

Aktørskap som helseressurs i et trygdemedisinsk perspektiv

Michael 2025; 22: 258–266.

doi: 10.5617/Michael.12623

I denne kronikken beskriver jeg 50 års historie om begreper relatert til en persons helseressurser, sett i et trygdemedisinsk perspektiv, slik de har blitt utviklet på møtesteder der arbeidsevnen vurderes. Møtestedene er innen sosialmedisin, rehabilitering og allmennmedisin, i psykologi, i studier av funksjonsevne og i arbeidslivsforskning.

Filosofen Hans-Georg Gadamer (1900–2002) beskrev helse som en gåte. Helsens skjulte karakter har med vår natur som levende vesener å gjøre. For helse er ikke en følelse. Helse handler om å være aktiv i verden – sammen med andre mennesker og med engasjement i hverdagen. Helse viser til en enhet som består i å være seg selv (1, s. 113–116). I situasjoner med funksjonssvikt og sviktende arbeidsevne har det imidlertid vist seg nødvendig å vinne kunnskap om ressurser for helse. Det er viktig for helsetjenestens fagfolk å ha begreper om helseressurser i møter med enkeltmenneskers helsesvikt.

«Personlig helseressurs» kan defineres som noe som fremmer helse, enten gjennom individuelle egenskaper som evner eller motivasjon, eller gjennom relasjoner til miljøet, andre personer, arbeidsplassen eller samfunnet.

Et sosialmedisinsk blikk

Nåtidig sosialmedisin forstås som et bredt anlagt emnefag om samfunn, sosiale levekår, sykdom og helse (2). Til klinisk bruk har faget munnet ut i en «sosialmedisinsk grunnholdning». «Den innebærer å vektlegge sosiale og psykologiske forhold i anamnese, diagnose, behandling og forebygging samt at det anlegges et helhetssyn på pasientens problemer og ressurser» (2, s. 240). Grunnholdningen er vel og bra, men jeg savner en redegjørelse for hvilke ressurser det er viktige å ivareta i klinikken.

Sosialmedisineren Bjørn Rogan (1917–1987) skrev følgende om ressurser, slik de ble forstått ved sosialmedisinske avdelinger omkring 1970: «Vi er ikke lenger primært interessert i hva sykdommen har tatt, men hva klienten har igjen av ressurser» (3, s. 1168). Videre skrev han at attføring «karakteriseres først og fremst ved sin målsetting [...]: å tilrettelegge klientens ressurser samt hjelpe ham til å utvikle og utnytte disse mest mulig» (3, s. 1168). Rogan knyttet utviklingen av klientens ressurser til spørsmålet om hvilket mål som ble satt for en attføringsprosess. Alt tyder på at det var legen som avgjorde målsettingen for attføring (4, s. 332–337).

Rehabilitering: personens egne mål har betydning

Attføringssenteret i Rauland (AiR) ble etablert i 1986 og var tidlig ute med systematisk rehabilitering av arbeidsuføre. Hva systematisk rehabilitering bestod av, forklarte psykolog Ivar Lie (1933–1999) i en fagbok om rehabiliteringens fagideologi og praktiske implikasjoner i 1989 (5). Det er personen selv, ikke fagfolkene, som må avgjøre hva som er mål for en rehabilitering. Målet må knyttes til «personens egne ønsker [...og] valg av livsverdier. Å foreta slike valg på andres vegne innebærer umyndiggjøring [...]» (5, s. 16). Det dreier seg om langsiktige mål – som å komme i et arbeid igjen etter en sykdom og om etappene som må tilbakelegges for å komme fram til det langsiktige målet. Innen rehabilitering ble det utviklet en forståelse for at det å bli klar over egne mål, og hvordan slike mål skal kunne nås, er en viktig ressurs.

Motivasjon og selvbestemmelse

I 1993 sammenfattet pedagogen Roald Nygård (f. 1935) forskningen om motivasjon i boken *Aktør eller brikke? – om menneskers selvforståelse* (6). Han skrev at motivasjonspsykologien

framhever menneskets opplevelse av å ha innflytelse på sine omgivelser som noe helt grunnleggende [...] Betydningen av å oppleve seg selv som kompetent i forhold til miljøet, av å kunne se seg selv som årsak til forandringer i miljøet, framheves som helt sentralt i dagens motivasjonspsykologi. [...] Følelse av å være selvbestemmende i forhold til sine handlinger og av å ha kontroll over sin egen situasjon går hånd i hånd med frihets- og kompetanseopplevelse (6, s. 28).

Nygård brukte betegnelsen *aktør* om det «selvbestemmende, frie, velgende menneske, som forholder seg bevisst til sine omgivelser» (6, s. 18). Begrepet aktør brukes her med samme betydning.

Eivind Meland og John Nessa førte disse nye tankene om betydningen av selvbestemmelse inn i allmennmedisinen. De argumenterte i 1999 for at «endringer i medisinsk tenkning og praksis er nødvendig», med en pasi-

ent på utføring som eksempel (7, s. 557). En viktig endring var å akseptere at det overordnede medisinsk-etiske prinsippet om pasientens autonomi har erstattet paternalismeprinsippet for lege-pasient-forholdet. De skisserte hvordan legen kan legge til rette for «valgfrihet, selvstendighet og egenmotivering» i pasientoppfølging.

Både Nygård og Meland & Nessa viser til psykologene Edward Deci & Richard Ryans «selvbestemmelsesteori». Denne teorien sier at en «motivasjon som er basert på egne valg, som er internt forankret [...] har bedre sjanse til å lykkes i det lange løp [...]» (7, s. 558). Motivasjon, forankret i evnen til å bestemme selv, er en viktig ressurs.

Meland forklarte i 2005 at interesse for autonomi eller selvbestemmelse ikke handler om å fremme individualisme i betydningen «ubundet og uavhengig menneske» (8). Han argumenterer for en relasjonell forståelse av autonomi. Det er mulig for mennesker «å være selvbestemmende samtidig som vi er gjensidig avhengige», skriver han (8, s. 3443). En avklaring av at autonomi ikke behøver å bety individualisme, er viktig i et solidarisk velferdssamfunn. I et samfunn der vi erkjenner at vi er avhengige av hverandre, kan vi likevel verdsette autonomi som evne til «selvinitiering og selvbestemmelse [som] et menneskelig grunnvilkår» (8, s. 3443). Verdsetting av den individuelle personens selvbestemmelse er altså fullt ut forenlig med å erkjenne at sosiale relasjoner og sosial kontekst er grunnleggende for å leve gode liv.

I slutten av 1990-årene innførte Kirsti Malterud & Hanne Hollnagel begrepet «personlig helseressurs» i allmennmedisinsk forskning. De tok utgangspunkt i sosiologen Aaron Antonovskys (1923–1994) forskning om opphav til helse, altså *salutogenese*, til forskjell fra legenes interesse for opphav til sykdom, *patogenese*. Malterud & Hollnagel viste hvordan legen kunne bidra til at pasienter kunne bli klar over hvilke styrker de har i hverdagslivet for å holde seg friske, for å kunne ta dette i bruk i nye situasjoner (9).

Allmennlege Guri Aarseth argumenterte i sin doktoravhandling i 2019 for at en som søker om uførepensjon, bør gis både rett og plikt til å representere seg selv og sitt eget tap av arbeidsevne i forbindelse med erklæringskriving til Nav. Denne måten å representere seg selv på vil sikre pasientens integritet og autonomi. De pasientene som av ulike årsaker ikke greier å representere seg selv på denne måten skriftlig, burde ha juridisk rett til assistanse (10, s. 93f).

Aktørskap hører alt levende liv til

Indremedisinen og filosofen Eric Cassell (1928–2021) har skrevet om helbredelsens natur i moderne medisinsk praksis: «The basic aim of healers

must be the enabling or return of functioning so that patients may pursue or achieve their purposes and goals». Det er å anerkjenne « [...] thoughts, intentions, choice, and agency – the ability to act – in other words, persons» (11, s. 50). Evnen til å handle, «agency» på engelsk, «aktørskap» på norsk, er viktig for alles helbredelse, så langt det er mulig. Selvbestemmelse er vesentlig for mennesker med utviklingshemming. Det er viktig å bestemme over sin hverdag, kjenne at en har egen verdi og at en har egne livsprosjekter (12).

Innen nyere biologi blir organismens aktørskap forstått som helt sentralt. Biologen Raymond Noble og fysiologen Denis Noble skriver: «Agency is a feature of life. Living forms have goals, objectives, such as building a nest, obtaining food, moving from A to B, finding a mate [...]» (13, s. 58).

Evner og muligheter i omgivelsene

Etter mange års diskusjoner om funksjonsevne og funksjonshemming gav Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2001 ut en manual som på norsk heter *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF* (14). Manualen definerer en rekke begreper for hvordan funksjonsevne, som komplekst og relasjonelt fenomen mellom individ og omgivelser, bør forstås universelt.

Grunnbegreper er evner og muligheter slik de spiller seg ut i relasjoner og interaksjoner med omgivelsene. Både evner og muligheter i omgivelsene er ressurser. Evner utvikles i interaksjon med de muligheter til læring som finnes i omgivelsene. Om omgivelsene står det at det finnes en rekke «miljøfaktorer som ved sin tilstedeværelse eller fravær kan bedre en persons funksjon og redusere funksjonshemming. De omfatter aspekter som et fysisk miljø med tilgjengelighet, forekomsten av relevante tekniske hjelpemidler og positive holdninger i samfunnet når det gjelder funksjonshemming [...]» (14, s. 196).

Personlige ressurser, som å sette seg mål, bestemme selv, være motivert innenfra og å bli mer kjent med egne styrker, kom mer til syne innen rehabilitering, psykologisk forskning og medisinsk fagutvikling fra 1980-årene. Studier av funksjonsevne og funksjonshemming førte til at ressurser i relasjonene mellom individ og omgivelser, som evner og muligheter, ble klarlagt. Mennesket ble sett på som handlende, som *aktør* i relasjon til omgivelsene.

Trygdemedisinen inn i Nav – utforming av en personsentrert fagetikk

En ny situasjon for trygdemedisinen oppstod da Nav-reformen slo sammen den tidligere Trygdestaten, Aetat og den kommunale sosialtjenesten. Refor-

men ble innledet i 2006 og iverksatt fram til 2011. Allerede i 1996 hadde Nygårds bok om motivasjon (6) vært viktig for utformingen av en «aktørmodell» i Aetats yrkesrettete attføring (15, s. 22f). Den medisinske modellen, der pasienten ofte ble sett på som passiv mottaker av behandling, møtte Aetats aktørmodell.

I 2014 konstaterte styret i Norsk trygdemedisinsk forening at flere viktige etiske og faglige spørsmål burde avklares, for å sikre god trygdemedisinsk praksis. Gjennom et prosjektarbeid ble det laget et kurs i Norsk elektronisk legehåndbok (16) og det kom en bok om trygdemedisinsk fagetikk (17).

For å kombinere en medisinsk modell med aktørmodellen, ble Lennart Nordenfelts (f. 1945) medisinske filosofi relevant. I den blir evnebegrepet benyttet som utgangspunkt for en teori om helse, arbeidsevne og sykdom (18).

Helsebegrepet er basert på å se mennesket helhetlig som handlende person. Helse defineres som «en persons kroppslige og mentale prosess som er slik at personen har evner, gitt rimelige omgivelser, til å realisere alle sine vitale mål» (17, kap. 4.2.2.) Definisjonen knytter helsebegrepet både til prosesser i personens kropp og sinn og til ressursene evner, omgivelser og eget mål ut fra at medisinen trenger et slikt ressursentert helsebegrep.

I boken om fagetikk er viktige personlige helseressurser stilt sammen slik tabell 1 viser (17). Grunnlaget er det medisinske helhetssynet og de faglige og etiske verdiene. Det ligger viktige etiske ressurser i møtet mellom lege (eller andre klinikere) og pasient. Fire sett av ressurser står fram som sentrale, nemlig *evner*, *mål*, *indre motivasjon* og *omgivelser* med sine muligheter.

Deci & Ryans «selvbestemmelsesteori» om hva som motiverer mennesker innenfra, ble ansett som velegnet i medisinsk praksis. Teorien er ikke individualistisk. Sosiale kontekster som støtter selvbestemmelse, dugelighet og gode relasjoner, med tilbakemeldinger, er grunnleggende i selvbestemmelsesteorien (19, s. 10–13). Det er viktig å kjenne til at selvbestemmelse refererer både til en *evne* til å ta beslutninger som gjenspeiler egne behov og mål, og et *etisk ideal* om å bestemme selv i eget liv.

Ressurser ved personen selv	
Evner	Kapasitet, kompetanse, dugelighet, mestringsforventning, bestemme selv i eget liv
Mål	Egne langsiktige og kortsiktige mål
Indre motivasjon	For å få oppfylt behovene for selvbestemmelse, dugelighet og gode relasjoner til, eller samhörighet med, andre mennesker. Viktig at behovene oppfylles sammen
Ytre ressurser	
Omgivelser med muligheter	Tilrettelegginger, læringsarenaer, organisatoriske endringer, bli akseptert, bli støttet sosialt, ha gode relasjoner til noen andre, kjenne trygghet i et samfunn
Ressurser i møtet mellom kliniker og pasient	
Menneskeverd	Respekt, anerkjennelse og deltakelse
Helhetlig kunnskap om mennesket	Mennesket • er aktør med frihet, fornuft og samvittighet med relasjoner til andre mennesker og til samfunn • består av både deler og helheter og omfatter flere dimensjoner (fysisk/kjemisk, biologisk/økologisk, psykisk og åndelig), alltid i noen slags omgivelser • ikke bare et objekt, men også et subjekt. Et positivt helsebegrep

Tabell 1. En oversikt over personlige helseressurser i klinisk praksis (17, kap. 4.2.5, lett modifisert)

Selvbestemmelse og sosial støtte i arbeidslivet

Hvordan spiller helseressurser seg ut i nåtidens arbeidsliv? Arbeidshelsepsykologien har utviklet forklaringsmodeller for å forstå sammenhenger mellom arbeid og helse (20). Arbeidslivsforskerne Robert Karaseks (1934–2015) og Töres Theorells (f. 1942) «krav-kontroll-støtte» modell har vært mye brukt i forskning gjennom flere tiår (20, 21). I 2024 karakteriserte Statens arbeidsmiljøinstitutt denne modellen fortsatt som «en sentral teori som har hatt betydning for forståelsen av forholdet mellom arbeidsmiljø og ansattes helse og trivsel» (22, s. 75).

Ifølge denne modellen vil et «godt organisert arbeidsmiljø der ansatte møter utfordrende, men håndterbare krav i kombinasjon med høy grad av kontroll, fremme både personlig og profesjonell vekst» (22, s. 75). På den annen side «advarer modellen om at en ubalanse – spesielt høye krav kombinert med lav kontroll – kan føre til økt risiko for stressrelaterte mentale og fysiske helseplager og sykdom» (22, s. 75). Også forskning om norsk arbeidsliv har identifisert jobbkontroll, altså graden av selvbestemmelse i arbeidet, som «en nøkkelfaktor for å fremme helse og motivasjon». Forsk-

ningen viser at «høy grad av jobbkontroll er assosiert med lavere risiko for både fysiske og psykiske helseplager» (22, s. 75). Krav-kontroll-støtte-modellen identifiserer to vesentlige faktorer for å fremme helse: selvbestemmelse og sosial støtte i arbeidet.

Tre historiske faser

Tanker om helseressurser ved arbeidsevnevurdering, med et trygdemedisinsk blikk, har i løpet av de siste rundt 50 årene kommet til uttrykk i tverrfaglig litteratur gjennom tre faser:

Den *første fasen* er representert med sosialmedisinen slik den ble praktisert ved sosialmedisinske avdelinger. Omkring 1970 var sosialmedisinere opptatt av å fremme pasienters ressurser gjennom målrettede aktiviteter. Målsettingen ble etter alt å dømme avgjort *paternalistisk*, det vil si av sosialmedisinerne.

I den *andre fasen* utover 1980-tallet ble det etablert en tenkning om at rehabilitering skulle være styrt og kontrollert av pasientens egne mål. Denne tankegangen utviklet seg mot slutten av århundret til å omfatte ressurser som motivasjon og selvbestemmelse. Allmennleger begynte å verdsette pasientautonomi som en viktig ressurs i klinisk praksis. Ved århundreskiftet la Verdens helseorganisasjon fram en modell for funksjonsevne der personens evner og muligheter i omgivelsene ble definert som helseressurser. Mennesket ble sett på som handlende, som aktør, med relasjoner til omgivelsene.

Den *tredje fasen* kom med etableringen av Nav fra 2006. Ved sammenslåingen ble det nødvendig å forene Aetats aktørmodell med en medisinsk modell. Nordenfelts handlingsteori ble ansett som et velegnet grunnlag for en sammenhengende forståelse av arbeidsevne, helse og sykdom. Indre motivasjon forstått ifølge «selvbestemmelsesteorien» ble sett på som en vesentlig helseressurs. Arbeidslivsforskningens «krav-kontroll-støtte-modell» identifiserte to vesentlige faktorer for å fremme helse: selvbestemmelse og sosial støtte i arbeidet.

Konklusjon

Utviklingen de siste 50 årene har vist at aktørskap mer og mer er blitt ansett som en vesentlig ressurs for helse. Å verdsette aktørskap vil si å betrakte mennesket som handlende, med motivasjon og mål, med evner og muligheter, i omgivelser og med sosiale relasjoner som fungerer støttende.

Helse er et sammensatt fenomen, slik ord som motstands- og tilpasningsdyktighet, opplevelse av sammenheng, vitalitet, livskraft, selvaktualisering og åndelige interesser gir uttrykk for. Men i denne mangesidigheten er det grunn til å anta at *aktørskap* med velfungerende relasjoner til omgi-

velsene er grunnleggende for en god helse. Det bør være et sentralt medisinsk anliggende å se til at mennesker, også som pasienter, så langt de kan makte fortsatt kan være aktører i eget liv.

Litteratur

1. Gadamer HG. *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Cambridge: Polity Press, 1996.
2. Krokstad S, Hara KW. *Sosialmedisin, velferd og trygd*. Oslo: Gyldendal, 2022.
3. Rogan B. Attføringens grunnlag og utvikling, endringer i problemstilling og klientel. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1969; 89: 1167–1170.
4. Solli HM. *Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførhetsvurderinger: en etisk og vitenskapsfilosofisk analyse av tre uførhetsmodeller i et historisk perspektiv*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2007. <https://www.michaeljournal.no/journal/2007/3> (2.4.2025)
5. Lie I. *Rehabilitering: prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal, 1989.
6. Nygård R. *Aktør eller brikke? Om menneskers selvforståelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993.
7. Meland E, Nessa J. Autonomifremmende klinisk arbeid. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1999; 119: 557–559.
8. Meland E. Gjensidig respekt heller enn omsorgsfull godhet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005; 125: 3442–3443.
9. Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice: key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health* 1998; 16: 66–71.
10. Aarseth G. *The language of work disability: a study of medical certificates written by Norwegian general practitioners*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2018. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-71466> (2.4.2025)
11. Cassell EJ. *The nature of healing: the modern practice of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
12. Ellingsen KE, red. *Selvbestemmelse: egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
13. Noble R, Noble D. *Understanding living systems*. Cambridge: Cambridge University Press, 2023.
14. WHO. *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.
15. Tøssebro AS. *Yrkesrettet attføring: en integrert del av arbeidsmarkedspolitikken: mot fagkyndighet i arbeidet for yrkesrettet attføring*. Oslo: Arbeidsdirektoratet, 1996.
16. Norsk elektronisk legehåndbok. *Trygdemedisin*. Klinisk emnekurs. 2020. <https://kurs.nhi.no/lege/klinisk-emnekurs/trygdemedisin/bd6b5a0d-18b6-5dba-bbd8-e44b781a42f0> (2.4.2025)
17. Solli HM. *Persontentrert trygdemedisin i etiske perspektiver: sykdom, funksjonsevne, ressurser og objektive erklæringer*. 2. utg. Oslo: Norsk trygdemedisinsk forening, 2023. <https://trygdemedisin.legeforeningen.no> (2.4.2025)

18. Nordenfelt L. *The concept of work ability*. Brussel: P.I.E. Peter Lang, 2008.
19. Ryan RM, Deci EL. *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press, 2017.
20. Saksvik PØ, Christensen M. *Arbeidspsykologi på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
21. Karasek R, Theorell T. *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Oxford: Basic Books, 1990.
22. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2024. <https://stami.no/her-er-stamis-faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2024/> (2.4.2025)

Jeg takker António Barbosa da Silva, Harald Elvsåshagen, Ingvild Damskog, Wenche Beate Karlsen, Nina Thunold Reime og tidsskriftet Michaels fagfeller for nyttige kommentarer.

*Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no
Sveene 36
3731 Skien*

Hans Magnus Solli er spesialist i allmennmedisin og dr.med. (2007) og har i mange år vært rådgivende lege i Trygdeetaten og i Nav. Som forsker har han interessert seg for vitenskapens teoretiske og etiske spørsmål relatert til trygde-medisinen.