

Sven Conradi, seksjonsoverlege, Sunnaas sykehus

Vurdering av restarbeidsevne: ønsker Nav svar som helsevesenet ikke kan gi ?

Utgangspunktet er pasienter på AAP i 4 + år henvist fra Nav og fastlege. Det mangler organiske funn som forklarer funksjonstapet. Pasientene har smerter, er slitne, har depressive symptomer og sover dårlig. Ofte psyko-sosial tilleggsproblematikk (eller hovedproblematikk!) Utprøvd arbeidsrettede tiltak. Status som Nav-klient bidrar vesentlig til plagene.

Vi skal vurdere:

- 1) medisinsk diagnose
- 2) om funksjonsnedsettelsen samsvarer med diagnosen
- 3) utredning (er det noe utestående?)
- 4) behandling (er det noe utestående?)
- 5) prognose (er tilstanden varig?)

I følge trygdeloven skal *medisinsk tilstand* legges til grunn for tildeling av trygdeytelser. Antakelig vektlegges imidlertid følgende:

- langvarighet, hvor lenge man orker å gå i systemet
- subjektiv troverdighet, "trynefaktor"
- språk og kultur, andre sosiale (ikke-medisinske) forhold

Smertepasientens kroppsfunksjon/aktivitetsnivå kan bare i begrenset grad tilbakeføres til somatikk eller psykiatri. Aktivitetsnedsettelsen er knyttet til smertefrykt, unngåelse, aggravering og passivisering: "*smerteatferd*" som igjen henger sammen med erfaring, forventning, kultur, kjønn, utdanning (jfr. moteordet "*mestring*"). ICF kategoriserer dette under kontekstuelle forhold i domenet "*personlige faktorer*", ikke som "*medisin*".

Nav og helsevesen bidrar til å generere, forsterke og sementere sykeatferd. En pasient som ønsker en varig trygdeløsning er lite tilgjengelig for mestringstiltak. "*If you have to prove you are ill, you cannot get well*". Vi har tatt lite lærdom av det Hadler skrev i 1996.

Vi bør insistere overfor pasient og Nav på at deltakelse i arbeidslivet gir bedre somatisk og psykisk helse og livskvalitet (Waddel, Burton, 2006), mens utstøtning fra arbeidslivet omvendt gir redusert livslengde og økt sykkelighet.