

”Nærværsformelen”
- veier til
frisknærvær og positivt sykenærvær

Hanne Kristin Lervik

Masteroppgave i

”Helse, organisasjons og kommunikasjonpsykologi”



Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Psykologisk institutt

HØST 2012

FORORD

Etter mange år som personalmedarbeider og prosjektleder med fokus på fraværsoppfølging i stat og kommune, og med min egen erfaring som langtidssykemeldt og positivt nærværende kroniker i bakhodet, så er det min tro og erfaring at det ikke nødvendigvis er verken noen medisinsk diagnose eller omfanget av plager som hindrer folk i å være nærværende på jobben. Det synes heller ikke som om situasjonen den enkelte står i på jobb, eller for den saks skyld hjemme, nødvendigvis har avgjørende betydning. Mitt inntrykk er heller at sykefravær handler kanskje mest om hvordan den enkelte mestrer og forstår sin egen situasjon og hvor motivert han eller hun er til å være aktiv på tross av sin livssituasjon. Disse tankene ble så innfallsporten til denne oppgaven.

Når jeg nå setter strek så har jeg en lang og ganske kronglete, men for meg også svært interessant og lærerik studieperiode generelt og skriveperiode spesielt, å se tilbake på. Om temaet ved første øyekast kunne synes å være bygd opp av noen få, relativt enkle og fyndige innfallsvinkler, så fikk jeg raskt erfare at det ikke skulle mange dypdykk i materien til før det heller framsto som et både omfattende og komplekst fagområde hvor faren for å havne på vidvanke og snuble i de mange og kryssende teoretiske trådene var overhengende.

Uten sindig og konstruktiv tilbakemelding fra min veileder ved NTNU, Per Øystein Saksvik, så hadde jeg nok derfor ennå sittet ved PC'n og grublet over neste trekk. Du hadde tro på at jeg skulle komme i havn du, til og med når jeg selv tvilte sterkt på at målet noensinne ville komme innen rekkevidde. Jeg skylder deg derfor en varm takk for uendelig tålmodighet, stor velvilje, lærerike samtaler og klare utfordringer! Tusen takk også til alle dere andre ved psykologisk fakultet som har hjulpet meg, som "gammel og fjern" student med mine mange spørsmål angående de opplegg og prosedyrer som gjelder for dagens studenter.

En spesiell takk til min familie og venner som har støttet meg og hatt tro på meg, ikke minst Tore, Kristine og Håvard og Charlotte som har "holdt ut" med en til tider fraværende, lett overarbeidet og blakk ektefelle og mor og fostermor i selvrealiseringsmodus! Stor klem også til min mamma og pappa som alltid heier på meg uansett hva jeg finner på, og til min søster Eva for faglig og språklig hjelp og støtte.

Farsund, november 2012

Hanne Kristin Lervik

INNHOOLD

1.0	INNLEDNING	9
1.1	Litt om oppgaven	10
2.0	BEGREPSAVKLARINGER OG AVGRENSNINGER	10
2.1	Nærvær	10
2.2	Fravær	11
2.3	Sykelighet	12
2.4	Sykdom	12
2.5	Helse	13
3.0	TEORETISK RAMME FOR EN POTENSIELL NÆRVÆRSFORMEL	14
3.1	Kognitiv psykologi	14
3.2	Positiv Psykologi	17
3.3	Mestring	19
3.3.1	<i>Stressmestring</i>	20
3.3.2	<i>Hva er stress?</i>	20
3.3.3	<i>Stress som menneske – miljø transaksjon</i>	21
3.3.4	<i>Mestringsforventning</i>	22
3.3.5	<i>Sunnhetens tilblivelse</i>	23
3.4	Motivasjon	25
3.4.1	<i>Selvbestemmelsesteorien</i>	26
3.4.1.1	<u>Selvbestemmelsesteoriens underteorier</u>	26
3.4.2	<i>Sosiale motivasjonsteorier</i>	28

3.4.2.1	<u>Innsats-belønnings modellen</u>	28
3.4.3	Jobbengasjement – helsefremmende motivasjonsprosesser	29
4.0	JAKTEN PÅ NÆRVÆRSFORMELEN	30
4.1	Nærværarbeidet: Hvor står vi og hvor går vi?	31
4.1.1	<i>Objektiv sykdom eller subjektive lidelser?</i>	32
4.1.2	<i>Omstendigheter eller opplevelser?</i>	34
4.1.3	<i>Ytre kontroll eller indre autonomi?</i>	35
4.2	Beslutningsprosesser – de viktige valgene.	36
4.2.1	<i>Rasjonalitet og kognisjon</i>	36
4.3	De nærværende	37
4.3.1	<i>Langtidsfriskhet</i>	38
4.3.2	<i>Indre og ytre motivasjon</i>	40
4.3.3	<i>Affektive og ikke-affektive faktorer</i>	42
4.3.4	<i>Ubalanse i samspillet individ-miljø</i>	42
4.3.5	<i>Personlighet</i>	45
4.3.6	<i>Livets gode sirkler</i>	45
4.3.7	<i>Positive forventninger og mestring</i>	46
4.3.8	<i>Mestringsstil</i>	48
4.3.8.1	<u>Negativ mestring – fravær som problemløsning</u>	50
4.3.8.2	<u>Kjønnsforskjeller</u>	51
5.0	FRA TEORI TIL PRAKSIS	51
5.1	Lykkeformelen	53

5.2	Pessimisme og optimisme	55
5.3	Den indre dialogen	56
5.4	Resiliens	56
6.0	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	58
6.1	Til salutognese og forbi....	60

1.0 INNLEDNING

Den yrkesaktive delen av befolkningen bruker om lag halvparten av sin våkne tid i løpet av døgnet til å være på jobb og utføre sine arbeidsoppgaver. Jobben utgjør med andre ord en vesentlig del av livet for svært mange av oss. I utgangspunktet skulle man derfor kunne anta at det er de friske arbeidstakerne som til daglig finner veien til jobb, mens de syke er de som trekker seg ut av jobbsituasjonen med egenmeldt eller legemeldt fravær. Og selvsagt er det i mange tilfeller, og kanskje oftest, slik. Samtidig synes dette å være en ”sannhet” med betydelige modifikasjoner: Gjennom sykefraværsoppfølging og nærværarbeid på ulike arbeidsplasser, har jeg møtt arbeidstakere som har opplevd det som en så urimelig behandling å bli flyttet til en annen avdeling, få tildelt nye arbeidsoppgaver eller ikke få ta ut ferie på ønsket tidspunkt, at de ble sykemeldt av sin lege. En prosjektleder som opplevde at ”underleverandører” i prosjektet ikke fulgte opp slik at alt var på plass til riktig tid i følge milepælsplanen, ble så stresset og irritert at han gikk til lege og fikk sykemelding. En lærer som utsatte en nødvendig foreldresamtale over lengre tid ble akutt sykemeldt da rektor til slutt påla henne å avholde møtet. Jeg har opplevd at samlivsbrudd, sykdom og dødsfall i nærmeste familie, omsorg for skrantende foreldre og problemer med egne barn på samme måte, legitimt eller ikke, har resultert i sykefravær fra arbeidsplassen. Det samme gjelder forhold som alkoholproblemer, plastiske operasjoner og i noen få tilfeller ren skoft. Samtidig har jeg også møtt alvorlig kreftsyke i full sving på jobben, en lang rekke ansatte med større eller mindre ryggproblemer som holder stand, og arbeidstakere med andre mer eller mindre omfattende fysiske skader og psykiske plager, som bokstavelig talt kjemper seg på jobb.

Nærvær på arbeidsplassen synes med andre ord ikke nødvendigvis å borge for at arbeidstakeren er verken objektivt fri for sykdom, eller opplever seg selv som frisk og ved god helse. Og mye tyder på at sykefravær heller ikke nødvendigvis er sammenfallende med påvist sykdom. Ikke en gang med den enkeltes subjektive opplevelse av sviktende helse. Undersøkelser støtter dessuten at dette gjelder mer enn noen ekstreme og sjeldne tilfeller. Det har blant annet blitt vist at for hver person som er sykemeldt på grunn av korsryggssmerter, så er sannsynligvis fem personer på jobb med tilsvarende smerter. Hele femten personer antas å være på jobb med psykiske lidelser, for hver som er sykemeldt på grunn av slike plager (Sandanger, Nygard, Brage og Tellnes, 2000). Samtidig viser statistikken også at vi i Norge med et sykefravær på opp mot åtte prosent (SSB, 2012) har et fravær som langt overstiger de to til fire prosentene som i et samfunn som vårt regnes som normal, påvisbar sykkelighet (Johnsson, Lugn og Rexed, 2006). Sykefravær er med andre ord en sammensatt utfordring og

synes å være knyttet til også noe annet, og noe mer, enn sykdom, mens fravær av sykdom tilsynelatende verken er en nødvendig eller en tilstrekkelig ingrediens i nærvær. Men, hvis nærvær kan velges, hva påvirker dette valget og hvilke beveggrunner kan den enkelte tenkes å ha for å gå på jobb framfor å velge sykemelding? Og ikke minst, hvilke grep vil det på bakgrunn av dette være viktige å ta med seg inn i det praktiske nærværarbeidet for å hindre fravær og aktivisere nærværspotensialet? Finnes det med andre ord en ”nærværformel”, og hva kan den i så fall tenkes å bestå av? Denne problemstillingen vil jeg i det følgende forsøke å belyse nærmere gjennom refleksjon over teori, tilgjengelig forskning og praktiske erfaringer knyttet til sykefravær og jobbnærvær.

1.1 Litt om oppgaven

Hva som fremmer fravær vet vi etter hvert ganske mye om. Hva som fremmer nærvær er nok i mindre grad belyst. Men, det er fullt mulig å lese prosenttallet for sykefravær i den norske arbeidsstokken som et marginalt tall sett i forhold til den andelen av arbeidstakerne som til enhver tid er tilstedeværende på jobben sin (Nytrø, 1995). Når nærmere åtte prosent i følge Statistisk sentralbyrå (2012) til enhver tid er sykmeldt, så betyr jo det at mer enn 92 % er stadig til stede på jobben. Sykefraværet i landet vårt er heller ikke jevnt fordelt blant arbeidstagerne. Snarere tvert imot. Anslagsvis er det slik at om lag 5 % av lønsmottagerne står for rundt 80 % av alle sykepengedagene (NOU, 2000). Noen av oss er altså ofte og/eller lenge sykefraværende fra vår arbeidsplass, mens langt de fleste stort sett er til stede. Jeg har derfor valgt å se nærmere på spesielt mestring og motivasjon i lys av særlig kognitiv og positiv psykologi. En individuell tilnærming til nærvær som et personlig valg vil derfor være et hovedfokus i oppgaven.

2.0 BEGREPSAVKLARINGER OG AVGRENSNINGER

2.1 Nærvær

Nærvær defineres i ordboken rett frem som ”det å være tilstede” (Guttu,1991). Og jobbnærvær synes å være et ord eller begrep som folk flest har en ganske klar intuitiv oppfatning av; nemlig at det dreier seg om å være fysisk til stede på arbeidsplassen og fylle de funksjonene og den rollen som normalt er tillagt vedkommendes stilling. Nærværsbegrepet i jobbsammenheng favner imidlertid også ansatte som i en periode er tillagt andre oppgaver enn de ordinære på grunn av for eksempel praktisk tilrettelegging for klare å være på jobb.

Nærværsarbeid på en arbeidsplass defineres videre som det arbeidet og de tiltakene som gjøres for å bidra til at ansatte velger nærvær slik jeg har beskrevet det over. Samtidig har vi innenfor disse rammene en operasjonalisering av jobbnærvær i fenomenet sykenærvær, nemlig situasjonen der medarbeideren går på jobben til tross for en helsetilstand som tilsier at vedkommende burde holde seg hjemme. Dette blir i litteraturen gjerne omtalt som ”nærværspres” (Saksvik og Finne, 2009). Arbeidstakeren er for syk til egentlig å være til stede, men presses, eller opplever seg presset til å gå på jobb. Det er slik viktig å være klar over at ukritisk nærværsarbeid kan bidra til sykenærvær og til uhelse og fravær på sikt (Ausland og Vinje, 2010). Sykenærvær er imidlertid et interessant begrep som kan bidra til at sykefraværet i Norge kan gå ned, men da må det i tiden som kommer arbeides med å finne de faktorene som legger til rette for at de som er midlertidig syke kan være sykenærværende, samtidig som dette bidrar til langtidfriskhet (Saksvik og Finne, 2009). Jeg vil i denne oppgaven anvende sykenærvær som begrep i dets positive betydning; som en tilstedeværelse på jobben som i all hovedsak er preget av mestring og motivasjon.

2.2 Fravær

Fravær på den annen side defineres, fortsatt i følge ordboken, som det diametralt motsatte av nærvær og betyr ”det å ikke være tilstede” (Guttu, 1991). I denne oppgaven forstås fravær som å ikke være til stede på arbeidsplassen verken fysisk, eller når det gjelder å fylle den funksjonen eller rollen man som ansatt er tillagt og er utover det som er avtalt av ferier og permisjoner. Med andre ord kun det egenmeldte og legemeldte sykefraværet. Også fraværsbegrepet kan operasjonaliseres på ulike måter. I faglitteraturen finnes det for eksempel forsøk på å skille nødvendig og unødvendig fravær for å få fram at sykefravær langt ifra er et så entydig begrep som det kan se ut som ved første øyekast (Einarsen og Schulze, 2000) og at ulike typer fravær krever ulike former for tiltak. En undergruppe av det unødvendige fraværet er direkte ”skoft” i den forstand at den ansatte bestemmer seg for å la være å gå på jobb uten legitim grunn. I følge Nytrø (1995) utgjør dette imidlertid en svært liten andel av det totale sykefraværet, men det finnes. En klart større andel er den delen av fraværet som kan sees som helt nødvendig, som for eksempel når ansatte har pådratt seg sykdom eller skade som gjør at han eller hun helt åpenbart ikke har noe på jobb å gjøre, men trenger alle sine krefter konsentrert om det å bli frisk. Den største andelen av de sykemeldte kan i imidlertid antas å være i en valgsituasjon (NAV, 2012). Hvor stor denne andelen er kan vanskelig fastslås

nøyaktig, og valget behøver ikke å være enkelt, kanskje ikke en gang frivillig, men mulig. Det vil imidlertid være i denne delen av sykefraværet at det nærværspotensialet som er aktuelt å utforske nærmere i denne oppgaven først og fremst ligger. Jeg imidlertid først derfor først se litt nærmere på begrepene sykkelighet, sykdom og helse som kanskje kan bidra til å nyansere bildet.

2.3 Sykelighet

Selv om det er bred enighet om at sykefraværet i Norge med fordel kan reduseres og betydelig ressurser er satt inn i arbeidet med nettopp det gjennom blant annet avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen) som partene i arbeidslivet inngikk første gang tilbake i 2001 (Regjeringen, 2010), så kan det ikke fjernes helt da noe fravær kan karakteriseres som nødvendig (NAV, 2012). Sykdom er noe vi ikke kommer helt og holdent unna i et samfunn. Det er en del av livets realiteter det finnes svakheter i ”systemet”, og folk må også få lov til å være syke (Johnsson et al., 2006). Både når det gjelder kortvarige og sesongbetonte problemer som magesjau, snue og influensa, og mer langvarige og av og til alvorlige lidelser som auto - immunitetsvikt, hjertesykdom, kreftsykdommer osv. Det er imidlertid mulig å angi i alle fall et omtrentlig mål på denne ”naturlige” sykkeligheten i et samfunn som vårt. Gjennom en rekke vitenskapelige undersøkelser, i blant annet de skandinaviske landene, har man påvist en normal, biologisk sykkelighet hos en gjennomsnittlig gruppe mennesker til å ligge i intervallet to til fire prosent (Johnsson et al., 2006) Overgangen mellom sykdom på den ene siden og helse på den andre antas imidlertid å være glidende heller enn klart avgrenset (Johnsson et al., 2006).

2.4 Sykdom

Selve ordet, eller begrepet, *sykdom* kan defineres på ulike måter og det vil være ulike oppfatning eller forståelser av hva som ligger i begrepet. En tilstand som for en person forstås som en sykdom, kan dermed oppfattes annerledes av en annen. Selve ordet sykdom kommer fra norrønt *sjukr*, som betyr «bekymret» eller «sørgende», og *dómr*, som betyr «vesen» eller «væremåte» (Falk og Torp, 1992). Sykdom er altså i bunn og grunn en betegnelse på «en bekymret væremåte» som jo også er et vanlig symptom på nettopp sykdom. Sykdom som fenomen i vår kultursfære kan imidlertid ”grovt sortert” bestå av to typer. På den ene siden en subjektivt eller selvopplevd forandring i egen helsetilstand uten objektive funn og på den

annen en vitenskapelig eller objektiv tilstand med funn eller målbare forandringer som legen eller andre profesjonelle behandlere kategoriserer som en diagnose (Søvik, 2001). Begge deler betegnes imidlertid på vårt språk som *sykdom* og refereres til blant folk flest som *å være syk*. En liten titt på det engelske språket illustrerer skillet tydeligere: Der skiller det nemlig også språklig mellom tilstandene da begrepet *illness* viser til den personlige (subjektive) opplevelsen av å være syk, mens *disease* er uttrykk for den vitenskapelig-objektive diagnosen (Boorse, 1977). En person som i følge norsk språk er syk kan slik streng tatt være i en av tre ulike tilstander:

- Personlig, subjektiv opplevelse av å være syk, med objektive funn (*illness* og *disease*).
- Personlig, subjektiv opplevelse av å være syk uten objektive funn (*illness*, ikke *disease*).
- Objektive funn, men uten at pasienten opplever å være syk (*disease* uten *illness*).

Skillene her er imidlertid heller ikke her skarpe. En typisk kombinasjon antas å være en subjektiv opplevelse av å være syk, riktignok med visse objektive funn, men hvor funnene ikke forklarer symptomene tilstrekkelig og/eller opplevelsen av sykdom er til dels langt sterkere enn de objektive funn skulle tilsi (Ose, 2010). Det vil nok også kunne forekomme klare, objektive sykdomsfunn, men hvor pasienten ikke opplever seg selv som så syk eller ved så dårlig helse, som diagnose og funn indikerer. Opplevelse av egen helse blir dermed tilsynelatende et viktig punkt. Så, hva er helse?

2.5 Helse

Helse synes å være et betinget begrep som varierer med kultur, oppfatninger og historie. Mens sykdom kan ses som avvik fra normal funksjon, defineres gjerne helse som en opplevelse av velbefinnende og en mulighet til å fungere til tross for eventuell sykdom (Lindberg, 2006). Fravær av sykdom er med andre ord verken nødvendig eller tilstrekkelig for å oppleve god helse (Eriksson, 1996). Helse er samtidig et svært bredt konsept. I følge for eksempel Fugelli og Ingstad (2001) synes de viktigste meningsbærende elementene i legfolks helsedefinisjon å være forhold som trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Helse vektlegges med andre ord som en totalopplevelse og et personlig og situasjonelt fenomen (Fugelli & Ingstad, 2001). Dette står i kontrast til den klassiske, negative biomedisinske definisjonen av helse som fravær av sykdom i objektiv forstand (Naidoo og Wills, 2000). Helse i medisinsk forstand derimot har den som mestrer livets utfordringer, og helse kan da defineres som ”*organismens evne til å effektivt svare på stressfaktorer og effektivt restituere og vedlikeholde en likevektsbalanse*” (NOU, 2000) Verdens helseorganisasjon har imidlertid gått enda lenger og

valgt å definere helse positivt som en tilstand av fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære (WHO,1986). Innvendingene mot WHO's vidtfavnende måte å definere helse på har imidlertid vært mange. Ikke minst har det vært et ankepunkt at den gjør helsebegrepet svært vanskelig å avgrense, og at den representerer et uopnåelig ideal heller enn en definisjon av en tilstand da de aller fleste av oss vil oppleve å ha plager eller være syk i kortere og lengre perioder av livet. Viktigere for nærværstenkingen er det imidlertid at denne definisjonen gjør helse til et positivt begrep, hvor man sier noe om hva helse er i motsetning til hva det ikke er, og der helse sees på som en ressurs. WHO's helsedefinisjon tar dessuten med sin formulering høyde for både sykdom (disease) og plage (illness). Helsebegrepet er svært viktig i jakten på nærvær, da faktorene god helse og lavt fravær antas å henge sammen (Polanyi, Frank, Shannon, Sullivan og Lavis, 2000). Det finnes imidlertid langt mer forskning på hva som fremmer helse i forhold til direkte på hva som fremmer nærvær. Arbeidsplassen regnes dessuten for en egnet setting for å fremme helse (WHO, 1986). Begrepet helsefremmende arbeidsplasser kom også inn i vår arbeidsmiljølov ved siste revisjon i 2006, og det forutsettes da at faktorer som virker helsefremmende også fremmer positivt jobbnærvær og vice versa.

3.0 TEORETISK RAMMEVERK FOR EN POTENSIELL NÆRVÆRSFORMEL

3.1 Kognitiv psykologi

Moderne kognitiv psykologi ble introdusert i USA allerede rundt 1960 som resultat av et fruktbart møte mellom forskere i psykologi og tilgrensende fagområder. Retningen ble oppfattet som en reaksjon mot den rådende atferdspsykologien, og man snakket gjerne om en "kognitiv revolusjon". Kognitiv psykologi setter fokus spesielt på hvordan mennesker innhenter, bearbeider og anvender informasjon. Selve ordet "kognitiv" kommer fra det latinske "cognitio" som betyr tanke eller erkjennelse, og kognitiv psykologi slik vi ser den i dag handler om menneskelige prosesser både når det gjelder persepsjon (sans oppfatning) og tenkning (Kaufmann og Kaufmann,1996). Ordet «kognitiv» har også vært definert som en indre representasjon av virkeligheten (Klatzky, 1980) med en forståelse av hjernen som et system for informasjonsbehandling (Helstrup & Kaufmann, 2000). Med andre ord en slags "computer". Men, om menneskets persepsjon først ble sett på som en nokså passiv og nesten mekanisk registrering av stimuli, så ble man raskt mer og mer klar over hvor aktiv, selektiv og organiserende hjernen vår er, og man beveget seg bort fra forestillingen om at vi med sansene våre fanger et klart bilde av en ytre objektiv virkelighet og over til en antagelse om at

vi ikke kan oppnå sann representasjon av virkeligheten fordi den, enten vi vil eller ikke, blir farget av våre subjektive filtre som vi siler alle sanseinntrykk gjennom (von Glasefeld, 1988 i Simonsen, 2007). Vi ser med andre ord verden gjennom våre helt personlige, ”fargede” briller: Vår referanseramme som all sanseinformasjon tolkes gjennom og som er summen av alle våre personlige erfaringer og kunnskaper.

Kelly (1955) understreket at det er måten vi organiserer konstruksjonene på som først og fremst karakteriserer vår psykologi, og hevdet at våre psykologiske konstruksjoner inngår i hierarkiske strukturer. Beck (1967) refererte til disse mer stabile hierarkisk strukturerte konstruksjonene som skjemaer. Skjemaene består av trossystemer om en selv og ens relasjon til andre av typen «Jeg er verdiløs» eller «Andre er ikke til å stole på». Slike trossystemer kalles ofte for grunnleggende antakelser, kjernetro eller kjerneoppfatninger, og blir etablert tidlig i livet. Skjemaene inneholder også trossystemer om hvordan en skal handle i forhold til egen kjerneoppfatning. Disse trossystemene kalles leveregler og kan ha et betinget «hvis-så»-uttrykk som for eksempel «Hvis jeg gjør alt riktig, så blir jeg likt» eller «Hvis jeg ikke alltid gjør en god jobb, så er jeg mislykket». Våre forklaringer av egne og andres tanker, følelser og handlinger er avgjørende for de trossystemene vi etablerer, og nye erfaringer vil alltid forsøkes forklart av eksisterende konstruksjonssystemer eller skjemaer.

Sentralt hos Beck er nemlig at kognitive skjemaer aktiverer automatiske tanker. Eksempler på negative automatiske tanker som aktiveres i vanskelige situasjoner, kan være «Dette kommer jeg aldri til å klare» eller «Enn om jeg gjør en dårlig jobb». For Beck representerer de negative automatiske tankene overflatekarakteristika ved skjemaene, og de er forbundet med spesifikke negative følelser som angst og depresjon. Mennesket følger nemlig ikke en vitenskapelig slutningslogikk som tar utgangspunkt i avkreftelse, men en slutningslogikk basert på bekreftelse. Newstead og Evans (1995) kaller dette bekreftelsestilbøyelighet (eg. confirmation bias). Problemet blir imidlertid at vi ikke leter etter noen alternative forklaringer hvis vi opplever den forklaringen vi har som bra nok. Jon Elster (1979) sier at “...*når en forklaring er god nok faller intellektet til ro*”. Hjernene våre selekterer ut hva vi skal fokusere oppmerksomheten på for å komme fram til en best mulig forståelse på kortest mulig tid, og vi abstraherer lynraskt fra konkrete detaljer til helheter og erstatter detaljer med begreper som vi generaliserer ut fra uten nødvendigvis å være klar over at vi samtidig tar store abstraksjonssprang (Argyris, Putnam & Smith, 1987). Dette har også blitt beskrevet som en typisk menneskelig tilbøyelighet å trekke raske slutninger fordi vi har et iboende ønske om å finne et svar («need for closure») framfor å tolerere tvetydighet og manglende kontroll

(Kruglanski, 1989).

Forståelsen av hjernen som et informasjonsbehandlingssystem har imidlertid også ført til diskusjoner om hvorvidt følelser er avhengige av forutgående kognitive fortolkninger eller ikke (Zajonc, 1980). Hos Kelley (1955) representerer imidlertid både det kognitive og det emosjonelle likeverdige bestanddeler i våre personlige konstruksjoner: Begge deler er mentale aktiviteter. De er ikke noe vi får, men noe vi gjør. Det betyr også at kognisjon og følelser ikke kan splittes i separate prosesser rent psykologisk. Vi er dessuten ikke passive mottakere av informasjon eller offer for våre følelser, men tillegger aktivt hendelser mening både kognitivt og emosjonelt. En konsekvens av dette blir at det ikke er situasjonen i seg selv som innvirker på vårt følelsesliv, men hvordan vi konstruerer den (Beck, 1964; Kelly, 1955). Vi vil nemlig alltid forsøke å forklare nye erfaringer på bakgrunn av eksisterende konstruksjonssystemer (Kelly, 1955). Kognitiv terapi handler ut fra en slik forståelse ikke om å hente fram manifeste eller latente tanker som korresponderer med negative følelser, men derimot om å navngi og organisere tanker og følelser for bedre å kunne velge eller kontrollere dem.

Dunbar (1998 i Simonsen 2007) hevder at vår hjerne dessuten er spesialisert til å håndtere sosiale relasjoner. Evnen til å fortolke menneskelig atferd som intensjonal, og blant annet gjette andres intensjoner for å kunne forutse hva de vil gjøre, er en generell menneskelig egenskap. Dette med å tilskrive egne og andre menneskers handlinger mentale tilstander, for å forklare og predikere atferd, betegnes gjerne som mentalisering (Allen, 2006). Metallisering er en aktivitet som hjelper oss med å fungere sosialt, og er eksempelvis helt nødvendig for selvrefleksjon, affektbevissthet, metakognisjon, empatisk forståelse og emosjonell intelligens. Evnen til å kunne forklare egne og andres tanker, følelser og handlinger er helt grunnleggende for affektregulering og håndtering av mellommenneskelige relasjoner. Ulike mekanismer kan imidlertid forstyrre vår evne til mentalisering. Greenberg (2001) påpeker for eksempel hvordan våre emosjoner forsterker vår tilbøyelighet til å trekke raske slutninger. Våre emosjoner gjør oss i stand til flukt eller kamp, og i «kampen for overlevelse» er det lite rom for nyanser i tolkningene og vi lett tar i bruk dysfunksjonelle slutninger som eksempelvis vilkårlighet, selektiv oppmerksomhet, overgeneralisering, feilvurdering av en hendelses betydning, personliggjøring og ikke minst svart-hvitt-tenkning. Beck (1976) har beskrevet hvordan vår slutningslogikk derfor kan ha sammenheng med mentale forstyrrelser og psykiske lidelser.

Kognitiv terapi er slik generelt sett en psykologisk behandlingsform som baserer seg på et premiss om at det er en sammenheng mellom emosjonelle plager og de tankene som er assosiert med dem (Beck, 1976). Tanker virker inn på følelser og derfor jobbes det i kognitiv terapi med nettopp tankene. Kognitiv atferdsterapi kan med andre ord litt enkelt sies å være en behandlingsform som tar utgangspunkt i nettopp den tette forbindelsen mellom en persons tanker, følelser og atferd. Det finnes et bredt spekter av kognitive teknikker som gjør bruk av tankens kraft for å håndtere også symptomer fra sykdom og uhelse. Alt fra avspenningsteknikker, bevissthets- og oppmerksomhetstrening, fantasireiser, visualisering, positivt selvsnakk, avledning, bønn og meditasjon. Kognitiv terapi, i ulike varianter, er i dag regnet som en godt dokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser, og anvendes nå i stadig større grad som en egnet tilnærming i forhold til for eksempel mestringsproblematikk (Dager et al., 2010).

3.2 Positiv Psykologi

Slik nærværspresenten utklasser fraværstallene, kan det også hevdes at menneskelig styrke og positive egenskaper normalt utgjør en større del av vår tilværelse enn lidelse og psykopatologi (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Den tradisjonen som ble startet av Maslow, Rogers og andre humanistiske psykologer i etterkrigstiden, der menneskets vekst og selvaktualisering ble satt i fokus, fikk imidlertid aldri noe virkelig fotfeste i den empiriske psykologien, og den grunnleggende målsettingen om hvordan øke menneskers livskvalitet ble i årtier i stor grad ”glemt” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Både i psykologisk forskning generelt, men også i arbeidslivsforskningen mer spesielt, har derfor det negative, problematiske og dysfunksjonelle fortsatt å stå i fokus. Spørsmålet om hvorfor folk er borte fra jobb har derfor foreløpig langt flere tilløp til svar enn hvorfor så mange er nærværende. Det var slik en viktig milepæl som skjedde ved årtusenskiftet, da jubileumsnummeret av det prestisjetunge tidsskriftet *American Psychologist*, ble viet til nettopp den positive psykologien. Siden den gang har tilnærmingen fått en stadig økende utbredelse (Richardsen og Martinussen, 2008).

Positiv psykologi er med andre ord en trend innen psykologien som fokuserer på vanlige menneskers mestringssevne i møte med belastninger, i motsetning til et mer tradisjonelt syn der risikofaktorer er i fokus. Retningen knyttes spesielt til Martin Seligman og Mihaly

Csikszentmihalyi, som begge er kjente navn innen kognitiv psykologi og regnes som foregangsmenn innenfor den positive psykologiske tilnærmingen. Seligman på sin side er særlig kjent for å ha introdusert teorien om ”lært hjelpeløshet”.; at både dyr og mennesker kan lære å tro at de er hjelpeløse i visse situasjoner. At det ikke er noe poeng i å forsøke å gjøre noe med situasjonen for det vil likevel ikke nytte (Seligman, 1975). Dette var imidlertid før han vendte interessen mot det positive og ble opphavet til det nesten like kjente teorien om ”lært optimisme”, hvor han postulerte at de negative tankene kan avlæres og snus til optimisme og handlekraft (Seligman, 1990). Csikszentmihalyi er mannen bak det som er kjent som flyt teorien (eg. flow). Noen aktiviteter oppleves nemlig som så givende, hevder han, at de får oss til å glemme både omgivelsene og oss selv. Vi går helt opp i det vi holder på med og enser verken tid eller problemer. Det er disse stundene Csikszentmihalyi (2002) kaller for flyt-opplevelser.

Utgangspunkt til dem begge var imidlertid ganske enkelt: Psykologer har vært for opptatt av årsaker til at man ikke lykkes og for lite flinke til å peke på faktorer som kan bidra til at vi når våre mål. Hva er det som ligger til grunn for at noen på tross av en vanskelig bakgrunn eller livssituasjon ikke utvikler psykiske lidelser, men heller ser ut til å fungere godt og trives? Hvordan kan våre tanker og forestillinger hjelpe oss til å mestre egne liv? I følge Brudal (2006) er nemlig selve målsettingen i positiv psykologi å finne frem til enkeltmenneskets styrker og å utvikle teorier og metoder som frigjør potensialet i menneskesinnet. Mye av forskningen innenfor positiv psykologi har dessuten fokusert på subjektivt velvære eller det vi på norsk kanskje best kan oversette som lykke (eg. *happiness*,) et begrep som omfatter glede og tilfredshet og i det hele tatt alt det som forårsaker det gode liv (Richardson og Martinussen, 2008). Forskningen indikerer at kognitive mekanismer som selvforsterkning (eg. *self-enhancement*) og følelse av personlig kontroll er involvert i vår tilpasning til nye situasjoner, enten disse i utgangspunktet er positive eller negative, og at de bidrar til opplevelsen av nettopp subjektivt velvære eller lykke (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). Optimisme, definert som enten en global forventning om positive resultater i framtiden eller som en attribusjon for årsaker til hendelser, er også studert i relativt mange sammenhenger. Resultater viser ganske klart at optimisme er relatert til god helse, at optimisme predikerer forlenget innsats for å nå mål (motivasjon) og er konsekvent relatert til ønskelige tilstander som lykkefølelse, utholdenhet og også prestasjoner (Peterson, 2000). Når vi har positive følelser, så evner vi i større grad å åpne opp for våre tankeprosesser og å utvikle gode relasjoner. Nyere forskning innenfor positiv psykologi feltet viser i det store og

hele at et miljø som tilrettelegger for opplevelse av positive følelser også tilrettelegger for mestring og motiverer til nærvær gjennom å gjøre livet og arbeidshverdagen mer lystbetont. Positiv psykologi foreskriver derfor oppbyggende strategier som forbedring av ferdigheter, konstruktive og løsningsfokuserte tilnærminger til problemer, fokus på det gode i nåtid og ønsker for fremtiden for å finne glede og trivsel i hverdagen og ikke minst evnen til å mestre både jobb og hverdag på tross av et stressende og negativt miljø. Positiv psykologi er, slik det er definert av Sheldon og King (2001) ”.... *Ingenting mer enn det vitenskapelige studiet av ordinære menneskers styrker og fortrinn*”

3.3 Mestring

Mestring er et begrep som går igjen i forbindelse med jobbnærvær og nærværarbeid. I dagligspråket forbindes gjerne mestring med det å være i stand til å greie de kravene som stilles til oss og på en god måte håndtere de utfordringene vi står overfor. En slik forståelsesramme peker mot mange ulike ting som vi mennesker kan ha behov for å greie eller lykkes med. Det er derfor mulig å snakke om ulike grader eller former for mestring. Vi kan på den ene siden tenke oss en problemfokustert mestring i forhold til problemer og ferdigheter som kan avgrenses tydelig, slik som det å lære å sykle eller kunne takle det nye dataprogrammet som tas i bruk på jobben. Mestring handler imidlertid også om den mer generelle og allmenne følelsen av å lykkes i å takle tilværelsen både i jobbsammenheng og privat. Det handler om den enkelte sin tro på å kunne klare å løse en oppgave, ha en viss kontroll over sin egen tilværelse og kunne justere handlingene, følelsene og forestillingene i en ønsket retning. Med andre ord en mer kognitiv og emosjonell form for mestring.

Mestringsbegrepet blir i engelskspråklig litteratur referert til gjennom to ulike begreper, ”mastery” og ”coping”. Mens ”mastery” i følge for eksempel Knardahl (1997) har en passiv tilnærming og refererer til den grunnleggende bakenforliggende forventningen individet har om et positivt resultat, så kan ”coping” tolkes som de aktive kognitive eller atferdsmessige anstrengelsene individet gjør for å takle ytre eller indre krav som oppleves belastende eller truer dets velvære. Ganske enkelt den prosessen det er å respondere på krav og utfordringer den enkelte møter på sin vei (Knardahl, 1997). Begrepet mestring i vid forstand er tett knyttet til stressbegrepet og stressforskningen og handler i den sammenhengen i det store og hele om alt vi gjør, både positivt og negativt, for å takle stress og påkjenninger i livet (Dager, Fjerstad og Zangi, 2010). Det er dessuten vanlig å skille mellom problemfokustert og emosjonsfokustert

mestring. Mens det første innebærer å gjøre noe med selve situasjonen, en praktisk tilnærming til mestring som handler om hvordan man organiserer og strukturerer tilværelsen, spesielt når den er ekstra krevende på grunn av stress, sykdom eller andre former for belastning, så dreier den andre seg om å tilpasse seg ved å tenke annerledes eller endre følelsene sine; med andre ord en psykologisk form for mestring som handler om hvordan man forholder seg til de prosessene som stress og problemer vekker i en selv (Dager et al., 2010)

3.3.1 Stressmestring

Både belastning og stress er sentrale begreper, da teori om mestring som nevnt i stor grad er hentet fra forskning på nettopp stressmestring. For høy belastning i forhold til helsesituasjon antas å gi utslag i form av manglende mestring og jobbrelatert stress blir da også gjerne sett på som en hovedårsak til sykefravær (Michie, 2002). Spesielt subjektive helseplager er ofte forbundet med stress og psykososiale arbeidsfaktorer, og i arbeidslivsforskningen blir de subjektive diagnosegruppene og det høye ”oversykefraværet” vårt i stor grad knyttet nettopp til begrepet og fenomenet stress. *”En av kostnadene ved samfunnsutviklingen i vår kultur er ulike former for belastning og stress”*, sier Trond Haukedal ved universitetet i Bergen (2001). Som Holger Ursin påpekte allerede tidlig på 1980 tallet, *”ingen som kan beregne hvor meget stress egentlig koster i kroner og ører, eller i menneskelig lidelser og tap av livskvalitet”* (Ursin, 1984).

3.3.2 Hva er stress?

Stress antas opprinnelig å være, i steinaldermenneskets verden, en kroppslig forsvarsreaksjon velegnet for å aktivisere kroppen vår for kamp (fight) eller flukt (flight). Utskillelsen av stresshormoner og de mentale og fysiske endringene dette medførte (som økt årvåkenhet, utholdenhet eller styrke) var godt egnet for å mestre kortvarig og situasjonsbestemt ytre fare, som angrep fra sultne rovdyr, og slik sett positive og svært funksjonelle biologiske mekanismer som økte menneskets mulighet til å overleve i en farlig og utsatt tilværelse. Det er likevel viktig å peke på at selv for oss i dagens situasjon med de utfordringene vi står ovenfor så vil kroppens aktivering i mange situasjoner fortsatt kunne være positivt for oss. Når vi for eksempel tolker situasjonen vi står overfor som en utfordring av en eller annen art, eller en mulighet for potensiell vinning i en eller annen form, vil aktiveringen av kroppen vår

kunne hjelpe oss fram mot en ytelsestopp gjennom økt motivering, konsentrasjon og skjerping av innsats (Arroba og James 1989).

Mange hevder sågar at vi trenger et visst stressnivå eller aktiveringsnivå for å yte maksimalt . Negative stressreaksjoner vil imidlertid etter hvert kunne gjøre seg mer og mer gjeldende, og vil på et visst punkt ta overhånd dersom vi ikke greier å justere og holde aktiveringen på et akseptabelt nivå til vi har tilpasset oss eller taklet utfordringen. På et eller annet tidspunkt blir vi med andre ord for tent på oppgaven, for anspente, for nervøse og prestasjonen faller. Hvor grensen går vil variere fra situasjon til situasjon og fra individ til individ. Noen yter sitt aller beste i situasjoner hvor de billedlig talt har kniven på strupen, mens andre tåler svært lite press før det ”baller seg til” seg for dem (Lazarus og Folkman, 1984). Forskning gjennom flere generasjoner har dessuten gitt klare indikasjoner på at vedvarende, kronisk aktivering eller stressreaksjoner har skadelige virkninger på oss både av psykisk og fysisk art, selv om de individuelle tålegrensene også her vil variere (Svebak, 2000).

3.3.3 Stress som menneske – miljø transaksjon

”Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the individual as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being”. Dette er Lazarus og Folkman (1984:19) sin definisjon på stress. Denne framholder at det verken er situasjonen eller personen i seg selv som er det viktigste i forståelsen av stress. Det er derimot er samspillet mellom situasjonsbetingelsene på den ene siden og de indre, individuelle reaksjonene på den andre siden, som er nøkkelen (Lazarus og Folkman, 1984). Når tolkningen av situasjonen som stressende blir viktigere enn selve situasjonen, så blir det avgjørende bindeleddet mellom ytre forhold og indre responser nettopp den bedømmelsen eller vurderingen personen gjør. Bevisst eller ubevisst. En slik innledende eller primær vurdering av situasjonen innebærer at personen registrerer relevant informasjon, strukturerer og tolker denne i lys av tidligere erfaringer og trekker så en slutning om hvorvidt dette er irrelevant, gunstig eller stressende (utfordrende, direkte skadelig eller truende) situasjon med tanke på eget velvære. I en påfølgende, eller sekundær, vurdering av situasjonen vil individet ta stilling til hvilken respons som er nødvendig for å bevare balanse, kontroll og velvære i lys av det en oppfatter som egen evne til å hankses med den situasjonen. Hvis du for eksempel føler deg overveldet av press og forventninger i livet ditt, og ser deg selv som uten mulighet til å gjøre noe med det, vil du mest sannsynlig ende opp nedfor og

stresset. I lys av dette definerer Lazarus og Folkman (1984:141) mestring som ”De stadig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser som tar sikte på å takle ytre og/eller indre utfordringer som oppfattes som belastende eller truer ens velvære og som går utover de ressursene som personen rår over” Det er med andre ord et kognitivt element som formidler sammenhengene mellom ytre påvirkning og stresserfaringer. Opplevde helseproblemer, eller subjektiv sykdomsopplevelse, har videre sammenheng både med påvirkningens varighet, styrke og art, samt med hvordan vi opplever, oppfatter og reagerer på de belastningene/stressorene, vi utsettes for (Lazarus og Folkman 1984; Lazarus, 1999).

3.3.4 Mestringsforventning

Et sentralt norsk bidrag innenfor mestringsteori går et steg videre og setter fokus på ikke bare den enkeltes mestringsevne, men på individets forventninger om å mestre. Tilbake i 1978 gjorde Holger Ursin og hans kolleger en studie av mennesker som skulle lære å hoppe i fallskjerm. Forskerne antok at først når deltakerne hadde lært å hoppe, ville kroppens aktivering eller stressnivå (målt som kortisol og frie fettsyrer i blodet) automatisk falle fordi de da ville føle seg tryggere på at de mestret utfordringen. Imidlertid skjedde det overraskende at stressnivået hos deltagerne falt allerede etter den første treningsdagen, det vil si lenge før de faktisk var i stand til å utføre et hopp. Konklusjonen man trakk av dette var at det ikke var den økte evnen (altså at de hadde fått øvelse) og heller ikke evalueringen av øvelsen som var avgjørende. Derimot var det personenes subjektive følelse av at de ville komme til å klare hoppet, den positive forventningen alene, som fikk kroppens stressreaksjoner til å dempes (Ursin 1978 i Ursin og Eriksen, 2004). Denne undersøkelsen satte Ursin på sporet av det som flere år senere ble lansert som Cognitive Activation Theory of Stress (CATS). CATS (Ursin og Eriksen, 2004) kan sees som et rammeverk for å forstå stress, mestring og helse, og forklare hvordan fysiologiske prosesser i menneskekroppen kan utvikle seg til subjektive helseplager. Mestring defineres i denne sammenhengen som en positiv responsforventning. Slike blir etablert når individet kontrollerer, eller opplever at det har kontroll, i en situasjon og det skapes en forventning hos individet om at dets respons eller handlinger vil gi et positivt eller godt resultat. Med andre ord om at problemene kan mestres eller løses. Når individet opplever å ha kontroll over situasjonen på denne måten, tenkes det at aktiveringen eller stressresponsen i kroppen, som belastningen i utgangspunktet utløser, vil kunne dempes (Levine & Ursin, 1991; Ursin & Eriksen, 2004). Hjelpeløshet blir konsekvensen når responsforventningen mangler; dvs. når individet opplever at det ikke er

sammenheng mellom respons og utfall eller det ikke vet hva som blir utfallet av sine handlinger. Hvis individet på denne måten ikke er i stand til å etablere eller i det minste oppleve kontroll over omgivelsene, kan det komme opp i en situasjon hvor stressaktivering i kroppen vedvarer.. (Ursin & Eriksen, 2004). Håpløshet er resultatet av direkte negativ responsforventning. Når individets oppfatning er den at uansett hva han eller hun gjør, så vil resultatet bli negativt, man vil mislykkes og problemene lar seg ikke løse, så har individet riktignok lært at det er en sammenheng mellom handlinger og konsekvenser, men at denne sammenhengen er negativ og situasjonen håpløs (Levine & Ursin, 1991; Ursin & Eriksen, 2004)

3.3.5 Sunnhetens tilblivelse

Aaron Antonovsky (1979) på sin side utviklet tidlig en teoretisk modell som gjerne blir omtalt med betegnelsen salutogenese. Dette begrepet kommer av det latinske ordet ”salus”, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet ”genesis”, som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Som begrepet indikerer så tar hans modell utgangspunkt i et perspektiv som vektlegger faktorer som fremmer subjektiv velvære og helse, og introduserer dermed en ganske annen, positiv innfallsvinkel for å kunne forstå begrepet mestring. sin interesse for emnet skal ha startet som en ren tilfeldighet. Rundt 1970 jobbet han med å analysere data fra en undersøkelse hvor en gruppe israelske kvinner, født i det sentrale Europa, blant en rekke andre spørsmål også hadde blitt spurt om de hadde vært i konsentrasjonsleir under andre verdenskrig. Han ble overrasket over å oppdage at flere av disse kvinnene faktisk hadde klart å bevare sin helse på tross av de ufattelige traumatiske opplevelsene de hadde vært gjennom. Mange hadde først overlevd opphold i konsentrasjonsleirene under 2. verdenskrig og deretter vært i flyktningleirer og siden bodd i den nye staten Israel som på den tiden allerede hadde vært gjennom tre kriger. Oppdagelsen av at noen klarer å beholde helsen selv om de utsettes for ekstreme levekår og stress, ble tilsynelatende retningsgivende for hans videre arbeid. Han fortsatte å studere hvordan den mestrende voksne, som hadde vært utsatt for store belastninger, klarer å håndtere disse og fortsatt leve et meningsfullt liv. Antonovsky (1979) forsket videre på mestring av spesielt psykososiale belastninger og utviklet derigjennom sin teoretisk modell ”sense of coherence” (SOC) vedrørende faktorer som fremmer velvære og helse. Hans teori beskriver nettopp forhold som er viktige for at helse skal bedres eller bevares. Gjennom sin forskning kom han fram til at det avgjørende for å mestre en vanskelig livssituasjon var nettopp vedkommende sin opplevelse av sammenheng i livet. ”(...) en

global indstilling til tingene, der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men dynamisk tillid til, at ens indre og ydre miljøer forudsigelige, og at der er en stor sandsynlighed for, at alting vil gå så godt, som man med rimelighed kan forvente” (Antonovsky 2004:13). Antonovsky viser til at det viktigste for å oppnå en slik følelse av sammenheng er at livets utfordringer oppleves som både begripelige, mulig å hankses med og at det gir mening å prøve å løse dem. I tillegg postulerte han at en slik opplevelse av sammenheng i tilværelsen oppnås nettopp gjennom å utvikle ens egen evne til å se verden som nettopp forståelig, håndterbar og meningsfull. (Antonovsky, 2004).

Forståelighet handler om at det som inntreffer, kognitivt eller tankemessig, oppleves som i alle fall til en viss grad logisk og strukturert og tydelig. Håndterbarhet refererer til i hvilken grad et individ oppfatter at hans eller hennes egne tilgjengelige ressurser er tilstrekkelige for å kunne møte ulike situasjoner i livet, og håndtere de kravene som stilles. Meningsfullhet viser til i hvilken grad et individ føler at livet gir mening i både emosjonell og kognitiv forstand og at man har en opplevelse av delaktighet i det som skjer (Antonovsky, 2004). Av disse komponentene regnes meningsfullhet som den mest sentrale, og som en forutsetning for de to andre. Det kan nemlig synes å være et menneskelig anliggende å lete etter meningen med livet. Denne jakten blir dessuten særlig viktig når livet butter imot, når livssituasjonen blir vanskelig og sentrale eksistensielle spørsmål kastes frem. En sentral hypotese i teorien er at jo sterkere SOC et menneske har, jo bedre rustet vil de være til å takle eller mestre ulike stressfaktorer. Stressfaktorer antas nemlig å være allestedsnærværende og det er håndteringen av spenningen de utgjør som er det avgjørende for om de blir helsenedbrytende, nøytrale eller helsefremmende (Antonovsky, 2004).

Mestring i seg selv er imidlertid noe vi alle har drevet med siden vi ble født og driver med hver dag, hele tiden; vi mestrer våre liv så godt vi kan. Hvordan vi håndterer utfordringer som sykdom eller dårlig helse og så videre vil likevel variere og avhenger både av hvilke mestringsutfordringer livet vårt byr på, hvordan vi har mestret utfordringer tidligere i livet, hvem vi er som personer, hvilken familie vi har vokst opp i, hvilken livsfase vi er i og hvilken støtte vi har rundt oss. Alt dette til sammen sier også noe om hvor motiverte vi er til å velge å gå i gang med jobben istedenfor å velge fravær. En annen faktor det kan være verd å se nærmere på er derfor motivasjon.

3.4 Motivasjon

I hverdagen forbinder vi gjerne begrepet motivasjon først og fremst med forhold som begeistring og innsatsvilje, entusiasme og energi. Dette er selvsagt en del av bildet, men i den psykologiske litteraturen ser vi at som fagbegrep er motivasjon preget av en langt bredere forståelse, hvor man forsøker å fange inn en rekke problemstillinger som har sammenheng med årsaker til menneskers atferd. Både eksterne, i menneskenes omgivelser, og årsaker internt i den enkelte (Haukedal, 2001). Selve begrepet motivasjon kommer antagelig fra verbet ”movere” som betyr å bevege (Pintrich og Schunk, 2002 i Hetland og Hetland, 2009). Kaufmann og Kaufmann (1996) definerer videre begrepet motivasjon i tråd med dette som de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd, og det finnes en rekke ulike motivasjonsteorier og måter å sortere disse på. Ikke minst så har motivasjonsforskningen tradisjonelt skilt mellom det som kan betegnes som indre-, i motsetning til, ytre motivasjon. Mens den ytre motivasjonen skapes av at vi påvirkes av belønninger som kommer utenfra oss selv, så kommer den indre motivasjonen fra tilfredsstillelse, interesse og glede knyttet direkte til det vi holder på med. I følge Deci (1996) er personer som er indre motivert ganske enkelt engasjert i aktiviteten for sin egen del, for den spontane opplevelsen av tilfredsstillelse som blir assosiert med deres ytelse, og ikke, som ved ytre motivasjon, ved å gjøre ting først og fremst som et middel for å oppnå noe. Disse to formene for motivasjon, den indre og den ytre, kan best ses som to separate størrelser. Hver med variasjon fra høy til lav. De verken utelukker hverandre eller er avhengige av hverandre, men avhenger derimot av tid og kontekst (Reeve, 2005). Forskning viser imidlertid at indre motivasjon er mer engasjerende, og er nært knyttet til læring og prestasjoner (Vansteenkiste, Lens og Deci, 2006). Et annet viktig skille er det mellom autonom og kontrollert motivasjon. Når en handling er autonom eller selvbestemt, opplever personen å ha et reelt valg. Når den er kontrollert opplever personen større eller mindre grad av tvang. Det er først og fremst den indre motivasjonen, men også godt internaliserte former for ytre motivasjon, som regnes som autonom. Mens typisk svakt internaliserte former for ytre motivasjon regnes for å være kontrollerende (Deci og Ryan, 1985).

I studiet av hva som motiverer folk har man blant annet stilt spørsmål om hva som er de mest grunnleggende behovene hos mennesket (Hetland og Hetland, 2009). I litteratur og forskning blir behov gjerne definert som universale nødvendigheter som individet trenger for å få optimal menneskelig utvikling og integritet (Ryan, Sheldon, Kasser og Deci, 1996 i Hetland

og Hetland, 2009). Abraham Maslow er kanskje det navnet som er mest allment kjent når det gjelder behovsteorier. Hans klassiske behovshierarki som han utviklet på 1950-tallet postulerer 5 grunnleggende menneskelige behov som vi motiveres til å fylle. Fra ytterst grunnleggende fysiologiske forhold som behovet luft, vann og næring på bunnen av hierarkiet via behovet for trygghet og sikkerhet til behovene for fellesskap, anerkjennelse og selvrealisering på toppen (Maslow 1987).

3.4.1 Selvbestemmelsesteorien

Fokus på menneskelige behov finner vi imidlertid også igjen i nyere motivasjonsteori. Deci og Ryan (1985) fremhever i sin selvbestemmelsesteori (eg. self -determination theory) nettopp det at enkelte behov er spesielt sentrale for menneskers motivasjon. Teorien deres baserer seg først og fremst på funn fra empiriske undersøkelser de har gjennomført av menneskers motivasjon og personlighet. Faktorer som enten støtter eller svekker indre motivasjon, som selvregulering og velvære, har vært viktige i disse undersøkelsene og funnene har resultert i en antakelse om at vi som mennesker har tre grunnleggende psykologiske behov: Behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Ryan & Deci, 2000). Behovet for autonomi vil si at individet har en trang til å ta egne valg og handle som et selvbestemt individ. Være en selvstendig aktør, og ikke en ”brikke” som er kontrollert av andre. Vi trenger med andre ord å føle at vi har et valg. Kompetansebehovet innebærer at vi ønsker å bruke egen kompetanse, fullføre bestemte oppgaver og oppleve mestring, Følelsen av kompetanse er viktig for at individet frivillig oppsøker situasjoner som fører til læring og utvikling, nettopp ved at det gir en følelse av mestring og indre tilfredsstillelse. Det tredje grunnleggende psykologiske behovet, sosiale relasjoner, er også viktig for individets optimale utvikling. Individet har behov for å føle tilhørighet, oppleve kjærighet og varme, som igjen fører til trygghet og stabilitet i tilværelsen. Vi er sosiale vesener som trenger å etablere sosiale bånd og knytte oss til andre mennesker (Grolnick, Deci og Ryan,1997 i Hetland og Hetland, 2009).

3.4.1.1 Selvbestemmelsesteoriens underteorier

Selvbestemmelsesteorien har en klar forankring innenfor den humanistiske tradisjonen med spesielt fokus på motivasjon og tilfredshet/velvære, og den støttes opp av de tre underteoriene Cognitive evaluation theory (CET), Organismic integration theory (OIT) og Causality orientations theory (COT). CET er den delen av selvbestemmelsesteorien har som mål å

spesifisere faktorer som forklarer variasjoner i indre motivasjon og tar for seg sosiale faktorer som fremmer eller svekker denne. Teorien fokuserer på de grunnleggende behovene for kompetanse og autonomi og postulerer på bakgrunn av forskningsfunn at sosial-kontekstuelle forhold som frambringer individets følelse av mestring og valgfrihet, forsterket den indre motivasjonen for den bestemte handlingen (Ryan & Deci, 2000).

OIT derimot fokuserer på individets internalisering. I et selvbestemmelsesteoretisk perspektiv regnes internalisering som en prosess der holdninger og atferd påvirket fra ytre forhold endres ,gjennom en form for selvregulering, til egne personlige verdier og holdninger. Individet vil ved hjelp av en slik prosess føle seg mer selvbestemt også i handlinger som i utgangspunktet var påvirket utenfra (Grolnick et al., 1997 i Hetland og Hetland, 2009). COT dreier seg derimot om individets orientering; hvordan det tolker, søker, skaper eller evaluerer ulike hendelser. Dette kan variere fra individ til individ, men Deci og Ryans hypotese er at alle på et eller annet tidspunkt er autonomiorienterte, kontrollorienterte og apersonlig orienterte. De hevder dessuten at det er mulig å måle styrken av hver orientering hos en person, og at styrken vil være forskjellig fra den ene til den andre og avhengig av psykologiske variabler (Deci & Ryan, 1985). Det sentrale i autonomiorienteringen er opplevelsen av å kunne ta genuine valg. Autonomiorientering kan føre til at mennesker søker muligheter for å kunne få være autonomt, og den autonome bevisstheten skaper mulighet for større utfoldelse. Indre motivasjon og selvbestemmelse vil kunne utvikles lettere hos et autonomiorientert individ, og det vil også ettere kunne takle ytre press og kontroll (Deci & Ryan, 1985).

Kontrollorientering derimot innebærer at individet opplever å ikke kunne ta valg. Individet føler det *må* eller *burde gjøre* noe. Det kan enten føles som et press fra et kontrollerende miljø eller som et indre press. (Deci & Ryan, 1985). En kontrollorientert person vil føle at selvfølelsen er knyttet til gode prestasjoner, og vil derfor kunne bli ego-involvert i å prestere godt. Ryan hevder at denne prosessen er med på å svekke indre motivasjon. Kontrollorienterte personer kan ledes til å søke kontrollerende situasjoner og til å se etter kontroll i situasjoner som i utgangspunktet ikke er det. Personer med apersonlig orientering derimot har ikke lært å takle egne følelser, driv og behov. Karakteristisk for apersonlig orientering er troen på at atferd og utfallet av den er uavhengig av hverandre. Orienteringen kan føre til at individet føler seg inkompetent, at selvbildet svekkes og at individet handler uten intensjon.

Passiviteten kan føre til at individet føler seg hjelpeløs, nervøs og lite motivert (Deci & Ryan, 1985).

3.4.2 Sosiale motivasjonsteorier

Det som i motivasjonssammenheng kan kalles sosiale teorier er kanskje en noe mindre kjent retning enn behovsteoriene, men sannsynligvis like aktuelle. De retter oppmerksomheten i særlig grad mot individets opplevelse av forhold som likhet, ulikhet og rettferdighet. De er opptatt av hvordan individets opplevelse av sitt forhold til andre mennesker kan virke motiverende eller demotiverende, og at det er sammenligning og vurderinger av rettferdighet som er de vesentligste kildene til variasjoner i motivert atferd. For eksempel vil folk hele tiden sammenligne hverandres innsats og belønning, og i det en person oppfatter forskjeller mellom sitt eget og andres forhold mellom innsats og belønning, vil han eller hun kunne bli motivert til å redusere denne forskjellen. En konsekvens er at innsatsen kan øke, eller lysten til å gå på jobb blir større. Det kan imidlertid også slå motsatt vei. Den enkeltes reaksjon på opplevd urettferdighet kan imidlertid ikke bare ta forskjellige former. Det kan også være vanskelig å forstå individets indre ”regnskap”. Hva som til syvende og sist oppleves som rettferdig eller urettferdig kan være svært subjektivt betinget.

3.4.2.1 Innsats-belønnings modellen

Siegrist (1996, 2006) har utviklet en modell nettopp med utgangspunkt i de to hoveddimensjonene innsats og belønning. Modellen bygger på en normbasert forutsetning om at det eksisterer en gjensidighet i det sosiale livet. Denne gjensidigheten er kjernen i både den juridiske og den psykologiske arbeidskontrakten der arbeidstakeren har en plikt til å utføre bestemte oppgaver i bytte mot belønning i form av penger, anerkjennelse eller statuskontroll. Med statuskontroll menes i denne sammenhengen forhold som trygghet i jobben, mulighet for karriereutvikling og det å bli inkludert i et arbeidsfellesskap (De Jonge, Bosma, Peter og Siegrist, 2000). Dersom en arbeidstaker legger inn en høy innsats på jobben, vil vedkommende forvente en belønning som er tilpasset innsatsen. Dersom det ikke skjer er det å oppfatte på samme måte som et brudd på den psykologiske kontrakten.

Det å føle at man arbeider hardt uten samtidig å føle at man blir satt tilstrekkelig pris på, eller blir behandlet rettferdig, vil kunne oppleves som stressende eller belastende (Eiken og Saksvik, 2011). Enda mer alvorlig er det at mangel på gjensidighet i utvekslingen mellom innsats og belønning faktisk vil, i følge Siegrist (2006), kunne ha negative helseeffekter. En rekke studier har vist hvis dette forholdet er skjevt, øker risikoen for en rekke sykdommer (STAMI, 2008). Eksempler på dette kan både være fysiske plager i form av muskel-skjelettlidelser, samt moderate psykiske lidelser og jobbrelatert utbrenthet. I mange

situasjoner lar imidlertid problemene seg løse ved at innsatsen tilpasses/redueres, men dette skjer ikke alltid. De ansattes innsats avgjøres nemlig av både indre og ytre krav. De ytre kravene er å forstå som bedriftens eller arbeidsplassens krav. I følge Siegrist (1998) er de ytre kravene overlappende med de psykologiske jobbkravene i den såkalte krav-kontroll modellen (Karasek og Theorell, 1990); det vil si med arbeidsmengde, rolleklarhet og tidspress. De indre kravene er individets egne krav, ambisjoner eller personlige motivasjon for å utføre arbeidsoppgavene. Hos mange som legger inn en uforholdsmessig høy innsats i jobben sin ligger årsaken, i følge modellen, nettopp i de indre kravene. Det antas nemlig at ansatte med et overdrevent jobb-relatert engasjement, og et sterkt behov for kontroll og anerkjennelse, vil være utsatt for sterkere stressreaksjoner i møte med opplevd ubalanse sammenlignet med mindre ”overengasjerte” folk (De Jonge et al, 2000).

3. 5 Jobbengasjement - helsefremmende motivasjonsprosesser

Jobbengasjement er en individuell faktor som i seg selv antas å ha en motiverende effekt i forhold til enkeltes nærvær på jobben. Schaufeli og hans kollegaer har definert jobbengasjement som en relativt permanent positiv følelsesmessig tilstand som karakteriseres av vitalitet (vigor), entusiasme (dedication) og evne til fordypelse i arbeidet (absorption). Å ha jobbengasjement kan betraktes som en positiv ressurs hos den enkelte som kan gi en økning av andre ressurser og videre ha positive effekter på den enkeltes helse (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006). Vitalitet indikerer høyt energinivå, utholdenhet og vilje til å anstrenge seg og til å investere tid og krefter. Det indikerer i tillegg evne til å holde ut tross motstand. Entusiasme i denne sammenhengen beskrives gjerne som en følelse av inspirasjon, stolthet og en sterk identifisering med arbeidet, samt en følelse av at det en gjør, er viktig. Entusiasme sier derfor noe om hvor dypt eller sterkt psykologisk involvert den enkelte ansatte er i sitt arbeid. Den siste dimensjonen, fordypning, refererer til det å være fullt konsentrert og oppslukt av arbeidet i slik grad at en nesten ikke enser noe rundt seg eller at tiden bare flyr. Dette begrepet sammenlignes ofte med ”flow” som har vært studert i flere ulike livssituasjoner (Csikszentmihalyi, 2002). Men ”flow” blir sett på som en noe mer kortvarig/tidsbegrenset tilstand enn ”absorpsjon” (Schaufeli et al., 2006). Jobbengasjement blir dessuten betraktet som et relativt stabilt og vedvarende trekk ved personen og er knyttet opp mot både emosjoner og kognisjon (Schaufeli et al., 2006). Det er konstruert et eget spørreskjema som måler disse tre aktuelle aspektene ved jobbengasjement (Schaufeli, Salanova, González-Romá, og Bakker, 2002). Undersøkelser har bekreftet begrepsvaliditet i

spørreskjemaet (Hallberg & Schaufeli, 2006), og det er funnet støtte for faktorstrukturen i forskjellige yrkesgrupper (Schaufeli & Bakker, 2004), også i Norge blant norske arbeidstakere (Nerstad, Richardsen & Martinussen, 2007 i Richardsen og Martinussen, 2008).

4.0 JAKTEN PÅ NÆRVÆRSFORMELEN

Slik jeg har opplevd det i ulike jobber som personalmedarbeider og prosjektleder med ansvar for oppfølginga av sykemeldte og ulike nærværprosjekter, så trenger det ikke nødvendigvis å være verken medisinske diagnoser eller omfanget av plager som egentlig hindrer folk i å være nærværende på jobben. Det synes heller ikke som om situasjonen den enkelte står i på jobb, eller for den saks skyld hjemme, nødvendigvis har avgjørende betydning. Mitt inntrykk er heller at sykefravær og nærvær handler kanskje mest om hvordan den enkelte mestrer og forstår sin egen situasjon og hvor motivert han eller hun er til å være aktiv på tross av sin livssituasjon. Med dette som et utgangspunkt vil jeg i denne forsøksvise jakten på en ”ny” tilnærming til nærvær nå først gjøre noen innledende betraktninger om hva den bør ta høyde for i lys av dagens praksis og teori. Deretter vil jeg gå videre med en mer omfattende drøfting av det teoretiske grunnlaget for en slik potensiell nærværformel. Det hele avrundes så med en oppsummering av de viktigste refleksjonene og konklusjonene arbeidet med denne oppgaven har ført meg frem til

For er det egentlig nødvendig å forklare sykefraværet for å forstå, og øke nærværet? På den ene siden kan det tenkes at noe av de samme fagfeltene, teorien og modellene som er kjent fra fraværskforskningen også kan benyttes for å forstå nærværsfaktorer. For ikke usannsynlig er det slik at mange av de prosessene som fremmer helse har så mye til felles med de som fremmer uhelse at de på mange måter kan sees som to sider av samme sak (Mackenbach, Bos, Joung, van de Mheen og Stronks, 1994). Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at det alltid er de samme faktorene som skaper fravær og nærvær i betydningen at de virker systematisk på en skala fra fremmende til hemmende. Fra arbeidslivsforskningsinstituttet påpekes det for eksempel med at det slett ikke er enighet om hvorvidt nærvær og sykefravær kan uttrykkes som en felles dimensjon (Gamperiene, Grimsmo og Sørensen, 2007). Lindberg og hans kollegaer (2006) hevder at faktorene rett og slett kan være helt ulike. De fant for eksempel at god arbeidsevne var avhengig av slikt som fysiske forhold, tydelige arbeidsoppgaver og positive tilbakemeldinger. Mens det å forebygge redusert arbeidsevne hang mer sammen med til dels helt andre ting som opplevelse av mestring, motivasjon og andre psykososiale

faktorer. Det finnes imidlertid ingen distinkt grenseverdi som kan skille mellom hva som er normale plager som man må forvente i løpet av et liv, og plager som faktisk trenger behandling eller krever sykefravær (Ihlebak & Eriksen, 2003). Uansett hvilken årsaksforklaring en lener seg på, så gir den i beste fall et innblikk i hvorfor noe skjer, men sier lite om hva som bør skje og hvordan det bør gjøres. Så, kanskje løsningen heller ligger i det å finne ut hva som skjer når problemene er fraværende. Når individet er nærværende, opplever mestring i arbeidshverdagen og føler seg motivert? Ved å trekke inn et positivt nærværsfokus vendes oppmerksomheten mot dem som er på jobb, de medarbeiderne som er stede og de enhetene som har høyt nærvær. Blikket rettes mot det som gjør at den enkelte medarbeiderne ønsker å komme på jobb og individets egne beveggrunner for nærvær som opplevelsen av mestring og følelsen av motivasjon. Dermed dreies også det praktiske nærværsarbeidet i retning av individets tanker og følelser, mot å fremme det som fungerer og er bra, det man ønsker mer av og mot visjonen om det man ønsker å oppnå. Bort fra fortid og årsak og over mot nåtid, framtid og resultat. Men, å sette fokus på nærvær, og på positive menneskelige kvaliteter som tilfredshet, subjektivt velvære, optimisme, glede og ikke minst individets selvbestemmelse, vil også måtte endre hvilke metoder som brukes, og hvilke spørsmål som må stilles i arbeidslivsforskningen (Joseph, Harrington og Wood, 2006). En slik tilnærming vil kanskje også på sikt kunne påvirke det praktiske nærværsarbeidet i bedrifter og organisasjoner i retning av, kanskje teoretisk kjente, men likevel ofte lokalt uprøvde individuelle, kognitive og positive tilnærminger.

Det er likevel viktig å peke på at et sterkere fokus på nærvær, positive faktorer og individnivået ikke er en avvisning av verken det negative eller ytre omstendigheter som relevante innfallsvinkler. Mange aktører er involvert, mange faktorer kan ha påvirkningskraft og flere ulike forståelsesrammer vil kunne gjøre seg gjeldende samtidig. Den positive psykologien som sådan står heller ikke først og fremst for en helomvending eller et paradigmeskifte i forskningen, men er mer opptatt av en presisering av at studier av helse, funksjon og velvære – det som fungerer og er bra – kan være like nyttig som studier av sykdom, dysfunksjon og lidelse (Linley et al., 2006).

4.1 Nærværsarbeidet: Hvor står vi og hvor går vi?

Det synes å være en iboende menneskelig tendens at når problemene dukker opp så begynner vi automatisk å lete etter årsaker (Langslet, 2004). Når sykefraværet på en arbeidsplass, eller i landet vårt totalt sett, øker er det derfor kanskje naturlig å lure på hva som er forklaringen på det. Innenfor den naturvitenskapelige, tekniske delen av verden er en slik tilnærming stort sett effektiv: Hvis du ikke kan sykle på sykkelen din fordi kjedet er falt av, må du sette det på igjen. Har du magesmerter og det skyldes nyrestein, så blir du frisk hvis nyresteinene fjernes. Når en naturvitenskapelig, medisinsk tilnærming til problemene råder så må årsaken diagnostiseres før den kan behandles. Kilden til problemene må identifiseres slik at ”ondet” kan trekkes opp med roten. Mye innsats på sykefraværsområdet ser ut til å følge nettopp en slik type oppskrift; kartlegge og analysere og for så å iverksette eller reparere når feilen er funnet. Men mange studier og prosjekter kommer aldri lenger enn til kartleggingsfasen eller til å peke på relativt svake og enkle sammenhenger som forklarer lite (Gamperiene et al., 2007). Når problemene er av en mer sosial og diffus art er det nemlig ikke så enkelt å identifisere klare årsaker, og når problemene handler om folk kan det kanskje til og med gjøre vondt verre å jakte på problemenes ”egentlige” kjerne (Langslet, 2004). Ytre typiske forklaringer som omstilling, dårlig ledelse og elendig arbeidsmiljø kan kanskje være korrekte, men hjelper de oss videre?

I praksis innebærer en slik tilstand at en står litt i stampe og aller mest skorter det tilsynelatende på refleksjoner og forskning rundt det praktiske nærværsarbeidet. Søkordet ”sykefravær” gir for eksempel svært mange ”treff” når man leter i litteraturbasene. Prøver man å legge til ”tiltak”, ”intervensjon” eller ”nærværsarbeid” blir det atskillig færre treff. Selv om interessen for nærvær som begrep ser ut til å være stigende. Når det da oppleves slik at arbeidslivsforskningen generelt, og det praktiske nærværsarbeidet spesielt, beveger seg relativt lite i nye retninger, så kan nok dette nettopp dels forklares med enkelte teoriers og tilnærmingers dominans på området. (Gamperiene et al., 2007). Nærmere gjennomgang av forskningslitteraturen tegner heller ikke noe klart bilde av et gjennombrudd, selv om det finnes flere anerkjente forklaringsmodeller å velge mellom. Tre ulike forklaringsmodeller har stått, og står, spesielt sterkt når det gjelder å forsøke å forstå det relativt høye sykefraværet i Norge og slik hatt stor betydning for det praktiske nærværsarbeidet på norske arbeidsplasser. Dette er trygdemodellen, utstøtingsmodellen og attraksjonsmodellen (Mykletun, 2010)

4.1.1 *Objektiv sykdom eller subjektive lidelser?*

Fokus settes i trygdemodellen på diagnosene som ytelsene ble gitt for, og ordet syk blir ofte brukt nærmest synonymt med sykemeldt (Gamperiene et al., 2007). Dette skjer selv om vi vet at de fleste i befolkningen har symptomer og diagnoser, men også at de fleste tross alt er i jobb likevel. Mestringsproblemer i jobbsammenheng ses i et rent trygdemedisinsk perspektiv på samme måte som en virkning eller konsekvens av sykdom; hvor den ansatte er i en aktiv jobbsituasjon, men etter hvert pådrar seg et helseproblem. Dette helseproblemet kan objektivt diagnostiseres, og individets mestringsproblemer i forhold til jobben oppstår som en konsekvens av dette helseproblemet. Disse problemene gjør det etter hvert så vanskelig å mestre arbeidssituasjonen at det resulterer i sykefravær (NAV, 2012). Nærværarbeid i en slik sammenheng blir i beste fall reaktivt, da det strengt tatt vil være behandling av sykdommen i seg selv som er den viktigste innfallsvinkelen til økt nærvær (Mykletun, 2010). Arbeidsgivers handlingsrom blir samtidig nokså begrenset da arbeidsgiver ikke har anledning til å yte behandling, og det vil alltid kunne være en risiko for at individets fraværsmønster legaliseres som helsebringende da ro og avskjerming tradisjonelt har stått sterkt som rehabiliteringsmetode i vårt samfunn (Teigen, 2008). Det er midlertid viktig å ta med seg at en del av sykefraværet alltid kan knyttes til et slikt perspektiv. Noen er for syke til å delta i jobbrelatert aktivitet.

Når så en slik tilnærming som trygdemodellen representerer, i det store og hele har vist seg ikke å være effektiv total sett, så er det kanskje fordi forholdet mellom sykdom og trygdeytelser i mange tilfeller virker ganske løst (Wikman, Marklund & Alexanderson, 2005 i Mykletun, 2010). Folkehelsen i Norge er nemlig til dels svært god, og generelt i ytterligere bedring. Statistisk er den heller ikke dårlig sett i forhold til andre land vi kan sammenligne oss med (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Både sykdoms- og helsebegrepet er imidlertid ispedd betydelige subjektive komponenter. Mens sykdom kan sees som en biologisk tilstand, karakterisert av anatomiske, fysiologiske og biokjemiske forandringer, eller en blanding av disse (Barondess, 1979), så vil folks plager langt fra alltid bunne i slike målbare forandringer. Mange rapporterer om smerter og sykdomsfølelse uten at det foreligger en vevsskade eller annen åpenbar patofysiologiske årsak til grunn. Subjektive helseplager, som for eksempel udefinierbare muskel- skjelett plager, mage og tarm problematikk og plager som tretthet, svimmelhet og lette stemningsforandringer, antas faktisk å være de vanligste årsakene for å oppsøke lege (Ihlebak 2006), og en av hovedgrunnene til det høye sykefraværet her i landet (Rikstrygdeverket, 2003; Ihlebæk, 2006). I følge NAV(2005) kan faktisk mer enn halvparten av sykefraværet i landet vårt klassifiseres som følge av subjektive helseplager. En

”nærværformel” må derfor ta høyde for at store deler av sykefraværet er subjektivt betinget og at det kanskje i den gruppen er de største reaktiviserings mulighetene.

4.1.2 Ytre omstendigheter eller indre opplevelser?

Utstøtingsmodellen favner de subjektive lidelsene, men legger vekten på stimuli i form av ytre omstendigheter og betrakter sykefravær som først og fremst et resultat av ufrivillige prosesser som skyldes stressorer/belastninger i miljøet rundt arbeidstakeren (Jex og Bliese, 1999). Slike belastninger knyttet til arbeidsmiljøet blir gjerne kategorisert i to ulike grupper som igjen kan deles i to (Ursin & Zahl-Begnum, 1993). Den første gruppen er fysisk belastning som kan deles inn i arbeidsbelastninger; som for eksempel statisk belastning og mange og/eller tunge løft, og i forurensning som for eksempel kjemisk, termisk, lys og lyd. Den andre gruppen er den psykiske, som kan deles inn i instrumentell belastning som for eksempel arbeidsoppgaver, mengde og vanskelighetsgrad på den ene siden og emosjonell belastning som for eksempel ambisjoner, frykt for nederlag og psykososialt arbeidsmiljø på den andre (Levine & Ursin, 1991). Psykologiske, og da spesielt emosjonelle, belastninger blir regnet som de hyppigst rapporterte stress stimuli i hverdagen og blir oppgitt som den vanligste årsaken til stressresponser av de fleste i de aller fleste situasjoner (Levine & Ursin, 1991; Ursin & Zahl-Begnum, 1993) Diagnoser som muskel- skjelett problemer, lettere psykiske lidelser og lignede dominerer faktisk diagnosebildet i Norge (Teige, 2008). Gjennom implementeringen av avtalen om et inkluderende arbeidsliv har vi i tillegg sett at man i nærværarbeidet må legge til grunn at mestringsproblemer i mange tilfeller oppstår før helseproblemene griper om seg og diagnose eventuelt settes (NAV, 2012). Så selv om det har vært vanskelig å tallfeste nøyaktig, så ser det ut til å være grunn til å anta at en ganske stor del faktisk er sykemeldt på grunn av forhold relatert til det man kan kalle ”livets strev”, uoppfylte forventninger og behov eller en oppfatning av å være fysisk eller mentalt overbelastet. Det eksisterer dessuten spillovereffekter fra en livsarena til en annen. Studier har vist at hvordan den enkelte ansatte har det i privatlivet/hjemme kan påvirke hvordan vedkommende fungerer i arbeidslivet (Hammer, Saksvik, Nytrø, Torvatn, & Bayazit, 2004) Situasjonsbetingede tilnærminger appellerer imidlertid til oss og vår trang til å finne årsaker ved å stille til rådighet generelle svar på hvorfor problemene har oppstått. Men det er også åpenbare svakheter å spore her: For det første er det spørsmålet om å spesifisere hvilke typer situasjoner det er snakk om, og hvilke trekk ved disse situasjonene som kvalifiserer dem til å bli betegnet

som stressende, belastende og fraværsskapende eller tvert imot helsefremmende og nærværdrivende. Like lite som det finnes klare grenser for hva som er livets naturlige strev og hva som ikke er det, så finnes det heller ingen objektive metoder for å kvantifisere eller gradere psykososiale stimuli, verken negative eller positive. Det må i tilfelle utarbeides en form for fiktiv kalibrering, og man må i forskningen i overveiende grad benytte mer usikre kvalitative metoder som spørreskjema og intervju (McGrath 1970).

Enda mer problematisk for utstøtingsmodellen er det sannsynligvis likevel at det ikke tas høyde for individuelle forskjeller i den enkeltes respons på den samme, antatt stressende situasjonen. Ufrivillighet og hjelpeløshet i møte med eksterne belastninger gir den enkelte lite spillerom ut over det å etablere strategier for unngå belastningene, eller trekke seg ut av situasjonen gjennom sykefravær. Individet fratas slik i visse henseender muligheten til kontroll eller påvirkning på sin egen tilværelse. I en nærværformel må det derfor regnes med at den subjektive tolkning av tilværelsen (kartet) og den objektive virkeligheten (terrenget) ofte ikke stemmer over ens. Og at kartene, i betydningen individuelle tolkninger, ytterst sjelden er like.

4.1.3 Ytre kontroll eller indre autonomi?

Attraksjonsmodellen derimot trekker frem nettopp fram at det ofte er et element av et frivillig og rasjonelt valg involvert i sykmelding. For eksempel hører man ofte folk si at de går til legen og sykmelder seg, eller at hun tok ut uførepensjon da han gikk av med AFP. En logisk antagelse på bakgrunn av dette er at redusert økonomisk kompensasjon ved sykmelding vil gjøre valget av fravær mindre attraktivt, og derved også redusere tilstrømningen til sykepengeytelsen. Å bare fokusere det attraktive ved sykelønnsystemet blir imidlertid en svært ensidig tilnærming, og oppleves å signalisere et noe kynisk syn på den enkelte som nyttemaksimerende for sin egen del. Argumentet er likevel mye brukt i debatten om hvorvidt den norske sykelønnsordning er liv laga, eller om kutt i ordningen er et nødvendig virkemiddel for å gjøre øke nærværet. Attraksjonsmodellens viktigste bidrag til en nærværformel vil imidlertid kunne være selve påpekingen av individets mulighet til å ta kontroll over egen tilværelse gjennom muligheten til å utøve valg.

4.2 Beslutningsprosesser – de viktige valgene

En mulig innfallsvinkel til dypere forståelse av nærvær vil derfor kunne være å se, ikke bare på diagnose og ytre omstendigheter, men nærmere på enkeltmenneskers personlige handlingsvalg og hvilke insentiver de handler ut fra. Det vil si selve beslutningsprosessen. Fravær og nærvær kan sies å være nært knyttet til hverandre i og med at de på mange måter er hverandres motsatser. Svarva (1991) for eksempel viser til at begge deler refererer tilbake til de ansattes opplevelser av sin situasjon, og er et uttrykk for deres reaksjoner på hva de opplever og utsettes for. Han definerer fraværsfaktorer til ”de umiddelbare grunnene en person har til å være borte fra jobben” og nærværsfaktorer til ” de umiddelbare grunnene folk har for å gå på jobben”.

4.2.1 Rasjonalitet versus kognisjon

Teorien om rasjonelle aktører har vært det sentrale utgangspunktet i samfunnsvitenskapelig forskning over lang tid, og vår intuitive tilnærming til folk generelt og arbeidstakere spesielt er gjerne en antagelse om at folk flest er, nettopp, rasjonelle. En rasjonell beslutningstager vil svært enkelt sagt være en person som, når han eller hun står ovenfor flere mulige valg, vil velge det alternativet som gir best utbytte (Collins, 1988). For at en beslutning skal være fullstendig rasjonell så må den som skal fatte beslutningen ha all informasjon han behøver og slik ha tilgang til alle beslutningsalternativer som finnes før han så utreder alle konsekvenser som følger av hvert eneste alternativ. Han vurderer så preferansen for hvert alternativ med tilhørende konsekvenser, og rangerer alternativene før han faller ned på det beste løsningsalternativet for et problem eller mulighet ut fra det såkalte nyttemaksimeringsprinsippet (Jacobsen og Thorsvik, 1997). Det som skjer i praksis, representere imidlertid store avvik fra denne idealnормen. I beste fall opereres det med en alternativ, mer heuristisk modell basert på mer realistiske antagelser. Heuristikk betyr i denne sammenheng pragmatiske ”tommelfingerregler” der det ofte inngår mye intuitivt skjønn. *Begrenset rasjonalitet* betegner de faktiske innskrenkninger som gjør seg gjeldende når mennesker tar beslutninger. Først og fremst har vi jo ikke all informasjon tilgjengelig. Begrepet *satisfisering* dekker videre det faktum at det sjelden tas beslutninger som er ideelle eller optimale, men derimot tilfredsstillende. Har vi god tid og betydelig ekspertise, kan vi komme til å benytte mange elementer fra den klassiske modellen. Vanligvis må vi imidlertid regne med menneskelige kognitive strategier og fordreininger både i bedømmingen av situasjonen og selve beslutningstakingen. Ikke minst ser man begrensninger i menneskers

kognitive kapasitet til å kunne behandle slike mengder informasjon som må til for å kunne handle perfekt rasjonelt. Denne begrensningen avfører et behov for kognitive forenklingsmekanismer. Samtidig blir vi også sterkt påvirket av våre følelser og behov. Individets kognitive prosesser viser jo, som jeg tidligere har vært inne på, i vid forstand til en persons persepsjon, tenkning og problemløsning, og slik sett også til hvordan vi får innsikt i og fortolker situasjoner, resonerer, danner oss meninger, lager oss forventninger og ikke minst vurderer fremtidige konsekvenser av alternative handlinger. Når vi arbeider med et problem, lager vi oss en forenklet ”mental modell” av problemsituasjonen. I lys av den kompleksiteten som selv det å løse beskjedne problemer innebærer, kan dette være både nødvendig og hensiktsmessig. Men det er viktig å være klar over at denne forenklingen også gjør oss utsatt for systematiske feilbedømmelser fordi vi tar tankemessige snarveier basert på våre skjema (Stølen, ukjent) Beslutninger som virker irrasjonelle i objektiv forstand kan derfor være aldeles forståelige og logiske sett fra individets synspunkt. Som for eksempel at fravær og total passivitet velges på tross av at nærvær og aktivitet er et bedre valg objektivt sett, fordi sjansen til å oppleve mestring og komme tilbake for fullt da ofte er større. Men hvem er egentlig disse som faktisk velger nærvær?

4.3 De nærværende.

Går man ut fra at fravær og nærvær er diametrale motsetninger så vil i et klassisk trygdemedisinsk perspektiv de nærværende pr definisjon være de friske. I et utstøtingsperspektiv; de som ikke utsettes for belastning og i følge attraksjonsmodellen de som opplever det som personlig formålstjenlig å være på jobb. Men sånn vet vi jo nå at det ikke alltid er. Langt flere er sykemeldte enn de 2-4 prosentene sykkeligheten antas å ligge på i vårt samfunn. Vi finner dessuten sykemeldte som er fornøyd med sin jobbsituasjon og vi finner nærværende som ikke er det. Ikke minst er langt, langt flere nærværende på arbeidsplassen enn de som ofte har ”vondter” og plager. I en undersøkelse av et representativt utvalg av den norske befolkning rapporterte nemlig over 95% at de hadde opplevd subjektive helseplager i løpet av den siste måneden Ca. 80% rapporterte for eksempel muskel- og skjelettplager, 65% pseudonevrologiske plager, 60% gastrointestinale plager. Hos de som rapporterer å oppleve subjektive helseplager siste måneden, var det også vanlig å ha mer enn bare én plage (Ihlebak, Eriksen og Ursin, 2004). Subjektive helseplager er med andre ord svært utbredt i normalbefolkningen. Rent statistisk kan man faktisk si at det er mer normalt å

ha opplevd noen plager i løpet av en måned, enn ikke å ha opplevd noen plage. Det er dessuten slik at de som bunn og grunn er tilfredse med sin situasjon klager over subjektive helseplager på linje med gjennomsnittet (Ihlebak, 2002). Det ser også ut til at plager av til dels svært ulik grad eller intensitet kan gi opplevelse av skrantende helse, mestringsproblemer og redusert livskvalitet.

4.3.1 Langtidsfrishet

En sentral del av den nærværsforskningen som så langt er gjennomført har derfor forsøkt å forklare nettopp hvorfor noen mennesker er nærværende over lange perioder, såkalt langtidsfriske, og at noen av dem går på jobb på tross av at de også har subjektive plager og medisinske problemer som kunne gitt dem grunn til å velge passivitet. Selve bruken av begrepet langtidsfrisk i denne sammenhengen kommer opprinnelig fra den svenske legen Johnny Johnssons spesialistutdanning i organisasjonsmedisin fra begynnelsen av 1990-tallet. Johnsson definerer begrepet som ”en person som ikke har hatt fravær på to år grunnet egen sykdom” (Johnsson et al., 2006). Andre forskere definerer begrepet med litt andre tidsintervaller, men felles for definisjonene er at en langtidsfrisk har hatt en langvarig periode helt uten, eller uten vesentlig, sykefravær, men ikke nødvendigvis er uten sykdommer eller plager. Hovedspørsmålet man forsøker få finne svar på i disse studiene er hvilke forhold i arbeids- og/eller privatlivet som øker sannsynligheten for at et individ skal holde seg nettopp langtidsfrisk. Hovedfunnene fra Aronsson og Lindh (2004 i Saksvik og Finne, 2009) for eksempel, setter fingeren på en rekke forhold. Fra det å oppleve å få støtte fra sjefen, at arbeidsplassen har de tilgjengelige ressursene som trengs for å gjøre en god jobb til det å være kvalitativt fornøyd med arbeidet man selv utfører. Blant de mer kvantitative aspektene var tidspress og mulighet til å selv å bestemme arbeidstakten signifikante variabler. Andre forhold som differensierte tydelig var om man jobbet i det yrket man ønsket og på den arbeidsplassen man ønsket, og ikke ble stilt overfor uforenlige krav. Men også forhold i den private sfæren så ut til å spille en rolle: Om oppgavene på hjemmebane krever for mye av en, så synker også muligheten til å holde seg langtidsfrisk. Så forskjellige variabler som økonomi og det å ha gode relasjoner til sine nære hadde dessuten et tydelig utslag (Aronsson og Lind, 2004 i Saksvik og Finne, 2009). Johnsson og hans kollegaer på sin side peker på fire viktige helsefaktorer på arbeidsplassen spesielt: Et rådgivende, i motsetning til et autoritært lederskap, med fokus på hvordan det skal være på sitt beste. Et åpent arbeids-klima som

innebærer høy grad av delaktighet og reell medbestemmelse som gjør det til en selvfølge at man tar ansvar både for seg selv, kollegaene, virksomheten og arbeidsgleden. Et kreativt miljø med takhøyde og toleranse hvor den enkelte er god nok i seg selv. Alt dette samtidig som arbeidsplassen også har en bevisst organisering med klare mål. Hvis disse fire forutsetningene foreligger så vil arbeidsplassen ha flere langtidsfriske enn andre arbeidsplasser (Johnsson et al., 2006).

Dette er faktorer som tilsynelatende langt på vei også bidrar til å dekke de grunnleggende behovene for kompetanse, tilhørighet og autonomi som Deci og Ryans selvbestemmelsesteori postulerer. Det sentrale premisset i denne teorien er nettopp vi som mennesker kan ta aktive valg og at vi har iboende ønsker om personlig vekst og vitalitet, som enten tilfredsstilles, eller tvert imot motarbeides, av omgivelsene og den situasjonen vi befinner oss i (Deci & Ryan, 2000). Vi drives eller motiveres til å fylle disse behovene, men det er når disse behovene er fullt ut tilfredsstillt, når vi opplever en følelse av mestring, tilhørighet og valgfrihet på arenaer som er viktige for oss, at vi viser maksimal motivasjon og føler optimal velvære. Omvendt så er det når disse behovene blir forpurret vi opplever underskudd både når det gjelder motivasjon og tilfredshet. Når de langtidsfriske videre selv beskriver den ideelle arbeidsplassen så er det faktorer, nærmest ordrett i tråd med Antonovskys teori om sunnhetens tilblivelse, som synes å gjelde. Følelsen av tilhørighet og sammenheng og at man opplever tilværelsen som håndterbar, begripelig og meningsfull er blant de viktigste av punktene. Men også her fremsettes tanker rundt opplevelse av indre motivasjon i form av arbeidsglede, behov for delaktighet og utvikling av egen kompetanse (Johnsson et al. 2006).

Studier har vist at følelsen av å være kompetent eller mestre tilværelsen faktisk ikke vil forsterke indre motivasjon uten samtidig å ha med opplevelsen av autonomi og indre årsaksplassering. Det er med andre ord et ikke nok å erfare kompetanse eller mestring. I tillegg er det essensielt å erfare sine egne handlinger som selvbestemte (Ryan & Deci, 2000). Mye av forskningen på dette området har derfor fokusert på autonomi versus kontroll, framfor kompetanse i seg selv. Flere av funnene til Deci og Ryan, og andre som har forsket på dette, har vist at ytre påvirkning som for eksempel belønning, trusler, tidsfrister, direktiver, evalueringer og påtvungne mål svekker indre motivasjon fordi det fører til en ytre oppfattet årsaksplassering. Det motsatte er å få aksept for følelser, ta egne valg og eget initiativ, som virker autonomistøttende og derfor forsterkende på den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2000). Feltstudier har for eksempel vist at lærere som er autonomistøttende mot sine elever, får mer indre motiverte elever enn de som ikke gir autonomistøtte. Lignende studier gjort på

foreldre og deres barn viser det samme (Ryan & Deci, 2000). Det er da generelt, og spesielt i lys av ”langtidsfrisk” funnene, ikke grunn til å tro at ikke medarbeidere vil kunne reagere på samme måte, selv om Johnsson og hans kolleger så vidt jeg har funnet ikke har brukt verken selvbestemmelsesteorien eller jobbengasjement som begreper i sitt prosjekt.

4.3.2 Indre og ytre motivasjon

Indre motivasjon refererer til engasjement for aktivitetens egen del. Ingen applauderer suksessene våre og det vanker heller ingen premier utenfra. Aktiviteten, som det å gå på jobben, er belønning i seg selv og derfor motiverende. Autonomi er ikke bare viktig for utvikling av indre motivasjon. Indre motivasjon er også viktig for å kunne være aktør i sitt eget liv. Den er med på å støtte selvbestemmelsen og føre til at mennesket handler med intensjon om noe. I motsatt fall handler man ut fra ytre faktorer og ytre motivasjon, og kan dermed bli en brikke som ikke reflekterer over egne valg og handlinger (Deci & Ryan, 1985). En av underteoriene i selvbestemmelsesteorien, kalt *Cognitive evaluation theory* (CET), fokuserer nettopp på faktorer som kan forklare variasjoner i indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000) Ytre motiverte handlinger kan likevel i flere situasjoner være nødvendig. Slike handlinger kan dessuten overføres til indre regulering over tid, hevder Deci og Ryan. Da får man en internaliseringsprosess, som nevnt tidligere, som kan føre til at individet blir mer selvbestemt i den sosiale verden. Et barn kan for eksempel bli ledet til å mestre, tilegne seg og internalisere atferd som det ikke er indre motivert for, men som har en verdi i det sosiale miljøet. Et eksempel kan være barn som ønsker å prestere godt i skolen, fordi det kan bidra til å nå bestemte mål det har satt seg. For at aktiviteten skal være fullstendig internalisert må barnet føle at det nytter å jobbe godt med skolearbeid, at det er en selvbestemt aktivitet, og at han eller hun gjør det for sin egen del. På den måten blir aktiviteten integrert hos individet, selv om det ikke i utgangspunktet fører til indre motivasjon Den enkelte kan også bedømme sin egen atferd ut fra bestemte verdier. Hvis resultatet av en handling har verdi for individet så kan individet lettere akseptere atferden sin som sin egen (Deci & Ryan, 1985).

Forskjellen på indre motivasjon og internalisering er at indre motiverte handlinger er spontane og bygger på interesse hos individet, mens internaliseringsprosessen handler om å internalisere ytre verdier og atferd slik at handlingene oppleves som selvbestemt. Prosessen krever at individet får autonomistøtte, struktur og trygge relasjoner. For at

internaliseringsprosessen skal fungere optimalt er det derfor viktig at behovene for autonomi, kompetanse og sosiale relasjoner blir tilfredsstilt (Deci et al. 1994; Grolnick et al., 1997 i Hetland og Hetland, 2009). Det er altså ikke sånn å forstå at indre og ytre motivasjon nødvendigvis er motsetninger (Deci & Ryan, 1993). Det begrunnes nettopp med at individet også kan føle seg autonomt i ytre aktiviteter. Det er imidlertid avhengig av at internaliseringsprosessen fungerer optimalt og at de ytre reguleringene er i samsvar med selvet. Det vil si at individet regulerer holdninger, tro eller atferd fra ytre kilder, og transformerer de ytre reguleringene til personlige verdier eller reguleringsstiler. Ytre motivert atferd kan med andre ord i teorien variere i grader av slik selvbestemmelse.

Selvbestemmelsesteorien går så langt at den postulerer at alle verdier, holdninger og atferdsreguleringer som i utgangspunktet er ytre, kan internaliseres i individet, men at det avhenger av om individet har et miljø rundt seg, som er med på å støtte en slik prosess (Grolnick et al., 1997 i Hetland og Hetland 2009). Denne tenkningen må kunne overføres til arbeidstakere, og understøttelse av jobbmotivasjon gjennom autonomistøttende ledelse.

Jamfør påpekingen av at organisasjoner med mange langtidsfriske faktisk har vist seg å ha nettopp et støttende, heller enn et autoritært lederskap (Johnson et al., 2006). I nærvarsarbeid kan det i lys av denne teorien imidlertid tenkes at arbeidsgivere, og for så vidt også konsulenter og forskere som legger sterk vekt på og handler ut fra at fravær og nærvær skapes av ytre fravær- og nærværdrivende faktorer, kan "ta" opplevelsen av autonomi og kontroll over eget liv fra den enkelte og opprettholde en følelse av "lært hjelpeløshet" og slik også legitimere en personlig ansvarsfraskrivelse. Samspillsdefinisjonen på stress, som er sitert tidligere i denne oppgaven, framholder jo nettopp at det verken er situasjonen eller personen i seg selv som skaper forståelsen av stress eller belastning. Det er derimot er samspillet mellom situasjonsbetingelsene på den ene siden og de indre, individuelle reaksjonene på den andre siden, som er nøkkelen (Lazarus og Folkman, 1984). Som Antonovsky hevder med bakgrunn i sin forskning så er nemlig helse ikke bare, kanskje ikke en gang først og fremst, et spørsmål om hva vi utsettes for, men også om vår evne til å takle det som skjer i livet. Eller som den østeriske, jødiske psykiateren Viktor Frankl (1996) formulerte det etter sin dyrekjøpte erfaring, han overlevde tre år i konsentrasjonsleirer under den andre verdenskrig, at det er mulig å frata mennesket alt, med ett viktig unntak: Friheten til å velge hvordan man vil forholde seg til en hvilken som helst situasjon . Subjektive helseplager som en konsekvens av forhold i vår arbeidslivssfære er heldigvis neppe så voldsomme eller så potensielt fatale, men de har en likevel en tendens til å føre til en redusert opplevd livskvalitet hos en del mennesker (Tveito, Passchier, Duivenvoorden, & Eriksen, 2004) Ikke minst derfor vil valget

kunne påvirkes av den enkeltes individuelle tolkning av sin egen situasjon og av verden omkring seg.

4.3.3 Affektive og ikke- affektive faktorer

På tross av det man vet om den gjensidige påvirkningen mellom individet og dets omgivelser og de kognitive prosessene som gjør seg gjeldende, så deles likevel i forskningen ofte i undersøkelser av affektive og ikke-affektive faktorer (Jex, 2002). Med affektive faktorer menes de forhold som er knyttet til arbeidstakeres opplevelse, tolkning og vurdering av egen arbeidssituasjon, for eksempel jobbtilfredshet, psykososiale krav og selvbestemmelse. De ikke-affektive faktorene er karakteristika, eller harde fakta, som beskriver arbeidstakerne i seg selv, som for eksempel kjønn, alder, sivil status, utdanning, sosioøkonomisk status, yrke og tilsvarende. I forhold til noen affektive faktorer, for eksempel psykososiale krav, kontroll og sosial støtte finnes det en akkumulativ forskning som understøtter de teoretiske modellene (Gamperie et al., 2007) Det som det kan stilles spørsmål ved, er generaliserbarheten av dem. I stresslitteraturen finnes det jo, som tidligere påpekt, evidens for at ubalanse mellom innsats og belønning skaper stress og helse- problemer hos arbeidstakere (Siegrist et al., 2004). Det vi vet lite eller ingen ting om er hvem og hvor mange som opplever denne uhelseskapende ubalansen mellom innsats og belønning, og derfor hvilken betydning dette til syvende og sist har for det generelle sykefraværet (Gamperiene et al., 2007) På nåværende tidspunkt eksisterer det heller ingen oversikt eller registre i Norge som på en helhetlig måte kan belyse samspillet mellom affektive og ikke-affektive faktorer i forhold til sykefravær ut fra den fraværs og nærværsforskningen som faktisk er gjennomført.

4.3.4 Ubalanse i samspillet individ-miljø

For hva skaper egentlig forskjellene? Her er det ulike svar i litteraturen: noen peker på dårlig ledelse, andre understreker graden av medvirkning under omstilling og nedbemanning (Gamperiene et al., 2007) En tredje forklaring går på at det psykososiale arbeidsmiljøet ikke er godt (Svensen, 2007). Erling Svensen (2007) konkluderer i sin doktorgradsavhandling med at enkle modeller der arbeidsmiljøfaktorer som omstilling/nedbemanning, dårlig arbeidsmiljø eller dårlig ledelse direkte fører til uhelse ikke er korrekte. Han fant i den første av tre undersøkelser tvert imot belegg for at ikke alle berørte ansatte risikerer forringet helse under omstilling i form av for eksempel nedbemanning. Den avgjørende dimensjonen synes nettopp

å ligge på individnivå heller enn på organisasjonsnivå, og vil være avhengig av om endringen en står overfor fortolkes som en trussel eller mulighet av den enkelte. I sin undersøkelse nummer to konkluderte han også med at arbeidsmiljøet bare hadde begrenset innflytelse på uhelse, og også her var det individets egen tolkning av situasjonen de sto oppe i som framsto som den reelle nøkkelfaktoren. Resultatene av hans tredje undersøkelse bekreftet viktigheten av individets egen oppfatning når en potensiell stressorer vurderes (Svensen, 2007).

Resultatene støtter med andre ord ikke en hypotese om at omstilling, dårlig arbeidsmiljø eller dårlig lederskap er de viktigste faktorene for dårlig helse. Oppfatningen kan faktisk veie tyngre enn situasjonen og atferden i seg selv, mener han. Lignende resultater finner man også i andre undersøkelser (Tvedt, Saksvik og Nytrø, 2009). Som det også ble postulert i CATS teorien (Ursin og Eriksen, 2004), var de individuelle persepsjonene av de potensielle stressorene som viste seg å være viktigst. Avhandlingen til Svensen gir dermed tyngde til teorien om hvilken betydning individuell fortolkning potensielle belastninger kan ha. Resultatene i disse undersøkelsene kan også forklare hvorfor tiltak mot sykefravær rettet mot den enkelte ser ut til å ha bedre resultater enn tiltak på system eller organisasjonsnivå (Svensen, 2007). Sannsynligvis er det likevel ikke snakk om et enten eller, men et både og. Effekten belastninger eller stress har på en person baseres dermed på personens opplevelse av trussel, av sårbarhet og av mulighetene for å kunne hankses med situasjonen, i like stor grad som på hendelsen i seg selv. Og det er først når individet på en eller annen måte oppfatter en hendelse om skadelig eller truende mot sin likevekt og sitt velvære, fordi kravene overstiger de ressursene individet har til rådighet, at den enkelte personen mobiliserer beskyttelsestiltak for å gjenopprette balanse og kontroll (Lazarus, 1999). Det sentrale blir da ubalanse i samspillet mellom miljø og individ, og det hele blir en prosess der både miljøfaktorer og individuelle faktorer må tas med i betraktningen. Både årsaksfaktorer, kognitive mekanismer og reaksjonsmønstre inngår dermed i resultatet. Av samme grunn kan man heller ikke måle styrken på en belastning eller stressor uten å ta hensyn til hvordan den enkelte tolker denne, og tolkningen vil igjen avhenge av den enkeltes sårbarhet. Den enkeltes sårbarhet vil i sin tur avhenge av en rekke forhold hos det enkelte individ. Noe som igjen er vanskelig å måle og ta høyde for fordi den avhenger av alt fra personlighetstrekk til tidligere opplevelser og erfaringer og den enkeltes tolkninger av disse, samt individets samlede kompetanse i vid forstand. Et individuelt og subjektivt regnskap som igjen vil være dypt forankret i den enkelte. I tillegg kan vi også regne med at individets sårbarhet ikke er et stabilt trekk, men også vil kunne forandre seg over tid etter som man høster og fortolker nye erfaringer og tilegner seg

ny kompetanse. Stimuli i seg selv vil uansett være svært vanskelig å kategorisere fordi to hendelser sjelden er helt like. Kroppen vår skiller dessuten ikke mellom tenkt eller ekte trussel. Mellom reell overbelastning og oppfattet overbelastning. Bare det å tenke på det å ha alt for mye å gjøre, en potensiell fare, urettferdighet eller mulig fornærmelse i emning kan få stress- alarmen til å gå av og sette beredskapsprogrammet vårt på fullt. Vi kan altså ikke alltid stole på følelsene våre i slike sammenhenger. Noe må settes på kontoen for ”falsk alarm”, men vil likevel kunne gi mestringsproblemer og knyttes til subjektive helseplager og sykefravær. Som for eksempel Siegrist (1996,1999) dokumenter gjennom undersøkelser knyttet til sin modell, og gjennom antagelsen om at ulike individer vil ha ulike opplevelser av hva som er rettferdig eller en god balanse mellom innsats og belønning. Og at de vil reagere ulikt på det de opplever som ubalanse eller urettferdig. Siegrist fremsetter gjennom sin modell tre hypoteser: For det første at ansatte som opplever at arbeidet krever store anstrengelser, men også opplever at de mottar liten eller for liten belønning løper en større risiko for stressrelaterte lidelser enn de som ikke opplever en slik ubalanse. For det andre at de som skårer høyt på overengasjement (De Jonge, ukjent år) har høyere risiko for å utvikle stressrelaterte lidelser. Og for det tredje at den høyeste risikoen for utvikling av stressrelaterte lidelser vil oppstå blant ansatte som tilfredsstillt kriteriene i begge de to første hypotesene. En *opplevelse* av utilstrekkelig belønning og verdsettelse i arbeidsrollen er nok til at økt risiko for ulike sykdommer kan gjøre seg gjeldende.

4.3.5 Personlighet

Så vidt jeg kan finne er ingen av de refererte studiene om langtidsfriskhet kontrollert direkte for personlighet. Johnsson et. al (2006) lette imidlertid etter det de kalte kjennetegn ved de langtidsfriske. Det han og hans kollegaer fant i den sammenhengen var at de langtidsfriske er ansatte som trives godt, og som opplever lite fysisk besvær. Det er ikke det at de ikke har like mange diagnoser og plager som andre, men at de ikke opplever sykdommene og plagene som like besværlige. Psykisk er de faktisk tilsynelatende mer belastet enn andre og må anstrenge seg en del for å klare arbeidsoppgavene sine, men trives med det. De føler seg derfor sjelden nedtrykt, og færre har søvnforstyrrelser blant de langtidsfriske enn blant øvrige arbeidstakere. Videre bekymrer de seg mindre for egen helse, men oppsøker lege oftere for å søke råd om hvordan de kan holde seg friske. Sist men ikke minst er de typisk fremtidsoptimister og ser på arbeidslivet som en utfordring (Johnsson et al., 2006). Tilsynelatende er altså de

langtidsfriske mennesker som ikke nødvendigvis er friske, men har en personlig positiv og optimistisk holdning til livet generelt og arbeidsplassen spesielt. Dette er i tråd med generell forskning på subjektivt velvære og lykke som for lengst har konkludert med at det finnes klare sammenhenger mellom kropp og sjel hvor ikke bare angst og nedstemthet er en fare for helsen vår fordi de framkaller stress, men også at gode følelser stimulerer immunsystemet vårt og motvirker stress og de skadelige følgende av det (Klein, 2004). Mange studier viser dessuten at mennesker som opplever å være lykkelige både løser problemer bedre og raskere, er mer kreative og mer oppmerksomme og mer villige til å se det gode hos andre. De satser til og med mer på det felles beste og er flinkere til å hjelpe hverandre (Klein, 2004) Nettopp fordi, som Kelly (1956) for lengst postulerte: at tanker og følelser er to sider av samme sak.

4.3.6 Livets gode sirkler

Det er i dag liten tvil om at et godt arbeidsmiljø for eksempel fremmer velbefinnende, som igjen har innvirkning på nærvær, arbeidsprestasjon og kvalitet (Aronsson & Lindh, 2004 i Saksvik og Finne, 2009). Er vi så heldig å havne i en av ”livets gode sirkler”, hvor alt ”stemmer” og viktige forhold ved arbeidsoppgaver, arbeidsmiljø og privatlivet er på plass og trekker i positiv retning, kan vi lett tenke at nærvær er et enkelt og nærliggende valg. Det er heller ikke grunn til å tvile på at hvis man i motsatt fall bærer på en allerede eksisterende sårbarhet, fysisk eller psykisk, så kan selv det minste av stress og belastninger tvert imot kunne virke sammen med denne sårbarheten og forårsake sykdom og fravær. Blant andre Nytrø (1995) har utdypet dette og han inkluderer også forhold fra den private sfæren som påvirkningsfaktorer. Nytrø opererer med fire kategorier faktorer som påvirker om arbeidstakeren går for sykefravær eller jobbnærvær. Den første kaller han positive nærværsfaktorer. Forhold ved selve arbeidet og arbeidssituasjonen som gjør at arbeidstakeren har lyst til å gå på jobben. For eksempel interessante arbeidsoppgaver og trivelige kollegaer eller kunder/brukere. Han er også inne på negative nærværsfaktorer. Forhold som forplikter den ansatte sterkt til å gå på jobben på grunn av ulike typer press som for eksempel frykt for sanksjoner av ulikt slag, sterk moralsk forpliktelse eller følelsen av å være ”unnværlig” og svikte arbeidsplassen og kollegaer ved fravær. Dette er de faktorene som kan tenkes å utløse prestasjonspress og nærværspress som igjen over tid kan slå negativt ut på helsen. Den tredje kategorien er de positive fraværsfaktorene. De handler om forhold utenfor jobben som fører til fravær. Som for eksempel det på å ta vare på egen helse og sosiale forpliktelser utenfor jobben. Sist men ikke minst tar han med de negative fraværsfaktorene som gjelder forhold i

arbeidet som fysisk belastende oppgaver eller psykiske belastninger i form av konflikter og lignede som fører til at arbeidstakeren på sikt får mestrings- og helseproblemer (Nytrø, 1995). Aronsosn og Lindh (2004 i Saksvik & Finne 2009) mener imidlertid på bakgrunn av funnene i sin studie at det er forholdene i arbeidslivet som har størst betydning når det gjelder langtidsfriskhet, selv om altså spillover effekter fra den private sfæren har betydning. En rekke studier har nemlig også vist at hvordan hjemmesituasjonen og privatlivet til den enkelte er også vil påvirke hvordan vedkommende fungerer i arbeidslivet (Hammer, Saksvik, Nytrø, Torvatn, & Bayazit, 2004). Men det er ikke nødvendigvis noen absolutte sammenhenger mellom noen av disse faktorene. Det finnes mange eksempler på mennesker som tilsynelatende på alle måter har et godt liv, men det hindrer dem ikke i å føle seg dårlig. Tristhet og nedstemthet synes nærmest å ha blitt en ny folkesykdom. På den annen side finnes det nok av eksempler også på det motsatte. Mennesker som ser ut til å ha trukket det aller korteste strået her i livet, lar seg likevel ikke hindre i å ha det godt (Serevan-Schreiber, 2008; Gilbert, 2007).

4.3.7 Positive forventninger og mestring

En videre innfallsvinkel i tråd med dette kan være å ta tak i det med å styrke den positive forventningene om mestring. Mestringsbegrepet blir som vi har sett i den engelskspråklige litteratur referert til gjennom to ulike begreper: På den ene siden den aktive tilnærmingen ”coping” som viser til selve prosessen som det er å respondere på krav og utfordringer man møter. Sempelthen håndtere situasjonen. Dette ligger tilsynelatende nært Lazarus og Folkmans definisjon av mestring som nettopp *”constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”* (1984). De benytter dessuten begrepet mestring først og fremst om situasjoner som oppleves som en byrde og som overstiger personens ressurser, og ikke om situasjoner hvor vi tilpasser oss automatisk. Den mer passive tilnærmingen ”mastery” som refererer til den grunnleggende bakenforliggende forventningen individet har om et positivt resultat, gir den andre innfallsvinkelen. Dette er i tråd med mestringsbegrepet slik vi finner det i The Cognitive Activation Theory of Stress, CATS (Ursin & Eriksen, 2004). I CATS blir det beskrevet at individet opplever mestring allerede når det har en såkalt ”positiv respons forventning” det vil si at individet forventer, i betydningen regner med, at det vil klare å håndtere de situasjonene det kommer opp med et vellykket eller positivt resultat (Ursin & Eriksen, 2004). Flere teoretikere har tatt tak i sammenhengen mellom nettopp positive

forventninger og mestring. Banduras (1997) begrep "self-efficacy" synes for eksempel å spille på en slik tilnærming og er kanskje det mest kjente av dem. Begrepet viser til en form for mestringsforventning knyttet til både egenskaper ved personen det gjelder, tidligere erfaringer med å møte utfordringer og omfanget av krisen/utfordringen man står ovenfor. Både formell og uformell sosial og praktisk støtte, samt tilgjengelige ressurser i miljøet anses å ha stor betydning for en persons mestringsforventning og påvirker både direkte og indirekte, den enkeltes mestring. Begrepet self-efficacy blir imidlertid også brukt i minst to ulike sammenhenger eller tilnærminger. For det første i noen sammenhenger som et begrep som viser til den enkeltes subjektive mestringsevne i spesifikke kontekster. Begrepets opphavsmann, Bandura, argumenterte selv for at høy grad av self-efficacy når det gjelder visse ting, ikke nødvendigvis fører til at vedkommende også har høy grad av self-efficacy innen et annet område (Bandura, 1997). Andre forskere har videreutviklet self-efficacy som et mer vidtfaende begrep hvor man tenker seg at høy grad av mestring i ulike situasjoner kan generaliseres til en mer global og generell tillit til egen mestringsevne; en stabil opplevelse av personlig kompetanse og et trekk ved individet som kan forklare et større spekter av menneskelig atferd uavhengig av en spesifikk kontekst, også kalt generell self-efficacy (GSE) eller livsmestring (Leganger, Kraft, & Røysamb, 2000).

Individer som scorer høyt på self-efficacy tilnærmer seg utfordrende oppgaver med en innstilling om at utfordringen kan mestres, og de vil ofte føle en sterkere forpliktelse mot målet, legge mer anstrengelse i oppgaven og ha lengre utholdenhet enn personer som skårer lavt på denne skalaen. Det vil si at mennesker med høy grad av self-efficacy lettere ser mulighet for å gjøre endringer i sitt eget liv og opplever mindre motløshet enn mennesker som skårer lavt på self-efficacy (Bandura, 1997). I noen studier er det funnet at self-efficacy er relatert til andre psykologiske begreper og trekk. Lav grad av self-efficacy er knyttet til blant annet angst, depresjon og hjelpeløshet, mens sterk grad av self-efficacy synes å være assosiert med positive begreper som tilfredshet, selvtillit, optimisme, nysgjerrighet og motivasjon (Leganger et al., 2000). Siegrist (2006) for eksempel hevder at en arbeidsplass som klarer å bygge opp under individenes self-efficacy gjennom å gjøre dem i stand til å bruke sine ferdigheter og å oppleve kontroll, skaper et psykososialt arbeidsmiljø som har positive effekter for den enkeltes velvære og helse. Undersøkelse har blant annet også vist at ansatte som har en lav grad av self-efficacy opplever arbeidskrav og rolleforpliktelser raskere som en belastning enn de med høy grad. De med høy grad av self-efficacy opplever det derimot mer frustrerende når mulighetene deres til å bruke egne

ferdigheter blir begrenset (Bandura, 1997). I en studie fra 1987 ble det sett på om self-efficacy faktisk kunne predikere nærvær hos ansatte. Med utgangspunkt i teorien ble det utviklet et ”self-management” program som en intervensjonsgruppe gjennomførte i løpet av fire måneder. Opplevd SE ble testet ved baseline, etter intervensjonen og etter 3 måneder hos intervensjonsgruppen og en kontrollgruppe. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde signifikant høyere opplevd SE og større grad av nærvær etter 3 måneder. En oppfølgingsstudie ble utført etter 6 og 9 måneder og også på disse tidspunktene var opplevd SE og nærvær signifikant høyere enn hos kontrollgruppen (Latham & Frayne, 1989). Dette ble tolket som at økt grad av opplevd SE gav de ansatte et handlingsmønster slik at de lettere kunne klare å overkomme personlige og/eller strukturelle hindringer som kunne påvirke den enkeltes opplevde mulighet til å gå på jobb (Latham og Frayne, 1989). Studien støtter i ytterste konsekvens slik også opp under en antagelse om at livsmestring og motivasjon læres/opparbeides. I følge Antonovsky (2004) vil også arbeidstakere som har en sterk opplevelse av sammenheng (SOC) i tilværelsen, det vil si en forventning om tillit til at man vil oppleve de ulike situasjonene man erfarer som begripelige, håndterbare og meningsfulle, oppleve at de har god helse til tross for høy psykososial belastning i arbeidslivet. Mange studier har dessuten vist at mennesker med høy SOC rapporterer bedre fysisk og i særlig grad mental helse og livskvalitet enn mennesker med lav SOC (Eriksson, 2007).

4.3.8 Mestringsstil

Med fokus på individets autonomi og muligheter til selv å velge er mestringsstil en viktig innfallsvinkel. Mestringsstil er her betegnelsen på hvordan de enkelte menneske velger å takle den situasjonen det står ovenfor. I begrepet legges også gjerne antagelsen om at den enkelte har en generell tilbøyelighet til å hankses med stressende situasjoner på en bestemt måte (Taylor, 2012). En typisk mestringsstil er tilbøyeligheten til en minimerende stil hvor unngåelse er metoden i motsetning til en konfronterende hvor man heller velger å gå inn i problematikken.

En annen er tilbøyeligheten til å fokusere på det negative. Det som ikke fungerer og bekymre seg for muligheten for at ting skal gå galt, istedenfor å velge det positive og ha tro på en løsning inntil det motsatte er bevist (Taylor, 2012) Hvorvidt individets mestringsstiler er stabile og hvorvidt enkeltindividene er konsekvente i bruk av mestringsstiler synes imidlertid i tilgjengelig teori å være noe uklart. Folkman og Lazarus (1980) hevder på sin side at mestringsstiler ikke er stabile, men en respons på den aktuelle situasjonen og vil dermed

kunne variere fra en situasjon til en annen. Samtidig er det mye som tyder på at vi har en iboende tendens til å velge som vi alltid har gjort. At vi handler i tråd med tillærte mønster. Beck (1976) beskriver for eksempel videre hvordan ulike typer slutningslogikk med fenomener som vilkårlige slutninger, selektiv oppmerksomhet, overgeneralisering, feilvurdering av en hendelses betydning, personliggjøring og svart-hvitt-tenkning, har sammenheng med psykiske helseproblemer. Det ville imidlertid være feil å anta at den kognitive tilnærmingen samtidig stenger for muligheten til å lære nye måter å tenke og handle på.

Et videre spørsmål i denne sammenhengen blir så om det kan trekkes paralleller mellom mestringsstiler på den ene siden og responsforventninger på den andre. Lazarus og Folkman (1980) stiller seg tilsynelatende skeptisk også til dette. Mestringsstiler refererer i utgangspunktet til tilnærminger enkeltindivider har til ulike situasjoner og utfordringer det kommer oppi, men sier ikke nødvendigvis noe om de forventningene den enkelte har til de ulike enkeltsituasjonene som oppstår. For å oppnå mestring er den sosiale situasjonen som mestringen foregår i det avgjørende. Det å høre til en gruppe for eksempel teller positivt når man skal skape mestring. Andre faktorer som er viktige for å oppnå mestring er regulering av rett og slett kontroll over eller regulering av følelser slik at en blir i stand til å bevisst velge hvordan man vil håndtere situasjonen, velge mestringsstil, og bevaring av selvfølelsen - noe som kan skje ved at en får erkjennelse og bekreftelse på egne reaksjoner slik at reaksjonene ikke skader selvfølelsen, å ta egne valg ut i fra egen bakgrunn slik at passivitet unngås, og sosial kontakt (Malt, 1982). Om den enkelte forventer å komme ut av situasjoner seirende eller frykter å måtte se nederlaget i øynene, synes imidlertid også å være viktig for hvilken mestringsstil som velges. CATS teorien innebærer at responsforventninger bygger på tidligere erfaringer og vil kunne generaliseres til ulike situasjoner (Levine & Ursin, 1991; Ursin & Eriksen, 2004). Andre har hevdet at responsforventninger hovedsakelig er tilknyttet individuelle forskjeller (Montgomery, David, DiLorenzo, & Erblich, 2003). Slike individuelle forskjeller kan tilskrives, som tidligere nevnt, opplevelse av sammenheng fordi begge bygger på tidligere erfaringer (Antonovsky, 1979, 2000). Det er også mulig at flere ulike mestringsstiler vil kunne tas i bruk samtidig. Studier har vist at pasienter med omfattende og vedvarende plager som har funnet en måte å håndtere tilværelsen på har en tendens til å skåre høyt på de fleste mestringsstiler nettopp fordi de har en tendens til å ta i bruk flere mestringsstiler for å finne best mulig måte å håndtere plagene sine på (Rosenstiel & Keefe, 1983). Man kan derfor tenke seg at det fort vil være både nyttig og mulig å ta i bruk for

eksempel både kognitive og atferdsmessige strategier og bygge opp et handlingsrepertoar. Utførte vitenskapelige undersøkelser tyder på det samme. Ryggpasienter for eksempel tar ofte i bruk ulike mestringsstiler som inkluderer både kognitive og atferdsmessige aspekter når de opplever smerte (Rosenstiel & Keefe, 1983). Det har også blitt funnet en klar negativ sammenheng mellom høy grad av mestring og lav grad av pseudonevrologiske plager både hos et utvalg fra normalbefolkningen og hos pasienter med ryggplager (Eriksen, Ollf og Ursin, 1997). Mye tyder også på at det er en sammenheng mellom bekymring generelt og somatiske plager. En sammenheng som kan forklares ut ifra den vedvarende aktiveringen som utløses av hverdagens mange små og store bekymringer enten disse utgjør reelle eller tenkte trusler.

4.3.8.1 Negativ mestring – fravær som problemløsning.

Det er midlertid ikke slik at mestringsbegrepet er utelukkende positivt ladet i forhold til nærvær. Det vil alltid være former for negativ mestring, fravær i seg selv kan forstås som en mestringsstrategi som velges fordi vi ser det som den eneste utveien når vi opplever at den totale summen av belastninger blir for store i forhold til egne ressurser. Fravær kan dessuten tenkes å oppleves som den løsningen som gir størst personlig gevinst i henhold til for eksempel rekonvalesens, økonomi og støtte fra omgivelsene. Fordelen med en passiv sykerolle/fravær fra jobben er jo for eksempel at omgivelsene blir minnet på å ta hensyn, og at det faktisk er tillatt i lovs form å unndra seg belastende plikter. Det er lov å være syk, og sykerollen i det norske samfunnet er dessuten tradisjonelt en passiv rolle (Teigen, 2008). Ulempen er imidlertid at passivitet ofte blir til hinder for mestring av eget liv og egen sykdom/ plager. Spesielt ved langvarige problemer kan en aktiv rolle være en mer hensiktsmessig måte å takle selve sykdommen på blant annet fordi man vet at fravær også kan ha negative individuelle effekter ut over de problemene fraværende ansatte forårsaker på arbeidsplassen (Teigen, 2008). Langtidssykefravær kan faktisk regnes som noe som i seg selv skaper problemer fordi det er lettere å miste sin identitet som arbeidstaker jo lenger tid det går før man friskmeldes og er tilbake i jobb (Nytrø, 1995). Langvarig fravær fra jobben innebærer for mange en mer passiv og isolert tilværelse totalt sett. Tilknytning til arbeidsplassen svekkes og mestringsopplevelser knyttet til jobben vil dermed reduseres. Undersøkelser har vist at langtidsfravær faktisk også kan gi negative effekter blant annet på fritidsaktiviteter og øvrig sosial aktivitet, redusere selvtillit og være negativt for psykiske helse mer generelt (Floderus, Gøranson, Alexanderson og Aronsson, 2003). Opplevelsene og konsekvensene av fravær

trenger imidlertid ikke å være konstante gjennom hele fraværperioden. Andersen og Nytrø (1994) for eksempel har delt sykefravær inn i fire faser: Tilbaketrekning, begynnende bedring, gråsonen mellom syk og frisk og integrering tilbake på jobb.

4.3.8.2 Kjønnforskjeller

Kvinner har lavere nærværprosent enn menn på norske arbeidsplasser generelt (statistikk). Kvinner ser også ut til å rapporterte om mer av både pseudonevrologiske plager og subjektive helseplager generelt enn menn (Ihlebak & Eriksen, 2003; Ihlebæk et al., 2002). Samtidig er det også påvist kjønnforskjeller i valg av mestringsstil. Kvinner ser ut til å foretrekke og ha en mer omfattende bruk av sosial støtte som mestringsstil (Eriksen et al., 1997) mens menn i større grad tyr til aktiv instrumentell mestring. Den negative sammenhengen mellom instrumentell mestring og pseudonevrologiske plager kan forklares ut ifra positive responsforventninger da instrumentell mestring ofte brukes som operasjonalisering av positive responsforventninger (Eriksen & Ursin, 1999). Dette støttes av postuleringene i CATS teorien om at positive responsforventninger vil føre til mindre plager (Ursin & Eriksen, 2004). Hvis vi følger teorien vil dette helt konkret skyldes at positive responsforventninger føre til en mer kortvarig aktivering i nervesystemet (Levine & Ursin, 1991; Ursin & Eriksen, 2004). Sterk opplevelse av sammenheng (SOC) kan imidlertid også tilby en forklaring på sammenhengen mellom instrumentell mestring og pseudonevrologiske plager. En longitudinell studie viste at sterk SOC hadde sammenheng med aktive og problemfokuserede mestringsstiler og derigjennom faktisk hadde en effekt på individets helse (Amirkhan og Greaves, 2003).

5.0 FRA TEORI TIL PRAKSIS

Kunnskap finnes, men følges den opp, er et av spørsmålene vi kan stille oss i lys av den teorien og forskningen som finnes om hva som kan gjøre oss arbeidstakere friskere, lykkeligere, mer motivert og bidra til vår livsmestring slik at vi velger nærvær framfor sykefravær når vi føler vi trækker i motbakke. Det essensielle i Deci og Ryan (1985) sin teori om indre motivasjon er å se på hva som styrker og svekker denne motivasjonen, heller enn på hva som er årsaken til den. Det samme har vært et mål med denne oppgaven. Å vite hvem de nærværende er og hva som preger dem og deres omgivelser er en del av bildet, og interessant i seg selv. Men enda mer interessant er hvordan det vi vet om nærvær, de nærværende og nærværsfaktorer kan brukes til helsefremming og forebygging blant de som er på jobb på den

ene siden, og til å i utnytte nærværspotensialet i de allerede fraværende gruppene på den andre. Med andre ord det å omsette teorien til praksis.

Sykefraværstatistikken i landet vårt viser at muskel-skjelettsykdommer og mentale lidelser utgjør de to største diagnosegruppene med hensyn til sykepengeutbetalinger (SSB, 2012). Det er et faktum. Vi vet også mye om årsakssammenhenger og mekanismer i kjeden fysiske belastninger i arbeidet, muskel-skjelettsykdommer og sykefravær. Kunnskapen om forebygging, behandling og rehabilitering innen denne kjeden er også god (Gamperiene et al., 2007). Vi vet dessuten relativt mye om kjeden psykososialt arbeidsmiljø og ”lettere” psykiske helse- plager som stress, angst, søvnproblemer med mer. Kunnskapen om sammenhengene mellom psykiatriske diagnoser og sykemeldinger er også relativt god. Det en mangler kunnskap om er kjeden psykososialt arbeidsmiljø, psykiske helse og sykefravær, eller like gjerne nærvær. Kunnskapen er heller mangelfull også når det gjelder hvordan en skal forebygge og behandle psykiske lidelser og subjektive plager og negative helseoppfatninger innen rammene av arbeidsmiljøet. Selv om kunnskapen teoretisk er god i medisinske og ikke minst psykologiske kretser (Gamperiene et al., 2007).

Motivasjon og mestring oppstår som vi har sett i et komplekst samspill mellom individet, indre prosesser og ytre omstendigheter. Men selv om Lazarus og Folkmans (1984) sin samspilltilnærming til stress for eksempel intuitivt synes både forståelig og ”riktig” i lys av det vi nå vet om typisk menneskelige kognitive mekanismer, og at vi lett kan tenke oss prinsippet overført til nærværarbeid, så kan det vanskelig brukes til å predikere helse- og nærværutvikling som sådan. Forskning generelt og arbeidslivsforskningen spesielt har alltid hatt et tilsynelatende ambivalent forhold til individuelle forskjeller, i første rekke fordi vitenskapens oppgave oppfattes mer som søken etter generelle lover som gjelder på tvers av sammenhengene de opptrer i (Gamperiene et al., 2007).). En slik tilnærming er imidlertid lite fruktbart i nærværssammenheng. Her vil jo forskjeller mellom folks oppfatninger være regelen heller enn unntakene, og det gjør det jo svært vanskelig å si noe generelt om hvilke resultater som kan forventes. For det første er det selvsagt problemet med at man ikke kan måle styrken på stressoren uten å ta hensyn til hvordan den enkelte tolker denne, og tolkningen vil igjen avhenge av den enkeltes sårbarhet. Den enkeltes sårbarhet vil i sin tur avhenge av en rekke forhold hos det enkelte individ. Noe som igjen er vanskelig å måle fordi den avhenger av alt fra personlighetstrekk til tidligere opplevelser og erfaringer og den enkeltes tolkninger av disse og samt individets samlede kompetanse i vid forstand. Et regnskap som igjen vil være individuelt og dypt forankret i den enkelte. I tillegg kan vi regne

med at individets sårbarhet ikke er et stabilt trekk , men noe som vil forandre seg over tid etter som man går gjennom livsfaser, høster og fortolker nye erfaringer og tilegner seg kompetanse. Også stimuli vil altså være svært vanskelig å kategorisere nøyaktig fordi to hendelser ytterst sjelden er helt like.

Men, både nærværspresenten og en lang rekke individuelle historier, tenker jeg, viser oss jo at det er mulig å ha et rikt og aktivt liv på tross av til dels store fysiske og psykiske plager. Slik det hevdes at lykkeformelen finnes fordi mennesker kan være lykkelige under hvilke som helst omstendigheter (Klein, 2004), kan vi på bakgrunn av det vi vet også tenke oss at en nærværformel heller ikke nødvendigvis er langt unna. At en ”nærværformel” finnes behøver imidlertid ikke å bety at den er lett å iverksette. Hovedprinsippet i en nærværformel vil være bevisst å bruke tanken til å påvirke følelsene våre og hvordan vi har det. Tankene våre blir slik et redskap som kan brukes til å ta kontroll og styring over eget liv. Gjennom aktiv mestring er det en selv som skal bestemme, og ikke andre personer eller hendelser i omgivelsene. I kognitiv adferdsterapi for eksempel bevisstgjøres pasienten også på sine ubevisste tankemønstre, og hjelpes til å bygge opp nettopp alternative fortolkninger (Berge og Repål, 2000). På overflaten framstår derfor en nærværformels om teoretisk ganske enkel: Det gjelder bare å sørge for at ansatte bruker sine allmennmenneskelige, iboende kognitive mekanismer medstrøms. Og at de utnytter sitt potensiale for å være lykkelige. At de velger å fokusere på det positive og ta vanskelige situasjoner med det gode.

Det å forholde seg til livets utfordringer, plager og sykdommer på en måte som gjør at en får mest mulig ut av det livet en ønsker å leve kan imidlertid for mange kreve omfattende endringsprosesser. Målsettingen med tiltak i jobbsammenheng må imidlertid være å utvikle evnen til å takle belastninger, følelsesmessige og psykiske problemer og oppnå en personlig utvikling, generelt. Begrepet kognitiv viser, som vi har sett, til hva vi oppfatter, tenker eller husker om en hendelse på et spesielt tidspunkt, og om hvordan vi opplever og tolker dette og kognitiv psykisk trening bygger nettopp på en modell om sammenhengen mellom tanker, følelser og hendelser.

5.1 Lykkeformelen

Typiske mestringsressurser som går igjen i teorien er det å ha høy selv-aktelse eller selvfølelse, samvittighetsfullhet, egostyrke og optimisme. Det å ha en såkalt ”helsefremmende personlighet”; det vil si ha en opplevelse av kontroll, ha tro på seg selv og være

gjennomgående optimistisk ser ut til å være særlig viktig i sammenhengen. For lykkeformelen finnes nemlig påstår Stefan Klein (2004), som har gjennomgått det meste av relevant lykkeforskning de siste tiårene. Slik vi kommer til verden med evnen til å lære å snakke, er vi også programmert for de gode følelsene, hevder han. Med de riktige øvelsene kan man øke sin evne til lykke; vi kan trene opp og utvikle våre naturlige anlegg for de gode følelsene, slik som vi tilegner oss et fremmedspråk (Klein, 2004).

For verden slik vi erfarer den, blir først og fremst til i hodene våre. Hjernen bearbeider rådata som blir formidlet fra sanseorganene, i svært mange trinn, også ved de enkleste former for fornemmelser. Poenget er at vi kan, i alle fall delvis og etter øvelse, ha innflytelse på denne flertrinns ”databehandlingen” som ligger mellom en impuls fra omverdenen og vår reaksjon på den. I hjernen, og dermed i vår opplevelse av verden, er årsak og virkning nemlig sjelden skilt fra hverandre. De aller fleste koblingene i hodet så tett for bundet med hverandre at nesten hver hendelse igjen kan virke tilbake på seg selv – et prinsipp som i kybernetikken kalles et selvregulerende lukket system (Martinsen, 2003). Bruker vi disse mekanismene riktig, setter vi i gang en spiral oppover som i økende grad forandrer hjernen vår. Vi lærer gode følelser. Lykke kan med andre ord læres.

Sjelens og kroppens trivsel er med andre ord uløselig knyttet sammen. Emosjonene våre har sin opprinnelse i kroppen og aktivitet er beviselig blant de sikreste midler til å gjøre sinnsstemningen bedre. Aktivitet gjør deg nemlig mer lykkelig enn lediggang. Mye av grunnen til dette er nok ganske enkelt at negative tanker, sorger og bekymringer får fritt spillerom i hodene våre når hjernen vår ikke har annet å gjøre (Klein, 2004). Fravær er derfor en tap - tap situasjon i mange sammenhenger. Negative følelser som sinne, sorg eller misnøye forsvinner heller ikke nødvendigvis når vi lever dem ut; tvert imot kan vi risikere å forsterke dem ved å gi følelsene utløp og bruke tid og ressurser til å tenke på og snakke om alt som oppleves galt, vondt og vanskelig (Martinsen, 2003). Å være fri og uavhengig i sine avgjørelser er dessuten utvilsomt mer verd enn å få ønskene sine oppfylt. Det er også funnet forskningsmessig støtte for at selvledelse fører til økt selvopplevd mestringsevne (Prussia, Anderson og Manz, 1998 i Martinsen, 2003) I et studium gjennomført av Neck og Manz (1996) fant man dessuten at trening på de kognitive strategiene som er innfelt i selvledelsesteori også langt på vei gav ønskede resultater i form av økt jobbtillfredshet og entusiasme. Når arbeidssituasjonen er kjennetegnet av lav grad av styring og ytre kontroll, fikk dessuten folk med gode ferdigheter i å lede seg selv spesielt høy skåre i målinger av

jobbtilfredshet. Å ha kontrollen over egen skjebne er faktisk antatt å være, for de fleste av oss, en forutsetning for lykke og trivsel. Det er dessuten mye som tyder på at de som velger å tenke positivt ikke bare i større grad fungerer selvledende, men også beveger kontrollplasseringen tilbake til seg selv (Martinsen, 2003) Dette skulle stemme godt over ens med Deci og Ryan (1985, 1991) sin behovsteori hvor de hevder at relativ grad av personlighetstrekket autonomi hos individer støtter opplevelsen av kompetanse og selvstendighet, som igjen skaper indre motivasjon. I lys av dette skulle det også være rimelig grunn til å anta at det å trene på selvledelsesmetoder også kan fremme autonomi eller selvstendighet hos den enkelte.

5.2 Pessimisme og optimisme

Det karakteristiske ved pessimisme er nettopp at de pessimistiske som regel tror at negative begivenheter vil vare, kommer til å undergrave alt de foretar seg og at de selv er skyld i det. Optimister som utsettes for den samme motgangen, oppfatter en ublid skjebne på en annen måte. Som regel ser de nederlag bare er et midlertidig tilbakeslag som gjerne er begrenset til det ene tilfellet. Det tror heller ikke problemene skyldes dem selv, men snarere omstendighetene, uflaks eller andre mennesker. De lar seg derfor ikke avskrekke av livets motbakker i samme grad som andre. Tvert imot vil de når de står overfor en negativ situasjon oppfatte det som en utfordring og anstrenge seg enda mer (Seligman, 1990). Disse to ulike måtene å oppfatte årsaker på har sine konsekvenser. Optimisme og pessimisme virker for eksempel inn på helsen, nesten like tydelig som fysiske faktorer, hevder Martin Seligman (1990). Han henviser til en mengde studier som viser at pessimister både gir lettere opp, blir oftere syke og opplever at de har dårligere helse enn de objektivt sett har. Kanskje ikke så merkelig siden kjernen i fenomenet pessimisme egentlig er et annet fenomen, nemlig hjelpeløshet. Hjelpeløshet er i utgangspunktet en tilstand der ingenting du gjør påvirker det som skjer med deg. Lært hjelpeløshet har du derimot når du slutter å prøve fordi du tror det ikke nytter.

Et av de betydeligste funn i psykologien de siste årtiene er, som tidligere nevnt, at vi kan velge måten å tenke på. Oftest er det rett og slett mer nyttig å se på tingene med optimisme. Å forandre de destruktive tingene du sier til deg selv når du opplever nettopp den motgangen og de skuffelsene som livet gir oss alle, er den helt sentrale ferdigheten i optimisme. Populært kan man si at forskningen her viser at det er betydelig forskjell på om man oppfatter et glass som ”halvfullt” eller ”halvtomt”! I det første tilfellet har vi en positiv problemfortolkning,

mens vi i det andre fokuserer på det negative aspektet ved situasjonen. Å bestemme seg, velge, at glasset er halvfullt istedenfor halvtomt er samtidig en av de mest virkningsfulle midlene mot nedstemthet overhodet.

5.3 Den indre dialogen

Alle har nemlig en dialog gående med seg selv, og i alle fall i perioder kan den hos de fleste være nokså negativ og pessimistisk. Dysfunksjonelle tanker er tanker som ikke er forankret i virkelighetsnære vurderinger av muligheter og hindringer og som isteden preges av forutinntatthet i forhold til for eksempel hva man kan greie og ikke greie. Slike former for tanker er blitt klassifisert av blant andre Burns (1980 i Martinsen, 2003) og noen av de viktigste formene er for eksempel ekstremitetstenkning hvor man tenker i svart/hvitt. Er det ikke perfekt så er det helt ødelagt. Overgeneralisering, hvor et enkelt problem eller nederlag antas å være et mønster som vil dukke opp over alt, og nedvurdering av positive hendelser, negativ skjebnetolkning og negativ emosjonell resonnering. Som henholdsvis handler om at positive hendelser blir vurdert til ikke å være så bra likevel, at man ”spår” at det vil gå galt til og med før man har startet og at tilværelsen fortolkes stort sett i lys av negative følelser. Det er mye som tyder på at hvis man forteller seg selv at det vil gå galt, så går det gjerne slik.

5.4 Resiliens

Sammen med den positive psykologien generelt og Antonovskys teori om salutogenese har resiliens-forskningen også en viktig aksje inn i den økende interessen for de positive kreftene i menneskesinnet, og ikke bare for det som gjør oss syke og sårbare. Hvis mestring på den ene siden kan forstås som atferd; det vi gjør for å takle stress og påkjenninger, så kan resiliens på den andre defineres som positiv tilpasning på tross av risiko og motgang, og er knyttet både til ressurser i individet eller forhold i miljøet som i neste omgang leder til positive mestringsstrategier (Dager et al., 2010). Begrepet resiliens kan vi derfor forstå som en form for psykologisk motstandsdyktighet/ generelt økte mestringsressurser og kanskje er det dette vi først og fremst ønsker å oppnå. Deci og Ryans (1985) selvbestemmelsesteori bygger, som vi har sett, i stor grad på studier av indre motivasjon. Denne defineres blant annet ved at indre motivert atferd vil være basert på den enkeltes indre psykologiske behov. Men ikke bare indre motivasjon, men også selvbestemmelse er som vi har sett en helt sentral faktor i teorien. Vi er ikke passive organismer, som blir styrt av fysiologiske behov og stimuli fra omgivelsene. Vi handler ut fra et aktørperspektiv; kan ta valg, har egne indre behov og styres av psykologiske drivkrefter, men er individer som har en bevisst intensjon med handlingen

Kognitive strategier beskriver hvordan man kan jobbe med sine tanker og innstillinger. Dagens nevrovitenskap bekrefter da også verdien av ulike former for mental trening, for vi vet nå at våre fantasibilder kan forme hjernen nesten i samme grad som konkrete erfaringer (Martinsen, 2003). Kognitiv atferdsterapi for eksempel gir psykologisk støttehjelp ved å undervise i nytenkning. Men mye tyder på at du ikke nødvendigvis trenger psykolog. Til hverdagsbruk er slike metoder så enkle og så virkningsfulle at enhver med relativt enkle grep kan gjøre dem til sine. Tradisjonelt har kognitiv adferdsterapi blitt benyttet først og fremst ved relativt alvorlige diagnoser som depresjon og angst, men har senere blitt prøvd ut med gode resultater for flere andre psykiske tilstander (Hollon, 1998), og etter hvert også ved subjektive helseplager (Burton, 2003). En kognitiv tilnærming til muskel - skjelettplager for eksempel bygger på forståelsen av at smerter og funksjonsnedsettelse er en helhetlig samvirkning av somatiske, psykologiske og sosiale faktorer. Kognitiv adferdsterapi i kombinasjon med fysisk trening har vist seg å gi redusert sykefravær hos personer med rygg- og nakkeplager. Enkel informasjon og instruksjon i seg selv til pasienter med subakutte rygg smerter bidro til det samme (Indahl, 2004). Kombinasjonen gradert trening og kognitiv adferdsterapi har også ført til bedre egenrapportert funksjonsevne og arbeidsevne (Richardson og Engel 2004).

Men individet må ville deg selv. Man må velge å ta grep. I enhver omstillingssituasjon er forståelse hvorfor endring er nødvendig helt essensiell, og evnen til eget ansvar ubetalelig. Det aller viktigste trekket ved mestring er nemlig at det ikke er noe vi kan gjøre for, eller på vegne, av andre. Det er noe den enkelte må klare selv. Det kan ikke være de andres jobb, kun ens egen. Mestring er slik sett relatert både til den enkeltes subjektive oppfatning av hva det vil si å lykkes, til det å føle seg lykkelig i betydningen tilfreds, og ikke minst det å ha tro på muligheten til å mobilisere egen styrke og dermed tro på muligheten til å kunne få det til. Selv om mestring i en viss forstand (instrumentelt) er noe som kan måles objektivt ut fra oppsatte kriterier og målbare mål, så vil mestring slik det anvendes i denne sammenhengen i det store og hele sees som en subjektiv og personlig opplevelse av å lykkes, få til det en ønsker og ikke minst opplever, på den ene siden tilværelsen generelt og på den andre jobbsituasjonen spesielt, som tilfredsstillende. Mestring og motivasjon er individuelle prosesser, og det finnes neppe noen lettvinde løsninger eller sammenfattede oppskrifter som enkelt kan læres. Man må på den ene siden legge om vaner og endre væremåte og/eller på den andre snu på fastgrodd oppfatninger, forestillinger, tanker og følelser. Antonovsky

(1979) mener riktignok at den virkelige styrken til SOC til noen grad vil være formet av tidligere livserfaring, men også han antar likevel at den kan påvirkes eller utvikles. En rekke andre er bokstavelig talt enda mer optimistiske og legger sterk vekt på mulighetene ved tanke- og atferdstrening (Klein, 2004)

Løsningen på belastningsproblemer og stress er derfor ikke nødvendigvis å unngå belastning, men å lære å takle stressende og belastende situasjoner bedre for å øke graden av mestring. Spesielt er dette aktuelt hvis vi tenker at mestring i nærværssammenheng ikke bare henspiller på situasjoner som skal mestres instrumentelt, som for eksempel de konkrete arbeidsoppgavene den ansatte står overfor, men også tar med i betraktningen at svært mye av det vi utsettes for er emosjonelle utfordringer som å takle det psykososiale miljøet og samspillet mellom mennesker på godt og vondt. Mestring og motivasjon henger slik tett sammen, og oppstår begge gjennom prosesser som skaper egenverd og psykologisk motstandsdyktighet. Og det er denne motstandsdyktigheten vi først og fremst bør være ute etter. Det å lære å ta i alle fall en viss kontroll over det som føles ukontrollerbart og inkludere dette i nærværarbeidet på den enkelte arbeidsplass. Generelle motstandsressurser for å håndtere stresset kan være personlige og miljømessige faktorer som medvirker til at livserfaringen oppleves å være konsistent, gi en passende belastning, samt gi mulighet for medvirkning (Antonovsky, 2004). Slik stress forstås hos Antonovsky som noe mer enn risikofaktorer som bare kan takles ved å unngås, kan vi lett tenke oss at det ikke bare er fravær av stress som kan være positiv ingrediens i nærvær, men at i minst like stor grad tilfredsstillende mestring av stress og belastninger vil være blant forhold som øker sannsynligheten for nærvær.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON:

Psykiske plager og diffuse lidelser forbindes i norsk arbeidsliv ofte med noe som er både annerledes og unormalt (Olsen og Nystuen, 2010). Da er det lett å tenke at tiltak også må være ekstraordinære på et vis. Men kanskje handler jakten på nærværformelen tvert imot om å fange det normale og menneskelige i arbeidshverdagen? For hva er mer naturlig enn å rette blikket mot det enkeltmennesket som er til stede med hele seg på jobben; med sine unike tanker, spesielle følelser og egenartede atferd? Samtidig som våre fellesmenneskelige kognitive tilbøyeligheter ivaretas og utnyttes i en teoretisk og praktisk ramme hvor mestring (evne) og motivasjon (vilje) fremmes gjennom bevisst individorientert, positivfokuseret og helsefremmende nærværarbeid.

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å gå nærmere inn på to mulig nærværsbærende faktorer hos positivt nærværende arbeidstakere, som også kan fungere som nøkkelbegreper i arbeidet med å aktivere nærværspotensialet blant de fraværende. Dette er mestring og motivasjon.

For selv om det synes å være slik at både individuelle, relasjonelle (sosiale) og organisatoriske forhold kan påvirke graden av nærvær og vi slik anerkjenner at det finnes ulike forhold både på arbeidsplassen og i samfunnet for øvrig som bidrar til å begrense eller øke individets muligheter til å velge nærvær. Og, vi aksepterer at den enkeltes helsemessige tilstand også kan være av en slik art at individet ikke har noe reelt valg, så er det likevel med overveldende sannsynlighet i lys av teorien slik at mange av faktorene som kan regnes som positive og støttende, så vel som de negative og destruktive, vil være noe den enkelte aktivt selv kan velge hvordan han eller hun vil forholde seg til.

Vi har hatt en langvarig innsats i Norge som i all hovedsak har gått på finne årsaker til sykefravær, og så raskt som mulig aktivisere passive fraværende. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv har ikke samlet sett vist resultater i form av stabilt lavere sykefravær på samfunnsnivå (Regjeringen, 2010), selv om systematisk arbeid på virksomhetsnivå i en del sammenhenger har gitt gode resultater. Dette kan vi se for eksempel se gjennom en rekke innsamlede lokale prosjekter (se www.idebanken.org), men også på fraværstatistikken i enkeltbransjer og –bedrifter. Sykefravær som begrep har her hos oss imidlertid gjerne blitt knyttet til diagnoser og varighet, og i den forstand ofte fremstått som noe unyansert både i samfunnsdebatten og i forskningen (Saksvik og Finne, 2009). Det på tross av at man vet at subjektive helseplager er en viktig, og kanskje den viktigste, årsaken til sykefravær i Norge. Spesielt u spesifikke muskel- og skjelettplager og pseudonevrologiske plager synes å være vanlige (NAV, 2010). Mesteparten av sykefraværet er med andre ord relatert til plager uten klare medisinske årsaker som gjerne gir opphav til ulike forklaringer av typen ”stress” (Svensen, 2007). Begrepet stress kan forstås på flere måter og er totalt sett en av de aller største risikofaktorene vi har i forhold til negativ helse, redusert livskvalitet. Hva som til syvende og sist motiverer den enkelte til å gå på jobb, framfor å velge fravær som sin foretrukne strategi når livet generelt, eller helsa spesielt, buttar imot, kan i følge både erfaringsbaserte antagelser og arbeidslivsforskning handle om en rekke forhold. Om vi alle fra tid til annen opplever subjektive helseplager og klager over disse, så vil den innflytelsen problemene har på vår hverdag på jobben være påvirket av så forskjellige forhold som karakteristiske trekk ved jobbsituasjonen, vår sosioøkonomiske status, psykologiske jobbkraav, opplevd jobbstress, i hvilken grad vi opplever mestring, motivasjon og andre psykologiske

faktorer (Ihlebak og Eriksen, 2003). Spørsmålet kan dessuten som jeg har vært inne på problematiseres langs de uklare grensene mellom helse, uhelse og sykdom. En persons sykdomsopplevelse vil for eksempel variere mellom sykdomstilstander, men også fra person til person og henge sammen med mestring, deltagelse og sykdomsrelatert funksjonshemming (Weinmann og Petrie, 1997). Fravær eller nærvær vil også kunne handle om rettigheter på den ene siden og plikter på den andre og ofte om så prosaiske faktorer som økonomi og ressurser, samtidig som mer subtile og uhåndgripelige forhold som holdninger og kultur også kan gjøre seg gjeldende. Både individets evne, vilje og dets mulighet til å være til stede vil dermed kunne spille en rolle, som også arbeidsgivers evne, vilje og mulighet til å legge til rette gjør det. Svaret på nærværsspørsmålet; resultatet av jakten på nærværformelen, synes derfor å kunne være et resultat av et ganske komplekst regnskap hvor det kognitive og emosjonelle også har en betydelig plass, heller enn av en stimulus-responsmodell hvor enkeltfaktorer i omgivelsene er det utslagsgivende.

6.1 Til salutogenese og forbi....

Med denne oppgaven ønsket jeg å vise at i ytterste konsekvens kan tilstander som helse, livskvalitet og mestring, og i forlengelsen av dette dermed nærvær, langt på veg faktisk velges. Ikke bare som sykenærvær i den forstand at individet ”tvinger” seg selv til nærvær som på sikt kan forverre ens helsemessige tilstand, men også det som kan kalles et positivt sykenærvær. Et grunnleggende spørsmål innenfor positiv psykologi synes å være hva som kjennetegner det optimalt fungerende mennesket, og begreper som mestring og motivasjon, men også helse, optimisme og resiliens er med på å tegne et bilde av dette. En nærværformel må derfor ha et sterkt individuelt fokus. Gi ansvar, men ikke skyld, for eget liv til den enkelte som må få lære å bruke sine egne kognitive mekanismer konstruktivt.

Paradoksalt vet vi nemlig mye om hva som vil hjelpe oss når livet butter imot. Vi har teorier og metoder som har vist seg nyttige. Verktøy og grep som kan hjelpe oss å ta fatt i problemene og gi oss en lettere hverdag på tross av de faktiske forholdene. Seligman og kollegaer (2005) fant for eksempel at øvelser for å trene opp lykkefølelsen; som det å som å identifisere sine sterkeste sider og så bruke disse på en ny måte, eller ganske enkelt å notere tre ting som gikk bra i løpet av dagen, faktisk økte deltakernes lykkefølelse og reduserte depresjon over lengre tid.

Likevel anvender vi ikke nødvendigvis den kunnskapen vi har. I praksis dominerer fortsatt et fokus på ytre stimuli og et rehabiliterings /reaktiveringperspektiv. Og om man nå i noen sammenhenger har begynt å snu på hodet den ”tradisjonelle” forståelsen av sykefravær som forholdet mellom belastninger og sykdom og isteden går forholdet mellom arbeidskvaliteter og friskhet nærmere etter i sømmene fra, så rammes fortsatt jakten på nærværsfaktorene i en viss forstand av at det er det ytre som gjelder. Om enn som nærværsfremmende faktorer.

Å bruke en kognitiv og positiv nærværsformel gjør oss kanskje ikke friske, kanskje ikke engang symptomfrie. Men, mennesker med psykiske lidelser er faktisk heller ikke selv så opptatt av å bli friske i betydningen symptomfrie, men mer opptatt av håndtere, eller mestre, hverdagen på tross av sine problemer (Olsen og Nystuen, 2010). En antagelse på bakgrunn av det jeg har gjennomgått er at det for det første kan synes å være et multiplikativt, og ikke et additivt, forhold mellom komponentene mestring og motivasjon. Det innebærer en antagelse om at sannsynligheten for nærvær vil være på sitt høyest når begge komponentene har høy verdi. Men det betyr også at om verdien på bare en av dem går mot null, så vil resultatet også gå mot null i betydningen fravær.

Arbeidsgiver kan imidlertid ikke mestre og motivere på vegne av noen, men har et ansvar for å bidra til å legge til rette for at den enkelte selv kan utvikle mestring og motivasjon. Den videre utfordringen ligger slik i å utvikle praktiske tilnærminger, kognitive og positive treningsopplegg som henter det beste fra flere fagretninger, men enkelt og effektivt kan benyttes i arbeidslivet. Tiltak som når ut til de mange, og inn til den enkelte.

Å klare spranget mellom teori og praksis og bygge opp den anvendbare, praktiske ”nærværsformelen” vil i denne sammenheng kunne være den store utfordringen. Jeg tror imidlertid at den broen på sikt kan bygges gjennom å legge til grunn det solide teoretiske fundamentet som allerede er der og en benytte kreativt anvendelse og utprøving av forskning, empiri og praksis fra nærværsforskning og nærværarbeid.

LITTERATURLISTE:

Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. I: J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.). *Handbook of mentalization-based treatment* (ss. 3–30). Chichester: John Wiley & Sons.

Amirkhan, J. H., & Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*, 18(1), 31-62. DOI: 10.1080/0887044021000044233

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. London: Jossey - Bass Publishers.

Antonovsky, A (2004). *Helbredets mysterium. At takle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.

Argyris, C., Putnam, R. & Smith, D. M. (1987). *Action science. Concepts, methods, and skills for research and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Arroba, T og James, K (1989) *Press på jobben*. Oslo: Tano

Ausland, L. H. & Vinje, H. F. (2010) Når det tause får ord på seg. I: Hummelvoll, J. K. Andvig, E. & Lyberg, A. (red.) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*, s. 134-152. Oslo, Gyldendal akademisk.

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

Barondess, J. A. (1979). Disease and illness- a crucial distinction. *The American Journal of Medicine*, 66, 375-376.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Berge, T. & Repål, A. 2000, *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk

Boorse, C. 1977, "Health as a theoretical concept", *Philosophy of Science*, 44: 542-573.

Brudal, L (2006): *Positiv psykologi*, Fagbokforlaget.

Burton, C. 2003, "Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS)", *British Journal of General Practice.*, vol. 53, no. 488, pp. 231-239.

Csikszentmihalyi, M. (2002) *Flow*. (2. utgave) London: Rider

Collins, R. (1988) *Theoretical sociology*. Harcourt Brace Jovanovich San Diego, CA.

Dager, T., Fjerstad, E. og Zangi, H. (2010). *Om mestring. En artikkelsamling til nytte og glede*. Oslo: Flisa trykkeri A/S

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

De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R. and Siegrist, J. (2000), "Job strain, effort-reward imbalance and employee well being: a large-scale cross-sectional study", *Social Science and Medicine*, Vol. 50, pp. 1317-27.

De Jonge (ukjent) Effort –Reward Imbalance Model. Hentet fra:

http://www.jandejonge.nl/research_eri.html

Eiken, T. og Saksvik, P. Ø. (2011). Det psykososiale arbeidsmiljøet – hvor er det blitt av den sosiale dimensjonen? I Saksvik, P. Ø (ed.) *Arbeids og organisasjonspsykologi. Aktuelle tema til inspirasjon for et bedre arbeidsliv*. (3.utgave) Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Eiken, T. og Saksvik, P. Ø (2010) Students at work: The relevance of the demand-control-support model for student workers compared to other temporary and permanent workers.

Scandinavian Journal of Organizational Psychology 2(1): 3-14 Hentet fra:

<http://www.sjop.no/index.php/sjop/article/view/123/102>

Einarsen, S. og Schulze, O. (2000) Å redusere bedriftens sykefravær: Et håpløst prosjekt? I Einarsen, S og Skogstad, A. red. *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Elster, J. (1979). *Forklaring og dialektikk*. Oslo: Pax forlag.

Eriksen, H. R., Olf, M., & Ursin, H. (1997). The CODE: a revisited battery for coping and defense and its relations to subjective health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(3), 175-182.

Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8(4), 294-298.

Eriksen, H. R., & Ursin, H. (1999). Subjective health complaints: is coping more important than health? *Work and Stress*, 13(3), 238-252.

Eriksen, H. R. & Ihlebæk, C. 2002, "Subjective health complaints", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 43, no. 2, pp. 101-103.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans ide*. Stockholm: Almqvist & Wiksell/Medicin.

Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis*. Helsinki: Folkhälsan research centre.

Falk, H. og Torp, A. (1991). *Etymologisk ordbok over det norske og det danske sprog*. Oslo: Bjørn Ringstrøms Antikvariat

Floderus, B., Göranson, S., Alexanderson, K., Aronsson, G. (2005). Self- estimated life situation in patients on long- term sick leave. *Rehab. Medicine Sep*;37(5):291-9.

Frankl, V. (1966). *Kjempende livstro*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 30, 3600-3604. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/463825>

- Gilbert, D. (2007). *Stumbling on happiness*. Oslo: Monstro Bok.
- Greenberg, L. S. (2001). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Guttu, Tor (1991). *Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Hallberg, U., & Schaufeli, W.B. (2006). "Same same" but different: Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Journal of Psychology*, 11, 119-127
- Hammer, T. H., Saksvik, P. Ø., Nytrø, K., Torvatn, H., & Bayazit, M. (2004). Expanding the Psychosocial Work Environment: Workplace Norms and Work-Family Conflict as Correlates of Stress and Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 83–97.
- Haukedal, W. (2001). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelens Forlag.
- Hollon, S. D. 1998, "What is cognitive behavioural therapy and does it work?", *Current Opinion in Neurobiology*, vol. 8, no. 2, pp. 289-292.
- Helstrup, T. & Kaufmann, G. (2000). *Kognitiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hetland, H og Hetland, J. (2009). Motivasjon og Basale psykologiske behov i en arbeidskontekst. I Saksvik, P. Ø. Og Nytrø, K (eds.) *Klinisk organisasjonspsykologi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ihlebak, C (2002). Subjektive helseplager. Hentet fra: http://www.uib.no/info/dr_grad/2002/ihlebaek.htm
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. 2002, "Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 30, no. 1, pp. 20-29.
- Ihlebak, C. og Eriksen, H. (2003). Occupational and social variation in subjective health complaints. *Occupational Medicine*. Vol. 53, Issue 4, pp 270-278.
- Indahl, A. 2004, "Low back pain: diagnosis, treatment, and prognosis", *Scandinavian Journal of Rheumatology*, vol. 33, no. 4, pp. 199-209.
- Jex, S. M. (2002): *Organizational Psychology: A Scientist-Practitioner Approach* E-book: John Wiley and Sons.
- Johnsson, J, Lugn, A og Rexed, B. (2006) *Langtidsfrisk. Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet*. Kjeller: Genesis Forlag.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kaufmann, G. Og Kaufmann, A. (1996). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs – Volume one. A theory of personality*. New York: W.W. Norton.

- Klatzky, R. L. (1980). *Human memory. Structures and processes*. San Francisco: W.H. Freeman and Company.
- Klein, S. (2004). *Lykkeformelen - hvordan gode følelser oppstår*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Knardahl S. 1997. *Predictability at work. Review of psychological and social factors at work and suggestions for the General Nordic Questionnaire*. København: Nord.
- Kruglanski, A. W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge: Cognitive and motivational bases*. New York: Plenum.
- Langslet, G. J. (2004). *Gi hverdagen et LØFT*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Latham, G. P., & Frayne, C. A. (1989). Self-management training for increasing job attendance: A follow-up and a replication. *Journal of Applied Psychology*, 74(3), 411-416.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal, and coping* Springer Publ. Co., New York.
- Lazarus, R.S (1999) *Stress and Emotion: A new Synthesis*. New York: Springer Publishing Company..
- Leganger, A., Kraft, P. & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*, 15, 1, 51–69. DOI: 10.1080/08870440008400288
- Levine, S. & Ursin, H. 1991, "What is stress?," i *Stress. Neurobiology and Neuroendocrinology*, M. R. Brown, G. F. Koob, og C. Rivier, eds., Marcel Dekker, New York, pp. 3-21.
- Lindberg, P. (2006). *The work ability continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability*. Stockholm: Karolinska institutt.
- Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S. & Wood, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 3–16.
- Mackenbach, J. P., Bos, J. v. d., Joung, I. M. A., van de Mheen, H. & Stronks, K. (1994) The Determinants of Excellent Health: Different from the Determinants of III-Health? *Int. J. Epidemiol.*, 23(6) December 1, 1994, s. 1273-1281.
- Martinsen, Ø. L. (2003). Selvledelsesmetodene. I Eriksen, T. H., Gad, T., Martinsen, Ø. L. og Thompson, G. (eds). *Selvledelse. Menneskelig kapital i det nye arbeidslivet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maslow, A. H. (1987) *Motivation and personality* (3.utgave). New York: Harper &Row.
- McGrath, J. E. (1970). A Conceptual Formulation for Research on Stress. I McGrath, J.E. (ed) *Social and Psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehardt and Winston

Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational Environmental Medicine*, 59(1), 67-72.

Montgomery, G. H., David, D., DiLorenzo, T., & Erblich, J. (2003). Is hoping the same as expecting? Discrimination between hopes and response expectancies for nonvolitional outcomes. *Pers Individ Dif.*, 35(2), 399-409. DOI: 10.1016/S0191-8869(02)00202-7

Mykletun, A. (2010). Hvordan redusere sykefraværet i Norge? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 47, nummer 9, side 850-852. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=123276&a=4

Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion: foundations for practice*. London: Elsevier Limited.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge (No. 2010:2): Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra:

NAV (2012). *Hvilke faktorer påvirker fraværet*. Hentet fra: <http://www.nav.no/Lokalt/Hordaland/NAV+Arbeidslivssenter/Relatert+innhold/Hvilke+faktorer+pavirker+fravaeret%3F.805375922.cms@>

Neck, C. P., & Manz, C. C. (1996b). Thought self-leadership: The impact of mental strategistraining on employee behavior, cognition, and emotion. *Journal of Organizational Behavior*, 17, 445-467.

Newstead, S. & Evans, J. St. B. T. (1995). *Perspectives on thinking and reasoning: Essays in honour of Peter Wason*. London: Psychology Press.

NOU 27 2000, *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*.

Nytrø (1995). *Ansattes syn på sykefravær*. STF82 A95008. Trondheim: SINTEF IFIM

Olsen, B og Nystuen, P. (2010). *En jobb å gjøre- fra jobbnerver til arbeidsnærvær*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.Kauf

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.

Polanyi, M. F. D., Frank, J. W., Shannon, H. S., Sullivan, T. J. & Lavis, J. N. (2000) Promoting the determinants of good health in the workplace. I: Poland, B. D., Green, L. W. & Rootman, I. (eds.) *Settings for health promotion: linking theory and practice*, s. 138-174. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.

Regjeringen(2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær. Aktiviserings- og nærværsreform*. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf

Reeve, J. (2005) *Understanding motivation and emotion* (4. utgave). New Jersey: Wiley.

Richardson, R. D. & Engel, C. C., Jr. 2004, "Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms", *Neurologist.*, vol. 10, no. 1, pp. 18-30.

- Rikstrygdeverket. (2003) *Trygdestatistisk årbok*. (Statistikk 03/2003). Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33- 44.
- Ryan, R.M. og Deci, E. L. (2000) Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology* 25, 54–67 Hentet fra: <http://mmrg.pbworks.com/f/Ryan,+Deci+00.pdf>
- Richardsen, A. og Martinussen, M. (2008). Hva skal til for å øke arbeidsglede og motivasjon? En undersøkelse av jobbengasjement i helse- og omsorgsyrker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 45, nummer 3, 2008, side 249-257
Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=39269&a
- Saksvik, P. Ø. og Finne, L. B. (2009) Sykenærver og langtidsfriskhet. Psykologen som sykemelder. I Saksvik, P.Ø. og Nytrø, K. (eds) *Klinisk organisasjonspsykologi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Sandanger, I., Nygard, J, Brage, S. & Tellnes, G. (2000). Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences--a comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 244-252.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Fransisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Knopf.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-42
- Servan-Schreiber, D. (2008). *Evnen til helbred. Behandling av stress, angst og depresjon uten medikamenter eller psykoanalyse*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1(1), 27-41.

Siegrist, J. (2006). Work, health and welfare: new challenges. *International Journal of Social Welfare*. Vol. 15, s-5-12

Simonsen, I. (2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 44, nummer 11, 2007, side 1340-1349 Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=32384&a=2

SSB (2012) . Statistisk Årbok 2012. Oslo Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/aarbok/>

STAMI (2008). Innsats og belønning i arbeidslivet. Hentet fra: <http://www.stami.no/forskningsprosjekter-ved-stami?proid=34006&subavd=0&selected=0>

Stølen, A (ukjent). Psykologi i organisasjon og ledelse. Hentet fra: www.utvikling.org

Svarva, A. (1991). *Om nærværsfaktorenes betydning for fravær fra arbeidet*. IFIM-notat 2/91. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse.

Svebak S. (2000). *Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Søvik, O. (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2001; 121:2624-7. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/393784/>

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E. & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.

Teigen, A. (2008) *Sykefraværssamtalen* (2. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveito, T. H., Passchier, J., Duivenvoorden, H. J., & Eriksen, H. R. (2004). Subjective health complaints and health related quality of life in a population of health care workers. *Psychology and Health*, 19(2), 247-259.

Ursin, H., Baade, E., Levine, S. (Eds.), 1978. *Psychobiology of Stress: A Study of Coping Men*. New York, Academic Press.

Ursin, H. (1984). *Stress*. Oslo: Tanum-Norli

Ursin, H., & Zahl-Begnum, O. H. (1993). *Biologisk psykologi*. Oslo: Tano.

Ursin, H. & Eriksen, H. R. 2001, "Sensitization, subjective health complaints, and sustained arousal", *Ann.N.Y.Acad.Sci.*, vol. 933, pp. 119-129

Ursin, H. & Eriksen, H. R. 2004, "The cognitive activation theory of stress", *Psychoneuroendocrinology*, vol. 29, no. 5, pp. 567-592. Hentet fra: <http://bmb.pharma.hr/lauc/NI/298.pdf>

Vansteenkiste, M., Lens, W. og Deci, E.L. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational Psychologist*, 42(1), 19-31.

World Health Organisation 1986, *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Europe, Copenhagen

Weinman, J. & Petrie, K. J. 1997, "Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?", *Journal of Psychosom.Res.*, vol. 42, no. 2, pp. 113-116.

Wrzesniewski, A og Dutton, J. E (2001). Crafting a Job: Revisioning Employees as Active Crafters of Their Work, *Academy of Management Journal*, 26, 179 – 201.

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151–175.