

Del I.

Innledning og analytiske egenskaper

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Mellom 2006 – 2009 gjennomføres en omfattende reform av den norske arbeids- og velferdsforvaltningen. Det tilstrebes en samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, sosialtjenesteloven og andre lover (Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen 2006). Reformen betegnes «NAV – reformen», der «NAV» står for *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Trygdeetaten, Aetat og deler av kommunenes sosialtjeneste ble slått sammen til den nye *Arbeids- og velferdsetaten* 1. juli 2006. Kommunens trygdekontor, arbeidskontor og sosialkontor skal gradvis slås sammen til kommunalt *NAV-kontor*.

Rattsø-utvalgets utredning som kom i forkant av reformen, konstaterer på den ene side at «[l]egene har en helt sentral rolle som premissgiver overfor trygdeetaten.» (NOU 2004b: 180). Legene har en portvokterrolle som «innebærer at legene i praksis fordeler og omfordeler en betydelig andel av samfunnets ressurser» (ibid.). Legene har altså en viktig fordelingspolitisk funksjon i samfunnet. På den annen side, skriver utredningen, skjer legenes forvaltning av store samfunnsverdier innen et system der de ikke på noen måter stilles til ansvar, «verken politisk, personlig eller som gruppe [...]» (ibid.). Det er bemerkelsesverdig at det her hevdes at det nåværende system ikke tilskriver legene ansvar. Utredningen anser nåværende situasjon som så problematisk at to alternativer til nåværende system for trygdemedisinsk uførhetsvurdering nevnes som aktuelle. Det ene er å innføre spesialiserte leger (eng. *insurance doctors*), enten ansatt i eller engasjert av trygden, for å foreta den medisinske vurdering av uførepensjonssøkeren. Det andre alternativ er å opprette tverrfaglig team, bestående av f.eks. medisinsk, juridisk og attføringsfaglig ekspertise, til å fatte den endelige beslutning om uførepensjon (ibid.: 181). Jeg konstaterer usikkerhet om legenes framtidige roller og oppgaver innen det nye velferdssystemet. En pågående omfattende reform av velferdsforvaltningen er en særlig anledning til å reflektere over grunnlaget for legenes oppgaver og roller i trygdesystemet. Med «trygde-

systemet» menes her trygdeetaten + de helse- og sosialfaglige fagfolkene som trygdeetaten anvender.

Legene har i Norge som i andre industrinasjoner oppgaver og roller som faglige tjenesteytere, rådgivere og sakkyndige innen eller i nær relasjon til trygdeforvaltningen (Boer, Brenninkmeijer, & Zuidam 2004). I Norge er det behandlende lege, fra 2001 *fastlegen*, som er trygdekontorets viktigste medisinske samarbeidspartner. I uføresaker, dvs. i saker hvor det er tale om å innvilge tidsbegrenset uførestønad eller varig uførepensjon fordi inntektsevnen er blitt redusert for lengre tid, bruker trygden noen ganger også *spesialist* som sakkyndig og rådgiver. Trygdekontorene har videre tilgang til *rådgivende lege*. Til forskjell fra fastlegen og spesialisten skal ikke rådgivende lege utføre noen klinisk undersøkelse og vurdering av f.eks. en uførepensjonssøker. Han eller hun skal gi medisinske råd til saksbehandler på grunnlag av de medisinske opplysninger som foreligger i saken fra leger som har undersøkt søkeren. Det er trygdens *saksbehandler* som avgjør om en ytelse fra trygden som uførepensjon skal ytes eller ikke. Et vesentlig grunnlag for denne avgjørelsen er de medisinske opplysninger, vurderinger og råd som finnes i saken.

Det har i flere årtier pågått en til tider intens debatt om bruk av medisinsk kunnskap i uførepensjonsvurderingen i Norge. En mangeårig sosialmedisinsk debatt om uførhetsbegrepet kulminerte i 1977 i en NOU som foreslo å sløyfe kravet om at uførheten skulle være forårsaket av «sykdom, skade eller lyte» (NOU 1977a). Dette forslaget ble ikke tatt opp til realitetsbehandling. I 1991 ble uførhetsbegrepets sykdoms- og årsaksvilkår strammet inn (Ot.prp.nr.62 1991). Innstramningen førte til debatt om den trygdemessige status særlig for pasienter med kroniske smertetilstander og fibromyalgi.¹ I 1994 gjorde en medisinsk «konsensusrapport» til *Trygderetten* rede for at det finnes to sykdomsbegrep i medisinenens historie (Brusgaard et al. 1995).² Det ene sykdomsbegrepet er verdinøytralt og sykdom ses på «som avgrensede, objektive enheter som det er den medisinske vitenskaps oppgave å identifisere og beskrive» (ibid.: 8). Dette synet, skriver

¹ Fibromyalgi er betegnelsen på en lidelse, sykdom eller et syndrom med kroniske smerter i muskler og senefester og ømme punkter på karakteristiske steder. Årsaksforhold er ikke klarlagt. Det anses særlig viktig at lege og pasient samarbeider om behandlingen. Fra: Fibromyalgi. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=541884> (03.01.2007).

² *Trygderetten* er en egen ankeinstans for trygde- og pensjonssaker, etablert i 1967. «Trygderetten ble organisert som et forvaltningsorgan, men fikk et sterkt domstolspreg. Den som er misfornøyd med Trygderettens kjennelse, kan klage til Stortingets ombudsmann for forvaltningen. Videre kan vedkommende anlegge sak ved de ordinære domstolene.» (Kjønstad 1998: 31).

rapporten, er nå avvist av de fleste som uholdbart (ibid.). Dette synet er ikke desto mindre grunnleggende i folketrygdlovens uførepensjonsskapittel. Det andre sykdomsbegrepet er verdiladet og relasjonelt. Konsensusrapporten gikk inn for et slikt sykdomsbegrep (ibid.). Vi kommer tilbake til disse to forskjellige sykdomsbegrepene i avhandlingens analyser. *Trygderetten* gikk inn for det relasjonelle sykdomsbegrepet i en prinsipiell «syv manns kjennelse» om sykdomsbegrepet i folketrygdlovens uførepensjonsskapittel («fibromyalgikjennelsen») (Trygderetten 1995: 183). Myndighetene svarte med å endre loven slik at også sykdom uten påvisbare «objektive funn» ble anerkjent (Ot.prp.nr.42 1995).

Det er bemerkelsesverdig at erfarne rådgivende leger i en 50 års jubileumsbok for Norsk trygdemedisinsk forening i 2002 profilerte tvil om fagets nåværende innhold (Hanch-Hansen 2002). Arne Ryen skriver følgende i boken ved å referere til Henrik Ibsens «Peer Gynt»:

I Femte handling prøvde vår venn Peer Gynt å finne sin egen kjerne ved å skrelle en jordløk. År etter år gjør vi det og undres stadig på det samme som han, «Kommer ikke kjernen snart for en dag»?....«Nei – Gud om den gjør. Til det innerste indre er alt sammen lag, – bare mindre og mindre». Sannheten er nok helst den at vi alle sammen går som katten rundt den varme grøten.

Grøten er den åpenbare inkongruens mellom [sykdom, skade eller lyte] som rettferdig tildelingskriterium i Lov om folketrygd ogvirkeligheten! (Ryen 2002: 49).

Tildelingsvilkåret «sykdom, skade eller lyte» fungerer altså ikke rettferdig. Det er ikke i overensstemmelse med «virkeligheten». Den gruppen dette misforholdet går utover, skriver Ryen, er de

som for det meste har bare elendighet på livsseilasen sin [...]. Burde ikke velferdsstaten, gjennom folketrygdloven, yte hjelp til disse også, til behandling, til rehabilitering, til mestring, til å løfte motivasjon, til optimisme og håp, på lik linje med mennesker i dagens «verdige» grupper? (ibid.: 51).

Jeg oppfatter det som her sies som uttrykk for en profesjonell uro om at noe grunnleggende ikke stemmer i trygdemedisinen. Fagets innhold er vanskelig å se, og dens sosiale funksjon kan oppleves problematisk. Andre trygdemedisinske praktikere har tatt til orde for at det trengs et «trygdemedisinsk paradigmeskifte» (Johnson 2004; Solli et al. 1999).³ Uro av denne type er ikke kun et spesifikt norsk fenomen. Den kom til uttrykk f.eks. ved en internasjonal trygdemedisinsk konferanse arrangert av American Academy of Disability Evaluating Physicians (AADEP) sammen med European

³ Det hevdes at et paradigmeskifte er på gang i allmennmedisinen (McWhinney 1997: kap. 5; McWhinney 2003). Det argumenteres videre for at den biomedisinske sykdomsmodellen bør erstattes av en mer holistisk medisinsk modell i helsetjenesten i sin alminnelighet (Wade & Halligan 2004).

Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS) i London 8.-9. september 2005.⁴

«Konsensusrapporten», *Trygderettens* «fibromyalgikjennelse» og trygdemedisinske praktikere har trukket opp til en debatt som kan betegnes som en «trygdemedisinsk paradigmedebatt». Termen «paradigme» (av gr. *paradeigma*, forbilde, mønster, mønstergyldig eksempel) ble innført i vitenskapsfilosofien i 1962 av filosofen Thomas Kuhn (1922-1996) (Kuhn 1996; Lübcke 1983: 327f, 252). Paradigme i vitenskapsfilosofisk betydning kan sies å bestå bl.a. av en virkelighetsoppfatning, et menneskesyn, et kunnskapssyn, et vitenskapsideal og metodologiske forskrifter og anbefalinger (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 119f). Det er altså en omfattende problematikk som en «trygdemedisinsk paradigmedebatt» lar komme til syne.

Internasjonalt har OECD studert mangfoldet av trygdemedisinske roller og oppgaver i uførepensjonssaker i en rapport (OECD 2003). I de fleste land blir de trygdemedisinske vurderingene utført av spesialiserte leger. Norge hevdes å være et internasjonalt særtilfelle fordi behandlende lege bærer hovedansvaret for den medisinske vurderingen av uførepensjonssøkeren.⁵ Rapporten vurderer konsekvensene å være slik:

It is notable that in all the countries in which treating doctors have an important role, reciprocity and/or inflow rates have recently (continued to) increase. This suggests the growing importance of the generally well-acknowledged problems of involving treating doctors in the disability benefit award process (*e.g.* the fact that they are often too close to the patient to be able to make a neutral assessment even if they may be best informed about the applicant's set of medical problems, and also that they lack knowledge of the legal disability criteria and of the applicant's job requirements) (*ibid.*: 85).

Den etablerte norske trygdemedisinen er under press fra flere hold: fra vitenskapelig skolerte fagpersoner, erfarne praktikere, norske myndigheter og en sentral internasjonal organisasjon som OECD. Noen av disse problemene synes så grunnleggende at spørsmålet om de bør forstås i lys av det vitenskapsfilosofiske paradigmebegrepet er blitt reist.

1.2 Problemstilling

Rattsø-utvalget, sitert innledningsvis, påpeker altså at legene innen trygdesystemet har en viktig fordelingspolitisk funksjon i samfunnet. Dette betyr at den trygdemedisinske arbeidende lege opptrer innen et sosial felt som

⁴ Programmet finnes på <http://www.eumass.com/default.asp?id=37&mnu=37>. Den uro jeg sikter til hørte jeg kom til uttrykk i fellesdiskusjoner etter enkelte foredrag.

⁵ Rapporten hevder at uførepensjonsordninger i USA står i samme stilling som den norske. Et slikt syn har jeg ikke fått bekreftet fra andre hold. Jeg stiller meg derfor spørrende til om dette er korrekt.

bl.a. reguleres av fordelingsrettferdighet. Vi står altså overfor et *deskriptivt og normativt sosialetisk problem*. Dette sosialetiske problem tas som utgangspunkt for avhandlingen. I dette feltet opptrer legen som portvakt, skriver utvalget. Det er vanlig å si at legen opptrer som sakkyndig, og at legen da bør være upartisk og objektiv. Et interessant, men også problematisk fenomen, er at ord som objektiv og objektivitet er mangetydige. Det er en viktig oppgave å avklare hva som i en trygdemedisinsk kontekst menes med objektivitet, og hva som bør menes med objektivitet. Dette er et *deskriptivt og normativt vitenskapsfilosofisk problem*. Objektivitetsproblemet åpner opp for en analyse av noen paradigmatisk spørsmål innen medisinen. Dette problemet er relatert til de to forskjellige syn på sykdom i medisinen som ble nevnt overfor.

Når det gjelder trygdemedisinsk metodologi, er det innen internasjonal trygdemedisin skrevet om at det foreligger prinsipielt tre forskjeller modeller for medisinsk vurdering av personer med langvarig redusert arbeids- eller inntektsevne (Donceel 1999a).⁶ En slik modell betegnes her «uførhetsmodell». Det er ikke enda etablert noen internasjonal terminologi om hvordan disse modellene skal betegnes. På norsk betegner jeg dem *tabellmodellen*, den *biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* og *funksjonsevne modellen*.⁷ Avhandlingen skal vise at alle disse tre modellene i større eller mindre grad er i bruk i uførhetsvurderingen i Norge.

Tabellmodellen. Denne modellen ble innført i sosialforsikringen i og med den tyske *ulykkesforsikringsloven av 1884*.⁸ Den tar utgangspunkt i at personen har fått redusert sin arbeidsevne som følge av en kroppslig skade etter en arbeidsulykke, senere også ved noen sykdommer. Det antas at kroppslige skader kan karakteriseres ved en tilhørende typisk, *abstrakt* reduksjon av arbeidsevne. En typisk hel arbeidsevne ble satt til 100%. Et fullstendig tap av arbeidsevne ble satt til 0 % og ble betegnet som *invaliditet*. Det ble antatt at man kan anslå den typisk reduserte arbeidsevne ved ulike skader som en prosentvis reduksjon av en hel arbeidsevne. Den prosentvise typiske reduksjonen av arbeidsevne ved forskjellige medisinske tilstander ble skalert i en tabell, *invaliditetstabell*. Denne måten å vurdere på fikk også noen steder innpass i sosialforsikringens *invalid- eller uførepensjon*. En ta-

⁶ De tre uførhetsmodellene karakteriseres kort i sammenskrivningen av Peter Donceels avhandling (Donceel 1999a). Den foreligger på flamsk. Forfatteren har skrevet en upublisert engelsk oversettelse av det første kapitlet i avhandlingen som jeg fikk lese i januar 2006.

⁷ En alternativ betegnelse til overveie på tabellmodellen er «skalamodelen».

⁸ Som det går fram av historiske undersøkelser i avhandlingens underkapittel 12.1, ble modellen tatt i bruk innen privatforsikringsmedisinen tidligere i det 19. århundret.

bellmodell kan utformes på flere måter. Et eksempel fra USA er en tabellrisk skala over oppstått funksjonsnedsettelse (eng. *impairment*) ved forskjellige skader og sykdommer (Cocchiarella & Andersson 2001). Et annet eksempel er den britiske *The personal capability assessment* hvor aktivitetsbegrensninger (eng. *bodily and mental disablement*) skaleres (DWP 2004).

Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen ble innført i og med den tyske *invaliditetsloven av 1889*. Det skal for det første foreligge en medisinsk tilstand som karakteriseres i følge den biomedisinske sykdomsmodellen. Det skal for det andre kunne påvises at denne medisinske tilstand er den ene årsaken, eller hovedårsaken, til reduksjon av inntektsevne under en bestemt inntektsgrense. Denne modellen står sentralt i uførepensjonsordninger på det europeiske kontinentet, i Norden og i noen ordninger i USA.

Funksjonsevne modellen: I regi av WHO er det pågått et arbeid for å kategorisere funksjonshemning. Resultatet er blitt publisert som *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF* (WHO 2001; WHO 2003). *ICF*'s hovedkategorier er følgende: Den første kategorien er på organnivå og betegnes *kroppsfunksjoner og – strukturer*. Disse er «organ-systemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner» og «anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdeler» (WHO 2003: 10). Den andre kategorien er på personnivå og betegnes *aktiviteter*. «Aktiviteter er menneskets utførelse av oppgaver og handlinger.» (Ibid.). Den tredje er en sosial kategori som betegnes *deltakelse*. «Deltakelse er å engasjere seg i en livssituasjon.» (Ibid.). Hver kategori kan beskrives negativt eller positivt. Kroppsfunksjoner og -strukturer beskrives positivt som *funksjonell og strukturell integritet*, negativt som *funksjonsnedsettelse* (eng. *impairment*).⁹ Aktiviteter angis som positive. Negativt foreslås *aktivitetsbegrensning*. Deltakelse angis også som positiv. Negativt foreslås *deltakelsesinnskrenkning* (ibid.). *Funksjonshemning* er paraplybetegnelsen for funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesinnskrenkning (WHO 2003: 3). Funksjon (eng. *function*) angis som paraplybetegnelse for

⁹ Oversettelsen av «*impairment*» til «avvik» i den norske ICF-utgaven kan neppe anses vellykket (WHO 2003: 10). Selv om et «*impairment*» er et slag avvik, er «avvik» et ord som på norsk også konnoterer «avvikende trekk», eller personer med psykiske avvik. Oversettes «avvik» tilbake til engelsk fåes «*deviation*». Jeg mener på dette grunnlag at ordet avvik ikke egner seg for oversettelse av «*impairment*». Det sammensatte uttrykket «funksjons- og strukturavvik» er bedre (ibid.: 11). Her presiseres det hva slags avvik det er tale om. Men i og med at «funksjonsnedsettelse» begynner å bli innarbeidet på norsk, vil jeg anvende denne termen (NOU 2001a: 17; NOU 2005: 36f). Andre termer som i noen sammenhenger er benyttet som synonymt med «*impairment*», er «reduisert/nedsatt funksjonsevne» (ibid.; ibid.) og «funksjonsforstyrrelse» (Helsedirektoratet 1991: 15)

funksjonell og strukturell integritet, aktivitet og deltakelse. I tråd med tradisjonelt språkbruk i Norge, som avhandlingen skal gjøre rede for, betegnes modellen som *funksjonsevne modellen*. Danmark er så langt jeg kjenner til det eneste land som har innført en vurderingsmodell i sin uførepensjonsordning som er beslektet med funksjonsevne modellen («arbejdsevne metode»). Denne synes imidlertid ikke å være direkte basert på ICF (Bang 2002).

Avhandlingens problemstilling kan nå formuleres som følger: Hvilke er de nødvendige vilkår for at bruk av medisinsk kunnskap i vurdering av menneskers reduserte inntektsevne innen folketrygden skal kunne sies å være rettferdig? Det må finnes sosiale vilkår. Men det må også finnes vitenskapsfilosofiske vilkår. Så vel det ene slaget vilkår som det andre må oppfylles. Problemet er videre hvilken uførhetsmodell (eller hvilke uførhetsmodeller) som oppfyller disse vilkårene. Målet med avhandlingen er altså å analysere relasjoner mellom rettferdighetsbegrepet og objektivitetsbegreper, både deskriptivt og normativt, i en trygdemedisinsk kontekst. Delmålene kan formuleres slik:

- a) Et sosialtisk delmål: Hvilke rettferdighetskriterier er sentrale for en trygdemedisinsk vurdering av personer med nedsatt inntektsevne? Hvilke bør de være?
- b) Et vitenskapsfilosofisk delmål: Hvilket objektivitetsbegrep er nødvendig, tilstrekkelig eller nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet? Hvilke er kriterier for bruk av disse begrepene i en trygdemedisinsk kontekst? Hvilke bør de være?
- c) Hvilken modell for uførhetsvurdering, *tabellmodellen*, *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* eller *funksjonsevne modellen*, er det som oppfyller så vel rettferdighetskriteriene i a) som objektivitetskriteriene i b) slik de bør være?

Avhandlingens overgripende kontekster er europeisk og nordisk sosialhistorie og internasjonal trygdemedisin. Men problemstillingen er avgrenset til å dreie seg om bruk av disse uførhetsmodellene innen den norske folketrygdens uførepensjonsordning. Fokus for analysen er *behandlende leges* kliniske oppgaver og virksomhet som trygdemedisinsk sakkyndig overfor trygdekontoret. Virksomhet som rådgiver overfor arbeidsgiver tas ikke opp. Spesifikke problemer med rådgivende leges eller arbeidsmedisiners roller og oppgaver, eller som angår spesialistvurderinger, tas heller ikke opp. Avhandlingen er videre avgrenset til å dreie seg om kliniske arbeidsoppgaver og sakkyndighetsoppgaver vedrørende personer med betydelig og langvarig nedsatt evne til å arbeide og skaffe seg inntekt. Personene har en-

ten vanskeligheter med å komme inn i arbeidslivet, eller de har problemer med å fortsette i sitt arbeid. De er derfor i en situasjon der rehabilitering eller attføring på den ene side, eller uførepensjon på den annen side, er aktuelle muligheter. Spesifikk sykmeldingsproblematikk tas ikke opp. Den empiriske analysen avgrenser seg til legens oppgaver overfor trygdekontolet slik disse fungerte før etablering av NAV 01.07.06. Når jeg skriver om forhold etter 01.07.06 omtales det tidligere trygdekontolet som NAV-kontor. Bruken av medisinsk kunnskap innen private forsikringsselskaper holdes utenfor analysen. Den muligheten som består i å trekke medisinen og legene helt ut av uførepensjonsvurderingen, tas ikke opp til analyse. Velferdsordninger som f.eks. garantert minsteinntekt er ikke tema for denne avhandlingen.

1.3 Trygdemedisin, sosialforsikringsmedisin og sosialmedisin

Termene *trygdemedisin*, *sosialforsikringsmedisin* og *sosialmedisin* karakteriseres på følgende måte. I Norge fikk termen *trygdemedisin* gradvis innpass i alle fall fra 1960-tallet av. Lege Kristian Kjæstad (1911-68) definerte i 1964 trygdemedisin som «[l]æren om trygdens ytelser og innpassingen av det enkelte medisinske tilfelle i dette konglomerat av regler. [...] Faget omfatter en del av sosialmedisinen og må oppfattes som en underavdeling under dette store fag.» (Kjæstad 1964). I følge gjeldende norske definisjonen er trygdemedisin «læren om arbeidsoppgaver og beslutninger som er knyttet til sykdom, skade og lyte når disse tilstandene utgjør hovedkriteriene for ytelser og bidrag etter folketrygdloven.» (Tellnes 1994: 13). Det dreier seg altså om kliniske oppgaver, rådgivning og sakkyndighetsoppgaver som kommer til anvendelse når sykdom, skade og lyte er vilkår for en ytelse etter folketrygdloven.

For å omtale medisinske oppgaver i relasjon til tysk og norsk sosialforsikring før 1960, anvendes termen *sosialforsikringsmedisin*. Et tysk leksikon fra 1959 skriver at *Versicherungsmedizin* «har utviklet seg i nær sammenheng med sosialforsikringen, hvis innvilgelse av ytelser i sin alminnelighet beror på en stillingtaken fra en medisinsk sakkyndig.» (*Min oversettelse*) (Renthe-Fink 1959: 338). Den tyske termen oversettes til *sosialforsikringsmedisin* for å unngå forveksling med det som kan betegnes som *privatforsikringsmedisin* (ty: *Privatversicherungsärztliche Begutachtung*) (ibid.). På tysk synes forøvrig «Versicherungsmedizin» i stor grad å ha blitt erstattet av «Sozialmedizin» (Cibis & Hüller 2003).

Sosialmedisinene Per Fugelli, Kjell Haug, Georg Høyer, John Gunnar Mæland og Steinar Westin har nylig definert *sosialmedisin* slik: «Sosialmedisinens oppdrag er å studere de sosiale forhold som virker inn på helse og

sykdom, samt hvordan de sosiale vansker som følger av sykdom kan avhjel-
pes. Faget skal bidra til å bedre helsen for vanskeligstilte grupper.» (Fugelli
et al. 2004: 25). Definisjonen presiseres ved å gi termen *sosial* to betyd-
ninger: 1) som «sosiale faktorer som virker inn på helse og sykdom» og 2)
som «et moralsk imperativ som pålegger faget å bidra til sosial rettferdig-
het.» (ibid.). Det heter at faget

erkjenner at grunnleggende humanistiske og sosiale verdier som rettferdighet, frihet og
likeverd er essensielle helsebetingelser. En logisk konsekvens blir at sosialmedisinen ar-
beider for å styrke disse samfunnsverdiene. En logisk konsekvens blir også at sosialmedi-
sinen tar et særlig ansvar for de grupper som får sin helse truet av mangel på rettferdig-
het, frihet og likeverd (ibid.: 26).

Vi ser at sosialmedisinen defineres som både et *deskriptivt fag* og et *norma-
tivt, sosialetisk fag*. Sosialmedisinen er i følge definisjonen etisk normativt
på to plan. Det ene planet består i å styrke verdier som rettferdighet, frihet
og likeverd generelt i samfunnet. Det andre planet består i å ta spesielt an-
svar for grupper hvis helse er truet av mangel på rettferdighet, frihet og like-
verd. Det er fortsatt vanlig å anse trygdemedisinen som en del av sosialme-
disinen i Norge (ibid: 24). Trygdemedisin er imidlertid definert uten
ekspisitt referanse til sosialetikk (se ovenfor), mens sosialmedisinen er det.
Men i og med at trygdemedisinen er en del av sosialmedisinen, anser jeg
trygdemedisinen for å ha en implisitt sosialetikk.

1.4 Tidligere forskning

Det har ikke vært mulig å finne tidligere utførte sosialetiske og vitenskaps-
filosofiske sammenlignende analyser av forskjellige utførhetsmodeller.¹⁰
Analyser av deler av denne avhandlingens problemstilling er imidlertid
funnet. Patologen Siegfried Gräff (1887-1966) skiller mellom to betrakt-
ningsmåter i medisinen (Gräff 1949: 223ff). Den ene har den patologiske
anatomien som sitt utgangspunkt. Legen erkjenner pasientens sykdom pri-
mært i den påvisbare organskaden. Den andre betraktningssmåten tar sitt
utgangspunkt i «menneskenes og samfunnets behov for en rådgiver og hjel-
per i tilfelle sjelelig eller kroppslig nød.» (*Min oversettelse*) (ibid.: 227). Le-
gen erkjenner at det primært kreves en tankemessig orden med hensyn til
medisinens logiske struktur og dens mål. Gräff viser at den patologisk- ana-
tomiske betraktningssmåten har dominert siden medisinen naturvitenska-
pelige revolusjon i det 19. århundret. Han tar opp problematiske konse-

¹⁰ Det ble gjort flere omfattende internasjonale litteratursøk, også i de tyske databasene
Subito og Deutsche Bibliothek, med bibliotekarassistanse i november 2005. Det ble ikke
funnet annen relevant litteratur enn den som allerede var kjent.

kvenser av denne betraktningsmåten når den anvendes i retten, sosialforsikringen inkludert. Disse konsekvensene oppstår fordi jussen ikke kan se bort fra at sykdomsbegrepet også har en subjektiv dimensjon, noe som benektes innen den patologisk-anatomiske betraktningsmåten (ibid.: 231ff).

Arbeidsmedisineren Dirk Lahaye og juristene Josse Van Steenberge og Josef Viane skrev i 1975 hver sin doktorgradsavhandling i et samordnet prosjekt om «skade på mennesket» (Lahaye 1975; Van Steenberge 1975; Viane 1976). Skadebegreper innen sosialforsikring belyses i et historisk, juridisk, medisinsk og filosofisk perspektiv med utgangspunkt i et belgisk materiale. Gruppens hovedkonklusjon er at det har stor betydning om det juridiske skadebegrepet defineres i termer av skade på en *ting* eller i termer av skade på et *levende menneske*. Gruppen er kritisk til bruk av tabeller både i yrkesskade- og uførepensjonsvurderingen. De kritiserer videre sosialforsikringen i tradisjonen fra de tyske sosialforsikringslovene fra 1880-tallet for å fokusere ensidig på den økonomiske kompensasjonen etter en skade. De argumenterer for at normer innen sosialforsikringen bør være ordnet på følgende måte. Den overordnede norm bør være forebygging av skade. Denne normen begrunner innsats for bl.a. et bedre arbeidsmiljø. Dersom skade er skjedd, bør omfattende behandling og rehabilitering tre inn. Økonomisk kompensasjon bør inntre kun etter at behandling og rehabilitering er gjennomført så langt det er mulig.¹¹

I 1984 publiserte statsviteren Deborah A. Stone en studie om moderne staters bruk av uførhetsbegrepet for å skille ut noen borgere som kan få sine behov dekket gjennom sosialforsikringen. Slik unnslipper de den allmenne plikten til å forsørge seg selv (Stone 1984). Hun foretar analysene i termer av fordelingsrettferdighet, dvs. ved å skrive om spenningen mellom «the two systems based on work and need» som hun anser som det fundamentale fordelingsmessige dilemma (ibid.: 17). Jeg fortolker teksten slik at hun taler om rettferdighetskriteriene «prestasjon» og «behov» (se underkapittel 2.4). I historiske analyser av engelsk, tysk og nordamerikansk sosialforsikringslovgivning viser hun også hvordan et medisinsk definert uførhetsbegrep utviklet seg. Dette forskningsarbeidet er viktig og sentralt fordi det

¹¹ Dette er et kort sammendrag av enkelte av forskningsgruppens konklusjoner. De kom fram i personlig kommunikasjon med disse tre forskerne, alle professorer (hvorav to emeritert), i Leuven, Belgia, 17. og 19.01.06. Gruppens interessante og omfangsrike analyser foreligger kun på flamsk som jeg ikke behersker. På tysk finnes en kort oppsummering av noen hovedsynspunkter (Viane, Bock, & Geysen 1981). Donceel har i sammenskrivningsdelen i sin medisinske doktorgradsavhandling tatt opp gruppens teori til trygdemedisinsk anvendelse (Donceel 1999a). Et engelsk abstrakt foreligger (Donceel 1999b).

setter den medisinske uførepensjonsvurderingen inn i en rettferdighetskontekst. Det setter også spørsmålet om objektivitet inn i denne rettferdighetskonteksten. Så langt jeg har kunnet finne ut, er dette arbeidet i liten grad blitt fulgt opp internasjonalt av senere studier.

Legen Haakon Lærum har drøftet spørsmål vedrørende rettferdighet, juridisk rett og objektivitet innen dansk sosialmedisinsk sakkyndighet (Lærum 1997a; Lærum 1997b). Han har også i dette perspektiv tatt opp til diskusjon alternative kliniske metoder å vurdere uførhet på. Lærum skriver at for å oppnå det han betegner som en «objektivering» av tilstander som f.eks. «diverse neurasteniske stresstilstander», bruker han heller den sosialmedisinske metode framfor «tradisjonel bio-medicinsk objektivering» og/eller nevropsykologiske undersøkelser (Lærum 1996: 1380).

Når det gjelder norsk forskning og faglig debatt, tok legen Arild Bjørndal spørsmålet om sykdomsbegrepet som kriterium for rasjonering av trygd opp til analyse i 1994 (Bjørndal 1994). Han argumenterer for at *selvbestemt trygd* er den eneste «rettferdige» måten å fordele trygdegoder på (*forfatterens anbeførelse*). Han diskuterer også problemer med en slik løsning. Sosiologene Lars Inge Terum og Trude B. Nergård publiserte i 1999 en studie over medisinsk sakkyndighet i uførepensjonssaker (Terum & Nergård 1999). Studien konkluderer med at allmennlegenes vurderinger i slike saker i stor grad synes å bli styrt av deres eget personlige verdi- og moralsyn. Dersom dette er tilfelle, er vurderingene å anse som vilkårlige. Vilkaerlige legeerklæringer kommer i konflikt med sentrale prinsipper som likebehandling og rettstrygghet (Terum & Nergård 1999).

1.5 Materiale

Materialet består for det første av sosial-, filosofi- og medisinskhistorisk *litteratur*. De sentrale verkene er følgende: Ackerknecht 1982; Castel 2003; Eckart 2005; Holzinger 1992, Huerkamp 1985, Lichtenthaeler 1987; Midré 1995; Nipperdey 1998, Seip 1994a; Seip 1994b; Skirbekk & Gilje 1992a; Skirbekk & Gilje 1992b; Stone 1984 og Zöllner 1982.

For det andre består materialet av et mindre *kildemateriale* fra tysk medisin og sosialforsikringsmedisin fra tidsrommet omkring 1880-1920. Referansene er følgende: Behring 1893; Hildebrand 1913; Kaskel 1913; Seifert & Müller 1887; Stempel 1899; Virchow 1885.

For det tredje består materialet av norske *kilder*. Referansen oppgis når kilden tas opp til analyse. Her gis en oversikt over hva dette materialet består av:

- Lov- og forskriftstekster om uførepensjon fra og med *uføretrygdloven*, vedtatt i 1960, til og med den nye *folketrygdloven*, vedtatt i 1997. De re-

levante delene av fire lov- og forskriftstekster finnes i vedlegg 1A-D. En annen sentral lov som hører med er *lov om helsepersonell* av 1999.

- Forarbeider til disse lovene, det vil her si noen «Norges offentlige utredninger» (forkortet NOU) og noen odelstingsproposisjoner (forkortet ot. prp.). Noen stortingsmeldinger (forkortet st.meld.) er også blitt benyttet.
- Materiale fra trygdeetatens forvaltningspraksis: veiledninger for leger, en liten del av Rikstrygdeverkets rundskriv og dessuten skjema for utstedelse av legeerklæring ved søknad om uførepensjon. Fire skjemaversjoner, «1960 -», «1968-», «1991-» og «1999-skjemaet» er funnet som de sentrale. De finnes i vedlegg 2A-D.¹²
- Den allerede nevnte «fibromyalgikjennelsen» fra *Trygderetten* i 1994, med tilhørende medisinsk «konsensusrapport».
- Norske sosial- og trygdemedisinske artikler, avhandlinger og bøker/bokkapitler fra 1950 og til utgangen av 2005. Alle årganger av *Tidsskrift for Den norske lægeforening* fra 1959, *Utposten* fra 1972, *Sosial trygd* fra 1959 (skiftet navn til *Velferd* fra og med nr 5/97), *Tidsskrift for samfunnsforskning* fra 1960 og *Tidsskrift for velferdsforskning* fra 1998 er blitt søkt gjennom for å finne relevant materiale. Relevante deler av sosial- og trygdemedisinske lære- og håndbøker inngår også i dette materialet. Den norske lægeforenings *attestregler* fra 1951 som gikk inn i foreningens *etiske regler for leger* i 1961, hører også med.

1.6 Metodologi

Tekstmaterialet undersøkes ved hjelp av *tekstanalyse*. Metoden er mye brukt innen humanistisk forskning. Den har også fått anvendelse innen folkehelsevitenskapelig forskning (Barbosa da Silva 1996; Koch 2003; Lund & Christensen 1995). Barbosa da Silva definerer tekstanalyse som «en undersökning av en text ur olika metodologiska synsvinklar för att få fram dess struktur eller logiska uppbyggnad och mening, innehåll eller budskap.» (Barbosa da Silva 1996: 170). Det finnes mange måter å analysere tekst på, avhengig av problemstillingen. «Tekster svarer på det man

¹² Det finnes ytterligere to versjoner. «1968-skjemaet» ble på slutten av 1980-tallet rasjonalisert fra fire til to sider. En to siders versjon fra september 1988 og en annen versjon fra oktober 1989 er funnet. Disse må ha blitt brukt forholdsvis kort tid, etter alt å dømme maksimalt to år. Jeg har derfor ikke tatt dem med som materiale for analyse. Rikstrygdeverkets skjemaversjoner er blitt funnet fram på følgende måte: I de siste årene jeg var rådgivende overlege ved Fylkestygdekontoret i Telemark, fra 1997 til 2002, undersøkte jeg systematisk hvilke skjema som var blitt benyttet i eldre saker jeg fikk forelagt. Jeg antar at jeg har funnet alle skjema som er blitt benyttet. I Rikstrygdeverket ble jeg informert om det ikke finnes noe arkiv over tidligere benyttede skjema.

spørger dem om – og intet andet.» (Jensen 1997: 7). I denne avhandlingen består «teksten» av det tekstmateriale som ble presentert ovenfor.

Analysen anvender en filosofisk metodologi i det *begrepsanalyse* og *filosofisk hermeneutikk* kombineres. Her skal først gjøres rede for begrepsanalysen. Avhandlingen analyserer *rettferdighetsbegrepet* og *rettferdighetskriterier*. Objektivitetsbegreps funksjon innen rettferdighetsteori analyseres også. Det foretas vitenskapsfilosofisk analyse av *det kunnskapsteoretiske* og *det ontologiske objektivitetsbegrepet*.¹³ Rettferdighetskriterier og objektivitetsbegreper utgjør sentrale deler av avhandlingens analyseapparat (eller metaspråk).

Sentrale trygdemedisinske begreper blir videre underkastet en *vilkårslogisk analyse* (Tranøy 1970). Vilkårslogisk vil det å utføre en begrepsanalyse si å analysere, eller definere, et begrep X med visse *nødvendige vilkår* som til sammen, eventuelt, er *tilstrekkelige* for at noe skal falle under begrepet X (Brülde & Tengland 2003: 35).¹⁴ Man søker som utgangspunkt for analysen å finne allerede formulerte definisjoner av et begrep i teksten. Det kan også være mulig å sette opp vilkårene for bruken av et begrep ut fra det som finnes mer eller mindre eksplisitt uttrykt i en tekst. Metoden har begrensninger. Det finnes begreper som er for komplekse til å kunne oppfylle kravene om nødvendige og tilstrekkelige vilkår. For visse begrep gjelder det å finne tilstrekkelige vilkår som de oppfyller. Når man har definert et begrep, kan det videre finnes grensetilfelle der enkelte vilkår for et begrep oppfylles, men ikke alle. Det kan da være vanskelig å vite om et aktuelt tilfelle faller inn under begrepet eller ikke. Fordi det finnes eksplisitte og rimelig stabile definisjoner av de sentrale begreper i denne avhandlingens materiale, som for eksempel *ervervsmessig uførhet*, kommer jeg langt med vilkårslogisk analyse. Vilkårene for bruken av sentrale begreper settes opp i tabellform i analysene.

Jeg skal nå gjøre rede for avhandlingens bruk av grunnleggende begreper hentet fra den *filosofiske hermeneutikken* som Hans-Georg Gadamer (1900-1902) utformet. Denne filosofien er en beskrivelse av hva som skjer i all tolking, spesielt tolking av tekster (Gadamer 1990; Grondin 1994). Utgangspunktet for Gadammers filosofiske hermeneutikk forklares slik:

Det Gadamer er ute etter, er å *beskrive* det fenomenet vi kaller menneskelig forståelse, og som han anser som et grunnleggende trekk ved det å være menneske. For i følge Gadamer er det nettopp grunnleggende for mennesket å forsøke å forstå den historiske og

¹³ Ontologi forklares nærmere i underkapittel 3.3.

¹⁴ Bengt Brülde og Per-Anders Tenglands definisjon er lett modifisert. Lennart Nordenfelt har gjort rede for filosofisk begrepsanalyse (Nordenfelt 1996: 29ff). Det finnes en grei norsk innføring i tradisjonell filosofisk begrepsanalyse skrevet av Opdal (1983).

sosiale verden, den kultur og de tradisjoner den er preget av. Det er dette Gadamer mener når han [...] bruker uttrykket *filosofisk hermeneutikk (mine kursiveringer)* (Krogh 2003: 240).

Det som her er sagt om forståelsens natur er ikke bare deskriptivt gyldig, men gir også normer for hvordan god forståelse kan oppnås vitenskapelig. Forskeren bør studere den historiske tradisjonen (eller de tradisjoner) som forskningsobjektet er en del av. For denne avhandlingen sin del synes en historisk tilnærming, og en sosial tilnærming, å være fruktbar for bedre å forstå den historiske situasjonen norsk trygdemedisin står oppe i.

Tre begreper fra Gadamers filosofiske hermeneutikk som er relevant i denne sammenheng, er *forståelseshorisont*, *førforståelse* og *virkningshistorie*. *Forståelseshorisont* er definert som «mengden av de oppfatninger og holdninger som vi har på et gitt tidspunkt, bevisste eller ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot.» (Føllesdal & Walløe 2000: 95). Poenget med å bruke termen «horisont» er på den ene side å referere til en *helhet* som vi alltid har omkring oss, og som vi ikke kan bryte ut fra. På den annen side er horisonten også i stadig *forandring* og den kan ikke låses fast. «Nye momenter kan dukke opp for oss – som vi nettopp pleier å si – i horisonten.» (Krogh 2003: 248). Forståelseshorisonten er noe som alltid «omgir» oss.

Førforståelse er betegnelsen på «alle oppfatninger og holdninger i vår forståelseshorisont.» (ibid.: 103). Disse kan vi gjerne ha bevisstheten vår rettet mot. Gadamer talte gjerne om *fordom* med omtrent samme betydning som førforståelse. Gadamers syn på fordommenes, eller førforståelsens, funksjon og betydning for å forstå er forklart slik: «Fordommer er ikke hindringer, men positive forutsetninger for forståelse. Ett sted må vi begynne for å forstå fortiden. Har vi egentlig noen annen eller bedre muligheter enn å begynne med den innsikt som vår egen tid har gitt oss?» (Krogh 2003: 245). I følge Gadamer er en førforståelse en forutsetning for i det hele tatt å kunne forstå noe nytt.

Vi kan nå karakterisere hva Gadamer mener med *virkningshistorie*. La oss ta et eksempel. Et klassisk verk er skrevet av en forfatter, med sin forståelseshorisont og førforståelse. En forsker som studerer verket noen århundrer senere, studerer det med sin forståelseshorisont og førforståelse som nødvendigvis er forskjellig fra forfatterens. Men disse horisontene er ikke totalt atskilte. De er i en viss grad forent med en *virkningshistorie*. *Virkningshistorie* betegner, for det første, historien om de virkninger som et verk har hatt (Svenaues 2003: 415). *Virkningshistorie* betyr, for det andre, «at tidligere tiders forståelseshorisonten ennå virker inn på oss.» (Krogh 2003: 254). Fordi forskeren står i verkets virkningshistorie, vil hans eller hennes forståelseshorisont ha noe til felles med forfatterens forståelseshorisont.

Når de to forståelseshorisonter overlapper hverandre, skjer det som Gadamer betegner «horisontsammensmelting».

Gadamer skriver at det hermeneutiske problem er universelt og ikke begrenset til problemet å tolke klassiske tekster (Gadamer 1986a). Medisinsk vurdering av uføre personer som er blitt vanskelig å forstå, er altså et hermeneutisk problem. Det finnes en *virkningshistorie* om hvordan samfunnet vurderer og tar seg av mennesker som ikke kan forsørge seg selv. Dette fenomenet betegnes av sosialhistorikeren Anne-Lise Seip som «forsørgelsesproblemet» (Seip 1994a: 87). Jeg forsøker i avhandlingen å beskrive aspekter av forsørgelsesproblemet *virkningshistorie* med start i europeisk høymiddelalder. Når man så har ringet inn en virkningshistorie kan man videre spørre: Hva er det denne historien virkelig handler om? Dette er spørsmålet om «saken selv» (Kögler 1999: 171). Jeg nevner dette spørsmålet her fordi det stimulerer til å reflektere over om det kan sies noe om hva trygdemedisinen, eller sosialmedisinen, *virkelig* dreier seg om. Dette forsøker jeg å gjøre i denne avhandlingen.

I et hermeneutisk forskningsarbeid er det rimelig å gjøre noe rede for forskerens førforståelse idet forskningsarbeidet ble påbegynt.

Som eldste barn i en større forpakterfamilie ble jeg tidlig kjent med manuelt arbeid og protestantisk arbeids- og sosialetikk. Velferdsstatens utvikling gjorde det mulig for meg å ta eksamen artium som den første i min storfamilie og studere medisin ved Universitetet i Oslo. Min faglige bakgrunn er *allmenn*medisinsk og *trygdemedisinsk* utdanning og praktisk erfaring gjennom 25 år, dessuten interesse for folkehelsearbeid. I mitt medisinstudium ved Universitetet i Oslo leste jeg også bl.a. eksistensfilosofi og oppsøkte enkelte filosofiske og teologiske seminarer ved universitetet. I den første tiden som allmennlege fra 1977 av var jeg dypt involvert i klinisk allmennpraksis, kombinert med forskjellige lokalpolitiske aktiviteter og freds- og solidaritetsarbeid. Etter hvert kjente jeg et behov for mer teoretisk kunnskap om mitt fag, og jeg begynte også å skrive om nødvendigheten av økologisk fundert helhetstenkning i medisinen. Innen trygdemedisinen har jeg mange års erfaring, både med å skrive legeerklæringer som allmennlege, og med å vurdere andre legers erklæringer som rådgivende overlege. Jeg engasjerte meg i trygdemedisinsk fagutvikling. I min folkehelseutdanning ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap ble jeg bevisst at jeg gjennom min utdanning og erfaring har fått innlært en *individualistisk måte* å tenke på. Men i en samfunnsmedisinsk sammenheng er det også nødvendig også å tenke kollektivistisk. Hvordan skal forholdet mellom individualisme og kollektivismen nærmere forstås?

Under avhandlingsarbeidet har denne førforståelsen gradvis endret seg. For å kunne utføre avhandlingens analyser, har jeg utviklet et analysespråk eller metaspråk. Analysespråkets overordnede begreper, gjeldende for hele avhandlingen, presenteres i kapittel 2, 3 og 4 og betegnes «analytiske redskaper». Denne delen av en avhandling betegnes gjerne også som «teoretisk tolkningsramme».

Avhandlingen har et *fenomenologisk perspektiv*, som er et perspektiv «innenfra». Det er et perspektiv som tar den subjektive opplevelse på alvor, enten det er en persons unike subjektive opplevelse, noe flere personer opplever sammen (*intersubjektivitet*) eller noe personer i et kollektiv opplever av å være et «vi» (Searle 1996: 25f). Mennesket er et subjekt, og et fenomenologisk perspektiv anvendes som forutsetning for å kunne beskrive en pasients opplevelse og tolkning av sin livssituasjon. Dette innebærer implisitt det syn at subjektiv opplevelse har struktur og mening. Dette perspektivet innenfra inkluderer den umiddelbare opplevelsen av å være kroppslig, å være «en levende kropp» (Gadamer 1996: kap. 5). Dette siste temaet er imidlertid forholdsvis lite utviklet i denne avhandlingen.

Avhandlingen går i en viss grad inn på den filosofiske hermeneutikkens teori om forståelse, både dens ontologiske og kunnskapsteoretiske aspekter (Fløistad 1968; Heidegger 1967: 130-166; Westphal 2001). Forståelse anses som et grunnfenomen i tilværelsen (underkapittel 3.5). Dette synet får konsekvenser for medisinsk vitenskapsfilosofi (kapittel 4).

Legeerklæringene blir i avhandlingen underkastet en innholdsanalyse. Det vil si at det er blitt analysert hvilke termer som blir brukt i skjemaene, hva legene blir spurt om og hvordan legen forventes å svare, enten med fritekst eller ved å krysse av i rubrikker. Videre er det et poeng å se hvor mye plass som er avsatt for en besvarelse i fritekst. Det er altså ikke blitt undersøkt hva legene skriver i skjemaene.

Jeg søker i denne avhandlingen å forstå mer om trygdemedisinsens nåværende situasjon. I dagens trygdemedisin tales det om «verdige og uverdige», folketrygdloven taler om «hjelp til selvhjelp» og det tales om «arbeidslinje» som motsetning til «trygdelinje». Som rådgivende overlege har jeg blitt spurt om noe er å anse som «normalt». Den biomedisinske sykdomsmodellen anses problematisk innen trygdemedisinen, som vi har sett, og det tales om nødvendigheten av mer helhetlig og «kompleks» medisinsk tenkning. Den måten som jeg fant mest egnet for å oppnå forståelse av slike tema, og dermed kunne sette dem i sammenheng med hverandre, er å gå historisk til verks. Historien er blitt et viktig bakteppe for å forstå bedre i denne avhandlingen, mer enn jeg planla da jeg begynte med den.

I min tilnærming til det historiske materialet har jeg først og fremst foretatt noen *idéhistoriske undersøkelser*. Jeg har spurt: Når og i hvilken sammenheng oppstod sentrale trygdemedisinske idéer og begreper? Hvordan har de endret seg i historien fram til vår egen tid? Jeg har altså utført enkle beskrivelser av sentrale trygdemedisinske idéers opprinnelse. Min historiske metode kan betegnes som eklektisk, som bl.a. innebærer «utvelgende, prøvende, søkende».¹⁵ Jeg har søkt å finne svar på spørsmålene ved å gå til

sosialhistorisk, filosofihistorisk og medisinskhistorisk litteratur. En viss epokeinndeling i avhandlingens presentasjon har ikke vært til å unngå. Jeg er klar over at mine karakteriseringer av disse kunne ha blitt modifisert dersom jeg hadde gått dypere inn i kildematerialet og dessuten hadde hatt fylligere historisk kunnskap.

Når det gjelder min bruk av kilder, anvender jeg et forholdsvis omfattende materiale. Tre parter kommer til orde: myndigheter, leger og jurister. Jeg har vurdert kildenes kvalitet eller vitenskapelige status, eller med andre ord i hvilken grad de er å stole på (Kjeldstadli 1997).

Det er viktig å presisere at begrepsanalysen er avhandlingens primære analyse. Den kunne i prinsippet vært gjennomført uten noen redegjørelse for de historiske aspekter. Begrepsanalysen er altså i prinsippet uavhengig av om det skulle forekomme historiske utilstrekkeligheter eller feil.

1.7 Disposisjon

Avhandlingen er strukturert på følgende måte. Det gjøres i resten av del I rede for avhandlingens analytiske redskaper. Kapittel 2 gjør rede for rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet. Kapittel 3 gjør rede for objektivitet i flere betydninger. Analysen av sammenhengen mellom rettferdighet og objektivitet blir påbegynt. Et ontologisk og et kunnskaps-teoretisk objektivitetsbegrep analyseres. Kapittel 4 gjør rede for en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom, medisinske kunnskapsformer og former for praktisk tenkning innen trygdemedisinen. En handlingsorientert funksjonsevneteorier presenteres og det gjøres rede for forskjellige syn på arbeid. Disse tre kapitlene utgjør til sammen avhandlingens teoretiske referanseramme.

I del II analyseres sosialforsikringens og folketrygdens rettferdighetsformer og -kriterier i et historisk perspektiv. Dette gjøres først i en europeisk kontekst (kapittel 5, 6 og 7), så i en nordisk (kapittel 8) og til slutt en norsk kontekst (kapittel 8 og 9). I denne delen besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens første *sosialetiske* delmål (se underkapittel 1.2 ovenfor). I del III analyseres objektivitetsbegreper og -kriterier. Kapittel 10 analyserer kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet i en trygdemedisinsk kontekst. I kapittel 11 analyseres *objektive funn*. Det konstrueres et holistisk objektivitetsbegrep som anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Det formuleres videre et medisinskfaglig kriterium på dette begrepet. I dette kapitlet besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens andre *vitenskapsfilosofiske* delmål.

¹⁵ Fra: Eklektiker, eklektisk. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=524158> (07.02.07).

I del IV analyseres de tre uførhetsmodellene på grunnlag av resultatene i del II om rettferdighetskriterier og del III om objektivitetskriterier. Tabellmodellen analyseres i kapittel 12, den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i kapittel 13 og funksjonsevne modellen i kapittel 14. Avhandlingens konklusjon kommer i Del V og består av kapittel 15. I dette kapitlet besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens tredje delmål.

Det er to vedlegg. Vedlegg 1 består av fire norske lov- og forskriftstekster som analyseres i denne avhandlingen. Vedlegg 2 består av fire legeerklæringsskjema som har vært i bruk i Norge i perioden 1960 fram til avhandlingen ble ferdigskrevet i januar 2007.

2 Rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet

Hensikten med dette kapitlet er først å gjøre rede for et etisk perspektiv som gjelder nære personlige forhold og et annet som gjelder sosial samhandling. Det gjøres videre rede for rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet.

2.1 To forskjellige etiske hovedperspektiver

To forskjellige etiske hovedperspektiver går gjennom denne avhandlingens analyser. De betegnes *sympatiperspektivet* og *upartiskhetsperspektivet*. *Sympatiperspektivet* angår nære personlige forhold. Det kan sies å være basert på sympati, på omsorg eller barmhjertighet (Beauchamp & Childress 2001: 369ff). Legen og filosofen Jos V.M. Welie oppsummerer sin analyse av sympatiens grunnleggende betydning for klinisk medisin og helsetjeneste slik:

Physicians and other health care providers may well be able to discern what is in the best interests of their patients. Even if they are not able to always sympathize entirely with their patients – for a patient may willfully close off herself from the intersubjective world, and purely physical feelings will always remain private – at least care providers can feel and think *with* their patients. Rather than sitting across from them, they can *join* their patients in the latter's search for healing (Welie 1998: 115).

Sympati gjør det altså mulig for en person å skjelne hva som kan være i en annen persons beste interesse. En lege kan, i alle fall i en viss utstrekning, se hva som er til en pasients beste. Men sympati kan ikke være etikkens eneste perspektiv. Hvordan bør jeg forholde meg til dem jeg ikke sympatiserer med, eller som jeg har blandede følelser overfor, eller ikke en gang kjenner? Filosofen John Cottingham skriver slik om upartiskhet:

On the one hand, most of us feel that we are permitted, even required, to give special considerations to the interest of ourselves and our loved ones; on the other hand, we also