

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:

Har man to pasienter som begge har mistet begge ben like over kneet, kan en, hvis en vil sette saken på spissen, si at den ene vil være 100 % invalid, den andre vil kunne være 100 % arbeidsdyktig, nemlig i relasjon til yrket. [...] Begrepet invalid er altfor bastant, og ingen vet hva det betyr. Man søker krampaktig å fastholde invaliditet som et absolutt begrep, og bygger undertiden på en nesten matematisk skala over sammenhengen mellom invaliditet og legemlig defekt, men invaliditeten er et relativt begrep, avhengig av vedkommende individs bakgrunn, utdanning, bolig og arbeidsforhold. [...] Både den skadede og samfunnet er tjent med at invaliditet blir oppfattet i den utvidede, mer korrekte relative forstand, men dette er bare gradvis begynt å trenge igjennom (Evang 1950: 429).

Man kan altså ikke tale om invaliditet (eller uførhet), eller arbeidsdyktighet som det motsatte, uten å se personen i *relasjon til omgivelsesmessige* forhold. Evang uttrykker klart at den personen som søker en ytelse fra trygden for sin invaliditet, også er å anse som en *handlende person, med et mål*, slik:

De fleste av våre rettsregler, både når det gjelder sosiallovgivning og erstatningsrett, bygger jo uten videre på det prinsipp at om en pasient skal ha erstatning for påført skade, premieres den høyeste invaliditet. Den skadede blir med andre ord vitalt interessert i å drive invaliditeten høyest mulig opp. Det dreier seg her [...] ikke om bevisst bedrag eller simulasjon, men om det enkle forhold at den skadede er oppriktig overbevist om sannheten av de påstander som tjener hans interesser best. Dette er jo for øvrig ikke noe særpreget ved skadede personer. De fleste av oss alminnelige mennesker tror også på sannhetsverdien av det vi ønsker skal være riktig. Den som fant en vei ut av dette uføre akkurat når det gjelder erstatninger og livrenter ved skader og invaliditet, ville bli en av menneskehetens store velgjørere. Vi får denne nøtt å knekke når uføretrygden i sin tid skal gjennomføres (ibid.: 427).

Evang synes å ha rett i at personer som søker trygdeytelser, handler strategisk eller målrettet. Forutsetningen for dette synet er at den «invalid» ses, i alle fall til en viss grad, som en handlende person, som har et prosjekt og noe hun eller han vil oppnå. Evang synes også ha rett i sin erkjennelse av at en person som søker en trygdeytelse, gjør fornuftsmessige overveielser ut fra egeninteresse. Også etisk aksepteres det at mennesket er slik (Sullivan 1994: 106).

Jeg mener det er rimelig å fortolke Evang slik at han kjenner til at invaliditet ikke kan forstås og ikke vurderes uten å se «den invalid» i en omgivelsesmessig sammenheng. Hun eller han er også å anse som en person som har et prosjekt eller et mål.

Vi går nå til odelstingsproposisjonen til *attføringshjelps- og uføretrygdloven* av 1960. Her synes også de nødvendige vilkårene for evnebegrepet som ble lagt fram i underkapittel 4.6 kjent. Det heter i proposisjonen:

Uførhet lar seg meget vanskelig definere eller klart avgrense. Utgangspunktet er at det foreligger en medisinsk tilstand (sykdom, skade eller medfødt lyte) som en ikke kan regne med vil bli helbredet.

Spørsmålet om uførhet foreligger, vil imidlertid være avhengig av en rekke andre faktorer enn de rent medisinske. Hvis samme grad av klappefeil i hjertet foreligger hos en

kontormann og hos en skogsarbeider, vil uførhet inntre på et langt tidligere tidspunkt hos skogsarbeideren.

Om et menneske skal oppfattes som ufør vil også i høy grad avhenge av vedkommendes sjelelige egenskaper, intelligens, karakter, vilje, på samme måte som funksjonsevne og tilpasningsevne hos friske mennesker i avgjørende grad avhenger av slike faktorer.

Uførheten er også avhengig av trening og tilvenning til arbeid. Særlig etter langvarig sykeleie eller annen form for inaktivitet vil arbeidsevne og tilpasningsevne være redusert og må igjen oppøves.

Uførheten vil også være avhengig av helt ytre faktorer. En mann med lungetuberkulose, uten noen fagopplæring, vil meget lett måtte oppfattes som en ufør dersom han bor i et distrikt uten særlig mange andre sysselsettingsmuligheter enn de han kan bys innenfor jordbruket og fiskeriene, mens den samme mann i de industrialiserte strøk av landet vil ha gode muligheter for å få normalt lønnet arbeid (Ot.prp.nr.22 1959: 2-3).

Dette er en tekst som står tidlig i lovproposisjonen. Den er skrevet i et medisinsk språk og har et klart medisinsk innhold. Uførheten er kompleks og vanskelig å definere, heter det her, men det tas utgangspunkt i et nødvendig vilkår om at det skal foreligge varig sykdom. De «rent medisinske» faktorer er imidlertid ikke tilstrekkelig for å forklare hvordan uførhet hos et menneske oppstår. Psykologiske faktorer, her nevnes «sjelelige egenskaper, intelligens, karakter, vilje», har betydning på samme måte som funksjons- og tilpasningsevne er avhengig av slike faktorer hos friske mennesker. Vi finner her en tanke om at mål er sentralt for mennesket. Mennesket som målrettet, handlende person, kommer imidlertid lite til syne senere i odelsingsproposisjonen.

Omgivelsesmessige faktorer nevnes også i teksten ovenfor. Om den utføre personen har et fysisk lett arbeid, eller et tungt arbeid, vil ha betydning, heter det, likeså faktorer som f.eks. «sysselsettingsmuligheter». Jeg fortolker lovproposisjonen slik at man hadde syn for de omtalte faktorene for å kunne tale om evne. Men når man kom til det punkt å skulle definere manglende evne til å arbeide, grep man til begrepet *medisinsk uførhet* (underkapittel 12.3).

Avhandlingsmaterialet viser at legene omkring 1960 arbeidet med å finne kategorier for å kunne beskrive funksjonshemming. Strøm skriver:

Først et par ord om begrepene *invaliditet* eller på norsk *uførhet*. Invaliditet må alltid ses i relasjon til en funksjon eller et kompleks av funksjoner. Det er den sviktende evne til å utføre én eller flere funksjoner som gjør at vi snakker om invaliditet (uførhet). Forskjellige funksjoner kan legges til grunn. Vi kan velge rent fysiologiske funksjoner som evne til bevegelse i et ledd, eller vi kan velge så kompliserte funksjonskomplekser som evne til å fortjene til sitt og sin families underhold. Alt etter det grunnlag som velges, vil vi få forskjellige former for invaliditet (Strøm 1959).

Invaliditet sies å være synonymt med uførhet.<sup>173</sup> Begrepet defineres som «en sviktende evne til å utføre en funksjon eller et kompleks av funksjoner».

Teksten taler om *evne* og *sviktende evne* på flere nivå: fra evne til å bevege et ledd til evne til å forsørge sin familie.

Både «1960-» og «1968-skjemaet» ber om en forholdsvis omfattende funksjonell beskrivelse av pasienten. «1960-skjemaet» ber, som del av den kliniske beskrivelsen, om korte redegjørelser for det som betegnes som «fysiske ferdigheter»: grad av selvhjulpenhet, om pasienten kan røre seg innendørs, utendørs, gå i trapper, stå, løpe, bøye seg med mer og om pasienten bruker protese eller andre hjelpemidler (spørsmål 5)(se vedlegg 2A). «1968-skjemaet» ber også om en redegjørelse for samme type ferdigheter som en fortsettelse av status presens. Men ferdighetene lesing og skriving er også inkludert. Det skal nå krysses av for tre alternativer (fortsatt spørsmål 3)(vedlegg 2B). Spørsmålene i begge skjema dreier seg stort sett om ferdigheter på aktivitetsnivå, fortolket i lys av ICF (WHO 2003). De hverdagslige omgivelser er de implisitte standard omgivelser.

En beskrivelse av funksjonsevne er av betydning for attføring. Legen blir i «1960- skjemaet» bedt om å gi omfattende opplysninger om «muligheter for arbeid og attføring fra medisinsk synspunkt» (spørsmål 7). Lignende spørsmål finnes også i «1968-skjemaet» (spørsmål 6). Både «1960-» og «1968-skjemaet» legger inn et sterkere omgivelsesrelatert aspekt i den senere delen som omhandler attføring enn i den tidligere kliniske delen.

«1968-skjemaet» spør også om pasienten er samarbeidsvillig i den delen som omhandler medisinsk behandling/medisinsk attføring (spørsmål 4). Spørsmålet skal besvares med «ja» eller «nei». I spørsmål 6 som omhandler attføring, spørres legen om «pasientens innstilling til attføring [er] positiv». Spørsmålet skal besvares ved å krysse av svaret i en «ja» – eller «nei» – rubrikk. Hvis nei skal det opplyses hvorfor. I dette skjemaet trer uførepensjonssøkeren antydningssvis fram som en person med vilje.

Både «1960 -» og «1968-skjemaet» antyder en tredelt kategorisering av funksjonshemming: sykdom skal beskrives først, deretter aktivitetsbegrensningene og til slutt de aspekter av deltakelsesinnskrenkningen som angår deltakelse i arbeidslivet. I «1968-skjemaet» finner vi i en viss grad alle tre vilkårene for evnebegrepet oppfylt: person, mål og omgivelser. Det er faktisk det skjema, av alle de fire skjemaene som analyseres i denne avhandlingen, som går lengst i å oppfylle disse vilkårene. Det er det skjema som var lengst i bruk, omkring 20 år.

<sup>173</sup> Strøm skriver et annet sted korrekt at «uførhet» også betegner en tilstand som kan være kortvarig og forbigående (Strøm 1958). Vi kan si «ryggsmertene gjør henne helt ufør» og mene en tilstand som kan gå over i løpet av f.eks. få uker. «Invaliditet» derimot refererer til en tilstand av noe lengre varighet, dvs. måneder eller år, men uten at den behøver å være permanent. «Uførhet» og «invaliditet» er derfor ikke fullstendige synonymer.

På grunnlag av det jeg her har funnet, konstaterer jeg at en *funksjonsevne*modell er blitt diskutert på sosialforsikrings- og trygdemedisinsk hold i Norge fra 1950 av. Den kom også til uttrykk på legerklæringskjema som ble laget i 1960 og 1968. Jeg mener det er riktig i Norge å tale om en funksjonsevnemodell, og ikke kun om en funksjonsmodell. Det bør tales om en *evne til å fungere*, som forutsetter en person, mål og spesifiserte omgivelser. Det bør ikke tales kun om en funksjonsmodell når det skal tales presist.<sup>174</sup>

**14.2 WHO's kategorisering av funksjonshemming i ICIDH og ICF**  
I 1980 kom WHO's foreløpige versjon av en klassifisering av funksjonshemninger, *ICIDH* (WHO 1980). Den endelige versjon, *ICF*, kom i 2001 (WHO 2001). Den ble i korte trekk presentert i underkapittel 1.2. Vi skal først se nærmere på ICIDH. Som bakgrunn for WHO's klassifikasjonsbestrebelse pekes det i 1980 på at kronisk sykdommer er blitt vanlig i mange land.

These include the effect of trauma, impairments of special sense organs, mental retardation and mental illness, and chronic diseases of middle and later life, particularly heart disease, stroke, bronchitis, and arthritis. [...] They are especially noteworthy as causes of disability. For these disorders, a manifestation code is very useful for identifying the calls that may be made on different types of service [...] (WHO 1980: 10).

Denne epidemiologiske endringen i mange land krevde kategorier for å kunne beskrive de oppståtte fenomenene. Sosiologen David Armstrong foretar en fortolkning av ICIDH som en kombinert «medisinsk» og «sosial modell» som jeg følger (Armstrong 1994: 42f). Den «medisinske modellen» omfatter sykdom (som *disease*), dennes årsak eller årsaker dersom de er kjent, funksjonsnedsettelsen (*impairment*) og dennes negative konsekvenser for et menneskes evne til å utføre normale aktiviteter. «Normal» anvendes her i deskriptiv betydning. Denne begrensningen med hensyn til å utføre normale menneskelige aktiviteter, som resultat av en funksjonsnedsettelse, blir betegnet som *disability* (WHO 1980: 28). Den «sosiale modellen» beskriver de negative følgende av individets *disability* for dets oppfyllelse av normale rolleforventninger. Normal anvendes også her i deskriptiv betydning. En normal rolle beskrives ved hjelp av alder, kjønn og sosiale og kulturelle faktorer (ibid.: 29). Disse negative følgende betegnes som *handicap*. Armstrong kommenterer at ICIDH gjør det mulig for helsetjenesten

<sup>174</sup> Funksjon (fra lat. *fungi*, utrette) brukes på norsk bl.a. i betydningen utførelse «av det arbeid som følger med en stilling», det brukes medisinskfaglig om organers virksomhet, om apparaters og maskiners virke eller gang og det er et viktig matematisk faguttrykk. Fra: Funksjon. I: *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=funngere&publications=6> (21.12.06).

å identifisere atskilte kliniske dimensjoner ved pasientens problemer. Slik kan forskjellige slag tiltak iverksettes for å håndtere problemene på en adekvat måte (Armstrong 1994: 42f). Legene Dwerick T. Wade og Bareld A. de Jong skriver at utviklingen av ICIDH og dens verdensvide anerkjennelse har vært det største enkeltstående framskrittet på rehabiliteringsfeltet de siste par tiår (Wade & Jong 2000). ICIDH har også vært omstridt. Sosiologen og funksjonshemningsaktivisten Michael Oliver hevdet at ICIDH ikke anerkjenner at årsakene til at funksjonshemning oppstår hovedsakelig er av samfunnsmessig art. Han har utviklet en sosial teori om funksjonshemning som også skal fungere som grunnlag for en politisk bevegelse for mennesker med funksjonshemninger. Slik kan de få tilgang til de tjenestene som de selv definerer at de har behov for (Oliver 1990).

Bedømt ut fra avhandlingens tekstmateriale, vekket ICIDH forholdsvis liten interesse blant norske leger. Klassifikasjonen ble presentert i Tidsskriftet først i 1986 (Diderichsen 1986). Den ble også senere lite omtalt i Tidsskriftet.

### 14.3 En fortolkning av uførepensjonslovgivningen i 1991 i lys av ICIDH

Lovgiver formulerte følgende krav ved innstramningene i 1991: «[Det bør] legges større vekt på at det dreier seg om en diagnose som medfører en *varig* funksjonsnedsettelse av arbeidsevnen.» (Ot.prp.nr.62 1991: 8). Det er altså ikke tilstrekkelig at en diagnose kan stilles korrekt medisinsk. Jeg fortolker formuleringen slik at det skal foreligge en medisinsk *diagnose* som fører til en *varig funksjonsnedsettelse* som forårsaker *reduisert arbeidsevne*. Redusert arbeidsevne fortolker jeg som en form for deltakelsesinnskrenkning. Man tenker seg altså at man kan skille mellom noen diagnoser som medfører liten, eller forbigående funksjonsnedsettelse, og andre diagnoser som fører til varig, eller mer omfattende funksjonsnedsettelse.

Jeg skal nå gjøre rede for en fortolkning av forskriftsteksten fra 1991 i lys av ICIDH (se vedlegg IC). Forskriftsteksten, og senere lovteksten, anses å ha innført en kategorisering av funksjonshemning som har likhetstrekk med ICIDH. Dersom en slik tolkning kan anses rimelig, vil den kunne berede veien for en innføring av ICF i loven på et senere tidspunkt.

Forskriften innfører i § 1 en *enveis årsaksmodell*. Denne modellen sier for det første at *den medisinske lidelse* skal ha ført til en (varig) *funksjonsnedsettelse*. For det andre sier den at funksjonsnedsettelsen skal være av en «slik art og grad at den framstår som en vesentlig grunn til en varig reduksjon i ervervsevnen». Funksjonsnedsettelsen skal være både av en slik kvalitet og av en slik kvantitet at det er rimelig å anta at den er en vesentlig

grunn til en varig reduksjon av ervervsevnen. Både termene «føre til» og «grunn til» må i sammenhengen forstås som årsakstermer. Det framtrer dermed en *enveis årsaksmodell* slik:

Medisinsk lidelse → funksjonsnedsettelse → nedsatt ervervsevne.<sup>175</sup>

I figur 14.1 er lovens enveis årsaksmodell framstilt som modell A og ICIDHs modell er framstilt som modell B.

*Figur 14.1. En sammenligning av to enveis årsaksmodeller. Modell A er lovens enveis årsaksmodell innført i form av forskrift i 1991 (vedlegg 1C). Modell B er WHO's modell for relasjonen mellom sykdom og de funksjonelle konsekvensene av sykdom, ICIDH (WHO 1980: 11).*

#### Modell A

Medisinsk lidelse → funksjonsnedsettelse → nedsatt ervervsevne

#### Modell B

*Disease* → *impairment* → *disability* → *handicap*

Begge disse modellene er grunnet på en antagelse om at det foreligger en kausal kjede av patologi i følgende orden: medisinsk lidelse (modell A) eller *disease* (modell B) forårsaker funksjonsnedsettelse (modell A) eller *impairment* (modell B), som videre forårsaker nedsatt ervervsevne (modell A) eller *disability* (modell B). Modell B sier videre at *disability* forårsaker *handicap*. Begge modellene er enveis årsaksmodeller. Som en kombinert medisinsk og sosial modell hevder ICIDH implisitt at det er to sett av faktorer som forårsaker *disability* og *handicap*: årsaksfaktorer i personen og årsaksfaktorer i omgivelsene (Edwards 2005: 16). ICIDH er altså forenlig med et multifaktorielt årsaksbegrep. Lovens årsaksbegrep kan derfor også antas å være multifaktorielt. Denne tolkningen bekrefter det resultatet som jeg kom fram til om innføringen av et multifaktorielt årsaksbegrep ovenfor i underkapittel 13.6.

Det nye leddet *funksjonsnedsettelse* blir ikke presisert eller forklart nærmere (Ot. prp. nr.62 1991). Et problem med innføringen av denne termen i 1991 er at den ikke er noen innarbeidet medisinskfaglig term. Jeg har ikke funnet den i nyere ordbøker eller medisinske leksika.<sup>176</sup> *Trygdemedisinsk*

<sup>175</sup> Denne enveis årsaksmodellen er, med litt andre termer, tidligere presentert av Mæland (Mæland 2003: 50) og Solli (Solli 2003).



*håndbok* forklarer den heller ikke (Tellnes 1994). Jeg antar at funksjonsnedsettelse i årsaksmodellen er synonymt med *impairment*. Denne antagelsen kan problematiseres. Det kan hevdes at *funksjonsnedsettelse* dekker både *impairment* og *disability*.<sup>177</sup> En innholdsanalyse av «1991-skjemaet» som presenteres nedenfor, gir dog støtte for at *funksjonsnedsettelse* er synonymt med *impairment*. Lovens modell har ikke tatt med leddet *disability* slik jeg fortolker den. Når det gjelder de siste leddene i modellene slik de er framstilt i figur 14.1, synes det rimelig å se *nedsett ervervsevne* som et *handicap*, eller for å bruke ICFs term – en *deltakelsesinnskrenkning*. Hovedpoenget er at loven fortolkes å ha innført funksjonsevneterminologi.

Loven sier ikke noe eksplisitt om hvordan uførepensjonssøkeren kan vurderes objektivt. Hvordan skal en funksjonsnedsettelse, en nedsett ervervs- eller inntektsevne og årsakssammenhengen mellom disse beskrives objektivt? Det kan hevdes at en enveis årsaksmodell refererer til de fysiologiske kausalkjedene som står sentralt i tradisjonell naturvitenskapelig medisin. Det privilegerte objektivitetsbegrepet er i så fall det ontologiske. Det kan antas at ontologisk objektivitet også er det privilegerte objektivitetsbegrepet for årsaksmodellen (Solli 2003).

Når det gjelder legens funksjonsevnebeskrivelse etter lovendringen i 1991, ber «1991-skjemaet» legen om å beskrive den «varige funksjonsnedsettelse» (spørsmål 2.6) pga. «de objektive diagnostiske funn» (spørsmål 2.5) (vedlegg 2C). Disse spørsmålene passer best med at *funksjonsnedsettelse* er synonymt med *impairment*. Som modell B i figur 14.1 viser, er nemlig *impairment* leddet etter *disease*. Skjemaet ber også legen gi en «medisinsk begrunnet funksjonsvurdering (herunder restarbeidsevne) i forhold til nåværende arbeid» (spørsmål 3.1). Bedømt etter den plass som er avsatt, kan legen gjerne foreta en omfattende beskrivelse av disse forhold. Dette er en beskrivelse både på aktivitets- og deltakelsesnivå.

«1999-skjemaet» ber ikke lenger om en beskrivelse av funksjonsnedsettelsen. Det ber om en beskrivelse av «hvordan funksjonsevnen generelt er nedsett på grunn av sykdom.» Det er plass til en beskrivelse på omkring fire linjer (spørsmål 5.1)(vedlegg 2D). Jeg fortolker spørsmålet som en forespørsel om å beskrive pasienten på aktivitetsnivå.<sup>178</sup> Skjemaet ber videre

<sup>176</sup> Følgende er konsultert: *Medisinsk ordbok*, Kunnskapsforlaget, 4. utg., 1995 og 6. utg., 2004, *Gyldendals store medisinske ordbok*, 2003 og dessuten *Norsk ordbok* og *Norsk Riksmålsordbok* (<http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=funksjonsnedsettelse&publications=23&publications=3&publications=6>)(12.01.07).

<sup>177</sup> Takk til Søren Brage som gjorde meg oppmerksom på denne tolkningsmuligheten.

<sup>178</sup> Det er uklart hva som her menes med «generelt». Er det fordi funksjonsbeskrivelsen også skal omfatte hjemmeaktiviteter og fritid, eller er det fordi den skal omfatte kroppen i sin alminnelighet? Jeg fortolker «generelt» i den siste betydningen.



om en beskrivelse av «type arbeid og hvilke krav som stilles» (spørsmål 5.2), men ikke om en nærmere beskrivelse av hvordan pasienten fungerer under disse arbeidslivskrav. Legen blir imidlertid bedt om å gjøre rede for «hva pasienten ikke kan gjøre i det nåværende arbeidet», og «hvilke andre hensyn som eventuelt må tas ved valg av annet yrke/arbeid.» (spørsmål 5.4). Både «1991-» og «1999-skjemaet» kan sies å være noe omgivelserelatert når det gjelder beskrivelse av arbeidsforhold. Skjemaene spør ikke om noe som forutsetter at pasienten anses å ha vilje eller mål.

Det kan konstateres at de to legeerklæringskjema som ble utformet etter innstramningen i 1991, ikke har en klarere struktur når det gjelder kategorier for funksjonsbeskrivelse enn de skjemaene som ble produsert tidligere. Strukturen for funksjonsevnebeskrivelsen i disse to nyere skjemaene er også ganske forskjellige.

#### 14.4 Funksjonsevnemodellens nåværende status

Vi har i dette kapitlet sett at det fra legehold har vært interesse for å etablere en terminologi for å beskrive uførepensjonssøkeren funksjonelt helt fra 1950 av. Omkring femti år senere er det etablert medisinsk forskning om ulike aspekter ved funksjons- og arbeidsevnevurdering særlig hos sykmeldte (Brage et al. 2004; Fleten 2006; Haugli & Steen 2001; Krohne & Brage 2007; Reiso 2004; Steihaug 2002). De siste årene har Rikstrygdeverket i økende grad lagt vekt på en medisinsk funksjonsevnevurdering når sykmelding vurderes og utstedes. I 2002 ble legen forpliktet til å foreta en forenklet funksjonsevnevurdering dersom sykmeldingen strakk seg utover fire uker. «Hensikten er at arbeidsgiveren skal kunne få et bedre grunnlag for eventuelle tiltak på arbeidsplassen som kan bedre den sykmeldtes arbeidsevne.» (Mæland 2006: 55).

Om denne økte interessen for funksjonsevnevurdering i større grad enn tidligere vil prege også oppfølgingen av langtidssykmeldte, gjenstår å se. Etter at formuleringen i folketrygdloven § 12-6 om at «den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen» (§ 12-6) har vært i funksjon i 15 år, finnes det fortsatt sparsomt med trygdemedisinske tolkninger og klargjøringer av formuleringens bruk. Denne faglige tausheten om en sentral lovformulering synes bemerkelsesverdig. Den tyder på at lovteksten er vanskelig å begripe og at det trengs et større tolkningsarbeid for å forstå den på en fruktbar måte. Det er det jeg har forsøkt å gjøre i forrige underkapittel.

Den funksjonsevnemodell som er på tale å utvikle videre, hevder jeg bør være en *kompleks funksjonsevnemodell*. Den er formulert ved hjelp av ICFs

terminologi som ble presentert innledningsvis i underkapittel 1.2. ICF har tre kategorier for å beskrive funksjon: a) kroppsfunksjoner og -strukturer, b) aktiviteter og c) deltakelse. Den fortolkes videre på et handlingsteoretisk grunnlag. Mennesket ses på som en handlende person. Når en handlende persons evner, eller manglende evner, kanskje uførhet, skal beskrives på en riktig måte, må tre faktorer erkjennes å være nødvendige: personen selv og interne prosesser som påvirker hennes eller hans kroppslige og mentale tilstand, målene hun eller han har og omgivelsene som hun eller han handler og har sin virksomhet i (underkapittel 4.6). Funksjonsevnebegrepene er relative begreper.

Vi har sett at ICIDH er basert på en kombinert «medisinsk modell» og «sosial modell» (underkapittel 14.2). Det samme gjelder ICF (WHO: 2003: 19f). Alt tyder på at den medisinske modellen som her ligger til grunn, er *den biomedisinske modellen*. (Nærmere dokumentasjon kommer nedenfor.) Jeg foreslår å erstatte denne modellen med *en kompleks medisinsk modell for sykdom og helse* (underkapittel 4.2). Det er derfor funksjonsevne modellen betegnes som en *kompleks funksjonsevne modell*. Jeg skal nå begrunne hvorfor dette er nødvendig. ICF definerer *funksjonsnedsettelse* som

tap eller unormale forhold vedrørende kroppsstrukturer eller kroppsfunksjoner (inklusive mentale funksjoner). Unormale forhold brukes her strengt forstått som signifikant forskjell fra etablerte statistiske normer (det vil si avvik fra et befolkningsgjennomsnitt innenfor målte standarder), og bør bare anvendes i denne betydning (WHO 2003: 195).

*Funksjonsnedsettelse* defineres altså her ved hjelp av et statistisk normalbegrep som er et deskriptivt normalbegrep. Funksjonsnedsettelse presiseres som, «et bredere og mer omfattende begrep enn sykdommer og lidelser. For eksempel er tap av et ben et strukturavvik, men ikke en sykdom eller lidelse.» (Ibid.: 13). Man kan altså ha en funksjonsnedsettelse uten å være syk. Dette er i tråd med vanlig språkbruk. Presiseringen betyr at sykdom er en form for funksjonsnedsettelse. Dette innebærer at sykdom er definert som unormale forhold i statistisk forstand vedrørende kroppsstrukturer eller kroppsfunksjoner. Jeg kan ikke se at dette er noe annet enn sykdom i biomedisinsk forstand (*disease*) (underkapittel 4.1 og 4.2). Sykdom forstått på denne måten skaper problemer for beskrivelse av prosesser med *illness without disease*. Jeg skal nå ta opp to former for slike prosesser: «mental sykdom» og «ubestemte helseplager».

Det er bemerkelsesverdig at mentale funksjoner i den siterte definisjonen ovenfor ses på som en kroppsfunksjon. Nordenfelt tar opp til analyse det samme fenomen beskrevet i ICIDH (Nordenfelt 1983: 26f). Han konstaterer at det ikke er rimelig å anse svekkelse av det mentale apparat for å

være mangler ved et kroppslig organ. Det er heller rimelig å ta utgangspunkt i at mentale evner (eng. *faculties*) er nært relatert til handling. En mental tilstand er i så fall å forstå som en disposisjon til å handle. En sveket mental evne er altså en mangel ved disposisjonen til å handle, eller uttrykt på engelsk: *a disability*. Konklusjonen er følgende: «To put it drastically: a disturbance in a mental function is already a disability, therefore there is no need for the category of mental impairment!» (Nordenfelt 1983: 26f). Jeg anser denne argumentasjonen for å være holdbar. Den gjelder også for ICF. En sviktende mental evne er altså ikke en funksjonsnedsettelse men en aktivitetsbegrensning. Den trygdemedisinske konsekvensen er at den funksjonshemming som psykisk lidelse eller mental sykdom medfører, bør beskrives på personnivå som en aktivitetsbegrensning.

Det er problematisk å tale om funksjonsnedsettelse i henhold til definisjonen ovenfor også når de funksjonsmessige følgene av «ubestemte helseplager» skal beskrives.<sup>179</sup> Gjeldende lovtekst i folketrygdloven belyser problemet. Det heter i § 12-6 at «den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse» (se vedlegg 1D). Spørsmålet er hvordan *funksjonsnedsettelsen* skal beskrives og vurderes ved *illness without disease*. Her foreligger ikke sykdom i biomedisinsk forstand. ICFs definisjon av funksjonsnedsettelse passer ikke på pasienten. Hvordan skal man vurdere funksjonsnedsettelse ved *illness without disease* når det ikke kan påvises unormale forhold ved kroppsstrukturer eller kroppsfunksjoner?

Disse problemene kan få sin naturlige løsning dersom en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom som foreslått i denne avhandlingen erstatter den biomedisinske modellen innen ICF. I en slik modell er *person i natur og samfunn* den grunnleggende enhet. Derfor er det rimelig at aktivitetsbegrensning er den prioriterte kategori framfor funksjonsnedsettelse for beskrivelse av personens funksjonsevneproblemer i sin alminnelighet (WHO 2003: 113ff). På grunnlag av en kompleks medisinsk modell, vil påviste funksjonsnedsettelse selv sagt fortsatt være av betydelig interesse både når det gjelder beskrivelse, vurdering av tiltak og av prognose. Men funksjonsnedsettelse slik den blir definert innen ICF bør ikke være den prioriterte kategori for funksjonsbeskrivelse. Ved hjelp av denne kategorien blir i alle fall ikke psykisk lidelse eller annen *illness without disease* beskrevet på korrekt måte. Jeg synes det er rimelig å anta at man får den mest korrekte

<sup>179</sup> «Ubestemte helseplager» er «langvarige tilstander med til dels invalidiserende symptomer, der medisinske undersøkelser ikke gir funn eller forklaring, som kroniske muskelsmerter, kronisk tretthetssyndrom, urinrørskatarr, underlivssmerter, bekkenløsning, irriterbar tarm eller nakkesleng» (Malterud 1999: 1970)

og relevante beskrivelse av en persons funksjonshemming i trygdesystemet, uansett om det foreligger eller ikke foreligger noen diagnose, ved å prioritere aktivitetsbegrensning.

Så langt har jeg ikke lagt fram grunner *mot* å innføre *den komplekse funksjonsevne modellen* i den trygdemedisinske uførepensjonsvurderingen. Et første motargument kan imidlertid være at denne modellen er vesentlig forskjellig fra både tabellmodellen og den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen. Modellen er forholdsvis ny, og leger kjenner lite til den. Den er så forskjellig fra etablerte uførhetsmodeller at innføringen av den vil kunne gjøre det etablerte systemet for bruk av medisinsk kunnskap innen uførepensjonsvurderingen ustabil. Innføring av en slik modell vil kunne gi økt vilkårlighet. Derfor bør man holde seg til de etablerte modeller, videreutvikle disse og ikke innføre noen ny slag modell. Det avgjørende spørsmål for å vurdere dette argumentet er om ICF kommer til å bli innført i helse-tjenesten uavhengig av NAV. I så fall vil helsepersonell uansett lære den å kjenne.

Et annet motargument er at funksjonsevne modellen er en tverrfaglig modell som fag som ergoterapi, fysioterapi allerede benytter og som trolig også psykologi kan ha mer nytte av enn det som nå synes tilfelle. Andre fag-grupper enn legene kan dermed komme bli mer sentrale i uførepensjonsvurderingen enn de er nå. Dersom det er slik at legene fortsatt har høyere sosial status enn disse faggruppene har, kan innføring av funksjonsevne-modellen medføre at den uførepensjonerte får lavere status. Tilliten til vurderingssystemet og dets legitimitet kan bli svekket. Det avgjørende spørsmålet for å vurdere dette argumentet, er om tverrfaglig bruk av funksjonsevne modellen i helsetjenesten medfører det en kan betegne som «bedre tjenesteyting» enn bruken av de to andre modellene, ikke minst slik brukerne selv erfarer den. Som det ble påpekt i underkapittel 4.5, er fag-kunnskapen kjerneområdet for «det faglige skjønnet». Det må være denne som i siste instans kan gi tillitt og legitimitet.

#### 14.5 Kompleks funksjonsevne modell i lys av rettferdighets- og objektivitetskriterier

*Den komplekse funksjonsevne modellen* skal nå analyseres på grunnlag av rettferdighetskriteriene *skade på person* og *faktisk like muligheter*. Spørsmålet er nå hvordan kriteriet *skade på person* kan presiseres ved hjelp av funksjonsevne modellen. Ut fra det som allerede er sagt, må det formuleres ved hjelp aktivitetskategorien. *Vesentlig aktivitetsbegrensning* foreslås. En *aktivitetsbegrensning* kan presiseres som prosesser eller tilstander i personens kropp og sinn, gitt spesifiserte omgivelser, som vanskeliggjør oppfyllelse av funda-

mentale og vesentlige behov relatert til deltakelse i arbeidslivet (jf. karakteriseringen av *disability*/aktivitetsbegrensning i underkapittel 4.6). Disse begrensningene søkes forklart så langt medisin og helsevitenskapene er kommet, på basis av en kompleks medisinsk modell. Når en aktivitetsbegrensning skal anses som *vesentlig*, må så vidt jeg kan forstå avklares ved å etablere eller videreutvikle en praksis. Som påpekt i underkapittel 4.6 er det ingen klar regel for når en deltakelsesinnskrenkning skal anses som i det vesentlige forårsaket av «indre» prosesser av kroppslig eller mental art, altså en aktivitetsbegrensning, eller av «ytre» forhold. Gjennom praksis må det derfor etableres regler for hvordan kriteriet *vesentlig aktivitetsbegrensning* skal anvendes. Man kan her tenke seg at kasuistikker kan være til hjelp: Nye tilfelle og situasjoner kan vurderes i lys av tidligere saker (Ruyter, Solbakk, & Førde 2000: 50ff). Dette nye kriteriet kan erstatte sykdomskriteriet (*disease*) som ble innført med de tyske sosialforsikringslovene på 1880-tallet.

Jeg ser ingen problemer med beskrivelser av aktiviteter og aktivitetsbegrensninger som den prioriterte kategori for beskrivelse av funksjonshemning i en helsetjenestekontekst i relasjon til kriteriet *faktisk like muligheter*. Eller sagt positivt: Den komplekse funksjonsevne-modellen synes å egne seg som modell for beskrivelse og vurdering nettopp i lys av dette kriteriet. Det er fordi modellen ikke bare er en funksjonshemningsmodell, men også en modell for funksjonsdyktighet. Modellen inkluderer både negative og positive aspekter ved menneskets funksjonsevne. Denne modellen bør, så langt jeg kan se, være et nyttig instrument for å analysere på en nyansert og individualisert måte hvordan personens behov kan tilfredsstilles i de aktuelle og ev. tilrettelagte omgivelser. Å kunne beskrive aktivitetsbegrensning er viktig i en helsetjenestekontekst, ikke minst innen rehabilitering (Nordenfelt 1997).

*Den komplekse funksjonsevne-modellen* skal nå vurderes kort på grunnlag av *kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet* og *det holistiske objektivitetskriteriet*. Når det gjelder de sentrale kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet (underkapittel 10.5), kan jeg heller ikke for den komplekse funksjonsevne-modellens vedkommende se problemer med bruken av disse.

Til slutt den komplekse funksjonsevne-modellen i relasjon til *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Modellen egner seg i lys av dette kriteriet. Jeg vil spesielt understreke modellforklaringsprinsippet (underkapittel 11.3). Det er vesentlig at en aktivitetsbegrensning forklares faglig så langt dette er mulig. Det er viktig at det etableres en forklaring på at en person ikke skal kunne skaffe seg selv inntekt. På denne måten vil man kunne forstå at det dreier seg om forhold som personen selv ikke kan gjøre noe mer med.

## 14.6 Konklusjon

*Funksjonsevne*modellen er en modell som så langt ikke er innført i Norge. Det påvises imidlertid at innen sosialforsikrings- og trygdemedisinen i Norge har det i alle fall siden 1950 vært tale om en funksjonsevnemodell. Det påvises at legeerklæringskjemaene fra 1960 og 1968 antyder alle de tre kategoriene funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesinnskrenkning. Kategorier for å beskrive funksjonshemning forelå internasjonalt i 1980 da WHO publiserte ICIDH. ICIDH setter den funksjonshemmede personen inn i en omgivelsesmessig sammenheng. En lovtekst som kom inn i folketrygdlovens uførepensjonskapittel i 1991, fortolkes implisitt å ha tatt ICIDHs enveis årsaksmodell og kategoriene *funksjonsnedsettelse* (eng. *impairment*) og *deltakelsesinnskrenkning* i bruk.

Det foreslås innført en *kompleks funksjonsevne*modell. Den er formulert ved hjelp av ICFs terminologi. Når en handlende persons evner, eller manglende evner, kanskje uførhet, skal beskrives på en riktig måte, må tre faktorer erkjennes å være nødvendige: personen selv og interne prosesser som påvirker hennes eller hans kroppslige og mentale tilstand, målene hun eller han har og omgivelsene som hun eller han handler og har sin virksomhet i. Det foreslås videre å erstatte den biomedisinske modellen innen ICF med en *kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*.

Som presisering av kriteriet *skade på person* foreslås at det skal foreligge *vesentlig aktivitetsbegrensning*. Dette kriteriet erstatter *disease*. Regler for bruk av dette kriteriet må etableres gjennom praksis. Modellen er vel forenlig med kriteriet *faktisk like muligheter*. Det ses ikke problemer i relasjon til de kunnskapsteoretiske objektivitetskriteriene eller *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.