

# Helse-, sykdoms- og arbeidsevnebegreper i den nye arbeids- og velferdsetaten i Norge

Hans Magnus Solli,

Forsker dr. med., forskningsenheten, Psykiatrien i Vestfold HF, Pb 2267, NO - 3103 Tønsberg, Norge. E-post: hmsolli@online.no

Arbeidsevnebegrepet har sentral betydning i den nye arbeids- og velferdsetaten (NAV) i Norge. Arbeidsevne defineres interaksjonelt som individets evne til å møte de krav som stilles i utførelse av et arbeid. En praktisk arbeidsevneметодikk er utviklet. Lennart Nordenfelts helsefilosofi integrerer helse- og sykdomsteori med arbeidsevneteorien. Den anses fruktbar for å analysere spørsmålet om hvilke helse- og sykdomsbegreper som er koherente med arbeidsevnebegrepet. Det argumenteres i artikkelen for at den norske sosialforsikringslovens nåværende modifiserte biostatistiske sykdomsbegrep ikke er koherent med arbeidsevnebegrepet. Et evnebasert helsebegrep og et komplekst sykdomsbegrep anses derimot koherente med arbeidsevnebegrepet. Det stilles spørsmål om vilkåret vesentlig aktivitetsbegrensning bør erstatte vilkåret om varig sykdom for å få innvilget langtids utbetalinger fra NAV.

The concept of work ability is important within The New Labour and Welfare Service of Norway. The concept of work ability is defined interactionally as the individual's ability to face the demands of working life. The health philosophy of Lennart Nordenfelt integrates theory of health and disease with work ability theory. This is productive for analysing the question of which health- and disease concepts are coherent with the concept of work ability. The present study argues that the modified biostatistical concept of disease of the Norwegian Social Insurance Law is not coherent with the concept of work ability. A concept of health based on the concept of ability, and a complex concept of disease, are on the contrary considered to be coherent with the concept of work ability. The question is asked if the condition of significant activity limitation should replace disease as condition for long time disability benefits.

## Bakgrunn

For tiden gjennomføres den største organisatoriske reform i den norske velferdsstatens historie, NAV-reformen. NAV står for *Ny arbeids- og velferdsetat*. I løpet av 2009 ble den statlige sosialforsikringen ("trygden") og arbeidsformidlingen ("aetat") slått sammen med store deler av den kommunale sosialtjenesten til ett eller flere NAV-kontorer i alle landets kommuner. Det hevdes politisk at med dette er forutsetninger etablert for individuelt orientert og effektiv gjennomføring av arbeidslinjen. Arbeidsevnebegrepet og en ny arbeidsevneметодикк får sentral betydning.

Norsk sosialforsikringsmedisin ("trygdemedisin") har lenge diskutert helse- og sykdomsbegreper. En utredning identifiserte i 1994 to forskjellige sykdomsbegreper i medisins historie. Det første er et "essensialistisk" og verdinøytralt sykdomsbegrep, det andre et relasjonelt og verdiladet sykdomsbegrep. Utredningen argumenterte for at det sist nevnte sykdomsbegrepet er det gyldige i sosialforsikringsmedisinen (1). I denne artikkelen anvendes henholdsvis et biostatistisk og et komplekst sykdomsbegrep som analytiske redskaper (2;3). Uavklarte spørsmål innen NAV er hvilke helse- og sykdomsbegreper som er koherente med dens arbeidsevnebegrep. Lennart Nordenfelts helsefilosofi integrerer helse- og sykdomsteori med arbeidsevneteorien. Den anses velegnet for å analysere disse spørsmålene (2;3).

## Arbeidsevne og arbeidsevneметодикк

NAV har definert arbeidsevne interaksjonelt som "den enkeltes evne til å møte de krav som stilles i utførelse av et arbeid" (4). En praktisk arbeidsevneметодикк er utviklet. Alle som har større vansker med å beholde, eller få, arbeid skal vurderes etter den fra og med 2010. Arbeidsevneметодикken har to formål. Det første er å beskrive oppfølgingen av den enkelte bruker. Brukeren starter selv beskrivelsen med en *egenvurdering*, dvs. med å beskrive egne muligheter, ønsker og behov for bistand. Det skal utarbeides en *ressursprofil*. Dette er en kartlegging av individets interaksjon med sine omgivelser på seks områder: 1) arbeidserfaring, 2) utdanning/kompetanse/ferdigheter, 3) interesser/fritid, 4) personlige muligheter og utfordringer, 5) sosiale og materielle forhold og 6) helseforhold. En *aktivitetsplan* skal videre utarbeides (5).

Det andre formålet er å beskrive svikt i arbeidsevne. Denne beskrivelsen danner basis for vurdering av inngangsvilkår for fire slag utbetalinger fra NAV: a) en utbetaling i inntil fire år som innføres 1. mars 2010 for å klarlegge arbeidsevnen: arbeidsavklaringspenger, b) uføre/førtidspensjon, c) kvalifiseringsprogram for lang tids sosialhjelpsmottakere og d) forskjellige arbeidsrettede tiltak (5). For de to første slag utbetalinger er det et vilkår at det foreligger sykdom, skade eller lyte ("medfødt feil").

I NAVs opplæring i arbeidsevneметодikken legges det vekt på at man skal bevege seg "fra gruppetenkning til individfokus". To retninger spesifiseres: A) Man skal gå bort fra diagnosekjennetegn over til en forståelse av brukerens nåsituasjon med hensyn til interaksjonen mellom evner og omgivelsenes krav. B) Man skal gå bort fra et ensidig fokus på rettigheter over til å forstå brukerens behov. Denne retningen har fått sosialmedisineren Steinar Westin til å reise en debatt om arbeidsevnevurdering innebærer en nyliberalistisk motivert reduksjon av borgernes rettigheter til utbetalinger fra sosialforsikringen. I fortsettelsen skal vi gå videre med retning A.

## Helse- og sykdomsbegrepers relasjoner til arbeidsevnebegrepet

Den norske sosialforsikringslovens nåværende sykdomsbegrep er modifisert biostatistisk. Modifiseringen består først og fremst i å anerkjenne den subjektive opplevelse av å være syk. En person som for eksempel plages med kroniske smerter anerkjennes å ha en medisinsk lidelse og kan ev. innvilges uføre/førtidspensjon selv om det ikke foreligger "objektive funn" (3).

Retning A beskrevet ovenfor kan fortolkes dit hen at man beveger seg enda lenger bort fra et biostatistisk sykdomsbegrep. Det er flere grunner til at NAV gjør dette. Det sies om det biostatistiske sykdomsbegrepet at det: ...er lite interaksjonelt/relasjonelt.

Pasienter kan beskrives helt uten sosial kontekst eller omgivelser for

øvrig (3),

...innebærer et overfladisk syn på bevissthet. Pasientens egne mål og fortolkninger av sin situasjon blir lite vektlagt (3),

...er lite utviklet for sammensatt kronisk sykdom som smerte- og utmattelsessyndrom (6),

...omfatter ikke potensialitet. Pasienters vanskelige nåsituasjon beskrives, men hvilke endringer i omgivelsene som sammen med ev. økt kompetanse kunne føre til bedre funksjonsevne beskrives ikke (2, s. 86).

Det biomedisinske sykdomsbegrepet kan av disse grunner ikke anses koherent med arbeidsevneметодikkens begrepsapparat.

Nordenfelts helsefilosofi anvendes nå for å fortolke retning A videre. Vi starter med helsebegrepet. Nordenfelt tar evne ("ability") som den sentrale dimensjonen i definisjonen av helse (2, s. 168ff). Med andre ord: helsebegrepet er evnebasert. Strukturen i hans analyse av arbeidsevnebegrepet har mange likhetstrekk med strukturen i NAVs arbeidsevneметодikk (2;4;5). Strukturen kan beskrives slik: Fra en vurdering av personens evner, kompetanse og mål i sitt miljø - til sviktende evne, årsaker til denne svikten og hva som kan gjøres for å forbedre evnene, - til spørsmålet om varig sykdom er hovedårsaken til en varig og vesentlig sviktende arbeidsevne eller ikke. Et evnebasert helsebegrep anser jeg som koherent med NAVs arbeidsevnebegrep.

Neste spørsmål angår sykdomsbegrepet. Nordenfelt definerer sykdom som en slag prosess inne i mennesket som tenderer til å forårsake sviktende helse og funksjonshemning ("disability") (2, s. 173ff). Et beslektet sykdomsbegrep er Bernard Gerts og medarbeideres 'malady' (7, s. 136ff). Jeg forsøker følgende modifiserte definisjon av 'malady': å lide, eller ha økt risiko for å lide, av et ikke uvesentlig onde som tenkes forårsaket av, eller som er korrelert med, en betydelig forstyrrelse i den menneskelige organismen. Bjørn Hofmann har i omfattende analyser vist sykdomsbegrepets kompleksitet (8). Jeg anser et komplekst sykdomsbegrep som koherent med arbeidsevnebegrepet.

## Sykdom eller vesentlig aktivitetsbegrensning som inngangsvilkår?

Vi konkluderer med at et evnebasert helsebegrep og et komplekst sykdomsbegrep er koherent med arbeidsevnebegrepet. Men analysen fortsetter med spørsmålet: Er et komplekst sykdomsbegrep håndterbart som inngangsvilkår for lang tids utbetaling fra NAV? Det er blitt lett å få en diagnose i helsevesenet. Men det er som kjent ikke diagnosen i seg selv, men graden av den funksjonshemning som sykdommen fører med seg, som er forsikringsmedisinsk mest interessant. Kan det være hensiktsmessig, dvs. gi riktigere resultater med rimelig effektivitet, om man etter en grundig arbeidsevnevurdering har full oppmerksomhet på spørsmålet om personen er varig og vesentlig funksjonshemmet

eller ikke? For å bruke terminologien i WHO's ICF: Kan sykdomsvilkåret erstattes av vilkåret *vesentlig aktivitetsbegrensning* (3;9, s. 10)? Hvis nei: hvorfor ikke? Dette er spørsmål som trenger debatt, forskning og analyse.

Utfordringene når det gjelder relasjoner mellom arbeidsevne-, helse- og sykdomsbegreper er mange. Foreningen av NAVs rådgivende leger har invitert Lennart Nordenfelt til en dags seminar i mars 2010 i Oslo for å diskutere noen av de tema som her er skissert.

## Konklusjon

Strukturer i NAVs arbeidsevnebegrep og -metodikk og Nordenfelts helsefilosofi er beslektet. Et evnebasert helsebegrep og et komplekst sykdomsbegrep anses forenlig med arbeidsevnebegrepet. Ved innføring av en inngående arbeidsevnevurdering er det naturlig å diskutere og utforske om vesentlig aktivitetsbegrensning er et mer fruktbart vilkår enn sykdom for å kunne motta langtids utbetalinger fra NAV.

## Interessekonflikt

Forfatteren har halv stilling som rådgivende overlege i NAV.

## Litteratur

1. Bruusgaard D, Heiberg AN, Lie RK, Malterud K, Noreik K, Westin S. Sykdomsbegrepet i Folketrygden (§8-3). Konsensusrapport til Trygderetten. Rapport 95: 2. Oslo: Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo; 1995.
2. Nordenfelt L. The Concept of Work Ability. Brussels: P.I.E. Peter Lang; 2008.
3. Solli HM. Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uforhetsvurderinger. En etisk og vitenskapsfilosofisk analyse av tre uforhetsmodeller i et historisk perspektiv. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo; 2007.
4. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidsevnevurderinger i NAV. Sluttrapport. 2007.
5. Heum I. Arbeidsevneметодikken i NAV - en styrking av den enkeltes rettigheter og muligheter. 2009. [http://www.piv.no/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=176&Itemid=307](http://www.piv.no/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=176&Itemid=307), avlest 28.11.09
6. Ulvestad E. Chronic fatigue syndromes defies the mind-body-schism of medicine. New perspectives on a multiple realisable developmental systems disorder. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2008;11:285-92.
7. Gert B, Culver CM, Clouser KD. *Bioethics: A Systematic Approach*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2006.
8. Hofmann B. *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
9. WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF*. Geneva: World Health Organization; 2001.