

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):

Den bygger på det syn at markedsmekanismen på tilfredsstillende måte virker til dekning av menneskenes behov og til en hensiktsmessig fordeling av ressursene. For at denne mekanismen skal kunne virke tilfredsstillende, er det imidlertid nødvendig med tilnærmet fri konkurranse i markedene.¹⁰⁸

I tråd med dette skiftet i ideologi skiftet også synet på arbeid i klassisk liberal retning: arbeid ble nå mer ansett for kun å være et middel som individet skal benytte for å hjelpe seg selv økonomisk. Konkurranse tillegges økt betydning. Nyliberalisme innebærer at *markedsrettferdighet* blir den foretrukne form for rettferdighet (se underkapittel 2.2.2). Jeg forstår situasjonen slik at i noen deler av verden, som i Norden og i andre vesteuropeiske stater, har den *omfordelende rettferdigheten* fortsatt betydelig innflytelse.

Velferdsstaten ble utsatt for politiske angrep. Margaret Thatcher, som ble statsminister i Storbritannia i 1979, og Ronald Reagan, som ble president i USA i 1981, kritiserte den for å være kostbar, ødsel, paternalistisk, byråkratisk og at den undergraver det individuelle initiativ og ansvar (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 968).

Nåtiden er preget av store, og framfor alt raske, samfunnsforandringer. Disse gjør at mennesker som har lært seg en måte å arbeide på, eller en måte å fungere på med sitt utdanningsnivå, stadig må lære seg nye arbeidsmåter, organisasjonsformer og måter å tilpasse seg ny teknologi på. Situasjonen oppsummeres slik for mange mennesker i USA på 1990-tallet: «Lack of opportunity for education and training in the new skills presented a new kind of challenge for many.» (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 1027). Dette er et generelt perspektiv som jeg mener vi kan ha på vår egen tid. Den utfordrer menneskets *evne* til nærmest kontinuerlig å tilpasse seg og lære nye ferdigheter.

Norge møtte krisen de første årene etter 1974 med tiltak for å holde den økonomiske aktiviteten oppe. På slutten av 1970-årene ble imidlertid denne «motkonjunkturpolitikken» oppgitt (Benum 1998: 44ff). På slutten av 1970-tallet hadde oljenæringen blitt betydningsfull i norsk økonomi (ibid.: 56).

1980-årene brakte med seg en styrking av den markedsorienterte økonomien i Norge. *Nyliberalismen* fikk også her økende innflytelse. Velferdsstaten ble utsatt for kritikk, både fordi den ble ansett for å hindre økonomisk vekst og undergrave folks moral. Staten ble ansett for å være for stor og for mektig. «Mer individualisme, konkurranse og bruk av markeder måtte til.» (Benum 1998: 124f; Furre 1999: 389). Med økt markedsinnflytelse ble samfunnet i større grad et konkurransesamfunn.

¹⁰⁸ Nyliberalisme. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=700265> (18.04.2006).

Norge kom mellom 1986 og 1993 inn i en økonomisk krise, noe forsinket i forhold til mange andre industriland. Massearbeidsløsheten som hadde begynt å melde seg på nytt i Norge på begynnelsen av 1980-tallet, økte. Først på midten av 1990-tallet begynte arbeidsledigheten å synke. Men den stabiliserte seg «på et nivå som før 1980-årene ville ha vært ansett som uakseptabelt høyt» (Benum 1998: 96). Den åpne og skjulte ledighet i Norge ble i 2004 anslått til over 350 000 mennesker. Denne ledigheten fantes altså fortsatt i et samfunn som i internasjonal sammenheng har svært høy yrkesdeltakelse (Halvorsen 2004).

Andre viktige og relevante trekk ved samfunnsutviklingen de siste 30 årene skal nevnes kort. Trekkene er internasjonale, men ses her i et norsk perspektiv. For det første har likestillingen mellom kvinner og menn økt (Furre 1999: 275f). Her var likestillingsloven av 1978 en viktig milestein. For det andre har en ny innvandring funnet sted. Fra begynnelsen av 1970-årene var det også i Norge behov for arbeidskraft i noen bransjer. Det kom i den første fase unge menn fra «den tredje verden» for å utføre arbeid som den etablerte befolkningen ofte ikke ville utføre. Etter innvandringsstopp kom den andre fasen bestående av familiegjenforening, som varte til utpå 1980-tallet. Den tredje fase, preget av flyktninger og asylsøkere, kom fra midten av 1980-tallet (Benum 1998: 186f). Norge er i en viss grad blitt et flerkulturelt samfunn. For det tredje er en økt forskjell mellom rik og fattig en internasjonal trend som også har gjort seg gjeldende i Norge (Westin 1998). For det fjerde har miljøspørsmålene kommet høyt opp på den politiske dagsorden. Miljøspørsmålenes betydning i denne sammenhengen er først og fremst at de utfordrer den etablerte tanken om arbeid som en virksomhet basert på utnyttelse av naturen. Menneskets press mot det naturlige produksjonsgrunnlaget kan tvinge fram nye måter å arbeide på i framtiden.

For det femte ble det etablert en internasjonal politikk for funksjonshemmede i regi av FN på 1980-tallet. Det ble satt i gang en prosess som munnet ut i «standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning» (Forente nasjoner 1993). Hensikten med reglene er å sikre full deltakelse i samfunnslivet for funksjonshemmede mennesker, som borgere (ibid.: pkt. 15). Dette trekket ved samfunnsutviklingen er av sentral betydning i de påfølgende analyser i denne avhandlingen.

Rosanvallon karakteriserer vår tids samfunn på en måte som her anses fruktbar: «[S]ociety appears as it is: an unstable tangle of individuals and multiple economic, social, and professional classifications.» (Rosanvallon 2000: 34). For å få kunnskap om menneskene i vår tids samfunn, må disse i mye større grad enn tidligere ses på som *individer*, som lever i sine *kontekster* eller *situasjoner* (ibid.). Fra å ha hatt ansvar for nokså homogene

populasjoner, må velferdsstaten nå ta ansvar for individer i sine spesifikke situasjoner (ibid.: 96).

9.2 «Det nye sosiale spørsmålet»

Fra 1970-tallet av har man internasjonalt begynt å tale om *det nye sosiale spørsmålet*.¹⁰⁹ Castel foreslår å fortolke *det nye sosiale spørsmålet* som et spørsmål om lønnsarbeidets innhold, status og samfunnsmessige funksjon under nye økonomiske betingelser. Fra å ha en høy status og en helt sentral funksjon i de første tiårene etter den annen verdenskrig, har lønnsarbeidet fått en mer utsatt status og usikker funksjon. Den *sosiale eiendommen* (se underkapittel 7.5) tilknyttet lønnsarbeidet har blitt løsere tilkoblet og/eller redusert. Dette kommer for det første til uttrykk ved at en økende andel av befolkningen i de vestlige industrilandene har fått en mindre fast tilknytning til arbeidsmarkedet. Tidsbegrenset arbeid, deltidsarbeid og arbeid via utleiebyråer øker. En forholdsvis stor andel av befolkningen er varig helt uten arbeid. For det andre trues deler av arbeiderklassen og lavere middelklasse av permanent usikkerhet om arbeidsplass og sosial status. Arbeidsmarkedet er blitt tydeligere todelt. I den ene delen har arbeidere og funksjonærer høy inntekt, interessante arbeidsoppgaver og en rekke goder tilknyttet stillingen. I den andre delen befinner lavt utdannede seg, ofte innvandrere. Arbeidsdagene kan være lange, arbeidet rutinepreget og godene tilknyttet stillingene færre. For det tredje, og dette er det mest urovekkende trekket, er det fare for at en større del av befolkningen vil oppleve seg overflødig, uten *sosial nytteverdi*, fordi det ikke er arbeid for disse. Det kan bli et stort samfunnsproblem i industrilandene dersom mange mennesker ikke opplever seg anerkjent sosialt på noen måte (Castel 2003: 387ff; Macionis & Plummer 2002: kap. 14).

Både den historikken som er blitt beskrevet i denne avhandlingen, og vår tids sosialetiske og politiske analyser, viser at svaret på det *det nye sosiale spørsmålet* også denne gangen bør ha *arbeidet* som utgangspunkt (Rosanvallon 2000: 65; Castel 2005: 115ff). Arbeidet gir ikke bare inntekt, men også en *sosial eiendom* for å sikre behovsdekning, som er av grunnleggende betydning. Et sentralt problem er om solidariteten kan overleve økende individualisme. Stjernø peker på at den historiske erfaringen ikke tyder på at en solidarisk velferdsstat kan opprettholdes bare på grunnlag av individers egeninteresse. Det er også nødvendig med et normativt engasjement for solidaritet i vid betydning fra store deler av befolkningen sin side (Stjernø 2005: 327, 341).

¹⁰⁹ *Soziale Frage*. I: http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Frage

9.3 Norsk velferdsstatsutbygging, arbeidslinje og medikalisering

På tross av den politiske kritikken av velferdsstaten sluttet den norske befolkningen fortsatt opp om den. Velferdsstaten ble i Norge utbygd videre også etter 1975. Det kom bl.a. en ny lov om arbeidervern og arbeidsmiljø i 1977 (Westin 1999b). I 1981 fikk «fødte uføre» under 20 år rett til tilleggspensjon og dermed en bedret pensjon (aldersgrensen ble hevet gradvis til 24 år i 1992) (Rikstrygdeverket 1998). Nye velferdsgoder ble innført som utvidelse av fødselspermisjonene, omsorgslønn og at ulønnet omsorgsarbeid skulle gi rett til tilleggspensjon ved at det ble innført omsorgspoeng (i 1992) (Benum 1998: 84ff og 116). I og med innføring av omsorgspoeng anerkjennes også ulønnet omsorg som arbeid (Seip 1995: 39). Arbeidsbegrepet er altså blitt utvidet. Innføring av omsorgspoeng er videre et «eksempel på et tiltak som har en kjønnsprofil, og som ivaretar noen av forskjellene mellom kvinners og menns liv. [...]» (NOU 1999: 190f). Folketrygdloven har fått et kjønnsperspektiv.

Omkring 1990 ble den store reformen om helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) gjennomført. «Hovedtanken var normalisering: funksjonshemmede skulle innlemmes i det vanlige samfunnsnivå.» (Benum 1998: 110). De psykisk utviklingshemmede skulle både få en bedre levestandard og større grad av valgfrihet i utformingen av eget liv (Grue 2004: 189). Normaliseringsspørsmålet kommer jeg tilbake til senere i dette kapitlet.

Med den økonomiske krisen omkring 1990 kom innstramninger i velferdsstatens ytelser, som retten til sykepenger, dagpenger ved arbeidsløshet og tilleggspensjon i alderstrygden. Det kom en innstramning av sykdomsbegrepet for å gjøre det vanskeligere å få sykepenger og penger til rehabilitering, attføring og uførepensjon. I odelstingsproposisjonen som innførte innstramning av de medisinske vilkår for å få uførepensjon i 1991, står det at de mest problematiske gruppene er «unge menn med rusmiddelproblemer eller sosial mistilpassning», «middelaldrende kvinner med muskel- og skjelettsykdommer eller mentale lidelser» og eldre arbeidstakere som var blitt utsatt for «utstøting [...] fra offentlige eller private virksomheter eller bedrifter som ledd i rasjonalisering» (Ot.prp.nr.62 1991: 4). Dette er alle forholdsvis svakt stilte grupper i befolkningen.

Etter innstramningene i 1991 økte avslagene for uførepensjon «særlig for kvinner, middelaldrende, aleneboende, korttidsutdannede og for søkere med myalgier, tendinitter og artroser. Avslagene rammet særlig de mest ressursvake gruppene.» (Claussen & Bjerkedal 1999b). Den vanligste kilden for livsopphold etter avslag ble for kvinner forsørgelse av ektefellen (Claussen & Bjerkedal 1999a). En analyse konkluderer slik: «Inn-

stramningen av kriteriene i 1991 var fra en sosialmedisinsk synsvinkel uheldig, ettersom den rammet personer med lav utdanning, dårlig økonomi og små sjanser på arbeidsmarkedet.» (Krokstad, Johnsen, & Westin 2002: 1480). Historikeren Edgeir Benum hevder at innstramningene hadde «en tvetydig sosial profil. Flere av dem rammet svakstilte grupper hardest. Andre rammet befolkningen mer generelt.» (Benum 1998: 93).

Det er et sosialetisk problem om innstramninger rammer svakt stilte grupper i befolkningen spesielt. Det kan eksempelvis reflekteres på to måter om dette spørsmålet. For det første kan spørsmålet reises om ikke alle mennesker bør ha rett til et visst rimelig og klart definert økonomisk nivå. Ut fra synet på alle menneskers likeverd synes det rimelig at det settes opp standarder som skal sikre et visst økonomisk grunnlag for at alle mennesker, og spesielt alle barn, skal få sine *fundamentale* og *vesentlige behov* dekket (se avsnitt 2.4.2). Filosofen Andreas Føllesdal skriver at dette ikke egentlig er et spørsmål om likhet, men om visse grunnleggende standarder (Føllesdal 1999).

For det andre kan en spørre om det ikke er sosialetisk bedre å fordele *likt* i følge et likhetskriterium. Vi har sett at den nordiske velferdsmodellen har lagt vekt på tilbudslikhet og resultatlikhet (avsnitt 2.4.3 og underkapittel 8.2). Man kan tenke fordeling ved hjelp av *sosiale primærgoder* slik Rawls foreslo. De sosiale primærgodene er «grunnleggende sivile og politiske menneskerettigheter og friheter, myndighet og adgang til samfunnsposisjoner og yrker, inntekt og rikdom, og det sosiale grunnlaget for selvspekt.» (Føllesdal 1999: 160). Disse skal ikke fordeles likt i bokstavelig forstand, men en ulikhet i fordeling skal kunne begrunnes ved at den fremmer de dårligstes kår. Jeg forstår det slik at dersom ulikhet ikke kan begrunnes slik, skal fordelingen av primærgoder være lik. Dette er et kriterium som kan betegnes som *like primærgoder regulert av forskjellsprinsippet*.¹¹⁰ Primærgodene skal gjøre det mulig for *alle* å kunne bidra til fellesskapet (for eksempel ta seg av sine nærmeste, delta i lokalsamfunnsaktiviteter, i organisasjonsvirksomhet eller politisk virksomhet). Den underliggende samfunnsvisjon er at samfunnsordningene bør gi uttrykk for «civic friendship and social solidarity» (Rawls 1999: 90). Noen mennesker er av forskjellige årsaker ikke (lenger) i stand til å delta på arbeidsmarkedet. Disse bør likevel ha et rimelig godt liv. Castel påpeker, basert på studier av sosiologen Pierre Bourdieu, at for å kunne opprettholde og utvikle de viktige framtidsperspektivene er det nødvendig å ha trygghet for nåtiden. Det handler om å ha

¹¹⁰ Forskjellsprinsippet vil si at «sosiale og økonomiske ulikheter skal [...] være til størst mulig gagn for de dårligst stilte medlemmene av samfunnet.» (Rawls 2003: 103).

tilstrekkelige materielle ressurser, tilgjengelig hjelp av psykologisk slag og ha nødvendige rettigheter og sosial anerkjennelse (Castel 2005: 109f). I følge den behovsteorien som ligger til grunn for denne avhandlingen har mennesket ikke bare *fundamentale behov*, men også *symbolske selvbevaringsbehov* (avsnitt 2.4.2). Det å oppleve seg ivaretatt av et rimelig rettferdig velferdssystem når man ikke lenger evner å delta i arbeidslivet, er å få et slik behov dekket. På dette grunnlaget synes det etisk vanskelig å begrunne innstramninger som rammer svakstilte grupper hardest.

Et sentral trekk ved vestlige lands velferdspolitik fra 1970-tallet er at den i økende grad har forsterket *selvhjelpsprinsippet* innen *hjelp til selvhjelpsprinsippet* (underkapittel 6.3). Denne nye politikken blir på norsk betegnet som «arbeidslinjen». Dette til forskjell fra tidligere politikk som blir karakterisert som «trygdelinje». Arbeidslinjen sier tydelig at *selvforsørgelse* er en *plikt* (Hatland & Terum 2005: 143; Kildal 1998). Fra 1991 av er den *politiske arbeidsplikten* blitt skjerpet – for de som ikke har andre midler å leve av. Den er basert på en *moralsk arbeidsplikt*. Holgersen skrev slik om denne moralske arbeidsplikten:

[T]il grunn for utformingen av de sosiale stønadsordninger ligger et prinsipp om moralsk plikt til arbeid. At det gjelder en slik moralsk plikt for den som er arbeidsfør, synes å være en oppfatning som deles av de aller fleste.[...] Noen direkte rettslig plikt til å delta i arbeidslivet er [...] ikke fastsatt, bortsett fra et element av en slik forpliktelse som fremkommer i løsgjengerloven fra 1900 [...] (Holgersen 1992: 8).

Den nye politikken ble innført med «attføringsmeldingen» (St.meld.nr.39 1992). Regjeringens velferdspolitiske situasjonsforståelse ble beskrevet slik:

Samtidig som det er grunnleggende at man opprettholder et solid økonomisk sikkerhetsnett, er det nødvendig å utvikle et trygdesystem som forbeholdes personer med klare helse- og funksjonsproblemer eller som midlertidig ikke har arbeid. Det er i denne sammenheng ikke minst viktig å motvirke tendensene til at sosiale eller mer generelle livsproblemer gjøres til helseproblemer – «medikaliseres». Trygdeordningene må utformes slik at «arbeidslinja» blir et førstevalg for alle involverte parter, og bidra til å hindre unødig utstøting og utestengning av utsatte grupper fra arbeidslivet (St.meld.nr.39 1992: 8).

Det politiske målet var reduksjon av antall trygdemottakere. I teksten skriver regjeringen at trygdesystemet skal være for mennesker «med klare helse- og funksjonsproblemer eller som midlertidig ikke har arbeid». Man ønsket å skille klart mellom sykdom og sosiale problemer. Det hadde utover 1980-tallet skjedd en økende *medikalisering*.¹¹¹ Disse tendensene til medikalisering skulle motvirkes. *Medikalisering* ble i Knutsen-utvalgets utredning definert som «en prosess hvor økonomiske og sosiale problemer samt normale fysiske

¹¹¹ Begrepet 'medikalisering' ble trolig introdusert av Irving K. Zola i 1972 (Zola 1972).

og psykiske reaksjoner betraktes som uttrykk for eller på linje med sykdom.» (NOU 1990b: 66). Medikalisering som fenomen består bl.a. av at mennesker i vanskelige tilpasningssituasjoner («sosial motgang») søker forklaringer og hjelp til eget velvære der den først og fremst er å finne: hos legene og i trygden. I og med at medisinske forklaringer av en plage eller et problem har høyere status enn sosiale eller eksistensielle forklaringer, betyr medikalisering også at en lidelse får økt sin status og verdi. Vi kommer tilbake til medikaliseringsproblemet i flere sammenhenger i de påfølgende analysene.

9.4 Folketrygdlovens rettferdighetskriterier

I 1997 ble en ny folketrygdlov vedtatt etter en mangeårig, først og fremst språklig, revisjon av den tidligere folketrygdloven av 1966. De gjeldende rettferdighetskriterier i folketrygdloven skal nå avklares. To lovtekster skal analyseres. Den ene er formålsparagraf 12-2 i kapittel 12 om uførepensjon. Den andre er formålsparagraf 1-1 for hele folketrygdloven (Ot. prp. nr. 29 1996). Begge finnes i vedlegg 1D.

Formålet med uførepensjonskapitlet er altså «å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne eller arbeidsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte». «Arbeidsevne» betyr her kun «arbeidsevne i forhold til arbeid i hjemmet» (Ot.prp.nr.29 1996: 121). Vurdering av arbeidsevne i slik forstand, vanligvis som husmor, tas ikke tatt opp til analyse i denne avhandlingen.¹¹² Det er inntektsevnespørsmålet som analyseres. Jeg fortolker denne formålsparagrafen å ha en funksjon i forhold til *den kompensatoriske rettferdigheten*. Personen skal få en kompensasjon for den skade han eller hun har lidt i sitt arbeidet for å forbedre samfunnet. Denne kompensasjonen skal personen få under forutsetning av at det foreligger «sykdom, skade eller lyte». Vi finner altså rettferdighetskriteriet *skade på person* presisert som sykdom, skade eller lyte i folketrygdlovens uførepensjonskapittel. Jeg mener det er rett og rimelig at det fortsatt bør være slik. *Skade på person er å anse som et sentralt rettferdighetskriterium for den trygdemedisinske uførepensjonsvurderingen. Jeg ser ingen grunner til at det ikke også fortsatt bør være det.*

Formålsparagrafen for hele folketrygdloven mener jeg er rimelig å fortolke i lys av fordelings/omfordelingsrettferdighet. De *kompensatoriske rettferdigheten* fungerer altså innenfor en ramme av *fordelende og omfordelende rettferdighet*. Tolkningen støttes ved følgende setning i et forarbeid til loven: «Folketrygden har til formål å kombinere gjensidig forsikring og sosial fordeling for landets innbyggere.» (Ot.prp.nr.29 1996: 26).

¹¹² Se (Brækhus 1996; Hanoa 1975).

Tre formål uttrykkes i denne formålsparagrafen: å gi «økonomisk trygghet», bidra til «utjevning av inntekt og levekår» og å bidra til «hjelp til selvhjelp». Disse formålene presiserer tre sentrale og mye anvendte kriterier for fordelende og omfordelende rettferdighet: fordeling etter *behov*, etter *likhet* og etter *prestasjon*. De skal nå analyseres nærmere.

Det er naturlig å forstå «økonomisk trygghet» som et sentralt *behov*. Denne tryggheten skal gjelde ved «arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, ale-neomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall» (sitat fra § 1-1). Økonomisk trygghet fortolkes som en kombinasjon av *fundamentale behov* og *symbolske selvbevaringsbehov* (se avsnitt 2.4.2).

Det er blitt diskutert om trygden også bør dekke *selvutviklingsbehov* (avsnitt 2.4.2). Asbjørn Kjønstad er jurist og sosialrettsekspert. Han har ledet tre offentlige utredninger som benyttes som kilder i denne avhandlingen (NOU 1977a; NOU 1990a; NOU 2004a). I Kjønstad II-utredningen fra 1990, som er et forarbeid til folketrygdloven av 1997, siteres målet for sosialpolitikken slik det ble formulert av With-utvalgets utredning i 1972: «Målet er å *legge betingelsene til rette for at den enkelte kan realisere seg selv og fungere som et ansvarsbevisst menneske innenfor en sammenheng som er meningsfylt for den enkelte*». (Kursiv i originalteksten)(NOU 1990a: 105).¹¹³ Her formuleres altså et mål om selvrealisering. Kjønstad I-utvalgets utredning fra 1977 kommenterte den sosialpolitiske målsettingen selvrealisering slik:

Det må kunne fastslås at uførepensjonsordningen ikke primært tar sikte på å fremme selvrealiseringsmålsettingen. Den har et mer beskjedent formål, nemlig å gi økonomisk kompensasjon. Reglene om pensjonens utmåling har imidlertid betydning for om den enkelte skal kunne realisere seg selv. Noen av de goder som faller inn under begrepet livsstandard kan «kjøpes» (NOU 1977a: 77).

Kjønstad I-utvalgets utredning avviser altså ikke selvrealiseringsmålet som irrelevant. Men den gjør det klart at det sentrale formål når det gjelder uførepensjonen er mer begrenset: å gi økonomisk kompensasjon. Kjønstad II-utvalgets utredning synes å legge opp til en diskusjon om selvrealiseringens plass innen vår tids folketrygd ved at den tar opp idéene fra With-utvalgets utredning fra 1972. I stedet for en slik diskusjon, går teksten imidlertid brått over til å omtale medisinsk uførhet. Teksten virker her uforløst (NOU 1990a: 105). Det er en oppgave å finne ut hvordan folketrygdloven kunne tenkes å bidra til i en viss grad å realisere selvutviklingsbehov. Denne oppgaven tas opp i underkapittel 9.8 nedenfor.

Folketrygdlovens formålsparagraf nevner likhetskriteriet *utjevning*. Dette kan sies å gå i retning av resultatlikhet. Forarbeidene presenterer dette nye formulerte formålet for folketrygden slik:

¹¹³ Sitatet inne i sitatet er fra With-utvalgets utredning (NOU 1972: 31f).

Den skal bidra til utjevning av inntekt og levekår. Folketrygden skal bidra til omfordeling av inntekt fra personer med høy inntekt til personer med lav inntekt [...].
[...]

Folketrygden skal også bidra til utjevning av inntekt og levekår over livsløpet for den enkelte. Livsløpsinntekten ønskes jevnet ut gjennom finansieringen og utformingen av ytelser knyttet til særskilte livssituasjoner og faser som fødsel, omsorg for barn eller pårørende, tidlig funksjonshemming, alderdom og dødsfall (Ot.prp.nr.29 1996: 26).

Det skal skje en utjevning av inntekt og levekår langs to akser. Den ene akse utgjøres av personens livsløp. Dette betyr bl.a. at personen betaler skatter og avgifter i yrkesaktiv alder og får igjen alderspensjon når han/hun er ute av yrkesaktiv alder. Den andre akse utgjøres av omfordeling mellom grupper av personer i samfunnet. Dette betyr bl.a. at personer som allerede i ung alder ikke er i stand til å arbeide, kan få uførepensjon, og at noen av disse kan få en tilleggspensjon som «ung ufør» i følge § 3-21 (Lov om folketrygd 2006). Når det gjelder forholdet mellom fordelingsrettferdighet og omfordelende rettferdighet, forstår jeg det slik at det er i betoningen av likhet i betydningen sosial og økonomisk likhet (i en viss utrekning) at vi ser den omfordelende rettferdigheten i funksjon.

Prestasjonskriteriet finner vi i den tredje målformuleringen i § 1-1: «Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.» (Se vedlegg 1 D). Formuleringen er ny og «gir uttrykk for et grunnleggende formål innen folketrygden.» (Ot.prp.nr.29 1996: 26). Her formuleres sosialforsikringens politiske grunnprinsipp fra slutten av det 19. århundret. Det er tidligere vist at dette er satt sammen av et individualistisk selvhjelpsprinsipp (underkapittel 6.3) og et kollektivistisk hjelpeprinsipp (underkapittel 7.5). Hvordan prestasjonskriteriet utformes, vil jeg hevde er avhengig av hvor mye selvhjelpsprinsippet blir vektlagt politisk i relasjon til det kollektive hjelpeprinsippet.

Det er mange grunner til å reflektere over den politiske vektingen av selvhjelp i relasjon til kollektiv hjelp innen folketrygd og ny arbeids- og velferdsforvaltning. Et perspektiv jeg vil anlegge er det historiske. Noe av det som har slått meg aller mest med den historiske konstruksjonen om hvordan sosialforsikringen og velferdsstaten ble etablert i kapittel 6, 7 og 8, er de mange tiårene det tok å etablere og utvikle videre et kollektivistisk prinsipp. I en tid som vår, som legger vekt på individualisme, kan det antas at det er en fare for at denne historien kan bli glemt. Jeg anser den for å være en viktig del av både vårt velferdssamfunns og legeprofesjonens kollektive hukkommelse.

Et annet perspektiv jeg vil anlegge er det som ble trukket opp i *Utjamningsmeldinga* fra 1999. Det argumenteres her for «ei mjukare arbeidslinje»

(St.meld.nr.50 1999: 25ff). Denne termen blir brukt om økte muligheter for å kunne kombinere arbeid og trygd. Jeg fortolker situasjonen slik at det fortsatt er et åpent politisk spørsmål om vi skal ha en «streng» eller en «mykere» arbeidslinje. Det vil med andre ord si hvordan selvhjelpsprinsippet og det kollektive hjelpeprinsippet skal vektlegges i forhold til hverandre.

Et tredje perspektiv er hva en sterkt selvhjelpsbasert arbeidslinje kan føre til. Arbeidslinjen, kombinert med tidens økende individualisme og konkurranse, betyr at den enkelte blir henvist til seg selv, sine egne krefter og sin egen motivasjon. Det synes rimelig å anta at en individualistisk arbeidslinje vil føre til at noen mennesker av forskjellige årsaker ikke greier, eller orker, å være med på denne etter kortere eller lengre tid. De taper i kravene om å prestere.

Et slikt tap av evne til å følge med kan ha negative konsekvenser også for selvbilde og identitet: «Arbeidslinjen gir jo inntrykk av at alle som ønsker et arbeid, kan få det. Arbeidsføre som står uten jobb, får dessuten mistanken på seg om at ledigheten er selvforskyldt – de er dovne eller står ikke aktivt nok på for å skaffe seg en jobb.» (Halvorsen 2004: 33). De sosiale konsekvensene av et ev. økende antall mennesker med slike opplevelser, og deres barn, synes jeg kan være vanskelig å overskue.

9.5 Trygdemedisinske roller i et rettferdighetsperspektiv

Et spørsmål som nå skal avklares, er hvordan legene ser på sin egen trygdemedisinske rolle i et rettferdighetsperspektiv. Flere allmennmedisinske roller er beskrevet. Jeg har innordnet dem i fem typer: legen som forvalter, som portvakt, som advokat, og den hippokratiske og den nøytrale lege.

Legen som forvalter. Forvaltning kan kort sies å være en virksomhet som utøves av forskjellige organer innen stat og kommune. En viktig forvaltningsfunksjon er beskrevet som å dra omsorg for befolkningens åndelige og materielle velferd (kirke- og undervisningsvesen, sosiale og helsemessige tiltak, penge-, finans-, skatte- og næringsvesen), samt i det hele å gjennomføre de bestemmelser som er gitt i lovene, f.eks. ved å gi de utfyllende regler som er nødvendige.¹¹⁴

Forvaltningsetikken omfatter en rekke sentrale verdier som «velferd og vekst, frihet, likhet og rettferdighet, medbestemmelse, medinnflytelse og rettssikkerhet og effektivitet.» (NOU 1993: 13f). *Forvalter* er brukt om legen som trygdemedisinsk sakkyndig i alle fall fra 1980-tallet av. Forvalterrollen ble omtalt slik midt på 1980-tallet:

¹¹⁴ Forvaltningsrett. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=552087> (02.12.2006).

I sin alminnelighet er det grunn til å understreke at våre ordninger for syke- og uføretrygd gjør leger til *forvaltere* av store samfunnsverdier. Både for samfunn og legestand er det avgjørende at dette arbeid har et forsvarlig faglig grunnlag, og at ordningen praktiseres så likt og rettferdig som mulig [...]. Begrensningen ligger bl.a. i at leger er avhengig av pasientenes tillitsfulle samarbeid (*min kursivering*) (Enger & Hodne 1986: 1245-6).

Man kan altså si at den trygdemedisinske forvaltningsrollens mål er å bidra til befolkningens velferd og en rettferdig samfunnsorden. *Trygdemedisinsk håndbok* gjør rede for hva dette vil si i praksis (Tellnes 1994: 16ff). Her understrekes *rådgivningsoppgaven*, både overfor arbeidsgiveren og trygdekontoret. Trygdekontoret må i stor grad basere seg på behandlende legers vurderinger. Det er derfor nødvendig at det finnes gjensidig tillitt og vel fungerende praktiske samarbeidsformer mellom leger og trygdekontor. Det er videre viktig at legen kjenner til de sentrale trygdereglene (Tellnes 1994: 16f). Den trygdemedisinske arbeidende lege er uten tvil forvalter av store samfunnsverdier. Men beskrivelser av denne rollen finner jeg i et rettferdighetsperspektiv noe vage og ubestemte.

Legen som portvakt: På 1980-tallet begynte man å tale om legens fordelingsmessige funksjon ved hjelp av termen *portvakt* (eng. *gatekeeper*). Stone tok i 1979 opp det sosiale fenomenet at organisasjoner tildeler en rekke ikke-medisinske velferdsytelser ved å anvende sykdom eller uførhet som innvilgelseskriterium (eng. *criterion for eligibility*) (Stone 1979). Hun skriver: «In such programs, physicians usually play a gatekeeping role by making diagnostic decisions that determine which applications receive the organization's benefits.» (ibid.: 227). Det ser ut til at det var Stones artikkel som gjorde portvaktsbegrepet kjent og brukt blant norske leger (Hartvig 1989). Lege Pål Hartvig skrev i 1989 at selv om legenes rolle aldri har vært slik at disse alene skulle avgjøre grunnlaget for trygdetildeling, har legene vært tillagt en portvaktfunksjon. Portvaktfunksjonen består i «å bedømme medisinsk uførhet og dennes videreføring i yrkes- og ervervsmessig sådan.» (ibid.: 2317). Oppgaven består altså i å bedømme hvilken grad av funksjonshemning som en sykdom medfører og denne funksjonshemningens følger for inntektsevnen.

Hartvig skriver videre at «[r]ollen som den strenge 'portvaktlege' er nesten utdødd.» (ibid.: 2316). Den *sterke paternalismen* som Harlem forsvarte omkring 1960, er altså nærmest forsvunnet (se underkapittel 8.5). Hartvig skriver at «de fleste leger føler det mest adekvat å følge pasientens/søkerens egen angivelse av hva han/hun ikke makter.» (ibid.: 2316). Den sosialmedisinske trio Kjell Noreik, Berthold Grünfeld og Per Sundby hevdet at legens rolle rundt 1990 best kan beskrives som «innoverende sosialpolitiker». De skriver at leger har

fått en nøkkelrolle i den økonomiske omfordeling som er velferdspolitikkenes sterkeste konkrete kjennetegn. Stillet overfor det enorme kravet denne økonomiske omfordeling utsetter dem for, må de bli svakere og svakere i sin funksjon som dørvoktere, skal de overhodet overleve. (Noreik, Grünfeld, & Sundby 1990: 183).

Noen år senere skrev allmennlegene Eivind Meland og John Nessa i en trygdemedisinsk kontekst følgende: «Vi kan ikke fortsette med velgjørersiveren. I det godes navn gjør vi nemlig bjørnetjenester fordi vi tror at å hjelpe betyr å intervensere (på død og liv gjøre noe), og helst gi det som klienten mangler og etterspør.» (Meland & Nessa 1999). Alt tyder på at den trygdemedisinske portvakten har fungert svakt i alle fall fra slutten av 1980-tallet av. En nylig gjennomført doktorgradsavhandling av sosialantropologen Benedicte Carlsen om portvaksrollen i primærhelsetjenesten bekrefter denne vurderingen. Hun konkluderer slik:

The GPs [general practitioners] participating in this study left us with the impression that they are passive as gatekeepers in the interaction with what they experience as increasingly powerful patients. The GPs seem to be aiming to avoid conflict with patients because they have a lack of motivation and a scarcity of instruments for rationing (Carlsen 2006: 48).

Legen som advokat: Advokatbetegnelsen er blitt tatt i bruk innen trygdemedisinsk sakkyndighetsvirksomhet (Getz, Westin, & Paulsen 1994; Hartvig 1989; Mæland 1983). Hartvig skriver at det å opptre som trygdemedisinsk advokat består i «bevisst eller ubevisst» å gi «søkerens livsvansker en forklørdning i overdrevne somatiske eller psykiatriske utforminger.» (Hartvig 1989: 2318). Pasientens funksjonshemning framstilles som mer alvorlig enn det som er den virkelige situasjonen. Det er slik jeg vil karakterisere den trygdemedisinske advokatfunksjonen. Jeg er enig med Hartvig når han hevder at dette er både dårlig medisin og legeetikk (ibid.). I en rettferdighetsetisk kontekst er advokatrollen slik den her er definert ikke aktuell.

Den hippokratiske legen: I 1994 publiserte legen Linn Getz og medarbeidere en kvalitativ studie hvor 24 allmennleger ble intervjuet om sitt arbeid med uførepensjonssaker etter innstramningen i 1991 (Getz, Westin, & Paulsen 1994). Det framkom i hovedsak to legeroller. Den ene legerollen er den nøytrale legen som legger vekt på å utføre lojalt de konkrete oppgaver som loven pålegger han/henne som sakkyndig. Jeg kommer tilbake til denne.

Den andre legerollen blir beskrevet som den involverte, pasientengasjerte og målorienterte legen. Rollen gis betegnelsen «hippokrat» fordi den hippokratiske legetradisjonen «pålegger legen et ansvar for å tenke helhetlig og handle til pasientens beste.» (ibid.: 1439). Denne legen har også en personlig mening om hvilken løsning som er best i en sak og legger sin

tyngde i å oppnå dette resultatet. Det er en lege som vil styre en trygdesak mot det mål som han/hun mener er best for pasienten, ev. også for samfunnet. Forskerne betegnet denne rollen under noe tvil som «advokat». Denne betegnelsen passer ikke godt til den trygdemedisinske advokatfunksjonen slik den ble definert ovenfor. Jeg bruker derfor betegnelsen «den hippokratiske legen».

Getz og medarbeidere påviste hos «den hippokratiske legen» en tofasert trygdemedisinsk strategi. Etter å ha forsøkt å holde pasienten i arbeid lengst mulig, og dette ikke har ført fram, går legen over til «å alliere seg med pasienten i jakten på en medisinsk tilstand som kan legitimere en langvarig ytelse, ev. uførepensjon.» (Getz, Westin, & Paulsen 1994: 1437). Dette er det samme mønster som tidligere var påvist av Westin (1990). Han beskriver de to fasene slik. Første fase består av at legen arbeider for å hjelpe pasienten til å komme i arbeid igjen. I denne fasen kan legen sette pasienten under press, f.eks. ved å avslå sykmelding, forsøke friskmelding eller henviser til attføring. Hvis «alt» er forsøkt uten at pasienten er kommet i arbeid, går lege-pasient-forholdet inn i ny fase. Denne består i at legen kommer til en felles forståelse med pasienten om at uførepensjon er «den beste løsning». Legens erklæringer vektlegger i henhold til slik forståelse en medisinsk beskrivelse av pasientens eksisterende plager på måter som kan rettferdiggjøre en uførepensjon. Det vil si at legen bringer fram mer dokumentasjon av såkalte «objektive funn», f.eks. degenerative forandringer eller begynnende artrose på røntgenbilder, skifter hoveddiagnose eller fører på en tilleggsdiagnose slik at innvilgelse av uførepensjon blir mer sannsynlig (ibid.: 63ff). Denne beskrivelsen suppleres av en studie som lege Lars Lien gjennomførte i en hovedsaklig kvalitativ undersøkelse av legers virksomhet og holdninger i prosessen som leder fram til innvilget uførepensjon (Lien 1992). Resultatene oppsummeres slik: «Undersøkelsen viser at legene spiller en aktiv rolle i hele prosessen som leder til innvilgelse av uførepensjon. De tar initiativ overfor pasientene for å få dem til å søke uførepensjon og har avgjørende innflytelse på om alternativer til uførepensjon blir vurdert.» (Lien 1992: 210).

Det er flere problemer med rollen som «hippokratisk lege» slik den hittil er beskrevet. Et problem er at den faglig sett tenderer til at legens erklæring noen ganger ikke blir faglig korrekt. Det skjer når for eksempel normale degenerative forandringer i ryggvirvlene framstilles som *objektive funn*. Dette begrepet tas opp til analyse i underkapittel 11.1. Den hippokratiske lege kan altså bikke over til å bli «advokat», se ovenfor.

Et annet problem er at legen ikke behøver å ha kunnskap og oversikt over sin pasients *praktiske handlingspotensial* (underkapittel 4.6). Det kan

derfor hende at legen forsøker å hjelpe pasienten til en uførepensjon som pasienten etter ett eller to år ser ikke var den beste løsningen likevel. Det hadde vært bedre å forsøke «å klore seg fast i arbeidslivet». Slik den hippokratiske legen er blitt beskrevet, tenderer han/hun til å opptre som paternalist i alle fall i svak forstand – ikke for å unngå trygd, men for å sørge for å pasienten trygdet. Et problem ved paternalisme i svak forstand i denne sammenheng er at den langtidssykmeldte personen selv hele tiden må antas å kunne vurdere sin egen situasjon rasjonelt.

Andre problemer er tatt opp av Terum og Nergård (1999). De skriver at dersom legen har en personlig mening om hvordan utfallet av en uføresak bør være, og legen forstår at trygdereglene kan forhindre dette resultatet, så er to måter å opptre som «hippokrat» problematiske. Ved den ene måten kan det antas at legen er seg bevisst at slik atferd betyr å uttrykke moralsk og politisk uenighet på mikronivå, dvs. i den enkelte trygdesak. Legen forsøker med dette å sette seg utover demokratiske vedtak. Dette karakteriserer forfatterne med rette som uakseptabelt. Det andre alternativ er at legen mener at uenigheten er av medisinskfaglig karakter. Dette betyr at leger i «hippokrat»-rollen ikke ser grenselinjen mellom fag på den ene side og moral og politikk på den annen. Selv om dette var Virchows og Evangs syn, er dette ikke gangbart i vår tid, skriver disse forfatterne, også med rette. Jeg er enig med disse forfatterne i at leger kan komme til å gjøre denne feilen. Innen det trygdemedisinske faget er det en viktig oppgave å sondere så klart som mulig mellom fag, moral og politikk.

Meland og Nessa har løftet fram en annen type «hippokratiske lege» i en trygdemedisinsk sammenheng, dog uten å bruke denne betegnelsen (Meland & Nessa 1999). De beskriver en trygdemedisinsk kasuistikk der en 23 år gammel kvinne søkte om yrkesrettet attføring pga. depresjon etter første fødsel. Kvinnen og hennes lege fortolket situasjonen slik at problemene skyldes arbeidssituasjon. Hun søkte yrkesrettet attføring, legen støttet søknaden, men trygdekontoret avsto den. Resultatet er, skriver forfatterne, at pasienten ble verre. Hennes «ytre avhengighet ble befestet med aggressive emosjoner og forurettethet som sentrale elementer» (ibid.:557). De argumenterer for at legen i stedet burde gitt hennes attføringsønsker saklig motstand. Slik motstand ville ha kunnet befordre hennes autonomi og mestringsevne. Uten her å analysere nærmere disse legenes bruk av autonomiprinsippet i denne situasjonen, vil jeg framheve deres viktige anliggende. De spør hvordan det kan arbeides trygdemedisinsk på følgende premisser:

Diagnoser har bare begrenset gyldighet og kan svært ofte være skadelige stereotypier som hindrer personlig vekst. Prøv å få tak i hvordan pasientens tilstand er en overlevelsesstrategi: en tilstand som gir håp og verger en mot håpløshet og tap av verdighet. [...]. Hjelp

pasienten til å få tak i slike sammenhenger med innsiktsfremmende strategier og spørsmål. [...] Vent og vær tålmodig til motivasjon og endringsvilje kommer fra pasienten selv. [...] Prøv å endre fokus for konsultasjonen fra defekt- og lidelsesorientering til ressursorientering: «Hvordan har du tidligere klart å komme deg ut av slike situasjoner?» «Hva er dine sterke sider?» (ibid.: 559).

Jeg synes «den hippokratiske legen» er en god betegnelse innen en trygdemedisinsk kontekst. Men hvordan legen skal arbeide trygdemedisinsk på en «hippokratisk» måte bør nærmere avklares. Denne avhandlingens behovsteori gir grunnlag for følgende refleksjon.

Mennesket trenger å få dekket sine fundamentale behov og å bevare sitt selv i symbolsk forstand og dessuten å utvikle dette selvet videre (avsnitt 2.4.2). Vår tids velferdsstat sikrer de fundamentale behov ved «sykdom, skade eller lyte» og gir muligheter for å sikre sitt selv innen en rimelig rettferdig samfunnsorden. Slik sett dekker en rimelig sjenerøs trygdeordning viktige behov. Fra antikken av er det blitt diskutert om ikke selvrealisering også er viktig for alt i alt å bli lykkelig som menneske. Karakteristisk for selvrealisering er imidlertid at den ofte berører eksistensielle spørsmål som nederlag, tap, død, angst, frihet, ansvar, vilje, ensomhet og meningsløshet (Yalom 1980). Bearbeiding av disse spørsmålene kan ledsages av ubehagelige følelser. Dersom redusert arbeidsevne er knyttet til slike eksistensielle spørsmål, vil spørsmålet om å finne det praktiske handlingspotensial relatert til arbeidslivet kunne være vanskelig å gå inn i både som pasient og som lege. Det kan være enklere og føles bedre å unngå disse følelsene. Den konklusjonen som følger av denne refleksjonen er at noen ganger kan kanskje det å motta uførepensjon være en måte å få dekket behov på som kan være i strid med behovet for videre selvrealisering – ved å gå gjennom nederlag og motgang – og få veiledning til å greie dette.¹¹⁵

Den nøytrale legen. Denne legerollen kom også fram i Getz og medarbeideres undersøkelse og ble betegnet som «konsulent» (Getz, Westin, & Paulsen 1994). I denne rollen legger legen «vekt på lojalitet overfor regelverket, selv om konsekvensen kan bli at saken får et utfall som setter søkeren i en vanskelig situasjon.» (ibid.: 1437). Nøytralitetsproblemet innen trygdemedisin trenger en mer omfattende analyse og tas derfor opp i neste kapittel.

¹¹⁵ Takk til Pål Hartvig som i to samtaler har tatt opp denne type spørsmål i en trygdemedisinsk kontekst. Det skal for øvrig tilføyes at antikkens visdom og moderne eksistenpsykologi er enige om at målet ikke er selvrealisering, men «selvtranscendens»: «One begins with oneself in order to forget oneself and to immerse oneself into the world; one comprehends oneself in order not to be preoccupied with oneself.» (Yalom: 439). Dette skal kunne gjøre det mulig å leve tilfreds i hverdags- og arbeidslivet.

Den analysen som her er utført viser at det er uklarthet om hvordan den trygdemedisinske rolle bør være etisk sett. Jeg fortolker situasjonen slik at allmennlegene i stor grad arbeider innen *sympatiperspektivet*. Hvordan dette skal balanseres med *upartiskhetsperspektivet* virker mindre avklart (Sundby 1995). Legen Dag Bruusgaard skriver at «allmennpraktikeren fungerer både som pasientens advokat og velferdsstatens vokter. [...] Det er ingen fluktvei bort fra disse kryssende hensyn.» (Bruusgaard 1996). Han mener også at det bør være slik. Det er den pragmatiske allmennmedisinens adelsmerke å kunne håndtere «en problematisk rolle med ulike, til dels motstridende mål.» (ibid.). Bruusgaard mener altså at den trygdemedisinske sakkyndige bør fungere innen en rolle med både et mål om god behandling og omsorg og om upartisk sakkyndighet. Problemet er å avklare nærmere hva som karakteriserer denne pragmatisme. Dessuten: Dersom de to målsettingene er i konflikt med hverandre, hvilken bør da prioriteres? Dette spørsmålet skal tas opp til videre analyse i neste kapittel.

9.6 Attførings- og rehabiliteringsvirksomheten i nye perspektiv

Det er nå viktig å få fram hva som er skjedd nytt på attførings- og rehabiliteringsfeltet etter den systemsvikten i attføringstjenesten som kunne påvises omkring 1970 (underkapittel 8.6). I de siste par tiårene er attførings- og rehabiliteringsvirksomheten satt inn i to nye perspektiv: Et som omhandler løsninger på den funksjonshemmede personens praktiske problemer, og et annet som omhandler målene for denne virksomheten. En som stod for innføringen av det første perspektivet, psykologen Ivar Lie (1933-99), skriver at en inspirasjonskilde var Erling Stordahl ved Beitostølen Helse- og sportsenter. Det ble på 1970-tallet etablert et samarbeidsprosjekt mellom helsesportsentret og Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Lie skriver:

Det ble tidlig i prosjektet klart at det var svært store rehabiliteringsgevinster å hente fra en praktisk tilrettelegging av forholdene, ikke bare på arbeidsplassen, men også på alle de andre områdene av dagliglivet. Ergonomi var allerede på den tiden et relativt velutviklet internasjonalt fagområde med fokus på tilpasning av arbeidskravene til menneskelige forutsetninger. Gjennomgang av litteraturen viste at disse prinsippene ikke var kommet til anvendelse innen yrkesmessig attføring, verken her i landet eller internasjonalt. Hovedvekten av den faglige rehabiliteringsinnsatsen lå fortsatt på generell arbeidstrening kombinert med utvelgelse av «handicapvennlige» arbeidsplasser (Lie 1989: 5).

Skiftet i fokus førte til, skriver Lie videre, at innsatsen ble dreidd fra «å normalisere avvik» til å finne løsninger på hverdagsproblemene (Lie 1989; Lie 1996). Det ble etablert hjelpemiddelsentraler i alle fylker, først i Telemark. Jeg fortolker endringen slik at den enkeltes *individuelle* tilpasning til sine omgivelser nå er kommet i fokus. Dette fokus viste seg å være nyttig for at funksjonshemmede mennesker skulle kunne leve et virksomt liv.

Så til det andre perspektivet. Regjeringen la i 1998 fram en stortingsmelding om rehabiliteringspolitikken, «rehabiliteringsmeldingen» (St.meld. nr.21 1998). I meldingen ble

rehabilitering formelt lansert som et overordnet begrep både for det som tidligere ble kalt medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og yrkesrettet attføring. Også habilitering, som i rehabiliteringsmeldinga ble foreslått reservert for tiltak rettet mot barn, omfattes av det overordnede rehabiliteringsbegrepet (Normann, Sandvin, & Thommesen 2003: 29).

Jeg følger heretter denne terminologien, bortsett fra at jeg fortsatt skriver om attføring i betydningen yrkesrettet rehabilitering. Dette skyldes at denne termen er godt innarbeidet. Rehabilitering ble definert som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.» (St.meld.nr.21 1998: 10). Meldingen konstaterer at «[r]ehabiliteringstilbodet er i dag i for stor grad prega av manglande planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve.» (ibid.: 5). Den er altså fragmentert og fortsatt påvirket av paternalistiske holdninger. Det er bemerkelsesverdig at meldingen tar sitt etiske utgangspunkt i *prinsippet om respekt for autonomi* slik:

Rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til sjølv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål. Rehabiliteringsverksemda skal motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring. Tenestene skal medverke til å få innsikt i egne behov, høve og avgrensingar, og sikre størst moglege grad av eigen kontroll over rehabiliteringsprosessen (ibid.: 6).

Det er altså personen selv som skal bestemme mål for en rehabilitering. Den individuelle personen har rett til å formulere egne mål og få dem respektert. Det er videre bemerkelsesverdig, slik den siterte definisjonen ovenfor uttrykker, at målsettingen er *deltakelse sosialt og i samfunnet*. Dette kommer jeg tilbake til i de to neste underkapitler.

Når det så tydelig er gjort kjent fra myndighetenes side at alle menneskers deltakelse «sosialt og i samfunnet» er et viktig samfunns mål, kan man tenke seg at dette ville påvirke de forskjellige samfunnssektorer. En slik samfunnssektor er trygdemedisinen. Jeg skal analysere legeerklærings skjemaene «1991- skjemaet» og «1999-skjemaet» for å se om det nye rehabiliteringsperspektivet kommer til uttrykk i disse, særlig i det siste (Rikstrygdeverket 1991; Rikstrygdeverket 1999)(vedlegg 2C og 2D).

Ingen av skjemaene spør etter opplegg for medisinsk rehabilitering. «1991-skjemaet» inneholder et forholdsvis omfattende spørsmål om «mu-

ligheter for yrkesmessig attføring» i en stor fritekstrubrikk om funksjonsvurdering (spørsmål 3). Det spørres etter om det må tas «spesielle hensyn ved valg av yrke og/eller arbeidsplass» (spørsmål 3.3). I «1999-skjemaet» blir ikke legen lenger bedt om å utføre en større redegjørelse for attføringsmuligheter. Legen blir bedt om å foreslå «tiltak utover medisinsk behandling», og det nevnes forskjellige tiltak, f.eks. yrkesrettet attføring. Legens oppgave består nå i å krysse av i rubrikker for det som ev. er aktuelt, oppgi de begrensninger som måtte foreligge og komme med nærmere opplysninger (skjemaets spørsmål 4). Trygden spør ikke lenger etter en mer omfattende vurdering av attføringsmuligheter fra legen. Det kan også se ut til at forventningen om at legen har god kunnskap om yrkesrettet attføring har blitt redusert betydelig siden 1991. Man kunne som alternativ tenke seg at det i 2006, åtte år etter at rehabiliteringsmeldingen kom, ble brukt et skjema der det f. eks. blir spurt om legen kjenner til det mål pasienten har for sin deltakelse i arbeidslivet, og hvilke planer legen har for å støtte opp om dette mål. Et slikt eller lignende skjema er ikke utferdiget. Det ser ut som det er stor avstand mellom rehabiliteringsbestrebelsene slik de nå utvikler seg på enkelte samfunnsarenaer på den ene side og hva som har skjedd innen trygdemedisinen på den annen side. Dette forhold kan ses som uttrykk for den fragmentering av rehabiliteringsvirksomheten som rehabiliteringsmeldingen konstaterte.

9.7 Nye tanker om normalitet utfordrer til nytenkning om rehabilitering

Vi så i underkapittel 7.7 at rehabiliteringen har en tradisjon som i alle fall går tilbake til den første verdenskrigen. Denne tradisjonen utfordres i vår tid på en grunnleggende måte av nye tanker om normalitet. Ordet «normal» har både *deskriptiv* og *normativ* betydning. Det deskriptivt normale er det *vanlige*, det *frekvente* eller det *gjennomsnittlige*. Det normativt normale er noe slik det *bør* være. Noen ganger kan ordet brukes slik at det har begge betydninger på en gang: Det gjennomsnittlige er slik noe bør være (Hacking 1990: kap. 19). Vi står nå i en samfunnsmessig situasjon der det tidligere toneangivende deskriptive normalbegrepet utfordres innen rehabilitering.

Pedagogen Ole Petter Askheim skriver at en særlig skandinavisk normaliseringstenkning ble utviklet på 1950- og 1960-tallet, først i Danmark, for å sikre psykisk utviklingshemmede rett til samme slag liv som folk i sin alminnelighet. «Den skandinaviske normaliseringstradisjonen kan karakteriseres først og fremst som en utvidelse av tankegangen bak den nordiske velferdsstaten, med sin vektlegging av universalisme og rettigheter til også

å gjelde psykisk utviklingshemmede.» (Askheim 2003: 21). I Norge ble «normalisering» forklart ved å si at «personer med forskjellige typer av funksjonshemninger utgjør en naturlig del av ethvert samfunn.» (St.meld.nr.88 1967: 8). Det ble den gang tatt et offisielt ideologisk oppgjør med særomsorgsmodellen som hadde medført spesialiserte omsorgsmodeller: døveomsorg, blindeomsorg, vanføreomsorg, åndssvakeomsorg. Det normalbegrep som her ble anvendt, er det deskriptive (gjerne betegnet som «det statistiske normalitetsbegrepet»)(Askheim 2003: kap. 1). Denne normalitetstenkningen bidro til reformen om helsevern for psykisk utviklingshemmede i Norge omkring 1990 (underkapittel 9.3).

«Normalisering» gikk i følge Askheim etter hvert inn i politisk språkbruk for bl.a. å uttrykke den sentrale målsettingen generelt for «omsorgspolitikken» i nordiske og vestlige land. Betydningen er dermed blitt mer uklar, og etter hvert også mer omstridt (ibid.: kap. 6). Vi så tidligere i dette kapitlet at samfunnsutviklingen de siste 20 årene har vært preget av økende individualisering og respekt for selvbestemmelse. Dette har medført kritikk av at det deskriptivt normale også skal være norm for hvordan det individuelle mennesket bør leve. Det er for eksempel røster blant døve som nå avviser all normalitetstenkning (Askheim 2003: 96). Den framstilles som diskriminerende. Å leve som døv er noe helt annet enn å leve som hørende. Derfor vil disse røstene «selv definere hvilke verdier som skal legges til grunn for livene deres.» (ibid.).

Jeg ser ikke hvordan man kan unngå å bruke et normalbegrep innen sosialetikken. Men det bør være et normativt normalbegrep. Det er visse former for menneskeliv som bør anses som normativt gjeldende når for eksempel ressurser skal fordeles rettferdig i samfunnet. Jeg oppfatter det normative normalbegrepet som mer dynamisk enn det statistiske. Poenget er at det normative normalbegrepet bør omfatte et stort spekter av forskjellige måter å leve på som menneske. Det bør slik sett være mer omfattende enn det deskriptive normalbegrepet.

Når normalitet defineres normativt slik det her er gjort, utfordres den tradisjonelle mening med rehabilitering. Rehabilitering ble definert som å vende tilbake til en *normaltilstand* der normal blir brukt i en *deskriptiv* betydning. I vår tid gir det ikke alltid god mening å tale om å «vende tilbake» på denne måten. Rehabiliteringsbegrepet er derfor blitt problematisk (Normann 2004; Normann, Sandvin, & Thommesen 2003). I vår tid er utfordringene heller å «gå framover», få ny kunnskap, kanskje delvis en ny identitet og leve et liv som ikke nødvendigvis faller inn under et deskriptivt normalbegrep (Moser 2003). Det pågår en diskusjon om rehabilitering er i ferd med å bli noe annet enn tidligere. Rehabiliteringsrådgiver og lege

Trine Normann skriver at det nye med rehabiliteringsmeldingen er at målet om deltakelse sosialt og i samfunnet også er målet for rehabilitering som en individuell prosess. Hun skriver:

Det er denne målsettingen som gjør at man forstår at det handler om livssituasjonen til dem det gjelder, ikke bare helsa eller funksjonstilstanden. Det er denne målsettingen som gjør det så innlysende at det er personen selv (eller pårørende der personen er barn) som definerer retningen på prosessen, og derfor også premissene for innholdet. [...] Det er også denne målsettingen som gjør det klart at også andre – av og til helt andre – enn helsetjenesten må inn i bildet (Normann 2004: 13).

Det er interessant at det her sies at rehabilitering nå dreier seg om «livssituasjonen til dem det gjelder». På denne måten knyttes forbindelsen til de refleksjoner jeg sluttet underkapittel 9.1 med. Det er mest fruktbart å se menneskene i vår tids samfunn som *individer*, som lever i sine *kontekster* eller *situasjoner*. Men individene skal finne sin plass i et samfunn. Manneråkutvalgets utredning har en interessant refleksjon om forholdet mellom individ og kollektiv:

I dag har en lett for å sette et slags likhetstegn mellom kollektiv orientering og solidaritet, dvs. samfunnets og det offentlige ansvar for dem som trenger hjelp. Videre ser mange individualisme som ideen om at enhver er sin egen lykkes smed. Ut fra mellomkrigstidens erfaringer er dette misvisende enkelt. De kollektive strømmingen fra den tiden hadde ganske riktig visse solidariske trekk, men denne gjaldt langt fra alle og hensynet til kollektivet var viktigere enn hensynet til den enkelte. Mange grupper med funksjonsnedsettelse falt utenfor solidariteten. En var snarere en byrde for kollektivet, og den eventuelle hjelpen var merket med at en også var en trussel (NOU 2001a: 30).

Utredningen skriver videre at en viktig konsekvens av den individualiseringen som gradvist har kommet til syne etter den annen verdenskrig, er at «det enkelte menneske blir synlig; det blir tydeligere og viktigere.» (Ibid.). Den peker på «forbindelse med tradisjonen fra naturrettsenkningen og ideen om menneskeverdet.» (Ibid.).¹¹⁶ Men utredningen trekker ikke den konsekvens at samfunnet dermed nødvendigvis er blitt, eller bør bli rent individualistisk. Den peker i stedet på at i etterkrigstiden er synliggjøringen av enkeltindividet ofte blitt kombinert med et kollektivt ansvar. «Kollektivet har et ansvar for å sikre gode levekår for alle og å sikre at samfunnet tilpasses hele den menneskelige variasjon. Uten slik tilpasning og et slikt ansvar vil en i praksis legge til rette for en rangering av mennesker.» (Ibid.: 30-31). Individualiseringen kan altså innen rammen av et velferdsstatlig kollektiv komme funksjonshemmede mennesker til gode. Utredningen sier

¹¹⁶ Naturrettsenkning hevder at lov og rett har et moralsk grunnlag som i en eller annen forstand er fastlagt i naturen eller i en rasjonalitet som antas å finnes i naturen. Den kan derfor sies å være objektiv (Lübcke 1983: 308-9). Naturrettsenkningens plass i vår tids juridiske vitenskapsfilosofi diskuteres av Bernt & Doublet (1998: kap. 5).

at den vil forsvare «en kombinasjon av et kollektivt ansvar med at enkeltindividet blir mer synlig». Utredningen er et interessant forsøk på å balansere individuelle og kollektive verdier (se underkapittel 3.6). Rehabilitering er å finne sin individuelle vei videre i et samfunn som legger til rette for menneskelig variasjon.

9.8 «Faktisk like muligheter for alle» som trygdemedisinsk rettferdighetskriterium

I underkapittel 9.3 gjorde jeg det klart at noen mennesker i arbeidsfør alder er å anse som ferdige i et hvert arbeidsliv, både i egne og andres øyne. Deres behov bør sikres på en måte som gjør det mulig å leve et rimelig godt liv. Fokus i dette underkapitlet er personer som er i en livssituasjon der de har krefter og muligheter til fortsatt å delta i arbeidslivet som samfunnsarena.

Manneråk-utvalgets utredning kommer fram til «faktisk samme muligheter til livsutfoldelse og deltakelse» som en formulering av et rimelig og fruktbart likhetskriterium for omfordelende rettferdighet. Det defineres slik: «Ulike grupper i befolkningen bør rent faktisk [...] ha de samme mulighetene til livsutfoldelse og deltakelse. [...]. Mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha de samme muligheter som alle andre til å delta i samfunnslivet.» (NOU 2001a: 18). Dette kriteriet er allerede blitt betegnet som *faktisk like muligheter* (avsnitt 2.4.3). Det karakteriseres altså ved at *ulike grupper i samfunnet bør ha påvisbart like muligheter til livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert*. Med «arbeidslivet» menes arbeid i snever forstand, oftest som lønnsarbeid. Men dette kriteriet bør også inkludere arbeid i vid forstand (underkapittel 4.7). Goder bør fordeles i samfunnet slik at ulike grupper har like faktiske muligheter til å delta i lønnsarbeid eller drive i selvstendig næring, eller dersom dette ikke er mulig, til å delta i annet arbeid i vid forstand. I en situasjon der deltakelse i samfunnet er blitt problematisk, krever dette likhetskriteriet en nøyaktig og nyansert beskrivelse av personens behov. Det krever også relevante undersøkelser av den individuelle persons omgivelser for å avklare hva som er hindre for behovsoppfyllelse og hvordan de aktuelle behovene kan oppfylles. På denne måten kartlegges *det praktiske handlingspotensialet* (underkapittel 4.6). Det perspektivet på samfunnslivet som her kommer til syne, kan betegnes som *mangfoldsperspektivet*. Det finnes naturlige ulikheter blant mennesker når det gjelder utførelse av aktiviteter og måter å delta i samfunnet på. Dette gir menneskelig variasjon og mangfold som anses for positive verdier.

Jeg foreslår at *faktisk like muligheter for alle* bør være et sentralt rettferdighetskriterium for den trygdemedisinske uførhetsvurderingen. Dette kri-

teriet tar opp i seg den pågående nytenkningen både om normalitet og rehabilitering. Jeg foreslår altså to kriterier som de sentrale for den medisinske uførepensjonsvurderingen: *skade på person* (underkapittel 9.4) og *faktisk like muligheter for alle*. Til sammen gir kriteriene faktisk like muligheter og skade på person den medisinske uførhetsvurderingen et todelt (eller man kunne si dialektisk) normativt fokus: på den en side gjelder det å klarlegge og om mulig forbedre personens indre ressurser og ytre muligheter, på den annen side å kartlegge de oppståtte skadene og noen ganger verne personens selv mot ytterligere skader.

Det er i alle fall tre måter som kriteriet *faktisk like muligheter for alle* kan brukes på samfunnsplan. Den grunnleggende strategien er å sørge for *universell utforming*. «Universell utforming handler nettopp om å gjøre alminnelige bygninger, transportmidler, skoler, arbeidsplasser – hva det nå enn er – tilpasset alle eller så mange som mulig. Slik kan man redusere behovet for særordninger eller kompensatoriske virkemidler.» (NOU 2001a: 33). Sosiologen og funksjonshemningsaktivisten Irving K. Zola (1935-94) argumenterte tidlig for *universell utforming* på en måte som fortsatt er samfunnsmedisinsk interessant. Tiden er inne for å slutte å se på funksjonshemming som noe som rammer kun enkelte borgere, skriver han. Empiriske undersøkelser viser at en stor andel av befolkningen har funksjonshemninger. Enhver risikerer i prinsippet å bli funksjonshemmet i løpet av sin levetid. Derfor bør funksjonshemming ses på som noe allment, eller universelt. Politikk på grunnlag av dette synet er en politikk som vil komme alle til gode ved at den gir økt fleksibilitet når det gjelder bolig, transport og arbeid (Zola 1989).

Den andre strategien har vært mindre framme i samfunnsdebatten. Det dreier seg om følgende problem. Noen former for funksjonshemming trenger spesielt målrettede økonomiske ressurser for å bli redusert. La oss som eksempel ta det problem at en rekke vel voksne mennesker får problemer i arbeidslivet fordi de ikke kan lese godt nok til å forstå den type skriftlige instruksjoner som med årene er blitt mer vanlige i arbeidslivet. Arbeidsgivere har ansvar for tilrettelegging. Men det synes også rimelig at samfunnets fellesmidler blir anvendt på å motvirke et slikt problem (og andre liknende forhold) som dreier seg om tilpasningen mellom individers ressurser og arbeidslivets raskt økende krav. Det synes nødvendig at det utformes *tilretteleggingsprinsipper* som regulerer rettferdig fordeling av ressurser for denne type tilrettelegging i vid forstand.

Roemer har analysert disse spørsmålene (Roemer 1998). Han foreslår at man deler problemsituasjonene inn i forskjellige *typer* (ibid.: 7). Alle situasjoner innen en type har viktige felles trekk. Anvendelse av tilretteleggingsprinsipper vil si at alle individer innen hver situasjonstype, og med samme

grad av problemer, grovt sett får den samme mengde ressurser for å avhjelpe det vesentlig behovet. Det settes f.eks. inn samfunnsmessige ressurser for at voksne menneskers evne til å lese i arbeidslivet skal forbedres. Hvilke typer funksjonshemninger som skal satses på politisk, og hvilke midler som kan anvendes, er spørsmål som forskning kan bidra til å beskrive og analysere. En rapport om funksjonshemmede i arbeidslivet viser at det er nødvendig med større grad av tilrettelegging av tid og arbeidsoppgaver (Bø 2003). Dette er dokumentasjon som virker aktuell som grunnlag for beskrivelse av situasjonstyper. Beslutningen om hvordan disse skal prioriteres, og hvilke ressurser som skal settes inn for å tilrettelegge omgivelser, er imidlertid politisk. Det som her foreslås, er prinsipper for en nyansert politisk tilnærming til fenomenet menneskelig variasjon og mangfold i samfunnet.¹¹⁷

Den tredje strategien består i å innføre et nytt perspektiv på rehabiliteringsvirksomhet på grunnlag av kriteriet *faktisk like muligheter*. I 2005 krevde Funksjonshemmedes fellesorganisasjons kongress en rehabiliteringsreform med følgende begrunnelse i *menneskeverdsprinsippet*:

Retten til helhetlig habilitering og rehabilitering er en like grunnleggende menneskelig rettighet som retten til skolegang og retten til behandling. Bare et lite fåtall av de som har behov for rehabilitering, får tilbud om det. Resultatet er mindre livskvalitet og mer sykmelding og uførepensjonering enn nødvendig.¹¹⁸

Etisk sett dreier det seg her om å universalisere rehabiliteringsvirksomheten, eller gjøre den allmenn. I vår tid, med de stadig nye krav til tilpassning og til å kunne løse nye oppgaver i arbeidslivet, og med det syn at alles deltakelse i samfunnet er et rimelig mål, bør enkeltmenneskene støttes av samfunnets rehabiliteringsressurser for å få dette til. Det disse tre beskrevne måtene å fremme bruken av kriteriet *faktisk like muligheter for alle* dreier seg om, er å utvikle bredspektrede politiske tiltak for å oppnå et «inkluderende samfunn».

9.9 Tilgangen på uførepensjonister

Fra 1975 steg antall uførepensjonister årlig noenlunde jevnt fram til 1991. Fra 1980 til utgangen av 1991 hadde antall uførepensjonister økt med nesten 50 %, fra omkring 160 000 til omkring 238 500 (St.meld.nr.39 1992: 36). Andelen uførepensjonerte blant personer i yrkesaktiv alder økte fra

¹¹⁷ Roemer betegner sitt prinsipp «to level the playing field». Uttrykket betyr å jevne ut sports-plassen slik at vilkårene for hver enkelt deltaker i en sportskonkurranse blir like. Uttrykket presiseres som følger: «[The society should] level the playing field among individuals during their periods of formation, so that all those with a relevant potential will eventually be admissible to pools of candidates competing for positions.» (Roemer 1998: 1).

¹¹⁸ <http://www.ffe.no/?dokld=2303> (18.05.06)

knappt 6% for begge kjønn i 1975 til vel 9 % for kvinner og vel 7 % for menn i 1991 (Westin & Mæland 2004: 139).

I de påfølgende få år fra innstrammingsåret 1991 av inntraff en reduksjon av andel uførepensjonister på omkring 0,5 % for begge kjønn. Analyser viser at antall nye pensjonister var begynt å synke allerede før innstramningen trådte i kraft (Westin 1998).

Etter få år begynte antall uførepensjonister å stige igjen. Andelen uførepensjonerte steg i 1996-97 utover det nivået som ble nådd i 1991. Siden har stigningen fortsatt og utgjorde i 2004 12 % av alle kvinner og 9 % av alle menn i yrkesaktiv alder (Westin & Mæland 2004: 139, figur 6.6).

Et vesentlig utviklingstrekk i de senere årene er at den relative veksten i uførepensjonering har vært størst i yngre aldersgrupper (Bjerkedal 1998). En studie av uførepensjonssaker hos personer under 35 år registrerte særlig økning av de psykiske lidelsene. Saksdokumentene var i omkring 40 % av tilfellene mangelfulle og ufullstendige. Funksjonsvurdering manglet i stor grad. Attføringsforsøkene var kortvarige og ustrukturerte (Gogstad & Bjerkedal 2001). En undersøkelse av risiko og prediktorer for overgang fra langtidssykmelding til uførepensjon for personer under 40 år, viste at lav inntekt, psykiatrisk diagnose hos menn og muskel- og skjelettlidelser hos kvinner gav økt risiko for uførepensjonering (Gjesdal, Lie, & Mæland 2004). Disse dataene gir grunnlag for bekymring om en del av ungdomsgenerasjonen, særlig menn med lav utdanning, har økende tilpasningsproblemer til arbeidslivet (Kristensen & Bjerkedal 2004). Over 25 års alder er det flere kvinner enn menn som er uførepensjonert. Men det er flere kvinner enn menn som får en gradert pensjon (hhv. 26 % og 14 %) (Mæland 2004: 232).

Det er store geografiske variasjoner. Når det gjelder utdanningsnivå, er det funnet at 2/3 av de nye uførepensjonistene ikke har utdanning utover grunnskolenivå. Andelen er vesentlig høyere enn i befolkningen som helhet (St.meld.nr.39 1992: 38; Grünfeld & Noreik 1997).

Når det gjelder diagnosemønsteret for uførepensjonerte etter år 2000, har omkring halvparten av begge kjønn under 40 år en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse som hoveddiagnose. Med økende alder får muskel- og skjelettlidelser økende betydning, særlig hos kvinner. Grovt sett utgjør kombinasjonen muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser knapt 2/3 av alle kvinner og vel 1/2 av alle menn (Mæland 2004: 231f).

Når det gjelder årsakene til *økningen* av uførepensjonerte i Norge, vet forskerne knapt hvordan økningen skal forklares (NOU 2000b; Hatland 2001; Westin 1990; Westin 1994). Det har vært påpekt at uførepensjoneringen fungerer sosialpolitisk som en «nyttig økonomisk og sosial buffer-

mekanisme. Gjennom en liberalt praktisert innvilgelse av pensjonsytelser kan arbeidsledighetstallene holdes på et politisk akseptabelt nivå.» (Grünfeld & Noreik 1996). En undersøkelse fant indikasjoner på at det er skjedd en sterk helserelatert seleksjon ut av arbeid for personer med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status (Krokstad, Johnsen, & Westin 2002). Denne seleksjonen hevdes å gjenspeile urettferdige og unødvendige helseforskjeller.

Når det gjelder *faktorer* som påvirker arbeidsevnen, har en undersøkelse av uførepensjonerte kvinner med hoveddiagnose muskel- og skjelettsykdom vist at de tre største høyrisikogruppene er butikkekspeditorer, rengjøringsarbeidere og hjelpepleiere (Bjerkedal & Wergeland 1995). Et paradoksalt funn i vår tid er at kvinner oftere enn menn er sysselsatt i fysisk tyngre arbeid (Grünfeld & Noreik 1996).

Det er økonomisk bekymringsfullt at andelen uførepensjonister i befolkningen stadig øker fra år til år. Samfunnsøkonomen Kjetil Storesletten hevder at Norge egentlig bare har to store utfordringer: miljøtrusselen og den økende uførheten. Mye tyder på at en fortsatt økning av uførepensjon vil «skvise fremtidige offentlige budsjetter», skriver han. Han hevder også at legene har et ansvar for denne situasjonen: «Det er legene som bestemmer hvem som er uføre, gitt visse kriterier fra det offentlige. Kan det tenkes at legene bærer en del av ansvaret for økt uføretrygding?» (Storesletten 2007). Dersom det er slik at legene har et ansvar for kollektivets helserelaterede velferd, bør Storeslettens spørsmål så langt jeg kan bedømme besvares med et «ja». Et vesentlig faglig spørsmål er om metodene som anvendes er adekvate i forhold til de oppgaver som søkes løst. Det er dette spørsmålet som skal analyseres videre i avhandlingens følgende to deler

9.10 Konklusjon

Markedsrettferdigheten har fått økt innflytelse i de vestlige land fra 1970-tallet av. I økende grad er *selvhjelpsprinsippet* vektlagt innen *hjelp til selvhjelpsprinsippet* («arbeidslinjen»). Når det gjelder folketrygdlovens rettferdighetsformer, fungerer sosialforsikringens *kompensatoriske rettferdighet* innenfor en ramme av *fordelende og omfordelende rettferdighet*. Den kompensatoriske rettferdighetens kriterium *skade på person* finnes presisert som sykdom, skade eller lyte i folketrygdlovens uførepensjonskapittel. Skade på person er å anse som den trygdemedisinske uførepensjonsvurderingens ene sentrale rettferdighetskriterium. Når det gjelder den *fordelende og omfordelende rettferdighet*, finnes *behov, likhet og prestasjon* som rettferdighetskriterier. Hvordan prestasjonskriteriet utformes, hevdes å være avhengig av hvor mye selvhjelpsprinsippet blir vektlagt politisk i relasjon til det kollektive hjelpeprinsippet.

Det påvises uklarhet blant legene om hvordan den trygdemedisinske rolle bør være. Allmennlegene arbeider i stor grad innen *sympatiperspektivet*. Hvordan dette skal balanseres med *upartiskhetsperspektivet* virker lite avklart.

Det påvises at et nytt rehabiliteringsbegrep er under utforming. Det argumenteres for at *faktisk like muligheter for alle*, dvs. at *ulike grupper i samfunnet bør ha påvisbart like muligheter til livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert*, bør bli den medisinske uførepensjonsvurderingens andre sentrale rettferdighetskriterium. I en situasjon der deltakelse i samfunnet er blitt problematisk, krever dette likhetskriteriet en nøyaktig og nyansert beskrivelse av personens behov. Det krever også relevante undersøkelser av den individuelle persons omgivelser for å avklare hva som er hindre for behovsoppfyllelse og hvordan de aktuelle behov kan oppfylles ved f.eks. tilrettelegging. Tre måter kriteriet *faktisk like muligheter* kan brukes på samfunnsplan beskrives: å sørge for *universell utforming*, å utvikle *tilretteleggingsprinsipper* og å *universalisere rehabiliteringsvirksomheten*.