

# Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper i NAV-systemet

I medisinen finnes både et verdinøytralt naturvitenskapelig og et verdiladet relasjonelt sykdomsbegrep. I denne kronikken drøftes praktisk bruk av verdiladete relasjonelle helse- og sykdomsbegreper i NAV-systemet. Jeg anvender den svenske filosofen Lennart Nordenfelts helsefilosofi, der menneskets evnedimensjon er sentral. Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper bidrar til å skape rom for faglig og etisk refleksjon i møter mellom brukere/pasienter og NAV-systemets fagfolk.

**Hans Magnus Solli**  
hmsolli@online.no  
Forskningsenheten  
Psykiatrien i Vestfold

Som det ble påpekt i den medisinske *Konsensusrapport til Trygderetten i 1994*, finnes det to vesentlige og forskjellige sykdomsbegreper i medisinen. Det ene er et verdinøytralt og rent naturvitenskapelig begrep. Det andre er verdiladet og relasjonelt. Sykdom oppfattes som noe negativt eller ondt. Helse kan defineres som fravær av sykdom, eller i termer av en god prosess for kropp og sinn (1, 2).

Omkring 1990 brukte myndighetene i Norge det verdinøytrale sykdomsbegrepet til å begrense tilgangen på trygdeytelser. I 1994 argumenterte imidlertid Trygderetten i den såkalte «fibromyalgikjennelsen», med støtte fra den nevnte konsensusrapporten, mot det verdinøytrale og for det verdiladete sykdomsbegrepet ved uførhetsvurderinger (1,3). Myndighetene svarte med prinsipielt å sidestille sykdom med objektive funn med sykdom uten slike funn (2). Folketrygdloven krever dessuten i §12-6 at det anvendte sykdomsbegrepet skal være «vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis» (4). Kroniske smertetilstander, kronisk tretthet og lettere mentale lidelser kan for eksempel regnes som sykdom (5).

I de om lag 15 år som er gått siden fibromyalgikjennelsen, har sykdomsbegrepet vært lite diskutert i trygdestaten og i NAV. I denne kronikken drøftes praktisk bruk av verdiladete og relasjonelle helse- og sykdomsbegreper i NAV-systemet. Med NAV-systemet menes NAV-kontorene med sine overordnede statlige og kommunale myndigheter og viktige samarbeidsparter som arbeidslivet, helsetjenesten og arbeidsmarkedsbedriftene.

## Evneteorier

Lennart Nordenfelt har lansert en handlingsteori om evne, og definerer helse og

sykdom på dette grunnlaget (6–8). Evnebegrepet er relasjonelt. Tre vilkår må oppfylles for å tale om menneskets evne til å handle på rett måte. Det må foreligge:

- En person med kropp og mental utrustning
- Naturlige, sosiale og kulturelle omgivelser
- Mål som personen har behov for, eller ønsker å oppnå (6).

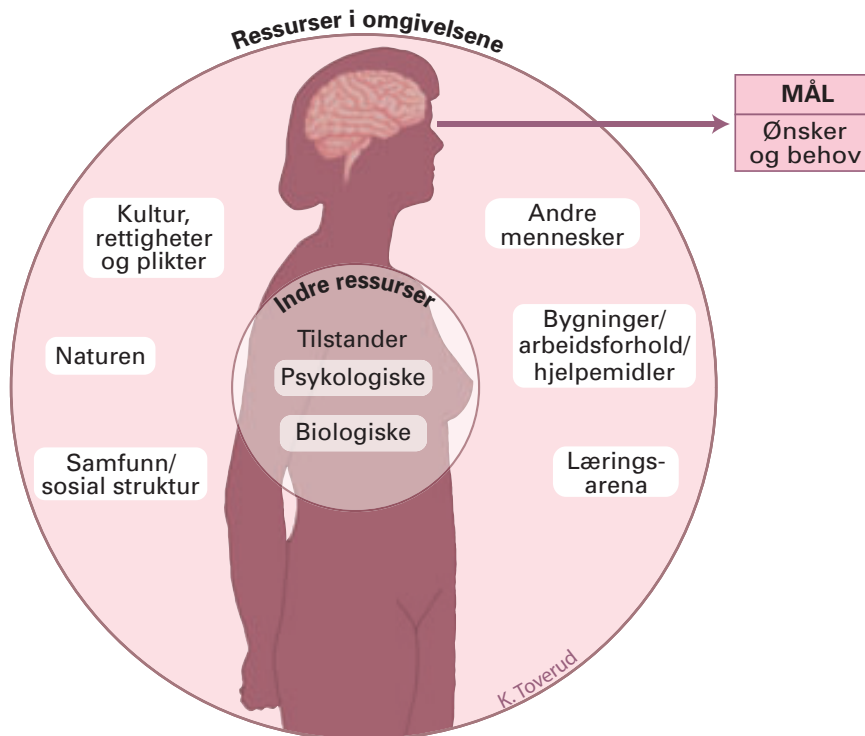
Nordenfelt definerer *evne* som det som personens indre ressurser tillater personen å utføre av handlinger. Med indre ressurser menes biokjemiske, fysiologiske og psykologiske tilstander i personen. Slik evne betegnes som førsteordens evne. Men det er ikke nok med evne for å kunne handle. Det må også finnes *muligheter*, dvs. ressurser i omgivelsene (fig 1). Vi kan bruke begrepet *praktisk handlingsressurs* (eller handlingspotensial) dersom vi vil snakke om evne og mulighet sett samlet (ramme 1) (7). Et eksempel kan belyse bruken av dette begrepet: En kvinne har fått utviklet kronisk muskelsmertesyndrom. Hennes livssituasjon har ført til mye smerter som begrenser hennes evne til å arbeide manuelt. NAV-veileder snakker med henne og vurderer hennes arbeidsevne (9). Sammen lager de en plan for å bedre hennes indre ressurser med behandling, utdanning og arbeidstrening. Planen sier også hvordan hun skal få sine muligheter forbedret med tiltak som praktisk og organisatorisk tilrettelegging og individuell oppfølging i arbeid. Slik vil kvinnen kunne forbedre sine praktiske handlingsressurser.

En vurdering av en persons evner forutsetter at vurderingen skjer på grunnlag av en oppfatning om hva som gjelder som standard (eller rimelige) omgivelser. Er arbeidsforholdene altfor kompliserte, vil en hvilken som helst person ikke ha evne til å utføre et aktuelt arbeid. Det finnes ingen absolutte evner uavhengig av omgivelsenes tilstand. Verken handlingsevne eller mulighet kan ses atskilt fra hverandre. Begge begrepene er relative (8).

Nordenfelt bruker også hva han kaller et «andreordens» evnebegrep for bl.a. å påpeke betydningen av læring eller opplæring for å utvikle evner. Andreordens evne er altså en overordnet evne til å utvikle førsteordens evner ved læring eller opplæring. (8). En person som greier å bruke PC etter å ha gått i dataopplæring, har andreordens evne til å bruke PC.

## Relasjonelle og verdiladete helsebegreper

Med evnebegrepet som utgangspunkt definerer Nordenfelt helse på ulike bruksnivåer. Til hverdagsbruk defineres helse som evne til å greie dagliglivet eller som evne til å oppfylle behov (8). Biologisk defineres helse som organismens grunnlag for utøvende (eksekutiv) evne (8). Helse er med andre ord kraft til å yte, være utholdende, gjennomføre beslutninger og utøve kompetanse. En generell definisjon av helse bruker andreordens evnebegrep (definert ovenfor) og legger dermed vekt på evnen til å lære: «En person har fullstendig helse hvis, og bare hvis, personen er i en slik kroppslig og mental tilstand at personen har andreordens evne til å realisere alle sine mål i livet, gitt standard omgivelser» (min lett modifisert oversettelse) (6, s. 162). Realisering av livsmål innebærer at personen greier seg i dagliglivet, har nære relasjoner i familie og vennekrets og deltar i samfunnet, vanligvis på arbeidsmarkedet. Definisjonen tilsier at en person med redusert helse har et problem med den kroppslige eller mentale tilstanden slik at andreordens evne til å realisere et eller flere mål ikke lar seg oppfylle, gitt standard omgivelser. Jeg har gjennomgått utvalgte dokumenter uten å finne at NAV har definert helsebegrepet (5, 9–11). Folketrygdlovens nyformulerte §11-5 sier at det skal legges vekt på helse som en av flere faktorer ved vurdering av nedsatt arbeidsevne (4). Men lovproposisjonen definerer ikke helsebegrepet (10). I NAVs arbeidsevnevurdering skal helse vurderes som ett av seks forhold ved individet sett i sine omgivelser, men



**Figur 1** Mennesket i et evneperspektiv. Personen ses i et relasjonelt spenn mellom kropp, mental utrustning og indre ressurser, mål som søkes realisert og ressurser i omgivelsene

begrepet defineres ikke (9, 11). Dersom Nordenfelts generelle helsedefinisjon ovenfor anvendes, vil dette bety at evnen til å lære skal tillegges vekt. Hva en slik definisjon vil tilføre en allerede sammenlagt arbeidsevnevurdering, er det ikke rom for å gå inn på her.

I den nevnte lovproposisjonen går det klart frem at med «helseproblemer» menes problemer som er forårsaket av sykdom (eller skade/lyte) (10, s. 19). Her ser det ut til at lovgiver anvender en rent naturvitenskapelig forståelse av sykdom og helse. I Nordenfelts definisjon av redusert helse omfatter helseproblemer ikke bare sykdom, men også en rekke andre forhold som kan svekke en persons helse.

### Et pragmatisk og et teoretisk sykdomsbegrep

Nordenfelt gjør et nyttig skille mellom et pragmatisk og et teoretisk sykdomsbegrep. I et pragmatisk sykdomsbegrep defineres sykdom som diagnose i henhold til faglitte-ratur og diagnosekriterier. NAV krever at diagnose skal kodes enten med ICD-10 eller ICPC-2. NAV-systemet trenger et pragmatisk sykdomsbegrep i en travel hverdag. Men det er viktig å være klar over at dette sykdomsbegrepet ikke inneholder elementer som gjør at det kan brukes til å vurdere en persons sykdom sett i sammenheng med omgivelser og mål.

Nordenfelts teoretiske sykdomsbegrep er verdiladet og relasjonelt. Sykdom defineres som «en kroppslig eller mental prosess som

er slik at den tenderer til å redusere helsen til sin bærer» (min oversettelse) (6, s. 162). De helsebegreper som anvendes her er evnebaserte. Redusert helse er utgangspunktet for legens vurdering. Det passer med at pasienten vanligvis forteller om sin reduserte helse (helseplager). I typiske tilfeller vil pasienten ha vansker med å greie seg i dagliglivet, nære relasjoner kan ha blitt satt på prøve og det har oppstått vansker med å delta i arbeidslivet eller i samfunnet for øvrig. På denne bakgrunnen undersøker legen hvorvidt det foreligger en sykdom som kan fortolkes til å føre til den reduserte helsen (fig 2). Det medisinske spørsmålet er om det kan påvises en årsak til den reduserte helsen, en årsak som også er funnet hos andre med tilsvarende redusert helse (8). Definisjonen av sykdom ovenfor er åpen med hensyn til anvendt faglig rammeverk for å beskrive årsak. Det kan være biomedisinske beskrivelser av patofysiologiske tilstander, psykologiske eller psykiatriske beskrivelser av mentale prosesser eller mer omfattende systemiske prosesser (som for eksempel kronisk muskelsmerte-syndrom).

Mange med sykdom får redusert helse, men ikke nødvendigvis alle. I enkelte tilfeller kan en person ha god helse selv om en sykdomsprosess påvises (8). Et eksempel er lite utbredt psoriasis. Redusert helse kan også være en statistisk mulighet i fremtiden. Dette sykdomsbegrepet er relasjonelt. Det betyr at en persons sykdom er avhengig av flere forhold som virker inn på hverandre:

personens kroppslige og mentale tilstand i sin alminnelighet, den indre prosessens omfang og forløp, omgivelsenes beskaffenhet og de mål personen setter for sitt liv.



**Figur 2** Evnebasert sykdomsbegrep. Med utgangspunkt i helsedimensjonen, som løper fra dårlig til god, defineres sykdom som en prosess i personen som er slik at den tenderer til å redusere helsen

### Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper som refleksjonsredskaper

Det er flere grunner til at helse- og sykdomsbegreper slik Nordenfelt definerer dem, er nyttige som redskaper for refleksjon i NAV-systemet. De supplerer det pragmatiske sykdomsbegrepet på fruktbare måter:

- Brukeren eller pasienten ses på som en handlende person som søker å tilfredsstille behov og realisere livsmål i interaksjon med naturlige, sosiale og kulturelle omgivelser innen en gitt samfunnsstruktur. Begrepene legger til rette for å se personen i et relasjonelt spenn mellom kropp, mentale ressurser, muligheter i omgivelsene og mål som hun eller han har (fig 1). Den dynamiske virkelighetsoppfatningen som slik kommer til ut-

## Ramme 1

### Praktisk handlingsressurs

Praktisk handlingsressurs = indre ressurs (eller evne) + ressurs i omgivelsene (eller mulighet) til å handle

trykk, er et fruktbart grunnlag for både å forstå individuelle behov og arbeide tverrfaglig i NAV-systemet. Ved å bruke begrepet praktisk handlingsressurs (ramme 1), kan for eksempel NAV-veilederen, brukeren (pasienten) og legen sammen drøfte følgende: Hvilke ressurser har brukeren, som sammen med endringer eller tilrettelegginger i omgivelsene kan føre til bedre handlingsressurser og dermed arbeidsevne?

- Nordenfelts helsebegrep er læringsorientert. Et slikt helsebegrep er nyttig for en helsetjeneste som i økende grad tilbyr pasienter med kronisk sykdom utdanning for å mestre sykdommen.
- Det finnes ulike former for redusert helse som ikke skyldes sykdom. Uttalte omsorgsoppgaver, familie- eller arbeidskonflikter kan svekke helsen betydelig. Negative livserfaringer kan føre til at individet får et pessimistisk syn på seg selv og på hva hun eller han er i stand til å utrette i livet. Viktige mål settes kanskje lavt og mestringsvevnen reduseres. Et evnebasert begrepsapparat er velegnet ved vurdering av ulike forklaringer på redusert helse og arbeidsevne.
- Sykdom skal ifølge folketrygdloven ha ført til betydelig redusert arbeidsevne for å utløse rett til sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon (4). Legen skal som annet fagpersonell i NAV-systemet vurdere sammenhenger mellom sykdom og redusert arbeidsevne. I en sykmeldingssituasjon egner det teoretiske, evnebaserte sykdomsbegrepet seg ved vurdering av pasientens situasjon konkret og individuelt. Dersom helsen ikke er så redusert at pasienten må være helt sykmeldt, bør legen drøfte med pasienten og tenke gjennom hvilke arbeidsplassforhold som har betydning for sykdommen. Noen oppgaver kan det være mulig å utføre med den reduserte helsen, andre ikke. Behov for tilrettelegging kan tas opp med pasient og arbeidsleder. Deltids sykmelding kan være riktig. Ved lengre tids sykmelding bør også legen være åpen for samtale med pasienten om erfaringer og mål som pasienten har behov for å klarlegge nærmere for fortsatt å kunne stå helt eller delvis i arbeid

### Diskusjon

Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper stimulerer til dialog, refleksjon og bevisst fortolkning ved vurdering av personers arbeidsevne. Noen leger kan imidlertid synes

at verdiladede og relasjonelle helse- og sykdomsbegreper virker fremmede, selv som refleksjonsredskaper. Sykdomsdefinisjonen kan virke vag. Et rent naturvitenskapelig sykdomsbegrep kan synes å ha et høyere presisjonsnivå. Det mange leger trolig kan enes om, er at «sykmelding og sykefravær er kompliserte sosiale prosesser» (12). Gitt en slik kompleks realitet, mener jeg det vil kunne fungere bra å ha et evnebasert begrepsapparat i NAV-systemet – det kan stimulere til debatt om bruken av sykdomsbegreper blant leger. Dessuten anvender deler av helsetjenesten ofte en biopsykososial medisinsk modell, bl.a. i primærhelsetjenesten, i psykiatrien og i fysikalsk medisin og rehabilitering. Jeg synes det er god begrepsmessig koherens mellom den biopsykososiale modellen og de evnebaserte helse- og sykdomsbegreper som drøftes her.

Et verdiladet sykdomsbegrep skulle ikke gi spesielle juridiske problemer. Trygderetten har som nevnt gått inn for dem (3). I juridisk praksis er det nødvendig å få etablert hva som er faktum i en sak. Et verdiladet sykdomsbegrep innebærer at en trygdemedisinsk beskrivelse fortsatt er en saklig beskrivelse av det som erkjennes å være medisinske fakta (bl.a. om pasientens relevante sosiale forhold, historikk, behandling, medisinske status, nedsatte funksjonsevne og sannsynlige prognose) og dessuten hva som kan tenkes å forbedre arbeidsevnen. Verdikomponenten vil ofte ikke komme eksplisitt til uttrykk. Den utgjør en vurderingsbakgrunn. Legen bør for eksempel bruke empati for å sette seg inn i pasientens situasjon. Så sant legen likevel bestreber seg på å være objektiv og upartisk i sin trygdemedisinske beskrivelse, får bruken av et verdiladet sykdomsbegrep neppe negative følger fra et juridisk synspunkt (2, s. 391–403).

Det er nærliggende å spørre om ikke evnebaserte helse- og sykdomsbegreper uvegerlig vil føre til liberalisering av sykdomsbaserte trygdeytelser. Jeg mener det ikke er slik. I og med at begrepene er verdiladet, inviterer de til å klarlegge hvilke verdier som NAV-systemet bør forsvare i et solidarisk velferdssamfunn. På den ene side finnes viktige verdier, som at arbeid er viktig for menneskets verdighet. Det er godt å kunne forsørge seg selv, og for de alle fleste er arbeid godt for helsen. Det er ofte bra å være i arbeid selv om dette ledsages av noe smerter og plager. På den annen side finnes også viktige verdier, som at den som er blitt skadet på kropp og sinn på en slik måte at evnen til å arbeide er betydelig nedsatt, har rett til å få dekket behovet for økonomisk trygghet fra fellesskapet. Disse verdiene bør balanseres. Jeg mener denne balansen fremmes best ved å holde opp en kontinuerlig verdirefleksjon både i NAV-systemet og i samfunnet for øvrig. NAVs eksistens er grunnet på fundamentale humanistiske verdier med historie fra klosterfellesskapenes og laugenes omsorg for tren-

gende i det europeiske middelaldersamfunnet (2). Det er imidlertid opp til nåtidens demokratiske samfunnsdebatt å klargjøre verdigrunnlaget for at borgerne skal få, eller ikke få, trygdeytelser. Mulige verdikonflikter inviterer til å utvikle videre en NAV-etikk. Verdirefleksjoner bør noen ganger kunne ut i retningslinjer som kan hjelpe legene i deres vurdering av arbeidsevne ved ulike former for redusert helse og sykdom.

*Jeg takker Lennart Nordenfelt for kommentarer til et tidlig utkast, og António Barbosa da Silva, Jens Egeland, Monrad Aas og to anonyme fagfeller for kommentarer til senere utkast av artikkelen.*

### Hans Magnus Solli (f. 1948)

er dr.med. og arbeider som forsker i Psykiatrien i Vestfold, Tønsberg og som rådgivende overlege i Arbeid og helse, NAV Telemark. Han har tidligere vært allmennlege.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

### Litteratur

1. Bruusgaard D, Heiberg AN, Lie RK et al. Sykdomsbegrepet i Folketrygden [§8-3]. Konsensusrapport til Trygderetten. Rapport 95: 2. Oslo: Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo; 1995.
2. Solli HM. Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførhetsvurderinger. En etisk og vitenskapsfilosofisk analyse av tre uførhetsmodeller i et historisk perspektiv. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2007. [www.dnms.no/index.php?seks\\_id=117216&treeRoot=117202&element=Subsek3&a=1](http://www.dnms.no/index.php?seks_id=117216&treeRoot=117202&element=Subsek3&a=1) [22.10.2010].
3. Trygderetten. Uførepensjon. 6.1. Generelt om vilkårene. I: Øie O-E, red. Avgjørelser i Trygderetten 1994. Oslo: Juristforbundets Forlag, 1995: 158–90.
4. Lov om folketrygd. [www.lovdatabank.no/all/nl-19970228-019.html](http://www.lovdatabank.no/all/nl-19970228-019.html) [22.10.2010].
5. Brage S, Hernes T. Medisin, helse og NAV. I: Hernes T, Heum I, Haavorsen P, red. Arbeidsinkludering. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010: 230–56.
6. Nordenfelt L. Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000.
7. Nordenfelt L. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil* 2006; 28: 1461–5.
8. Nordenfelt L. The concept of work ability. Brussel: P.I.E. Peter Lang, 2008.
9. Heum I. Brukerrettet metodikk i NAV. I: Hernes T, Heum I, Haavorsen P, red. Arbeidsinkludering. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010: 194–229.
10. Ot.prp. nr.4 (2008–09). Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover [arbeidsavklaringspenger, arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner]. [www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-4-2008-2009-.html?id=531652](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-4-2008-2009-.html?id=531652) [18.3.2011].
11. Arbeidsevnevurderinger i NAV. Sluttrapport. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet.
12. Bruusgaard D, Claussen B. Ulike typer sykefravær. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1834–6.

*Mottatt 25.10. 2010, første revisjon innsendt 1.2. 2011, godkjent 10.3. 2011. Medisinsk redaktør Are Brean.*