

Helsefremmende lederskap

- En kvalitativ studie -

Ida Grindland

Masteroppgave i Helsevitenskap



Institutt for helsefag, Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet

Universitetet i Stavanger

Veileder: Førsteamanuensis Kristin Akerjordet

Juni 2014

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ida Grindland

VEILEDER: Postdoktor / Førsteamanuensis Kristin Akerjordet, Institutt for Helsefag, Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet, UiS.

TITTEL PA MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:
Helsefremmende lederskap

Engelsk tittel:
Health-Promoting Leadership

EMNEORD/STIKKORD:
Helsefremmende lederskap, salutogenese, ansvar

ANTALL SIDER: 88

STAVANGER Ida Grindland 01/06/2014

DATO/ÅR

FORORD

Denne masteroppgaven om helsefremmende lederskap ville ikke vært mulig for meg å gjennomføre uten andre relasjoner, og det er mange som fortjener en anerkjennelse. Jeg vil begynne med å takke Aud Ramberg ved Friskgården som har gitt meg muligheten til å jobbe med prosjektet og for samarbeidet vi har hatt. Det har vært inspirerende å se hvordan man kan arbeide med salutogenese i praksis. Særlig takk til mine informanter som åpnet seg og lot meg ta del i deres livsverden.

Tusen takk til veileder Kristin Akerjordet, som gjennom hele prosessen har inspirert meg med sin krystallklare kunnskap, svært gode tilbakemeldinger og oppmuntrende ord. Uansett hvor rådvill jeg følte meg, har du gitt meg en følelse av at dette kunne jeg få til bare jeg sto på. Din interesse for min oppgave har vært uunnværlig for å holde motivasjonen oppe. Takk til gode studievenner for hyggelige sammenkomster, og spesielt takk til Evy Frøyland for din åpenhet og ærlighet.

Selv om de nevnte relasjonene har vært viktige for meg, hadde jeg ikke klart å komme meg igjennom disse to årene uten andre, nære relasjoner. Tusen takk til mamma som aldri har mistet troen på meg. Hun har i tillegg til gjennomlesning av oppgaven på ulike stadier latt diskusjonen gå over middagsbordet, og hun har bevist at lykken er mer en de 22000 ord. Tusen takk til Gudrun, Ane og Tone som har lest gjennom oppgaven og tålmodig lest korrektur. Takk også til resten av familien og venner for å ha heiet på meg gjennom hele prosessen, store som små. Da jeg i perioder ble overveldet av arbeidet, gjenstår det bare å si: ”Kjære Anders, nå er jeg tilbake.”

En kan spørre seg om den endringsfilosofien som dagens politikk og næringsliv baseres på i en stadig mer hurtiggående karusell, er i pakt med Antonovskys syn på forutsetning for god helse. Kanskje er det ikke så rart at andelen sykemeldte og uføre har økt betydelig i Norge og Sverige de siste ti årene (Tellnes, 2007, s. 148).

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	iii
SAMMENDRAG	7
SUMMARY	8
1.0 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn og relevans	10
1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	11
1.3 Avgrensninger	12
1.4 Begrepsavklaring i forhold til problemstillingen	12
1.5 Oppgavens videre struktur	13
2.0 KONTEKST	14
2.1 Friskgården	14
2.2 Tidligere forskning.....	15
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV	20
3.1 Helsefremmende arbeid.....	20
3.2 Salutogenese og dens betydning for helse	22
3.3 Helsefremmende lederskap	25
3.4 Oppsummering teoretisk fundament	27
4.0 METODOLOGI.....	29
4.1 Design og vitenskapelig forankring.....	29
4.2 Litteraturgjennomgang	31
4.3 Utvalg og tilgang til feltet	31
4.4 Bakgrunnsinformasjon, styrke og svakhet med utvalget.....	33
4.5 Det kvalitative intervjuet.....	34
4.6 Analyse	37
4.7 Forskerens forforståelse	38
4.8 Troverdighet og gyldighet	38
4.9 Forskningsetisk vurdering	39
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	41
5.1 Ledernes oppfattelse av helsefremmende lederskap	41
5.1.1 Ansvar for ansattes helse	42

5.1.2	Ansvar for relasjonelle forhold.....	43
5.1.3	Ansvar for å systemet	45
5.2	Ledernes erfaringer med helsefremming på arbeidsplassen	47
5.2.1	Ansvar for arbeidsmiljøet	47
5.2.2	Ansvar for tilbakemeldingskulturen	50
5.2.3	Ansvar for sykefravær	51
5.3	Oppsummering.....	54
6.0	DRØFTING.....	55
6.1	Hvordan oppfatter ledere med helsefremmende lederskap?	55
6.1.1	Oppfattelse av lederansvar for helse.....	55
6.1.2	Ansvar for relasjonelle forhold på arbeidsplassen.....	58
6.1.3	Ledernes ansvar for systemet	59
6.2	Hvilke erfaringer har ledere med helsefremming på arbeidsplassen?	62
6.2.1	Ansvar for arbeidsmiljøet	62
6.2.2	Ansvar og erfaringer med tilbakemeldingskultur	63
6.2.3	Variert ansvar med sykefravær	65
6.3	Metodiske overveielser	67
7.0	KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE REFLEKSJON	69
7.1	Svar på problemstillinger	69
7.2	Videre forskning.....	69
7.3	Implikasjoner for praksis.....	70
	REFERANSELISTE	71
	VEDLEGG	78

Vedlegg 1. Oversikt over artikler fra litteratursøk

Vedlegg 2. Intervjuguide

Vedlegg 3. Skjema for bakgrunnsinformasjon

Vedlegg 4. Forespørsel og samtykkeerklæring

Vedlegg 5. Godkjenning fra NSD

Vedlegg 6. Oversikt over figurer og tabeller

Vedlegg 7. Eksempel fra analyseprosess

SAMMENDRAG

Helsefremming og helsefremmende lederskap har fått et større fokus i de siste ti årene i Europa, inkludert Norge. Det kan henge sammen med et økende sykefravær blant annet på grunn av mentale helseproblemer samt demografiske endringer. En politisk strategi er at ledere skal bidra til å tilrettelegge for en helsefremmende arbeidsplass med mål om å gi den ansatte helsefremmende rammer.

Helsefremmende lederskap er av den grunn et viktig bidrag til de etablerte, internasjonale helsefremmende målsettingene. Til tross for dette er det lite fokus på betydningen av helsefremmende lederskap i Norge. Dette styrker denne studiens relevans.

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om lederes oppfatning og erfaring med helsefremmende lederskap i norsk kontekst. Problemstillingen som har dannet grunnlaget for studien er: *Hvilke oppfatninger og erfaringer har ledere med helsefremmende lederskap?* Videre dannet følgende forskningsspørsmål grunnlaget for å besvare problemstillingen:

- i) Hvordan oppfatter ledere helsefremmende lederskap?
- ii) Hvilke erfaringer har ledere med helsefremming på arbeidsplassen?

Studien har et eksplorerende design hvor kvalitative, individuelle, semi-strukturerte intervjuer av åtte ledere ble benyttet som metode. Lederne som ble intervjuet hadde nylig deltatt på et lederutviklingskurs i regi av Friskgården. Analyseprosessen baserte seg på meningsanalyse. Studien avdekket *ansvar* som en hovedkategori som gikk igjen i alle underkategoriene. Helsefremmende lederskap innebar å ta ansvar for: ansattes helse, relasjonelle forhold, systemet, arbeidsmiljøet, tilbakemeldingskultur og sykefraværet på arbeidsplassen. Helsefremmende lederskap innebærer at arbeidsplassen oppleves som helsefremmende for de ansatte, noe som videre kan bidra til at jobben blir en helsefremmende arena, som igjen bidrar til et helsefremmende samfunn.

Søkeord: Helsefremmende lederskap, ansvar, salutogenese.

SUMMARY

Health promotion and health promoting leadership has been emphasized during the last decade in Europe, including Norway. This may be explained by the ever increasing absence due to sickness, which partly relates to mental health issues and demographic changes. A political strategy has been outlined, where leaders will contribute to an organized health promoting work place to ensure health promoting conditions for the employee. As such, health promoting leadership is one of the most important contributions to the established international health promoting goals. Despite this, there has been little emphasis on the importance of health promoting leadership, which therefore strengthens the relevance of this study.

The purpose of this study was to investigate leader's comprehension and experience with health promoting leadership in Norway. This study's approach is founded on the question: *Which perceptions and experiences do leaders have with health promoting leadership?* This study has been driven by the following questions:

- i) How do leaders perceive health promoting leadership?
- ii) Which experiences do leaders have with health promotion in their work place?

This study has an exploring design where the method is qualitative, individually, semi-structured interviews by eight leaders. All participating leaders had recently attended a leadership development seminar hosted by Friskgården. Meaning analysis was used in the analysis process. This study has discovered that *responsibility* was a main category that frequented in all of the sub-categories. Health promoting leadership was linked to taking responsibility of: the health of the employee, social relationships, how the organization is structured, the working environment, how feedbacks are handled and the absence due to sickness of the working place. The feeling of a health promoting work place for the employees is essential for the health promoting leadership, which may contribute to a health promoting arena, with a positive feedback from a health promoting society.

Key words: Health promoting leadership, responsibility, salutogenesis.

1.0 INNLEDNING

Helsefremming og helsefremmende lederskap har fått et større fokus i de siste ti årene i Europa, inkludert Norge. Det kan henge sammen med et økende sykefravær blant annet på grunn av mentale helseproblemer og demografiske endringer (WHO, 2004; United Nations Economic Commission for Europe, 2009). Tendensen kan være starten på en større nedadgående spiral, fordi man ser antydninger til sammenheng mellom økt forekomst av depresjon og sykefravær (Lau, Finne & Berthelsen, 2011). For velferdsstaten er disse utfordringene forbundet med store økonomiske utgifter. En ukes sykefravær er beregnet til å koste bedriften i gjennomsnitt 13 000 kr (Osborg, Brattlid, Haus-Reve, Mandal & Bjerkan, 2012). Et økt sykefravær og demografiske endringer stiller derfor nye krav til lederes ansvar. Spesielt når vi vet at ledere har ansvar for å tilrettelegge for en arbeidsplass med fokus på det som fremmer helse og et inkluderende arbeidsliv i tråd med norske direktiver (Arbeidsmiljøloven, 2005, Helse og Omsorgsdepartamentet, 2013).

NAV-reformen er den største velferdsreformen i nyere tid. Her står det at Arbeids- og velferdsforvaltningen skal bistå arbeidsgivere med råd og veiledning for å forhindre sykefravær i arbeidslivet (Arbeids- og Velferdsforvaltningsloven, 2006). Tett oppfølging fra lederne og tilgjengelighet har vist seg å ha positiv innvirkning på å senke andelen sykefravær på arbeidsplasser (Rølfer, 2014). Helsefremmende lederskap er av den grunn en viktig faktor med tanke på å forebygge nedadgående spiraler på arbeidsplassen. Hittil har mye av forskningen på lederskap vært rettet mot risikofaktorer og årsak til redusert trivsel. Man har først i de senere årene begynt å interessere seg for forskning på ledernes atferd og holdninger og konsekvene av dette for positive resultater på arbeidsplassen (Eriksson, Axelsson & Axelsson, 2010a; Krafft, 2012; Lundqvist, 2013). Dette opplever jeg er i overensstemmelse med NAV- reformen hvor det legges større vekt på arbeidsgivers ansvar og forpliktelser overfor ansattes helse. Oppsummert kan vi si at ledernes ansvar for å tilrettelegge for helsefremmende arbeidsplasser står sentralt, i tillegg til samfunnets og politikernes ansvar. Denne studien legger derfor til grunn at ledernes egne oppfatninger og erfaringer med helsefremming på arbeid kan bidra til økt

forståelse av helsefremmende lederskap. Teoretisk synes helsefremmende ledelse å omhandle ledere som går først og viser vei, som fremmer ressurser og skaper dermed et helsefremmende arbeidsmiljø (Eriksson, 2012; Slinning & Haugen, 2011). Studien tar utgangspunkt i en forståelse av helsefremmende lederskap er der skaper en helsefremmende arbeidsplass som kan bidra til å fremme helse hos de ansatte (Eriksson, 2012).

1.1 Bakgrunn og relevans

Denne forskningsstudien startet med en interesse for helsefremmende lederskap. Dette innebærer spørsmål om ledernes egne oppfatninger og erfaringer med helsefremmende lederskap. *Helse 2020* vektlegger en *helse-i alt en gjør*- tilnærming (Helsedirektoratet, 2014) og er aktuell på alle samfunnsnivå, inkludert ledernes helsefremmende perspektiver på en arbeidsplass. En av hovedstrategiene er å forbedre lederskap for å oppnå bedre helse på tvers av europeiske helseregioner (Helsedirektoratet, 2014). Rammeverk er utarbeidet i samarbeid med *World Health Organization* (WHO) og 53 europeiske land (Helsedirektoratet, 2014).

WHO definerer i *Ottawa Charter* helsefremmende arbeid som en: "...process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" (WHO, 1986, s. 1). I tillegg fremheves det at sosiale, politiske, økonomiske, miljømessige og kulturelle faktorer som viktige determinanter for helse (WHO, 1986). I denne sammenhengen vises det til Luxembourgdeclaration (1997) som vektlegger at helsefremmende arbeid bør bli integrert i bedriftens daglige virke. Arbeidsplassen skal være en arena der den enkelte ansatte skal bli møtt med respekt og hvor sosial og økonomisk trygghet skapes (Arbeids- og Velferdsforvaltningsloven, 2006). Dette fremhever også andre norske direktiver som Stortingsmelding 34 *Folkehelsemeldinga*, der arbeidsplassen ses som en godt egnet arena for å utvikle et helsefremmende samfunn (Helse- og Omsorgsdepartement, 2013). Dette er også i overensstemmelse med Arbeidsmiljøloven (2005) som sier at vi skal arbeide for et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende arbeidssituasjon. Videre viser flere studier (Grönlund & Stenbock-Hult, 2014; Gurt, Schwennen & Elke, 2011) at

ledernes egenskaper har stor innvirkning på ansattes helse og arbeidsmiljø. Ledere skal sikre en helsefremmende arbeidsplass gjennom å fremme ressurser og verdier hos sine ansatte (Arbeidsmiljøloven, 2005; Hanson, 2010; Helse- og Omsorgsdepartement, 2013). En salutogen tilnærming har vist seg å være en god veileder når målet er å arbeide for mestring, økt psykisk velvære og helse (Langeland, 2014).

Etter å ha søkt i flere internasjonale databaser med ulike søkeord i varierte kombinasjoner, viste det seg å være utfordrende å finne relevant forskning relatert til helsefremming med et salutogent perspektiv med fokus på helsefremmende lederskap. Dermed refereres det kun til ni artikler fra Sverige, Tyskland, Finland og England. Flere av artikler viser til at det er lite forsket på ulike metoder for utviklingen av helsefremmende lederskap og evaluering av slike tiltak (Eriksson, 2012; Eriksson, R. Axelsson & S. B. Axelsson, 2010; Whysall, Haslam & Haslam, 2006). Etter som det er lite fokus på betydningen av helsefremmende lederskap og da særlig i Norge, bidrar det til å styrke studiens relevans. *Salutogenese* - teorien av Antonovsky (2012) anses som et egnet og viktig helsefremmedne teoretisk perspektiv for denne studien. Studien vil kunne bidra med mer kunnskap om helsefremming med et salutogent perspektiv og helsefremmende lederskap (Eriksson, 2012; Eriksson & Lindström, 2006).

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om helsefremmende lederskap ut fra lederes ståsted. Studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvilke oppfatninger og erfaringer har ledere med helsefremmende lederskap?*

Problemstillingen søkes besvart gjennom følgende forskningsspørsmål:

- i) Hvordan oppfatter ledere helsefremmende lederskap?
- ii) Hvilke erfaringer har ledere med helsefremming på arbeidsplassen?

1.3 Avgrensninger

Oppgaven omfatter lederskap i et helsefremmende perspektiv. Den handler først og fremst om ledernes oppfatninger og erfaringer med helsefremmende lederskap. Dette inkluderer ledernes meninger og forståelse av helsefremmende lederskap, samt deres kunnskap om hva som fremmer helse på arbeidsplassen. Videre er studiet teoretisk forankret i helsefremmende arbeid, salutogenese og helsefremmende lederskap. Sentralt i salutogenese står *sense of coherence* (SOC) som på norsk er oversatt til *opplevelsen av sammenheng* (OAS) og som anvendes enkelte plasser i oppgaven (Langeland, 2012).

Forskningsstudier som omhandler sykdomsforebyggende tiltak, inkluderende arbeidsmiljø, fysisk aktivitet på arbeidsplassen, og helse, miljø og sikkerhet er ekskludert fra studien.

1.4 Begrepsavklaring i forhold til problemstillingen

I problemstillingen og forskningsspørsmålene står *oppfatning* og *erfaring* sentralt. Derfor avklares begrepene her. Formålet med oppgaven er blant annet å belyse ledernes oppfatninger av helsefremmende lederskap. Synonymene til oppfatning er: erkjennelse, forståelse, fortolke og mening (Berulfsen & Gundersen, 2001). Dette begrepet kan føres tilbake til Platons definisjon på kunnskap som en begrunnet sann oppfatning (Holme, 2014). Med dette som utgangspunkt er hensikten med oppgaven å få fram ledernes kunnskap om hva de oppfatter at helsefremmende lederskap er. Videre søker studiet å se på hvilke erfaringer lederne har gjort seg om det som fremmer helse på arbeidsplassen. Synonymt med erfaring er: få greie på, få kjennskap til, få nyss om og få vite (Berulfsen & Gundersen, 2001). Aristoteles beskriver erfaringer som ervervede ferdigheter (Holme, 2011). Man kan si at erfaringene baserer seg på ferdighetene vi tilegner oss, som igjen gjør oss i stand til å utføre en bestemt type handling (Holme, 2011). Dette er også i tråd med Gadamer's tenkning som vektlegger betydningen av å ta ansvar for egne følelser, moral og handlinger (Akerjordet, 2014). Dette danner bakgrunnsteppe for

oppgavens hensikt om å søke lederens viten eller innsikt i en livsopplevelse ut i fra deres opplevelser og erfaringer.

1.5 Oppgavens videre struktur

Utenom kapittel 1 som var en introduksjon og innføring i temaet, studiens hensikt og aktuelle forskningsspørsmål inkludert begrepsavklaring og avgrensninger, består masteroppgaven av følgende inndelinger. Kapittel 2 redegjør for studiens kontekst, samt norske og internasjonale studier knyttet til helsefremmende lederskap og salutogenese. Kapittel 3 presenterer oppgavens teoretiske rammeverk. Kapittel 4 viser studiens metodologiske gjennomgang. Kapittel 6 presenterer studiens forskningsfunn. Kapittel 7 er drøftingsdelen hvor forskningsfunn diskuteres i lys av studiens forskningsspørsmål, studiens teoretiske perspektiv, samt annen aktuell forskning. Til slutt i kapittel 8 oppsummerer hovedfunnene i en konklusjon hvor forskningsspørsmålene forsøkes besvart med refleksjoner knyttet til implikasjoner for praksisfeltet og videre forskning.

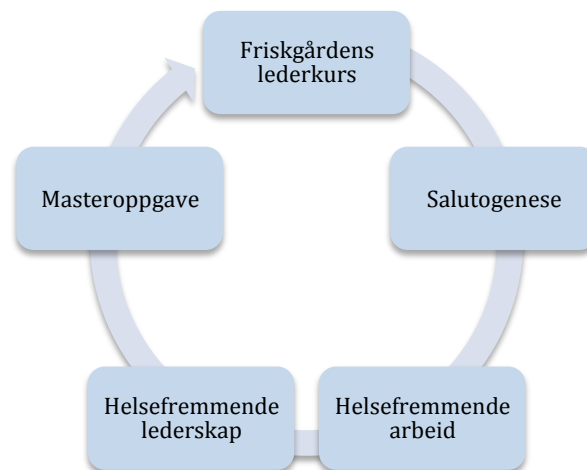
2.0 KONTEKST

I dette kapitlet presenteres Friskgården som danner en viktig kontekst for denne studien. Videre vises det til tidligere forskning som er presentert i artikler. Disse bidrar til å skape bakgrunn for denne studien om helsefremmende lederskap. Til slutt gis det en oppsummering av alle forskningsartiklene.

2.1 Friskgården

Friskgården er en bedrift og bedriftshelsetjeneste som holder til i Aurskog, Grong, Stjørdalen, Romerike og Stod. Bedriftshelsetjenestene er bidragsyttere for å øke bedrifters kompetanse innen psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø (Arbeidstilsynet, 2013). Sentralt i Friskgårdens arbeid står en salutogen tilnærming for å fremme menneskers robusthet til å mestre arbeid. Friskgården har som mål å være en nasjonal aktør for alle de 800.000 menneskene som i dag står utenfor arbeidslivet. Ønsket er å være en motivator for verdiskapning i arbeidslivet, ved å ta del i kanskje nåtidens største helseutfordringer som utbrenthet, langtidssykemeldte og mentale helseproblemer. Friskgården henvender seg blant annet til ledere i arbeidslivet og de arrangerer lederutviklingskurs. Kursets innhold vektlegger helsefremmende perspektiver på hvordan man som leder kan ha fokus på de ressurser og verdier som allerede eksisterer i bedriften, og hvordan disse kan bidra til å fremme helse på arbeidsplassen. Denne studien er et samarbeid med Friskgården, noe som åpnet for tilgang på informanter som har deltatt på deres kurs *Ledelse i et moderne arbeidsliv*. Målet var å få innblikk i informantenes oppfatninger og erfaringer av helsefremmende lederskap med arbeidsplassen som arena. I denne sammenhengen tilsier aktuell forskning at det å være i arbeid kan være helsefremmende og at lederne i denne sammenheng spiller en viktig rolle for det å skape en helsefremmende arbeidsplass (Eriksson, et al., 2010b; Graeser, 2011; Lau, et al., 2011). Det å få tilgang til kunnskap om ledernes oppfatninger og erfaringer om helsefremmende lederskap vil kunne bidra til et mer helsefremmende samfunn. En av målsetningene med kurset er at lederne skal tilegne seg ferdigheter i ledelse basert på et helsefremmende perspektiv. Det er derfor forventet at lederne som ble inkludert i denne studien har tilegnet seg kunnskaper om helsefremmende

lederskap, inkludert salutogenese, etter kursdeltagelse. Med bakgrunn i dette kan man videre anslå at lederne har erfaring med hva det vil si å arbeide for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Disse forholden blir det videre reflektert over i metodologi og metodiske overveielser. Figuren under er en skjematisk fremstilling av denne kunnskapsutviklingsprosessen.



Figur 1. Kunnskapsutviklingsprosessen for masteroppgaven.

2.2 Tidligere forskning

En kunnskapsoppsummering av Eriksson og Lindström (2006) hadde til hensikt å se på hvordan salutogenesens kjernekomponent *sense of coherence* (opplevelse av sammenheng) beskrives og analyseres i nyere kunnskapskilder fra år 1992-2003. Datamaterialet var 485 vitenskapsartikler og 13 doktorgradsavhandlinger.

Opplevelse av sammenheng synes å ha en helsefremmende ressurs som fører til

fleksibilitet og en positiv helsetilstand (Eriksson & Lindström, 2006). Implikasjonen var at salutogenese kan være et godt teoretisk fundament ved helsefremmende forskning. Videre kan det å ha et salutogent perspektiv hos arbeidsgivere og i organisasjon bidra til å snu en trend ved å redusere psykiske problemer og sykefravær.

En spørreundersøkelse av Graeser (2011) tok utgangspunkt i bedriftenes økende interesse for psykiske forhold, der de anvendte en salutogen tilnærming for å identifisere faktorer og ressurser som fremmet psykiske helse på arbeidsplassen. Spørreundersøkelsen består av to separate studier med 352 informanter i den ene og 502 informanter i den andre. Med bakgrunn i begge studiene kom forskeren fram til at en sterk opplevelse av sammenheng kan bidra til å redusere depresjon, sykefravær og uførepensjon på arbeidsplassen. En arbeidsplass som fokuserer på salutogene faktorer vil derfor oppleves som positiv for helsen, miljøet og organisatorisk forhold. Graeser (2011) skriver at det er ledelsens oppgave å legge til rette for støttende og personlig utvikling overfor ansatte.

Whysall, et al. (2006) har sett på prosessen med å implementere tiltak for å bedre helsen på en arbeidsplass. De intervjuet 17 ledere, fire til seks måneder etter at gjennomføringen av tiltakene fant sted. De kom fram til at det for ledere er en stor barriere å sette inn tiltak som kan bedre de ansattes helse. For å få til å snu trenden med å endre på barrierene for nye tiltak, kreves det mer refleksjon og informasjon til ledelsen om hva som fremmer helse. Whysall, et al. (2006) mener at viktig praksis som vil bidra til å skape ledernes endringsprosesser er å fremme ledernes engasjement for helse og generelle holdninger. Praksis som vil bidra til å fremme og endre ledernes engasjement for helse og deres generelle holdninger, vil kunne resultere i økt produksjon og redusert sykefravær.

Erikssons (2012) kvalitative studie har til hensikt å beskrive og analysere begrepet helsefremmende lederskap, samt å se på kritiske sider ved gjennomføring og evaluering av en slik ledelse. 20 ledere ble intervjuet. Helsefremmende lederskap kan forstås som ledere som arbeider for å skape helsefremmende arbeidsplasser. Lederne skal bidra til å skape verdier for å inspirere og motivere de ansatte. Dette viser seg å være vel så viktig som organisasjonens strukturer og ferdigheter. Hvilke ressurser man har til rådighet for å utvikle en helsefremmende arbeidsplass varierer fra bedrift til bedrift. Offentlige bedrifter har ofte mindre ressurser i forhold til hva det private bedrifter har. Ut i fra dette definerte Eriksson (2012) *helsefremmende lederskap* som: ledere som er opptatt av å skape en helsefremmende arbeidsplass,

hvor lederens kunnskap og ferdigheter påvirker det som fremmer helse. En strategi for å utvikle helsefremmende lederskap mener Eriksson (2012) vil være å arbeide med organisasjonsutvikling og utvikling av den enkelte leder, noe som ofte fordrer ekstern eksperthjelp for å lykkes.

Studien til Eriksson, et al. (2010) har til hensikt å beskrive og analysere et intervensjonsprogram som lederne hadde deltatt på. Målet med programmet var at lederne skulle øke sin innsikt og kunnskap om helse, samt det å utvikle en helsefremmende arbeidsplass. Det ble gjennomført 17 semi-strukturerte intervju med ledere fra Choice Hotels i Göteborg, Sverige. Studiet var en del av et større case-studium. Konklusjonen ble at det er avgjørende hvilke kunnskap lederne har om helse og helsefremmende lederskap i arbeide med å skape en helsefremmende arbeidsplass.

Grönlund og Stenbock-Hult (2014) hadde til hensikt å undersøke helsearbeideres syn på helsefremmende lederskap. Studien hadde følgende forskningsspørsmål: 1) Hvordan skal vårt personal ledes for at deres arbeidshelse fremmes? 2) Hva er lederens mulighet for å påvirke arbeidshelsen? Det ble utførte fokusgruppeintervju med 17 helsearbeidere fra en finsk helsestasjon. Resultatet viser at ut i fra medarbeiderens syn er lederskapet viktig med tanke på å skape en god atmosfære. Videre viste det seg at ledere spilte en viktig rolle for helsen og velværet hos ansatte. Funnene indikerte at ledere kan ha behov for å få tilrettelagt utdanning for å få økt kunnskap om helsefremmende lederskap.

I en svensk studie av Dellve, Skagert og Vilhelmsson (2007) var målet å undersøke hvordan lederens egenskaper og strategier har betydning for positive effekter i prosessen for å skape en helsefremmende arbeidsplass. De så på lederstrategier og effekten av disse i arbeidet med å sikre positive prosesser knyttet til utviklingen av en helsefremmende arbeidsplass. Studien tok utgangspunkt i ansatte mellom 25-65 år fra 32 arbeidsplasser. Ledere som la vekt på belønning, anerkjennelse og respekt resulterte i økt deltakelse av ansatte på jobben. Lederegenskaper med helsefremmede tiltak rettet mot ansattes helse har betydning på ansattes fremmøte.

Fokuset i en tysk studie av Gurt, et al. (2011) var å se eksplisitt på ledernes engasjement for ansattes helse. Gurt, et al. (2011) mener det er viktig å motivere ledere til å vektlegge helsen på arbeidsplassen. God strategi som positive relasjoner, trivsel og psykologisk arbeidsklima har vist seg å redusere irritasjon og ansattes belastningsnivå.

I en doktoravhandling av Lundqvist (2013) var hensikten å få økt kunnskap om ledernes psykososiale forhold og se på sammenhengen mellom ledernes helse og ledelse. Psykologiske arbeidsforhold oppfattes å ha påvirkning også på ledernes innsats og helse. Ledernes helse viste seg å påvirke lederskapet, kvaliteten på arbeidet og relasjonen til medarbeiderne. Faktorer som ledere vektla som viktige for å ha god helse var å oppnå resultater, ha høyt prestasjonsnivå og belønning fra organisasjonen. Arbeidsforhold, helse og lederskap vises å være gjensidig avhengig av hverandre i byggingen av et helsefremmende arbeidsklima. Utfordrende jobb og givende sosiale relasjoner ser ut til kunne gi lederne bedre helse.

De fleste artiklene og studiene later til å ha fokuset på helsefremmende lederskap og arbeid, samt hvordan lederne kan påvirke arbeidsmiljøet (Dellve, et al., 2007; Graeser, 2011; Grönlund & Stenbock-Hult, 2014; Gurt, et al., 2011; Whysall, et al., 2006). Offentlige dokumenter og veiledere fremhever også at lederne spiller en viktig rolle for at arbeidsplassen skal kunne oppleves som helsefremmende (Arbeidsmiljøloven, 2005; Helse- og Omsorgsdepartement, 2013; Helsedirektoratet, 2014). Det synes viktig å kunne kvalifisere ledere til å se hva som fremmer helse og reflektere over helsefremmende ressurser på arbeidsplassen (Eriksson, 2012; Gurt, et al., 2011; Grönlund & Stenbock-Hult, 2014). Ved å ha et salutogent perspektiv som leder, vil man kunne bidra til et bedre arbeidsmiljø (Eriksson og Lindström, 2006; Graeser, 2011). Følgende viser Whysall, et al. (2006) til at det å tilrettelegge for nye helsefremmende tiltak er en stor barriere for ledere. Det finnes få beskrivelser av ledernes egne syn og erfaringer om helsefremming på arbeidsplassen. Deriblant er det kun Lundqvist (2013) som har undersøkt hvordan arbeidsplassene påvirker ledernes helse. I løpet av de siste ti årene er det gjort flere

studier som retter fokuset for hva som fremmer helse og denne formen for forskning kan sies å være inspirert av Antonovskys teori om salutogenese (Lundqvist, 2013).

3.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Innledningsvis presenteres den historiske bakgrunnen for helsefremmende arbeid og dets betydning siden utviklingen av *health promotion – bølgen* som startet gjennom *World Health Organizations* (WHO) internasjonale avtale *Ottawa Charter* i 1986. Videre presenteres studiens teoretiske forankring i salutogenese og avslutningsvis blir det gjort rede for helsefremmende lederskap.

3.1 Helsefremmende arbeid

WHO (1986) fremhever at sosiale, politiske, økonomiske, miljømessige og kulturelle faktorer er determinanter som har betydning for helse. I *Ottawa Charter* blir helsefremmende arbeid definert som en prosess for at individer, grupper og organisasjoner skal kunne ta kontroll over egen helse og forbedre den (WHO, 1986). Helsefremmende arbeid handler om å legge til rette for ulike tiltak som har positiv innvirkning på helsen og vektlegger sosiale, mentale, og fysiske evner (WHO, 1986). I *Ottawa Charter* vektlegges helse som en ressurs i hverdagens gjøremål.

Utviklingen av den helsefremmende ideologien har sitt utspring fra folkehelsearbeidet (Eriksson, 2012) og det var først ved at WHO la vekt på helsefremmende prinsipper at dette fikk gjennomslag. Tellnes (2012) presenterer WHO's prinsipper for helsefremmende arbeid fra *Ottawa Charter* slik:

Helsefremmende arbeid rettes mot helsepåvirkning i folks hverdag og ikke spesielt mot høyrisikogrupper. Helsefremmende arbeid skal bidra til å redusere ulikheter i helse mellom folk. Helsefremmende arbeid må kombinere forskjellige tilnæringer og metoder. Helsefremmende arbeid må stimulere til aktiv deltakelse fra befolkningens side (s.24).

Inspirasjonen til den helsefremmende ideologien har bakgrunn i den brasilianske pedagogen, Paulo Freire (1921-1997) (Mæland, 2010). I kampen mot analfabetisme utviklet han en utdanningsmodell som skulle lære fattige i Brasil å lese og skrive, samt at de fikk opplæring i hva bakgrunnen for fattigdom var. Dette bidro til at

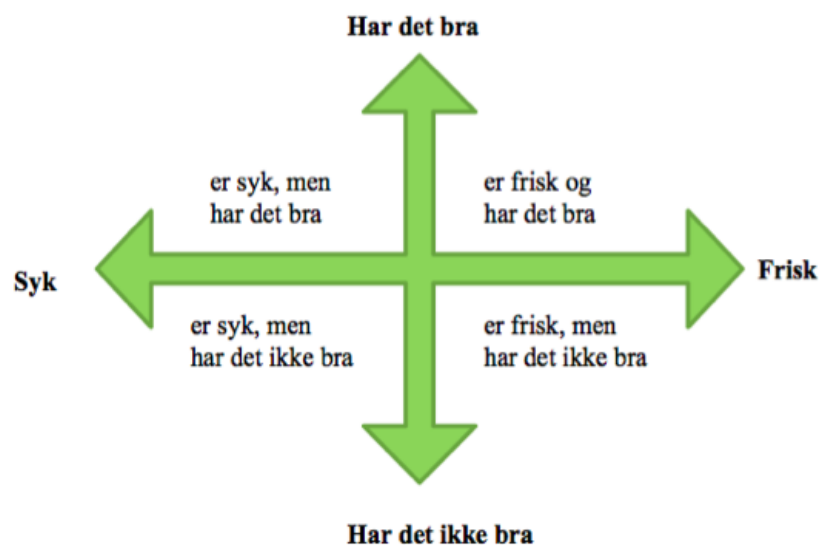
utdanning fikk folk til å ta tak i den fattigdommen de var utsatt for (Freire, 2003). Ivan Illche (1926-2002) var en østerisk filosof som hevdet at den medisinske måten å møte mennesker på skapte hjelpeløshet og avhengighet blant folk, og førte til at folk ble mindre i stand til å ta vare på eget liv og helse (Mæland, 2010). I denne sammenhengen kan man forstå at *empowerment* er relevant. *Empowerment* viser til den makten og kontrollen som vi ønsker å ha over eget liv (Askheim & Starrin, 2007). Det handler om å styrke enkeltindividet og grupper slik at de kan unngå å komme i avmaktssituasjoner og heller ta utgangspunkt i prosesser og aktiviteter som styrker deres selvkontroll (Askheim, 2007). Helsefremmende arbeid baserer seg på et holistisk menneskesyn, hvor man vektlegger hele menneskets dimensjoner ved fysiologiske, psykososiale og åndelige behov (Barbosa Da Silva, Hugaas, Ljungquist & Norheim, 2006). Ennå er det mye arbeid igjen for å få helsefremmende arbeid ut i praksis (Eriksson & Lindström, 2006).

En helsefremmende tilnærming kan forstås ut fra flere nivåer i samfunnet (Sun, 2014). Følgende tre nivåer relevante for denne studien. For det første et individnivå der helsefremming retter seg mot individets risikofaktorer for helsen. For å håndtere fremtidige arbeidsrelaterte helseproblemer på dette nivået må man vektlegge den enkeltes ressurser som fremme helsen. Dette kan blant annet gjøres ved at man som leder blir mer bevisst på hva helse er (Mæland, 2010). Trivsel, engasjement og individuelle tiltak på arbeid, har vist positiv innvirkning på den enkelte ansattes helse på arbeidsplassen (Eriksson, 2012; Lundqvist, 2013). Det andre nivået i samfunnet som er relevant for denne studien er mesonivå. På dette nivået dreier helsefremming seg om det eksistensielle samspillet mellom mennesker. På dette nivået viser det seg å være av betydning at lederne har kunnskap om verdien av sosial støtte og helsefremmende arbeidsplasser. Slik kunnskapen kan ha betydning for hvordan lederne legger til rette for det helsefremmende arbeidet i organisasjonen (Shain & Kramer, 2004). Det tredje nivået som er relevant for denne studien er makronivået. Dette innebærer at et viktig mål i utviklingen av et helsefremmende samfunn er å se arbeidsplassen som en godt egnet arena for helsefremmende arbeid (Helse- og Omsorgsdepartement, 2013).

3.2 Salutogenese og dens betydning for helse

Salutogenese betyr *tilblivelse av helse* (Heggdal, 2008, s. 196). Ordet er gresk og kommer av *saluto* som betyr helse og *genes* som betyr opprinnelse eller tilblivelse (Antonovsky, 2012). Teorien – salutogenese er utarbeidet etter mange års forskning av den amerikansk-israelske medisinsosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) og ble publisert av Antonovsky (1976) i boken *Health, Stress and Coping*.

Med et salutogent perspektiv er det ikke nok å finne årsak til sykdom, men man må arbeide for å fremme helse. Salutogenese forklarer helse som et kontinuum (grad av helse) på en akse med ytterpunktene dårlig helse og god helse (Antonovsky, 2012). Helse ses som en dynamisk prosess som stadig er i endring. Salutogenese handler om å finne ut hvorfor noen person befinner seg på den positive siden av (Antonovsky, 2012). Den salutogene orienteringen fokuserer på kilden til sunnhet og stiller spørsmål som: ”Hvordan kan vi forklare sunnhet i stedet for sykdom?” (Antonovsky, 2012, s. 27). Salutogenese understreker at det ikke finnes et enten-eller-forhold mellom sykdom og helse, men et både- og. Det vil si at det går an å oppleve seg som frisk selv om man patologisk sett har påvist en sykdom, eller motsatt. Illustrasjonen på neste side viser Antonovskys helseforståelsen, men figuren er hentet fra sykepleieteoretikeren Katie Erikson (1984) *Helsekors*, som har illustrert denne forståelsen av helse.



Figur 2. Antonovskys helseforståelse med Eriksons (1984) figur.

At *helse i livets elv* er en god metafor som blir brukt for å forstå salutogenese. Antonovsky (2000) mener at alle mennesker er en del av livets elv hvor ingen kan stå trygt på elvebredden. Det er en stadig forandring, bevegelse og virvelstrøm i elven. Slik er også livet. På bakgrunn av dette blir et viktig salutogent spørsmål: ”Uansett hvor en er i livets elv, hva former ens evne til å svømme bra?” (Langeland, 2012, s. 203).

Dette kan settes inn i en sammenheng med arbeid, hvor arbeid både kan oppleves som en fremmede eller hemmende ressurs for helse (Bauer & Gregor, 2012). Det å dra nytte av våre indre og ytre ressurser vil bidra til å opprettholde en høyere grad av helse (Kezo, 2010). Antonovsky (2000) omtaler dette som *de generelle motstandsressurser* og definerer dem som det ”...som skaber livsopplevelse karakterisert ved indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom under- og overbelastning” (s.47). Religion, filosofi, intelligens, fysiske ressurser, mestringsstrategier, penger, jeg-styrke, kulturell stabilitet, og sosial støtte ses som ressurser som bidrar til å opprettholde helse (Antonovsky, 2000). Andre positive ressurser kan være musikk, billedkunst, tur, kontakt med blomster, planter og dyr (Tellnes, 2003). Det som gir mening i livet og i arbeidet er knyttet til de generelle motstandsressursene (Antonovsky, 2000). Arbeidsplassen kan i denne sammenhengen oppleves å gi mening til livet.

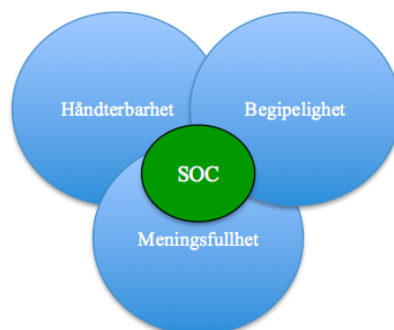
I møte med ulike utfordringer i livet vil det å kartlegge de generelle motstandsressursene man har til rådighet være viktig. I denne sammenhengen vil det å ha en sterk *opplevelse av sammenhengen* i livet være sentral i følge Antonovsky (2000). Opplevelse av sammenheng fremhever tre kjernekomponenter: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Disse tre komponentene påvirker graden av helse (Antonovsky, 1996).

Begripelighet handler om hvordan en person klarer å forstå det som skjer, ved at man får situasjonen forklart (Renolen, 2008). Det dreier seg om å oppleve forståelse for sammenhengen i den situasjonen man står oppi. I overført betydning vil det kunne si at man som leder må følge opp ansatte slik at de har tilstrekkelig kunnskap

for å kunne gjennomføre den tildelte arbeidsoppgaven. Det vil si at det er lederens oppgave å tilrettelegge for at ansatte skal klare å forstå de arbeidsoppgavene som lederne delegerer. De som klarer å begripe dette på en god måte kan ha en høyere grad av opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1993).

Håndterbarhet viser til de ressursene en oppfatter å ha til rådighet. Eksempler på denne type ressurser kan være familie, venner, kolleger, ledere og faglig kompetanse. For lederen og den ansatte er det i denne sammenhengen viktig med et gjensidig samspill med tillit og trygghet. Hvis man er bevisst sine ressurser kan man lettere klare å gjennomføre arbeidsoppgaver på en måte som gjør at man ser situasjonen som mer overkommelig ved at man kan håndtere den (Antonovsky, 2000). Dette kan være betydningsfulle ressurser for å fremme helse.

Meningsfullhet innebærer at man er i stand til å se meningen i de utfordringene man møter. Hva som oppleves som viktig i livet vil være i en dynamisk endring over tid. Antonovsky (2012) mener at for å oppnå opplevelse av sammenheng, kreves det ikke at man har mange ting man er engasjert i, men at man har noe som oppleves som meningsfullt. Dette vil bidra til at man får økt forståelse for den situasjonen man står overfor og dermed oppleve den som mer meningsfull. Ledere som er i stand til å engasjere sine ansatte ved å inkludere dem i bedriftens mål og å vise dem hvilke betydning deres arbeid har for bedriften som helhet, er derfor viktig (Hanson, 2010). Hva som oppleves som meningsfullt i livet er individuelt, men det er dette som er selve drivkraften i livet (Antonovsky, 1996). *Sense of coherence* (SOC) og de tre kjernekomponentene illustreres her.



Figur 3. Sense of coherence (Hanson, 2010, s. 69).

Tidligere forskning har vist at jobbengasjement er en viktig mestringsstrategi for å oppleve arbeidet som positivt (Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009). Positive opplevelse i livet, som arbeidsplassen kan være, vil kunne bidra til at ansatte opplever livet som meningsfylt og dermed holder seg friske lenger (Antonovsky, 2000). Å oppleves arbeidsplassen som noe positivt, kan ses som en viktig ressurs. Arbeidsplassen kan relateres til motstandsressurser som jeg-styrke, sosiale støtte, penger og mestring. Motstandsressurser har potensialet til å kunne fremme effektiv mestring (Renolen, 2008). Tellnes (2003) legger til at man ved en salutogen tilnærming må fokusere rette fokuset på fysiologiske behov, kulturelle og psykososiologiske aspekt. I dette tilfellet kan man forstå at den enkeltes ansatts bakgrunn, oppvekst, sosiale og kulturelle miljø, har betydning for yte evnen og ressurser på arbeidsplassen (Kezo, 2010). Lederens innsikt i den ansattes privatliv og interesser vil kunne ha innvirkning på arbeidet for å fremme helse på arbeidsplassen. Ut i fra dette kan man forstå at lederens evne til å fremme ansattes ressurser kan påvirke opplevelsen av arbeidet.

3.3 Helsefremmende lederskap

Lederskap er et komplekst begrep som flere fagfelt har meninger om og som diskuteres. Av den grunn eksisterer det svært mange ulike definisjoner på hva ledelse er (Yukl, 2006). Noen vektlegger lederskap med fokus på de mellommenneskelige relasjonene, mens andre fremhever effektivitet, lederatferd og makt i ledelsesposisjonen (Osborg, et al., 2012). Den amerikanske professoren Gary Yukl har lenge forsøkt seg på en altomfattende definisjon på hva lederskap er (Lundqvist, 2013). Yukl (2006) viser til at ledelse påvirker ansatte på ulike måter gjennom indirekte strukturer: direkte organisatorisk og med mellommenneskelig samspill. Videre defineres lederskap som: "...process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and to do it, and process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives" (Yukl, 2006, s. 8). Dette kan igjen sees i sammenheng med at en leder er en person som utøver noe over en annen for å nå et konkret mål (Lundqvist, 2013). Studier viser at gode lederegenskaper i praksis har en gunstig påvirkning på ansattes helse og

arbeidsevner (Gurt, et al., 2011). Ut i fra dette omhandler lederskap å fremme sine medarbeideres kvaliteter og verdier mot et felles mål. Som leder må man ha evnen til å være i øyeblikket og håndtere det som oppstår der og da (Osborg, et al., 2012). Det handler om å se sine medarbeideres kvaliteter og ressurser og å fremme disse. Her spiller også ledernes tilstedeværelse inn.

I følge Slinning og Haugen (2011) er målet med helsefremmende lederskap å fremme medarbeiderens mestringskapasitet. Dette kan gjøres ved å la det positive synet på medarbeiderens velvære og helse gjennomsyre arbeidsprosessen, slik at dette skaper resultater for helheten. Eriksson (2012) ser helsefremmende lederskap som ledere som arbeider for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Med et fokus på helsefremmende arbeid, som ved å gi ansvar til sine ansatte, vil man kunne fremme helse (Shain & Kramer, 2004; Slinning & Haugen, 2011). Videre påpeker Slinning og Haugen (2011) at helsefremmende lederskap er en prosess, ikke et prosjekt. Det må derfor vises forståelse for at lederne selv kan være i ulike faser når det gjelder erfaringer ved det helsefremmende perspektivet som leder.

Slinning og Haugens (2011) definerer helsefremmende lederskap med at det er: "Forankret i et positivt menneskesyn, gå først og vise vei gjennom involvering og ansvarliggjørende dialoger for å skape resultater som fremmer helheten og den enkeltes fysiske, relasjonelle og mentale mestringskapasitet" (Slinning & Haugen, 2011, s. 51). Dette er en definisjon som vektlegger salutogene faktorer, der lederens perspektiv er rettet mot det som fremmer ressursene og motivasjon hos medarbeiderne på arbeidsplassen. Slinning og Haugen (2011) nevner videre tre hovedpunkter som omhandler helsefremmende ledelse: tydelighet, omtanke og positivitet. Tydelighet dreier seg om å arbeide med klare mål for å oppnå helsefremmende tiltak i bedriften. Omtanke vil si å bry seg om den enkelte ansatte og respektere at alle er forskjellige. Positivitet er at lederen arbeider for å skape trivsel på arbeidsplassen. Hvilke prioriteringer lederne gjør i dette arbeidet har sammenheng med ledernes menneskesyn og etiske holdninger (Barbosa Da Silva, et al., 2006). En annen definisjon er fra Eriksson (2012) som skriver følgende om helsefremmende lederskap: "Health-promoting leadership can be defined as

leadership that is concerned with creating a culture for health-promoting workplaces and values to inspire and motivate the employees to participate in such a development” (s. 52). På den ene siden vektlegger begge definisjonene relevansen av at lederen ser verdiene i de ansattes arbeid og kvalifikasjoner. På den andre siden rommer Slinning og Haugen (2011) flere nivåer av et menneske, ved å inkludere både fysisk, relasjonell og mental kapasitet. På samme tid benytter Slinning og Haugen (2011) ulike begreper som ansvarliggjøring overfor de ansatte og motivasjon. Disse begrepene kan oppfattes som motsetninger samtidig som de er gjensidig avhengige av hverandre. Å ansvarlig gjøre ansatte kan virke motiverende. Samtidig er det en leders oppgave å motivere ansatte til å utføre sine arbeidsoppgaver.

Helsefremmende lederskap handler om å inspirere sine medarbeidere til å nå et felles mål og å fremme helse hos de ansatte (Eriksson, 2012; Slinning & Haugen, 2011; Velten, 2003; Yukl, 2006). Velten (2003) hevder at ledere med dette perspektivet er fremtidens ledere. Intervensjoner med fokus på helsefremmende arbeid vil kunne resultere i en positiv helse blant ansatte (Eriksson, 2012; Lundqvist, 2013; Shain & Kramer, 2004). Det å fremme helse er kjernen i en salutogen tilnærming. Ledere som fokuserer på å fremme helse på arbeidsplassen kan, ut i fra hva forskningen sier, redusere forekomst av sykefravær, øke oppmøte, øke trivsel, gi en høyere grad av opplevelse av sammenheng, redusere depresjon, og øke produksjonen i bedriften (Dellve, et al., 2007; Eriksson & Lindström, 2006; Graeser, 2011; Gurt, et al., 2011; Whysall, et al., 2006). Dette belyser viktigheten av det å bli bevisst hva som gir god helse og hvordan man ivaretar helsen. Denne studien tar utgangspunkt i Slinning og Haugens (2011) definisjon av helsefremmende lederskap. Salutogenese sees i denne sammenhengen som en relevant teori for å belyse lederens erfaringer med helsefremmende lederskap.

3.4 Oppsummering teoretisk fundament

Oppsummert tar denne studien teoretisk utgangspunkt i lederens ståsted stilt overfor opplevelser og erfaringer med helsefremmende ledelse. Teorien tyder på at

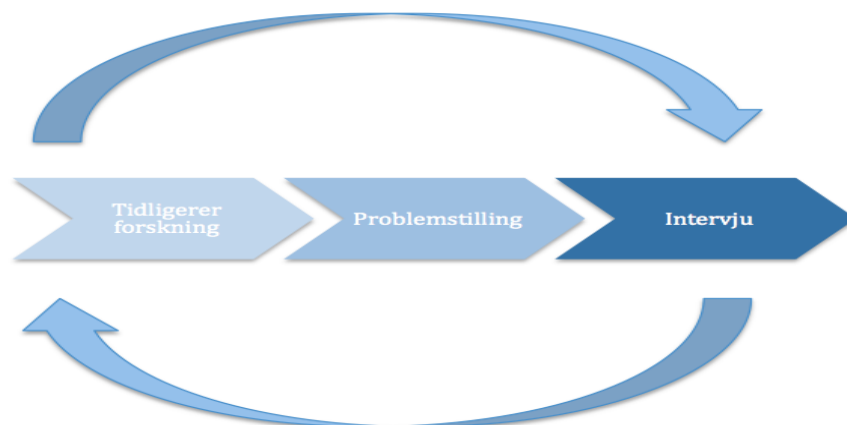
helsefremmende arbeid er et viktig arbeid for å håndtere fremtidens helseproblemer på arbeidsplassen. Ut fra *empowerment*-tenkningen dreier det seg om å styrke den enkelte og gruppen til å ta kontroll over egen helse. Helsefremmende arbeid handler om å tilrettelegge for tiltak som bidrar til å fremme helsen. Arbeidsplassen kan være en god arena for dette. Følgende er salutogenese en sentral teori innenfor helsefremmende arbeid (Eriksson & Lindström, 2006; Hanson, 2010; Lundqvist, 2013). Salutogenese har fokus på det som fremmer helse og tilblivelse av helse. I følge teoretiker Antonovsky (2012) kan teorien bidra til å bedre helse på et samfunns- og individnivå. Opplevelse av sammenheng dreier seg om den måten individet forstår situasjonen på ved å begripe den, håndtere den og å finne mening med den. Ved å fremme eller ved å bli bevisst de generelle motstandsressursene som religion, filosofi, intelligens, fysiske ressurser, mestringsstrategier, penger, jeggstyrke, kulturell stabilitet, og sosial støtte, kan man lettere oppnå en sterkere opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Lederskap handler om å utføre noe overfor andre, mot å nå et felles mål. I praksis har lederegenskapene muligheten til å påvirke ansattes helse og arbeidsevne. For eksempel kan leder tilrettelegge slik at ansatte føler at de mestrer og håndterer arbeidsoppgavene sine.

4.0 METODOLOGI

I dette kapitlet beskrives valg av metode, vitenskapsteoretisk tilnærming, datainnsamling og analyse, som videre fører frem til en konklusjon. De metodiske valgene som tilnærming, design og utvalg er tatt vedrørende gjennomføringen av studiet for å få en forståelse av ledernes oppfattelser og erfaringer med helsefremmende lederskap. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av studiens troverdighet og forskningsetikk.

4.1 Design og vitenskapelig forankring

Studien baserte seg på et eksplorerende design hvor individuelle kvalitative semi-strukturerte intervju av åtte ledere ble anvendt som metode. Begrunnelsen for det valgte designet var at det finnes lite kunnskap om helsefremmende lederskap. Ønsket var å få økt forståelse og innsikt i fenomenet og av den grunn var det hensiktsmessig å anvende et eksplorerende design (Jacobsen, 2005). Kunnskapen om helsefremmende lederskap har vokst i takt med at oppgaven har tatt form. Ut i fra datamaterialet ble forskningsspørsmålene og problemstillingen endret i løpet av prosessen.



Figur 4. Eksplorerende design i lys av hermeneutisk tenkning.

Studien tok utgangspunkt i hermeneutisk tenkning, hvor forståelse står sentralt. Betrakningene bak den hermeneutiske tenkningen støtter seg til den tyske filosofen

Hans Georg Gadamer (1900-2002) forståelse om at ting ikke kan forklares kun ut i fra delene, men at man må se helheten for å forstå delene, og delene for å forstå helheten (Gadamer, 1977). Vekslingen mellom helheten og delene er forklart som en sirkelbevegelse og blir omtalt som den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 1977). Ved å gå inn i en dialektisk dialog med teksten, i søken etter meningen, kan man velge å ta utgangspunkt i det som ble sagt eller gå inn i det som ligger dypere og som ikke ble sagt: *dybde- hermeneutikken* (Kvale, 1997). På bakgrunn av studiens formål var kvalitativ tilnærming mest hensiktsmessig. Dette fordi hensikten var å få økt forståelse av andre menneskers livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009), samt å få en dypere forståelse av deres erfaringer i praksis (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Denne masteroppgaven kan dermed plasseres innenfor postmodernistisk forskning, da den ikke søkte den bastante sannheten, men heller forskjeller og paradokser innenfor temaet *helsefremmende lederskap* (Kvale & Brinkmann, 2009).

For å presentere et forskningsresultat med en vitenskapelig forankring er metodologiske sammenhenger viktig. I en hermeneutisk tenkning står horisontsammensmelting sentralt. Ved horisontsammensmelting erkjenner jeg at min forforståelse og fortolkning har påvirket funnene og resultatene i forskningen (se kapittel 4.7). Intensjonen var ikke å få bekreftelse på min forståelse eller å trykke teori over den andres forståelse (Thornquist, 2003). Tanken var å vise forståelse for at det er to forståelseshorisonter som møtes i en horisontsammensmelting. Jeg som forsker har innvirkning på kunnskapen som framkom fra forskningen. Samtidig som jeg hadde teoretiske perspektiver med meg, hadde jeg også et epistemologisk (læren om kunnskap) og ontologisk (læren om værende) perspektiv (Thornquist, 2003). Dette har påvirket valg som bruk av forskningsspørsmål og metode. Et ontologisk vitenskapssyn hviler på min erkjennelse av at jeg ikke var ute etter å plukke inn det materialet som trengtes, men at materialet fremtrede i møtet mellom meg og informant (Kvale, 1997). Avstanden til informanten var liten, og jeg hadde en følelse av å være nær til forskningsfeltet. Videre støtter studien seg til et epistemologisk syn der viten eller kunnskap innhentes fra de som hadde erfaringer om fenomenet (Thornquist, 2003). Forskning

innenfor kvalitativ forskning er induktiv, som vil si at praksis danner utgangspunktet for teoribygging (Johannesen, et al., 2010). Med denne tilnærmingen hadde jeg en forståelse av at funnene som framkommer fra forskningen kunne bidra til teoriutvikling. Teorikapitlet var påbegynt da jeg startet innsamlingen. I denne sammenhengen tenkte jeg at den teoretiske forankringen i denne studien sto sentralt gjennom hele forskningsprosessen. I denne studien har jeg pendlet mellom de to ulike fasene med induktiv og deduktiv tilnærming. Teorien har ikke blitt benyttet direkte ved innsamlingen av data, men jeg har hele tiden vært bevisst at forskningslitteraturen og teorien var en del av min bakgrunnskunnskap og forståelse for temaet. Før endelig utforming av det teoretiske rammeverket ble det transkriberte materiale gjennomgått for å se om det var annen relevant teori som kunne nyttes i tolkningen for å besvare studiens problemstilling.

4.2 Litteraturgjennomgang

For å finne relevant forskning gjorde jeg systematiske søk i aktuelle databaser som Academic Search Elite, PubMed, Cinahl, ISI Web, Knowledge og Google Scholar. Søkeordene *Health promotion, Leadership, salutogenese, salutogenic* og *Sense of Coherence* ble anvendt hver for seg og i ulike kombinasjoner. I tillegg søkte jeg i den norske databasen *Idunn* med søkeordene *helsefremmende arbeid, salutogenese, helsefremmende lederskap, inkluderende arbeidsmiljø* og *helsefremmende arbeidsmiljø*. Søkene ble begrenset til forskning innen tidsrommet 1986-2014, da jeg anså at *Ottawa Charter for Health Promotion* kan betraktes som et viktig utgangspunkt for mine søk. For å finne flere artikler ble litteraturlister i aktuelle artikler og fagbøker undersøkt. Det har blitt søkt etter artikler underveis i hele prosjektperioden.

4.3 Utvalg og tilgang til feltet

I denne kvalitative studien ble det foretatt et strategisk utvalg (Johannessen, et al., 2010) som ble basert på følgende inklusjonskriterier: i) at informantene hadde en lederstilling i en bedrift, og ii) at lederne hadde deltatt på Friskgårdens kurs.

Grunnen til at dette ble inklusjonskriteriene for utvalget var en antakelse om at disse lederne kunne ha unik kunnskap på bakgrunn av å ha gjennomgått Friskgården kurs *Ledelse i det moderne arbeidsliv*. Kurset fokuserer på ledelse i et helsefremmende perspektiv, noe som var relevant for denne studien. Aktuelle temaer for kurset var helsefremmende ledelse, arbeidsmiljøutvikling, medarbeiderutvikling og tverrfaglig samarbeid. Kurset besto av tre til fire samlinger med en varighet på fire til fem timer hver gang. Hensikten med kurset var å gi økt kunnskap og forståelse for ledelse i et helsefremmende perspektiv, kultur for tilbakemelding og ansvarliggjøring, samt å få verktøy til å kunne utvikle klima for resultat. Lederne selv spilte en viktig rolle når det gjaldt kursets innhold.

Friskgårdens kontaktperson, Aud Ramberg, inkluderte informanter til denne studien. Lederne mottok informasjon om studien *Helsefremmende lederskap*, i tillegg til en samtykkeerklæring. I første omgang ble det registrert kontaktinformasjon til seks informanter ved at de viste frivillig interesse for å delta. Deretter tok jeg kontakt med de interesserte på telefon og via e-post, for å avtale tid og sted for å gjennomføre intervjuet. Etersom en av informantene trakk seg, og fem informanter var et for lite utvalg, tok Ramberg igjen kontakt med tre nye kursdeltakere og spurte om de kunne tenke seg å delta. Da responsen var positiv, kontaktet jeg disse tre informantene på samme måte som de andre hadde blitt kontaktet. Hvor mange informanter jeg hadde behov for til studiet var avhengig av materialets dybde og variasjon. Utgangspunktet var et utvalg på mellom åtte til tolv informanter. Dette utvalget betraktet jeg som tilstrekkelig for å komme i dybden, og for å oppnå metning på materialet ved at det ikke fremkom ny kunnskap etter intervjuene. Formålet var at dataen skulle være overførbar til andre sammenhenger, noe som påvirket utvalgsstørrelsen (Malterud, 2003). Totalt ble det gjennomført åtte intervjuer i forbindelse med denne studien. Ved det syvende intervjuet opplevde jeg at metningen på materialet var nådd. Deretter gjennomførte jeg det åttende intervjuet for å få dette bekreftet. Samtlige av intervjuene foregikk på informantens kontor eller på møterom på arbeidsplassen. Informantene fikk ingen godtgjørelse for å delta i studien. Alle informantene undertegnet samtykkeskjemaet (vedlegg 4) for frivillig deltakelse før intervjuet ble gjennomført.

4.4 Bakgrunnsinformasjon, styrke og svakhet med utvalget

I tabellen nedenfor blir relevante funn fra bakgrunnsinformasjonen til informantene skjematisk presentert. Styrken med utvalget var bredde og variasjonen. Av de åtte informantene var tre menn og fem kvinner med en gjennomsnittsalder på 45 år. Geografisk var informantene fra fire forskjellige tettsteder i samme kommune. Av utdannelse hadde tre en bachelorgrad, en hadde en mastergrad, mens de fire andre hadde gjennomført videregående skole eller hadde fagbrev som høyeste utdannelse. Tidligere erfaringer som leder varierte med 1,5 år til 30 års erfaring. Variasjonsgrad knyttet til antall ansatte som informantene var ledere for var fra 6 til 120 ansatte. Fire av informantene var ledere i offentlig sektor, mens de andre fire arbeidet i privat sektor. Fem av bedriftene hadde Friskgården som sin bedriftshelsetjeneste. Alle lederne hadde gjennomført kurset til Friskgården i løpet av de siste tolv månedene.

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon om lederne.

	Ane	Ragnhild	Mari	Ingeborg	Mona	Per	Sven	Jens
Alder	53	55	43	53	43	53	50	52
Utdannelsesnivå *	B	B	B	B	B	A	A	M
Ledererfaring (totalt antall år)	1,5	5	15	7	8	2	25	30
Tidligere erfaring som leder	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
Antall ledere i virksomheten	1	1	5	4	3	2	2	11
Ansatte i virksomheten	29	38	150	120	30	6	20	110
Sektor **	O	O	O	O	P	P	P	P
Dager deltatt på Friskgårdens kurs	3	4	3	4	3	4	4	3

*A = Annet, B = Bachelor, M = Master

**O = Offentlig sektor, P = Privat sektor

Risiko for homogenitet og sekularitet i utvalget var til stede, noe som kanskje utgjorde svakheten med utvalget. Homogenitet betyr likhet og sekularitet kan bety sammenheng. Fem informanter i utvalget hadde deltatt på samme kurs hos Friskgården. I dette tilfellet kan de samme temaene ha blitt tatt opp og muligheten for at tankene og perspektivene på helsefremmende lederskap kan være for like, var tilstede. Dette kan dermed ha påvirket funnene i studien. Videre var det en fare for at intervjuet var for tett opptil kursene, slik at lederne ikke hadde fått opparbeidet seg nok erfaring og kunnskap om temaet i praksis. Videre kan man tenke seg at det var en viss fare for at noen informanter kunne ha latt seg styre ut fra det de tenkte ville være bra for Friskgården. Dette kan derfor være en aktuell feilkilde dersom informanten ikke våget å svare ut fra egen opplevelse og erfaring med helsefremmende lederskap, slik de selv har erfart det i praksis. Noen av informantene uttrykte at de *elsket* arbeidet Friskgården gjør, andre var ikke fullt så fornøyde med kurset. Det var informanter som hadde funnet fram papirer og brosjyrer de hadde fått på kurset. Andre beklaget at de ikke hadde rukket å lese igjennom papirene fra kurset. På tross av dette satt jeg selv igjen med en opplevelse av at jeg fikk fram deres egne opplevelser av det å være leder. Videre var det viktig å stille seg kritisk til hvilke ledere som i utgangspunktet meldte seg på kurset til Friskgården. Var dette de lederne som var mest interessert og engasjert i jobben sin eller var det de som sliter og synes arbeidet med lederansvaret er vanskelig og utfordrende? Dette er forhold som kan ha påvirket troverdigheten og gyldigheten av funnene i studien. Dette utdypes mer i punkt 4.8.

4.5 Det kvalitative intervjuet

Det ble gjennomført en pilotundersøkelse i forkant av hovedundersøkelsen basert på en utviklet semi-strukturert intervjuguide forankret i en systematisk litteraturstudie. Det kvalitative intervjuet i pilotundersøkelsen ble gjort med en erfaren leder med helsebakgrunn og med sterk interesse for temaet helsefremmende ledelse. Hun hadde ikke deltatt på Friskgårdens lederutviklingskurs. Pilotundersøkelsen bidro til å klargjøre spørsmål som var uklare. På bakgrunn av dette endret jeg på oppsettet i intervjuguiden (vedlegg 2) ved at emnet *ledelse* kom først og Friskgårdens kurs

kom til slutt. Videre la jeg til tre spørsmål fra bakgrunnsinformasjonsskjemaet (vedlegg 3) til starten av intervjuet. Dette fordi jeg kjente at jeg hadde behov for noe bakgrunnsinformasjon fra informanten for å kunne starte samtalen på en konstruktiv måte. Det opplevdes særlig gunstig å gjennomføre en pilotundersøkelse fordi studien hadde et eksplorerende design hvor det var lite kunnskap om temaet. I tillegg bevisstgjorde det meg på aspekt ved helsefremmende lederskap som jeg ikke tidligere hadde reflektert over, som ansattes påvirkning på lederne, ulike utforinger og oppgaver lederne hadde. Det gav meg også en nyttig erfaring med det digitale opptaksutstyret. Dette dannet et godt utgangspunkt for hovedundersøkelsen.

I hovedundersøkelsen ble det som tidligere nevnt brukt individuelle semi-strukturerte intervju som metode. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver et semi-strukturert intervju som et intervju der en søker "... å innhente beskrivelse av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenet blir beskrevet" (s. 47). Intervjuene ble gjennomført i januar 2014. Etter å ha fått informantens samtykke ble intervjuene tatt opp med digitalt opptaksutstyr. Gjennomsnittstiden for intervjuopptakene var 24 minutter. Innledningsvis ble informantene informert om studiens hensikt og oppgavens problemstilling. Intervjuguiden ble blant annet utarbeidet på bakgrunn av kjernekomponentene i salutogenese *sense of coherence* med begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette støttet seg til Starrin og Svensson (1994) som sier at intervjuguiden bør utvikles på bakgrunn av litteratur og studiens teoretiske rammeverk. I etterkant av utarbeidelsen så jeg også at den hadde en nær sammenheng med målene for Friskgårdens kurs ut fra kategoriinndelingen og spørsmålene i guiden. Jeg sto dermed fritt i bestemmelsen av hvilken rekkefølge spørsmålene ble spurt i (Kvale & Brinkmann, 2009). Guiden var ordnet etter kategoriene *ledelse, helsefremmende ledelse og erfaring fra kurset*. Tilsammen utgjorde dette 23 spørsmål. Som tidligere nevnt var det et bevisst valg at informanten ble bedt om å svare på tre av spørsmålene to ganger. Dette var i starten av intervjuet og i bakgrunnsinformasjonsskjemaet. Avslutningsvis ble informanten bedt om å gi en oppsummering av det viktigste fra samtalen. I tillegg ble det lagt opp til at informanten kunne stille spørsmål til studiens tema eller oppklare

uklarheter fra samtalen. Til slutt ble informanten bedt om å fylle ut et bakgrunnsinformasjonsskjema med opplysninger og spørsmål om kjønn, sivilstatus, alder, høyest utdanningsnivå, utdanning, type bedrift de var ledere for, type lederstilling, privat eller offentlig bedrift, tidligere erfaring som ledere, totalt antall år som ledere, antall ansatte i bedriften, antall ledere i bedriften, hvor tilfreds de var med lederstillingen, om de så for seg å avslutte sitt yrkesaktive liv som leder, hvor mange dager de hadde deltatt på Friskgårdens kurs, og om Friskgården var deres bedriftshelsetjeneste. Det var også mulighet for å skrive en kommentar til temaet hvis de hadde det. Denne type data var med på å berike materialet i studien.

Selve intervjuet ble en samtale med informanten, hvor spørsmålene ble stilt etter hvert som samtalen tok form. De åtte intervjuene ble utført på en uke, noe som jeg opplevde var til min fordel. Dette fordi alle samtalene da var klart i minnet når jeg gjennomførte et nytt intervju. Dermed husket jeg temaene fra den forrige samtalen som jeg også kunne ta med meg inn i det nye intervjuet. Dette kan ha gitt meg muligheten til å danne et potensielt bevegelsesmønster ut i fra materialet, allerede i intervjuprosessen. I denne sammenhengen har jeg erfart at det var utfordrende å tilpasse intervjusituasjonen til informantens livsverden. Dette fordi deres hverdag både var preget av tidspress, stress og mye arbeid. Disse forholdene påvirket intervjusituasjonen og samtalens form. Noen ganger ble samtalen avbrutt av medarbeidere som kom inn, andre ganger ba lederne om å avslutte intervjuet tidligere en avtalt fordi de skulle i et annet møte. I en kvalitativ studie må man ha forståelse for at disse kontekstuelle faktorene forekommer fordi det er disse forholdene som er informantens virkelighet.

Risiko for at intervjuet skulle bestå av enveiskommunikasjon var også til stede. I forsøk på å unngå dette ønsket jeg å delta som en aktiv lyttende, uten at jeg la føringer for svarene fra informanten. Jeg stilte videre oppfølgingsspørsmål ut fra intervjuguiden. Hvis noe fremsto som uklart, gjentok jeg det informanten hadde sagt og dermed fikk bekreftet eller avkrefte om jeg hadde oppfattet det slik informanten hadde ment. Jeg forsøkte å møte informanten der jeg opplevde at de var, og ut i fra de tankene som ble delt. På bakgrunn av dette framkom samtalen i

overensstemmelse med en hermeneutisk tenkning. Åpenhet og evne til å stille nye spørsmål sto sentralt i vår dialog (Akerjordet, 2014).

Ettersom man i transkriberingen står i fare for å miste viktig data som ansiktsuttrykk, stemmebruk og lignende, ble det tatt notater like etter hvert intervju ut i fra observasjoner jeg gjorde underveis. Etter å ha intervjuet med digitalt opptaksutstyr ble samtalen siden transkribert til skriftlig tekst verbatim. Dette startet jeg på samme uken som intervjuene ble gjennomført og arbeidet pågikk i to uker. Intervjuene utgjorde totalt 69 sider med transkribert data. Slik Kvale (1997) påpeker er transkribert materiale en *ikke klippefast* data, men en kunstig konstruksjon fra en levende samtale til skriftlig form. Ut i fra dette forsto jeg at tolkningen allerede starter i transkriberingen der jeg mistet både kvaliteten på stemmen, samt sto overfor valg om hvor tegn som komma, spørsmålstegn og punktum skulle settes (Kvale, 1997). Jeg vil nå gjøre rede for studiens analyseprosess.

4.6 Analyse

Kvale & Brinkmann (2009) mener at analysen starter allerede i intervjusituasjonen. Analyseprosessen i denne studien tok utgangspunkt i Kvale (1997) seks trinn. På grunn av oppgavens tidsrammer ble kun de fire første trinnene i analysen benyttet. I det første trinnet inngår beskrivelser fra intervjupersonen. Dette trinnet innbar i min studie informantens spontane beskrivelser av sin livsverden. Ut i fra spørsmålene som ble stilt kom informantens oppfattelser og erfaringer rundt temaet fram. I trinn to oppdaget intervjupersonene selv nye forhold og perspektiver i løpet av intervjuet ut fra sine erfaringer som leder. I det tredje trinnet ble informantene forespeilet mine fortolkninger av det som de selv hadde beskrevet. Dette innebar at informantene fikk muligheten til å stille spørsmål rundt mine antakelser og dermed bekreftet eller avkreftet om det var dette de mente. Det gav informantene muligheten til å presisere og oppklare eventuelle misforståelser. I det siste fjerde trinnet ble intervjuet transkribert og tolket. Det som var beskrevet av informanten ble transkribert og videre bearbeidet. Deretter ble hele materialet analysert og fortolket inspirert av Kvale & Brinkmann (2009) meningsanalyse i følgende tre

trinn: 1) *Kondensering*: Hvert utsagn som besvarte forskningsspørsmålene og problemstillingen ble samlet som kondenserte meningsenheter. Det vil si at sitatene ble forenklet samtidig som meningen ble bevart. 2) *Koding*: hvert sitat kodet med nøkkelord. 3) *Kategorisere*: kodingen av den forenklete teksten ble videre kategorisert. Deretter gikk jeg tilbake til det transkriberte materialet for å være sikker på at sitatene ikke var tatt ut av sin sammenheng eller kontekst. Dermed ble sitatets mening ivaretatt med sin sammenheng. Et eksempel på analyseprosessen vises i vedlegg 7.

4.7 Forskerens forforståelse

Sammenfatningen og selve studien er preget av min forståelse hvor jeg betrakter meg selv som en medskaper av ny kunnskap (Gadamer, 1977). Alt det jeg tidligere har tilegnet meg av kunnskap, erfaringer og livsopplevelser, har jeg hatt med meg i mine valg. Fagene jeg har studert har påvirket denne prosessen. For eksempel ble jeg introdusert for salutogenese da jeg studerte friluftsliv, videre har jeg studert sykepleie der jeg anvendte en salutogen tilnærming i møtet med pasientene. I tillegg har jeg arbeidserfaring som leder innenfor helsefremmende arbeid ved Den norske turistforeningen. Erfaringene jeg hadde med meg ga en reel fare for fallgruver. Dette fordi jeg kunne gå meg blind på min vei i prosessen (Malterud, 2003). For å unngå dette har jeg gjennom hele prosessen vært bevisst de erfaringene og de teoretiske referansene jeg har, og dermed har jeg kunnet begrense eventuelle feiltolkninger. Samtidig erkjenner jeg at min forforståelse er en del av min tolkning og analyse i denne studien. Dette tillater jeg fordi jeg har vært bevisst på, min forståelse og de forholdene den kan ha påvirket i prosessen.

4.8 Troverdighet og gyldighet

Målet med denne kvalitative studien har vært å oppnå validitet og reliabilitet (Johannessen, et al., 2010). Det kan være vanskelig å overføre meningen i disse begrepene til kvalitativ forskning. Dette fordi kvalitativ forskning tar utgangspunkt i data som blir skapt i samspill mellom informant og forsker (Kvale, 1997). På sin

side skriver Graneheim og Lundman (2004) om hvordan en kvalitativ studie kan ivareta troverdighet, gyldighet, verifisering og overførbarhet. Følgende var det stilt krav til at informantene måtte være ledere i en bedrift og å ha deltatt på Friskgårdens kurs *Ledelse i det moderne arbeidsliv*. Videre har studiens gyldighet blitt forsøkt bevart. Dette ved at jeg fant meningsinnholdet i materialet, for så å komme fram til materialets kategorier. Gyldigheten i oppgaven har handlet om å finne dataens stabilitet ved å få fram meningsenhetenes kjernekategori. Hele denne prosessen innebar alle endringer som foregikk over tid gjennom hele analyseprosessen. Verifiseringen i oppgaven støtter seg til hvor enige flere personer var med de funnene jeg hadde kommet fram til (Graneheim & Lundman, 2004). Her ble verifiseringen ivaretatt ved at veileder har fulgt meg i prosessen. De har sett på situatene, kondenseringen og kategoriene for å se om materialet hadde en sammenheng mellom forståelighet og logikken i det. Når det gjelder studiet overførbarhet til andre grupper og kontekster anser jeg det som aktuelt for andre ledere og virksomheter som arbeider for å skape en helsefremmende arbeidsplass og for Friskgårdens videre kursing av ledere. Det er opp til leseren selv om hun/han er enig i den overførbarheten som her foreslås at funnene og resultatene kan ha til andre kontekster i samfunnet (Graneheim & Lundman, 2004). I denne forskningsprosessen har jeg forsøkt å beskrive metoden og valg i prosessen åpent og nøyaktig. Dette i et forsøk på gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig (Thagaard, 2009).

4.9 Forskningsetisk vurdering

Høsten 2013 ble det innhentet godkjenning av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 5). Meldingen inneholdt blant annet forskningsdesign, prosjektplan og informasjonsskrivet til informantene.

Retningslinjene fra NSD sier noe om hvordan en på lovlig og normativt vis bør forholde seg til ulike etiske utfordringer underveis i studiet. I løpet av hele forskningsprosessen står man overfor etiske dilemmaer og utfordringer. Dette må tas høyde for fra studiens begynnelse til studiens slutt. Det er særlig tre krav som

må overholdes: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvens (Ingierd, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene fikk på forhånd utdelt et informasjonsskriv (vedlegg 4) med forespørsel om deltakelse og valgfritt informert samtykke. Informert samtykke innebærer at informanten får informasjon om undersøkelsen, som overordnede mål, prosjektplan, og mulige fordeler og ulemper ved å delta (Kvale, 1997). I skrevet fulgte det informasjon om at informantens deltakelse var frivillig og at de hadde rett til å trekke seg når som helst i prosessen og at data da ville bli slettet. Konfidensialitet ble forsøkt ivaretatt ved at det ikke ble oppgitt personopplysninger (Kvale, 1997) og at informantens identitet ikke var mulig å gjenkjenne (Johannessen, et al., 2010). All data som ble samlet inn til studien ble behandlet konfidensielt. Materialet er ikke mulig og spore tilbake til informanten. For å aidentifisere dataen fra informantene anvendes fiktive navn. Friskgården har selv ønsket at deres navn anvendes i oppgaven. Listen med personopplysninger om informanten har vært innelåst og adskilt fra lydfiler og transkribert materiale. Lydfilene av intervjuene ble transkribert ordrett. For å forhindre at uvedkommende kunne få innsyn i konfidensielt materiale har det transkriberte materiale og lydfilene blitt kryptert ved dataprogrammet TrueCrypt 7.1A i overensstemmelse med UiS sine retningslinjer for databehandling. Det har blitt reflektert over hvilke konsekvenser studiens kunne ha på individ, gruppe og samfunnsnivå. I denne sammenhengen har det vært viktig at jeg har vært bevissthet egne holdninger og menneskesyn, og hvordan dette kunne påvirket mine tolkninger og forståelse av dataen. Dette vil det bli reflekteres mer over i oppgaven og i metodekritikk og- overveielser som jeg har valgt å avslutte med i drøftingsdelen.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan ledere oppfatter og erfarer helsefremmende lederskap. Ansvarret framgikk som en hovedkategori i materialet. Lederens ansvar viste seg å omfatte følgende underkategorier: ansvar for ansattes helse, ansvar for relasjonelle forhold, ansvar for systemet, ansvar for arbeidsmiljøet, ansvar for tilbakemeldingskultur, ansvar for sykefraværet.

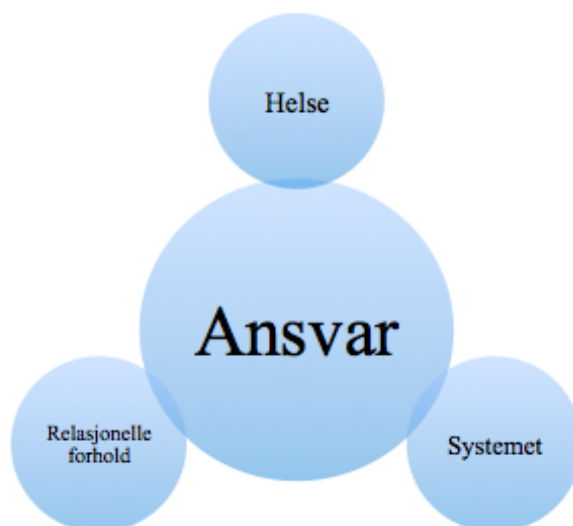
Tabell 2. Oversikt over forskningsspørsmål, underkategorier og hovedkategori.

Forskningsspørsmål	Underkategori	Hovedkategori
i) Hvordan oppfatter ledere helsefremmende lederskap?	Ansvar for ansattes helse	Ansvar
	Ansvar for relasjonelle forhold	
	Ansvar for systemet	
ii) Hvilke erfaringer har ledere med helsefremming på arbeidsplassen?	Ansvar for arbeidsmiljøet	
	Ansvar for tilbakemeldingskultur	
	Ansvar for sykefravær	

For å bygge opp under funnenes troverdighet blir sitater fra ledernes egne utsagt presentert med kun noen få språklige redigeringer for å tydeliggjøre meningen.

5.1 Ledernes oppfattelse av helsefremmende lederskap

Først forskningsspørsmål hadde som hensikt å få svar på hvilke oppfatninger lederne hadde med helsefremmende lederskap. De beskrev det som det å ta ansvar for ansattes helse, relasjonelle forhold og systemet i organisasjonen. På neste side vises en forenklet illustrasjon av hovedkategorien og underkategoriene til forskningsspørsmål nummer én.



Figur 5. En forenklet illustrasjon av underkategoriene og hovedkategorien i oppgavens første forskningsspørsmål.

5.1.1 Ansvar for ansattes helse

Den første underkategorien er ledernes beskrivelser av hvordan de oppfatter ansattes helse relatert til arbeid og fritid. Ledernes oppfattelse på helse kan ses i sammenheng med deres ansvar for å fremme helse. I sitatene er det beskrevet ulike nyanser av hvilke tanker de mente bidrar til å fremme og hemme ansattes helse.

En leder uttrykte at arbeidsplassen kunne slite på folks psyke, og at han så det som sitt ansvar som leder å hindre dette:

... man skal ikke undervurdere arbeidsplassen når det gjelder det psykiske... Det jeg har sett kan slite ned folk, at man ikke har det bra på jobben. Det er ikke alle ledere tror jeg som er bevisst [det]. Og det med å gå og grue seg til å gå på jobb. Det er jo det viktigste bidraget jeg som leder kan prøve å få [gjort noe med].

Per

Her ble det kjent at arbeidsplassen kunne være utfordrende for folks psykiske helse. Videre bekreftes det at lederne måtte være bevisst på oppfatningene ansatte kunne ha, slik at man som leder kunne ta ansvar for få gjort noe med det og iverksette nødvendig tiltak for å bedre de ansattes helse på arbeidsplassen.

Videre uttrykte lederne at det var det motsatte som var tilfelle, altså at privatlivet var det mest belastende for helsen:

Det er sjelden det er arbeidsplassen det er noe galt med. Men det er det private livet som gir sykemeldingene, jammen det ser man jo.... Du skal føle det at det er ikke et krav, men en glede å gå på jobb. En lyst til å gå på jobb.

Sven

Lederne beskrev at man skal føle en lyst til å gå på jobb og mente det var det private liv som hemmet folks helse. Å få ansatte til å føle at jobben var en glede og ikke et krav, så de på som en del av lederansvaret. Det var en viktig del av ledernes ansvar; å bidra til at ansatte skulle føle at arbeidsplassen var et godt sted å være.

5.1.2 Ansvar for relasjonelle forhold

I de følgende sitatene beskrev ledere hvordan relasjonelle forhold kunne være en del av helsefremmende lederskap. De uttrykte hvordan de trodde ansatte verdsatte hvordan de som ledere opptrådte. Videre dreier det seg om oppfattelsen av lederansvaret og hvordan de kunne skape gode relasjoner til ansatte, inkludert deres holdninger til sine ansatte.

En leder mente at en del av helsefremmende ledelse innebar åpenhet, og god kommunikasjon med ansatte:

...i forhold til helsefremmende ledelse så tror jeg åpenhet og god kommunikasjon [er viktig].

Mari

Det ble her lagt vekt på at lederne legge til rette for at ansatte skulle oppleve en åpen og god kommunikasjon på arbeidsplassen. Dette ble ansett å være helsefremmende lederskap og dermed innebærer at det er lederens ansvar å tilrettelegge for dette.

Videre mente lederne at ingen skulle føle seg overkjørt på jobben og dermed ble det viktig at man som leder viste empati for sine ansatte:

Det viktigste for meg er å få avklart at ingen skal føle seg overkjørt.... Det er slik jeg er, hva er det nå man kaller det, empatisk på en måte.... Og det følger jeg faktisk er det viktigste her nå.

Per

Lederne uttrykte at det var de som måtte få den enkelte til å føle seg viktig i jobben i håp om å forhindre at ansatte følte seg overkjørt. Får å få dette til, trodde ledere at det var viktig å ta ansvar for å vise empati og å skape et miljø hvor ansatte kjente at deres nærvær utgjorde en forskjell.

Noen ledere mente at det å bli sett og ivaretatt var en viktig helsefremmende tanke for relasjonelle forhold på arbeidsplassen:

Helsefremmende ledelse tror jeg går på å se den enkelte.... Det er å bli sett og ivaretatt det tror jeg er kjempeviktig.... ”ser du meg, leder?” den tror jeg er veldig viktig.

Mari

Lederne la vekt på at de måtte se den enkelte og ivareta relasjonen mellom leder og ansatt. Dette ble forklart ut fra en ansatts perspektiv med: ”ser du meg, leder?”. Med dette kan man forstå at lederne hadde et ansvar for å se sine ansatte før den ansatte opplevde det som et behov. Å bli sett og ivaretatt kan også handle våre eksistensielle behov.

At man som leder viste at man brydde seg om sine ansatte, mente de var viktig i det relasjonelle forholdet:

Jeg føler det er veldig viktig at vi viser at vi bryr oss.

Mona

Å vite til empatiske forhold som det å bry seg om noen, kunne også relateres til nære relasjoner som familie og venner. Ut fra dette kunne man forstå at lederne kjente på et ansvar for det relasjonelle til ansatte som nært, fordi det viser til en form for omsorg som man ofte relaterer til en nær relasjon.

5.1.3 Ansvar for å systemet

Som en del av det å tilrettelegge for at ansatte skulle kunne gjøre en god jobb, lå det å ta ansvar for systemet. Flere uttrykte at det å være leder innebar et stort ansvar. Det handlet om å ta ansvar for å få ting til å skje, forbedre arbeidet til de ansatte og at ansatte skulle tørre å ta mer ansvar i organisasjonen.

Lederne uttrykte de hadde ansvar for å få ting til å skje i bedriften:

Men det er du som leder som er ansvarlig for det som skjer i en bedrift og har det totale ansvaret. Hvis man skal korte det ned til en enkelt ting, så er det mitt ansvar å få ting til å skje.

Jens

Det var lederne som måtte ha den totale oversikten for og organisere arbeidet til ansatte i bedriften. Lederne la vekt på ansvaret med å sørge for at ting skjedde i bedriften.

Videre mente andre ledere at det var viktig å arbeide for å forbedre systemet, strukturene og ressursene:

Hva kan jeg legge til i systemet, hva kan vi gjøre for at dette skal bli bedre? Fordi der har vi et stort ansvar.... Jeg tenker at vi må finne ut hva det er med systemet, strukturen og ressursene. Det tror jeg er noe man må se på. Og så må vi ikke bare se, men det må gjøres ting. Vi kan ikke bare se på ting for lenge.

Mari

Her beskrev ledere at det var viktig å gjøre noe med det som ikke fungerte bra på arbeidsplassen. Det var deres ansvar å få systemet, strukturene og ressursene til å fungere bedre. Dette ble oppfattet som en viktig del av ledernes ansvar.

En leder mente at en robust organisasjon innebar å være trygg, å tørre å gi tilbakemelding og å ta ansvar:

Jeg tenker på dette her med en robust organisasjon, at en er så trygg på hverandre at man tør å gi tilbakemelding til hverandre og at man tør å ta det ansvaret som egentlig ligger til den stillingen du har.

Ingeborg

Beskrivelse fra lederne om å tørre å ta ansvar for den stillingen man hadde, ville si at det var lederne ansvar å skape trygge relasjoner, ha en robust organisasjon, god tilbakemeldingskultur og å fordele ansvar.

Lederne mente at det var viktig at den daglige oppfølgingen av de ansatte kom inn i systemet:

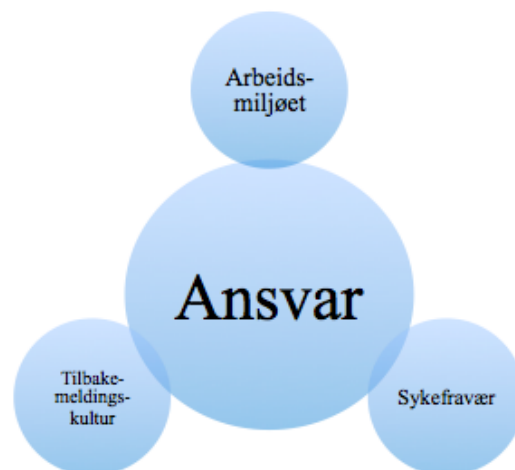
Det er mange ledere som ikke er til stede, men de har fine papir der det står i klar tekst hva de skal gjøre. Men så har de null oppfølging. Daglig oppfølging hele tiden; det er en kultur som må komme inn i systemet.

Sven

Lederne bemerket her at noen ledere ikke var tilstede hos sine ansatte fordi de var for opptatt med kontorarbeidet. På bakgrunn av dette kan det synes som at ledere har erfart verdien av at den daglige oppfølgingen ikke alltid inngår i systemet, noe lederne bør ta ansvar for.

5.2 Ledernes erfaringer med helsefremming på arbeidsplassen

Det andre forskningsspørsmålet hadde til hensikt å få svar på hvilke erfaringer lederne hadde med helsefremming på arbeidsplassen. Det ble beskrevet som det å ta ansvar for å bedre arbeidsmiljø, ansvar med tilbakemeldingskulturer og ansvar for sykefravær på arbeidsplassene. Under illustreres kategoriene i oppgavens andre forskningsspørsmål.



Figur 6. En forenklet illustrasjon av underkategori og hovedkategoriene fra oppgavens andre forskningsspørsmål.

5.2.1 Ansvar for arbeidsmiljøet

Samtlige ledere fortalte at de hadde ulike aktiviteter på arbeidsplassen for å skape et godt arbeidsmiljø. Det var flere grunner til at lederne mente at deres ansvar for bedriftstilstelninger var positive tiltak for arbeidsplassen og ansattes helse.

En leder beskrev at ulike aktiviteter var fremmende både for trivselen og helsen på arbeidsplassen:

Å møtes til turgåing det er veldig populært her ute da... Og vi har jo også festlige anledninger hvor vi treffes, julebord og litt slike ting. Og så prøver vi å ha fredagskaffe hver eneste fredag hvor vi prøver å ha felles matpause.... Det er jo slike tiltak som fremmer at folk trives og det er jo også veldig helsefremmende at folk trives.

Ragnhild

Ut fra det kan man forstå det slik at lederen hadde erfart at de forskjellige tiltakene bidro til å fremme ansattes trivsel og helse. Man kan forstå trivsel og helse som en god sirkel. Dersom man trives vil dette kunne være helsefremmende, og det å tilrettelegge for helsefremmende tiltak vil igjen kunne skape trivsel. Man kan dermed forstå at lederen hadde erfaringer at deres ansvar med å få ansatte til å trives på jobb både var positivt for ansattes helse og for arbeidsmiljøet.

Andre ledere utrykte at det var viktig å trives på tvers av stillingen, og at ansatte ofte kom innom lederens kontor for å ta en kaffe eller for å prate:

Ja, vi har personalsamlinger både på kontoret, og noen utenom som sommerfest, bowling, pizzakvelder ellers er det litt avdelingsvis [vi] møts.... Men ansatte er veldig ofte innom kontoret en tur for å ta en kaffe eller slå av en prat.... Og da er det veldig greit at man kan få til et slik samhold. ... et godt arbeidsmiljø og det kommer vel automatisk om folk trives. Men det handler jo på et vis også om trivsel på tvers av stillingen og det folk gjør.

Mona

Erfaringen viste at et godt arbeidsmiljø kom automatisk hvis folk trivdes. Det var viktig å trives på tvers av stillingene, noe lederne igjen hadde erfart at skapte samhold. Et godt samhold med grobunn i trivsel kunne tenkes å være positivt for helsen til de ansatte og lederens ansvar å bidra til.

Ledene tok initiativ for ulike tilstelninger i bedriften. De mente at bedrifter er blant de som bruker mest resurser på sosiale aktiviteter, noe de igjen mente at kunne påvirkede resultatene i bedriften:

Vi har en sykkelgruppe som forsøker å treffes på sommertid. Og jeg motiverer guttene til dette her med trening. Jeg har ikke fått med meg alle, men de forbedrer seg... Vi har kjøpt inn en gassgrill så den blir brukt en syv-åtte ganger i året.... Jeg tok også med alle guttene til Göteborg nå til fabrikk der.... Jeg tror også at vi er en av dem som bruker mest ressurser og kraft på sosiale ting, og det er bidrar til resultat, helt klart.

Sven

Ledere syntes å ha erfart at de ulike aktivitetene de valgte å bruke ressurser på, resulterte også i økt produksjon og salg. Dette kunne igjen skape samhold mellom de ansatte fordi det å oppnå ønskede resultater i bedriften kunne bidra til ansvarliggjøring for de ansatte. Dermed kunne det tenkes at noen ledere tok ansvar for og prioriterte å bruke mye ressurser på sosiale aktiviteter fordi de var bevisst de positive konsekvensene de hadde i form av økt salg og produksjon.

Noen ledere hadde jobbet med å få til å tilrettelegge for aktiviteter, men uttrykte at det var vanskelig, selv om det var noe folk spurte etter:

Vi har hatt masse diskusjoner om hva vi kan gjøre for å tilrettelegge for ting. Men jeg synes det er veldig vanskelig. Vi har prøvd med treningsstudio og bedriftsbowling. Nå er det golf. Det er spørsmål etter slike aktiviteter.

Per

Her vises det til at lederne har diskutert hvilke aktivitet de ville ha. De viste med dette villighet til å ta ansvar for å tilrettelegge ettersom folk spurte, men medga at det var vanskelig å vite hvilke tilbud de ansatte egentlig ønsket.

5.2.2 Ansvar for tilbakemeldingskulturen

Tilbakemeldingskulturen på arbeidsplassen var noe flere av lederne la vekt på. De beskrev ulike erfaringer både med det å gi og få tilbakemelding fra sine ansatte.

Jeg opplever at jeg har en grei dialog med ansatte. Jeg opplever at de kommer til meg når det er ting som de ønsker å ta opp.

Ingeborg

Flere av lederne opplevde at de hadde en grei dialog med sine ansatte. Dette fikk de bekreftet ved at de kom til dem dersom det var noe de ansatte ønsket å diskutere med lederen.

Andre ledere synes tilbakemeldingskulturen på arbeidsplassen var for dårlig:

Tilbakemeldingskulturen er litt for dårlig faktisk.... I mange tilfeller gjentar jeg at de er nødt til å komme til meg med tilbakemelding. For det er ingen som vokser på ting som man ikke synes fungerer.

Sven

Lederne beskrev at de hadde erfaringer med at tilbakemeldingskulturen var dårlig på arbeidsplassene. Lederne påpekte at de oppfordret ansatte til å ta ansvar for dette. Med dette viste de til at for å bli bedre måtte de ta tak i det som ikke fungerte på arbeidsplassen.

Kundene var flinke til å gi tilbakemeldinger synes lederne:

Kanskje er det en kunde som ikke er fornøyd, de er veldig flinke til å gi tilbakemelding hvis det er noe som ikke fungerer. Samtidig må vi ta tak hvis det ikke er noe som ikke fungerer ovenfor en kunde, det bruker å gå greit.

Mona

Lederne anså det som sitt ansvar dersom en kunde kom med tilbakemelding på noe de ikke syntes fungerte bra. Erfaringen var at det som regel brukte å gå greit å ta tak i problemene i disse tilfellene.

Flere mente at tilbakemelding og involvering var kjempeviktig:

Tilbakemelding, bli sett og bli involvert det tror jeg er kjempeviktig.

Ane

At lederen involverer og ser de ansatte kan være et godt utgangspunkt for tilbakemelding. Dette var noe flere ledere mente at var sentralt i deres ansvar.

Noen ledere sa at de jobbet mye med tilbakemeldingskultur og åpne linjer. Lederne bemerket også at det kreves en respons når man fikk tilbakemelding på noe:

Vi jobber veldig mye med tilbakemeldingskultur og med åpne linjer der vi ønsker å få tilbakemelding på ting som skjer, og at vi da må håndtere det som skjer. Det er jo ikke bare å høre det, men du stilles jo til veggs i forhold til at vi må gi en respons på ett eller annet vis.

Mari

Lederne forklarte at de jobbet mye med tilbakemeldingskultur på arbeidsplassen. Der det var ønsket at ting skjedde eller skulle endres, hadde de erfart at det var særlig viktig med åpenhet og tilbakemelding. I tillegg mente lederne at det var en forventning om tiltak når tilbakemeldinger ble gitt. Lederne fortalte at de anså det som sitt ansvar som å sørge for at innspillene fra de ansatte ble fulgt opp.

5.2.3 Ansvar for sykefravær

Erfaringer med sykefravær var noe alle lederne var opptatt av. De beskrev ulike utfordringer med ansvaret for det å redusere og følge opp sykefraværet i organisasjonen.

For å få ned det høye sykefraværet jobbet noen ledere mye med den enkelte ansatte:

Vi syntes selv at det var høyt nok fravær. Så vi jobber mye med enkeltansattes saker.

Mari

Erfaringene deres var at det å jobbe med den enkelte ansatte kunne være nøkkelen for å få ned sykefraværet. Lederne bemerket at de syntes det var et altfor høyt fravær og at det lå til deres lederansvar å jobbe med å få det ned.

Andre ledere beskrev at de fulgte ansatte tett opp ved sykemeldinger:

Når det gjelder oppfølging av sykefravær og fravær generelt så synes jeg at jeg er veldig tett på.

Jens

Flere ledere opplevde at de var nøye med å følge opp den enkelte ansatte når han eller hun var borte fra jobben. Det kunne dermed synes som at de hadde erfaringer med at tett oppfølging var gunstig for å få ned sykefraværet på arbeidsplassen.

En leder opplevde svært lite sykefravær på arbeidsplassen sin:

Vi har utrolig lite fravær, nesten null fravær. Det er fordi vi tar hånd om det tidlig føler jeg.

Per

Lederen mente at det lave fraværet skyldtes at de tok ansvar for sykefravær på et tidlig tidspunkt.

Noen ledere ønsket å gi de ansatte mest mulig trygghet og forutsigbarhet, og på den måten minimere de negative konsekvensene av andres sykefravær for de som faktisk var på jobb.

Vi prøver jo å tilrettelegger ved sykemelding over tid så det blir forutsigbart for de som er på arbeidsplassen og dermed trygger arbeidsplassen for de som står i den.

Ane

Ved at man hadde en forutsigbarhet overfor langtidssykemelde på arbeidsplassen mente de at ansatte kunne oppleve en tryggere arbeidsplass. Lederne så det som sitt ansvar å tilrettelegge for å få dette til.

Andre ledere var fornøyde med sykefraværet og mener at det ikke var mulig å gjøre noe mer med:

Vi er ganske fornøyd med sykefraværet. Selvfølgelig går det an å jobbe mer med det. Samtidig føler jeg at det er et sykefraværet som det ikke mulig å gjøre mer med.

Mona

At det ikke var mulig å gjøre noe mer med sykefraværet var en oppfattelse noen ledere hadde. Det kan være flere årsaker til dette. Lederne som var fornøyde med nivået på fraværet hadde også tatt ansvar for tiltak for å begrense sykefraværet på sin arbeidsplass.

En leder beskrev at han ønsker å ha best mulig oversikt hvis folk blir borte fra jobb:

Det er faktisk flere tilfeller hvor jeg har anbefalt den ansatte å ta to dager ferie og bli ferdige med de ting de må fikse, istedenfor å sykemelde seg. For det er mye enklere for meg å planlegge to dager ferie i istedenfor at de kommer med tingene dagen før og forteller at de er blitt syk. Så hvis de vet at de skal være borte for å snekre kjøkkenet eller noe, så er det bedre om de sier det.

Sven

Lederen oppfordret de ansatte til å være ærlige om livssituasjonen og det private liv slik at han kunne ta ansvar for å planlegge dagene best mulig. Dette var fordi

lederen hadde erfart at det var bedre for hans ansvar om ansatte gav beskjed noen dager i forveien om de ønsket å ta fri, enn at de kom samme dag og sa at de var blitt syke. Dette gjaldt kun forhold hvor den ansatte var klar over at han uansett kom til å være borte.

5.3 Oppsummering

Oppsummert viste funnen at lederne i denne studien opplevde et ansvar for helsefremming i organisasjonen. Lederne viste til dette med sine oppfatninger og erfaringer om hva helsefremmende lederskap var og hva de mente var en helsefremmende arbeidsplass. Særlig la lederne vekt på ansvaret for ansattes helse, relasjonelle forhold, systemet. Videre beskrev de erfaringer med at deres ansvar for tiltak for arbeidsmiljøet, god tilbakemeldingskultur og tett oppfølging av sykefravær anså de som viktige for en helsefremmende arbeidsplass. Alle lederne beskrev oppfatninger og erfaringer av deres ansvar. Funnen viste også at lederne anså det som et stort ansvar å tilrettelegge for helsefremming i organisasjonen. Det var påfallende at flere ledere hadde meninger om hva som hva helsefremmende samtidig som lederne hadde få iverksatte tiltak de kunne å vise til. Lederne antydte at de så det som sitt ansvar å tilrettelegge for at ansatte opplevde arbeidsplassen som noe positivt for helsen. I tillegg viste lederne til at god kommunikasjon og ansvarliggjøring av ansattes ansvar hadde betydning for lederens ansvar i denne sammenheng.

6.0 DRØFTING

Studien viser at det er av betydning for helsefremmende lederskap at lederen opplever å ha ansvar for dette. Når en leder er bevisst sitt ansvar for det helsefremmende arbeidet i organisasjonen, kan det bidra positivt både til lederens egen helse og de ansattes helse med tanke på å tilrettelegge for et positivt arbeidsmiljø og strukturelle forhold på arbeidsplassen. Dette stiller krav til at ledere er villige til å ta ansvar, og at de har mot til å ta beslutninger både på individ-, gruppe- og systemnivå med tanke på å fremme hele organisasjonens helse. Dette omhandler å ta etiske avgjørelser som leder der bevisstgjøring, handling og konsekvenstenkning er sentralt. Arbeidsplassen fremstår i den forbindelse som en viktig arena for et mer helsefremmende fellesskap.

Oppgavens problemstilling var: ”Hvilke oppfatninger og erfaringer har ledere med helsefremmende ledelse?”. Med følgende to forskningsspørsmål;

- i) Hvordan oppfatter ledere helsefremmende lederskap?
- ii) Hvilke erfaringer har ledere med helsefremming på arbeidsplassen?

I dette kapitlet vil jeg besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Drøftingen bygges opp ut ifra forskningsspørsmålene. Siden ansvar er et av hovedfunnene i studien, blir dette et gjennomgående tema i hvert av avsnittene i drøftingsdelen. Det vil bli drøftet i forhold til studienes teoretiske rammer og annen aktuell forskningslitteraturen. Kapitlet avsluttes med metodiske overveielser og metodekritikk.

6.1 Hvordan oppfatter ledere med helsefremmende lederskap?

6.1.1 Oppfattelse av lederansvar for helse

Funnene viser en klar variasjon relatert til hvordan de ulike lederne ser sitt ansvar for helse. Blant annet viser funnene at arbeidet blir sett på som både helsefremmende, men også hemmende for de ansattes helse, noe som er i overensstemmelse med Bauer & Gregor (2012) forskning. Hvorvidt lederen

prioriterer og arbeider for å fremme helse på arbeidsplassen viser seg å påvirkes av ulike forhold i de ansattes liv. I dagens samfunn, hvor det stilles store krav til å lykkes både på arbeidsplassen og på fritiden, vektlegger ledere at de ansattes privatliv utenfor arbeidsplassen virker som å kunne ha både positiv og negativ påvirkning på de ansattes arbeidskapasitet, prestasjoner og yteevnen på arbeidet. Lederne bemerket at lederansvaret innebar å være bevisst på hvilken rolle forholdene utenfor arbeidsplassen kan ha for den ansattes situasjon på jobb. Dermed har lederne mulighet til å bedre ansattes helse ved å tilrettelegge for et godt arbeidsmiljø. Dette støttes av flere (Dellve, et al., 2007; Graeser, 2011; Grönlund & Stenbock-Hult, 2014). Lederne uttrykker at de oppfatter lederansvaret som en nøkkelfaktor i å skape en arbeidsplass som fremmer de ansattes helse. Dette er i overensstemmelse med Arbeidsmiljøloven (2005).

Det er mange likhetstrekk mellom hvordan de ulike lederne beskriver sitt ansvar for å bidra til å fremme de ansatte helse. Blant annet gjelder dette hvordan lederne utrykte sitt ansvar for å bidra til å skape et godt miljø på arbeidsplassen. Noen ledere så det som sitt ansvar å bidra til at arbeidsforholdene skapte grobunn for trivsel, noe også annen litteratur støtter (Gurt et al., 2011). På bakgrunn av dette mener jeg at lederne gir uttrykk for at ansattes helse må betraktes som en helhet, utover den konkrete arbeidssituasjonen til den enkelte. Dette ved at lederne både så arbeid og fritid som en kilde til god helse. Ut i fra dette tolker jeg det som om at ledernes menneskesyn kan være fundert i et holistisk menneskesyn og som reflekterer WHO's (1986) helsefremmende perspektiver der mennesket ses som sosiale, fysiske, psykiske og åndelige vesen.

Funnene viser at lederne forstår at det er flere forhold som påvirker ansattes ressurser på arbeid. I lys av salutogenese, kan dette bidra til en bedre forståelse for hvilke utgangspunkt ansatte har for å mestre arbeidskravene (Graeser, 2011). Lederne ser at ansvaret innebærer å styrke de ansattes ressurser og helse, og at de derfor må ha innsikt i hvilke forutsetninger den enkelte ansatte har både i og utenfor arbeidsplassen. Det handler om hvilke mulighet ansatte har for å kunne begripe og håndtere arbeidssituasjonen sin. Dermed kan man forstå det som at ledere med en

sterk opplevelse av sammenheng kan synes å være gunstig for oppfattelsen av ansattes forutsetninger for å mestre arbeidskravene noe Hanson (2010) støtter.

Dermed kan man ses dette i sammenhengen med Antonovsky (2012) som viser til at sosial støtte, intelligens, mestringskapasitet og økonomi er faktorer som påvirker helsen vår. Å kjenne til disse faktorene hos den enkelte ansatte, kan være viktig for at lederne kan bidra til at de ansatte opplever arbeidsplassen som en god plass å være, og et godt utgangspunkt for å fremme helse i arbeidssituasjonen (Grönlund & Stenbock-Hult, 2014). At lederne kjenner til ulike helsefremmende faktorer som for eksempel sosiale relasjoner, kunnskap og ferdigheter til de ansattes kan også ses i sammenheng med forskningen til Gurt, et al. (2011), som hevder at helsefremmende tiltak kan bidra til å påvirke ansattes trivsel, psykososiale forhold og redusere arbeidsbelastning. At lederne er bevisste på slike helsefremmende faktorer kan hjelpe dem til å lage gode strategier for å ivareta et helsefremmende arbeidsmiljø, og som er avgjørende for de ansattes helse (Gurt, et al., 2011).

Videre viser funnene at lederne synes det er viktig å arbeide for at arbeidet skal oppleves lystbetont og å skape en helsefremmende arbeidsplass. Ledere som arbeider for at arbeidsplassen skal kjennes som lystbetont for de ansatte, kan både være en ressurs for arbeidsmiljøet og for den enkelte. Dette tolkes ut fra tidligere forskning som sier at tilrettelegging for helsefremmende arbeidsmiljø vil ha positiv innvirkning på det psykososiale arbeidsklima og trivsel på arbeidet (Gurt, et al., 2011; Lundquist, 2013). I følge Eriksson og Lindström (2006) vil dette fokuset også kunne ha en samfunnsmessig gevinst. Blant annet fordi det vil kunne bidra til å redusere antall uførepensjoner, deprimerte og sykemeldte og dermed øke arbeidsdeltakelsen (Graeser, 2011; Johnsson, 2006).

Et interessant funn i denne studien er at ledere viser en klar oppfatning av ulike faktorer som påvirker helsen, men færre viser til praktiske tiltak. Dette kan handle om grader av forståelse for hva helsefremmende lederskap er. Hvorvidt en leder tar ansvaret for å bidra til en helsefremmende arbeidsplass, vil variere med ledernes kunnskap om hva som fremmer helse. Det er av den grunn viktig at ledere tilegner

seg tilstrekkelig kunnskap om helsefremmende lederskap (Grönlund & Stenbock-Hult, 2014; Eriksson, et al., 2010; Whysall, et al., 2006). Dette kan dermed forstås som at lederne ikke gav uttrykk for at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hva som fremmer helse i organisasjonen. Dette gir grunn til å tro at kunnskap om hva som fremmer helse, påvirker lederens organisering og gjennomføring av helsefremmende tiltak for arbeidsplassen. Det igjen indikerer behov for økt informasjon, kursing og utdanning for at ledere skal kunne ta det ansvaret de oppfatter at de har, for å tilrettelegge for en helsefremmende arbeidsplass, dette støttes av flere (Eriksson, et al., 2010a; Grönlund & Stenbock-Hult, 2014; Gurt, et al., 2011; Whysall, et al., 2006).

6.1.2 Ansvar for relasjonelle forhold på arbeidsplassen

Funnen viste at lederne anså det som sitt ansvar å skape gode relasjoner til sine ansatte. Dette bygger på utsagn om at i helsefremmende lederskap er det viktig med god kommunikasjon som sikrer at leder ser den enkelte. Når lederne tar dette ansvaret er det ut fra at det synes som om helsefremmende lederskap handler om å skape relasjonelle forhold via tillit, å vise empati og bry seg om sine ansatte. Lederne i studien mente at disse verdiene var sentrale i det relasjonelle arbeidet på arbeidsplassen, noe også Grönlund og Stenbock-Hult (2014) støtter opp om. Ansvaret for sosiale relasjoner kan dermed forstås som en viktig forutsetning for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Basert på funnene mener jeg at det ut i fra oppfatningen om at det er viktig å bry seg om, se den enkelte og vise empati, er grunnlag for å anta at lederne viser evner til medmenneskelighet ovenfor ansatte. Dette er i overensstemmelse med Yukl (2006) som mener at viktige dimensjoner av lederskap er et relasjonelt samspill med ansatte. Videre vises det til at omsorg, situasjonskompetanse og etiske handlinger også står sentralt (Grönlund & Stenbock-Hult, 2014).

Sosiale relasjoner kan forstås som et konsept knyttet til hvem vi er i samspill med andre. Dette viser til en helsefremmende tilnærming i et samfunnsperspektiv på mesonivå (Sun, 2013), der relasjonelle forhold påvirker det helsefremmende miljøet

i bedriften (Gurt, et al., 2011; Lundqvist, 2013). Gode relasjoner kan av den grunn være en viktig meningsbærende dimensjon i tråd med salutogenese-tankegangen, og er derfor relevant for å fremme helse (Antonovsky, 2012; Eriksson & Lindström, 2006).

God kommunikasjon mellom ledere og de ansatte er viktig for relasjonsbyggingen. Å skape en god kommunikasjon bygger på en felles forståelse mellom lederne og ansatte om det som *faktisk er* (Barbosa Da Silva, et al., 2006). En forutsetning for å lykkes med dette er at lederne viser en forståelse for at hver enkelt ansatt er unik og respekterer at ansatte er ulike selv (Barbosa Da Silva, et al., 2006). At lederne uttrykker et ansvar for å ivareta sine ansatte gjennom tillitsskapende forhold, bygger med andre ord opp under helsefremmende ledelse slik Slinning og Haugen (2011) fremhever at tillit er et positivt perspektiv for en helsefremmende leder å ha. Lederens arbeid for å skape tillit er et viktig bidrag for å få til et helsefremmende arbeidsmiljø (Slinning & Haugen, 2011). Det å skape tillit handler om menneskets likeverd og evner til etiske refleksjoner i praksis (Barbosa Da Silva, et al., 2006). Dette mener jeg lederne gir uttrykk for, ved at de viser empati og ved at de ser de ansatte. Det kan handle om grunnleggende menneskelige behov for eksistensiell bekreftelse, som i denne studien vektlegges som et lederansvar. Ledernes verdier har stor betydning for de ansattes helse og kan dermed ses som et godt utgangspunkt for helsefremmende lederskap. Det er ikke mange innenfor forskningen på helsefremmende lederskap som viser til betydningen av ledernes verdier. Men i litteraturen er det noen slik som Slinning & Haugen (2011) og Hanson (2010).

6.1.3 Ledernes ansvar for systemet

Felles for funnene er at lederne opplever ansvaret for systemet som stort og utfordrende. Jeg mener imidlertid å kunne se en todeling i hvordan dette ansvaret beskrives. For det første fremhever enkelte ledere verdien av å arbeide for å videreutvikle det som allerede fungerer godt i bedriften, mens andre ledere fremhever at de prioriterer å videreføre ansvaret til de ansatte.

Når det gjelder å videreutvikle systemet i bedriften, uttrykker lederne at de gjerne ikke har nok ressurser til det, men at det er deres lederansvar å endre på det som ikke fungerer godt i organisasjonen. Dette kan man gjøre ved å bruke ubetinget positive spørsmål for å belyse det som fungerer bra men kan bli bedre i systemene noe som ut i fra flere kan forstås som en god tilnærming (Antonovsky, 2012; Antonovsky, 1996; Hauger, 2012; Johnsson, et al., 2006). Det dreier seg om at lederne tar ansvar for å bedre helsen, det sosiale, kulturelle og psykososiale forhold på arbeidsplassen (Tellnes, 2003; Lundqvist, 2013). Ut i fra funnene i denne studien bemerket lederne at dette er en god tilnærming og som inngår i deres ansvar, noe som også fremholdes i annen litteratur (Antonovsky, 2012; Lunqvist, 2013; Slinning & Haugen, 2011; Yukl, 2006).

Når det gjelder andre forhold rundt ledernes ansvar med å videreføre arbeidet til ansatte, uttrykker lederne det med at de har en forventning til at de ansatte tar ansvar for den stillingen de har. Hvordan lederne organiserer arbeidsoppgavene vil påvirke de ansattes arbeidssituasjon. Å delegerer mer ansvar til de ansatte har vist seg også å fremme lederens egen helse, noe flere er enige i (Lundqvist, 2013; Shain & Kramer, 2004; Slinning & Haugen, 2011). Ut i fra funnene i denne studien og annen litteratur ser vi at også at helsefremmende ledelse krever at lederen tar ansvar for å delegerer oppgaver, samtidig som lederen er til stede for de ansatte (Rolfes, 2014; Slinning & Haugen, 2011). Både ledernes tilstedeværelse og ansattes inkludering kan forstås fra beskrivelsene å være viktige bidrag i helsefremmende lederskap. Dette støtter flere (Graeser, 2011; Grönlund & Stenbock-Hult, 2014; Lundqvist, 2013) da ledernes tilstedeværelse viser seg å ha betydning for ansattes arbeidsmiljø og psykososiale arbeidsforhold.

Funnene viste at flere av lederne ønsket endringer i systemet. Dette er et eksempel på at lederne tok ansvaret som på alvor. En endringsprosess i dette perspektivet, krever informasjon om hva som bidrar til å forbedre systemet (Eriksson, 2012; Whysall, et al., 2006). God kommunikasjon er i denne sammenheng viktig (Whysall, et al., 2006). Jeg tolker funnet om at en aktiv involvering av ansatte vil kunne være en god lederstrategi for å fremme helse, og er i overensstemmelse med

det WHO (1986) mener er en helsefremmende tanke. Dette blir også fremhevet av flere (Grönlund og Stenbock-Hult, 2014; Graeser, 2011; Slinning & Haugen, 2011).

At lederne viser at de tar ansvar for å ansvarliggjøre ansatte kan forstås som at de ønsker å bedre de ansattes helse. Dette kan ses i lys av empowerment som viser til verdien av endring både på det strukturelle så vel som det individuelle nivået (Askheim, Starrin & Heyerdahl, 2007). Når lederne i denne studien sier at de gir ansvar til ansatte kan det forstås som endringer på individnivå samtidig som dette også vil ha innvirkninger på makro og mesonivå (Sun, 2014). Dette fordi lederne tilrettelegger for at arbeidsplassen skal være en arena som er positiv for ansattes helse. Dette kan skape empowerment, noe som kan innebære å styrke ansattes deltakelse i arbeidslivet (Dellve, et al., 2007; Slinning & Haugen, 2011; Whysall, et al., 2006).

Man kan forstå det som at lederens ansvar for en helsefremmende arbeidsplass krever kontinuitet på flere organisatoriske nivåer. At denne studien viste til manglende sammenfall mellom ledernes oppfattelse av helse og konkrete helsefremmende tiltak noe som kan vis mangler på strategisk helsefremmende organisering. Hvilke ressurser lederne vektlegger i bedriften vil være avgjørende for en helsefremmende organisering (Eriksson, 2012). Ansatte som er fornøyde med systemet i organisasjonen kan føre til økt deltakelse som igjen kan resultere i effektivisering og ressursparing (Whysall, et al., 2006). Dermed kan man se at involvering og delaktighet er en viktige ressurser i organiseringen av helsefremmende tiltak på individuell, meso og makronivå. Det er bredt forskningsbelegg (Lau, et al., 2011; Shain & Kramer, 2004; Slinning & Haugen, 2011) for at det en ressurs er å fremme ansattes gjennom ansvarliggjøring medfører økt deltakelse som har en positiv effekt på helsen.

6.2 Hvilke erfaringer har ledere med helsefremming på arbeidsplassen?

6.2.1 Ansvar for arbeidsmiljøet

Funnene viser at lederne har noen erfaringer med forskjellige tiltak for arbeidsmiljøet og hvilke resultater dette bidrar til i bedriften. I tillegg viste funnene til variasjon når det gjaldt de ansattes engasjement for tiltakene. Pizzakveld, turgupper, felles matpause og julebord var noen av tilstelningene de hadde erfaringer med. Det framgår av funnene at noen av erfaringene hadde lederne gjort ut fra tilstelninger på arbeidsplassen, mens andre var blitt organisert utenom arbeidet. For eksempel mente enkelte ledere at deres erfaring var at det ikke var lett å motivere de ansatte til å delta i tiltak som innebar fysiske aktiviteter, mens andre ledere hadde god erfaring med blant annet å legge til rette for turgåing på arbeidsplassen. Samtlige ledere mente imidlertid å ha erfaringer med at slike tiltak ga trivsel på arbeidsplassen, noe de mente var helsefremmende. Et annet funn som overrasket, var at noen ledere også mente at deres erfaringer var at tiltakene hadde innvirkning på bedriftens resultat oppnåelse. Noe får andre studier viser til bortest fra Whyall, et al. (2006) som mener at lederne som fokuserer på ansattes helse kunne oppleve å få økt produksjon i bedriften.

Sosiale tiltak på arbeidsplassen syntes å være positivt for arbeidsmiljøet (Graeser, 2011; Whyall, et al., 2006). Dette gjelder lederens erfaringer med tilstelninger både i og utenfor arbeidsplassen. At det kan være positivt å treffes utenom arbeid kan ses ut fra at en får ulike roller i ulike miljøene. Dette kan bidra til å skape et sterkere samhold også på arbeidsplassen. Når lederne sier de tar ansvar for slike tilstillinger kan dette se i sammenheng med det som tidligere er sagt om at lederne også tar ansvar for det relasjonelle i arbeidsmiljøet. Gjennom dette gir lederne de ansatte sosial støtte, noe som er en god ressurs for å fremme helse (Antonovsky, 2012). Mangelfullt lederansvar ovenfor arbeidsmiljøet kan føre til lavere produktivitet i bedriften. Sosiale tiltak kan ses som helsefremmende i virksomhetens daglig virke og vil på den måten være gunstige for arbeidsplassen (Dellve, et al., 2007; Gurt, et al., 2011; Luxembourgdeclaration, 1997). Tiltak kan resultere i et godt sosialt

arbeidsmiljø, økt oppmøte, og bedre samarbeid. Å oppnå disse resultatene er viktig for det ansvaret lederne har for organisasjonen.

Ledernes erfaringer med at sosiale tiltak fremmer helse på arbeidsplassen, er i tråd med forskning som sier at gode relasjoner på arbeidsplassen er positive for trivsel og helsen blant ansatte (Gurt, et al., 2011). I og med at sosialt støtte er en kilde til helse vil dette være et viktig fokus å ha for ledere. Det kan synes som det er flere grunner til hvorfor sosiale tiltak er helsefremmende for arbeidsmiljøet (Whysall, et al., 2006). Hvilke tiltak det tilrettelegges for ser ikke ut til å være det avgjørende, det er det at man gjør noe som er det sentrale. Dette vil kunne variere fra bedrift til bedrift. At man som leder tilrettelegger tenker jeg handler om at man som leder tar ansvar for at ansatte skal ha det best mulig. I denne sammenhengen kan det også være givende å involvere ansatte selv i arbeidet rundt tiltak som fremmer arbeidsmiljøet. På denne måten blir ansatte ansvarliggjort for å bidra til å skape en helsefremmende arbeidsplass. Dermed blir det ikke ledernes ansvar alene, noe som kan føre til et bedre samarbeid. Erfaringsbaserte funn i denne studien tilsier at lederne er bevisste på gevinsten av at helsefremmede tiltak i form av ulike sosiale arrangementer bidrar til et positivt arbeidsmiljø (Graeser, 2011).

6.2.2 Ansvar og erfaringer med tilbakemeldingskultur

Funnene viser variasjon i forhold til erfaringene lederne hadde med tilbakemeldingskulturen på arbeidsplassen. Noen ledere gav uttrykk for at de var tilfreds med den tilbakemeldingen de fikk fra både ansatte og kunder. Lederne uttrykte at de ønsket tilbakemelding både på det som fungerte bra og på det som fungerte mindre bra i bedriften. Funnene viste også at ikke alle lederne var fornøyde med tilbakemeldingskulturen. Lederne oppfattet det som sitt ansvar å bidra til å disse forholdene. Det ble lagt vekt på at det var viktig å ta ansvar for å motivere ansatte til å gi mer tilbakemelding, ved å involvere de ansatte i organisasjonen.

Et annet funn som angår ledernes erfaringer med tilbakemelding i denne studien, indikerer at det forekommer dårlig tilbakemeldingskultur i noen av bedriftene. De

lederne dette gjelder ønsker derfor mer engasjement fra de ansatte, og dermed bedre tilbakemeldinger. Å forbedre tilbakemeldingskulturen forutsetter at de som skal gi den må ha informasjon (Whysall, et al., 2006). Ved å involvere ansatte i tenkning om bedriftens systemer, organisering og ulike måter å løse arbeidsoppgaver på, kan ledere stimulere til økt engasjement hos ansatte. Dette støttes av Graeser (2011). Studien viser at ledere har erfart at engasjement og økt involvering vil kunne resultere i mer tilbakemelding.

En styrke ved en åpen tilbakemeldingskultur er at det kan gi en bedre organisering av arbeidet fordi ansatte får gi uttrykk for hva de tenker og har behov for. På denne måten er det tenkelig at man vil forbedre ansattes tilbakemeldinger ved at flere føler et ansvar for organisasjonen og opplever engasjement for arbeidet.

Det å vektlegge det som allerede fungerer i bedriften og ta ansvar for at endringene blir gjennomført, syntes å være en viktig side ved helsefremmende lederskap (Slinning & Haugen, 2011). For å oppnå dette kreves det at ansatte har nok informasjon om arbeidet, og dermed en god forståelse av arbeidsoppgavene og hensikten med dem. Videre kreves det at de har tilstrekkelig kunnskap for å håndtere oppgaven (Antonovsky, 2012). For å finne ut hva som fungerer kan lederne ta utgangspunkt i ansattes tilbakemeldinger og ta ansvar for gjøre noe med det som blir sagt (Slinning & Haugen, 2011). Noe som kan ses i sammenheng med de tre komponenten i opplevelse av sammenheng med; begripelige, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsku, 1993).

Hvorvidt dette skjer i praksis kommer an på om både ansatte og lederne ser verdien av å ta ansvar og si fra når de ser noe som bør endres. Dette vil videre være avgjørende for om de velger å engasjerer seg i organisasjonen eller ikke, dermed er det ses som viktig at lederne ivareta de verdiene ansatte setter pris på i bedriften (Grönlund & Stenbock-Hult, 2014, Hanson, 2010). Dette samt ledernes erfaringer med å fremme en god tilbakemeldingskultur vil kunne ha innvirkning på bedriftens videre utvikling (Graeser, 2011; Eriksson, 2012). Å fornye systemer med omorganisering vil kunne bidra til at bedriften blir mer konkurransedyktig på

markeder (Hilsen, 2009). På bakgrunn av dette og presentert teori antas det at engasjement og åpen tilbakemeldingskultur av ansatte er noen forhold som inngår i et helsefremmende lederskap (Slinning & Haugen, 2011; Whyall, et al., 2006). Erfaringene lederne har gjort seg i denne studien viser at hvis man arbeider ut i fra det som fungerer bra og som fremmer helse kan man oppnå en helsefremmende arbeidsplass, noe som støttes av flere (Graeser, 2011; Whyall, et al., 2006).

6.2.3 Variert ansvar med sykefravær

Denne studien viser at lederne har forskjellige erfaringer med sykefravær og ansvar ovenfor disse forholdene på arbeidsplassen. På den ene siden uttrykte noen leder at de hadde erfaringer med for høyt sykefravær, mens andre ledere på den andre siden hadde erfaringer med lavt sykefravær og var svært fornøyd med dette. Lederne la videre til at sykefraværet var så lavt at det ikke var mulig å gjøre noe med. Felles for lederne var at de anså det som sitt ansvar å legge til rette for forutsigbarhet, helsefremmende og strukturelle forhold som trykker miljøet og reduserer fraværet. De hadde erfart at tidlig oppfølging var viktig for å redusere sykefraværet. I tillegg hadde noen erfaringer med at det var viktig å jobbe mye med enkeltsaker og være tett på den ansatte.

Det kan synes paradoksalt at enkelte leder i studien har erfaringer med at sykefraværet er så lavt at det ikke er mulig å arbeide mer med det. Hvorvidt dette skyldes manglende oversikt og statistikk for de økonomiske kostnader sykefravær er uvisst. Slik jeg forstår funnene aktualiserer dette den rådgivende instansen NAV og bedriftshelsetjenesten har ovenfor arbeidsgivere (Arbeids- og Velferdsforvaltningsloven, 2006; Arbeidstilsynet, 2013; Helsedirektoratet; 2014). Generelt har det vist seg at leder har lite kunnskap om sykefravær i bedriften (Slinning & Haugen, 2011). Dette kan ha sammenheng med at det prosentvis vil være vanskeligere å redusere sykefraværet dersom man i utgangspunktet har lite fravær. Ved høyt sykefravær vil det gi et større prosentvis utslag. Dette belyser ledernes manglende innsikt og et stort behov for informasjon og veiledning rundt deres ansvar for oppfølging av sykefravær.

Lederne i denne studien viser til at de har erfart at tidlig oppfølging og tilrettelegging for den enkelte var gode strategier i for å få ned sykefraværet. Dette harmonerer med det vi finner i Rolfer (2014). De følger dermed opp arbeidsmiljøloven (2005) med å arbeider for en helsefremmende arbeidsplass, ved at de arbeider for å få ned sykefraværet. Lederne hadde erfart at det var en god strategi å arbeide med sykefraværet på er ved tett oppfølging, noe som også blir belyst av Rolfer (2014). Sett fra et helsefremmende samfunnsperspektiv tar lederne ansvar for helsefremming på makronivå (Sun, 2014), ved at de arbeider strategisk for å redusere det samlede sykefraværet i landet (Eriksson & Lindström, 2006). En *helse i alt vi gjør* tilnærming vil i denne sammenheng synes å kunne være en god lederstrategi i trå med Helsedirektoratets (2014) rammeverk.

Ledernes erfaringer med tidlig oppfølging kan forstås i et dobbelt perspektiv der de både sikrer ivaretagelse av mennesker som den viktigste ressurs for organisasjonen (Hilsen, 2012) samtidig som det i et langsiktig perspektiv kan gi gevinst med å få ned sykefraværet i Norge (Rolfer, 2014; Slinning & Haugen, 2011). Dette kan vi igjen forstå som å ivareta ledernes og samfunnets etiske verdier. At lederne fokuserer på disse verdiene mennesket som den viktigste ressurs i organisasjonen, har ifølge forskning vist seg å resultere i økt oppmøte på jobb (Dellve, et al., 2007). En side ved at lederne tar på seg ansvaret for å få ned sykefraværet, er også at de tar ansvar for å tilrettelegge for at folk skal kunne delta i arbeid på tross av sykdom. Også dette har både en personlig og en viktig samfunnsverdi. Det er også i tråd med kravet om at alle ansatte skal ha en helsefremmende arbeidsplass (Arbeids- og Velferdsforvaltningsloven, 2006; Arbeidsmiljøloven, 2005). At lederne kjenner et ansvar for å tilrettelegge for at ansatte skal få jobbe på tross av sykdom, kan tolkes som at de ønsker å bidra til å skape trivsel. Dermed kan man forstå at ledernes erfaringer med eget ansvar for å få ned sykefraværet, kan være med på å fremme en helsefremmende arbeidsplass, noe som er et godt utgangspunkt for trivsel (Gurt, et al., 2011).

I denne sammenhengen kan man spørre seg hvorvidt lederne i denne studien tar hensyn til hva som er årsaken til sykemeldinger når de arbeider for å få den ned. Skyldes sykemeldingen ansattes arbeidsforhold eller det private liv? Det at funnene for øvrig viser til at lederne har et helhetsperspektiv på de ansattes liv, kan være en indikasjon på at de bruker denne kunnskapen også i arbeidet med å redusere og begrense sykefraværet. Andre studier viser også at ledere som har en sterk opplevelse av sammenheng og som tilrettelegger for en helsefremmende arbeidsplass kan være en bidragsyter for å redusere sykefravær (Gurt, et al., 2011; Whysall, et al., 2006). Eriksson og Lindström (2006) viser i denne sammenheng at ledere som tar ansvar for å fremme helse på arbeidsplassen med et salutogent perspektiv, også vil kunne erfare å få redusert sykefravær og lavere forekomst av psykiske problemer hos de ansatte. Å opprettholde de ansattes deltakelse i arbeidslivet kan dermed bidra til bedre helse samt fremme et inkluderende arbeidsliv (Fugelli & Ingstad, 2009; Lau, et al., 2011). Helsefremmende lederskap innebærer dermed å bidra til at arbeidsplassen oppleves som meningsbærende og dermed fremme ansattes helse (Lundqvist, 2013; Eriksson, 2012). En salutogen tilnærming i denne sammenhengen kan ses som en godt fundament i dette arbeidet.

6.3 Metodiske overveielser

En utfordring med kvalitativ forskning er at de finnes like mange tolkninger som det finnes forskere (Kvale, 1997). I denne kunnskapsutviklingen har jeg vært en medskaper av kunnskap som forsker gjennom hele forskningsprosessen. Innenfor fagfeltene samfunnsfag og humaniora må man være bevisst og reflekterer over egne forståelser og holdninger (Ingierd, 2009). Dette har jeg forsøkt i de ulike delene av forskningsprosessen.

Jeg erkjenner at mitt utgangspunkt som sykepleier og ulike teorier jeg kjenner derfra har hatt betydning på prosessen. Jeg har som forsker tatt valg som hva hensikten med studien er, problemstilling, teoretiske referanserammer, metode, valg av forskningsetikker og valgt ut data i analysen. Min forforståelse har påvirket alle disse valgene og har påvirket analyseprosessen og funnene i studien. Særlig i

intervjuet kan mitt valg av å forankre studien innenfor salutogenese-tankegangen ha påvirket samtalens form. Ett eksempel på dette kan være at jeg vektla særlig å spørre om hva som fremmet helse på arbeidsplassen, hva som fungerte bra, hvorfor de trodde folk kommer på arbeid og hvilke helsefremmende tiltak har de hadde på arbeidsplassen. Dette førte blant annet til at det ble liten plass til å rette fokus for hvordan lederne ga årsaksforklaringer til sykefravær, å fokuseres på forhold som ikke fungerte i systemet eller ting de ikke var fornøyde med. Det at jeg, som nevnt tidligere har en induktiv- deduktiv tilnærming i min forskningsprosess underbygger også at jeg på denne måten erkjenner at forskningsprosessen har vært preget av min forforståelse og til dels vært teoristyrte. I analyseprosessen ble det viktig å være bevist at salutogenese var en del av min forforståelse. Dette ga meg muligheter til å ta noen grep i analysen samtidig som jeg forsøkte å ikke la det bli for styrende. Dette for å la empirien tre fram og la den være ledende for mine tanker og valg i analysen og tolkningen som er blitt gjort.

Jeg har i denne studien forsøkt å reflektere rundt konsekvenser, holdninger, fordommer, og tolkninger og prøvd å få disse justert, bekreftet eller avkreftet. Det har også vært viktig å reflekterer over hvordan det har påvirket informantens at de ble forespurt av Friskgården om å delta i studien mens de deltok på et av deres kurs. Hvordan dette kan ha påvirket funnene i studien har jeg forsøkt å ha et aktivt forhold til igjennom forskningsprosessen. På den ene siden kan det ha gitt funn der innholdet fra kurset på Friskgården har lagt føringer på informantenes svarte. Samtidig kan lederne ha unik oppfatning og erfaring med bakgrunn i kurset, noe som også kan ha beriket funnene. Det har vært viktig å huske på at personer som ikke er blitt direkte involvert i forskningen også kan bli påvirket, denne informasjonen har blitt behandlet konfidensielt (Ingierd, 2009).

7.0 KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE REFLEKSJON

I dette kapitlet oppsummeres hovedfunnene i studien som svar på oppgavens problemstillinger. Videre følger en redegjørelse av hvilke implikasjoner funnene kan ha for videre forskning og praksis relatert til ledelse.

7.1 Svar på problemstillinger

Denne studien viser at det at lederne tar ansvar er sentralt i helsefremmende lederskap. Ledere som tar ansvar for de ansattes helse tilrettelegger for et helsefremmende arbeidsmiljø og skaper dermed en helsefremmende arbeidsplass. Studien viser at ledernes oppfatninger om hva som er helsefremmende lederskap har innvirkning på deres handlinger og får konsekvenser for avgjørelser. Lederne viser til erfaringer med at deres ansvar har betydning for helsefremming både på individ-, gruppe- og et relasjonelt nivå på arbeidsplassen og også for helsefremming i samfunnet. Dette gjennom at et helsefremmende lederskap bidra til at arbeidsplassen oppleves som en helsefremmende for de ansatte noe som videre bidrar til et mer helsefremmende samfunn. At lederne viste til få konkrete helsefremmende tiltak i organisasjonen kan ha med manglende innsikt i helsefremming på mikro, meso og makronivå.

7.2 Videre forskning

Det empiriske materialet i denne studien har vært intervjuer med ledere. De ansatt har ikke uttalt seg om hvordan de opplever lederne på arbeidsplassen. Dette perspektivet kunne vært interessant å få innblikk i. En tilnærming for å få kunnskap om dette kunne vært å bruke både fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer med ledere og ansatte i en bedrift. Det kunne vært hensiktsmessig med en komparativ studie for å se om de to perspektivene (ledernes og ansatte) var i overenstemmelse med hverandre. Opplevelsen til ansatte kunne tilført nye dimensjoner for helsefremming på arbeidsplassen, og dermed også tilført kunnskap om helsefremmende lederskap.

Lederne som har deltatt i denne studien har alle tilegnet seg kunnskap om temaet som deltakere på Friskgårdens kurs. Likevel viser funnene at det er variasjon fra leder til leder i hvordan de oppfatter helsefremmende ledelse og hvilke erfaringer de har. For å få frem verdien av kunnskap fra slike kurs, kunne det vært spennende å gjøre en tilsvarende studie med ledere som ikke har deltatt på slike kurs og se om de samme variasjonene finnes der. I så fall kan en tenke at kunnskap ikke er nok for å legge til rette for helsefremmende ledelse, men at det også er personbetinget og at hvordan leder oppfatter helsefremmende lederskap er relatert til den enkeltes menneskesyn og etiske verdier. En studie med et større utvalg av ledere kunne også fått frem om det er ulikheter mellom ledere som har deltatt på kurs om helsefremming og andre ledere. Nok en studie for å få frem mulig verdier slike kurs har, kunne vært å fulgt opp denne studien med observasjoner for å få kunnskap om hvordan det lederne har tilegnet seg på slike kurs nedfeller seg i deres praksis.

Funnene viser manglende sammenheng mellom det lederne sier om hva som er helsefremmende og det de konkret har satt i gang av tiltak. Dette kunne gitt grunnlag for en case-studie der en ønsker å få kunnskap om sammenhengen mellom ledernes oppfatninger og deres ferdigheter til å sette dem ut i livet. En slik studie kunne avdekke hva det er som begrenser eller fremmer iverksettelse av et helsefremmende lederskap.

7.3 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av funnene i denne studien kan man se at videreutvikling av kurs, utdanning og veiledning om helsefremmende ledelse bør fortsette. Dette kan bidra til å skape flere helsefremmende arbeidsplasser fordi ledere får økt kunnskap om hva som fremmer helse. I den forbindelse synes salutogenese å være en egnet tilnærming og bør derfor få mer oppmerksomhet. Videre vil dette kunne ha betydning for å skape et mer helsefremmende samfunn. Dette peker i den retning at ansvarliggjøring og bevisstgjøring av lederne om dette ansvaret bør bli en politisk satsning.

REFERANSELISTE

- Akerjordet, K. (2014). Autentisk lederskap i hermeneutisk ljus. I E. Severinsson., & E. Lassenius (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis: Det nära, det flyktiga, det dolda*. (s. 153-173). Malmö: Gleerups.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arbeids- og Velferdsforvaltningsloven. (2006). Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen. LOV -2006-06-16-20. Lastet ned 15.03.14, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. LOV-2005-06-17-62. § 1. Lastet ned 23.02.13, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. (2013). *Arbeid for helse: forebygging av uhelsige psykiske belastninger*. Trondheim: Arbeidstilsynet. Lastet ned 17.02.13 fra <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=244248>
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment: ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment: I teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). Empowerment - et moteord? I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment: I teori og praksis* (s. 13-20). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., Starrin, B., & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Barbosa Da Silva, A., Hugaas, J. V., Ljungquist, M., & Norheim, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bauer, G. F., & Groger, J. J. (2012). Moving towards positive organizational health: Challenges and a proposal for a research model of organizational health development. I J. Houdmont., S. Leka & R. R. Sinclair (Red.), *Contemporary occupational health psychology: Global Perspectives on Research and Practice, Volum 2*. (s. 126- 145). UK: Wiley-Blackwell.
- Berulfsen, B., & Gundersen, D. (2001). *Fremmedord og synonymer blå ordbok*. Oslo: Kunnskapsforl.
- Dellve, L., Skagert, K., & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health, 17*(5), 471-476.
- Erikson, K. (1984). *Halsans ide*. Stockholm: Norstedts forlag AB.
- Eriksson, A. (2012). *Health-promoting leadership: A study of the concept and critical conditions for implementation and evaluation* (Doktoravhandling, Nordic School of Public [NHIV]). Göteborg: NHIV.
- Eriksson, A. Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2010). Development of health promoting leadership—experiences of a training programme. *Health education, 110*(2), 109-124.
- Eriksson, A., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of epidemiology and community health, 60*(5), 376-381.
- Freire, P. (2003). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H. G. (1977). Om forståelsens sirkel. I *Filosofi DIL 1002: Del 2 av 2 Innføring i erkjennelsesteori og vitenskapsfilosofi* [2008]. Oslo: Universitetet i Oslo, Avd. for filosofi, ide- og kunsthistorie og klassiske språk.
- Graeser, S. (2011). Salutogenic factors for mental health promotion in work settings and organizations. *International Review of Psychiatry, 23*(6), 508-515.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Grönlund, A., & Stenbock-Hult, B. (2014). Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. *Vård i Norden*, 34(1), 36-41.
- Gurt, J., Schwennen, C., & Elke, G. (2011). Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being? *Work & Stress*, 25(2), 108-127.
- Hanson, A. (2010). *Salutogent ledarskap: För hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning AB.
- Hauger, B. (2012). Appreciative inquiry. *Helsefremmende arbeidsplasser: for et arbeidsliv som inkluderer*, 1(1), 28-30. Lastet ned fra http://www.idebanken.org/materiell/_attachment/319284?_download=true&_ts=1398c3e9bc8
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og Omsorgsdepartement. (2013). *Folkehelsemeldinga: God helse- felles ansvar*. (St.melding nr. 34, 2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Lastet ned 8.10.13 fra <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDPDFS.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Helse 2020: rammeverk og strategi for europa i det 21. Århundre*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hilsen, A. I. (2012). Omstilling: en veileder for arbeidsgivere, tillitsvalgte og ledere. *Idèbanken.org - for et arbeidsliv som inkluderer*, 1(4), 5. Lastet ned fra http://www.idebanken.org/materiell/_attachment/319285?_download=true&_ts=1398c3f2098
- Holme, H. (2011). Erfaring. *Store norske leksikon* Lastet ned 6. mai, 2014, fra <http://snl.no/erfaring>
- Holme, H. (2014). Teoreier om kunnskap. *Store norske leksikon* Lastet ned 6. mai, 2014, fra http://snl.no/teorier_om_kunnskap

- Ingierd, H. (2009). Humaniora, samfunnsfag, juss og teologi. Lastet ned 07.04.2014, fra <https://www.etikkom.no/no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Humaniora-samfunnsfag-juss-og-teologi/>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johnsson, J., Lugn, A., Rexed, B., & Dahl, C. (2006). *Langtidsfrisk: slik skapes helse, effektivt og lønnsomt*. Kjeller: Genesis.
- Kezo, A. (2010). *Ulikhet i helse blant minoriteter: med fokus på salutogenese for helseutjevning*. Lastet ned 09.01.12 fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/185980/6/Kezo-2010.pdf>
- Krafft, A. (2012). The management of innovations and personal well-being: A trans-disciplinary model and empirical findings. I S. N. Grösser & R. Zeier (Red.), *Systemic management for intelligent organizations: Concepts, models-based approaches and applications* (s. 99-119). Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 197-212). Bergen: Fagforl.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykisk helseproblemer - en kunnskapsoppsummering*. (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid Rapport nr. 1). Bergen: Høgskolen i Bergen. Lastet ned 13.03.14 fra <http://www.napha.no/multimedia/4835/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Lau, B., Finne, L. B., & Berthelsen, M. (2011). Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse?. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 9(48), 745-750.

- Lundgaard, H. (2014, 5. april). Blir de syke av jakten på det perfekte liv?
Aftenposten, s. 17-21.
- Lundqvist, D. (2013). *Psychosocial work conditions, health, and leadership of managers* (Doktoravhandling, University Medical Dissertations [UMD]). Linköping: UMD. Lastet ned 18.11.13 fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:643342/FULLTEXT01.pdf>
- Luxembourgdeclaration. (1997). *The luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union Luxembourg*. Luxembourg: Declaration on Workplace Health Promotion. Lastet ned 15.04.14 fra http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Osborg, O., Solveig, Brattlid, I., Haus-Reve, S., Mandal, R. & Bjerkan, A.-M. (2012). *Inkluderende arbeidsliv i kommunene: Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester*. (SINTEF Rapport A18235, 2012). Lastet ned fra <http://evalueringsportalen.no/evaluering/inkluderende-arbeidsliv-i-kommunene-et-forskningsprosjekt-om-sysselsettingsforhold-sykefravaer-samarbeid-ledelse-og-arbeidsmiljo-i-sykehjem-og-hjemmetjenester/Inkluderende%20arbeidsliv%20i%20kommunene%20-%20Sintef.pdf/@@inline>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Rolfer, B. (2014). *Från risk till frisk: om friskfaktorer i kommuner och landsting*. Stocholm: afa försäkrar.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917.

- Shain, M., & Kramer, D. (2004). Health promotion in the workplace: Framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(7), 643-648.
- Slinning, E., & Haugen, R. (2011). *Helsefremmende lederskap: slik leder de beste*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Starrin, B., & Svensson, P.-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Sun, Y. (2014). Rethinking public health: Promoting public engagement through a new discursive environment. *American Journal of Public Health*, 101(104), 6-13.
- Tellnes, G. (2003). *Samspillet natur - kultur - helse: Nakuhel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese: hva er det? *Michael: Legerollen mellom klinikk og administrasjon*, 4(2), 144-149. Lastet ned fra <http://www.dnms.no/pdf/2007/2-144-9.pdf>
- Tellnes, G. (2012). Hva betyr natur- og kulturopplevelser for helse, miljø og livskvalitet? *Utposten*, 17(8), 23-24. Lastet ned fra http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten12/UP12_8/23_24_tellnes_Utposten_8_w2012.pdf
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Velten, J. (2003). *Arbeidsglede: hvordan være seg selv på sitt beste*. Oslo: Damm.
- United Nations Economic Commission for Europe. (2009). Integration and participation of Older Persons in Society. *UNECE Policy on Aging*, 4. Lastet ned fra http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2009/Policy_briefs/4-Policybrief_Participation_Eng.pdf
- WHO. (1986). *Ottawa chartre for health promotion*. Ottawa: World Health Organization. Lastet ned fra

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

WHO. (2004). *Promoting mental health*. Geneva. World Health Organization. Lastet ned fra http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Whysall, Z., Haslam, C., & Haslam, R. (2006). Implementing health and safety interventions in the workplace: An exploratory study. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 36(9), 809-818.

Yukl, G. A. (2006). *Leadership in organizations*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

VEDLEGG

Vedlegg 1 Oversikt over artikler fra litteratursøk

Oversikt over tidligere forskning presentert i kapittel 2.2. Her oppsatt i alfabetisk rekkefølge.

Forfatter(e)	Hensikt (mål)	Metode	Utvalg	Funn	Lastet ned
Dellve, L., Skagert, K., Vilhelmsson, R. (2007)	Målet var å undersøke hvordan lederens egenskaper og strategier har betydning for positive effekter i prosessen mot å skape helsefremmende arbeidsplasser.	Tre års datainnsamling basert på rapportering om ansattes sykefravær. Spørreskjemaene ble først besvart individuelt, deretter gruppert etter arbeidsheten.	Utvalg på 3270 ansatte mellom 20-76 år i fra 32 arbeidsheter i Gøteborg i Sverige.	Lederegenskaper som legger vekt på helsefremmende tiltak har betydning for ansattes fremmøte.	03.05.2013
Eriksson, A. (2012)	Hensikten var å beskrive og analysere begrepet helsefremmende ledelse, samt se på kritiske sider ved gjennomføring, og evaluering av en slik ledelse.	Fenomenologisk studie av helsefremmende ledelse. Fire delstudier med intervju, observasjon og case studie. Observert på gruppemøter de hadde.	Studien besto av fire delstudier basert på case studiet og individuelle semistrukturerte intervju. Delstudie en intervjuet 20 ansatte. Delstudie to besto av 15 observasjoner og intervjuer av ledere. Delstudie tre var en casestudie etter et intervensjonsprogram med 17 intervju av ledere. Delstudie fire var et casestudie med ni ledere fra intervensjonsprogrammet.	Delstudie tre resulterer i viktigheten av når utviklingen av helsefremmende lederskap er å reflektere rundt ressurser en har for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Fokus på helsefremmende lederskap viser seg å være vel så viktig som organisatoriske strukturer og ferdigheter. Helsefremmende lederskap omfatter tre forskjellige faktorer: helsefremmende aktiviteter, støttende ledelse, og utvikling av helsefremmende arbeidsplass.	20.03.2013
Eriksson, A., Axelsson, R., Axelsson, B. S. (2010)	Formålet var å analysere og beskrive et intervensjonsprogram der målet var at ledere skulle forbedre kunnskap om helse og utviklingen av helsefremmende arbeidsplasser.	Materialet tok utgangspunkt i et større case study design. Det ble gjennomført 17 semistrukturerte intervju, samtidig ble det benyttet data fra en undersøkelse med lederne.	17 ledere fra Garantert ChoiceHotel.com deltok. De var spredd over fire forskjellige distrikter Gøteborg i Sverige.	I utviklingen av helse på arbeidsplassen var fokuset på helsefremmende ledelse viktig for å skape en helsefremmende arbeidsplass.	11.11.2013
Eriksson, M., Lindström, B. (2006)	Målet for studiet var å se på sense of coherence dimensjon og dens	Systematisk review studie. Det ble utført en systematisk	485 vitenskapsartikler og 13 doktorgrader samt tilgjengelige	Salutogenese kjernepunkt syntes å ha en helsefremmende ressurs. Den fremmer en	13.04.2013

	forklaring på helse og dens dimensjon.	multivariansanalyse av litteraturen. Det var syv inklusjonskriterier for de utvalgte artiklene.	bøker fra 1992-2003 ble inkludert i studien. Inklusjonskriteriet var at de skulle inneholde salutogenese og sense of coherence	fleksibilitet og gir en positiv helsetilstand. Videre konkluderer de med at salutogenese er et godt teoretisk fundament for helsefremmende forskning. Ut i fra et salutogent perspektiv kan arbeidsgivere kan bidra til å redusere sykefravær, psykisk helseproblemer med å fremme helse i organisasjonen.	
Graeser, S. (2011)	Hensikten var å ta utgangspunkt i bedrifters økende interesse for psykiske forhold i organisasjonen. En salutogen tilnærming gav anledningen til å identifiser faktorer og ressurser som fremmet den psykiske helse på arbeidsplassen.	Studie med spørreundersøkelse. Studiet inngikk som del av et helseprosjekt på et universitet om ansattes helseforhold. Dataen ble analysert med bivarians og multivarians analyse.	I delstudie en fikk de respons fra 352 ansatte. Den andre studien gav svar fra 204 ansatte.	Resultatet viser en sterk korrelasjon mellom sense of coherence og de salutogene faktorene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Konkluderer med at sense of coherence kan redusere depresjon, sykefravær og uførepensjon. En arbeidsplass som fokuserer på salutogene faktorer vil erfare det som helsefremmende ressurser. De vurderer at det er lederens ansvar å tilrettelegge for støttende og personlig utvikling overfor medarbeidere.	13.11.2013
Grönlund, A., Stenbock-Hult, B. (2014)	Hensikten med studien var å se på medarbeideres syn på helsefremmende lederskap og dens vilkår og muligheter.	Det ble gjennomført fokusgruppe intervju. Materiale ble analysert med en induktiv innholdsanalyse.	Totalt deltok 17 personer i studien. Dette var medarbeidere på en helsestasjon i Finland. Informantene ble rekruttert ved at formannen på arbeidsplassen informerte alle ansatte på arbeidsplassen om studiet og at de frivillig kunne melde sin interesse for å delta.	Det tyder på at helsefremmende lederskap bygger på et etisk grunnlag som omhandler mot, omsorg og etisk behandling. Viktige dimensjoner av helsefremmende ledelse syntes å være relasjoner og situasjonskompetanse med interaksjon og forståelse.	04.04.2014

Gurt, J., Schwennen, C., Elke, G. (2011)	Målet var å se på lederens eksplisitte vurdering og engasjement av ansattes helse.	Tverrsnittstudie med spørreskjema. Spørreskjemaet lå online to til tre uker. De fikk respons fra 1027 ansatte. Dette representerte de faktiske forholdene i sosialdemografisk profil. Redusert tid til analysen gav dem dermed bare anledning til å analysere 14 faktoranalyser.	Utvalget var på 1969 ansatte fra ni tyske skattekontor. Inklusjonskriteriene var at de utvalgte hadde hovedansvar for hoveddistribuering og var dermed i en kritiserende lederstilling. I tillegg hadde disse arbeidet med helsefremmende arbeidsplass i flere år.	Utførende å gjennomføre faktoranalyse. Men viser en positiv relasjon til psykologisk klima som gav gode relasjoner til trivsel på jobb. Det viser seg å være en god strategi å fokusere på de ansattes helse for å redusere belastningsnivået. Det er viktig å kvalifisere og motivere ledere til å vektlegge helse for å skape godt klima på arbeidsplassen.	12.11.2013
Lundqvist, D., (2013)	Hensikten var å se hvordan arbeidsplassenes psykososiale arbeidsmiljø påvirker lederens helse.	Fire separate artikler. Den første så på sammenhengen mellom forskjellen på arbeidsforhold og utbrenthet. Den andre undersøkte psykososiale arbeidsforhold. Dette var en kvalitativ tverrsnittdata. Den tredje undersøkte gikk ut på å forstå sammenhengen mellom lederens helse og lederskap. Artikkel fire hadde som mål å videreutvikle svensk kommune ut i fra disse forholdene. Analyse for data var induktiv innholdsanalyse.	Studien baserer seg på fire separate artikler. Der 4096 ansatte responderte. Fra ni svenske organisasjoner.	Artikkel to konkluderer med at psykososiale arbeidsforhold har påvirkning på lederens innsats og helse. Artikkel to kom fram til at lederen har innvirkning på lederskapets kvalitet og relasjon til de underordnede. Faktorer som var viktige for lederens helse var å oppnå resultat, økt prestasjonsnivå, belønning fra organisasjonen.	13.11.2013
Whysall, Z., Haslam, C., Haslam, R. (2006)	Hensikten var å utforske prosessen ved å implementere tiltak for å bedre helsen på en arbeidsplass.	Etter 4 til 8 måneder ble ledere, rådgivere og ergoterapeuter som hadde deltatt i intervensjonen intervjuet med semi-strukturert intervju. Intervjuet ble tatt opp på kassett etter samtykke. Deretter ble det transkribert og analysert etter Miles og Huberman (1994) tretrinnsmodell med koding, kategorisering og tematisk mønster.	24 intervensjoner ble utført i ulike bedrifter for å bedre muskel- og skjelettplager hos ansatte.	Det viser seg å være en stor barriere for ledere å endre på tiltak på arbeidsplassen for å tilrettelegge for medarbeiderens helse. Informasjon og refleksjon til lederen om gevinst for å fremme helse i bedriften vil kunne snu denne trenden. Aktuell gevinst for å tilrettelegge for dette vil være økt produksjon, redusert sykefravær og en turn-over for bedriften.	14.11.2013

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intro

Jeg vil starte med å informere informanten om studiets hensikt, teoretiske fundament og presentere problemstillingen.

Intervjuguide

Hvilke type bedrift er du leder for?

Hvor mange ansatte er du leder for?

Har du tidligere erfaring som leder?

- Hva legger du i det å være leder?
- Har du noen målsettinger som leder? Hvilke?
- Hvordan inkluderer og motiverer du medarbeidere mot de målene som er satt?
- Hva gjør du for arbeidsmiljøet på jobben? Hvorfor?
- På hvilken måte har arbeidsmiljøet betydning for deg?
- Hvordan gir du tilbakemelding til de ansattes arbeid?
- Hvordan opplever du de ansattes tilbakemeldinger på din ledelse?
- Er det noe du ville gjort annerledes som leder relatert til det vi til nå har pratet om?

-
- Hva er helse for deg?
 - Hva tenker du er helsefremming? Hvorfor?
 - Kan du nevne noen faktorer du mener at helsefremmende ledelse omfatter?
 - Hvilke erfaringer har du med helsefremmende ledelse?
 - Hvordan vurderer du arbeidet som en kilde til god helse?

-
- Hvordan opplevde du å delta på Friskgårdens kurs?
 - Hvorfor meldte du deg på Friskgården kurs?
 - Hva fikk du igjen?
 - Hva erfarte du?
 - Hvilke refleksjoner har du gjort deg i ettertid?
 - Er det noe du tenker at kunne vært gjort på en annen måte på kurset?

-
- Er det noe du vil legge til som vi ikke har pratet om?
 - Hvordan har du opplevd intervjusituasjonen?
 - Avslutningsvis vil jeg be informanten om å fylle ut skjemaet (vedlegg 3)

Vedlegg 3 Skjema for bakgrunnsinformasjon

Kjønn: Mann Kvinne
Sivilstatus: Gift Samboer Ugift Annet

Din alder: _____

Høyeste utdanningsnivå?:
Videregående Fagbrev Bachelor Master Doktorgrad Annet

Hvilken utdanning har du?:

Hvilken type bedrifter er du leder
for?: _____

Hvilken lederstilling har du?: _____

Har du tidligere erfaring som leder? JA NEI

Antall år du har vært leder
totalt?: _____

Totalt antall ansatte du er leder
for?: _____

Hvor mange ledere er det i virksomheten (antall)?: _____

Hvor tilfreds er du med din ledelse i virksomheten?
Svært tilfreds Delvis tilfreds Ikke tilfreds

Ser du for deg å fortsette som leder hele ditt yrkesaktive liv? JA NEI

Hvor mange dager deltok du på Friskgårdens kurs: _____

Er Friskgården virksomhetens
bedriftshelsetjeneste? _____

Kommentar: _____

Vedlegg 4 Forespørsel og samtykkeerklæring ”Helsefremmende ledelse”



Bakgrunn og formål

I Folkehelsemeldinga ”God helse – felles ansvar” er et av målene å utvikle et helsefremmende samfunn med arbeidsplassen som en godt egnet arena for helsefremmende arbeid (Helse- og Omsorgsdepartement, 2013). Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i denne problemstillingen: *Hvilke erfaringer har ledere med helsefremmende ledelse i praksis? Hvordan betraktes egen ledelse etter kurset ”Ledelse i det moderne arbeidsliv”?* Studiet er et samarbeid mellom Universitet i Stavanger og Friskgården.

Ettersom du har deltatt på kurset; ”Ledelse i det moderne arbeidsliv” med Friskgården forespør vi deg om å delta i dette prosjektet. Studiet vil bidra til å utvikle kunnskap om ledelse i et helsefremmende perspektiv. I den anledning hadde vi satt pris på din deltakelse i denne studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For deg innebærer undersøkelsen å delta i et intervju og fylle ut et kort spørreskjema om din bakgrunn. I intervjuet vil du bli spurt om din oppfattelse og erfaringer relatert til helsefremmende ledelse. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Aud Ramberg informerer deg om studiet. Intervjuet vil bli gjennomført på følgende datoer: 20.-24. januar. Dersom du kunne tenkt deg å delta, kontakter studenten deg for å avtale tid og møtested. Intervjuet vil bli tatt opp på digital lydopptaker dersom du godkjenner dette. I etterkant skrives intervjuet ut i tekst og vil bli analysert. Man får ikke dekket utgifter i forbindelse med deltakelse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger behandles konfidensielt og blir ivaretatt i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte sensitive opplysninger. Deltakeren vil ikke kunne kjennes igjen i publikasjon. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2014. Alle data vil bli slettet i etterkant.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Aud Ramberg (Friskgården), 48199968, aud.ramberg@frisknett.no
- Kristin Akerjordet (UiS), 97684581, kristin.akerjordet@uis.no
- Ida Grindland (Student), 45211587, ida_grindland@hotmail.com

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Tlf: +47-55 58 21 17).

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vennlig hilsen

Ida Grindland
(Signert av student, dato)

Kristin Akerjordet
(Signert av veileder, UIS)

Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fak: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 371 884

Kristin Akerjordet
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 15.11.2013

Vår ref: 36116 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36116</i>	<i>Helsefremmende ledelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kristin Akerjordet</i>
<i>Student</i>	<i>Ida Grindland</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 25.11.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ida Grindland ida_grindland@hotmail.com

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

Avtalingskontor / District Office
OSLO NSD: Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7481 Trondheim. Tel: +47 73 53 13 07. kjns@ntnu.no
TRONDHØI NSD: UiT, Universitetet i Tromsø, 9017 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@uit.no

Vedlegg 6 Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1. Kunnskapsutviklingsprosessen for masteroppgaven.	15
Figur 2. Antonovskys helseforståelse med Eriksons (1984) figur.	22
Figur 3. Sense of coherence (Hanson, 2010, s. 69).	24
Figur 4. Eksplorerende design i lys av hermeneutisk tenkning.	29
Figur 5. En forenklet illustrasjon av underkategoriene og hovedkategorien i oppgavens første forskningsspørsmål.	42
Figur 6. En forenklet illustrasjon av underkategori og hovedkategoriene fra oppgavens andre forskningsspørsmål.	47
Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon om leder.	33
Tabell 2. Oversikt over forskningsspørsmål, underkategorier og hovedkategori.	41

Vedlegg 7 Eksempel fra analyseprosessen

Meningsanalyse inspirert av Kvale (1997)			
Kondensert meningsenhet	Koding	Underkategori	Hovedkategori
...i forhold til helsefremmende ledelse så tror jeg åpenhet og gode kommunikasjon [er viktig]. (Ingeborg)	Åpen og god kommunikasjon	Relasjonelle forhold	Ansvar
Det viktigste for meg er å få avklart at ingen skal føle seg overkjør.... Det er slik jeg er, hva er det nå man kaller det, empatisk på en måte.... Og det følger jeg faktisk er det viktigste her nå. (Per)	Vise empati		
Helsefremmende ledelse tror jeg går på å se den enkelte.... Det er å bli sett og ivaretatt det tror jeg er kjempe viktig.... ”ser du meg leder” den tror jeg er veldig viktig. (Mari)	Bli sett og ivaretatt		
Jeg føler det er veldig viktig at vi viser at vi bryr oss. (Mona)	Bry seg om		