsgivers idealtyper på arbeidstakerrollen og jobbsøkerne

De vanligste teoriene om arbeidsgivers beslutningsprosesser tilknyttet vurdering og kompensering av arbeidstakere er basert på den ideelle arbeidstaker (Rivera, 2020, s. 223). I denne sammenheng tematiserer Frederike Scholz og Jo Ingold (2020) hvordan arbeidsoppgaver blir definert og organisert i henhold til personer uten funksjonsnedsettelse, og at funksjonsnedsettelse blir sett på som en mindreverdige menneskelig tilstand. De påpeker at denne innstillingen er dypt forankret i samfunnet og kan ha en negativ innflytelse på hvordan ansatte og jobbsøkere med funksjonsnedsettelse blir sett ned på av arbeidsgiver og seg selv. Videre finner de at virksomheter har fastlåste forventninger om en tenkt arbeidstaker som er knyttet til kjønn, ideelle egenskaper og oppførsel tilknyttet en tenkt standardstilling. Scholz definerer standardarbeidstakeren som en handlekraftig, sterk og rasjonell ledertype som er opptatt av å være produktiv, men ikke har stiftet familie eller har andre lignende

forpliktelser. Disse forventningene blir kritisert for å være for mekanistisk der ansatte blir sett på som maskiner uten å ta hensyn til individuelle forskjeller (Scholz & Ingold, 2020, s. 5- 6).

I artikkelen «Employer Decision Making» (2020) er Lauren Rivera opptatt av den sosiologiske innfallsvinkelen til arbeidsgivers beslutningsprosesser. Hun påpeker at den klassiske innfallsvinkelen fokuserer på utfall fremfor prosessuelle beslutningsmekanismer. Rivera tar utgangspunkt i human kapital teori (HCT) som handler om hvordan arbeidsgivere vurderer og kompenserer sine arbeidstakere basert på kunnskap, evner og erfaring. HCT er ifølge Rivera (2020) en anerkjent modell for å forstå arbeidsgivers beslutningsprosesser tilknyttet arbeidstakere og jobbsøkere, spesielt i kunnskapsbedrifter. Deretter beskriver hun fem vurderingsmekanismer som arbeidsgiver bruker for å estimere arbeidstakers evner og produktivitet. Dette er signalteori, sosial kapital, statistisk diskriminering, statusbasert teori og sosial gruppebeskyttelse. Signalteori viser til at arbeidsgiver bruker observerbare karakteristika som indikator på arbeidstakers produktivitet, for eksempel høyest oppnådd utdanning. Dette vil kunne gi arbeidsgiver et inntrykk av hvor dyktig kandidaten er til å tilegne seg, forstå og nyttiggjøre seg av ny informasjon. En slik utdanning forutsetter at et individ har tilgang til ressurser som bidrar med faglig støtte til individet. Vurdering av individets produksjonskapasitet er med andre ord avhengig av individets bakenforliggende sosiale struktur. Sosial kapital bygger videre på signalteori, der arbeidsgivers sosiale nettverk også kan være en indikator på arbeidstakers produktivitet. Høy sosial kapital er forbundet med høy menneskelig kapital. Dette betyr at arbeidsgiver kan være tilbøyelig til å velge arbeidstakere fra sosiale grupper med høy status. Ellers foretrekker arbeidsgivere ofte arbeidstakere som kommer fra organisasjoner som de kjenner til eller fra eget nettverk.

Statistisk diskriminering handler om at arbeidsgiver estimerer individets evner og produktivitet ut ifra den gruppen de kommer fra og hvordan det statistiske gjennomsnittet er, for eksempel psykiske lidelser som er forbundet med høyere sykefravær (Rivera, 2020; Bergene & Falkum, 2018). Statusbasert teori bygger på at arbeidsgivere vurderer arbeidstakere ut ifra stereotypiske oppfatninger av grupper. Disse stereotypiske perspektivene faller under to kategorier, de faglige dyktige, og de snille og hyggelige arbeidstakerne. I motsetning til statistisk diskriminering er disse stereotypene basert på kulturelle holdninger som ikke nødvendigvis er erfaringsbaserte eller relevante (Rivera, 2020, s. 218- 220). Den siste mekanismen Rivera trekker frem er sosial gruppebeskyttelse, der arbeidsgiver søker å beskytte eksisterende arbeidsmiljø ved å ekskludere arbeidstakere som ikke passer inn.

Rivera mener at arbeidsgivers emosjoner og identiteter har en innflytelse på deres beslutninger, men at dette har blitt lite diskutert i litteraturen hvor ideer om den mer økonomisk rasjonelle arbeidstakeren og arbeidsplassens produktivitet som nevnt ovenfor har stått sterkest. Det er spesielt to følelser hos arbeidsgivere som er avgjørende for beslutninger tilknyttet vurdering og kompensering av arbeidstakere. Den første er knyttet til hvor god arbeidsgiver liker arbeidstakeren og den andre går på hvor begeistret de er for arbeidstakeren. Arbeidsgivere rangerer jobbsøkere som de liker høyere enn andre selv om de besitter samme kvalifikasjoner, prestasjoner og oppførsel. Dette er i tråd med at arbeidslivet utgjør en stor andel av livet og at positive relasjoner som gjør at folk trives på jobb og opplever tilhørighet. Dette følelsesmessige aspektet kan ifølge Rivera føre til et bias med tilhørende forfordeling av goder. Det kan også være motsatt, at arbeidsgiver indirekte straffer arbeidstakere som de ikke liker. Med tanke på begeistring kan dette spille en stor rolle i ansettelse, men litteraturen viser at dette er mest utbredt i en amerikansk kontekst (Rivera, 2020, s. 223-224).

Rivera trekker frem at gjenkjennelse er en viktig årsak til at arbeidsgiver liker individet. Gjenkjennelse har også sterk innflytelse på arbeidsgivers beslutningsprosesser. De har en tendens til å aktivt rekruttere og fremme arbeidstakere som ligner dem selv og eksisterende arbeidsmiljø. Arbeidsgiver kan også favorisere arbeidstakere som de kan etablere et vennskap med eller tilegne seg økt status, det vil si tilfredsstille et personlig mål fremfor et organisatorisk mål (Rivera, 2020, s. 224).

Psykisk lidelse som symbolsk forurensning

Riveras (2020) beskrivelse av sosial gruppebeskyttelse er en mekanisme som minner om betydningen av individets symbolske grenser. Teorien om symbolske grenser handler om hvordan individet forstår og klassifiserer sin sosiale verden. Når individet klassifiserer sin omverden, etablerer det konseptuelle grenser som gir opphav til «oss» og «dem» kategoriseringsprosesser (Lamont, 1992). Sosiologien har i de siste tjue årene blitt mer opptatt av hvordan den symbolske dimensjonen er knyttet til kultur og maktforhold. Denne kulturelle vendingen tar avstand fra den rasjonalistiske samfunnsforståelsen der symbolske grenser kan skape og opprettholde «ulikheter mellom individers og gruppers livssjanser og materielle betingelser» (Lamont & Molnár, 2002). Studiet av sosiale grenser kan gi innsikt i bakgrunn for inkludering og ekskludering av grupper i samfunnet (Løvgren & Orupabo, 2018). Arbeidsmarkedsforskning viser hvordan arbeidsgivers forståelse av likhet og hvem som passer inn i virksomheten er viktig for å forstå hvordan de kategoriserer jobbsøkere. En

tendens er at arbeidsgiver inkluderer det de kjenner best til fra før, det vil si inn-gruppen fremfor å diskriminere ut-gruppen (Midtbøen, 2013; Rogstad, 2001).

Mary Douglas (1966) var opptatt av hvordan den symbolske orden er gjenstand for inklusjon og eksklusjon av elementer i forhold til en klassifisering i en gitt bestemt kulturell kontekst. Den symbolske orden krever en god kulturell forståelse av grensdragningene samt en kontinuerlig ryddeprosess hos individet. Noe blir definert som tilhørende og noe blir definert som fremmed eller urent i forhold til kategorien. Det som ikke passer inn, forkludrer klassifikasjonene og er gjenstand for «matter out of place» –et uønsket biprodukt av kategoriseringen (Douglas, 1966, s. 36; Solheim, 1997).

5. METODIKK

I dette kapitlet tar jeg for meg metodiske refleksjoner i forskningsprosessen og hvordan jeg har gått frem for å besvare forskningsspørsmålene. Først redegjør jeg for intervjuet som metode og utformingen av forskningsdesign. Deretter viser jeg til de ulike fasene som forskningen bestod av – alt fra beskrivelse av utvalg, gjennomføring av intervju, datainnsamling til bearbeiding av materialet og fremstilling av funn. For å sikre gjennomsiktighet og etterstrebe målet om troverdig forskning, har jeg dokumentert alle fasene i prosessen. Det blir også redegjort for beslutninger og modifikasjoner underveis som har hatt betydning for resultatene. Jeg avslutter kapitlet med å diskutere kvaliteten i datamateriale, ved å se på styrker og svakheter knyttet til fremgangsmåte og forskningsdesign. Siden jeg studerer menneskelig adferd, har det også vært nødvendig å redegjøre for etiske hensyn.

5.1 Det kvalitative intervju som metode

Valg av forskningsmetode er betinget av formålet med studien, der man som forskere lager et design som er best egnet. Et anliggende for studien har vært at forskningslitteraturen på dette feltet er begrenset. Det er mye kunnskap om de ansattes perspektiv i forhold til psykiske helseproblemer, men begrenset på arbeidsgivers perspektiv og inkluderingsansvar. Videre ønsket jeg å undersøke om det skjer en sykdomsrangering innen psykisk helse hos arbeidsgivere på tilsvarende måte som studien til Dag Album (2016) blant leger. Denne rangeringen har store konsekvenser for ressursprioritering og resultater. Jeg ønsket å bidra til forskning og teoretiske debatter på dette feltet samt eventuelt støtte eller nyansere tidligere forskning.

Jeg anså det som viktig å forstå arbeidsgivers perspektiv på hvilke inkluderingstiltak som fungerer for denne arbeidsgruppen. Her ble utforskningen av individers ståsted som innebærer fortolkning, meningsdannelse og motiver for handling viktig, men også eksterne påvirkninger og diskurser som individet kan være underlagt i forhold til inkludering av denne gruppen arbeidstakere og jobbsøkere. Å forstå arbeidsgivers perspektiv gjorde at valget falt på kvalitativ intervjuform som metode. Det kvalitative intervjuet som metode konstruerer kunnskap gjennom samspillet i spørsmålstillingen og informantens opplevelser og historiefortelling. Metoden har gitt meg anledning til å studere det «unike» i arbeidsgivers fortolkninger, det antropologen Clifford Geertz (2000) kaller «tykke beskrivelser». Tykke beskrivelser forklarer i større grad sammenhengen rundt en handling eller noe som beskrives, som kan gi en bedre forståelse av temaet. Tykke beskrivelser kan være vanskelig å fange opp i et standardisert spørreundersøkelsesskjema (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 20-21). Når arbeidsgivers komplekse vurderinger og selvopplevde handlingsrom på arbeidsplassen studeres, kan tykkere beskrivelser være behjelpelig for å bedre forstå disse temaene. Målet mitt var å benytte historiefortelling som kunne gi mest mulig fyldig datagrunnlag.

5.2 Utvalg og rekruttering av informanter

Kvalitative metoders styrke er at man kan designe et strategisk utvalg. Et slikt utvalg er basert på forskerens teoretiske og analytiske kriterier til forskjell fra statistisk generaliserbare utvalg. Strategisk utvalg har en pragmatisk tilnærming ovenfor forskerens adgang til feltet, omfanget av ressurser og tid (Kvale & Brinkmann, 2018). Det har vært et bevisst valg å rekruttere informanter som har erfaring med personalledelse og at utvalget skal representere forskjellige type virksomheter. Samtidig har adgangen til feltet, «læring» underveis medført justeringer fra det opprinnelige designet. Koronarestriksjonene medførte en del begrensninger på utvalget, samtidig som det var mye læring i det å tenke kreativt og få adgang til feltet. De fleste arbeidsgiverne jeg fikk kontakt med oppga at de ikke hadde overskudd til å delta i intervju under pandemien. På denne måten måtte jeg tenke pragmatisk og rett og slett bruke det utvalget jeg fikk adgang til. Alle åtte respondentene som deltok var kollegaer eller bekjente av mine foreldre og steforeldre, men var likevel ukjente for meg. Gjennom deres nettverk fikk jeg adgang til portvoktere på feltet.

Hva kjennetegner et godt utvalg? Kvale og Brinkmann (2018) skriver at utvalget i kvalitative intervju har en tendens til å være for lite eller for stort. Ulempen med et lite utvalg er lav

overførbarhet, mens med et stort utvalg kan det være vanskelig å gå dypt nok i empirien. Et standard mål i kvalitative intervjuundersøkelser er gjerne alt fra 10- 15 respondenter. Dette avhenger av tid og ressurser som man har, men også «loven om fallende bytte» der supplering av nye informanter til et visst punkt vil føre til mindre kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 148). Det er ikke nødvendigvis slik at flere intervjuer betyr bedre vitenskapelig grunnlag for å trekke slutninger. Denne forutsetningen henger igjen fra kvantitativ forskning som krever et minimum antall av utfall for å bruke statistisk metode (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 148).

Refleksjoner rundt utvalg

Noen av de viktigste justeringene gjort fra det opprinnelige utvalgsdesignet har handlet om det endelige utvalget er hensiktsmessig for forskningen. I startfasen hadde jeg mange ideer og var stadig på jakt etter nye informanter som kunne bidra med enda flere interessante utsagn. Jeg glemte der og da at flere informanter ikke nødvendigvis betyr bedre forskningsresultat, og innså at det var viktigere å definere et klart fokus med hva jeg ville vite. En slik åpenhet og nysgjerrighet til feltet kan være en styrke, og kan bidra til ny innsikt som man ellers ikke ville oppdage. Samtidig kunne det til tider være «overveldende» og jeg mistet fokuset på hva som egentlig var formålet med studien. I starten hadde jeg blant annet også en idé om å skille mellom private og offentlige sektorer, der jeg forventet at de offentlige ville inkludere i større grad. Dette skillet viste seg å være lite fremtredende. Jeg hadde også en idé om å inkludere yngre arbeidsgivere siden det kan tenkes at de har et helt annet perspektiv på psykiske lidelser. Jeg tok kontakt med en yngre restaurantsjef og en dagligleder i en frisørbedrift, begge i 30- årene. Jeg fant raskt ut at et slikt utvalg ble for omfattende fordi det var vanskelig å få nok respondenter med denne profilen under pandemien. Det var viktigst for meg å få tak i erfarne personalledere for å sikre et godt datagrunnlag, mens utvalget blir på denne måten også litt ensidig.

Beskrivelse av utvalget

Det samlede utvalget bestod av åtte informanter. Felles for informantene var at alle hadde lang erfaring innen personalledelse, hadde møtt på mange forskjellige arbeidstakere og hadde hatt en sentral rolle i ansettelsesprosesser. De var av den grunn godt trent i å lese, motivere og følge opp ulike ansatte som går igjennom ulike faser og utfordringer både innenfor og utenfor arbeidsplassen. Informantene representerte både offentlig og privat sektor, kunnskapsbedrifter og manuelle bedrifter (kiosk) så vel som små og store bedrifter. Videre var begge kjønn godt representert.

Tabellen under gir en nærmere oversikt over informantene i studien.

Tabell 1: beskrivelse av informantene

Informant	Kjønn	Type bedrift	Erfaring fra type bedrifter	Erfaring med personalansvar
1	Kvinne	Kunnskapsbedrift Universitet	Privat bedrift Konsulentbransjen	30 år
2	Kvinne	Kunnskapsbedrift Universitet	Privatbedrift Idrett	18 år
3	Kvinne	Kunnskapsbedrift Kommune	Privat bedrift Juridisk rådgivning	22 år
4	Kvinne	Kunnskapsbedrift Universitetssykehus	Privat bedrift Sykehus	18 år
5	Kvinne	Kunnskapsbedrift HR-sjef og konsulent	HR-konsulent Offentlige- og private bedrifter	20 år
6	Mann	Fysisk bedrift Kiosk og dagligvarehandel	Private- og offentlig bedrifter	24 år
7	Mann	Kunnskapsbedrift IT-firma	Offentlig bedrift Universitet Forsvaret	30 år
8	Mann	Kunnskapsbedrift Konsulent og rådgiver, innleid leder	Utstrakt erfaring fra offentlig- og private bedrifter	30 år

5.3 Intervjuguide

Før jeg startet med intervjuene utformet jeg en intervjuguide¹. Jeg har benyttet meg av dybdeintervju med halvstrukturerte spørsmål. Denne tilnærmingen er gir rom for åpenhet til feltet ved å ha en åpen spørsmålstilling der den intervjuede forteller om tema de selv er

¹ Se vedlagt intervjuguide.

interessert i og anser som viktig, samtidig som forskeren kan rettlede samtalen innenfor ønsket område. I spørsmålsstillingen ville jeg unngå å legge føringer for samtalen og jeg tilpasset spørsmålene underveis ut fra det enkelte intervju og hva de snakket om. Dette er det Kvale og Brinkmann (2018, s. 71) kaller fleksibel kunnskapsproduksjon. Intervjuguiden fungerte som en mal for samtalen og sjekkliste for at jeg hadde dekket spørsmålene, men ble i mange tilfeller fulgt relativt nøye fordi spørsmålene ble for åpne, noe som resulterte i at samtalen stoppet opp. Siden informantene ønsket tett oppfølging og eksempler, ble guiden justert til å være mer detaljert og inkluderte flere oppfølgingsspørsmål samt eksempler på situasjoner som arbeidsgiver kunne møte på feltet. Spørsmålene i en intervjuguide skal være forankret i et teoretisk og analytisk formål, samtidig som språket og spørsmålene være formulert på en måte som den intervjuede kan forstå og kjenne seg igjen i.

5.4 Refleksjoner rundt egen posisjon

Alle individer forstår verden ut fra sitt perspektiv basert på sine erfaringer og preferanser (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 268). Forskeren har en egen forutinntatthet som kan påvirke forskningen, for eksempel i forhold til hvilke spørsmål som stilles på intervju og hvordan man fortolker empirien. For å sikre at forskningen ikke er manipulert, er det viktig å reflektere over egne forutsetninger ovenfor valgt forskningstema, være åpen og lyttende og akseptere nye innfallsvinkler og ideer som kan stå i motsetning til egne forventinger og kunnskap på feltet. Det er ikke et vitenskapelig mål i seg selv å være verdifri, men forskeren skal etterstrebe gjennomsiktighet på sitt ståsted slik at forskningen kan sees i lys av det. I planleggingsfasen har jeg vært opptatt av å stille spørsmål knyttet egen forståelse av feltet, for eksempel resultatet av økt åpenhet om psykisk helse i samfunnet og antagelser om skepsis og negative holdninger til inkludering av personer med lettere psykiske lidelser, men gjennom forskningsprosessen finner jeg flere funn som går på tross av dette. Arbeidsgiverne jeg har snakket med ser ut til å ta slike lidelser mer alvorlig og er til tider mer optimistiske til inkludering enn jeg hadde trodd. Forskerens forforståelse kan også brukes som en fordel da det kan gi fokus og føre til god utdypning av et tema. Psykisk helse er et tema jeg er opptatt av, men hadde lite kunnskap om arbeidsgivers perspektiv på dette feltet. Det kan sies at dette perspektivet og min nysgjerrighet har vært viktig for å produsere kunnskapen tilknyttet denne studien.

Den kvalitative intervjuemetoden er i utgangspunktet preget av et maktforhold mellom forskeren og den som blir intervjuet. Ideelt skal intervjuet være et likeverdig samspill, men rollefordelingen gjør den til en asymmetrisk maktrelasjon. Forskeren kan både manipulere dialogen og har monopol på fortolkning. Dersom informantene merker dette, kan de protestere på spørsmål og fortolkninger eller trekke seg fra intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 37, 51). Til å begynne med kjente jeg på to asymmetriske forhold i intervjuene. Den ene handlet innledningsvis om at jeg som ung og uerfaren student skulle snakke med erfarne og mye eldre personalledere. Den andre handlet om at jeg kom inn som forsker og «faglig ekspert» på området og skulle stille dem vanskelige spørsmål om et sårbart tema. Jeg oppdaget at hvis jeg kunne by på meg selv og utrykke egen sårbarhet, for eksempel at jeg var en uerfaren forsker som var interessert i å lære mer (og ikke «ute etter å ta dem»), åpnet gjerne informantene seg mer om sine erfaringer og utfordringer på feltet. Videre utrykte jeg empati for at dette feltet kan være komplekst og vanskelig for lederne. Jeg opplever at jeg fikk god dialog med alle informantene som ble villige til å dele viktige erfaringer for å fremme forskningen på dette feltet.

5.5 Forskningsmessig kvalitet

Kvalitative intervju som metode er ikke underlagt standardiserte krav. Det eksplorative designet gir forskeren rom for fleksibilitet og kreativitet i forskningen, samtidig finnes det knagger for kvalitetssikring og et godt intervju. Kvale og Brinkmann (2018) viser til uttrykket «intervjuet som håndverk» når de snakker om kvalitetssikring av intervjuet. Kvalitet oppstår som et resultat av «styrken og verdien av den kunnskapen som produseres» (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 36) og bør være et mål i alle faser av forskningen. Indikatorer på kvalitet er at intervjueren mestrer intervjuformen, viser relasjonell sensitivitet, etisk bevissthet og gjør rimelige tolkninger av det som sies. Det er viktig at forskeren rettleder samtalen innenfor forskningens tema, men bør samtidig vise åpenhet for hva feltet betyr ved å skape rom for at informantens fortolkninger og tema de selv anser som viktig på feltet.

Reliabilitet og validitet

For å kunne gjøre noen betraktninger om hvorvidt mine funn i denne oppgaven er troverdige er det viktig å reflektere rundt studiens reliabilitet og validitet. I de øvrige delkapitlene har jeg forsøkt å informere om hele gjennomføringen av studiet ved å omtale intervjuerens og informantens refleksjoner, beskrive deltakerne og deres bakgrunn, kontekst, fremgangsmåte og metodiske avgjørelser. Slike beskrivelser av hva som er blitt gjort og hvordan, er med på å

skape en forståelse og gjennomsiktighet i alle faser av studien (Kvale & Brinkmann 2015). God gjennomsiktighet gjør det enklere å sette seg inn i prosessen og etterprøve resultatene, noe som kan styrke studiens reliabilitet. Jeg har vært opptatt å være presis i beskrivelsene og gjengi et godt bilde av intervjuprosessene med informantene.

Intern validitet

I hvilken grad resultatene som presenteres i oppgaven blir korrekt fremstilt og representerer arbeidsgivernes virkelige opplevelser er diskusjonen rundt validitet. Her har jeg vært opptatt av å ordrett gjengi informantenes sitater og samtidig fange opp den mellommenneskelige konteksten i samtalen. Som nevnt var lydopptak viktig for å kunne fokusere på selve samtalen, fange opp stemninger, tenkepauser, responser og andre viktige tendenser i samtalen med informantene. Lydopptak ga anledning til å gjennomgå språket i flere omganger.

Ekstern validitet

Det er også viktig å reflektere rundt ekstern validitet, altså hvorvidt resultatene kan generaliseres og gjenspeiler hvordan arbeidsgivere generelt i samfunnet opplever dette. Det kan trekkes frem at utvalget i studien er homogent med tanke på informantenes bakgrunn. Alle har eksempelvis lang erfaring som ledere med personalansvar. Et mer homogent utvalg kan både være en fordel og en ulempe. Fordel ved at studiet får et bedre inntrykk av opplevelsene knyttet til akkurat denne gruppen med solid erfaring. Ulempen kan være at min studie ikke får frem viktige perspektiver hos yngre grupper som er ferskere i lederrollen, med mindre erfaring rundt håndteringen av personer med lettere psykiske lidelser.

Etiske betraktninger

Etiske hensyn er relevant på alle stadier i forskningsprosessen og jeg har vært opptatt av å følge etiske retningslinjer for å ivareta konfidensialitet og den intervjuedes integritet. Først fikk jeg godkjent prosjektet av Norsk Senter for forskningsdata (NSD) slik at jeg hadde et opplegg for å innhente og oppbevare data i henhold til personvernregelverket. Videre sendte jeg ut en skriftlig invitasjon til informantene² der jeg informerte om formål og mulig verdi av forskningsprosjektet, prosjektets eierskap og finansiering, skissert tidsbruk og at samtalen innebar å dele erfaringer og tanker rundt tilrettelegging og arbeidsinkludering av personer med lettere psykiske lidelser. Ikke minst påpekte jeg at alle bidrag behandles konfidensielt

² Se vedlagt samtykkeskjema

ved at bidragsyter blir anonymisert.

I begynnelsen av intervjuene repeterte jeg informasjonen de hadde fått tilsendt for å sikre informert samtykke. Jeg understreket at virksomheten og enkeltpersoner ikke skulle bli gjenkjent i etterkant og at de kunne føle seg trygge på å dele informasjon. Videre informerte jeg om lydopptak og lagring av lydfiler på UiOs skylagring, sletteregler for disse, og etterarbeidet som ville gjøres med fjerning av identifiserbare egenskaper fra transkripsjonene. Et viktig kriterie fra NSD for å gjennomføre intervjuene handlet om å beskytte de ansatte. Jeg ba informantene om å snakke om sine ansatte generelt i tredjeperson uten å nevne navn eller noe som kunne gjenkjennes. Jeg informerte videre at informantene kunne lese gjennom den endelige masteroppgaven og gi tilbakemeldinger før publisering. Til slutt presiserte jeg at informantene hadde anledning til å trekke seg når som helst underveis i intervjuet. Denne innledningen til intervjuet skulle bidra til å etablere tillitt og trygghet til meg som forsker og resulterte i at jeg fikk et endelig samtykke på å gjennomføre selve intervjuet.

På intervju oppfordrer jeg arbeidsgiver til å dele personlige historier, holdninger til psykiske helseproblemer og erfaringer med personalansvar for ansatte. Dette reiser umiddelbart noen etiske dilemmaer. Jette Fog (2004) beskriver et grunnleggende etiske dilemma som forskeren kan møte på i ønsket om å stille dypt inntrengende spørsmål som er verdifull for forskningen og ønsket om å respektere den intervjuedes personlige grenser. Det kan også ligge et ubehag i å dele denne type sensitiv informasjon der informantene kan bli engstelig for egen kunnskap på feltet og måten de håndterer psykiske helseproblemer på i arbeidslivet. Denne teorien som handler om informantens mulige sårbarhet, stemte godt med det jeg opplevde i intervjuene i praksis. Informantene fremstod som sårbare ovenfor egen utilstrekkelighet tilknyttet oppfølging av psykiske helseproblemer og var usikre på om de i det hele tatt hadde noe å bidra med. Dette kom gjerne frem i begynnelsen av intervjuet. Jeg var opptatt av å betrygge og formidle at deres erfaring på feltet var verdifull, at jeg var ute etter deres personlige historier og ikke standard svar. En utfordring i starten av samtalen var at informantene ga korte og konsise svar som «passet» i henhold til regelverket på inkludering, og som kan sies i tråd med det å være en operativ leder. Det så ut til at lederne hadde lite erfaring med sosiolog og den kvalitative metoden som fordrer mer utfyllende beskrivelser og illustrerende eksempler. Jeg endte opp med å stille mange oppfølgingsspørsmål, by på meg selv og utrykke egen sårbarhet.

På grunn av pandemien måtte jeg gjennomføre seks av åtte intervjuer på plattformen Zoom. Et elektronisk møte på Zoom er ikke det samme som et ansikt til ansikt møte der forskeren har tilgang til alle nyanser av kroppsspråk og mimikk både for å forstå hva informantene formidler og hvor grensen for overskridelse går. Kommunikasjonsvinduet begrenses til et teknisk bilde og jeg følte at jeg fikk et mer distansert forhold til informanten.

Den siste fasen av forskingsprosessen som handler om å fortolke, oppsummere og konkludere basert på innsamlet data er også gjenstand for etikk med tanke på å bevare informantenes integritet samt forskerens epistemiske ansvar for å bidra til produksjon av betydningsfull kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 108). I bearbeiding av data har forskeren monopol på å fortolke dataene slik at det fremkommer en unik konklusjon (2018, s. 57). Det kan oppstå et problem om respondentene ikke kjenner seg igjen i fremstillingen, der man kan stille spørsmål til hvorvidt forskeren kan drive med «ekspertgjøring» av utsagnene. Først og fremst har jeg vært opptatt å gi en representativ oversikt over empirien ved å beskrive et rangert sykdomsspekter med tilhørende utfordringer og muligheter for tilrettelegging. Denne overordnede oversikten viser hvilke områder som det bør bevilges mer ressurser og/eller forskes videre på. Ved å fremstille funnene på et aggregert nivå basert på tendenser i dataene unngår man å trekke frem detaljer som kan gi uheldige konsekvenser, det vil si feilaktig fremstilling av dataene. Det overordnede målet er at innsikten skal bidra til å belyse utfordringer og muligheter for økt inkludering av personer med lettere psykiske lidelser.

5.6 Analytisk fremgangsmåte

Bearbeiding av empirien

Alle intervjuene ble tatt opp med båndopptaker. Dette er et nyttig verktøy under intervju som gir forskeren mulighet til å fokusere på selve samtalen og informanten, og fange opp det som kan være viktige små detaljer senere i forskningsprosessen (Silverman 2005). Empirien som forskeren sitter igjen med, bør gjenspeile det faktiske intervjuet. Dalen (2004) foreslår at man transkriberer i kort tid etter intervjuene for å bevare nærhet til materialet. Jeg noterte ned tendenser hos informantene, var oppmerksom på responsen og stemningen underveis i intervjuene. Slike detaljer fra intervjukonteksten ble verdifulle, og viste seg å være nyttige funn i studien. Eksempler på dette var lang betenkningstid, nøling og inkonsistenser. Når temaet sykdomsforståelse ble diskutert, var det flere av informantene som følte seg ubekvemme, trengte lang betenkningstid og nølte i tilbakemeldingene. Disse detaljene ga

eksempelvis opphav til funnet om arbeidsgivers ambivalens, manglende forståelse eller neglisjering av lettere psykiske lidelser på arbeidsplassen. Informantene spurte meg stadig om gjentakelser av spørsmålet, hva som lå i begrepet lettere psykiske lidelser, de var usikre på egen kompetanse og følte seg ikke i stand til å uttale seg på feltet. Flere ønsket bekræftelser på om det som ble sagt var «riktig». Det ble også spurt om jeg kunne komme med korrekte definisjoner samt statistikk fra profesjonelle helseaktører på hvor utbredt disse lidelsene var. Informantens assosiasjoner til helseaktører som ansvarlige og opptatthet av diagnoser, bekreftet teorier om helseaktørers definisjonsmakt på feltet og «medikaliseringssamfunnet», der arbeidsgiver kan mene at samfunnet er underlagt en slags diagnostisk kultur. Jeg fant også at ambivalensen ikke er utelukkende negativ. Bergene og Falkum (2018) fremhevet at ambivalens kan være tegn på en positiv utvikling på feltet og at informantenes diskurser er i en endringsprosess. Flere av informantene var gjennomgående selvmotsigende på temaer som ble spurt om og endret ofte fra positiv til negative holdninger. I oppstartsfasen var jeg usikker på hvordan jeg skulle tolke denne ambivalente stemningen og inkonsistensen. Her fant jeg den detaljerte transkriberingen og bemerkninger på respons eller stemning som viktig og nyttig å kunne gå tilbake til. Dette ga anledning til å kaste et nytt blikk på analysen i faser jeg var usikker på hva som egentlig ble formidlet i intervjuet.

I starten av analysearbeidet fant jeg mye homogenitet i empirien, der mange av utsagnene virket å si det samme. På et tidspunkt anså jeg dette som problematisk fordi det var lite nyanser å trekke på og at dette kunne gi lav grupprepresentasjon hos arbeidsgiver. Her innså jeg etter hvert at homogeniteten hos informantene tilknyttet sykdomsforståelse og utfordringer med tilrettelegging kunne være et viktig funn i seg selv.

Analytisk strategi

Kvalitative metoder følger ikke en standard mal for analyse. Analysemetoden er heller ingen endimensjonal, avgrenset fase i forskningen. Metodelitteraturen beskriver den analytiske fasen som en «evig runddans» mellom empiri, teori og analyse (Wadel, 1991, s. 129). Forskeren må likevel gjøre bevisste analytiske valg – de analytiske «brillene» man velger å se empirien fra har konsekvenser for hvordan funnene blir fremstilt. Analyser innebærer en betydelig reduksjon av rådata og kompleksitet og reduksjonen skal kunne representere informantenes perspektiv. Aksel Tjora (2012) mener at det er i analyseprosessen de fleste møter på problemer fordi den krever evnen til å arbeide systematisk og kreativt med datamaterialet. Det er lett å komme på avveie i denne fasen. Etter endt transkribering

opplevde jeg å ha et rikt datamateriale – som kunne gi interessante funn. Dette er et godt utgangspunkt, men også krevende fordi det innebærer en selektering. Man kan ikke presentere «alt», men det som er interessante å sette fokus på ut fra forskningsdesignet. Det første steget i analysefasen var inspirert av Tjoras modell for stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI). Modellen kan være hensiktsmessig for å utvikle konsepter, modeller eller teorier, der man starter empirinært for å ta ut potensialet i empirien og deretter jobber seg mot teoretiske konsepter (Tjora 2012, s. 175-176). SDI-modellen ble ikke fulgt slavisk, men fungerte som et utgangspunkt. Spesielt med tanke på bekymringer for at egne antagelser på feltet skulle gjennomsyre analysene.

Jeg startet med en empirinær tilnærming. Først leste jeg gjennom transkripsjonene flere ganger for å oppnå et helhetlig inntrykk. Videre gjorde jeg en tematisk koding. Jeg så på hvert enkelt utsagt, der jeg gjorde en tolkning i stikkordsform som «oppsummerer» det konkrete innholdet i empirien, for så å gruppere materialet i sentrale temaer. Eksempler på slike temaer var «psykiske lidelser er konstruert», «psykiske lidelser skyldes at samfunnet har strengt begrep for normalitet» eller «åpenhet er bra på arbeidsplassen». Denne metoden kaller Kvale og Brinkmann (2018) «meningsfortolkning» som er en metode for tolking av empiri på en fordomsfri måte (som mulig). Denne fortolkningen går utover umiddelbare betydninger i materialet mot å utvikle en bredere meningsstruktur (2018, s. 234). Basert på tematisk lesning endte jeg opp med å gjøre en slags tematisk analyse, der man grupperer empirien i mer generelle kategorier (Johannesen, mfl. 2020). Basert på denne lesningen utviklet jeg tre hovedtema som den resterende empirien ble organisert ut ifra. Dette var: «åpenhet», «sykdomsforståelse» og «muligheter og begrensninger for inkludering». Et eksempel på hvordan jeg kom frem til at åpenhet som spesielt fremtredende var at over halvparten av materialet inneholdt begrepet åpenhet i sammenheng med psykiske lidelser. Dermed utviklet jeg en ny problemstilling siden dette dukket opp som et nytt tema. De fleste av informantene knytter psykisk helse til åpenhet og særlig det risikable aspektet ved åpenheten, blant annet ideen om at jobbsøker eller arbeidstakere «lyver» på seg lidelser gjennom åpenhet og at den skaper «falske» sykeroller eller rom for unnasluntring. Den empirinære lesningen er likevel ikke adskilt fra teoretiske forestillinger. Man kan si at jeg brukte en abduktiv tilnærming, der jeg vekslet mellom empirinær lesning og mer teoretisk strategi, men var hele tiden opptatt av at empirien som skulle knyttes til teoretiske konsepter (Blaikie & Priest 2019). For eksempel ble økt åpenhet knyttet til teorier om stigma. Intervjuguiden fungerte som en teoretisk struktur

for å se om informantenes utsagn kunne knyttes til kjent teori.

Det kan stilles spørsmål til om forskeren kommer frem til en korrekt fremstilling av sine funn basert på sine intervjuer og om forskningen derfor er vitenskapelig. En vanlig kritikk av kvalitativ intervjumetode er at forskere fortolker forskjellig og derfor konkluderer ulikt, selv om budskapet fra informanten er det samme. Selv om det er vanskelig å reprodusere de samme fortolkingene og det stilles spørsmålsteget til objektiviteten i intervjuet, skriver Kvale og Brinkmann (2018, s. 238-239) at det skjer neppe så ofte som mange tror at intervjuuttalelser er gjenstand for helt ulike oppfattelser. Som påpekt er individet alltid preget av en forforståelse som har konsekvenser for hvordan det oppfatter verden og det blir derfor meningsløst å stille et krav om fortolkningskonsensus. Fortolkningsmangfold er legitimt.

6. ANALYSE

Inkluderingspolitikken har medført en utvikling av hvordan vi ser på og behandler lettere psykiske lidelser i samfunnet. Det har blitt mer oppmerksomhet og åpenhet rundt denne type lidelse der arbeidsplassen skal utgjøre en sentral del av behandlingen. Analysen er delt inn i tre hovedspørsmål som reflekterer arbeidsgiverperspektivet innenfor temaer som var fremtredende i empirien. Først ser jeg på effekten av økt åpenhet rundt lettere psykiske lidelser, og deretter analyserer jeg arbeidsgivers sykdomsforståelse og sykerollen de tildeler arbeidstakere og jobbsøkere. Til slutt ser jeg på hvordan arbeidsgiver opplever muligheter og begrensninger tilknyttet aktiv inkludering.

6.1 Åpenhet

Åpenhet rundt psykisk helse har vært et viktig tema i intervjuene. Informantene er opptatt av hvordan åpenhet bidrar til økt synliggjøring og normalisering av psykisk helse, men også at den skaper risiko for ytterligere sykdomsproduksjon og unnasluntring på arbeidsplassen. I det første analysekapitlet behandler jeg spørsmålet: «Hvordan forholder arbeidsgiver seg til åpenhet fra ansatte og jobbsøkere om lettere psykiske lidelser»?

6.1.1 Mer åpenhet

De siste ti årene har informantene opplevd mer åpenhet rundt psykisk helse i offentligheten og arbeidslivet:

«Det har vel alltid vært der. Tror ikke det nødvendigvis det har blitt mer eller mindre av de psykiske lidelsene, men nå er det litt mer åpenhet rundt det» (Informant 2).

«Det er kanskje ti år siden jeg først håndterte psykiske helseproblemer. Opplevde ikke at det var noe tema før i det heletatt. Det var heller ingen tilfeller rundt meg og ingen som fortalte meg om det» (Informant 1).

Informantene trekker frem at psykisk helse tidligere var mer tabubelagt, der ansatte brukte legitime årsaker for å fortelle at de hadde en dårlig dag eller behov for å sykemelde seg. I intervjuene fremstår det som om det før var et større behov for å kunne forklare og ha en tydelig årsak for å ha psykiske plager, mens det nå er en større aksept for å snakke om dem. Informantene forteller at åpenhet er gunstig på arbeidsplassen fordi den kan gi rom for tett dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og virker forebyggende mot fravær og sykdom i virksomheten:

«Før gjemte man det bort. De sa at de hadde et fysisk problem eller vondt i hodet eller et sted det var akseptert å ha vondt. Det er lov til å ha litt psykiske problemer i faser av livet. Før måtte jeg finne ut av det selv eller spørre: har du problemer med motivasjon eller noe? Måtte prøve indirekte, mens nå er det mer slik at det er lov til å fortelle og at de kommer til meg med problemer» (Informant 8).

Åpenhet rundt psykisk helse på arbeidsplassen kan også bidra til økt grad av arbeidsmoral. Den kan føre til at ansatte snakker mer åpent om sykdom og årsaken til den, noe som kan føre til en positiv smitteeffekt på arbeidsnærvær. Åpenhet kan bidra til alle ansatte møter opp selv om de har en dårlig dag og produserer det de kan fremfor å sykemelde seg:

«Jeg har hatt lavt sykefravær og lave personalkostnader i virksomheten. Har vært veldig på og drøftet problemer. Det er samtalene som gjør at du unngår sykemeldinger» (Informant 6).

«Jeg tror åpenhet er fint. Da blir det kanskje ikke så farlig eller utbredt på arbeidsplassen heller. Det kan utvikles en god kultur for at folk har dårlige dager» (Informant 1).

Men åpenheten har også et risikabelt element. Gjennomgående er informantene skeptiske til den nye åpenhetskulturen om psykisk helse i samfunnet. Det er en samstemt bekymring for at økt åpenhet endre maktforholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, noe som kan resultere i at flere av deres ansatte sykmelder seg:

«Det var jo endel psykiske problemer før, men i dag er det om å gjøre at alle skal stå frem om dem. Arbeidstakere har flere krav og rettigheter. Jeg tror det medfører at flere blir oppmerksomhet på det psykiske [...]. Før var de opptatt av hva de kunne gjøre for at bedriften skal gjøre det bra, mens i dag er det mer sånn «hva kan bedriften gjøre for meg». Du kan nesten ikke si et ord til ansatte før det er mobbing eller at de blir psykisk nedbrutt og får en sykmelding» (Informant 6).

«Det blir vanskeligere å ha personalansvar: før kunne jeg ansette og gi beskjed om hvilke behov jeg hadde for dem. De siste årene kommer ansatte med timeplanen sin og at vaktene må passe inn. De skal ha mye mer og jeg må være fleksibel» (Informant 7).

Arbeidsgiver mener at åpenhet rundt psykisk helse kan være sykdomsproduserende slik at de føler seg begrenset i hva de kan si og er bekymret for å bli stemplet som diskriminerende av ansatte. På den ene siden er informantene positive til at arbeidstakere kan være åpne om psykiske lidelser. Det er lettere for arbeidsgiver å verifisere psykiske problemer med økt åpenhet og den kan være et viktig verktøy for å opparbeide tillitt og mulighet til å forstå arbeidstakers situasjon og legge til rette for den. På denne måten kan åpenhet føre til reduksjon av sykefravær. På den andre siden er informantene bekymret for at flere ansatte kan skjule seg bak psykiske lidelser og medføre økt sykefravær. Uansett ser det ut til at økt åpenhet har gitt oppgav til nye tanker om psykiske lidelser som observeres gjennom endring i språklige kategorier, endring i stigmatisering samt mer ambivalens og til slutt økt aksept hos arbeidsgiver.

6.1.2 Sårbarhet

Samfunnets forståelse av helse og sykdom er i kontinuerlig endring og det er språket som muliggjør kategorier for aktørenes forståelse av et felt. Ifølge helsesosiologi vil det sosiale aspektet ved sykdomsforståelse være med på å definere kategorier for syk og frisk, normal og unormal, og er et spørsmål om definisjonsmakt (Tjora, 2012, s. 59). Tidligere har samfunnet gitt strengere kriterier for hva som hører til disse, men inkluderingspolitikk kan sies å ha medført en utvikling av disse kategoriene. Informantene uttrykker gjennomgående at det har skjedd en endring i språkbruk tilknyttet psykiske lidelser:

«Jeg tror vi trenger åpenhet og utvide vår forståelse av normalitet i arbeidslivet og samfunnet. Jeg pleier ofte å fleipe med at vi har jo alle vårt» (Informant 4).

Det er også fremtredende at informantene bruker ordet sårbarhet når de snakker om psykiske lidelser. I den sammenheng er psykiske lidelser en iboende sårbarhet hos individet fremfor

diagnoser:

«Tenker at alle kan ha med seg grad av sårbarhet. Tidligere ble folk plassert som sårbar eller rar, mens nå har vi et språk for det og kaller det psykiske lidelser. Vi trenger mer åpenhet fordi det utvider vår forståelse av normalitet. I stedet for å snakke om at det er store grupper som faller utenfor, er mange psykiske problemer normale (Informant 4).

«Psykiske lidelser er en del av det å være et menneske, det har blitt en sykliggjøring i samfunnet av helt normale ting. Mennesket kommer i litt forskjellige varianter og har forskjellige epoker i livet» (Informant 1).

«På 1990 tallet var ikke psykisk helse og depresjon et tema. ME-var ikke funnet opp enda. Jeg vet ikke om diagnosen på sosial angst er reell eller ikke. Du har konsepter som heter sjenert og introvert som ikke var diagnoser før» (Informant 7).

Flere informanter påpeker et ubehag tilknyttet å definere individet «utenfor» normalen:

«Det høres så skummelt ut når man plasserer det som lettere psykiske lidelser, det gjør at det blir litt skummelt, men hvis man snakker om på en slik måte, handler det om at alle sliter litt gjennom livet. Da blir de jo ganske normale» (Informant 5).

Informantene påpeker at individet har en iboende sårbarhet i seg som samfunnet ikke har akseptert. Når individet viser denne sårbarheten blir det definert som et avvik og plassert inn i et medisinsk system, det vil si gitt en merkelapp som kan virke sykliggjørende. Flere har en oppfatning om at det ville vært mindre psykiske lidelser dersom samfunnet ikke hadde et så innsnevret begrep på normalitet. Informantene gir uttrykk for at psykiske lidelser muligens er et samfunnskapt fenomen.

Videre påpeker informantene at lettere psykiske lidelser på arbeidsplassen har økt i omfang:

«Jeg har hatt flere tilfeller med de som sliter med psykisk lidelse i de siste 14 årene. Det var liksom ikke så høyaktuelt å prate om psykiske lidelser på midten av 1990- og starten av 2000 tallet. I dag er det mye prat om dem. Samfunnsendringene har ført til at vi prater om psykiske problemer like enkelt som det skulle være å spise en skive brød» (Informant 3).

Informantene trekker frem at omfanget av psykiske lidelser på arbeidsplassen øker. Analysen viser at åpenhet gir grobunn for nye måter å omtale sykdom og normalitet. Jeg finner at begrepet «sårbarhet» i mange tilfeller erstatter sykdomskategorien «psykiske lidelser» og

utfordrer virkelighetsforståelsen av normalitet. Informantene er med andre ord i ferd med å utvikle en ny diskurs, «sårbar» som er en helsestatus som befinner seg i gråsonen mellom syk og frisk. Språkbruk tilknyttet lettere psykiske lidelser har utviklet seg slik at sårbarhet utgjør en akseptert tilstand. Dette kan være med på å redusere sykeliggjøring og utfordre normalitetsbegrepet i samfunnet.

6.1.3 Tidstyver

Åpenheten og språklig utvikling tilknyttet lettere psykiske lidelser på arbeidsplassen har normalisert psykiske plager og dempet noen av motforestillingene til informantene. Noen holdninger er likevel gjennomgående. Nesten alle omtalte personer med psykiske plager som tidstyver. I denne sammenheng er det problematisk å legitimere dårligere produktivitet ovenfor de andre ansatte:

«Det blir for mye usikkerhet rundt om de fungerer i jobb og i arbeidsmiljøet» (Informant 8).

«Vi har tross alt en jobb som skal gjøres og en ansatt må kunne levere på oppgaver og psykososialt til arbeidsmiljøet. Det skal mye til for at jeg ansetter [...] må kunne forsvare det ovenfor mine ansatte som står på og produserer hver dag. Får vi en som ikke klarer og levere – er vi ute og kjører – fordi driften må gå fra dag til dag. Da må andre kompensere raskt, og jeg må sette inn flere ressurser hvis folk ikke klarer å levere» (Informant 4).

Det er fremtredende at arbeidsgiver er bekymret for forkludring av arbeidsmiljøet. Flere trekker frem et tydelig stigma om at personer med psykiske lidelser er ukontrollerbare og at de «tømmer seg» på andre ansatte på arbeidsplassen og «besmitter» hele arbeidsmiljøet. På spørsmål om å ansette jobbsøkere med psykiske lidelser svarer en informant:

«Kommer litt an på. De må være til nytte for bedriften. Kan ikke få en ny oppbevaringsansatt som tømmer sine problemer på ansatte. Hvis du får en ansatt som er forutsigbar og kan jobbe som en normal ansatt uten at det ødelegger for andre, kan jeg ansette. Jeg har vært borti tilfeller der en ansatt ble syk av psykiske problemer og hele avdelingen bryter sammen. Det ble for mye sykdomsfokus» (Informant 8).

Informantene viser at det ikke bare er psykiske lidelser som er en utfordring, men hvordan disse oppfattes av arbeidsgiver. I sin forskning på Inkluderingsdugnaden i Norge finner Østerud (2021) at det ikke bare er karakteristika tilknyttet den funksjonsnedsatte arbeidstaker som gjelder, men også hvordan funksjonsnedsettelsen vurderes av arbeidsgiver.

Dempet stigma er mest fremtredende ovenfor egne ansatte hos informantene. Videre innrømmer de at jobbsøkere som er for åpne om sine psykiske lidelser kan bli avvist. Arbeidsgiver frykter et stigma tilknyttet falske sykmeldinger og lavere produktivitet, der flere trekker frem sine dårlige erfaringer med ansatte med psykiske plager som «tidstyver» på arbeidsplassen. Informantene mistenker stort sett at jobbsøkere med psykiske lidelser har lavere eller ustabil produktivitet og mener at dette kan virke ødelegge på den totale arbeidskapasiteten.

Åpenhet tilknyttet lettere psykiske lidelser har også muliggjort å snakke om lettere psykiske lidelser på intervju. Dette kan medføre et dempet stigma tilknyttet jobbsøkere. Det finnes likevel grenser for åpenhet, jobbsøkere må være åpne på riktig måte og ikke dele for mye. På spørsmål om det lønner seg å være åpen om psykiske problemer i en jobbsøknad eller på intervju sier alle informantene at det ikke lønner seg å være helt ærlig om slike problemer:

«Jeg tror nok ikke det lønner seg. Ville nok blitt skeptisk. Det avhenger av hvem jeg ellers hadde i bunken om hvem jeg ville innkalle til intervju» (Informant 4).

«Jobben har bestemte oppgaver. Du kan ikke bare ansette fordi de skal prøve seg i arbeidslivet eller være grei hvis du ikke passer inn» (Informant 7).

«Hvis vedkommende var åpen om psykiske lidelser ville jeg forholdt meg sånn passe empatisk, men mest profesjonell. Det skal mye til for at jeg ansetter noen med psykiske problemer [...]» (Informant 4).

At informantene favoriserer sin inn-gruppe kan være forbundet med at de allerede har investert ressurser i å ansette og lære opp sine arbeidstakere. At arbeidsgiver prioriterer egne ansatte som eventuelt utvikler psykiske helseproblemer fremfor rekruttering av jobbsøkere med psykiske helseproblemer er avdekket i mange studier (Østerud, 2021). Konsekvensen av dempet stigma tilknyttet åpenhet om lettere psykiske lidelser er at mine arbeidsgivere ser for seg å bli sittende igjen med «ulempene» av inkluderingen, der de muligens må opptre som terapeut for hele arbeidsstaben – både dem med og uten psykiske problemer. Dette nye, stereotypiske stigmaet ser ut til å utgjøre et bias i ansettelsesprosessen. Jeg finner at informantene snakker om sårbarhet og livskriser hos egne ansatte, mens de bruker begrepet psykiske lidelser om jobbsøkere. Informantene gir uttrykk for et dempet stigma ovenfor egne arbeidstakere, men fortsatt ser det ut til å være et sterkere stigma tilknyttet jobbsøkere som blir vurdert ut fra gruppekaraktistika. Dette språklige skillet kan muligens legge grunnlaget

for at arbeidsgiver legitimerer å ikke ansette jobbsøkere som har mer alvorlige lidelser. Utgruppen fremstår som sykere og forbundet med høyere risiko tilknyttet produktivitet.

6.1.4 Ambivalens

Ambivalens tilknyttet psykiske lidelser er gjennomgående i intervjuene. Det at informantene gir uttrykk for ambivalens tilknyttet ansatte og jobbsøkere med psykiske lidelser i arbeidslivet tyder på at inkludering er et felt i utvikling. Det ser ut til at økt åpenhet og omfang av psykiske lidelser setter arbeidsgiver i en vanskelig posisjon som skaper ambivalens mellom ønsket om å forstå og vise empati for reelle plager og bekymringen for at psykiske lidelser konstrueres gjennom denne åpenheten. Informantene ønsker å bygge tillitt til sine ansatte tilknyttet eventuelle sykemeldinger, samtidig er de bekymret for at tillit kan bli misbrukt. Arbeidstakere med psykiske lidelser forutsetter mer dialog, vurdering og oppfølging for å sikre et godt tillitsforhold og effektiv produksjon på arbeidsplassen sammenlignet med vanlige ansatte. En annen ambivalens oppstår når arbeidsgiver er usikre på hvem som egentlig skal følge opp en arbeidstaker som ikke er motivert til å jobbe med egne lidelser eller de som anses som unnsyltrere i denne sammenheng. Dette går ut på den generelle rollefordelingen mellom aktørene. Informantene stiller spørsmål ved at NAV bør ta et større ansvar for dem.

6.2 Forståelse av lettere psykiske lidelser og tildelt sykerolle

En motivasjon for oppgaven har vært å forstå hvordan arbeidsgiver ser på psykiske lidelser og om det skjer en sykdomsrangering og om de er opptatt av å tilrettelegge. I dette andre analysekapitlet spør jeg: «Hva slags forståelse har arbeidsgiver av psykiske lidelser og hvilken sykerolle tilordnes slike arbeidstakere?»

Hoffman (2008) trekker frem tre forskjellige perspektiver på sykdomsforståelse. Dette avsnittet tar for seg arbeidsgivers perspektiv på sykdom, det vil si «sickness» som informantene beskriver som en uønsket tilstand som medfører svekket arbeidskapasitet.

6.2.1 Sykdomsforståelse

Ingen av informantene har et presist begrep på hva psykiske lidelser er foruten å forstå dem som en uønsket tilstand. Informantenes erfaring er at psykiske lidelser fører til manglende mestring som har en uhendig tendens til å forplante seg i onde sirkler. Som nevnt forstår de fleste av dem psykiske lidelser som et resultat av konkrete livskriser som samlivsbrudd eller

at ansatte har møtt veggen på grunn av ambisiøse mål og misnøye med egne prestasjoner. To av informantene definerer lettere psykiske lidelser slik:

«Det første jeg tenker på er folk som har møtt veggen og blitt sykemeldte fra jobb [...]. Det er liksom noe med at ting blir en vond sirkel» (Informant 1).

«Jeg hadde en som var overarbeidet og en på avdelingen som hadde ekteskapsproblemer» (Informant 5).

«Nå sier jeg ikke at alle psykiske lidelser er slik, men mange opplever mangel på mestring. Mange har personlige kriser, for eksempel kan det være problemer i livet med skilsmisse eller er mistilpassede i arbeidslivet. Folk føler at de ikke kommer noen vei og havner i en ond sirkel» (Informant 2).

Noen informanter hevder at psykiske lidelser er knyttet til usikkerhet rundt egen identitet eller krav til selvrealisering i samfunnet. Dette henger sammen med at individer blir usikre på seg selv når de ikke har en avklart identitet og kjenner på for høye prestasjonskrav i samfunnet:

«De handler om at man må jobbe med seg selv. Hvem er jeg, og hva gjør meg bra? Men så har man kanskje ikke helt klart å komme dit og opplever for høye krav» (Informant 1).

«Jeg har ikke hatt så mye å gjøre med sånne psykiske lidelser, men det er mange som går gjennom samlivsbrudd eller har noe annet som gjør at de ikke fungerer godt nok i arbeidslivet» (Informant 6).

Personlig gjenkjennelse av psykiske lidelser

En del forskning på feltet viser at det kan være en sammenheng mellom personlig erfaring og aksept for psykiske lidelser (Berge & Falkum, 2018, s. 146). Finnes det en slik sammenheng hos informantene? I intervjuene spurte jeg om hvilke erfaringer de hadde med eventuelt egne lettere psykiske lidelser eller om de kjente noen som kunne redusere noe av stigmaet og risikoen de hadde tillagt lettere psykiske lidelser så langt.

Alle informantene forteller at de har opplevd psykiske lidelser i sin nærmeste omgangskrets. Likevel er det bare to som mener at de kjenner seg igjen. De som ikke kjenner seg igjen innrømmer at de ikke forstår lidelsen, men har observert at det kan være vanskelig for dem som har det. Det at informantene har noe erfaring med psykiske lidelser har ikke ført til aktiv inkludering. Flere trekker frem at de ikke kan være «snille» eller drive med veldedighet. To av informantene trekker imidlertid frem at tidligere erfaring med lettere psykiske lidelser har

ført til at de engasjerer seg i egne ansatte med slike lidelser og tar sitt inkluderingsansvar for egne ansatte på alvor. Disse erfaringene har utvidet deres forståelse for utfordringene. Informant 2 ønsker å legge til rette for psykiske lidelser på arbeidsplassen, men har aldri selv kjent på tunge følelser eller depresjon:

«Jeg tenker at siden jeg aldri har opplevd slike ting, kan jeg aldri skjønne hvordan vedkommende har det. Jeg skjønner at jeg ikke skjønner. Har selv hatt nære venninner som har blitt veldig deprimerte. Skjønner det ikke selv, men jeg så det. De har blitt apatiske og klarer ikke å fungere» (Informant 2).

Prakteksemplet på en som kjenner seg igjen i andre er informant 5 som fungerer som en innleid HR-leder og som er opptatt av å legge til rette for ansatte som har psykiske lidelser:

«Jeg hadde et tilfelle med en som hadde mistet faren sin, det var bare et par år siden, men han kom seg ikke videre og var så deprimert og lei seg. Han kom seg ikke opp av grøfta, Jeg har selv mistet mannen min. Slike samtaler er ikke så vanskelig for meg og opplever at folk har lettere for å åpne seg når de vet at jeg har vært gjennom noe av det samme. Denne personen åpnet seg veldig. Jeg henviste han til psykolog, og han har takket meg i etterkant at det var så til hjelp for han. Han stortrives på jobb og fungerer veldig bra i den rollen i dag» (Informant 5).

Det er bred enighet blant informantene om at lettere psykiske lidelser er en uønsket tilstand hos individet. Noen informanter knytter det til selvrealisering og for høye prestasjonskrav i samfunnet, noe som gjør individet usikker på egen identitet og rolle. Informantene refererer til psykiske lidelser som sosiale konstruksjoner delvis utenfor individets kontroll. Informantene har erfaring med lettere psykiske lidelser i nærmiljøet, men kun to av dem agerer i henhold til teorien om økt aksept av slike lidelser på arbeidsplassen. De andre seks informantene trekker frem at krav til produktivitet kommer før inkludering. Generelt ser informantene på denne gruppen arbeidstakere som oftere syke og mindre produktive. Økt aksept ser ikke ut til å ha en positiv effekt på inkludering av eksterne jobbsøkere hos informantene.

6.2.2 Sykdomsprestisje

Albums (2013) begrep om sykdomsprestisje tilsier at det noen sykdommer har høyere status enn andre fordi de er knyttet til en sterkere helterolle hvor behandleren kan opptre som handlekraftig og dyktig. Mine informanter uttrykker også ønsker om å legge til rette for en vellykket inkludering, der mestring og tilfriskning er viktige elementer for vurdering av prestisje som utdypes under. Høyest prestisje er knyttet til muligheten for å hjelpe en ansatt til

selvrealisering på arbeidsplassen, der de mestrer arbeidsoppgavene og «blomstrer opp». Desto vanskeligere informantene opplever at inkluderingen blir, jo lavere status tilskriver de den lettere psykiske lidelsen.

Utvikling av egne ansatte

Som arbeidsledere med personalansvar er informantene generelt opptatt av å legge forholdene til rette for at de ansatte «blomstrer opp» på arbeidsplassen og opptatt av sine ansattes behov. Dette er kanskje det nærmeste arbeidsgiver kommer en helterolle og som gir mest prestisje. De fleste er opptatt av å støtte sine medarbeidere for at de skal oppnå sitt potensial. I denne forbindelse gir arbeidsgivere uttrykk for et personlig engasjement til inkludering. Når de ser et potensial hos sine ansatte kombinert med at de selv ønsker å tre ut av sin psykiske lidelse er arbeidsgiver villig til å ta en sjanse og støtte arbeidstaker i selvrealisering gjennom arbeid.

Tre informanter fortalte om situasjoner de valgte å strekke seg utover sine forpliktelser som arbeidsgiver for å støtte sine ansatte:

«Det folk trenger er at arbeidsgivere stiller krav til dem, og at de kjenner mestring. Noe av det fineste jeg vet er å få folk inkludert i arbeidslivet enda de har en sykdom» (Informant 8).

«Jeg hadde en ansatt som ikke ville påta seg noen arbeidsoppgaver fordi hun ikke passet inn. Hun hadde en fysikk som gjorde henne usikker på seg selv og ønsket å fylle inn varer skjernet på jobben, og ikke stå i kassen. Jeg måtte gi henne tillitt og den støtten hun trengte, og [...] hun blomstret jo opp. Det gjorde meg tilfredsstilt når jeg kunne hjelpe henne med å bli den beste versjonen av seg selv» (Informant 6).

Det gir en god følelse og hjelper individet til bedre mental helse. Dette engasjementet for inkludering er på denne måten ikke nødvendigvis ren altruisme. De fleste informantene gir uttrykk for at inkludering er fordelaktig for begge parter. Ansatte som oppnår god helse og selvrealisering er produktive ansatte som trives i virksomheten (jf. standardarbeidstaker):

«All tilrettelegging koster mye, men du får jo kanskje utbytte av det. Det er en sammenheng mellom produktivitet og trivsel, når folk trives produserer de mer» (Informant 6).

«Det kan være til nytte for virksomheten samtidig som du endrer tankesettet til personen og hjelper individer i samfunnet» (Informant 8).

«Jeg har ikke opplevd at ansatte blir brydd av spørsmål om hvordan det går med dem, men at de liker å bli sett og forstått. Jeg hadde et tilfelle med en kollega hvor jeg så på han og sa: "Du ser annerledes ut. Kan vi ta en prat?". Han gråt og gråt og var i ferd å gå på veggen. Jeg sa at han måtte ta et avbrekk fra jobben. Han ble hjemme i tre uker, men kom tilbake igjen [...] og da fikk jeg en vinflaske til jul av kona. De sa at samtalen vi hadde var så viktig og gjorde at han ikke ble langtidssykemeldt» (Informant 5).

Støtte av ansatte i livskriser

Psykiske problemer som har bakgrunn i en konkret årsak og som oppfattes som forbigående, som for eksempel samlivsbrudd, sorg og det å møte veggen ser ut til å være enkle å forstå og akseptere fordi arbeidsgiver kan sette inn midlertidige tiltak:

«Jeg hadde et tilfelle med en kollega. Han gråt og gråt og sa at han var i ferd å gå på veggen, hadde det så vanskelig og klarte ikke gjøre noe. Da var han hjemme i tre uker og kom tilbake igjen» (Informant 5).

«Noen som har hatt tung sorg fordi de har mistet noen. Som igjen har medført til depresjon. Og også folk som har møtt veggen som har vært sykmeldt og vært borte fra jobb» (Informant 3).

«Jeg har eksempler på folk som har vært så deprimerte at de ikke har kommet seg på jobb. Det har vært midlertidig og de har kommet seg igjen etter en periode med fri. Noen ganger trenger man tiden til hjelp for å komme videre» (Informant 2).

I disse tilfellene har de ansatte en midlertidig lettere psykisk lidelse, men informantene har erfaring med at de kommer tilbake til normalen igjen. Arbeidsgiver ser ut til å være trygg på hvordan de skal håndtere denne type avvik til standardarbeidstaker. Gjennomgående understreker informantene viktigheten av normale og forutsigbare ansatte:

«De må bli friske igjen og fungere som en normal ansatt (...)» (Informant 2).

«Vi må vite hvordan den psykiske lidelsen utspiller seg, viktig [...] den ansatte må kunne bli en normal arbeidstaker» (Informant 8).

Forutsigbarhet skaper trygghet hos arbeidsgiver. Det samme gjør antagelsen om at lidelsen er forbigående. De forbigående lidelsene er de mest aksepterte lettere psykisk lidelsene.

Psykiske utfordringer tilknyttet konkret årsak

Som nevnt i tidligere forskning kan det være lettere å håndtere fysiske plager fremfor psykiske (Dale-Olsen mfl. 2005). Det samme finner jeg uttrykk for i intervjuene. Noen av informantene har mer aksept for psykiske lidelser som er knyttet til konkrete årsaker:

«For å være helt ærlig tror jeg at jeg får mer empati om det har skjedd noe konkret som har utløst dem. [...] det er viktig for meg at folk skal komme tilbake i jobb. Først er det viktig å få klarhet i situasjonen og da må jeg sette meg inn i deres perspektiv og forstå hvorfor det har skjedd ting» (Informant 1).

«Jeg er opptatt av å vite årsaken til hvorfor den ansatte er borte. Det er opp til den enkelte å fortelle, men jeg må spørre er det noe knyttet til jobben som er vanskelig. Det er lettere når problemet er helt konkret. Vi har jo hatt søkere som har slitt etter terroren 22. juli og jeg opplever at det er helt innafor å ha hull i CV-en og være åpen etter en slik hendelse» (Informant 2).

En informant trekker frem andre konkrete årsaker som han fikk innblikk i da han holdt egne kurs i IT-programmering for personer uten tilknytning til arbeidsmarkedet. I den forbindelse opparbeidet han kompetanse på diagnoser som sosial angst og depresjon, der han forstår slike lidelser som resultat av avvik og utenforskap i samfunnet over lengre tid:

«Felles for de som kommer til oss er at de har vært langvarig utenfor felleskap. Dette er flest gutter som har gamet mye og levd isolert. Det trenger ikke nødvendigvis å ligge en diagnose bak, men skyldes at de har mistet selvtilliten og mestringsfølelsen. Du har konsepter som introvert som ikke var diagnoser før. De har vært mye hjemme og har dårlig selvtillit, men de går over med tiden[...] (Informant 7).

Enkelte psykiske lidelser med konkrete årsaker er lettere å tilrettelegge for enn andre. Flere trekker frem at avgrensede angsttilstander som sosial angst som kan «løses» ved å gi den ansatte et kontor og at de kan rapportere på sin egen måte:

«Jeg avtaler med personer og de får sitte for seg selv. Jeg har tilrettelagt for at de kan rapportere på sin egen måte som gjør at de ikke utvikler eller eksponerer seg for den sosiale angsten» (Informant 8).

«For oss er sosial angst enklest å ta imot. I bransjen vår med programmering har det ikke så mye å si om du har sosial angst, du kan være kjempeflink likevel. De kan sitte for seg selv og vi gjør individuelle avtaler» (Informant 7).

Særlig innen IT-bransjen assosierer flere av informantene sosial angst med høy IT-kompetanse. Dette ser ut til å være en akseptert stereotypi med bakgrunn i at unge gutter som

har gamet og programmert i mange år på gutterommet utvikler høy IT-kompetanse, men også sosial angst:

«Vi hadde et kurs i programmering hvor vi hentet 12 gutter fra gutterommet og vi beholdt fem stykker selv. Dette har vært mennesker som ikke tør å se deg i øynene, de sier ikke hei eller noen ting, og de fleste var oppgitt av NAV. Hos oss fikk guttene mulighet til å bygge opp selvbildet og personlig modning. Det ble en kjempesuksess» (Informant 7).

Psykiske lidelser med biologisk og medisinsk forklaring

Informantene skiller mellom årsaken til lettere psykiske lidelser. Det er forskjell på mentale lidelser som foregår kun i tankene og på dem med kroppslig, biologisk forklaring. Tendensen blant informantene er at psykiske lidelser oppfattes som selvforskyldte hvis de skyldes tanker og kan løses med mental trening, mens når lidelsene tillegges selvforskyldte forklaringer blir informantene usikre på om hvorvidt lidelsene er reelle og om individet egentlig burde «ta seg sammen». Lettere psykiske lidelser blir mer akseptert når de kan knyttes til kroppen. To av informantene trekker frem at:

«Lettere psykiske lidelser er knyttet til hvordan folk tenker. De har kanskje ikke blitt så alvorlige at de har en medisinsk diagnose og da kan du gjøre noe med viljen og hode. Ta seg sammen» (Informant 8).

«Du har de som surrer seg inn i sin egen selvmedlidenhet [...] og de som faktisk er syke» (Informant 3).

Ingen av informantene stiller spørsmål til psykiske lidelser som har biologiske forklaringer og medisinske diagnoser. Psykisk uhelse aksepteres som et legitimt sykdomsbegrep og får gjerne mer empati hos informantene hvis årsaken ligger utenfor individets kontroll:

«Jeg skjønner at noen psykiske lidelser blir fysiske og går aldri over, slik som med depresjon. Kjenner flere som er deprimerte og det sies at det ligger noe biologisk der. Man blir kanskje aldri kvitt det, men kan få noen medisiner. Har erfaring med mange på arbeidsplassen og det er en håpløs situasjon for alle parter. Den deprimerte fungerer ikke, har lyst, men klarer ikke komme seg ut av det» (Informant 7).

Dette understreker at diagnoser og medisiner gir legitimitet for individet som har lettere psykiske lidelser. En medisinsk forklaring innebærer også at en tredjepart, for eksempel helsefagkyndig godkjenner at lidelsen er reell. Dette belyser at helseprofesjonene og dets definisjonsmakt på feltet har betydning for hvordan informantene forstår psykiske lidelser.

Psykiske lidelser med diffuse årsaker

Det diffuse aspektet ved enkelte psykiske lidelser gjør at de for informantene er vanskelig å få plassert:

«Jeg må skjønne hva som er årsaken og hva som er problemet. Er det alvorlig må de få profesjonell hjelp. Hvis problemet er jobberelatert, må jeg ta ansvar. Hvis den ikke er knyttet til jobb kan jeg bare være et medmenneske og spørre hvordan det går. Må være tydelig på min rolle» (Informant 2).

Noen ganger er årsaken sammensatt:

«Det er vanskelig å tilrettelegge for psykiske lidelser. De er sammensatte og skjer på flere områder. Problemet er jo ikke hundre prosent på et sted og det er begrenset for hva jeg kan gjøre som personalleder. Kan kanskje bare være et medmenneske med åpen dør på kontoret hvis de har behov for «å tømme seg» (Informant 2).

Det ser ut til at når informantene ikke har en god forståelse av hva utfordringen til den ansatte er, kan de heller ikke tilrettelegge på en god måte. Dette funnet støtter opp om tidligere forskning som viste at psykiske lidelser er vanskeligere å få plassert og at medarbeidere med fysiske plager er lettere å legge til rette for (Dale-Olsen et al., 2005):

«Fysiske plager kan du enkelt tilrettelegge for. Det er noe man kan fikse. Kjøpe en stol eller heve-og-senke pult. Men psykiske lidelser er litt krevende og diffuse. Og da kommer det mer empati inn i bildet for min del, men blir nok litt mer tidkrevende prosess» (Informant 1).

«Du har ikke kontroll på psyken til folk, mens med den brukne armen er det rett frem» (Informant 3).

Psykiske lidelser med diffuse årsaker har lav prestisje hos arbeidsgiver.

Psykisk lidelse med lavest sykdomsprestisje

Depresjon blir gjennomgående vurdert som uforutsigbar og den vanskeligste typen psykisk lidelse å håndtere for arbeidsgiver, også om den er biologisk og medisinsk diagnostisert. Enda om arbeidsgiver foretrekker konkrete årsaker/ diagnoser, føler arbeidsgiver seg hjelpeløse med tanke på å tilrettelegge og følge opp denne type lidelse. Høyest risiko og lavest sykdomsprestisje har jobbsøkere med depresjon:

«Depresjon er verst og uforutsigbart å ansette. Det er tidstyver. Du vet aldri når det kommer [...] de tømmer seg på ansatte. Jeg må snakke med dem om hva som skyldes situasjonen. Trenger de en uke fri for å komme seg igjen eller er det bestående over tid? Kan du jobbe 50 prosent? En som er ansatt kan du snakke med og bli enige om når de skal komme tilbake til arbeidsmiljøet, men hvis det kommer inn noen utenfra: du ikke kjenner vedkommende. Hvordan skal du kunne vite at de fungerer i arbeid? (Informant 8).

«Jeg vet ikke om de med depresjon klarer å stå opp om morgenen [...] det er ikke enkelt å ansette en person med mindre du kjenner noen som kan bekrefte at vedkommende fungerer i en normalsituasjon» (Informant 5).

Analysen tilknyttet sykdomsrangering viser at arbeidsgiver er opptatt av at de ansatte realiserer sitt potensial på arbeidsplassen. Denne muligheten engasjerer arbeidsgivere, også når det gjelder jobbsøkere. Videre favoriseres psykiske livskriser tilknyttet en konkret årsak (skilsmisse, dødsfall og utbrenthet) som er forbigående. Det er akseptert at ansatte kan være sårbare i perioder, men man regner med at de kommer tilbake til normalen. Psykiske lidelser som har en legitim årsak, for eksempel langvarig utenforskap er forståelig og kan være produktive arbeidstakere med hjelp av noe tilrettelegging. Psykiske lidelser med biologisk og medisinsk årsak som antas å være uforskyldt blir akseptert og fulgt opp hos egne ansatte. Lidelser med sammensatte eller diffuse årsaker skaper usikkerhet og mindre aksept hos arbeidsgiver siden de ikke vet hvordan de skal tilrettelegge for disse. Lavest prestisje har depresjon som forbindes med uforutsigbarhet og uklar tilretteleggingsmulighet. De fleste stiller spørsmål til om arbeidsgiver bør ha ansvar for denne type lidelse på arbeidsplassen. For øvrig er selvforskyldt tankestress som bør kunne løses med mental trening (ta- seg- sammen) ikke anerkjent som en psykisk lidelse hos arbeidsgiver.

6.2.3 Sykerollen

Informantene er gjennomgående usikre på hvordan følge opp ansatte med lettere psykiske lidelser (sykerollen) på arbeidsplassen. Som påpekt i teorien om sykerollen, er dette et vanskelig landskap for arbeidsgiver å orientere seg i. Lettere psykiske lidelser knyttes ofte til «multisymptome tilstander» som ikke har en klar diagnose eller behandlingsforløp (Hagelund 2014). I henhold til mye av forskningen på psykisk helse bør denne gruppen arbeidstakere holdes på jobb (sykerollen snus på hode), mens mine arbeidsgivere er opptatt av å minimere misbruk av den klassiske sykerollen (jf. Parsons 1951), det vil si unngå unnasluntring og falske sykemeldinger.

Mine informanter referer til lettere psykiske lidelser som uforutsigbare, noe som gjør det vanskelig å vurdere konsekvenser for arbeidstakers arbeidskapasitet. Denne utfordringen ser ut til å resultere i en pågående forhandling om den klassiske sykerollen. Arbeidsgiver vil avklare hvorvidt lettere psykiske lidelser er reelle eller ikke. Tendensen viser at informantene vil minimere risiko for falske sykeroller ved å definere psykiske lidelser som ikke reelle. Flertallet av informantene er usikre på arbeidstakers selvdagnostisering og stiller spørsmål til om åpenheten er en trend eller en unnskyldning:

«Jeg tror åpenhet bare er positivt. Da blir det kanskje ikke så farlig eller utbredt heller. Alle kan slite med ting, men jeg håper jo at de som står frem faktisk har et problem og ikke bare henger seg på en trend. Hvis det blir et samtaletema hele tiden blir det litt kunstig og jeg vet ikke om det er så godt for arbeidsmiljøet» (Informant 2).

«Det var jo endel psykiske problemer før, men i dag er det om å gjøre at alle skal stå frem om dem. Alle blir nærmest hyllet for at de har en psykisk lidelse. Noen ganger må vi være realistiske og si at du må komme på jobb. Når folk blir nedbrutt av småting syns jeg ikke det har noe med psykisk helse å gjøre. Ansatte har fått for mye makt og medhold i småting» (Informant 6).

«Guttene kommer til meg og forteller at de blir veldig slitne når de må ta seg sammen og er sosiale, og blir utslitte etter jobb. Det handler mye om du skal tro på dem eller ikke. Det foregår på andre tider på døgnet enn når de er på jobb, men jeg vet jo ikke hva som skjer etterpå. Man kan jo problematisere sykdomsbildene litt, folk føler på at de skal jobbe når det passer for dem og at de har så mange mål» (Informant 7).

«Har ikke vært direkte involvert i psykiske lidelser, men har måtte tatt mange hensyn. Noen er opptatt av å få skryt på jobben eller hjelp med selvbilde. De sliter med småting» (informant 6).

Det kommer frem at arbeidsgiver må kunne vurdere om ansatte og jobbsøkere har reelle plager og ikke bruker dem som en unnskyldning:

«Av og til tror jeg ansatte kjenner etter og leter etter problemer. Noen bruker åpenheten rundt psykiske problemer som en unnskyldning, for eksempel ta en ekstra fridag eller mindre oppgaver på jobben. Må skille mellom personer har vondt i viljen og på de som har en reell problemstilling. Man merker det på personligheten om ansatte misbruker det eller at de faktisk har en psykisk lidelse» (Informant 8).

Men det kan også være motsatt. Arbeidsgiveren har forståelse og oppfatter at arbeidstaker har reelle plager hvis problemet skyldes at arbeidsgiver har pushet ansatte i feil retning og der «ta deg sammen» mentaliteten ikke har fungert:

«Det er ikke bare å fikse og ta deg sammen. Det fungerer ikke. Jeg har hatt flere ansatte som har blitt veldig deprimerte og sett at de ikke klarer å fungere» (Informant 2).

Det kan handle om mentaliteten, men også motsatt. (...) har mange eksempler på arbeidsgivere som pusher på og der den ansatte må levere, men ikke klarer det. De er pliktoppfyllende, gjør alt de kan for bedriften, men er utslitte og går på veggen. Jeg har måtte bryte inn og be dem ta litt mindre ansvar for en periode» (Informant 3).

«Jeg har opplevd mange som har hatt behov for redusert arbeidstid i perioder. Noen har hatt diagnoser eller opplevd vonde ting i livet som har gjort at de trenger tilrettelegging en periode i livet» (Informant 1).

På spørsmål om hvordan arbeidsgiver skiller hva de mener er reell og ikke-reell lidelse, svarte de fleste at de har opparbeidet seg erfaring og blitt gode psykologer i arbeidslivet:

«Det kommer litt an på om jeg vurderer at det er en person som misbruker lidelsen eller om det er en reell problemstilling. Jeg ser det på hvordan de agerer, og som leder opparbeider du deg kompetanse eller lærer deg å kjenne mennesker av erfaring. Du merker det på personligheten. Der jeg oppfatter at de inntar en offerrolle og ikke tar tak i lidelsen gjør jeg kort prosess. De kan ha en reell problemstilling (psykisk problem), men må akseptere den og samarbeide om den» (Informant 8).

«Jeg tror det lett vil fanges opp, men det er ikke utelukkende diskvalifiserende. Kan gjøre et reelt valg og kan tro på vedkommende» (Informant 4).

Mens andre syns at det er vanskelig å gjennomskue «usynlige» sykdommer. Noen ganger blir avklaringen av reell eller ikke reelle lidelse et sannsynlighetsspill hvor de trekker på magefølelsen eller fornuften:

«Tja. Magefølelse kan man si. Personligheten tilsa at vedkommende hadde kommet litt over det. Men man må være varsom. Det kan jo komme igjen. Jeg var litt mer på signaler på denne personen enn hos de andre ansatte» (Informant 1).

«Det er klart at jo eldre du blir og flere år med erfaring med personalansvar blir du bedre. Også er det noe med det å skjønne at man møter på problemer i livet. Da må man skjønne at man som leder må

pushe den ansatte til å ta kontakt med BHT og støtteressurser rundt. Sånn at de får profesjonell hjelp»
(Informant 2).

Informantene er bekymret for at folk lyver på seg psykiske lidelser og for økt antall gratispassasjerer grunnet slike lidelser. Dette er et paradoksalt hovedfunn gitt at lettere psykiske lidelser er en legitim grunn til å holde folk på jobb.

6.3 Arbeidsliv og inkludering

Inspirert av Goffmans (1992) teatraliske metaforer kan arbeidsmarkedet forstås som en scene. For å forstå arbeidsgivernes syn på psykiske lidelser og mulighet for inkludering legger jeg vekt på informantenes forståelse av ansattrollen med forventinger til riktig rolleopptreden i arbeidslivet, og hvordan informantene mener at de som arbeidsgiver skal utøve sin personalrolle tilknyttet ansatte med lettere psykiske lidelser. I dette siste analysekapitlet besvarer jeg hvilke muligheter og begrensninger arbeidsgiver opplever knyttet til aktiv inkludering.

6.3.1 Frontstage kaos

Under intervjuene har jeg spesifikt spurt om psykiske lidelser hos ansatte og jobbsøkere kan bli akseptert, det vil si å ha en dårlig dag uten at det skal gå utover helhetsinntrykket. Mine informanter er bekymret om arbeidstaker behersker sin frontstage presentasjon og det forventes generelt at symptomer og snakk om psykiske lidelser må skje «bak kulissene». At lettere psykiske lidelser kan fremstå som ukontrollerbare og uforutsigbare kommer direkte i konflikt med arbeidsgivers behov for at de ansatte har god inntrykksstyring. Flere påpeker at ansatte med psykiske lidelser har behov for et «skjulested» når de opptrer i lidelsen. I tråd med tidligere funn om stigma der psykiske lidelser sees på som ukontrollerbare og at slike ansatte og jobbsøkere kan risikere å «tømme seg» på og «besmitte» arbeidsmiljøet står i motsetning til god inntrykkskontroll. Informantene er gjennomgående bekymret for at arbeidstakere med slike lidelser gir et dårlig inntrykk ovenfor kunder og lignende samt forkludre eksisterende arbeidsmiljø.

6.3.2 Arbeidsgivers rolle

Arbeidsgiver skal sørge for effektiv produksjon og ressursutnyttelse i henhold til eksisterende regelverk. Dette stiller store krav til planlegging og oppfølging av ansatte. For at en

arbeidsgiver skal være inkluderende ovenfor ansatte med psykiske helseproblemer, må de sette seg inn i sykdomsbildet, gjennomføre mulige tiltak for tilrettelegging og følge opp den ansatte spesielt. Muligheten de har for denne type oppfølging kan variere. Noe av det første som blir tematisert i intervjuene er at pålegg om inkludering medfører et utvidet personaloppfølgingsansvar for arbeidsgivere som krever engasjement, kreativitet og fleksibilitet. På spørsmål om statens strategi om at arbeidsplassen skal være en del av behandlingen på lettere psykiske lidelser, er alle enige om at arbeidsaktivitet er viktig for psykisk helse og at inkludering i arbeidslivet er et viktig samfunnsansvar. Samtidig er informantene gjennomgående ambivalente til om de har nok kompetanse og ressurser til å påta seg et slikt ansvar, og usikre på rollefordelingen mellom arbeidsgiver og profesjonelle helseaktører. Det er spesielt to ting som peker seg ut i intervjuene som er problematisk med mindre sykdomsopptatthet i arbeidslivet. Det første er opptattheten av diagnoser og medikalisering, og at de er avhengig av støtte fra profesjonelle helseaktører tilknyttet psykiske lidelser. Dette kan falle under kategorien som Løchen (1976) har definert som den diagnostiske kultur (behandlingssamfunnet). Det andre er forventninger til at en arbeidstaker skal være produktive. Alle informantene trekker frem at de aksepterer sårbare og mindre produktive faser i løpet av deres yrkeskarriere, men har som overordnet mål å hjelpe arbeidstaker tilbake til normalen. I forhold til psykiske lidelser innser informantene at dette ikke alltid er forenelig og i disse tilfellene kan de tilby en åpen dør og utgjøre et sikkerhetsnett for arbeidstakeren.

Flere informanter kunne fortelle om hvordan de forstår sitt personalansvar tilknyttet lettere psykiske lidelser og hvordan arbeidsplassen kan fungere som et sikkerhetsnett:

«Fokus på dine medarbeidere er viktig. En leder skal ta vare på sine ansatte og må strekke seg langt for å holde dem i arbeid. At de har et bra arbeidsmiljø og trives på jobben. Har du problemer hjemme så er jobben ditt sikkerhetsnett – så du ikke faller alt for langt ned psykisk (Informant 3).» (Informant 1).

«Som leder har du et stort ansvar for å ivareta ansattes fysiske og psykiske helse. Vi har forskjellige virkemidler for å få ansatte friske igjen. Min telefon og dør er åpen 24 timer i døgnet. Det er lov til å skrike og gråte hos meg. De vil alltid få hjelp av meg uansett hva som skjer» (Informant 3).

«Jeg tror det viktigste er å være en god personalleder. At du kan løse problemene og tilrettelegge for god helse og at de yter sitt beste på jobb. Jeg vil ikke la vedkommende glippe ut: jo lengre man er borte med psykiske problemer, jo verre er det å komme tilbake. Jeg kommer til å sette krav og si: «jeg syns du skal komme tilbake selv om du ikke klarer å gjøre noe på jobb» (Informant 2).

«Det viktigste er å skape entusiasme og glede på arbeidsplassen (...) og personalansvar er en viktig del av lederjobben. Jeg er opptatt av felleskap og at vi alle jobber mot et felles mål» (Informant 3).

Generelt aksepterer arbeidsgiver sitt sosiale, moralske inkluderingsansvar som er i tråd med Andreassen og Bergenes (2011) typologi for eksisterende ansatte. Mine informanter har over ti år eller mer erfaring med personalansvar og kan derfor fortelle at rollene i arbeidslivet tilknyttet oppfølging av lettere psykiske lidelser har endret seg over tid. Videre er det blitt en tettere dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og mer romslighet rundt hva som er legitimt å dele og spørre om. Det er også lavere terskel for at ansatte spør om hjelp til problemer som skyldes psykiske lidelser. Med tanke på sin inkluderingsrolle er enkelte informanter opptatt av å holde eksisterende arbeidstakere med psykiske problemer i jobb og unngå isolasjon som er et typisk steg på vei til mer alvorlige psykiske lidelser. Dette kan være krevende for arbeidsgiver og noen er usikre på hvor langt deres inkluderingsansvar går:

«Jeg hadde en ansatt som var sykemeldt på grunn av et traume. Hun var sykemeldt da jeg startet her og skulle tilbake i jobb igjen. Vi måtte gå opp trappene sammen. Jeg måtte finne konkrete enkle oppgaver. Ryddearbeid. Måtte skape tillitt til den ansatte siden vi ikke kjente hverandre. Det var steintungt. Som leder ble jeg fryktelig provosert og at jeg skulle tilrettelegge for dette. Jeg ønsker å tilrettelegge, tror det er viktig for alle mennesker å være i en form for jobb og høre til et sted. Det er viktig for alle å kunne bidra med noe, men det er jammen meg ikke lett. I en virksomhet som hos oss, vi jakter jo i samfunnet på å jobbe mer effektivt, mindre folk» (Informant 4).

«Jeg har tatt initiativ hvis det har vært sykemeldinger og lignende. Har til og med gått rundt Sognsvann for å snakke om ting» (Informant 1).

Det ser ut til at arbeidsgiver er alene om å definere sitt inkluderingsansvar. Ansvaret strekker seg fra å utgjøre et generelt sikkerhetsnett til et sterkt personlig engasjement i den enkelte ansatte. Tendensen viser at jo mer personlig engasjert arbeidsgiver er, jo mer oppfylles kravet om at arbeidsplassen kan fungere som et behandlingssted for lettere psykiske lidelser.

6.3.4 Arbeidsgivers mulighetsrom for inkludering

Individet tar valg ut ifra et mulighetsrom definert av dets ønsker og begrensninger. Elster (2007) beskriver hvordan individet vil velge det alternativet som gir best resultat gitt denne konteksten. Arbeidsgiver er underlagt både begrensninger og tar valg ut fra egne preferanser. Det ser ut til at dette mulighetsrommet defineres av hver enkelt virksomhet og deretter hver enkelt leder.

Informantene trekker frem at arbeidslivet har en struktur og spilleregler som arbeidsgiver er underlagt, for eksempel krav til produktivitet og effektivitet. Samtidig er de generelt opptatt av inkludering. Under intervjuene kommer det frem at det finnes en realisme i arbeidsmarkedet som står i motsetning til den mer idealistiske intensjonen om inkludering av uforutsigbare psykiske lidelser. Mulighetsrommet for inkludering ser ut til å bli definert av disse to motsetningene. Som påpekt i kapitlet om sykdomsrangering aksepterer informantene å følge opp arbeidstakere som har forbigående plager tilknyttet livskriser, der årsaken er kjent og legitim. De aksepterer også avgrensede angstdiagnoser, for eksempel sosial angst som også kan være knyttet til en konkret årsak. Samtidig finnes det områder der informantene er usikre på egen kompetanse tilknyttet psykiske lidelser og grensdragningen mot profesjonelle helseaktører:

«Vi er ikke leger eller psykologer. De må få profesjonell hjelp» (Informant 8).

«Arbeidsgivere kan ikke fikse psyken til mennesker over natta. Jeg tror nok det er en generell holdning i samfunnet som må endres. Det blir feil å si at det skal endres fordi vi er opptatt av at folk skal komme frem og være åpne om det. Psykologer (...) vi har så mange psykologer. Fortsatt er det ikke nok til alle og ventelistene er sprengte» (Informant 6).

«Er det alvorlig må de få profesjonell hjelp. Hvis problemet er jobbrelatert, må jeg ta ansvar. Hvis den ikke er knyttet til jobb kan jeg bare være et medmenneske og spørre hvordan det går. Må være tydelig på min rolle» (Informant 2).

I denne sammenheng er det naturlig å trekke frem sammensatte, diffuse, kroniske lidelser med uklar mulighet for tilrettelegging. Mulighetsrommet hos mine informanter omfatter ikke denne type lidelser. En av informantene over forteller at det er uheldig at arbeidsgiver skal påta seg behandling av psykiske problemer når ikke profesjonelle helseaktører og staten kan sikre tilfriskning. De fleste av informantene mener at systemet må skape endring og mulighetsrom for et inkluderende arbeidsliv, ikke arbeidsgiver. Arbeidsgiver er også usikre på hvem som egentlig har ansvaret for dem som ikke er motivert til å jobbe med sine lettere psykiske lidelser eller ikke kan «ta-seg sammen». Det er flere av informantene som mener at denne type jobbsøkere følges opp av NAV:

«[...]men jeg gjør kort prosess av de som ikke ønsker å være med. Da er sykdommen en unnskyldning til å ikke gjøre noe. Da får de heller oppsøke NAV» (Informant 8).

Arbeidsgiver ser ikke muligheten for å ta ansvar for tunge kroniske lidelser eller arbeidstakere som ikke er motivert til å jobbe med egne lidelser. Langvarige kroniske lidelser som svekker arbeidskapasiteten betraktelig bør håndteres profesjonelt, mens unnasluntrerne bør følges opp av NAV. Innenfor dette handlingsrommet understreker informantene at de følger likebehandlingsprinsippet ovenfor ansatte og jobbsøkere:

«Jeg vurderer alle kandidater likt, men på intervjuet må jeg drille vedkommende. Hvis kandidaten ikke holder gjennom, hjelper det ikke at man er ærlig på psykiske lidelser. Kandidaten må kunne utdype dette og det handler om hva slags arbeidsoppgaver han kan få. Noen oppgaver er knalltøffe, og man må være sterk psykisk. Vil vedkommende med psykiske lidelser tåle det? I slike tilfeller må vi sette elefanten på bordet og kalle det for det det er» (Informant 3).

Det er viktig å merke seg at arbeidsgiver er underlagt kravet om å velge den beste kandidaten, det vil si den svarer til standardarbeidstaker som er kompetent, effektiv og produktiv. Når informanten ovenfor spør om «vedkommende med psykiske lidelser tåle det?» uttrykker informanten skepsis til både arbeidskapasitet og mental styrke i forhold til kravet om effektivitet og produktivitet. Akkurat det samme finner Østerud (2020) i en studie på Inkluderingsdugnaden. Arbeidsgiver anser inkludering av jobb kandidater som ikke er effektive som en stor byrde og antar at de med lettere psykiske lidelser ikke er effektive.

Risikovurderinger

Det kan være mange grunner til at man ikke ønsker ansatte personer med lettere psykiske lidelser som det ikke er enkelt å fortelle om i et forskningsintervju. Økonomiske begrunnelser ble derimot sett på som legitime. Arbeidsgiverne fortalte om økonomiske betraktninger når de vurderer jobbsøkere med psykiske helseproblemer. Videre hadde nesten alle informantene en oppfatning om at arbeidstakere med psykiske lidelser tåler mindre og at de ikke kan stille samme krav til dem:

«Arbeidsgiver må få lov til å stille flere krav til den med psykiske lidelser og det fungerer ikke alltid i realiteten. Må kanskje ha egne arbeidsavtaler (Informant 8).

«De som har medisinske diagnoser kan være bra arbeidskraft, men den må fortsatt kunne forholde seg til frister og krav fra arbeidsgiver» (Informant 7).

Det er også tydelig at økonomiske aspekter oppleves som risikofylt ved nye ansettelser. Alle informantene kunne fortelle om stramme økonomiske budsjetter med lite rom for avvik:

«Den økonomiske risikoen. Hvis jeg må ta ut ansatte av produksjon eller følge opp på grunn av ustabil psyke eller at man produserer treigt er det en risiko. Det sier seg selv, men gjør seg ikke selv. Den eneste løsningen er bedre støtteordninger for de som tør å ta sjansen» (Informant 7).

Det rasjonelle valg handler om å minimere risiko for svekket produksjon. Informantene viser at det skal lite til for å overskride grensene for risiko. Gjennomgående uttrykker de et ønske å følge retningslinjene om inkludering, men risikoen for avvik trumfer inkludering i deres valg. Realismen i arbeidslivet og det rasjonelle valg trekkes frem som en legitim grunn for å ikke kunne inkludere. Disse forklaringene er uttrykk for subjektiv rasjonalisme (jf. Budon 1994), der deres rolle som arbeidsleder er mest fremtredende. Det er få steder informantene nevner helhetlige gevinster ved inkludering, kanskje med unntak av at flere nevner at arbeidsplassen utgjør et generelt sikkerhetsnett.

Subjektiv rasjonalitet kan være strategisk

En informant (7) skiller seg ut der det subjektive rasjonelle valg og objektive rasjonelle valg faller sammen, slik at inkludering blir det Falkum (2012, s. 21) beskriver som en vinn-vinn-vinn-situasjon for alle parter. I det han startet sin egen virksomhet som utvikler av Software, ble det også starten på en påtvungen tilrettelegging. Fordi han manglet ettertraktede programmererne startet han egne kurs og hentet inn 12 «gamere fra gutterommet» som var oppgitt av NAV. Fem av disse fikk fast ansettelse og disse kursene fortsetter han med. Dette er eksempel på at han turte å ta en sjanse og endre handlingsmønster. Det handlet også om god markedsføring fra NAV i kommunen hvor han oppdaget en ordning med mentortilskudd. Siden informanten så muligheten til å bruke spisskompetansen til gamere, utvidet han sin tidligere kritiske holdning til psykiske lidelser. Først valgte han å tro på at psykiske lidelser er reelle. Selv om de fleste som deltar på kursene har diagnoser som sosial angst, kan han nå faktisk også akseptere depresjon. Tidligere mente han at depresjon hadde lavest sykdomsprestisje.

«Første gang jeg tok psykiske lidelser på alvor var da jeg møtte disse guttene. Hos oss er sosial angst enklest. I vår bransje med programmering har det ikke så mye å si om du har sosial angst, du kan være kjempeflink likevel. Vi har tatt ansvar, ansatt flere og formidlet kunnskapen til flere bedrifter».

Denne suksessfulle inkluderingen gjorde at NAV etter hvert kontaktet bedriften og tilbød et samarbeid om arbeidstrening. Dette eksemplet understreker betydningen av kunnskap om hvilke tiltak og ressurser som finnes for arbeidsgivere.

Arbeidsgivers handlingsrom tilknyttet stillingstyper

Generelt forventer informantene at personer med psykiske lidelser lever opp til standardarbeidstakerrollen. Samtidig er inkludering avhengig av at arbeidsgiverne kan tilby relevante arbeidsoppgaver. Enkelte informanter nevner sine spesielt utadrettede arbeidsoppgaver som en begrensning og at de har et stramt mulighetsrom for inkludering:

«For meg har det vært greit å snakke om dem, jeg er veldig realistisk og forsøker sette meg inn i deres situasjon, samtidig har jeg ikke alternative arbeidsoppgaver å tilby. Det har nok å gjøre med at de jobbene jeg kan tilby står du på en scene. Det er ikke enkelt å skjule seg eller være lei seg, eller tenke på andre ting til forskjell fra kontorjobber. Du kan ikke skulke eller stikke fra jobben i perioder man sliter» (Informant 6).

Informantene beskriver også en realisme tilknyttet spesielle stillingstyper. Noen stillinger er vanskeligere å besitte med psykiske lidelser, spesielt stillinger med utstrakt kundekontakt som advokat, bedriftskonsulent eller salgsbetjent i kiosk:

«I min bransje som jurist og advokat kan du bli oppfattet som et svakt ledd hvis du har psykiske problemer. Noen ganger ligger det en realisme i arbeidslivet. Hvis du blir syk av jobben eller ikke kan levere må du finne deg en jobb som gjør at du klarer å håndtere den uten at det går på bekostning på psyken din. Altså, ikke at ledere sier det, men det er den oppfatningen vi har» (Informant 3).

«Hos meg står du på scenen hele dagen, du skal være blid og effektiv, fylle inn varer og omgås med kunder. Sånn er det bare: det er ikke alle jobbene vi er skapt for. Har i sånne situasjoner sagt at jeg hadde lyst til å bli jagerpilot, men har en fysikk som tilsier at jeg ikke kan bli det» (Informant 6).

Det er nærmest som om informant (6) har kjennskap til Goffmans (1992) teatraliske metaforer når han beskriver kiosk stillingen som en «scene». Flere arbeidsgivere trekker frem at det er viktig med korrekt besettelse av rollene på scenen i arbeidslivet:

«Konsulentbransjen er mer prestasjonsorientert. Du må levere og jobbe i høyt tempo. Det kan bli vanskelig å kombinere med psykiske problemer» (Informant 1).

«Når jeg ansetter folk må jeg innrømme at jeg er selektiv, altså hvem passer til jobben. Ut fra CV-en kan jeg kalle deg inn til intervju, men du må passe til stillingsbeskrivelsen» (Informant 3).

I utadrettede stillingstyper er informantene mest opptatt av inntrykkskontroll og mener at ansatte med lettere psykiske lidelser ikke kan beherske dette i sin arbeidstakerrolle. Det er her produktive forventninger kommer sterkest frem hos arbeidsgiver og kan mene at inkludering i disse tilfellene er urealistisk. To informanter kaller inkludering for ren idealisme.

Arbeidsgiver er opptatt av inkludering, men en forklaring på at inkludering ikke alltid er realistisk er mulighetsrommet tilknyttet arbeidsoppgaver de kan tilby og stillingstype. Jeg finner at det er mindre aksept for psykiske lidelser i stillinger med utstrakt kundekontakt enn andre, der informantene trekker frem at god inntrykkskontroll er viktig. Ansettelse er forbundet med høy økonomisk risiko og derfor vil realisme generelt kunne trumfe inkludering. Arbeidsgivere tar beslutning basert på subjektiv rasjonalitet fremfor helhetlige vurderinger. Jobbsøkere med psykiske lidelser har ikke lik mulighet for å komme seg inn på arbeidsmarkedet som andre arbeidstakere. Denne diskrimineringen av jobbsøkere ble også funnet av Bjørnshagen (2021), Bjørnshagen og Ugreninov (2020).

Psykisk lidelse som symbolsk forurensning

Alle informantene er tydelig på at ansettelse er det viktigste valget de tar. Her skal de satse på en kandidat som skal passe inn i virksomheten over flere år med tilhørende fokus fra leder og store økonomiske forpliktelser:

«Ansettelsesprosessen er noe av det viktigste du gjør som arbeidsgiver. Du må finne den riktige ansatte, ikke bare kvalifikasjoner, men du skal jobbe i et team. Jeg må bestemme roller på samme måte som en trener på et fotballag. Noen evner egner seg til spesifikke roller på banen. Jeg gjøre samme vurdering (Informant 6)».

I rekrutteringsprosessen sliter informantene med kategoriseringen av lettere psykiske lidelser. I henhold til Douglas teori har individet behov for å rydde i sitt klassifiseringsskjema for å gjøre sin verden oversiktlig og forutsigbar blir urene elementer plassert som symbolsk forurensning. Det er tydelig at krav til inkludering og mindre sykdomsfokus overskrider noen ganger informantenes grenser og kategorier de har til rådighet. Arbeidslivet er en kontekst der enkelte psykiske lidelser ikke passer inn og representerer et urent element som arbeidsgiver

kan avvise. De to mest kritiske informantene nevner mange eksempler på at slike lidelser ikke passer inn i tråd med deres klassifiseringskjema:

«Hvis du er åpen om at du har problemer på et intervju er det jo ikke et pluss. For å være helt ærlig vil jeg unngå alle former for psykiske lidelser, de er ukontrollerbare. Sliter du psykisk har vi flere ordninger slik at vedkommende kan få støtte fra NAV. Har hatt flere samarbeid med NAV og arbeidstrening eller når jeg får økonomisk støtte, men de hadde ikke fått jobb hos meg i utgangspunktet» (Informant 6).

Flere av informantene trekker frem velferdsordninger som legitim årsak for å ikke inkludere jobbsøkere med lettere psykiske lidelser. Dette er i tråd med at sterke velferdsstater kan bidra til ekskluderingsmekanismer (Hvinden, Schøyen og Ah, 2015). Noen av informantene kunne fortelle åpent om strategier for å sile ut og gjennomskue kandidater med lettere psykiske lidelser. En informant kunne fortelle at:

«Har vært borti tilfeller der de som har problemer gjør det lettere for dem å si at de ikke kan komme på jobben. Noen personer er for høyt oppe, for sprudlende på intervju. Det kan være vanskelig å se det på dem eller gjennomskue dem, men jeg er flink til å skyve unna de med negativ energi eller som ser ned i gulvet. Jeg hadde en som kom på intervju til meg som var åpen på at hun slet litt til tider, men var veldig positiv og virket utadvendt. Da hun startet i jobben stoppet det brått opp og ble sykemeldt. Jeg følte meg litt lurt [...] (Informant 6)».

«Noen ganger sitter lidelsen dypere enn de selv vet og er tyngre lidelser uten at de vet det selv. Hvis det har blitt en medisinsk lidelse må de få kvalifisert hjelp og behandling før du kommer ut i arbeidslivet. Hvis det er ting på privaten eller en medisinsk lidelse har jeg ikke så mye å tilby. Dettet må staten eller velferdsstaten håndtere. Har hatt flere tilfeller av det. De kommer på jobben med private problemer og hvis problemet vedvarer nytter det ikke tilrettelegge for det» (Informant 8).

De samme informantene som tidligere fortalte om positiv erfaring med psykiske lidelser hos ansatte forteller om grenser for inkludering for de som faller i kategorien «unnasluntrere». Det vil si de som ikke er motiverte til å komme seg ut av lidelsen eller som burde ha sørget for egen mental trening:

«Hvis vedkommende er lukket om lidelsen kan jeg ikke presse på en psykolog eller lege. Det går en grense. Den ansatte må ville bli frisk selv og bidra med seg selv» (Informant 3).

«[...] Men så har du tilfeller at du ikke klarer å se potensialene og må være ærlig på at denne jobben er kanskje ikke noe for deg (Informant 6)».

De fleste informanter er opptatt av at ansatte blir friske og arbeidsdyktige. Det ene unntaket er informanten som ansetter og tilrettelegger for vedvarende psykiske plager.

Symbolsk forurensning av arbeidsmiljø

Informantene er opptatt av å rendyrke et godt arbeidsmiljø. Jo mer uforutsigbare psykiske lidelser fremstår, jo mer bekymret er lederen for at arbeidsmiljøet skal forurennes. På spørsmål om de vil rekruttere jobbsøkere med lettere psykiske lidelser svarer alle at det kan være problematisk, spesielt med hensyn til hvordan de ansatte i virksomheten vil kunne reagere. Igjen understreker informantene betydningen av en arbeidstaker som bidrar positivt psykososialt i virksomheten og passer inn i eksisterende arbeidsmiljø. Mest bekymret er de for at den ansatte ikke skal ha «god nok» sykdomsforståelse for en ansatt med lettere psykiske lidelser. Spesielt når årsaken til lidelsen forblir uklar og lederen har taushetsplikt, kan lidelsen være vanskelig å akseptere. Informantene er redde for at ansatte skal mistenke at den psykiske lidelsen er konstruert og det kan skape dårlig stemning på arbeidsplassen:

«Ansatte skjønner hvorfor vedkommende er borte hvis de har synlige problemer, men med en gang de er psykiske kan det bli spekulasjoner og dårlig stemning. Har flere ganger blitt spurt av kollegaer som spør hvordan vedkommende kan være på jobb når de er 50 prosent sykemeldt, spesielt hvis de ser friske ut. De blir mistenksomme: «hvorfor jobber hun ikke? hun ser jo så frisk ut» Problemet er at jeg kan ikke blande meg inn i sånne samtaler. Da kan man avsløre mer enn det du har lov til å fortelle (Informant 3).

At den psykiske lidelsen fremstår som konstruert kan medføre at ansatte føler seg urettferdig behandlet. Det kan argumenteres for at introduksjon av psykiske lidelser i arbeidsmiljøet får en mulig dobbel, negativ effekt fordi de ansatte også tviler på hvor reell den psykiske lidelsen. Denne frykten ser ut til å gjøre et bias hos arbeidsgiver. Biaset til jobbsøkere med psykiske lidelser blir ytterligere forsterket fordi de forkludrer kategoriseringen til informantene. Dette ser ut til å medføre at informantene forsøker «å avsløre» og rangere den psykiske lidelsen til jobbsøkeren. Enkelte informanter avviser jobbsøkere med alle typer lettere psykiske lidelser, sannsynligvis grunnet stigma som nevnt tidligere. Søkere med lavere sykdomsrangering, det vil si de som ikke har motivasjon til å jobbe med sine lidelser, eller de som burde kunne «ta-seg-sammen», blir silet ut fordi de ikke viser personlig engasjement for egen mental helse, dermed kategoriseres disse jobbsøkerne som «matter out of place». En fremtredende

bekymring hos informantene er at ansatte med lettere psykiske lidelser vil som nevnt tidligere kunne forkludre eksisterende arbeidsmiljø på bakgrunn av «ukontrollert tømning» på andre ansatte. En slik egenskap hører ikke hjemme i arbeidsmiljøet samtidig som informantene er bekymret for at de ansatte ikke har god nok sykdomsforståelse. For øvrig er det ingen av arbeidsgiverne jeg har snakket med som legger opp til aktiv rekruttering av jobbsøkere med lettere psykiske lidelser. Et spørsmål som til slutt reiser seg, er om arbeidsgiver mener at jobbsøkere skal være «friske» før de kan komme til arbeidslivet.

6.3.3 Mulighetsrom for jobbsøkere

Til slutt vil jeg trekke frem muliggjørende aspekter for inkludering av jobbsøkere. Analysen har hittil vist en dystre historie for personer med psykiske helseproblemer, spesielt jobbsøkere som opptre i en egen klasse. I arbeidsmarkedet er det vanskelig for jobbsøker med stigma å vinne frem i konkurransen om stillinger. Det er lett å bli silt ut, men det finnes unntak og antydninger til inkluderingsoptimisme i utvalget. Jobbsøkere kan oppnå aksept og oppveie for egne psykiske lidelser ved «suksessfull» opptreden på intervju. Dette utdypes nærmere under.

Åpenhet på riktig måte

Informantene trekker frem at åpenhet har et risikoaspekt ved seg og vil resultere i at åpenhet blir en barriere for jobbsøkere. Samtidig forteller flere at åpenhet har et muliggjørende aspekt, men at åpenheten må skje på «riktig» måte. På jobbintervju er det at søkeren svarer ærlig og nøkternt om eventuelle spørsmål om egne psykiske lidelser. Åpenhet kan skape tillitt, men kan fort overskride grensene for hva arbeidsgiver kan kategorisere og akseptere. I tillegg, som diskutert tidligere, bør man unngå å fremstå som for sprudlende og høyt oppe eller for negativ og lavt nede, men at man behersker den lettere psykiske lidelsen (jf. Goffman 1992 sitt begrep om inntrykksmestring). På denne måten kan jobbsøkere unngå stigmatisering og avvising.

Motivasjon til å jobbe med egne psykiske lidelser

Dersom psykiske helseproblemer kommer opp som et tema under intervju, er det viktig at jobbsøkeren kan demonstrere egen motivasjon for å tre ut av lidelsen. Arbeidsgiver legger vekt på at jobbsøker kan vise kjennskap til mental trening. Når arbeidsgiver ser potensialet til et gjensidig samarbeid, kan de bruke mer tid og ressurser på denne gruppen jobbsøkere, spesielt når de kan bidra til å realisere jobbsøker viser de ekstra motivasjon til inkludering (prestisje). En arbeidsgiver fortalte om når personlig motivasjon kan føre til ansettelse. I utgangspunktet mener han at psykiske lidelser er konstruert og at han sjelden har realistiske

arbeidsoppgaver å tilby. Utslagsgivende for ansettelsen var et potensial i søkeren gitt ved god arbeidslyst, men at jobbsøkeren var skolelei. Denne sykdomsforståelsen var en legitim årsak for informanten:

«Jeg ansatte en med psykiske problemer. Det viste seg at mye av problemet var at han var skolelei. Etter hvert fikk han bruke konseptet mitt (franchise) og gjør det fortsatt bra. Det var ikke noe «hengehue» i han. Han hadde en utstråling som tilsa at han hadde lyst til å jobbe eller få til noe» (Informant 6).

«Samfunnsansvar føler jeg ikke, men jeg er opptatt av å håndtere folk ordentlig. Det som er viktig for meg er at søkere ønsker å samarbeide og at jeg vet om behandlingsopplegget. Jeg er ikke interessert i folk som ikke er interesserte å hjelpe seg selv. Der er jeg ganske hard» (Informant 8).

At jobbsøker nevner en tidligere avsluttet lettere psykisk lidelse kan være akseptabelt:

«På intervjuet kom det frem at hun hadde møtt veggen. Men det var ikke behov for tilrettelegging fordi det var ikke et problem lenge» (Informant 1)».

Faglig dyktighet

Det er bred enighet i utvalget om at faglig dyktighet kan veie opp for den psykiske lidelsen:

«Jeg ville ikke «lett» aktivt etter en person som har psykiske problemer. Men jeg ville satt pris på åpenhet rundt det. Det er ikke sånn at det ikke er mulig å ansette noen med psykiske problemer. Jeg har ansatt folk som har vært åpen om det, men de har vært faglig dyktige» (Informant 1).

«Det kan bli aktuelt hvis du har spesialkompetanse og kan gjøre jobben hjemmefra, og kanskje gjør du en bedre jobb enn de fire andre, da tar man slike sjanser» (Informant 5).

Kompetanse tilpasset fagfelt og bransjer kan trumfe psykiske lidelser. Som omtalt under sykdomsprestisje er det to informanter som skiller seg ut i utvalget fordi de anser det som strategisk å ansette programmerere med sosial angst. Her velger de å overse den psykiske lidelsen og i stedet legge til rette med eget kontor og individuelle avtaler. I dette tilfellet er sykdomsforståelsen i samsvar med realismen og legger til side stigmaet. Informantene er villige til å bruke ekstra ressurser på tilrettelegging hvis kompetansen kan veie opp for ulempene.

Personlige egenskaper

Personlige egenskaper kan bidra positivt til å oppveie for psykiske lidelser, spesielt hvis jobbsøkere fremstår som energiske og muntre. En informant forteller om en ansettelse der søkeren hadde «kommet over» lidelsen i kombinasjon med et godt inntrykk på intervju: «Personligheten tilsa at vedkommende hadde kommet litt over det. Hun var glad og energisk [...] (Informant 1)». Lignende beskrivelser på at søkerens personlighet skaper begeistring hos informantene er fremtredende.

Sikkerhet i referanser

Gitt at intervjuet har gått bra og at arbeidstaker har gitt et godt inntrykk, vil referanser være utslagsgivende på samme måte som hos vanlige jobbsøkere. De fleste av informantene kan ta litt høyre risiko når søkeren har referanser som kan gå gode for dem. En på innsiden av arbeidsmarkedet kan være behjelpelig med adgang til stillinger:

«Hvis jobbsøkeren var kvalifisert og jeg visste at den var kvalifisert, er det mindre risiko. Og det er greit med noen som krever litt ekstra tilrettelegging innimellom (Informant 4)».

«Det som gjorde utsalget der jeg valgte å ansette var referansene. Pluss personligheten som virket veldig positiv og innsatsvillig. Uansett hører jeg alltid med referansene» (Informant 1).

Det er flere egenskaper ved jobbsøkere som kan oppveie for og trumfe negativ sykdomsforståelse. Jobbsøkere kan øke sine sjanser for ansettelser ved å være ærlig om og nøktern om sin psykiske lidelse. Videre er det viktig at de demonstrerer selvinnsikt og engasjement til å tre ut av sin lidelse. Kompetanse, personlige egenskaper og referanser er kanskje enda viktigere å kunne vise til enn for standard jobbsøkere.

7. DISKUSJON OG KONKLUSJON

I studien har jeg undersøkt hvordan norske arbeidsgivere forstår og håndterer lettere psykiske lidelser hos egne ansatte og jobbsøkere. For å besvare forskningsspørsmålet har jeg utført åtte kvalitative intervju med arbeidsgivere, fra kunnskapsbedrifter og salgsbedrifter, som har lang erfaring med personalansvar. Basert på tendensene i empirien ble det utformet tre underspørsmål:

A. Hvordan forholder arbeidsgiverne seg til åpenhet fra ansatte og jobbsøkere om lettere psykiske lidelser?

Det mest slående funnet på åpenhet er dobbeltheten. Åpenheten er bra og samtidig risikabel. Åpenhet anses som gunstig for fastholdelse, det vil si forebygging av sykemeldinger og optimalisere dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er et redusert stigma rundt psykiske lidelser i form av at det er større aksept for å prate om det. Generelt har åpenhet ført til at arbeidsgiver i større grad tar psykiske helseproblemer på alvor. De opplever at omfanget av sykmeldte grunnet lettere psykiske lidelser som økende, og det er bred enighet om at de må ta tak i psykisk helse for å lykkes med sitt personalansvar. Det ser likevel ut til at økt åpenhet skaper nye utfordringer i arbeidslivet. Et viktig aspekt for arbeidsgiver er risikoen for falske sykeroller hos arbeidstaker og jobbsøker, spesielt tilknyttet ideen om at personer «lyver» på seg psykiske lidelser for å få sympati, som følger av en samfunnstrend som åpner opp for at så si «alle» kan ha psykiske plager. Økt åpenhet setter arbeidsgiver i en vanskelig posisjon mellom ønsket om å forstå og vise empati for reelle plager og bekymringen for at psykiske lidelser øker i omfang gjennom denne åpenheten.

Det er likevel store variasjoner tilknyttet inn- og utgrupper i utvalget. Lettere psykiske lidelser fremstår som mer uskyldige plager tilknyttet inn-gruppen, der arbeidstaker gjerne har midlertidige livskriser som samlivsbrudd eller møtt veggen, mens ut-gruppens har skumlere diagnoser og tilknyttet høyere risiko. Når det gjelder ut-gruppen, jobbsøkere, er det overraskende lett å overskride arbeidsgivers grense. De sier at ærlighet på intervju mest sannsynlig møtes med avvisning, og opplever psykiske lidelser som mulige tidstyver. Et hovedfunn er at åpenheten må skje på riktig måte for å få tilrettelegging i arbeidslivet eller bli ansatt. Årsakene må være medisinsk fundert eller en «reell» lidelse. Det er nærmest som om arbeidsgiver mener at jobbsøkere må være syke på en «vellykket» måte. Dette kom godt frem der noen av informantene vurderte stemningen på intervjuet, for eksempel jobbsøker som var «for» sprudlende, det ble for mye, mens en annen var for «nøytral» og ble tolket som for lite engasjert. Arbeidsgiver favoriserer plager som har en autentisk årsak eller en karismatisk personlighet hos jobbsøker som kan bevise at de behersker sin sykdom og er motivert til å inngå et samarbeid for å tre ut av sykdommen. Rekruttering fremstår iblant som et sjansespill. Informantene forteller åpent om strategier for å sile ut de med «dårlig» mental helse på grunn av likebehandlingsprinsippet. Arbeidsgiver sier de vurderer alle jobbsøkere likt og i henhold

til regelverk, men på intervju må jobbsøkeren kunne tåle å bli drillet. Hvis ansettelse skulle være aktuelt for dem som er åpne eller at det kommer frem underveis på intervju, bruker noen magesfølelse eller fornuften. Det er mye som tyder på at det ikke lønner seg å være åpen om psykisk sykdom, selv om arbeidsgiver sier at de i noen tilfeller kan sette pris på det.

At arbeidsgiver trekker frem positive aspekter ved åpenhet og at psykisk helse er viktig, tyder likevel på en positiv trend i arbeidslivet, men at dette er et litt umodent felt. Lettere psykiske lidelser er en stor samlebetegnelse å ta stilling til. Åpenhet ser ut til å ha utvidet arbeidsgivers klassifikasjonssystem av sykdom og omtaler enkelte lettere psykiske lidelser som normal sårbarhet. De påpeker at psykiske lidelser kan delvis være sosialt konstruert i forhold til dagens prestasjonskultur basert på stringente produksjonskrav, strenge normer for normalitet og eventuell medikalisering av avvik. Arbeidsgivere oppgir denne konteksten som en mulig bakgrunn for en synlig økning i lettere psykiske lidelser, der opplevelsen av å henge etter, ikke nå målsettingen eller følelsen av å mislykkes kan øke risikoen for utbrenthet både psykisk og fysisk. Arbeidsgiver relaterer på denne måten økningen til forhold utenfor arbeidslivet. Få arbeidsgivere tar selvkritikk av hvordan arbeidslivet også kan påvirke psykisk helse. Psykisk helse blir påvirket av flere faktorer, der hvordan den ansatte blir møtt på jobb er en av dem.

Feltet tilknyttet lettere psykiske lidelser beskrives som uoversiktlig. Arbeidsgiver er usikre på om de forstår de forskjellige lidelsene og om de har mulighet for å tilrettelegge for dem. Som påpekt av Douglas tar det tid å endre diskurser. At arbeidsgiver i det hele tatt snakker om psykisk helse og inkludering tross ambivalens, kan være positivt. Dette viser at inkludering har «festet» seg i klassifikasjonssystemet og at over tid kan det føre til større rom for inkludering. Det er likevel et vanskelig sorteringsarbeid. Utfallet av denne ambivalensen er at idealet om standardarbeidstaker slår igjennom og blir en legitimeringsgrunn for å unngå inkludering. Åpenhet har bidratt til at flere ansatte har innrømmet hvilke lidelser de har, og arbeidsgiver må vurdere risikoen for usannheter. Arbeidsgivere ønsker ikke å skape rom for unnsyltninger og har fokus på sin kontrollfunksjon for å unngå misbruk av den klassiske sykerollen. Det ser også ut til at det tradisjonelle stigmaet knyttet til psykisk sykdom har viket for at arbeidstaker kan fremstå i større grad som seg selv uten skam og skyldfølelse. Dette kan gi en tilfriskningseffekt der arbeidsgiver og arbeidstaker kan konsentrere seg om et autentisk samarbeid uten å måtte bruke tid på eventuell falsk opptreden.

B. Hva slags forståelse har arbeidsgiver av lettere psykiske lidelser og hvilken sykerolle tilordnes slike arbeidstagere?

Arbeidsgiver er i utgangspunktet opptatt av å støtte sine medarbeidere i å mestre sine arbeidsoppgaver faglig og sosialt sammen med sine kollegaer og å «blomstre opp». I den sammenheng utgjør lettere psykiske lidelser en barriere, der arbeidstaker opplever manglende mestring og arbeidsgiver opplever redusert arbeidskapasitet. Informantene beskriver at sykdomshåndtering er et komplisert felt. Spesielt har lettere psykiske lidelser ofte et uklart behandlingsløp, og de blir usikre på når aktiv sykerolle er løsningen. Arbeidsgivers sykdomsrangering viser at lidelser som har én kjent, legitim årsak som arbeidsgiver forstår, er enklest å akseptere og å forholde seg til, for eksempel midlertidige livskriser. De har forståelse for lidelser med konkrete årsaker som er forbigående der den ansatte kan komme tilbake til normalen. Men her er arbeidsgiver også opptatt av at den ansatte har nok selvinnsikt til å benytte mental trening for å komme ut av en sårbar fase. Kravet om egen motivasjon for å jobbe med egne lidelser fremstår som en forutsetning for at de skal engasjere seg.

Arbeidsgiver har lite til overs for selvmedlidenhet og falske sykeroller. Det må også finnes et potensial til samarbeid og tilfriskning (jf. klassisk sykerolle), samtidig som de er bevisste på at de som arbeidsgiver må finne «riktig» balanse mellom å sette krav og det å være empatisk slik at arbeidstaker ikke pushes for hardt.

I likhet med andre diskurser som utvikles i samfunnet i dag, for eksempel sykdomsforståelse tilknyttet ADHD, er det store kulturelle variasjoner i hvem som kategoriseres som ADHD «mellom fagfelt og land, til og med fylker i Norge» (Tjora, 2012, s. 95). Dette understreker betydningen av det sosialt konstruerte perspektivet av sykdom og lidelser, der selve begrepet får betydning for hvordan arbeidsgiver forstår sykdom og situasjonen tilknyttet inkludering. Lettere psykiske lidelser er et spekter av lidelser som rangeres fra den enkleste til den mer komplekse med tilhørende vurdering av funksjonsgrad og tilfriskningsmulighet. Informantene uttrykker at det er vanskeligst å ta ansvar for komplekse sykdomstilfeller med uklar årsak, spesielt multisymptome lidelser. De uttaler at dette sykdomsfeltet går ut over deres kompetanse. Diffuse, kroniske tilstander har også lavest medisinsk rangering i forskningen til Album (2016). Uten klar årsaksforståelse kan det være vanskelig for arbeidsgiver å legge til rette for en aktiv sykerolle. I disse tilfellene kan arbeidsplassen utgjøre et passivt sikkerhetsnett med en personalleder som har «åpen dør». Med tanke på den sykerollen som arbeidsgiver tilordner så er de først og fremst opptatt av å vokte den klassiske sykerollen mot

misbruk. Noen få arbeidsgivere kan ut ifra erfaring og gjenkjennelse påta seg en uformell terapeutrolle. Diffuse, kroniske lidelser derimot krever et stort personlig engasjement som de færreste har mulighet til å bidra med.

Alle informantene viser til at de har erfaring med psykiske lidelser gjennom omgangskrets eller i jobbsammenheng, men bare noen få forteller at dette har hjulpet dem med å sette seg inn i tilsvarende helseplager i arbeidslivet. Det kan se ut som personlig interesse er en forutsetning for at eventuell gjenkjennelse skaper innsikt og erfaring som kan brukes videre. Enkelte informanter går langt i å støtte sine ansatte med psykiske lidelser, og en informant beretter om stor tilfredstillelse ved å få noen inkludert i arbeidslivet selv om de har en sykdom. Jeg finner at et aktivt behandlingstilbud fra arbeidsgiver krever stor grad av personlig engasjement og innsats.

Sykdomsforståelsen endrer karakter når det kommer til jobbsøkere. Det er få av informantene som har mottatt søknader som er åpne om lettere psykiske lidelser eller at dette kommer naturlig frem på intervju. I situasjoner der det har kommet frem på intervju, vil intervjusettingen være preget av begrenset informasjon om jobbsøkeren og hvordan den psykiske lidelsen utspiller seg. Arbeidsgiver er tilbøyelig til å ta et rasjonelt valg som i dette tilfellet betyr at arbeidsgiver søker å minimere sin økonomiske risiko ved å trekke på gruppestigmaet. Dette stigmaet tilsier at jobbsøkere med lettere psykiske lidelser har svekket arbeidskapasitet og større sykefravær. Eventuelle jobbsøkere må overkomme dette biaset. For øvrig er det ingen av informantene som legger til rette for aktiv rekruttering av ansatte med lettere psykiske lidelser.

C. Hvilke muligheter og begrensninger opplever arbeidsgiver i forhold til aktiv inkludering?

Det som blir satt ord på i intervjuene tilknyttet forskjellsbehandling og diskriminering i arbeidslivet, kan gjøre personer med psykiske helseproblemer mer sårbare. Likevel er det vanskelig å si om dette er diskriminering eller subjektiv rasjonalisme knyttet til «spillereglene» i arbeidslivet som de er underlagt og som fører til mindre aktiv inkludering av ansatte og mer eller mindre eksklusjon av jobbsøkere. Arbeidsgiver beskriver et felt de har styringsrett på, men få verktøy til å håndtere lettere psykiske lidelser. Det finnes en brutal realisme i arbeidslivet. Inkludering likestilles med idealisme, og de fleste informantene er

tydelig på at det finnes grenser for hvor langt de kan drive med «veldigheit». Økonomiske hensyn tilknyttet produktivitet er en viktig barriere som gir opphav til rasjonelle valg eller kritisk holdning til inkludering. Enkelte stillingstyper tvinger også frem en realisme knyttet til inntrykkskontroll og evne til å bygge tillit til kollegaer og kunder innenfor prestasjonsorienterte yrker med mye eksternt kontakt (konsulent, advokat, salgsansvarlig). Personlig engasjement fra både arbeidstager og arbeidsgiver gir god mulighet for aktiv behandling med økende funksjonsgrad og tilfriskning, særlig tilknyttet forbigående psykiske lidelser. Som nevnt er mangel på forskning og kompetanse i samfunnet generelt en begrensning innenfor mer komplekse psykiske lidelser. Mulighetsrommet for aktiv sykeoppfølging av psykiske lidelser begrenses altså til forbigående psykiske lidelser og enkelte avgrensede lidelser som arbeidsgiver kan legge til rette for.

Hvor stort handlingsrom den enkelte arbeidsgiver har varierer riktignok fra virksomhet til virksomhet, men variasjonen synes ikke å være så store i mitt utvalg. Enkelte arbeidsgivere er modne for å tilby mer aktiv inkludering for både ansatte og jobbsøkere, men påpeker at dette ikke er realistisk innenfor dagens stringente budsjettkrav. De påpeker at den eneste løsningen er bedre støtteordninger for dem som er villige til å ta sjanser og utvikle kompetanse og erfaring tilknyttet dette feltet. Arbeidsgivere kan ikke forstå hvordan de skal kunne behandle noen som selv ikke de profesjonelle på feltet kan.

Spesielt bekymringsverdig er inkluderingsansvaret tilknyttet jobbsøkere. Flere arbeidsgivere trekker frem generøse velferdsordninger som legitim årsak for å ikke inkludere jobbsøkere med psykiske lidelser. Dette er i tråd med funnet om at sterke velferdsstater kan bidra til ekskluderingsmekanismer (Hvinden, Schøyen og Ah, 2015). Jobbsøkere stiller i en egen klasse for seg der stigmatisering henger igjen og arbeidsgiver er på sitt mest risikoaverse. Kandidater som er åpne på riktig måte, det vil si ærlige uten å skremme arbeidsgiver, vil kunne dempe stigma. Viser også kandidaten at vedkommende er motivert for å jobbe med sin lidelse, kan arbeidsgiver se et potensial for samarbeid og mulig felles gevinst. Optimismen i utvalget er forbeholdt inn-gruppen. Det er ingen av informantene som legger til rette for aktiv rekruttering av ansatte med lettere psykiske lidelser. Her finner jeg ikke den samme utviklingen av diskurser og inkluderingsoptimisme. Jobbsøkere har fortsatt høy risiko for å bli møtt med motforestillinger og tradisjonelt stigma, og ser ut til å være et bias. Jobbsøkere har likevel et økt mulighetsrom tilknyttet forsiktig åpenhet og demonstrere motivasjon for å jobbe med egne psykiske lidelser, men med en vanskelig balansegang. Det vil si, ikke for engasjert,

ikke for åpen og heller ikke for nøytral. Nedenfor har jeg laget en tabell (2)³ som gir oversikt over arbeidsgivers sykdomsforståelse med tilhørende estimert arbeidskapasitet og mulighetsrom for tilrettelegging.

←————— Mulighetsrom* —————→				
Lettere psykisk lidelse	Ingen psykisk lidelse	Livskrise (skilsmisser, død, møte veggen)	Avgrensede angst diagnoser (for eksempel sosial angst)	Multisymptome lidelser
Sykdomsforståelse	—	Sårbar forbigående fase	Forståelig lidelse det er mulig å legge til rette for	Mangler kompetanse
Estimert arbeidskapasitet	—	Noe svekkelse en periode	Noe vedvarende svekkelse	Større vedvarende svekkelse
Aktiv sykerolle?	—	Mulig	Mulig	Nei, som regel ikke
Begrensninger	—	—	—	Taushetsplikt Forurensning av arbeidsmiljø Arbeidsgiver som terapeut for alle
Muligheter	—	—	—	Strategisk interesse Personlig engasjement Gjenkjennelse
Arbeidsgivers rolle	Støtte dem i å «Blomstre opp»	Tett dialog, medmenneske	Legge til rette for eget kontor og rapporteringsopplegg	Passiv rolle Arbeidsplassen som sikkerhetsnett

*Mulighetsrommet forutsetter at arbeidstager er motivert for å jobbe med egne lettere psykiske lidelser

Tabell (2) viser at livskriser og avgrensede angstdiagnoser som alle skyldes en konkret årsak gir mulighet for forståelse og aksept hos arbeidsgiver. Dersom arbeidstager er motivert for å jobbe med egen sårbarhet, ligger forholdene til rette for tett dialog og samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstager for å finne praktiske tiltak for å legge til rette for en aktiv sykerolle. Arbeidsgiver behersker sin personalrolle ved å trekke på medmenneskelighet, og det er opp til den enkelte arbeidsgiver å vurdere hvor grensen skal gå i henhold til eget personlige engasjement. Dette mulighetsrommet er avmerket på oversiden av tabellen. Tabellen viser også arbeidsgivers sykdomsrangering i henhold til økende sykdomskompleksitet og økt utfordring for arbeidsgiver med tanke på tilrettelegging for aktiv sykmelding. Kolonnen ytterst til høyre handler om multisymptome lidelser der det foreligger flere og/eller diffuse årsaker som ikke gir en klar forståelse av et mulig behandlingsforløp og

³ Tabell (2) spesifiserer arbeidsgivers sykdomsforståelse og mulighetsrom basert på funnene.

tilrettelegging på arbeidsplassen. Informantene forteller at de ikke har nok kompetanse til å håndtere disse lidelsene, og at disse lidelsene faller utenfor mulighetsrommet. I denne sammenheng viser arbeidsgiver til at taushetsplikten hemmer en god dialog med resten av de ansatte, videre er de bekymret for forurensning av arbeidsmiljøet, og i kjølvannet av dette er de bekymret for at de som personalledere må bidra med økt terapivirksomhet for alle ansatte. I tillegg til manglende kompetanse utgjør disse de viktigste begrensninger på muligheter for inkludering. Muligheter kan imidlertid styrkes av strategisk interesse, det samme gjelder personlig engasjement og/eller gjenkjennelse av psykiske lidelser hos nær familie og venner. I de fleste av disse multisymptome tilfellene ser det imidlertid ut til at arbeidsgiver inntar en mer passiv rolle med «åpen-dør» innfallsvinkel der arbeidsplassen går fra å være et aktivt behandlingssted til et passivt sikkerhetsnett i samfunnet.

Implikasjoner av studien

Hva kan denne studien bidra med? Denne studien består av et lite utvalg med åtte informanter. Jeg argumenterer for at funnene viser viktige aspekter som myndighetene og videre politikktutforming kan ta høyde for ved utarbeidelse av nye tiltak for inkludering som angår arbeidsgiver. Funnene belyser begrensende og muliggjørende aspekter for inkludering av personer med lettere psykiske lidelser på det ordinære arbeidsmarkedet. I tillegg gir studien et innblikk i sykdomsforståelse og viser at psykisk sykdom er noe som forhandles om. For å forstå arbeidsgivers perspektiv og kompleksiteten på dette feltet, er det hensiktsmessig å innta et kritisk blikk på deres «tatt-for-gitt» beskrivelser av fenomener og det sosiale konstruerte elementet ved sykdom. Som det fremgår av funnene, tillegger flere arbeidsgivere lettere psykiske lidelser et stigma som handler om at personer med slike lidelser produserer mindre og forkludrer arbeidsmiljøet. Dette er tett forbundet med forventningen til standard roller og konteksten arbeidsgiver er underlagt i arbeidslivet, noe som understreker viktigheten av å se arbeidsgivers logikk i en større sammenheng. Et eksempel er kravene og forventninger fra virksomheten til effektivisering og produktivitet, der effektiviseringskravene har befestet seg som et mantra i arbeidslivet og konstituerer stringente krav til standardroller. Dette funnet går igjen i forskningslitteraturen. Østerud (2020) bekrefter at forventningene til roller i arbeidslivet ikke bare er etablert i organisasjonen, men også sosialt og kulturelt forankret. Dette resulterer i at arbeidsgivere får en pragmatisk innstilling og legitimerer spillereglene i det realistiske arbeidsmarkedet. Ideen om en standard arbeidstaker som produserer i henhold til normalen er gjennomgående der arbeidsgiver ønsker ansatte som mestrer et høyt prestasjonsnivå. Det er likevel ikke bare økonomiske hensyn som er avgjørende. Den ideale ansatte er den som passer

inn i det eksisterende arbeidsmiljøet og ikke ødelegger for andre. Dette understreker Rivera (2020) i sitt poeng om at sosiologi i mindre grad har inkorporert sosiale og emosjonelle hensyn hos arbeidsgiver som et avgjørende perspektiv, mens ideen om den mer rasjonelle arbeidstakeren har stått sterkest. Oppfatningen til den ideelle arbeidstakeren legger også grunnlaget for om hvordan arbeidsgiver gjennomgående forventer tilfriskning. Ansatte og jobbsøkere med psykiske lidelser forventes å ha midlertidige plager og må kunne bli friske igjen. Arbeidsgiver ser ikke ut til å vedkjenne at psykisk helse kan være en del av personen både kroppslig, mentalt og sosialt, og noe som kan trenge mer varig tilrettelegging på lik linje med andre funksjonsnedsettelse. En arbeidstaker blir ikke nødvendigvis frisk ved å samarbeide og gjøre egeninnsats, den psykiske helsen, for eksempel nedstemthet, kan være en del av personligheten.

Videre viser studien hvor utbredt antagelsen hos arbeidsgiver er om at personer med lettere psykiske lidelser lyver på seg plager. De fleste av arbeidsgiverne uttrykker at åpenhetskulturen i samfunnet om psykisk helse er problematisk. Det er vanskelig å skille mellom reelle plager og falske sykeroller, og ønske om å vise empati og inkludere den som har en autentisk sykerolle. Dette resulterer i skepsis tilknyttet jobbsøkere. Arbeidsgivere som ikke anser psykisk lidelse som et reelt helseproblem, eller vurderer eller forstår personer med psykiske lidelser som unnasluntnere, vil skape barrierer for god arbeidsinkludering. Myndighetenes inkluderingsstrategi med fokus på at arbeid er positivt for psykisk helse er avhengig av at personer med lettere psykiske lidelser får adgang til arbeidslivet og får den tilretteleggingen de har behov for. Det ser ut til at arbeidsgivere har et begrenset rom for å realisere inkludering i møte med effektiviseringskrav, der subjektive rasjonaliteten inntreffer. Der arbeidsgiver ser inkludering som en strategisk fordel, uten for høy økonomisk risiko, er de mer villig til å inkludere jobbsøkere med lettere psykiske lidelser. Erfaringsbasert kunnskap kan med andre ord skape en positiv kultur for inkludering.

Det kan diskuteres hvorvidt gode intensjoner og holdninger er hensiktsmessig strategi for inkludering. Typisk blant de store kunnskapsbedriftene var mer idealistiske holdninger til inkludering og ønsket om å utvide normalitetsbegrepet i samfunnet sammenlignet med de mindre virksomhetene. Arbeidsgiver i kunnskapsbedriftene ønsket å være rause ovenfor personer med lettere psykiske lidelser, men denne idealismen stoppet raskt opp når det ble snakk om tilsetning av nye. Det er overraskende hvor fortsatt etablert skillet mellom frisk og syk, normal og unormal er i arbeidslivet. Utsagn som: «de må bli friske igjen og fungere som

en normal ansatt» gir et godt bilde på hvordan informantene betegner den ideale ansatte og forståelsen av normalitet på arbeidsplassen. Det er bare en informant som trekker frem muligheten for å ha lettere psykiske lidelser over tid og kunne «opptre» i denne rollen på arbeidsplassen, og hvordan arbeidsgiver kan bidra til mer «varig» tilrettelegging fremfor forbigående tiltak. Motforestillinger og stima er mest fremtredende for jobbsøkere. Flere informanter velger å omtale inkludering som veldedighet og idealistisk og blir plassert i et motsetningsforhold til realismen som finnes i arbeidslivet. Denne realismen blir uttrykt av informantene som en legitimeringsstrategi i seg selv. Jeg argumenterer for at det er få som ser den helhetlige gevinsten av inkludering som staten legger opp til. Risikoen tilknyttet jobbsøkere er for stor. Informantene forteller om økonomiske hensyn og at mislykket integrering kan redusere virksomhetens produktivitet på kort og lang sikt. Det ser ut til å eksistere et motsetningsforhold mellom rasjonelle arbeidsgivere i søken etter optimalisering og myndigheters visjon om et felles dugnadssamarbeid. Det er lite som tyder på at det å spille på dugnadsånden og mindre sykdomsfokus hos arbeidsgiver fungerer med tanke på inkludering av lettere psykiske lidelser. Det at arbeidsgiver trekker på likebehandlingsprinsippet ovenfor en arbeidsgruppe som har utfordringer fastholder bare en barriere.

Studien understreker at arbeidsgiver har behov for tydeligere insentiver og mer ressurser dersom målene skal realiseres, spesielt tilknyttet sammensatte, kroniske lidelser. På dette området kreves det en kompetanseheving og brukerstøtte for arbeidsgiver. Videre ble det avdekket i intervjuene at arbeidsgiver ikke bare følte på manglende kunnskap, men også en maktesløshet ved å føle seg liten i et større system hvor innsatsen ikke nødvendigvis hadde særlig effekt i det store og det hele. Hvordan man skal bidra til å øke arbeidsgivers engasjement i inkludering bør være et viktig fokusområde for Inkluderingsdugnaden og videre politikktutforming fremover. Jeg stiller spørsmål til om det er riktig å tilskrive arbeidsgiver dette ansvaret uten tilstrekkelig kompetanse, engasjement og støtte når deltagelse i arbeidslivet har såpass store konsekvenser for individets livskvalitet? Min studie viser at den enkelte arbeidsgiver sliter med å gå inn i en aktiv behandlerrolle, spesielt på sammensatte lidelser. Dette er et folkehelseproblem som berører flere sektorer og som krever justert ressursprioritering og samarbeid.

Perspektiver for videre forskning

Det er lite forskning på arbeidsgivers perspektiv med tanke på sykdomsforståelse og sykdomsprestisje tilknyttet lettere psykiske lidelser. Det hadde vært interessant å bruke det samme forskningsdesign på yngre ledere, for eksempel i alderen 20 – 40 år, som er vokst opp med større grad av åpenhet i samfunnet for å se om de har en annen tilnærming til sykdomsforståelse og sykdomsprestisje i arbeidslivet enn mitt utvalg. Videre hadde det vært interessant å se nærmere på de lidelsene som mine informanter ikke anerkjenner – de lidelsene som den ansatte selv ikke er motivert til å jobbe med. Det er viktig å merke seg at manglende motivasjon kan være et kjennetegn på psykiske lidelser som depresjon. Arbeidsgiver anser disse plagene som selvforskyldte, der personene egentlig burde ta seg sammen. Enkelte psykiske lidelser blir på denne måten overlatt som individets eget ansvar der de ikke mottar noen støtte fra arbeidsgiver. Enkelte utsagn fra informantene tyder på at denne gruppen kan bli en kasteball mellom aktørene i samfunnet.

Antall ord i brødtekst: 31 412

LITTERATURLISTE

Andreassen, T.A. & Bergene, A.C. (2011). Forpliktelse, omsorg eller nytte – arbeidsgiveres inkluderingsansvar og forventninger til NAV. *Søkelys på arbeidslivet*, 4(28): 317-334.

Arbeidsmiljøloven-aml. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arbeids- og sosialdepartementet. (2018). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv- Et arbeidsliv med plass for alle. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia-avtalen-2019-2022.pdf>

Arbeidsgiverportalen. (2021, 29. oktober). *Inkluderingsdugnaden*. Hentet fra:

<https://arbeidsgiver.difi.no/strategisk-hr-og-ledelse/inkluderingsdugnaden>.

Berge, T. & Falkum, E. (2018). Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Birkelund, G. E., Johannessen, L. E. F., Rasmussen, E. B. & Rogstad, J., (2020): Experience, stereotypes and discrimination. Employers' reflections on their hiring behavior. *European Societies*. doi: <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1775273>

Bjørnshagen, V. (2021). The mark of mental health problems. A field experiment on hiring discrimination before and during COVID-19. *Social Science and Medicine*.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114181>

Bjørnshagen, V. & Ugreninov, E. (2020). Labour market inclusion of young people with mental health problems in Norway. *European Journal of Disability Research*. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.alter.2020.06.014>

Bredgaard, T. (2018) Employers and active labour market policies: typologies and evidence, *Social Policy and Society* 17(3): 365–377. doi: <https://doi.org/10.1017/S147474641700015x>.

Blaikie, N. & Priest, J. (2019). *Designing Social Research* (3. Utg.). Cambridge: Polity Press.

Bredgaard, T. & Thomsen, T. L. (2018) Integration of refugees on the Danish labor market, *Nordic Journal of Working Life Studies* 8: 7–26. doi:
<https://doi.org/10.18291/njwls.v8iS4.111161>

Boudon, R. (1994). *The art of self-persuasion: the social explanation of false beliefs*. Cambridge: Polity Press.

Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge and Kegan Paul, London.

Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., Slade, M. & Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(1), 11.

Burke, J., Bezyak, J., Fraser, R. T., Pete, J., Ditchman, N. & Chan, F. (2013). Employers' attitudes towards hiring and retaining people with disabilities: A review of the literature. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 19(1), 21–38.

Butterworth, P., Leach, L.S., Pirkis, J. & Kelaher, M., (2012). Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(6), 1013–1021.

Cimera, R. E. (2002). The monetary benefits and costs of hiring supported employees: A primer. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17(1), 23-32.

Dale-Olsen, H., Hardoy, I., Aagoth, E. L. & Torp, H. (2005). *IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne*. (ISF-rapport). Hentet fra:
<http://hdl.handle.net/11250/177477>

Elster, J. (2007). *Desires and Opportunities. Explaining Social Behavior, More Nuts and Bolts for the Social Science*. (Kap. 9 s. 156-196). Cambridge University Press.

- Etzioni, A. (1961). *Complex Organizations: A Sociological Reader*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Falkum, E. (2012). *Risiko og inkludering. Betingelser for funksjonshemmedes og eldres deltakelse i arbeidslivet*. (AFI-rapport 2012:11). Hentet fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/4017>.
- Folkenborg, E.K. (2011). «En livboja rundt kalle» Om forståelse av virksomhetens sosiale ansvar. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Folkehelseinstituttet (2017). *Arbeid og helse i Noreg*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/arbeid-og-helse/>
- Frøyland & Spjelkavik (2019). *Inkluderingskompetanse. Ordinært arbeidsliv som mål og middel* (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Goffman, E., Risvik, K., & Risvik, Kjell. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg.). Pax.
- Hagelund, A. (2014). *Sykefraværets politikk: trygdeordningen som ikke lot seg rikke?* (1.utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Halvorsen, R., Hvinden, B. & Schoyen, M.A. (2016). The Nordic Welfare Model in the Twenty-First Century: The Bumble-Bee Still Flies! *Social Policy & Society* 15(1): 57-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1474746415000135>
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hipes C., Lucas J., Phelan J. C. & White R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research* 56 16-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>

Hoffman, B (2008). *Hva er sykdom?* (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hvinden, B. (2009). Den nordiske velferdsmodellen: Likhet, trygghet – og marginalisering? *Sosiologi i dag*, 39(1), 11–36.

Johannessen, L.E.F, Album D. (2015). Utenfor kroppen: kulturanalytiske studier av sykdom. I: Larsen, H. (Red.), *Kultursosiologisk forskning* (s. 143–56). Oslo: Universitetsforlaget.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E.B. (2020). *Hvordan bruke teori? - Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2013). *Diskursanalyse som teori og metode*. (10.utg.). Roskilde Universitetsforlag.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). Inkluderingsdugnaden. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/Statlig-arbeidsgiverpolitikk/inkluderingsdugnaden/id2678301/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaye, H. S., Jans, L. H. & Jones, E. C. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Journal of occupational rehabilitation*, 21(4), 526–536.

Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). (2017). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Midtbøen, A. H. (2013). The Invisible Second Generation? Statistical Discrimination and Immigrant Stereotypes in Employment Processes in Norway. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(10), 1657–1675. doi: [10.1080/1369183X.2013.847784](https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.847784)

NAV (2021) Hva er aktivitetsplikten? Hentet fra:

<https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykepenger/hva-er-aktivitetsplikten>

Norsk psykologforening (u.å.). *Fakta om psykiske lidelser*. Hentet 1. august 2021 fra:

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/fakta-om-psykiske-lidelser>

NOU (1999:13): *Kvinnens helse i Norge*, Sosial- og helsedepartementet.

Lamont, M (1992). *Money, Morals & Manners. The Culture of the French and the American Upper-Middle Class*. Chicago: University of Chicago Press.

Lamont, M. & Molnár, V. (2002). The study of boundaries in the social sciences. *Annual Review of Sociology*, 28, 167–195.

Lengnick-Hall, M. L., Gaunt, P. M. & Kulkarni, M. (2008). Overlooked and underutilized: People with disabilities are an untapped human resource. *Human Resource Management*, 47(2), 255–273.

Lian, O. S. (2012). Å iscenesette en fortelling om helse: Vitenskapssosiologiske refleksjoner. I A. Tjora (Red.) *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. (Kap. 12, s. 231-250). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindsay, S., Cagliostro, E., Leck, J., Shen, W. & Stinson, J. (2019). Employers' perspectives of including young people with disabilities in the workforce, disability disclosure and providing accommodations. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 50(2), 1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.3233/JVR-180996>

Link, B. G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27(1) 363-385. doi: <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Løcken, Y. (1976) *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Løvgren, M. & Orupabo, J. (2018). En sosiologi om symbolske grenser. *Norsk sosiologisk tidsskrift*. (3), 203-207. Hentet fra:

https://www.idunn.no/norsk_sosiologisk_tidsskrift/2018/03/en_sosiologi_om_symbolske_grenser

Ose, S. O., Bjerkan, A. M., Hem, K. G., Johnsen, A., Lippestad, J., Paulsen, B., Mo, T. O. & Saksvik, P. Ø. (2009). *Evaluering av IA- avtalen (2001-2009)*. SINTEF rapport A11947. Trondheim.

Pager, D. & Sheperd, P. (2008). The Sociology of Discrimination: Racial Discrimination in Employment, Housing, Credit, and Consumer Markets. *Annual Review of Sociology* 34(1), 181-209. doi: <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131740>

Parsons, T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice (s. LXII-575). I *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul.

Ren, L. R., Paetzold, R. L. & Colella, A. (2008). A meta-analysis of experimental studies on the effects of disability on human resource judgments. *Human Resource Management Review*, 18(3), 191–203.

Rivera, L. A. (2012). Hiring as Cultural Matching: The Case of Elite Professional Service Firms. *American Sociological Review*, 77(6), 999-1022. <https://doi.org/10.1177/0003122412463213>

Rogstad, J. C. (2001). *Sist blant likemenn? Synlige minoriteter på arbeidsmarkedet*. Oslo: Unipax.

Rosdahl, A. & H. Uldall-Poulsen (2003). *Lederne og det sociale engagement*. Rapport 2003:05. København: Socialforskningsinstituttet.

Røgeberg, O. (2019). Årsaker til økt tilstrømning til uføretrygd blant unge. Delrapport: Psykiske helseproblemer blant unge - En litteraturgjennomgang Utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet. *Oslo Economics og Frischsenteret*. Hentet fra: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Delrapport-Psykisk-helse-blant-unge-Mars-2019.pdf>

Tjora, A. H. (2012). *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Gyldendal akademisk
- Salognon, M. (2007). Reorienting companies' hiring behavior: an innovative 'back-to-work' method in France. *Work, Employment & Society* 21(4), 713–730. doi: <https://doi.org/10.1177/0950017007082878>
- Schafft, A. (2007). Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivers grunner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3), 254 – 261.
- Scheid, T. L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disabilities Act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 670–690.
- Scholz, F. & Ingold, J. (2020). Activating the 'ideal jobseeker': Experiences of individuals with mental health conditions on the UK Work Programme. *Human Relations*. 74(10), 1604-1627.
- Solheim, J. (1997). Forord. I M. L. Douglas (red.), *Rent og urent: En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax.
- Spjelkavik, Ø., Enehaug, H., Klethagen, P. & Schafft, A. (2020). *Arbeidsinkludering og mentor- inkluderingskompetanse gjennom samskaping*. (AFI-rapport 2020:01) Hentet fra: https://oda.oslomet.no/oda-xmllui/bitstream/handle/10642/8925/r2020_01_Arbeidsinkludering%20og%20mentor%20sluttrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Søren, B., Nossen, J.P., Kann, I.C. & Thune, O. (2012) Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000–2011. *Arbeid og vel ferd* (3): 24–37.
- Unger, D. D. (2002). Employers' attitudes toward persons with disabilities in the workforce: myths or realities? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(1).
- Van Berkel, R. (2021) Employer Engagement in promoting the Labour-Market Participation and Jobseekers with Disabilities. An Employer Perspective. *Social Policy and Society*, 20(4), 533-547. <https://doi.org/10.1017/S147474642000038X>

Østerud, K. L. (2020). Leading the Way? State Employers' Engagement with a Disability Employment Policy. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 11(1). doi: <https://doi.org/10.18291/njwls.122196>

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek a/s.

Weber, M. (1986). Ch.1: Basic Sociological Terms. I *Economy and Society* (s. 3-31). University of California Press

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357 – 376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>

Alle kildene som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

VEDLEGG

1 INFORMASJONSSKRIV

Invitasjon til å delta i en masterstudie

Vil du delta i et forskningsprosjekt om hvordan arbeidsgivere i Norge håndterer lettere psykisk lidelse på arbeidsplassen?

Datainnsamling til masteroppgave

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om arbeidsinkludering og tilrettelegging for personer med lettere psykiske lidelser. Denne gruppen arbeidstakere kan tidvis ha høyt og langvarig sykefravær og utgjør en relativt stor andel av personer med tapte arbeidsår i Norge. Din deltakelse vil gi verdifull innsikt i arbeidsgiveres forståelse og erfaring med psykiske helseutfordringer i en arbeidssituasjon, og hvilke tiltak eller tilrettelegging som kan bidra til å bedre inkluderingen av personer med lettere psykiske lidelser.

Din tidsbruk og samtykke

Hvis du sier ja til å delta i prosjektet innebærer det at jeg gjennomfører et intervju med deg, eller en person med personalansvar. Intervjuet varer fra 30 til 60 minutter, og vil være en samtale med deg om dine erfaringer og tanker rundt tilrettelegging og arbeidsinkludering av personer med lettere psykiske lidelser. Alle opplysninger om deg vil behandles konfidensielt og basert på ditt samtykke. Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og er i samsvar med personvernverket.

Intervjuene fra dette prosjektet vil bli benyttet til en masteroppgave tilknyttet Sosiologisk institutt ved Universitetet i Oslo, og er en del av et større prosjekt (HIRE) finansiert av Norges forskningsråd. Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Med vennlig hilsen,

Julie Brevik Kolstad

Masterstudent i Sosiologi ved Universitetet i Oslo

Kontakt meg gjerne på:

Juliebk@student.sv.uio.no eller på mobil: 92457380

2 SAMTYKKESKJEMA

Vil du delta i forskningsprosjekt om «hvordan arbeidsgivere i Norge håndterer lettere psykisk lidelse på arbeidsplassen?»

Datainnsamling til masteroppgave

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om hvordan psykiske lidelser håndteres i arbeidslivet. Jeg skriver en masteroppgave i sosiologi ved Universitetet i Oslo og vil gjerne komme i kontakt med deg som har erfaring med å tilrettelegge for personer med lettere psykisk lidelse. Din deltagelse vil på sikt kunne bidra til økt gjensidig forståelse mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, bedre arbeidsmiljø og redusert sykefravær for denne gruppen arbeidstakere.

Lettere psykisk lidelse

Diagnoser som angst og depresjon topper listen for sykefravær og tapte arbeidsår i Norge (Folkehelseinstituttet, 2009). Lettere psykiske lidelse refererer til angst og/eller depresjoner hos personer som stort sett klarer å fungere i hverdagen, men som trenger noe tilrettelegging.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet er en kvalitativ studie, og datainnsamlingen består av et intervju med deg på en time i løpet av september 2020. Intervjuet innebærer at du deler dine tanker og erfaringer om tilrettelegging for ansatte med lettere psykisk lidelse i din organisasjon. Intervjuet vil bli tatt

opp på lydbånd og skrevet ut i fulltekst i etterkant dersom det er i orden for deg. Lydopptak vil bli anonymisert, opplysninger om deg og dine ansatte vil behandles konfidensielt, og vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle personopplysninger slettes. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan dine opplysninger brukes og oppbevares

Jeg vil kun bruke opplysningene om deg til formålene beskrevet i dette skrivet. Opplysninger om deg vil behandles konfidensielt i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som vil ha tilgang til personopplysninger om deg og disse vil erstattes med en kode som lagres på en navneliste adskilt fra øvrige data. Intervjumaterialet vil lagres på en skylagring hos UiO. Du som deltager vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes i mai 2021, og alle personopplysningene og eventuelle lydopptak vil slettes ved prosjektslutt i 2021.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og du kan få utlevert en kopi av opplysningene,
- korrigerings av personopplysninger om deg,
- sletting av personopplysninger om deg, og
- sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at

behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Julie Brevik Kolstad (student) (juliebk@student.sv.uio.no/ 92457380)
- Universitetet i Oslo ved Anniken Hagelund (anniken.hagelund@sosgeo.uio.no/ 22858470)
- Vårt personvernombud ved UiO: Roger Markgraf-Bye. Personvernombudet kan nås via e-post: personvernombud@uio.no
- Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anniken Hagelund

Julie Brevik Kolstad

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Hvordan arbeidsgivere i Norge håndterer lettere psykisk lidelse på arbeidsplassen?*»], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i forskningsintervju og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

3 INTERVJUGUIDE

Opplysninger før intervju

Oppgaven handler om arbeidsinkludering og tilrettelegging for personer med lettere psykiske lidelser som angst og/eller depresjoner. I oppgaven refererer lettere psykiske lidelse til angst og/eller depresjoner hos personer som stort sett klarer å fungere i hverdagen, men som trenger noe tilrettelegging, men kan også tidvis ha høyt og langvarig sykefravær.

Jeg ønsker å høre om dine tanker og erfaringer om temaet. Du kan gjerne trekke på erfaringer fra tidligere lederjobber du har hatt med personalansvar. Når det gjelder dine ansatte og erfaringer på arbeidsplassen tenker jeg på dine generelle erfaringer. Vi unngår å snakke om enkeltpersoner eller personlige opplysninger, men generelle erfaringer knyttet til psykiske helseproblemer.

Personopplysninger og informasjon som deles under intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet under samtalen eller velge å ikke svare på spørsmål, samt ta kontakt med meg for å korrigere opplysninger du har delt.

Intervjuspørsmål

1. Hvor lenge har du jobbet som leder med personalansvar?
2. Har du jobbet både i offentlig og private virksomheter?

Erfaringer med lettere psykisk lidelse

Om lag halvparten av den norske befolkningen får en psykisk lidelse/plage i løpet av livet. De vanligste lidelsene er angst og depresjon.

- a. «Hvordan» merker du at dette påvirker din arbeidsplass? Har du eksempler på hendelser fra din arbeidsplass og/eller erfaring som leder med personalansvar?
- b. Hvordan «oppdaget» du dette? (eksempel. den ansatte kom til deg eller motsatt, fanget opp det, andre ting?)
- c. Har du erfaring med forskjellige typer helseutfordringer? Eventuelt. hvordan skiller de seg fra hverandre?

Forståelsesformer av lettere psykisk lidelse

- a. Hvordan opplever du samtalen rundt psykisk helse og arbeid for ansatte dette gjelder?

- b. Hva tenkte du i denne situasjonen?
- c. Var det vanskelig å snakke om det eller enkelt?
- d. Visste du hva du skulle si eller forholde deg i disse situasjonene?

Tilrettelegging

- a. Kan du fortelle litt om hva du gjør når ansatte sliter med psykiske helseproblemer?
- b. Har det vært behov for tilrettelegging i disse situasjonene, og eventuelt hvordan har du imøtekommet de ansattes behov?
- c. Hvilke virkemidler har du til rådighet?

Eksempelvis: hvor fleksibel er arbeidsplassen din på tilrettelegging som hjemmekontor og arbeidstid?

- d. Hvordan du følger opp disse over lengre tid?

Har dere en oppfølgingsplan? Setter konkrete mål? Eksempel: kontakt underveis, dialogmøter også videre.

- e. Er det noen arbeidssituasjoner der psykisk helseproblemer gjør det vanskelig å gjennomføre arbeidet?
 - Er det krevende å tilrettelegge for slike utfordringer?

På hvilke måter er det forskjellig å følge opp arbeidstaker med fysisk og psykisk sykdom?

- e. Du nevnte dette eksemplet x. Har tilretteleggingen vært enkel eller mer utfordrende å håndtere? (Eksempelvis til forskjell fra mer synlige eller andre diagnoser på arbeidsplassen?)
- f. Har personer med psykiske helseutfordringer mer sykefravær?
- g. Er det forskjell på kjønn (jenter eller gutter) når det gjelder slike diagnoser?

Har din bedrift en personalpolitikk rundt inkludering og tilrettelegging for ansatte med psykiske helseutfordringer?

- h. Har dere konkrete planer for forebygging av lettere psykiske lidelser på arbeidsplassen?
- i. Vet du hvor du kan få veiledning eller oppfølging om du trenger mer informasjon om tilrettelegging og oppfølging av arbeidstakere med psykiske helseproblemer? (både internt i bedriften, men også NAV eller andre ressurser)
- j. Er dette (håndtering av lettere psykisk lidelse) et område du og/eller din virksomhet trenger mer kunnskap om?
 - I form av mer informasjon, veiledning og støtte?

Oppsummering

Føler du deg trygg på området og håndteringen med lettere psykiske lidelser på arbeidsplassen?

- a. Er det noe du vil legge til som vi ikke har kommet innpå som er viktig på feltet?

Fremtidig ansettelser

Hvis ja på spørsmål om trygghet på området

- a. Sett at dere skal ansatte nye på jobben, hadde du ønsket å ansette noen som var åpen om en slik diagnose?
- b. Kan man «se» det på personen under intervjuet? (personlighet, stemning osv.)
- c. Under intervju: hvis noen er åpen om at man har slitt psykisk, kan det påvirke din vurdering for fremtidig ansettelse?
 - a. Hva må til dersom noen forteller at de sliter «nå» og for at dette skulle fungert på arbeidsplassen din?

Forventer du høyere sykefravær hos mulige ansatte med slike lidelser?

- e. Ved en eventuell ansettelse:

Har du noen tanker om hvordan du ville lagt opp dialogen rundt håndtering av eventuelle utfordringer hos den ansatte?

f. Arbeidsmiljø:

Hva tenker du om betydningen av arbeidsmiljø og psykiske helseproblemer?

Er det spesielle ting som kan «skape» psykiske helseproblemer på arbeidsplassen?

g. Hva tenker du om arbeidsmiljø og de andre ansatte ved en eventuell ansettelse?