

*psyko-organiske* og det *humane*. Den andre aksene består av et individuelt aspekt og et omgivelsesmessig og sosial aspekt. Når det gjelder forholdet mellom individ og samfunn, anses *kollektivism* og *sosial atomisme* for å være problematiske syn, men *sosial ikke-atomisme* aksepteres. Det forsøkes utviklet et syn som balanserer mellom individualisme og kollektivism.

Problemet om forholdet mellom kropp og sinn (eng. *body and mind*) anses uløst. Men den levende kroppen anses å ha dels et ontologisk objektivt aspekt, dels et ontologisk subjektivt aspekt. En pluralistisk-holistisk ontologi anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. I neste kapittel skal medisinsk vitenskapsfilosofi analyseres nærmere, særlig med henblikk på trygdemedisinsk sakkyndighet.

## 4 Medisinsk vitenskapsfilosofi og etikk med henblikk på praktisk trygdemedisin

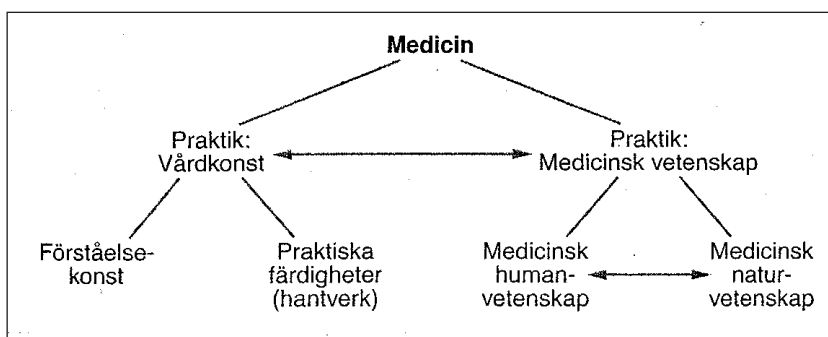
Hensikten med dette kapitlet er å gjøre rede for noe av det medisinske vitenskapsfilosofiske og etiske grunnlaget for å vurdere arbeidsevne innen en trygdeordning. Praktisk medisin defineres. Det formuleres en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom. Det gjøres videre en kunnskapsteoretisk drøfting om hvilke former for kunnskap som legen bruker i praksis. Det avklares også hvilke former for praktisk tenkning som kommer til anvendelse. Dessuten settes ICF inn i en handlingsteoretisk kontekst. Det gjøres til slutt rede for ulike syn på arbeid.

### 4.1 Praktisk medisin overfor individ og samfunn som kunst og vitenskap

Det er vanlig å si at *praktisk medisin* er både *kunst* og *vitenskap*. Dette går fram av følgende definisjon som sier at *medisin* er «the art and science of the diagnosis, treatment, and prevention of disease and the maintenance of good health.»<sup>48</sup> Medisin utøves både overfor individer som *klinisk medisin*, og overfor samfunn som *samfunnsmedisin*. Disse er ikke atskilte fag, men nært knyttet sammen. Definisjonen sier at medisinen har et todelt mål. Det er både å *bekjempe* (dvs. forebygge, diagnostisere og behandle) *sykdom* og å *bevare god helse*. Medisinen kan være forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende.

Definisjonen sier at medisinen, både med den individuelle personen og med samfunnet som kunnskapsobjekt, er både kunst og vitenskap. Legen

<sup>48</sup> *Medicine. I: Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary*. Fourth Edition. 1994. Mosby, St. Louis: 970.



Figur 4.1. Den praktiske medisinsens sentrale begreper og hvordan de henger sammen (Stolt 2003: 73). Gjengitt med tillatelse fra Carl-Magnus Stolt og forlaget Natur og Kultur.

Carl-Magnus Stolt har framstilt hvordan sentrale begreper henger sammen i medisinen (sv. *medicinen i sin vårdpraktik*) slik figur 4.1 viser.

I praktisk samfunnsmedisin henger de sentrale begreper sammen på samme måte som i den kliniske medisinen. Det individuelle mennesket er forskjellig fra samfunnet. Dermed er vitenskapene i en viss grad forskjellige, og forståelseskunsten og de praktiske ferdighetene er også noe forskjellige. Jeg går ikke nærmere inn på disse likhetene og forskjellene her.

Figur 4.1 får fram at den praktiske medisinsens to aspekter, *kunst* (klinisk eller samfunnsmedisinsk) og *medisinsk vitenskap*, kan analyseres hver for seg. I praksis interagerer disse, og det er i virkeligheten et uoppløselig samband mellom dem. Alle leger tar vitenskapelig kunnskap i bruk ved utøvelsen av sin kliniske og samfunnsmedisinske kunst. Hvordan dette skal forstås nærmere tas opp i underkapittel 4.3.

I følge Stolts framstilling består den medisinske kunsten av to komponenter: *forståelseskunst* og de *praktiske ferdighetene* (eller utøvelse av *handverk*). Den medisinske forståelseskunsten har flere aspekter, skriver Stolt:

Dels är det en konst att tillämpa sina medicinskt vetenskapliga kunskaper, exempelvis konsten att ställa en korrekt diagnos, konsten att föreslå de bästa terapeutiska åtgärderna och konsten att göra medicinska prioriteringar (att se vem som er sjukast och har störst behov). Men det är också och kanske *främst en konst att se en mänsklig helhet, en konst att bekräfta och förstå patienten som person och en konst att skapa en förtroendefull relation (författerens kursivering)* (ibid.: 76).

Det kommer her fram at forståelseskunsten i klinisk medisin på den ene siden er knyttet til faglige problemer som å stille en korrekt diagnose, foreslå

den rette behandling og bedømme den syke med tanke på prioritering. På den annen side består den av å se *mennesket som en helhet*, ha *empati* og skape *fortrolighet*.

*De praktiske ferdighetene* i den medisinske kunsten består i alt fra å gjøre en klinisk undersøkelse eller et spesielt operativt inngrep til å håndtere kompliserte maskiner. Kommunikasjonsferdigheter er også en viktig praktisk ferdighet.<sup>49</sup>

Figuren viser at den medisinske vitenskapen omfatter både *naturvitenskap* og *humanvitenskap* (jf. Wulff & Gøtzsche 1997: 192ff).<sup>50</sup> Humanvitenskap deles igjen inn i *samfunnsvitenskap* og *humaniora*. Naturvitenskap er uten tvil den dominerende vitenskapen innen medisinen.

Helt siden legen Hippokrates tid (ca. 460 – 375 f. Kr.) har medisinen hatt *etiske mål* både overfor individ og samfunn. Slike mål kommer fram i § 1 i kapittel I i Legeforeningens *etiske regler for leger*:

En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn (Den norske lægeforening 2006).

Hvor vitenskapelig medisinen enn er, så er dens oppgave overfor individ og samfunn helt og fullt etisk (Toulmin 1993: 238). Medisinhistorikeren Pedro Laín Entralgo (1908-2001) har i en studie om lege- og pasientforholdet gjennom historien beskrevet «den medisinske hendelse» (eng. *event*) på en måte som fortsatt gjelder. Hendelsen karakteriseres av å være *et møte* mellom to mennesker (Laín Entralgo 1969: 10). Han skriver videre at dette møtet er *både personlig og sosialt*:

It is personal in that it happens between two people. It is social in that patient and doctor exist within a society which to a very large extent conditions their way of life and the manner of their meeting. Unless this twofold character is taken into account, the relation between doctor and patient cannot be properly understood (ibid.: 11).

Den kliniske medisinen er altså karakterisert av å være *et mellommenneskelig møte*. *Dialogen* har en sentral plass i medisinsk praksis. Hvordan dette møtet utformes er basert på en rekke sosiale forutsetninger.

Samfunnsviteren og *public health*-eksperten Dan E. Beauchamp har, sammen med filosofen Bonnie Steinbock, beskrevet samfunnsmedisinen

<sup>49</sup> Jeg tar ikke her opp temaet teknologiens sentrale betydning for den medisinske virksomheten (Hofmann 2003).

<sup>50</sup> Dette doble vitenskapelige grunnlaget gjelder også for trygdemedisinen. Dette ble tatt opp i et seminar om trygdemedisinsk etikk i 1999, og det var ingen strid om dette grunnlaget (Solli 1999).

(eng. *public health*) kollektive aspekter slik de gjelder også i vår tid.<sup>51</sup> De skriver at for det første er det en tradisjon innen samfunnsmedisin for å se helserisiko som *felles* problemer som angår *hele* det aktuelle samfunnet, for eksempel en smittefare. For det andre anvendes *kollektive tiltak*, som for eksempel politiske vedtak, lovregulering og etablering av nye institusjoner, for å løse de aktuelle problemene. For det tredje forsøker samfunnsmedisinen å finne «solutions to common problems that strengthen and reaffirm our attachments to the community as a whole and that forge a more cohesive and more meaningful political community.» (Beauchamp & Steinbock 1999: 54). Samfunnsmedisinen har altså i følge Beauchamp og Steinbock et etisk mål som går ut på å fremme felleskap og dermed felles løsninger på samfunnsmessige sykdoms- og helseproblemer. Den har som oppdrag å verne om fellesgoder. Dette synet på samfunnsmedisinenes mål synes rimelig.

Rammeverket for den normative medisinske etikken i denne avhandlingen utgjøres av Beauchamps og Childress' kjente *Principles of Biomedical Ethics* i 5. utgave (2001). Deres medisinske etikk består av de fire prinsippene om *respekt for autonomi*, om *ikke å skade* (eng. *nonmaleficence*), om *godhet* (eng. *principle of beneficence*) og om *rettferdighet*.

Sosialmedisinen karakteriseres ofte som et fag som i særlig grad kombinerer *klinisk medisin* (klinisk sosialmedisin) med *samfunnsmedisin* (Fugelli et al. 2004; Silver & Sidel 1995). Sosialmedisin er slik sett et fag som i særlig grad må balansere et individperspektiv og et samfunnsperspektiv. I og med at trygdemedisin er å anse som et sosialmedisinsk fag, gjelder dette også trygdemedisinen. Dette betyr at faget skal balansere interesse for det mellommenneskelige møtet med vernet av fellesgoder. Den trygdemedisinske etikken må i en særlig grad arbeide innen både *sympatiperspektivet* og *upartiskhetsperspektivet* (underkapittel 2.1).

I denne avhandlingen brukes de engelske termene *disease*, *illness* og *illness without disease* som tekniske termer. *Disease* er sykdom i biomedisinsk forstand. Lege og medisinsk antropolog Arthur Kleinmann skriver slik om *disease* sammen med medarbeider Don Seeman: «Thus, for biomedicine, 'disease' refers to 'abnormalities in the structure and/or function of organs and organs systems; pathological states whether or not they are culturally recognized; the arena of the biomedical model'.» (Kleinman & Seeman 2000: 231). *Disease* refererer til unormale organer og organsystemer, og utgjør arenaen for den biomedisinske sykdomsmodellen. Den biomedisinske

<sup>51</sup> I denne sammenhengen tas ikke spørsmålet opp om hvordan samfunnsmedisinbegrepet forholder seg til folkehelsearbeidsbegrepet.

sykdomsmodellen og normalitetsbegreper tas opp i flere analyser i avhandlingen. Opplevelse av sykdom, av å være syk, betegnes *illness*. Kleinmann og Seeman skriver: «'Illness' [...] has been deployed as an 'experience-near' category, within which room can be found for the culturally patterned social and personal elements of sickness.» (ibid.). Det er viktig å poengtere at *illness* har både en kulturelt formet, sosial, dimensjon og en personlig dimensjon. Termen tar spesielt hensyn til at mennesket opplever seg sykt og lidende i sosiale omgivelser (ibid.). Opplevelse av sykdom uten påvist *disease* betegnes som *illness without disease*.<sup>52</sup>

#### 4.2 På vei mot en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom

I dette underkapitlet gjøres rede for denne avhandlingens forståelse av helse og sykdom. I underkapittel 1.1 ble det nevnt at en medisinsk «konsensusrapport» påpekte at det finnes to forskjellige sykdomsbegrep i medisinsens historie. To syn på helse og sykdom framholdes som sentrale i den medisinske vitenskapsfilosofien: det *biostatistiske* og det *normativistiske* (Nordenfelt 2001: 3). Det *biostatistiske synet* karakteriseres slik: «'Health' and 'disease' are biological concepts in the same way as 'heart' and 'lung' and 'blood-pressure' are biological concepts. In particular, nothing is evaluative or normative about health and disease. Health and disease can be defined in completely value-neutral terms.» (ibid.). Sykdom kan defineres biologisk-statistisk uten verdiladet terminologi. Helse defineres som fravær av sykdom. I følge det *normativistiske synet* er sykdom og helse verdiladete begreper. «To say that somebody is healthy partly means that this person is in a good state of body and mind. And to say that somebody has contracted a disease is to say that something bad has been contracted by that person.» (ibid.). Helse anses som en god prosess for kropp og sinn (eng. *body and mind*). Sykdom anses som noe negativt eller ondt ved denne prosessen. Jeg slutter meg til det *normativistiske synet* på sykdom og helse, slik «konsensusrapporten» også gjorde.

Innen nosologien, dvs. læren om sykdomsklassifisering, finnes gjennom medisinsens historie også to grunnleggende forskjellige medisinske modeller (Bynum 1993; McWhinney 2003; Temkin 1973). Den ene er *den medisinske ontologiske sykdomsmodellen*. Sykdom ses som en entitet (eng. *entity*) som finnes lokalisert i kroppen og som kan atskilles fra det syke

<sup>52</sup> Sykdommens sosiale aspekt betegnes gjerne *sickness*. Jeg konstaterer at menneskets sykdom og plager alltid er innfelt i en sosial situasjon hvor bl.a. de sosiale relasjoner påvirkes. Jeg bruker ingen spesiell teknisk term i denne avhandlingen for å referere til disse forhold. Det vises for øvrig til Dorthe Ganniks interessante studier i handlingsorientert sosial sykdomsteori (Gannik 2002; Gannik 2005).

mennesket (Bynum 1993: 335f). Helse er fravær av slik entitet. Legen Thomas Sydenham (1624-89) formulerte dette synet på en klassisk måte: «Nature, in the production of disease, is uniform and consistent; so much so, that for the same disease in different persons the symptoms are for the most part the same.» (Temkin 1963: 632). Den ontologiske modellen ble på slutten av det 19. århundret utformet som *den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen*. Heretter er det den biomedisinske sykdomsmodellen som jeg vil omtale. Sykdom er å forstå som *disease*, som er en entitet som rammer en frisk person. Det uomstridte kriterium på sykdom som *disease*, er *objektive funn*. Dette er en modell som «konsensusrapporten» avviste. Videre trygdemedisinske analyser kommer i underkapittel 10.1 og 11.1. Den biomedisinske sykdomsmodellen uttrykker et biostatistisk syn på sykdom og helse.

Den andre medisinske modellen betegnes ofte *den fysiologiske modellen* (Bynum 1993: 336). Betegnelser som «den biografiske modellen» (ibid.) eller «den økologiske modellen» blir også brukt (McWhinney 2003: 20). Dette er en modell for både sykdom og helse. Sykdom forstås gjerne som en forstyrrelse i menneskeorganismens interaksjon med sine omgivelser. Legen Gerald Ulrich skriver at en forstyrrelse av ytre interaksjoner ofte også medfører forstyrrelser av indre interaksjoner i organismen (Ulrich 1997: 54f). Innen denne modellen må man ikke bare se på den enkelte menneskeorganisme og dens historie. Man må også se hvordan sykdom har endret seg med forandringer av natur- og samfunnsforhold i et lengre historisk perspektiv (McElroy & Townsend 2003; Nesse & Williams 1994). Helse ses ofte på som en tilfredsstillende balanse eller tilpasning til omgivelsene, sykdom som manglende balanse. Karakteristisk for modellen er at det er en glidende overgang mellom sykdom og helse. Den fysiologiske modellen er i vår tid utviklet i særlig grad som stressteori (Melzack 1999; Selye H 1993). Nevrobiologien (psykoendokrinologien og psykoimmunologien) er nært relatert til denne modellen (Rüegg 2006). Innen den fysiologiske modellen ses sykdom og helse ofte normativistisk.

Jeg skal nå forsøke å formulere en *kompleks medisinsk modell for helse og sykdom* på grunnlag av den pluralistisk-holistiske ontologien som ble beskrevet i underkapittel 3.5. En kompleks medisinsk modell er altså en *helhetlig* modell som samtidig er *variert* og *mangfoldig*. Allmennlegen Ian R. McWhinney skriver: «[Our patients] are complex systems – organisms – and our clinical method should enable us to deal with complexity.» (McWhinney 2003: 19). Det erkjennes i vår tid at sykdom er et komplekst fenomen (Hofmann 2001).<sup>53</sup> Pasienten er en person i natur og samfunn. Mangfoldigheten har en struktur som følger av den beskrevne ontologien.

Vi så at strukturen kan beskrives langs to akser. Langs den ene beskrives et individuelt aspekt og et omgivelsesmessige og et sosialt aspekt. Langs den andre aksen beskrives et emergent hierarki med et fysisk-kjemisk, psyko-organisk og humanit nivå. Medisinen kan være rettet mot det enkelte mennesket eller mot hele samfunnet, ev. på globalt nivå. Den er i økende grad rettet også mot biosfæren og fysiosfæren (Beaglehole & Bonita 1997).

Den komplekse medisinske modellen slik jeg ser den, forsøker å integrere viktige aspekter ved både den biomedisinske og den fysiologiske (ev. økologiske og biografiske) modellen. I underkapittel 3.5 ble det gjort rede for at syn på virkeligheten som hevdet at både beskrivelser som prosess og som atskilte og individuelle enheter (gjenstander) er nødvendige. I tråd med dette synet er det nødvendig å kunne se sykdom både som prosess og som atskilte individuelle enheter. Hva som er det mest fruktbare perspektivet vil kunne være forskjellig fra en persons til en annen persons sykdom. Vi kan se sykdom som koordinerte og organiserte endringsprosesser i den komplekse virkeligheten. Disse prosessene former noen ganger biologiske mønstre som kan oppfattes som forholdsvis ensartede sykdomsenheter. Andre ganger gjør de ikke det. Innen en kompleks medisinsk modell blir den biomedisinske sykdomsmodellen både *modifisert* og *komplettert*. Modifiseringen går for det første ut på at sykdom vanligvis har både et ontologisk objektivt og et ontologisk subjektivt aspekt. Det følger av synet på organismen som et psyko-organisk system. Sykdom er vanligvis, men på varierende måter, både somatisk og psykisk.<sup>54</sup> For det andre går modifiseringen ut på at den levende organisme må studeres i sine omgivelser. Modellen er altså relasjonell og interaksjonistisk. Kompletteringen skjer, for det første, ved at mennesket også blir sett på *humanit* nivå, både som enkeltperson og som individ i et samfunn. For det andre skjer kompletteringen ved å se helse i perspektiv av organismens *selvorganisering*. Ulrich hevder at begrepet *selvorganisering* er medisinsk viktig fordi det betyr at organismer, i alle fall under visse betingelser, har en iboende tendens til ikke bare å opprettholde seg selv, men også til å «finne løsninger» (Ulrich 1997:

<sup>53</sup> En omfattende analyse av et helhetssyn i helsetjenesten, av en åpen og holistisk helsetjenestemodell og med en konstruktiv kritikk av den biomedisinske sykdomsmodellen er utført av Barbosa da Silva sammen med Marie Ljungquist (2003: kap. 1-3).

<sup>54</sup> Det synes som kategorien psykosomatisk sykdom innen en kompleks medisinsk modell har utspilt sin rolle. McWhinney skriver etter å ha argumentert mot den biomedisinske sykdomsmodellen og for en systemisk medisinsk modell følgende: «The evidence reviewed here makes untenable the separation of mind from body in the old paradigm and the notion that there is a group of psychosomatic diseases. Social and psychological factors may be influential in any disease state, either as a cause of the disease or as a factor determining its severity and course.» (McWhinney 1997: 58).



96ff). Selvorganisering kan slik sett være synonymt med det hippokratiske uttrykket *vis medicatrix naturae*, dvs. naturens helbredende kraft.<sup>55</sup> Jeg ser selvorganisering også som forutsetning for *selvrealisering*.

På grunnlag av *den komplekse medisinske modellen* som her er beskrevet, kan man tale om *helse og sykdom i kompleks forstand*. *Helse i kompleks forstand* er en helhetlig prosess hos en person preget av funksjonsdyktighet og god handleevne i relasjon til sine omgivelser, realisering av viktige mål som oppnåelse av velvære, livslykke og etablering av mening og et forholdsvis langt livsløp. Gadamer skriver slik om denne helheten: «Health is not a condition that one introspectively feels in oneself. Rather, it is a condition of being involved, of being in the world, of being together with one's fellow human beings, of active and rewarding engagement in one's everyday tasks.» (Gadamer 1996: 113). På grunnlag av en kompleks medisinsk modell er det naturlig å se helse som medisinenens primære mål. *Sykdom i kompleks forstand* er grunnleggende sett å forstå som en *forstyrrelse* av den helhet som helsen representerer (Gadamer 1996: 77). Det dreier seg om hendelser eller prosesser i en persons kropp og psyke som fører til at individet lider og/eller fungerer på en redusert eller dårlig måte i relasjon til omgivelsene, ikke får realisert viktige mål og kanskje får sitt livsløp forkortet. Gadamer skriver om smerte at den tvinger oss «to withdraw from all external experience of the world and turn us back upon ourselves. [...] Every culture knows something of the profound inwardization involved in suffering and the enduring of pain.» (Gadamer 1996: 75). Det er slik jeg nå har beskrevet, at jeg forstår sykdom i denne avhandlingen.

### 4.3 Den komplekse medisinske modellens kunnskapsteori

Vitenskapelige konsekvenser av den beskrevne *komplekse medisinske modell for helse og sykdom* er følgende: Det må sies å være utenkelig at en vitenskap skal kunne utforske alle sidene ved den beskrevne komplekse virkeligheten. Vitenskapene må derfor ses som komplementære i forhold til hverandre. For hvert ontologisk nivå er det etablert vitenskaper som studerer fenomener på det aktuelle nivå. Naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora er til sammen både nødvendige og tilstrekkelige som medisinenens vitenskapelige grunnlag. Hver enkelt forsker, eller forskningsmiljø, må vanligvis spesialisere seg på en viss avgrenset metodologi.

Figur 4.1 tidligere i dette kapitlet beskriver medisinsk *naturvitenskap* og *humanvitenskap*, i tillegg til *praktiske ferdigheter* og *forståelseskunst*, som

<sup>55</sup> Naturhelbredelse. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=690199> (27.11.2006).



medisinens kunnskapsgrunnlag. Jeg skal nå legge fram det syn at praktisk medisin er basert på *naturvitenskapelig kunnskap*, *humanvitenskapelig kunnskap* (særlig *hermeneutisk kunnskap*), *ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap*.

*Naturvitenskapelig kunnskap* kan være sann eller falsk og betegnes *påstandskunnskap* (Johannessen 1999; Nortvedt & Grimen 2004: kap. 9). Den betegnes også som *faktakunnskap*, dvs. kunnskap om at noe er tilfelle (Cardinal, Hayward, & Jones 2004: 124). Det antas som grunnlag for naturvitenskapelig kunnskap at det finnes «a method which can be used by any competent investigator and tends to yield the same results when properly applied by different competent investigators to the same problem.» (Audi 2003: 263). Denne kunnskapen legitimeres altså hovedsakelig ved at den er *intersubjektivt testbar* (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 52, 62). Den medisinske *naturvitenskapelige* kunnskapen har en *teoretisk* komponent som dreier seg om viten om biologi og epidemiologi/statistikk, sykdommer og sykdomsmekanismer. Den har også en *empirisk* komponent, som bl.a. dreier seg om kontrollerte erfaringer fra tidligere pasienter (Wulff & Gøtzsche 1997: 193).

Den *humanvitenskapelige* kunnskapen har også en *teoretisk* og en *empirisk* komponent.<sup>56</sup> Eksempler på teoretisk humanistisk kunnskap er for det første kunnskap om etikk (Wulff & Gøtzsche 1997: 193ff; Beauchamp & Childress 2001). For det andre blir mennesket, både enkeltvist og sosialt, sett på som handlende aktør (Nordenstam 1994: 21). For det tredje er det *hermeneutisk kunnskap* (ibid.). Hermeneutisk kunnskap har en sentral plass innen medisinsk vitenskapsfilosofi. Jeg avgrenser meg i det følgende til å ta opp hermeneutisk *klinisk* kunnskap. Den medisinske kunnskapsteorien står overfor et grunnleggende problem. Problemet består i at medisinsk naturvitenskapelig kunnskap er *generell* vitenskapelig kunnskap. Den skal anvendes i et *spesifikt* menneskes problematiske situasjon. Filosofen Stephen Toulmin skriver om dette problemet følgende:

The art of medicine demonstrates that human reason is practical as well as theoretical, existential as well as universal; that is, reason is concerned not just with the abstract, but also with *flesh and blood* issues. (In this context, the word «concrete» is inappropriate.) Accordingly, the central question about medical epistemology is: «How can medicine sustain this paradoxical combination of contrasted features in the first place?» What, then, is this *doctrina* or *mysterium* – this «medical knowledge» – which paradoxically combines within itself pairs of characteristics (practical and theoretical, universal and

<sup>56</sup> Tore Nordenstam nevner at noe humanistisk kunnskap er påstandskunnskap, for eksempel «Goethe døde i 1832», og «Baskisk er ikke et indoeuropeisk språk». (Nordenstam 1994: 29).

existential, and so on) that have to be so sharply distinguished and separated in other contexts? (Toulmin 1993: 231).

Toulmin foreslår å anerkjenne to typer kunnskap som likeverdige: *kunnskap om naturen* og *historisk kunnskap*. Kunnskapen om naturen er grunnlagt på at studieobjektet blir observert *utenfra*. Historisk kunnskap er grunnlagt på at studieobjektet blir forstått *innenfra*.<sup>57</sup> Disse to kunnskapsformene kommer til uttrykk i den kliniske metoden. Legen setter seg både inn i pasientens sykehistorie og gjør sine undersøkelser og sine overveielser om den naturlige kroppen. Toulmin ser disse to kunnskapsformene anvendt i den medisinske virksomheten slik:

Developing a general scientific understanding of natural processes by observational means, and interpreting particular historical episodes by the exercise of human sympathy: these are the complementary intellectual enterprises, each with its own problematic, methods, and criteria of success. [...] For our purposes, it is [...] helpful to accept both the general understanding provided by science (about natural processes occurring any place and at any time) and the particular understanding provided by history (about specific human episodes occurring here-and-now, rather than there-and-then), as equally serious and valid intellectual goals when pursued in appropriate situations (ibid.: 241-2).

Den historiske kunnskapen som Toulmin her taler om, kan også betegnes *hermeneutisk kunnskap*. Hermeneutisk kunnskap kan presiseres som kunnskap om «bl.a. tolkingsvillkor och regler för tolkning av såväl texter och symboler som mänskliga upplevelser, beteenden och handlingar.» (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 155). Den prinsipielle refleksjonen Toulmin her gjør, understreker betydningen av *hermeneutisk tolking* når medisinsk naturvitenskapelig kunnskap skal anvendes overfor enkeltmennesker. Generell kunnskap om naturen tolkes inn i et menneskes spesielle situasjon. Dette er ofte ingen *ren anvendelse* av naturvitenskapelig kunnskap. Det vil si at man ofte ikke kan slutte deduktivt fra den generelle kunnskapen til hva som skal gjøres i den enkelte situasjon. Legen må *fortolke* situasjonen. Filosofen Fredrik Svenaeus beskriver nærmere hva dette går ut på:

The clinical encounter can be viewed as a coming-together of [...] doctor and patient – in the language of Gadamer, of their different horizons of understanding – aimed at establishing a mutual understanding, which can benefit the health of the ill party. Doctors (as well as representatives of other healthcare professions) are thus not first and foremost scientists who apply biological knowledge, but rather interpreters – hermeneuts of health and illness. Biological explanations and therapies can only be applied *within* the dialogical meeting, guided by the clinical understanding attained in service of the patients and his health (Svenaeus 2003: 416).

Etter min erfaring fra klinisk praksis vil «blandingsforholdet» mellom anvendt vitenskap og fortolkning variere fra klinisk situasjon til klinisk situa-

<sup>57</sup> Giambattista Vico (1668-1744) står som banebryteren for det syn at fullt ut forståelig er bare det mennesket selv har frambrakt (Toulmin 1993: 241).

sjon. Jeg forkortet i sin tid antibiotikabehandling av øreverk hos barn fra 10 til 5 dager – et typisk eksempel på å *anvende* resultater av medisinsk naturvitenskapelig forskning i praksis. Fortolkning er, på den annen side, helt nødvendig for å forstå en pasients kroniske smerteplager.

Vi skal nå se nærmere på hvilke betingelser som må være oppfylt for at en hermeneutisk tolkning skal kunne sies å uttrykke kunnskap. Det er naturlig å starte med kunnskapsteorien til filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) (Lübcke 1982: 25). Dilthey hevdet at mennesket har tilgang til kunnskap om andre mennesker ved å *sette seg inn i* (ty. *Einfühlung*) dets opplevelse (ty. *Erlebnis*). Den termen som har etablert seg, er *empati* (Richmond 2005). Eller på norsk: «(evne til) innlevelse i et annet menneskes situasjon eller tankeliv; innfølging».<sup>58</sup> En forutsetning for empati er en *kommunikasjon* som legger til rette for den (Barbosa da Silva 2002: 56ff). Den prosess som gjør at et menneske kan få kunnskap om et annet menneske på grunnlag av hva som kan ses, høres og kjennes om dette menneske, kaller Dilthey *forståelse* (ty. *Verstehen*). Det er gjennom å lytte til hva den andre har å si, at grunnlaget for forståelse legges. *Hermeneutisk forståelse* er en kunnskap som omfatter både empati og forståelse (ibid.: 58f). Det som gjør at en redegjørelse om et annet menneske basert på forståelse kan sies å være kunnskap, er at vi *analogisk* slutter fra det som vi kan se og høre fra et annet menneske til det som gjelder oss selv (ibid.; Lübcke 1982: 29). Forståelsen er dermed *intersubjektivt* gyldig.

Hermeneutisk klinisk kunnskap vil si en nyansert og detaljert kunnskap om et annet menneske basert på et mellommenneskelig møte, eller en *dialog*. Men, som Gadamer har påpekt, blir denne kunnskapen aldri fullstendig. Den er delvis, og den er foreløpig (Widdershoven 2002; Svenaues 2003). Det skyldes bl.a. at man ikke kan komme utenom egen førforståelse. Men det er så langt vi kan komme når det gjelder kunnskap om et annet menneske. For nærmere omtale av *empirisk humanvitenskapelig kunnskap* i en medisinsk kontekst, vises det til Stolt (2003: 65ff) og Malterud (2001).

Innen kunnskapsteorien ble betegnelsen *knowing how* innført av filosofen Gilbert Ryle (1900-1976) for å betegne kunnskap som erverves gjennom øvelse (Hamlyn 1970: 103). Norsk betegnelse er *ferdighetskunnskap*. Et eksempel er å kunne svømme. Det erkjennes altså i kunnskapsteorien at kunnskap kan komme til uttrykk gjennom ferdigheter. Kunnskapen legitimeres ved at man har en konstaterbar ferdighet. I en medisinsk kon-

<sup>58</sup> Empati. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=528794> (14.11.2006)

tekst er det påpekt at ferdighetskunnskap «læres gjennom erfaringer med å vurdere konkrete oppgaver og handle i forhold til dem.» (Pedersen et al. 2001: 9). Ferdighetskunnskap er «for eksempel å kunne kommunisere med pasienter på en effektiv måte eller å kunne planlegge og organisere behandlingstiltak.» (ibid.).

Filosofen Kjell S. Johannessen argumenterer for at det finnes nok en form for kunnskap, i tillegg til påstands- og ferdighetskunnskap, som han betegner *fortrolighetskunnskap*. Den karakteriseres slik av han:

[For det første kan den bare] erverves ved egenhendig å omgå den gjenstand eller det fenomen som er opphav til den; for det andre synes den å ha sitt mål i seg selv, den kan ikke brukes til noe annet som ligger hinsides den selv; for det tredje kan den altså ikke meddeles direkte til andre i påstandsmessig form. Likevel er den ikke prinsipielt umiddelbar. Et stykke på vei kan den overføres til andre ved hjelp av analogier, metaforer og konkrete eksempler (Johannessen 1986: 49).

I en medisinsk kontekst forklares det at denne kunnskapen «utvikles gjennom stadige og gjentatte erfaringer med å løse kliniske oppgaver.» (Pedersen et al. 2001: 9). Den beskrives videre på denne måten:

Slik får vi et bredt og nyansert handlingsrepertoar, både i forhold til behandling av pasienter og til vår yrkesrolle som lege. Denne kunnskapstypen er grunnlaget for svært mange beslutninger i klinisk arbeid, hvor vi ofte står overfor valg der påstandskunnskapene ikke gir de endelige svar, men hvor vi må finne løsninger ut fra egne erfaringer fra lignende situasjoner (ibid.).

Praktisk trygdemedisin (som annen medisin) kan altså sies å være basert på fire slag kunnskap. Det er for det første den *naturvitenskapelige påstandskunnskapen* om menneskekroppen, sykdommer, diagnostikk, behandling med mer. Det er for det andre den *humanvitenskapelige kunnskapen* om etikk og om mennesket som person og aktør. Særlig betydning har *hermeneutisk kunnskap på basis av dialog*. For det tredje er det *ferdighetskunnskap*. Det vil for eksempel være kunnskap om hvordan en pasient med sviktende arbeidsevne kan motiveres og støttes for å komme i arbeid igjen. For det fjerde er det *fortrolighetskunnskap*. Det vil for eksempel si den kunnskap som er opparbeidet gjennom flere års arbeid med oppfølging av sykmeldte og skriving av erklæringer, jevnlig kontakt med trygdekontoret og arbeidsgivere og deltakelse på trygdemedisinkurs med mer.

Legen, kjemikeren og filosofen Michael Polanyi (1891-1976) publiserte i 1967 en nå klassisk studie om kunnskapens tause (eng. *tacit*) dimensjon (Polanyi 1967). Han argumenterte for at «we can know more than we can say.» (ibid.: 4). Det erkjennes nå at all kunnskap, også påstandskunnskap, forutsetter noen *tause kunnskaper* (Johannessen 1999: 40; Molander 1996: kap. 2). Denne erkjennelsen har følgende konsekvens for synet på

trygdemedisinsk sakkyndighet: Det kan ikke forventes at legen skal kunne gjøre rede for sine grunner for en vurdering på en fullstendig og uttømmende måte.<sup>59</sup>

#### 4.4 Fire ulike trygdemedisinsk relevante former for praktisk tenkning

Det skal nå avklares nærmere hvilke former for praktisk tenkning som trygdemedisinsk praksis hviler på, eller som den må forholde seg til.<sup>60</sup> Fire ulike former for normativ praktisk tenkning er blitt mye diskutert innen filosofien: *instrumentell tenkning*, *handlingsorientert tenkning* som *normorientert tenkning*, eller som *tenkning orientert etter «hele verden»* og til sist *praktisk klokskap*. Disse er alle relevante for trygdemedisinen.

Praktisk tenkning anvendes altså for å vurdere og veilede handling – i vid forstand. Det dreier seg i høy grad om moralsk handling, men også om tekniske, økonomiske og strategiske handlinger (Thommessen & Wetlesen 1996: 153f). Filosofen Robert Audi har studert den praktiske tenkningen hos Aristoteles, Hume og Kant. Denne tenkningens grunnleggende struktur kan sammenfattes slik, lett forenklet:

- (i) *Oversetningen*: et motiverende premiss: «jeg ønsker a»
- (ii) *Undersetningen*: et instrumentelt premiss: «å gjøre b vil bidra til å realisere a»
- (iii) *Konklusjonen*: en praktisk vurdering eller bedømmelse: «jeg skal eller bør gjøre b» (Audi 2006: 96).

Hverdagslivets praktiske tenkning er ofte *instrumentell*. Andre brukte betegnelser på denne tenkningen er formålsrasjonell tenkning, eller mål – middeltenkning. Man vet hva man skal gjøre for å oppnå et eller annet. For eksempel: Jeg ønsker å delta i et møte i Oslo kl. 09.00. For å være rimelig sikker på å være framme til denne tiden, må jeg ta bussen fra Skien kl. 05.00. Filosofen Onora O'Neill forklarer *instrumentell tenkning* slik: «[It]

<sup>59</sup> Det kan spørres om hvilken koherent kunnskapsteori det er som kan integrere de kunnskapsformene som nå er framstilt. Det beste utkastet som jeg har funnet er formulert av Hans Poser (2001). Dette er en kunnskapsteori som tar evolusjonsteoriens grunnantagelser om mutasjon og seleksjon i bruk nærmest som en analogi for å forstå kunnskapsutviklingen historisk. Mutasjon refererer til opptreden av det uforutsett nye, som for eksempel nye tanker. Seleksjon refererer til en alltid pågående prøvings- og utvelgelsesprosess for eksempel innen et forskersamfunn. Innen denne tankerammen sees naturvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskap som forskjellige måter å oppnå kunnskap på som kompletterer hverandre. Det erkjennes at mennesket også er subjekt og aktør i evolusjonsprosessen. Av dette følger at meningen og målet med menneskelivet ikke kan finnes i empirisk vitenskap. Å lete etter og å finne disse er likevel en sentral oppgave for hvert individ og hvert samfunn (ibid.: 276f).

<sup>60</sup> Praktisk tenkning (eng. *practical reasoning*) er karakterisert slik: «Argument, intelligence, insight, directed to a practical and especially a moral outcome.» (Hepburn 2005: 746).

identifies ways of reaching certain results or ends, but has nothing to say about which ends should be pursued or which types of action are good or bad, obligatory or forbidden.» (O'Neill 2005: 832). Med termene i sammenfatningen for den praktiske tenkningens grunnleggende struktur ovenfor: Instrumentell tenkning konstaterer at **a** ønskes og bruker så tanken til å finne ut hvilken **b** som vil bidra til å realisere **a**. Noen filosofer har argumentert for at fornuften er generelt instrumentell, og at dette gjelder også i moralske og politiske spørsmål. O'Neill skriver om dette synet:

If morality has no ends that are discovered by reason, then practical reason's only task is to show how the pursuit of the passions – of subjective ends – is to be organized effectively and efficiently. The central task of practical reason is the instrumental one of deploying our knowledge of causal relations to guide action: practical reason is simply an application of and derivative from aspects of theoretical reason; it needs no separate justification (ibid.: 833).

*Instrumentell tenkning* er etter alt å dømme den viktigste form for praktisk tenkning generelt i medisin hvis man tenker på antall avgjørelser som tas i løpet av en arbeidsdag. Legen vil i stor grad anvende sin naturvitenskapelige kunnskap og sin ferdighetskunnskap som midler for å oppnå det som er det gitte målet for den aktuelle praktiske virksomhet. Dette vil også gjelde når legen arbeider klinisk trygdemedisinsk.

Både *den handlingsorienterte tenkningen* og *den praktiske klokskapen* hevder at fornuften kan si noe mer om innholdet i oversetningen (se ovenfor) enn det den instrumentelle tenkningen hevder, særlig i moralske, juridiske og politiske spørsmål. Med handlingen som utgangspunkt har *handlingsorientert tenkning* søkt å gå opp to alternative veier: en som er orientert etter normer og en annen som er orientert etter «hele verden».

Et *normorientert* utgangspunkt for handlingsorientert tenkning hevder at egne følelser og stemninger ikke duger som utgangspunkt for praktisk tenkning. Det finnes imidlertid heller ikke objektive mål (eng. *ends*) for slike handlinger som man kan innrette seg etter. O'Neill skriver at en måte å forholde seg til dette er følgende: «Many forms of act-oriented reasoning maintain that the basis for distinguishing certain types of action from others can be found in the categories, beliefs and norms that form the constitutive elements of a society or a sense of identity.» (ibid.: 835). Man søker med andre ord å finne de konstituerende *normene* for en bestemt måte å leve på i et bestemt samfunn. I en trygdemedisinsk kontekst kan man hevde at vi i Norge har etablert en velferdsstat gjennom en lengre historisk utvikling. Lovene uttrykker viktige verdier og normer for velferdsstaten. I velferdsstaten har legene vesentlige oppgaver og roller. Folketrygdloven har inkorporert medisinske vilkår for mange ytelser. Det vesentlige den

trygdemedisinske sakkyndige har å gjøre, er å lære disse å kjenne og praktisere dem slik tradisjonen tilsier. O'Neill peker på et problem med denne tenkningen som kan gjenkjennes i forholdet mellom juss som en form for normorientert tenkning, og medisin:

[A] [...] criticism of norm-based practical reasoning is that even if it is not intrinsically conservative, it is nevertheless unavoidable designed for those who have internalized a certain outlook and its categories and norms: it is insiders' reasoning. For outsiders, treating insiders' shared categories and norms, and the established practices and identities they support, as bedrock for practical reasoning lacks all justification, because it adopts arbitrary premises (ibid.: 836).

Min gjenkjennelse består i at tenkningen på møtestedet mellom juss og medisin innen trygdemedisinen lett blir dominert av juss som en form for normorientert tenkning («juridisk rasjonalitet», jf. Bernt & Doublet 1996: 298ff). Legene erfarer dermed at de ikke får utviklet faget sitt på premisser som de kjenner og kan gå god for (Solli 2002: 91). Det er derfor behov for å supplere denne formen for praktisk tenkning med andre former for praktisk tenkning.

Et annet utgangspunkt for handlingsorientert tenkning er å *orientere seg etter «hele verden»* (eng. *the world at large*). O'Neill skriver slik om denne måten:

The classical version of a critical conception of act-oriented practical reasoning was developed by Immanuel Kant, who held that reasoning should address 'the world at large' (that is, all reasoners) rather than the limited group who share specific but intrinsically arbitrary norms and practices [...]. If practical reasoning is to meet this standard, its first requirement must be the rejection of any principles which cannot be adopted by all, regardless of their social background, their accepted categories and norms, their established practices, their sense of identity or their desires (O'Neill 2005: 836).

I og med at vi heller ikke i følge Kant har noen klare redegjørelser for det som er objektivt godt, består den praktiske tenkningens autoritet i å avvise prinsipper som ikke kan være alles prinsipper (ibid.). Kant formulerte dette kravet som det kategoriske imperativet. Det ble formulert på flere måter (Kant 1998). Den mest relevante i en trygdemedisinsk sakkyndighetssammenheng er formuleringen om *mennesket som et formål* (ibid.: 38): «Handle slik at du alltid bruker menneskeheten både i din egen person og i enhver annens person samtidig som et formål, og aldri bare som et middel.» (Thommessen & Wetlesen 1996: 198). Formuleringen betyr innen en trygdemedisinsk kontekst at for eksempel innstramninger av regelverket bør formuleres slik at de ikke bare tar hensyn til samfunnsøkonomien, men også til de menneskelige aspektene, eller menneskeverdet, hos de som rammes. Ellers hadde Kant stor sans for instrumentell tenkning. Men instrumentell tenkning kan ikke lede moralske vurderinger. *Kantiansk etikk* er en



etikk som ikke nødvendigvis er enig i alt det Kant selv hevdet, men som likevel står i den praktiske tenkningstradisjonen som her er beskrevet. I denne står Rawls tenkning sentralt (O'Neill 1993). En annen etikk i denne tradisjonen er diskursetikken til Jürgen Habermas og Karl-Otto Apel (Johansen 1994: 153ff).

Den fjerde form for praktisk tenkning antar at tenkningen, i alle fall i en viss utstrekning, kan overveie objektive, eller allmenngyldige etiske mål og goder. Den mest aktuelle versjon av slik praktisk tenkning betegnes *praktisk klokskap* (gr. *fronesis*). Den er beskrevet av Aristoteles (Aristoteles 1999: bok 6; Gadamer 1986b). Filosofen Douglas N. Walton har i en studie av praktisk tenkning redegjort for fire elementer i Aristoteles' praktiske klokskapsbegrep. De presenteres her i lett forenklet form (Walton 1990: 15):

- 1) Avveining, dvs. en fremragende måte å overveie, forstå, vurdere og bedømme mål på
- 2) Kunnskap fra sansning, vitenskap og intuisjon
- 3) Kunst eller ferdighet (gr. *techné*)
- 4) Moralsk dygd

Den som har intellektuelle evner til overveielse, forståelse og vurdering, skal bruke disse evnene for å analysere den aktuelle situasjonen og hvilket mål som er det rette (punkt 1). For å komme fram til en konklusjon, må man også sette seg nøye inn i den konkrete situasjonen og bruke de kunnskapskilder som står til rådighet. Aristoteles selv la spesiell vekt på sansning av den partikulære situasjonen (Nussbaum 1990). Eller sagt med andre ord: Et nøye studium av den aktuelle saks særegne trekk. Man anvender den vitenskapelige kunnskap som står til disposisjon og anvender også sin intuisjon (punkt 2). Man må også kunne den kunst og ha de ferdigheter som er relevante (gr. *techné*). I antikken ble medisinen ansett som en *techné* (Hofmann 2003; Molander 1996: 78). I en medisinsk sammenheng må man kunne sin medisinske kunst og sine ferdigheter (punkt 3). Dessuten må man ha moralsk dygd, dvs. en etisk karakter eller etisk holdning (punkt 4). Det kan nevnes at Aristoteles reiste spørsmålet om ikke legekunsten helst bør forstås som *praktisk klokskap* (Aristoteles 1999: 25; Svenaeus 2003: 411).

Dygdsetikken har både tradisjonelt og i nåtiden lagt vekt på at det bør være et indre forhold mellom handlingen og det mål som handlingen søker å realisere. Målet innen dygdsetikken er vanligvis det gode livet eller det gode samfunnet som helhet. Handlinger bør i seg selv søke å bidra til å realisere det gode livet eller det gode samfunnet (MacIntyre 1984; Thomassen & Wetlesen 1996: 181). Karakteristisk for praktisk klokskap er altså at den har målet i seg selv.

Fortolket inn i vår tid, kan man si at praktisk klokskap betyr at mennesket anerkjennes å ha en kognitiv evne til i en gitt situasjon, med de faktiske opplysninger som foreligger om hvordan en handling vil berøre et eller flere andre menneskers situasjon, og/eller fellesskapet, å komme fram til en innsikt om hvilken moralsk (eller politisk) beslutning, eller handling, som er den rette i denne situasjonen, med henblikk på det rette formålet (Barbosa da Silva 2006b: 193-4). Det skal nevnes at det er en nær sammenheng mellom praktisk klokskap og hermeneutikk som Gadamer uttrykte slik: «Til syvende og sist er den aristoteliske dygden praktisk klokskap, *fronesis*, selve den hermeneutiske grunnnygden.» (*Min oversettelse*) (Gadamer 1986b: 328). Å tenke hermeneutisk, som bl.a. vil si å anerkjenne betydningen av å *forstå* en situasjon før man så gjør noe på grunnlag av det man har forstått, er et aspekt ved utøvelsen av praktisk klokskap.

Aristoteles' tenkning om praktisk klokskap er trygdemedisinsk relevant i alle fall på følgende måte: Flere begreper er i bruk som er nært relatert til *praktisk klokskap*: *sunns fornuft, dømmekraft, skjønn og empatisk evne* (Thommessen & Wetlesen 1996: 252; Barbosa da Silva 2006b: 193). En sosialminister uttalte på begynnelsen av 1990-tallet at behandlende lege i en spesiell sak vedrørende sykmelding «må bruke sitt medisinske skjønn og klokskap etter beste evne» (Bruusgaard 1994). Aristoteles' tenkning på dette området kan derfor brukes som en målestokk for hva klokskap og beslektede termer som er i bruk, skal kunne bety.

Denne måten å forstå praktisk tenkning på er trygdemedisinsk relevant også fordi den er så sammensatt. Det erkjennes for det første at det er legitimt å ha formeninger om hva som er det gode for et menneske eller for et samfunn (punkt 1 ovenfor). For det andre at det er vesentlig å sette seg inn i en saks spesielle trekk, studere den nøye, bruke den kunnskap som foreligger, men også bruke intuisjon (punkt 2 ovenfor). For det tredje erkjennes det at det har betydning i hvilken grad praktikere har den ferdighetskunnskap og den forståelseskunsten som er aktuell. Det kan også ha betydning hva som er teknisk mulig å gjøre, ev. vurdert i relasjon til hvilke ressurser som står til rådighet (punkt 3 ovenfor). For det fjerde erkjennes det at holdninger også har betydning (punkt 4 ovenfor).

I denne avhandlingen erkjennes det at *instrumentell tenkning* er en viktig form for praktisk tenkning også innen trygdemedisin. Instrumentell tenkning vil hjelpe legen til å finne de rette midlene i en gitt situasjon. Vi så at trygdemedisinen er definert som et medisinsk fag som skal oppfylle juridiske mål (underkapittel 1.3). Trygdemedisinen er altså ikke bare virksomhet som er basert på instrumentell tenkning. Den er også i en viss grad basert på *normorientert tenkning*. Det anses imidlertid problematisk om

juridisk tenkning får bestemme og lede trygdemedisinsk tankegang. Trygdemedisineren bør i stedet være orientert etter den kantianske «*hele verden*»-tenkningen. Denne er imidlertid en abstrakt og overordnet tenkning. Den bør derfor kompletteres av *praktisk klokskap*.<sup>61</sup>

#### 4.5 Trygdemedisinsk relevante former for skjønnsanvendelse i trygdesystemet

Vi skal nå se nærmere på trygdemedisinsk relevante former for skjønnsanvendelse i det norske trygdesystemet. Samfunnsvitere og jurister har lenge analysert og diskutert skjønnsanvendelse i det norske trygdesystemet (Hatland 1993; Holgersen 1999; Syse 1994). Samfunnsviterene Aksel Hatland og Lars Inge Terum har nylig oppsummert denne forskningen på en oversiktlig måte (Hatland & Terum 2005). Det er det *faglige, ikke-juridiske*, skjønnet som her skal ses nærmere på. Slikt skjønn anvendes innen trygdesystemet i tre sammenhenger.

**Første sammenheng** omfatter faglig skjønn som er presisert ved lovregler: I trygdesystemet skal uklare bestemmelser for det første fortolkes, for det andre skal faktiske forhold beskrives og vurderes og hensiktsmessige tiltak skal for det tredje velges (Hatland & Terum 2005: 139). Om fortolkningen av uklare bestemmelser, skriver Hatland og Terum følgende:

Av og til er det [i loven] med vilje brukt ord som kan være uklare, nettopp for at det skal gi rom for *faglig skjønn*. Begrepet sykdom er et slikt ord. [...] Det er ikke full enighet om hvor vidt sykdomsbegrepet skal strekkes [i uførepensjonssaker], for eksempel i saker om narkotikamisbruk, og den enkelte lege vil derfor ha en viss frihetsgrad til å bruke den tolkning han eller hun mener gir det beste resultatet (*min kursivering*) (ibid. 140).

Vi ser altså at ved fortolkningen av noen termer i loven skal det inngå et faglig skjønn.

Når det gjelder beskrivelse av de faktiske forhold, trenger trygden fagfolk, spesielt leger, for å beskrive og vurdere en søkers faktiske tilstand. Her inngår skjønn særlig når det gjelder vurdering av prognose og funksjonsevne. Dersom man etter en slik avklaring fortsatt er i tvil om hvordan en tilstand skal bedømmes, er hovedregelen at man skal legge til grunn det som synes å være mest sannsynlig. Hatland og Terum påpeker at bruk av

<sup>61</sup> Det juridiske begrepet billighet synes å være et begrep som ligger nær opp til praktisk klokskap. En domstol skal ikke bare «avgjøre saken etter den strenge rett, men også etter fritt skjønn ta hensyn til hva som etter de særlige omstendigheter vil være rimelig eller hensiktsmessig.» Fra «Billighet». I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=468091> (26.09.2006). Et engelsk ord for billighet er *equity* (Craig 1999: 29ff).

profesjonell kompetanse også «bidrar til å gi en beslutning legitimitet» (ibid.).

Når det gjelder valg av hensiktsmessige tiltak, skriver forfatterne at beslutningstakere i trygden har frihet til innenfor juridisk definerte områder å ta målstyrte avgjørelser (ibid.). Jurist (og bl.a. trygderettsekspert) Gudrun Holgersen skriver at noen av folketrygdens lovregler overlater

til forvaltningens organer å foreta visse skjønnsmessige vurderinger med endelig virkning. [...] Det dreier seg om vurderinger som foretas i forbindelse med den konkrete avgjørelsen av sakene, men som ikke er undergitt domstolskontroll på samme måte som vurderingen under det såkalte rettsanvendelsesskjønnet (Holgersen 1999: 67).

Det dreier seg om hva som i en aktuell sak kan være «hensiktsmessig», «rimelig» eller «vesentlig». Dette skjønnet kan ikke overprøves så sant det befinner seg innenfor aksepterte rammer. Det betegnes som «forvaltnings-skjønn», «fritt skjønn» eller «diskresjonært skjønn» (ibid.). Jurist (ekspert på velferdsrett) og lege Aslak Syse skriver om dette skjønnet at det anviser

en avveiende eller målrettet avgjørelsesmåte. Når attføringshjelp kan ytes i den utstrekning slik hjelp 'anses nødvendig og hensiktsmessig' for at vedkommende skal kunne 'skaffe seg eller beholde høvelig arbeid', må trygdeorganet både vurdere hensiktsmessigheten av attføringsarbeidet og om det påtenkte arbeid vil være høvelig for vedkommende [...] (Syse 1994: 174).

Dette skjønnet er basert på bruken av *instrumentell tenkning* (se forrige underkapittel).<sup>62</sup>

**Andre sammenheng:** Her gis rom for skjønnsutøvelse når det gjelder fagpersonens faglige kompetanse, eller det Hatland og Terum betegner som «tjenesteyting». Denne karakteriserer de som «kjerneområdet for det faglige skjønnet», og de skriver videre:

Slik skjønnsvurdering må hvile på et annet kunnskapsgrunnlag enn innsikt i å tolke regler. Det er fagkunnskap som særlig knytter seg til hvordan ulike former for behandling og integreringstiltak virker. Det er denne kunnskapsbasen som er grunnlaget for folks tillitt til slik myndighetsutøvelse (ibid.: 140).

I en trygdemedisinsk kontekst dreier det seg om det legen gjør faglig for å følge opp, motivere og ev. utøve myndighet overfor for eksempel en person som ber om sykmelding. Forfatterne hevder, trolig med rette, at det er faglig kompetanse som gjør at folk har tillitt til ev. myndighetsutøvelse.

<sup>62</sup> Max Weber innførte en terminologi i sine studier av beslutningstyper i offentlig administrasjon som siden er blitt mye brukt. Det finnes to konkurrerende beslutningstyper, «enten *subsumsjon under normer* eller *avveining mellom mål og midler*. Subsumsjonsmodellen er juristenes typiske måter å treffe beslutninger på, mens mål-middelmodellen kanskje har økonomene som sin fremste utøvergruppe. I moderne språk finner vi igjen disse modellene under betegnelsene regelstyring og målstyring.» (Hatland 1993: 121). En nærmere redegjørelse for juridisk subsumsjon finnes hos Boe (1996: 56ff).

Tabell 4.1. Former for faglig skjønn som anvendes i trygdesystemet i et trygdemedisinsk perspektiv (etter Hatland & Terum 2005)

Former for skjønn	Nærmere forklaring
<b>A. Faglig skjønn gitt av lovregler som presiserer bruken av skjønn</b>	
Regeltolking	Medisinsk-faglig skjønn skal inngå i tolkningen av noen uklare termer i loven, f.eks. «sykdom»
Beskrivelse og vurdering	Faglig kunnskap anvendes til å klarlegge fakta og til å vurdere den situasjon som foreligger. Slik faglig vurdering gir <i>legitimitet</i> til avgjørelsen.
Valg av tiltak	Faglig, målrettet vurdering av hvilket tiltak som f.eks. er mest hensiktsmessig i en atferingssak.
<b>B. Kjerneområdet for det faglige skjønn innen trygdemedisinske arbeidsoppgaver i vid forstand</b>	
Faglig tjenesteyting	Profesjonell hjelp, behandling og motivasjon og ev. myndighetsutøvelse. Dette er kjerneområdet for det faglige skjønn.
<b>C. Etisk skjønn som inngår i både trygdemedisinsk sakkynndighet og de trygdemedisinske arbeidsoppgaver</b>	
Etiske overveielser	Overveielser om hvordan det kan gjøres godt mot klienten/pasienten og hvordan rettferdighet kan oppnås.

**Tredje sammenheng:** Hatland og Terum peker på at verdi- og rettferdighetsoppfatninger vil virke inn på slike skjønnsvurderinger som her er gjennomgått (ibid.: 142f). «Når leger og trygdefunksjonærer skal ta stilling til krav om uførepensjon, må de ta stilling til hvem som skal fritas fra den generelle plikten til selvforsørgelse.» (ibid.: 143). Etiske overveielser inngår også i de to sammenhenger for skjønnsvurdering som er beskrevet ovenfor. Flere former for faglig skjønn er nå framkommet, og tabell 4.1 gir en oversikt over disse i et trygdemedisinsk perspektiv.

Jeg finner det rimelig å skille mellom *rent skjønn* og *kvalifisert skjønn* i alle de former for skjønnsvurdering som er beskrevet ovenfor. *Rent skjønn* er en både intuitiv og erfaringsbasert vurdering eller bedømmelse som ikke begrunnes eksplisitt, enten fordi dette ikke anses mulig eller fordi man ikke synes at en begrunnelse har noen hensikt. *Rent skjønn* følger ikke noen eksplisitte objektive standarder. Problemet er at dette skjønn dermed vanskelig lar seg etterprøve. Jeg vil derfor hevde at det er en innebygd fare for at en skjønnsvurdering uten eksplisitt begrunnelse kan bli vilkårlig.

*Kvalifisert skjønn* er en vurdering eller bedømmelse som også anvender intuisjon, men den er også begrunnet. Den formulerer mer eller mindre eksplisitt et argument med premisser og konklusjon. Det kan gjerne være kortfattet. Slik argumentasjon kan etterprøves. *Kvalifisert skjønn* er altså, i

større eller mindre grad, objektiv i kunnskapsteoretisk forstand. Legen Petter Øgar argumenterer for slikt skjønn i samfunnsmedisinsk praksis (Øgar 1996).

#### 4.6 Handlingsorientert funksjonsevneteorii

ICF, slik den ble presentert som en funksjonsevnemodell i innledningskapitlet, settes her inn i en handlingsteoretisk kontekst. Det gjøres fordi mennesket ses på som en handlende person. Filosofen Lennart Nordenfelt har på et handlingsteoretisk grunnlag utviklet en teori om funksjonshemning med utgangspunkt i evnebegrepet (Nordenfelt 1983; Nordenfelt 1993; Nordenfelt 1997; Nordenfelt 2003). Den synes å ha internasjonal og tverrfaglig anerkjennelse (Edwards 2005). Noen deler av denne teoriens terminologi skal brukes i avhandlingens analyser.

Det som særlig angår trygdemedisinen, er en svekket *evne* til å arbeide. I følge Nordenfelts teori må tre vilkår oppfylles for at *evnebegrepet* skal brukes på riktig måte. Følgende faktorer må forutsettes:

- En person
- Et mål
- Spesifiserte omgivelser (eng. *circumstances*)<sup>63</sup>

Nordenfelt forklarer forholdet mellom disse faktorer slik:

It is pointless to say of a person that he or she is in general able, or conversely, that he or she is in general disabled. Ability has to be specified. First, one has to identify a particular agent A. Second, one has to specify A's project or goal: something that A is able to attain. [...] Third, one has to specify the circumstances in which A is able to attain this goal or perform this action (Nordenfelt 1993: 17).

Det handler altså om en person med kropp og sinn. Personen har mål som han/hun har behov for, eller ønsker, å oppnå. Man taler også om hensikt, intensjon, motivasjon eller vilje. Dessuten kan man ikke snakke om evne uten å implisere omgivelser, naturlige og sosiokulturelle. Ved denne terminologien beskrives følgende måte å se aktivitetsbegrensning (eng. *disability*) og deltakelsesinnkrenkning (eng. *handicap*) på av Nordenfelt: «A disability, as well as a handicap, is a non-ability – given a specified set of circumstances – to realise one or more of one's vital goals [...]» (Ibid.: 22). I stedet for vitale mål (eng. *vital goal*) vil jeg tale om *behov* (se behovsteorien i avsnitt 2.4.2). Til norsk kan Nordenfelts setning dermed oversettes slik: En aktivitetsbegrensning, så vel som en deltakelsesinnkrenkning, er en manglende

<sup>63</sup> «Omgivelse» er en norsk term i alminnelig bruk som passer i denne avhandlingen. Termen refererer til naturlige forhold, til personer «eller lignende». *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=omgivelse&publications=6> (30.12.06).

evne, gitt et spesifisert sett av omgivelser, til å oppfylle et eller flere behov.<sup>64</sup> Ikke bare deltakelsesinnskrenkningen, men også aktivitetsbegrensningen, skal ses slik omgivelsesmessig eller kontekstuell.<sup>65</sup>

En konsekvens av Nordenfelts funksjonshemningsteori er at funksjonshemningsbegrepene er relative: relative til interne prosesser hos personen, til mål og til omgivelsenes beskaffenhet. En persons deltakelsesinnskrenkning (eller aktivitetsbegrensning) kan altså ikke forstås, ev. vurderes, uten referanse til personens eget syn på sin egen situasjon og sine egne mål. Det er ikke mulig å foreta en beskrivelse eller vurdering av en persons funksjonshemning uten at vedkommendes stemme blir hørt og trukket inn i beskrivelsen og vurderingen.

Spørsmålet er videre hva som gjør deltakelsesinnskrenkning og aktivitetsbegrensning til menneskelige, og dermed noen ganger til helsefaglige og medisinske, problemer. Grunnen er, skriver Nordenfelt i 1983, at disse problemene fører til at personen ikke får sine «fundamentale behov» tilfredsstilt (Nordenfelt 1983: 52f). Personen får altså ikke sine *fundamentale* og *vesentlige behov* tilfredsstilt. *Behov* er et verdiladet begrep. Verdiladete forestillinger om behov legger rammer for hva som skal anses som deltakelsesinnskrenkninger.

Når det foreligger en deltakelsesinnskrenkning, vil man ofte søke å finne forklaringer til denne. En deltakelsesinnskrenkning kan forklares dels med egenskaper ved personens kropp og sinn, dels ved mål, hensikt eller intensjon og dels kan den forklares med egenskaper ved de naturlige eller sosiokulturelle omgivelsene. To forklaringstyper blir benyttet: *årsaksforklaring* og *formålsforklaring* (Gilje & Grimen 1993: kap. 6). En deltakelsesinnskrenkning kan altså dels forklares ved en eller flere årsaksfaktorer og dels ved formålet eller intensjon. Når en formålsforklaring anvendes, forklares personens handlinger ved hjelp av hans/hennes hensikter (ibid.: 113ff). Konteksten avgjør hva man vil legge vekt på. For å kunne si at det foreligger en deltakelsesinnskrenkning, må denne anses å være *forårsaket* av en aktivitetsbegrensning. Det vil regelmessig være andre årsaksfaktorer i omgivelsene, men en vesentlig årsaksfaktor må være aktivitetsbegrens-

<sup>64</sup> Hos Nordenfelt er *non-ability* en viktig teknisk term (Nordenfelt 1983: 44ff). Den anvendes ikke slik i denne avhandlingen og jeg oversetter den til «manglende evne». I 1983 definerte Nordenfelt *disability* og *handicap* ved hjelp av *fundamentale behov* (Nordenfelt 1983: 52f). Siden har han gått over til å definere begrepene ved hjelp av *vitale mål* (Nordenfelt 1993). Jeg følger ikke Nordenfelt her, men bruker behov som analytisk begrep.

<sup>65</sup> Se Nordenfelts kritikk av ICFs definisjoner av *aktivitet* og *deltakelse* (Nordenfelt 2003: 1078ff).



ningen. I analysen av aktivitetsbegrensningene, og hva som kan gjøres med disse, kan helsefag som ergoterapi, fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi i tillegg til medisin og psykologi være nyttige.

Det er ingen klar regel for når en deltakelsesinnskrenkning skal anses primært som forårsaket av «indre» prosesser av kroppslig eller mental art, altså en aktivitetsbegrensning, eller forårsaket av «ytre» forhold. Om dette problemet skriver Nordenfelt:

[It is] important, especially for practical purposes, to be able to distinguish between handicaps that are mainly attributable to external change and those that are attributable to internal processes. What I am taking issue with is the idea that there is a clear, universal and eternal rule for establishing when a handicap is somatic or mental (internal) and when it is social (external). There are instead different rules varying from time to time and from culture to culture. The rule to be used must be defined and agreed upon in every context of discussion. The involved parties have to agree on what is to be counted as the standard context or the standard circumstances. This means that they have to agree on what is to be counted as the type of circumstances in which a subject should be able to act in order to be looked upon as able in a relevant aspect, and which cannot be counted as preventive circumstances (Nordenfelt 1993: 20).

Dette sitatet uttrykker viktig innsikt. Det må altså skilles mellom deltakelsesinnskrenkninger som i hovedsak, eller i det vesentlige, kan tilskrives forhold i omgivelsene og de som kan tilskrives indre prosesser i personen. Den regelen som etablerer dette skillet er ikke gitt, men må etableres i den aktuelle kontekst. For å kunne snakke presist om funksjonshemning i en gitt kontekst, er det nødvendig å etablere bevissthet om det som i den aktuelle kontekst skal gjelde som *standard omgivelser* eller *standard kontekst*.

Vi kan videre, som Nordenfelt gjør, skille mellom en persons *indre potensial*, eller *indre ressurser*, og en persons *ytre potensial*, eller *ytre ressurser*, for handling (Nordenfelt 2003: 1076). Indre potensial, eller ressurser, vil si bl.a. biokjemiske, fysiologiske, og psykologiske prosesser i personen. Ytre potensial, eller ytre ressurser, betegnes gjerne *mulighet*. «It includes such factors as surround the person: physical as well as psychosocial, cultural as well as legal.» (ibid.). Nordenfelt bruker en Volvo-arbeider som et eksempel. «The external arena, the workshop, gives him the opportunity to use the tools necessary. The rules of the company and the laws of the country permit him to have the work he has and they constitute the ultimate opportunities for him with regard to this set of activities.» (ibid.). Dersom vi vil snakke om begge deler samlet, foreslår Nordenfelt *praktisk handlingspotensial* (eng. *practical possibility for action*) (ibid.). Vi kan også snakke om praktiske handlingsressurser.

Jeg vil supplere denne handlingsorienterte funksjonshemningsteorien med noen ord om funksjonshemning i et fenomenologisk perspektiv. Filo-

sofen S. Kay Toombs har utført omfattende og interessante fenomenologiske arbeider på grunnlag av sin egen opplevelse av å leve med multipel sklerose. Vi kan ikke her gå nærmere inn på disse, men hun beskriver for eksempel hvordan tap av mobilitet forstyrrer det enhetlige system som består av den levende kroppen i sine omgivelser. For en person med tremor er det å spise en skål med suppe først og fremst et spørsmål om å finne ut hvordan skjeen kan føres uten å søle (Toombs 1995). For sosiologen Tanya Titchkosky, som har dysleksi og er samboende med en blind mann, er funksjonshemning først og fremst noe som har fått henne til å *tenke*, skriver hun. Med dette mener hun bl.a. følgende:

Even if policy and law someday ensure that the touch of normal life is not as far out of reach for disabled people as it is currently, the fact will remain that people will need to think about what it means to move and live in normal culture in a non-typical way. It will always be the case that being able to 'get on with life' and 'just do it' will always be different for disabled people. Disability brings to the fore the complex set of meanings that surround such doings and going-on. [...]. [D]isability [...] is a place from which we can study the meaning of our world and its people (Titchkosky 2003: 222, 237).

Å leve som funksjonshemmet er en posisjon hvorfra man kan forstå strukturer av mening i vår tids samfunn som man ellers ikke ville ha forstått. Jeg har i denne avhandlingen forsøkt å lytte til hva andres erfaring med å leve med funksjonshemning har å si til og om samfunnet som helhet. Jeg tenker da på hva det vil kunne bety å etablere *faktisk like muligheter* som et sentralt rettferdighetskriterium i trygden og dermed i trygdemedisinen. Dette spørsmålet kommer jeg tilbake til i underkapittel 9.8.

#### 4.7 Syn på arbeid

Det er ved arbeid at de fleste mennesker må forsørge seg selv og sine nærmeste. *Politikens filosofileksikon* definerer *arbeid* som «målrettet aktivitet el. virksomhet, hvorigennem mennesket opretholder og former sit liv» (Lübcke 1983: 27). Vi kan skille mellom et *snevert* og et *vidt arbeidsbegrep*. Et *snevert arbeidsbegrep* omfatter virksomhet som skaffer inntekt, og med pengene kan menneskene sikre sitt eget og sine nærmestes underhold. Et *vidt arbeidsbegrep* omfatter også arbeid utenfor arbeidsmarkedet, for eksempel omsorgsarbeid i familier eller overfor syke, frivillig arbeid i organisasjoner eller lokalsamfunn, kunstnerisk virksomhet (kanskje i det små) og hobbyvirksomhet med mer.

Arbeidets verdi både i snever og i vid forstand kan karakteriseres ved hjelp av *egenverdi*, dvs. arbeid som mål i seg selv, eller ved hjelp av *instrumentell verdi*, dvs. arbeid som kun middel til noe annet. Viktige *egenverdier* er «liv, helse, nytelse, frihet, fred, selvrealisering og fellesskap» (Barbosa da Silva et al. 2000: 22). Dette er verdier som arbeid kan realisere noen ganger.

Når arbeidet har *egenverdi*, bevirker det å arbeide i seg selv livsglede, selvrealisering og fellesskap. En *instrumentell verdi* «får sin verdi fra de målsettinger de er midler for oppnåelsen av [...]» (ibid.). Arbeid har for mange kvinner og menn, voksne og barn, betydd, og betyr fortsatt, slitsom og til dels plagsom kroppslig aktivitet for å sikre penger som igjen kan sikre livsgrunnlag for seg selv og sine nærmeste (Applebaum 1992: ixff; Meyer 2003: 9ff). Slikt arbeid har liten egenverdi.

Å arbeide er en sosial virksomhet. Dette synet er beskrevet slik av sosialetikeren Walter Kerber:

Omformingen av verden, overvinnelsen av knappheten, utfoldelsen av de gitte muligheter, kort sagt: forsyningen av et samfunn med de nødvendige og ønskede goder gjennom arbeidet er et felles anliggende som bare kan utrettes sammen. I et samfunn basert på arbeidsdeling må enhver også produsere for andre og er avhengig av at hans/hennes ytelse blir akseptert av andre (*min oversettelse*) (Kerber 1998: 116).

Arbeidet er ikke bare et individuelt anliggende, men et felles anliggende. Kerber skriver videre: «Målene, som utgjør retningen for hvordan verden blir utformet, behovene, som den enkelte forsøker å tilfredsstille, og hva som skal vinne anerkjennelse som arbeidsytelse, er alt sammen preget på forhånd av samfunnet.» (*Min oversettelse*) (ibid.). Dette synet på arbeidet som sosial virksomhet, får følger også for synet på det enkelte menneskets muligheter i arbeidslivet. Om dette skriver Kerber:

I sitt arbeid føyer den enkelte seg inn i samfunnet, opplever bekreftelse eller avvísning, trygghet eller eksklusjon. For den enkeltes livslykke er mye avhengig av denne samfunnsmessige organiseringen av arbeidet. Spørsmålet er nemlig om de samfunnsmessige vilkårene gjør en viss selvrealisering i arbeidet mulig, eller lettere, eller om den samfunnsmessige fremmedgjøringen gjør dette vanskelig. Hvor langt tillater de samfunnsmessige ordningene at den enkelte får utfolde sine anlegg og ferdigheter? (*min oversettelse*) (ibid.: 117).

Kerbers siste spørsmål ser jeg på som et grunnspørsmål i sosialetikken. Jeg kommer tilbake til det i analysene.

#### 4.8 Konklusjon

Praktisk medisin er som klinisk medisin og som samfunnsmedisin både *kunst* og *vitenskap*. Den har etiske mål overfor både individ og samfunnsmessige kollektiv. Det er i dette kapitlet formulert en *kompleks medisinsk modell for helse og sykdom* på basis av den tidligere beskrevne *holistisk-pluralistiske ontologi*. Innen denne modellen modifiseres og kompletteres den biomedisinske sykdomsmodellen.

Kunnskapsgrunnet for både klinisk medisin og samfunnsmedisin anses å være *medisinsk naturvitenskapelig kunnskap*, *humanvitenskapelig kunnskap*, *ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap*. Når det gjelder for-

mer for normativ praktisk tenkning, er *instrumentell tenkning* sentral både i medisin og i trygdemedisinen. Det finnes to former for handlingsorientert tenkning: en med et *normorientert utgangspunkt* og en med et utgangspunkt som *orienterer seg etter «hele verden»*. Det anses problematisk om normorientert tenkning i form av juridisk rasjonalitet får bestemme og lede trygdemedisinsk tankegang. Trygdemedisineren bør også være orientert etter den kantianske *«hele verden»-tenkningen*. Denne er imidlertid en abstrakt og overordnet tenkning. Den bør kompletteres av *praktisk klokskap*.

ICF, presentert som en funksjonsevnemodell i innledningskapitlet, settes inn i handlingsteoretisk kontekst. Det som særlig angår trygdemedisinen, er en svekket *evne* til å arbeide. I følge Nordenfelts teori må følgende faktorer forutsettes for at *evnebegrepet* skal brukes på riktig måte: en person, et mål og spesifiserte omgivelser. Grunnen til at *deltakelsesinnkrenkning* og *aktivitetsbegrensning* er medisinske problemer, er at disse problemene fører til at personen ikke får sine *fundamentale* og *vesentlige behov* tilfredsstilt. For å kunne si at det foreligger en deltakelsesinnkrenkning, må denne anses å være *forårsaket* av en aktivitetsbegrensning.

Det skilles mellom et *snevert* og et *vidt arbeidsbegrep*. Det skilles videre mellom arbeid som mål i seg selv eller som instrumentell verdi. Å arbeide anses som en sosial virksomhet. Arbeidet er ikke bare et individuelt anliggende, men et samfunnsanliggende.