

## 7.8 Konklusjon

Sosialforsikringen ble etablert i Europa, først i det konservative Tyskland fra 1883 av og kort tid senere innen sosialliberale regimer i Europa. Den til grunnliggende rettferdighetsform er *den kompensatoriske rettferdigheten*. Vi kan tale om at med sosialforsikringen tilkom et politisk *kollektivt hjelpeprinsipp*: *Arbeidere og andre økonomisk sett svakstilte grupper tilhører et nasjonalt fellesskap, eller et kollektiv, som gir personene tilgang til et statlig garantert sikkerhetsnett, sosiale rettigheter og status*. Sosialforsikringens grunnleggende prinsipp er *hjelp til selvhjelpsprinsippet*. Det kan altså ses satt sammen av *selvhjelpsprinsippet* og *det kollektive hjelpeprinsippet*.

Den tyske *ulykkesforsikringsloven av 1884* etablerte kategorien *den arbeidsuføre* og innførte *tabellmodellen*. Den tyske *invalidpensjonsloven av 1889* etablerte kategorien *den ervervsuføre* og innførte *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen*. Begge disse kategoriene er medisinske. Det skal foreligge en kroppslig skade eller en sykdom som har medført redusert arbeids- eller inntektsevne. Det til grunnliggende rettferdighetskriterium antas å være *skade på person*.

Den første verdenskrigen med dens mange skadede soldater synes å ha vært en viktig bakgrunn for at ordet «rehabilitering» kom i bruk. Rehabilitering uttrykker et sentralt anliggende for samfunnet, nemlig å hjelpe soldatene med reparasjon etter skader, med reetablering og reintegrering i samfunnet så langt mulig. Rehabilitering betyr *tilbakevending* til den tidligere, antatt *normale* tilstand.

Neste kapittel omhandler etablering av den nordiske og norske sosialhjelpstaten, den nordiske velferdsmodellen og velferdsstaten. Innføringen av uførepensjon i Norge i 1960 omhandles spesielt grundig.

## 8 Nordisk velferdsmodell og norsk uføreomsorg 1960–75

Dette kapitlet skal gjøre rede for noen trekk ved den nordiske og norske sosialhjelpstaten, den nordiske velferdsmodellen og den norske velferdsstaten. Det skal vise at legene fikk en sentral rolle i vurdering av, og omsorgen for, «den uføre» ved innføring av *attføringshjelps- og uføretrygdloven* av 1960. Noen sentrale etiske og faglige problemer i det rehabiliterings- og attføringsssystemet som ble etablert skal tas opp.

### 8.1 Noen trekk ved den nordiske og norske sosialhjelpstaten

Historikere peker på at opplysningstidens idéer påvirket de nordiske land i betydelig grad, i alle fall fra det 19. århundret av. Påvirkningen bestod i å

fremme *opplysning*, ikke i å gjøre revolusjon. Den nordiske opplysningslæren var preget av luthersk kristendom. Den nordiske kulturen ble preget av protestantisk arbeidsetikk. Det var en kristenplikt å utøve sitt kall og dermed forsørge seg selv og sine. Bonden ble foraktet mange steder i Vesten. Men i Norden ble bonden opplysningens viktigste symbol for frihet, likhet og dannelse i det 19. århundret. Sammen med bøndene var det en allianse bestående av prester, statstjenestemenn og intellektuelle som representerte opplysningen. Et sentralt tema innen denne opplysningslæren var individualisme og humanisme. Individet hadde overordnet verdi, og prinsippet om personlig frihet stod sentralt. Det hevdes at de nordiske landene har greidd å forene individuell frihet med *likhet* bedre enn andre land. Med likhet menes her, slik jeg kan forstå det, en kombinasjon av både lik moralsk verdi og at menneskenes levekår bør tendere mot likhet. Foreningen av frihet og likhet skjedde ved hjelp av tanken om folket, ikke som en passiv flokk, men som et *samfunn*, eller et *fellesskap*, hvor det hersker en «allmennvilje» (Sørensen & Stråth 1997: 4ff).<sup>97</sup> Det særegne med bøndene i Norden var at de visste å kombinere individualisme med kollektivism. Når det var nødvendig, slo de seg sammen (Christiansen & Petersen 2003: 17).

«Sosialhjelpstaten» er en term som er innført av Seip for å betegne en mellomform mellom «*laissez-faire*-staten» og den senere velferdsstaten. Hun beskriver denne slik:

[E]t offentlig ansvar var erkjent på en rekke områder. Men det var oftest begrenset til lavere inntektslag. Universalitet, ytelser uavhengig av inntekt og behovsprøving, var god tatt bare på begrensede områder eller under forutsetning om sterk økonomisk egeninnsats. Det offentlige delte gjerne sosiale oppgaver med private organisasjoner, og et slikt blandet privat – offentlig system ble av mange sett som en egen, positiv form (Seip 1994a: 12).

Spørsmålet var om sosialforsikringen skulle gjelde kun enkelte samfunnsklasser som den tyske sosialforsikringen, dvs. følge «klasseprinsippet», eller om den skulle gjelde alle, dvs. følge «universalitetsprinsippet». Diskusjonen munnet i begynnelsen av det 20. århundret ut i det synet at alle skulle inkluderes, jf. den svenske pensjonsforsikringsloven av 1913 (underkapittel

<sup>97</sup> «Allmennviljen» er innen den politiske filosofien betegnelsen for «en vilje som tillegges allmennheten, som er felles for et samfunn. Den klassiske formulering av begrepet finnes i Rousseaus *Du contrat social* (1762). Rousseau oppfattet allmennvilje (*volonté générale*) som overordnet i forhold til den enkeltes vilje. Den individuelle vilje står i forhold til særegne interesser som kan være av egoistisk art (hvis de er motivert ut fra begjæret og ikke fornuften), mens allmennviljen forholder seg til det som er godt for alle.» Fra: Allmennvilje. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=436755> (10.04.06).

7.4). Sosialpolitisk *universalisme* karakteriserer den nordiske sosialforsikring eller trygd. I Norge ble universalisme oppnådd fullt ut først ved utviklingen av velferdsstaten etter den annen verdenskrig (Seip 1994b: 152ff). Termen «universalisme» har to sentrale betydninger. I den ene betydningen gis en stor del av befolkningen, «alle», sosiale rettigheter i kraft av tilhørighet til et samfunn (Kildal & Kuhnle 2005: 14). Hva dette nærmere betyr, må kvalifiseres slik det for eksempel gjøres i folketrygdloven kapittel 2 om medlemskap (Lov om folketrygd 2006). Den andre betydningen går på hva som tildeles. «Characteristic for the development of the Nordic welfare states is that an increasing number of risks, such as unemployment, illness and the like, have been recognized as matters of public responsibility and matters of individual social rights.» (ibid.: 15). Sosialpolitisk universalisme innebærer altså et vidtgående offentlig ansvar og stort spekter av rettigheter. Hva dette vil si må også kvalifiseres nærmere. En vesentlig begrunnelse for dette prinsippet har Francis Sejersted formulert slik: «Ut fra det nye syn [...] skulle hjelpen virke integrerende og heve mottageren til fullverdig borgerskap.» (Sejersted 2005: 114). Det skulle ikke lenger være stigmatiserende å få hjelp. Den danske juristen og politikeren Karl Kristian Steincke (1880-1963) publiserte i 1920 et innflytelsesrikt verk i hele Norden om «fremtidens forsørgelsesvæsen». Her kritiserte han fattighjelpens demoraliserende virkninger og argumenterte for innføring av borgernes *rett* til sosial hjelp (Steincke 1920). Det skal bemerkes at det ikke bare er den nordiske velferdsmodellen som betegnes som universalistisk. Både den franske og den engelske sosialforsikringen karakteriseres slik (Rosanvallon 2000; Seip 1994b: 153).

Industrialiseringen av Norge tok fart omkring 1850, først i trelastnæringen der dampmaskinen ble satt inn i sagbrukene. Arbeiderbevegelsens faglige og politiske gjennombrudd kom mellom 1900-1907 (Nerbøvik 1999: 256ff). Den økonomiske liberalismen i Norge (som ellers i Norden) var ikke på noe tidspunkt av *laissez-faire*-slaget. Den økonomiske tenkningen var fra begynnelsen av i det 19. århundret orientert mot staten som nødvendig bidragsyter for å få gjennomført modernisering. Fra 1880 ble hovedtendensen innen den nordiske liberalismen *sosialliberalisme*. I Norge målbar «småfolkenes» parti, Venstre, sosialliberalismen fra starten av i 1883-84. Venstre var en koalisjon av bønder og intellektuelle radikale (Sørensen & Stråth 1997: 17f).

Fra 1870-årene, og særlig fra 1890-årene av, ble «det sociale spørsmål» diskutert også i Norge (Seip 1994a: kap. 5 og 6). I 1885 nedsatte Johan Sverdrups Venstreregjering, på initiativ av kong Oscar II, *Arbeiderkommisjonen av 1885*. Kommisjonen hadde et bredt mandat. Den «skulle

drøfte de sosiale problemer som hadde oppstått i alle moderne industri-land, og prøve å tillempe de forslag til løsninger som var lansert ute også hos oss.» (ibid: 90). *Arbeiderkommisjonen av 1885* leverte en innstilling om arbeidervern og fabrikktilsyn i 1887. På grunnlag av denne innstillingen innførte Norge en fabrikktilsynslov i 1892. Inspirasjon til fabrikktilsynsloven ble hentet fra Storbritannia, Danmark og Sverige (Bull 1953). En annen innstilling kom i 1890 og gjaldt ulykkesforsikring for fabrikkarbeidere. På grunnlag av denne kom den norske *ulykkesforsikringsloven* i 1894. Denne loven etablerte sosialforsikringen også i Norge, med en egen administrasjon, ledet av Riksforsikringsanstalten (fra 1931 Rikstrygdeverket) og med en tilsynsmann i hver kommune (NOU 2004a: 50).

Fra 1880-tallet av var det blitt mer vanlig at fagforeninger etablerte arbeidsledighetskasser, slik at den enkelte arbeider kunne få nødhjelp når det ikke fantes arbeid. Omkring 1900 ble det erkjent i Norge at det kapitalistiske økonomiske systemet forårsaker periodevis ledighet. Kategorien *den arbeidsledige* ble derfor allment anerkjent (Seip 1994a: 127ff; Bjørnson 1994). Arbeidsledighetskassene ble i 1906 støttet ved lov om offentlig tilskudd til disse (Seip 1994a: 131ff; Gogstad 1994). I europeisk sammenheng var Norge tidlig ute med å etablere en offentlig forsikring mot arbeidsledighet (Bjørnson 1994).

I 1909 vedtok Stortinget en *lov om sykeforsikring* som trådte i kraft i 1911. Det var lønsmottagere som var lovens målgruppe. Finansieringen skjedde hovedsakelig gjennom forsikringstakeren selv (60%), mens arbeidsgiver, stat og kommune betalte resten. Ytelsene var sykepenger, barselspenger, fri legehjelp, medregnet tannuttrekning – og begravelshjelp. Sykeforsikringsloven skaffet legen pasienter som ellers ikke ville ha råd til å oppsøke lege. Legene ble slik knyttet nært til sosialforsikringen (Schiøtz 2003: 182ff)

I 1907 ble det nedsatt en «folkeforsikringskomité» som i 1911 avgav en mindretallsinnstilling og året etter en flertallsinnstilling. I 1918 la regjeringen på grunnlag av disse innstillingene fram proposisjonen *Om uførbets- og alderstrygd for det norske folk* (Ot.prp.nr.11 1918). Den foreslåtte loven omtales heretter som *uførbets- og alderstrygdsforslaget av 1918*.

Lovens odelstingsproposisjon gav den norske sosialforsikringen betegnelsen *folketrygd*. Om denne termen heter det:

[F]olkeforsikringen, som vi altsaa kalder folketrygden, blir noget nyt, noget andet end, hvad der ellers forstaaes ved forsikring, drevet som privat virksomhet. I folketrygden – som i det hele i den sociale trygd – skal og maa der indgaa et moment av «hjælp til selvhjælp», et moment av støtte til de mindre bemidlede, noget, som er fremmed for den private forsikring. Derfor trænges i virkeligheten to forskjellige navn, og det er fuldt beføiet at skjelne mellom privat forsikring og social trygd (ibid.: Bilag. Trygdekomitéens mindretallsinnstilling: 43).

Seip skriver at sosialistene formulerte et prinsipp for sosial trygghet som ble betegnet som *forsørgelsesprinsippet* eller *solidaritetsprinsippet*. Dette skulle gjelde i stedet for *hjelp til selvhjelpsprinsippet*. Hele samfunnet skulle bære utgiftene gjennom skatten (Seip 1994a: 103 og 271). Tradisjonene synes her å gå tilbake til det som ble betegnet som statsforsørgelse, dvs. visse typer statsforsikring og til fattighjelpen (ibid.: 89). Men sosialistene hevdet at dette ikke blir «fattigvæsenet paa en anden maate», fordi det nå dreier seg om «en virkelig pensionsret» (Det norske Arbeiderparti 1918: 47). De som *uførhets- og alderstrygdforslaget av 1918* hadde ekskludert, nemlig de sterkest funksjonshemmede fra barndommen av, skulle også inkluderes. En slik ordning er rettferdig fordi «den som meget har, gir, og [...] den som intet har, faar, saalangt vore fælles evner rækker» (ibid.). Dette synet uttrykker det som Stjernø betegner «klassisk sosialdemokratisk solidaritet». Det ble omkring 1920 argumentert for dette solidaritetsbegrepet: Solidaritet bør være basert på moralske følelser som ikke bare omfatter arbeiderklassen, men hele samfunnet (Stjernø 2005: 109ff).<sup>98</sup>

Sosialistene hadde i 1918 blitt en politisk maktfaktor (Seip 1994a: 275f). Da odelstingsproposisjonen om en uførhets- og alderstrygd ble lagt fram dette året, ble det *hjelp til selvhjelpsprinsippet* som lovforslaget bygget på, skarpt kritisert. *Forsørgelses-* eller *solidaritetsprinsippet* burde i stedet gjelde (Det norske Arbeiderparti 1918). Oppfatningen om at pensjonene burde finansieres direkte over de offentlige budsjettene, altså ved skatt, vant oppslutning i Stortinget (Seip 1994a: 276). Noen eksperter og politikere fra f.eks. Høyre hadde også tidligere vært interessert i skattefinansiert trygd (ibid.). Det politiske grunnlaget var nå lagt for den økonomiske kombinasjonsløsningen som skulle komme etter den annen verdenskrig. Folketrygden skulle finansieres ved avgift fra trygdens medlemmer, arbeidsgivere og ved ytelser fra stat og kommune (Seip 1994b: 155ff). På begynnelsen av 1920-tallet inntraff det en økonomisk krise. Planene om uførhets- og alderstrygd ble skjøvet ut i framtiden.

Det skal nevnes at mens staten utredet en folkeforsikring, handlet kommunene. «Mellom 1916 og 1921 kom det et skred med kommunale pensjonsordninger, først og fremst alderspensjoner, i noen grad uførepen-sjoner, og unntaksvis enke- og morstrygd.» (Grønlie 1991). «Velferds-kommunen» var på offensiven for å bygge opp velferden også nedenfra.

<sup>98</sup> Det *politiske* solidaritetsbegrepet ble først tatt i bruk under den franske revolusjonen. I det 19. århundret ble andre solidaritetsbegreper tatt i bruk først innen sosiologien, senere innen marxismen og innen katolsk sosialetikk. I det 20. århundret ble solidaritetsbegreper også tatt i bruk innen kommunismen, sosialdemokratiet og senere protestantisk sosialetikk (Stjernø 2005: 25-89).

## 8.2 Den nordiske velferdsmodellen forsterker kravet om likhet

I 1929 inntrådte en verdensomspennende økonomisk krise. Arbeidsledigheten som hadde vært stor siden krigens slutt, ble utover på 1930-tallet omfattende (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 764ff). Selv om det fantes arbeidsledighetspenger i en del land, måtte mange mennesker få hjelp fra «fattigkassa» eller tilsvarende institusjoner. I denne situasjonen inntrådte flere viktige hendelser som gjør at årene omkring 1935 karakteriseres som et vendepunkt i den sosialpolitiske utviklingen. I Frankrike gikk kommunister, sosialister og andre radikale inn i en folkefront og dannet regjering i 1936. Flere radikale reformer i arbeidslivet ble gjennomført. USA fikk en omfattende sosialforsikringslov i 1935 som del av Roosevelts *New Deal*-politikk, bl.a. alderspensjon (Lange 1998: 24). I Tyskland brakte sammenbruddet av det parlamentariske demokratiet Hitler til makten i 1933. Det kan forøvrig konstateres at også det tyske naziregimet utviklet planer om en «forsørgelsesstat» (Haavet 1994a: 195).

I de nordiske landene gikk arbeiderbevegelses partier inn i politiske allianser med landbrukets partier (Karlsson 2000; Lange 1998: 47; Niemelä & Salminen 2003). Det var fra denne tiden av at *den nordiske velferdsmodellen* for alvor tok form. Det norske regjeringsskiftet kom i 1935. Allerede i 1919 hadde de nordiske sosialministere innledet et mangeårig samarbeid om utvikling av sosialpolitikken i de respektive land (Christiansen & Petersen 2003: 19). Den politiske bakgrunnen for den nordiske velferdsmodellen er blitt beskrevet slik: «The Northern countries are, first of all, democracies which in large measure share a common background and ideology. Class differences are small compared with many other countries and there is a distinct leaning towards tolerance and compromise.» (Nelson 1953: 38). Den nye politikken innebar at økonomisk trygghet ble formulert som en sentral verdi i sosialpolitikken. Kravet om likhet ble forsterket:

Arbeiderklassen og arbeiderpartiene krevde, som alltid, likhet mellom klasser. Bondepartiet krevde likhet mellom grupper i primærnæringer og andre. Dette kravet kunne ofte forlikkes med Arbeiderpartiets krav om klasseutjevning. [...] Likhet betydde også utjevning mellom rike og fattige kommuner. [...] Ikke minst betydde det at ulikheter mellom regioner og landsdeler måtte minskes. [...] Endelig var likhet i tilbud for befolkningen i ulike deler av landet et krav som profesjonene stilte (Seip 1994b: 129).

Den form for rettferdighet som nå baner seg vei i Norge, og i Norden, er *den omfordelende rettferdighet*. Sitatet taler både om *resultat-* og *tilbudslighet* (avsnitt 2.4.3). Jeg har ikke forsøkt å avklare i detalj hvordan den omfordelende rettferdigheten utviklet seg i Europa, Norden eller Norge. Det store bildet sier at omfordelende rettferdighet fikk økende politisk betydning på slutten av det 19. århundret. Man må kunne si at også sosialforsik-

ringen hadde en viss, om enn liten, omfordelende funksjon. Sosialforsikringens utbetalinger var vektet noe i favør av de økonomisk svake (underkapittel 7.5). Men innen den nordiske velferdsmodellen forsterkes omfordelingen, særlig etter den annen verdenskrig, ved bruk av betydelige midler fra statsbudsjettet.

Et annet sentralt trekk ved den nordiske velferdsmodellen er følgende: Staten sørger for goder, og disse mottas *direkte* av individene. Alle mellomliggende institusjoner omgås på denne måten – det være seg privat forsikring eller familien. Individets autonomi sikres av staten. Staten har gått inn i allianse med individene (Trägårdh 1997: 253f).

Når det gjelder nordisk sosialpolitikk har vi allerede sett at Sverige innførte uførepensjon i 1913 og at Danmark kom etter i 1921 (underkapittel 7.4). Finland innførte uførepensjon i 1937. Island vedtok en uførepensjon i 1936, men den ble ikke iverksatt før i 1946 (Nelson 1953: 432). I Norge ble en «midlertidig» lov om hjelp til blinde og vanføre innført i 1936, med meget strenge vilkår for å få hjelp (Kjønstad 1998: 20). Den viktigste sosialloven som kom dette året i Norge, var lov om alderstrygd. Samme året ble en ny lov om arbeidervern, som avløste fabrikktilsynsloven av 1892, vedtatt. I 1938 ble det vedtatt en ny arbeidsløshetsstrygd (Lange 1998). Norge var det nordiske landet som sist innførte allmenn uførepensjon, i 1960 (Nordisk Ministerråd 1977).

### 8.3 Velferdsstaten formes internasjonalt og i Norge

Det er fra tiden etter den annen verdenskrig at vi kan snakke om en *velferdsstat* i ordets fulle betydning.<sup>99</sup> Velferdsstaten er definert som:

A concept of government in which the state plays a key role in the protection and promotion of the economic and social well-being of its citizens. It is based on the principles of equality of opportunity, equitable distribution of wealth, and public responsibility for those unable to avail themselves of the minimal provisions for a good life. The general term may cover a variety of forms of economic and social organization. A fundamental feature of the welfare state is social insurance.<sup>100</sup>

I denne beskrivelsen understrekes statens ansvar for de økonomiske og sosiale aspekter av det som er velferdsstatens mål: innbyggernes velvære (eng. *well-being*) (Walsh 2005). Rettferdighetskriteriet *sjanselikhhet* nevnes, dessuten henspiller teksten etter alt å dømme på *resultatlikhet*. Sosialforsikringen er å finne som et grunnleggende element i velferdsstaten.

<sup>99</sup> Ordet «velferdsstat» ble i alle fall brukt så tidlig som i 1884 i Norge av professor i statsøkonomi Ebbe Hertzberg (Kuhnle 2001: 9). Ordet kom i alminnelig bruk på 1950-tallet. En av de første som tok det i bruk var Karl Evang (Schjøtz 2003: 568, note 7).

<sup>100</sup> *Welfare state*. I: *Encyclopædia Britannica 2006 Ultimate Reference Suite DVD*.

Det er vanlig å skille mellom tre slag «velferdsregimer». Det er det «liberale» (særlig uttalt i for eksempel USA, Canada og Australia), det «konservative» på det europeiske kontinentet (særlig uttalt i for eksempel Tyskland og Frankrike) og det «sosialdemokratiske» (særlig uttalt i Norden og delvis i Storbritannia). Ikke noe land har bare ett slag regime. Det liberale regimet intervenserer minst mulig i markedet og gir ytelser etter strikte regler om tildeling. Dette er en «sikkerhetsnettstiltning» som er direkte nedarvet fra den tidligere omtalte *The Poor Law* (underkapittel 6.5). I det konservative regimet er velferden organisert på basis av deltakelse i arbeidslivet. Regimet ivaretar oppnådd status og oppmuntrer ikke til omfordeling. Det legges ellers stor vekt på familiens ansvar. Det sosialdemokratiske regimet er forholdsvis sjenerøst og det legger vekt på omfordeling (eller utjamning). Det fører ansvar som tidligere har ligget på familien over på staten (Esping-Andersen 1990: 26ff; Macionis & Plummer 2002: 251; Sejersted 2005: 265).

Den andre verdenskrigen ble et veiskille i sosialpolitikken. Sir William Beveridge, gjerne kalt «velferdsstatens far», la i 1942 fram en viktig utredning om oppbyggingen av den nye velferden (Beveridge 1942). Det karakteristiske for «Beveridgemodellen» er at den for det første finansieres ved skatt. For det andre sikres alle borgere nokså ensartede ytelser. For det tredje er disse ytelsene lave (Rosanvallon 2000: 25). «Beveridgemodellen» påvirket den norske politiske debatten (St.meld.nr.58 1948: 4). Debatten i Norge ble også påvirket av et annet initiativ: På kongressen til ILO i 1944 ble det utformet en rekke sosialpolitiske prinsipperklæringer (ibid.: vedlegg 4).

Mange vesteuropeiske land gjennomgikk en økonomisk oppgangstid fra 1948 til 1974. Den engelske økonomen og filosofen John Maynard Keynes (1883-1946) hadde i mellomkrigstiden utviklet en ny økonomisk teori, «keynesiansk økonomi», som etter den annen verdenskrig kom til anvendelse (Sandmo 2006: kap. 15). Keynes hevdet bl.a. at markedsøkonomien ikke alene kunne nå fram til full sysselsetting. Den trengte statlig støtte for å få dette til (ibid.: 298). Teorien kom til anvendelse som grunnlag for velferdsstaten. Her ser vi igjen hvordan sosialpolitisk tenkning henger sammen med gjeldende økonomisk teori.

*Verdenserklæringen om menneskerettighetene* ble vedtatt av FN 10. desember 1948. Erklæringens etiske utgangspunktet er alle menneskers *likeverd*, dvs. at alle mennesker har lik moralsk verdi (Forente nasjoner 1948). Artikkel 22 definerer sosiale og økonomiske rettigheter som følger: «Enhver har som medlem av samfunnet rett til sosial trygghet og har krav på at de økonomiske, sosiale og kulturelle goder som er uunnværlige for hans verdighet og den frie utvikling av hans personlighet, blir skaffet til veie [...]». Artikkel 23 sier bl.a.: «Enhver har rett til arbeid, til fritt valg av yrke,



til rettferdige og gode arbeidsforhold og til beskyttelse mot arbeidsløshet». Dette er viktige etiske rettigheter. Artikkel 29 sier: «Enhver har plikter overfor samfunnet som alene gjør den frie og fulle utviklingen av hans personlighet mulig.» (Forente nasjoner 1948). Rettigheter balanseres av plikter overfor samfunnet.

I Norge var det stor politisk enighet om velferdspolitikken. I 1948 kom stortingsmeldingen *Om folketrygden*. Om uførepensjonen sier meldingen at den skal erstatte «forsorgsvesenets ytelser, som er basert på subjektiv vurdering av hvor vidt det foreligger behov for hjelp» med «en rett for de trygdede» (St.meld.nr.58 1948: 5).

Retten til arbeid ble grunnlovfestet i 1954. Det heter i Grunnlovens § 110: «Det paaligger Statens Myndigheder at lægge Forholdene til Rette for at ethvert arbejdsdyktigt Menneske kan skaffe sig Udkomme ved sit Arbejde.» (Grunnloven 2006). Denne formuleringen gir ikke borgerne noen juridisk rett til arbeid (Holgersen 1992: 10). Men den uttrykker, sammen med FNs menneskerettighetserklæring, en moralsk rett til arbeid.

Historikeren Aina Schiøtz oppsummerer slik de sentrale verdiene for den norske velferdsstaten: «[T]rygghet, frihet og likhet, og at enhver borger har en moralsk forpliktelse til å vise samfunnssolidaritet og tjene fellesskapet.» (Schiøtz 2003: 311). Solidaritet innebar nå alles innsats i et produksjonsfellesskap der regjeringen tar seg av den sosiale tryggheten (Stjernø 2005: 118ff). Parolen var: *Gjør din plikt og krev din rett*, i denne rekkefølge.

De tre første tiårene i Norge etter annen verdenskrig karakteriseres som en *modning av industrisamfunnet*. Sysselsettingen i industri, bygg og anleggsvirksomhet økte. I de tjenesteytende næringene økte den enda mer, særlig pga. utbyggingen av velferdsstaten. Sysselsettingen i primærnæringene gikk betydelig tilbake (Lange 1998: 178-201). I 1970 var omkring 80 prosent av dem som arbeidet ute lønnstagere (ibid.: 226). Den arbeidsformen som ved begynnelsen av den industrielle revolusjonen var den lavest ansette, nemlig lønnsarbeidet, var nå internasjonalt blitt både utbredt og høyt ansett («fast arbeid»). Lønnsarbeidet er knyttet til et juridisk rammeverk omkring arbeidsmiljø, arbeidskontrakt, oppsigelsesvern, pensjonsordninger med mer. Arbeiderne har også tilgang på kollektive goder som helsetjeneste, husvære, utdanning og pensjonsordninger. Den individuelle arbeider har tilgang til denne *sosiale eiendommen* gjennom sin delaktighet i kollektive ordninger (Castel 2003: 305ff) (se underkapittel 7.5).

Perioden fram til 1960-tallet blir også betegnet som husmødrenes storhetstid i Norge (Schiøtz 2003: 410ff). Aldri har så stor andel av norske kvinner vært husmødre som på 50- og 60-tallet. I 1960 var andelen av kvinner som hadde egen arbeidsinntekt litt under en fjerdedel. Denne an-

delen oversteg ikke mellomkrigstidens andel på litt under en tredjedel før på 1970-tallet (Lange 1998: 227).

Inntil omkring 1960 hadde tankegangen innen arbeiderbevegelsen vært at pensjon skulle være lik for alle. Den skulle sikre en lik minimumsstandard på grunnlag av alle borgeres likhet og like rettigheter. I løpet av 1960-tallet ble *selvhjelpsprinsippet* innen det kombinerte *hjelp til selvhjelpsprinsippet* vektlagt mer. Dette kom fram i en debatt som ble ført innen arbeiderbevegelsen om tilleggspensjonens plass i uførepensjonen ved etableringen av folketrygden i 1966. Arbeiderbevegelsen ble pådriver for å innføre tilleggspensjon som avhenger av inntekten. En tilleggspensjonsordning i folketrygden ble vedtatt nesten enstemmig i Stortinget (Sejersted 2005: 278ff).<sup>101</sup> Dette innebærer at prestasjoner som medfører inntektsøgning blir belønnet. Francis Sejersted forklarer dette slik:

Det likhetsbegrep som kom til å dominere sosialdemokratiet, var ikke likhet i resultat eller at alle skulle komme ut omtrent likt, det var derimot likhet i muligheter uavhengig av forskjeller i utgangspunkt slik som klasses tilhørighet. Velferdskapitalismen representerer ofte en syntese av liberal og sosialdemokratisk likhetstenkning (ibid.: 281).

Jeg fortolker teksten slik at det her er tale om *formal sjanselikhhet* (se avsnitt 2.4.3). Faren for meritokrati ble påpekt i samfunnsdebatten (ibid.: 299).

Et trekk ved denne tidens ideologi skal trekkes fram. Samfunnsviteren Rune Slagstad skriver: «Arbeiderpartistaten var som kunnskapsregime positivistisk, langt mer enn sosialistisk. Regimet bygde på vitenskapens mobilisering, på en positivistisk forstått samfunnsvitenskap, en sosial ingeniørkunst modellert etter naturvitenskapen.» (Slagstad 1998: 368; jf. Nessa 1996). Den positivisme som det her refereres til, er den logiske positivismen, som var dominerende innen vitenskapen og vitenskapsfilosofien fra mellomkrigstiden av (Lübcke 1983: 277f). I Norge kom det i løpet av 1970-tallet til et oppgjør med denne vitenskapsfilosofien, særlig innen samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi (Slagstad 1980). Vi skal se i avhandlingens del III at den positivistiske vitenskapsfilosofien har preget synet på objektivitet innen trygdemedisinen.

#### 8.4 Innføring av helse- og sosialfaglig «uføreomsorg»

Etter den andre verdenskrigen var det naturlig å tenke reparasjon og gjenoppbygging av land og folk. I Norge ble termen «rehabilitering» tatt i bruk for tiltak for landssvikere. Den kunne derfor ikke brukes om de som kom skadet hjem fra krigen (Haavet 1994b: 251). Den termen som først ble brukt, var «omskoling» (fra eng: *re-education*). Det ble etablert en Registre-

<sup>101</sup> Et kort sammendrag av denne debatten finnes også i (NOU 1972: 22).

ringssentral for omskoling i 1946. «Et par år senere ble tilbudet utvidet til alle 'delvis arbeidsføre' nordmenn.» (Feiring 2004: 17). Fra 1955 av het denne institusjonen Statens attføringsinstitut i Oslo (NOU 1980b: 13).<sup>102</sup> Det ble også etablert attføringsinstitut i Bergen i 1956 og i Trondheim i 1960. Et senter for arbeidspsykologi og attføring ble senere etablert i Tromsø i 1970 (NOU 1980b).

Vi ser at termen «omskoling» er blitt erstattet med «attføring». Det hevdes at dette nye ordet ble skapt av lege og helsedirektør Karl Evang (1902-81) på en fjelltur som han foretok sammen med lege Gudmund Harlem (1917-88) få år etter den andre verdenskrigen (Haavet 1994b: 251). Harlem var sosialminister fra 1955 til 1961. Harlem skriver i 1977:

Mange forhold kan ha bidratt til at begrepet attføring nå brukes med varierende innhold. Attføring blir ofte oversatt til og brukt identisk med det engelske *rehabilitation*. [...] Attføring brukes her i betydningen koordinert virksomhet med sikte på å oppnå stabil arbeidsmessig tilpasning (Harlem 1977: 1336-7).

Harlem presiserer «attføring» slik at ordet er synonymt med «yrkesmessig rehabilitering». Det er i denne betydning avhandlingen bruker termen «attføring». Når jeg skal skrive om medisins bidrag til rehabilitering, brukes termen «medisinsk attføring» i dette kapitlet (NOU 1980a). På 1980-tallet ble det igjen naturlig å tale om «rehabilitering» i en helsetjenestekontekst, og termen «medisinsk rehabilitering» kom i bruk (Helsedirektoratet 1991). Denne tas i bruk i neste kapittel.

Arbeidet med å innlemme attføring i trygden gjorde at forberedelsene til en lov om uføretrygd tok lang tid, skriver Seip. Personer med nedsatt arbeidsevne skulle tilpasses det lokale arbeidsmarked, og dette krevde en annen type ressurser enn penger. Man måtte forberede personell og reise nødvendige institusjoner før uføretrygden kunne bli «et sosialt framskritt» (Seip 1994b: 194f). En ny velferdspolitik for personer med redusert evne til å skaffe seg inntekt var på gang. «Den økonomiske trygden fikk en omsorgsside.» (ibid.: 192). Lovens odelstingsproposisjon talte om «uføreomsorgen» (Ot.prp.nr.22 1959). Målet for denne omsorgen var at den uføre kommer tilbake til arbeidslivet. Jeg fortolker dette slik at *det kollektive hjelpeprinsippet* innen *hjelp til selvhjelpsprinsippet* fikk økt betydning i den første etterkrigstiden. Vi skal nå se nærmere på den nye loven.

*Lov om uføretrygd* ble lagt fram sammen med *lov om attføringshjelp* i 1959, og vedtatt 1960. Denne kombinerte loven betegnes i fortsettelsen som *attføringshjelps- og uføretrygdloven*. Husmødrene ble også inkludert i

<sup>102</sup> I 1984 ble navnet endret til Statens arbeidsmarkedsinstitut i Oslo. Dette dokumenteres på <http://www.riksarkivet.no/arkivverket/publikasjoner/nett/handbok-ra/inst-dep/arbeidsmarked.html>.

uførepensjonsordningen (Ot.prp.nr.22 1959: 14). *Lov om uføretrygd* har *medisinsk uførhet* som en sentral kategori (se lovtekst i vedlegg 1A). Det skal foreligge sykdom med *objektive funn* med vesentlig funksjonshemning til følge. En viktig sosial funksjon for det medisinske uførhetsbegrepet tas opp i neste underkapittel. Begrepet tas opp til videre analyse i kapittel 12. Det er et viktig poeng at loven innfører et vilkår om at den uføre skal ha gjennomgått «hensiktsmessig attføring» før uførepensjon innvilges. Sosio-ologen Bjørn Hvinden skriver at dette betyr følgende:

Trygdemyndighetene og den sakkyndige ekspertise som disse skulle støtte seg på, ble derfor gitt et betydelig rom for skjønn. Skjønnen dreide seg om å avveie mål og midler; var det grunn til å anta at en bestemt type attføringsopplegg kunne gjøre personen i stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid? Og hvor sannsynlig var det at slike forsøk ville føre fram? Beslutningsmodellen det ble lagt opp til var mål/middel-modell, til forskjell fra en beslutningsmodell hvor oppgaven var begrenset til å slå fast om bestemte faktiske vilkår var slik at en gitt lovregel kom til anvendelse, det vil si en subsumsjonsmodell (Hvinden 1991: 233).

Loven gir altså ikke uførepensjonssøkeren noen ubetinget rett til attføring. Trygden, med støtte av fagfolks vurderinger, skal bedømme skjønnsmessig om attføring, og ev. hva slag, er et hensiktsmessig middel for å komme i arbeid. Her anvendes instrumentell tenkning (se underkapittel 4.4).

*Attføringshjelps- og uføretrygdloven av 1960* gikk inn folketrygdloven da den ble vedtatt i 1966. Folketrygdloven benyttet kategorien *erверvusuførhet* som sentral kategori for å beskrive den som ikke greier å forsørge seg selv. Den analyseres videre i kapittel 13. En svakhet ved *lov om uføretrygd* var blitt påpekt. Mange med betydelig nedsatt arbeidsevne og uten evne til å forsørge seg selv ved eget arbeid, ble stående helt utenfor trygden. Grunnen var at de ikke var så mye som 2/3 ervervsuføre. Man fikk enten full pensjon eller ingen pensjon. I folketrygdloven ble grensen for å få pensjon satt til 1/2 ervervsuførhet. Det ble gitt anledning til å tildele gradert uførepensjon, for eksempel 70%. Det ble derfor heretter viktig å bestemme *uføregrad* (Haavet 1994b: 255). Uføregraden bestemmes som andelen tapt inntektsevne i forhold til full inntektsevne. «Uføregraden framkommer [...] ved at det foretas en sammenlikning mellom den uføres inntektsevne før og etter at vedkommende ble syk. En reduksjon av inntekten fra 300 000 kroner til 120 000 kroner gir en uføregrad på 60 prosent.» (Kjønstad & Syse 2005: 273). Når det gjelder attføring i folketrygdloven, skal fortsatt dens hensiktsmessighet vurderes. En ankeinstans ble opprettet ved innføringen av folketrygden: *Trygderetten* (NOU 1990c: 25ff).

Vi kan i en viss forstand snakke om at «attføringsapparat» fikk en «befestet stilling» i perioden 1955-70 (Feiring 2004; NOU 1976; NOU 1980a; NOU 1980b). Noen leger var sterkt engasjert i denne virksomhe-

ten og i dette fagfeltet (Gogstad 1968; Harlem 1976; Rogan 1969). En *Lærebok i attføring* ble skrevet med en rekke medisinske bidrag (Sentralrådet for yrkesvalghemmede 1963). Legers interesse for attføring kommer også til uttrykk i de to legeerklæringskjemaene som ble brukt mellom 1960 og slutten av 1980-tallet: «1960-» og «1968-skjemaet» (Rikstrygdeverket 1960; Rikstrygdeverket 1968) (se vedlegg 2A og 2B). I «1960-skjemaet» bes legen gjøre en forholdsvis omfattende utredning om «pasientens muligheter for arbeid og attføring fra medisinsk synspunkt» på siste side. «1968-skjemaet» ber legen uttale seg både om plan for medisinsk attføring (spørsmål 4) og muligheter for attføring (spørsmål 6). «1968-skjemaet» er det eneste legeerklæringskjema av alle fire som analyseres i denne avhandlingen som spør eksplisitt etter planer for *medisinsk attføring*. Skjemaene gir plass for legens faglige vurdering og planer om attføring.

Allerede da *attføringshjelps- og uføretrygdloven* ble lagt fram, ble det påpekt at en begrensende faktor i «uføreomsorgen» var at attføringsapparatet på langt nær var tilstrekkelig utbygd. «En må derfor regne med at en i de første år vil måtte innvilge uførepensjon til mange som egentlig kunne og burde vært hjulpet tilbake til arbeidslivet.» (Ot.prp.nr.22 1959: 3). Tidlige trygdemedisinske undersøkelser viste at denne formodningen slo til (Andersen 1966; Rein 1963). Det viste seg at attføring ble gjennomført i forholdsvis få uførepensjonssaker. «I 1970-årene utgjorde de avsluttede attføringssakene gjennomsnittlig ni prosent av de nye uførepensjonssakene, i 1980-årene elleve prosent. Dette synes i begge tilfelle å være små tall.» (Hvinden 1991: 241).

Det er gitt forskjellige forklaringer på hvorfor attføring fikk mindre gjennomslag enn det som synes forutsatt da «uføreomsorgen» ble etablert. Legen Anders Gogstad peker på at trygdens etter hvert mer liberale regelverk kom til å omfatte personer som hadde ytterst små forutsetninger for integrering i arbeidslivet. Han hevder videre at det fant sted en institusjons- og kompetansenedbygging i arbeidsmarkedsetaten utover i 1980-årene (Gogstad 1989; Gogstad 1994). «[R]essurser verken for medisinsk rehabilitering eller yrkesrettet attføring er på noe tidspunkt blitt bygget ut i det nødvendige omfanget for å fylle [...] bestemmelsen [om at hensiktsmessig attføring skulle være forsøkt].» (Gogstad 1989: 2559). Gogstad peker på at det er både ressursmessige og metodiske grunner til at attføring/medisinsk attføring ikke ble sentrale oppgaver i helsetjeneste og trygd. Det synes rimelig å si at interessen for attføring/medisinsk attføring i samfunnet ble svekket utover 1970- og 1980-tallet.

Hvinden påpeker at attføringsaktiviteten fra 1960-tallet av ble hemmet av manglende samkjøring av de forskjellige delene av det offentlige hjelpe-

apparatet (Hvinden 1991). Han hevder at når attføringsapparatet hadde utilstrekkelig kapasitet, ikke var godt samkjørt og personellet i hjelpeapparatet dermed ble satt under press, kan man forvente at hjelpepersonellet tilpasser seg på en måte som er beskrevet av statsviteren Michael Lipsky (Lipsky 1980). Tilpasningen består bl.a. i at man reduserer ambisjonsnivået – i dette tilfelle gjelder det attføring. Hensiktsmessighetsvurderingen gikk i den uføres disfavør. «Tilpasningen ble lettet ved at loven i så stor grad overløt til de aktuelle instansene å vurdere om slik prøving var hensiktsmessig eller ikke.» (Hvinden 1991: 236).

Historikeren Inger Elisabeth Haavet viser at lovens krav om gjennomgått attføring som vilkår for å få innvilget uførepensjon, hadde flere politiske funksjoner. Ved at loven stiller krav om gjennomført attføring før det kan innvilges uførepensjon, markeres for det første at det finnes en arbeidsplikt i samfunnet. For det andre markeres det at den som får innvilget pensjon har «vist vilje til å leve opp til arbeidsplikten og fikk dermed rett til en verdig forsørgelse. Attføringen dekket dermed et behov for avgrensning av trygden.» (Haavet 1994b: 253f). Når det skal foretas en avgrensning, kan det være politisk gunstig å framstille denne avgrensingsfunksjonen på en positiv måte, som en *rett*, og så gi denne «en positiv karakter» ved hjelp av «behandlingstro og optimisme» (ibid.). Det vi her ser er at attføringskravet har funksjon av egentlig å være en test på arbeidsvillighet. Denne testfunksjonen kjenner jeg igjen fra trygdemedisinsk praksis med følgende eksempel. En person blir som et forsøk på attføring sendt av trygdekontoret til et treningsverksted med moderat krav til ytelse. Etter kun et par timer avslutter personen dette forsøket fordi han eller hun ikke «orker» og går så hjem. Dette er en forholdsvis sikker måte å bli bedømt som «arbeidsu villig» av trygdens fagfolk. Da er det bedre å slite seg gjennom noen arbeidsdager og ev. få dokumentert av treningsverkesteds personale at man har gitt inntrykk av å gjøre sitt beste for å arbeide på tross av strev og plager. Sosiologen Georges Midré skriver at tvetydigheten i attføringsbegrepet hadde den politiske funksjonen at den fremmet politisk enighet om attførings- og uføretrygdloven. Man brukte samme språk, selv om man var uenige i syn på arbeid og trygd (Midré 1995: 159ff).

Det kan også ha vært etiske og faglige problemer som førte til at attføringen ikke ble så omfattende som mange ønsket at den skulle bli. Etiske problemer skal først tas opp.

## 8.5 Sentrale etiske problemer i attføringen

Et problem var at ikke alle var inkludert i «uføreomsorgen». Odelstingsproposisjonen til *attføringshjelps- og uføretrygdloven* delte uførepensjons-

søkerne inn i tre kategorier. Den første kategorien, som omfattet de inkluderte, var kjennetegnet ved at det foreligger *medisinsk uførhet* (se lovttekst i vedlegg 1A). Den andre kategorien omfattet noen grupper som eksplisitt ekskluderes. De ble betegnet som «de utestengte». Det gjaldt «miljøskadede» og «personer som på grunn av alkoholisme, avhengighet av narkotika, kriminelle tilbøyeligheter eller psykopatisk konstitusjon er mer eller mindre uskikket i arbeidslivet.» (Ot.prp.nr.22 1959): 11). Det dreier seg altså om personer med atferdsforstyrrelser og tilpasningsproblemer til arbeidslivet, alkoholikere, narkomane, kriminelle og psykopater. De «ute-stengte» svarer til kategorien *den arbeidsu villige*. Den tredje kategorien er en mellomkategori bestående av «lettere mentale lidelser». Disse kan også få innvilget uførepensjon – og attføringshjelp. Jeg fortolker teksten slik at myndighetene erkjenner at det finnes en gruppe mennesker som i visse tilfelle skal få uførepensjon selv om de ikke faller inn under kategorien *medisinsk uførhet* (Ot.prp.nr.22 1959: 11). Her dreier det seg om *illness without disease*. Vi kommer tilbake til begrepet 'lettere mentale lidelser' i kapittel 13. Nå tilbake til «de utestengte». Lovens odelstingsproposisjon skrev slik om disse:

Dette klientell kan etter departementets syn ikke ytes hensiktsmessig hjelp ved de ytelser en uføretrygd kan gi. De bør i stedet ha spesialbehandling med sikte på sosial rehabilitering av et personale som har særlig innsikt i de problemer som knytter seg til sosial avsporing, miljøskade og tilpasningsvansker (Ot.prp.nr.22 1959: 11-2).

Tiltak for disse skulle hjemles i en ny *lov om sosial omsorg*, som var under planlegging og som ble vedtatt i 1964. Denne loven satte seg ambisiøse mål om sosial tilpasning ved hjelp av «sosial behandling» for de som falt utenom trygdesystemet (Seip 1994b: 232ff). Lovene foretar en arbeidsfordeling. *Attføringshjelps- og uføretrygdloven* innfører rettigheter for de hvis ervervsuførhet er forårsaket av en medisinsk tilstand (*medisinsk uførhet*). De «ute-stengte» skal få tiltak etablert gjennom *lov om sosial omsorg*. Selv om vilkårene for uførepensjon ble endret ved innføringen av *folketrygdloven av 1966*, skulle fortsatt de nevnte gruppene være «utestengte».<sup>103</sup>

Harlem gjorde i 1976 rede for to grunner for utestengningen. Den ene grunnen var at fra behandlersynspunkt er det «en klar motsetning mellom en varig løpende pensjon som en har et rettskrav på og de former for be-

<sup>103</sup> At noen grupper fortsatt skulle være utestengte, skrives ikke eksplisitt i lovproposisjonen. Den skriver, etter å ha endret de medisinske vilkår for å få uførepensjon (se underkapittel 13.3 nedenfor), at dette ikke skal føre til «noen reell endring av de nåværende helsemessige vilkår for å få ytelser.» (Ot.prp.nr.17 1966: 40). Dette kan tas til inntekt for det syn at det fortsatt skulle være utestengte grupper. Problemet med fortsatt utestengte grupper ble tatt opp til analyse i 1977 (NOU 1977a).

handling som vi mente måtte utvikles for den tallmessig store [...] 'sosialsviktgruppen'.» (Harlem 1976b: 173). Behandlingstiltak for denne gruppen var enten påbegynt eller var under planlegging. Denne gruppen skulle ikke passiviseres på trygd. Den andre grunnen var at uføreomsorgen måtte aksepteres i befolkningen.

[E]n situasjon hvor f.eks. alkoholmisbrukeren ved sitt misbruk kunne sikre seg en løpende, arbeidsfri inntekt som ble muligjort av andres arbeid, det ville ikke bli akseptert og det ville bringe hele uføreomsorgen i vanskeligheter. Det er mulig dette moment kan ha spilt en større rolle for andre. For meg var det bare noe jeg visste (ibid.).

Harlem peker altså på at trygd til «sosialsviktgruppen» truet uførepensjonens legitimitet i befolkningen.

En bredt anlagt offentlig utredning om attføring, Bjørgum-utvalgets utredning, ble lagt fram i 1976 (NOU 1976). Når det gjelder gruppene som ble ekskludert fra uføreomsorgen, påpeker utredningen at de økonomiske og faglige forutsetningene for å ta seg av «meget vanskelige problemtilstander» i liten grad var blitt oppfylt (ibid.: 71). Den hevder videre at det er sosialetisk problematisk å ekskludere enkelte grupper mennesker fra attføring. Den argumenterer for at hensynet til rettferdighet og likhet tilsier at *alle grupper* med sviktende arbeidsevne bør ha en *lik tilbudsstruktur* når det gjelder attføring. Utredningen tolker kravet om likhet som tilbudslikhet, slik: «[A]lle grupper må tilgodeses med noenlunde like andeler av tilbud som er adekvate i forhold til gruppenes behov.» (ibid.: 66). Tilbudslikheten gjelder ikke bare de grupper som er hjemlet adgang til uførepensjon, men i minst like stor grad de utestengte gruppene. «[Det kan] derfor ikke være mulig å gi dårligere tilbud til de grupper som i dag er holdt utenfor uføretrygden.» (ibid.: 67). Attføring bør være tilgjengelig for alle. Med andre ord bør grupper som f.eks. sosiale sviktilstander, muskel- og skjelettlidelser og hjerte- og karlidelser få tildelt ressurser slik at like andeler av adekvate tilbud for de enkelte grupper kan tilgodeses. Sosialetisk sett synes dette å være et rimelig standpunkt. I og med at alle mennesker i samfunnet er likeverdige, bør alle grupper behov tilgodeses. Sosialetisk sett er det problematisk å etablere noen grupper som utestengte fra viktige samfunns-goder.

*Attføringshjelps- og uføretrygdlovens* odelstingsproposisjon hevder at individets interesser og samfunnets interesser er sammenfallende i «uføreomsorgen».

Departementet ser det slik at det ikke bare ut fra samfunnsøkonomiske vurderinger, men først og fremst for det enkelte individ, vil være den beste løsning å hjelpe ham i stand til å bli et arbeidsdyktig medlem av samfunnet. Selvtillit, selvaktelse, lykke og tilfredshet er hos den enkelte intimt forbundet med følelsen av å stå på egne ben. Den selvtillit og trivsel som en normal, nyttig arbeidsinnsats skaper hos individet, kan aldri oppnås ved en uførepensjon (Ot.prp.nr.22 1959: 5-6).



Myndighetenes arbeidsetikk kommer til uttrykk i dette sitatet. Det virker som det er arbeidsinnsatsen i seg selv som anses å ha gunstige virkninger på personen, slik at arbeid ses som et mål i seg selv. Den arbeidende danner normen for optimal utvikling av et selv. De som faller utenfor denne normen, har ikke de samme mulighetene til trivsel og selvtilit. Det er et sterk syn på arbeidets overordnede verdi som dette tekstutdraget uttrykker. Det impliserer et protestantisk og/eller marxistisk syn på arbeid.

Harlem gjorde rede for dette synets trygdemedisinske konsekvenser i en medisinsk fagartikkel som han skrev samtidig som han var sosialminister. Den medisinske uførepensjonsvurderingens mål er å finne ut «*hva vil hjelpe denne pasienten i det lange løp? Hva vil bidra til at en mest mulig aktiv og normal livsføring og livsholdning kan gjenopprettes?*» (*kursivering i originalteksten*) (Harlem 1959: 383). Legen bør hjelpe og lede «pasienten til aktivitet» og holde «ham lengst mulig vekk fra pensjonsytelser» (ibid.). Med andre ord bør legen være meget restriktiv med å anbefale uførepensjon.

Denne teksten gjør det nødvendig å gå inn på paternalismes spørsmålet. Filosofen Wilfred Hinsch definerer paternalisme som «oppfatningen om at det, under egnende omstendigheter, kan rettferdiggjøres moralsk ikke å orientere sin atferd overfor andre etter deres uttrykte ønsker og preferanser, men etter det som i et velgjørersperspektiv kan antas å være i sannhet godt og ønskelig for dem.» (*Min oversettelse*) (Hinsch 2002: 184f). Han skiller så mellom *sterk* og *svak paternalisme*, et skille som også er vanlig i den medisinske etikken (Beauchamp & Childress 2001: 181). *Sterk paternalisme* dreier seg om å ta beslutninger om en annen person

som riktignok i følge overbevisningen til den personen som tilbyr paternalistisk hjelp blir ansett godt for den aktuelle person, men som den aktuelle personen kanskje ikke anser verd å strebe etter verken i lys av de faktiske eller de mer veloverveide overbevisninger eller preferanser (*min oversettelse*) (Hinsch 2002: 186).

Den sterke paternalismen dreier seg om å påtvinge verdier som den aktuelle personen, ev. også etter å ha tenkt seg om, vil kunne anse som *ikke* verd å strebe etter for seg. *Svak paternalisme* derimot, foreligger når man

definerer begrepet om det sant gode slik at det faller sammen med det man kan anta at den aktuelle personen faktisk ville ha ønsket som det beste for seg selv dersom han/hun var i stand til å vurdere dette rasjonelt. Den svake paternalismen anser handlinger på vegne av det som kan anses i sannhet godt for en person, slik han/hun kan antas å se dette vel overveid, moralsk rettferdiggjort, også når disse handlinger går i mot de ønsker som personen faktisk har uttrykt. Den som handler i svak paternalistisk mening, rettferdiggjør sin handling på grunnlag av en prognose om hva den aktuelle person under mer gunstigere vilkår for en rasjonell bedømmelse ville ha ønsket og tilstrebet for seg selv (*min oversettelse*) (ibid.: 185).

Det kan dreie seg om å finne løsninger for en person som er i en situasjon hvor vilkårene for rasjonell overveielse er vanskeliggjort, f.eks. ved (alvor-

lig) psykiatrisk sykdom, rusmiddelmisbruk eller en alvorlig, stressende sosial situasjon med f.eks. store søvnvansker. Hinsch gjør rede for at svak paternalisme bringer en rekke moralske problemer med seg, særlig fordi den er et alvorlig inngrep i en persons rett til selvbestemmelse. Men i noen situasjoner, for eksempel innen sosialt arbeid, kan den likevel tillates etisk.

Det kan se ut til at Harlem forsvarer *sterk paternalisme* i artikkelen som er sitert ovenfor. Legen ser ut til å være moralsk rettferdiggjort til å tvinge pasienten til å innta et bestemt syn på nødvendigheten av å arbeide for å få et godt liv. Unntak nevnes ikke. Jeg forstår det slik at den *sterke paternalismen* kunne forsvares av Harlem fordi kollektivets og individets interesser ble ansett sammenfallende. Det som var bra for kollektivet, dvs. at flest mulig arbeider, er også bra for individene.

Arbeidspsykologen Kjell Larsson tok opp etiske betenkeligheter ved den *sterke paternalismen* slik i 1963:

En funksjonær vil ha som arbeidsmåte i størst mulig utstrekning å «løse» klientens problemer direkte uten at denne blir engasjert i og får delta i løsningen. En annen vil ha en arbeidsform hvor han i en problemsituasjon, på en nyansert måte, gir klienten nettopp så mye veiledning, stimulering og hjelp at han selv i størst mulig utstrekning kan dra de nødvendige slutninger og løse problemet.

[...]

Den sentrale deltaker i atferdingsprosessen er klienten selv. Uten dennes aktive engasjering og deltaking i de forskjellige stadier har de øvrige medarbeideres anstrengelser liten verdi. Sentralt i denne sammenheng er å få tak i hvordan klienten selv oppfatter sin situasjon og sine muligheter, og hvilke tanker og forestillinger han gjør seg når det gjelder løsningen av problemet. [...] Det ligger atskillig mening i dette at en klient ikke blir attført; i virkeligheten må han attføre seg selv (Larsson 1963: 39-46).

Larsson beskriver her først et *sterkt paternalistisk* syn på attføring. Funksjonæren, eller fagpersonen, vet best og engasjerer ikke brukeren for å finne løsninger. Slike anstrengelser kan bli resultatløse. Teksten beskriver også et annet syn på attføring der brukeren selv får vurdere og bestemme over attføringens innhold.<sup>104</sup> Her presenteres, allerede i 1963, et syn på attføring basert på prinsippet om *respekt for autonomi* (Beauchamp & Childress 2001: kap. 3). Brukerens evne og rett til å råde over seg selv blir respektert. Når klienten så å si attfører seg selv, med fagfolks hjelp, er det også større muligheter for å nå resultater.

<sup>104</sup> Min bruk av betegnelsen «bruker» kan kommenteres med følgende sitat innledningsvis: «Helsetjenesten snakker om *pasienter*, sosialtjenesten om *klienter*, arbeidsmarkedsetaten om *deltakere*, trykdeetaten om *medlemmer*, skoleetaten om *elever*, osv.» (Normann, Sandvin, & Thommesen 2003: 20). «Bruker» er blitt tatt i bruk for personer som mottar tjenester fra flere instanser samtidig (ibid.). Betegnelsen «bruker» brukes her i denne betydning. Betegnelsen «pasient» anvendes når helsetjenesten eller legen er den primære tjenesteyter.

Gogstad tok i 1968 i sin doktorgradsavhandling om yrkesrettet attføring opp følgende problem. En rekke pasienter som har fått innvilget attføring, aksepterer ikke normene om selvstendighet, selvhjelp og reintegrering i samfunnet. Det eneste de ønsker er økt økonomisk sikkerhet. Gogstad skriver at det ville være galt å reservere rehabiliteringsressursene til et begrenset antall tilstrekkelig motiverte pasienter. «One of our chief tasks in rehabilitation is therefore to concentrate upon the psychological preparation and intense normative influence of these patients both before, during, and after the rehabilitation process.» (Gogstad 1968: 135). Det er interessant at det her tales eksplisitt om intens normativ påvirkning for å endre den uføres holdninger. Holdningen er også her paternalistisk, men vi kan trolig tale om *svak paternalisme*. Gogstad antas å mene at personen under gunstigere livsvilkår ville ha ønsket og tilstrebet at han eller hun kunne hjelpe seg selv.

Jeg har nå beskrevet aspekter ved attføringsetikken slik den ble presentert på 1960-70 tallet. I hvilken grad, og ev. på hvilke måter, var den paternalistisk? Hvordan ble klientens selvråderett ivaretatt? Dette er sentral attførings- og rehabiliteringsetisk problematikk som jeg har funnet lite belyst i avhandlingens materiale.

## 8.6 Sentrale faglige problemer i attføringen

Attføringsfeltets problemer oppsummeres slik i 1970 av legen Tormod Marstein (1925-78) på grunnlag av egne fylkesnemnderfaringer<sup>105</sup>: 1) Det er store metodiske problemer på feltet, 2) De hjelpemidler som kunne vært brukt med nåværende metodikk, blir ikke gjort tilgjengelige og 3) Det virker som myndighetene ikke mente alvor når de sa at kontantytelser ikke skulle være det primære (Marstein 1970). Disse konklusjonene støttes av legen Erich Erichsen (1913-87) når han skriver i 1976:

10 års erfaring i arbeidet med fysisk rehabilitering har gitt meg muligheten for å komme frem til et meget bestemt syn på en del av årsakene til det økende antall uførepensjonister. En meget vesentlig årsak er det mangelfulle medisinske rehabiliteringsarbeidet. Rehabilitering er en medisinsk oppgave. Systematisk rehabilitering har i vårt land bare forekommet rent sporadisk og stor sett bare for enkelte sykdomsgrupper. Vårt helseapparat har ikke vært utbygget med rehabilitering for øyet (Erichsen 1976: 366).

<sup>105</sup> *Fylkesnemndene i trygdesaker* ble opprettet i 1956 med hjemmel i den midlertidige lov om hjelp for blinde og vanføre av 1936 (Hvinden 1994: 52). Fylkesnemnda hadde tre medlemmer: fylkeslegen (eller assisterende fylkeslege) var medisinsk ekspert og formann, arbeidskonsulent var det andre medlemmet og det tredje medlemmet var vanligvis kynig på sosialt arbeid, f.eks. sosialsjefen (Løchen & Marthinsen 1962). Nemnda avgjorde bl.a. om attføring og uførepensjon skulle innvilges eller avslås. Disse nemndene ble nedlagt i 1991 og erstattet med fylkestrygdekontorer.

I denne sammenhengen er Marsteins første punkt om de store metodiske problemene på attføringsfeltet det mest interessante. Vi skal se på enkelte av disse problemene. Mange mennesker som kunne være aktuelle for attføring, hadde i realiteten resignert. Rogan skriver med henvisning til undersøkelse foretatt av sosiolog Yngvar Løken (1931-98): «Vi [har] i virkeligheten å gjøre med et klientell som har resignert, som verken vil midlene eller målene – det vil si verken attføring eller arbeid – og som bare har ønske om den beskjedne økonomiske sikkerhet som ligger i uførepensjonen.» (Rogan 1969: 1168). Fortolket i lys av denne avhandlings behovsteori: Disse menneskene trengte å få oppfylt sine *symbolske selvevaringsbehov*. De hadde gitt opp å få oppfylt sine *selvutviklingsbehov*, i alle fall i arbeidslivet (se avsnitt 2.4.2). Dette forholdet er en metodisk utfordring.

Björgum-utvalgets utredning har en interessant kommentar om et annet metodisk problem: betydningen av hvilken medisinsk modell legen bruker:

Alt i alt kan det [...] synes som det er ganske stor variasjon i primærlegers tilnærming til publikums sykdomspanorama. Dette har direkte sammenheng med den innsats disse leger kan yte i attføringsammenheng. Uttalelser og bidrag fra primærleger som domineres av interessen for den somatiske sykdomsmodellen, har i årenes løp vist seg å være av mindre verdi når attføring skulle forsøkes. Da stiller det seg annerledes med legen som forsøker å orientere seg mot pasientenes totale situasjon, selv om dette vil innebære å gå utover det man har av formell og faktisk kompetanse (NOU 1976: 72).

Det hevdes her at det er vesentlig for legers innsats i attføringsarbeidet om legen orienterer seg på grunnlag av den biomedisinske sykdomsmodellen, eller på grunnlag av en mer psykososial modell. Det er særlig legens interesse for pasientens omgivelser og sosial situasjon som her påpekes som verdifulle i attføringsammenheng. Jeg kommer i avhandlingens del IV tilbake til spørsmålet om den medisinske modellens betydning for attføring og rehabilitering.

Attføring, eller rehabilitering, er et særegent fagfelt. Gogstad skrev i 1963 at «attføringen går utover medisinens grenser. Det utgjør et arbeidsområde som ligger i grensefeltet mellom medisin, psykologi, yrkesopplæring, arbeidsformildning, sosial trygd og sosialt arbeid.» (Gogstad 1963: 12). Rogan skrev i 1969 at attføring er et *tverrfaglig* felt (Rogan 1969). I vår tid skrives det om tverrfaglighetens betydning innen rehabilitering slik:

Rehabilitation team members will need to be flexible and be prepared to work across professional boundaries. This is the essence of interdisciplinary working.[...] Thus, interdisciplinary working implies a degree of blurring of professional roles whilst still preserving the separate identity and expertise of individual professions. [...] Rehabilitation is all about interdisciplinary working and not about multidisciplinary working (Barnes & Ward 2000: 26).<sup>106</sup>

Det er altså en viktig oppgave å etablere vel fungerende tverrfaglige team innen attføring. På grunnlag av Rogans påpekning av attføringens tverrfag-

lighet, kan man spørre: Hvilke erfaringer ble gjort om tverrfaglighet innen attføring? Var det team som fungerte godt – eller mindre godt? Spesielt interessant i denne sammenheng er hvordan fagfolkene greidde å samarbeide utover de faglige grensene. Rogan skriver videre at attføringen har sin særlige metodikk. «Denne metodikk er preget av aktiveringslinjen. De gjenværende fysiske, intellektuelle og personlighetsmessige ressurser skal søkes aktivert mest mulig.» (Rogan 1969: 1168). Faget trenger altså å ha kunnskap om menneskets ressurser og hvordan disse kan frigjøres. «Videre skal klienten hjelpes til å se sin situasjon så klart som mulig» [...]. (ibid.). Dette er også en utfordrende oppgave. Harlem skriver samme år at attføring best kan omtales som «skolering/oppdragelse for å øke funksjonsevnen og vilje og evne til å leve et selvstendig liv.» (Harlem 1969b: 1205). Den er først og fremst en pedagogisk virksomhet. Dette poenget understrekes i en nåtidig lærebok i rehabiliteringsmedisin. Det sies her at rehabilitering først og fremst er basert på *utdanningsprinsipper* (eng: *principles of education*) (Barnes & Ward 2000: 3). Man kan spørre: Hvor langt kom utviklingen av attføringen som pedagogisk virksomhet i Norge på 1970-tallet?

Rogan påpekte at attføringen omkring 1970 var oppe i en situasjon der den har lav status, faktisk lavere enn å være sykmeldt. En vesentlig grunn til dette er at «klienten er kommet til det stadium da han må *søke* om en ytelse og *bli vurdert* av en rekke instanser. Stigmaet er rykket nærmere.» (Rogan 1969: 1169). Det kan se ut til at det selvstendige mennesket var kommet ut å kjøre i det attføringssystemet som ble etablert ved innføringen av uføretrygden. Rogan stilte et interessant og relevant spørsmål. «Vil det være ugjørlig å finne et system som tillater at attføring normaliseres til å bli et selvfølgelig behandlingstilbud på lik linje med sykdom i syketrygdlovens forstand?» (ibid.). Eller sagt med andre ord: Det etablerte system fungerer ikke godt. Kan det etableres et system der attføring og rehabilitering er en del av helsetjenesten og kommunale tjenestene forøvrig, som pasienter eller brukere har en naturlig rett til når det er oppstått et behov for slik hjelp? Dette spørsmålet danner noe av bakgrunnen for de påfølgende underkapitlene 9.6 – 9.8.

## 8.7 Tilgangen på uførepensjonister

Det ble en forholdsvis stor tilgang av uførepensjonister i den første tiden etter at uføretrygdloven hadde begynt å fungere. Fra og med 1961 til og med 1963 ble det innvilget 34 000 nye pensjoner i gjennomsnitt årlig. I neste

<sup>106</sup> Interessante og relevante analyser av flerfaglighet, tverrfaglighet og fellesfaglighet (integret faglighet) er utført av Erik Larsen (Larsen 1994).

treårsperiode, dvs. fra og med 1964 til og med 1966, gikk tallet ned til 15-17 000 nye pensjonister årlig. Antall nye pensjonister holdt seg på dette nivået fram til 1969. Da begynte antallet å stige (NOU 1977a: 78). I 1975 var det vel 142 000 uførepensjonerte i Norge, litt flere menn enn kvinner (Wærnes 1979).<sup>107</sup> Tallet svarte til at 5,6 % av befolkningen i yrkesaktiv alder (16 til 66 år) var uførepensjonert (NOU 1990c: 35).

Den største diagnosekategori pr. 31.12.1974 var «mentale og psyko-nevrotiske forstyrrelser, atferdsforstyrrelser» for både menn (31,8 % av alle menn) og kvinner (32,2 % av alle kvinner). Den nest største gruppen var for menn «sykdommer i sirkulasjonsorganene» (17,9 av alle) og for kvinner «sykdommer i bevegelses- og støtteapparatet» (22,3 % av alle). Den tredje største gruppen var for menn «sykdommer i bevegelses- og støtteapparatet» (15,9 % av alle) og for kvinner «sykdommer i sirkulasjonsorganene» (11,1 %) (NOU 1977a: 81). Det ble hevdet at uførepensjon noen ganger fungerte som varig arbeidsledighetsstønad (Hanoa 1975).

Vi ser altså fra starten av at en betydelig andel av uførepensjonistene, i alle fall omkring en fjerdedel, har plager der *disease* ikke kan ha blitt påvist. En ganske stor andel av disse må etter alt å dømme ha hatt «lettere mentale lidelser». Enkelte med diagnoser innen «de utestengte gruppene» hadde også fått innvilget uførepensjon (ibid.: 88ff).

Diagnosemønsteret må sies å være som man kan forvente etter de lovregler og den praksis som ble innført. Selv om det var sykdom i betydningen *disease* som hadde høyest verdi, var det rom for at *illness without disease* også kunne bli akseptert.

## 8.8 Konklusjon

Den nordiske velferdsmodellen som tok form omkring 1935, medførte at kravet om likhet også i sosial og økonomisk forstand ble forsterket. Det «sosialdemokratiske velferdsregimet» som ble etablert etter den annen verdenskrig, karakteriseres av å være forholdsvis sjenerøst og legge vekt på omfordeling eller utjamning. Den norske uførepensjonsordningen ble etablert i 1960 med *medisinsk uførhet* som sentral kategori for å beskrive den som ikke kan greie seg ved eget arbeid. Folketrygdloven av 1966 benyttet kategorien *ervervsuførhet* som sentral kategori for å beskrive den som ikke greier å forsørge seg selv.

Det viste seg på 1970-tallet at attføring/medisinsk attføring ikke ble en så omfattende aktivitet som «uføreomsorgen» forutsatte omkring 1960. Det

<sup>107</sup> Kari Wærnes peker på at et stort flertall av de som lever på pensjon (inkludert alderspensjon), eller langvarig trygd fra folketrygden, på denne tiden er kvinner (Wærnes 1979).

påvises uavklart etisk problematikk. Den ene er at noen grupper i befolkningen ble definert som «utestengte». Den andre er at det synes uavklart om sterk paternalisme, svak paternalisme eller autonomiprinsippet skulle være det overordnede etiske prinsippet. Det påvises videre faglig problematikk. Mange av brukerne hadde resignert i forhold til arbeidslivet. Det ble påpekt at det kunne ha betydning for attføring hvilken medisinsk modell som ble anvendt: biomedisinsk modell eller en mer psykososial modell. Videre ble attføringens tverrfaglighet og pedagogiske grunnlag framhevet.

Det ble videre påpekt at attføringen hadde et systemproblem. Spørsmålet ble reist om det ikke kan etableres et system der attføring og rehabilitering er en del av helsetjenesten og kommunale tjenestene forøvrig, som pasienter eller brukere har en rett til, når det er oppstått behov for slik hjelp.

Neste kapittel skal klarlegge vår tids rettferdighetskriterier: hvilke de er og hvilke de bør være fra et sosialetisk synspunkt.

## 9 Rettferdighetskriterier, legeroller og nytenkning om rehabilitering i nåtidens Norge

Hensikten med dette kapitlet er å belyse nåtidens rettferdighetsformer og rettferdighetskriterier i et norsk trygdemedisinsk perspektiv. Det skal videre gjøres rede for hvordan legene har oppfattet sin trygdemedisinske rolle i et rettferdighetsperspektiv. Dessuten skal en pågående diskusjonen om et nytt rehabiliteringsbegrep tas opp.

### 9.1 Etter 1975: markedsrettferdigheten får økt innflytelse

De avanserte industrisamfunnene gikk på 1970-tallet inn i det som noen ganger blir betegnet som *den tredje industrielle revolusjonen*, en fase basert på automatisering, datamaskiner og andre former for høyteknologi. Serviceøkonomien fortsatte også å økte betydelig. Produksjonen ble i økende grad globalisert, styrt av de multinasjonale selskapene (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 976). Mange virksomheter ble etter hvert flyttet til lavkostland.

I 1974 gikk verdensøkonomien i tilbakegang. Krisen kan ses som utløst av strukturelle problemer ved overgangen til den nye høyteknologien. Over ti prosent av arbeidsstyrken i Vest-Europa og Nord-Amerika ble arbeidsledig (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 966f.). Den vesteuropeiske økonomien kom seg igjen på midten av 1980-tallet, men med vedvarende arbeidsledighet på omkring ti prosent i mange land.

*Nyliberalismen*, som er en retning innen både økonomisk og politisk tenkning, fikk økende gjennomslag. *Nyliberalismen* tar opp tradisjoner fra *den klassiske liberalismen* (underkapittel 6.2):