

snittlige og prosentvise tap av arbeidsevne ved forskjellige slag kroppslige skader i den aktuelle tids arbeidsliv, uttrykkes ved en invaliditetstabell. Det påvises at den tabellariske invaliditetsmodellen har innflytelse på uførepensjonsfeltet i Norge på en delvis skjult måte. For det første innførte *uføretrygdloven av 1960* begrepet *medisinsk uførhet*, som fortolkes å bety vesentlig funksjonshemning som lar seg kvantifisere på et ikke nærmere avklart grunnlag. Det er påvist tale om medisinsk uførhet i denne betydning helt fram til vår tid. For det andre ble det fra 1960 av, og trolig fram til slutten av 1980-tallet, på medisinsk og juridisk hold anbefalt å bruke en invaliditetstabell som utgangspunkt for legens skjønnsmessige vurdering av arbeidsevne i uførepensjonssaker. For det tredje ber legeerklæringskjemaet fra 1968, og det gjeldende skjemaet fra 1999, legen vurdere arbeidsuførhet på en abstrakt måte som kan fortolkes å ha en implisitt grov invaliditetstabell som grunnlag. Denne forestillingen om uførhet som noe fast, kanskje noe absolutt og noe kvantifiserbart kan ses på som norsk trygdemedisins «underliggende kode».

Nyere tabellmodeller inkluderer også et ontologisk subjektivt aspekt. Slike tabellmodeller er i en viss grad forenlig med kriteriet *skade på person*. Tabellmodellen kan neppe anvendes for å vurdere personens dels *individuelle* behov i personens varierende *omgivelser*. Modellen kan derfor ikke anses forenlig med kriteriet *faktisk like muligheter*.

Den har sin styrke i relasjon til anerkjente *kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet*. Den anses ikke forenlig med *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Neste kapittel tar opp den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen til analyse.

13 Biomedisinsk monofaktoriell årsaksmodell og vurdering av ervervsuførhet

Den nest eldste modellen for vurdering av uførhet innen sosialforsikring, *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen*, ble innført i den tyske *invaliddepensjonsloven av 1889*. Det gjøres rede for denne modellen i dette kapitlet, særlig dens funksjon innen den medisinske uførepensjonsvurderingen i Norge. Denne modellen skal også analyseres på grunnlag av den kompensatoriske rettferdighetens kriterium *skade på person*, den omfordelende rettferdighetens kriterium *faktisk like muligheter* og dessuten *kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet* og *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

13.1 Det tyske ervervmessige uførhetsbegrepet (1889)

Begrepet *ervervmessig uførhet* i den tyske *invaliddepensjonsloven av 1889* skal først analyseres.¹⁵⁵ I følge sosialhistorikeren Florian Tennstedt ble dette begrepet definert i forarbeidene til loven på denne måten:

Helt ervervsufør er den som på grunn av en kroppslig eller åndelig tilstand, verken er i stand til regelmessig å utføre det vanlige arbeidet som hans yrkesaktivitet hittil har brakt med seg, eller kan tjene inn invaliditetspensjonens minstebeløp ved å utføre annet arbeid som tilsvarer hans krefter, ferdigheter og tilgjengelige arbeidsmuligheter (*min oversettelse*) (Tennstedt 1972: 26).¹⁵⁶

Denne teksten sier at den person er ervervsufør som har en betydelig redusert evne til å skaffe seg inntekt (reduisert til en grense på under en tredjedel). Personen skal ikke være i stand til regelmessig å utføre sitt vanlige arbeid. Personen skal heller ikke være i stand til å utføre annet arbeid som tilsvarer vedkommendes krefter og ferdigheter og som finnes tilgjengelig. Inntektssvikten skal være forårsaket av en «kroppslig eller åndelig tilstand». Nødvendige vilkår for bruken av det ervervmessige uførhetsbegrepet i henhold til den tyske *invaliddepensjonsloven av 1889* er satt opp i tabell 13.1.

Tabell 13.1. Nødvendige vilkår for bruken av begrepet 'ervervmessig uførhet' i henhold til den tyske invaliddepensjonsloven av 1889 er følgende:

-
- 1) En «kroppslig eller åndelig tilstand»
 - 2) Betydelig redusert evne til regelmessig å utføre sitt vanlige arbeid
 - 3) Betydelig redusert evne til å skaffe seg fastsatt inntekt også fra annet passende arbeid
 - 4) En årsakssammenheng mellom den «kroppslige eller åndelige tilstand» og den nedsatte evnen til å utføre sitt vanlige arbeid og å skaffe seg fastsatt inntekt av annet passende arbeid
 - 5) En oppfylt plikt til å ta annet passende arbeid
-

¹⁵⁵ Det tyske synonym for «ervervmessig uførhet» er «*Erwerbsunfähigkeit*». Det tyske ordet «*Erwerb*» er mangetydig. Det betyr bl.a. livsunderhold, betalt virksomhet eller yrkesmessig arbeid, men det kan også bety tilegnelse av kunnskap eller en utdanning. Fra: *Erwerb. I: Duden. Deutsches Universalwörterbuch* 2003, 5. utg., Dudenverlag, Mannheim: 493. I sosialforsikringsammenheng er det inntektsgivende arbeid det dreier seg om. På norsk virker ordet «*erverv*» noe gammelmodig, men det betyr «inntektsgivende arbeid» eller «yrke». Fra: *Erverv. I: Norsk ordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?earch=erverv&publications=23>.

¹⁵⁶ Den tyske teksten er: «Völlig erwerbsunfähig ist derjenige, welcher infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes weder imstande ist, die gewöhnlichen Arbeiten, welche seine bisherige Berufstätigkeit mit sich bringt, regelmäßig zu verrichten, noch durch andere, seinen Kräften, Fähigkeiten und der vorhandenen Arbeitsgelegenheit entsprechende Arbeiten den Mindestbetrag der Invalidenrente zu erwerben.» (Tennstedt 1972: 26).

Når det gjelder vilkår 1), skal det foreligge en kroppslig eller åndelig «tilstand» som ikke blir definert i *invalidpensjonsloven av 1889* (Tennstedt 1976: 388). Det er klart at det er tale om en medisinsk tilstand. Men det er nødvendig å avklare nærmere hva slag tilstander som skal kunne aksepteres. Vilkår 2) taler om evne til å utføre sitt arbeid, dvs. arbeidsevne, som også trenger avklaring. Vilkår 3) innfører en tale om evne til å skaffe seg inntekt. Det skal gjøres en vurdering og bedømmelse av om evnen til å skaffe seg inntekt er betydelig redusert til $< 1/3$ i relasjon til et arbeidsmarked. Vilkår 4) sier at det skal foretas en vurdering av årsakssammenhengen mellom den kroppslige eller åndelige tilstand og den nedsatte arbeids- og inntektsevnen. Et problem her er hvilken årsaksteori som skal anvendes. I dette vilkåret ligger den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen implisitt. Vilkår 5) impliserer videre en viss grad av *juridisk plikt* til å ta annet passende arbeid dersom personen ikke lenger kan utføre sitt sedvanlige arbeid. Dette kravet kan ses som et tidlig uttrykk for rehabiliteringstanken (Lay & Hansmeier 2004). Det er imidlertid begrenset hvilken tvang den arbeidsuføre personen skal utsettes for. Personen skal vurderes relatert til «krefter, ferdigheter og tilgjengelige arbeidsmuligheter». Plikten til å ta annet passende arbeid skal ikke håndheves for strengt. En person skal kunne opprettholde sin sosiale status. En hensikt med sosialforsikringen er «to preserve the occupational hierarchy and social status relationships by granting disability when an occupational change would result in 'too great a social drop'.» (Stone 1984: 66). Arbeideren med nedsatt arbeidsevne skal vurderes i sin sosiale sammenheng. Begrepet 'erhvervsmessig uførhet' bidrar til å opprettholde samfunnets stabilitet, hierarkiske orden og arbeidernes status innen denne. Det er interessant å konstatere at fra sosialforsikringens begynnelse ble det i tysk rett innsett at det ikke finnes noen absolutt ervervsmessig uførhet. Denne uførheten har relative egenskaper (Holzinger 1992: 162).

I Norge ble det tenkt etter tysk mønster da *uførhets- og alderstrygdeforslaget av 1918* ble utformet. Ordet «uførhet» ble innført med denne forklaringen.

Det gjælder altsaa at finde et ord, som gir uttryk for et ved de oven angivne omstændigheder forvoldt, væsentlig tap av den nævnte evne. Og vi siger, at den, der har taapt saa meget av denne evne som det, loven opstiller som vilkaar for ret til erstatning, er *erhvervsufør*. Han er rammet av *erhvervsuførhet*, et ord, som vi dog jevnlig tillater os at forkorte til uførhet. Paa denne maate kommer vi til at tale om en *uførhetstrygd* (*kursivering i originalen*) (Ot.prp.nr.11 1918: del II, mindretallets innstilling: 43).

Når vi snakker om uførhet på norsk i trygdesammenheng, er det altså vanligvis som en forkortelse for «erhvervsmessig uførhet».

13.2 Biomedisinsk monofaktoriell årsaksmodell i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin

Det ervervsmessige uførhetsbegrepet ble etablert om lag samtidig med at den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen fikk sin utforming (underkapittel 10.1). Jeg skal nå karakterisere *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* som ligger implisitt i vilkår 4) for det ervervsmessige uførhetsbegrepet (tabell 13.1). Dette skjer ved en fortolkning av *den klassiske biomedisinske modellens* funksjon innen tidlig tysk sosialforsikringsmedisin.

Den klassiske biomedisinske modellen kan langt på vei avklare det første vilkåret for det ervervsmessige uførhetsbegrepet: en kroppslig eller åndelig tilstand (tabell 13.1). Den tilstand det her er tale om, er i prinsippet sykdom i betydningen *disease*. I 1889 definerte den prøyssiske overforvaltningsretten (ty: *Oberverwaltungsgericht*) sykdom som «en tilstand som gjør det nødvendig med legebehandling eller legemidler eller andre botemidler.» Retten sier videre: «Om en slik tilstand består, bestemmes på grunnlag av objektive kjennetegn som fastsettes av sakkyndige og ikke på grunnlag av kassemedlemmets synspunkter eller handlemåter.» (*Min oversettelse og kursivering*) (Tennstedt 1976: 388). Her gis altså legen som sakkyndig mandat til å bestemme med sin autoritet hvem som skal anses som syk eller ikke. Retten presiserte i 1902 sykdom som en «anormal kroppslig eller åndelig tilstand» (ibid: 388 – 389). Med det begrensede kildemateriale jeg har, kan jeg ikke dokumentere om «åndelig tilstand» skal forstås som *disease* eller som *illness without disease*. Hovedregelen er klar: For å falle inn under det ervervsmessige uførhetsbegrepet skal det foreligge en sykdom med påviselige objektive funn, dvs. *disease*. På grunnlag av diskusjonen ovenfor om legers vurdering av for eksempel pasienter med hysteri (underkapittel 10.2), holder jeg muligheten åpen for at «åndelig tilstand» faktisk noen ganger i praksis kunne forstås som *illness without disease*. Det kan imidlertid ikke være tvil om at det ontologiske objektivitetsbegrepet er privilegert.

Et vesentlig trekk ved den biomedisinske sykdomsmodellen er at den er sosialt atomistisk (se underkapittel 3.6). Medisinhistorikeren George Rosen (1910-1976) skriver at medisinen hadde fått enorm prestisje i Tyskland på slutten av det 19. århundret. «[I]t was not difficult to overlook the patient and his environment and to equate germs and disease in the relationship of cause and effect. Not the patient but the disease became the prime concern of the physician.» (Rosen 1974: 95). Serumterapiens oppdager, Emil Behring (1854-1917), sammenligner forsøk på å forklare sykdommer med sosial elendighet med alkymistens søken etter «de vises stein». Det som trengs i stedet for slike håpløse anstrengelser, er en klinisk og anatomisk undersøkelse av det enkelte individ, skriver han (Behring 1893). Dette betyr at

man i den kliniske beskrivelsen av den uføre personen kunne konsentrere oppmerksomheten på forhold ved individet isolert sett.

Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen var en sentral hjelp til å avklare det fjerde vilkåret for det ervervmessige uførhetsproblemet, *årsaks-vilkåret* (tabell 13.1). Det pågikk en intens medisinskteoretisk debatt om årsak i tiårene før og etter år 1900 (Engelhardt 1993). En av infeksjonsmedisinens banebrytere, Robert Koch (1843-1910), hevdet at det kun er *en* årsaksfaktor til hver infeksjonssykdom som er av medisinsk interesse, nemlig mikroorganismen. Individuell disposisjon, for eksempel, har ingen betydning. Infeksjonsmedisinens årsaksbegrep fikk gjennomslag, ikke minst fordi det fulgte terapeutiske konsekvenser av infeksjonsmedisinens. Denne årsakstenkningen betegnes her som *den monofaktorielle årsaksteorien*. Den monofaktorielle årsaksteorien ble generalisert til å gjelde sykdom i sin alminnelighet. I vilkårslogiske termer vil det si at en faktor ble antatt som både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for sykdom. Det var imidlertid leger som argumenterte for en multifaktoriell årsaksteori, bestående av tre ledd: anlegg, utløsende faktor og faktorer for øvrig, men disse fikk alt i alt ikke gjennomslag (Engelhardt 1993; Virchow 1885).

Dersom man ser at det er fruktbart å tenke årsak til sykdom i termer av både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår, finner jeg det naturlig at denne tanken også blir overført til spørsmålet om å vurdere årsak til en nedsatt arbeids- eller inntektsevne. Hva kan i praksis anses som både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for slik evnereduksjon i datidens sykdomspanorama preget av infeksjonssykdommer? Svaret er sykdom i betydningen *disease*. Problemet er å få avklart om den nedsatte inntektsevnen kan forklares som forårsaket av *disease* eller ikke. Dersom *disease* er påvist, er det avklart at personen selv kan fritas for ansvar for sin nedsatte evne til å skaffe inntekt (Stone 1984: 91ff).

For igjen å se hva som sies i en sosialforsikringsmedisinsk håndbok fra omkring år 1900: Det understrekes at legens primære oppgave i invalidepensjonssaker er å fastslå «de skrøpeligheter som begrunner en invaliditet» (*min oversettelse*) (Kaskel 1913: xxvii). Vurdering av sykdom og årsaksforhold ble ansett for å være vitenskapelige spørsmål.¹⁵⁷ Ved å bruke leger og medisinsk kunnskap kunne man altså få en vitenskapelig forklaring på hva som har forårsaket ervervsuførheten.

Spørsmålet videre er hvilken rolle og oppgave legene hadde i den avgjørende vurderingen om evnen til å skaffe seg inntekt har falt under en fast-

¹⁵⁷ Det understrekes i en leksikonartikkel om sosialforsikringsmedisin fra 1959 at den sosialforsikringsmedisinske sakkynndige skal la seg like mye lede av vitenskapen som av retten (Renthe-Fink 1959).

satt grense. Her blir det i den litteraturen jeg har funnet fram til, framført at det er et poeng å skille mellom arbeidsuførhet og ervervmessig uførhet. Det er for det første forskjell mellom arbeidsuførhetsbegrepet i sykeforsikringen og i invalideforsikringen. For å få *sykepenger* måtte arbeideren være ute av stand til å utføre sitt *vanlige arbeid* (Holzinger 1992: 161f; Hildebrand 1913: 73). Dette arbeidsuførhetsbegrepet tilknyttet sykeforsikringen tas ikke opp til videre analyse i denne avhandlingen.¹⁵⁸

For det andre: Arbeidsufør i invalideforsikringens forstand, eller invalid, er «bare den som ikke er i stand til å tjene mer enn 1/3 av vanlig lønn på det allmenne arbeidsmarkedet» (*min oversettelse*) (Hildebrand 1913: 73). Det skal altså bedømmes om den individuelle personen, med sin sykdom, er ute av stand til å tjene 1/3 av vanlig lønn på det allmenne arbeidsmarked som er relevant for den aktuelle personen. Når *arbeidsuførhet* i invalidepensjonsforsikringens forstand defineres på denne måten, kan man spørre hva som er forskjellen til *ervervmessig invaliditet (uførhet)*. Forskjellen mellom begrepene blir liten. En lærebok fra 1913 skriver at det er arbeidsuførheten som skal vurderes av legen (Hildebrand 1913: 73). En håndbok fra 1927 skriver kun om *ervervmessig invaliditet* når legens vurdering omtales (Knepper 1927: 825f). Det kan konstateres at det neppe var noe klart skille mellom arbeidsevne- og inntektsevnevurdering i invalidepensjonssaker.

For det tredje hadde legen som oppgave å foreta en skjønnsmessig vurdering av om søkeren er i stand til å tjene mer enn 1/3 av vanlig lønn eller ikke på det lokale arbeidsmarkedet. Det skrives at legens bedømmelse av ervervsevnen på denne måte er særlig velkommen når den utføres på grunnlag av «livserfaring og sosialpolitisk skoloring» (*min oversettelse*) (Kaskel 1913: xxviii). Men det understrekes at sosialforsikringens administrasjon ikke er bundet til å følge den sakkyndiges råd (ibid.). En senere håndbok skriver at vurderingen om det foreligger ervervmessig invaliditet krever både «medisinsk erfaring og et inngående kjennskap til arbeidsliv og arbeidsmarked» (*min oversettelse*) (Knepper 1927: 828). Jeg tolker håndbøkene slik at legene er velkomne til å vurdere om inntektsevnen ligger over eller under lovens fastlagte inntektsgrense, altså å vurdere den ervervmessige invaliditeten. Håndbøkene er enige om det kreves *skjønn* for å kunne bedømme denne.¹⁵⁹

Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen kan nå presiseres. Den har tre ledd. Det første leddet består av at det skal foreligge *disease*. Den bio-

¹⁵⁸ Vi har tilsvarende regel i norsk trygderett. For å få sykepenger etter folketrygdloven § 8-4 er arbeidsuførhet i sitt eget yrke på grunn av sykdom et nødvendig vilkår. Dette kan sies å være et yrkesmessig uførhetsbegrep. Etter 8-12 uker skal det imidlertid vurderes om den sykmeldte kan ta annet arbeid (Kjønstad 1998: 42).

medisinske sykdomsmodellen er den gjeldende. Det synes å foreligge en åpning for at *illness without disease* noen ganger kan aksepteres i praksis. Det andre leddet består av årsakssammenheng mellom *disease* og redusert ervervssevne. Denne skal vurderes ved hjelp av en monofaktoriell årsaksteori. Det hører her også med å vurdere framtidig prognose når det gjelder ervervssevne. *Det vil si at legen skal vurdere om sykdom i betydningen disease er, eller ikke er, årsaken til inntektsevnesvikten.* Denne vurderingen ble ansett for en vitenskapelig vurdering. Det tredje leddet består i at legen skal så langt som han eller hun makter, vurdere om inntektsevnen er redusert til under 1/3. Dette ble ansett for å være en praktisk vurdering. Sosialforsikringskontoret var ikke bundet til å følge legens ervervssevnevurdering. Om plikten til å ta annet passende arbeid var oppfylt, skulle avgjøres av sosialforsikringskontoret.

Det er vanlig å si om det ervervsmessige uførhetsbegrepet at det har «to hovedkomponenter. Det er en medisinsk og en ervervsmessig komponent.» (NOU 1990a: 370). En samfunnsvitenskapelig karakterisering av begrepet er at det bygger «bro mellom økonomien og medisinen» (Midré 1995: 179). *Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* kan sies å være en måte å nærme seg en kompleks virkelighet på. Dersom den fortolkes på grunnlag av analyseresultatene fra høymiddelalderens hjelpesystem (kapittel 5), kan vi si følgende: *Kroppslige elendighet*, som refererte til forskjellige slag individuelle elendighetstilstander som kan redusere arbeidsevne, er nå presisert som *disease* (ev. *illness without disease* i noen tilfelle). Spørsmålet om *disease* kan årsaksforklare nedsatt ervervssevne, er ansett som et vitenskapelig spørsmål som legene antas å kunne svare på.

¹⁵⁹ Her forlater vi den tyske sosialforsikringsmedisinen/sosialmedisinen i denne avhandlingen. En nyutgitt handbok gir uttrykk for status for nåværende tysk sosialmedisin. To leger skriver sammen slik: «Den sosialmedisinske sakkyndige uttalelse tjener oppdragsgiveren som bestemmende grunnlag (bevismiddel) for avgjørelsen om den sosialtelse som det er blitt søkt om. Den sosialmedisinske sakkyndige er ikke den behandlende lege som støtter opp under søkerens anliggende, men han oppfylder derimot funksjonen som objektiv og nøytral sakkyndig. Han skal ikke blande sammen medisinsk og utenommedisinsk kompetanse og er [...] forpliktet på sannhet og uavhengighet slik: 'Ved utstedelsen av medisinske uttalelser og attester skal legen gå fram med den nødvendige omhu og gi uttrykk for sin medisinske overbevisning etter sin aller beste vitende'. Dette gjelder registreringer og særlig vurderingen av undersøkelsesfunn. Den medisinske sakkyndige utfører altså sin sakkyndighetsvirksomhet på sitt eget ansvar og er innholdsmessig ikke bundet av noen direktiver. Den sosialmedisinske sakkyndige skal imidlertid ikke treffe noen juridiske avgjørelser og skal som medisinsk sakkyndig utelukkende begrense seg til medisinske opplysninger.» (*Min oversettelse*) (Cibis & Hüller 2003: 79). Jeg har inntrykk av at den tyske sosialmedisinske sakkyndige har en klarlagt rolle hvor han eller hun forstår sin oppgave som avgrenset medisinsk. Jeg har forgivevs lett etter nyere mer inngående analyse av denne rollen og dens oppgaver.

13.3 Folketrygdens ervervsmessige uførhetsbegrep (1966)

Da *uføretrygdloven av 1960* ble revidert for å inngå i *folketrygdloven av 1966*, ble definisjonen av *medisinsk uførhet* fjernet i lovteksten (Ot.prp.nr.17 1966: 40). Vilklårene for bruken av det ervervsmessige uførhetsbegrepet som ble formulert i folketrygdlovens kapittel om uførepensjon, fulgte mønsteret fra den tyske *invaliddepensjonsloven av 1889* (se vedlegg 1B). De er satt opp i tabell 13.2.

Tabell 13.2. Nødvendige vilkår for bruken av begrepet 'ervervsmessig uførhet' i henhold til den norske folketrygdloven av 1966 er følgende:

-
- 1) Sykdom, skade eller lyte (etter gjennomgått behandling og hensiktsmessig yrkesrettet attføring)
 - 2) Varig redusert ervervsevne med minst halvparten
 - 3) Årsakssammenheng mellom sykdommen, skaden eller lytet og den reduserte ervervs-
evnen
 - 4) En oppfylt plikt til å ta annet passende arbeid
-

Vi skal nå se nærmere på hvordan den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen ble innført i Norge, og på problemer som den støtte på fram til de medisinske vilklårene for å få uførepensjon ble strammet inn i 1991.

13.4 Biomedisinsk monofaktoriell årsaksmodell i norsk trygdemedisin fram til 1990

Forarbeidene til *folketrygdloven av 1966* sier lite om hvilket sykdomsbegrep og hvilken sykdomsmodell som nå skal være gjeldende. Lovens odelstingsproposisjon skriver: «Uttrykket 'objektivt registrerbare symptomer' har vært gjenstand for tolkningsproblemer, idet man til dels ved praktiseringen av bestemmelsen har stilt for store krav til symptomenes ytringsformer.» (Ot. prp. nr. 17 1966: 40). Men fortsatt skal uførheten ha en medisinsk årsak for å få uførepensjon (ibid.). Jeg fortolker folketrygdloven slik at den innførte den biomedisinske sykdomsmodellen som den primære modellen. Vi skal se på noe av den diskusjon dette førte til.

Kjønstad I-utredningen om folketrygdens uførebegrep fra 1977 forklarer kort følgende: «Det sentrale spørsmål her er å avgjøre hva det ligger i begrepet 'sykdom'. Dette er det mest omfattende av de tre ord [sykdom, skade eller lyte], og dekker i stor grad også innholdet i begrepene skade og lyte.» (NOU 1977a: 42). Lyte kan kort defineres som «medfødt irregulær fysisk tilstand» (Kjønstad & Syse 2005: 241). I denne avhandlingen er det

unødvendig å gå nærmere inn på de diskusjoner som har vært om dette begrepet. Det avgjørende er altså hva som menes med «sykdom» i vilkår 1) i tabell 13.2.

I og med at loven ikke lenger sier noe om hva som skal karakterisere sykdom, skriver Kjønstad I-utredningen at man må falle tilbake på jussens «alminnelige bevisregler». På dette grunnlag kan man

ikke bare bygge på de 'objektive funn' og se bort fra pasientens 'subjektive plager'. Ved avgjørelsen av om sykdomstilstand foreligger må man legge vesentlig vekt på uttalelser fra de leger som har undersøkt pasienten. Men man er selvsagt ikke bundet av legenes uttalelser (ibid. 44).

I følge jussen kan ikke bare *disease* aksepteres, men også noen tilfelle av *illness without disease*. *Uføretrygdloven av 1960* hadde som allerede nevnt i underkapittel 8.5, åpnet for å akseptere uførhet forårsaket av «lettere mentale lidelser. Odelstingsproposisjonen til denne loven skriver om slike lidelser:

For så vidt angår de «lettere» mentale lidelser (lettere nevroses og nevrastenier) vil imidlertid den medisinske sakkunnskap ofte bli stillet overfor vanskelige problemer i praksis. Man er her inne på et felt hvor de medisinske kriterier har mindre skarpe konturer og er vanskelige å registrere objektivt. Slike sykdomstilstander kan under tiden skyldes miljøskader og sosial feiltilpasning, og det er ofte vanskelig å trekke grensen til psykopati og visse andre former for asosialitet. Overgangen til normal tilstand er også flytende (Ot.prp.nr.22 1959: 11).

Avgjørende er om disse lidelsene skal anses som en sykdom eller ikke. I denne proposisjonen heter det at det er legene som skal avgjøre dette: «Hvorvidt det dreier seg om sykdomstilstand eller ikke, vil – generelt sett – avhenge av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet.» (Ibid.). Loven synes altså å anerkjenne ontologisk subjektivitet, uten objektive funn, i noen tilfelle. Denne kategoriens kriterium er at personens plager faller inn under «den medisinske vitenskaps sykdomsbegrep». Dette ser jeg som et første forsøk på å håndtere *illness without disease* på en kunnskapsteoretisk objektiv måte.

Kjønstad I-utredningen tar opp spørsmålet om det finnes et medisinsk-vitenskapelig sykdomsbegrep. Den konstaterer at legevitenskapens sykdomsbegrep i alle fall er *relativt*.

Hva som skal regnes som en sykdomstilstand, avhenger av en rekke faktorer – så som kulturtradisjon, folks toleranse overfor smerter, de behandlingsmuligheter man har til enhver tid, laboratorienes tekniske standard, hvilke forskningsoppgaver legevitenskapen prioriterer m.v. (NOU 1977a: 190).

Den påpeker at «[l]egevitenskapen har ikke utformet noen klar og allmenngyldig definisjon av sykdomsbegrepet.» (Ibid.: 18). Utredningen peker på at det er glidende overgang mellom sykdom og normalitet.

Hvor man skal sette grensen for sykdomsbegrepet kan bli nokså tilfeldig og er undertiden av mindre viktighet for legevitenenskapen. Hvis uførepensjonsordningen knyttes til legevitenskapens sykdomsbegrep, vil slike tilfeldige avgrensinger bli avgjørende for hvem som skal få rett til uførepensjon (ibid.).

Utredningen viser glidende overganger mellom sykdom og normalitet ved i detalj å gjøre rede for begrepsinnholdet for psykisk utviklingshemning, nevroser, diffuse plager, adipositas og alderssvekkelse. Det problem som dermed påpekes er den *vilkårighet* som oppstår ved anvendelse av sykdom som nødvendig vilkår for å få innvilget uførepensjon. Utredningen hevder følgende: «[D]en beste løsning [synes] å være at man løsriver uførepensjonsordningen fra legevitenskapens sykdomsbegrep.» (Ibid.). Det foreslås altså at det medisinske sykdomsbegrepet ikke skal være et nødvendig vilkår for uførhetsbegrepet. Det vi her ser, er at det ti år etter innføringen av folketrygden ble reist alvorlige spørsmål om et relativt sykdomsbegrep kan avgrense på en rimelig måte de som skal ha uførepensjon fra de som ikke skal ha pensjon.¹⁶⁰

Vi skal nå se hvordan *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* preger legeerklæringsskjemaene «1960-skjemaet» og «1968-skjemaet» (vedlegg 2A og 2B). Modellens tre ledd skal studeres (se underkapittel 13.2). Først sykdomsbegrep og sykdomsmodell. Begge skjemaene ber om en forholdsvis omfattende redegjørelse for *objektive funn* bedømt ut fra avsatt plass (se spørsmål 4 i «1960-skjemaet» og spørsmål 3 i «1968-skjemaet»). I «1968-skjemaet» bes legen innledningsvis oppgi basale mål som høyde og vekt, dessuten resultater fra følgende vanlige undersøkelser: «blodtrykk», «hb», «SR», «Pirquet» og om det foreligger protein eller sukker i urinen. Legen blir videre bedt om å gjøre rede for «resultater av laboratorieundersøkelser, røntgenundersøkelser hos behandlende lege eller resultat som kjennes fra epikriser fra sykehus, spesialister eller laboratorier». Dette er tydeligvis de mest sentrale former for *objektive funn*. Dessuten bes legen om å gjøre rede for

¹⁶⁰ Det var i disse ti årene pågått en omfattende sosialmedisinsk debatt om folketrygdens uførebegrep. Vesentlige bidrag var: Fugelli & Malterud 1974; Hanoa 1975; Harlem 1969b; Harlem 1976a; Harlem 1976b; Lindén 1971; Lindén 1972; NOU 1977b; Sundby 1969. Kjønsstad I-utredningen tok opp debattens hovedanliggende og førte den fram til en radikal konklusjon: Det gjeldende uførhetsbegrepet bør avskaffes i folketrygden. Utredningen ble i stor grad utført av lederen, trygderettsseksperten Asbjørn Kjønsstad. Den ble støttet av en gruppe rådgivere, bl.a. legene Bodil Nexmand Hauge i Rikstrygdeverket og Kjell Noreik, med Per Sundby som varamann, fra Rikshospitalet. Utredningen er den mest omfattende og grundige som er blitt utført i Norge av folketrygdlovens uførhetsbegrep (NOU 1977a). Utredningens radikale forslag vekket liten offentlig eller faglig debatt. Utredningen fikk likevel etter alt å dømme innflytelse ved at den relativiserte betydningen av sykdom i uførepensjonsvurderingen utover 1980-tallet. Det ble f.eks. lettere for alkoholikere å få uførepensjon.

«somatiske og psykiske symptomer, personlighetsmessig særtrekk, evnenivå og aldersendringer som måtte ha innvirkning på funksjonsevnen og atferingsmulighetene.» Det kan registreres at disse fenomener i følge skjemaet også faller inn under begrepet *objektive funn*.

Hvis man anvender barmhjertighetsprinsippet i tolkningen, kan man si at man her har ment å betegne det som mer korrekt bør betegnes som legens objektive beskrivelse (av f.eks. evnenivå). For å kunne gjøre den objektive beskrivelse av de fenomener som det blir bedt om, kreves det at det brukes et kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep. Når man ikke har dette begrepet, brukes *objektive funn* i stedet. Det må sies å være noe upresist å betegne påfallende avvik i for eksempel personlighetstrekk og evnenivå som *objektive funn*.

Begge skjemaers versjonene ber altså om en redegjørelse for pasientens «subjektive klager»/«aktuelle subjektive symptomer» (spørsmål 3 både i «1960-skjemaet» og «1968-skjemaet»). Særlig «1968-skjemaet» gir forholdsvis stor plass til redegjørelse for «symptomer» som «pasienten mener har nedsatt arbeidsevnen».

Når det gjelder «1960-skjemaet», er det bemerkelsesverdig at det ikke blir bedt om en redegjørelse for sosiale forhold i den kliniske beskrivelsen. Betydningen av den sosiale anamnesen ble understreket i den læreboken om klinisk undersøkelse som ble brukt på denne tiden. Den sosiale anamnesen skulle omfatte a) økonomisk status, b) boligforhold, c) familieforhold, d) arbeidsforhold (relasjon til arbeidskameratene, alminnelig trivsel i arbeidet, de rent yrkesmessige faktorer ved arbeidet) (Rasmussen 1961: 13ff). I stedet for å følge dette mønsteret, lar skjemaet den klassiske biomedisinske sykdomsmodellens *sosiale atomisme* tre fram. Skjemaet spør ikke om søkerens motivasjon eller mål. Det tar derfor i liten grad høyde for at det er en handlende person som skal beskrives og vurderes.

Det er klart at begge skjemaenes prioriterte objektivitetsbegrep er *ontologisk objektivitet*. Men *ontologisk subjektivitet* anerkjennes også til en viss grad. Subjektive symptomer er interessante, om ikke annet for å kunne vurdere simulering og overdrivelse (underkapittel 11.4). «1960-skjemaets» sykdomsmodell vil jeg i hovedsak si er den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen.

«1968-skjemaet» har trekk som går i retning av det som senere ble betegnet som en *biopsykososial medisinsk modell*.¹⁶¹ Det spør om psykiske og

¹⁶¹ Termen *biopsychosocial* ser ut til å ha blitt tatt i bruk på 1970-tallet (Kimball 1981). George Engel presiserte termen i en berømt artikkel i 1977. Det sosiale betydde for han ikke lenger kun pasientens sosiale kontekst, men også helsetjenesten som et sosialt system. Denne formen for systemtenkning satte den biopsykososiale modellen i konflikt med den rådende biomedisinske modellen (Engel 1977; Shorter 2005).

sosiale forhold har «hatt betydning» for den aktuelle uførhet, og legen bes gjøre rede for disse (spørsmål 2)(vedlegg 2B). Dette skjemaet går i retning av å uttrykke et *ikke-atomistisk* syn på individet og dets forhold til omgivelsene. Det er tilkommet et visst relasjonistisk aspekt. Det kan sies i en viss grad å gi uttrykk for det som medisinsk historisk er blitt betegnet som medisinsens «implisitte biopsykososiale modell». Det dreier seg om

the recognition that material lesions [of the body], life experiences, and current social situation all matter in the presentation of illness; they influence what the physician sees in the consultation room. [...] Holistic concepts go back to Hippocrates and these Hippocratic notions represent an implicit recognition of what much later generations would begin to articulate as 'models' (Shorter 2005: 2).

Nå skal vi se nærmere på årsaksbegrepet i den biomedisinske årsaksmodellen. Både «1960- « og «1968-skjemaet» begynner med å be legen gjøre rede for årsakene til den nedsatte arbeidsførhet (se vedlegg 2A og B). Spørsmålets tidlige plassering kan fortolkes som at det er av sentral betydning å få dokumentert at årsaken til uførheten er av medisinsk art. Skjemaene skiller mellom «hovedårsak» og «medvirkende medisinske årsaker». Det forventes at legen kan svare med å oppgi diagnoser. Vi kan si at det anvendte årsaksbegrepet er modifisert monofaktorielt. Skjemaene uttrykker en tanke om at det er *en* sykdom som er *hovedårsak* til arbeidsuførheten. Andre sykdommer utover den som er hovedårsak, kan bidra som «medvirkende medisinske årsaker». Men uansett er de interessante årsakene medisinske. «1960-skjemaet» tar høyde for at det også kan foreligge andre utløsende årsaker når det spør om nåværende sykdom er «den umiddelbare årsak til at pasienten ikke er i arbeid» (spørsmål 6c). Disse har imidlertid sekundær status. Skjemaene gir uttrykk for at årsaksspørsmålet ikke er noe stort problem. Dette kan være uttrykk for følgende tankegang som vilkårslogikken belyser: Dersom sykdom er et nødvendig vilkår for uførhet, så er også uførhet et tilstrekkelig vilkår for at det foreligger sykdom (Tranøy 1970: 42). Grünfeld påpekte imidlertid i 1970 at det ofte er en

vanskelig oppgave å avgjøre hva som er årsaken, eller riktigere sagt årsakene, til ervervmessig invaliditet. Avgjørelsene må ikke sjeldent baseres på skjønnsmessige betraktninger. Men selv skjønn må bygge på visse normer eller rettledeende prinsipper, ellers vil vi snart ende i den rene vilkårlighet (Grünfeld 1970: 225).

Det etterlyses altså retningslinjer som uttrykker normer eller rettledeende prinsipper for den aktuelle vurdering eller bedømmelse av årsak. Slike retningslinjer vil gjøre det mulig å *begrunne* vurderingen.

Kjønstad I-utvalget konstaterer at uførepensjonskapitlet i folketrygdloven krever at det skal være en årsakssammenheng mellom «de medisinske funn og den nedsatte ervervsevnen» (NOU 1977a: 45). Men verken loven

selv, dens forarbeider, trygdeetatens praksis eller *Trygderetten* hadde gitt beskjed om hvordan årsakssammenhengen nærmere skulle vurderes. Kjønstad I-utvalgets utredning kommer til at det medisinske årsaksbegrepet er komplekst. Legene har fått «et mer nyansert bilde av årsaksforholdene» (ibid.: 99). Utredningen hevder et *multifaktorielt årsaksbegrep*. Jeg fortolker situasjonen slik at i alle fall fra 1970-tallet har ikke lenger det monofaktorielle årsaksbegrepet hatt så stor oppslutning i medisinen.¹⁶² Dette tema kommer jeg tilbake til nedenfor i underkapittel 13.6.

Vi skal nå se nærmere på legens vurdering av inntektsevne i forhold til en inntektsgrense, altså det tredje leddet innen den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen. I Norge vil vi si vurdering av uføregrad. De to skjemaene vi her analyserer, «1960-» og «1968-skjemaet», spør ikke etter legens vurdering av denne. Ervervsevnen bedømmes imidlertid implisitt. Om dette skriver Rogan og Strøm: «Noen vurdering av uføregraden spørres det ikke direkte om i skjemaet, men da det er forutsetningen at slik erklæring bare skal avgis i de tilfelle der legen mener at arbeidsevnen ikke er mer enn tredjedel av normal arbeidsevne, ligger heri at legen også må vurdere uføregraden.» (Rogan & Strøm 1963: 91). Etter innføringen av folketrygdloven i 1967, skriver Rikstrygdeverket at legen først og fremst skal uttale seg om den medisinske tilstanden. «Foreligger varig sykdom, skade eller lyte, bør legen dernest uttale seg om hvordan dette vil influere på arbeidsevnen, og på arbeidsmulighetene, eventuelt etter attføring.» (Rikstrygdeverket 1969: 27).

13.5 Innstramning av vilkår for uførepensjon (1991-95)

Mellom 1991 og 1995 ble de medisinske vilkår for å få uførepensjon strammet inn (Ot.prp.nr. 62 1991; Ot.prp.nr. 42 1995). Vi har sett at myndighetene ønsket klarhet når det gjelder skillet mellom sykdom og sosiale problemer (underkapittel 9.3). Askevold-utvalgets utredning om uførepensjon hadde tatt utgangspunkt i Kjønstad I-utvalgets påpekning av at den medi-

¹⁶² Utredningen peker på flere negative virkninger av å måtte vurdere om sykdom er årsak til en nedsatt inntektsevne. Sykdomsvilkåret virker for det første forstyrrende på en helsevurdering av søkerens ervervsmessige uføregrad (NOU 1977a: 192). For det andre hevder utredningen at fagfolks faglige ressurser kastes bort på avklaring av årsakssammenhengene (ibid.). For det tredje er det en uheldig virkning av vilkåret om at det skal foreligge sykdom at uførepensjonisten inntar en sykerolle. Utredningen foreslår at vilkåret om at den ervervsmessige uførheten skal skyldes «sykdom, skade eller lyte» sløyfes. Vilkårene bør være at den trygdede «må ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring» og «må være minst 50 % varig ervervsmessig ufør.» (ibid.). Utredningen tar altså ikke opp spørsmålet om hvordan personens skader skal beskrives når sykdomsvilkåret faller bort.

sinske vitenskap ikke har gitt noen «eksakt definisjon av sykdom» (NOU 1990c: 87). Den konkluderte med at «en rimelig tilfredsstillende beskrivelse av innholdet i det medisinske sykdomsbegrepet [kan] være: Summen av alle diagnoser som er akseptert av den medisinske profesjon til enhver tid.» (Ibid.: 88). Flertallet i utredningen konkluderte med at *alle* aksepterte diagnoser bør anerkjennes, uavhengig av om sykdommen er av «organisk natur» eller ikke (ibid.: 89).

Forskriften som kom i 1991 sier at det sykdomsbegrep som loven legger til grunn, skal være «vitenskapelig basert» og «alminnelig anerkjent i medisinsk praksis» (vedlegg 1C, § 1).¹⁶³ Ved å fortolke denne formuleringen som en svak disjunksjon fås en rimelig tolkning. Det vil si at enten den medisinske vitenskap eller anerkjent medisinsk praksis, eller begge, må gå god for det anvendte sykdomsbegrep.¹⁶⁴

Det fenomenet vi her ser, nemlig diagnosens overordnede betydning, vil jeg la medisinhistorikeren Charles E. Rosenberg kommentere. Han skriver at det utspiller det seg et «diagnosetyranni» i den vestlige verdens helsevesen og sosialforsikringssystemer (Rosenberg 2002). Å stille en diagnose har alltid vært viktig i medisinsk praksis, men fra midten av det 19. århundret har diagnosevirksomheten endret seg fra tidlige. Diagnostisering er i økende grad blitt teknifisert, spesialisert og byråkratisert. Den endringen Rosenberg her peker på, er det fenomen som også blir tatt opp i denne avhandlingen: Den biomedisinske sykdomsmodellen har fått betydningsfulle sosiale funksjoner:

[T]he presumed existence of ontologically real and definitionally specific disease entities constituted a key organizing principle around which particular clinical decisions could rationally be made. The act of diagnosis structured practice, conferred social approval on particular sickness roles, and legitimated bureaucratic relationships. (ibid.: 239).

¹⁶³ 1991-forskriftens § 1, tredje ledd, innførte et skille mellom lidelser *med* og *uten* objektive diagnostiske funn. Forskriften anerkjenner at det finnes personer med lidelser med nedsatt arbeidsevne som konsekvens hvor objektive funn ikke kan påvises (eller har liten betydning). For disse lidelsene, og *kun for disse*, innfører forskriften et krav om at det skal foreligge «bred medisinsk-faglig enighet om vurderingen i det enkelte tilfellet» (se vedlegg 1C). Dette gjelder vurderingen både om det foreligger sykdom i lovens forstand og sykdommens funksjonsmessige konsekvenser. Det problematiske med dette kravet er at det var framsatt som et spesielt krav kun overfor en type lidelser, dvs. lidelser «uten objektive diagnostiske funn». Det ble fjernet fra loven i 1995 fordi det i stor grad hadde berørt kvinner spesielt og var blitt kritisert for å fungere kvinnekriminerende (Ot.prp.nr.42 1995: 3, 8).

¹⁶⁴ En fortolking av formuleringen som en konjunksjon blir medisinsk meningsløs. Den vil i så fall si at det sykdomsbegrep som loven legger til grunn, skal være *både* vitenskapelig basert og anerkjent i praksis. Men må ikke et hvert vitenskapelig basert sykdomsbegrep anerkjennes i praksis?

Det grunnleggende problemet er imidlertid at diagnosen ikke kan overse menneskets subjektivitet.

Det ble innført tiltak som skulle øke sikkerheten i den medisinske diagnostikken. Trygdemedisinen og trygdeetatens medisinske ekspertise skulle styrkes. Det ble bl.a. etablert en trygdemedisinsk forskergruppe ved Universitetet i Oslo i 1991 (Sosialdepartementet 1990).

Lovgiver presiserte også kravet til årsakssammenheng mellom den medisinske tilstand og den ervervsmessige uførheten. Den ervervsmessige uførheten skal i *vesentlig* grad skyldes sykdom, skade eller lyte. Mer presist skal den skyldes *funksjonsnedsettelsen* (se § 1 i vedlegg 1C).¹⁶⁵ Funksjonsnedsettelsen skal være den vesentlige årsak til den nedsatt ervervsevnen. En ny term, *funksjonsnedsettelse*, er innført. Denne tas opp til analyse i etterfølgende kapittel 14.

Trygderetten avla i 1994 en prinsipiell «syv manns kjennelse» om hvilket sykdomsbegrep som skal legges til grunn i folketrygdløven § 8-3 om uførepensjon («fibromyalgikjennelsen») (*Trygderetten* 1995). Denne kjennelsen, sammen med den medisinske «konsensusrapporten» som den baserte sin argumentasjon på, ble kort presentert i avhandlingens innledning (underkapittel 1.1).

«Konsensusrapporten» skriver altså at to sykdomsbegrep kan identifiseres i medisinsk historie: et «essensialistisk»¹⁶⁶, verdinøytralt sykdomsbegrep og et relasjonelt og verdiladet sykdomsbegrep (Bruusgaard et al.: 8). «Konsensusrapporten» skriver som nevnt i underkapittel 1.1. at det verdinøytrale sykdomsbegrepet er avvist av de fleste som uholdbart. Rapporten foreslår følgende *relasjonelle* og *verdiladede* definisjon av sykdom: «[S]ykdom [er] et verdiladet og relasjonelt begrep som bestemmes i forholdet mellom den medisinske vitenskap, plager og ressurser hos den enkelte og samfunnets krav og forventninger.» (Ibid.). Både den biopsykososiale sykdomsmodellen og den pasientsentrerte arbeidsmetode aksepteres (ibid.). Med en litt annen terminologi skriver «konsensusrapporten» om det samme skillet mellom en *medisinsk ontologisk* modell for sykdom og en *fysiologisk* modell for sykdom og helse som ble introdusert i underkapittel 4.2. *Trygderetten* aksepterte «konsensusrapportens» argumentasjon om at det verdinøytrale sykdomsbegrepet er uholdbart (*Trygderetten* 1995: 171). Den aksepterte

¹⁶⁵ 1991-forskriftens formulering om at nedsettelsen av ervervsevnen i vesentlig grad skal skyldes sykdom, er å anse som en modifisert form for hovedårsakslære (Ot.prp.nr.42 1995: 7).

¹⁶⁶ «Medisinsk essensialisme» er en term som er blitt benyttet av filosofen Uffe Juul-Jensen. Termen betegner en oppfatning om at sykdommer har «et bestemt iboende væsen – en essens, og at det er mulig for den kyndige at afsløre sykdommen.» (Jensen 1986: 53).

videre, uten diskusjon, «konsensusrapportens» sykdomsdefinisjon (ibid.: 171, 183).¹⁶⁷ *Trygderetten* konstaterer at «det medisinsk sett ikke er noe klart skille mellom lidelser med og lidelser uten objektive diagnostiske funn.» (Trygderetten 1995: 176). Den aksepterer «konsensusrapportens» uttalelse om at «[m]edisinsk sett kan man ikke gi objektive funn status som et spesifikt, nødvendig eller tilstrekkelig kriterium på sykdom/uførhet. Gruppen vil derfor fraråde at objektive funn alene gis status som sykdomskriterium.» (Bruusgaard et al.: 11f; Trygderetten 1995: 175). *Trygderetten* aksepterer altså ikke det ontologiske objektivitetsbegrepet som det prioriterte objektivitetsbegrepet. Jeg vil her innvende at «konsensusrapporten» og *Trygderetten* har gått et skritt for langt med å underkjenne betydningen av *objektive funn*, eller andre slag forandringer i kroppen forstått ontologisk objektivt, for at sykdomsbegrepet skal brukes på riktig måte. Det er klart at *objektive funn* ikke er både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for å tale om sykdom på rett måte. *Objektive funn* er heller ikke et nødvendig vilkår. Men det må være å gå for langt å hevde at *objektive funn* ikke kan være et tilstrekkelig vilkår. I noen kliniske situasjoner hvor det foreligger klar og betydelig patologi, f.eks. ved kreft eller hjerneslag, må man kunne si at de foreliggende objektive funn er tilstrekkelige vilkår for å tale om sykdom. En person med slike *objektive funn* må i høyeste grad anses syk (jf. analysen i underkapittel 11.1).

Trygderetten avviste i 1994 i realiteten tre sentrale elementer i det første leddet i den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen. *Disease* er avvist som privilegert sykdomsbegrep, *den biomedisinske modellen* er avvist som den anerkjente sykdomsmodell og *ontologisk objektivitet* som prioritert objektivitetsbegrep. Jeg mener følgende kan konstateres: *Trygderetten avviste i 1994, med støtte fra en medisinsk «konsensusrapport», den biomedisinske sykdomsmodellen som basis for folketrygdens uførepensjonsvurdering.*

Myndighetene svarte på *Trygderettens* kjennelse med å oppheve forskriften fra 1991 og ta forskriftens reviderte formuleringer inn i loven (Ot.prp.nr.42 1995). Kravet om at det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis, ble opprettholdt. Det ble videre innført et eksklusjonskriterium: «Sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til uførepensjon.» (se § 12-6 i vedlegg 1D). Jeg fortolker loven å si at forklaringen til den nedsatte inntekstevnen skal kunne påvises som sykdom «inne i» personen. Den skal

¹⁶⁷ Det skal dog bemerkes at Trygderetten ikke tar med ordet «verdilatet» når de gjør rede for sitt sykdomsbegrep som ellers er det samme som konsensusrapportens (Trygderetten 1995: 171, 183). Jeg velger å ikke legge vekt på denne forskjellen.

ikke dreie seg om «ytre» sosiale og økonomiske problemer. Skillelinjen her er ikke alltid enkelt å trekke, men den må trekkes, som vi også så i underkapittel 4.6. En praktisk regel kan imidlertid trekkes slik at den også inkluderer noen spesielt problematiske sosiale tilstander. Det er interessant å registrere at Legeforeningen i en høringsuttalelse til lovutkastet skrev at «sosiale og økonomiske problemer og andre livsproblemer i helt spesielle unntakstilfeller bør gi rett til uførepensjon» (ibid.: 6).

Det ble nå lovfestet et krav om at funksjonsnedsettelsen skal være *hovedårsaken* til den nedsatte inntektsevnen. Det ble også innført et krav om at ikke bare den nedsatte ervervsevnen, men også den medisinske lidelsen, må være *varig* (se §§ 12-6 og 12-7 i vedlegg 1D).

Den nye lovteksten avklarte at *illness without disease* kan aksepteres. Sykdom skal ikke kun kunne påvises i *ontologisk objektiv* betydning, med henvisning til *objektive funn*. Sykdom i *ontologisk subjektiv* forstand alene er prinsipielt akseptert (Solli 2003).

Ved innføringen av den nye folketrygdloven i 1997 fikk loven den formulering av de juridiske vilkår for å motta uførepensjon som fortsatt gjelder (se lovteksten i vedlegg 1 D). Termene «ervervsevne» og «ervervsmessig uførhet» er blitt erstattet av «inntektsevne» og «inntektsmessig uførhet». Jeg kan ikke se at meningsinnholdet er blitt endret ved dette skiftet på annen måte enn at dagligdagse uttrykk er kommet inn og gammelmodige uttrykk er gått ut.

I tabell 13.3 presenteres nåværende nødvendige vilkår for det inntektsmessige uførhetsbegrepet i folketrygdloven.

Tabell 13.3. Nødvendige vilkår for bruk av begrepet 'inntektsmessig uførhet' i henhold til uførekapitlet i folketrygdloven av 1997 er følgende:

-
- 1) Varig sykdom, skade eller lyte som har medført en varig funksjonsnedsettelse, etter gjennomgått hensiktsmessig behandling og yrkesrettet attføring
 - 2) Varig redusert inntektsevne med minst halvparten
 - 3) Hovedårsakssammenheng mellom funksjonsnedsettelse og redusert inntektsevne
 - 4) En oppfylt plikt til å ha forsøkt å ta annet passende arbeid
-

13.6 Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellens nåværende status

For å avklare *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellens* nåværende status innen folketrygden, analyseres «1999-skjemaet» som fortsatt er i bruk (vedlegg 2D). Skjemaet sammenlignes med det skjemaet som kom straks etter innstramningen, «1991-skjemaet» (vedlegg 2C). Vi starter igjen med det første leddet der primært *disease* kreves.

Begge skjemaene ber først om diagnose. Legen skal videre foreta en klinisk beskrivelse. Skjemaene ber ikke om å få beskrevet relevante sosiale forhold. Uførepensjonssøkerens kliniske tilstand skal igjen vurderes *sosialt atomistisk*. Skjemaene ber heller ikke om å få beskrevet de subjektive plager, eller søkerens syn på sin situasjon. Skjemaene ber f.eks. ikke legen gjøre rede for søkerens opplevelse av sin situasjon i forhold til arbeidslivet eller for livsplan på kort eller lang sikt. Pasientperspektivet kommer kun fram i den grad legen tar det inn i sin beskrivelse av sykehistorien. I begge skjemaene står altså pasientperspektivet svakt.

«1991-skjemaet» følger forskriftsteksten fra 1991. Legen skal gjøre rede for «objektive diagnostiske funn» (spørsmål 2.5 i vedlegg 2C). Her er *disease* det gjeldende sykdomsbegrep. Det er tydelig at *objektive funn* er det privilegerte objektivitetskriterium. I «1999-skjemaet» er dette spørsmålet gått ut som følge av lovendringen i 1995. Den medisinske modellen som finnes implisitt i begge skjema ligger nær opptil den *klassiske biomedisinske modellen*. Nærheten til den klassiske biomedisinske modellen kommer klarest til uttrykk i «1991-skjemaet». Her kommer pasientens subjektivitet ikke eksplisitt til syne. «1999-skjemaets» sykdomsmodell er modifisert på en interessant måte. Den er i utgangspunktet en klassisk biomedisinsk modell. Men inntektsevnereduksjon som forklares med *disease* er blitt sidestilt med inntektsevnereduksjon som forklares med *illness without disease*. Dette vil si at skade med et ontologisk objektivt aspekt er sidestilt med skade med et ontologisk subjektivt aspekt. Det er altså blitt tilføyd anerkjennelse av *ontologisk subjektivitet*. Men dette gjøres uten at det kommer fram et egentlig pasientperspektiv, eller at personen blir sett på som en handlende person.

Denne modifiserte modellen er ikke en uomstridt medisinsk modell innen vår tids medisin. I legeerklæringsskjemaet fra 1968 så vi at en viss biopsykososial tenkning hadde fått innpass. *Den biopsykososiale sykdomsmodellen* har muligens fått økt anerkjennelse i de årene som er gått siden (White 2005). Den står sterkt innen medisinerutdanningen for eksempel ved Universitetet i Oslo.¹⁶⁸ Man kunne derfor forvente at den i økende grad skulle påvirke legeerklæringsskjemaenes utforming. I stedet har vi sett at den påvirker skjemaene i mindre grad etter 1991 enn før.

Når nå ontologisk subjektivitet er anerkjent, reiser spørsmålet seg om hvordan *illness without disease* skal kunne vurderes på en objektiv måte. *Trygderettens* «fibromyalgikjennelse», støttet av «konsensusrapporten» (se forrige underkapittel), påpeker at det bør stilles krav om objektivitet når det gjelder trygdemedisinsk sakkyndighet på følgende måte:

¹⁶⁸ <http://www.folk.uio.no/larseh/filer/1.sem/Atferdsfag>

Vi vil [...] tilrå at det kreves fremlegging av all informasjon som legen har brukt som utgangspunkt for sin medisinske vurdering. I noen tilfelle vil objektive funn inngå som en relevant del av dette, i andre tilfeller er spørsmålet om objektive funn uten relevans for den medisinske bedømming av sykdom og uførhet. I den grad pasientens subjektive symptomer utgjør en sentral del av informasjonsgrunnlaget, må Trygdeetaten kunne kreve at legen redegjør for sin medisinske vurdering av pasientens utsagn, slik at det blir klart at legen ikke bare fungerer som en passiv rapportør (Trygderetten 1995: 175; Bruusgaard et al. 1995: 12).

Trygderetten formulerer her et krav om *objektivitet i kunnskapsteoretisk forstand*. Legen bør kunne gjøre medisinsk rede for pasientens *illness without disease*. De kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som implisitt benyttes her, kan sies å være de vi tidligere har funnet: *saklighet, intersubjektiv etterprøvbarehet, nøyaktighet, korrekthet* og at erklæringen *ikke skal være misvisende* (underkapittel 10.5).

Vi skal se hvordan det siste legeerklærings skjema, «1999-skjemaet», håndterer problemet om kunnskapsteoretisk objektivitet. Diagnoserubrikkene i skjemaet ber om at diagnosen skal kodes i ICD eller ICPC. ICPC er et system som gjør koding av både symptomer og plager som har brakt pasienten til legen (nummer 1-29) og legens diagnose (nummer 70-99) mulig. Dersom pasientens *illness* ikke kan gis noen diagnose, skal koden for symptomer og plager angis i skjemaet. Konsekvensen blir at pasientens angivelse av symptomer og plager får samme status som en diagnose. Det man kunne tenke seg som et alternativ, er avsatt plass der legen kunne gjøre rede for hvordan han eller hun vurderer pasientens plager eller lidelse og de diagnostiske utfordringer. Innstramningene i 1991 hadde som sentral hensikt å forbedre det diagnostiske grunnlaget for trygdekontorets avgjørelser. Det resultat som kan ses i «1999-skjemaet», er at trygdekontoret får hjelp til å skille mellom en tilstand der det stort sett foreligger «objektive diagnostiske funn» (kodennummer 70-99), og en tilstand der det foreligger kun symptomer og plager uten slike funn (kodennummer 1-29). Kodesystemet er slik laget at selv om legen diagnostiserer for eksempel fibromyalgi etter faglige kriterier, blir diagnosen likevel kodet som symptom/plager (kode L18). Kodesystemet skiller i liten grad mellom de symptomene som bringer pasienten til legen, og den diagnose av *illness without disease* som legen noen ganger kan stille etter faglige kriterier. Trygdekontoret får dermed liten hjelp til å skille mellom *illness* som bør betegnes som sykdom og *illness* som ikke bør betegnes som sykdom.

Skjemaene uttrykker et sentralt problem i trygdeetatens praksis: Man anerkjenner ontologisk subjektivitet og dens relevans for forståelse av sykdom og nedsatt inntektsevne, også uten *objektive funn*. Men man har ikke funnet ut hvordan beskrivelse av *illness without disease* kan håndteres kunn-

skapsteoretisk objektivt. Det er trolig fordi man har blitt «sittende fast» i en forestilling om ontologisk objektivitet som eneste slag objektivitet. Det kan sies at en viss grad av kunnskapsteoretisk objektivitet anvendes i og med at det kreves bruk av et diagnosesystem, men kodingen av pasientens rapporterte plager på nærmest lik linje med diagnoser er problematisk. Kunnskapen om kunnskapsteoretisk objektivitet og dens relevante kriterier kan konkluderes å være svakt utviklet i uførepensjonsvurderingssystemet.

Situasjonen etter innstramningen i 1991 er paradoks. Myndighetene ville begrense medikalisering. En klassisk biomedisinsk modell ble derfor forsøkt rendyrket innen trygdemedisinsk sakkyndighet. Dette viste seg uholdbart: *illness without disease* måtte i prinsippet aksepteres. Følgen ble at svært mange slag lidelser og plager i følge ICPC får nærmest samme status som en medisinsk diagnose. Paradokset består i at et tiltak som skulle begrense medikalisering har fått som konsekvens at medikalisering på denne måten er blitt institusjonalisert i det gjeldende legeerklæringskjema.

Vi går nå over til en nærmere analyse av årsaksleddet i den biomedisinske årsaksmodellen. Jussen forholder seg til årsaksproblemet når det gjelder tildeling av uførepensjon på i hovedsak to måter. De betegnes som «hovedårsakslæren» og «betingelsesteorien» (NOU 1977a: 45f; Kjønstad 1988: 41ff; Holgersen 1992: 294ff). Hovedårsakslæren er en lære om at man kan skille mellom hvilke årsaksfaktorer som er av større eller mindre betydning blant flere årsaksfaktorer. Den er nærmere beskrevet slik:

Man prøver å finne ut hva som er den mest dominerende årsaksfaktor. [...] Hvis man kommer til at sykdommer/skader kan karakteriseres som hovedårsak til ervervsuførheten, er kravet om årsakssammenheng oppfylt. Dersom de ikke-medisinske årsaksfaktorer dominerer bildet, må man etter denne årsakslære konstatere at kravet om at den ervervsmessige uførhet skal ha en medisinsk årsak, ikke er oppfylt. Hovedårsakslæren stiller egentlig krav om at den medisinske uførheten må være av en viss størrelse. Hvis den medisinske uførhet er liten, kan den vanligvis ikke bli å anse som hovedårsak til en ervervsmessig uførhet på minst 50 pst (NOU 1977a: 45).

Her beskrives en multifaktoriell årsaksmodell og hvordan juristen går fram for å bedømme hvilken av flere årsaksfaktorer som skal anses som hovedårsak. I denne teksten ser vi at vurderingen av medisinsk uførhet inngår i vurderingen. Som påvist i forrige kapittel, er dette begrepet meget uklart. Det kan neppe anses som noe egnet hjelpemiddel i en juridisk årsaksvurdering der medisinske forhold har betydning. Så vidt jeg kan forstå må denne årsaksvurderingen være *praktisk* (se nedenfor).

«Betingelsesteorien» er egentlig ikke en årsakslære, men anvendelse av vilkårslogikk på et årsaksproblem. Det skal bemerkes at vilkårsbegrepene er mer generelle enn årsaksbegrepene (Tranøy 1970: 35). Vilkårslogikken sier for eksempel ikke noe om rekkefølgen i tid når det gjelder noe som vilkår

for noe annet (ibid.: 91). Kjønstad I-utredningen skriver om «betingelsesteorien»:

Den kjente skotske filosofen John Stuart Mill har utviklet et årsaksbegrep som har hatt stor betydning i mange vitenskaper. Etter hans lære er en begivenhet A årsak til en annen begivenhet B, hvis B ikke hadde inntrådt dersom man tenker seg A borte [...]. Anvendt på vårt område vil en sykdom etter betingelsesteorien bli å anse som årsak til en ervervsmessig uførhet, hvis denne uførhet ikke hadde inntrådt hvis man tenker seg sykdommen borte. [...] Etter betingelsesteorien kan en liten medisinsk uførhet anses som årsak til en stor ervervsmessig uførhet. Hvis en person med svake evner, dårlig utdanning, vanskelige bo- og familieforhold får en mindre sykdom, kan den slå ham helt ut. Helsesvikten er den lille «tua» som velter det store lasset. Her foreligger en årsakssammenheng etter betingelseslæren, men ikke etter hovedårsakslæren. Etter den sistnevnte lære vil man se hans svake sosiale situasjon – hans spesielle sårbarhet – som den dominerende og vesentlige årsaksfaktor. En person med bedre evner og sterkere yrkesbakgrunn ville ikke ha falt ut av arbeidslivet hvis han fikk tilsvarende sykdom (NOU 1977a: 45-6).

«Betingelsesteorien» er altså et vilkårslogisk formulert krav om at sykdom er et nødvendig vilkår for ervervsmessig uførhet. Det er ikke overraskende – det følger av hvordan det ervervsmessige uførhetsbegrepet er definert (tabell 13.2 og 13.3). Vilårslogisk er da ervervsmessig uførhet et tilstrekkelig vilkår for sykdom. Finnes det man vil karakterisere som uførhet, må det også finnes sykdom, om aldri så «liten». Bruk av vilkårslogikk vil altså lett kunne føre til at inngangen til uførepensjonen blir utvidet. «Det ser ut til at betingelsesteorien benyttes [av Rikstrygdeverket og særlig av *Trygderetten*] når hovedårsakslæren ikke fører frem til gunst for den trygdede.» (NOU 1977a: 46).¹⁶⁹ Jeg fortolker bruken av «betingelsesteorien» som uttrykk for at det noen ganger er nødvendig å gi spesielt vanskelige sosiale forhold særlig tyngde i vurderingen. Dette er en menneskelig erkjennelse som ble påvist allerede i høymiddelalderens hjelpesystem: Noen spesielle tilfelle av sosial nød ble også inkludert blant «de verdige» (underkapittel 5.3).

«1991-» og «1999-skjemaet» viser at et multifaktorielt årsaksbegrep er innført i uførepensjonsvurderingen. I «1991-skjemaet» spørres det etter «andre årsaker til funksjonsnedsettelsen» enn de objektive diagnostiske funn (spørsmål 2.7 i vedlegg 2C). Funksjonsnedsettelse kan altså forårsakes av *disease*, men også av andre faktorer. «1999-skjemaet» ber legen i spørsmål 7 «Årsakssammenheng» om å «anslå hvor stor betydning funksjonsnedsettelsen har for at arbeidsevnen er nedsatt» (vedlegg 2D). Legen må

¹⁶⁹ Det finnes også en tredje måte å forholde seg juridisk til årsaksproblemet på, som betegnes «fordelingsprinsippet». «Etter dette prinsipp skal man fordele den totale ervervsmessige uførhet som foreligger på henholdsvis medisinske og ikke-medisinske årsaksfaktorer. Uføregraden [...] fastsettes etter hvor stor del av uførheten som kan tilbakeføres til de medisinske faktorer.» (NOU 1977a: 46). Fordelingsprinsippet benyttes sjeldent og er trygderettslig problematisk (ibid.). Jeg går derfor ikke inn på dette her.

altså jamføre funksjonsnedsettelsen med andre årsaker til den nedsatte arbeidsevnen. «1999-skjemaet» uttrykker dermed at det skal gjøres en årsaksbedømmelse. Legen bes om å bidra til oppklaring av årsaksforholdene i spørsmål 7 så langt det er medisinsk mulig. Men legen skal ikke avgjøre spørsmålet. Det skal avgjøres av jurist eller av trygdens fagfolk for øvrig.

Det er medisinsk sett helt naturlig at et multifaktoriellet årsaksbegrep kommer til syne i legeerklæringsskjemaene. Det multifaktorielle årsaksynet har fått dominerende innflytelse innen medisinen på slutten av det 20. århundret. «Det er nødvendig at erkende, at al sykdomsutvikling er multifaktoriell, og at vi må opgive det traditionelle synspunkt, at en sykdom har én og kun én årsag.» (Wulff & Götzsche 1997: 84). Når sykdom er multifaktoriell, er det naturlig å se også spørsmålet om årsak til nedsatt inntektsevne som et multifaktoriellet problem. En konsekvens av dette årsaksynet er at det kan være svært vanskelig å si med sikkerhet om en sykdom er hovedårsaken til en nedsatt inntektsevne. «1999-skjemaet» kan sies å uttrykke den erkjennelse at det noen ganger ikke er medisinsk mulig å bestemme med medisinsk autoritet om en sykdom er årsaken (hovedårsaken) til en inntektsevnereduksjon. Jeg mener at følgende kan konkluderes: I løpet av 1990-tallet er det monofaktorielle årsaksbegrepet blitt erstattet av et multifaktoriellet årsaksbegrep innen uførhetsvurderingen.

Det er på dette grunnlaget også naturlig at årsaksproblemet etter lovenendringen i 1991 ikke lenger oppfattes å være primært et medisinsk problem, men et juridisk problem. Dette er riktignok en bemerkelsesverdig endring. En avklaring av om årsaken til den nedsatte inntektsevnen er sykdom, utgjør kjernen i den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen. Vi har sett at avklaringen av om en medisinsk tilstand er årsaken til en invaliditet, var sentral i tidlig tysk forsikringsmedisin. Legene ble satt inn i uførepensjonsvurderingen for bl.a. å avklare om søkeren selv slik kunne fritas for eget ansvar for sin tilstand (underkapittel 13.2). Vi har videre sett at de tidligere legeerklæringsskjemaer var formet slik at når legen oppgav diagnose, ble også årsaken til den nedsatte ervervsevnen angitt (underkapittel 13.4).¹⁷⁰

¹⁷⁰ Årsaksproblemet sett fra den rådgivende legetjenestens synsvinkel ble i 1997 tatt opp til juridisk overveielse i et brev utgått fra Rikstrygdeverket (1997). Brevet bekrefter at etaten anvender et multifaktoriellet årsaksbegrep. I brevet sies det at rådgivende lege er «most kompetent til å uttale seg om sykdommen/varige nedsatte funksjonsevnen er hovedårsaken til det konstaterte bortfallet av ervervsvenen.» (ibid.: 3). Spørsmålet skal imidlertid avgjøres av trygdekontoret. Brevet gir altså rådgivende lege en større grad av autoritet mht. å uttale seg om årsaksspørsmålet enn det «1999-skjemaet» gir legene i sin alminnelighet.

Overgangen til det multifaktorielle årsaksbegrepet får den konsekvens at årsaksvurderingen ikke lenger kan anses som en naturvitenskapelig vurdering. Den må anses som en praktisk vurdering. Hovedoppgaven er å ta en praktisk beslutning om en persons inntektsevnesvikt skal anses primært forklart ved visse problemer hos den aktuelle persons kropp og sinn, eller problemer i omgivelsene, i det sosiale miljø eller arbeidsmarkedet. Det kan også være aktuelt å ta opp til overveielse om personen har en manglende vilje eller motivasjon til å delta i arbeidslivet. Det er imidlertid viktig hvilken uførhetsmodell som skal legges til grunn for slike beslutninger. De negative prosessene ved den vurderte personens kropp og sinn bør beskrives på en adekvat måte.

Nå til det siste leddet i den biomedisinske årsaksmodellen. I 1991 ble det entydig avklart at behandlende lege ikke lenger skal uttale seg om den ervervsmessige uførhetens størrelse (uføregrad) (Ot.prp.nr.62 1991: 8). Det hadde lenge vært usikkerhet om dette spørsmålet. Artikkelsamlingen *Legen og trygden* fra 1989 inneholder to forskjellige syn. Walmann og Vigen skriver at legen skal kartlegge det medisinske saksforholdet, kombinert med skjønn, men skal ikke holde dette saksforholdet opp mot regelverket. Det er trygdens oppgave. De synes å være av den oppfatning at det er trygdens oppgave å vurdere og bestemme den ervervsmessige uførhet. Noreik og Nåmdal skriver at «mye taler for at legen bør uttale seg om [uføregrad]. Han bør i alle fall ta et klart standpunkt til om pasienten er helt eller delvis varig ervervsufør i det vanlige arbeidsliv, eventuelt som husmor.» (Noreik & Nåmdal 1989). Konklusjon er at mens det før 1991 nok var velkomment om legene kunne hjelpe trygdekontoret med å bedømme uføregrad, ble dette i prinsippet uønsket etter 1991.

Det kan konkluderes at den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i klassisk forstand er gått ut av bruk i uførepensjonsvurderingen i Norge. I betydelig modifisert versjon er den imidlertid fortsatt i bruk. Modifikasjonene består for det første i at inntektsevnereduksjon som forklares med *disease* er blitt sidestilt med inntektsevnereduksjon som forklares med *illness without disease*. For det andre er modellen ikke lenger monofaktoriell, men *multifaktoriell*. Jeg betegner den medisinske modellen som ble innført i 1995 for en *biomedisinsk ad hoc-modell*.¹⁷¹ En følge av disse modifikasjonene er at spørsmålet om sykdom (og funksjonsnedsettelse) er årsaken til den nedsatte inntektsevnen ikke lenger anses som et medisinsk-vitenskapelig problem, men som et praktisk-juridisk problem. For det tredje anses ikke legen å ha kompetanse til å uttale seg om inntektsevne eller uføregrad.

¹⁷¹ *Ad hoc*, fra *lat.* til dette, dvs. til dette særlige formålet, eller bestemt for denne spesielle anledningen (Lübcke 1983: 9).

13.7 Biomedisinsk ad hoc-modell i lys av rettferdighets- og objektivitetskriterier

Den gjeldende *biomedisinske ad hoc-modellen* skal også analyseres på grunnlag av de to sentrale rettferdighetskriterier som analysen har kommet fram til: *skade på person* som den kompensatoriske rettferdighetens kriterium, og kriteriet *faktisk like muligheter* som den omfordelende rettferdighetens nye kriterium.

Denne *ad hoc*-modellen sidestiller inntektsevnereduksjon som forklares med *disease* med inntektsevnereduksjon som forklares med *illness without disease*. Dette vil si at skade med et ontologisk objektivt aspekt er sidestilt med skade med et ontologisk subjektivt aspekt. Man kan si at dette gir et rimelig grunnlag for en beskrivelse av *skade på person*. Det er imidlertid ikke alle slag skader som kan beskrives med denne modellen. Sammen med medarbeidere har jeg skrevet følgende om disse problemer:

[S]ærlig personer med lidelser uten objektive funn [kan] stå i fare for å få sin tilstand og sine behov beskrevet på en overfladisk måte. Forskning har vist at plager som smerter, verk, angst og nedstemthet henger sammen med de levekår og den sosiale og eksistensielle situasjon som personene lever i. Krenkelser tidligere i livet kan ha blitt skrevet inn i kroppen på måter som er vanskelig å forklare, men som likevel kan medføre store konsekvenser for funksjons- og arbeidsevne.¹⁷² Med den klassiske biomedisinske modellen som basis kan ikke disse sammenhengene, og heller ikke de behov pasienten trenger å få tilfredsstilt, avklares (Solli et al. 2005: 3295).

Den *biomedisinske ad hoc-modellen* er, som tabellmodellen, abstrakt og legger i liten grad til rette for individualiserte og konkrete vurderinger av personen i sine omgivelser. Man kan imidlertid si at denne modellen, i og med at den anerkjenner ontologisk subjektivitet, i en viss grad er forenlig med kriteriet *skade på person*.

Vi skal nå se hvordan den biomedisinske *ad hoc*-modellen skal vurderes på grunnlag av kriteriet *faktisk like muligheter*. Analysen av «1999-skjemaet» i forrige underkapittel viste at skjemaet ikke gir uttrykk for at uførepensjonssøkeren er en aktør med sine dels individuelle behov. Kanskje enda alvorligere er at den i liten grad inkluderer en beskrivelse av omgivelsene. Man kan si at uførepensjonssøkeren i følge den biomedisinske sykdomsmodellen beskrives etter et anatomisk/fysiologisk likhetskriterium. Alle mennesker antas å være oppbygd etter det samme anatomiske og fysiologiske grunnmønster. Modellen gir derfor grunnlag for å vurdere menneskers like *fundamentale* behov, men ikke de *vesentlige behovene* som også vil være ulike fra menneske til menneske. Jeg vil konkludere med at modellen ikke er egnet bedømt ut fra kriteriet *faktisk like muligheter*.

¹⁷² Det henvises her til Kirkengen (2000).

Den biomedisinske *ad hoc*-modellen skal også analyseres på grunnlag av kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet og *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Det er ingen prinsipielle problemer med den biomedisinske *ad hoc*-modellen i relasjon til *kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet*. Vi så forøvrig at disse var i funksjon allerede i tidlig tysk sosialforsikringsmedisinsk virksomhet (underkapittel 10.2).

Når det gjelder den biomedisinske *ad hoc*-modellen i relasjon til *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*, er problemet med denne modellen at den ikke i egentlig forstand er holistisk. Vi har sett at modellen slik den kommer til uttrykk i «1999-skjemaet» ikke lar subjektiv opplevelse, eksistensiell situasjon eller mål komme tydelig fram. Den handlende person kommer i liten grad til syne. Den lar heller ikke relevante trekk ved den sosiale situasjonen eller omgivelsene tre fram. *Ad hoc*-modellen er tydelig todelt. Den er på den ene siden biomedisinsk og vil som sådan tendere til å være reduksjonistisk i ontologisk forstand og sosialt atomistisk. På den annen side aksepteres ontologisk subjektivitet, men uten nærmere avklaring av dens betydning. Dette er en motsetningsfylt modell. På dette motsetningsfylte grunnlaget kan neppe det medisinske holistiske objektivitetskriteriet kunne komme til anvendelse. Modellen anses derfor ikke forenlig med dette kriteriet.

13.8 Konklusjon

Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen finnes implisitt i det ervervsmessige uførhetsbegrepet som ble formulert i den tyske *invalidpensjonsloven av 1889*. Modellen har tre ledd. Det første leddet består i det skal foreligge sykdom primært i betydningen *disease* i henhold til den biomedisinske sykdomsmodellen. Det andre leddet består i at *disease* skal kunne påvises å være den ene faktoren som *forårsaker* sviktende inntektsevne. Det tredje leddet består i at legen så langt han eller hun makter skal vurdere om inntektsevnen er redusert til under en fastlagt inntektsgrense. Denne modellen gjenfinnes i den norske uførepensjonslovgivningen. I perioden 1991-95 ble modellen presisert som et krav om at sykdom skal ha ført til en *funksjonsnedsettelse* som er hovedårsak til den nedsatte inntektsevnen. Sykdom i betydning *illness without disease* ble dessuten akseptert etter «fibromyalgikjennelsen» i *Trygderetten* i 1994.

Det påvises at *Trygderetten* i 1994 avviste tre sentrale elementer i det første leddet i den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen: *Disease* ble avvist som gjeldende sykdomsbegrep, *den biomedisinske modellen* som anerkjent sykdomsmodell og *ontologisk objektivitet* som privilegert objektivitetsbegrep.

Det påvises videre at den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i klassisk forstand er gått ut av bruk i uførepensjonsvurderingen i Norge. Modellen er blitt modifisert til en biomedisinsk *ad hoc*-modell. Modifiseringene består for det første i at ontologisk subjektivitet er anerkjent på linje med ontologisk objektivitet. For det andre er modellen ikke lenger monofaktoriell, men multifaktoriell. En følge av disse modifiseringene er at spørsmålet om sykdom (eller funksjonsnedsettelse) er årsaken til den nedsatte inntektsevnen ikke lenger anses som et vitenskapelig og medisinsk problem, men som et praktisk og juridisk problem. Legen anses etter 1991 ikke å ha kompetanse til å uttale seg om inntektsevne eller uføregrad.

Den biomedisinske *ad hoc*-modellen er i en viss grad forenlig med rettferdighetskriteriet *skade på person*. Sett i relasjon til kriteriet *faktisk like muligheter* er denne modellen ikke adekvat med hensyn til å se mennesket som et handlende vesen, med til dels individuelle behov, i sine omgivelser. Det ses ingen problemer med den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i relasjon til *kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet*. Modellen anses ikke forenlig med det *medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

14 Funksjonsevnemodell og faglig vurdering av aktivitet og arbeidslivsdeltakelse

Så langt er to vel innarbeidede uførhetsmodeller for medisinsk vurdering i sosialforsikring og trygd blitt analysert, nemlig tabellmodellen og den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen. Funksjonsevne modellen er ikke innført i trygdesystemet Norge og heller ikke i de fleste andre velferdsstater. Kun Danmark har innført en vurderingsmetode som synes å være basert på en funksjonsevne modell («arbejdsevne metode») (Bang 2002). I dette kapitlet skal det gjøres rede for hvordan en funksjonsevne modell kan fortolkes å ha kommet til syne i Norge. Modellen skal, som de andre to modellene, analyseres på grunnlag av den kompensatoriske rettferdighetens kriterium *skade på person*, den omfordelende rettferdighetens kriterium *faktisk like muligheter* og dessuten *kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet* og *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

14.1 Tidlig diskusjon av det sosialforsikrings – og trygdemedisinske evnebegrepet

Evangs tidligere nevnte foredrag om attestskrivning fra 1950 tas igjen fram. Jeg fortolker teksten slik at Evang her anvender et evnebegrep som ligger nær opp til det evnebegrepet som er lagt til grunn i denne avhandlingen (underkapittel 4.6). Evang hevder at uførhet er av *relativ* natur: