

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Rettferdighet og objektivitet i trykdemedisinske uførhetsvurderinger

En etisk og vitenskapsteoretisk analyse
av tre uførhetsmodeller
i et historisk perspektiv

Hans Magnus Solli

3/07



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Forord og takk

Etter å ha praktisert som allmennlege noen år i Skien og blitt spesialist i allmennmedisin, kjente jeg omkring 1990 en trang til å få mer innsikt og kunnskap om bl.a. følgende situasjon: Jeg satt som lege på mitt kontor og tok nærmest på løpende band i mot pasienter med lidelser som jeg ofte kunne lite om. Det dreide seg gjerne om kronisk muskelsmerteproblematikk. Etter hvert som jeg så hvordan det gikk med enkelte over flere år, funderte jeg på om det virkelig ikke kunne gjøres noe bedre for disse menneskene enn det jeg fikk til på mitt kontor.

Jeg begynte å tenke på forskning – men hvilken metodologi skulle jeg så velge? Jeg hadde lest filosofen Hans-Georg Gadamer og var blitt fascinert over hvor relevant hans hermeneutikk var i noen kliniske problemsituasjoner. Jeg hadde tatt kontakt med filosofen og teologen António Barbosa da Silva, på den tiden dosent ved Universitetet i Uppsala. I 1992 var jeg gått over til å bli rådgivende overlege ved Fylkestyngdekantoret i Telemark på deltid. I november 1993 møttes vi for første gang og la en plan for en doktorgradsavhandling i trygdemedisinsk etikk.

Forskningsplanene var vanskelig å realisere. Miljøspørsmålene presset seg på, og de neste tre årene brukte jeg til, på deltid, å skrive læreboka *Økologisk helselære* sammen med Iver Mysterud, Merete Steen og Per Fugelli. Dette tverrfaglige skrivearbeidet stimulerte min interesse for å gå videre med filosofiske analyser av medisinsk praksis.

I oktober 1996 kom jeg i gang med dette doktorgradsprosjektet på deltid. Jeg fant tekstmateriale og studerte filosofi systematisk. Året etter begynte jeg ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg og ble tatt opp som doktorgradsstudent der med prosjektet. I 2002 kunne prosjektet flyttes over til Seksjon for arbeids- og trygdemedisin ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitet i Oslo etter at jeg hadde fått et trygdemedisinsk doktorgradsstipend.

Det har vært en lang vei med både motstand og støtte. Nå når avhandlingen er ferdig, vil jeg takke hovedveileder professor António Barbosa da Silva som stadig har inspirert meg til å gå løs på vanskelig medisinsk problematikk med filosofisk metode. Sammen la vi tidlig opp en strategi for avhandlingen som viste seg holdbar. Gjennom årene har han kommentert på en alltid meget lærerik måte en rekke uferdige utkast. Jeg vil videre takke biveileder professor Reidar K. Lie som foreslo at jeg skulle analysere modeller, som har pekt på hva jeg ikke burde gjøre og dessuten vist veien videre ved et par viktige veiskiller. Biveileder professor Dag Bruusgaard vil

jeg takke for å ha vært en engasjert og kritisk leser av uferdige utkast og for å ha sørget for økonomisk støtte før jeg ble stipendiat.

Følgende vil jeg takke for at de med glede tok på seg arbeidet med å lese og kommentere større deler av, eller hele tidligere utkast av avhandlingen: professorene Bjørgulf Claussen, Harald Grimen og Aina Schiøtz, dessuten forsker Søren Brage, alle ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Takk også til seksjonsleder professor Gunnar Tellnes som har sørget for trivelige arbeidsforhold. Professor Øivind Larsen takkes for å ha tatt initiativ til at avhandlingen kunne nå ut til en større leserkrets enn det som ofte er vanlig. Takk til Det norske medicinske Selskab for at avhandlingen blir utgitt i selskapets skriftserie *Michael* og til adjunkt Turid Jensen for finlesning og språklig korrigerings av manus.

Uten å nevne flere navn vil jeg ellers takke kollegaer ved Seksjon for arbeids- og trygdemedisin og Gruppe for medisinsk historie ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin for hyggelige og nyttige samtaler og forslag til forbedringer etter at kapittelutkast var blitt lagt fram i forskningsmøtene. Kollegaer ved Seksjon for medisinsk etikk vil jeg også takke for interesse og innspill. Så vil jeg takke bibliotekarene ved Bibliotek for medisin og helsefag for god hjelp med å skaffe litteratur, søke i databaser og programmere *Reference Manager*. Jeg vil også takke Gisle Langslet for å ha gitt meg husly og hyggelige kveldsmåltider i Oslo da jeg trengte det.

En spesiell takk går til professor i sosialforsikringsmedisin Peter Donceel ved Det katolske universitet Leuven i Belgia som inviterte meg til en ukens studieopphold ved hans seksjon i januar 2006. Foruten gjestfriheten og samtalene med han, var det spennende og fruktbart å møte professorene Dirk Lahaye (arbeidsmedisiner), Josse Van Steenberge og Josef Viane (begge jurister) som har drevet forskning om spørsmål relatert til denne avhandlingen i mer enn tretti år.

Noen av de som på forskjellige måter bidrog til å etablere og verne om prosjektet, særlig i den første sårbare fasen, vil jeg også takke: Som fylkeslege deltok Geir Sverre Braut i tidlige diskusjoner om prosjektet. Professor Katie Eriksson gav prosjektet et første akademisk husly ved Åbo Akademi i Vasa i Finland. Professor Rune Nilsen gav senere prosjektet husly ved Senter for internasjonal helse ved Universitet i Bergen. Legeforeningens kvalitetssikringsfond I så tidlig muligheter i dette prosjektet og har støttet det med betydelige midler. Lege Vegard Høgli og andre medarbeidere ved Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) i Skien gav meg over noen tid kontor plass og interessante samtaler. Psykiater Pål Hartvig har vært en god dialogpartner om trygdemedisinsk sakkyndighet. Bibliotekar Mirjam Håndlykken ved Sykehuset Telemark HF har hjulpet

meg med litteratur over flere år. Ansatte ved Fylkestrygdekontoret i Telemark fulgte med positiv interesse med i min forskning, men har ikke noe ansvar for avhandlingens innhold.

Jeg vil også takke Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap som gav prosjektet uforstyrrede vekstbetingelser gjennom flere kurs over fem år fra 1997 av. Professor Anneli Sarvimäki vil jeg takke for engasjert innsats som kontaktveileder i den tiden prosjektet var tilknyttet høgskolen, og universitetslektor Margaretha Strandmark for interesse over lang tid for utvikling av prosjektet.

Min beste venn og kone Hildegard gjennom mer enn 35 år takker jeg for vidsyn og oppmuntring over lang tid til å holde på med denne form for medisinsk forskning.

Prosjektet er blitt finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og av Legeforeningens kvalitetssikringsfond I. Trykking av avhandlingen er også blitt støttet av Borregaards Forskningsfond og av Trygdemedisinsk fagutviklingsfond.

Skien/Oslo, mai 2007

Hans Magnus Solli

Sammendrag

BAKGRUNN: Fra midten av 1990-tallet har det pågått en paradigme-debatt innen norsk trygdemedisin om det biomedisinske sykdomsbegrepet og trygdemedisinens sosiale funksjon.

MÅL: Å analysere den norske trygdemedisinske uførepensjonsvurderingens 1) sentrale rettferdighetskriterier og 2) sentrale objektivitetskriterier og 3) i hvilken grad tre modeller for vurdering av uførhet oppfyller så vel rettferdighetskriteriene som objektivitetskriteriene. De tre modellene er: *Tabellmodellen* som beskriver en kvantitativ sammenheng mellom medisinsk tilstand og reduksjon av arbeidsevne utregnet på en skala, *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* som beskriver *disease* som årsaken til redusert evne til å skaffe inntekt under en fastsatt grense og *funksjonsevne modellen* som i følge WHO's *ICF* innfører tre kategorier for funksjonell beskrivelse: kroppens funksjoner og strukturer, aktiviteter og deltakelse.

MATERIALET består av 1) sosial-, filosofi- og medisinskhistorisk litteratur, 2) et norsk kildemateriale fra 1950 til og med 2005 bestående av lovtekster om uførepensjon og deres forarbeider, materiale fra trygdeetatens forvaltningspraksis og fra *Trygderetten*, sosial- og trygdemedisinske artikler, avhandlinger og bøker/bokkapitler og Legeforeningens etiske regler for leger og 3) et lite kildemateriale fra tysk medisin og sosialforsikringsmedisin omkring 1900.

METODOLOGI: Tekstanalyse med filosofisk metodologi, der begrepsanalyse er kombinert med aspekter av Hans-Georg Gadammers filosofiske hermeneutikk. Sentrale analytiske redskaper er følgende: To slag vilkår anses nødvendige og tilstrekkelige for rettferdighetsbegrepet: *det formale rettferdighetsprinsippet* og *innholdsmessige rettferdighetskriterier*. Ordet «objektivitet» brukes i avhandlingen i to helt forskjellige betydninger. *Ontologisk objektivitet* defineres som det som eksisterer uavhengig av menneskelig kunnskap eller bevissthet. *Kunnskapsteoretisk objektivitet* defineres som en tankemessig ytelse som har et innhold som kan antas å være gyldig for alle mennesker. *Ontologisk subjektivitet* defineres som det som kun eksisterer avhengig av bevissthet. Det formuleres *en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom* på grunnlag av en *pluralistisk-holistisk ontologi*. Denne beskriver *person i natur og samfunn* på fysikalsk-kjemisk, psyko-organisk og human nivå. *Funksjonsevne modellen* fortolkes på et handlingsteoretisk grunnlag.

RESULTATER: **Sentrale trygdemedisinske rettferdighetskriterier:** To former for rettferdighet er grunnleggende for folketrygdens uførepensjon. Den ene er *den kompensatoriske rettferdigheten*. Dens rettferdighetskrite-

rium er *skade på person* som fortsatt bør være et sentralt trygdemedisinsk rettferdighetskriterium. *Sykdom, skade eller lyte* er den gjeldende presisering av dette kriteriet i folketrygdloven. Den andre er *den fordelende og omfordelende rettferdigheten med behov, likhet og prestasjon* som rettferdighetskriterier. Det argumenteres for at den omfordelende rettferdighetens kriterium *faktisk like muligheter for alle* bør bli det andre sentrale trygdemedisinske rettferdighetskriteriet. Det karakteriseres ved at ulike grupper i samfunnet bør ha påvisbare like muligheter til livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert. Dette likhetskriteriet krever en nyansert beskrivelse av personens behov i de aktuelle omgivelser.

Sentrale objektivitetskriterier: Det sentrale etablerte objektivitetskriterium er *objektive funn*. Det anses som et tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Det konstrueres et *holistisk objektivitetsbegrep* som anerkjenner både et ontologisk objektivt og et ontologisk subjektivt aspekt ved mennesket og som krever kunnskapsteoretisk objektivitet ved beskrivelse av begge disse to aspektene. Dette begrepet anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Et kriterium på dette begrepet betegnes som det *medisinske holistiske objektivitetskriteriet* og karakteriseres slik: En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser i følge *en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*.

Sentrale kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet i en sakkyndighetskontekst er: *saklighet, intersubjektiv etterprøvbarehet, nøyaktighet og korrekthet*. En erklæring skal *ikke være misvisende* og *vilkårlighet* skal unngås. Disse er nødvendige vilkår for rettferdighetsbegrepet.

Analyse av avhandlingens tre uførhetsmodeller: Alle tre uførhetsmodellene er funnet anvendt i større eller mindre grad ved medisinsk vurdering av uførepensjonssøkere i Norge. Det ses ikke problemer med bruk av noen av modellene på grunnlag av kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet. *Tabellmodellen* anses i en viss grad å være forenlig med rettferdighetskriteriet *skade på person*. *Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* er i Norge utformet som en biomedisinsk *ad hoc*-modell, dvs. en klassisk biomedisinsk modell som også anerkjenner ontologisk subjektivitet (*illness without disease*). Denne biomedisinske *ad hoc*-modellen anses også i en viss grad forenlig med kriteriet *skade på person*. I følge disse to modellene ses ikke uførepensjonssøkeren som en handlende person med behov i sine aktuelle omgivelser. De anses derfor forenlig verken med kriteriet *faktisk like muligheter* eller med det *medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

Det foreslås en *kompleks funksjonsevnemodell* der den biomedisinske sykdomsmodellen innen ICF er modifisert og komplettert til en *kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*. *Vesentlig aktivitetsbegrensning* foreslås

som ny presisering av kriteriet *skade på person* til erstatning for sykdom, skade eller lyte. *Den komplekse funksjonsevne modellen* anses forenlig med kriteriet *faktisk like muligheter* og med *det holistiske objektivitetskriteriet*.

KONKLUSJON: Både *tabellmodellen* og *den monofaktorielle årsaksmodellen* anses uegnet for medisinsk uførhetsvurdering i et samfunn som har som mål å ivareta menneskelig livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet. En *kompleks funksjonsevne modell* anses velegnet. *Vesentlig aktivitetsbegrensning* bør foretrekkes som presisering av kriteriet *skade på person*.

Summary

Justice, objectivity and disability assessment within social insurance medicine. An ethical and scientific-philosophical analysis of three disability models, seen in a historical perspective.

BACKGROUND: Since the middle of the 1990's, there has been a paradigmatic debate within Norwegian social insurance medicine concerning the biomedical concept of disease and the social function of social insurance medicine.

AIMS: To analyse 1) central criteria of social justice, 2) central criteria of objectivity and 3) to what extent three models of disability assessment fulfil the criteria of social justice as well as the criteria of objectivity within the context of Norwegian social insurance medicine. The three models of disability assessment are: *The scale model*, which describes a quantitative relationship between a medical condition and the accompanying work disability by means of a scale. *The biomedical unifactorial model*, which describes disease as the cause of a permanent reduced ability to obtain income under a certain limit. *The functional ability model*, which, according to WHO's *ICF*, utilizes three basic categories for finding descriptions: body functions and structures, activities and social participation.

MATERIAL: The material consists of 1) literature of social and medical history and history of philosophy, 2) Norwegian law texts on disability pension and their preparatory works, written material from administrative practice of The National Insurance Administration and from The Social Security Tribunal, social medical and social insurance medical articles, doctoral dissertations and excerpts from books and The Norwegian Medical Association's Code of Ethics, all from the period of 1950 to 2005, and 3) a few sources from German medicine and social insurance medicine around 1900.

METHODOLOGY: Text analysis with philosophical methodology, where conceptual analysis has been combined with some aspects of the philosophical hermeneutics of Hans-Georg Gadamer, has been used. Central analytical concepts are the following: Concerning the concept of justice, two kinds of conditions are both necessary and sufficient: the formal principle of justice and one or more material criteria of justice. A sharp distinction is made between the concept of ontological objectivity and that of epistemological objectivity. Ontological objectivity is defined as that which exists independent of knowledge or consciousness. Epistemological objec-

tivity is defined as a cognitive performance with a content that is supposed to be valid for all human beings. Ontological subjectivity is defined as that which exists only dependent on the consciousness. A *complex medical model of health and disease* is constructed on the basis of a pluralistic-holistic ontology. This ontology describes *person in nature and society* on a physical-chemical, psycho-organic and a human level. The functional ability model is interpreted on an action theoretical basis.

RESULTS: Central criteria of justice within social insurance medicine: Two forms of justice are found fundamental for the disability pension of The National Insurance. The first one is *compensatory justice* with *injury to person* as the central criterion of justice. This should continue to be a central criterion. *Sickness, injury or defect* is the prevailing refinement of this criterion in the disability pension chapter of The National Insurance Act. The second one is *distributive/redistributive justice* with need, equality and achievement as the material criteria of justice. It is argued that *real equality of opportunity for everybody* should become a central criterion of redistributive justice of The National Insurance. This is defined in the following way. Various groups in the society should have provable equal possibilities of flourishing and participating in society, included working life. This criterion requires an accurate description of the person's needs in his or her current environment.

Central criteria of objectivity within social insurance medicine: The central criterion of ontological objectivity is *objective findings*. This concept is considered to be a sufficient condition for the concept of justice. Based on the distinction between ontological and epistemological objectivity a *holistic* concept of objectivity is construed. This concept recognizes both an ontological objective and an ontological subjective aspect of the human being. It also requires epistemological objectivity when both these aspects are described. This concept is considered to be a necessary condition for the concept of justice. A criterion of this concept of objectivity is designated *the medical holistic criterion of objectivity*. It is characterized as a *professional description and assessment of the patient's experience, of body and environment according to a complex medical model of health and disease*. The following criteria of epistemological objectivity are proposed: *impartiality, intersubjective validity, accuracy and correctness*. Attestation should *not be misleading*. Arbitrariness should be avoided. These are necessary conditions for the concept of justice.

Analysis of the three models of disability assessment: The three models of disability assessment are found to be used to a greater or lesser extent when disability pension claimants are assessed within The National Insur-

ance of Norway. There are no problems with the criteria of epistemological objectivity presented above in relation to the three models. *The scale model* is considered, to a certain extent, to be consistent with the criterion *injury to person*. The *biomedical unicausal model* is presently based on a biomedical *ad hoc model* in Norway, that is, a classical biomedical model that also recognizes ontological subjectivity (*illness without disease*). This model is also, to a certain extent, considered consistent with the criterion *injury to person*. According to these two models the claimant of disability pension is not looked upon as an acting person with needs in his or her environment. Therefore they are neither consistent with the criterion *real equality of opportunity* nor with *the medical holistic criterion of objectivity*.

A complex *functional ability model* is proposed which modifies and completes the biomedical model within WHO's ICF, using the proposed *complex medical model for health and disease*. *Significant activity limitation* is proposed as a new refinement of the criterion *injury to person*. It should replace *sickness, injury or defect*. The complex functional ability model is considered consistent both with the criterion *real equality of opportunity for everybody* and *the medical holistic criterion of objectivity*.

CONCLUSION: Both *the scale model* and *the biomedical unicausal model* are considered unsuitable for a medical disability pension assessment in a society aiming at human flourishing and participation. *A complex functional ability model* is proposed as the best alternative. *Significant activity limitation* is proposed as the preferential refinement of the criterion *injury to person*.

Del I.

Innledning og analytiske egenskaper

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Mellom 2006 – 2009 gjennomføres en omfattende reform av den norske arbeids- og velferdsforvaltningen. Det tilstrebes en samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, sosialtjenesteloven og andre lover (Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen 2006). Reformen betegnes «NAV – reformen», der «NAV» står for *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Trygdeetaten, Aetat og deler av kommunenes sosialtjeneste ble slått sammen til den nye *Arbeids- og velferdsetaten* 1. juli 2006. Kommunens trygdekontor, arbeidskontor og sosialkontor skal gradvis slås sammen til kommunalt *NAV-kontor*.

Rattsø-utvalgets utredning som kom i forkant av reformen, konstaterer på den ene side at «[l]egene har en helt sentral rolle som premissgiver overfor trygdeetaten.» (NOU 2004b: 180). Legene har en portvokterrolle som «innebærer at legene i praksis fordeler og omfordeler en betydelig andel av samfunnets ressurser» (ibid.). Legene har altså en viktig fordelingspolitisk funksjon i samfunnet. På den annen side, skriver utredningen, skjer legenes forvaltning av store samfunnsverdier innen et system der de ikke på noen måter stilles til ansvar, «verken politisk, personlig eller som gruppe [...]» (ibid.). Det er bemerkelsesverdig at det her hevdes at det nåværende system ikke tilskriver legene ansvar. Utredningen anser nåværende situasjon som så problematisk at to alternativer til nåværende system for trygdemedisinsk uførhetsvurdering nevnes som aktuelle. Det ene er å innføre spesialiserte leger (eng. *insurance doctors*), enten ansatt i eller engasjert av trygden, for å foreta den medisinske vurdering av uførepensjonssøkeren. Det andre alternativ er å opprette tverrfaglig team, bestående av f.eks. medisinsk, juridisk og attføringsfaglig ekspertise, til å fatte den endelige beslutning om uførepensjon (ibid.: 181). Jeg konstaterer usikkerhet om legenes framtidige roller og oppgaver innen det nye velferdssystemet. En pågående omfattende reform av velferdsforvaltningen er en særlig anledning til å reflektere over grunnlaget for legenes oppgaver og roller i trygdesystemet. Med «trygde-

systemet» menes her trygdeetaten + de helse- og sosialfaglige fagfolkene som trygdeetaten anvender.

Legene har i Norge som i andre industrinasjoner oppgaver og roller som faglige tjenesteytere, rådgivere og sakkyndige innen eller i nær relasjon til trygdeforvaltningen (Boer, Brenninkmeijer, & Zuidam 2004). I Norge er det behandlende lege, fra 2001 *fastlegen*, som er trygdekontorets viktigste medisinske samarbeidspartner. I uføresaker, dvs. i saker hvor det er tale om å innvilge tidsbegrenset uførestønad eller varig uførepensjon fordi inntektsevnen er blitt redusert for lengre tid, bruker trygden noen ganger også *spesialist* som sakkyndig og rådgiver. Trygdekontorene har videre tilgang til *rådgivende lege*. Til forskjell fra fastlegen og spesialisten skal ikke rådgivende lege utføre noen klinisk undersøkelse og vurdering av f.eks. en uførepensjonssøker. Han eller hun skal gi medisinske råd til saksbehandler på grunnlag av de medisinske opplysninger som foreligger i saken fra leger som har undersøkt søkeren. Det er trygdens *saksbehandler* som avgjør om en ytelse fra trygden som uførepensjon skal ytes eller ikke. Et vesentlig grunnlag for denne avgjørelsen er de medisinske opplysninger, vurderinger og råd som finnes i saken.

Det har i flere årtier pågått en til tider intens debatt om bruk av medisinsk kunnskap i uførepensjonsvurderingen i Norge. En mangeårig sosialmedisinsk debatt om uførhetsbegrepet kulminerte i 1977 i en NOU som foreslo å sløyfe kravet om at uførheten skulle være forårsaket av «sykdom, skade eller lyte» (NOU 1977a). Dette forslaget ble ikke tatt opp til realitetsbehandling. I 1991 ble uførhetsbegrepets sykdoms- og årsaksvilkår strammet inn (Ot.prp.nr.62 1991). Innstramningen førte til debatt om den trygdemessige status særlig for pasienter med kroniske smertetilstander og fibromyalgi.¹ I 1994 gjorde en medisinsk «konsensusrapport» til *Trygderetten* rede for at det finnes to sykdomsbegrep i medisinenes historie (Brusgaard et al. 1995).² Det ene sykdomsbegrepet er verdinøytralt og sykdom ses på «som avgrensede, objektive enheter som det er den medisinske vitenskaps oppgave å identifisere og beskrive» (ibid.: 8). Dette synet, skriver

¹ Fibromyalgi er betegnelsen på en lidelse, sykdom eller et syndrom med kroniske smerter i muskler og senefester og ømme punkter på karakteristiske steder. Årsaksforhold er ikke klarlagt. Det anses særlig viktig at lege og pasient samarbeider om behandlingen. Fra: Fibromyalgi. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=541884> (03.01.2007).

² *Trygderetten* er en egen ankeinstans for trygde- og pensjonssaker, etablert i 1967. «Trygderetten ble organisert som et forvaltningsorgan, men fikk et sterkt domstolspreg. Den som er misfornøyd med Trygderettens kjennelse, kan klage til Stortingets ombudsmann for forvaltningen. Videre kan vedkommende anlegge sak ved de ordinære domstolene.» (Kjønstad 1998: 31).

rapporten, er nå avvist av de fleste som uholdbart (ibid.). Dette synet er ikke desto mindre grunnleggende i folketrygdlovens uførepensjonskapittel. Det andre sykdomsbegrepet er verdiladet og relasjonelt. Konsensurrapporten gikk inn for et slikt sykdomsbegrep (ibid.). Vi kommer tilbake til disse to forskjellige sykdomsbegrepene i avhandlingens analyser. *Trygderetten* gikk inn for det relasjonelle sykdomsbegrepet i en prinsipiell «syv manns kjennelse» om sykdomsbegrepet i folketrygdlovens uførepensjonskapittel («fibromyalgikjennelsen») (Trygderetten 1995: 183). Myndighetene svarte med å endre loven slik at også sykdom uten påvisbare «objektive funn» ble anerkjent (Ot.prp.nr.42 1995).

Det er bemerkelsesverdig at erfarne rådgivende leger i en 50 års jubileumsbok for Norsk trygdemedisinsk forening i 2002 profilerte tvil om fagets nåværende innhold (Hanch-Hansen 2002). Arne Ryen skriver følgende i boken ved å referere til Henrik Ibsens «Peer Gynt»:

I Femte handling prøvde vår venn Peer Gynt å finne sin egen kjerne ved å skrelle en jordløk. År etter år gjør vi det og undres stadig på det samme som han, «Kommer ikke kjernen snart for en dag»?...«Nei – Gud om den gjør. Til det innerste indre er alt sammen lag, – bare mindre og mindre». Sannheten er nok helst den at vi alle sammen går som katten rundt den varme grøten.

Grøten er den åpenbare inkongruens mellom [sykdom, skade eller lyte] som rettferdig tildelingskriterium i Lov om folketrygd ogvirkeligheten! (Ryen 2002: 49).

Tildelingsvilkåret «sykdom, skade eller lyte» fungerer altså ikke rettferdig. Det er ikke i overensstemmelse med «virkeligheten». Den gruppen dette misforholdet går utover, skriver Ryen, er de

som for det meste har bare elendighet på livsseilasen sin [...]. Burde ikke velferdsstaten, gjennom folketrygdloven, yte hjelp til disse også, til behandling, til rehabilitering, til mestring, til å løfte motivasjon, til optimisme og håp, på lik linje med mennesker i dagens «verdige» grupper? (ibid.: 51).

Jeg oppfatter det som her sies som uttrykk for en profesjonell uro om at noe grunnleggende ikke stemmer i trygdemedisinen. Fagets innhold er vanskelig å se, og dens sosiale funksjon kan oppleves problematisk. Andre trygdemedisinske praktikere har tatt til orde for at det trengs et «trygdemedisinsk paradigmeskifte» (Johnson 2004; Solli et al. 1999).³ Uro av denne type er ikke kun et spesifikt norsk fenomen. Den kom til uttrykk f.eks. ved en internasjonal trygdemedisinsk konferanse arrangert av American Academy of Disability Evaluating Physicians (AADEP) sammen med European

³ Det hevdes at et paradigmeskifte er på gang i allmennmedisinen (McWhinney 1997: kap. 5; McWhinney 2003). Det argumenteres videre for at den biomedisinske sykdomsmodellen bør erstattes av en mer holistisk medisinsk modell i helsetjenesten i sin alminnelighet (Wade & Halligan 2004).

Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS) i London 8.-9. september 2005.⁴

«Konsensusrapporten», *Trygderettens* «fibromyalgikjennelse» og trygdemedisinske praktikere har trukket opp til en debatt som kan betegnes som en «trygdemedisinsk paradigmedebatt». Termen «paradigme» (av gr. *paradeigma*, forbilde, mønster, mønstergyldig eksempel) ble innført i vitenskapsfilosofien i 1962 av filosofen Thomas Kuhn (1922-1996) (Kuhn 1996; Lübcke 1983: 327f, 252). Paradigme i vitenskapsfilosofisk betydning kan sies å bestå bl.a. av en virkelighetsoppfatning, et menneskesyn, et kunnskapssyn, et vitenskapsideal og metodologiske forskrifter og anbefalinger (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 119f). Det er altså en omfattende problematikk som en «trygdemedisinsk paradigmedebatt» lar komme til syne.

Internasjonalt har OECD studert mangfoldet av trygdemedisinske roller og oppgaver i uførepensjonssaker i en rapport (OECD 2003). I de fleste land blir de trygdemedisinske vurderingene utført av spesialiserte leger. Norge hevdes å være et internasjonalt særtilfelle fordi behandlende lege bærer hovedansvaret for den medisinske vurderingen av uførepensjonssøkeren.⁵ Rapporten vurderer konsekvensene å være slik:

It is notable that in all the countries in which treating doctors have an important role, reciprocity and/or inflow rates have recently (continued to) increase. This suggests the growing importance of the generally well-acknowledged problems of involving treating doctors in the disability benefit award process (e.g. the fact that they are often too close to the patient to be able to make a neutral assessment even if they may be best informed about the applicant's set of medical problems, and also that they lack knowledge of the legal disability criteria and of the applicant's job requirements) (ibid.: 85).

Den etablerte norske trygdemedisinen er under press fra flere hold: fra vitenskapelig skolerte fagpersoner, erfarne praktikere, norske myndigheter og en sentral internasjonal organisasjon som OECD. Noen av disse problemene synes så grunnleggende at spørsmålet om de bør forstås i lys av det vitenskapsfilosofiske paradigmebegrepet er blitt reist.

1.2 Problemstilling

Rattsø-utvalget, sitert innledningsvis, påpeker altså at legene innen trygdesystemet har en viktig fordelingspolitisk funksjon i samfunnet. Dette betyr at den trygdemedisinsk arbeidende lege opptrer innen et sosial felt som

⁴ Programmet finnes på <http://www.eumass.com/default.asp?id=37&mnu=37>. Den uro jeg sikter til hørte jeg kom til uttrykk i fellesdiskusjoner etter enkelte foredrag.

⁵ Rapporten hevder at uførepensjonsordninger i USA står i samme stilling som den norske. Et slikt syn har jeg ikke fått bekreftet fra andre hold. Jeg stiller meg derfor spørrende til om dette er korrekt.

bl.a. reguleres av fordelingsrettferdighet. Vi står altså overfor et *deskriptivt og normativt sosialetisk problem*. Dette sosialetiske problem tas som utgangspunkt for avhandlingen. I dette feltet opptrer legen som portvakt, skriver utvalget. Det er vanlig å si at legen opptrer som sakkyndig, og at legen da bør være upartisk og objektiv. Et interessant, men også problematisk fenomen, er at ord som objektiv og objektivitet er mangetydige. Det er en viktig oppgave å avklare hva som i en trygdemedisinsk kontekst menes med objektivitet, og hva som bør menes med objektivitet. Dette er et *deskriptivt og normativt vitenskapsfilosofisk problem*. Objektivitetsproblemet åpner opp for en analyse av noen paradigmatisk spørsmål innen medisinen. Dette problemet er relatert til de to forskjellige syn på sykdom i medisinen som ble nevnt overfor.

Når det gjelder trygdemedisinsk metodologi, er det innen internasjonal trygdemedisin skrevet om at det foreligger prinsipielt tre forskjellige modeller for medisinsk vurdering av personer med langvarig redusert arbeids- eller inntektsevne (Donceel 1999a).⁶ En slik modell betegnes her «uførhetsmodell». Det er ikke enda etablert noen internasjonal terminologi om hvordan disse modellene skal betegnes. På norsk betegner jeg dem *tabellmodellen*, den *biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* og *funksjons-evnemodellen*.⁷ Avhandlingen skal vise at alle disse tre modellene i større eller mindre grad er i bruk i uførhetsvurderingen i Norge.

Tabellmodellen. Denne modellen ble innført i sosialforsikringen i og med den tyske *ulykkesforsikringsloven av 1884*.⁸ Den tar utgangspunkt i at personen har fått redusert sin arbeidsevne som følge av en kroppslig skade etter en arbeidsulykke, senere også ved noen sykdommer. Det antas at kroppslige skader kan karakteriseres ved en tilhørende typisk, *abstrakt* reduksjon av arbeidsevne. En typisk hel arbeidsevne ble satt til 100%. Et fullstendig tap av arbeidsevne ble satt til 0 % og ble betegnet som *invaliditet*. Det ble antatt at man kan anslå den typisk reduserte arbeidsevne ved ulike skader som en prosentvis reduksjon av en hel arbeidsevne. Den prosentvise typiske reduksjonen av arbeidsevne ved forskjellige medisinske tilstander ble skalert i en tabell, *invaliditetstabell*. Denne måten å vurdere på fikk også noen steder innpass i sosialforsikringens *invalid- eller uførepensjon*. En ta-

⁶ De tre uførhetsmodellene karakteriseres kort i sammenskrivningen av Peter Donceels avhandling (Donceel 1999a). Den foreligger på flamsk. Forfatteren har skrevet en upublisert engelsk oversettelse av det første kapitlet i avhandlingen som jeg fikk lese i januar 2006.

⁷ En alternativ betegnelse til overveielse på tabellmodellen er «skalamodellen».

⁸ Som det går fram av historiske undersøkelser i avhandlingens underkapittel 12.1, ble modellen tatt i bruk innen privatforsikringsmedisinen tidligere i det 19. århundret.

bellmodell kan utformes på flere måter. Et eksempel fra USA er en tabellarskala over oppstått funksjonsnedsettelse (eng. *impairment*) ved forskjellige skader og sykdommer (Cocchiarella & Andersson 2001). Et annet eksempel er den britiske *The personal capability assessment* hvor aktivitetsbegrensninger (eng. *bodily and mental disablement*) skaleres (DWP 2004).

Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen ble innført i og med den tyske *invaliddepensjonsloven av 1889*. Det skal for det første foreligge en medisinsk tilstand som karakteriseres i følge den biomedisinske sykdomsmodellen. Det skal for det andre kunne påvises at denne medisinske tilstand er den ene årsaken, eller hovedårsaken, til reduksjon av inntektsevne under en bestemt inntektsgrense. Denne modellen står sentralt i uførepensjonsordninger på det europeiske kontinentet, i Norden og i noen ordninger i USA.

Funksjonsevne modellen: I regi av WHO er det pågått et arbeid for å kategorisere funksjonshemming. Resultatet er blitt publisert som *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF* (WHO 2001; WHO 2003). *ICF*'s hovedkategorier er følgende: Den første kategorien er på organnivå og betegnes *kroppsfunksjoner og – strukturer*. Disse er «organ-systemenes fysiologiske funksjoner, inklusive mentale funksjoner» og «anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres enkeltdeler» (WHO 2003: 10). Den andre kategorien er på personnivå og betegnes *aktiviteter*. «Aktiviteter er menneskets utførelse av oppgaver og handlinger.» (Ibid.). Den tredje er en sosial kategori som betegnes *deltakelse*. «Deltakelse er å engasjere seg i en livssituasjon.» (Ibid.). Hver kategori kan beskrives negativt eller positivt. Kroppsfunksjoner og -strukturer beskrives positivt som *funksjonell og strukturell integritet*, negativt som *funksjonsnedsettelse* (eng. *impairment*).⁹ Aktiviteter angis som positive. Negativt foreslås *aktivitetsbegrensning*. Deltakelse angis også som positiv. Negativt foreslås *deltakelsesinnskrenkning* (ibid.). *Funksjonshemming* er paraplybetegnelsen for funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesinnskrenkning (WHO 2003: 3). Funksjon (eng. *function*) angis som paraplybetegnelse for

⁹ Oversettelsen av «*impairment*» til «avvik» i den norske ICF-utgaven kan neppe anses vellykket (WHO 2003: 10). Selv om et «*impairment*» er et slag avvik, er «avvik» et ord som på norsk også konnoterer «avvikende trekk», eller personer med psykiske avvik. Oversettes «avvik» tilbake til engelsk fåes «*deviation*». Jeg mener på dette grunnlag at ordet avvik ikke egner seg for oversettelse av «*impairment*». Det sammensatte uttrykket «funksjons- og strukturavvik» er bedre (ibid.: 11). Her presiseres det hva slags avvik det er tale om. Men i og med at «funksjonsnedsettelse» begynner å bli innarbeidet på norsk, vil jeg anvende denne termen (NOU 2001a: 17; NOU 2005: 36f). Andre termer som i noen sammenhenger er benyttet som synonymt med «*impairment*», er «redusert/nedsett funksjonsevne» (ibid.; ibid.) og «funksjonsforstyrrelse» (Helsedirektoratet 1991: 15)

funksjonell og strukturell integritet, aktivitet og deltakelse. I tråd med tradisjonelt språkbruk i Norge, som avhandlingen skal gjøre rede for, betegnes modellen som *funksjonsevne modellen*. Danmark er så langt jeg kjenner til det eneste land som har innført en vurderingsmodell i sin uførepensjonsordning som er beslektet med funksjonsevne modellen («arbejdsevne metode»). Denne synes imidlertid ikke å være direkte basert på ICF (Bang 2002).

Avhandlingens problemstilling kan nå formuleres som følger: Hvilke er de nødvendige vilkår for at bruk av medisinsk kunnskap i vurdering av menneskers reduserte inntektsevne innen folketrygden skal kunne sies å være rettferdig? Det må finnes sosialetiske vilkår. Men det må også finnes vitenskapsfilosofiske vilkår. Så vel det ene slag vilkår som det andre må oppfylles. Problemet er videre hvilken uførhetsmodell (eller hvilke uførhetsmodeller) som oppfyller disse vilkårene. Målet med avhandlingen er altså å analysere relasjoner mellom rettferdighetsbegrepet og objektivitetsbegreper, både deskriptivt og normativt, i en trygdemedisinsk kontekst. Delmålene kan formuleres slik:

- a) Et sosialetisk delmål: Hvilke rettferdighetskriterier er sentrale for en trygdemedisinsk vurdering av personer med nedsatt inntektsevne? Hvilke bør de være?
- b) Et vitenskapsfilosofisk delmål: Hvilket objektivitetsbegrep er nødvendig, tilstrekkelig eller nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet? Hvilke er kriterier for bruk av disse begrepene i en trygdemedisinsk kontekst? Hvilke bør de være?
- c) Hvilken modell for uførhetsvurdering, *tabellmodellen*, *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* eller *funksjonsevne modellen*, er det som oppfyller så vel rettferdighetskriteriene i a) som objektivitetskriteriene i b) slik de bør være?

Avhandlingens overgripende kontekster er europeisk og nordisk sosialhistorie og internasjonal trygdemedisin. Men problemstillingen er avgrenset til å dreie seg om bruk av disse uførhetsmodellene innen den norske folketrygdens uførepensjonsordning. Fokus for analysen er *behandlende leges* kliniske oppgaver og virksomhet som trygdemedisinsk sakkyndig overfor trygdekontoret. Virksomhet som rådgiver overfor arbeidsgiver tas ikke opp. Spesifikke problemer med rådgivende leges eller arbeidsmedisiners roller og oppgaver, eller som angår spesialistvurderinger, tas heller ikke opp. Avhandlingen er videre avgrenset til å dreie seg om kliniske arbeidsoppgaver og sakkyndighetsoppgaver vedrørende personer med betydelig og langvarig nedsatt evne til å arbeide og skaffe seg inntekt. Personene har en-

ten vanskeligheter med å komme inn i arbeidslivet, eller de har problemer med å fortsette i sitt arbeid. De er derfor i en situasjon der rehabilitering eller attføring på den ene side, eller uførepensjon på den annen side, er aktuelle muligheter. Spesifikk sykmeldingsproblematikk tas ikke opp. Den empiriske analysen avgrenser seg til legens oppgaver overfor trygdekontoret slik disse fungerte før etablering av NAV 01.07.06. Når jeg skriver om forhold etter 01.07.06 omtales det tidligere trygdekontoret som NAV-kontor. Bruken av medisinsk kunnskap innen private forsikringsselskaper holdes utenfor analysen. Den muligheten som består i å trekke medisinen og legene helt ut av uførepensjonsvurderingen, tas ikke opp til analyse. Velferdsordninger som f.eks. garantert minsteinntekt er ikke tema for denne avhandlingen.

1.3 Trygdemedisin, sosialforsikringsmedisin og sosialmedisin

Termene *trygdemedisin*, *sosialforsikringsmedisin* og *sosialmedisin* karakteriseres på følgende måte. I Norge fikk termen *trygdemedisin* gradvis innpass i alle fall fra 1960-tallet av. Lege Kristian Kjæstad (1911-68) definerte i 1964 trygdemedisin som «[l]æren om trygdens ytelser og innpassingen av det enkelte medisinske tilfelle i dette konglomerat av regler. [...]. Faget omfatter en del av sosialmedisinen og må oppfattes som en underavdeling under dette store fag.» (Kjæstad 1964). I følge gjeldende norske definisjonen er trygdemedisin «læren om arbeidsoppgaver og beslutninger som er knyttet til sykdom, skade og lyte når disse tilstandene utgjør hovedkriteriene for ytelser og bidrag etter folketrygdloven.» (Tellnes 1994: 13). Det dreier seg altså om kliniske oppgaver, rådgivning og sakkyndighetsoppgaver som kommer til anvendelse når sykdom, skade og lyte er vilkår for en ytelse etter folketrygdloven.

For å omtale medisinske oppgaver i relasjon til tysk og norsk sosialforsikring før 1960, anvendes termen *sosialforsikringsmedisin*. Et tysk leksikon fra 1959 skriver at *Versicherungsmedizin* «har utviklet seg i nær sammenheng med sosialforsikringen, hvis innvilgelse av ytelser i sin alminnelighet beror på en stillingtaken fra en medisinsk sakkyndig.» (*Min oversettelse*) (Renthe-Fink 1959: 338). Den tyske termen oversettes til *sosialforsikringsmedisin* for å unngå forveksling med det som kan betegnes som *privatforsikringsmedisin* (ty: *Privatversicherungsärztliche Begutachtung*) (ibid.). På tysk synes forøvrig «*Versicherungsmedizin*» i stor grad å ha blitt erstattet av «*Sozialmedizin*» (Cibis & Hüller 2003).

Sosialmedisinene Per Fugelli, Kjell Haug, Georg Høyer, John Gunnar Mæland og Steinar Westin har nylig definert *sosialmedisin* slik: «Sosialmedisinens oppdrag er å studere de sosiale forhold som virker inn på helse og

sykdom, samt hvordan de sosiale vansker som følger av sykdom kan avhjel-
pes. Faget skal bidra til å bedre helsen for vanskeligstilte grupper.» (Fugelli
et al. 2004: 25). Definisjonen presiseres ved å gi termen *sosial* to betyd-
ninger: 1) som «sosiale faktorer som virker inn på helse og sykdom» og 2)
som «et moralsk imperativ som pålegger faget å bidra til sosial rettferdig-
het.» (ibid.). Det heter at faget

erkjenner at grunnleggende humanistiske og sosiale verdier som rettferdighet, frihet og
likeverd er essensielle helsebetingelser. En logisk konsekvens blir at sosialmedisinen ar-
beider for å styrke disse samfunnsverdiene. En logisk konsekvens blir også at sosialmedi-
sinen tar et særlig ansvar for de grupper som får sin helse truet av mangel på rettferdig-
het, frihet og likeverd (ibid.: 26).

Vi ser at sosialmedisinen defineres som både et *deskriptivt fag* og et *norma-
tivt, sosialetisk fag*. Sosialmedisinen er i følge definisjonen etisk normativt
på to plan. Det ene planet består i å styrke verdier som rettferdighet, frihet
og likeverd generelt i samfunnet. Det andre planet består i å ta spesielt an-
svar for grupper hvis helse er truet av mangel på rettferdighet, frihet og like-
verd. Det er fortsatt vanlig å anse trygdemedisinen som en del av sosialme-
disinen i Norge (ibid.: 24). Trygdemedisin er imidlertid definert uten
eksplisitt referanse til sosialetikk (se ovenfor), mens sosialmedisinen er det.
Men i og med at trygdemedisinen er en del av sosialmedisinen, anser jeg
trygdemedisinen for å ha en implisitt sosialetikk.

1.4 Tidligere forskning

Det har ikke vært mulig å finne tidligere utførte sosialetiske og vitenskaps-
filosofiske sammenlignende analyser av forskjellige uførhetsmodeller.¹⁰
Analyser av deler av denne avhandlingens problemstilling er imidlertid
funnet. Patologen Siegfried Gräff (1887-1966) skiller mellom to betrakt-
ningsmåter i medisinen (Gräff 1949: 223ff). Den ene har den patologiske
anatomien som sitt utgangspunkt. Legen erkjenner pasientens sykdom pri-
mært i den påvisbare organskaden. Den andre betraktningmåten tar sitt
utgangspunkt i «menneskenes og samfunnets behov for en rådgiver og hjel-
per i tilfelle sjelelig eller kroppslig nød.» (*Min oversettelse*) (ibid.: 227). Le-
gen erkjenner at det primært kreves en tankemessig orden med hensyn til
medisinens logiske struktur og dens mål. Gräff viser at den patologisk- ana-
tomiske betraktningmåten har dominert siden medisinen naturvitenska-
pelige revolusjon i det 19. århundret. Han tar opp problematiske conse-

¹⁰ Det ble gjort flere omfattende internasjonale litteratursøk, også i de tyske databasene
Subito og Deutsche Bibliothek, med bibliotekarassistanse i november 2005. Det ble ikke
funnet annen relevant litteratur enn den som allerede var kjent.

kvenser av denne betraktningmåten når den anvendes i retten, sosialforsikringen inkludert. Disse konsekvensene oppstår fordi jussen ikke kan se bort fra at sykdomsbegrepet også har en subjektiv dimensjon, noe som be- nektes innen den patologisk-anatomiske betraktningmåten (ibid.: 231ff).

Arbeidsmedisineren Dirk Lahaye og juristene Josse Van Steenberge og Josef Viane skrev i 1975 hver sin doktorgradsavhandling i et samordnet prosjekt om «skade på mennesket» (Lahaye 1975; Van Steenberge 1975; Viane 1976). Skadebegreper innen sosialforsikring belyses i et historisk, juridisk, medisinsk og filosofisk perspektiv med utgangspunkt i et belgisk materiale. Gruppens hovedkonklusjon er at det har stor betydning om det juridiske skadebegrepet defineres i termer av skade på en *ting* eller i termer av skade på et *levende menneske*. Gruppen er kritisk til bruk av tabeller både i yrkesskade- og uførepensjonsvurderingen. De kritiserer videre sosialforsikringen i tradisjonen fra de tyske sosialforsikringslovene fra 1880-tallet for å fokusere ensidig på den økonomiske kompensasjonen etter en skade. De argumenterer for at normer innen sosialforsikringen bør være ordnet på følgende måte. Den overordnede norm bør være forebygging av skade. Denne normen begrunner innsats for bl.a. et bedre arbeidsmiljø. Dersom skade er skjedd, bør omfattende behandling og rehabilitering tre inn. Økonomisk kompensasjon bør inntre kun etter at behandling og rehabilitering er gjennomført så langt det er mulig.¹¹

I 1984 publiserte statsviteren Deborah A. Stone en studie om moderne staters bruk av uførhetsbegrepet for å skille ut noen borgere som kan få sine behov dekket gjennom sosialforsikringen. Slik unnslipper de den allmenne plikten til å forsørge seg selv (Stone 1984). Hun foretar analysene i termer av fordelingsrettferdighet, dvs. ved å skrive om spenningen mellom «the two systems based on work and need» som hun anser som det fundamen- tale fordelingsmessige dilemma (ibid.: 17). Jeg fortolker teksten slik at hun taler om rettferdighetskriteriene «prestasjon» og «behov» (se underkapittel 2.4). I historiske analyser av engelsk, tysk og nordamerikansk sosialforsik- ringslovgivning viser hun også hvordan et medisinsk definert uførhetsbe- grep utviklet seg. Dette forskningsarbeidet er viktig og sentralt fordi det

¹¹ Dette er et kort sammendrag av enkelte av forskningsgruppens konklusjoner. De kom fram i personlig kommunikasjon med disse tre forskerne, alle professorer (hvorav to emeritert), i Leuven, Belgia, 17. og 19.01.06. Gruppens interessante og omfangsrige analyser foreligger kun på flamsk som jeg ikke behersker. På tysk finnes en kort oppsummering av noen hovedsynspunkter (Viane, Bock, & Geysen 1981). Donceel har i sammenskrivningsdelen i sin medisinske doktorgradsavhandling tatt opp gruppens teori til trygdemedisinsk anvendelse (Donceel 1999a). Et engelsk abstrakt foreligger (Donceel 1999b).

setter den medisinske uførepensjonsvurderingen inn i en rettferdighetskontekst. Det setter også spørsmålet om objektivitet inn i denne rettferdighetskonteksten. Så langt jeg har kunnet finne ut, er dette arbeidet i liten grad blitt fulgt opp internasjonalt av senere studier.

Legen Haakon Lærum har drøftet spørsmål vedrørende rettferdighet, juridisk rett og objektivitet innen dansk sosialmedisinsk sakkyndighet (Lærum 1997a; Lærum 1997b). Han har også i dette perspektiv tatt opp til diskusjon alternative kliniske metoder å vurdere uførhet på. Lærum skriver at for å oppnå det han betegner som en «objektivering» av tilstander som f.eks. «diverse neurasteniske stresstilstander», bruker han heller den sosialmedisinske metode framfor «tradisjonel bio-medicinsk objektivering» og/eller nevropsykologiske undersøkelser (Lærum 1996: 1380).

Når det gjelder norsk forskning og faglig debatt, tok legen Arild Bjørndal spørsmålet om sykdomsbegrepet som kriterium for rasjonering av trygd opp til analyse i 1994 (Bjørndal 1994). Han argumenterer for at *selvbestemt trygd* er den eneste «rettferdige» måten å fordele trygdegoder på (*forfatterens anbeførelstegn*). Han diskuterer også problemer med en slik løsning. Sosiologene Lars Inge Terum og Trude B. Nergård publiserte i 1999 en studie over medisinsk sakkyndighet i uførepensjonssaker (Terum & Nergård 1999). Studien konkluderer med at allmennlegenes vurderinger i slike saker i stor grad synes å bli styrt av deres eget personlige verdi- og moralsyn. Dersom dette er tilfelle, er vurderingene å anse som vilkårlige. Vilkaerlige legeerklæringer kommer i konflikt med sentrale prinsipper som likebehandling og rettstrygghet (Terum & Nergård 1999).

1.5 Materiale

Materialet består for det første av sosial-, filosofi- og medisinskhistorisk *litteratur*. De sentrale verkene er følgende: Ackerknecht 1982; Castel 2003; Eckart 2005; Holzinger 1992, Huerkamp 1985, Lichtenthaeler 1987; Midré 1995; Nipperdey 1998, Seip 1994a; Seip 1994b; Skirbekk & Gilje 1992a; Skirbekk & Gilje 1992b; Stone 1984 og Zöllner 1982.

For det andre består materialet av et mindre *kildemateriale* fra tysk medisin og sosialforsikringsmedisin fra tidsrommet omkring 1880-1920. Referansene er følgende: Behring 1893; Hildebrand 1913; Kaskel 1913; Seifert & Müller 1887; Stempel 1899; Virchow 1885.

For det tredje består materialet av norske *kilder*. Referansen oppgis når kilden tas opp til analyse. Her gis en oversikt over hva dette materialet består av:

- Lov- og forskriftstekster om uførepensjon fra og med *uføretrygdloven*, vedtatt i 1960, til og med den nye *folketrygdloven*, vedtatt i 1997. De re-

levante delene av fire lov- og forskriftstekster finnes i vedlegg 1A-D. En annen sentral lov som hører med er *lov om helsepersonell* av 1999.

- Forarbeider til disse lovene, det vil her si noen «Norges offentlige utredninger» (forkortet NOU) og noen odelstingsproposisjoner (forkortet ot. prp.). Noen stortingsmeldinger (forkortet st.meld.) er også blitt benyttet.
- Materiale fra trygdeetatens forvaltningspraksis: veiledninger for leger, en liten del av Rikstrygdeverkets rundskriv og dessuten skjema for utstedelse av legeerklæring ved søknad om uførepensjon. Fire skjemaversjoner, «1960 -», «1968-», «1991-» og «1999-skjemaet» er funnet som de sentrale. De finnes i vedlegg 2A-D.¹²
- Den allerede nevnte «fibromyalgikjennelsen» fra *Trygderetten* i 1994, med tilhørende medisinsk «konsensusrapport».
- Norske sosial- og trygdemedisinske artikler, avhandlinger og bøker/bokkapitler fra 1950 og til utgangen av 2005. Alle årganger av *Tidsskrift for Den norske lægeforening* fra 1959, *Utposten* fra 1972, *Sosial trygd* fra 1959 (skiftet navn til *Velferd* fra og med nr 5/97), *Tidsskrift for samfunnsforskning* fra 1960 og *Tidsskrift for velferdsforskning* fra 1998 er blitt søkt gjennom for å finne relevant materiale. Relevante deler av sosial- og trygdemedisinske lære- og handbøker inngår også i dette materialet. Den norske lægeforenings *attestregler* fra 1951 som gikk inn i foreningens *etiske regler for leger* i 1961, hører også med.

1.6 Metodologi

Tekstmaterialet undersøkes ved hjelp av *tekstanalyse*. Metoden er mye brukt innen humanistisk forskning. Den har også fått anvendelse innen folkehelsevitenskapelig forskning (Barbosa da Silva 1996; Koch 2003; Lund & Christensen 1995). Barbosa da Silva definerer tekstanalyse som «en undersøkning av en tekst ur ulike metodologiske synsvinklar för att få fram dess struktur eller logiska oppbyggnad och mening, innehåll eller budskap.» (Barbosa da Silva 1996: 170). Det finnes mange måter å analysere tekst på, avhengig av problemstillingen. «Tekster svarer på det man

¹² Det finnes ytterligere to versjoner. «1968-skjemaet» ble på slutten av 1980-tallet rasjonalisert fra fire til to sider. En to siders versjon fra september 1988 og en annen versjon fra oktober 1989 er funnet. Disse må ha blitt brukt forholdsvis kort tid, etter alt å dømme maksimalt to år. Jeg har derfor ikke tatt dem med som materiale for analyse. Rikstrygdeverkets skjemaversjoner er blitt funnet fram på følgende måte: I de siste årene jeg var rådgivende overlege ved Fylkestyngdekantoret i Telemark, fra 1997 til 2002, undersøkte jeg systematisk hvilke skjema som var blitt benyttet i eldre saker jeg fikk forelagt. Jeg antar at jeg har funnet alle skjema som er blitt benyttet. I Rikstrygdeverket ble jeg informert om det ikke finnes noe arkiv over tidligere benyttede skjema.

spørger dem om – og intet andet.» (Jensen 1997: 7). I denne avhandlingen består «teksten» av det tekstmateriale som ble presentert ovenfor.

Analysen anvender en filosofisk metodologi i det *begrepsanalyse* og *filosofisk hermeneutikk* kombineres. Her skal først gjøres rede for begrepsanalysen. Avhandlingen analyserer *rettferdighetsbegrepet* og *rettferdighetskriterier*. Objektivitetsbegrepers funksjon innen rettferdighetsteori analyseres også. Det foretas vitenskapsfilosofisk analyse av *det kunnskapsteoretiske* og *det ontologiske objektivitetsbegrepet*.¹³ Rettferdighetskriterier og objektivitetsbegreper utgjør sentrale deler av avhandlingens analyseapparat (eller metaspråk).

Sentrale trygdemedisinske begreper blir videre underkastet en *vilkårslogisk analyse* (Tranøy 1970). Vilkårslogisk vil det å utføre en begrepsanalyse si å analysere, eller definere, et begrep X med visse *nødvendige vilkår* som til sammen, eventuelt, er *tilstrekkelige* for at noe skal falle under begrepet X (Brülde & Tengland 2003: 35).¹⁴ Man søker som utgangspunkt for analysen å finne allerede formulerte definisjoner av et begrep i teksten. Det kan også være mulig å sette opp vilkårene for bruken av et begrep ut fra det som finnes mer eller mindre eksplisitt uttrykt i en tekst. Metoden har begrensninger. Det finnes begreper som er for komplekse til å kunne oppfylle kravene om nødvendige og tilstrekkelige vilkår. For visse begrep gjelder det å finne tilstrekkelige vilkår som de oppfyller. Når man har definert et begrep, kan det videre finnes grensetilfelle der enkelte vilkår for et begrep oppfylles, men ikke alle. Det kan da være vanskelig å vite om et aktuelt tilfelle faller inn under begrepet eller ikke. Fordi det finnes eksplisitte og rimelig stabile definisjoner av de sentrale begreper i denne avhandlingens materiale, som for eksempel *ervervsmessig uførhet*, kommer jeg langt med vilkårslogisk analyse. Vilkårene for bruken av sentrale begreper settes opp i tabellform i analysene.

Jeg skal nå gjøre rede for avhandlingens bruk av grunnleggende begreper hentet fra den *filosofiske hermeneutikken* som Hans-Georg Gadamer (1900-1902) utformet. Denne filosofien er en beskrivelse av hva som skjer i all tolking, spesielt tolking av tekster (Gadamer 1990; Grondin 1994). Utgangspunktet for Gadamers filosofiske hermeneutikk forklares slik:

Det Gadamer er ute etter, er å *beskrive* det fenomenet vi kaller menneskelig forståelse, og som han anser som et grunnleggende trekk ved det å være menneske. For i følge Gadamer er det nettopp grunnleggende for mennesket å forsøke å forstå den historiske og

¹³ Ontologi forklares nærmere i underkapittel 3.3.

¹⁴ Bengt Brülde og Per-Anders Tenglands definisjon er lett modifisert. Lennart Nordenfelt har gjort rede for filosofisk begrepsanalyse (Nordenfelt 1996: 29ff). Det finnes en grei norsk innføring i tradisjonell filosofisk begrepsanalyse skrevet av Opdal (1983).

sosiale verden, den kultur og de tradisjoner den er preget av. Det er dette Gadamer mener når han [...] bruker uttrykket *filosofisk hermeneutikk (mine kursiveringer)* (Krogh 2003: 240).

Det som her er sagt om forståelsens natur er ikke bare deskriptivt gyldig, men gir også normer for hvordan god forståelse kan oppnås vitenskapelig. Forskeren bør studere den historiske tradisjonen (eller de tradisjoner) som forskningsobjektet er en del av. For denne avhandlingen sin del synes en historisk tilnærming, og en sosial tilnærming, å være fruktbar for bedre å forstå den historiske situasjonen norsk trygdemedisin står oppe i.

Tre begreper fra Gadamer's filosofiske hermeneutikk som er relevant i denne sammenheng, er *forståelseshorison*, *førforståelse* og *virkningshistorie*. *Forståelseshorison* er definert som «mengden av de oppfatninger og holdninger som vi har på et gitt tidspunkt, bevisste eller ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot.» (Føllesdal & Walløe 2000: 95). Poenget med å bruke termen «horison» er på den ene side å referere til en *helhet* som vi alltid har omkring oss, og som vi ikke kan bryte ut fra. På den annen side er horisonten også i stadig *forandring* og den kan ikke låses fast. «Nye momenter kan dukke opp for oss – som vi nettopp pleier å si – i horisonten.» (Krogh 2003: 248). Forståelseshorisonen er noe som alltid «omgir» oss.

Førforståelse er betegnelsen på «alle oppfatninger og holdninger i vår forståelseshorison.» (ibid.: 103). Disse kan vi gjerne ha bevisstheten vår rettet mot. Gadamer talte gjerne om *fordom* med omtrent samme betydning som førforståelse. Gadamer's syn på fordommenes, eller førforståelsens, funksjon og betydning for å forstå er forklart slik: «Fordommer er ikke hindringer, men positive forutsetninger for forståelse. Ett sted må vi begynne for å forstå fortiden. Har vi egentlig noen annen eller bedre muligheter enn å begynne med den innsikt som vår egen tid har gitt oss?» (Krogh 2003: 245). I følge Gadamer er en førforståelse en forutsetning for i det hele tatt å kunne forstå noe nytt.

Vi kan nå karakterisere hva Gadamer mener med *virkningshistorie*. La oss ta et eksempel. Et klassisk verk er skrevet av en forfatter, med sin forståelseshorison og førforståelse. En forsker som studerer verket noen århundrer senere, studerer det med sin forståelseshorison og førforståelse som nødvendigvis er forskjellig fra forfatterens. Men disse horisontene er ikke totalt atskilte. De er i en viss grad forent med en *virkningshistorie*. *Virkningshistorie* betegner, for det første, historien om de virkninger som et verk har hatt (Svenaesus 2003: 415). *Virkningshistorie* betyr, for det andre, «at tidligere tiders forståelseshorisoner ennå virker inn på oss.» (Krogh 2003: 254). Fordi forskeren står i verkets virkningshistorie, vil hans eller hennes forståelseshorison ha noe til felles med forfatterens forståelseshorison.

Når de to forståelseshorisonter overlapper hverandre, skjer det som Gadamer betegner «horisontsammensmelting».

Gadamer skriver at det hermeneutiske problem er universelt og ikke begrenset til problemet å tolke klassiske tekster (Gadamer 1986a). Medisinsk vurdering av uføre personer som er blitt vanskelig å forstå, er altså et hermeneutisk problem. Det finnes en *virkningshistorie* om hvordan samfunnet vurderer og tar seg av mennesker som ikke kan forsørge seg selv. Dette fenomenet betegnes av sosialhistorikeren Anne-Lise Seip som «forsørgelsesproblemet» (Seip 1994a: 87). Jeg forsøker i avhandlingen å beskrive aspekter av forsørgelsesproblemet *virkningshistorie* med start i europeisk høymiddelalder. Når man så har ringet inn en virkningshistorie kan man videre spørre: Hva er det denne historien virkelig handler om? Dette er spørsmålet om «saken selv» (Kögler 1999: 171). Jeg nevner dette spørsmålet her fordi det stimulerer til å reflektere over om det kan sies noe om hva trygdemedisinen, eller sosialmedisinen, *virkelig* dreier seg om. Dette forsøker jeg å gjøre i denne avhandlingen.

I et hermeneutisk forskningsarbeid er det rimelig å gjøre noe rede for forskerens førforståelse idet forskningsarbeidet ble påbegynt.

Som eldste barn i en større forpakterfamilie ble jeg tidlig kjent med manuelt arbeid og protestantisk arbeids- og sosialetikk. Velferdsstatens utvikling gjorde det mulig for meg å ta eksamen artium som den første i min storfamilie og studere medisin ved Universitetet i Oslo. Min faglige bakgrunn er *allmen*medisinsk og *trygd*medisinsk utdanning og praktisk erfaring gjennom 25 år, dessuten interesse for folkehelsearbeid. I mitt medisinstudium ved Universitetet i Oslo leste jeg også bl.a. eksistensfilosofi og oppsøkte enkelte filosofiske og teologiske seminarer ved universitetet. I den første tiden som allmenlege fra 1977 av var jeg dypt involvert i klinisk allmenpraksis, kombinert med forskjellige lokalpolitiske aktiviteter og freds- og solidaritetsarbeid. Etter hvert kjente jeg et behov for mer teoretisk kunnskap om mitt fag, og jeg begynte også å skrive om nødvendigheten av økologisk fundert helhetstenkning i medisinen. Innen trygdemedisinen har jeg mange års erfaring, både med å skrive legeerklæringer som allmenlege, og med å vurdere andre legers erklæringer som rådgivende overlege. Jeg engasjerte meg i trygdemedisinsk fagutvikling. I min folkehelseutdanning ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap ble jeg bevisst at jeg gjennom min utdanning og erfaring har fått innlært en *individualistisk måte* å tenke på. Men i en samfunnsmedisinsk sammenheng er det også nødvendig også å tenke kollektivistisk. Hvordan skal forholdet mellom individualisme og kollektivismen nærmere forstås?

Under avhandlingsarbeidet har denne førforståelsen gradvis endret seg. For å kunne utføre avhandlingens analyser, har jeg utviklet et analysespråk eller metaspråk. Analysespråket overordnede begreper, gjeldende for hele avhandlingen, presenteres i kapittel 2, 3 og 4 og betegnes «analytiske redskaper». Denne delen av en avhandling betegnes gjerne også som «teoretisk tolkningsramme».

Avhandlingen har et *fenomenologisk perspektiv*, som er et perspektiv «innenfra». Det er et perspektiv som tar den subjektive opplevelse på alvor, enten det er en persons unike subjektive opplevelse, noe flere personer opplever sammen (*intersubjektivitet*) eller noe personer i et kollektiv opplever av å være et «vi» (Searle 1996: 25f). Mennesket er et subjekt, og et fenomenologisk perspektiv anvendes som forutsetning for å kunne beskrive en pasients opplevelse og tolkning av sin livssituasjon. Dette innebærer implisitt det syn at subjektiv opplevelse har struktur og mening. Dette perspektivet innenfra inkluderer den umiddelbare opplevelsen av å være kroppslig, å være «en levende kropp» (Gadamer 1996: kap. 5). Dette siste temaet er imidlertid forholdsvis lite utviklet i denne avhandlingen.

Avhandlingen går i en viss grad inn på den filosofiske hermeneutikkens teori om forståelse, både dens ontologiske og kunnskapsteoretiske aspekter (Fløistad 1968; Heidegger 1967: 130-166; Westphal 2001). Forståelse anses som et grunnfenomen i tilværelsen (underkapittel 3.5). Dette synet får konsekvenser for medisinsk vitenskapsfilosofi (kapittel 4).

Legeerklæringene blir i avhandlingen underkastet en innholdsanalyse. Det vil si at det er blitt analysert hvilke termer som blir brukt i skjemaene, hva legene blir spurt om og hvordan legen forventes å svare, enten med fritekst eller ved å krysse av i rubrikker. Videre er det et poeng å se hvor mye plass som er avsatt for en besvarelse i fritekst. Det er altså ikke blitt undersøkt hva legene skriver i skjemaene.

Jeg søker i denne avhandlingen å forstå mer om trygdemedisinens nåværende situasjon. I dagens trygdemedisin tales det om «verdige og uverdige», folketrygdloven taler om «hjelp til selvhjelp» og det tales om «arbeidslinje» som motsetning til «trygdelinje». Som rådgivende overlege har jeg blitt spurt om noe er å anse som «normalt». Den biomedisinske sykdomsmodellen anses problematisk innen trygdemedisinen, som vi har sett, og det tales om nødvendigheten av mer helhetlig og «kompleks» medisinsk tenkning. Den måten som jeg fant mest egnet for å oppnå forståelse av slike tema, og dermed kunne sette dem i sammenheng med hverandre, er å gå historisk til verks. Historien er blitt et viktig bakteppe for å forstå bedre i denne avhandlingen, mer enn jeg planla da jeg begynte med den.

I min tilnærming til det historiske materialet har jeg først og fremst foretatt noen *idéhistoriske undersøkelser*. Jeg har spurt: Når og i hvilken sammenheng oppstod sentrale trygdemedisinske idéer og begreper? Hvordan har de endret seg i historien fram til vår egen tid? Jeg har altså utført enkle beskrivelser av sentrale trygdemedisinske idéers opprinnelse. Min historiske metode kan betegnes som eklektisk, som bl.a. innebærer «utvelgende, prøvende, søkende».¹⁵ Jeg har søkt å finne svar på spørsmålene ved å gå til

sosialhistorisk, filosofihistorisk og medisinskhistorisk litteratur. En viss epokeinndeling i avhandlingens presentasjon har ikke vært til å unngå. Jeg er klar over at mine karakteriseringer av disse kunne ha blitt modifisert dersom jeg hadde gått dypere inn i kildematerialet og dessuten hadde hatt fylligere historisk kunnskap.

Når det gjelder min bruk av kilder, anvender jeg et forholdsvis omfattende materiale. Tre parter kommer til orde: myndigheter, leger og jurister. Jeg har vurdert kildenes kvalitet eller vitenskapelige status, eller med andre ord i hvilken grad de er å stole på (Kjeldstadli 1997).

Det er viktig å presisere at begrepsanalysen er avhandlingens primære analyse. Den kunne i prinsippet vært gjennomført uten noen redegjørelse for de historiske aspekter. Begrepsanalysen er altså i prinsippet uavhengig av om det skulle forekomme historiske utilstrekkeligheter eller feil.

1.7 Disposisjon

Avhandlingen er strukturert på følgende måte. Det gjøres i resten av del I rede for avhandlingens analytiske redskaper. Kapittel 2 gjør rede for rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet. Kapittel 3 gjør rede for objektivitet i flere betydninger. Analysen av sammenhengen mellom rettferdighet og objektivitet blir påbegynt. Et ontologisk og et kunnskaps-teoretisk objektivitetsbegrep analyseres. Kapittel 4 gjør rede for en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom, medisinske kunnskapsformer og former for praktisk tenkning innen trygdemedisinen. En handlingsorientert funksjonsevneteori presenteres og det gjøres rede for forskjellige syn på arbeid. Disse tre kapitlene utgjør til sammen avhandlingens teoretiske referanseramme.

I del II analyseres sosialforsikringens og folketrygdens rettferdighetsformer og -kriterier i et historisk perspektiv. Dette gjøres først i en europeisk kontekst (kapittel 5, 6 og 7), så i en nordisk (kapittel 8) og til slutt en norsk kontekst (kapittel 8 og 9). I denne delen besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens første *sosiale* delmål (se underkapittel 1.2 ovenfor). I del III analyseres objektivitetsbegreper og -kriterier. Kapittel 10 analyserer kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet i en trygdemedisinsk kontekst. I kapittel 11 analyseres *objektive funn*. Det konstrueres et holistisk objektivitetsbegrep som anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Det formuleres videre et medisinskfaglig kriterium på dette begrepet. I dette kapitlet besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens andre *vitenskapsfilosofiske* delmål.

¹⁵ Fra: Eklektiker, eklektisk. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=524158> (07.02.07).

I del IV analyseres de tre uførhetsmodellene på grunnlag av resultatene i del II om rettferdighetskriterier og del III om objektivitetskriterier. Tabellmodellen analyseres i kapittel 12, den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i kapittel 13 og funksjonsevne modellen i kapittel 14. Avhandlingens konklusjon kommer i Del V og består av kapittel 15. I dette kapitlet besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens tredje delmål.

Det er to vedlegg. Vedlegg 1 består av fire norske lov- og forskriftstekster som analyseres i denne avhandlingen. Vedlegg 2 består av fire legeerklæringskjema som har vært i bruk i Norge i perioden 1960 fram til avhandlingen ble ferdigskrevet i januar 2007.

2 Rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet

Hensikten med dette kapitlet er først å gjøre rede for et etisk perspektiv som gjelder nære personlige forhold og et annet som gjelder sosial samhandling. Det gjøres videre rede for rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet.

2.1 To forskjellige etiske hovedperspektiver

To forskjellige etiske hovedperspektiver går gjennom denne avhandlingens analyser. De betegnes *sympatiperspektivet* og *upartiskhetsperspektivet*. *Sympatiperspektivet* angår nære personlige forhold. Det kan sies å være basert på sympati, på omsorg eller barmhjertighet (Beauchamp & Childress 2001: 369ff). Legen og filosofen Jos V.M. Welie oppsummerer sin analyse av sympatiens grunnleggende betydning for klinisk medisin og helsetjeneste slik:

Physicians and other health care providers may well be able to discern what is in the best interests of their patients. Even if they are not able to always sympathize entirely with their patients – for a patient may willfully close off herself from the intersubjective world, and purely physical feelings will always remain private – at least care providers can feel and think *with* their patients. Rather than sitting across from them, they can *join* their patients in the latter's search for healing (Welie 1998: 115).

Sympati gjør det altså mulig for en person å skjelne hva som kan være i en annen persons beste interesse. En lege kan, i alle fall i en viss utstrekning, se hva som er til en pasients beste. Men sympati kan ikke være etikkenes eneste perspektiv. Hvordan bør jeg forholde meg til dem jeg ikke sympatiserer med, eller som jeg har blandede følelser overfor, eller ikke en gang kjenner? Filosofen John Cottingham skriver slik om upartiskhet:

On the one hand, most of us feel that we are permitted, even required, to give special considerations to the interest of ourselves and our loved ones; on the other hand, we also

I del IV analyseres de tre uførhetsmodellene på grunnlag av resultatene i del II om rettferdighetskriterier og del III om objektivitetskriterier. Tabellmodellen analyseres i kapittel 12, den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i kapittel 13 og funksjonsevne modellen i kapittel 14. Avhandlingens konklusjon kommer i Del V og består av kapittel 15. I dette kapitlet besvares spørsmålet som er stilt i formuleringen av avhandlingens tredje delmål.

Det er to vedlegg. Vedlegg 1 består av fire norske lov- og forskriftstekster som analyseres i denne avhandlingen. Vedlegg 2 består av fire legeerklæringskjema som har vært i bruk i Norge i perioden 1960 fram til avhandlingen ble ferdigskrevet i januar 2007.

2 Rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet

Hensikten med dette kapitlet er først å gjøre rede for et etisk perspektiv som gjelder nære personlige forhold og et annet som gjelder sosial samhandling. Det gjøres videre rede for rettferdighetsbegrepet og upartiskhetsprinsippet.

2.1 To forskjellige etiske hovedperspektiver

To forskjellige etiske hovedperspektiver går gjennom denne avhandlingens analyser. De betegnes *sympatiperspektivet* og *upartiskhetsperspektivet*. *Sympatiperspektivet* angår nære personlige forhold. Det kan sies å være basert på sympati, på omsorg eller barmhjertighet (Beauchamp & Childress 2001: 369ff). Legen og filosofen Jos V.M. Welie oppsummerer sin analyse av sympatiens grunnleggende betydning for klinisk medisin og helsetjeneste slik:

Physicians and other health care providers may well be able to discern what is in the best interests of their patients. Even if they are not able to always sympathize entirely with their patients – for a patient may willfully close off herself from the intersubjective world, and purely physical feelings will always remain private – at least care providers can feel and think *with* their patients. Rather than sitting across from them, they can *join* their patients in the latter's search for healing (Welie 1998: 115).

Sympati gjør det altså mulig for en person å skjelne hva som kan være i en annen persons beste interesse. En lege kan, i alle fall i en viss utstrekning, se hva som er til en pasients beste. Men sympati kan ikke være etikkens eneste perspektiv. Hvordan bør jeg forholde meg til dem jeg ikke sympatiserer med, eller som jeg har blandede følelser overfor, eller ikke en gang kjenner? Filosofen John Cottingham skriver slik om upartiskhet:

On the one hand, most of us feel that we are permitted, even required, to give special considerations to the interest of ourselves and our loved ones; on the other hand, we also

recognize the appeal of a more detached perspective which demands equal consideration for the interests of all (Cottingham 2005).

Det trengs et perspektiv der vi bør ta *likt hensyn til alles interesser*. Dette er den distanserte sosialetikkens perspektiv: *upartiskhetsperspektivet*. Rettferdighetens perspektiv er upartiskhetsperspektivet. Det ser altså ut til at begge perspektivene trengs for å etablere en omfattende og helhetlig etikk som tar hensyn til både egne og andres interesser. De to perspektivene kan imidlertid noen ganger være i konflikt med hverandre, som når individuelle interesser kommer i konflikt med fellesskapets eller kollektivets interesser, eller omvendt.

Sosial rettferdighet anses for å være et nødvendig vilkår for et godt menneskesamfunn. Jeg følger filosofen Otfried Höffe når han hevder følgende: Idéen om rettferdighet krever at de fordelene som det sosiale livet alt i alt fører med seg, ikke bare skal komme et mindretall, et flertall, eller kollektivet til gode. Fordelene skal også komme hver enkelt til gode. «Rettferdighetens målestokk består i en fordelingsmessig, og på samme tid, en kollektiv fordel: en fordel både for hver enkelt og for alle til sammen.» (*Min oversettelse*)(Höffe 2001: 30f). Hver enkelts situasjon, både som individ og som medlem av et fellesskap, må derfor bli sett og vurdert. Rettferdighet handler om *utligning* mellom individer som sammen utgjør et sosialt fellesskap, uttrykt slik i leksikonet *Der Brockhaus Philosophie*:

Rettferdigheten angår relasjonene menneskene i mellom med henblikk på utligning av konkurrerende interesser, krav og plikter, om samarbeid eller konfliktløsning. Den kan tilskrives så vel sosiale fellesskap som et individs handlinger, eller en gruppe av individer (f.eks. familie, forretningsforbindelser og institusjoner). [...]. Idéen om rettferdighet er alltid knyttet til idéen om det gode. Kun et rettferdig samfunn, henholdsvis en rettferdig handling, kan betegnes som god. Idéen om det gode går imidlertid ikke opp i idéen om rettferdighet (*min oversettelse*).¹⁶

Rettferdighet er altså ikke tilstrekkelig for et godt samfunn. Det trengs også at mennesker bl.a. gjør godt mot hverandre basert på sympati, slik vi så ovenfor.

2.2 Rettferdighetsbegrepet

Filosofen Aristoteles (384-322 f. Kr.) foretok en redegjørelse for rettferdighetsbegrepet som er blitt stående fram til vår tid. Begrepet er slik sammensatt at to slag vilkår begge nødvendigvis må oppfylles. Det ene vilkåret betegnes som det *formale rettferdighetsprinsippet*. Dette vilkåret er formelt og abstrakt, jf. nedenfor. Det andre vilkåret består av et eller flere innholds-

¹⁶ *Gerechtigkeit*. I: *Der Brockhaus Philosophie. Ideen, Denker und Begriffe*. 2004. F.A. Brockhaus, Mannheim: 107.

messige kriterier for hva det er som skal utlignes. Disse betegnes gjerne som materielle eller innholdsmessige rettferdighetskriterier, eller bare *rettferdighetskriterier*. De betegnes også noen ganger som materielle rettferdighetsprinsipper (Beauchamp & Childress 2001: 226ff). Jeg skal anvende *rettferdighetskriterium* som synonymt med materielt eller innholdsmessig rettferdighetskriterium, eller materielt rettferdighetsprinsipp.

2.2.1 Det formale rettferdighetsprinsippet

Det *formale rettferdighetsprinsippet* er definert slik av filosofene Tom Beauchamps og James Childress:

Common to all theories of justice is a minimal formal requirement traditionally attributed to Aristotle: Equals must be treated equally, and unequals must be treated unequally. This principle of formal justice (sometimes called the *principle of formal equality*) is «formal» because it identifies no particular respects in which equals ought to be treated equally and provides *no criteria* for determination whether two or more individuals are in fact equals. It merely asserts that whatever respects are relevant, persons equal in those respects should be treated equally (*min kursivering*) (Beauchamp & Childress 2001: 227).

Forfatterne påpeker at det formale rettferdighetsprinsippet er felles for alle rettferdighetsteorier. Jeg har ikke funnet grunner til å problematisere dette. Teksten sier at det formale rettferdighetsprinsippet er definert av Aristoteles som «like skal behandles likt, ulike skal behandles ulikt.»¹⁷ Som teksten sier, betegnes det *formale rettferdighetsprinsippet* også som det *formale likhetsprinsippet*. Filosofene Bjørn Thommessen og Jon Wetlesen skriver slik om det formale likhetsprinsippet:

Det er flere måter å formulere dette prinsippet på. En brukbar formulering er antagelig denne: Tilfelle som er relevant like, bør behandles likt; forskjellsbehandling krever en relevant forskjell. Dette er et svært viktig prinsipp for praktisk tenkning, og det er vanskelig å tenke seg at man ikke må godta det som en betingelse for muligheten av å tenke praktisk i det hele tatt. Antagelig er det like viktig for praktisk tenkning som selvmotsielsesprinsippet er for teoretisk tenkning (Thommessen & Wetlesen 1996: 242).

Det formale likhetsprinsippet er altså et grunnleggende rasjonelt prinsipp for all praktisk tenkning. Dette synet bekreftes av filosofene Kjell Eyvind Johansen og Arne Johan Vetlesen når de skriver om dette prinsippet: «Den

¹⁷ Aristoteles skriver slik om det formale rettferdighetsprinsippet: «All men think justice to be a sort of equality [...]. For they admit that justice is a thing and has a relation to persons, and that equals ought to have equality. But there still remains a question: equality or inequality of what? Here is a difficulty which calls for political speculation.» (Aristotle 2001: 1193). Aristoteles skriver her at det er et krav, som Platon hadde påvist, at «likt skal behandles likt». (Gosepath 1999). Problemet er å kunne besvare spørsmålet: likhet ja vel – men likhet med hensyn på hva? Her er rettferdighetskriterier nødvendige.

som ikke bedømmer like tilfelle likt, er inkonsistent og motsier seg selv.» (Johansen & Vetlesen: 123). En forskjellsbehandling må ha en grunn, den må kunne begrunnes. Dersom det ikke finnes noe grunn, eller begrunnelse, står vi overfor *vilkårlighet*.¹⁸ Dette er irrasjonelt (Thommessen & Wetlesen 1996: 242). Det formale rettferdighetsprinsippet er altså det formale likhetsprinsippet anvendt i rettferdighetsteori.

Det formale rettferdighetsprinsippet er vel kjent i f.eks. trygdeadministrasjonen under betegnelsen «likebehandling». Likebehandling forklares slik:

Likebehandling er et bærende element i trygden og i all statsforvaltning. Innenfor trygdeforvaltningen er kravet til likebehandling særlig viktig fordi trygderettighetene berører så mange menneskers hverdag. Likebehandling er et rettferdskrav som er et grunnleggende prinsipp i det vi omtaler som den alminnelige rettsfølelse. Vi pleier å uttrykke det slik at *like tilfeller skal behandles likt (min kursivering)* (Rikstrygdeverket 2002: del 1.4).

2.2.2 Rettferdighetskriterier

Filosofen Harald Ofstad (1920-1994) skriver: «[F]ormal rettferdighet er ikke tilstrekkelig, bare nødvendig for at vi skal velsignes med *materiell* rettferdighet.» (Ofstad 1980: 96). Det er også nødvendig med *rettferdighetskriterier*. Vi må vite hvilket vilkår som skal oppfylles for at f.eks. en fordeling av goder skal være rettferdig i praksis. «Material principles identify relevant properties that persons must possess to qualify for a particular distribution [...]» (Beauchamp & Childress 2001: 229). Forskjellige rettferdighetskriterier fungerer innen forskjellige former for rettferdighet. Det kan skilles mellom to hovedformer: *ikke-korrigerende* og *korrigerende rettferdighet* (Lumer 1999). Forskjellen mellom disse går på om de reelle forhold anses for å være i orden eller ikke. «Korrigerende rettferdighet har urettferdig fordeling av goder som tema.» (*Min oversettelse*) (Lumer 1999: 466).

Tre former for rettferdighet analyseres i denne avhandlingen. Det er den korrigerende rettferdighetsformen *kompensatorisk rettferdighet*. Det er videre den korrigerende rettferdighetsformen *omfordelende rettferdighet* og den ikke-korrigerende formen *fordelingsrettferdighet*.

To former for ikke-korrigerende rettferdighet, *legal rettferdighet* og *markedsrettferdighet*, omtales i denne avhandlingen uten at de analyseres. Den legale rettferdigheten har de rettsreglene som gjelder i samfunnet («gjeldende rett») som tema (ibid.; Boe 1996: 81). Den legale rettferdig-

¹⁸ Vilkårlighet forklares som handling, opptreden eller utsagn som karakteriseres av å være etter eget godtykke, forgodtbefinnende, uten å ta hensyn til andres ønsker. Den får preg av «tilfeldighet, uberegnelighet og lunefullhet». I: *Norsk Riksmålsordbok* 2006, <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=vilkårlig&publications=6> (24.11.06).

heten er juristenes område. *Markedsrettferdigheten* (eng. *market justice*) har fått stor betydning i det 19. og det 20. århundret. Hver person bør få etter evne til å betale (Beauchamp & Childress 2001: 228; Beauchamp 1999: 102f). *Prosedyrerettferdighet* er en form for ikke-korrigerende rettferdighet som har vært noe utforsket. Det dreier seg om sikring av legitime beslutningsprosesser og rettsikkerhet. Etisk utgangspunkt er ofte filosofen Jürgen Habermas' diskursetikk (Lorentzen 1996: 45ff). Prosedyrerettferdighet omtales ikke videre i denne avhandlingen.

2.3 Kompensatorisk rettferdighet og kriteriet skade på person

Kompensatorisk rettferdighet er en *korrigerende* rettferdighet med tradisjoner fra antikken. Kompensasjon kommer fra det latinske *compensare* som betyr *likelig avveining*.¹⁹ Den kompensatoriske rettferdighets anliggende er «naturlige og sosiale ulemper eller hindringer når det gjelder tilgang til sosiale posisjoner, men også mer allment når det gjelder å oppnå livslykke og evne til å erverve seg goder.» (*Min oversettelse*) (Lumer 1999: 466). Kompensasjon innebærer en erstatning for en skade eller ulempe. Det rettferdighetskriteriet innen denne formen for rettferdighet som her er relevant, er at det foreligger *skade på person*.

2.4 Rettferdig fordeling og omfordeling og kriteriene prestasjon, behov og likhet

Den ikke-korrigerende *fordelingsrettferdighet* og den korrigerende *omfordelende rettferdighet* er nært relatert til hverandre. De omtales gjerne sammen som *fordelende og omfordelende rettferdighet*. De to formene for rettferdighet har de samme rettferdighetskriteriene (Lumer 1999: 466). Kriteriene presenteres i den rekkefølge de ble aktualisert i sosialhistorien: *prestasjon, behov og likhet*.

2.4.1 Prestasjonskriterier

Det var fortjeneste som var det klassiske antikke fordelingskriterium. Aristoteles skriver:

[F]or alle er enige om at det rette i fordelinger er at enhver får etter fortjeneste i en eller annen forstand, selv om de ikke alle angir den samme slags fortjeneste. Demokratene sier at det er å være en fri mann, oligarkene at det er rikdom, andre at det er høy byrd, mens aristokratene sier at det er dyd (Aristoteles 1999: 91).

I vår tid synes termen «prestasjon» å være mer på plass enn «fortjeneste». Spørsmålet er, som Aristoteles skriver, hva som skal regnes som fortjeneste

¹⁹ Kompensasjon. I: *Riksmålsordboken* 2006, <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=kompensasjon&publications=6> (24.11.06).

Tabell 2.1 Fire presiseringer av prestasjon på engelsk og på norsk

Engelsk term	Norsk term	Nærmere presisering
<i>Effort</i>	Fortjenestefull anstrengelse, bestrebelse eller innsats	Fokuserer på selve bestrebelsen, som kan være av svært forskjellig karakter, avhengig av personens forutsetninger og situasjon.
<i>Contribution</i>	Fortjenestefullt bidrag	Fokuserer på bidrag til å opprettholde et fellesskap.
<i>Desert</i>	Fortjenestefull handling	Fokuserer på noe man har utført, f.eks. reddet en person fra å drukne.
<i>Merit</i>	Fortjenestefull egenskap	Fokuserer hvilke egenskaper man har som person, for eksempel intelligens.

– eller prestasjon. Med engelske termer kan det i vår tid skilles mellom *effort*, *contribution*, *desert* og *merit* (Feinberg 1973: 112ff; Roemer 1998: 16f). I tabell 2.1 gjøres det rede for norske synonymer og deres betydninger.

Av disse fire presiseringene kan det argumenteres for at *effort* er etisk mest høyverdig. Den etiske verdigheten synker slik tabellen framstiller slik at *merit* har minst verdi. Begrunnelsen for et slikt hierarki er at *effort*, anstrengelse eller bestrebelse, er noe nesten alle mennesket har mulighet til å utvise. En kvinnes sterke og langvarige innsats for sin store familie er etisk sett likeverdig med en manns tilsvarende innsats i en lederstilling i en større bedrift. *Contribution*, som bidrag for å opprettholde et fellesskap, vil også gjelde mange mennesker og har stor etisk betydning. Eksempler er frivillig organisasjonsarbeid eller lokalsamfunnsarbeid. *Desert* vil ofte dreie seg om en spesiell handling i en bestemt situasjon og er altså mer et bilde av noe som skjer i et øyeblikk. Grunnen til at *merit*, egenskap, plasseres lavest, er at det er etisk problematisk å bli belønnet for noe som en selv har gjort lite eller ingen ting for å oppnå, f.eks. sin egen gunstige genetiske utrustning.

Prestasjonskriteriene blir ofte ikke ansett som sentrale innen nåtidig rettferdighetsteori. De finnes ikke blant filosofen John Rawls (1921-2002) prinsipper for en rettferdig samfunnsstruktur (Rawls 1999: 52ff). I en analyse av sosialforsikring eller trygd kommer man imidlertid ikke forbi dette kriteriet. Om man opprettholder prestasjon som rettferdighetskriterium, er det rimelig å hevde som filosofen Joel Feinberg (1926-2004) at det bør forutsettes at en belønning etter prestasjon kommer først etter at alles grunnleggende behov er dekket (Feinberg 1973: 117).

2.4.2 Behovskriterier

Kriteriet *behov* kom, som det framgår i kapittel 5, til anvendelse i europeisk sosialhistorie i alle fall fra høymiddelalderen av. Når behov anvendes som kriterium på rettferdig fordeling/omfordeling av samfunnets goder, karakteriseres mennesker etter hvilke behov som foreligger og hvor store disse er. Jeg skal nå legge fram en teori om *fundamentale* og om *vesentlige behov*.

Feinberg skriver: «The concept of a 'need' is extremely elastic. In a general sense, to say that S needs X is to say simply that if he doesn't have X he will be harmed.» (ibid.: 111). *Behov er en tilstand av mangel på noe (X) hvis tilfredsstillelse er nødvendig for at en person (S) ikke skal bli skadet* (jf. Beauchamp & Childress 2001: 228). Den skade man primært tenker på her, er *kroppslig* skade. Behovene er i så fall f.eks. mat og drikke, passende temperatur, husly, muligheter for bevegelse. Slike behov betegnes *fundamentale behov*. Som Feinberg gjør rede for, kan behov gis en utvidet mening som gjør behovsbegrepet elastisk. «[T]o say that S needs X is to say that without X he cannot achieve some specific purpose or perform some specific function.» (Feinberg 1973: 112). Jeg vil her legge vekt på at mennesket søker mening, eller hensikt, med livet sitt. Mennesket har også behov for å utvikle seg selv. Behov i denne utvidede betydning betegner jeg som *vesentlige behov*.

Psykologene Tom Pyszczynski, Jeff Greenberg og Sheldon Solomon har utviklet en interessant og relevant teori om tre sett menneskelige behov (Pyszczynski, Greenberg, & Solomon 2000). Teorien tar utgangspunkt i at mennesket har et selvbevarelsesinstinkt som bl.a. uttrykker seg som frykt for å dø. Det ene settet av behov dreier seg om å bevare kroppen, dvs. opprettholde grunnleggende biologiske funksjoner, inkludert å unngå smerte og å søke nærhet til andre. Dette er de *fundamentale behovene*.

Det andre settet av behov dreier seg om psykologiske og kulturelle behov som er særegne for mennesket. Jeg betegner disse behovene som *symbolske selvbevaringsbehov*. «[A] wide variety of psychological needs are ultimately rooted in the pursuit of self-esteem and faith in the cultural world-view, which in turn function to provide protection from the fear of death.» (ibid.: 81). Psykologiske behov settes i denne behovsteorien inn i en kulturell og sosial sammenheng. Eksempler på vesentlige behov av denne type er, slik jeg ser det, å lese og skrive og å løse praktiske problemer. Det er en nær sammenheng mellom behovet for selvbevarelse og søken etter mening og verdier. Her dreier det seg om *symbolske* måter å bevare seg selv på, særlig på bakgrunn av vissheten om at døden er uunngåelig. Spesielt interessant i denne sammenheng er at teorien hevder at behovet for å anta en rettferdig verdensorden er vesentlig (ibid.: 86). Det påpekes at disse behovene er defensive – de hindrer at menneskene får skadet sitt selvilde og sitt meningsunivers.

Det tredje settet av behov dreier seg om menneskets behov for å utvikle seg selv og sitt potensial *utover* den nåværende tilstand. Det er karakteristisk for disse behovene at deres tilfredsstillelse består i maksimal utnyttelse av kognitive og atferdsmessige evner i interaksjon med omverdenen (ibid.: 82). Disse behovene betegnes som *selvutviklingsbehov* (ev. selvrealiseringsbehov). Dette er behov som ikke direkte skader et menneske om de ikke blir oppfylt, men de gjør at mennesket kan bli mindre tilfreds med livet sitt enn om de var blitt oppfylt. De to siste settene av behov som jeg nå har omtalt, antas altså å utgjøre *vesentlige behov* for mennesket.²⁰

2.4.3 Likhetskriterier

Likhet som kriterium på fordelingsrettferdighet har som utgangspunkt at alle mennesker har *lik moralsk verdi*, eller *likt menneskeverd*. Problemet er konkretiseringen sosialt og økonomisk av hva som følger av dette synet. Hvordan bør en utligning av goder på grunnlag av at alle mennesker har likt menneskeverd skje?²¹ Problemet ble tatt opp under den franske revolusjonen. Vi skal se at det står sentralt i det 19. og 20. århundrets sosialhistorie. Noen sentrale definisjoner av likhet som kriterium på fordelende/omfordelende rettferdighet er følgende:

– *Strikt økonomisk likhet*: Alle mennesker bør ha *lik andel* av samfunnets «økonomiske kake» (Feinberg 1973: 110). Noen sosialistiske retninger har forsvart denne definisjonen.

– *Tilbudslikhet*²²: *Tilbudet* til befolkningen bør være likt. Dette likhetskriterium er mye anvendt for tildeling av offentlige tjenester som helsevesen og skoler (NOU 1987: 74).

– *Resultatlikhet*²³: Her er det *målet* som er viktig: Levekårene bør utjevnes for at levealder og helse kan bli mest mulig lik i en befolkning. Skal man få

²⁰ Den presenterte behovsteorien har flere likhetspunkter med Abraham Maslows mye anvendte behovsteori (Maslow 1987). Denne benyttes ikke fordi den er forholdsvis *sosialt atomistisk*, noe Maslow begrunner (ibid.: 10). Pyszczynskis, Greenberg og Solomons teori uttrykker menneskets sosiale aspekt klart. *Sosial atomisme* karakteriseres nærmere i underkapittel 3.6.

²¹ Stoikerne betonte alle rasjonelle veseners naturlige likhet og de tidlige kristne hevdet alle menneskers likhet for Gud (Gosepath 1999). Denne tankens jødiske røtter kan spores tilbake til skapelsesberetningen hvor Gud sier: «La oss skape mennesker i vårt avbilde, som et avbilde av oss.» (Bibelen 1978: 1. Mos.1: 26). Et aktuelt og relevant eksempel på bruk av likeverd som normativt utgangspunkt for en antidiskriminerings- og tilgjengelighetslov finnes i Syse-utvalgets utredning (NOU 2005: 35).

²² Tilbudslikhet betegnes også som tilbudsrettferdighet (Gulbrandsen 2004).

²³ Resultatlikhet betegnes også som resultatrettferdighet (Gulbrandsen 2004). Höffe skriver at resultatlikhet er en bedre betegnelse enn resultatrettferdighet (Höffe 2001: 88).

dette til, må man ta hensyn til at de behov som da må oppfylles er *ulike* (ibid.: 75).

– *Sjanselikhhet*: På norsk betegnes dette kriteriet også som *like muligheter*. Med dette likhetskriteriet går man inn i menneskers levde liv for å etablere et kjennetegn på hva som der er viktig mht. til fordeling/omfordeling ut fra tanken om likt menneskeverd. Det finnes flere presiseringer av dette kriteriet. Den første presiseringen er knyttet til markedsøkonomien. Den sier at posisjoner i samfunnet skal være åpen for alle med talenter, uavhengig av for eksempel forbindelser eller klassesilhørighet. Samfunnsposisjoner er åpne for de som har evner og vilje. Dette likhetskriteriet betegnes som *formal sjanselikhhet* (Rawls 1999: 57f). Et problem med dette kriteriet er at det ikke forhindrer store økonomiske og sosiale forskjeller, bl.a. på grunn av forskjeller i familieøkonomi, overføringer ved arv osv. Et samfunn basert på formal sjanselikhhet kan betegnes meritokratisk, jf. «*merit*» som fortjenestekriterium i avsnitt 2.4.1 ovenfor. Avgjørende faktorer er ganske tilfeldig fordelt (for eksempel barns genetiske utrustning og foreldres inntekt), og det er etisk problematisk at slike tilfeldigheter skal ha stor betydning for menneskenes liv (ibid.: 62).

Et likhetskriterium som ligger nær opp til formal sjanselikhhet, er *forbud mot diskriminering*. Dette kriteriet karakteriserer økonomen og etikeren John E. Roemer slik:

[I]n the competition for positions in society, all individuals who possess the attributes relevant for the performance of the duties of the position in question be included in the pool of eligible candidates, and that an individual's possible occupancy of the position be judged only with respect to those relevant attributes (Roemer 1998: 1).

Det er altså forbudt å ta hensyn til irrelevante egenskaper som f.eks. kjønn, hudfarge, etnisk herkomst eller hvordan kroppen fungerer (som f.eks. om man trenger rullestol eller er blind).

Rawls argumenterte for kriteriet *rimelig sjanselikhhet* (eng. *fair equality of opportunity*). «The thought here is that positions are to be not only open in a formal sense, but that all should have a fair chance to attain them. Off-hand it is not clear what is meant, but we might say that those with similar abilities and skills should have similar life chances.» (Rawls 1999: 63). Diskusjonen om sjanselikhhet har de siste tiårene gått mye på hvordan et *rimelig sjanselikhetskriterium* kan spesifiseres slik at det kan brukes fruktbart overfor enkeltmennesker. Hvilket/hvilke aspekt(er) ved et menneskes situasjon skal antas fundamental(e)? (Cohen 1993).²⁴ Sammen med Barbosa da Silva, Lie og Bruusgaard har jeg lagt fram følgende resonnement om et kriterium som betegnes som *faktisk like muligheter*:

Menneskeverdprinsippet krever at mennesker vurderes primært likt etter deres likeverdighet, men også forskjellig etter deres spesielle behov. Mennesker har med andre ord dels like behov, dels forskjellige behov. [...] Likhetskriteriet, slik vi forstår det, får som konsekvens at den enkeltes ev. mer spesielle behov også må klarlegges og om mulig tilfredsstilles. Det er slik mennesker kan vurderes med lik respekt og ha like grunnleggende rettigheter (Solli et al. 2005: 3295).

Vi ser i karakteriseringen av *faktisk like muligheter* hvordan likhetskriteriet er kombinert med behovskriteriet. Det er vanlig innen rettferdighetsteori at behovskriteriet ikke anvendes som et uavhengig kriterium. «[It is] only a way of mediating the application of the principle of equality» (Feinberg 1973: 111). Dette er blitt gjort i formuleringen av kriteriet ovenfor. Betegnelsen «faktisk like muligheter» er framkommet ved fortolkning av Manneråk-utvalgets utredning (NOU 2001a: 18). Dette rettferdighetskriteriet analyseres videre i underkapittel 9.8.

2.5 Upartiskhetsprinsippet

Et grunnleggende prinsipp innen rettferdighetsetikken er *upartiskhetsprinsippet*. Det er et metaprinsipp eller en norm av annen orden. Ofstad skriver: «[D]et framsetter et krav om hvordan vi i visse henseender skal forholde oss når vi framsetter vurderinger og normer, eller avsier dommer – juridiske eller andre.» (Ofstad 1980: 96). Ofstad skriver videre at dette kravet «forlanger at vi skal være uten fordommer, ikke ta parti, ikke blande inn personlige idiosynkrasier, følge en regel, osv.» (ibid.). Å behandle mennesker upartisk, innebærer å behandle dem som likeverdige. *Upartiskhet forutsetter likeverdighet*. Likeverdighet er et syn på mennesket som betyr at hvert menneske bør respekteres likt *som menneske*, dvs. uavhengig av hvilke særlige egenskaper det har eller hva det har prestert (Bayertz 1999; Gosepath 1999).

Filosofen Christoph Lumer presiserer upartiskhetsprinsippet slik: «[S]osiale ordninger (særlig rettsordninger) og de enkelte handlingene innen disse ordningene, så vel som individuell moralske handling, er 1) *orientert etter prinsipper*, dvs. ikke vilkårlige og disse prinsippene er 2) *personuavhengige*, dvs. *ikke ensidig til fordel for noen bestemt*.» (*Min oversettelse*)(Lumer 1999: 465). Det første kravet er med andre ord et krav om å

²⁴ Amartya Sen har foreslått kriteriet *capability* (Sen 1992; Sen 1993). Dette er et kriterium som er nærliggende å undersøke i en trygdemedisinsk kontekst. Jeg synes imidlertid det er vanskelig å få et klart bilde av hva dette kriteriet består av. Kriteriets begrensninger diskuteres av Føllesdal (1999). Martha Nussbaum har konkretisert Sens idéer. Hun har beskrevet en liste bestående av ti sentrale menneskelige «funksjonsmuligheter» (eng. *capabilities*)(*handout* ved The Oslo Lecture of Moral Philosophy 12.08.04; Nussbaum 1993). Disse virker intuitivt trygdemedisinsk relevante. Jeg har imidlertid funnet det vanskelig å anvende denne listen i en trygdemedisinsk kontekst.

følge det *formale rettferdighetsprinsippet* eller det *formale likhetsprinsippet* (se ovenfor). Jeg fortolker dette slik at i en trygdemedisinsk sakkyndighets-sammenheng *bør man søke å begrunne en vurdering*, slik at det bl.a. kommer fram at den ikke er vilkårlig. Dette anser jeg for å være et grunnprinsipp for medisinsk sakkyndighet.

Det andre kravet sier at man ikke bør gjøre forskjell på personer etter spesielle trekk ved en person eller enkelte personer, f.eks. sosial status eller særegne egenskaper. Ofstad påpeker at man bør *sette seg nøye inn i en saks individuelle trekk*. Hvert enkelt menneske bør bli sett. Man skal nærme seg det aktuelle menneskets problem uten forutinntatte meninger eller oppfatninger. Personen og personens sak skal «ta» mest mulig for seg selv. Men dette betyr likevel ikke at man skal «ta hensyn til at du er du. Det kan ikke gjelde en norm for deg og en annen norm for meg, bare av den grunn at du er du og jeg ikke er det.» (Ofstad 1980: 107). Når man vurderer den individuelle persons situasjon, skal man bare ta hensyn til egenskaper som kan gjelde hvem som helst. Tar man ensidig parti for en bestemt person, gjøres det utilbørlig forskjell på mennesker, og man kan ikke lenger vurdere en persons situasjon i relasjon til alle andre personers situasjoner i et fellesskap. En annen måte som dette kravet er blitt uttrykt på, er at man skal være *nøytral* i betydningen *personnøytral*.

Filosofen Bernard Gert utfyller denne analysen på en interessant måte:

It is not generally appreciated that it is impossible to talk about impartiality all by itself; impartiality presupposes a group with regard to which a person is impartial and a respect in which the person is impartial with regard to that group. Fathers often are impartial with regard to their own children with respect to spending time with them, but no father is impartial in that respect with regard to all children (Gert 2004: 116f).

Upartiskhetsprinsippet forutsetter altså en gruppe som en person er upartisk overfor, og et hensyn eller en måte personen opptrer upartisk på når det gjelder denne gruppen. En bandefører kan for eksempel hevde å opptre upartisk over for medlemmene i sin bande når det gjelder fordeling av tyvgods. Men dette er ikke å følge upartiskhetsprinsippet i etisk forstand. Prinsippet krever at alle som er berørt, blir tenkt inkludert i den aktuelle gruppen, dvs. også bandens ofre. Innen trygdemedisinen blir det dermed et spørsmål om alle som det er relevant å inkludere i gruppen av for eksempel personer med nedsatt inntektsevne, også i virkeligheten er inkludert i den gruppen som en trygdeordning omfatter. Det er viktig å vite om noen grupper kan være ekskludert, særlig dersom dette er skjedd med en medisinsk begrunnelse.

Gert skriver at man også må definere det hensyn eller den måten som personen bør opptrer upartisk på. «*A is impartial in respect R with regard to*

group *G* if and only if *A*'s actions in respect *R* are not influenced by which member(s) of *G* benefit or are harmed by these actions.» (Forfatterens kursivering) (ibid.: 117). Sett fra et trygdemedisinsk sakkyndighetsperspektiv: Det virker som medisinsk sakkyndighet kun kan sies å være upartisk dersom legen ikke lar seg influere av hvilken pasient som får avslag eller innvilgelse av en ytelse som resultat av legens vurderinger. Kan man forvente at f.eks. en fastlege skal opptre slik? Dette er et spørsmål vi kommer tilbake til i underkapittel 10.6.

2.6 Konklusjon

Det skisseres to etiske perspektiver. Det ene angår nære personlige forhold, er basert på sympati og betegnes *sympatiperspektivet*. Det andre angår distansert sosialetikk, er basert på upartiskhet og betegnes *upartiskhetsperspektivet*. Dette er rettferdighetens perspektiv. To vilkår for rettferdighetsbegrepet må nødvendigvis oppfylles: *det formale rettferdighetsprinsippet* og innholdsmessige, eller materielle *rettferdighetskriterier*. De rettferdighetskriteriene som i denne avhandlingen analyseres, er den kompensatoriske rettferdighetens kriterium *skade på person* og den fordelende og omfordelende rettferdighetens kriterier *prestasjon, behov og likhet*. Det er formulert et spesielt likhetskriterium som betegnes *faktisk like muligheter*.

Et grunnleggende prinsipp innen rettferdighetsetikken er *upartiskhetsprinsippet*. Upartiskhetsprinsippet forutsetter likeverdighet, dvs. at hvert menneske bør respekteres likt som menneske. Prinsippet sier at en rettferdig vurdering bør begrunnes ifølge prinsipper og man bør sette seg nøye inn i sakers individuelle trekk. Upartiskhetsprinsippet bør utøves med kunnskap om hvilken gruppe eller samfunn den som vurderes tilhører, dessuten etter presisering av det hensyn eller den måten som personen bør opptre upartisk på.

Analysen går videre i neste kapittel med å klargjøre objektivitetens funksjon ved en rettferdig utligning. To forskjellige objektivitetsbegreper skal defineres og klarlegges nærmere.

3 Kunnskapsteoretisk og ontologisk objektivitet

Hensikten med dette kapitlet er å gjøre rede for forskjellige aspekter ved objektivitetens funksjon innen rettferdighetsteori. Det skal klarlegges at «objektivitet» betegner både et *kunnskapsteoretisk* og et *ontologisk objektivitetsbegrep*. Disse begrepene skal karakteriseres nærmere. I forbindelse med redegjørelsen av det ontologisk objektivitetsbegrepet, utformes et forslag til en ontologi som kan erstatte monistisk materialisme og substansdualisme.

3.1 Objektivitet i forskjellige betydninger

Når det tales om at en person er *upartisk*, betyr dette i følge *Norsk Riksmålsordbok* at personen «ikke (på forhånd) har tatt (pleier å ta) parti ell. standpunkt i sak, motsetning, strid ell. lign. (og derfor dømmer ell. vurderer saklig, objektivt, rettferdig)». ²⁵ Ordboken illustrerer med dette at ordene rettferdighet, upartiskhet, objektivitet og saklighet er synonymer. Derfor tales det ofte om objektivitet når det tales om rettferdighet. I avhandlingen skal sammenhengen mellom rettferdighet og objektivitet analyseres. Ser vi hva *Aschehoug* og *Gyldendals Store norske leksikon* skriver om objektivitet, ser vi følgende:

objektivitet (til objektiv), saklighet, upartiskhet, allmenngyldighet.

1 (filos.) Det å ha egen, selvstendig eksistens uavhengig av et erkjennende subjekt. Dette er slik materielle ting vanligvis antas å eksistere.

2 Metodologisk ideal nær beslektet med saklighet, upartiskhet og intersubjektivitet; det motsatte av *vilkårlighet* og *subjektivitet* (*kursivering i originalteksten*). ²⁶

Denne teksten viser at «objektivitet» betegner to helt forskjellige begreper: 1) et *ontologisk objektivitetsbegrep* og 2) et *kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep*. ²⁷ Det finnes en ontologisk og kunnskapsteoretisk betydning av det samme ordet. Det skal nå gjøres rede for disse sammen med tilhørende subjektivitetsbegrep. Jeg starter med det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet. ²⁸

²⁵ *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=upartisk&publications=20&publications=6> (18.01.07).

²⁶ Objektivitet. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=701421> (04.09.2006).

²⁷ «Kunnskapsteori» er synonymt med «epistemologi». Tidligere ble «erkjennelsesteori» mye brukt.

²⁸ Objektivitet har også en juridisk betydning. Jan Fridthjof Bernt og David R. Doublet skriver i en innføringsbok i rettsvitenskap følgende: «Det er bred enighet om at retts-systemet skal være objektivt i den betydning at rettsreglene skal slå likt ut for samfunnets borgere. Dette synspunktet må betegnes som en grunnpilar i moderne rettsstenkning.» (Bernt & Doublet 1996: 387). I margin skriver forfatterne: «Retten skal være personnøytral.» (ibid.). Juridisk objektivitet vil altså si å følge upartiskhetsprinsippet.

3.2 Kunnskapsteoretisk objektivitet og subjektivitet

Leksikonet forklarer *objektivitet* som et metodologisk ideal nær beslektet med *saklighet*, *upartiskhet* og *intersubjektivitet*. *Allmenngyldighet* nevnes også innledningsvis i sitatet. Ved disse ordene presiseres det *kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet*. Dette begrepet skal nå karakteriseres nærmere (Bell 1992; Hermerén 1972, Leiter 2001; Rescher 1997; Searle 1996: 7ff). Jeg inntar *kritisk realisme* som kunnskapsteoretisk posisjon. Denne posisjonen hevder at det vi får kunnskap om, kunnskapsobjektet, om det nå er hendelser, prosesser, gjenstander eller fenomen, *eksisterer uavhengig* av våre forestillinger eller oppfatninger og utenfor menneskets (kunnskapssubjektets) bevissthet (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 138). Eller sagt med andre ord: Vi skaper ikke selv kunnskapsobjektene. Kritisk realisme hevder videre at vår kunnskap om virkeligheten blir til gjennom en komplisert mental prosess. I den inngår sansepåvirkning, tolkning av sansningen og fornuftens abstraksjon og generalisering. «Tolkningen förutsätter bl a ett referenssystem – en referensram eller begreppsapparat, paradigm, modeller och teorier. Kritisk realism betraktar vetenskapliga teorier endast som modeller, dvs grova bilder av verkligheten.» (ibid.: 140).²⁹

Det var filosofen Immanuel Kant (1724-1804) som definerte et kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep, det vil si en måte å tenke på som anses objektiv. Kants innsikt var at kunnskapsteoretisk objektivitet «entails what he calls 'presumptive universality': for a judgement to be objective it must at least possess a content that 'may be presupposed to be valid for all men.'» (Bell 1992: 310; Kant 1998: 25). *Kunnskapsteoretisk objektivitet* kan defineres som *en tankemessig ytelse med et innhold som kan antas å være gyldig for alle mennesker*. Den tankemessige ytelsen antas å være *allmenngyldig*, eller universell. Begrepet er altså kunnskapsteoretisk normativt, dvs. at det stiller krav til hvordan tenkning *bør* være for å betegnes som objektiv tenkning.

Nå til de beslektede begrepene. *Saklighet* betyr i følge *Norsk Riksmålsordbok* bare å ta hensyn til, eller bygge på de fakta som foreligger. Det er å la en vurdering være «bare begrunnet i saken selv (og ikke utenforliggende hensyn).»³⁰ Filosofen Göran Hermerén gjør rede for saklighet i en analyse av objektivitetsproblemet innen historievitenskap (Hermerén 1972). Han hevder at en framstilling skal være underbygde med *argumenter* for å kunne betegnes som saklig (Hermerén 1972: 95). Et argument består av premisser som

²⁹ Kritisk realisme presenteres på en oversiktlig måte i *Wikipedia: Critical realism*. http://en.wikipedia.org/wiki/Critical_realism#General_philosophy (27.11.06)

³⁰ *Norsk Riksmålsordbok*. http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=saklig&publications=6&art_id=928141 (20.01.07).

begrunner en konklusjon. En framstilling må ha denne struktur for å være saklig. Et argument må som et minimum undersøkes både mht. til *holdbarhet*, dvs. om premissene er sanne eller rimelige, og mht. *gyldighet*, dvs. dets logiske strukturs riktighet, for å kunne akseptere konklusjonen (Lübcke 1983: 28, 164). Jamfør her betydningen av begrunnelse i avsnitt 2.2.1.

Hermerén gjør også rede for *upartiskhet* i kunnskapsteoretisk betydningen innen historievitenskap (Hermerén 1972). Han skriver at en upartisk framstilling skal være *balansert* og *ikke vridd* på en måte som gjør at noen fakta, verdier eller normer framheves på bekostning av andre som også er relevante i framstillingen. En upartisk framstilling er en *ikke-tendensios* framstilling. Hermerén skriver slik om denne: «Når jeg i det følgende påstår att en historisk framställning är opartisk, menar jag att den inte favoriserar vissa värderingar eller normer på bekostnad av andra, eller att den gynnar vissa parter i en ideologisk konflikt eller intressekonflikt på bekostnad av andra parter.» (Hermerén 1972: 96).

Ofte nevnes *intersubjektivitet* som synonym for objektivitet, slik leksikonet gjør. Dette er omstridt. Hermerén argumenterer for at intersubjektivitet *ikke* er det samme som objektivitet (ibid.: 114ff). Om to eller flere er enige om noe, behøver dette ikke å bety at oppfatningen er objektiv. I *Politikens filosofileksikon* forklares imidlertid intersubjektivitet på en måte som virker plausibel og trygdemedisinsk relevant. Det heter her at intersubjektivitet er det som er «(principielt) tilgjengelig, erkendbart eller forståelig for flere eller alle subjekter (bevidstheder).» Videre: «Et utsagn uttrykker intersubjektiv gyldig erkendelse, såfremt det er fastlåst som sandt, sandsynlig eller acceptabelt ved hjelp af procedurer, som principielt kan følges af enhver.» (Lübcke 1983: 217). Jeg aksepterer *intersubjektivitet* i slik betydning som et uttrykk for kunnskapsteoretisk objektivitet. Det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet i følgende sentrale betydninger er nå løftet fram: *allmenngyldighet*, *saklighet*, *upartiskhet* og *intersubjektivitet*.

Så langt har positive egenskaper ved det *kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* blitt drøftet. Negative egenskaper som bør unngås er imidlertid også viktige. En slik egenskap ble omtalt i avsnitt 2.2.1: *vilkårighet*. Vi snakker om *vilkårighet* dersom det ikke finnes noe grunn, eller begrunnelse, for en forskjellsbehandling. Nå innfører jeg *det kunnskapsteoretiske subjektivitetsbegrepet*. *Kunnskapsteoretisk subjektivitet* defineres som en tankemessig ytelse som er styrt av en persons spesielle holdninger, følelser, oppfatninger, vurderinger eller synspunkter (Searle 1996: 8; Rescher 1997: 3ff). Man er med andre ord sterkt personlig, man er ensidig eller holder med en av partene. *Vilkårighet* kan sies å være et kriterium på *kunnskapsteoretisk subjektivitet*.

Kunnskapsteoretisk subjektivitet skal skilles fra *ren subjektivitet*. Menneskets opplevelse er til enhver tid karakterisert av den subjektivitet som hører mennesket til. *Ren subjektivitet* defineres som det som hører bare til et subjekt, med sine bevissthetstilstander og sitt perspektiv (Peacocke 1992).

Noen filosofer hevder at noen menneskelige opplevelser og følelser kan beskrives *kunnskapsteoretisk objektivt*. Nicholas Rescher skriver om slike opplevelser og følelser:

[They] can be cut loose from the idiosyncratic peculiarities of individuals by being of such a nature that any normal person whatsoever could reasonably be expected to have the same experience (or the same feeling) in the circumstances at issue. It is a matter of universality of access, of being within reach for all (Rescher 1997: 6).

Det hevdes altså at det er fullt mulig, i alle fall i noen situasjoner, å beskrive egne, eller andres, opplevelser og følelser objektivt. Med andre ord kan *ren subjektivitet* noen ganger transformeres til kunnskapsteoretisk objektivitet ved at personen tenker om seg selv ved hjelp av for eksempel *saklighet*. En person kan altså forstå og beskrive en annen persons opplevelser og følelser på en *allmenngyldig* måte. Det som her hevdes er viktig i denne avhandlingens argumentasjon. Jeg skal gjøre nærmere rede for det kunnskapsteoretiske grunnlaget for kunnskap om subjektiv opplevelse i en medisinsk kontekst i underkapittel 4.3. I kapittel 10 og 11 skal det gjøres rede for kriterier for objektiv medisinsk beskrivelse og vurdering som også omfatter opplevelser og følelser. Selve den rene subjektive opplevelsen er imidlertid ikke intersubjektiv kommuniserbar.

Det skal sies at *kunnskapsteoretisk objektivitet* finnes i grader. Et utsagn kan være mer eller mindre kunnskapsteoretisk objektivt. «Jorden er tilnærmet rund» er eksempel på et sterkt *kunnskapsteoretisk objektivt* utsagn om noe som foreligger ontologisk objektivt. «Ellen har så mye vondt at hun ikke greier å arbeide» er et utsagn som vi vil ha presisert og begrunnet for å kunne vurdere om det kan anses objektivt. Etter en vurdering av begrunnelsen, dvs. av utsagnets saklighet, kan vi komme til at utsagnet er rimelig *kunnskapsteoretisk objektivt*.

Det er grenser for objektiv kunnskap om subjektive forhold. Kant belyser dette. Han skilte mellom et empirisk jeg (eller subjekt) og et transcendentalt jeg (eller subjekt). «Det empiriske jeg er det, som jeg kan gjøre til *genstand* (objekt) for erfaring og introspeksjon.» (Lübcke 1983: 223). Det empiriske jeget er det aspektet av min egen person som jeg kan ha kunnskap om, eller andre kan ha kunnskap om dette, f. eks. den psykologisk skolerte fagperson. Med «det transcendentale jeg» menes et aspekt ved mitt eget jeg, eller en annen persons jeg, som det ikke er mulig å ha kunnskap om. Kant forklarte dette slik:

Det transcendentale jeg kan [...] *ikke* gøres til *genstand for erfaring*, men *går forud for* (er forudsatt i) enhver erfaring, idet det transcendentale jeg er det, der giver *enhed i bevidstheden* [slik at] der i det hele taget kan være en erfaring af denne eller hin genstand. Samtidig strukturerer det transcendentale jeg erfaringen på en bestemt måte, idet ethvert sansemateriale får en bestemt struktur eller form [...] (ibid.).³¹

Hvis Kant har rett, er det altså prinsipielt umulig å få noe i retning av fullstendig og objektiv kunnskap om en annen person (eller seg selv). Vi må nøye oss med enkelte aspekter. Jeg mener det er viktig å opprettholde et skille mellom det empiriske og det transcendentale jeg.

Vi må også gjøre et skille mellom hva personen selv kan uttale seg om, og det andre kan uttale seg om når det gjelder denne personen. Ren subjektivitet kan bare personen selv forsøke å si noe om. Det hender imidlertid at en person kan oppleve at en annen person har større innsikt i en selv på et område enn det en selv har.

Som konklusjon på denne redegjørelsen vil jeg si at det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet anses som et nødvendig, men ikke tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Analysen kommer senere fram til kriterier på dette objektivitetsbegrepet som brukes i trygdemedisinsk praksis (kapittel 10).

3.3 Ontologisk objektivitet og subjektivitet

Leksikonet forklarer i sitatet ovenfor (underkapittel 3.1) at *objektivitet* også kan bety «å ha egen, selvstendig eksistens *uavhengig* av et erkjennende subjekt. Dette er slik materielle ting vanligvis antas å eksistere.» Det er et *ontologisk objektivitetsbegrep* som her defineres.³²

Det *ontologiske objektivitetsbegrepet* og det *ontologisk subjektivitetsbegrepet* skal nå karakteriseres nærmere. Min ontologiske posisjon er *ontologisk realisme*. *Ontologisk realisme* kan defineres som en antagelse om at den ytre virkeligheten eksisterer *uavhengig* av menneskets bevissthet. Om menneskene og alle andre bevisste vesener dør, finnes fortsatt en ytre virkelighet (i alle fall universet) (Searle 1996: 153). *Ontologisk objektivitet* betyr det som antas å eksistere, og å være den måten det er på, *uavhengig* av noen som helst persepsjon, begrepsdannelse, kunnskap eller bevissthet (Bell 1992;

³¹ I tillegg til «det empiriske jeg» og «det transcendentale jeg» taler Kant om «det praktisk handlende og villende jeg» (Lübcke 1983: 223f).

³² Ontologi er definert slik: «Ontology, understood as a branch of metaphysics, is the science of being in general, embracing such issues as the nature of existence and the categorical structure of reality. That existing things belong to different categories is an idea traceable at least back to Aristotle. Different systems of ontology propose alternative categorical schemes.» (Lowe 2005).

Rescher 1997; Searle 1996: 7ff). Definisjonen sier intet om hva slag grunnleggende natur denne ontologisk objektive virkeligheten anses å ha. Det er den ontologiske teorien som bestemmer dette.

Ontologisk subjektivitet betyr det som antas å eksistere kun *avhengig av* bevisstheten (Bell 1992; Searle 1996: 7f). Det er for eksempel tanker, opplevelse av for eksempel smerte og vilje til noe. *Det ontologiske subjektivitetsbegrepet* impliserer at subjektiv opplevelse er en fundamental kategori som anerkjennes å eksistere. Menneskets subjektivitet er for viktig til at den ikke skal inkluderes som et aspekt ved virkeligheten.

3.4 En kritikk av monistisk materialisme og substansdualisme

Det skal nå gjøres nærmere rede for to utbredte realistiske ontologiske teorier i vestlige samfunn, *den monistiske materialismen* og *substansdualismen*. I *den monistiske materialismen* anses fysisk gjenstand som den mest fundamentale ontologiske kategori som alt annet kan reduseres til. I *substansdualismen* anses fysisk gjenstand og psykiske fenomener, eller sinnet (eng. *mind*), som to fundamentale og uforenlige ontologiske kategorier.³³

Den monistiske materialismen har vært toneangivende innen mange vitenskaper siden det 19. århundret. Denne læren hevder at det finnes bare en relevant kategori: fysiske gjenstander, eller det materielle. Alt som eksisterer er i virkeligheten fysiske ting. I følge den materialistiske ontologi, kan bevisstheten (sinnet) uttømmende beskrives og forklares fysisk eller fysisk-kjemisk. «Den medisinske materialismen» har hatt stor medisinsk betydning: «The brain secretes thought as the stomach secretes gastric juice, the liver bile and the kidney urine,» hevdet fysiologen Karl Vogt (1817-1895) (Porter 1999b: 329). Dette er et eksempel på *ontologisk reduksjonisme*. Man gjør krav på «uttømmende å kunne beskrive eller forklare et fenomen eller en prosess 'x' i termer av et annet fenomen eller en prosess 'y' ved å hevde at 'x' ikke er noe annet enn 'y'.» (Barbosa da Silva 2006a: 36; Ruse 2005). Ontologisk reduksjonisme er vanligvis det samme som monistisk materialisme.

Materialismen kan anses som korrekt i den forstand at det fysiske beskrives uavhengig av vår bevissthet. Det problematiske med materialismen er at den prinsipielt ser bort fra andre aspekter ved virkeligheten enn det materielle. Ikke sjelden skiller leger f.eks. mellom reelle og ikke-reelle smerter. Et slikt skille følger av en monistisk materialistisk ontologi. Det skaper

³³ *Monisme* (av gr. *monos*, alene, eneste, enkelt) betyr at det er bare finnes ett grunnleggende prinsipp i virkeligheten, for eksempel materien eller ånden. *Dualisme* (av gr. *dualis*, som inneholder to) betyr at det finnes to grunnleggende prinsipper i virkeligheten som er klart atskilte, uavhengige av og motsatte hverandre (Lübcke 1983: 95).

ofte kommunikasjonsproblemer mellom lege og pasient. Alle smerter må anses reelle, i det minste i en ontologisk subjektiv betydning.

Substansdualismen er en teori om at det fysiske og det psykiske er to *atskilte* kategorier (Nagel 2005). En innflytelsesrik dualistisk ontologi ble utformet av filosofen René Descartes (1596-1650). Han delte alt som eksisterer, også mennesket, inn i *to* kategorier: *res extensa*, som er den utstrakte «substansen», og *res cogitans*, som er tanken, uten utstrekning. *Res extensa* er det fysiske, eller materien, som er utstrakt i tid og rom. Alle kroppar i rommet, også menneskekroppen, adlyder mekaniske lover. *Res cogitans* er tanken, psyken eller sinnet. Denne ontologiens store innflytelse skyldes at den har vært, og kanskje fortsatt er, «den offisielle ontologiske teorien» i store deler av verden (Ryle 1963: 13).³⁴

Substansdualismen kan anses som korrekt i den forstand at den anser det mentale og det opplevelsesmessige for å være virkelig. Den får imidlertid minst tre problematiske konsekvenser for medisinen.

1. Substansdualismens dikotomi på ontologisk plan får som konsekvens at en persons plager anses å tilhøre *enten* den fysiske kroppen *eller* psyken. Dualismens logikk tillater ikke at f.eks. kroniske smerter forklares som noe som ikke passer inn i dette skjema av *enten* det ene *eller* det andre (Edwards 1998).
2. Kroppen tenkes i termer av en fysisk gjenstand som følger mekaniske lover. Mennesket er en maskin, slik legen og filosofen Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) hevdet (La Mettrie 2001). Teorien tillater ikke tenkning om organismer som helhetlige levende systemer (Goldstein 2000; Uexküll & Wesiack 1997).
3. Tanken, psyken eller sinnet er helt privat, bare tilgjengelig for personen selv. Utenforstående kan ikke få kunnskap om eller innsikt i et annet menneskes opplevelse (Ryle 1963: 13). Man kan derfor heller ikke drive forskning om menneskers subjektive opplevelse. Det er bare det fysiske, eller materien, eller «hjernekjernen» som man kan vite noe om og som kan utforskes vitenskapelig. Vi ser at den monistiske materialismen og substansdualismen får den samme praktiske konsekvens når det gjelder spørsmål om kunnskap om det subjektive. Slik kunnskap er enten uinteressant (monistisk materialisme) eller ikke mulig (substansdualismen).

³⁴ Frederick Copleston skriver at Descartes selv var sterkt i tvil om det substansdualistiske synet på mennesket kunne være riktig. «For he was aware of empirical data which militate against [this view]. He was aware, in other words, that the soul is influenced by the body and the body by the soul and that they must in some sense constitute a unity. He was not prepared to deny the facts of interaction, and, as is well known, he tried to ascertain the point of interaction.» (Copleston 1994a: 121). Det vises til en interessant analyse av Descartes' syn på smerte (Duncan 2000).

3.5 En pluralistisk-holistisk ontologi for å beskrive «person i natur og samfunn»

Jeg skal nå legge fram noen overveielser om et system av ontologiske kategorier som ikke har *den monistiske materialismens* og *substansdualismens* svakheter. Det tas utgangspunkt i den ontologiske diskusjonen der spørsmålet er om det som eksisterer, best skal forstås på basis av kategorien *fysisk gjenstand* eller kategorien *prosess, ev. hendelse* (eng. *event*). Prosess er av Rescher definert som «a coordinated group of changes in the complexion of reality, an organized family of occurrences that are systematically linked to one another either causally or functionally.» (Rescher 1996: 38). Det dette skillet handler om, er om virkeligheten best kan beskrives som:

- a) atskilte individuelle enheter, som for eksempel *fysiske gjenstander* («atomer»), som klart kan plasseres i tid og rom, som anses uforanderlige og stabile og som er passive, eller som
- b) interaktive og relasjonelle forhold, dvs. *prosesser*, som oppfattes helhetlige, og som noen ganger ikke kan plasseres i tid og rom, som er i stadig forandring og aktive.

Jeg anser det rimelig og fruktbart å betrakte prosess, dvs. alternativ b), som den mest grunnleggende ontologiske kategori. De atskilte individuelle enhetene, dvs. alternativ a), ses i lys av denne. Det er ikke snakk om et enten – eller mellom alternativ a) og alternativ b), men om å prioritere en beskrivelse av virkeligheten ved hjelp av interaktive forhold, aktivitet og helhet framfor ting, passivitet og atskilte, individuelle enheter (Rescher 1996: 34). *Til sammen* er disse to beskrivelsene nødvendige og tilstrekkelige for en akseptabel ontologisk realistisk oppfatning av virkeligheten.

De grunnleggende ontologiske kategoriene i det systemet jeg foreslår for å beskrive *person i natur og samfunn*, er *helhet/del*, *emergens* og *selvorganisering*. Kategoriene gis en første beskrivelse her. Deres medisinske betydning drøftes i kapittel 4 og 11.

Første grunnleggende kategori er *helhet/del* (gr. *holos* og *meros*) (Goldstein 2000; Mayr 1997; Uexküll & Wesiack 1997). Denne kategorien beskrives med to termer fordi helhet og del impliserer hverandre gjensidig (Nuzzo 1999). Det finnes altså ingen helhet uten deler, og deler finnes ikke uten noen som helst helhet. En utvikling av biomedisinen i retning av «integreert biologi» er et interessant eksempel på at når den molekylærbiologiske *del*kunnskapen øker, tvinger det seg også fram måter å se organismen som en funksjonell *helhet* på – som kan «tilpasse seg forandringer av ytre og indre forhold.» (Iversen 1998).

Jeg legger nå fram en *pluralistisk-holistisk ontologi* for å kunne beskrive en helhet som består av *person i natur og samfunn*, med en hierarkisk struk-

tur.³⁵ En hierarkisk struktur blir gjerne beskrevet på følgende måte innen systemteoretisk orientert forskning, f.eks. i biologi, økologi og allmenn-medisin: fra atom, organ, organisme, populasjon, samfunn, økosystem og til biosfære (McWhinney 1997: 66ff; Solli et al. 1996: 58f; Yates 1993). Filosofen Ken Wilber har vist at slike hierarkiske skjema har den grunnleggende feil at omgivelsene (det økologiske og det sosiale) kommer til syne først langt oppe i hierarkiet. I stedet skal slike skjema vise at det omgivelsermessige finnes på alle nivåer i hierarkiet (Wilber 1995: kap. 3).³⁶ Jeg tar hensyn til denne berettigete kritikken og viser denne avhandlingens *pluralistisk-holistiske ontologi* (eller virkelighetsoppfatning) i fig. 3.1.³⁷

Fig. 3.1. En pluralistisk-holistisk ontologi for person i natur og samfunn (Jantsch 1979; Pauli 1997; Vernadsky 1945; Wilber 1995).

	DET INDIVIDUELLE	DET OMGIVELSESMESSIGE/SOSIALE
Noosfæren ³⁸	Det humane som den individuelle personen	Det humane som det kulturelle, det tekniske og det geografiske. Person i samfunn med andre personer
Biosfæren	Det psyko-organiske	De biologiske og de økologiske omgivelser
Fysiosfæren	Det fysisk-kjemiske	De fysiske og kjemiske omgivelser

³⁵ Hierarki: «av gr. *hierō* og *arki*, eg. de helliges herredømme, i overført betydning enhver streng rangorden, f.eks. militært hierarki, offentlig byråkrati, partidiktatur, eller abstrakt: verdienes hierarki i et filosofisk system». I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=590290> (26.10.2006). Slike sterkt verdiladete og dels paternalistiske betydninger har ført til at noen tar avstand fra å bruke termen. Men termen har også en betydning som Michael Polanyi eksemplifiserer ved det å holde en tale: «It includes five levels; namely the production (1) of voice, (2) of words, (3) of sentences, (4) of style, and (5) of literary composition. Each of these levels is subject to its own laws, as prescribed (1) by phonetics, (2) by lexicography, (3) by grammar, (4) by stylistics, and (5) by literary criticism» (Polanyi 1967: 35). Det er i denne betydningen «hierarki» blir brukt her. Det kan finnes bedre måter å illustrere levende interaktive systemer enn det figur 3.1. gjør. Dette er forsøkt av Yates (1993: 203).

³⁶ Wilber støtter seg til Erich Jantsch (1979: 189).

³⁷ Ordet holisme kommer fra gresk *holos*, som betyr hel, og er karakterisert slik: «Att anläggas en holistisk syn på en helhet (ett system, en totalitet) är att begripa dess delars egenskaper och funktionsätt utifrån lagar, som gäller för helheten. Helheten s.a.s. går före delarna.» (Wright 1987: 49). Holisme betyr altså i følge von Wright at delene i en helhet styres av lovmessigheter som gjelder for helheten. Holisme i en medisinskhistorisk kontekst tas opp av Rosenberg (1998).

³⁸ Noosfære (gr. *nous*, tanke, ånd) er en term som først ble tatt i bruk av paleontologen og teologen Pierre Teilhard de Chardin i 1922. <http://de.wikipedia.org/wiki/Noosph%C3%A4re> (07.10.06).

Denne figuren viser virkelighetens struktur beskrevet langs to akser. Den ene akse inneholder kategorier i en hierarkisk orden som her har tre nivåer: det fysisk-kjemiske, det psyko-organiske og det humane. Nærmere forklaringer av de to siste termene kommer nedenfor. Den andre akse viser et individuelt og omgivelsesmessig aspekt. Personer opptrer både som individer i naturlige, sosiale og kulturelle omgivelser. Personer former også samfunn sammen med andre personer. Forholdet mellom individ og samfunn tas opp i påfølgende underkapittel. Dette skjema er et helhet/del-skjema og viser at ingen del kan løsrives fra en i siste instans omfattende helhet. Det gir heller ikke mening å snakke om helhet uten å implisere deler slik disse her er beskrevet.

På hvert nivå i hierarkiet tilkommer *emergente egenskaper*.³⁹ *Emergent egenskap* er karakterisert slik: «A property of a complex system is said to be 'emergent' just in case, although it arises out of the properties and relations characterizing simpler constituents, it is neither predictable from, nor reducible to, these lower-level characteristics.» (Kim 2005). Dette betyr at en emergent egenskap har en ontologisk status som gjør at den ikke kan reduseres til de enklere bestanddelenes eller prosessenes ontologiske status. For eksempel kan liv, som emergent egenskap i forhold til fysiske og kjemiske egenskaper, verken predikeres fra disse, eller reduseres til dem. Idéen om emergente egenskaper er knyttet til tanken om at virkeligheten kan beskrives som bestående av nivåer av helheter (med sine deler) som øker i kompleksitet fra et enklere nivå til et mer sammensatt nivå. *Kompleks* som adjektiv betyr at noe er helt samtidig som det er sammensatt av mange elementer, eller det er mangesidig.⁴⁰ *Kompleksitet* er et mangetydig ord. Jeg foreslår, med filosofen Peter Godfrey-Smith, å bruke ordet i en enkel betydning av *heterogenitet*. «Complexity is variety, diversity, doing a lot of different things or having the capacity to occupy a lot of different states. There are many kinds of heterogeneity, hence many kinds of complexity.» (Godfrey-Smith 2002:10).⁴¹ Å si at virkeligheten er *kompleks*, eller preget av *kompleksitet*, vil si at den er en helhet som er variert, forskjelligartet og mangfoldig. Innen biosfæren er ikke bare den individuelle organismen,

³⁹ Ideen om emergente egenskaper synes å få økende støtte i biologi, medisin og helsefag (Edwards 2005; Kauffman 1996; Solé & Goodwin 2000; Uexküll & Wesiack 1997; Wulff 1998).

⁴⁰ Kompleks. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=635969> (02.11.2006). Det må understrekes at kompleks betyr «enhet i mangfold» (lat. *unitas multiplex*). For Thomas Aquinas er mennesket «en enhet i mangfold» (Barbosa da Silva 2006a: 34).

⁴¹ Artikkelen *Complexity* i *Wikipedia* gir et godt inntrykk av ordets mange betydninger, se <http://en.wikipedia.org/wiki/Complexity> (15.11.06).

men også omgivelsene, komplekse. En organismes fysiske omgivelser, klima for eksempel, er ofte varierte. Levende vesener må også forholde seg til andre levende vesener av samme art og andre arter, ofte i konkurranse om å oppfylle biologiske behov. Menneskesamfunnet har sine sosiale regler som man skal følge, ev. velge å bryte.

Selvorganisering hevdes å ha blitt brukt første gang skriftlig i 1947 av legen William Ross Ashby (1903-1972). Begrepet karakteriseres slik: «Self-organization is a process in which the internal organization of a system, normally an open system, increases in complexity without being guided or managed by an outside source. Self-organizing systems typically (though not always) display emergent properties.»⁴² *Selvorganisering* blir brukt om fysiske, biologiske og humane fenomener. Det finnes systemer, vanligvis åpne systemer, dvs. et system som krever stadig tilførsel av energi, som har den egenskapen at kompleksiteten øker, eller oppnår en større grad av orden, styrt eller regulert fra systemet selv. Virkeligheten har altså et kreativt aspekt (Wulff 1998: 115; Jantsch 1979). Jeg skal nå ta opp enkelte poeng ved de enkelte nivåene i hierarkiet.

Det skal nevnes at biosfæren og noosfæren «holdes oppe» av fysiosfæren. I følge kjemikeren James Lovelocks kontroversielle, men interessante, hypotese reguleres jordens klima og kjemiske forhold slik at de gir rammer som passer for liv. Reguleringen kan i vår tid være i ferd med å endre seg med mulige store negative konsekvenser for biosfære og noosfære (Lovelock 2006).

Biosfæren er det jeg betegner som psyko-organisk. Denne betegnelsen refererer til psykiske funksjoner som er til stede hos levende vesener i deres tilpasning til omgivelsenes muligheter og problemer. Jeg følger igjen Godfrey-Smith, som bruker den mer spesifiserte termen «kognisjon». Den forklares slik:

I understand cognition as a collection of capacities which, in combination, allow organisms to achieve certain kinds of coordination between their actions and the world. This collection typically includes the capacities for perception, internal representation of the world, memory, learning, decision-making and the production of behaviour. This set of capacities [...] has the function of making possible patterns of behaviour which enable organisms to effectively deal with complex patterns and conditions in their environments (Godfrey-Smith 2002: 5).

Poenget her er å påpeke at det innen vår tids biologi gir god mening å tale om at en psykisk funksjon som kognisjon, bestående av persepsjon, indre

⁴² *Self-organization*. I: <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-organization>. Tanken om at det finnes en orden i naturen som opprettholdes av naturlovene, er ikke ny. Descartes strevet med disse tankene. Filosofen Schelling (1775-1854) beskrev allerede omkring år 1800 et «selvorganiseringsparadigme» (Ulrich 1997: 96). McWhinney beskriver sitt «nye medisinske paradigme» ved hjelp av *selvorganisering* (McWhinney 1997: 63ff).

representasjon, hukommelse, læring og beslutninger, er meget utbredt i biosfæren. Det skal videre påpekes at kognisjonens sentrale oppgave er å gjøre interaksjonen med en kompleks omverden bl.a. mer effektiv.

Det er vanskelig å tenke seg en bestemt grense i naturens biologiske hierarki for når kognisjon, eller noe som ligner kognisjon, ikke finnes. Godfrey-Smith skriver:

Do plants have [cognition]? What about bacteria? By any normal standard, plants and bacteria do not have minds and do not exhibit cognition. But my suggestion is that cognition shades off into other kinds of biological processes. There is not much point in trying to draw some absolute line (ibid: 6).

Kognisjon går altså gradvis over til andre slag biologiske prosesser uten at det synes mulig å trekke en absolutt grense mellom det som er kognisjon og det som ikke er det. Med andre ord kan vi si at kognisjon eksisterer i biosfæren både ontologisk subjektivt (som dyrs opplevelse) og ontologisk objektivt (som kognisjonens fysiologiske substrat). Kognisjon har altså både et subjektivt og et objektivt ontologisk aspekt. Det er på dette grunnlag jeg betegner biosfæren som psyko-organisk. Poenget med denne naturfilosofiske betraktningen her er å trekke en slutning som gjelder menneskekroppen. Den har på samme måte som dyrekropper (for øvrig) et ontologisk objektivt aspekt og et ontologisk subjektivt aspekt.

Det individuelle mennesket omfatter altså et *fysisk-kjemisk*, et *psyko-organisk* og et *humant* nivå. På alle nivåene foreligger det en interaksjon med omgivelsene. Det humane nivå vil jeg karakterisere slik. Det individuelle mennesket i sine omgivelser betegnes som *person* (Lübcke 1983: 335). Personen, med sin kropp, er for det første et *handlende vesen* (eller en aktør). Det som først og fremst karakteriserer handling, er at den gjøres med en *hensikt*, et *mål* eller med *en vilje* (eng. *intention*) (Hornsby 2005). Mennesket søker for det andre å handle og velge i *frihet* (Sturma 1999). En hver person er for det tredje *unik*. Med dette menes at hvert menneske lever sitt individuelle liv, som en prosess over tid, i sine omgivelser der det ser sitt liv fra sin egen og unike synsvinkel og gjør sine egne spesielle erfaringer (Feinberg 1973: 93).

Som en overordnet tanke for den skisserte ontologien på humant nivå vil jeg med filosofen Martin Heidegger (1889-1976) si at mennesket søker en *sammenheng* og *mening* i tilværelsen. Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) sier det samme: «Because we are in the world, we are condemned to meaning [...]» (Merleau-Ponty 1962: xix). Dette synet støtter teorien om at *symbolske selvbearbeidingsbehov* er et vesentlig behov (avsnitt 2.4.2).

Heidegger beskriver *forståelse* som en struktur ved den menneskelige væremåten. Den viser seg i menneskets måte å forholde seg til verden, dvs.

til alt som eksisterer. Mennesket kan altså ikke annet enn å forstå sitt eget liv. Filosofen Guttorm Fløistad skriver at denne forståelse har mange uttrykksformer. «Forklare, kritisere, fortelle, gjengi, bemerk, oppsummere, og også forstå i de fleste dagligdagsbruksmåter er eksempler på slike uttrykksformer.» (Fløistad 1968: 206). Et generelt trekk ved forståelsen på dette eksistensielle planet er at den har en såkalt *mulighetskarakter*:

Forståelsen blir [...] aldri kvitt sin mulighetskarakter. Uavhengig av hva som i øyeblikket forstås og hvordan og i hvilken sammenheng det forstås, vil en forståelse bare være en mulig forståelse. Forståelsen kan derfor når som helst forandres, dvs. «trekkes tilbake» og gis andre «utløp». Det som først og fremst skifter, er sammenhengen eller sammenhengsforståelsen. Derved kan de samme ting forstås på en annen måte, eller helt andre ting blir relevante (ibid.: 207-8).

Jeg tar med dette aspektet fordi det begrunner at opplevelser og situasjoner i prinsippet kan fortolkes på flere måter. Selve måten å forstå seg selv og sin situasjon på er av fundamental betydning både for den enkelte og for den forståelsen som finnes i samfunnet.

Spørsmålet er nå hvordan forholdet mellom kropp og sinn (eng. *body and mind*) skal anses. Vi står overfor det problem at forholdet mellom *body and mind*, eller det ontologisk objektive og det ontologisk subjektive, neppe kan sies å være formulert på en tilfredsstillende måte. Viktige analyser er utført av Merleau-Ponty (1962; Dillon 1997). Det jeg vil gjøre som en foreløpig «løsning», er å vise til det som ble konstatert ovenfor om at en levende kropp dels har et ontologisk objektivt aspekt, dels et ontologisk subjektivt aspekt. Når mennesket omtaler seg selv, får dette synet følgende konsekvenser. De fysiske/kjemiske prosessene eller bestanddelene i organismen i interaksjon med sine omgivelser har et ontologisk objektivt aspekt. Dette svarer til uttrykket «jeg har en kropp.» Men kroppen kan også beskrives med et ontologisk subjektivt aspekt. Dette svarer til uttrykket «jeg er en kropp.» Eller sagt litt mer utfyllende:

The human subject is first and foremost a bodily subject, or an incarnate subjectivity, so that the human body, while obviously something material, does not belong simply to the material order of things. In fact it has its own, albeit ambiguous, mode of existence, which Cartesian categories cannot capture (Burwood, Gilbert, & Lennon 1999: 170).

3.6 Sosial atomisme, kollektivism og sosial ikke-atomisme

Den *pluralistisk-holistiske ontologien* som her er framstilt, beskriver mennesket med både et individuelt og et sosialt aspekt. I en rettferdighetsteoretisk sammenheng, hvor det skal foretas en utligning mennesker mellom, både som individer og som tilhørende et samfunn, er det et sentralt spørsmål hvordan man forestiller seg forholdet mellom individ og samfunn. Tre ulike

syn legges fram: *sosial atomisme*, *kollektivism* og *sosial ikke-atomisme*. Disse definerer forholdet mellom *individ* og *kollektiv* på tre forskjellige måter.

Sosial atomisme betyr at et samfunn ontologisk sett ikke er mer enn summen av de enkelte individer.⁴³ Begrepet innebærer at det enkelte individ ses på som *tilstrekkelig* i seg selv. Det enkelte mennesket kan i prinsippet leve et godt liv, utvikle sin frihet, identitet og sine karakteristiske ferdigheter og evner uavhengig av andre mennesker eller samfunn (Taylor 1985). Det finnes ingen sterke relasjoner som knytter menneskene til hverandre. Som jeg skal vise, har den sosiale atomismen en sentral posisjon innen trygdemedisinen. Det etiske og politiske filosofiske grunnsynet som har ledsaget den sosiale atomismen, er *individualismen*. Det er et syn som gir det individuelle mennesket primær moralsk verdi (Care 2005). En skal merke seg at individualisme ikke nødvendigvis er sosialt atomistisk. Man kan tenke seg en individualisme hvor mennesket ses med relasjoner til andre mennesker og til omgivelsene.

Kollektivism er som ontologisk syn et syn om at samfunnet består av samlende fellesskap (kollektiv kommer av *lat.* samle).⁴⁴ Det etiske og politiske grunnsynet som har ledsaget dette samfunnssynet, er at kollektivet har primær verdi. De normer som individene skal følge for sine handlinger, skal avledes av kollektivets interesser.⁴⁵ Kollektivets og individets interesser er med andre ord sammenfallende.

Den tredje posisjonen er *sosial ikke-atomisme*.⁴⁶ Synet knyttes til filosofen Georg W.F. Hegel (1770-1831):

Enkeltindividet er for Hegel den andre siden av den helheten som er samfunnet, akkurat slik det individuelle og det allmenne er to sider av samme virkeligheten. [...] Kollektivism er således, slik Hegel ser det, en like stor misforståelse av samfunnet som den

⁴³ Atomisme i sin opprinnelige betydning, utformet i antikken, vil si at verden anses å være bygd opp av atomer, dvs. udelelige stoffpartikler (Stigen 1983a: 34f). En oppfatning om «materiens kornstruktur» var en underliggende forutsetning for den naturvitenskapelige revolusjonen i renessansen (Wright 1987: 49; Stigen 1983b: 461). Oppfatningen får viktige konsekvenser når det gjelder synet på en helhet av hvilket som helst slag: En helhet må begripes ved å ta utgangspunkt i delene. Atomisme (også betegnet som merisme) betyr at en helhet ikke er noe mer eller noe annet enn summen av de enkelte delene (Wright 1987: 48f). Atomismen påvirket i betydelig grad den moderne tids politiske filosofi. Thomas Hobbes (1588-1679) anså menneskene som en samling atomer som daglig kjemper for å greie seg i en verden av knapphet (Skirbekk & Gilje 1992a: 283).

⁴⁴ Kollektiv, I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.sn.no/article.html?id=634795> (11.05.06).

⁴⁵ Kollektivismus. I: *Der Brockhaus Philosophie. Ideen, Denker und Begriffe*. 2004. F.A. Brockhaus, Mannheim: 166.

⁴⁶ Charles Taylor har argumentert for denne posisjonen, men jeg har ikke funnet at han har brukt termen *social non-atomism* (Taylor 1985; Taylor 1989).

individualistiske liberalismen er det. Kollektivismen ser bare det allmenne og glemmer det individuelle og dermed individets frihet (Tollefsen, Syse, & Nicolaysen 1998: 429f).

Det er et interaktivt, eller gjensidig, forhold mellom *individet* og *kollektivet* (Höffe 2001: 30).⁴⁷ Når det gjelder verdi, anser jeg både individet og kollektivet for å ha verdi. Disse verdiene må balanseres. Dette *balanserte synet mellom individualisme og kollektivism* søker jeg å klarlegge nærmere betydningen av videre i avhandlingen.

3.7 Ontologiens betydning for rettferdighetsbegrepet

Monistisk materialisme har minst to problematiske konsekvenser for rettferdighetsteori. Den ene er at den ikke gir noe adekvat grunnlag for å forstå og forklare det *humane* slik det ble beskrevet i underkapittel 3.5. Men det humane har stor betydning for utligning av goder (eller onder) i et fellesskap. Det skal her nevnes at *frihet*, som et helt humant begrep, har sentral betydning i rettferdighetsteori. Det første prinsippet i Rawls rettferdighetsteori er at «[e]nhver person har det samme ufravikelige krav på et fullstendig tilfredsstillende system av grunnleggende friheter, et system som er forenlig med et slikt frihetssystem for alle.» (Rawls 2003: 103). Vi har allerede sett at *likeverd*, som etisk verdi, har stor betydning innen rettferdighetsteori. Dette kan begrunnes bl.a. ved at alle mennesker har samme menneskeverd og at hvert menneske er *unikt*. Denne unikhetskarakter er lik for alle mennesker (Feinberg 1973: 93).

Den andre problematiske konsekvensen har med ontologiens betydning for hvilket objektivitetsbegrep man bør benytte i en situasjon der noe skal fordeles rettferdig. La oss si at man skal fordele etter behovskriteriet. Dersom man anerkjenner kun det som foreligger materielt i ontologisk forstand, vil man legge vekt på behov som kan dokumenteres ved påviselige kroppslige forandringer, altså kun de *fundamentale behov*. Anerkjenner man en mer holistisk ontologi derimot, vil man også legge vekt på vesentlige behov som *symbolske trygghetsbehov* eller *selvutviklingsbehov*, som har *ontologisk subjektiv* status.

Substansdualismens betydning for rettferdighetsteori kan belyses slik. Kroniske smerter er et fenomen som kan ha betydning for en fordeling av goder. Dersom man ser mennesket som delt i to atskilte deler (i følge substansdualismen), er man nødt til å foreta et valg om man vil se smerte bare som et kroppslig, «fysisk» problem, eller som et problem som bare angår sinnet (eller det psykiske). En alternativ mulighet å forstå problemet på er

⁴⁷ Man kan også si at det er et dialektisk forhold mellom individ og samfunn. Dialektikk er imidlertid «et af de vanskeligst håndterlige [...] filosofiske ord.» (Lübcke 1983: 88). Jeg bruker det derfor ikke som analytisk redskap i denne avhandlingen.

at det er nødvendig å se personen som helhet i en omgivelsesmessig og sosial sammenheng. Substansdualismen lukker for denne muligheten. En videre analyse av disse problemer kommer i kapittel 11.

Den rettferdighetsteoretiske betydningen av synet på forholdet mellom individ og samfunn kan forklares slik. Et *kollektivistisk syn* kan få som konsekvens at individets individuelle behov ikke blir vektlagt. Et *sosialt atomistisk syn* kan få som konsekvens at man ikke blir vurdert i relasjon til sine naturlige, sosiale og kulturelle (f.eks. bygningsmessige) omgivelser. Det som i en problemsituasjon kan være vesentlig å få en redegjørelse for, for eksempel for å utrede konkrete muligheter for rehabilitering, blir derfor ikke vektlagt. Spørsmålet om det kollektive grunnlaget for at for eksempel en trygdeordning skal kunne opprettholdes i en tid preget av individualisme, kan videre bli forsømt. Et *balansert syn mellom individualisme og kollektivism* forsøker å opprettholde en balanse mellom disse ytterpunktene. Dette innebærer at en trygdeordning anses å ha kollektive forutsetninger, men det er også vesentlig at hvert menneske bli betraktet individuelt – men i sine omgivelser.

Som konklusjon på denne analysen vil jeg hevde at ontologisk objektivitet (alene) er verken et nødvendig eller tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. En pluralistisk-holistisk ontologi, slik jeg her har forsøkt å beskrive den, anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Vi kommer tilbake til mer utviklede analyser av disse spørsmålene i kapittel 11.

3.8 Konklusjon

Det tales ofte om objektivitet når det tales om rettferdighet. «Objektivitet» har imidlertid både en kunnskapsteoretisk og en ontologisk betydning. *Kunnskapsteoretisk objektivitet* defineres som *en tankemessig ytelse med et innhold som kan antas å være gyldig for alle mennesker*. Det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet i følgende sentrale betydninger er framhevet: *allmenngyldighet, saklighet, upartiskhet og intersubjektivitet*. *Det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. *Vilkårlighet* er et kriterium på *kunnskapsteoretisk subjektivitet*.

Ontologisk objektivitet betyr det som antas å eksistere, og å være den måten det er på, uavhengig av noen som helst persepsjon, bevissthet, begrepsdannelse eller kunnskap. *Ontologisk subjektivitet* betyr det som antas å eksistere kun *avhengig av* bevisstheten. Det foreslås en *pluralistisk-holistisk* ontologi for å beskrive *person i natur og samfunn*. Den erstatter monistisk materialisme og substansdualisme. De grunnleggende ontologiske kategoriene er *helhet/del, emergens og selvorganisering*. Virkelighetens struktur beskrives langs to akser. Den ene akse består av kategorier i en hierarkisk orden med emergente egenskaper på tre nivåer: det *fysisk-kjemiske*, det

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

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

4 Medisinsk vitenskapsfilosofi og etikk med henblikk på praktisk trygdemedisin

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

4.1 Praktisk medisin overfor individ og samfunn som kunst og vitenskap

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

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

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

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

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

4 Medisinsk vitenskapsfilosofi og etikk med henblikk på praktisk trygdemedisin

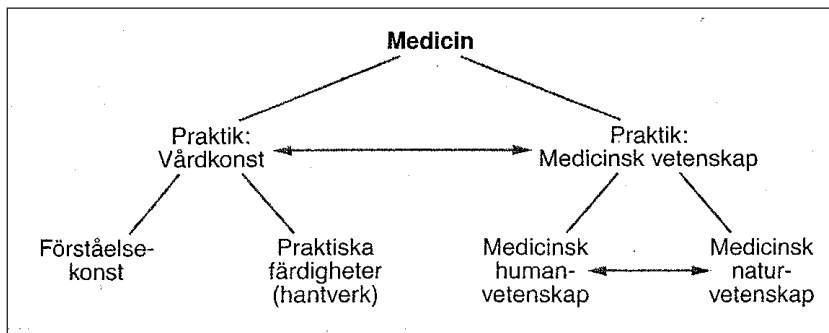
Hensikten med dette kapitlet er å gjøre rede for noe av det medisinske vitenskapsfilosofiske og etiske grunnlaget for å vurdere arbeidsevne innen en trygdeordning. Praktisk medisin defineres. Det formuleres en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom. Det gjøres videre en kunnskapsteoretisk drøfting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

4.1 Praktisk medisin overfor individ og samfunn som kunst og vitenskap

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Den komplekse medisinske modellens kunnskapsteori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Fire ulike trygdemedisinsk relevante former for praktisk tenkning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5 Trygdemedisinsk relevante former for skjønnsanvendelse i trygdesystemet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6 Handlingsorientert funksjonsevneteor

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

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

- En person
- Et mål
- Spesifiserte omgivelser (eng. *circumstances*)⁶³

Nordenfelt forklarer forholdet mellom disse faktorer slik:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 Syn på arbeid

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

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

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

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

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

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

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

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

4.8 Konklusjon

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

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

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

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

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

Del II.

Analyser av sosial rettferdighet i europeisk, nordisk og norsk kontekst

5 Et samfunnsansvar for trengende og deres kategorisering

Vi skal i dette og de påfølgende kapitler i del II dels se kontinuitet, dels nye måter å tenke sosial rettferdighet på. Hensikten med dette kapitlet er å finne fram til en opprinnelse for organisert samfunnsansvar for å hjelpe mennesker som ikke kan forsørge seg selv. Hensikten er videre å finne fram til de kategorier som ble innført for å kunne beskrive disse menneskene korrekt.

5.1 Plikten til å forsørge seg selv og ansvaret for trengende

Omkring år 1000 gikk de europeiske jordbruksbaserte samfunnene inn i en dynamisk epoke som betegnes «høymiddelalderen». Den varte fra omkring 1050 til 1350.⁶⁶ Jordbruket ekspanderte, befolkningen økte, og handelen tok seg opp. Føydalsamfunnet fant sin form. Det store flertall mennesker levde i landsbyer hvor de arbeidet for godsherren som ufrie bønder/bondekvinner. Den økonomiske ekspansjonen gav grunnlag for byvekst. Byene gav muligheter for nye former for økonomisk, sosial og politisk organisering. Det kom til spesialister av mange slag innen handel, handverk, teknologi, medisin og kunst. Lærde studier ved universitetene vokste fram (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 27-48; Helle 1984: 158ff). Kvinnene arbeidet i økende grad også som tjenere, tekstilarbeidere, håndverkere, jordmødre og også som leger (Applebaum 1992: 315ff).

Det synes klart at det i dette samfunnet gjaldt en allmenn moralsk *plikt til å sørge for seg selv* og sine nærmeste. For de fleste betydde dette å utføre kroppsarbeid. Noen få kunne for eksempel leve av en formue. Denne plikten til å sørge for seg selv kan skyldes bibelsk påvirkning i en epoke sterkt

⁶⁶ Epokeavgrensingen er fra: Føydalisme. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=559151> (30.03.06).

preget av kristendom. Som kjent virket Jesus trolig som snekker. «Den som ikke vil arbeide, skal heller ikke spise» skrev Paulus (Bibelen 1978: 2. brev til tessalonikerne 3.10). Fra tidlig middelalder av hadde «*ora et labora*», dvs. «be og arbeid», vært benediktinermunkenes ordspråk.⁶⁷ Det synes imidlertid ikke å ha foreligget noen allmenn moralsk *arbeidsplikt* i høymiddelalderen. Sosiologen og filosofen Max Weber (1864-1920) skrev at høymiddelalderens store filosof og teolog, Thomas Aquinas (ca. 1225-1274), så på arbeidet kun som nødvendig, av naturlige årsaker, for å opprettholde livet. Den som kan leve av sin formue, behøver ikke å arbeide. Arbeid er nødvendig for arten menneske, ikke for hver enkelt. Det høyeste målet for mennesket er religiøs kontemplasjon, mente St Thomas (Weber 1995: 98-9).⁶⁸ Men vi kan snakke om at allmuen hadde en *politisk arbeidsplikt*. Ufrie bønder hadde plikt til å arbeide opptil tre dager i uken for sin godsherre (Helle 1984: 153).

I høymiddelalderen ble arbeid sett på som et middel til å realisere verdier som å opprettholde livet og øke godsherrens rikdom og makt. Arbeid ble i det store og hele ikke ansett å ha egenverdi, selv om det nok var nyanse i dette synet mot slutten av middelalderen (Applebaum 1992: 177-317).

Dersom en bonde/bondekvinne ikke greidde å arbeide på grunn av sykdom eller høy alder, tyder alt på at han/hun ble hjulpet av familie, naboer og ev. også av godsheren (Holzinger 1992: 71ff). Dette er det nære og familiære hjelpesystem som trolig har eksistert i alle kulturer så lenge mennesket har eksistert. Sosiologen Robert Castel forklarer imidlertid at med etablering av høymiddelalderens samfunnsorden oppstod det et større antall mennesker som var kommet i en nødssituasjon, og hvor den familiære hjelpen var utilstrekkelig. Det kunne være på grunn av bl.a. økt mobilitet. I denne situasjonen tar kirken, og etter hvert også bymyndighetene og dessuten laugene, et ansvar for å forsørge *trengende* (Castel 2003: kap. 1). Jeg bruker betegnelsen «trengende» og ikke «fattig» om de mennesker det gjelder. Det er fordi de aller fleste mennesker var fattige på denne tiden. Det fantes intet ansvar og ingen kategorisering som tilsa at vanlige fattige skulle få hjelp (Castel 2003: 24).

⁶⁷ *Ora et labora*: <http://www.wegdermitte.de/index.htm?/aktuelles/ora-et-labora.htm> (19.08.06).

⁶⁸ Det vises til Georges Midrés interessante analyse av arbeidsbegrepet (Midré 1995: kap. 2). Jeg kan ikke bekrefte hans syn om at det fantes en religiøs begrunnet arbeidsplikt i middelalderen, dvs. at «mennesket *skal* slite» av religiøse grunner (ibid.: 25).

5.2 Høymiddelalderens to forsørgelsessystemer

Det er ikke nytt i historien at det finnes svake og nødlidende med et stort behov for hjelp og sosiale tiltak. I Bibelen skrives det om nødvendigheten av hensynsfullhet og rettferdighet i samfunnet overfor nødstedte, fattige og innflyttere, for eksempel i kapittel 24 i 5. Mosebok (Bibelen 1978). Det nye er at det i høymiddelalderen etableres organiserte systemer for sosial hjelp med trekk og etisk problematikk som kan kjennes igjen i vår tids velferdsordninger og i trygdemedisinen. Vi finner to forsørgelsessystemer for dekning av grunnleggende behov for trengende. Det ene er et lukket system innen laugene, basert på *solidaritet*. Det andre er et åpent system for allmennheten drevet først av klostrene og kirken forøvrig og etter hvert også bymyndighetene, basert på *barmhjertighet*.

Håndverkslaugene, ofte med tvungent medlemskap, har en spesiell plass i sosialhistorien fra omkring år 1100 av (Helle 1984: 178f). Laugenes grunnverdi kan vi betegne *solidaritet*, her i betydningen gjensidig forpliktelse til å yte hverandre hjelp (Fistetti 1999). I tillegg til å sikre en næring og gjøre de næringsmessige forholdene vanskelige for ikke-medlemmer, gav laugene stor grad av sosial trygghet til sine medlemmer. Laugene sørget for eksempel for at en syk mester fikk hjelp til å få fullført oppdragene sine. De hadde også en *hjelpkasse* som betalte kostnader til legebehandling eller gav lån til medlemmene. Læresvennene hadde avtaler med mesterne sine om f.eks. fortsatt lønn eller betalt hospitalpleie ved sykdom (Holzinger 1992: 83ff).

På slutten av middelalderen ble det også dannet brorskap av læresvenner som også hadde hjelpekasser. Medlemmene kunne låne fra disse i nødsituasjoner (ibid.: 93ff). En annen gruppe som i alle fall fra det 13. århundret av slo seg sammen med felles hjelpekasse, var tyske gruvearbeidere som på den tiden arbeidet som selvstendige næringsdrivende (ibid.: 112). Disse hjelpekassene utjevnet nødstider, men de ytte ingen skadeerstatning (Holzinger 1992: 298). Laugenes hjelpekasser ytte hjelp også i Norge (Gogstad 1994).

Munkene og nonnene introduserte det som kan betegnes som *barmhjertighetsbasert* sosial hjelp, åpen for allmennheten. Filosofen Henri-Jacques Stiker definerer barmhjertighet som «disinterested love composed of goodwill and respect for equality, well summarized in the word fellowship.» (Stiker 1999: 36). Vilkår for rett bruk av begrepet er altså allmenn menneskekjærlighet, et syn for menneskers likeverd og en bevissthet om samhörighet. Thomas Aquinas førte barmhjertigheten som en guddommelig dygd inn i europeisk sosialetikk (Fellsches 1999). Barmhjertighet har slektskap med andre dygder som kjærlighet, velvilje og velgjørenhet, alle grunnleggende i f.eks. helsetjenesten også i vår egen tid (Beauchamp & Childress 2001: 32ff).

Klostrene la vekt på gjestfrihet og opprettet allerede i tidlig middelalder hospitaler (fra lat. *hospes*, fremmed eller gjest) for reisende og enkeltstående trengende. Her kunne enkelte syke, sterkt funksjonshemmede og gamle få mat og annen hjelp, i alle fall for en tid. I det 12. århundret begynte enkelte hospitaler å fungere som medisinske institusjoner. Hospitalene ble ofte overdratt til bymyndighetene i løpet av det 13. århundret (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 23; Ackerknecht 1982: 93). Den norske og dansk/norske sosialhjelpen overfor trengende fulgte det europeiske mønster. Frostatingsloven fra det 12. århundret «anerkjenner at enkelte ikke kan klare seg selv, og trenger hjelp ut over den ætten kan gi.» (Midré 1995: 11). Magnus Lagabøters lov, fra århundret etter, inneholdt nærmere bestemmelser om hvem som kan få lov til å tigge (ibid.). Det første hospitalet i Norge kan ha blitt etablert omkring 1170-80 (ibid.: 214; Gogstad 1994). Intet tyder på leger var involvert i de vurderinger som ble gjort, heller ikke for laugenes hjelpekasser (Geerts, Kornblith, & Urmson 1977: 88).

Den hjelp som var mest aktuell, var natural- eller pengeytelser fra kirken eller bymyndighetene, omsorg i et hospital eller rett til å motta almisser eller å tigge for eksempel ved kirkeinngangen (Castel 2003: 24ff).

5.3 Forsørgelsesansvarets avgrensning og kategorier trengende

Seip skriver at det etablerte forsørgelsesansvar måtte avgrenses (Seip 1994a: 18). Sosiologen Georges Midré beskriver «avgrensingsproblemet», dvs. «reguleringen av overgangen mellom sosiale hjelpeordninger og arbeidslivet.» (Midré 1995: 16). Castel peker på nødvendigheten av en avgrensning: «If one tried to relieve all forms of suffering, where would this lead one?» (Castel 2003: 34). Han skriver videre følgende:

Whatever the society in question, it is likely that no coherent system of assistance can be structured without first making a distinction between «good» and «bad» poor. This is to translate into common language a multitude of scholarly or pseudo-scholarly considerations based on theological, moral, philosophical, economic and technocratic arguments (ibid.).

Norske betegnelser for dette skillet er *den verdig* og *uverdig trengende* (eller kort: *den verdige* og *uverdige*).

To slag vilkår har i følge Castel begge vært nødvendige for å avgrense hvem som kan få hjelp i et hjelpesystem fra høymiddelalderen av til vår egen tid: vilkåret om *lokal tilhørighet* og vilkåret om at personen *ikke har arbeidsevne* (Castel 2003: 17). Det som skal vurderes for at en trengende skal få hjelp, i tillegg til tilhørigheten, er altså *arbeidsevnen*.⁶⁹ I denne avhand-

⁶⁹ De engelske termene hos Castel er *work ability/ability to work* og *work disability/inability to work* (Castel 2003).

lingen skal kun det ene vilkåret om manglende arbeidsevne analyseres. En person med manglende arbeidsevne betegnes gjerne som *arbeidsufør*. Jeg definerer arbeidsuførhet stipulativt som *en persons manglende evne til å sørge for seg selv ved eget kroppslig arbeid*. Eksempler på høymiddelalderens mennesker uten arbeidsevne var: «Elderly poor, children without parents, crippled of all sorts, the blind, paraplegics, scrofulous, and madmen – the whole ensemble is [...] heteronomous» (ibid.: 3). Noen spesielle former for sosial nød hørte altså også med, for eksempel barn uten foreldre eller enke med flere barn. *Den arbeidsuføre* er altså en presisering av *den verdig trengende*.

I følge Castel var «bodily affliction», eller «physical incapacity», middelalderens kriterium for kategorien arbeidsuførhet (ibid.: 24). På norsk kan vi tale om *kroppslig elendighet*. Med andre ord ble det etablert et kriterium på arbeidsuførhet som omfatter mennesker med en skadet eller sterkt svekket kropp.

Castel hevder at kristen teologi var av sentral betydning både da kroppslig elendighet ble etablert som kriterium på arbeidsuførhet og tilskrevet særlig verdighet. Kristus hadde lidt på korset og var blitt kroppslig plaget. Det var de kroppslige tegnene på nød som kunne skrive et menneske symbolsk inn i den guddommelige frelsesøkonomien igjen, og dermed også inn i den sosiale sammenhengen (Castel 2003: 22ff). «Suffering itself was in a way divine, since God had also suffered the Cross in human form.» (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 16). Ved det etablerte kriterium kunne lidende menn og kvinner med skadede og sterkt svekkede kroppar bli erklært verdige og få sin plass både i den dennesidige og hinsidige orden. Mennesker som falt inn under denne kategorien, ble i høymiddelalderen fortsatt ansett som naturlige deler av samfunnet. Den som var forskjellig, annerledes, hørte ikke desto mindre hjemme i tingenes *orden* (Stiker 1999: 76).

Samfunnet trenger en forklaring på hvorfor noen ikke kan sørge for seg selv og derfor skal få slippe strevet med å arbeide. Castel skriver om den kroppslige elendigheten at «these signs of decadence immediately demonstrated that these individuals are involuntarily prohibited from working by their afflictions.» (Castel 2003: 24). Det må altså vurderes om den kroppslige elendighet har ført til at personen ufrivillig har fått redusert sin arbeidsevne. Dette er en vurdering av årsak og virkning: Kan kroppens elendighet forklare at arbeidsevnen er nedsatt uavhengig av viljes- eller motivasjonsmessige forhold? I disse vurderinger anvendes *årsaksforklaring*. Som bakgrunn for denne vurderingen forelå i middelalderen en sosial situasjon der de aller fleste mennesker var fattige. Den trengendes situasjon måtte avvike på en grunnleggende måte fra den vanlige fattigdommen. Vi

ser her belyst poenget om at det i en vurdering av funksjonshemning foreligger en (implisitt) definisjon om hva som skal gjelde som *standard omgivelser* (underkapittel 4.6).

Castel beskriver fire kategorier i tillegg til *den arbeidsuføre: den arbeidsu villige, den som ikke finner arbeid, den simulerende og den vanærede trengende* (Castel 2003: 32ff). Den som framstiller seg trengende, men som ikke oppfyller kriteriet på arbeidsdyktighet, kan mistenkes for å være *arbeidsu villig*. Seip skriver at «[d]e eldste fattiglovene opererte med to hovedgrupper: de *arbeidsdyktige* og de *arbeidsu villige*.» (*Min kursivering*) (Seip 1994a: 18). Den *arbeidsu villige*, eller *den uverdige*, antas ikke å *ville* oppfylle den allmenne plikten til å brødfø seg selv. Midré skriver slik om dette moralske spørsmålet om viljen til å arbeide:

Den som gjør krav på å leve av hjelp fra fellesskapet, må kunne angi akseptable grunner til dette. Ett av de sentrale spørsmålene har alltid vært om vedkommende ønsket å klare seg selv eller ikke. Det henger sammen med at en person som anses å være arbeidsfær, men arbeidsu villig, utfordrer helt sentrale verdier. Spørsmålet om å klare seg selv så langt som mulig berører et fundament i samfunnets moralske struktur (Midré 1995: 13).

Blir manglende arbeidsevne forklart med manglende arbeidsvilje, anvendes en *formålsforklaring* (se underkapittel 4.6). Som trygdemedisiner har jeg erfart at det i noen tilfelle, kanskje særlig der årsaksforklaringen til den nedsatte arbeidsevnen ikke virker tilfredsstillende, oppstår spørsmål om personens arbeidsvilje eller motivasjon.

I senmiddelalderen (se nedenfor) dukket det opp et større antall mennesker som også var trengende, som ikke hadde noen skadet kropp, og som ville arbeide. Disse tilhører den tredje kategorien *den som ikke finner arbeid*. Det sosiale fenomen at mennesker ikke finner arbeid, går i Europa i alle fall tilbake til tiden etter svartedauden i 1348 (Castel 2003: kap. 2). Først på slutten av det 19. århundret ble imidlertid denne kategorien allment anerkjent – og betegnet som *arbeidsledig*.

I Castels kategorisystem tilkommer så den *simulerende*. Det har vært en sentral forestilling i europeisk sosialhistorie at det finnes mennesker som framstiller seg trengende uten å være det. «Those faking blindness, the falsely crippled or wounded, who abandon their crutches and props with the coming of evening in order to make merry – these populate the world of beggary.» (ibid.: 36). Det har vært viktig å avsløre slike *simulerende* eller falske trengende. En modifisert versjon av kategorien er den *overdrivende*. Enkelte perioder i sosialhistorien har vært spesielt opptatt av simulering. Stone beskriver f.eks. den sterke interessen for å avsløre simulanter i engelsk sosialhistorie i senmiddelalderen og den tidlige nyere tid (Stone 1984: 29ff). Den som vurderer en trengende, kan frykte å bli lurt. Frykten for å

bli lurt kan faktisk påvises også i vår tids trygdemedisin (Krohne & Brage 2007: 17f).

Den siste kategorien, *den vanærede trengende*, omfatter personer, for eksempel kunstnere, med god utdanning fra ærefulle familier, som av en eller grunn har falt sosialt og ikke lenger kan etablere tidligere status. Disse kunne til tider hjelpes selv om de egentlig var i stand til å utføre kroppsarbeid. De ble hjulpet på grunn av sin høyere sosiale status. Kategorien *den vanærede* er «snedig» (eng. *subtle*), skriver Castel (2003: 37). De kategoriene som her er nevnt, unntatt *den vanærede*, blir anvendt i de påfølgende analysene.

Det kategorisystemet som vi nå har gjennomgått, belyser at det kan være vanskelig å bedømme om en person skal få en ytelse fra samfunnet eller ikke, på grunn av manglende evne til å sørge for seg selv. Det er ikke underlig at spørsmålet om kroppens tilstand er blitt sentralt. Kroppens tilstand er tilgjengelig for observasjon og kan mange ganger vurderes nærmest offentlig. Kan kroppens tilstand forklare situasjonen, eller med andre ord anses som årsak til den nedsatte arbeidsevnen, er mye av vurderingsarbeidet gjort. Vanskeligere er det å vurdere arbeidsviljen eller om personen overdriver. I denne vurderingssituasjonen finnes det et viktig moment av tillitt eller mistillit i forholdet mellom den vurderende og den ev. trengende. På dette sammensatte grunnlaget skal det tas en normativ beslutning om hvilken kategori personen faller inn under. Dette er en praktisk vurdering som krever overveielse og helst også klokskap.

5.4 Mellom sympati og upartiskhet

Barmhjertighet er en moralsk dygd som vanligvis utvises overfor den enkelte. Vi ser imidlertid at denne dygden i høymiddelalderens hjelpesystem er satt inn i en samfunnsmessig sammenheng. Det etableres dermed kategorier som gjør at mennesker som hevder å være trengende, kan bli mistenkeliggjort eller nektes å få hjelp. En indre motsetning framtrer. Den barmhjertige vil på den ene side gjerne fritt gi sin hjelp uten å skulle undersøke mottakerens situasjon og motiver. Samfunnets normsystem tillater på den annen side ikke dette. Barmhjertigheten må avgrensnes til noen som anses verdige til å motta den.

For å forstå denne motsetningen innen barmhjertighetsbasert hjelp nærmere, kan det trekkes fram en historisk erfaring som kirken etter alt å dømme hadde gjort. Satirikeren Lukian spottet i det andre århundret de kristne fordi hvilken som helst lurendreier lett kunne gjøre seg rik på de barmhjertige og giverglade kristnes bekostning. Kanskje mer utbredt enn slik svindel var det at noen trengende greidde å skaffe seg mye hjelp, mens det ikke ble noe igjen til andre trengende med minst like store behov. Det

var derfor en tidlig erfaring i kirken at barmhjertighetshjelp måtte systematiseres, f.eks. ved at gavene ble fordelt av biskopen. Han ble ansett både å ha oversikt over hvem som befant seg i en nødstilstand, og han kunne fordele etter likhet i behovene, og ikke etter hvem som trengte seg mest på (Holzinger 1992: 67ff). Jeg fortolker dette slik. Bruken av biskopens kunnskap om de enkelte trengende, og hans avveining av den enkeltes behov i forhold til andres, er et eksempel på at barmhjertigheten som dygd måtte kombineres med både det formale rettferdighetsprinsippet og det innholdsmessige rettferdighetskriteriet *behov* for å fungere sosialt godt i et bispedømme.

Vi har i høymiddelalderens barmhjertighetsbaserte system å gjøre med en praksis der dygden barmhjertighet overfor det enkelte mennesket må avveies mot rettferdighetens krav om at alles relevante behov skal bli sett og vurdert på en upartisk måte. Dessuten skal den allmenne plikten til å sørge for seg selv beskyttes. Jeg fortolker middelalderens hjelpesystem som en måte å balansere *sympati* og *upartiskhet* på (underkapittel 2.1). En slik vurdering av enkeltpersoner er normativt ustabil. Hva skal det legges størst vekt på i en beslutning om en person skal få en ytelse eller ikke: personens plager og behov for hjelp eller samfunnshensyn som upartiskhet og plikten om ikke å ligge samfunnet til last? Små forskjeller mellom personers situasjoner, eller hvordan disse blir vurdert, kan tenkes å bikke over til innvilgelse på den ene side eller avslag på den annen.

Vurderingen er ustabil også på en annen måte. Den påvirkes i stor grad av arbeidslivets reelle orden. Hvilket arbeid finnes? Hvordan er arbeidsbetingelsene tilpasset menneskekroppen og hvordan den fungerer? Denne orden har stor betydning for om den enkelte kan finne en plass for å kunne sørge for seg selv (Castel 2003: 40).

Uttrykket «mellom barken og veden» er brukt om rollen som medhjelper i administrasjonen av hjelp til trengende. Administrasjonen ble dels utført av ulønnede «fattigforstandere» som var et verv som gikk på omgang. Seip konstaterer om denne rollen på 16- og 1700 tallet: «Et slik forstander eller medhjelperombud var en stilling mellom barken og veden: ansikt til ansikt med nøden, men med ansvar for egen og andres portemoné.» (Seip 1994a: 23). Metaforen «mellom barken og veden» gir et godt uttrykk for spenningen mellom *sympati* og *upartiskhet* også i en nåtidig trygdemedisinsk vurderingssituasjon (Getz, Westin, & Paulsen 1994).

5.5 Senmiddelalderens sosiale krise skjerper arbeidsplikten

Europa gikk fra omkring 1350 av inn i en ny epoke, *senmiddelalderen*, som varte fram til omkring 1500. Den var preget av at om lag halvparten av den europeiske befolkningen ble utslettet som resultat av svartedauden i 1348 og

senere pestepidemier. Mange av godsherrene og byenes arbeidsgivere døde. Mennesker som ikke lenger hadde noe å leve av, begynte med vagabondering og tiggning. Mange steder i Europa var det regelrette fattigopprør (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 48). Senmiddelalderen var preget av sosial uro med mengder av omstreifere og kriminelle. Angst og usikkerhet var utbredt.

Et av myndighetenes svar på den sosiale uroen etter svartedauden var å innføre en *juridisk arbeidsplikt*. Et eksempel på dette er den engelske kongen Edvard III's «arbeiderlov» av 1349 som påbød at alle som ikke hadde annet enn sin egen arbeidskraft å leve av, skulle sørge for å komme i arbeid (Castel 2003: 48ff). Arbeidsplikten gjaldt ikke samfunnets herskende klasser. Dette forholdet er kommentert slik: «And the exemption enjoyed by the dominant classes of society, far from contradicting this obligation to work, only reinforces the necessity of it. Being exempt from manual labour is the privilege par excellence [...]» (Castel 2003: 149).

Senmiddelalderens sosiale krise førte med seg at høymiddelalderens syn på den kroppslige elendighets verdighet forsvant. Stiker oppsummerer situasjonen i denne tiden slik:

People on the margin have become useless. From useless to harmful is only a simple step. This step is taken by the legislation and judicial practice of the last quarter of the fifteenth century and the sixteenth century that condemned anti-social behavior as a crime, a crime that could be punished by forced labor (Stiker 1999: 84).

De trengende skapte nå frykt og avvisning. De ble, i alle fall tidvis, sett på som kriminelle, og kriminelle ble forsøkt forbedret ved arbeid. Mennesker med sin kroppslige elendighet kunne nå ses i tvangsarbeid.

5.6 Konklusjon

I det europeiske høymiddelaldersamfunnet fantes en allmenn moralsk plikt til å forsørge seg selv, som for de alle fleste mennesker betydde en plikt til å leve av eget kroppsarbeid. Det oppstod imidlertid et påtakelig antall mennesker som ikke var i stand til dette, *de trengende*. Det oppstod et ansvar for å hjelpe disse fra kirken og fra bysamfunnenes side, basert på *barmhjertighet*, og fra laugenes side, basert på *solidaritet*. Dette forsørgeransvaret måtte begrenses. Fem kategorier trengende ble utformet innen det barmhjertighetsbaserte systemet: 1) *Den arbeidsuføre* og verdig trengende, 2) *den arbeidsuwillige* og uverdige trengende, 3) *den som ikke kunne finne arbeid (den arbeidsledige)* og 4) *den simulerende* (eller *overdrivende*) og 5) *den vanærede trengende*. Arbeidsuførhet defineres som *en persons manglende evne til å sørge for seg selv ved eget kroppslig arbeid*. *Kroppslig elendighet*, som også inkluderte visse former for sosial elendighet, ble kriteriet på *den arbeidsuføre*. Leger var ikke involvert i arbeidsuførhetsvurderingen i middelalderen.

Vurderingssituasjonen anses å ha vært ustabil på i alle fall to måter. For det første skulle det balanseres mellom *sympati* og *upartiskhet*. For det andre ble den i stor grad påvirket av hvilke reelle muligheter for arbeid som fantes. Disse to måter vurderingen av arbeidsuførhet kan være ustabil på kjennes igjen i vår tid. Vurdereren er «mellom barken og veden».

Vi skal i neste kapittel se videre på hvordan synet på arbeid endret seg inn i moderne tid, hvordan den økonomiske og klassiske liberalismen formulerte et selvhjelpsprinsipp og hva noen sosiale følger ble av den første industrielle revolusjonen.

6 Selvhjelpsprinsippet og «det sosiale spørsmålet»

Nåværende folketrygdlov sier i § 1-1 at et av dets formål er å «bidra til hjelp til selvhjelp» (se vedlegg 1D). Jeg fortolker *hjelp til selvhjelpsprinsippet* som sammensatt av *selvhjelpsprinsippet* og *det kollektive hjelpeprinsippet*. Dette og det påfølgende kapitlet har som formål å analysere disse to politiske prinsippene. Dette kapitlet analyserer liberalismebegrepet og *selvhjelpsprinsippet* slik det ble utformet innen den klassiske liberalismen. Kapitlet tar videre for seg de dyptgripende samfunnsendringene som den første industrielle revolusjonen førte med seg og som ledet til *det sosiale spørsmålet*. Kapitlet tar også opp forskjellige svar fra europeiske samfunn på de nødstedtes situasjon fram til omkring 1870.

6.1 Samfunnsendringer og syn på arbeid i tidlig moderne tid

Samfunnene var mellom 1500 og 1750 fortsatt jordbruksamfunn. Produksjonsteknologien forandret seg alt i alt lite i denne tiden. Muskelkraft ble brukt for nesten alt arbeid (McNeill & McNeill 2003: 201). Men hjemmebasert produksjon og handel over stadig større deler av kloden fikk økende betydning. Oppfatningen om at det aktive livet på jorden er menneskets høyeste ytelse, ikke det kontemplative som Thomas Aquinas hadde hevdet, hadde fått gjennomslag (Raeff 1983: 87f).

Merkantilismen er betegnelsen på det dominerende økonomiske systemet i Europa fra det 16. til det 18. århundret, med fortsettelse inn i det 19. århundret i noen land. Merkantilismen er forklart slik: «Mercantilism promoted governmental regulation of a nation's economy for the purpose of augmenting state power at the expense of rival national powers. It was the economic counterpart of political absolutism.»⁷⁰ Statene, med de enevel-

⁷⁰ *Mercantilism*. I: *Encyclopædia Britannica* 2006 Ultimate Reference Suite DVD.

Vurderingssituasjonen anses å ha vært ustabil på i alle fall to måter. For det første skulle det balanseres mellom *sympati* og *upartiskhet*. For det andre ble den i stor grad påvirket av hvilke reelle muligheter for arbeid som fantes. Disse to måter vurderingen av arbeidsuførhet kan være ustabil på kjennes igjen i vår tid. Vurdereren er «mellom barken og veden».

Vi skal i neste kapittel se videre på hvordan synet på arbeid endret seg inn i moderne tid, hvordan den økonomiske og klassiske liberalismen formulerte et selvhjelpsprinsipp og hva noen sosiale følger ble av den første industrielle revolusjonen.

6 Selvhjelpsprinsippet og «det sosiale spørsmålet»

Nåværende folketrygdlov sier i § 1-1 at et av dets formål er å «bidra til hjelp til selvhjelp» (se vedlegg 1D). Jeg fortolker *hjelp til selvhjelpsprinsippet* som sammensatt av *selvhjelpsprinsippet* og *det kollektive hjelpeprinsippet*. Dette og det påfølgende kapitlet har som formål å analysere disse to politiske prinsippene. Dette kapitlet analyserer liberalismebegrepet og *selvhjelpsprinsippet* slik det ble utformet innen den klassiske liberalismen. Kapitlet tar videre for seg de dyptgripende samfunnsendringene som den første industrielle revolusjonen førte med seg og som ledet til *det sosiale spørsmålet*. Kapitlet tar også opp forskjellige svar fra europeiske samfunn på de nødstedtes situasjon fram til omkring 1870.

6.1 Samfunnsendringer og syn på arbeid i tidlig moderne tid

Samfunnene var mellom 1500 og 1750 fortsatt jordbruksamfunn. Produksjonsteknologien forandret seg alt i alt lite i denne tiden. Muskelkraft ble brukt for nesten alt arbeid (McNeill & McNeill 2003: 201). Men hjemmebasert produksjon og handel over stadig større deler av kloden fikk økende betydning. Oppfatningen om at det aktive livet på jorden er menneskets høyeste ytelse, ikke det kontemplative som Thomas Aquinas hadde hevdet, hadde fått gjennomslag (Raeff 1983: 87f).

Merkantilismen er betegnelsen på det dominerende økonomiske systemet i Europa fra det 16. til det 18. århundret, med fortsettelse inn i det 19. århundret i noen land. Merkantilismen er forklart slik: «Mercantilism promoted governmental regulation of a nation's economy for the purpose of augmenting state power at the expense of rival national powers. It was the economic counterpart of political absolutism.»⁷⁰ Statene, med de enevel-

⁷⁰ *Mercantilism*. I: *Encyclopædia Britannica* 2006 Ultimate Reference Suite DVD.

dige monarkene i spissen fikk, med andre ord, økende interesse for å utvikle metoder for å ta hand om sin befolknings ressurser, særlig dens reproduksjon, stridskraft som soldater og arbeidskraft. Kontrollen med arbeidskraften og den politiske arbeidsplikten ble forsterket. Et økt antall menn og kvinner ble nå lønnsarbeidere. Lønnsarbeid var i sin alminnelighet på denne tiden ansett som nedverdiggende og beskjemmende og lønnen var meget lav (Castel 2003: kap. 3). For kvinner var det å tjene som hushjelp det mest vanlige lønnsarbeid i tidlig moderne tid (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 115).

I alle fall fra det 16. århundret til begynnelsen av det 19. århundret gjennomgikk Europa en *kommersiell kapitalistisk revolusjon*.⁷¹ Kapitalismen var i sin første kommersielle utforming i stor grad stimulert av kolonialistiske erobringer og etablering av markeder utenfor Europa, videre av en betydelig befolkningsvekst i Europa. Dette var en langsom revolusjon som synes å ha utviklet seg innenfor den dominerende merkantilistiske orden. Handelskapitalistene var drivkraft i etableringen av manufakturene (fra lat. *manus*, hand og *facere*, å gjøre). «Manufaktur» er betegnelse på hjemmebasert produksjon av for eksempel tøy og klær, hatter, metall- og glassarbeider og geværer. En økende del av den europeiske befolkningen, både kvinner og menn, arbeidet i slik produksjon i sine egne hjem på landsbygda, avlønet av handelskapitalistene (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 104ff, 233f). Resultatet av samvirket mellom merkantilisme og kommersiell kapitalisme var at det omkring 1750 hadde hopet seg opp store mengder privateid rikdom og kapital i Europa (ibid.: 237ff).

Innen den *protestantiske revolusjonen* på 1500-tallet ble det utviklet en ny *arbeidsetikk*. Martin Luther (1483-1546) så på arbeidet som en oppgave gitt av Gud, et *kall*. I og med at arbeidsdelingen gjør at hvert enkelt individ må arbeide for andre, så han på arbeid som uttrykk for nestekjærlighet (Weber 1995: 46f). Dette gjelder all slags arbeid, men Luther satte bondens arbeid høyest. Luther var skeptisk til den begynnende kapitalistiske kommersialismen (Applebaum 1992: 321ff). Jean Calvin (1509-1564), kalvinismen og puritanismen derimot, aksepterte sin samtids økonomiske utviklingstrekk og radikaliserer Luthers arbeidsetikk.⁷² Forskningen om den kalvinistiske og puritanistiske arbeidsetikken er blitt oppsummert slik:

⁷¹ Kapitalisme: «Betegnelse tatt i bruk i annen halvdel av 1800-tallet for et økonomisk system basert på at den økonomiske virksomhet organiseres av kapitaleiere, som benytter sin kapital til å anskaffe produksjonsmidler og råvarer m.m., og til å lønne arbeidskraft.» I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=622311> (30.03.06).

All men, including the rich, must work because to work is the will of God. But they must not lust after the fruits of their work. With this new creed comes a new type of man – strong-willed, active, austere, and hard-working from religious conviction. Idleness, luxury, and prodigality – everything that softens the soul – is shunned. Dislike of work is a sign that one is not destined for salvation. Intermittent, occasional work will not do. It has to be methodical, disciplined, rational, uniform, and specialized. To select a calling and follow it with all of one's conscience is a religious duty. Puritanism – which developed from Calvinism – goes further, teaching that it is one's duty to extract the greatest possible gain from work. Success, which is proven by profit, is the certain indication that the chosen profession is pleasing to God (Applebaum 1992: 325).

Vi ser et nytt syn på arbeid formulert innen europeisk sosialhistorie: Arbeid er en teologisk, *etisk plikt*. Den gjelder alle og enhver, også den rike. Arbeid blir videre innen noen protestantiske retninger sett på som et *mål i seg selv*, foreskrevet av Gud (Weber 1995: 98). Det har altså egenverdi. Denne protestantiske arbeidsetikken passet som hånd i hanske til den kapitalistiske økonomien som var under utvikling. Spesielt kunne den legitimere bestrebelsene etter profit (ibid.: 106). Prestasjon og ytelse ble altså i tidlig moderne tid tillagt økende økonomisk og politisk betydning og fikk også en kristen legitimering innen protestantismen.

6.2 Liberalisme

Liberalismen tilhører opplysningstidens grunnidéer.⁷³ Opplysningstiden er en «samlebetegnelse for en europeisk intellektuell bevegelse mellom den engelske revolusjonen (1688) og den franske revolusjonen (1789)».⁷⁴ Menneskets frihet ble framhevet. Den grunnlovgivende forsamlingen innen den franske revolusjonen formulerte i 1789 «Erklæringen om menneske- og borgerrettigheter». Første artikkel sier de berømte ordene om at «menneskene fødes og forblir *frie og like* i rettigheter». Denne erklæringen formulerte med full styrke den *første generasjonen av menneskerettigheter*, dvs. si-

⁷² *Puritanism*: «A religious reform movement in the late 16th and 17th centuries that sought to 'purify' the Church of England of remnants of the Roman Catholic 'popery' that the Puritans claimed had been retained after the religious settlement reached early in the reign of Queen Elizabeth I. Puritans became noted for a spirit of moral and religious earnestness that informed their whole way of life, and they sought through church reform to make their lifestyle the pattern for the whole nation. Their efforts to transform the nation led to civil war in England and to the founding of colonies in America as working models of the Puritan way of life.» I: *Encyclopædia Britannica* 2006 Ultimate Reference Suite DVD.

⁷³ Betegnelsen «liberalisme» kom dog ikke i vanlig bruk før på begynnelsen av det nittende århundret (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 439).

⁷⁴ Fra: Opplysningstiden. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.sn.no/article.html?id=705072> (30.03.06).

vile friheter og andre liberale rettigheter som individet innehar (Ishay 2004: 3).⁷⁵ Revolusjonens «nasjonalkonvent» formulerte i 1793 *retten* til arbeid, eller til fri understøttelse dersom menneskene ikke var i stand til å arbeide (Castel 2003:165). Disse sosiale rettighetene ble ikke gjennomført, men tanken om økonomisk og sosial likhet var lansert. At menneskerettighetene også skulle gjelde fullt ut for kvinner, ble med stor styrke hevdet av den franske forfatteren Olympe de Gauges (1748-93) som i 1791 publiserte skriftet *Kvinnens rettigheter*.⁷⁶ Året etter publiserte den engelske filosofen Mary Woollstonecraft (1759-97) et krast og velskrevet verk om kvinnens fornedrelse innen samtidens sosiale orden (Wollstonecraft 2003). I 1776 publiserte filosofen og samfunnsøkonomen Adam Smith (1723-1790) boken *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (Smith 1976). Boken grunnla det første fulle system for *den klassiske økonomien*. Klassisk økonomi, eller den klassiske skolen, var den dominerende samfunnsøkonomiske skolen fram til omkring 1870 (Sandmo 2006: 59f). Klassisk økonomi er karakterisert slik:

English school of economic thought that originated during the late 18th century with Adam Smith and that reached maturity in the works of David Ricardo and John Stuart Mill. The theories of the classical school, which dominated economic thinking in Great Britain until about 1870, focused on economic growth and economic freedom, stressing laissez-faire ideas and free competition.⁷⁷

Man kan også si at Smiths grunnla «den økonomiske liberalismen». Den økonomiske liberalismen kan kort sies å være en lære om at regjeringen bør blande seg minst mulig inn i den økonomiske virksomheten (Skirbekk & Gilje 1992a: 412). Denne læren ble også betegnet som *laissez-faire* og fikk som vi skal se, stor sosialhistorisk betydning.⁷⁸ Smiths bok er også en av klassikerne i utformingen av *den klassiske liberalismen* som politisk filosofi (Ryan 1995).

«Liberalisme» er en term med et mangfoldig betydningsinnhold. Vi kan i tillegg til liberalisme som politisk filosofi og som økonomisk liberalisme, tale om kulturliberalisme som gjerne innebærer nøytralitet og toleranse (Anzenbacher 2002: 346). Når det gjelder politisk liberalisme finnes det flere former (Ryan 1995). Den politiske liberalisme som ble viktig utover i

⁷⁵ Se artiklene 3-19 i Forente nasjoners menneskerettighetserklæring (Forente nasjoner 1948; Ishay 2004: 3).

⁷⁶ de Gauges erklæring finnes på verdensveven: <http://www.pinn.net/~sunshine/booksum/gouges.html>. Hun ble henrettet for sin politiske aktivitet.

⁷⁷ Fra: *Classical economics*. I: *Encyclopædia Britannica 2006 Ultimate Reference Suite* DVD.

⁷⁸ *Laissez-faire*. I: *Encyclopædia Britannica 2006 Ultimate Reference Suite* DVD.

det 19. århundret, betegnes som *klassisk liberalisme*. Andre former for politisk liberalisme av særlig sosialpolitisk betydning, er *sosialliberalisme* og *nyliberalisme*. Det finnes også en *liberal (demokratisk) sosialisme* (Rawls 2003: 219ff).

Klassisk liberalisme er karakterisert slik: «It focuses on the idea of limited government, the maintenance of the rule of law, the avoidance of arbitrary and discretionary power, the sanctity of private property and freely made contracts, and the responsibility of individuals for their own fates.» (Ryan 1995: 293). Innen den klassiske liberalismen var det kun tale om *formelt likeverd*. Det er ikke statens oppgave å utjevne inntekt eller sørge for sjanselikhhet (Rawls 2003: 222).

På tross av mangfoldet innen liberalismen, blir det likevel hevdet at den har fire grunnidéer:

It is *individualist*, in that it asserts the moral primacy of the person against the claims of any social collectivity: *egalitarian*, inasmuch as it confers on all men the same moral status and denies the relevance to legal or political order of differences in moral worth among human beings: *universalist*, affirming the moral unity of the human species and according a secondary importance to specific historical associations and cultural forms: and *meliiorist* in its affirmation of the corrigibility and improvability of all social institutions and political arrangements (Gray 1995: xii).

På det grunnlaget som nå er lagt, skal det politiske *selvhjelpsprinsippet* defineres.

6.3 Selvhjelpsprinsippet – et klassisk liberalt prinsipp

Allerede fra annen halvdel av det 18. århundret var det en livlig debatt om et nytt arbeidsbegrep innen økonomien. Arbeidet og arbeideren begynte å bli sett på som *varer* på et *marked*. Begrepet *arbeidsledig* ble også innført i økonomisk teori, selv om det ikke kom til allmenn anvendelse før nesten hundre år senere. *Retten til arbeid* ble formulert, for første gang så langt jeg har funnet, i 1773.⁷⁹ Arbeidsbegrepet er et nøkkelbegrep i Smiths økonomi. «Arbeid ligger til grunn for all verdiskapning og prisdannelse, det er den sanne målestokk for alle goders bytteverdi.» (*Min oversettelse*) (Conze 1972: 179). Smith hevdet at det ikke er sølv eller gull, som man ofte forestilte seg innen merkantilismen, men *arbeidet*, som er kilden til nasjonens rikdom (Smith 1976: 35). Det er arbeidsdelingen som har ført til arbeidets økende produktive kraft og betydning. Ved å dele arbeidet kan arbeideren produsere mer fordi han blir dyktig til å gjøre noen få arbeidsoperasjoner, han sparer tid og dessuten tar han stadig nye maskiner i bruk (ibid.:11ff).

⁷⁹ Økonomen Schlettwein gav retten til arbeid en klassisk formulering i 1773 (Conze 1972: 176f).

Arbeid ses hos Smith først og fremst som et middel til å oppnå velferd og lykke. Arbeid er i seg selv «toil and trouble» (Smith 1976: 34). Arbeidsbegrepet gjennomgikk en vesentlig endring i løpet av det 18. århundret. «[It] is no longer a duty imposed by religious, moral or economic demands. Instead labor now becomes the source of all wealth, and, in order to be most socially useful, it must be reorganized and reconceived in light of the principles of the new political economy.» (Castel 2003: 141).

For at individets arbeidskraft skal kunne tas i bruk, er det i følge Smith nødvendig med *frihet til å arbeide*. Det er bare slik individets initiativ kan bli virksomt. Den enkeltes ønske om å forbedre sine levekår ut fra egen interesse er en uovertruffen økonomisk drivkraft. Den klassisk liberale arbeidslære verdsetter *anstrengelse, risiko og konkurranse* (Castel 2003: 154).

De tankene som ligger til grunn for *selvhjelpsprinsippet* er, slik jeg kan forstå det, den økonomiske og klassiske liberalismes grunnidéer. Selvhjelpsprinsippet kan da formuleres slik. *Når hvert individ søker sin egen økonomiske interesse gjennom sitt arbeid, i et mest mulig fritt marked, og går rasjonelt fram, blir både individets økonomiske utbytte og den allmenne velferd og sosiale harmoni størst mulig.*⁸⁰ Selvhjelpsprinsippet er *individualistisk*. Prinsippet innebærer også *sosial atomisme* (underkapittel 3.6). Det er fordi man ser menneskene som løsrevet sosiale relasjoner og sammenhenger. «Det menneskelege univers blir i denne modellen liksom fatta som eit slags sosialt biljardspel, der utbyttessøkande individ sviv omkring og inngår utbytte-skapande kontraktar.» (Skirbekk & Gilje 1992a: 413).

6.4 Den første industrielle revolusjonen og «det sosiale spørsmålet»

Den vesentlige endringen i produksjonsmåte som i ettertid fikk betegnelsen *den første industrielle revolusjonen*, startet i England, først i det små omkring 1750, for så å bli mer merkbar omkring 1780. Den industrielle revolusjonen innførte fossilt brensel som energi, først som kull, og forvandlet dermed menneskesamfunnets energigrunnlag (McNeill & McNeill 2003: 230). Den første industrielle revolusjonen begynte med oppfinnelser i tekstilindustrien. Men det var oppfinnelsen av en vel fungerende dampmaskin på 1780-tallet som var viktigst. Rike landeiere og handelsmenn satte deler av sin profitt inn i den nye lovende industrien. Den kommersielle kapitalistiske revolusjonen gikk over i *industriell kapitalisme* (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 429ff).

⁸⁰ Kilder for denne formulering har også vært Skirbekk & Gilje (1992a: 412ff) og Castel (2003: kap. 4).

Omkring 1830 var det industrielle sentralområdet i Europa etablert i England, foruten i Belgia og det nordlige Frankrike der kull var utbredt. Etter hvert kom også Ruhr-området i Tyskland med (McNeill & McNeill 2003: 231). Noen sosiale konsekvenser av den nye økonomien med dens fabrikkdrift ble dokumentert vitenskapelig.⁸¹ Castel oppsummerer forskningsresultatene slik:

[I]t is indisputable that hundreds of thousands of men, women and children worked in the earliest industrial concentrations for up to fourteen or sixteen hours per day, during their short lives, for a meagre salary, entirely abandoned to the arbitrariness of their bosses and reduced to the condition of machines retained to make money, only to be thrown away as soon as they ceased to produce (Castel 2003: 203).

Man så at den industrielle revolusjonens fabrikker førte med seg *pauperisme*. Pauperisme (fra lat. *pauper*, fattig) betyr «fattigdommen som massearmod, sosial nødtilstand, i motsetning til det enkelte menneskes fattigdom».⁸² Man så videre at den industrielle revolusjon førte til et gap mellom på den ene siden en juridisk-politisk liberal orden som hevdet alle borgeres *likhet i formel betydning*, og på den annen side en økonomisk orden som førte til stor sosial ulikhet og en nødtilstand for mange (Castel 2003: xx). I 1830-årene begynte diskusjonen om *det sosiale spørsmålet* i de deler av Europa der industrialiseringen var kommet lengst (ibid.). Man så at samfunnet i økende grad ble delt i to klasser som stod mot hverandre. Dette virket truende. «Det nye i forhold til det tidligere fattigdomsproblemet var at verken familie, kirke eller kommune, eller barmhjertighetsbasert virksomhet, eller paternalistiske arbeidsgivere, kunne håndtere dette problemet.» (*Min oversettelse*) (Nipperdey 1998: 335). Castel beskriver det sosiale spørsmålet slik:

[T]he social question does arise at the level of the *mass vulnerability* represented by the *workers' insecurity*. For this is a problem that goes directly to the heart of the status of the majority of wage-earners, formulated primarily with respect to pauperism and perpetuated through the instability of employment, the arbitrariness of bosses, low wages, the dangerousness of work, and the misery of elderly workers (*min kursivering*) (Castel 2003: 263).

Debatten om *det sosiale spørsmålet* påvirket også noen leger, særlig opp mot revolusjonsforsøkene i 1848. Begrepet *sosialmedisin* ble utformet i 1848 av

⁸¹ Forskningen ble utført bl.a. av legen René Luis Villermé (1782-1863) som var medisinsens ledende hygieniker i første del av det 19. århundret. Han påviste bl.a. den nære forbindelsen mellom fattigdom og dødelighet (Rosen 1975: 95). En annen sentral forsker var Friedrich Engels (1820-1895) som skrev *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* i 1845.

⁸² Fra: Pauperisme. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=713092> (30.03.06).

den franske legen Jules Guérin (1801-1886) (Rosen 1975: 97). Han skriver at tiden nå er inne for at legene, både som borgere og som medlem av legeprofesjonen, bør komme den offentlige sak, eller *allmennheten*, til hjelp. I samfunnsutviklingen bør vitenskap og rettferdighet erstatte kaos og vilkårlighet (Guérin 1975: 218).

I stedet for nølende og enkeltstående tiltak, betegnet som 'sunnhetspoliti', 'offentlig hygiene' eller 'rettsmedisin', er nå øyeblikket kommet for å samle alle atspredte fakta, sammenfatte dem systematisk og bringe disse fagene fram til det mål som det egnede begrep *sosialmedisin* innebærer (*min oversettelse*) (Guérin 1975: 217).

Guérin spør: Hvem er de nærmeste til å løse de store problemene mht. livsvilkårene for de nedre samfunnsklasser? Svaret er legene, og han gir flere eksempler på hvordan legene kan forbedre samfunnet, særlig for de verst stilte. Guérin definerer sosialmedisinen som en *samfunnsmedisin*. Det franske initiativet fikk støtte av enkelte tyske leger, bl.a. den unge Rudolph Virchow (1821-1902) (Virchow 1975; Rosen 1975: 99ff). Det kan konstateres at disse mer radikale synspunktene fikk liten utbredelse blant legene i resten av det 19. århundret (Eckart 2005: 229). Som liberal politiker ble Virchow nedkjempet politisk i Berlin av Bismarck på 1860-tallet.⁸³ I Storbritannia ble samfunnsmedisinen utviklet på basis av en annen radikal liberal idé på den tiden: utilitarismen (Rosen 1993: kap. 6).

Jeg finner tre fortolkninger av *det sosiale spørsmålet* interessante. For det første: Hvis man ser det slik at samfunnet består av samlende fellesskap eller et kollektiv (underkapittel 3.6), uttrykker *det sosiale spørsmålet* en bekymring for at disse samlende fellesskap kan komme til å gå i oppløsning. Dette synet er bakgrunnen for Castel når han karakteriserer det sosiale spørsmålet som «a concern about a society's ability to maintain its own cohesion. This threat of breakdown is borne by groups whose very existence shakes the cohesion of the whole collectivity.» (Castel 2003: 3). De nye kapitalistiske og industrielle driftsformene kunne virke truende på hele samfunnets sammenbindende kraft.

For det andre kan man forstå *det sosiale spørsmålet* som et spørsmål om solidaritet, både som et begrep for å forstå samfunnet med og for å forandre det. Typografen og filosofen Pierre Leroux (1797-1871) anerkjennes for å ha omformet solidaritetsbegrepet fra å være et overveiende juridisk begrep til å bli et sosialt begrep. Samfunnsviteren Steinar Stjernø skriver: «Leroux conceived solidarity primarily as a relationship. Society was nothing but the relationships between the human beings that constitute a people. Socialism, Leroux wrote, is the organisation of greater and greater solidarity

⁸³ På et tidspunkt var Virchow og Bismarck nær en duell (Porter 1999a: 332).

in society.» (Stjernø 2005: 29). Teorier om solidaritet ble utviklet innen sosiologien utover i det 19. århundret. Disse framhevet samfunnet som bestående av sosiale relasjoner som knytter individer til grupper, organisasjoner og til samfunnet som en helhet (ibid.: 35). Når det gjelder solidaritet som politisk begrep for å forandre samfunnet, var det særlig innen sosialdemokratiet det ble viktig fra slutten av det 19. århundret av (ibid.: 47ff). Dette kommer jeg tilbake til.

For det tredje kan man forstå *det sosiale spørsmålet* i lys av den etiske fordringen om *sosial rettferdighet*. Höffe uttrykker dette slik:

Den sosiale rettferdigheten befatter seg med det såkalte sosiale spørsmålet: med fenomener som arbeidsledighet, manglende vern ved sykdom og alder, manglende utdannelse, fattigdom, til og med sult, kort sagt: elendigjøring. Såfremt disse fenomener går tilbake til samfunnsmessige forandringer, som for eksempel industrialiseringen, som frambringer en kollektiv fordel, men fører til at noen får det verre, forlanger rettferdigheten en godtgjøring for disse (*min oversettelse*) (Höffe 2002: 83).

På midten av det 19. århundret begynte man å anvende begrepet *sosial rettferdighet*, og da nettopp ved analyser av det sosiale spørsmålet.⁸⁴ Etableringen av dette begrepet, og engasjementet for *sosial rettferdighet*, kan ses på som en moralsk reaksjon mot den klassiske økonomiens *laissez-faire* (Beauchamp 1999).

Det er mulig å kombinere disse tre fortolkningene til en samlet forståelse av *det sosiale spørsmålet* i det 19. århundret. Samfunnet ble sett på som et samlende fellesskap. Men man fryktet at den kapitalistiske og industrielle produksjonsformen kunne få dette fellesskapet til å gå i oppløsning. Solidariteten framhevet det interaktive forholdet mellom individ og samfunn. Som politisk idé søkte den å løse problemene ved bl.a. å fremme tankene, følelsene og talen om et «vi» som noe mer enn summen av enkeltindivider. Dette innebar en kritikk av det klassisk liberale *selvhjelpsprinsippet*. Det var neppe slik at alle individers økonomiske utbytte bedres ved å følge dette prinsippet. I konkurransen med andre ville noen måtte tape. Dermed sikret det heller ikke sosial harmoni og velferd på best mulig måte. Det sentrale normative grunnlaget for samfunnet bør være sosial rettferdighet, på denne tiden grunnet hovedsakelig på utilitarismens ideal.

6.5 Samfunnenes forskjellige svar på de fattiges situasjon

Vi skal se nærmere på hvordan noen samfunn i moderne tid fram til omkring 1870 reagerte på situasjonen til de som ikke maktet å sørge for seg selv, de fattige. Innen *merkantilismens* arbeidsorden fantes knapt noen be-

⁸⁴ *Soziale Gerechtigkeit*. I: http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Gerechtigkeit#Literatur

skyttelse for fattige barn, svangre, «krøplinger» eller gamle. Bare alvorlig sykdom kunne frita fra arbeidsplikten og gi status som verdig trengende, heter det om den tyske merkantilismen. Alle andre ble nektet hjelp uten nåde og barmhjertighet og tvunget til å arbeide videre (Tennstedt 1981: 17, 23). I England ble den kjente *The Poor Law* innført i 1601. Loven skulle både tvinge folk til arbeid og lindre absolutt nød. Den som var helt ute av stand til å arbeide, kunne få hjelp etter en vurdering av lokale tjenestemenn (Stone 1984: 36f; Palmer, Colton, & Kramer 2002: 111). Med modifiseringer gjaldt denne fattigloven fram til 1834 da den ble reformert (se nedenfor).

For å forbedre arbeidsdisiplinen innen merkantilismen opprettet kommunene organiserte verksteder. Tukthus ble også opprettet for å tvinge antatt arbeidsuvillige og tiggere i arbeid (Castel 2003: 104ff). I England ble det innført overføring til slaveri og etter hvert deportasjon til koloniene for folk som ikke var i arbeid. Disse ble erklært ubrukelige samfunnslemmer og allmennhetens fiender. Den vesentligste årsak til at folk ikke var i arbeid var imidlertid at det ikke fantes arbeid til alle (Castel 2003: 104ff; Stone 1984: 29ff). Også i Norge ble det etablert tukthus for «landstrykere» og tiggere i alle fall i Bergen, Trondheim og Oslo. Tukthuset hadde et program for forbedring bestående av bønn, arbeid og skolegang (Midré 1995: kap. 4). Arbeidsføre tiggere i Norge, dvs. antatt arbeidsuvillige, risikerte også å bli slaver på marinebasen Bremerholm ved København på 1600-tallet (Midré 1995: 45). På slutten av 1700-tallet, under påvirkning av opplysningstidens idéer, fikk tukthusene mer preg av anstalter hvor fattige kunne få hjelp, dvs. tilbud om betalt arbeid (Midré 1995: kap. 5).

Flere tyske filosofer, bl.a. Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), utførte tidlige analyser som peker fram mot sosialforsikring og velferdsstat. Leibniz hevdet at forsikring kunne være et redskap for rettferdighet (Rosanvallon 2000: 11f). De enevelde tyske kongene og fyrstene regulerte samfunnets orden ved å utstede *Polizeiordnungen* for sine undersåtter på en rekke samfunnsområder fra slutten av det 16. århundret av (Raeff 1983: 43). *Polizeiordnungen* må vi antagelig først og fremst forstå som politiske bestemmelser og lover, i mindre grad som uttrykk for politimyndighet. Utover i det 18. århundret og inn i det 19. århundret ble det også utviklet et «sunnhetspoliti» («*medizinische Polizey*») (Moseng 2003: kap. 6; Rosen 1993: 137ff). Innen merkantilismen begynte legenes tjenestegjøring i staten (Tennstedt 1981: 18). Utgangspunktet var nødvendigheten av å bekjempe pest (Raeff 1983: 121f). Legen Johann Peter Frank (1745-1821) skrev et seks bind verk fra 1779 av med tittelen *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. Verket inneholder et stort og komplekst medisinsk

program for velferd fra vugge til grav og fikk stor innflytelse på sosialpolitisk tankegang (Moseng 2003: 148ff).

Først mot slutten av det 18. århundret tok sunnhetspolitiet opp den praktiske behandlingen av de fattige. For å få hjelp i de tyske statene måtte en fattig som meldte seg for fattigforvaltningen, først få sin helsetilstand grundig undersøkt av fattiglegen. Fattiglegen bestemte hva slags arbeid den fattige kunne pålegges. Når dette var bestemt, kunne fattighjelpens størrelse avgjøres. Fattiglegen hadde dessuten som oppgave å disiplinere de fattige til å arbeide og tvinge dem til ubetinget lydighet. Med skarpt blikk kunne legen avsløre antatte simulanter (Huerkamp 1985: 142; Frevert 1984: 103f). Jeg har søkt etter den historiske opprinnelsen til legens vurdering av arbeidsevne i en sosialpolitisk kontekst. Jeg mener den er å finne hos den tyske fattiglegens virksomhet fra slutten av det 18. og inn i det 19. århundret. Innen merkantilismen fortsatte for øvrig de hjelpeordninger som var etablert i middelalderen: laugenes solidariske hjelpeskasser og den kirkelige barmhjertighetsbaserte hjelpen (Holzinger 1992: 83-121).

Omkring 1780 ble *sosialforsikring* diskutert i intellektuelle kretser i Frankrike og Storbritannia (Stedman Jones 2004: 27ff). Matematikeren og filosofen Antoine Condorcet (1743-94) beskrev like før sin død et liberalt og egalitært tiende stadium i menneskehetens historie med bl.a. utdanning og stemmerett for alle, like rettigheter for kvinner og menn, frihet for de kolonialiserte folkene, omfordeling av rikdom og en allmenn sosialforsikring (Condorcet 1955).⁸⁵ Den engelske filosofen og politiske aktivisten Thomas Paine (1737-1809) utbredte tankene om en skattefinansiert sosialforsikring i sin bok *The Rights of Man* i Storbritannia allerede i 1791 (Paine 1915: 242ff). Boken ble en av det 18. århundrets bestselgere (250 000 eksemplarer). Den vakte også sterk motstand. Bilder av Paine ble hengt opp og brent i 300 britiske landsbyer i en koordinert aksjon vinteren 1792-93 (Stedman Jones 2004: 64). Det Condorcet og Paine foreslo var en hittil uhørt tanke: å utrydde fattigdommen (ibid.: kap. 1).

Frankrike er et eksempel på hvordan myndigheten besvarte sosial uro i det 19. århundret med å stå på de *klassiske liberale idéene*. Den enkelte frie borger skulle skape sin egen trygghet ved å sikre seg eiendom, spare opp midler og ev. forsikre seg privat. I stedet for statlig sosialpolitikk ble den barmhjertighetsbaserte hjelpen forsøkt raffinert til en rent individualistisk

⁸⁵ Pierre Rosanvallon foretar en interessant oppsummering når han skriver at i det attende århundret var «three available models for conceiving of the social bond: the contract (resulting from a conscious political decision), the market (operating as an invisible hand linking men economically), and insurance (acting as a kind of invisible hand of solidarity).» (Rosanvallon 2000: 12).

«etisk sosialpolitikk» ved hjelp av kirkelige og frivillige organisasjoner (Castel 2003: kap. 5). En historikk om fransk sosialpolitikk i det 19. århundret skriver: «In this context the working class had no other way to affirm its identity than to rebel against its living conditions. [...] Rare exceptions apart, the French bourgeoisie refused to deal with the issue of social welfare otherwise than by bloody repression.» (Saint-Jours 1982: 94).

Tidlige *sosialister* hevdet at i tillegg til den *likhet i formal betydning* som den franske revolusjonen hadde brakt med seg, måtte den *sosiale og økonomiske likhet* også bli sikret. En representant for den tidlige sosialismen var Henri de Rouvroy de Saint-Simon (1760-1825), fransk sosialfilosof og politisk aktivist. Hans tilhengere kalte seg imidlertid ikke sosialiser, men saint-simonister. De gikk bl.a. inn for samfunnsmessig eierskap av industrien. En annen tidlig sosialist var selv industriherre: den britiske Robert Owen (1771-1858) (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 441f).

Et svar fra befolkningens side i flere europeiske land på de uholdbare leveforholdene for mange var *opprør*. Verken før eller siden har Europa sett et så omseggripende opprør som de spontane revolusjonsforsøkene som kom i 1848 (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 475ff). Sosialistene støttet opp om revolusjonsforsøkene. Arbeidere omformet det sosiale spørsmålet til et krav om *rett til arbeid* (Rosanvallon 2000: 76; Castel 2003: 251).

Revolusjonsforsøkene ble en fiasko. Historikere karakteriserer revolusjonsnederlaget slik: «The dreams of half a century, visions of a humane nationalism, aspirations for liberalism without violence, ideals of a peaceful and democratic republican commonwealth, were all exploded.» (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 495). Et nytt forsøk på å gjøre sosial revolusjon i Frankrike, Pariserkommunen, ble slått ned i et blodbad i 1871 (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 575f).

I Storbritannia ble stemmeretten for menn gradvis utvidet fra 1832, visse former for barnarbeid ble forbudt i 1833 og 10 timers arbeidstid ble innført i 1847. Det ble opponert mot den rådende *laissez-faire*-politikken, bl.a. fra den ikke-sosialistiske arbeiderbevegelsen *chartistene* (Ishay 2004: 137f). *The Poor Law* ble reformert i 1834 under kombinert innflytelse fra utilitarismen til filosofen og juristen Jeremy Bentham (1748-1832) og fra samfunnsøkonomen Thomas Robert Malthus (1766-1834). Prinsippet var at man skulle hjelpe de aller mest trengende, men fortsatt avskrekke folk fra å forsøke å unnslippe arbeidsplikten. I Malthus' økonomiske tenkning stod en teori om befolkningsvekst sterkt. I følge denne teorien er det en økonomisk nødvendighet at befolkningen tvinges til å innrette seg etter den mengde næringsmidler som finnes for hånden. Ellers vil befolkningsveksten «eksplodere» og matmangelen bli allmenn. På grunnlag av denne teo-

rien kunne det begrunnes moralsk at de lavere klasser måtte holdes i en permanent nødstilstand. Forsorg og hjelp til de fattige måtte være restriktiv. Den ville ellers kunne virke mot sin hensikt (Malthus 1986; Skirbekk & Gilje 1992a: 414f). Denne læren er viktig i sosialhistorien fordi den begrunnet helt fram til slutten av det 19. århundret at hjelp til de fattige måtte være meget begrenset.

Benthams og Malthus' idéer førte til følgende prinsipper for den reformerte engelske fattigloven (Stone 1984: 38-55; Ogus 1982: 162):

- 1) Det finnes arbeid til alle arbeidsføre, og det finnes ikke noe arbeidsledighetsproblem. Trengende kan derfor deles inn enten *arbeidsuføre* eller *arbeidsuwillige*. De som faller inn under den første kategorien får distribuert hjelp direkte. De som faller inn under den andre blir tvunget til å arbeide i arbeidshus.
- 2) Arbeidshuset skal virke avskrekkende.
- 3) For å bevare drivkraften til arbeid, skal hjelp aldri overskride inntekten til de lavest betalte arbeidere.

De lokale administrasjonene ble erstattet av et sentralisert, nasjonalt system. Et sentralt kontor overvåket regler som skulle sørge for en rasjonell, ensartet og effektiv hjelp utover hele landet «thus registrering a faith in Utilitarian ideas». (Ogus 1982: 162). Det viste seg meget vanskelig å følge ensartete kriterier i praksis. «The system turned out to be a failure.» (ibid.). Kirkelig og filantropisk hjelp utfoldet seg i stor grad gjennom århundret (ibid.:163f).

For Europas velhavende ble det etter hvert mulig å tegne privat forsikring. Forsikring av skip og skipslast er kjent helt fra middelalderen av. Det ble etter hvert gjort forsøk med livsforsikring i det 16. og 17. århundret, for eksempel i tilfelle enkestand eller foreldreløshet (Brackenridge & Brown 1998; Johansen 2003). Men det var først med den videre utviklingen av tabeller over dødelighet i ulike aldersgrupper og sannsynlighetsmatematikk at private forsikringselskaper ble etablert i det 18. århundret, både i Storbritannia og på kontinentet. Det var først etter 1850 at privat forsikring begynte å få allmenn spredning i befolkningen (Brackenridge & Brown 1998).

6.6 Konklusjon

Den politiske arbeidsplikten ble forsterket innen merkantilismen. Arbeidet ble innen noen protestantiske retninger tilskrevet egenverdi. Arbeidet fikk videre en helt sentral plass innen klassisk økonomisk teori. Den første industrielle revolusjon skjedde innen en ideologisk ramme der den økonomiske og den klassiske liberalismen var dominerende. Innen denne ram-

men ble det politiske *selvhjelpsprinsippet* formulert. Det sier at når *hvert individ søker sin egen økonomiske interesse gjennom sitt arbeid, i et mest mulig fritt marked, og går rasjonelt fram, blir både individets økonomiske utbytte og den allmenne velferd og sosiale harmoni størst mulig*. Man begynte omkring 1830 å tale om *det sosiale spørsmålet* i de mest utviklede industrisamfunn. Europeiske land forsøkte flere måter å besvare dette spørsmålet på. Den historiske opprinnelsen til at legen vurderer arbeidsevne i en sosialpolitisk kontekst, synes å være den tyske fattiglegens virksomhet fra slutten av det 18. og inn i det 19. århundret.

I neste kapittel skal vi se hvordan *selvhjelpsprinsippet* ble kritisert fra flere hold. *Det sosiale spørsmålet* fikk en løsning i sosialforsikringen, etableringen av *hjelp til selvhjelpsprinsippet* og dermed også *det kollektive hjelpeprinsippet*.

7 Det kollektive hjelpeprinsippet, sosialforsikringens medisinske kategorisering og rehabilitering

Selv om sosialforsikringen først ble innført i det konservative Tyskland, synes det klart at det i stor grad var den sosialistiske bevegelsen og sosialliberalismen som presset fram dette kollektive svaret på *det sosiale spørsmålet* i Europa mot slutten av det 19. århundret. Hensikten med dette kapitlet er å gjøre kort rede for denne utviklingen. Det gjøres videre rede for det politiske *kollektive hjelpeprinsippet*. Det gjøres videre rede for to nye medisinske pregede kategorier for å beskrive *skade på person: den arbeidsuføre og den ervervsuføre*. *Rehabiliteringsbegrepet* analyseres også slik det ble innført omkring den første verdenskrigen.

7.1 Den andre industrielle revolusjonen fra omkring 1870

Omkring 1870 startet *den andre industrielle revolusjonen*. Dampmaskinen var fortsatt helt sentral i realiseringen av fossilt brennstoff, men i tillegg kom billig elektrisitet. Forbrenningsmotoren gav bl.a. bil og fly. Den kjemiske industrien ble etablert. Telefonen innledet kommunikasjonsrevolusjon (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 564f). Fortsatt var det kun to virkelige industriland i Europa: Storbritannia og Belgia, mens Frankrike og Tyskland var på god vei (ibid.: 565).

Den industrielle revolusjonen ble etter hvert mer og mer vitenskapelig basert. Her tok Tyskland og USA ledelsen (McNeill & McNeill 2003: 235). En vitenskap av særlig betydning i denne sammenheng er økonomien. Samfunnsøkonomien utviklet på 1870-tallet en ny teori: «nyklassisk

men ble det politiske *selvhjelpsprinsippet* formulert. Det sier at når *hvert individ søker sin egen økonomiske interesse gjennom sitt arbeid, i et mest mulig fritt marked, og går rasjonelt fram, blir både individets økonomiske utbytte og den allmenne velferd og sosiale harmoni størst mulig*. Man begynte omkring 1830 å tale om *det sosiale spørsmålet* i de mest utviklede industrisamfunn. Europeiske land forsøkte flere måter å besvare dette spørsmålet på. Den historiske opprinnelsen til at legen vurderer arbeidsevne i en sosialpolitisk kontekst, synes å være den tyske fattiglegens virksomhet fra slutten av det 18. og inn i det 19. århundret.

I neste kapittel skal vi se hvordan *selvhjelpsprinsippet* ble kritisert fra flere hold. *Det sosiale spørsmålet* fikk en løsning i sosialforsikringen, etableringen av *hjelp til selvhjelpsprinsippet* og dermed også *det kollektive hjelpeprinsippet*.

7 Det kollektive hjelpeprinsippet, sosialforsikringens medisinske kategorisering og rehabilitering

Selv om sosialforsikringen først ble innført i det konservative Tyskland, synes det klart at det i stor grad var den sosialistiske bevegelsen og sosialliberalismen som presset fram dette kollektive svaret på *det sosiale spørsmålet* i Europa mot slutten av det 19. århundret. Hensikten med dette kapitlet er å gjøre kort rede for denne utviklingen. Det gjøres videre rede for det politiske *kollektive hjelpeprinsippet*. Det gjøres videre rede for to nye medisinske pregede kategorier for å beskrive *skade på person: den arbeidsuføre og den ervervsuføre*. *Rehabiliteringsbegrepet* analyseres også slik det ble innført omkring den første verdenskrigen.

7.1 Den andre industrielle revolusjonen fra omkring 1870

Omkring 1870 startet *den andre industrielle revolusjonen*. Dampmaskinen var fortsatt helt sentral i realiseringen av fossilt brennstoff, men i tillegg kom billig elektrisitet. Forbrenningsmotoren gav bl.a. bil og fly. Den kjemiske industrien ble etablert. Telefonen innledet kommunikasjonsrevolusjon (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 564f). Fortsatt var det kun to virkelige industriland i Europa: Storbritannia og Belgia, mens Frankrike og Tyskland var på god vei (ibid.: 565).

Den industrielle revolusjonen ble etter hvert mer og mer vitenskapelig basert. Her tok Tyskland og USA ledelsen (McNeill & McNeill 2003: 235). En vitenskap av særlig betydning i denne sammenheng er økonomien. Samfunnsøkonomien utviklet på 1870-tallet en ny teori: «nyklassisk

økonomi». ⁸⁶ Det er blitt påpekt at overgangen fra klassisk til nyklassisk økonomi var med på å bane vei for ny sosiallovgivning. Slik lovgivning ble først

for alvor forenelig med økonomisk teori, da man opgav de klassiske, malthusianske teorier om, at de dårligst stillede alltid måtte leve på eksistensminimum. Opgøret med disse klassiske teorier sidst i 1880-tallet er dermed også et viktig led i skabelsen af et økonomisk-teoretisk fundament for en velfærdsstat med en solidarisk inkomstfordelingspolitikk (Kærgård 2004: 23).

Her påpekes et historisk trekk som Seip beskriver slik: De lange bølgene i sosialpolitikken «henger sammen med svingninger i økonomisk teori og statsoppfatning». (Seip 1994a: 11).

Et viktig trekk som også skal påpekes, er at nasjonalstaten fra omkring 1870 ble den sentrale form for politisk organisering i Europa (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 509f). Den sosialforsikringen som skulle komme ble en del av nasjonsbyggingen. Nasjonen ble enheten for sosial rettferdighet. Den sosiale situasjonen beskrives slik mot slutten av det 19. århundret.

The free economy produced many hardships. The worker tossed by the ups and downs of a labor market, the producer tossed by those of a world market, alike clamored for protection against exposure. A severe depression in 1873 sent prices and wages into collapse, and the economy did not fully recover until 1893 (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 609).

Den allmenne tiltroen til klassisk liberalisme begynte å svikte, særlig i en økonomisk krisetid som altså varte i 20 år. Store samfunnsmessige endringer var skjedd:

The rise of big business and organized labor undermined the theory and practice of individual competition to which classical liberalism had been attached. Organized labor, socialist parties, universal male suffrage, and a sensitivity to social distress all obliged political leaders to intervene increasingly in economic matters (ibid.).

Andre halvdel av det 19. århundret er preget av framveksten av to politiske retninger: sosialismen og sosialliberalismen. Det var i stor grad på bakgrunn av disse bevegelsenes styrke at sosialforsikringen ble etablert i mange europeiske land.

7.2 Sosialisme

Sosialisme er som *liberalisme* en term med et mangetydig betydningsinnhold. Vi kan tale om «sosialismer», inkludert marxistiske retninger. Innholdet i sosialismebegrepet tør være enda vanskeligere å utforme enn for liberalismens vedkommende. Dette skyldes bl.a. at det knapt har eksistert

⁸⁶ Nyklassisk økonomi karakteriseres av Sandmo (2006: 146f). Kanskje det viktigste ved nyklassisk økonomi i denne sammenhengen er at den la vekt på teorier om de enkelte aktørers økonomiske atferd og på markedenes etterspørselsside.

noe samfunn som er sosialistisk slik sentrale talsmenn og -kvinner for sosialismen har tenkt seg dette (Self 1995).

Karakteristisk for sosialismen er at samfunnet eier produksjonsmidlene (Rawls 2003: 223). Den opprettholder idéen om et *kollektiv*. Men sosialisme kan også være forenlig med *sosial ikke-atomisme* (se underkapittel 3.6). Sosialismen er *ikke individualistisk*. En konsekvens av synet på kollektivets betydning er at sosialismen noen ganger legger vekt på offentlig deltagelse når viktige politiske spørsmål skal avgjøres (Thomas 2000: 243ff).

Sosialismen er *egaliter* i liberalismens betydning (se underkapittel 6.2). Men noe vesentlig kommer i tillegg. Sosialismen krever at synet på alle menneskers like moralske status må få som følge at de sosiale og økonomiske levekårene også skal være like, eller tendere mot likhet. Målet for sosialismen er rimelig god livskvalitet for alle.

Socialist have always wanted to put 'first things first', to attend to the basic requirements of a good or at least decent life for all before satisfying the luxuries of the affluent. Today this concern necessarily extends (in view of the environmental crises) to the basic needs of future generations and to the general quality of life for all (the affluent included) (Self 1995: 343).

Sosialismen deler liberalismens *universalisme*. I stedet for den liberale idéen om *forbedring*, taler sosialister ofte om *frigjøring*.

A standard socialist assumption is that, relative to human potentiality, the existing political, social and economic order is deviant and pathological. The point is not simply that an improved society is conceivable and attainable. Rather, something (or a whole diversity of things) has gone wrong in the course of human history, and needs to be remedied. The evil concerns not only the distribution of wealth, status, power and opportunity. It also has a dimension of moral psychology. The psychological qualities of human beings are less and lower than they could and should be. People are subject to estrangement, a tendency to harmful competitiveness, and other undesirable traits from which a socialist order will liberate them (Thomas 2000: 232).

Et vesentlig aspekt med frigjøringen er arbeidets frigjøring. Arbeidet er i følge politikeren, samfunnsteoretikeren og filosofen Karl Marx (1818-83) en prosess der mennesket, gjennom sine egne handlinger, og gjennom arbeidsdeling og samarbeid med andre mennesker, inngår i et stoffskifte med naturen. I det framtidige kommunistiske samfunnet, dvs. etter at privat eiendom er forsvunnet, skal mennesket kunne realisere seg selv som en frigjort arbeider (Conze 1972: 200). For Marx har det frigjorte arbeidet verdi i seg selv: Mennesket realiserer seg selv i arbeidet.

Filosofen Hannah Arendt (1906-1975) har oppsummert slik de store endringene av synet på arbeid som nå var skjedd i løpet av to hundre år:

Arbeidets bråe og strålende oppsving fra å være den ringeste og mest foraktede til å bli den høyest verdsatte av alle aktiviteter, fikk sin teoretiske start med Lockes oppdagelse av at arbeidet er kilden til eiendom. Det neste avgjørende skrittet ble tatt da Adam Smith hevdet at det er kilden til rikdom. Og høydepunktet nådde det i Marx' «arbeidets sys-

tem», der det blir kilden til all produktivitet og uttrykket for selve det menneskelige ved mennesket. Men blant disse tre var det bare Marx som virkelig var interessert i arbeidet som sådan. For Locke var institusjonen «privat eiendom» som samfunnets grunnlag det viktigste, og Smiths virkelige ærend var akkumulasjonens uhemmede utfoldelse i samfunnets kapital og rikdom. Men på ett punkt var de i alle fall enige, selv om det først er Marx som fremhever dets fulle betydning, nemlig at arbeidet representerer menneskets mest produktive og i egentlig forstand verdensdannende evne (Arendt 1996: 105).

Innen den klassiske liberalismen blir arbeidet ansett som et viktig *middel* til bedring både av individenes og samfunnenes økonomiske situasjon. Arbeidet blir imidlertid ansett som *mål i seg selv* både innen protestantiske retninger og i marxismen. Mennesket er i sin natur ikke tilfreds med å være lat, uvirksomt eller ved kun å få tilført penger å leve av. Det ønsker å finne seg selv aktivt ved å arbeide. På dette grunnlaget kan man tale om behov for arbeid som et aspekt ved selvutviklingsbehovet (avsnitt 2.4.2).

Menneskerettighetseksperter Micheline Ishay framhever den sosialistiske bevegelsens avgjørende betydning både for å få innført *allmenn stemmerett* og få etablert *økonomiske og sosiale rettigheter*, dvs. det som betegnes som *annen generasjon menneskerettigheter* (Ishay 2004: 3f, 9ff.⁸⁷ En norsk stortingsmelding som sammenfatter menneskerettighetenes historikk, peker på det samme på denne måten:

Mens opplysningsfilosofene og de «borgerlige» revolusjonene på 1700-tallet satte sivile og politiske rettigheter på den politiske dagsorden, spilte fremveksten på 1800-tallet av en organisert arbeiderbevegelse en tilsvarende rolle for så vidt angår sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter (St.meld.nr.21 1999: 13).

Fra sosialistisk hold framføres også idéen om en demokratisk sosialisme. «[D]emocratic socialism is dedicated to the promotion of individual autonomy and responsible participation in social and political life. Socialism seeks to broaden the political concepts of both social welfare and democratic procedures.» (Self 1995: 343).⁸⁸

⁸⁷ Disse økonomiske og sosiale rettighetene står i artiklene 20-26 i Forente nasjoners menneskerettighetserklæring (Forente nasjoner 1948; Ishay 2004: 4).

⁸⁸ Marx var i sin samfunnskritikk negativ til å anvende normative begreper. Han anså bruken av slike begreper som uttrykk for den rådende klassekonflikten. Det kommunistiske samfunn trengte dessuten verken rett eller rettferdighet, fordi de samfunnsmessige konflikter ville bli oppløst (Gosepath 1999). Marx beskrev også sitt syn på rettferdighet, men dette synet gjaldt etter at det kommunistiske samfunnet var innført ved revolusjon. Da kan «den snevre borgerlige rettshorison virkelig overskrides, og samfunnet kan skrive på sine faner: fra enhver etter hans evner, til enhver etter hans behov.» (Marx 1971: 215). Her anvendte Marx sosialistenes mye brukte slagord som trolig først ble formulert av saint-simonistene omkring 1830 (Conze 1972: 198) (underkapittel 6.5). Denne formuleringen er i vår tid blitt betegnet som «det sosialistiske credo». Anvendt på velferdsstatens helsetjeneste er det formulert slik: «Fra enhver etter evne (folketrygdavgiften) til enhver etter behov (helsetjeneste når det trengs).» (Westin 1999a).

7.3 Sosialliberalisme

Den nye form for liberalisme som vokste fram i Europa, *sosialliberalisme*, erkjente at det er nødvendig at staten griper inn i økonomien for å skape muligheter for at alle mennesker kan få utfolde seg.⁸⁹ En av sosialliberalismens banebrytere var filosofen og økonomen John Stuart Mill (1806-1873). Han argumenterte for at det sosiale miljøet er viktig for hvordan individet formes (Skirbekk & Gilje 1992b: 17). «Mill tenkte seg altså at en liberalistisk samfunnsorden kunne utvikles i en retning som endret fordelingen av økonomiske goder og rettigheter i favør av arbeiderklassen.» (Sandmo 2006: 97).

En sentral sosialliberalistisk filosof var Thomas Hill Green (1836-82) (Skirbekk & Gilje 1992b: 20). Han argumenterte for at friheten ikke bare må forstås negativt, dvs. som frihet fra ytre tvang, slik det ble gjort innen den klassiske liberalismen. Den må også forstås positivt som frihet til noe, for eksempel økonomiske og psykologiske muligheter til å kunne realisere seg selv (Feinberg 2005). Han tok dermed opp en tanke fra Hegel som hevdet at frihet først og fremst må forstås positivt: «Fridom er å forstå det historiske fellesskapet og så realisere si rolle i dette fellesskapet.» (Skirbekk & Gilje 1992b: 104).

7.4 Etablering av sosialforsikring i Europa

Omkring 1870 kom det til en ny forståelse av «forsørgelsesproblemet» i Europa. Seip oppsummerer endringen på denne måten:

Begrepet *sosialpolitikk* ble skapt i Tyskland. Det varslet i seg selv et nytt syn på statens rolle og det offentliges ansvar for borgerne. Det gamle fattigvesens ansvar for liv ble utvidet til et ansvar for levekår. Staten skulle utforme en politikk for det sosiale felt. Den nye ideologien ble båret oppe av byråkrater og vitenskapsmenn (katetersosialistene). [...] I en «kulturstat», som man kalte det, måtte staten sørge for «det heles vel» (Seip 1994a: 89).

Det var Tyskland, som ikke var noe sosialliberalt, men et konservativt regime, som var først ute med å etablere sosialforsikring. I det 19. århundret var liberalismen svakere i Tyskland enn ellers i det vestlige Europa (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 489ff). Tyskland ble den første nasjonen som innførte en *sosialforsikring* mellom 1883 og 1889 under ledelse av rikskansler Otto von Bismarck (1815-98). Det hevdes at Bismarck avskydde vesteuropeiske tanker om liberalisme, demokrati og sosialisme. Han hadde sin sosiale base blant konservative adelige storgodseiere mot øst i Preussen (Palmer, Colton, & Kramer 2002: 519). Det tyske sosialdemokratiske partiet ble grunnlagt i 1875. Dette var et forholdsvis moderat sosialistisk parti, men Bismarck forbød det mellom 1878-90. Det synes klart at et viktig motiv hos

⁸⁹ Sosialliberalisme. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=832897> (20.11.06).

Bismarck for å innføre sosialforsikring var å hindre at sosialistene tok makten (ibid.: 585). Han forsøkte å overbevise arbeiderne om at de heller skulle sette sin lit til staten. «Our democratic friends will pipe in vain when the people see princes concerned with their well-being,» sa Bismarck (ibid.).

Bismarck synes å ha hatt avgjørende politisk betydning for at sosialforsikring ble innført i Tyskland. Det er likevel vesentlig å være klar over, slik Seip også beskriver i sitatet ovenfor, at initiativet var forberedt gjennom lang tids vitenskapelig og politisk utvikling. Samfunnsforskning, spesielt basert på statistikk, var blitt støttet av den prøyssiske og tyske staten (Eghigian 2000: 48ff). En gruppe bestående av professorer, prester og embetsmenn stiftet i 1872 «Verein für Sozialpolitik» og ble av sine motstandere kalt «katetersosialister». De arbeidet for at staten skulle innføre større reformer for å forhindre skjerpede klassemotsetninger og revolusjon (Nipperdey 1998: 336). Allerede i 1845 hadde Preussen innført en sykekasselov med plikt for håndverkssvenner til å delta i de tidligere frivillige hjelpekassene (Frevert 1984: 162). Den politiske hensikten var at disse skulle erstatte fattigkassa på lengre sikt (ibid.: 335). Større fabrikker etablerte «fabrikksykekasser» (ibid.: 228). Preussen innførte også en lov om forsikring for gruvearbeidere i 1854, som en videreutvikling av hjelpekassene for gruvearbeidere. Den kan sies å ha fungert som en modell for de senere sosialforsikringslovene (Eghigian 2000: 55).

Riksdagen vedtok etter forslag fra Bismarck en lov om sykeforsikring i 1883, en industriell ulykkesforsikringslov i 1884 og en lov om invaliditets- og alderspensjon i 1889 (Zöllner 1982: 22ff; Tennstedt 1972: 25).⁹⁰ Lovene var uttrykk for en «klasseforsikring»: De gjaldt kun for arbeidere i noen industrigrener. Det er de to siste lovene som her skal omtales videre. Disse betegnes *ulykkesforsikringsloven av 1884* og *invaliddepensjonsloven av 1889*. *Invaliddepensjonsloven av 1889* innførte en tvungen forsikring for lønnstakere med en årlig inntekt under en visse grense. Et nødvendig vilkår for invaliddepensjon var at invaliditet hadde medført et inntektstap på to tredjedeler.⁹¹ Ytelsen var i begynnelsen lav. I 1891 tilsvarte gjennomsnitts-

⁹⁰ Bismarck ville innføre ulykkesforsikringsloven som den første sosialforsikringslov i 1881. På grunn av Riksdagens vedvarende opposisjon mot foreslått finansiering og organisasjon, ble loven vedtatt først i 1884 (Zöllner 1982: 22ff; Tennstedt 1972: 25). Bismarck var for øvrig motstander av lovgiving som skulle beskytte arbeiderne. Han avviste forbud mot å arbeide på søndager og om natta og innføring av begrensninger for kvinner og barn (Zöllner 1982: 14; Nipperdey 1998: 358).

⁹¹ Vilkåret er komplisert formulert, men utgjør omkring 2/3 reduksjon av inntekt (Tennstedt 1972: 22; Zöllner 1982: 29). Denne grensen ble initialt overført til flere av de land som innførte uførepensjon etter tysk mønster (Strøm 1958). Grensen ble innført i den norske *uføretrykkeloven av 1960*.

pensjonen 18 % av gjennomsnittsinntekten til ansatte (Zöllner 1982: 31). Forsikringen var finansiert med at like store bidrag kom fra de forsikrede selv og fra arbeidsgiverne. Et mindre bidrag kom fra staten (ibid.: 29). Den tyske sosialforsikringen kan sies å forene forsikring, karakterisert ved at den forsikrede skal bidra selv, med følgende tradisjoner om ansvar:

- Arbeidsgivers ansvar førte til bidrag fra arbeidsgiver,
- statlig ansvar førte til at staten bidrog med penger i tillegg til lovregulering,
- solidaritetsansvaret fra laugenes hjelpekasser bidrog til selvadministrasjon (Zöllner 1982: 28).⁹²

Den tyske sosialforsikringen står altså i sine tradisjonssammenhenger. Det som var nytt, var at det ble innført medisinske termer for å beskrive den som ikke kan forsørge seg selv. Stone skriver følgende om den betydningen de tre sosialforsikringslovene som ble innført i Tyskland mellom 1883 og 1889, fikk: «The German program represents a critical point in the development of the disability category, not only because it was the first but because it became a model, explicitly or implicitly, for all subsequent social insurance programs.» (Stone 1984: 56). Den medisinske terminologien tas opp i underkapittel 7.6.

I løpet av kort tid ble sosialforsikring innført i en rekke nasjoner i Europa. Danmark innførte behovsprøvet alderspensjon i 1891, frivillig sykeforsikring med statlige tilskudd i 1892, ulykkesforsikring i 1898 og uførepensjon i 1921 (Petersen 2004; Nelson 1953: 432).⁹³ Sverige innførte lov om sykeforsikring i 1891 og en ulykkesforsikringslov i 1901. I 1913 kom et viktig sosialpolitisk gjennombrudd. Sverige fikk verdens første universelle pensjonsforsikring ved invaliditet og alderdom (67år) (Edebalk 1996: 51f). (Sosialpolitisk universalisme tas opp i underkapittel 8.1). Norge innførte ulykkesforsikring i 1894. Den videre utvikling i Norge tas opp i neste kapittel. Storbritannia innførte i 1911 sosialforsikring (eng. *national insurance*) bestående bl.a. av en syke- og arbeidsledighetsstønad (Ogus 1982: 182ff). I Frankrike trådte ikke sosialforsikringen i kraft før 1930 (Saint-Jours 1982: 119f).

⁹² Opprinnelig ville ikke Bismarck at arbeiderne skulle betale premie til forsikringsordningene. Men dette ble kritisert for å være på kant med forsikringsprinsippet. Bismarck gav etter for slik argumentasjon (Zöllner 1982: 26).

⁹³ For en nærmere analyse av i de tidlige danske, *frivillige*, velferdsordninger som «antitese» til Bismarckklovningens tvang, se Petersen (2004).

7.5 Sosialforsikringen og dens kollektive hjelpeprinsipp

Karakteristisk for *forsikring* er at spørsmål om risikoens, premiens og ytelsens størrelse er naturvitenskapelige eller aktuarfaglige spørsmål (Rejda 2001). På denne måten kombinerer forsikring en vitenskapelig tilnærming med et *solidarisk ansvarsprinsipp*. Dette solidaritetsbegrepet kan jeg ikke se har endret seg vesentlig fra middelalderlaugenes hjelpekasser. Forsikring er en teknologi for *sambørighet* innen en sammensveiset gruppe (Eghigian 2000: 55).

Sosialforsikring defineres slik: Den iverksettes av staten, som også betaler inn et mindre bidrag. Den er vanligvis tvungen. Bidragene kommer vesentlig fra ansatte og arbeidsgivere. Retten til å motta ytelse er i vesentlig grad knyttet til i hvilken grad medlemmet (eller familien) har bidratt tidligere. Selv om erstatningsstørrelsen er avhengig av tidligere bidrags størrelse, er likevel erstatningene vektet noe i favør av lavinntektsgruppene (Rejda 2001: 27f).

Det har sine fordeler at sosialforsikringen anvender aktuarfaglige metoder. Samfunnsviteren Pierre Rosanvallon oppsummerer disse fordelene på denne måten:

[B]y approaching social problems in terms of risk, insurance focuses on the probabilistic and statistical dimension of society (risk can be calculated) and relegates judgement about individuals to a secondary level. When situations are perceived in terms of risk, the question of personal mistakes and individual attitudes becomes less important [...] (Rosanvallon 2000: 15).

Det understrekes her at sosialforsikringen virker på samfunnsplan. På dette planet kan den benytte seg av sannsynlighetsteori og statistikk. Dersom vi ser tilbake på de grunnleggende forklaringsmåter for arbeidsuførhet i underkapittel 5.3, ser vi at sosialforsikringen forholder seg til naturvitenskapelige årsaksforklaringer. På dette samfunnsplanet kan man, i alle fall vanligvis, se bort fra individenes hensikter. Man unngår å gå inn på slike til dels vanskelige problemer. Betydningen av kategorien *den arbeidsvillige* blir nedtonet. På denne måten kan sosialforsikringens avgjørelser standardiseres og slik kan den bli effektiv.

Flere problemer med å løse *det sosiale spørsmålet* med barmhjertighetsbasert hjelp kom fram i samfunnsdebatten i det 19. århundret. Det første problemet er at slik hjelp oftest ble gitt restriktivt. Det er bare den hjelpe-løse trengende som skulle få slik hjelp. Det andre problemet er at slik hjelp er skjønnsbasert. Det ble dermed lett vilkårlig hvem som får hjelp, og hvor mye vedkommende får (Castel 2003: 260ff). Det tredje problemet er at det lett oppstår et avhengighetsforhold mellom den som mottar og den som yter hjelpen. Den som mottar hjelp mister sin frihet og til en viss grad sin

verdighetsfølelse. Allerede Kant kritiserte paternalistisk velgjørenhet fordi den opphever borgernes frihet, selv i offentlig eller statlig sammenheng (Beauchamp & Childress 2001: 177).

I et tidlig norsk forarbeid fra 1899 til lov om uførepensjon blir det pekt på at fattighjelpen fører til at både individene og samfunnet taper:

Det er [...] en Uret mod den udtjente Arbeider at henvise ham til en Forsørgelse, han skal anholde om som en Gunstbevisning, afhængig af Ydernes Skjøn og Vilje. Det er en Ydmygelse, der virker trykkende som Udsigt og demoraliserende paa den, som modtager Hjælpen. Fattigforsørgelsens Virkning paa Individerne er for Samfundet et Tab, og mod de Understøttede er den en saa meget større Uret, som Samfundet allerede har skabt Ordninger for enkelte Samfundsklasser, der befri dem fra denne ydmygende Hjælp i deres Alderdom eller Erhvervsudygtighed. Det er dette øgede Syn på Fattigforsørgelsens Virkninger, særlig for den udslidte, hæderlige Arbeider, der fødte Tanken paa Forsikring som en ny Form for Hjælp (Den parlamentariske Arbejderkommission 1899: 11-12).

Det er altså to slags tap. Det ene består i at samfunnsmedlemmenes lykke, eller velvære, blir redusert i stor grad på grunn av demoralisering. Det andre tapet er at samfunnsmedlemmene mister tro og tillitt til seg selv, og blir passivisert, slik at de ikke lenger makter å produsere noe som de selv og samfunnet kunne ha nytte av. Samfunnet går glipp av produktiv kraft.

Disse problemene omgås ved at sosialforsikringen innfører erstatning som en juridisk *rettighet* for en større gruppe borgere, forutsatt at visse vilkår er oppfylt. Det samme forarbeidet fra 1899 skriver slik om denne rettigheten:

Det er Forsikringens Maal og Styrke, at den tilveiebringer en Garanti mod Erhvervsudygtighedens Følger, som Individet ved er grundlagt paa hans egne Opofrelser og derfor er en ved Selvhjælp erhvervet Ret. Paa samme Tid som den skaber en Betyggelse, der er en moralsk Støtte af uvurderlig Betydning, opretholder den den for Individ som Samfund ligesaa væsentlige Faktor: at kræve, at Individet selv skal bidrage til Rettens Erhvervelse. Det er dette Krav til den Enkeltes Energi og Selvhjælp, som væsentligt skiller en ved Forsikring erhvervet Betyggelse mod Erhvervsudygtighedens Følger fra Understøttelse eller Fattigforsørgelse. [...] Forsikringsprincippet med dets Værd er opretholdt, saalænge hver Enkelt maa gjøre sine lovbefalede Indskud, og der *er et vist Forhold* mellem, hvad han yder og han opnaar (Den parlamentariske Arbejderkommission 1899: 12).

Verdigheten får altså en ny karakter: Den er noe man har *krav* på. Man har krav på ytelsen fordi arbeideren selv har *ytt noe selv* til å opprettholde forsikringen (Tennstedt 1972: 16).

Den tilgrunnliggende rettferdighetsform er den *kompensatoriske rettferdighet* (underkapittel 2.3). En ytelse fra sosialforsikringen er en kompensasjon, eller godtgjøring, som kollektivet tilkjenner de skadelidende. Rettferdighetskriteriet er *skade på person* (underkapittel 2.3). Det essensielle etiske poenget ved denne formen for rettferdighet er at når samfunnets framgang

har som følge at det går noen mennesker ille og blir skadet, så må disse mennesker få en godtgjøring fra fellesskapet for det de har lidt. Så vidt jeg kan forstå, er det et nytt solidaritetsbegrep som ligger til grunn for sosialforsikringen. Det er ikke bare slik at man er forpliktet til gjensidig hjelp overfor medlemmer i sammensveiset gruppe, men tanken om gjensidighet når ut over til større deler av samfunnet, til den egne klassen eller «universelt».

Castel påviser at arbeidsbegrepet er blitt betydelig endret i og med innføring av sosialforsikringen. Denne påvisningen er interessant fordi den bidrar til å klarlegge hvorfor sosialforsikringen har hatt, og fortsatt har, stor sosial betydning. En ny form for eiendom, *sosial eiendom*, er i følge Castel blitt innført. Arbeideren, som ikke hadde noen privat eiendom av betydning, har gjennom sitt arbeid fått tilgang til en *sosial eiendom*. Dette forklares slik:

Social security arises from a kind of *transfer of property* through the mediation of labor and under the aegis of the state. Security and labor will become substantively linked. For in a society that is organized on the basis of wage-labor, it is the status given by labor that yields the modern equivalent of protections formerly guaranteed by property. This is the result of a long odyssey whose stages we must take care to trace out, because even today we remain the heirs of this historical development (Castel 2003: 274).

Lønnsarbeidet er altså blitt knyttet til et økonomisk sikkerhetsnett som staten står som garantist for. Denne sikringen av arbeiderens eksistens uavhengig av privat eiendom utgjør altså en *sosial eiendom*. Lønnsarbeidsbegrepet innhold er dermed endret. Lønnsarbeidet er blitt innfelt i et rammeverk av politiske avtaler og juridiske rettigheter og plikter. En del av lønnen bidrar til å finansiere trygghet i situasjoner også utenfor arbeidslivet: ulykke, sykdom og svekkelse i alderdommen. Lønnsarbeidsbegrepet er ikke som innen den klassiske liberalismen et rent individuelt begrep. Det har fått tilført kollektive egenskaper (ibid.: 270ff).

Arbeidet blir til en *sysselsetting*, forsynt med en *status*, som gir garantier utover det markedet kan tilby, som en minstelønn, arbeidsrettlige bestemmelser, ulykke, syke – og pensjonsforsikring osv. Som følge av dette er arbeidernes livssituasjon ikke mer så preget av usikkerhet og de er ikke lenger dømt til å leve hver dag med angst for morgendagen. Livssituasjonen er blitt til et *ansettelsesforhold*. Det betyr at arbeideren disponerer over et grunnlag av ressurser og garantier, som han kan mestre nåtiden og forme framtiden med (*min oversettelse*) (Castel 2005: 40f).

Jeg konkluderer med at vi kan tale om et politisk *kollektivt hjelpeprinsipp* for sosialforsikringen: *Arbeidere og andre økonomisk sett svakstilte grupper tilhører et nasjonalt fellesskap, eller et kollektiv, som gir personene tilgang til et statlig garantert sikkerhetsnett, sosiale rettigheter og status*. Jeg fortolker det slik at de behov som her skal tilfredsstilles er biologiske behov og symboliske selvbevaringsbehov. De biologiske behov som mat og husly sikres.

Dessuten sikres behovet for bl.a. å tilhøre en rimelig rettferdig samfunnsorden også under den pågående industrielle revolusjonen (se avsnitt 2.4.2).

Sosialforsikringens grunnleggende prinsipp er *hjelp til selvhjelpsprinsippet*. Det kan altså ses satt sammen av *selvhjelpsprinsippet* og *det kollektive hjelpeprinsippet*. Liberalisme av klassisk type vil naturlig nok legge betydelig vekt på selvhjelpsprinsippet. Det kollektive hjelpeprinsippet kan begrunnes konservativt, som hos Bismarck, eller sosialliberalt, som i flere europeiske land for øvrig, bl.a. i Norge. Sosialliberalismen og sosialistiske bevegelser legger større vekt på *det kollektive hjelpeprinsippet*. Sosialforsikringen fungerer uten å true den etablerte samfunnsordenen. Det skal imidlertid vises i den videre framstilling at det er en politisk dragkamp mellom disse to prinsippene.

7.6 Medisinske kategorier innføres for å beskrive skade på person

Ulykkesforsikringsloven av 1884 og *invalidpensjonsloven av 1889* etablerte to forskjellige kategorier for å beskrive en skadet person med redusert evne til å greie seg selv: *den arbeidsuføre* og *den ervervsuføre*. Den kategorien som først ble etablert, var ulykkesforsikringslovens kategori *den arbeidsuføre*. Det skal foreligge *en skade på kroppen* med nedsatt arbeidsevne til følge. Det dreide seg for eksempel om skader på, og tap av, fingre, hender, armer, føtter og ben. Dessuten må det ha dreidd seg om smerteplager. For å karakterisere den nedsatte arbeidsevnen beskrives og vurderes disse kroppslige skadene ved hjelp av en tabell. *Tabellmodellen* ble tatt i bruk i privatforsikring og sosialforsikringens yrkesskadeforsikring for å vurdere arbeidsuførheten. Denne modellen analyseres videre i kapittel 12.

Den andre kategorien er invalidpensjonslovens kategori *den ervervsuføre*. Det skal foreligge *nedsatt evne til å skaffe seg inntekt* under en viss grense. Kategorien er også medisinsk fordi den forbinder en ervervsuførhet på 1/3 i det lokale arbeidslivet med at årsaken til denne skal påvises å være en medisinsk tilstand. Den har både et økonomisk og et biologisk, medisinsk aspekt. Modellen som her tas i bruk er *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen*. Denne modellen analyseres videre i kapittel 13.

Legene fikk altså en sentral rolle i vurderingen av den som fikk skadet sin arbeidsevne i arbeidsulykker og den ervervmessige uføre. Vi har sett at legenes vurdering av arbeidsevne var forberedt gjennom fattiglegenes arbeidsevnevurdering (underkapittel 6.5). Enkelte sykekasser hadde ansatt lege, «Kassenarzt», i alle fall på 1840-tallet (Frevort 1984: 228). En lov som hadde økt etterspørselen etter medisinsk attestasjon etter ulykker i Tyskland, var loven om erstatningsplikt etter industriulykker, inkludert togulykker, som kom i 1871 (*Reichsgesetz zur Haftpflichtentschädigung*) (Tenn-

stedt 1976: 424). Legenes nye og sentrale rolle i sosialforsikringsystemet var så vidt jeg kan forstå vel forberedt. På 1880-tallet var det dessuten blitt en «overproduksjon» av leger, de organiserte seg bedre og begynte å opptre samlet som profesjonelle eksperter (Huerkamp 1985: 119ff).⁹⁴ I tillegg kom legenes raskt økende status pga. utviklingen innen naturvitenskapelig medisin. Fra den vitenskapelig medisins samfunnsmessige status og anerkjennelse kunne legene begynne å hente sosial status og samfunnsmakt. Det var disse som legitimerte legens vurdering og bedømmelse av mennesker som ikke lenger evnet å arbeide. Legevitenskapen bidrog til at den som ikke lenger kunne arbeide fikk status som verdig trengende.

Begge de nye kategoriene, *den arbeidsuføre* og *den ervervsuføre*, er medisinske kategorier. Det skal foreligge en kroppslig skade eller en sykdom som har medført redusert arbeids- eller inntektsevne. Jeg foretar følgende tolkning av det som her er funnet. For det første har *høymiddelalderens kriterium kroppslig elendighet fått to forskjellige medisinske fortolkninger*. Slik mener jeg å se en virkningshistorisk sammenheng mellom disse kriteriene. For det andre fortolker jeg det slik at den kompensatoriske rettferdighetens kriterium *skade på person* har fått en medisinsk fortolkning. Et skadet person kan vurderes medisinsk for å fastslå skadens beskaffenhet, omfang og konsekvenser for arbeidsevne eller ervervsevne.

7.7 Rehabiliteringens fødsel

Allerede i det 16. århundret fikk enkelte rike døve mennesker i Det ottomanske tyrkiske riket og i Spania utdanning (Braddock & Parish 2001). I opplysningstidens Frankrike framstod det en kjent talsmann for utdanning også av fattige døve barn: Charles-Michel, abbeden for l'Épée (1712-89), som introduserte et tegnspråk. En annen talsmann for utdanning av blinde var Valentin Haüy (1745-1822), professor i kalligrafi. Haüy var opprørt over latterliggjøring av blinde mennesker i sin samtid. Han opprettet en pedagogisk institusjon for blinde barn i Frankrike. Ved denne skolen ble punktskriften for blinde senere utviklet av Louis Braille (1809-1852), selv blind (Stiker 1999: 106f).⁹⁵ Prinsippet for disse pionerene var *utdanning* i

⁹⁴ I det trygdemedisinske miljøet i Norge har det gått en historie om at det var Bismarcks bankier Gerson von Bleichröder som først foreslo å bruke legene for å vurdere uførhet i sosialforsikringen (Bruusgaard 1996). Jeg har forsøkt å få denne historien bekreftet uten å finne noen dokumentasjon. Min historiske framstilling viser at om historien om von Bleichröders forslag er sann, var hans forslag forberedt gjennom flere tiårs sosialpolitisk utvikling.

⁹⁵ Blindeskrift. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=471480> (23.11.2006).

vid forstand, også for døve og blinde. Denne utdanningsvirksomheten ble knyttet til spesialiserte institusjoner. Deres likeverdighetsideologi oppsummeres slik:

The governing ideas of today's rehabilitation are already present in the institutions of V. Haüy and the abbé de l'Épée: the claim that the disabled can tap into the same asserts as the able-bodied; the invention of techniques and pedagogies to achieve these goals; the foundation of specialized institutions to make this all possible. [...] But the difference between this conception and that of our own era [...] is that Valentin Haüy and others had no pretension to integrate the disabled into ordinary life and in particular into ordinary work (Stiker 1999: 107f).

I Norge ble skoler for døve, blinde og åndssvake etablert i løpet av 1800-tallet og lagt inn under *Abnormskoleloven av 1881*. «[F]ra 1880-årene kan man identifisere et økende medisinsk initiativ i forhold til disse elevene – som nå gikk under fellesnavnet 'abnorme børn'» (Feiring 2004: 16).

Den neste gruppen som fikk utdanning, og dessuten yrkesopplæring, var *de vanføre* (ibid.).⁹⁶ Sverige synes her å ha vært ledende i Europa. Det ble etablert institusjoner for å få vanføre i arbeid. Både kvinner og menn fikk opplæring og spesialhjelp for tilrettelegging av arbeidssituasjonen som f.eks. syersker eller skomakere. Slik kunne de tjene til sitt eget brød, gjerne i tilknytning til etablerte virksomheter (Stiker 1999: 115ff). I Norge ble *Arbeidsskole for Vanføre* etablert i Oslo i 1892, som senere ble *Sophies Minde* (Stiker 1999: 115ff; Feiring 2004: 16).

Den første verdenskrigen førte til at rehabilitering ble et sentralt anliggende for samfunnet. Ordet «rehabilitering» (fr: *réadaptation*, ty: *Rehabilitierung*) ble introdusert. Ordet begynner med et «re», som betyr «å vende tilbake». Ordet signaliserer en ny tankegang om hvordan soldaten, som kommer skadet tilbake fra krigen, bør møtes (Stiker 1999: 121ff). Samfunnet skylder disse menneskene, som har ofret så mye for fellesskapet, et tilbud om reparasjon, reetablering eller reintegrering så langt mulig. En ny vilje ble født, å reintegrere skadete mennesker i samfunnet. *Protesen* ble det viktige midlet, og samtidig symbolet, for rehabilitering forstått på denne måten. Over hele Europa, også i Norge, fikk rehabiliteringen et oppsving etter den første verdenskrigen (Haavet 1994b: 237). Det skal bemerkes at rehabilitering betyr *tilbakevending* til den tidligere, antatt *normale* tilstand. Begge disse betydningene er blitt problematiske i vår tid. Dette skal vises i underkapittel 9.7.

⁹⁶ Vanføre ble i 1918 definert som «personer med medfødte eller ervervede defekter eller sykdommer i armer, rygg og ben» (St.meld.nr.88 1967: 5).

7.8 Konklusjon

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

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

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

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

8 Nordisk velferdsmodell og norsk uføreomsorg 1960–75

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

8.1 Noen trekk ved den nordiske og norske sosialhjelpstaten

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

7.8 Konklusjon

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

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

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

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

8 Nordisk velferdsmodell og norsk uføreomsorg 1960–75

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

8.1 Noen trekk ved den nordiske og norske sosialhjelpstaten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2 Den nordiske velferdsmodellen forsterker kravet om likhet

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

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

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

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

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

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

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

8.3 Velferdsstaten formes internasjonalt og i Norge

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

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

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

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

¹⁰⁰ *Welfare state*. I: *Encyclopædia Britannica 2006 Ultimate Reference Suite* DVD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.4 Innføring av helse- og sosialfaglig «uføreomsorg»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.5 Sentrale etiske problemer i attføringen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[...]

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

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

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

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

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

8.6 Sentrale faglige problemer i attføringen

Attføringsfeltets problemer oppsummeres slik i 1970 av legen Tormod Marstein (1925-78) på grunnlag av egne fylkesnemnderfaringer¹⁰⁵: 1) Det er store metodiske problemer på feltet, 2) De hjelpemidler som kunne vært brukt med nåværende metodikk, blir ikke gjort tilgjengelige og 3) Det virker som myndighetene ikke mente alvor når de sa at kontantytelser ikke skulle være det primære (Marstein 1970). Disse konklusjonene støttes av legen Erich Erichsen (1913-87) når han skriver i 1976:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.7 Tilgangen på uførepensjonister

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

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

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

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

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

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

8.8 Konklusjon

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

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

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

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

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

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

9 Rettferdighetskriterier, legeroller og nytenkning om rehabilitering i nåtidens Norge

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

9.1 Etter 1975: markedsrettferdigheten får økt innflytelse

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

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

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

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

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

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

9 Rettferdighetskriterier, legeroller og nytenkning om rehabilitering i nåtidens Norge

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

9.1 Etter 1975: markedsrettferdigheten får økt innflytelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.2 «Det nye sosiale spørsmålet»

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

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

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

9.3 Norsk velferdsstatsutbygging, arbeidslinje og medikalisering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.4 Folketrygdlovens rettferdighetskriterier

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

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

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

¹¹² Se (Brækhus 1996; Hanoa 1975).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.5 Trygdemedisinske roller i et rettferdighetsperspektiv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6 Attførings- og rehabiliteringsvirksomheten i nye perspektiv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.7 Nye tanker om normalitet utfordrer til nytenkning om rehabilitering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.8 «Faktisk like muligheter for alle» som trygdemedisinsk rettferdighetskriterium

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.9 Tilgangen på uførepensjonister

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.10 Konklusjon

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

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

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

Del III.

Analyser av objektivitet i et trygdemedisinsk perspektiv

10 Objektivitetsbegreper og kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet

Del III består av to kapitler hvor det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet analyseres. I dette kapitlet skal det først gjøres rede for den klassiske biomedisinske modellen og dens privilegerte objektivitetsbegrep: *ontologisk objektivitet*. Det skal så gjøres rede for bruken av både *det ontologiske* og *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin. Det skal videre gjøres rede for anvendte kriterier på *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* i norsk trygdemedisin.

10.1 Biomedisinens privilegerte objektivitetsbegrep: ontologisk objektivitet

Slutten av det 18. århundret og begynnelsen av det 19. så en forvandling av medisinen som innen medisinsk historie blir betegnet som «den moderne klinikkens fødsel». Medisinhistorikeren Wolfgang Eckart karakteriserer forvandlingen slik:

Pasienten blir når han/hun enda er i live undersøkt og gjennomtrengt med fysikalske metoder som perkusjon og auskultasjon. Han/hun er blitt til den *målbare* pasienten. Etter døden overprøver patologen sykdoms- og behandlingsforløpet ved obduksjon. [...] Fysikalsk diagnostikk og anatomisk-patologisk overprøving er de dominerende karakteristika ved den nye kliniske medisinen ved begynnelsen av det 19. århundret (*min oversettelse og kursivering*) (Eckart 2005: 187).

Pasienten undersøkes fysikalsk og måles så langt mulig. Vi står her overfor opprinnelsen til det som skulle bli standard klinisk metode i det 19. og 20. århundret (Wulff & Gøtzsche 1997: 27f). Karakteristisk for denne metoden er at man vektlegger undersøkelsen av pasientens kropp: blod, kroppens temperatur, respirasjonsorganene, oppspytt osv. (Seifert & Müller 1887). Pasienten er å anse som en fysikalsk størrelse og er innordnet den ontologiske kategorien *fysisk gjenstand* (se underkapittel 3.5). I alle fall omkring år 1900 har jeg funnet at yrkesanamnese og mer generelle inntrykk av

pasienten også skulle beskrives nøye (Stempel 1899). Som McWhinney vil jeg betegne denne metoden som *den moderne kliniske metoden*. Målet med metoden er å diagnostisere *disease* (McWhinney 2003).

Den *klassiske biomedisinske sykdomsmodellen* ble utformet omkring 1870 – 80 og kan anses som høydepunktet for medisinenes *naturvitenskapelige* revolusjon i det 19. århundret.¹¹⁹ Den er nært knyttet til infeksjonsmedisinens gjennombrudd. *Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen* er et sentralt teoretisk uttrykk for den nye *naturvitenskapelige* medisinen som var i rivende utvikling.

Det som ligger implisitt i denne modellen, følger av vitenskapenes og vitenskapsfilosofiens historiske utvikling. I tråd med den moderne tids natursyn ses menneskekroppen på som en maskin eller et komplisert apparat (Wulff, Pedersen, & Rosenberg 1986: kap. 4). Modellen gir ikke psyken, eller det mentale, noen selvstendig ontologisk status. Den gir uttrykk for en materialistisk ontologi. Pasienten gjøres til et naturvitenskapelig objekt. *Dens privilegerte objektivitetsbegrep er ontologisk objektivitet*. Modellens sykdomsbegrep er *disease* (Foss & Rothenberg 1987: kap. 2; Barbosa da Silva 2000: 48f). Senere, fra omkring 1900, kom forøvrig selve feilfunksjonen, den fysiologiske eller metabolske forstyrrelse (eng. *impairment*), mer i fokus innen biomedisinen (Wulff & Gøtzsche 1997: 65; Lichtenthaeler 1987: 546ff).

Den klassiske biomedisinske modellens påvirkning på medisinsk praksis må ha vært forskjellig fra lege til lege og kanskje også fra det ene syke mennesket til det andre. En praktisk konsekvens av modellen for noen leger konstateres av Laín Entralgo på følgende måte. Pasienten ble «both a scientifically cognizable and modifiable object and an unknown individual» (Laín Entralgo 1969: 118). Pasienten stod i fare for selv å bli gjort til gjenstand. Dette er et tema som tas opp til videre analyse i neste kapittel. Noen ganger ble imidlertid *den klassiske biomedisinske modellen* eksplisitt kombinert med et humanistisk menneskesyn. Den sentrale legen her var William Osler (1849-1919). Han fikk stor betydning bl.a. som forfatter av en ledende lærebok i medisin gjennom 30 år, *The Principles and Practice of Medicine* (1. utg. 1892), som reformator av medisinsk utdanning med større vekt på klinisk erfaring og som medisinsk, humanistisk filosof.¹²⁰ Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen er i legens praksis vel forenlig med forskjellige syn på det subjektives status og på forholdet mellom

¹¹⁹ Andre betegnelser er «den klassiske sykdomsmodellen» (NOU 1977a: 99), «den klassiske apparatfeilmodellen» (Wulff & Gøtzsche 1997: 65) og «den biomedisinske modell» (Foss & Rothenberg 1987).

¹²⁰ *Osler, Sir William*. I: *Encyclopædia Britannica 2006 Ultimate Reference Suite DVD*.

kropp og sinn. Modellen er i praksis også forenlig med substansdualistisk ontologi. Modellen kan anses å gjelde for den ene delen av mennesket som består av fysisk-kjemisk natur. Den gjelder ikke for den andre psykiske, mentale eller åndelige delen. En praktisk konsekvens for legen kunne være at pasienten var «a friend to be pitied» (Laín Entralgo 1969: 123).

Det er her på sin plass å minne om innsatsen til Sigmund Freud (1856-1939). Freud påviste at det kan finnes motstand hos pasienter mot å oppnå bevissthet om noe som kan være nyttig for å bli bedre av en psykisk lidelse. Det vil si at det kan foreligge en fortregning. Når pasientens subjektivitet kan yte motstand ved en behandling, kan det trekkes den slutning at ontologisk subjektivitet ikke kan neglisjeres i medisinen. Psykoanalysen stilte spørsmålsteget ved «maskinmodellen» (Uexküll & Wesiack 1997: 24). Da Freud fant det terapeutiske mottrekket til en pasient som skjuler noe for seg selv, nemlig en fortolkning av symbolsammenhenger i drømmene, innførte han noe helt nytt i naturvitenskapelig medisin. Han innførte en behandling hvor også pasienten opptrer som en *fortolker* av seg selv (Laín Entralgo 1969: 183ff).

Jeg fortolker medisinen slik omkring år 1900 at selv om den klassiske biomedisinske modellen hadde høy status, særlig vitenskapelig, var den ikke enerådende i medisinsk praksis. En beskrivelse av den engelske medisinhistorikeren W.F. Bynum benyttes for å få et bilde av situasjonen.

By the end of the nineteenth century, science had become a third estate within medicine, besides the two estates of hospital-approved elite consultants, and their more numerous colleagues who practiced mostly outside the hospitals, and among the lower socio-economic groups. The details varied from country to country, but a basic structure was in place. These two clinical estates were not homogeneous, of course. Elites ranged from those who held formal academic posts in the medical schools, kept up with the latest literature, and preached the gospel of scientific medicine, to those who acquired fame and fortune by what could be called shrewd clinical skills, personal charisma, pleasing manners, and no knowledge of, or interest in (and even hostility to), the medical sciences. Among the rank and file, there were many who dispensed the same bottle of sweet-tasting, colored medicine to all and sundry, never used a stethoscope, and had never looked through a microscope, even in their medical school days (Bynum 1994: 218).

Selv om den vitenskapelige medisins kadere var få, hadde de fått stor innflytelse. Dette hadde som følge at «science did matter to doctors collectively, even if it could be neglected by them individually, and even if much of ordinary medical practice was untouched by it.» (Ibid.: 219).

For å undersøke hvilke objektivitetsbegreper og -kriterier som var i bruk i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin, dvs. omkring 1900, er to sosialforsikringsmedisinske handbøker fra den aktuelle periode funnet fram. Den ene er skrevet av kirurgen Walther Stempel (Stempel 1899). Den andre er et

fellesprosjekt fra 1913 der 25 leger, de fleste professorer, har bidratt (Gumprecht et al. 1913). Det er W. Kaskels og H. Hildebrands bidrag som her er mest relevante (Kaskel 1913; Hildebrand 1913). Handbøkene gir et samstemt bilde av den medisinske invalidepensjonsvurderingen. Jeg antar derfor at de representerer tysk sosialforsikringsmedisin i den aktuelle periode.

Stempel skriver følgende om legens oppgave i invalidepensjonssaker: «Vi leger skal [...] på grunnlag kun av de *objektive funn* foreta en bedømmelse av hvilket arbeid den undersøkte ennå synes å være i stand til, og om han ev. ennå ved sitt arbeid er i stand til å tjene den sum som loven foreskriver.» (*Min kursivering og oversettelse*) (Stempel 1899: 4). Vi ser at begrepet *objektive funn* er i forsikringsmedisinsk bruk. Dette begrepet tas opp til videre analyse i underkapittel 11.1. Nå skal det vises at kriterier på *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* var i bruk i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin.

10.2 Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin

Den nye medisinske virksomheten for sosialforsikringen ble betegnet som *sakkyndig* eller *faglig vurderende* virksomhet (ty: *Gutachtertätigkeit*) (Hildebrand 1913). Jeg vil i det følgende tale om *sosialforsikringsmedisinsk* eller *trygdemedisinsk sakkyndighet*. De videre analyser skal avklare nærmere hva som karakteriserer denne sakkyndighet.

Når det gjelder den sakkyndiges framgangsmåte, skriver Stempel implisitt at den kliniske undersøkelsesmetoden skal følges. Eksempler fra boken som viser dette, er at det skrives at ansiktsuttrykk, bevegelsesmåter, gange og måte å snakke på bør observeres nøye. Dette er særlig viktig ved psykiatriske sykdommer eller «åndssvakhet». Betydningen av en inngående anamnese understrekes. Særlig viktig er det å få rede på hvilke yrker invalidepensjonssøkeren har hatt, idet visse arbeidsoppgaver disponerer for yrkessykdommer. Hos kvinner må fødslene og deres forløp noteres (ibid.: 31f). Stempels handbok går gjennom hele den kliniske medisinen og gir råd om hvordan arbeidsevnen til pasienter med forskjellige diagnoser skal vurderes. Interessant er følgende tekst om hvordan legen skal forholde seg til syke uten *objektive funn* som f.eks. ved hysteri: «Gir funnene ikke noe grunnlag for en organisk lidelse, må vi rette vår oppmerksomhet særlig mot hysteriens særegne symptomer og la vår undersøkelse omfatte disse.» (*Min oversettelse*) (Stempel 1899: 101). Jeg fortolker denne teksten som et eksempel på hvordan legene vurderer en «åndelig tilstand» i klinisk praksis. Selv om det ontologisk objektive har høyest status hos legene, forhindrer

ikke dette at legene i tilfelle der *objektive funn* ikke foreligger, også foretar vurderinger av den kliniske tilstand og arbeidsevne. Rådene om hysteri lyder kjent fra trygdemedisinsk praksis hundre år etterpå: Lettere arbeid er vanligvis den beste terapi, men i alvorlige tilfelle må den syke anses som arbeidsufør (ibid.: 102). Det synes å være grunnlag for en konklusjon om at det innen tidlig tysk sosialforsikringsmedisin skulle brukes den samme kliniske metode som legen ellers brukte i sin kliniske virksomhet.

Hildebrand skriver i handboken fra 1913 at legen skal være *upartisk* slik: «Som dommeren står over partene, så skal også legen være helt objektiv og ikke ta parti for noen, verken for den forsikrede eller forsikringsbæreren.» (*Min oversettelse*) (Hildebrand 1913: 61). Legen skal altså følge *upartiskhetsprinsippet*, som her tydeligvis betyr *nøytralitet* i forholdet mellom pasient og sosialforsikring.

Hildebrand skriver videre at det som hevdes i attesten, for eksempel diagnosen, skal kort *begrundes*. «Den sakkyndige må ikke bare ha grunner, han må også nevne dem.» (*Min oversettelse*) (Hildebrand 1913: 61). Begrunnelsen kan i mange tilfelle være kort, men den skal være der. Stempel understreker at det skal være *sammenheng* mellom det som hevdes og begrunnelsen. Denne mangler ofte. Ikke sjelden foreligger direkte motsigelser, som for eksempel når en søker beskrives med sunt utseende, som sterk og i god ernæringsstilstand, men med diagnosen «aldersmarasme» (Stempel 1899: 29).¹²¹ Jeg fortolker teksten slik at her ser vi kriteriet *saklighet* anvendt. Det skal foreligge en holdbar begrunnelse for det som hevdes. Stempel skriver videre at legen skal beskrive søkerens medisinske, kroppslige og åndelige tilstand på en *nøyaktig* måte. Han går grundig inn på hvordan dette skal gjøres, med en rekke kliniske eksempler (Stempel 1899: 29ff). Her formuleres *nøyaktighet* som et kriterium på kunnskapsteoretisk objektivitet. Det er nå blitt avklart at når den tyske legen opptrådte som sosialforsikringsmedisinsk sakkyndig omkring år 1900, skal han være *upartisk*, dvs. nøytral i forholdet mellom pasient og sosialforsikring. Kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet som *upartiskhet*, *saklighet* og *nøyaktighet* ble anvendt. Vi forlater nå tidlig tysk sosialforsikringsmedisinsk sakkyndighet i denne omgang og går over til norsk sosialforsikrings- og trygdemedisinsk sakkyndighet fra 1950 av.

¹²¹ Marasme: «Høygradig legemlig utmattelsestilstand med avmagring og kraftløshet, som regel som følge av langvarig underernæring, særlig når denne er kombinert med eller en følge av kroniske infeksjonssykdommer som svær tuberkulose eller forgiftning.» I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=670634> (10.11.2006).

10.3 Formålet betydning for trygdemedisinsk sakkyndighet i Norge

I 1950 holdt Evang et foredrag om «erklæringsproblemet». Innholdet i dette foredraget har satt spor i alle sentrale utredninger om det trygdemedisinske erklæringsspørsmålet fram til vår egen tid (Evang 1950; Strøm 1956; Strøm, Sundby, & Løchen 1973; Mæland 1983; Mæland 2003). Evang hevder at en legeerklæring må skrives ut på grunnlag av at legen kjenner til hva som er formålet med den.

Enkelte har antydnet muligheten av at en kunne komme bort fra de fleste vanskeligheter ved å kreve som alminnelig regel at en lægeerklæring burde være helt objektiv og løsrevet fra det formål rekvirenten har med å anmode om en lægeerklæring. Lægeerklæringen skulle etter en slik tankegang kunne fremtre i full objektiv renhet like løsrevet fra ethvert konkret tilfelle som et transcendentalt religiøst dogme eller et absolutt moralprinsipp. Rent bortsett fra den håpløse filosofiske diskusjon en ville åpne ved å ta dette standpunkt, er vi alle klar over at i det praktiske liv er prinsipielt helt uanvendelig. Det er ikke lægens oppgave, når han avgir en lægeerklæring, i alle tilfelle å gi en komplett og altomfattende objektiv vurdering av alle forhold ved pasienten. [...]. Det er nettopp rekvirentens formål med erklæringen som avgjør hvilken del av den omfattende virkelighet lægen skal plukke ut og søke å beskrive. En atskillelse her er utenkelig (Evang 1950: 430-431).

Det er et prinsipp for praktisk tenkning som Evang her anvender (jf. den praktiske tenkningens struktur i underkapittel 4.4). En legeerklæring skal skrives på basis av kjennskap til hva som er formålet med den. Det er flere grunner til dette. Bare ved å kjenne til formålet kan det skrives en kortfattet, relevant og poengtert erklæring som sammenfatter de foreliggende opplysninger og foretar relevante vurderinger i relasjon til det som er det aktuelle problemet. Dette prinsippet går igjen i senere utredninger om trygdemedisinsk sakkyndighet. Dessuten gir prinsippet legen grunnlag for å ta opp med rekvirenten om hva en legeerklæring skal tjene til. Formålet kan være så «håpløst» at legen best bør avslå å skrive en legeerklæring (ibid.: 430). *Etiske regler for leger* (§ 5 i kapittel IV) understreker at formålet skal gå klart fram av en legeerklæring (Den norske lægeförening 2006).

Et uttrykk for dette prinsippet er at Rikstrygdeverket har utformet forskjellige blanketter til forskjellige formål (for eksempel vurdering etter 8 ukers sykmelding, attføring, medisinsk rehabilitering eller uførepensjon). Rikstrygdeverket gikk imidlertid i 1999 bort fra dette prinsippet. Den samme blanketten *Legeerklæring ved arbeidsuførhet* (vedlegg 2D) skal anvendes ved alle disse forskjellige stønadsformene. Erklæringen skal brukes slik:

Ved første gangs utfylling gir legen en utførlig beskrivelse. Etterfølgende erklæringer fylles som regel ut med nye, supplerende eller endrede opplysninger – med mindre den medisinske situasjonen tilsier en mer omfattende utfylling. [...]. Erklæringene bygger på

hverandre. [...] Det er likevel viktig å påse at all relevant informasjon kommer fram, slik at lege og trygdekontor til enhver tid kan vurdere alternative tiltak og ytelser etter folketrygdloven. Dette innebærer at legen gir de medisinske opplysninger som han/hun anser for relevante i saken på det aktuelle tidspunktet, uavhengig av hvilken ytelse det konkret er framsatt krav om (Rikstrygdeverket 1999).

Legen skal altså i liten grad behøve å forholde seg til at hans/hennes pasient kan være i ganske forskjellige situasjoner mht. mål i løpet av en langvarig prosess med redusert inntektsevne.

Det kan se ut til at her innføres et prinsipp om forholdsvis rendyrket *instrumentell tenkning* for utstedelse av legeerklæring. Hva som er relevant av medisinske opplysninger skal kunne ses forholdsvis uavhengig av hva pasienten har søkt om og hva som er pasientens og legens aktuelle mål.

10.4 Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet i norsk trygdemedisin

Vi skal først se nærmere på hvilke kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som er blitt framholdt innen tidlig norsk sosialforsikrings- og trygdemedisin. I Legeforeningens første attestregler fra 1951 heter det i § 1 at legen «må bygge erklæringen på så forsvarlige undersøkelser som formålet tilsier og må ikke forme den slik at forhold av betydning forties eller omskrives, eller på annen måte bidrar til å svekke tilliten til lægeerklæringer.» (Den norske lægeforening 1952). Her understrekes at en legeerklæring skal være basert på kliniske undersøkelser, inkludert anamnese. Den skal kunne forsvares faglig. Det skal foretas en klinisk beskrivelse og vurdering i følge anerkjent klinisk metode. Slik kan den vekke tillit.

Legen må ikke fortie eller omskrive forhold av betydning. Legen Axel Strøm (1901-85) skriver i sin sosialmedisinske lærebok i 1956 at attester ikke skal være ufullstendige, dvs. at «legen har unnlatt å ta med opplysninger han sitter inne med og som ville gitt et annet bilde av forholdet.» (Strøm 1956: 201). Legeerklæringen skal *ikke være misvisende*. Dette betyr i følge Hermerén at en framstilling ikke skal være slik at normalt begavede mennesker, som behersker språkreglene, begynner å tro på falske påstander eller drar falske slutninger på grunnlag av en framstilling. Den kan også bli misvisende ved at utvalget av f.eks. fakta og synspunkter er ensidig (Hermerén 1972: 96). *Ikke misvisende* er et kriterium på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet.

Et annet krav til legeerklæringen tas opp i attestreglens § 3: «Det skal tydelig gå fram av attesten hvilke opplysninger som beror på lægens egne undersøkelser og iakttagelser og hvilke som skriver seg fra andre kilder.» (Den norske lægeforening 1952). Strøm skriver at det «må fremgå klart av

attesten hva som bygger på pasientens, eventuelt andre angivelser, og det legen selv har funnet. Legen må ikke uttale seg om ting han ikke selv har kjennskap til uten at det klart fremgår at han bygger på andres opplysninger.» (Strøm 1956: 201f; Den norske lægeforening 1952). Dette kan sies å være aspekter ved et *saklighetskrav*.

Paragraf 3 inneholder også krav om at opplysningene i attesten skal «være så fylldige og nøyaktige at misforståelser og feil unngås, og slik at den som attesten er bestemt for, blir i stand til å danne seg et skjønn.» (ibid.). Vi ser her formulert et krav til *nøyaktighet*. Et viktig poeng kommer til uttrykk i denne regelen: en beskrivelse skal leses og anvendes av en annen person som grunnlag for å ta en beslutning. For at denne andre personen skal kunne anvende beskrivelsen, må den være såpass fylldig og nøyaktig at denne personen kan danne seg en oppfatning eller en forestilling om den pasient, det problem og den situasjon som en legeerklæring beskriver.

Legeforeningens *attestregler* ble inkorporert i *etiske regler for leger* da disse kom i 1961. Det ble den gang formulert en paragraf som bruker termen «objektivitet»:

§ 5. En læge skal ved utstedelse av erklæringer tilstrebe størst mulig objektivitet. Han må ikke gå utover det medisinske kompetanseområdet, og må ikke utforme erklæringer slik at forhold av betydning forties eller omskrives (Den norske lægeforening 1963: 121).

Jeg har ikke funnet forklaringer på hva som her menes med «objektivitet». I denne paragrafen formuleres et krav om *ikke å gå utenfor det medisinske kompetanseområdet*. Legen skal holde seg innenfor sin kompetanse og kun uttale seg om det han eller hun har faglig grunnlag for å uttale seg om.

Teksten fra 1961 ble stående i det vesentlige uendret fram til en revisjon av de etiske regler på 1990-tallet. I 1996 ble kapittel IV i etikkreglene som omhandler utstedelse av attester, ferdig revidert (Husom 1996). I stedet for den tidligere formuleringen om at legen skal «tilstrebe størst mulig objektivitet» kom nå en formulering om at legeerklæringen «skal være objektiv og nøytral i sin form» (Husom 1996; Den norske lægeforening 2006: kap. IV, § 4). Det er altså selve erklæringen som skal være *objektiv*. Det er naturlig her å fortolke «objektiv» kunnskapsteoretisk. *Nøytralitetskravet* fortolker jeg slik: Det er ikke først og fremst legen som skal opptre nøytralt, men det er erklæringen som skal være nøytral i formen eller ha et nøytralt innhold.

Trygdemedisinsk håndbok fra 1994 sier ikke at legen primært skal gjøre rede for *objektive funn*. Som «sakkyndig rådgiver» og som «premissleverandør» bør legen først og fremst *begrunne* det råd som gis. «Jo bedre ditt råd blir begrunnet, jo større er sannsynligheten for at rådet blir fulgt.[...]. Henvis til dokumentasjon i form av epikriser, laboratorieundersøkelser, røntgen osv.[...]. Begrunnelsen for konklusjonen må fremgå av erklæringen.»

(Tellnes 1994: 18). Det er tydelig at det er *kunnskapsteoretisk objektivitet* det argumenteres for. Kriteriet *saklighet* framheves her.

Oppsummert skal trygdemedisinsk sakkyndighet følge anerkjent klinisk metode. Følgende kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet er funnet: *saklighet, nøyaktighet, nøytralitet* mht. form og innhold og den skal *ikke være misvisende*. For øvrig skal legen *ikke å gå utenfor det medisinske kompetanseområdet*.

10.5 Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet ved bruk av pasientsentrert metode

Det forutsettes i den videre analyse at normene for lege-pasient-forholdet er slik som de blir beskrevet av legene Edvin Schei og Inger Marie Steinsholt i den norske læreboken *Allmennmedisin* (Schei & Steinsholt 2003). Forholdet beskrives som å skulle være et *dialogisk* forhold. Forholdet karakteriseres altså av en samtale *mellom to* (noen ganger flere) *personer* ved hjelp av spørsmål og svar, tale og innvendinger.¹²² *Den moderne kliniske metoden* er i følge McWhinney avløst av *den pasientsentrerte kliniske metoden*. Den har siden 1980-tallet fått økende internasjonal anerkjennelse, og den antas nå å være allmennmedisinens anerkjente kliniske metode i Norge (McWhinney 2003; Stewart et al. 2003; Schei & Steinsholt 2003). Formålet med metoden er formulert slik: «The patient-centered clinical method is designed to deal with complexity. While using linear logic where appropriate, its essence is the understanding of the patient as a whole, a knowledge of his/her illness experience and an attempt to attain common ground.» (McWhinney 2003: 24). Målet er altså for det første å forstå pasienten *som en helhet*. « [Det] betyr å få vite mer om pasienten (livshistorie, personlige forhold) og konteksten (familie, miljø).» (Schei & Steinsholt 2003: 65). Det betyr, for det andre, at legen må lære å kjenne pasientens *illness*. For det tredje betyr det at legen bør søke å komme fram til i alle fall *en viss felles forståelse* med pasienten om det aktuelle problemet (ibid.). Jeg forutsetter at det er denne kliniske metoden fastlegen benytter, eller søker å benytte. Den trygdemedisinske sakkyndighet forutsettes altså å skulle utøves med denne metoden som anerkjent klinisk metode. Spørsmålet er hvordan *objektivitet* og *upartiskhet* innen norsk trygdemedisin skal kunne oppnås på dette grunnlaget. Vi skal nå se nærmere på § 15 i helsepersonelloven som lyder slik:

Krav til attester, legeerklæringer o.l.

Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring og lignende skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er

¹²² *Dialog.I: Der Brockhaus Philosophie. Ideen, Denker und Begriffe*. 2004. F.A. Brockhaus, Mannheim: 72.

nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring og lignende (Lov om helsepersonell m.v. 2006).¹²³

Trygdemedisinske legeerklæringer skal følge de regler som her står. Loven framhever *nøyaktighet*, som vi også så i tidlig tysk og norsk sosialforsikringsmedisinsk sakkyndighet.

Vi skal se nærmere på betydningen av *varsomhet*, *objektivitet*, *korrekthet* og *inhabilitet*. Hva *varsomhet*¹²⁴ kan bety i en trygdemedisinsk sammenheng er blitt forklart slik:

[Legen] skal være uhildet og nøyaktig, men samtidig varsom. Han skal overfor pasienten være optimistisk når det gjelder den behandling som er satt i gang og inngi tillitt til og tro på at sykdommen lar seg helbrede eller i alle fall stoppe på et akseptabelt nivå. Overfor trygden må han framføre de usikkerhetsmomenter som foreligger, gi en beskrivelse av «worst case»-utvikling eller i alle fall avgi en uttalelse om hvilken utvikling av sykdommen som er mer enn 50 prosent sannsynlig. Overfor pasienten skal han vektlegge de argumenter som taler for bedring selv om dette bare har en sannsynlighet på 10-20 prosent. *Legen må også ordlegge seg på en slik måte at pasienten kan få innsyn i dokumentene uten skadevirkninger for pasienten selv eller for pasient/legeforholdet.* Dette gjør at uttalelsen ofte kan bli mer diffus og lite konkret sett fra trygdens side enn lidelsen skulle tilsi (*min kursivering*) (NOU 1990c: 92).

Det sies her er at når legen skriver en legeerklæring, skal det tas hensyn til den reelle mulighet at forbedring kan skje uventet, og at pasienten må få beholde sitt håp og et fortsatt godt forhold til legen sin. Attesting skal verken skade pasientens håp eller lege-pasient-forholdet. Den skal altså følge det medisinsketiske *prinsippet om ikke å skade* (Beauchamp & Childress 2001: kap. 4). Konsekvensen av å ta dette etiske hensynet er, heter det, at en erklæring til trygden noen ganger kan bli «diffus og lite konkret». «Varsomhet» (og «skjønnsomhet») er norske synonymmer for eng. *discretion* og *prudence*, alle viktige etiske termer (Sullivan 1994: 97). *Varsomhet* er altså først og fremst et etisk begrep.

Objektivitet er i en nylig utkommet rapport om medisinsk sakkyndighet forklart på denne måten: «At attesten/erklæringen skal være objektiv innebærer at den ikke skal fremstå som et partsinnlegg, men gi en objektiv faglig beskrivelse av pasientens tilstand, samt redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvable måte.» (Rapport fra arbeidsgruppe 2006: 35).

¹²³ Deler av denne lovparagrafen er hentet fra legeloven av 1980 (Ot.prp.nr.1 1979). I legelovens § 30 heter det om skrivning av legeerklæringer: «En lege plikter å være varsom, nøyaktig og objektiv ved utstedelse av attest og legeerklæring. Han skal bygge på en så omfattende undersøkelse som formålet tilsier. [...]» (Mæland 1983: 20).

¹²⁴ Varsom betyr «forsiktig» eller «tenker seg vel om». Fra: *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=varsom&publications=3&publications=20&publications=6> (07.12.06).

Jeg fortolker denne teksten dit hen at en legeerklæring *ikke skal være misvisende* eller *vilkårlig*, den skal være *nøyaktig*, *saklig* og *intersubjektivt etterprøvable*. Vi skal nå se kort på det siste kravet. Vi har tidligere sett at intersubjektivitet må ses som et uttrykk for *kunnskapsteoretisk objektivitet* (underkapittel 3.2).

Etterprøvablehet framheves som meget sentralt i sakkyndighetssammenheng i Røsæg-utvalgets utredning. Det heter her, formulert på samme måte som ovenfor, at sakkyndige erklæringer bør «redegjøre for premisser og konklusjon på en etterprøvable måte.» (NOU 2000a: 91). Det skal være mulig å kontrollere de opplysninger og vurderinger som er gitt og de slutninger som er trukket. Jeg betegner kriteriet som *intersubjektiv etterprøvablehet*.

I sitatet fra helsepersonelloven nevnes også *korrekthet*. Korrekthet betyr bl.a. å være i overensstemmelse med sannheten eller med faktum, eller med gitte regler.¹²⁵ Om dette kriteriet skriver den ovenfor nevnte rapporten om medisinsk sakkyndighet følgende: «At opplysningen skal være korrekte innebærer [...] at relevante opplysninger ikke skal forties eller fordreies [...]. (Rapport fra arbeidsgruppe 2006: 36). *Korrekthet* og *ikke være misvisende* ligger altså nær opp til hverandre i betydning.

Når det gjelder *inhabilitet*, finner vi et problematisk forhold når vi ser hva som står i forvaltningsloven § 6. I denne paragrafen, punkt e), står det nemlig at ugildhet består når «særegne forhold foreligger som er egnet til å svekke tilliten til hans [dvs. legens i dette tilfelle] *upartiskhet*.» (*Min kursivering*) (Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker 2006). Det særegne forholdet som er relevant å overveie her, er lege-pasient-forholdet i en fast-legeordning. Allerede i 1990 skrev Askevold-utvalgets utredning at «[i] svært mange tilfeller vil [...] legens vurdering av lidelsen og den ervervs-messige følge av denne være avgjørende for utfallet av en uførepensjons-søknad.» (NOU 1990c: 92). Utredningen sier videre at legen plikter «å gi et mest mulig riktig bilde av pasientens lidelse. [...]. Det er likevel klart at behandlende lege på mange måter settes i en 'inhabilitetssituasjon', ved både å skulle ivareta pasientens og trygdens interesser.» (Ibid.). En inhabilitetssituasjon betyr

i juridisk språkbruk at vedkommende ikke har den nødvendige objektivitet, for eksempel fordi han eller hun har for nær tilknytning til en av partene, slik at dette kan påvirke hvordan vedkommende uttaler seg. En person kan være inhabil uten at han eller hun er å klandre, og selv om det er høyst sannsynlig at vedkommende har opptrådt eller vil opp-
tre helt nøytralt. (NOU 2000a : 91).

¹²⁵ *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=korrekthet&publications=6>.

Den behandlende lege er i en situasjon der han/hun har en nær tilknytning til sin pasient. De har kanskje kjent hverandre over lengre tid. Dette kan påvirke hvordan legen uttaler seg. Askevold-utvalgets utredning hevder altså at behandlende lege befinner seg i en situasjon med visse trekk fra en inhabilitetssituasjon. Inhabilitet tolker jeg først og fremst som et juridisk begrep. Her er det påvist et juridisk problem som jeg ikke kan gå nærmere inn på.

Vi har nå funnet følgende aktuelle kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet når det gjelder trygdemedisinsk beskrivelse og vurdering: *saklighet, intersubjektiv etterprøvbarehet, nøyaktighet, korrekthet* og at erklæringen *ikke skal være misvisende*. Dessuten gjelder det grunnleggende at *vilkårlighet skal unngås* (underkapittel 3.2). Dette er alle helt sentrale kriterier på bruk av det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet innen medisinsk sakkyndighet. Det er vanskelig å tenke seg sakkyndighet uten bruk av disse kriteriene. *De er nødvendige vilkår for rettferdighetsbegrepet*. Hva det innebærer å anvende disse kriteriene ved bruk av pasientsentrert metode, samtidig som legen som trygdemedisinsk sakkyndig er forpliktet på *upartiskhetsprinsippet*, skal tas opp i neste underkapittel.

10.6 Problematisk nøytralitet og upartiskhet i norsk trygdemedisin

Jeg fortolker Evang slik at legene bør være *upartiske* når han i 1950 skrev følgende om legenes mål i attestsaker:

Lægestanden må etter mitt skjønn ubetinget gå inn for [denne] linje: Den høyest mulige grad av objektivitet uten omsyn til hvis interesse herved blir tilgodesett. Kan en sak tolkes på flere vis fra medisinsk synspunkt, bør den medisinske sakkyndige derfor etter beste evne legge fram samtlige tolkninger som etter hans skjønn er mulige, og gi en vurdering av dem (Evang 1950: 428).

Evang fortolkes her å presisere upartiskhet som *nøytralitet* slik vi så i analysen av tidlig tysk sosialforsikringsmedisin. Men det er kommet til en interessant nyanse. Det er mulig at det ikke bare finnes én rimelig tolkning av en sak, men to eller flere, skriver han. Da bør legen legge fram disse og så vurdere dem i forhold til hverandre. I en slik vurdering bør legen velge og gjøre rede for den mest rimelige tolkning.

Men Evang peker videre på et sentralt problem: «Man står overfor det ubestridelige faktum at man innen visse grenser kan kjøpe partsinnlegg fra lægene.» (Ibid.: 427). Han hevder at leger flest har problemer med å realisere det *upartiskhetsprinsippet* han selv har presentert:

Når det for lægestanden som helhet, og kanskje ennå mer for den enkelte læge, er så vanskelig helt ut å tilpasse seg denne objektive innstillingen, skyldes det som vi alle vet at hele lægegjerningen har en retning og en betoning som ligger i en helt annen gate. Når

det gjelder sykdom og lidelser, vanskeligheter og problemer, er det lægens plikt å hjelpe pasienten. Dette er ikke noen frase. Hele det medisinske studium er innstillet på å lære lægen å kjenne symptomene på sykdom og svakhet, og anviser ham midler hvormed han kan forebygge, helbrede, eller i det minste lindre. [...]. Man må ikke undervurdere styrken og betydningen av hele denne mentale grunnstrøm i lægenes virksomhet og livsinnstilling. Mens det for [en] jurist er helt naturlig, betyr det for lægen faktisk et slags brudd med denne innstilling, når man i et gitt tilfelle skal handle uten hensyn til om dette tjener pasientens interesse eller ikke. Dette mentale brudd blir desto vanskeligere fordi det så ofte må skje i forholdet til en pasient som lægen kanskje har hatt under behandling gjennom lang tid, og som han dermed står i et særlig forhold til på basis av den holdning som er naturlig for lægen [...]. (ibid.: 427-428).

Evang peker her på det medisinsketiske *godhetsprinsippet*s sentrale betydning for legene (Beauchamp & Childress 2001: kap. 5). Det er vanskelig, om ikke umulig, for behandlende lege å se bort fra dette prinsippet, særlig dersom legen har hatt pasienten til behandling over lengre tid. Behandlende lege vil tendere til å skrive en legeerklæring slik at den er til hjelp for pasienten.

Upartiskhetsprinsippet er også senere blitt omtalt og diskutert innen trygdemedisinen ved å bruke ordet *nøytralitet*. Vi så i underkapittel 9.5 at *den nøytrale legen* var betegnelse på en trygdemedisinsk rolle. *Trygdemedisinsk håndbok* skriver at «legens oppgave er å gi saklige og nøkterne medisinske opplysninger, og opptre overfor trygden som nøytral medisinsk sakkyndig.» (Tellnes 1994: 17). Mæland framhever *nøytralitet* i sin *Veileder i trygdemedisin* (Mæland 2003; Mæland 2006).

Mæland skriver, som Evang, at det er vanskelig for legen «å bevare nøytralitet og upartiskhet når legen står pasienten nær.» (Mæland 2006: 10). Det er vanskelig å gjennomføre «idealet om objektivitet» for den som har behandlingsansvar. Han skriver videre at det er

legitimt for en behandlende lege å gi til kjenne sine synspunkter om hva som vil være et rett utfall av en [trygde]søknad. Det er ikke legen som avgjør saken, men legen har rett [til] å ha en oppfatning om den. Så lenge dette kommer frem som legens egen vurdering, tjener dette til å belyse saken. Derimot er det uakseptabelt hvis legen bevisst fordreier de medisinske opplysninger i saken for å oppnå et ønsket resultat (ibid. 10-11).

Legen kan altså kunne legge fram sin vurdering av hva som vil være den beste, eller den rette, trygdeytelse. Men innholdet i en legeerklæring skal *ikke være misvisende*. Mæland hevder videre at sakkyndighet innen trygdemedisinen betyr følgende:

Når en lege på oppdrag fra andre enn pasienten skriver en erklæring eller attest, opptre legen som sakkyndig. For denne rollen gjelder ikke de vanlige etiske krav og regler som legen er underlagt som behandler. For eksempel gjelder i utgangspunktet ikke taushetsplikten eller plikten til alltid å handle til pasientens beste. En lege som blir bedt om å avgi

en sakkyndig uttalelse, har i denne forbindelse ikke noe behandlingsansvar for pasienten.

Som sakkyndig påtar legen seg et oppdrag for å belyse en sak på mest mulig objektivt grunnlag ut fra sine kvalifikasjoner og den tilgjengelige informasjon. Legen får dermed plikter ovenfor oppdragsgiver, som også normalt betaler oppdraget. Oppdragsgiveren ved legers sakkyndighetsoppdrag kan være forsikringsselskap, NAV, advokat eller domstol.

Som *behandler* vil legen i utgangspunktet arbeide for at pasienten skal få best mulig hjelp, enten det dreier seg om undersøkelser, behandling eller velferdsytelser. Som *sakkyndig* skal legen opptre nøytralt med hensyn til hvilket utfall saken kan få for den det gjelder. Legens oppgave her er å legge frem de medisinske fakta i saken og gi sin beste vurdering av disse, uavhengig av om dette er til gunst eller ugunst for vedkommende.

På samme måte står den medisinske sakkyndige uavhengig overfor oppdragsgiver. Legen skal utføre sitt sakkyndighetsarbeid uten tanke på hvilke konsekvenser dette måtte få for den som betaler for oppdraget. Å tilstrebe *objektivitet* og *nøytralitet* er altså et ideal for den sakkyndige. En medisinsk sakkyndig skal representere sitt fag og ikke noen av partene (*forfatterens kursivering*) (Mæland 2006: 22-23).

Dette er en klar beskrivelse av den trygdemedisinske sakkyndighetsrollen *den nøytrale legen*. Gjennom denne avhandlingens analysearbeid har jeg kommet til at denne har problematiske trekk. Mæland hevder i sitatet at for en sakkyndig gjelder ikke taushetsplikten. Taushetsplikten problem innen trygdemedisinsk sakkyndighet er et større problemkompleks som jeg ikke kan ta opp i denne avhandlingen. «Plikten til alltid å handle til pasientens beste» gjelder heller ikke. Det medisinsketiske *godhetsprinsippet* gjelder altså ikke, hevder han. Det Mæland her synes å gjøre, er å fortolke trygdemedisinsk sakkyndighet på bakgrunn av rettsmedisinsk sakkyndighet. Rettsmedisinsk sakkyndighet er karakterisert slik i Rognum-utvalgets utredning:

Rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng (herunder inkludert etterforskning). Når politiet eller retten får sakkyndig bistand fra det medisinske eller et beslektet biologisk fagområde, utøver den sakkyndige rettsmedisin. Rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet kan finne sted innen alle medisinske spesialiteter og fagområder. Den er primært regulert av prosesslovgivningen – rettsmedisinsk sakkyndighet er ikke pasientrettet (NOU 2001b: 47).

Det som her står om rettsmedisinsk sakkyndighet, passer med det Mæland hevder om sakkyndighet innen trygdemedisinen: Man er her ikke bundet av behandleretikken. Jeg mener at en slik oppfatning av trygdemedisinsk sakkyndighet ikke kan være riktig av følgende grunner:

1) De etiske konsekvensene av trygdemedisinsk sakkyndighet i et forhold mellom pasient og fastlege, forstått slik Mæland skriver, er problematiske. Det kan neppe være slik at fastlegen bør utøve sin trygdemedisinske sakkyndighet overfor sin pasient fritatt sentrale etiske prinsipper for medisinsk behandling. Vi så i underkapitlet ovenfor at helsepersonelloven § 15

har formulert et *varsomhetskrav* som ivaretar viktige etiske aspekter ved utstedelse av legeerklæringer. Dette kravet gjelder i alle fall.

2) I norsk sosial- og trygdemedisinsk tradisjon har trygdemedisinsk og rettsmedisinsk sakkyndighet vært ansett som forskjellige former for sakkyndighet. Dette kommer klart fram av Strøms bok om legeetikk fra 1976. Her behandles temaet «leger, legeerklæringer og attester» bl.a. for tildeling av «trygdepensjoner» i ett kapittel (Strøm 1976: kap. 10). I et annet kapittel, i en annen del av boken, behandles spørsmål omkring «legen i rettens tjeneste» (ibid.: kap. 20). Her tas spørsmål om sakkyndighetserklæringer i strafferetten, i kriminalomsorgen og når det gjelder promillekjøring opp.¹²⁶

3) Tradisjonene for sosialforsikringsmedisin og rettsmedisin er også internasjonalt i det store og det hele forskjellige. Rognum-utvalgets utredning gir en oversikt over rettsmedisinens lange historie (NOU 2001b: 47f). Rettsmedisinens grunnlag er strafferetten. Trygdemedisinens grunnlag er «forsøringsproblemet» og fattiglegens virksomhet (se underkapittel 6.5). I en utredning om tysk sosialforsikringsmedisin finnes intet om at den har relasjoner til rettsmedisin (Renthe-Fink 1959). I mine egne historiske undersøkelser har jeg lett aktivt etter en slik forbindelse, men uten å kunne finne noen.¹²⁷

På dette grunnlaget vil jeg hevde at ordinær trygdemedisinsk sakkyndighet ikke faller inn under det rettsmedisinske sakkyndighetsbegrepet. Vi bør tale om to forskjellige former for medisinsk sakkyndighet: trygdemedisinsk sakkyndighet og rettsmedisinsk sakkyndighet. *Trygdemedisinsk sakkyndighet er en egen form for medisinsk sakkyndighet, som bør beskrives og analyseres på sitt eget grunnlag.*¹²⁸

¹²⁶ Man kan stille spørsmål om helsepersonelloven § 27 om «opplysninger som sakkyndig» gjelder den ordinære trygdemedisinske sakkyndighet (Lov om helsepersonell m.v. 2006). Det står ikke i forarbeider at den gjør det (Ot.prp.nr.1 1979: 154-159; Ot.prp.nr.13 1998: 89-90). Juristene Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad synes også å mene at den ikke gjør det (Befring & Ohnstad 2001: 143). Kjønsstad skriver at denne paragrafen regulerer de tilfelle hvor «en helsearbeider opptrer som sakkyndig, for eksempel i en straffesak, i en trygdesak eller i en barnevernsak.» (*Min kursivering*) (Kjønsstad 2005: 293). Så vidt jeg kan forstå, kan ikke en «trygdesak» her bety ordinær primærmedisinsk trygdemedisinsk virksomhet, men betyr for eksempel en spesialistuttalelse i en menerstatningssak.

¹²⁷ I samtale med italienske leger har jeg forstått at den rettsmedisinske og den sosialforsikringsmedisinske tradisjonen i Italia hører nært sammen, også utdanningsmessig. Italiensk retts- og sosialforsikringsmedisin kan være «unntaket som bekrefter regelen» om at de er atskilt.

¹²⁸ Rikstrygdeverket brukte ofte betegnelsen «sakkyndig rådgiver» som er beskrevet slik: «Sakkyndig rådgiver er legen når han/hun avgir legeerklæringer, attestasjoner og lignende som ikke står i forbindelse med behandlingen av skade eller sykdom, men er ment å skulle tilrettelegge grunnlaget for avgjørelser av trygde- og erstatningsmessig art.» (Rikstrygdeverket 2000: 4). Det er altså en rolle som ikke står i (direkte) forbindelse med behandling, men beskrivelsen sier ikke at rollens formål ligger utenfor helsetjenesten. Uttrykket «sakkyndig rådgiver» brukes forøvrig også i *Trygdemedisinsk håndbok* (Tellnes 1994: 18). Med dette uttrykket blir den trygdemedisinske sakkyndighetens rådgivningsaspekt vektlagt.

Jeg vil oppsummere denne analysen så langt den nå er kommet: Etisk sett kan det neppe kreves at en fastlege som trygdemedisinsk sakkyndig bør være nøytral i alle saker for hva som blir utfallet av en uførepensjonssak. Dette skyldes legens nærhet til pasienten og behandleretikken. Det bør gis rom for et visst engasjement for utfallet av enkelte saker. Det bør altså ikke kreves at fastlegen er upartisk i betydningen *nøytral mellom partene*, eller *personnøytral*. Det bør med andre ord ikke kreves at fastlegen fullt ut i alle situasjoner følger upartiskhetsprinsippet overfor egne pasienter.

Jeg vil imidlertid hevde at fastlegen bør kunne opprettholde en rimelig *balanse mellom sympati- og upartiskhetsperspektivet* i sitt trygdemedisinske sakkyndighetsarbeid. En begrunnelse for dette synet er at for legearbeid generelt gjelder det at legen har etiske forpliktelser både ovenfor enkeltmennesket og overfor samfunnet, slik *etiske regler for leger* gir uttrykk for (Den norske lægeforening 2006: kap. I § 1). Å opprettholde en balanse mellom *sympati- og upartiskhetsperspektivet* gjelder altså legearbeid generelt, ikke bare trygdemedisinsk sakkyndighet. Det er også gjort empirisk forskning som i noen grad belyser det spørsmålet som her tas opp. Legene Pål Gulbrandsen, Olaf G. Aasland og Reidun Førde fant i et representativt utvalg av norske leger at flertallet (56%) gav uttrykk for at de i legeerklæringer eller attester aldri bevisst hadde «fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det uttalelsen dreide seg om ble best mulig». (Gulbrandsen, Aasland, & Førde 2004). Dette kan fortolkes slik at flertallet leger synes at de balanserer sympati- og upartiskhetsperspektivet når de skriver legeerklæringer. Det er i seg selv bemerkelsesverdig at en så stor andel av legene synes at de greier dette. Trettini prosent svarte at de hadde fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det legeerklæringen siktet mot ble størst mulig. De mente likevel at det de skrev i legeerklæringen ikke var usant. De oppgitte begrunnelser tyder på at de bl.a. hadde latt sympatiperspektivet noen ganger veie tyngst. Denne undersøkelsen synes jeg gir et realistisk bilde av at det vil være variasjoner blant leger og situasjoner når det gjelder balansering av sympati og upartiskhet.

Kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet som ble funnet i forrige underkapittel skal nå tas fram. Jeg skal reflektere over i hvilken grad de bør kunne praktiseres med en rimelig balanse mellom sympati- og upartiskhetsprinsippet ved bruk av pasientsentrert metode i et fastlegeforhold. For å ta det sentrale negative kriterium først: en legeerklæring skal *ikke være vilkårlig*. Dette betyr bl.a. at legen ikke skal være sterkt ensidig, ikke skal se saken kun fra pasientens perspektiv og ikke skal la sine vurderinger være helt ubegrunnet (se underkapittel 3.2). Et annet krav med nærliggende negativ betydning er at en legeerklæring *ikke skal være misvisende* (forrige underka-

pittel). Dette er minimumskrav til alle slag sakkyndighet. Disse mener jeg også bør kunne oppfylles ved bruk av pasientsentrert metode hos fastlegen.

Nå til de positive kriteriene *saklighet, intersubjektiv etterprøvnbarhet, nøyaktighet og korrekthet*. Det sentrale her er for det første at legen beskriver rimelig *nøyaktig og korrekt* de kliniske forhold som er av betydning. Hvilke disse kliniske forhold av betydning er, bestemmes av hvilken uførhetsmodell som benyttes (se påfølgende del IV). Her er det legens faglighet som får stå sin prøve. At fastlegen skal vise fram sin faglighet, er et rimelig krav. For det andre er de slutninger som legen trekker om de konsekvenser de kliniske forhold har for evnen til å arbeide eller skaffe inntekt viktige. Her dreier det seg både om krav til logisk stringens og om at slutningene må være relevante for det som er det aktuelle arbeidsevneproblem. Slike krav til *saklighet* bør kunne oppfylles også ved bruk av pasientsentrert metode. I hvilken grad denne faglighet utøves, kan i alle fall til en viss grad etterprøves av legeerklærings leser. En legeerklæring kan *etterprøves* både med hensyn til premisenes holdbarhet, de logiske slutningenes gyldighet fra premisser til konklusjon og med hensyn til relevans. At legen noen ganger foretar vurderinger som kan være til gunst for pasienten, behøver ikke å være av så stor betydning fordi leseren i en viss grad kan korrigere for dette. En nødvendig forutsetning for den type etterprøving av legeerklæringer som her er beskrevet, er at lesere, dvs. NAVs funksjonærer og fagfolk, har kompetanse til å utføre dette arbeidet. Trygdemedisinsk sakkyndighet kan altså under slike forutsetninger tenkes å kunne fungere godt nok selv om legen vinkler noe det han eller hun skriver til gunst for sin pasient.

Dersom sympati- og upartiskhetsperspektivet skulle komme i konflikt for fastlegen som trygdemedisinsk sakkyndig, bør etter alt å dømme sympatiperspektivet prioriteres. Dette svarer til at det medisinsketiske *godhetsprinsippet* står så sentralt i den medisinske etikken. Man kan tenke seg en situasjon der en aldrende arbeidstaker er blitt behandlet på en meget negativ måte av arbeidsgiver ved f.eks. en omorganisering eller oppsigelse. Arbeidstakeren har fått varige psykiske skader av denne behandlingen. Dette kan være en situasjon der den trygdemedisinske sakkyndige etisk sett bør stå opp for og forsvare sin pasient mot faren for ytterligere skader ved en fortsatt saksbehandling som ikke tar hensyn til denne spesielle sårbarheten. Man kan alternativt si at legen bør gjøre dette nettopp for rettferdighetens skyld. Dette tenker jeg likevel bør kunne gjøres på en måte som oppfyller de ovenfor nevnte kunnskapsteoretiske objektivitetskriteriene.

En nødvendig forutsetning for trygdemedisinsk sakkyndighet under de beskrevne forhold er at legen i den dialogen som den pasientsentrerte metoden er basert på, opptrer som en *fagperson* og ikke kun som en passiv for-

midler av det som pasienten forteller. En annen nødvendig forutsetning er at legen er blitt undervist om og lært opp i medisinsk sakkyndighetsarbeid. Slik undervisning bør ta opp konflikten som noen ganger kan oppstå mellom sympati- og upartiskhetsperspektivet og mellom ulike etiske prinsipper.

Jeg foreslår å sikre trygdemedisinsk upartiskhet ved en modell der legen og NAV-kontoret *til sammen* oppfyller *upartiskhetsprinsippet*. Det virker rimelig å anse NAV-kontorene som hovedansvarlig for at upartiskhetsprinsippet følges. Disse kontorenes saksbehandlere og ledere ser bl.a. mange flere saker enn den enkelte fastlege. De kan derfor se menneskers ulike situasjoner i forhold til hverandre i større grupper eller hele kommunepopulasjoner (jf. underkapittel 2.5). Fastlegen bør også forsøke å realisere upartiskhetsprinsippet, men det kan noen ganger være vanskelig å praktisere etter det. Noen ganger vil NAV-kontoret ha en legeerklæring som beslutningsgrunnlag der det mer eller mindre tydelig går fram at legen har inntatt «advokatrollen» (underkapittel 9.5). Det vil også kunne være slik at NAV-kontoret har skjønt at en lege har inntatt «advokatrollen» som fast rolle. En kompetent fagperson i NAV som leser en erklæring skrevet på et slikt grunnlag, vil noen ganger kunne skille mellom det som finnes av medisinske beskrivelser i erklæringen og de slutninger som utledes av disse. Beskrivelsene kan aksepteres, men ikke de slutningene legen har trukket. Enkelte leger kan være så svake både faglig og sakkyndighetsmessig at deres pasienter må vurderes av annen lege. Spesielt kyndige leger, også allmennleger, kan i noen tilfelle fungere som leger som avgir en «second opinion».¹²⁹

En måte å oppnå mest mulig upartiskhet i vurderinger og beslutninger i konfliktsituasjoner der medisinske forhold har sentral betydning, er å la leger ha forskjellige roller i slike konfliktsituasjoner. «Det etiske ansvaret i konfliktsituasjoner kan iblant tydeliggjøres og ivaretas ved at ulike leger har ulike roller.» (Schei et al. 2000: 1209). Det forhold at noen fastleger i noen situasjoner prioriterer sympatiperspektivet, kan oppveies ved at leger i NAV ivaretar upartiskheten. På denne måten kan beslutninger i saker i rimelig grad følge upartiskhetsprinsippet. Ut fra den modellen som her legges til grunn, kan man spørre om det er adekvat at leger opptrer som rådgivende leger uten beslutningsmyndighet slik de hittil har gjort på

¹²⁹ Hatland skrev i 1993 om skjønn på en måte som synes å støtte opp under denne konklusjonen. «Skal skjønnet ha legitimitet, må det ledsages av en anerkjent profesjonell fagliggjøring. Det synes å være bredt akseptert at leger og andre behandlingsprofesjoner må ha nokså vid adgang til å avveie hva som er til pasientens beste. Begrensninger av profesjonens skjønn skjer først og fremst gjennom faglig overprøving der representanter for profesjonene deltar.» (Hatland 1993: 136).

trygdekontorene, eller om det er mer adekvat at de innen NAV opptrer som beslutningstakere på linje med andre fagfolk i større eller mindre team. De vil f.eks. kunne ta seg av saker sammen med andre beslutningstakere der vurdering av medisinske forhold er spesielt vesentlige og vanskelige å vurdere.

En endring av synet på forholdet mellom fastlegene og NAV-kontorene slik at de til sammen ivaretar upartiskhetsprinsippet, kan tenkes å ha nok en konsekvens som må anses gunstig. Anstrengelser for å opptre som portvakt har muligens økende psykiske kostnader for legene (Gulbrandsen, Førde, & Aasland 2002). På grunnlag av den foreslåtte modellen er det mulig at fastlegen får redusert det psykiske trykket mot seg når det ikke forventes at han eller hun alene skal kunne fungere som trygdemedisinsk portvakt. Legen kan i større grad oppleve seg som del av et team og kjenne støtte for det sakkyndighetsarbeidet han eller hun utfører – så langt det er mulig i fastlegens praksis.

Analysen har nå kommet fram til noen kriterier som det er nødvendig å bruke for en objektiv beskrivelse og vurdering innen norsk trygdemedisin. Dette svarer til det som ble påvist i underkapittel 3.2 om at det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet er et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Men disse er ikke tilstrekkelige. Når for eksempel en pasient med kroniske smerteplager skal beskrives saklig, nøyaktig osv., blir spørsmålet stående hva legen så skal beskrive hos den aktuelle pasienten. Dette er et spørsmål om de *ontologiske vilkårene* for en objektiv og rettferdig beskrivelse. Dette er spørsmålet som tas opp i neste kapittel og som må avklares før vi går over til å analysere uførhetsmodeller i avhandlingens neste del.

10.7 Konklusjon

Den naturvitenskapelige medisin utviklet i løpet av det 19. århundret *den moderne kliniske metoden*. Målet med metoden er å diagnostisere sykdom (eng. *disease*). Den *klassiske biomedisinske sykdomsmodellens* privilegerte objektivitetsbegrep er *ontologisk objektivitet*. Dette var det privilegerte objektivitetsbegrepet innen tysk sosialforsikringsmedisin omkring år 1900. Det påvises at den tyske sosialforsikringsmedisinske sakkyndige skal *følge anerkjent klinisk metode*. Legen skal være nøytral i forholdet mellom pasient og sosialforsikring. Kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet som *saklighet* og *nøyaktighet* ble anvendt.

Følgende kriterier på *kunnskapsteoretisk objektivitet* anses som de sentrale i nåtidig norsk trygdemedisinsk sakkyndighet: *saklighet*, *intersubjektiv etterprøvbarehet*, *nøyaktighet*, *korrekthet* og at erklæringen *ikke skal være misvisende*. Dessuten skal *vilkårlighet* unngås.

Innen nåværende norsk trygdemedisin, basert på en fastlegeordning og en dialogbasert pasientsentrert metode, synes det ikke etisk rimelig å forvente at legen fullt ut følger *upartiskhetsprinsippet* overfor egne pasienter. Men det argumenteres for at fastlegen bør kunne opprettholde en *balanse mellom sympati – og upartiskhetsperspektivet*. Ved en slik balanse synes det langt på vei mulig for fastlegen å anvende de kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som ble nevnt ovenfor. Dersom disse perspektivene skulle komme i konflikt, bør etter alt å dømme sympatiperspektivet prioriteres. Det foreslås en modell der NAV-kontoret og fastlegen til sammen har ansvar for å ivareta upartiskhetsprinsippet.

Spørsmålet om de ontologiske villkårene for en trygdemedisinsk objektiv beskrivelse tas opp i det påfølgende kapittel.

11 Det kombinerte og det holistiske objektivitetsbegrepet og disse begrepenes kriterier

For å analysere videre det trygdemedisinske objektivitetsproblemet, konstrueres to begreper. Det ene kombinerer det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet og betegnes som *det kombinerte objektivitetsbegrepet*. Det sentrale medisinske kriteriet på dette begrepet er *objektive funn*. Det andre begrepet anerkjenner ontologisk subjektivitet i tillegg til ontologisk objektivitet, og krever dessuten kunnskapsteoretisk objektivitet ved en beskrivelse av begge disse aspektene. Det betegnes som *det holistiske objektivitetsbegrepet*. Et kriterium på dette begrepet er *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

11.1 Det kombinerte objektivitetsbegrepet og kriteriet objektive funn

I kapittel 3 ble et kunnskapsteoretisk objektivitets- og subjektivitetsbegrep og et ontologisk objektivitets- og subjektivitetsbegrep definert. *Det kombinerte objektivitetsbegrepet* er et begrep der klassen av fenomener som begrepet omfatter, kan beskrives både ontologisk objektivt og kunnskapsteoretisk objektivt. Fenomenene antas altså å ha en uavhengig eksistens og de kan beskrives kunnskapsteoretisk objektivt. Et mye anvendt kriterium på dette objektivitetsbegrepet i medisinen er *objektive funn*. Også her finner jeg det opplysende med en medisinskhistorisk redegjørelse.

Den franske legen René Laennec (1781-1826) anerkjennes som en av de største klinikerne i medisinsk historie. I 1819 publiserte han sin oppfinnelse: stetoskopet (Ackerknecht 1982: 150f). Patologen og medisinhistorikeren Lester S. King (1908-2002) skriver at stetoskopet er et instrument

Innen nåværende norsk trygdemedisin, basert på en fastlegeordning og en dialogbasert pasientsentrert metode, synes det ikke etisk rimelig å forvente at legen fullt ut følger *upartiskhetsprinsippet* overfor egne pasienter. Men det argumenteres for at fastlegen bør kunne opprettholde en *balanse mellom sympati – og upartiskhetsperspektivet*. Ved en slik balanse synes det langt på vei mulig for fastlegen å anvende de kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som ble nevnt ovenfor. Dersom disse perspektivene skulle komme i konflikt, bør etter alt å dømme sympatiperspektivet prioriteres. Det foreslås en modell der NAV-kontoret og fastlegen til sammen har ansvar for å ivareta upartiskhetsprinsippet.

Spørsmålet om de ontologiske villkårene for en trygdemedisinsk objektiv beskrivelse tas opp i det påfølgende kapittel.

11 Det kombinerte og det holistiske objektivitetsbegrepet og disse begrepenes kriterier

For å analysere videre det trygdemedisinske objektivitetsproblemet, konstrueres to begreper. Det ene kombinerer det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet og betegnes som *det kombinerte objektivitetsbegrepet*. Det sentrale medisinske kriteriet på dette begrepet er *objektive funn*. Det andre begrepet anerkjenner ontologisk subjektivitet i tillegg til ontologisk objektivitet, og krever dessuten kunnskapsteoretisk objektivitet ved en beskrivelse av begge disse aspektene. Det betegnes som *det holistiske objektivitetsbegrepet*. Et kriterium på dette begrepet er *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

11.1 Det kombinerte objektivitetsbegrepet og kriteriet objektive funn

I kapittel 3 ble et kunnskapsteoretisk objektivitets- og subjektivitetsbegrep og et ontologisk objektivitets- og subjektivitetsbegrep definert. *Det kombinerte objektivitetsbegrepet* er et begrep der klassen av fenomener som begrepet omfatter, kan beskrives både ontologisk objektivt og kunnskapsteoretisk objektivt. Fenomenene antas altså å ha en uavhengig eksistens og de kan beskrives kunnskapsteoretisk objektivt. Et mye anvendt kriterium på dette objektivitetsbegrepet i medisinen er *objektive funn*. Også her finner jeg det opplysende med en medisinskhistorisk redegjørelse.

Den franske legen René Laennec (1781-1826) anerkjennes som en av de største klinikerne i medisinsk historie. I 1819 publiserte han sin oppfinnelse: stetoskopet (Ackerknecht 1982: 150f). Patologen og medisinhistorikeren Lester S. King (1908-2002) skriver at stetoskopet er et instrument

som ved sin bruk skapte et påtagelig skille mellom det pasienten beretter, det subjektive, og det stetoskopet påviser, det objektive (King 1982: 82). Slik ble et skille mellom det ontologisk subjektive og det ontologisk objektive i sentrum for medisinsk praksis understreket. Legen forholdt seg til kroppen som en mekanisk størrelse og avviste ontologisk subjektivitet. *Det ontologisk objektive* fikk en enerådende posisjon. Dette skillet, og avvisingen av ontologisk subjektivitet, satte Laennec inn i en kulturell kontekst:

The effects of the stethoscope on the physicians were analogous to the effect of printing on Western culture [...]. Auscultation helped to create the objective physician, who could move away from involvement with the patient's experience and sensations, to a more detached relation, less with the patient but more with the sounds from within the body. Undistracted by the motives and beliefs of the patient, the auscultator could make a diagnosis from sounds that he alone heard emanating from body organs, sounds that he believed to be objective, bias-free representations of the disease process.¹³⁰

Laennec skriver her at stetoskopet som instrument gjør det mulig for legen å komme fram til en diagnose helt uavhengig av, og uten hensyn til, pasientens motiver eller oppfatninger. Stetoskopet konstituerer altså legen også som den *objektive* i betydningen *uhildet* eller *upartisk* (eng. *detached*).¹³¹ Det ble slik mulig å tale om *naturens upartiskhet*. Med stetoskopet som redskap registreres det som foreligger *ontologisk objektivt*. Men implisitt konstitueres objektivitet også i *kunnskapsteoretisk forstand*. Dette skjer ved at pasientens subjektivitet settes til side. Legen forholder seg kun til kroppen og tror seg dermed å få direkte tilgang til de ontologisk objektive sykdomsprosessene med sine sanser og sitt stetoskop. Den kunnskapsteori som her må sies å ligge implisitt, er *naiv realisme*. I følge naiv realisme er vår kunnskap «en eksakt refleksjon eller återspeglings av virkeligheten i vårt medvetende. Medvetende anses fungera som en spegel i vilken virkeligheten återspeglas.» (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 140). Men det finnes ingen slik direkte tilgang til naturen som den naive realismen hevder. Mennesket *tolker* naturen, slik kritisk realisme hevder (underkapittel 3.2). Derfor kan jeg spørre hvilken fortolkning som ligger til grunn for talen om *objektive funn*. Jeg forsøker nå å forstå sosialforsikringsmedisinens sentrale tolkningsramme (eng. *conceptual framework*) (Chalmers 1999: 10ff).

Jeg skal nå forklare at naturvitenskapelig medisin anvender et *kombinert objektivitetsbegrep* med *objektive funn* som begrepets sentrale kriterium. Analysen bygger på filosofen Ian Hacking's analyse av normalbegrepers framkomst (Hacking 1990).

¹³⁰ Sitatet er fra Stone (1984: 104).

¹³¹ Fra: *Detached*. I: *Cappelens store Engelsk-norsk ordbok*. Annen, reviderte og utvidede utgave. 1994. J.W. Cappelens Forlag, Oslo: 290.

Vi har sett at ordet «normal» har både *deskriptiv* og *normativ* betydning, og at disse betydningene ofte glir over i hverandre (underkapittel 9.7). Innen den moderne klinikken på begynnelsen av det 19. århundret hadde man kartlagt sykdommers lesjoner, altså utviklet en organteori om sykdom («lokalisme») (Eckart 2005: 187ff). I følge Hacking ble ordet «normal» omkring 1820 knyttet til ordet «patologisk» som sin motsetning. Legen Fran-Vois J.V. Broussais (1772-1838) var en framtrødende forkjemper for den nye organteorien om sykdom (Hacking 1990: 165). Æren for å ha innført patologisk i den nye betydningen *avvik fra det normale* tilskrives han. Broussais' teori er forklart slik:

The pathological was defined as deviation from the normal. All variation was characterized in terms of variation from the normal state. [...] Note the two parts of this 'principle': (a) pathology is not different in kind from the normal: 'nature makes no jumps' but passes from the normal to the pathological continuously. (b) The normal is the centre from which deviation departs (ibid.: 163).

I følge denne teorien kan legene få kunnskap om det patologiske ved å studere det som er normalt. Man studerer anatomi for å få mer kunnskap om patologisk anatomi. Sykdom anses å være forårsaket av strukturelle forandringer i kroppen ansett som materie. For at forandringer i kroppen skal få status som *objektive funn*, må disse forandringene gå utover det som anses normalt i deskriptiv betydning. *Objektive funn* defineres her stipulativt som *strukturelle forandringer i den materielle, ontologisk objektive kroppen, som går utover det som anses normalt i deskriptiv betydning*. Disse forandringene kan påvises ved hjelp av medisinsk teknologi og kan ofte kvantifiseres.¹³² *Objektive funn* kan altså ikke defineres bare med et vilkår om ontologisk objektivitet, slik naiv realisme tilsier. Begrepet må også defineres ved en standard for det som skal anses som normalt i deskriptiv forstand, og dermed også for det som skal anses avvikende eller patologisk. Et deskriptivt normalbegrep er å anse som et kriterium på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet. Vi står altså over for et *kombinert objektivitetsbegrep*. *Objektive funn* er et kriterium på *det kombinerte objektivitetsbegrepet*. Så vidt jeg kan forstå, ble det vanlig å tale om *objektive funn* i alle fall omkring 1850 (Porter 1999b: 331). Ontologisk subjektivitet blir ikke anerkjent. Jeg forstår imidlertid bruken av det ontologiske objektivitetsbegrepet slik at det anerkjennes at til visse strukturelle forandringer hører visse subjektive symptomer med. Det er derfor vanligvis nyttig å høre pasienten fortelle.

At man tar utgangspunktet i de kroppslige forandringene når det skal gjøres en klinisk undersøkelse og vurdering, passer godt med den klassiske

¹³² Teknologiens store betydning for medisinenes utvikling er analysert av Hofmann (2002).

positivismen.¹³³ Den klassiske positivismen ble grunnlagt av sosiologen og filosofen August Comte (1798-1857) (Lübcke 1983: 73). Det gjennomgående trekket ved positivismen, både i dens klassiske utforming og i den logiske positivismen som kom i det tjuende århundret, er det syn at kun erfaringsvitenskapene kan bringe erkjennelse (ibid.: 277, 350). Erfaring forstås empiristisk, dvs. at all kunnskap skal begrunnes ved hjelp av sanseintrykk (ibid.: 114f). Det er ikke mulig å få kunnskap om det som ikke kan testes ved sanseerfaring. Den positivistiske bevegelsen (den klassiske og den logiske positivismen) fikk stor betydning i vitenskapene fram til andre halvdel av det 20. århundret.

Den måten jeg har definert *objektive funn* på ovenfor, passer ikke helt med den logiske positivismens empirisme. Definisjonen introduserer nemlig et teoretisk vilkår om deskriptiv normalitet. Definisjonen er imidlertid forenlig med nåtidig naturvitenskapelig vitenskapsteori som erkjenner at vitenskapelige observasjoner er teoriladete (Chalmers 1999: 5ff).

Kriteriet *objektive funn* har hatt en sterk stilling i trygderetten, trygdeetatens praksis og i trygdemedisinen. Dette kommer jeg tilbake til i de påfølgende kapitlene. Jeg skal her vise et eksempel på at det fortsatt har en sterk stilling i vår tids trygdemedisin. Mæland skriver i siste utgave av *Veileder i trygdemedisin 2006-2007* følgende: «Legen skal legge frem de faktiske medisinske forhold. En legeerklæring bør derfor i størst mulig grad gi uttrykk for *de objektivt verifiserbare medisinske fakta*. Slike opplysninger bør i alle fall skilles mest mulig fra legens vurderinger og synspunkter.» (*Kursivering i originalteksten*)(Mæland 2006: 25). Setningen tyder på at Mælands prioriterte objektivitetskriterium er *objektive funn*. Hvordan tilstander uten *objektive funn* skal beskrives, gir ikke boken noe klart svar på.

Kriteriet *objektive funn* står også sentralt innen internasjonal sosialforsikringsmedisin. I en tysk handbok står det at *objektive funn* (ty. *objektive Befunde*) oppleves som selve måleinstrumentet for den medisinsk sakyndige. Det advares imidlertid mot å legge for stor vekt på det. «Harde data blir for det meste til myke data når de fortolkes. Data som først var myke, blir i den riktige fortolkning ofte til harde data.» (*Min oversettelse*) (Cibis & Hüller 2003: 109). Det erkjennes at fortolkning har stor betydning i kunnskapsprosessen.

Så vidt jeg kan forstå, er det erkjent at *objektive funn* som kriterium noen ganger ikke fungerer tilfredsstillende innen vår tids biomedisinske forskning. Det påvises noen ganger fysiologiske substrater som har en karakter som legen Holger Ursin har beskrevet slik:

¹³³ Termen «klassisk positivisme» fant jeg hos Copleston (1994b: 74).

Psykisk belastning (stress), smerte, angst og i noen grad depresjon fører til forandringer i kroppen som kan registreres. Disse forandringene kan i seg selv føre til organisk sykdom hvis de blir stående lenge i disponerte individer. Men disse forandringene er ikke spesifikke til sykelige tilstander, tvert i mot er de en del av den friske organismens forsvarsverk mot belastning. Selv om slike kroppslige forandringer kan oppleves som ubehagelige, er de ikke ensbetydende med uheld og sykdom, og skal verken behandles eller unngås hos de fleste. Men kroppens signaler om alarm og farer må føre til problemløsende atferd. [...] Det er altså ikke mulig å måle de fysiologiske forandringer av «stress» og bruke dem til diagnostikk av «uhelse», eller sykdomsrisiko (Ursin 1990: 153).

Påvisbare organiske forandringer kan være av en slik art at det kan være umulig å skille mellom de som er uttrykk for *disease* og de som er uttrykk for forsvar mot belastning. Slik jeg forstår det, trengs det et mer omfattende teoretisk rammeverk for å kunne fortolke de påviste forandringene på en riktig måte. Kriteriet *objektive funn* er noen ganger for enkelt og trenger derfor å bli modifisert og komplettert.

Jeg vil konkludere med at det ontologiske objektivitetsbegrepet ofte har vært ansett for å være både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Naturen er i en forstand upartisk. Det ubestridte kriterium på bruken av dette begrepet har vært *objektive funn*. Jeg har påvist at det inngår et fortolkningsmessig aspekt i begrepet *objektive funn*. Det er ikke et kriterium på et rent ontologisk objektivitetsbegrep. Det er et kriterium på et kombinert ontologisk og kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep fordi det også har et kunnskapsteoretisk aspekt: et deskriptivt normalbegrep. Jeg vil hevde at kriteriet *objektive funn*, nettopp fordi det ikke anerkjenner ontologisk subjektivitet, ikke kan være et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Men det må kunne være et tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Det vil si at ved medisinske tilstander der det foreligger betydelige skader utover det deskriptivt normale, som ved noen biomedisinske sykdommer, er en beskrivelse av slike skader i noen situasjoner *tilstrekkelig* for å kunne vurdere disse personene objektivt og rettferdig. Dette er saker som i trygdeetaten kunne bli betegnet som «kurantsak».

11.2 Det holistiske objektivitetsbegrepet i norsk trygdemedisin

I trygdemedisinsk klinikk trengs et objektivitetsbegrep som gjør det mulig å beskrive også det ontologisk subjektive på en kunnskapsteoretisk objektiv måte. *Det holistiske objektivitetsbegrepet* er et begrep der klassen av fenomener som begrepet omfatter, kan beskrives både *ontologisk objektivt* og *ontologisk subjektivt*. Fenomenene antas dels å ha en uavhengig eksistens og dels en eksistens avhengig av bevisstheten. Begge slag fenomener skal kunne beskrives i kunnskapsteoretisk objektive termer. Det antas altså mulig å få objektiv kunnskap om så vel prosesser som har ontologisk objektiv eksistens

(som for eksempel fysisk-kjemiske prosesser og de fysiologiske substratene for kognitive funksjoner) som fenomener som har ontologisk subjektiv eksistens (som for eksempel *illness*). Dette begrepet anser jeg som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Jeg skal i dette underkapitlet fortolke hvordan det holistiske objektivitetsbegrepet har kommet fram i norsk trygdemedisin.

I sitt foredrag i 1950 tok Evang opp spørsmålet om hvordan legen kan beskrive og vurdere pasientens invaliditet *objektivt*.

Ganske skarpt kritiseres ofte at det i lægeerklæringene ikke skjelles tilstrekkelig skarpt mellom subjektive klager og objektive funn. Lægens oppgave må, heter det, være helt kjølig og objektivt å beskrive det som faktisk finnes. Gir man seg inn på å lytte til pasientens subjektive klager, vil man miste ethvert holdepunkt, og invaliditetsgraden, f.eks., ville bli avhengig av faktorer en ikke kan føre kontroll med. For den velordnede tankegang som gjerne vil sette tingene på plass, hver i sin sektor, lyder dette meget plausibelt. Livet selv er dessverre ikke så velordnet, og lægen står her faktisk overfor en av sine aller vanskeligste oppgaver. Hvis en pasient har gjennomgått f.eks. en hjernerystelse, er det rent somatisk, altså legemlig, i mange tilfelle intet objektivt å beskrive. Pasienten kan for alle tilgjengelige, vanlige undersøkelsesmetoder være nøyaktig som før. Allikevel kan han være vesentlig redusert objektivt sett, og kan fremby et bilde av høy grad av invaliditet. Man har imidlertid ingen, eller i høy grad meget ufullkomne metoder å måle denne invaliditet. Man er med andre ord, for overhodet å nærme seg den objektive bedømmelse av forholdet, nødt til i vesentlig grad å bygge på pasientens subjektive uttalelse (Evang 1950: 429).

Evang presenterer her først objektivitetsbegrepet *naturens upartiskhet* som tydeligvis hadde sine forsvarere i samtiden. Det som pasienten har å klage over, anses i seg selv ikke å ha noen selvstendig status som kilde til kunnskap om pasientens invaliditet. Evang avviser dette synet. Han bruker en pasient med postcommotio-syndrom som et klinisk eksempel. Det kan ikke påvises *objektive funn* eller *disease*. Her foreligger *illness without disease*, og Evang anerkjenner slik sykdom. Jeg fortolker dette slik at Evang anerkjenner *ontologisk subjektivitet*, selv uten at det foreligger *objektive funn*. Så vel *ontologisk subjektivitet* som *ontologisk objektivitet* anerkjennes. For å kunne få en faglig forståelse av pasientens tilstand, er legen nødt til å basere seg på det som pasienten rapporterer om sin subjektive opplevelse, sin *illness*. Det er bemerkelsesverdig at Evang uttrykte seg så anerkjennende overfor ontologisk subjektivitet innen et rådende positivistisk kunnskapsregime. Positivismen anerkjente nemlig ikke ontologisk subjektivitet. Begrunnelsen er at det ikke finnes noen virkelighet som ikke prinsipielt er tilgjengelig for sanseerfaring (Flor 1982: 122).

Jeg fortolker den ontologi som kommer til uttrykk i teksten ovenfor på følgende måte: Det finnes en sammenheng bestående av pasientens livshistorie, den sosiale situasjonen og det som finnes ved klinisk undersøkelse av

pasientens kropp og ved å lytte til hva han eller hun har å fortelle. Legen bør i korte trekk gjøre rede for denne i sin legeerklæring. Evang gjorde knapt ti år senere nærmere rede for sin medisinske virkelighetsoppfatning på følgende måte:

Våre dagers medisin betrakter menneskene ut fra det samspill som foreligger mellom mennesket og de andre levende organismer som omgir dem og mellom de levende organismer og det miljø av materiell, kulturell og økonomisk og sosial karakter som omgir dem («økologi»). Ut fra dette resonnement må et menneskes helsetilstand bedømmes ut fra alle de organiske og mentalt betingete symptomer av objektiv og subjektiv karakter som det frembyr hvortil i videste forstand også hører dets kjønn, alder og mentale eller intellektuelle utrustning og de muligheter som pasienten objektivt sett frembyr for opplæring i nytt yrke eller for å gjenoppta sitt gamle yrke (Ot.prp.nr.22 1959: 13).

Evang ser altså det individuelle mennesket i miljømessig og sosial sammenheng. Den ontologien som her ligger implisitt til grunn, har flere likhetstrekk med denne avhandlingens pluralistisk-holistiske ontologi.

Spørsmålet er nå om Evang i artikkelen fra 1950 erkjenner et *kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep* som også omfatter kunnskap om subjektive forhold. På grunnlag av den siterte teksten kan det neppe sies at han eksplisitt erkjente dette, men jeg vil vise at implisitt ble det erkjent. Evang skriver at det kreves at legen interesserer seg for, og setter seg inn i, hele pasientens livssituasjon når invaliditet skal vurderes. For å oppnå innsikt i denne må legen «bygge på pasientens egen subjektive uttalelse» (se tekstutdraget ovenfor). Slektningene kan dessuten utfylle denne beskrivelsen med det de har observert. Evang hevder i utdraget ovenfor at en slik pasient *objektivt sett* kan vise seg å være «vesentlig redusert» og kan framby «et bilde av høy grad av invaliditet». Legen bør imidlertid som sakkyndig kontrollere opplysningene ved å anvende *anerkjent klinisk metode*. På dette grunnlaget kan det gjøres en «objektiv bedømmelse av forholdet» (se tekstutdraget). Slik sett kan Evang fortolkes å erkjenne et kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep. Det holistiske objektivitetsbegrepet er slik sett kommet til syne. Følgende anser jeg for å være et tidlig medisinsk kriterium på det holistiske objektivitetsbegrepet: *en faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, sosiale situasjonen og de objektive funn ved kroppen*.

I 1959 finner man et interessant korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet av Kjæstad. Han synes å gå god for Evangs syn om å anerkjenne *ontologisk subjektivitet* når han skriver:

Den medisinske invaliditetsvurdering må bygge på en total vurdering av individet særlig når det gjelder syketrygdsaker og uførhetstrygdsaker. De anatomiske og organiske forandringer er nesten alltid bare en del av det som skal vurderes. Og ikke bare det. Denne del av arbeidet bortfaller i mange tilfelle helt. I en stor del av tilfellene finner man nemlig ingen organiske forandringer selv om alle tilgjengelige undersøkelsesmetoder er brukt, og allikevel er den allsidige kliniker ikke i tvil om at pasienten er arbeidsufør. Det kom-

mer til å bli mange pasienter av denne kategori når uføretrygden skal innføres (Kjæstad 1959).

Det interessante med dette innlegget er at Kjæstad, som erfaren kliniker, erkjenner at *objektive funn* ikke er noe nødvendig vilkår for uførhet. Det går fram av hans påstand i teksten om at noen ganger faller arbeidet med å vurdere anatomiske og organiske forandringer helt bort. Det foreligger likevel en funksjonsevnesvikt som legen kan få kunnskap om.

Det vi her konstaterer hos Evang og Kjæstad kan ses som uttrykk for et trekk ved medisinen som er utviklet i løpet av det 20. århundret. Laín Entralgo skriver slik om dette:

[P]ossibly the most deep-rooted and typical characteristic of present-day medicine is the 'introduction of the subject' into the physician's thinking and activity. The sick man is no longer a mere 'object' – even though he sometimes has to be studied objectively, he is now seen and treated as an individual (Laín Entralgo 1969: 127).

Det foreligger en økt medisinsk sensitivitet for subjektiv opplevelse utover i det 20. århundret.

Artikkelserien *Legen og trygden* som kom i Tidsskriftet i 1989, tar også for seg det trygdemedisinske objektivitetsproblemet. I første artikkel, skrevet sammen av juristen Bjørn-Inge Walmann og legen Terje Vigen, argumenteres det for at legen i sin vurdering ikke *bare* skal legge vekt på *objektive funn*. De skriver:

Legens vurderinger og uttalelse i en trygdesak bør i første rekke basere seg på medisinske observasjoner og funn. Men legens øvrige kjennskap til pasienten er også av betydning, ikke minst for legens vurdering av hvordan medisinske forhold innvirker på ervervsforhold. Å svare på mange av de spørsmål som legen i slike saker stilles overfor, krever ofte andre informasjoner enn de rent medisinske. For det første kan likeartede medisinske problemer oppleves meget forskjellig, beroende på ulikheter i pasientenes personlige referanseramme og livs- og arbeidssituasjon. Dette tilsier en type individuell behandling der legen også må ta hensyn til forhold som ikke er spesifikt medisinske. Det kan gjelde informasjon som legen har omkring pasientens arbeidsforhold og jobbkrav, der en pasient f.eks. skal gjenoppta sitt arbeid på «halv dag». Det kan videre også gjelde pasientens totale familiesituasjon. For øvrig vil bredt innsyn i pasientens situasjon og muligheter også være nødvendig når legen skal være med å vurdere en uføre- og attføringssak (Walmann & Vigen 1989: 2147).

Legen skal primært basere seg på det som foreligger av *objektive funn* («medisinske observasjoner og funn»). Men legen skal også basere seg på det som foreligger *ontologisk subjektivt* («de påberopte plager»). Legen skal også vurdere arbeidsforhold og jobbkrav, foruten ev. familiesituasjon. Det sies videre at legen skal ta hensyn til ulikheter i pasienters *opplevelser*, som beror på forskjeller i personlig referanserammer, livs- og arbeidssituasjon. Det er tydelig at denne teksten anerkjenner både ontologisk objektivitet og subjektivitet.

Når det gjelder spørsmålet om objektiv kunnskap om subjektive forhold, fortsetter forfatterne slik:

Selv om sykdom ofte ytrer seg som en tilstand med påviselig somatisk grunnlag, vil det ikke alltid være slik. Selv ved sparsomme eller diffuse «funn» av mer objektiv, medisinsk karakter vil likevel en lege med langvarig og grundig kjennskap til en pasient etter hvert finne overbevisende grunnlag for om en pasient virkelig har de påberopte plager. Når det kan dokumenteres at slike plager har vedvart i en årrekke og beviselig hindret pasienten i å opprettholde eller gjenoppta inntektsgivende arbeid, vil dette således kunne likestilles med «objektive funn». Legen bør i slike tilfelle gi uttrykk for dette – gjerne med en påpekning av eventuelle psykososiale forhold som må antas å ha virket negativt inn på vedkommendes arbeidsevne (ibid.).

Det påpekes i denne teksten at også i de situasjoner der det ikke foreligger *objektive funn*, vil legen kunne gi en redegjørelse for situasjonen. Jeg fortolker teksten å hevde at en slik redegjørelse vil kunne være *objektiv i kunnskapsteoretisk* forstand. De former for kunnskap som gjør dette mulig, fortsatt i følge min fortolkning, er *hermeneutisk kunnskap* og *fortrolighetskunnskap* (se underkapittel 4.3). Når forfatterne skriver om likeartede medisinske problemer som «oppleves meget forskjellig, beroende på ulikheter i pasientenes personlige referanseramme» og at disse «tilsier en type individuell behandling der legen også må ta hensyn til forhold som ikke er spesifikt medisinske» i det første tekstutdraget, er det *hermeneutisk forståelse* de omtaler. Når de skriver om betydningen av et «langvarig og grundig kjennskap til en pasient» i det andre tekstutdraget, er det *fortrolighetskunnskap* de skriver om. Legen kan på dette kunnskapsgrunnlaget dokumentere pasientens plager. Slik dokumentasjon, noen ganger forsterket med henvisning til pasientjournalen, kan overbevise. Det vil si at de forklaringene som anføres viser at det er troverdig at plagene reduserer arbeidsevnen. Slik dokumentasjon likestilles med *objektive funn*. En slik legeerklæring vil være *etterprøvable*. Leseren kan også vurdere *sakligheten*, dvs. sammenhengen mellom de grunner som anføres og den konklusjon som trekkes. Den er objektiv, men i kunnskapsteoretisk forstand. Også i Walman og Vigens tekst er *det holistiske objektivitetsbegrepet* kommet til syne. Det anvendte medisinske kriteriet på dette begrepet er i det vesentlige det samme som ble presentert i forrige underkapittel.

Betydningen av hvilket syn på forholdet mellom kropp og sinn (eng. *body and mind*) som anlegges innen trygdemedisinen skal nå analyseres. *Substansdualismen* får følgende tankegang som konsekvens når plager skal forklares. Sykdommer må *enten* være forårsaket av skadelige forandringer i kroppen, *eller* av at noe er gått galt i sinnet. Legen undersøker kroppen til en pasient med såkalt diffus lidelse og «finner ingenting». Plagene er *ikke reelle*, heter det gjerne. Dersom plagene ikke kan forklares ved *objektive*

funn i det ene aspektet med mennesket (kroppen), må det med logisk nødvendighet forklares ved at det foreligger noe galt i det andre (sinnet), altså et mulig psykiatrisk problem. Pasienten kan dermed lett oppleve seg mis-tenkeliggjort (Dæhli & Bjerkedal 1991; Kirkengen 1990; Kirkengen 2005; Solli 2000).

Kjønstad I-utredningen skriver på en måte som kan tyde på et *ikke-dua-listisk* syn på mennesket. Det heter her: «Kropp og sjel er en enhet som ut fra samvirket mellom arv og miljø bestemmer det enkelte individs mottakelighet for sykdom. En sykdom er følgelig et produkt av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold.» (NOU 1977a: 99). Kropp og sinn er ikke to atskilte prinsipper, men en samlet enhet. Det er bemerkelsesverdig at utredningen uttrykker problembevissthet om disse spørsmål. Utredningen tar opp begrepet 'diffuse plager' og polemiserer for det første at begrepet selv er nokså diffust (ibid.: 110). For det andre konstateres det at de plagene det her er tale om, er slike som kan føre til arbeidsuførhet for kortere eller lengre tid, særlig når flere plager opptrer samlet (ibid.). For det tredje settes disse lidelsene inn i en sosial sammenheng på denne måten:

De som har «diffuse plager» utgjør i det vesentlige middelaldrende og noe eldre indivi-der. I gruppen inngår det antagelig noen flere kvinner enn menn. Deres evnenivå er gjennomgående normalt. En rekke av dem har manglende personlighetsoverskudd.

De mangler ofte både praktisk og teoretisk utdannelse. Dette har ført til at de tidlig kom ut i arbeidslivet og da gjerne i lavstatusyrker. I gruppen er det mange kvinner med rengjøringsarbeid og annet tungt arbeid og menn i tungt kroppsarbeid [...].¹³⁴

Den arbeidssituasjon disse personer har, gjør at de diffuse plagene virker mer funksjonshemmende enn om de hadde hatt et lettere arbeid. Deres muligheter for å få avlastning eller bytte arbeid er som regel små. Mange av disse må betegnes som «slitere» som holder seg i arbeid ut over det de egentlig orker (ibid.).

Vi ser her at når mennesket ses som en helhet av kropp og sinn kommer de sosiale sammenhengene menneskene lever i, og de sosiale årsaksfaktorene til nedsatt arbeidsevne, også til syne. Utredningens poeng er også et viktig filosofisk poeng: Substansdualismen tildekker interaksjoner og relasjoner mellom individet og de naturlige eller sosiale omgivelsene (Edwards 1998) (jf. underkapitlene 3.4-3.5).

Problemet med «uttalte subjektive somatiske symptomer uten forklaring i objektive somatiske funn» fikk økende aktualitet utover 1980-tallet (Hartvig & Szanday 1985: 1219). Det var lidelsen fibromyalgi som mye av debatten konsentrerte seg om. Denne diagnosen ble for første gang registrert hos en uførepensjonist i mars 1987 (NOU 1990c: 18). «Denne til-

¹³⁴ Det henvises her i utredningen til et brev skrevet 16.04.75 til Sosialdepartementet fra Sosialmedisinsk institutt v/fung. professor Kjell Noreik.

standen har øket dramatisk nærmest som en epidemi, og ikke minst i uføresammenheng.» (Noreik, Grünfeld, & Sundby 1990: 177).

Noreik, Grünfeld og Sundby skriver om fibromyalgi på en måte som viser noe om den substansdualistiske problematikk innen trygdemedisinen:

Et eiendommelig trekk ved fibromyalgi som rører ved dens verdiladede grunnlag, er striden mellom pasientene og deres behandlere hvorvidt dette er en legemlig eller psykisk grunnlidelse. Pasientens uvilje mot å bli oppfattet som lidende av smerter med psykologisk forklaring matcher dårlig med somatiske legers erfaring om at vanlige fysikalske behandlingsformer er lite virksomme. Men konsekvensene av denne uoverensstemmelse om sykdommenes natur blir ofte at trygdestøtte blir den eneste behandling som kan godtas og til en viss grad møter både legens behov for å hjelpe pasienten og pasientens behov for å få en akseptabel bekreftelse på sin tilstands natur og invalidiserende følger (Noreik, Grünfeld, & Sundby 1990: 177).

Jeg fortolker teksten slik at forfatterne uttrykker seg substansdualistisk. Teksten viser også at slik tenkning omsatt til klinisk praksis er lite fruktbar. Pasienten føler seg ikke forstått. Jeg oppfatter det slik at fibromyalgi vekket debatt, til dels strid, fordi den på en tydelig måte viste fram, og problematiserte, den medisinske substansdualistiske læren. Det er altså viktig å konstruere, og forholde seg til, en ikke-dualistisk ontologi i trygdemedisinen.

Det som gjør dette tema spesielt viktig både trygdemedisinsk og velferdspolitisk, er det som Askevold-utvalgets utredning skrev i 1990:

Det medisinske sykdomsbegrep omfatter sykdom både av organisk og ikke organisk natur. Når vilkårene for uførepensjon er knyttet til hva medisinen til enhver tid oppfatter som sykdom, virker det urimelig å knytte uførepensjon til bare den ene kategori sykdom. Det kan heller ikke sies å være noen fastere sammenheng mellom organiske lidelser og funksjon, enn mellom ikke-organiske lidelser og funksjon. Også av denne grunn blir det vanskelig å se at det skulle være logisk å stille krav om at lidelser skal være av organisk natur (NOU 1990c: 89).

De funksjonsmessige følgene av en «ikke-organisk lidelse» kan altså være like betydelige som av en «organisk lidelse». Legen Søren Brage skriver at funksjonsnivået ved tilstander som el-overfølsomhet, multipel kjemisk overfølsomhet, candidasyndrom og kroniske smertesyndrom «er minst like nedsatt som ved andre tilstander, og plagenes symptomatologi er til forveksling lik andre og aksepterte lidelser.» (Brage 2002: 1400). Dette faktum gjør det i et rettferdighetsperspektiv problematisk å skille mellom sykdom *med* eller *uten objektive funn* når det skal avgjøres om en person er inntektsmessig ufør eller ikke.

Dette rettferdighetsproblemet har et vesentlig kjønnsaspekt i det kvinner er i flertall når det gjelder de mer kroniske og utbredte «ubestemte helseplager» (Bruusgaard & Brage 2002: 8). Lege Kirsti Malterud hevder at kvinner i større grad enn menn rammes av ikke å bli trodd og dermed få deres søknad om f.eks. uførepensjon underkjent (Malterud 1999).

Det har vært arbeidet med den substansdualistiske problematikken innen norsk fysioterapi og allmennmedisin fra slutten av 1980-tallet av, særlig basert på Maurice Merleau-Pontys kroppsfilosofi (Merleau-Ponty 1962). Fysioterapeutene Gunn Engelsrud og Eline Thornquist foruten legen Anna Luise Kirkengen har vært sentrale forskere.¹³⁵ Negative hendelser, som overgrep, kan bli «skrevet inn i kroppen» med til dels betydelige funksjonshemning til følge (Kirkengen 2000; Kirkengen 2005). Kroppen anses som «bærer av liv og historie.» (Thornquist 2006).

11.3 Holistisk objektivitetskriterium og prinsipper for klinisk trygdemedisinen

I dette underkapitlet skal det formuleres et kriterium på det holistiske objektivitetsbegrepet, betegnet som *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Det skal også gjøres nærmere rede for prinsipper for dette kriteriet. Men først en kort oppsummering.

Det er i forrige underkapittel blitt vist at det holistiske objektivitetsbegrepet har kommet til syne innen trygdemedisinsk og annen relatert klinikk i løpet av de siste femti år. I innledningskapitlet gjorde jeg kort rede for at trygdemedisinen står oppe i en paradigmedebatt. En vitenskapelig paradigmedebatt berører virkelighetsoppfatning, menneskesyn, kunnskapssyn, syn på vitenskap og metodologi (underkapittel 1.1). Avhandlingen har gått inn i denne problematikken ved å argumentere for en *virkelighetsoppfatning* og et *menneskesyn* som hevdes ikke å ha den monistiske materialismens og substansdualismens svakheter: *en pluralistisk-holistisk ontologi* (underkapittel 3.5). Det er videre blitt argumentert for *et sosialt ikke-atomistisk syn på forholdet mellom det menneskelige individ og samfunn* (underkapittel 3.6). På dette grunnlaget er det blitt forsøkt formulert *en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*. Denne modellen både modifierer og kompletterer den biomedisinske sykdomsmodellen (underkapittel 4.2). Når det gjelder *kunnskaps- og vitenskapssyn*, er det blitt argumentert for at *naturvitenskapelig påstandskunnskap, hermeneutisk kunnskap, ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap* utgjør medisinenes samlede kunnskapsgrunnlag. Naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora er nødvendige og tilstrekkelige som medisinenes vitenskapelige grunnlag (underkapittel 4.3). Det er den trygdemedisinske *metodologien* vi har begynt å analysere i dette kapitlet. Et medisinskfaglig kriterium på det holis-

¹³⁵ En norsk historikk om erkjennelse av «kroppens rolle i menneskelig liv» bør i alle fall begynne med legen Trygve Braatøy (1906-1953) og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001) (Thornquist 2006). Et par interessante bidrag ellers i vår kontekst er Steen & Haugli (2000) og Thornquist (1992).

tiske objektivitetsbegrepet, og vitenskapsfilosofiske prinsipper for dette kriteriet, skal formuleres i dette underkapitlet. *Det medisinske holistiske objektivitetskriteriet* formuleres på følgende måte: *En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser på grunnlag av en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom.*

Dette kriteriet er altså, sammen med de påviste kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet, nødvendig for rettferdighetsbegrepet. Disse kriteriene er nødvendige vilkår for at en medisinsk beskrivelse og vurdering av en persons helseproblemer eller sykdom kan anses objektiv og rettferdig så langt det er mulig å komme.

For nærmere å forstå den situasjonen som legen som trygdemedisinsk sakkyndig står i, tar jeg utgangspunkt i filosofen Martin Bubers (1878-1965) refleksjoner om *distanse og relasjon*. Et grunntrekk ved mennesket er at det skaper en *distanse* til alt det som eksisterer. Det som eksisterer framstår som noe som «står ovenfor», og nettopp slik får det en selvstendig eksistens. Et annet grunntrekk ved mennesket er at det trer i en *relasjon* til det som det står ovenfor. Dette prinsippet gjelder også i mellommenneskelige forhold. Mennesket stiller andre mennesker på avstand og gjør dem slik uavhengig av seg selv. Men det går også inn i en relasjon til andre mennesker. Det er gjennom relasjonen til andre mennesker at et menneske blir et selv. Et menneske ønsker å bli bekreftet slik det er, og slik det kan *bli*, av det andre mennesket (Buber 1988).

Trygdemedisinsk sakkyndighet innebærer objektivisering av den som vurderes. Termen «objektivisering» har minst tre betydninger som er viktig å holde fra hverandre.

– *Objektivisering i kunnskapsteoretisk betydning*: Dette betyr å gjøre noe til gjenstand for kunnskap, undersøkelse eller studier. Det kan være den pasienten som man som lege har gått i samtale med. Om objektivisering i denne forstand skriver Barbosa da Silva:

Detta är inte uteslutande utan är logiskt, etiskt och psykologiskt förenligt med tillämpningen av t ex likvärdighetsprincipen och uppvisandet av t ex sympati, omtanke och 'en äkta och ömsesidig respekt för varandras integritet'. Som Martin Buber påpekar, i en autentisk dialog behövs både avstånd och närhet. Den kunnskapsteoretiska objektiveringen är ett sätt att skapa en sådan distans, t ex i en behandlingssituation eller i en dialogsituation (Barbosa da Silva & Ljungquist 2003: 92).

Det skal imidlertid minnes om at det er grenser for objektiv kunnskap om subjektive forhold (underkapittel 3.2).

– *Objektivisering i ontologisk betydning*: Dette betyr å gjøre til ting eller å redusere ontologisk (se underkapittel 3.4). Betegnelsen *reifisering* benyttes også (Lübcke 1983: 321). Når man kun ser etter det som foreligger onto-

logisk objektivt og kun legger vekt på dette, vil det lett kunne skje en objektivisering i ontologisk forstand. Mennesket blir ansett som en «ting». Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen er objektiviserende i denne betydning. Det er fare for at det syke mennesket dermed også blir ansett som en «ting».

– *Objektivisering i etisk betydning*: Dette vil si å *nedvurdere* en annen person eller samtalepartner. Dette innebærer at personen får redusert sin verdighet og ikke blir respektert som menneske (Barbosa da Silva & Ljungquist 2003: 92).

Den form for objektivisering som det bør være tale om ved all trygdemedisinsk sakkyndighet, er objektivisering i kunnskapsteoretisk betydning. Objektivisering i ontologisk og etisk betydning bør unngås.

Det skal nå gjøres rede for et forslag om seks vitenskapsfilosofiske prinsipper for den kliniske trygdemedisinen, dvs. kliniske oppgaver, rådgivning og sakkyndighetsoppgaver overfor en person med nedsatt inntektsevne. Prinsippene er: *helhetsprinsippet*, *empatiprinsippet*, *unikhetsprinsippet*, *modellforklaringsprinsippet*, *omgivelsesprinsippet* og *helseprinsippet*. Hvert prinsipp utgjør et nødvendig vilkår, og til sammen et tilstrekkelig vilkår, for *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Fra kasus til kasus, eller fra situasjon til situasjon, vil det være forskjellig hvor grundig man anvender de forskjellige prinsippene. Men prinsippene sier, tenker jeg, hva som prinsipielt skal til for å få en objektiv og rettferdig beskrivelse av en person med redusert helse, ev. sykdom, og nedsatt arbeids- eller inntektsevne.

Det første prinsippet betegnes *helhetsprinsippet*. Pasienten er å anse som en *helhet*. Legen skal i følge dette prinsippet gå fram på en måte som bevarer og bekrefter sammenheng og helhet hos den personen som skal vurderes. Dette kan gjøres ved å legge vekt på et aspekt ved den medisinske kunsten som trolig ofte blir neglisjert: Å berøre pasientens plagede kropp. Gadamer skriver følgende om kroppsberøring ved en smertetilstand:

It means, with the hand (lat. *palpus*), carefully and responsively feeling the patient's body so as to detect strains and tensions which can perhaps help to confirm or correct the patient's own subjective localization, that is, the patient's experience of pain. The function of pain in the living body is to register through subjective sensations a disturbance in that harmonious balance of bodily processes which constitute health (Gadamer 1996: 108).

Stolt skriver at berøring er nært forbundet både med kroppsoppfatning og bekreftelse. Berøring er «intim förtätad människogemenskap» (Stolt 1998: 35). Berøring bekrefter tilhørighet til et menneskefellesskap.¹³⁶

¹³⁶ Stolt henter uttrykket fra Sven Ingvars bok *Människan och läkekonsten* (1950).

Det andre prinsippet er *empatiprinsippet*. Det består å bruke empati, dvs. evnen til å leve seg inn og føle seg inn i det andre menneskets opplevelse. Slik kan legen oppnå å forstå personen som skal vurderes (se underkapittel 4.3). Legen hører ikke bare det pasienten sier, men ser også holdning, ansiktsuttrykk, måte å bevege seg på og kanskje også måte å puste på. All denne informasjonen gir grunnlag for innlevelsen.

Det tredje prinsippet betegnes *unikhetsprinsippet* og består i å anerkjenne at hver person har sin individuelle og unike lidelse. Det finnes ingen «standardmix» for hvordan pasienters komplekse plage- eller sykdomstilstand er vevd sammen. Men personens plager er likevel ikke så spesielle at de ikke kan forstås av andre. Det er rimelig å tenke på legens muligheter til å forstå en pasient ved hjelp av *humanitetsprinsippet* (eng. *Principle of Humanity*). Utgangspunkt for prinsippet er ikke at andre mennesker antas å være noenlunde lik oss selv, men at andre menneskers tanker og atferd antas å være forståelig og/eller forklarlig (eng. *intelligible*) (Fay 1996: 107). Det antas videre at andre mennesker vurderer og handler rimelig rasjonelt. Hva som skal regnes som rasjonelt og forståelig er imidlertid ikke uten videre gitt i et flerkulturelt samfunn. «Indeed, one of anthropology's major contributions is to reveal the many and varied ways intelligibility can be achieved.» (Ibid.: 109).

Det fjerde prinsippet er *modellforklaringsprinsippet*. Prinsippet går ut på å anvende relevante modeller som beskriver aspekter ved den komplekse virkelighet som personens lidelse er uttrykk for. Den mest brukte hittil er den biomedisinske sykdomsmodellen med *disease* som kriterium. Den er anvendbar overfor mange slag sykdomsprosesser som er blitt utforsket som sykdomsenheter, dvs. sykdommer som infeksjonssykdommer, kreft og metabolske forstyrrelser. Andre deler av den komplekse virkeligheten er mindre kjent, men det finnes også her modeller. En psykofysiologisk modell for «sammenhengen mellom kropp og sjel» som synes forenlig med en holistisk-pluralistisk ontologi, er beskrevet av legen Stein Knardahl. Ved hjelp av en slik modell kan legen se for seg at det livet som personen har levd, og lever, påvirker de reaksjonsmønstre eller programmer som er nedlagt i kroppen som et psyko-biologisk system (Knardahl 1998: kap. 5). En modell som kan hjelpe med å gi forestillinger om hva for eksempel kronisk smerte dreier seg om, er psykologen Ronald Melzacks «nevromatrise-modell» (eng. *neuromatrix*). Melzack skriver at han tenker seg det anatomiske substratet for opplevelsen av et helhetlig «body-self» «is a large, widespread network of neurons that consists of loops between the thalamus and cortex as well as between the cortex and the limbic system.» (Melzack 2001: 1379). Hele dette nettverket betegnes «nevromatrise». Om denne skriver

han videre: «The neuromatrix, distributed throughout many areas of the brain, comprises a widespread network of neurons that generates patterns, processes information that flows through it, and ultimately produces a pattern that is felt as a whole body possessing a sense of self.» (Ibid.: 1380). Det som her kommer fram er en modell for organisasjon av kroppen som funksjonell enhet, der biologiske og psykologiske hendelser virker samtidig og koordinert.

Det femte prinsippet betegnes *omgivelsesprinsippet*. Det sier at det for det første er nødvendig å sette seg inn i pasientens sosiale situasjon og de sosiale relasjoner som kan ha sammenheng med den aktuelle tilstanden (Malterud & Hunskår 2002). For det andre sier det at det også er viktig å sette seg inn i annen omgivelsesproblematikk. I en trygdemedisinsk sammenheng vil det si å legge vekt på arbeidsmiljøet, problemer med tilpassninger til arbeidsplassen og de bygningsmessige omgivelser, organisatoriske forhold med mer.

Det sjette prinsippet er *helseprinsippet*. Prinsippet sier at pasientens helse er medisinenes primære mål (underkapittel 4.2). Prinsippet ene pol er å bidra til å fremme helsen. Man bør i samtale med pasienten stille seg spørsmål om hva som enda er mulig for denne pasienten å få til, når man tar hensyn til de vilkår som hun eller han lever under og realistiske muligheter for endring av disse vilkårene. Hvilke mål har vedkommende? Hvordan kan handlingsmuligheter og livskvalitet forbedres? Hva mener hun eller han selv om dette? (Malterud 2006).¹³⁷ Prinsippet andre pol er å unngå det som kan skade helsen. I en trygdemedisinsk sammenheng vil det kunne bety å vurdere om fortsatt deltakelse i arbeidslivet kan skade helsen til den personen det gjelder.

Det er interessant å sammenligne disse prinsippene med de prinsippene som ligger implisitt til grunn for for eksempel velutviklet dansk klinisk sosialmedisin (Nielsen, Michelsen, & Jensen 2004). De er delvis sammenfallende. Det er særlig når det gjelder *helhetsprinsippet* og *modellforklaringsprinsippet* at denne kliniske sosialmedisinen presenterer seg annerledes enn det som her er gjort. Kunsten å omgås og beskrive personen som en helhet, for eksempel den plagede eller anspente kroppen, blir i liten grad tematisert.¹³⁸ Det er videre tydelig at de aktuelle sosialmedisinere opererer med kun en medisinsk modell for å forklare tilstanden: den biomedisinske modellen.

¹³⁷ Sentrale begreper i faglig virksomhet basert på dette prinsippet er i vår tid 'salutogenese', 'mestring', 'empowerment' og 'løsningsorientert samtale' (Aambø 2004; Antonovsky 1979; Askheim 2003; Askheim 2005; NOU 1998: kap. 8; Malterud 2006).

Det er min oppfatning at ved å følge disse prinsippene kan det oppnås en beskrivelse av forhold som må antas å være av betydning for alle mennesker med sviktende funksjonsevne, uansett hvordan de nærmere kan forklares. Hvilken av de tre uførhetsmodellene som anvendes, vil bestemme nærmere hva som skal bli det mer presise innholdet i en sakkyndig redegjørelse. Jeg går her ikke nærmere inn på spørsmålet om hvordan den trygdemedisinske sakkyndighetserklæring bør utformes.

11.4 Objektiv vurdering av simulering, overdrivelse og troverdighet?

I ulykkesforsikringens første tid i Tyskland synes man å ha vært særlig opp-tatt av å avsløre simulering (Thomann & Rauschmann 2004). Om simule-ring skrev den tyske allmennlegen Kayser i 1886:

Simulering i egentlig forstand, med løgnaktig foregivende av sykdom, forekommer av-gjort sjelden. Derimot skjer det ofte at et sykt menneske, som en lege har erklært ar-beidsufør, gjør lettere arbeid hjemme eller går ut et kort ærend eller lignende. På dette grunnlag mister den syke sine sykepengen fordi han blir ansett som simulant. Disse men-neskene er like lite simulanter som høyere tjenestemenn som får foreskrevet seks ukers badeferie og der går på anstrengende turer eller skriver brev eller lignede (*min oversettelse*) (Holzinger 1992: 175).

Andre leger har antatt at simulering er et større problem. Den belgiske le-gen René Sands publiserte i 1907 et 600 siders verk med 2281 referanser (sic!) om simulering og tolking i ulykkesforsikringssaker (Sand 1907). Vi skal se at legen i Norge har blitt ansett å kunne bidra med objektiv kunn-skap om søkerens *troverdighet* i uførepensjonssaker.

I følge «1960-» og «1968-skjemaet» skal legen bedømme troverdighet. Det skjer i følge «1960-skjemaet» ved at legen bes vurdere om «de objektive funn [svarer] til pasientens klager» (spørsmål 6g, vedlegg 2A). Legen bes også kort gjøre rede for om det foreligger «åpenbare nevrotiske tilleggs-symptomer», eller om pasienten «overdriver eller simulerer» sin tilstand. Også «1968-skjemaet» ber legen vurdere om «de subjektive symptomer [stemmer] med de objektive funn» (spørsmål 3, nederst på s. 2, vedlegg 2B). Svaret skal her gis ved å krysse av i en «ja»- eller «nei»-rubrikk. Hvis det svares «nei» skal det gjøres rede for uoverensstemmelsen.

¹³⁸ Psykomotoriker Gudrun Øvreberg har undervist medisinerstudenter i 30 år og uttryk-ker overraskelse over at leger kan så lite om sammenhengen mellom muskulær anspen-then og plager. I et intervju sier hun: «Alt i et menneske vil reagere ved påkjenninger. Men hvis reaksjonene etter påkjennningene blir værende over tid, utvikler kroppen et bered-skapskapsmønster preget av anspenethet. Anspenheten kan gi plager som kan forveksles med sykdom, som kan påvirke utvikling av sykdom eller forverre eksisterende sykdom». (Husom 2003: 496). Hun synes det er merkelig at det som feiler folk flest og som tilhø-erer det alminnelige liv, er det som legene kan minst om.

Troverdigheten skal i begge skjemaersjoner vurderes ved å relatere de subjektive symptomer til de *objektive funn* som en slags fasit. På grunnlag av sin faglige kunnskap anses legen å kunne vurdere og bedømme om pasientens «klager» er adekvate, og dermed troverdige, eller ikke. På denne måten kan legen vurdere om søkeren skulle tilhøre kategorien *den simulerende* (eller overdrivende). Det underliggende forutsetning synes å være at til bestemte *objektive funn* hører visse «subjektive klager». Dette er en problematisk forutsetning. Slik kliniske lærebøker viser, er det en viss sammenheng mellom «objektive funn» og «subjektive klager» hos en gruppe pasienter med en bestemt sykdom. I prinsippet vil det imidlertid finnes individer der sammenhengen er annerledes enn hos flertallet. Det synes å være slik at hvert enkelt individ utvikler også biomedisinsk sykdom med visse individuelle trekk (jf. *unikhetsprinsippet* i forrige underkapittel). Det er problematisk at noen enkeltpersoner kan mistenkes for ikke å være troverdige dersom de individuelle trekkene avviker fra det gjennomsnittlige. Dette problemet er noen ganger blitt satt på spissen hos plagede der det ikke finnes *objektive funn* i det hele tatt. Her er plagene i høy grad blitt sett på som et problem om søkerens troverdighet (Hadler & Ehrlich 2003).

Spørsmålene om å vurdere troverdighet er tatt ut av i de skjemaersjone-
nene som kom etter 1990. Jeg fortolker dette som en erkjennelse om at spørsmålet vanskelig kan vurderes medisinsk, i alle fall ikke ved å svare på spørsmål i et skjema. Troverdighet er et intrikat problem som vil kunne være sentralt i noen vurderinger (Hydle 1997). Det er likevel vanskelig å komme med noen sakkyndig vurdering av dette spørsmålet i en legeerklæring.

Jeg tenker at spørsmål om troverdighet, arbeidsvilje eller motivasjon, eller om uførepensjonssøkeren simulerer eller overdriver, er spørsmål som det er vanskelig å gjøre kunnskapsteoretisk objektivt rede for i en legeerklæring. Spørsmålene er nylig blitt tatt opp til tverrfaglig diskusjon i Storbritannia (Halligan, Bass, & Oakley 2003). Jeg tar fram et grunnleggende perspektiv på disse spørsmålene som presenteres i denne boken.

There is a need for a paradigm shift away from the implicit determinism of the biomedical model and move towards the proposition that human beings, in most every situations (including many aspects of their illness) possess a sense of control and influence over their actions (as opposed to behaviour); that is, they can choose between different courses of action. This capacity is the necessary basis for morality, personal responsibility, democracy, and justice and is 'concerned with things people sense themselves as doing, rather than observed patterns of movement said to be caused by external events'.¹³⁹ Considered as a volitional act [...], illness deception (ranging from mild

¹³⁹ Sitatet er fra Shotter, J. (1975). *Images of man in psychological research*. Clancer Press. Suffolk. Sitatet uttrykker forskjellen mellom et handlingsorientert og et behaviouristisk syn på mennesket.

symptom magnification to frank and protracted feigning or malingering) is meaningfully conceptualized within a sociolegal or human model that recognises the capacity of free will and the potential for pursuing benefits associated with the sick role (Halligan, Bass, & Oakley 2003: 5).

Forfatterne, som er psykologer, foreslår altså å anse mennesket for å være en handlende person som har frihet og som kan velge alternative handlingsmåter. Dette skulle for så vidt ikke være et overraskende syn, men representerer innen sosialforsikringen et «paradigmeskifte». Kanskje er noe av forklaringen at sosialforsikringen har tradisjon for å forholde seg til naturvitenskapelige årsaksforklaringer om menneskers atferd på samfunnsplan (underkapittel 7.5). Man har i liten grad sett på f.eks. uførepensjonssøkeren som en handlende person. Dette tema skal belyses nærmere i avhandlingens neste del IV. Forfatterne skriver videre at dette temaet har vært vanskelig å utforske og det har vært tilbakeholdenhet med å gå inn i disse problemene. I Norge synes det å ha vært stor grad av tilbakeholdenhet.

11.5 Konklusjon

Det er i dette kapitlet gjort rede for to konstruerte begreper. Det ene betegnes som *det kombinerte objektivitetsbegrepet*. Det kombinerer det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet. Et mye brukt medisinsk kriterium på dette objektivitetsbegrepet er *objektive funn*. Kriteriet defineres stipulativt som *strukturelle forandringer i den materielle, ontologisk objektive kroppen, som går utover det som anses normalt i deskriptiv betydning*. Dette har vært et sentralt objektivitetskriterium i internasjonal sosialforsikringsmedisin og norsk trygdemedisin. Det synes ikke rimelig å anse dette kriterium som både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet, men kun et tilstrekkelig vilkår.

Det andre begrepet betegnes som *det holistiske objektivitetsbegrepet*. Det anerkjenner ontologisk subjektivitet i tillegg til ontologisk objektivitet. Det krever dessuten kunnskapsteoretisk objektivitet om både det ontologisk objektive og det ontologisk subjektive. Det anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Et kriterium på dette begrepet er *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet: En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser i følge en kompleks medisinsk modell for sykdom og helse*. Følgende vitenskapsfilosofiske prinsipper formuleres som nødvendige og til sammen tilstrekkelige vilkår for dette kriteriet: *helhetsprinsippet, empatiprinsippet, unikhetsprinsippet, modellforklaringsprinsippet, omgivelsesprinsippet og helseprinsippet*. Det anses problematisk å komme med sakkyndig vurdering av troverdighet i en legeerklæring.

Del IV.

Analyse av tre uførhetsmodeller

12 Tabellmodell og abstrakt arbeidsuførhetsvurdering

Den eldste modellen for vurdering av uførhet innen sosialforsikring er *tabellmodellen*. Hensikten med dette kapitlet er i en historisk kontekst å beskrive denne modellen og dens funksjon innen sosialforsikringen. Det skal vises at modellen har hatt funksjoner, og har det fortsatt, i den medisinske uførepensjonsvurderingen i Norge. Modellen skal videre 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*.

12.1 Modellens tidlige historikk innen germansk rettstradisjon

Den historiske bakgrunnen for bruk av tabellmodellen kan på grunnlag av foreliggende litteratur beskrives som følger: I henhold til gammel germansk, og dermed også skandinavisk strafferett, er mannebot (ty. *das Wergeld*, eng. *wergild*, *wergeld*) betegnelse på en kompensasjon som den skyldige skulle betale til den skadete selv, eller ved drap til den dreptes familie. Denne strafferetten var uformell i tidlig middelalder, men ble senere lovregulert (omkring år 1000)(Wilda 1960: 366ff).¹⁴⁰ Mannebot forhindret blodhevn. Innen den germanske rettstradisjonen ble det utviklet en klassifisering av forskjellige typer kroppsskader og mord, og hvordan disse skulle kompenseres. Kompensasjonen av kroppsskader ble noen ganger formulert som del av full mannebot, f.eks. tap av hand = 1/2 mannebot (Wilda 1960: 767ff). Tap av et lems funksjon kunne utgjøre halvparten av anatomisk tap (ibid.: 771). Kompensasjonen ble skalert i en tabell. Legene Anders Foldspang og Svend Sabroe har funnet «tabeller» for mannebot i Danmark. De skriver om de danske «landskapslovene» omkring år 1000 følgende:

Lovbøgenes krav om, at der ved manddrap og legemsfornærmelser skulle betales mandebod, således at blodhævn ikke skulle finde sted, måtte ledsages af bestemmelser om, hvor store bøderne skulle være i de enkelte tilfælde. [...] En mandebod sattes til en be-

¹⁴⁰ *Wergild*. I: *Encyclopædia Britannica*. 2006 Ultimate Reference Suite DVD.

stemt sum, [...] og ved afhug af forskellige legemsdele regnede man med forskellige brøkdeler af en mandebod (*understrekning i originalteksten*) (Foldspang & Sabroe 1978: 12).

Forfatterne viser en tabell over andeler av en mannebot ved forskjellige skader. Et øye er for eksempel 50 %, to øyne 100 % og en hand 50 % (ibid.: 14). Det ser ut til at dette systemet for straff og oppgjør gikk ut av bruk i høymiddelalderen. Det skal imidlertid ha holdt seg lengst i Skandinavia (Geerts, Kornblith, & Urmson 1977: 66ff).¹⁴¹

Den engelske forfatteren Daniel Defoe (1660-1731) ser ut til å ha vært den første som skriftlig i Europa foreslo et tabellarisk skala for kompensasjon av skader (hos sjøfolk), altså uten at noen skulle straffes (Defoe 1697). Prinsippet ligner det germanske prinsippet om mannebot. Spørsmålet er om Defoe kjente til dette. Det foreligger dokumentasjon for at sjørøvere var tidlig ute med å bruke et tabellarisk system når kompensasjon for *skader* på egne folk skulle ytes. Noen sjørøvere hadde i det 17. århundret et tabellarisk system for hvor mye skadete sjørøvere skulle få av et bytte etter en blodig kamp (Geerts, Kornblith, & Urmson 1977: 90). Hvor sjørøverne hadde dette fra, er ikke godt å si, men prinsippet ligner mannebotsprinsippet. Van Steenberge har arbeidet med den nærliggende hypotese at Defoe, med sitt store kjennskap til sjømannslivet, hadde hørt om sjørøvernes system. Men hypotesen har ikke latt seg bekrefte. Etter alt å dømme ble Defoes skrift i ettertid lest med langt større interesse i Frankrike enn i England (pers. komm. Van Steenberge 19.01.06).

Typisk for germansk rettstradisjon er at kompensasjonens størrelse var et *fastsatt* beløp etter en tabellarisk skala, som riktignok kunne variere fra region til region og noe også etter den skadedes eller dreptes sosiale status (Wilda 1960: 366ff). Dette er en forskjell fra romersk rettstradisjon, der kompensasjonens størrelse ble bedømt individuelt fra sak til sak etter medisinske utgifter, faktisk tapt inntekt og tap av framtidige inntektsmuligheter som funksjonshemmet (Geerts, Kornblith, & Urmson 1977: 31).¹⁴²

¹⁴¹ En studie i historien om kompensasjon for kroppsskader har funnet antydninger til «a scale of disability» i en sumerisk lov fra 2050 f.Kr. Spor av denne lovgivningen kan gjenfinnes i Bibelen, for eksempel i 2. Mosebok 21, 24 («øye for øye, tann for tann»). Studien dokumenterer også en muslimsk skala fra tidlig middelalder over hvor mange kameler som skal betales for skader med økende alvorlighetsgrad inntil personens død, som skal erstattes med 100 kameler (Geerts, Kornblith, & Urmson 1977: 15f og 37f).

¹⁴² Det er karakteristisk for romerretten «at rettspleien var rettet mot den enkelte sak. Man var skeptisk overfor teoretiske konstruksjoner. [...]. Man trengte ikke begreper for å kunne treffe de riktige rettslige beslutninger.» (Bernt & Doublet 1996: 93).

Det franske lovverket *Code Napoleon* inneholdt fem lovsamlinger, hvorav den første kom i 1804.¹⁴³ Når det gjelder rettsregler for kompensasjon for soldaters skade, tar *Code Napoleon* opp idéen om å bedømme og kompensere for skade etter en tabellarisk skala. *Code Napoleon*, som i det store og hele er preget av romersk rettstradisjon, tar altså opp i seg den germanske rettstradisjonen om mannebot på dette området. På denne måten ble det germanske prinsippet om tabellarisk bedømmelse av skader i begynnelsen av det 19. århundret legitimert rettslig på det kontinentale Europa (pers. komm. Van Steenberge og Viaene 19.01.06).¹⁴⁴

Foldspang og Sabroe viser forøvrig at et tabellarisk system ble lagt til grunn for erstatning for sjøfolk som var blitt kvestet i den dansk-norske kongens tjeneste allerede i *Søkrigsartikelsbrevet af 1752* (Foldspang & Sabroe 1978: 21ff). Det kan være flere historiske tradisjoner her som enda ikke er blitt tilstrekkelig beskrevet og analysert.

En tabellarisk måte å bedømme skade på ble gradvis tatt opp av de private forsikringsselskapene i første halvdel av det 19. århundret. De utviklet hver sine «invaliditetstabeller». Etter hvert skjedde det en viss samordning mellom disse. Leger ble involvert i utviklingen av tabellene (pers. komm. Van Steenberge og Viaene 19.01.06). De utviklede tabellene ble etter alt å dømme tatt i bruk og så videreutviklet innen den tyske *ulykkesforsikringsloven av 1884* (Strøm 1958). Slik kom de i bruk i sosialforsikringens ulykkesforsikring.

12.2 Den tabellariske invaliditetsmodellen og abstrakt arbeidsevnereduksjon

Det er tabellmodellen i norsk utforming, den *tabellariske invaliditetsmodellen*, som videre skal analyseres. Innen ulykkesforsikringen var man interessert i sammenhengen mellom kroppslig skade og varig arbeidsuførhet. Den norske *Arbeiderkommisjonen av 1885* skriver følgende om overveielser som ble gjort, om hvilket prinsipp man her skulle følge.

Erstatningen for Legemsbeskadigelse kan blive væsentlig forskjellig, eftersom man ved Udmaalingen lægger til Grund Skadens saa at sige abstrakte Betydning for en Person i Skadedes Stilling eller det økonomiske Tab, som den i det konkrete Tilfælde medfører. Disse to Ting falder nemlig ikke altid sammen. En Arbejder, der har mistet flere Fingre, vil altid derved være reduceret i abstrakt Arbejdsdygtighed; men han kan alligevel ofte vedblive sit gamle Arbejde eller overtage et nyt, der bringer ham samme Løn (Arbeiderkommisjonen 1890: 56).

¹⁴³ *Code*. I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=494864> (20.03.06).

¹⁴⁴ Dokumentasjon finnes hos Van Steenberge (1975).

Det ble tatt utgangspunkt i et abstrakt arbeidsevnebegrep. Kjønstad betegner dette begrepet «alminnelig arbeidsevne». «Det var innskrenkning i den alminnelige arbeidsevne som var avgjørende i Tyskland.» (Kjønstad 1979: 32). Prinsippet om en abstrakt bedømmelse av arbeidsuførhet vant gehør i Norge (Strøm 1958). På denne måten kunne man få et kvantitativt mål for arbeidsevnereduksjonen, eller invaliditeten. Det er ikke den konkrete og individuelle arbeidsuførheten som skal danne utgangspunkt for vurdering om erstatning, men det *abstrakte* tapet av arbeidsevne. En person som ikke kan arbeide i det hele tatt, er 100 % invalid. Han eller hun behøver imidlertid ikke å være totalt bevegelseshemmet. I tabellform plasseres så forskjellige typer skader etter hvor stor prosent arbeidsuførhet, dvs. invaliditet, de medfører. Erstatningen ble utmålt med hovedvekt på den tabellariske invaliditeten (NOU 2004a: 50). I 1925 ble visse yrkessykdommer (f.eks. forgiftning av bly, fosfor, kvikksølv og arsen) sidestilt med yrkesskader i Tyskland (Knepper 1927: 834). I Norge ble adgang til slik likestilling gitt i 1928 (NOU 2004a: 50).

Utgangspunktet for den tabellariske invaliditetsmodellen er de *objektive funn* som måtte finnes etter en skade eller ved en sykdom. Kjønstad skriver at ved utmåling av invaliditetsgrad tas bare hensyn til «objektivt påviselige kliniske symptomer». Det vil si at man tar «verken hensyn til individuelle aspekter hos den enkelte eller til hvilke områder man blir hemmet i å fungere på.» (Kjønstad 1989: 2312). Det privilegerte objektivitetsbegrepet er *ontologisk objektivitet*.

For å få gradert invaliditeten, trengs konstruerte normer for hvilken arbeidsuførhet (invaliditet) en skade vanligvis skal anses å føre til. Disse normene er ikke basert på vitenskapelig forskning. De er framkommet gjennom beslutninger i forsikringen og i rettssystemet. De er dermed i prinsippet *intersubjektivt etterprøvbare*. Rogan og Strøm kommenterer tabellene slik: «Fordelen med tabellene er at de muliggjør en forholdsvis ensartet vurdering av skader av samme slag og gjør fastsettelsen av uføregraden meget enklere. Men de har i høy grad skjematisert og mekanisert fastsettelsen og motvirket muligheten til å ta individuelle hensyn.» (Rogan & Strøm 1963: 86). Dette forholdet er kommentert slik: «Dette systemet fungerte stort sett tilfredsstillende så lenge de skadelidte utgjorde en yrkesmessig ensartet gruppe. Tap av for eksempel en fot innebar stort sett de samme økonomiske konsekvenser for alle industriarbeidere.» (NOU 2004a: 50). Det kan altså sies å være et visst samsvar mellom kroppslig skade og redusert arbeids- og inntektsevne i det arbeidslivet som fantes i den industrielle revolusjonens tidlige stadium. De tidlige invaliditetstabellene hadde implisitt industriens oftest manuelle arbeidskrav som sine *standard omgivelser* (jf.

underkapittel 4.6). Stipulativt defineres *tabellarisk invaliditet* som en *gradering av reduksjonen av arbeidsevne i abstrakt forstand på grunnlag av foreliggende objektive funn etter en arbeidsulykke*.

Det abstrakte arbeidsuførhetsbegrepet kan fortolkes i lys av normalitetsbegrepet. Det *deskriptive normalitetsbegrepet* er grunnleggende (underkapittel 9.7). Det antatt gjennomsnittlige og prosentvise tapet av arbeidsevne ved forskjellige slag kroppslige skader i det aktuelle arbeidsliv er det som skaleres i en invaliditetstabell.

Under og kort tid etter den første verdenskrig måtte mange mennesker i Europa vurderes på grunn av krigsskade eller andre skader, gjennomgått arbeidsulykke eller de hadde søkt invalidepensjon («uførepensjon»). Det ble et sterkt press på legene om å få sakene unna. Det var dels de samme legene som vurderte de forskjellige sakene. I denne situasjonen oppstod det en diskusjon for eksempel i Belgia om man skulle kunne bruke den private forsikringens og ulykkesforsikringens invaliditetstabeller også ved vurderinger for invalidepensjonen. Konklusjonen ble i løpet av noen år at tabellvurderinger ikke hører hjemme i den ervervmessige invalidepensjonsvurderingen.¹⁴⁵ I en ILO-rapport utgitt i 1937 skrives det at tabellarisk vurdering («physical invalidity») er i bruk i flere lands sosialforsikringer når det gjelder ulykkesforsikring, men ikke i noe land når det gjelder invalidepensjonen (ILO 1937: 3). Den frarådes brukt i begge former for sosialforsikring (ibid.: 4).

Det er interessant å konstatere at bruk av tabellmodellen er påvirkbar av endringer i arbeidslivet. Dette kommer fram på følgende måte i Kjønsstad III-utvalgets utredning:

Etter hvert som næringslivet ble mer differensiert og yrkesskadetrygdordningen kom til å omfatte stadig nye grupper, ble imidlertid den tabellariske invaliditetsgraderingen et dårlig mål for fastsetting av erstatning for tap av ervervsevne. I 1953 ble lovene om ulykkesforsikring endret. Hovedvekten ble fortsatt lagt på en medisinsk/tabellarisk vurdering, men det ble også åpnet adgang til å ta hensyn til den skadelidtes yrke og inntektsmuligheter før og etter skaden (NOU 2004a: 50).

Vurderingen måtte altså individualiseres noe i takt med industrisamfunnets utvikling. Den tabellariske invaliditetens abstrakthet lot seg altså ikke opprettholde fullt ut. Den måtte nyanseres noe. Da yrkesskadeforsikringen ble inkorporert i folketrygden fra 1971 av, ble det innført en viktig endring.¹⁴⁶ Det ble innført mulighet for

¹⁴⁵ Opplysningene er basert på samtale med Van Steenberge 19.01.06 og hans avhandling (Van Steenberge 1975). Takk til Even Amlie for hjelp til å forstå deler av avhandlingens flamske tekst.

¹⁴⁶ Tre ulykkesforsikringslover, en for industriarbeidere, en for fiskere og en for sjømenn, var i 1958 blitt slått sammen til én lov: yrkesskadeforsikringen (Kjønsstad 1979: 40).

kompensasjon av det medisinske mén isolert i form av en egen ytelse, som ble kalt yrkesskadeerstatning.¹⁴⁷ Erstatningen tar sikte på å kompensere ikke-økonomiske tap. Yrkesskadeerstatningen ble utmålt etter grad av varig medisinsk invaliditet etter en invaliditetstabell av 5. mai 1972, fastsatt av Sosialdepartementet. Ved invaliditetsbedømmelsen etter tidligere lovgivning, ble Rikstrygdeverkets veiledende tabeller benyttet (NOU 2004a: 52).

Den skadede personen ble altså vurdert etter en tabell betegnet som «invaliditetstabell» i 1972. Den medisinske sakkyndiges oppgave ved en tabellarisk vurdering var å beskrive selve «skadens art og omfang så nøyaktig som mulig» (Kjønstad 1979: 286). Dessuten trengtes medisinsk ekspertise for å fastslå invaliditetsgrad. Det ser ut til at dette ble en sentral oppgave for rådgivende leger (ibid.: 222, 286). Etter den andre verdenskrig ble det gradvis åpnet for å ta individuelle, medisinsk relevante hensyn som «alder, kjønn, vekt eller andre individuelle forhold [som] gjør det rimelig å anta at skaden er særlig byrdefull for vedkommende.» (ibid.: 250). Et modifisert tabellarisk invaliditetsbegrep ble formet: *medisinsk invaliditet*. Det skal gjøres nærmere rede for dette nye begrepet i underkapittel 12.4. Men først skal et tredje beslektet begrep analyseres: *medisinsk uførhet*.

12.3 Det medisinske uførhetsbegrepet som et tabellarisk begrep

De medisinske vilkårene for uførepensjon i Norge kan ikke forstås på annen måte enn at de kombinerer en *tabellarisk modell* og en *biomedisinsk monofaktoriell årsaksmodell*. Kombinasjonen ses både i lovens medisinske vilkår for uførepensjon og i legeerklæringsskjemaene. *Uføretrygdloven av 1960* var forholdsvis sterkt preget av begge modellene (se vedlegg 1A). Det benyttede legeerklæringsskjema, «1960-skjemaet», var imidlertid lite preget av den tabellariske modellen (se vedlegg 2A). Uførepensjonskapitlet i folketrygdloven av 1966 var mest preget av *den monofaktorielle årsaksmodellen* (se vedlegg 1B). Tabellmodellen kom til uttrykk i de to legeerklæringsskjemaene «1968-skjemaet» og «1999-skjemaet» (se vedlegg 2B og 2D). Analysen er nå organisert slik at tabellmodellen tas opp i dette kapitlet og den monofaktorielle årsaksmodellen i det neste. I resten av dette kapitlet analyseres altså bruken av *tabellmodellen* i uførepensjonsvurderingen slik den kommer til uttrykk i lov, legeerklæringsskjema og juridiske kommentarer.

Ved innføringen av *uføretrygdloven av 1960* ble det tatt et begrep i bruk som ligger nær opp til tabellarisk invaliditet i betydning: *medisinsk uførhet*. Paragraf 2 i *uføretrygdloven av 1960* definerer *medisinsk uførhet* slik: «Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behand-

¹⁴⁷ Denne ytelsen betegnes nå ofte menerstatning (Kjønstad 1998: 23).

ling frembyr alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte.» (Ot.prp.nr.22 1959: 10f) (vedlegg 1A). Det heter videre i lovproposisjonen: «Alvorlige mentale lidelser er likestillet med organiske lidelser. [...] [D]en medisinske vurdering [vil] ikke by på større problemer da slike tilstander i regelen vil kunne fastslås på grunnlag av medisinske undersøkelser og prøver.» (Ibid.: 11).

Det er vilkårene om at de symptomene som skal tas i betraktning skal være 1) «objektivt registrerbare» og 2) «alvorlige» som anses som de sentrale i denne avhandlingens sammenheng. Vilråene «hensiktsmessig behandling» og «varighet» settes her til side. Om det første vilkåret «objektivt registrerbare symptomer» skriver odelstingsproposisjonen:

At symptomene skal være objektivt registrerbare innebærer et krav om at lidelsen må kunne påvises gjennom de medisinske undersøkelser legevitenkapen til enhver tid anvender. Det er selvsagt ikke tilstrekkelig at pasienten selv angir å ha de symptomer som det er spørsmål om. Pasientens subjektive angivelser må ha støtte i *de resultater legene kommer til gjennom medisinske undersøkelser (min kursivering)* (ibid.: 12).

Det kreves altså at det skal foreligge sykdom i betydningen *disease*. Her kommer den biomedisinske modellen til syne. Det er klart at det privilegerte objektivitetsbegrepet er *ontologisk objektivitet*. Jeg fortolker proposisjonsteksten å si at *illness* kun kan aksepteres når sykdomsopplevelsen kan bekrefte ved *objektive funn*. *Illness without disease* kan altså ikke aksepteres. Dette er en hovedregel i *attføringshjelps- og uføretrygdloven av 1960*. Harlem skrev om smerter i en medisinsk fagartikkel i 1959 da han også var sosialminister. «Man kan ikke godt benekte at smerter eksisterer,» skriver han. For en samlet medisinsk vurdering kan smerter utgjøre «det vesentlige invaliditetsgrunnlaget» (Harlem 1959: 381). Det er naturlig å tenke seg at Harlem antar at det som grunnlag for smerter finnes *objektive funn*. Jeg forstår Harlems syn slik: Når først sykdom som *disease* foreligger, kan også sykdom som *illness* tillegges vekt, eventuelt betydelig vekt. I lovproposisjonen finnes det imidlertid et unntak fra denne hovedregelen: «lettere mentale lidelser». Dette unntaket ses i sammenheng med bruken av den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen og tas opp i neste kapittel.

Det andre vilkåret om at symptomer på sykdom, skade eller lyte, skal være «alvorlige» defineres og eksemplifiseres slik:

Alvorlige anses symptomene å være hvis de betyr et vesentlig handicap for vedkommende. Det må være på det rene at vedkommende har fått en vesentlig ulempe, mangel eller et mèn på grunn av sin lidelse. Et handicap kan for eksempel bestå i mangel av et organ, nedsatt eller manglende funksjon av et organ, kroniske, alvorlige smerter m.v. Eller handicapet kan bestå i at vedkommende på grunn av sin lidelse må underkaste seg vesentlige restriksjoner i sitt leveste (Ot.prp.nr.22 1959: 12).

Alvorlighet presiseres altså som «vesentlig handikap». Handikap ses her som negative egenskaper *ved individet* som en isolert størrelse. Synet tenderer mot sosial atomisme. Ordet «handikap» ble byttet ut med «funksjonshemmet» i offisielt norsk språkbruk i 1967 (St.meld.nr.88 1967: 3). Jeg skal derfor ikke benytte ordet «handikap» videre på norsk. Det vi kan si, er at det skal foreligge en vesentlig funksjonshemming.

Definisjonen av *medisinsk uførhet* inneholder ikke noe krav om at ervervsevnen faktisk skal være nedsatt hos den aktuelle personen. Odelstingsproposisjonen kommenterer dette forhold på denne måten:

[S]ykdom, skade eller lyte som viser alvorlige, objektivt registrerbare symptomer [vil] ofte [...] medføre nedsatt ervervsevne. Det vil imidlertid ikke alltid være tilfelle. Som eksempel kan nevnes: En kontormann får tuberkulose, og sykdommen resulterer i vesentlig og varig nedsatt lungefunksjon. Han anses ufør etter lovutkastets § 2 selv om han er i stand til å fortsette i vanlig heldagsstilling som kontormann [...] Eller en sykepleierske blir angrepet av poliomyelitt og blir lam i benene. Hun blir omskoleet til kontordame og oppnår vanlig arbeidsinntekt. [Disse] anses ufør[e] etter lovutkastets § 2, og har rett til grunnstønad [...].¹⁴⁸ (Ot.prp.nr.22 1959: 12).

I følge uføretrygdloven av 1960 kan altså en person bli ansett som medisinsk ufør selv om vedkommende ikke har nedsatt inntekt. Det medisinske uførhetsbegrepet er, som det tabellariske invaliditetsbegrepet, abstrakt. Tabell 12.1 oppsummerer de to vesentlige vilkårene for lovens begrep 'medisinsk uførhet' i uføretrygdloven av 1960 slik de her fortolkes.

*Tabell 12.1. Begrepet 'medisinsk uførhet' i følge uføretrygdloven av 1960. Følgende vilkår anses som nødvendige for å bruke dette begrepet på riktig måte.**

-
- 1) Det skal foreligge objektive funn i form av sykdom, skade eller lyte.
 - 2) Det skal foreligge en vesentlig funksjonshemming, forstått som egenskaper ved individet som en isolert størrelse.
-

* De mindre vesentlige vilkår om «gjennomgått hensiktsmessig medisinsk behandling» og sykdommens «varighet» er utelatt.

Jeg hevder altså at når det gjelder vurderingen av funksjonshemningens betydning eller størrelse, innførte *uføretrygdloven av 1960* en tabellarisk modell som ligger implisitt i *det medisinske uførhetsbegrepet*. Dette skal nå begrunnes nærmere.

Legen Victor Lindén (1914-93) skriver at *medisinsk uførhet* er det samme som *tabellarisk uførhet* (Lindén 1968: 1688). Jeg antar at Lindén bruker «tabellarisk uførhet» som synonymt med «tabellarisk invaliditet».

¹⁴⁸ Grunnstønad dekker nødvendige ekstrautgifter pga. varig sykdom, skade eller lyte (Lov om folketrygd 2006: kap. 6).

Men medisinsk uførhet kan ikke være helt det samme som tabellarisk invaliditet. En vurdering av *tabellarisk invaliditet* skal gjøres ved hjelp av en invaliditetstabell. En slik tabellvurdering kan munne ut i en prosentverdi mellom 0 og 100. *Medisinsk uførhet* skal avgjøres ved å vurdere om funksjonshemningen er vesentlig. Hvilken prosentverdi som tilsvarer vesentlig er ikke godt å si, men begrepet kan neppe inkludere de laveste prosentverdiene.¹⁴⁹ *Medisinsk uførhet* er altså en *vesentlig funksjonshemning* som lar seg kvantifisere og skalere på et ikke nærmere avklart grunnlag.

Man kan spørre seg om hva som kan være bakgrunnen for at et begrep med slik kvantitativ betydning ble innført i uførepensjonslovgivningen. ILO hadde f.eks. som nevnt ovenfor advart mot bruk av tabellariske prinsipper i sosialforsikringen (ILO 1937).

Odelstingsproposisjonen til *uførhets- og alderstrygdeforslaget av 1918* kaster et visst lys over problemet. Proposisjonen tar opp hva som skal anses som forskjell mellom *arbeidsevne* og *erhvervsevne* innen en uførepensjonsordning. Det heter her:

Erhvervsevnen grunder sig [...] paa arbeidsevnen, men falder ikke sammen med denne; erhvervsevne er et økonomisk begrep, arbeidsevne et fysiologisk-teknisk begrep. Skjønt erhvervsevnen er i væsentlig grad betinget av arbeidsevnen kan den dog ogsaa paavirkes av andre momenter, som staar i forbindelse med vedkommendes personlige forhold. En nedsættelse av arbeidsevne vil derfor ikke altid betegne en tilsvarende nedsættelse i erhvervsevne. Ofte vil nedsættelsen i erhvervsevne bli større end nedsættelsen i arbeidsevne skulde tilsi, fordi den som bare har en del av sin arbeidsevne i behold kan ha vanskelig for overhodet at finde sysselsættelse, selv med arbeide, som han kan utføre. Omvendt kan erhvervsevnen forringes selv om arbeidsevnen er i behold, f. eks. ved et frastødende ydre, et ubehagelig væsen o.l.

Hvis forsikringen gjaldt tap eller nedsættelse av arbeidsevnen, vilde bedømmelsen i almindelighet kunne innskærkes til en lægeundersøkelse av vedkommendes legemlige og aandelige tilstand; men naar det gjælder erhvervsevnen blir bedømmelsen av økonomisk art. Den vil ogsaa bli vanskeligere, fordi der maa tages hensyn til en hel række momenter (Ot.prp.nr.11 1918: 104-5).

Her omtales arbeidsevne som et *fysiologisk-teknisk* begrep. Legen antas altså å vurdere uførepensjonssøkerens arbeidsevne, eller arbeidsuførhet, ved hjelp av en naturvitenskapelig, fysiologisk og teknisk undersøkelse av søkeren.¹⁵⁰ Forarbeidene til et utkast til lov om uførepensjon i 1937 går videre i samme retning. Her heter det at når det gjelder de vanskelige uførhetsvurderingene,

¹⁴⁹ Dag Bruusgaard takkes for dette poenget.

¹⁵⁰ Georg Espolin Johnsen tar også opp til analyse diskusjonene i *uførhets- og alderstrygdeforslaget av 1918* om arbeids- og erhvervsevnebegrepet. Hans analytiske begrepsapparat er noe forskjellig fra mitt. Et av analyseresultatene er sammenfallende: Det er vanskelig å se forskjellen mellom disse begrepene slik de blir definert i lovforslaget (Johnson 2002: 103ff).

er det nødvendig «å holde sig til en sammenligning med normal arbeidsevne uten at en knytter dette begrep til noe bestemt yrke, til sted eller til utdanning.» (Ot.prp.nr.47 1937, vedlegg: 12). Man innfører her sammenligning med *normal arbeidsevne*. Et arbeidsuførhetsbegrep med en slik egenskap er et abstrakt begrep. Det er rimelig å anta at dette arbeidsuførhetsbegrepet har fungert som bakgrunn for det medisinske uførhetsbegrepet.

En nærliggende hypotese er at utviklingen i USA også kan ha påvirket norsk tenkning. Stone skriver instruktivt om de nordamerikanske legenes debatt om uførhetsvurdering ved innføringen av uførepensjon i USA på 1950-tallet. Den dominerende oppfatning på legehånd på den tiden var at vurdering av uførhet nødvendigvis er subjektiv og vilkårlig og derfor ikke noe medisinsk anliggende (Stone 1984: 80). Myndighetene svarte med å pålegge legene oppgaven, med den begrunnelse at legene med sin medisinske kunnskap og praktiske erfaring må kunne bestemme objektivt, med rimelig sikkerhet, når et menneske er helt og varig ufør (ibid.: 83). Legene responderte med å lage et praktisk vurderingssystem. Dette ble basert på det som leger og pasienter vanskelig kan manipulere: funksjonsnedsettelsen (eng. *impairment*) vurdert på grunnlag av *objektive funn* (ibid.: 120f). Det ble utviklet et tabellarisk system for gradering av funksjonsnedsettelse. American Medical Association (AMA) har siden 1958 gitt ut *Guides for the evaluation of permanent impairment* (Anonymous 1958). Den femte, og foreløpig siste, utgave kom ut i 2001 og er på 600 sider (Cocchiarella & Andersson 2001). Dette tabellariske vurderingssystemet brukes i noen uførepensjonsordninger i USA, men ikke i alle.

Harlem skrev slik i 1959 om innføringen av *Guides for the evaluation of permanent impairment* i USA året før:

Den tabellariske invaliditet bedømmes alene på basis av objektivt påviselige kliniske symptomer. Det var denne form for invaliditet som var grunnlaget tidligere, og det er denne form for invaliditet som nå anbefales brukt for lægenes vedkommende av en særlig sakkyndig komité nedsatt av The American Medical Association (Journal of the American Medical Association, Febr. 15, 1958).¹⁵¹ Forutsetningen er da at administrasjonen, altså fortrinnsvis juristene, med den tabellariske invaliditet som utgangspunkt, skal fastlegge uførhetsgraden og dermed erstatningens størrelse (Harlem 1959: 380).

Forstått i en slik sammenheng kan medisinsk uførhet sies å være synonymt med *impairment*. Denne fortolkningen kan støtte seg på at Lindén også skriver at «medisinsk uførhet» er synonymt med «physical impairment» (Lindén 1968: 1689). Det betyr altså at de norske lovkonsipistene ikke tenkte kun på sykdom (eng. *disease*), men også på de funksjonsproblemer som sykdommen hadde ført til: den medisinske uførheten (eng. *impairment*).

¹⁵¹ Referansen er «Anonymous» (1958).

Det medisinske uførhetsbegrepet står sentralt i norsk trygderett og trygdepolitikk. Begrepet har en sentral plass i Kjønstad I-utvalgets utredning i 1977. Det heter her om lovens vilkår om uførepensjon at nedsettelsen av ervervsevnen «må ha en 'medisinsk årsak', eller at den 'ervervsmessige uførhet' må kunne tilbakeføres til 'medisinsk uførhet'» (NOU 1977b: 41).

Det medisinske uførhetsbegrep hadde en sentral plass i odelstingsproposisjonen som begrunnet forskriften som strammet inn sykdomsbegrepet i 1991 (vedlegg 1C). Det skrives i denne at den trygdemedisinske sakkyn-dighet vil bli forenklet for de behandlende leger fordi de «bare skal uttale seg om den medisinske uførhet» (Ot.prp.nr.62 1991: 8). Proposisjonen skriver ikke videre om hvordan dette skal gjøres.¹⁵² Sosialdepartementet satte i 1990 eller 1991 i gang et prosjekt for «operasjonalisering av sykdomsbegrepet» som forklares slik:

En slik operasjonalisering av sykdomsbegrepet vil [...] innebære anvendelse av en skala for gradert nedsatt arbeidsevne ved utfylling av sykmelding slik at sykdom og tilstander med liten betydning for arbeidsevnen, synliggjøres og skilles fra sykdommer og tilstander som kan føre til varig uførhet (ibid.: 8).

Dette er, slik jeg fortolker det, et forsøk på å finne fram til en forskningsbasert skala for hvilken arbeidsevnereduksjon som følges av forskjellige slag sykdommer og tilstander for øvrig. Dette kan ses som et forsøk på å etablere en vitenskapelig invaliditetstabell.¹⁵³ Om denne tolkningen er riktig, må det også konstateres at forsøket ikke har ført fram.

En viktig begrunnelse for å hevde at *medisinsk uførhet* er et tabellarisk begrep er å finne i en ny lærebok i velferdsrett (Kjønstad & Syse 2005). Her skriver Kjønstad og Syse følgende om sykdomskravet for uførepensjon:

Etter den gjeldende folketrygdlov § 12-6 tredje ledd må den medisinske lidelsen være hovedårsaken til ervervuførheten. Er den medisinske lidelsen av mindre betydning i forhold til et arbeidsmarkedsproblem, kan lidelsen ikke anses om den vesentligste årsaken. På den annen side kan en medisinsk uførhet på 10-20 prosent i visse tilfeller resultere i (være hovedårsaken til) en nedsettelse av inntektsevnen på 50 prosent eller mer (ibid.: 271).

Det går fram av teksten at det medisinske uførhetsbegrepet anses å være et kvantifiserbart begrep. Teksten henviser implisitt til en tabellvurdering. Den uttrykker en tanke om at den funksjonshemning som kan anses forårsaket av en medisinsk lidelse, kan kvantifiseres i prosent av en funksjonsfrisk persons funksjonsevne.

¹⁵² Odelstingsproposisjonen skriver også at Rikstrygdeverket arbeider med retningslinjer om slik trygdemedisinsk sakkyn-dighet (Ot.prp.nr.62 1991: 8). Jeg kjenner ikke til at slike retningslinjer ble utgitt.

¹⁵³ Prosjektet er presentert i en rapport av Tellnes & Ursin (1992).

Teksten sier imidlertid ingenting om hvilken tabell som her skal benyttes. Det finnes ingen autorisert tabell til bruk i den norske uførepensjonsvurderingen. Det foreligger heller ingen medisinskfaglige retningslinjer eller medisinske håndbøker til slikt bruk i Norge.

I et trygdemedisinsk praksisperspektiv er det interessant at det medisinske uførhetsbegrepet brukes helt opp til vår tid av myndighetene og innen trygderetten. Det brukes forøvrig også i *Trygderetten* (Trygderetten 1995). I den trygdemedisinske praksis jeg lærte å kjenne mellom 1992 og 2002, var denne termen ikke i bruk. Det blir i mindre grad benyttet i det trygdemedisinske praksisfeltet enn i det systemet som omgir det.

12.4 Tabellen som hjelpemiddel: det medisinske invaliditetsbegrepet

Innføring av uføretrygdloven av 1960 utløste debatt blant leger om invaliditets- og uførhetsbegreper (Harlem 1959; Ot.prp.nr.22 1959: 12f; Rogan 1959; Strøm 1958; Strøm 1959). Legene hevdet at en medisinsk vurdering av uførhet i uførepensjonssaker ikke kunne gjennomføres kun på grunnlag av tabellarisk invaliditet. Uførhet, ev. knyttet til spørsmål om atføring, måtte vurderes på et bredere grunnlag.

Utgangspunktet var, som loven sa og som det bli vist ovenfor, at det som grunnregel skal foreligge en *medisinsk uførhet*. Ved hjelp av denne regelen ble noen grupper inkludert, og andre grupper stengt ute, som beskrevet i underkapittel 8.5. Men når en person er blitt inkludert, blir spørsmålet hvordan personens arbeidsevne skal vurderes medisinsk.

Så vidt jeg kan forstå, tok ledende leger som Evang, Harlem og Strøm omkring 1960 tak i det *medisinske invaliditetsbegrepet* som jeg nevnte var blitt utformet i yrkesskadesaker (underkapittel 12.2). Dette begrepet gjorde det mulig å ta visse individuelle hensyn. Harlem argumenterte eksplisitt for at medisinsk invaliditet og tabellarisk invaliditet er «begreper med forskjellig innhold» (Harlem 1969a: 380). Harlem kritiserte de eksisterende tabeller for å vise meget store variasjoner i prosentverdi fra tabell til tabell for samme lidelse og betvilte dermed deres objektivitet (Harlem 1959: 381). Ikke desto mindre mente han at invaliditetstabellen er et nyttig hjelpemiddel for legen for å komme fram til det som ble betegnet som «medisinsk invaliditet». Tabellen kan «i enkelte tilfelle [...] gi et tall som gir lægen, men vel og merke *lægen*, et utgangspunkt for sin vurdering av den medisinske invaliditet, altså den invaliditet han mener at pasienten som helhet har, uten at de spesielle ytre, omgivende vilkår blir tatt med i vurderingen.» (ibid.: 382). Han skriver at denne vurdering er «midlertidig og fortlølig, den gir et midlertidig tall som lægen holder for seg selv [...]» (ibid.).

Legen må så «etter beste evne gjøre seg opp et skjønn om hvor stor funksjonsevne pasienten samlet sett har tilbake.» (Ibid.: 283). Harlem skriver at den medisinske invaliditeten må bestemmes på følgende brede grunnlag:

Den medisinske invaliditet må derfor bedømmes på basis av både de objektivt påviselig kliniske symptomer som danner utgangspunktet for den tabellariske invaliditet, men dertil pasientens subjektive symptomer, hans sykehistorie, hans alder, ofte hans yrke, hans mentale status og de muligheter vi antar at han har for å kunne tilpasse seg til sin nye livssituasjon. Den medisinske invaliditet har altså et langt bredere vurderingsgrunnlag enn den tabellariske og tar med alt som går inn i en fullstendig medisinsk vurdering (ibid.).

Hjemmelen for dette synet formulerte Harlem slik: «[V]i har [...] aldri villet redusere medisinen til noe som bare beskjeftiget seg med de anatomiske og funksjonelle forhold abstrahert fra pasientens liv. En medisinsk vurdering har alltid omfattet alle sider av individet så langt vi har vært i stand til å vurdere dem.» (Ibid.: 382). Harlem skriver altså at invaliditet/uførhet ikke kan avgjøres kun ved hjelp av tabeller. Å gjøre dette skrider mot medisinenes dypereleggende mål. Medisinen har å gjøre med mennesker som lever et liv. Evang definerer medisinsk invaliditet på tilsvarende måte som Harlem, men føyer til «kjønn» (Ot.prp.nr.22 1959: 13). Strøm føyer til «sosiale situasjon» (Strøm 1959).

Også i 1969 anbefalte Harlem å bruke invaliditetstabell i vurderingen av uførepensjonssøkere. *American Medical Assosiations* tabell nevnes som aktuelt hjelpemiddel (Harlem 1969a). Legen Rolf Hanoa hevdet at Rikstrygdeverket i egnede saker bruker en medisinsk invaliditetsvurdering i uførepensjonssaker (Hanoa 1975). Kjønstad 1-utredningen definerte i 1977 medisinsk invaliditetsgradering på samme måte som de ovenfor nevnte legene gjorde (NOU 1977a: 41). Begrepet ble definert på samme måte av Kjønstad så sent som i 1989. Men det presiseres at det ikke skal «tas hensyn til hvilket yrke vedkommende har» (Kjønstad 1989: 2313). Det ser ut til at begrepet helt fram til slutten av 1980-tallet var trygdemedisinsk aktuelt i uførepensjonssaker, ikke bare i yrkesskadesaker.

Dette begrepet synes imidlertid ikke å ha fått gjennomslag hos alle leger. For å bruke meg selv som eksempel på en trygdemedisinsk interessert lege: Jeg hørte ikke om dette begrepet eller hvordan invaliditetstabeller skulle kunne brukes i uførepensjonssaker verken som student omkring 1970 eller som praktiserende lege mellom 1977-91. Jeg har konstatert at andre allmennleger har tilsvarende erfaringer.

Rogan argumenterte mot den brede definisjonen av *medisinsk invaliditet* ved å hevde at begrepet i betydning nærmer seg *ervervsmessig uforhet*. Dette mener han virker forvirrende. Om resultatet av en medisinsk invaliditetsvurdering skriver han ironisk: «Hvor stor denne medisinske sannhet

er, som vi alene forvalter, kan hver og en av oss gjøre våre stille refleksjoner over.» (Rogan 1961: 1531). Han hevder videre at man logisk sett trenger en beskrivelse av to forhold: 1) «alle de relevante karakteristika som er knyttet til den uføre selv,» og 2) «alle ytre faktorer som sosiale og geografiske forhold, arbeidsmiljø og arbeidstilbud.» Beskrivelsene av disse to forholdene danner «grunnlaget for vurderingen av den ervervsmessige invaliditet [eller uførhet]» (ibid.: 898). Denne logiske avklaringen gjelder fortsatt. Det er altså forhold ved personen selv og omgivelsene som må beskrives, vurderes og relateres til hverandre.

I lys av denne avhandlingens teoretiske tolkningsramme vil jeg fortolke det som nå er funnet slik: Legen ønsker å gjøre en helhetlig vurdering av pasientens tilstand og situasjon. Legen trenger også redskaper for å objektivere sin vurdering. Legen benytter seg av en invaliditetstabell for å få etablert en viss grad av objektivitet i vurderingen. Her har man imidlertid viklet seg inn i en indre motsigelse. Man kan ikke hevde at uførepensjonssøkeren *både* skal vurderes individuelt og helhetlig i sin kontekst *og* etter en standardisert invaliditetstabell. Et tilleggsproblem er at en betydelig andel av uførepensjonssøkerne har en lidelse som ikke var å finne i noen invaliditetstabell (f.eks. psykiatriske lidelser, kroniske smerter). Jeg forstår det medisinske invaliditetsbegrepet som et begrep som skulle gjøre det mulig for legene å bygge bro over denne motsigelsen. Begrepet kan ha blitt brukt i et visst omfang til omkring 1990. På 1990-tallet har jeg ikke funnet det omtalt og anbefalt brukt i uførepensjonsvurderingen. Den påviste innebygde motsigelsen kas ses som vesentlig grunn til at begrepet gikk ut av bruk i uførepensjonsvurderingen etter 1990. Ingen av legeerklæringene ber forøvrig eksplisitt om en vurdering av den medisinske invaliditeten.

Det *medisinske invaliditetsbegrepet* blir nå anvendt innen folketrygdens yrkesskadedekning § 13-17 om menerstatning (Lov om folketrygd 2006). Det ble i 1997 definert slik i § 1 i forskrift om menerstatning etter yrkesskade:

Med medisinsk invaliditet forstås vi den fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelsen som en bestemt skade eller sykdom erfaringsvis forårsaker. Invaliditetsgraden fastsettes på objektive grunnlag uten hensyn til medlemmets yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid (uføregrad), fritidsinteresser og lignende (Sosialdepartementet 1997).

Forskriften inneholder en invaliditetstabell med angivelse av invaliditetsgrad for skader på forskjellige organer eller legemsdeler. Det er interessant at forskriftsteksten taler om «psykisk funksjonsnedsettelse». I en veiledning til forskriften heter det: «Nyere forskning har vist at skadehendelser og katastrofeopplevelser kan forårsake varige og alvorlige psykiske plager hos dem som rammes. Den nye tabellen har med avsnitt som [...] dekker disse

områdene.» (Rikstrygdeverket 2000: 8). Posttraumatisk stressforstyrrelse er blitt akseptert. Jeg fortolker dette slik at *ontologisk subjektivitet* i prinsippet er blitt anerkjent også i denne delen av folketrygdloven. Rikstrygdeverket skriver om den prosessen som førte fram til denne anerkjennelse og hva som så ble gjort:

Den tidligere invaliditetstabell av 5. mai 1972 [...] bar preg av å være utformet i en tid hvor den fysiske funksjonsevne hadde større betydning for hvordan en person ville klare seg i samfunnet enn i dag. Spesielt hadde tabellen vist seg lite tjenelig i forhold til visse sykdoms- og skadebilder som f.eks. løsemiddelskader og kroniske smertetilstander uten objektive funn. [...] [Departementet] satte på denne bakgrunn i gang arbeidet med en ny og mer hensiktsmessig tabell. Gjennom Den norske lægeförening ble det trukket inn bistand fra de ulike medisinske fagfeltene (Rikstrygdeverket 2000: 8).

Vi ser her hvordan «objektivitet» endrer betydning med samfunnsutviklingen. Teksten forteller at for å etablere en ny invaliditetstabell, ble en rekke medisinske fagfelter trukket inn i en konsensusprosess. Jeg har overveid å gi konsensus status som et kriterium på kunnskapsteoretiske objektivitet. Termen betyr allmenn enighet om en sak. Det kan imidlertid godt hende at en konsensusprosess legger mer vekt på å bli enige, kanskje ved hjelp av avstemninger, enn på at resultatet skal være allment gyldig. Det kan derfor ikke uten videre anses som et kriterium på kunnskapsteoretisk objektivitet. Det er imidlertid interessant å se hvordan man har forsøkt å utvikle en objektivitet i kunnskapsteoretisk forstand overfor *illness without disease*. Det er første gang jeg i det norske studiematerialet har funnet at vurderingsnormer er blitt utviklet på basis av en konsensusprosess mellom medisin og juss.

12.5 Ren skjønnsmessig funksjonsevnevurdering

Harlem forklarte at en bedømmelse av medisinsk invaliditet, ev. med en invaliditetstabell som hjelpemiddel, skal skje på grunnlag av *rent skjønn* av følgende grunner:

Det kan innvendes: Ja, men da er vi jo ute i rent skjønn. Ja, vi er det. Menneskets funksjonsevne lar seg ikke måle. Den er bare tilgjengelig for *skjønn*. Og jeg vil gjerne legge til at dette ikke skulle være noe skremmende for lægene. Vi er nødt til å stole på skjønn i situasjoner der det er spørsmål om å kunne føre livet videre eller ikke. Vi er nødt til å basere oss på skjønn i mange situasjoner som tross alt er langt viktigere for pasienten enn invaliditetsvurderingen er (Harlem 1959: 382).

Harlem hevder her at legen i vanlig klinisk virksomhet ofte må gjøre omfattende, samlende, helhetlige, individuelle og meget viktige vurderinger og bedømmelser for sine pasienter, bl.a. for å kunne «føre livet videre». Disse vurderingene anses å være skjønnsmessige. Som i vanlig medisinsk klinikk gjelder altså dette også i trygdemedisinen. Legen velger på grunnlag

av faglig skjønn hvilke tiltak som bør gjennomføres – uførepensjon eller attføring – i så fall til hva?

Harlem betegner sitt skjønnsbegrep *rent skjønn*. Dette skjønnsbegrepet fortolker jeg å være det som ble definert i underkapittel 4.5. Harlem argumenterer ikke for at legen skal gjøre rede for hvordan han eller hun foretar sin skjønnsvurdering, f.eks. hvilke fakta som legges til grunn og hvordan disse blir funksjonsmessig vurdert. Vi har sett i underkapittel 8.5 at målet for en uførepensjonsvurdering er gitt: Fortsatt deltakelse i arbeidslivet bør tilstrebes som det mest verdifulle. Legen kan opptre som paternalist i sterk forstand og behøver derfor ikke å gjøre rede for sine grunner.

Når så mange ulike aspekter ved personens tilstand skal vurderes, og det eneste redskap for objektivitet man har er en invaliditetstabell som man ikke stoler helt på, er det ikke vanskelig å forstå at en funksjonsevnevurdering kun kan gjøres på grunnlag av *rent skjønn*. Skal man gjøre en beskrivelse, er det nødvendig at man har kategorier for slik beskrivelse. Har man ikke slikt grunnlag for beskrivelse og vurdering av funksjonsevne, blir rent skjønn det man kan benytte seg av. Rent skjønn viser ikke til noe objektivitetskriterium. Det kan derfor lett bli vilkårlig.

På tampen av 1980-tallet konstaterte Hartvig at folketrygdloven og dens ledsagende rundskriv sier «oppsiktsvekkende lite til hjelp for legen» når det gjelder grunnlaget for vurdering av den medisinske uførhet (Hartvig 1989: 2316). I 1999 ble synspunktene gjentatt. Hartvig skriver at det er behov for veiledningshjelp fra myndighetene for å bedømme både diagnose i relasjon til anerkjent sykdomsbegrep og når det gjelder «anslag av alvorlighetsgrad og reell funksjonssvikt.[...] Det ville ikke fjerne behovet for skjønn, men gi søkerne en likere behandling og samfunnet større muligheter for at lovgivers intensjoner blir fulgt.» (Hartvig 1999). Hartvig etterlyser her et grunnlag for å utføre bedre begrunnede skjønnsvurderinger basert på for eksempel faglige retningslinjer. En nylig utgitt rapport om trygdemedisinske funksjonsvurderinger peker på det samme problemet. En konklusjon i denne går ut på at det mangler «operasjonaliserbare grunnregler» særlig for leger og psykologer som har kontrolloppgaver for trygden (Krohne & Brage 2007: Sammendrag).

12.6 Legeerklærings skjemaene og skjønnsmessig vurdering av abstrakt arbeidsevne

Arbeidsevnevurdering er et tema i alle de fire legeerklærings skjemaene som analyseres i denne avhandlingen. Det siste skjema, «1999-skjemaet», heter *Legeerklæring ved arbeidsuførhet* (vedlegg 2D). Tittelen tyder på at arbeidsuførhetsvurderingen er det sentrale. Det skal nå argumenteres for at en ta-

bellarisk måte å tenke arbeidsevnevurdering var i bruk i «1968-skjemaet» og at den fortsatt er i bruk i «1999-skjemaet».

Men først til «1960-skjemaet». Dette skjemaet ber legen om å bedømme arbeidsuførheten ved å stille følgende spørsmål: «Er pasienten fortsatt helt arbeidsufør eller delvis arbeidsufør i sitt nåværende yrke?» (spørsmål 6b) (vedlegg 2A). Det er altså den *yrkesmessige uførhet* som her skal vurderes. Harlem påpeker at dette begrepet ikke var klart definert omkring 1960 (Harlem 1959). Svaret skal graderes etter en todelt skala: helt arbeidsufør eller delvis arbeidsufør. Det gis plass til en redegjørelse, men plassen tilsier at den må være kort. Skjemaet gir således plass til en begrunnelse for den skjønnsmessige vurdering som her skal foretas. Man kan si at det kan ligge innenfor legens faglige kompetanse å bedømme den yrkesmessige uførhet, særlig dersom legen har ervervet seg arbeidsmedisinsk kunnskap og har et visst kjennskap til den aktuelle arbeidsplassen. Det er altså mulig at svaret kan besvares på en faglig forsvarlig måte. Det skjønn som her kan anvendes, vil jeg betegne som et *kvalifisert skjønn* (underkapittel 4.5).

«1968-skjemaet» ber legen bedømme arbeidsuførhet/arbeidsevne etter en tredelt skala: helt, delvis eller ikke arbeidsufør (spørsmål 5)(vedlegg 2B). Bedømmelsene skal gjøres ved å krysse av i en av tre rubrikker. Det er ikke plass til noen begrunnelse. Legen blir også på samme måte spurt om pasienten kan gjenoppta sitt tidligere arbeid eller ta annet høvelig arbeid. Til slutt blir legen spurt om pasienten er «varig arbeidsufør i det vanlige arbeidsliv». Dette spørsmålet skal besvares med «ja» eller «nei» (fortsett spørsmål 5). Det blir altså antatt at legen har kunnskapsgrunnlag til å inndele pasienter i en av tre grader av arbeidsevne, uten noen spesiell begrunnelse. Jeg forstår det slik at det er *rent skjønn* legen her skal anvende. Legen Olaf Aasland kommenterer at dette legeerklærings-skjemaet presser legen til å uttale seg mer eller mindre kategorisk om et tema han eller hun ikke har forutsetning for å kunne uttale seg om. Han bemerker spesielt at det ikke finnes noen rubrikk «vet ikke» (Aasland 1977).

Jeg fortolker «1968- skjemaet» slik at legen blir bedt om å bedømme en *abstrakt arbeidsuførhet*. Det ser ut som man tenker seg at legen har en mental forestilling om en standard normal arbeidsevne, og at legen kan gradere sin pasients arbeidsuførhet ved å vurdere han eller henne ved hjelp av denne standard. Altså at det skal finnes en slags grov medisinsk-faglig invaliditetstabell å vurdere etter. Det har ikke vært mulig å finne noen redegjørelse for denne måten å vurdere arbeidsuførhet på som ble innført i legeerklærings-skjemaet i 1968.

«1991-skjemaet» ber om en omfattende funksjonsvurdering, inkludert muligheter for yrkesmessig atfering, over nesten en hel side. I dette skje-

maet introduseres termen «restarbeidsevne» i spørsmålet om å gi en «medisinsk begrunnet vurdering av restarbeidsevnen uavhengig av mulighetene på arbeidsmarkedet» (spørsmål 3) (vedlegg 2C). Slik denne termen brukes i skjemaet, synes betydningen å være den arbeidsevne som finnes intakt hos individet på tross av sykdom, uavhengig av om det finnes arbeidsmuligheter eller ikke i omgivelsene. Man synes å tenke seg at noen deler av kroppen er uskadet eller med bevarte funksjoner i følge den biomedisinske sykdomsmodellen (underkapittel 4.2). Legen antas å kunne gjøre rede for den bevarte rest av arbeidsevne. Det er karakteristisk for dette skjema at vurderingen skal skrives i fritekst. Det gis altså rom for begrunnelse og dermed muligheter for å utøve et *kvalifisert skjønn*.

Grünfeld uttrykte imidlertid i 1991 pessimisme om legen kan foreta objektive vurderinger eller bedømmelser av arbeidsevne:

Medisinske bedømmelser av arbeidsuførhet kan være meget vanskelig å foreta på objektivt grunnlag. I mange tilfelle er legene nødt til å foreta slike bedømmelser i første rekke på grunnlag av pasientens informasjon om sin helsetilstand og funksjonsevne. Slike informasjon kan være sterkt subjektivt farget, betinget som de er av de trygdemotiver som ligger bak kontakten med legen. [...]. Smerter er subjektive tilstander. De er vanskelig tilgjengelige for en objektiv bedømmelse. Legenes oppgave med å vurdere arbeidsuførheten på bakgrunn av helsesvikt og sykdom blir både vilkårlig og ikke særlig pålitelig (Grünfeld 1991: 1151).

«1999-skjemaet» har en ny struktur for arbeidsevnevurderingen (spørsmål 5)(vedlegg 2D). Først skal pasientens nedsatte funksjonsevne beskrives (spørsmål 5.1). Legen skal så beskrive «type arbeid og hvilke krav som stilles» (spørsmål 5.2). Arbeidsevne skal så bedømmes i rubrikk 5.3, trolig som et forhold mellom den nedsatte funksjonsevnen (spørsmål 5.1) og krav som stilles i arbeidet (spørsmål 5.2). Her skal funksjonshemningen på deltakelsesnivå bedømmes etter en tanke om at det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav til funksjon (St.meld.nr.40 2003: 8f).¹⁵⁴ Resultatet av bedømmelsen skal legges fram ved å krysse av i rubrikker med kun to alternativer. Sammen med medarbeidere har jeg bekrrevet skjemaet videre slik:

Spørsmålet om pasienten vil kunne gjenoppta det tidligere arbeid skal besvares ved å krysse av enten i en «nei»- eller «ja»- rubrikk. Hvis svaret er ja, skal legen svare på om

¹⁵⁴ Den underliggende modell antas å være Robert A. Karaseks krav-kontrollmodell fra 1979. Dette er en ganske enkel modell som Karasek sammen med Töres Theorell senere utvidet til en krav-kontroll-støttemodell. Johannes Siegrist har senere utviklet en innsats-belønningsmodell som kan ses på som en modell som kompletterer krav-kontroll-støttemodellen. Slik er modelltenkningen om arbeidsmiljø blitt mer kompleks. Trine Eiken og Per Øystein Saksvik savner i en interessant analyse likevel en dypere forståelse av de sosiale relasjonene i disse modellene, bl.a. de sosiale normenes betydning på arbeidsplassen, både på individuelt nivå og kollektivt nivå (Eiken & Saksvik 2003).

dette ja gjelder nå eller etter «behandling/tiltak». Hvis svaret er nei, skal legen krysse av på samme måte på spørsmålet om pasienten kan ta annet arbeid. Hvis svaret er nei i begge disse rubrikkene, er søkeren dermed erklært å ha en betydelig nedsatt arbeidsevne. Vi kan konstatere følgende om strukturen i rubrikk 5.3: Vurderingene skal legges frem uten rom for tvil eller argumentasjon. Den viktige konklusjonen om at søkeren har en betydelig nedsatt arbeidsevne dras implisitt, ikke eksplisitt, og uten forklaring eller begrunnelse (Solli et al. 2005: 3294).

Det virker igjen som om man tenker seg at legen har en kunnskap om generell arbeidsevne som han eller hun kan sammenligne pasientens situasjon med i følge en slags grov medisinsk-faglig invaliditetstabell. Vi kan trekke den konklusjonen at den bedømmelsen av arbeidsevne som skal gjøres i følge «1999-skjemaet», er tenkt å skulle gjøres på grunnlag av *rent skjønn*. Det spørres ikke etter noen begrunnelse for det anvendte skjønnet. Vurderingen står dermed i fare for å bli *vilkårlig* (underkapittel 4.5).

12.7 Modellens nåværende status: en underliggende kode for norsk trygdemedisin?

Man kan spørre seg om det finnes noen dypere forklaring på hvorfor tanken om en kvantifiserbar medisinsk uførhet og et abstrakt arbeidsuførhetsbegrep finnes innen den norske uførepensjonsvurderingen. Tanken synes å uttrykke et ønske om at det må finnes noe fast, kanskje noe absolutt, noe som kan kvantifiseres og som kan hjelpe trygden med den vanskelige avklaringen om hvem som er egentlig verdig og hvem som ikke er verdig til å motta «statlig pensjon». Trygden i Norge går som vi skal se nærmere på i neste kapittel langt i å anerkjenne subjektivitet i ontologisk forstand. Nettopp mot en slik bakgrunn kan det forstås at man søker en «fast grunn», dvs. en kvantifiserbar medisinsk uførhet som grunnlag for vurderinger og beslutninger.

Jeg forstår den måten å vurdere arbeidsevne på som er påvist i legeerklæringskjemaene fra 1968 og 1999, på denne bakgrunnen. Det uttrykkes implisitt en tanke om at det finnes en normal arbeidsevne, og en standard, eller kanskje en gjennomsnittlig, arbeidsevnereduksjon ved forskjellige slag lidelser. Dette må legen kunne uttale seg om.

Denne forestillingen om uførhet som noe fast, kanskje noe absolutt og noe kvantifiserbart, kan ses på som norsk trygdemedisins «underliggende kode». Koden er skjult, men den synes særlig å ha blitt brukt av de som lager lovene (departementet), utformer legeerklæringskjemaene (Rikstrygdeverket) og som fortolker lovene (noen jurister). Det kan også finnes trygdemedisinsk engasjerte leger som har tenkt i slike baner, også i den senere tid. Men i kurset «Rehabilitering og bedømmelse av arbeidsuførhet fra trygdemedisinsk synsvinkel» som ble arrangert av Norsk trygdemedisinsk

forening i 2003, konstaterte jeg at slik tenkning faktisk var helt fraværende i den faglige diskusjonen.

12.8 Tabellmodellen i lys av rettferdighets- og objektivitetskriterier

Den tabellariske uførhetsmodellen skal nå analyseres på grunnlag av de to sentrale rettferdighetskriterier som analysen har kommet fram til: *Skade på person* som den kompensatoriske rettferdighetens kriterium og *faktisk like muligheter* som omfordelingsrettferdighetens kriterium.

Det kan innvendes at en slik analyse er irrelevant i Norge fordi vår tids leger ikke vurderer uførhet i uførepensjonssaker etter en tabellarisk invaliditetsmodell. Dette er trolig i stor utstrekning riktig. Det er likevel to grunner til at analysen utføres. Den ene grunnen er at det er påvist at en idé om tabellarisk invaliditet, spesifisert som medisinsk uførhet, finnes i det norske trygdesystemet. Den andre grunnen er at Rattsø-utvalgets utredning, som nevnt i underkapittel 1.1, skriver at «medisinsk vurdering av spesialiserte leger (*insurance doctor*)» kan være et framtidig alternativ til dagens ordning (NOU 2004b: 181). Utvalget synes her å henspille til den britiske ordningen, som er basert på tabellvurdering av aktivitetsbegrensninger (eng. *disability*) (DWP 2004). Det er derfor relevant å analysere tabellmodellen anvendt i uførepensjonssaker også i Norge.

Analysen tar utgangspunkt i den påviste tabellariske invaliditetsmodellen. Det privilegerte objektivitetsbegrepet for den tabellariske invaliditetsmodellen er *ontologisk objektivitet*. Det er dermed skade på den materielle kroppen som blir prioritert. Men mennesket er en kompleks helhet bestående av både et ontologisk objektivt og ontologisk subjektivt aspekt. Dette skadebegrepet er derfor for snevert.

Vi har sett i presentasjonen av den nåværende yrkesskadeforsikringens medisinske invaliditetsbegrep at man har inkludert enkelte psykiske skader i invaliditetstabellen. Man kan hevde at tabellmodellens ontologiske ensidighet kan oppheves ved å anerkjenne ontologisk subjektivitet. Dette er nødvendig på basis av det vi i dag vet om arbeidsevnereduksjon: Arbeidsevnereduksjon kan være like stor ved lidelser *uten objektive funn* som ved lidelser *med objektive funn* (underkapittel 11.2).

Det kan altså hevdes at man også kan skalere reduksjon av arbeidsevne på grunn av *illness without disease*. Et stykke på vei kan dette synes mulig for eksempel ved avgrensede smertetilstander. Men hvordan man skal skalere på en intersubjektiv gyldig måte mer omfattende kroniske smertetilstander, der hele kroppens funksjon er involvert, er ikke klarlagt. Å inkludere *illness without disease* i større omfang i selve tabellen synes meget vanskelig. Jeg vil

konkludere med at en tabellmodell som i betydelig grad anerkjenner ontologisk subjektivitet, i en viss grad er forenlig med kriteriet *skade på person*. Grunnen til at den ikke anses fullt ut forenlig, er at den er abstrakt og derfor ikke tillater mer konkrete og individualiserte vurderinger av hele personen.

Bruken av det kriteriet *faktisk like muligheter* som rettferdighetskriterium krever at personens dels *individuelle* behov vurderes i personens aktuelle *omgivelser*. Disse forholdene er altfor individuelt varierende til at de kan tas inn i en tabellvurdering. Så vidt jeg kan forstå er det ikke mulig å anvende tabellmodellen i lys av kriteriet faktisk like muligheter.

Modellen skal også analyseres på grunnlag av *kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet og det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Når det gjelder etablerte kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet, som *saklighet, intersubjektiv etterprøvbarehet, nøyaktighet, korrekthet* og at erklæringen *ikke skal være misvisende og ikke vilkårlig*, synes tabellmodellen generelt velegnet. Den inneholder beskrivelser og normer om hvordan arbeidsuførhet skal regnes om til prosent eller poeng. Dette gjør at de nevnte kriteriene kan anses forholdsvis enkelt å oppfylle. Man kan se dette som tabellmodellens styrke: Den gjør en rimelig kunnskapsteoretisk objektiv vurdering mulig, gitt modellens premisser.

Tabellmodellen skal nå ses i lys av *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Man kan tenke seg at de vitenskapsfilosofiske prinsippene for trygdemedisinsk sakkyndighet blir anvendt i undersøkelsen og vurdering av en uførepensjonssøker. Men når det gjelder den samlede vurdering og konklusjon, vil tabellmodellen overstyre den innsikt og kunnskap som legen måtte ha fått om en uførepensjonssøker ved å følge disse prinsippene. Det medisinske holistiske objektivitetskriteriet har derfor ingen egentlig plass i en beskrivelse og vurdering som følger tabellmodellen. Alt i alt er det tabellmodellens anvendelighet i lys av kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet som taler mest til fordel for den. Det som taler direkte mot bruk av den, er at den neppe lar seg forene med kriteriet *faktisk like muligheter*.

12.9 Konklusjon

En tabellarisk modell for kompensasjon etter påført skade kan påvises i germansk rettstradisjon fra tidlig middelalder av. Den tabellariske uførhetsmodellen ble tatt i bruk i sosialforsikringen i den tyske *ulykkesforsikringsloven av 1884*. Den tabellariske uførhetsmodellen ble i Norge utformet som *den tabellariske invaliditetsmodellen*. Tabellarisk invaliditet defineres som en *gradering av reduksjonen av arbeidsevne i abstrakt forstand på grunnlag av foreliggende objektive funn etter en arbeidsulykke*. Det antatt gjennom-

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 *uføretrykkløven 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 skjønsmessige vurdering av arbeidsevne i uførepensjonssaker. For det tredje ber legeerklærings skjemaet 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*.

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 *uføretrykkeloven av 1960* begrepet *medisinsk uførhet*, som fortolkes å bety vesentlig funksjonshemming 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 skjønsmessige vurdering av arbeidsevne i uførepensjonssaker. For det tredje ber legeerklærings skjemaet 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 *invalidpensjonsloven 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 minsteløp 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 sosialforsikringssammenheng er det inntektsgivende arbeid det dreier seg om. På norsk virker ordet «*erverv*» noe gammelmødig, 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 'ervervmessig 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 ervervmessig 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 gjelder 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 tapt 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* (*kursive- ring 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 «ervervmessig 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 ervervsmessige 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 sakkyndige 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 ervervsmessig 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 *ervervsmessig 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 *ervervsmessig 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 ervervsmessig 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 ervervsmessige 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 ervervsevne. Denne skal vurderes ved hjelp av en monofaktoriell årsaksteori. Det hører her også med å vurdere framtidig prognose når det gjelder ervervsevne. *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 ervervsevnevurdering. 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 ervervsevne, 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 nytuttitt 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 registreringen 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 forgivevis 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 ervervsevnen
 - 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 feiltilpassning, 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 «[I]egevitenskapen har ikke utformet noen klar og allmenngyldig definisjon av sykdomsbegrepet.» (Ibid.: 18). Utredningen peker på at det er glidende overganger mellom sykdom og normalitet.

Hvor man skal sette grensen for sykdomsbegrepet kan bli nokså tilfeldig og er undertiden av mindre viktighet for legevitenskapen. 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 legeerklærings skjemaene «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, trygderettseksperten 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 attføringsmulighetene.» 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 skjemaversjonene 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 ervervsmessig 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 folkestrygdloven 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 helhetsvurdering 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 tidligere. 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 kvinnediskriminerende (Ot.prp.nr.42 1995: 3, 8).

¹⁶⁴ En fortolkning 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 ervervmessige uførheten. Den ervervmessige 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 folketrygdloven § 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 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 muligt for den kyndige at afsløre sygdommen.» (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 «erhvervsevne» og «erhvervsmessig 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 legeerklæringskjemaet fra 1968 så vi at en viss biopsykososal 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 legeerklæringskjemaenes 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 Trygdeetatens 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 etterprøvnbarhet, 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 ervervmessig 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 ervervmessig uførhet. Hvis en person med svake evner, dårlig utdannelse, vanskelige bo- og familieforhold får en mindre sykdom, kan den slå ham helt ut. Helsevikten 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 ervervmessig uførhet. Det er ikke overraskende – det følger av hvordan det ervervmessige uførhetsbegrepet er definert (tabell 13.2 og 13.3). Vilårslogisk er da ervervmessig 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 ervervmessige uførhet som foreligger på henholdsvis medisinske og ikke-medisinske årsaksfaktorer. Uføregeden [...] 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 jmføre 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 multifaktorielt årsaksbegrep kommer til syne i legeerklæringskjemaene. Det multifaktorielle årsaksynet har fått dominerende innflytelse innen medisinen på slutten av det 20. århundret. «Det er nødvendig at erkende, at al sygdomsudvikling er multifaktoriell, og at vi må opgive det traditionelle synspunkt, at en sygdom har én og kun én årsag.» (Wulff & Gøtzsche 1997: 84). Når sykdom er multifaktoriell, er det naturlig å se også spørsmålet om årsak til nedsatt inntektsevne som et multifaktorielt 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 multifaktorielt årsaksbegrep innen uførhetsvurderingen.

Det er på dette grunnlaget også naturlig at årsaksproblemet etter loendringen 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 legeerklæringskjemaer 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 multifaktorielt årsaksbegrep. I brevet sies det at rådgivende lege er «mest 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. Krenkelsler 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 *invaliddepensjonsloven 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 uføreggrad.

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. Funksjonsevnemodellen 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 funksjonsevnemodell («arbejdsevne metode») (Bang 2002). I dette kapitlet skal det gjøres rede for hvordan en funksjonsevnemodell 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:

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 uføreggrad.

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 «invalide» 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 invalide» 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 klappfeil 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 vedkommentes 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 funksjonshemning. 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.¹⁷³ 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 omgivelserelatert 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 antydningvis 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.

¹⁷³ 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 legeerklæringskjema 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.¹⁷⁴

14.2 WHO's kategorisering av funksjonshemming i ICIDH og ICF

I 1980 kom WHO's foreløpige versjon av en klassifikasjon 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 *handicapped*. Armstrong kommenterer at ICIDH gjør det mulig for helsetjenesten

¹⁷⁴ 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=fungere&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. Sosio- logen 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 tjenes- tene 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 årsaksstermer. Det framtrer dermed en *enveis årsaksmodell* slik:

Medisinsk lidelse → funksjonsnedsettelse → nedsatt ervervsevne.¹⁷⁵

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 medisinsk faglig term. Jeg har ikke funnet den i nyere ordbøker eller medisinske leksika.¹⁷⁶ *Trygdemedisinsk*

¹⁷⁵ 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*.¹⁷⁷ 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 *nedsatt 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 nedsatt 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 nedsatt 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.¹⁷⁸ Skjemaet ber videre

¹⁷⁶ 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).

¹⁷⁷ Takk til Søren Brage som gjorde meg oppmerksom på denne tolkningsmuligheten.

¹⁷⁸ 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 fenomenet beskrevet i ICIDH (Nordenfelt 1983: 26f). Han konstatere 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 svekket 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.¹⁷⁹ 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 funksjonsnedsettelser selvsagt 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

¹⁷⁹ «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 funksjonshemning 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 skjønnnet». 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 funksjonshemming 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 funksjonshemmingsmodell, 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 modellen 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 legeerklæringsskjemaene fra 1960 og 1968 antyder alle de tre kategoriene funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesinnskrenkning. Kategorier for å beskrive funksjonshemming 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*.

Del V.

Konklusjoner og sluttrefleksjoner

15 Kontinuitet og forandring i norsk trygdemedisin

I dette sluttkapitlet skal det konkluderes om sammenhenger mellom sosial rettferdighet, objektivitet og tre modeller for medisinsk vurdering av uførepensjonssøkere innen det norske folketrygdsystemet. Jeg skal vise at spørsmålene i de tre delmålene som ble formulert i underkapittel 1.2 er blitt besvart. Analyseresultatet får videre konsekvenser for det inntektsmessige uførhetsbegrepet. NAV-reformen synes å gjøre det nødvendig å definere den tidligere trygdemedisinske virksomheten på en ny måte. Til slutt presenteres noen problemstillinger for videre forskning.

15.1 Rettferdighetskriteriene «skade på person» og «faktisk like muligheter for alle»

Forskjellige rettferdighetskriterier fungerer innenfor ulike former for rettferdighet. Folketrygdlovens uførhetsvurdering reguleres av flere former for rettferdighet, som *kompensatorisk rettferdighet*, *fordelende og omfordelende rettferdighet*, *prosedyrertrettferdighet*, *legal rettferdighet* og *markedsrettferdighet* (jf. underkapittel 2.2 – 2.4). Tre av disse er blitt analysert i avhandlingen: *kompensatorisk rettferdighet*, *fordelende og omfordelende rettferdighet*.

Analysen har gått inn på noen trekk ved disse rettferdighetsformenes idéhistoriske genese i relasjon til «forsørgelsesproblemet», dvs. det problem at ikke alle kan sørge for seg og sin familie selv. Allerede i høymiddelalderen ble det etablert et samfunnsansvar for trengende. Å ikke kunne sørge for seg selv betydde vanligvis at man ikke var i stand til å utføre kroppsarbeid. Kategorien *den arbeidsuføre* ble etablert. *Arbeidsuførhet* ble definert stipulativt som en persons manglende evne til å sørge for seg selv ved eget arbeid. *Kroppslig elendighet*, som også inkluderte visse former for sosial elendighet, ble kriteriet på *den arbeidsuføre*. Fire andre kategorier trengende ble utformet innen høymiddelalderens barmhjertighetsbaserte system: 1) *den arbeidsuvillige*, 2) *den som ikke kunne finne arbeid (den arbeidsledige)*, 3) *den simulerende* og 4) *den vanærede* (underkapittel 5.3).

Den kompensatoriske rettferdigheten ligger til grunn for sosialforsikringen slik den oppstod i Tyskland og andre europeiske land, Norge inkludert, på slutten av det 19. århundret. En ytelse fra sosialforsikringen er en kompensasjon, eller godtgjøring, som kollektivet tilkjenner en person for en skade som personen er blitt påført i en industriell utvikling som anses å være til samfunnets beste (underkapittel 7.5). Den tyske *ulykkesforsikringsloven av 1884* etablerte kategorien *den arbeidsuføre* og videreutviklet *tabellmodellen* for å beskrive og vurdere kroppslig skade hos arbeidere som hadde vært utsatt for arbeidsulykker. Den tyske *invalidpensjonsloven av 1889* etablerte kategorien *den ervervsuføre* og innførte *den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen* for å beskrive og vurdere personer med sviktende evne til å skaffe seg inntekt. Begge disse kategoriene er medisinske i den forstand at det skal foreligge en *kroppslig skade*, eller en *disease*, som har medført redusert arbeids- eller inntektsevne. Dette tolkes slik at med innføringen av disse kategoriene ble kriteriet *kroppslig elendighet* fra høymiddelalderen modifisert og gitt medisinske fortolkninger (underkapittel 7.6).

Den *omfordelende rettferdigheten* fikk økt betydning innen den nordiske velferdsmodellen fra omkring 1935 av. Denne velferdsmodellen legger vekt på sosial og økonomisk likhet (underkapittel 8.2).

I folketrygdloven fungerer sosialforsikringens *kompensatoriske rettferdighet* innenfor en ramme av velferdsstatens *fordelende og omfordelende rettferdighet* (underkapittel 9.4). Den kompensatoriske rettferdighetens kriterium er *skade på person*, presisert som «sykdom, skade eller lyte». *Skade på person* er den trygdemedisinske uførhetsvurderingens ene sentrale rettferdighetskriterium. Det bør også fortsatt være det.

Den *fordelende og den omfordelende rettferdigheten* har felles kriterier: *prestasjon, behov og likhet*. I avhandlingen er det blitt argumentert for at den omfordelende rettferdighetens kriterium *faktisk like muligheter for alle* bør bli uførhetsvurderingens andre sentrale rettferdighetskriterium (underkapittel 9.8). Dette kriteriet tar opp i seg den pågående nytenkningen både om normalitet og rehabilitering (underkapittel 9.6 og 9.7). Kriteriet karakteriseres ved at *ulike grupper i samfunnet bør ha påvisbare like muligheter til livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert*. Dette likhetskriteriet krever i en trygdemedisinsk sammenheng en nøyaktig og nyansert beskrivelse av personers behov i de aktuelle omgivelser. Relevante undersøkelser av den individuelle persons omgivelser kan bidra til å avklare hva som er til hinder for behovsoppfyllelse og hvordan aktuelle behov kan oppfylles ved f.eks. tilrettelegging. Til sammen gir kriteriene *faktisk like muligheter for alle* og *skade på person* den medisinske uførhetsvurdering en todelt (eller man kunne si dialektisk) normativt fokus: På den en side gjelder det å

klarlegge og om mulig forbedre personens indre ressurser og ytre muligheter, på den annen side å kartlegge de oppståtte skadene og noen ganger verne personens selv mot ytterligere skader.

Svaret på spørsmålet om et sosialetisk delmål i denne avhandlingens problemsstilling kan formuleres slik: *Skade på person er den trygdemedisinske uførhetsvurderingens ene sentrale rettferdighetskriterium og bør fortsatt være det. I tillegg bør kriteriet faktisk like muligheter for alle innføres som et annet sentralt rettferdighetskriterium.*

15.2 Objektivitetskriterier for rettferdighet

Fire vitenskapsfilosofiske begreper er definert slik: *Kunnskapsteoretisk objektivitet* er definert som *en tankemessig ytelse med et innhold som kan antas å være gyldig for alle mennesker*. Begrepet er også definert som *allmenngyldighet, saklighet, upartiskhet og intersubjektivitet*. *Kunnskapsteoretisk subjektivitet* er definert som en tankemessig ytelse som er styrt av en persons spesielle holdninger, følelser, oppfatninger, vurderinger eller synspunkter. *Vilkårighet* er et kriterium på *kunnskapsteoretisk subjektivitet* (jf. underkapittel 3.2). Med det *ontologiske objektivitetsbegrepet* menes det som antas å eksistere, og å være den måten det er på, uavhengig av noen som helst persepsjon, begrepsdannelse, kunnskap eller bevissthet. *Ontologisk subjektivitet* betyr det som antas å eksistere kun *avhengig av* bevisstheten. *Det ontologiske subjektivitetsbegrepet* impliserer at subjektiv opplevelse er en fundamental kategori som anerkjennes å eksistere (jf. underkapittel 3.3).

Avhandlingen har påvist at sosialforsikrings- og trygdemedisinsk sakyndighetsvirksomhet tradisjonelt er basert på det ontologiske objektivitetsbegrepet som prioritert objektivitetsbegrep. Det ontologisk objektive innen medisinen er det som antas å foreligge materielt. Dette er kommet fram i analyser av tysk medisin og sosialforsikringsmedisin omkring 1900 og av senere norsk trygdemedisin. Dette grunnsynet innebærer at ontologisk objektivitet har vært ansett som nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet (underkapittel 11.1). Det uomstridte kriterium på bruken av dette begrepet er *objektive funn* (underkapittel 10.1, 11.1, 12.2 og 13.2). Jeg har argumentert for at *objektive funn* ikke kan defineres bare med ontologisk objektivitet som vilkår slik den *naive realismen* tilsier, men at også *kunnskapsteoretisk objektivitet* er et nødvendig vilkår, slik *kritisk realisme* tilsier (jf. underkapittel 11.1 om naiv realisme og underkapittel 3.2 om kritisk realisme). Både et ontologisk objektivt vilkår og et kunnskapsteoretisk objektivt vilkår må oppfylles for at begrepet *objektive funn* skal brukes på riktig måte. *Objektive funn* ble i avhandlingen definert som *strukturelle forandringer i den materielle, ontologisk objektive kroppen, som går*

utover det som anses normalt i deskriptiv betydning. Det inngår altså et fortolkningsmessig aspekt i kunnskapsprosessen også når man taler om *objektive funn*. Jeg har konkludert med at *objektive funn*, fordi dette begrepet ikke anerkjenner ontologisk subjektivitet, ikke kan anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet, men som et tilstrekkelig vilkår (underkapittel 11.1).

Analysen har påvist at kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet som *upartiskhet*, *nøyaktighet* og *saklighet* var i funksjon i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin omkring år 1900. Analysen har kommet fram til følgende aktuelle kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet i nåtidens trygdemedisinske sakkyndighet i Norge: *saklighet*, *intersubjektiv etterprøvbarehet*, *nøyaktighet* og *korrekthet*. En legeerklæring skal ikke være *misvisende* og *vilkårighet* skal unngås (underkapittel 10.4). Dette er nødvendige vilkår for rettferdighetsbegrepet.

Ontologisk subjektivitet er i økende grad blitt anerkjent medisinsk i løpet av det tjuende århundret. Det er blitt påvist at tysk sosialforsikringsmedisin allerede omkring år 1900 i praksis anerkjente enkelte lidelser der objektive funn ikke kunne påvises, som ved «hysteri» (underkapittel 10.2). I løpet av de siste tiårene av det 20. århundret er det blitt trygdemedisinsk anerkjent at de funksjonsmessige følgene av sykdom *uten objektive funn* kan være like betydelige for inntektsevne som av sykdom *med objektive funn*. Dette faktum gjør det i et rettferdighetsperspektiv problematisk å skille helt mellom sykdom *med* eller *uten objektive funn* når det skal avgjøres om en person er inntektsmessig ufør (og tildeles pensjon) eller ikke (underkapittel 11.2).

I avhandlingen er det blitt konstruert et overordnet objektivitetsbegrep som jeg anser som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet: *det holistiske objektivitetsbegrepet*. Dette er et objektivitetsbegrep som anerkjenner både *ontologisk objektivitet* og *ontologisk subjektivitet*. Det krever dessuten *kunnskapsteoretisk objektivitet* ved beskrivelse av så vel det ontologisk objektive som det ontologiske subjektive aspektet ved virkeligheten. Det anses altså mulig å få objektiv kunnskap om så vel fenomener som har ontologisk objektiv eksistens (som for eksempel fysisk-kjemiske prosesser og fysiologiske substrater for kognitive funksjoner) som fenomener som har ontologisk subjektiv eksistens (som *illness*). Den trygdemedisinske utvikling i Norge siden 1950 er blitt fortolket slik at dette begrepet gradvis er kommet til syne fram mot år 2000 (underkapitlene 11.2 og 11.3).

Det holistiske objektivitetsbegrepets ontologiske forutsetninger er bl.a. at monistisk materialisme og substansdualisme avvises (underkapittel 3.4). Som alternativ er det formulert en *pluralistisk-holistisk ontologi for person i natur og samfunn* (underkapittel 3.5). Det er blitt argumentert for *et sosialt*

ikke-atomistisk syn på forholdet mellom individ og samfunn (underkapittel 3.6).

På dette ontologiske grunnlaget er det blitt forsøkt formulert *en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*. Dette er en modell som, for det første, anser sykdom og helse for å være verdiladede begreper. Den biomedisinske sykdomsmodellen *modifiseres*, for det andre, i modellen ved å hevde at sykdom typisk har både et ontologisk objektivt og et ontologisk subjektivt aspekt. Ontologisk subjektivitet innebærer menneskets opplevelse av seg selv, sin situasjon og sin sykdom osv. Sykdomsmodellen *modifiseres*, for det tredje, ved å hevde at mennesket, som andre levende organismer, må studeres i sine omgivelser. Modellen er relasjonell og interaksjonistisk med hensyn til menneskets forhold til omgivelsene. Den biomedisinske sykdomsmodellen *kompletteres*, for det fjerde, ved at mennesket også blir beskrevet på *humant nivå*, både som enkeltperson og som medlem av et samfunn. Kompletteringen skjer også, for det femte, ved å se helse og selvrealisering som uttrykk for menneskeorganismens selvorganisering (underkapittel 4.2). Når det gjelder den komplekse modellens *kunnskaps- og vitenskapssyn*, er det blitt argumentert for at *naturvitenskapelig påstandskunnskap, hermeneutisk kunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap* utgjør medisinenes samlede kunnskapsgrunnlag. Naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora er altså nødvendige og til sammen tilstrekkelige som medisinenes vitenskapelige grunnlag (underkapittel 4.3).

Analysen er kommet fram til følgende medisinske kriterium på det holistiske objektivitetsbegrepet: *En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser på grunnlag av en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*. Kriteriet betegnes som *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Det er argumentert for at dette kriteriet oppfylles ved seks nødvendige og til sammen tilstrekkelige vitenskapsfilosofiske prinsipper for klinisk trygdemedisinen: *helhetsprinsippet, empatiprinsippet, modellforklaringsprinsippet, unikhetsprinsippet, omgivelsesprinsippet og helseprinsippet* (underkapittel 11.3).

Svaret på spørsmålet om et vitenskapsfilosofisk delmål i denne avhandlingens problemsstilling kan formuleres slik: *Objektive funn anses ikke som et nødvendig, men som et tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet som saklighet, intersubjektiv etterprøvbarehet, nøyaktighet, korrekthet, at en legeerklæring ikke skal være misvisende og at vilkårlighet skal unngås, er nødvendige vilkår for rettferdighetsbegrepet. Et overordnet holistisk objektivitetsbegrep som anerkjenner både ontologisk objektivitet og ontologisk subjektivitet, og som dessuten krever kunnskapsteoretisk objektivitet ved beskrivelse av så vel det ontologiske objektive som*

det ontologisk subjektive aspektet ved mennesket, anses som et nødvendig vilkår for objektivitetsbegrepet. Analysen er kommet fram til følgende medisinske holistiske objektivitetskriterium: En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser på grunnlag av en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom.

15.3 Hvilken er den beste uførhetsvurderingsmodell?

Resultatene av analysene av de tre uførhetsmodellene fra underkapitlene 12.8, 13.7 og 14.5 er satt opp kortfattet i tabell 15.1 (se over neste side). Resultatene skal nå sammenlignes for å kunne konkludere hvilken uførhetsmodell som er best bedømt ut fra de ovenfor beskrevne rettferdighets- og objektivitetskriterier.

De tre uførhetsmodellene skal først sammenlignes på grunnlag av rettferdighetskriteriet *skade på person*. Konklusjonene om tabellmodellen (i versjoner som i en viss grad anerkjenner *ontologisk subjektivitet*) og om den biomedisinske ad hoc-modellen er sammenfallende: Begge modellene anses i en viss grad å være forenlig med kriteriet *skade på person*. Det skal betones i en viss grad, fordi de med rette kan kritiseres for å være for abstrakte og for lite konkrete og individualiserte.

*Funksjonsevne*modellen er forholdsvis uprøvd i en trygdemedisinsk sammenheng. Jeg har argumentert for at den biomedisinske sykdomsmodellen som inngår i ICF, bør erstattes av en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom. Jeg har videre argumentert for at en funksjonsevnemodell bør forstås i lys av handlingsteori. På dette grunnlaget framkommer *den komplekse funksjonsevne*modellen. Denne modellen tillater bl.a. en konkret, nyansert og individuell beskrivelse av personens behov i sine omgivelser. *Vesentlig aktivitetsbegrensning* foreslås som ny presisering av kriteriet *skade på person*. *Aktivitetsbegrensning* erstatter den tidligere presisering *sykdom, skade eller lyte* (dvs. *disease*, ev. komplettert med *illness without disease*). Når en aktivitetsbegrensning skal anses som *vesentlig*, må avklares ved å etablere eller videreutvikle en praksis om slike vurderinger.

*Den komplekse funksjonsevne*modellen tillater altså en større grad av konkrete og individualiserte vurderinger enn de to andre modellene. Man kan likevel si at vurdert kun ut fra kriteriet *skade på person* er det ikke så store forskjeller mellom de tre modellene i sin nåtidige utforming.

De tre uførhetsmodellene skal nå sammenlignes på grunnlag av rettferdighetskriteriet *faktisk like muligheter for alle*. Dette kriteriets krav om at en persons dels individuelle behov skal vurderes i personens aktuelle omgivelser, er altfor individuelt varierende til at de kan tas inn i en *tabellvurdering*. Den biomedisinske *ad hoc*-modellen gir heller ikke grunnlag for å vur-

dere individuelle behov i en persons aktuelle *omgivelser*. Jeg konkluderer med at disse to modellene ikke er egnet bedømt ut fra kriteriet *faktisk like muligheter*. Den komplekse funksjonsevne modellen derimot, særlig fordi den ikke bare er en funksjonshemningsmodell, men også en modell for funksjonsdyktighet, egner seg for å beskrive en persons dels individuelle behov i sine aktuelle omgivelser. Det er altså kun den komplekse funksjonsevne modellen som antas å oppfylle rettferdighetskriteriet *faktisk like muligheter*.

Sammenlignet på grunnlag av kriterier på bruk av *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* (se tabellen), er ingen av modellene problematiske. Tabellmodellen har kanskje et fortrinn framfor de andre to modellene fordi den inneholder beskrivelser og normer for skalering av arbeidsuførhet ved forskjellige medisinske tilstander. Dette gjør at et kriterium som for eksempel *intersubjektiv etterprøvnbarhet*, kan anses forholdsvis enkelt å oppfylle.

Når det gjelder sammenligningen av modellene på grunnlag av *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*, har analysene kommet fram til at verken tabellmodellen eller den biomedisinske *ad hoc*-modellen er forenlige med dette kriteriet. Det er kun den komplekse funksjonsevne modellen som antas forenlig med dette.

Analysesultatene kan tolkes dit hen at dersom folketrygden skal ha *faktisk like muligheter for alle* som mål, så er overgang til en kompleks funksjonsevne modell nødvendig. Det er bare ved hjelp av denne modellen at personer kan få sine behov individuelt vurdert i de aktuelle omgivelser. En kompleks funksjonsmodell er også forenlig med kriteriet *skade på person*. Sammenligningens konklusjon blir dermed at dersom man skal anvende kun en modell for å vurdere uførhet i uførepensjonssaker, bør *den komplekse funksjonsevne modellen* foretrekkes.

Svaret på det tredje spørsmålet i denne avhandlingens problemsstilling kan formuleres slik: *Det er funksjonsevne modellen, presisert som en kompleks funksjonsevne modell, som oppfyller så vel de rettferdighetskriteriene (jf. underkapittel 15.1) som de objektivitetskriteriene (jf. underkapittel 15.2) som avhandlingens analyser har kommet fram til. Denne modellen tillater en konkret, nyansert og individuell beskrivelse av en persons behov i sine omgivelser. «Vesentlig aktivitetsbegrensning» foreslås som ny presisering av kriteriet «skade på person». Denne erstatter den tidligere presiseringen «sykdom, skade eller lyte» («disease», ev. komplettert med «illness without disease»).*

Tabell 15.1. Tre uførhetsmodeller i norsk trygdemedisin analysert på grunnlag av rettferdighets- og objektivitetskriterier

UFØRHETS-MODELL KRITERIUM	Tabellmodellen	Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen	Funksjonsevne modellen
Rettferdighets- kriteriet <i>skade på person</i>	Den tabellariske invaliditetsmodellen prioriterer <i>skade på den materielle kroppen</i> . Også psykisk skade er i noen grad blitt inkludert (yrkesskadeforsikringens medisinske invaliditet). I noen grad kan følger av <i>illness without disease</i> skaleres. Slik tabellmodell er i en viss grad forenlig med kriteriet <i>skade på person</i> . Den er imidlertid abstrakt og tillater derfor ikke mer konkrete og individualiserte vurderinger.	Denne modellens kriterium er <i>sykdom, skade eller lyte</i> . Den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen er ikke lenger gjeldende modell. Iflg. gjeldende biomedisinsk <i>ad hoc</i> -modell er <i>illness without disease</i> sidestilt med <i>disease</i> . Modellen er i en viss grad forenlig med rettferdighetskriteriet <i>skade på person</i> . Den er imidlertid også abstrakt og legger ikke til rette for mer konkrete og individualiserte vurderinger.	Det foreslås en kompleks funksjonsevne modell med <i>vesentlig aktivitetsbegrensning</i> som ny presisering av kriteriet <i>skade på person</i> . En <i>aktivitetsbegrensning</i> er prosesser eller tilstander i personens kropp og sinn, gitt spesifiserte omgivelser, som vanskeliggjør oppfyllelse av fundamentale og vesentlige behov relatert til deltakelse i arbeidslivet.
Rettferdighets- kriteriet <i>faktisk like muligheter for alle</i>	Kravet om at personens dels individuelle behov beskrives i sine aktuelle omgivelser kan ikke oppfylles med tabellmodellen.	Kravet om at personens dels individuelle behov beskrives i sine aktuelle omgivelser kan heller ikke oppfylles med den biomedisinske <i>ad hoc</i> -modellen.	Modellen synes egnet til beskrivelse på en konkret og individualisert måte hvordan personens behov kan tilfredsstilles i de aktuelle omgivelser.
Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som <i>saklighet, nøyaktighet, korrekthet og intersubjektiv etterprøubarhet</i>	Modellen kan anvendes. Tabellmodellen inneholder beskrivelser og normer om hvordan arbeidsuførhet skal skaleres som gjør at kriteriene kan anses forholdsvis enkelt å oppfylle.	Modellen kan anvendes.	Modellen kan anvendes.
<i>Det medisinske holistiske objektivitets-kriteriet</i>	Tabellmodellen er ikke forenlig med dette kriteriet. Modellen vil overstyre den innsikt og kunnskap som legen måtte ha fått om uførepensjonssøkeren ved å følge dette kriteriet.	Den biomedisinske <i>ad hoc</i> -modellen er ikke forenlig med dette kriteriet. Modellen vil på den ene side tendere til <i>ontologisk reduksjonisme</i> . På den annen side aksepteres ontologisk subjektivitet, men uten nærmere avklaring av dens betydning.	Modellen egner seg i lys av dette kriteriet.

15.4 Refleksjoner over det inntektsmessige uførhetsbegrepet

Jeg skal nå forsøke å vise hvilke konsekvenser innføring av den komplekse funksjonsevne modellen får for det inntektsmessige uførhetsbegrepet. Jeg tar utgangspunkt i de fire nødvendige vilkårene for begrepet 'inntektsmessig uførhet' som ble presentert i tabell 13.3. De resultatene som jeg kommer fram til er satt opp i tabell 15.2 nedenfor.

Når det gjelder det første vilkåret, erstattes vilkåret «varig sykdom, skade eller lyte som har medført varig funksjonsnedsettelse» med vilkåret «vesentlig aktivitetsbegrensning» (se forutgående underkapittel). Aktivitetsbegrensningen skal vurderes å være vesentlig etter gjennomgått hensiktsmessig behandling. Vurderingen skal ikke skje kun etter gjennomgått «hensiktsmessig yrkesrettet atføring», men også etter at personen har fått hjelp til å forbedre sitt praktiske handlingspotensial, eller med andre ord til å rehabilitere seg på en helhetlig måte (underkapitlene 4.6, 9.6 og 9.7).

Det andre vilkåret om at inntektsevnen skal være redusert med minst halvparten tenkes opprettholdt. Det er inntekt man lever av i vår tids samfunn, og det er gjennom arbeidslivets avtaler at man har del av *sosial eiendom* (underkapittel 7.5). Lønnsarbeidet er innfelt i et rammeverk av politiske avtaler og juridiske rettigheter og plikter. Det er når det foreligger en redusert inntektsevne under en viss grense av lengre varighet, at en uførhetsvurdering aktualiseres (underkapittel 7.6). Derfor bør utgangspunktet for en uførhetsvurdering være inntektsevnespørsmålet, dvs. et økonomisk utgangspunkt.

Det tredje vilkåret, årsaksvilkåret, får en endret formulering: Den reduserte inntektsevnen skal være forårsaket av den vesentlige aktivitetsbegrensning. Dette vurderings spørsmålet kan ikke besvares kun på en medisinskvitenskapelig måte (underkapittel 13.6). Det må besvares på en praktisk måte. Det praktiske klokskapsbegrepet belyser sentrale elementer som inngår i denne vurderingen (underkapittel 4.6). Det skal spesielt bemerkes at det er viktig med kliniske beskrivelser og vurderinger, medisinske eller basert på andre helsefag som psykologi, ergoterapi og fysioterapi, for å opplyse saken før en beslutning tas. Det er særlig nødvendig at den nedsatte inntektsevnen kan forklares ved faktorer som personen selv ikke kan gjøre noe med. Et resultat av de gjennomførte analysene er at man i en slik vurdering neppe kommer utenom å gi spesiell tyngde til særlig belastende sosiale forhold i enkelte tilfelle (underkapitlene 5,3, 13,5 og 13.6). Det fjerde vilkåret om plikt til å ha forsøkt annet passende arbeid skal stå uendret. Tabell 15.2 (neste side) formulerer et forslag til nødvendige vilkår for bruk av begrepet 'inntektsmessig uførhet' etter innføring av en kompleks funksjonsevne modell.

Tabell 15.2. Forslag til nødvendige vilkår for bruk av begrepet 'inntektsmessig uførhet' etter innføring av en kompleks funksjonsevnemodell.

- 1) Varig vesentlig aktivitetsbegrensning etter gjennomgått hensiktsmessig behandling og helhetlig rehabilitering, yrkesrettet attføring inkludert
- 2) Varig redusert inntektsevne med minst halvparten
- 3) Den nedsatte inntektsevnen skal være forårsaket av den vesentlige aktivitetsbegrensningen
- 4) En oppfylt plikt til å ha forsøkt å ta annet passende arbeid

Tabell 15.3. Oversikt over forskjeller og likheter mellom det etablerte inntektsmessige uførhetsbegrepet og uførhetsbegrepet slik det kan bli ved innføringen av en kompleks funksjonsevnemodell.

Det som skal forklares	Generell regel	Viktigste forklaringsfaktor
Etablert uførhetsbegrep: nedsatt inntektsevne < 1/2	Sykdom med funksjonsnedsettelse skal i følge den biomedisinske sykdomsmodellen forklares vitenskapelig som årsak (ev. hovedårsak) til nedsatt inntektsevne	Sykdom med funksjonsnedsettelse (opprinnelig <i>disease, illness without disease</i> ble også anerkjent i loven)
Nytt uførhetsbegrep: nedsatt inntektsevne < 1/2	Vesentlig aktivitetsbegrensning skal avgjøres praktisk som årsak til nedsatt inntektsevne. Som grunnlag for avgjørelsen foreligger beskrivelser og forklaringer i følge den komplekse funksjonsevne modellen.	Vesentlig aktivitetsbegrensning

Tabell 15.3 viser forskjeller og likheter mellom det etablerte inntektsmessige uførhetsbegrepet og uførhetsbegrepet slik det foreslås ved innføring av en kompleks funksjonsevnemodell.

15.5 «Den sosiale og økonomiske trygghetens og det praktiske handlingspotensialets medisin»

Den nye arbeids- og velferdsforvaltningen skal iverksette minst tre lover slik arbeids- og velferdsforvaltningsloven sier:

§ 1. Formålet med loven er å legge til rette for en effektiv arbeids- og velferdsforvaltning, tilpasset den enkeltes og arbeidslivets behov og basert på en helhetlig og samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, sosialtjenesteloven og andre lover som forvaltes av arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal møte det enkelte mennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet (Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen 2006).

Trygdemedisinen hadde folketrygdloven som sitt rammeverk (underkapittel 1.3). Med den nye loven settes sosialmedisinsk virksomhet inn i et rammeverk som foruten folketrygd også omfatter arbeidsmarked og sosiale tjenester. Trygdemedisinen synes dermed å ha blitt avleggs. Den nye sosialmedisinske virksomheten må etter alt å dømme defineres på en ny måte og også få en ny betegnelse. Betegnelsen «velferdsmedisin» er allerede lansert (NAV & Den norske lægeforening 2006: 8). En annen betegnelse som faller naturlig er «arbeids- og velferdsmedisin», og jeg vil bruke denne i de påfølgende refleksjoner.

Jeg skal foreta noen refleksjoner om arbeids- og velferdsmedisinens innhold på basis av denne avhandlingens behovsteori. Tre slag behov er blitt spesifisert: *biologiske behov*, *symbolske selvbevaringsbehov* og *selvutviklingsbehov* (avsnitt 2.4.2). De biologiske behovene (eller de fundamentale behovene) og de symbolske selvbevaringsbehovene forklarer langt på vei nødvendigheten av sosial og økonomisk trygghet. I avhandlingens del II har vi sett at en trygdeordning ble etablert etter en langvarig strid for sosial og økonomisk trygghet for den enkelte i samfunnet. Samfunnet ble forstått også med et kollektivt aspekt. Jeg synes derfor at arbeids- og velferdsmedisinen bør presiseres ved bruk av ord som sosial og økonomisk trygghet og velferd. Med disse og lignende ord kan det også fortelles en historie og gjøres rede for en sosialmedisinsk tradisjon med et mangfoldig innhold fra det 19. århundret av.

Når det gjelder selvutviklingsbehov, er arbeidsmarkedet og arbeidslivet i vår tid i stor grad blitt arenaen for oppfyllelse av slike behov. Dette skjer i et politisk klima som legger stor vekt på at det å sørge for seg selv og ev. sine nærmeste, og dermed unngå å ligge de offentlige budsjetter til last, er en plikt. Når avhandlingen har argumentert for at *faktisk like muligheter for alle* bør gjelde som et sentralt likhetskriterium for vår tid, så omfatter det i vesentlig grad også arbeidslivet. Vi har sett at anvendelse av dette kriteriet over for enkeltpersoner i en trygdemessig sammenheng, som nå vil si i den nye arbeids- og velferdsetaten, noen ganger krever en beskrivelse av persons behov i sine aktuelle omgivelser. Andre ord som uttrykker det som trenger å bli beskrevet, er «personens indre ressurser og ytre muligheter for handling» eller «praktisk handlingspotensial» (underkapittel 4.6). Arbeids- og velferdsmedisinen får på dette grunnlaget med den individuelle, handlende personen å gjøre på en mer tydelig måte enn i den tidligere trygdemedisinen. En stipulativ presisering av arbeids- og velferdsmedisinen kan derfor være følgende: «Den sosiale og økonomiske trygghetens og det praktiske handlingspotensialets medisin.»

15.6 Problemstillinger for mulig videre forskning

Denne avhandlingen har påvist dels en paradigmatisk problematikk som utfordrer den medisinske vitenskapen til å bli mer holistisk, og dels en sosialetisk problematikk som utfordrer den medisinske etikken til å kombinere et perspektiv på individet som en handlende person med et samfunnmessig og kollektivt perspektiv. Jeg vil nå nevne fem forskjellige problemstillinger ved denne omfattende problematikk som denne avhandlingen ikke har kunnet ta opp, men som kan eller bør undersøkes.

For det første: Avhandlingen har etablert et begrepsapparat som så er anvendt for å analysere norsk trygdemedisin. Dette begrepsapparatet kan også testes ut videre og anvendes for å utforske andre nasjoners trygde- eller sosialforsikringsmedisin, både deskriptivt og normativt. Det kunne være interessant å analysere ordninger som trolig i større grad enn den norske har rendyrket en uførhetsmodell, for eksempel tabellmodellen i Storbritannia, den biomedisinske monofaktorielle årsaksmodellen i Tyskland¹⁸⁰ og funksjonsevne modellen i Danmark. Det kunne også være interessant å anvende begrepsapparatet for å utføre komparative vitenskapsfilosofiske og etiske analyser av bruk av medisinsk kunnskap i trygdeordninger.

For det andre: Det er spørsmål om hvilke kliniske forskjeller og hvilken nytte innføringen av en funksjonsevne modell fører med seg i primærhelsetjenesten. Jeg har gjort rede for at innføringen av WHO's ICIDH i 1980 gav helsetjenesten økte muligheter til å identifisere klinisk viktige dimensjoner ved en funksjonshemmet pasients problemer. Forskjellige slag tiltak kunne dermed iverksettes planmessig for å håndtere pasientens problemer på en adekvat måte. Det er hevdet at ICIDH har hatt stor betydning for utviklingen av rehabiliteringsmedisinen (underkapittel 14.2). Kunne innføringen av en handlingsorientert funksjonsevne modell basert på ICF i klinisk arbeids- og velferdsmedisin ha tilsvarende effekter? Kan bruken av denne modellens språklige kategorier for å beskrive funksjonsevne føre til at en person med redusert inntektsevne får identifisert problemene på en klarere måte, slik at tiltak også kan iverksettes på en mer adekvat måte, enn når disse kategoriene ikke brukes? Hvilke ferdigheter, arbeidsmåter og hvilken metodologi er det som gjør det mulig å beskrive og vurdere f.eks. en aktivitetbegrensning og hvordan personens praktiske handlingspotensial i den aktuelle situasjonen kan forbedres i helsetjenesten? I slik forskning er det naturlig å trekke inn rådgivningsoppgavene både ovenfor arbeidsplass og NAV-kontor i større grad enn det som er gjort i denne avhandlingen.

¹⁸⁰ Det går fram av en forholdsvis nylig utgitt tysk sosialmedisinsk handbok at den biomedisinske årsaksmodellen blir søkt kombinert med ICF (Cibis & Hüller 2003)

Dette er forskning som i noen grad allerede er i gang, jf. forskning på funksjons- og arbeidsevnevurdering (underkapittel 14.4).

For det tredje: I denne avhandlingen er det blitt formulert et *medisinsk holistisk objektivitetskriterium* og *vitenskapsfilosofiske prinsipper for dette kriteriet* (underkapittel 11.3). En problemstilling er hvordan dette kriterium og de foreslåtte prinsipper fungerer innen klinisk arbeids- og velferdsmedisin. Noen relevante spørsmål er: Får legen ved å anvende disse prinsippene fram en rimelig kunnskapsteoretisk objektiv beskrivelse av de relevante forhold ved den aktuelle personens situasjon? Bør prinsippene endres på noen måte? Dette er spørsmål som bør undersøkes empirisk. Det er av særlig praktisk betydning å finne mer ut om hvilken terminologi som kan brukes for å beskrive en persons ubestemte helseplager eller sykdom på en holistisk, ikke-dualistisk måte. Dette siste er også forskning som har vært på gang i noen tid (underkapittel 11.2).

For det fjerde: Denne avhandlingen har påvist kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet innen trygdemedisinsk sakkyndighet (underkapittel 10.5). En problemstilling er hvordan fastlegen kan anvende disse ved bruk av pasientsentrert klinisk metode i klinisk praksis. Spørsmålet er: Hvilke er vilkårene for at legen i et dialogisk forhold til pasienten skal kunne opptre som objektiv sakkyndig? Nært relatert til dette problemet er om, og ev. på hvilken måte, legen makter å balansere sympatiperspektivet med upartiskhetsperspektivet (underkapittel 10.6). Disse problemer kan utforskes som ledd i forskning om bruk av praktisk klokskap i saker der man strever etter sosial rettferdighet (jf. underkapittel 4.4). Det dreier seg her bl.a. om å utforske de moralske dygder som aktualiseres og de ferdigheter, arbeidsmåter og den metodologi som anvendes. Filosofen Alasdair MacIntyre peker på en interessant og relevant måte på at for at mennesket generelt sett skal kunne bli det han betegner som «uavhengig praktisk tenker» (eng. *independent practical reasoner*), er det nødvendig at det noen ganger kan vurdere og bedømme en situasjon fra et «ytre synspunkt» (eng. *external point of view*) (MacIntyre 1999: kap. 8). Han skriver at psykologien har lært oss at for å kunne være uavhengig, er det nødvendig at man erkjenner og vedkjenner seg sine bindinger og følelsesmessige tilknytninger. «Acknowledgement of dependence is the key to independence». (Ibid.: 85). Dette er en relevant innfallsvinkel til etisk forskning om fastlegen som sakkyndig. Denne avhandlingen har videre foreslått en modell der fastlegen og NAV-kontoret til sammen oppfyller upartiskhetsprinsippet (underkapittel 10.6). På hvilke måter kan denne modellen fungere i praksis? Dette er et spørsmål som kan underkastes empirisk undersøkelse.

For det femte: Det er blitt framhevet at et hovedproblem i bruken av medisinsk kunnskap i trygdesystemet er medikaliseringen (underkapittel 9.3). Et rimelig mål er derfor å redusere denne. Det synes som *den komplekse funksjonsevne modellen* gir muligheter for dette. Denne modellen er ikke spesifikt medisinsk. Den kan karakteriseres som en tverrfaglig helse- og sosialfaglig modell. Man kan tenke seg tre måter denne modellen kan anvendes på som kan være objekt for forskning.

- Den første anvendelsesmåten er en fortsettelse av nåværende bruk av medisinsk kunnskap i trygdesystemet. Fastlegen fortsetter å være NAV-kontorets viktigste medisinske samarbeidspartner og sakkyndige overfor personer med nedsatt arbeidsevne, noen ganger supplert av spesialistvurderinger. Men legene har fått et nytt redskap å bruke: en funksjonsevne modell. Legene skal foreta vurderinger av funksjonsnedsettelse når slike foreligger, videre av aktivitetsbegrensninger og relaterer disse til tapet av inntektsevne ved hjelp av denne modellen. NAV-kontoret tar beslutningen om inntektsevnen er varig nedsatt og om den er forårsaket av en vesentlig aktivitetsbegrensning. En hypotese er at denne nærmest rene medisinske anvendelsesmåten av en funksjonsevne modell neppe innebærer redusert medikalisering.
- Den andre anvendelsesmåten er å la NAV-kontorets tverrfaglige ekspertise, medisinsk ekspertise inkludert, foreta beskrivelser og vurderinger basert på funksjonsevne modellen. Dette gjøres når og i den utstrekning det anses hensiktsmessig. Det kan tenkes at det er opplæring og oppfølging, utprøving av inntektsevnen og reell forbedring av det praktiske handlingspotensial på forskjellige måter som er det vesentligste for at mennesker skal komme i arbeid, ev. få avklart hvem som ikke kan greie seg i arbeidslivet. Dette gjelder kanskje særlig yngre mennesker. Man kan tenke seg at NAV-kontoret legger vekt på å opprettholde lang tids personlig kontakt som også kan virke motiverende, for en andel av brukerne. Når man så ved NAV-kontoret skal vurdere om personens tilstand faller inn under det inntektsmessige uførhetsbegrepet eller ikke (se tabell 15.2), kan det tenkes at det ofte ikke er så mye medisinske opplysninger og vurderinger man trenger vedrørende den påviste aktivitetsbegrensning. Det man trenger av medisinske opplysninger og vurderinger av for eksempel funksjonsnedsettelse kan man rekvirere fra fastlegen. Man kan si at funksjonsevne modellen her først og fremst fungerer som en sosialfaglig modell. En hypotese er at denne bruksmåten vil redusere medikalisering.
- Den tredje anvendelsesmåten er en samarbeidsmodell mellom NAV-kontor og fastlege som ligger mellom 1) og 2) ovenfor. Det anses viktig

at primærhelsetjenesten i sin helhet arbeider for at pasienter skal kunne bruke sin ressurser og få prøvet ut muligheter. Bl.a. derfor innføres ICF handlingsteoretisk forstått i primærhelsetjenesten. Det anses viktig at legen kan beskrive ikke bare funksjonsnedsettelse, men også aktivitetsbegrensning, på en faglig adekvat måte. Men det erkjennes også at andre faggruppers kunnskaper, særlig psykologi, ergoterapi og fysioterapi, noen ganger er nødvendige både for å få en korrekt beskrivelse og adekvate tiltak iverksatt. NAV-kontoret har også fagfolk som kan vurdere funksjonsdyktighet og funksjonshemning på selvstendig grunnlag basert på kjennskap til personen det gjelder og de medisinske og helsefaglige opplysninger som foreligger. En hypotese er at denne måten vil kunne medføre en viss tilbakegang av medikaliseringen.

Litteratur

- Aambø, A. 2004, *LOS : løsningsorienterte samtaler*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Aasland, O. 1977, «Attføring og diagnose», *Sosial trygd*, vol. 65, pp. 158-160.
- Ackerknecht, E. H. 1982, *A Short History of Medicine*, rev. edn, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Andersen, T. 1966, «Uføretrygden. Erfaringer etter 5 år i en nord-norsk kommune», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 86, pp. 1543-1546.
- Anonymous 1958, «From guesswork to guideline», *JAMA*, vol. 166, no. 7, p. 781.
- Antonovsky, A. 1979, *Health, stress and coping*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Anzenbacher, A. 2002, *Einführung in die Philosophie*, 9. edn, Herder, Freiburg.
- Applebaum, H. 1992, *The Concept of Work. Ancient, Medieval, and Modern*, State University of New York Press, Albany, NY.
- Arbeiderkommisjonen 1890, *Indstilling III. Forslag til lov om ulykkesforsikring for arbeidere i fabriker m.v.*, Kristiania.
- Arendt, H. 1996, *Vita activa. Det virksomme liv. Oversatt av C. Janss. Innledning ved AJ Vetlesen*, Pax Forlag, Oslo.
- Aristoteles 1999, *Den nikomakiske etikk. Oversatt av Øyvind Rabbås og Anfinn Stigen. Med et innledende essay av Trond Berg Eriksen*, Bokklubbens Dagens Bøker, Oslo.
- Aristotle 2001, «Politics. Translated by B. Jowett,» in *The Basic Works of Aristotle*, R. McKeon, ed., The Modern Library, New York, pp. 1113-1316.
- Armstrong, D. 1994, *Outline of Sociology as Applied to Medicine*, 4. edn, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Askheim, O. P. 2003, *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonsbemmede*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Askheim, O. P. 2005, «Er mestring og empowerment det samme?», *Respekt* no. 3, pp. 47-50.
- Audi, R. 2003, *Epistemology. A contemporary introduction to the theory of knowledge*, 2. edn, Routledge, London.
- Audi, R. 2006, *Practical Reasoning and Ethical Decision*, Routledge, London.
- Bang, J. 2002, *Arbejdsevne metode. En teoretisk og praktisk indføring*, Nyt Juridisk Forlag, København.
- Barbosa da Silva, A. 1996, «Analys av texter,» in *Kvalitative studier i teori och praktik*, B. Starrin & P. G. Svensson, eds., Studentlitteratur, Lund, pp. 169-206.
- Barbosa da Silva, A. 2000, «Menneskesynet og dets relevans for moral, etikk og helseetikk,» in *Etikk i helsetjenesten : en moralfilosofisk analyse av forholdet mellom livssyn, menneskesyn og sykdomsbegrep i historisk og systematisk perspektiv*, A. Barbosa da Silva, ed., Misjons- og høgskolens forlag, Stavanger, pp. 5-57.
- Barbosa da Silva, A. 2002, «An Analysis of the Uniqueness and Theoretical Foundations of Qualitative Methods,» in *Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*, L. R.-M. Hallberg, ed., Studentlitteratur, Lund, pp. 39-70.
- Barbosa da Silva, A. 2006a, «Menneskesyn, virkelighetsoppfatning, livssyn, livets verdi og mening,» in *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosial arbeid*, A. Barbosa da Silva, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 21-58.
- Barbosa da Silva, A. 2006b, «Nødvendige betingelser for en god yrkesetikk,» in *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosial arbeid*, A. Barbosa da Silva, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 174-201.

- Barbosa da Silva, A. & Andersson, M. 1993, *Vetenskap och människosyn i sjukvården : en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*, SHSTF, Stockholm.
- Barbosa da Silva, A. & Ljungquist, M. 2003, *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*, Studentlitteratur, Lund.
- Barbosa da Silva, A., Solli, H. M., Ljungquist, M., & Hugaas, J. V. 2000, *Etikk i helsetjenesten : en moralfilosofisk analyse av forholdet mellom livssyn, menneskesyn og sykdomsbegrep i historisk og systematisk perspektiv*, Misjonshøgskolens forlag, Stavanger.
- Barnes, M. P. & Ward, A. B. 2000, *Textbook of Rehabilitation Medicine*, Oxford University Press, Oxford.
- Bayertz, K. 1999, «Menschenwürde,» in *Enzyklopädie Philosophie. Band 1*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 824-826.
- Beaglehole, R. & Bonita, R. 1997, *Public Health at the Crossroads. Achievements and prospects*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Beauchamp, D. E. 1999, «Public Health As Social Justice,» in *New Ethics for the Public's Health*, D. Beauchamp & B. Steinbock, eds., Oxford University Press, New York, pp. 101-109.
- Beauchamp, D. E. & Steinbock, B. 1999, «Community,» in *New Ethics for the Public's Health*, D. Beauchamp & B. Steinbock, eds., Oxford University Press, New York, pp. 53-56.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. 2001, *Principles of Biomedical Ethics*, 5. edn, Oxford University Press, Oxford.
- Befring, A. K. & Ohnstad, B. 2001, *Helsepersonelloven – med kommentarer*, 2. edn, Fagbokforlaget, Bergen.
- Behring, E. 1893, «Einleitende Bemerkungen über die ätiologische Therapie von ansteckenden Krankheiten,» in *Gesammelte Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten*, Verlag von Georg Thieme, Leipzig.
- Bell, D. 1992, «Objectivity,» in *A Companion to Epistemology*, J. Dancy & E. Sosa, eds., Blackwell, Oxford, pp. 310-313.
- Benum, E. 1998, *Overflod og fremtidsfrykt. 1970 – . Aschehougs Norgeshistorie. Bind 12*, Aschehoug, Oslo.
- Bernt, J. F. & Doublet, D. R. 1996, *Juss, samfunn og rettsanvendelse. En introduksjon til rettsvitenskapen*, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Bernt, J. F. & Doublet, D. R. 1998, *Vitenskapsfilosofi for jurister – en innføring*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Beveridge, W. 1942, *Social Insurance and Allied Services*, Her Majesty's Stationary Office, London.
- Bibelen 1978, *Det gamle og det nye testamentet*, Det Norske Bibelselskap, Oslo.
- Bjerkedal, T. 1998, «Uførepensjonering i ung alder i Norge i årene 1976-96», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 118, pp. 2305-2307.
- Bjerkedal, T. & Wergeland, E. 1995, «Uførepensjonering av kvinner i ulike yrker på grunn av muskel- og skjelettsykdommer», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 115, pp. 3522-3527.
- Bjørndal, A. 1994, «Er sykdom et egnet kriterium for rasjonering av trygd? Et forsøk på drøfting av et grunnleggende spørsmål i sosialpolitikken», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 114, pp. 361-364.
- Bjørnson, Ø. 1994, «Arbeidsledighetsforsikringen – et tidlig norsk eksperiment,» in *Langsamt ble landet et velferdsamfunn. Trygdens historie 1894-1994*, Ø. Bjørnson & I. E. Haavet, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 81-103.
- Boe, E. 1996, *Innføring i juss : juridisk tenkning og rettskildelære*, Universitetsforlaget, Oslo.

- Boer, W. E. L., Brenninkmeijer, V., & Zuidam, W. 2004, *Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control*, TNO Work and Employment, Hoofddorp.
- Brackenridge, R. D. C. & Brown, A. E. 1998, «A Historical Survey of the Development of Life Assurance,» in *Medical Selection of Life Risks*, 4. edn, R. D. C. Brackenridge & W. J. Elder, eds., Macmillan Reference, London, pp. 1-15.
- Braddock, D. L. & Parish, S. L. 2001, «An Institutional History of Disability,» in *Handbook of Disability Studies*, G. L. Albrecht, K. D. Seelman, & M. Bury, eds., Sage Publications, Thousand Oaks, Calif., pp. 11-68.
- Brage, S. 2002, «Trygdeforbruk ved funksjonelle somatiske lidelser», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 122, pp. 1397-1401.
- Brage, S., Fleten, N., Knudsrød, O. G., Reiso, H., & Ryen, A. 2004, «Norsk Funksjonsskjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførhetsvurdering», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 124, pp. 2472-2474.
- Brülde, B. & Tengland, P.-A. 2003, *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*, Studentlitteratur, Lund.
- Bruusgaard, D. 1994, «...den behandlende lege må bruke sitt medisinske skjønn og klokskap etter beste evne...», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 114, pp. 1401-1402.
- Bruusgaard, D. 1996, «Pasientens advokat eller velferdsstatens vokter?», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 116, pp. 2455-2457.
- Bruusgaard, D. & Brage, S. 2002, «The magnitude of the problem,» in *Chronic Myofascial Pain. A patient-centered approach*, K. Malterud & S. Hunskår, eds., Radcliffe Medical Press, Abingdon, pp. 1-20.
- Bruusgaard, D., Heiberg, A. N., Lie, R. K., Malterud, K., Noreik, K., & Westin, S. 1995, *Sykdomsbegrepet i Folketrygden (§8-3). Konsensusrapport til Trygderetten. Rapport 95:2*, Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Brækhus, H. 1996, *Mor kan ikke bli syk. Om uførepensjon til husmødre etter folketrygdløven – i et kvinnerettslig perspektiv*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Buber, M. 1988, «Distance and Relation,» in *Buber, M. The Knowledge of Man*, Humanities Press International, Atlantic Highlands, NJ, pp. 49-61.
- Bull, E. 1953, *Arbeidervern gjennom 60 år*, Statens arbeidstilsyn/Tiden, Oslo.
- Burwood, S., Gilbert, P., & Lennon, K. 1999, *Philosophy of mind*, UCL Press, London.
- Bynum, W. F. 1993, «Nosology,» in *Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Volume 1*, W. F. Bynum & R. Porter, eds., Routledge, London, pp. 335-356.
- Bynum, W. F. 1994, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bø, T. P. 2003, *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2003*, Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2003:25.
- Cardinal, D., Hayward, J., & Jones, G. 2004, *Epistemology. The theory of knowledge*, John Murray, London.
- Care, N. S. 2005, «Individualism, moral and political,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, p. 431.
- Carlsen, B. 2006, *The changing role of gatekeepers. Rationing and shared decision-making in primary care. Doktorgradsavhandling*, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Castel, R. 2003, *From manual workers to wage laborers. Transformation of the social question. Translated and edited by R Boyd*, Transaction Publishers, New Brunswick, N.J.
- Castel, R. 2005, *Die Stärkung des Sozialen. Leben im neuen Wohlfahrtsstaat. Aus dem Französischen von M. Tillmann*, Hamburger Edition, Hamburg.
- Chalmers, A. F. 1999, *What is this thing called Science?* 3. edn, Open University Press, Buckingham.

- Christiansen, N. F. & Petersen, K. 2003, «Norden som folkehjem,» in *Den mangfoldige velferden. Festschrift til Anne-Lise Seip*, E. Benum et al., eds., Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Cibis, W. & Hüller, E. 2003, «Die sozialmedizinische Begutachtung,» in *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*, 6. edn, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, ed., Springer, Berlin, pp. 79-127.
- Claussen, B. & Bjerkedal, T. 1999a, «Kilder til livsopphold etter avslag på søknad om uførepensjon», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 2187-2191.
- Claussen, B. & Bjerkedal, T. 1999b, «Søknader om uførepensjon før og etter innstramningen i 1991», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 2182-2186.
- Cocchiarella, L. & Andersson, G. B. J., eds., 2001, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 5. edn, American Medical Association Press, Chicago.
- Cohen, G. A. 1993, «Equality of What? On Welfare, Goods, and Capabilities,» in *The Quality of Life. A study prepared for the World Institute for Development Economics Research (WIDER) of the United Nations University*, M. C. Nussbaum & A. Sen, eds., Clarendon Press, Oxford, pp. 9-29.
- Condorcet, A.-N. de. 1955, *Sketch for a Historical Picture of the Progress of the Human Mind (1795)*. Trans. J. Barraclough, Weidenfeld and Nicolson, London.
- Conze, W. 1972, «Arbeit,» in *Geschichtliche Grundbegriffe: historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland. Bd. 1: A-D*, O. Brunner, W. Conze, & R. Koselleck, eds., Klett, Stuttgart, pp. 154-215.
- Copleston, F. 1994a, *A history of philosophy. Volume IV: Modern Philosophy. From Descartes to Leibniz. (1960)*, Doubleday, New York, NY.
- Copleston, F. 1994b, *A history of philosophy. Volume IX: Modern Philosophy. From the French Revolution to Sartre, Camus, and Lévi-Strauss (1974)*, Doubleday, New York, NY.
- Cottingham, J. 2005, «Impartiality,» in *The Shorter Routledge Encyclopedia of Philosophy*, E. Craig, ed., Routledge, London, p. 438.
- Craig, R. L. 1999, *Stor norsk-engelsk juridisk ordbok*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Defoe, D. 1697, *An Essay on Projects*, <http://etext.library.adelaide.edu.au/d/defoe/daniel/d31es/index.html> eBooks@Adelaide.
- Den norske lægeforening 1952, «Attestregler for Den norske lægeforening. Vedtatt av Landstyret i 1951,» in *Årbok for Den norske lægeforening. 16. årgang*, O. Bjercke, ed., Den norske lægeforening, Oslo, pp. 111-112.
- Den norske lægeforening 1963, «Etliske regler for læger. Vedtatt av landstyret 1961,» in *Årbok for Den norske lægeforening. 23. årgang*, O. Bjercke, ed., Den norske lægeforening, Oslo, pp. 117-124.
- Den norske lægeforening 2006, *Etliske regler for leger*. www.legeforeningen.no/index.gan?id=485 (24.11.06).
- Den parlamentariske Arbeiderkommission 1899, *Indstilling til Lov om Invaliditets- og Alderdødsforsikring for det norske folk. Flertallets forslag*, Kristiania.
- Det norske Arbeiderparti 1918, *Folkeforsikring eller folkepension?* Det norske Arbeiderpartis forlag, Kristiania.
- Diderichsen, J. 1986, «Klassifisering av kroniske sykdommer og funksjonshemninger. International Classification of Impairments Disabilities and handcaps (IC-IDH)», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 106, pp. 846-848.
- Dillon, M.C. 1997, *Merleau-Ponty's Ontology*, 2. edn, Northwestern University Press, Evanston IL.
- Donceel, P. 1999a, *De bijdrage van de verzekeringsgeneeskundige tot de professionele reïntegratie na een heelkundige behandeling van de lumbale wervelzuil. Doktorgradsavhandling*, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.

- Donceel, P. 1999b, «English summary,» in *De bijdrage van de verzekeringsgeneeskundige tot de professionele reïntegratie na een beelkundige behandeling van de lumbale wervelzuil. Doktorgradsavhandling*, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, pp. 123-126.
- Duncan, G. 2000, «Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say?», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, pp. 485-513.
- DWP 2004, «The Personal Capability Assessment,» in *A Guide for Registered Medical Practitioners. Revised with Effect from August 2004*, Department for Work and Pensions, London, pp. 38-42.
- Dæhli, B. & Bjerkedal, T. 1991, «Legens praktisering av lovens medisinske villkår for rett til uførepensjon», *Tidsskrift for Den norske lægeforsening*, vol. 111, pp. 1144-1146.
- Eckart, W. U. 2005, *Geschichte der Medizin*, 5. edn, Springer, Heidelberg.
- Edebalk, P. G. 1996, *Välfärdsstaten träder fram. Svensk socialförsäkring 1884-1955*, Arkiv förlag, Lund.
- Edwards, S. D. 1998, «The body as object *versus* the body as subject: The case of disability», *Med Health Care Philos.*, vol. 1, no. 1, pp. 47-56.
- Edwards, S. D. 2005, *Disability. Definitions, value and identity*, Radcliffe Publishing, Oxford.
- Eghigian, G. 2000, *Making Security Social. Disability, Insurance and the Birth of the Social Entitlement State in Germany*, University of Michigan Press, Ann Arbor MI
- Eiken, T. & Saksvik, P.Ø. 2003, «Det psykososiale arbeidsmiljøet – hvor er det blitt av den sosiale dimensjonen?» i *Ny personalpsykologi for et arbeidsliv i endring. Nye perspektiver på samspillet organisasjon og menneske*, P.Ø. Saksvik & K. Nytrø, eds., Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, pp. 144-169.
- Engel, G. L. 1977, «The Need for a New medical Model: A Challenge for Biomedicine», *Science*, vol. 196, pp. 129-136.
- Engelhardt, D. v. 1993, «Causality and conditionality in medicine around 1900,» in *Science, Technology, and the Art of Medicine. European-American Dialogues*, C. Delkeskamp-Hayes & M. A. G. Cutter, eds., Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 75-104.
- Enger, E. & Hodne, Å. 1986, «Rådet for legeetikk 1961 – 86», *Tidsskrift for Den norske lægeforsening*, vol. 106, pp. 1240-1249.
- Erichsen, E. 1976, «Årsaker til økning i antall uførepensjonister – en kommentar», *Sosial trygd*, vol. 64, pp. 366-367.
- Esping-Andersen, G. 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Evang, K. 1950, «Lægeerklæringer. (Del 2)», *Tidsskrift for Den norske lægeforsening*, vol. 70, pp. 427-433.
- Fay, B. 1996, *Contemporary Philosophy of Social Science. A Multicultural Approach*, Blackwell Publishers, Oxford.
- Feinberg, J. 1973, *Social Philosophy*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Feinberg, J. 2005, «Freedom and liberty,» in *The Shorter Routledge Encyclopedia of Philosophy*, E. Craig, ed., Routledge, London, pp. 294-298.
- Feiring, M. 2004, «Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrephistorie,» in *Lærebok i rehabilitering : når livet blir annerledes*, L. L. Wekre & K. Vardeberg, eds., Fagbokforl., Bergen, pp. 15-22.
- Fellsches, J. 1999, «Liebe,» in *Enzyklopädie Philosophie, Band 1*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 784-788.
- Fistetti, F. 1999, «Solidarität,» in *Enzyklopädie Philosophie, Band 2*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 1484-1489.

- Fleten, N. 2006, *The sick-listed: an under-recognised resource in handling sickness absence. Doktorgradsavhandling*, Institute of Community Medicine. University of Tromsø.
- Flor, J. R. 1982, «Den logiske positivisme,» in *Vor tids filosofi. Videnskap og sprog*, P. Lübcke, ed., Politikens Forlag, Copenhagen.
- Floistad, G. 1968, *Heidegger. En innføring i hans filosofi*, Pax, Oslo.
- Foldspang, A. & Sabroe, S. 1978, *Erhvervsevnebegrebet ved længerevarende uarbejdsdygtighed. En socialmedicinsk og socialretshistorisk studie. Utgivelse nr. 17*, Socialmedicinsk institut, Aarhus Universitet, Århus.
- Forente nasjoner 1948, *Verdenserklæringen om menneskerettighetene*. http://www.fn.no/erklæringer_og_konvensjoner/verdenserklæringen_om_menneskerettighetene.
- Forente nasjoner 1993, *Standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming*. http://www.fn.no/erklæringer_og_konvensjoner/standardregler_for_funksjonshemmedelfns_standardregler_for_like_muligheter_for_mennesker_med_funksjonshemming.
- Foss, L. & Rothenberg, K. 1987, *The Second Medical Revolution. From Biomedicine to Informedicine*, Shambhala, Boston.
- Frevort, U. 1984, *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Vandenhoeck & Rubrecht, Göttingen.
- Fugelli, P., Haug, K., Høyer, G., Mæland, J. G., & Westin, S. 2004, «Hva er sosialmedisin?» in *Sosialmedisin – i teori og praksis*, Mæland JG et al., eds., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 17-35.
- Fugelli, P. & Malterud, K. 1974, «Den uføre – hjelpeapparatet – omgivelsene», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 94, pp. 887-894.
- Furre, B. 1999, *Norsk historie 1914-2000. Industrisamfunnet – frå vokstervisse til framtidstvil. Norsk historie bd. 6*, Samlaget, Oslo.
- Føllesdal, A. 1999, «Hvorfor likhet – hva slags likhet?», *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 40, no. 2, pp. 147-171.
- Føllesdal, D. & Walløe, L. 2000, *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*, 7. edn, Universitetsforl., Oslo.
- Gadamer, H.-G. 1990, *Hermeneutik I. Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. (1960)*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.
- Gadamer, H.-G. 1986a, «Die Universalität des hermeneutischen Problems (1966),» in *Hermeneutik II: Wahrheit und Methode. Ergänzungen. Register*, H.-G. Gadamer, ed., J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, pp. 219-231.
- Gadamer, H.-G. 1986b, «Probleme der praktischen Vernunft (1980),» in *Hermeneutik II: Wahrheit und Methode. Ergänzungen. Register*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, pp. 319-329.
- Gadamer, H.-G. 1996, *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age. Translated by J. Gaiger and N. Walker*, Polity Press, Cambridge.
- Gannik, D. E. 2002, «Situationelt perspektiv på sykdom», *Ugeskrift for Læger*, vol. 164, pp. 5230-5234.
- Gannik, D. E. 2005, *Social sykdomsteori – et situationelt perspektiv*, 2. forkortede og reviderte utg, Forlaget Samfundslitteratur, Fredriksberg.
- Geerts, A., Kornblith, B. A., & Urmson, W. J. 1977, *Compensation for bodily harm. A comparative study*, Fernand Nathan, Brussels.
- Gert, B. 2004, *Common Morality. Deciding What to Do*, Oxford University Press, New York, NY.
- Getz, L., Westin, S., & Paulsen, B. 1994, «Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 114, pp. 1435-1440.

- Gilje, N. & Grimen, H. 1993, *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Gjesdal, S., Lie, R. T., & Mæland, J. G. 2004, «Variations in the risk of disability pension in Norway 1970-99. A gender-specific age-period-cohort analysis», *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, pp. 340-348.
- Godfrey-Smith, P. 2002, «Environmental Complexity and the Evolution of Cognition,» in *The Evolution of Intelligence*, R. Sternberg & J. Kaufman, eds., Lawrence Erlbaum, Mahwah, pp. 233-249. http://philrsss.anu.edu.au/~pgs/Online_papers/PGSComplexity&Cog2002.pdf (20.11.06).
- Gogstad, A. C. 1963, «Hva forstår vi ved attføring?» in *Lærebok i attføring*, Sentralrådet for yrkesvalghemmede, ed., Universitetsforlaget, [Oslo], pp. 11-13.
- Gogstad, A. C. 1968, *Evaluation of Factors Determining the Results of Vocational Rehabilitation. Doktorgradsavhandling*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Gogstad, A. C. 1989, «Attføring og trygd», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 109, pp. 2559-2561.
- Gogstad, A. C. 1994, «Trygghet på lang sikt. Noen trekk fra vår velferdspolitiske historie», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 114, pp. 3625-3627.
- Gogstad, A. C. & Bjerkedal, T. 2001, «Stadig flere unge uføretrygdede», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 121, pp. 1452-1456.
- Goldstein, K. 2000, *The Organism. A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man (1935), with a foreword by O. Sachs*, paperback edn, Zone, New York NY.
- Gosepath, S. 1999, «Gleichheit/Ungleichheit,» in *Enzyklopädie Philosophie. Band 1*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 501-506.
- Gräff, S. 1949, *Medizinische und pathologisch-anatomische Forschung und Lehre. Betrachtungsweisen und ihre Auswirkung in Arztum, Rechtspflege und Versicherungswesen*, Stromverlag, Hamburg.
- Gray, J. 1995, *Liberalism*, 2. edn, Open University Press, Buckingham.
- Grondin, J. 1994, *Introduction to Philosophical Hermeneutics*, Yale University Press, New Haven/London.
- Grue, L. 2004, *Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*, Abstrakt forlag, Oslo.
- Grünfeld, B. 1970, «Nye synsmåter på vår sosiale lovgivning og dens praktisering», *Sosial trygd*, vol. 58, no. 4, pp. 224-230.
- Grünfeld, B. 1991, «Uførepensjoneringens problematiske situasjon – en meningsytring», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 111, pp. 1151-1152.
- Grünfeld, B. & Noreik, K. 1996, «Syke kvinner og uførepensjonerte menn. Noen refleksjoner», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 116, pp. 988-989.
- Grünfeld, B. & Noreik, K. 1997, «Er regjeringens arbeidslinje for ambisiøs?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 117, pp. 536-538.
- Grunnloven 2006, in *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2006-2007*, A. Syse, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 1-14.
- Grønlie, T. 1991, «Velferdskommunen,» i *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*, A.-H. Nagel, ed., Alma Mater Forlag, Bergen, pp. 43-52.
- Guérin, J.-R. 1975, «An die Ärzteschaft Frankreichs (1848),» in *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, H.-U. Deppe & M. Regus, eds., Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, pp. 215-223.
- Gulbrandsen, P., Førde, R., & Aasland, O.G. 2002, «Hvordan har legen det som portvakt?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 122, pp. 1874-1879.
- Gulbrandsen, P. 2004, «Rettferdighet og prioritering,» in *Sosialmedisin – i teori og praksis*, J. G. Mæland et al., eds., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 371-382.

- Gulbrandsen, P., Aasland, O. G., & Førde, R. 2004, «Legeattester for å hjelpe pasienten», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 124, pp. 192-194.
- Gumprecht, F., Pfarrius, G., & Rigler, O. eds., 1913, *Lehrbuch der Arbeiter – Versicherungsmedizin*, Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig.
- Haavet, I. E. 1994a, «På terskelen til velferdssamfunnet,» in *Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1994-1994*, Ø. Bjørnson & I. E. Haavet, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 195-201.
- Haavet, I. E. 1994b, «Uføretrygd mellom behandlingsoptimisme og styringskrise,» in *Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1994-1994*, Ø. Bjørnson & I. E. Haavet, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 229-269.
- Hacking, I. 1990, *The Taming of Chance*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Hadler, N. M. & Ehrlich, G. E. 2003, «Fibromyalgia and the Conundrum of Disability Determination. Editorial», *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 45, pp. 1030-1033.
- Halligan, P. W., Bass, C., & Oakley, D. A. 2003, «Wilful deception as illness behaviour,» in *Malingering and illness deception*, P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley, eds., Oxford University Press, Oxford, pp. 3-28.
- Halvorsen, K. 2004, «De som bærer byrdene av arbeidslinjen», *Velferd* no. 8, pp. 30-33.
- Hamlyn, D. W. 1970, *The Theory of Knowledge*, Macmillan, London.
- Hanch-Hansen, T. ed. 2002, *Mellom pasient og samfunn. Norsk trygdemedisinsk forening 50 år. 1952-2002*. Norsk trygdemedisinsk forening, Oslo.
- Hanoa, R. 1975, «Uførevurdering i praktisk medisin», *Sosial trygd*, vol. 63, pp. 206-212, 228.
- Harlem, G. 1959, «Invaliditetsvurdering», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 79, pp. 380-383.
- Harlem, G. 1969a, «Invaliditet og invaliditetsvurdering», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 89, pp. 1347-1348.
- Harlem, G. 1969b, «Uførhet og attføring», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 89, pp. 1205-1206.
- Harlem, G. 1976a, *Studies on the Relation between Impairment, Disability and Dependency. Doktorgradsavhandling*, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Harlem, G. 1976b, «Uførebegrepet i teori og praksis», *Sosial trygd*, vol. 64, pp. 171-177, 194.
- Harlem, G. 1977, «Attføringsinsittuttenes plass i det samlede attføringsapparat», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 97, pp. 1336-1338.
- Hartvig, P. 1989, «Sykdoms- og uførebegrepet i Folketrygden. Kliniske, epidemiologiske og legeetiske betraktninger», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 109, pp. 2316-2318.
- Hartvig, P. 1999, «Trygdeerklæring fra psykiater ved diffuse lidelser», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, p. 4363.
- Hartvig, P. & Szanday, Z. 1985, «Somatoforme tilstander. Folkesykdom i forkledning», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 105, pp. 1219-1222.
- Hatland, A. 1993, «Rettigheter og skjønn ved fordeling av velferdsgoder», *Lov og Rett* no. 2, pp. 120-136.
- Hatland, A. 2001, «Trygd og arbeid,» in *Den norske velferdsstaten*, 3. edn, A. Hatland, S. Kuhnle, & T. I. Romøren, eds., Gyldendal, Oslo, pp. 79-117.
- Hatland, A. & Terum, L. I. 2005, «Skreddersøm, skjønn og rettigheter,» in *De norske trygdene. Framvekst, forvaltning og fordeling*, A.-H. Bay et al., eds., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 133-148.

- Haugli, L. & Steen, E. 2001, *Kroniske muskelskjelettsmerter og selvforståelse. Utvikling og evaluering av en læringsmodell som vektlegger kroppen som meningsbærer. Doktorgradsavhandling*, Det medisinske fakultet. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Heidegger, M. 1967, *Sein und Zeit (1927)*, Max Niemeyer Verlag, Tübingen.
- Helle, K. 1984, *Nomadefolk og høykulturer. 1000-1300. Aschehougs Verdenshistorie*, Aschehoug & Co. (W. Nygaard), Oslo.
- Helsedirektoratet 1991, *Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering*, Helsedirektoratet, Oslo.
- Hepburn, R. W. 2005, «Practical reason,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 746-747.
- Hermerén, G. 1972, *Värdering och objektivitet*, Studentlitteratur, Lund.
- Hildebrand, H. 1913, «Das ärztliche Gutachten,» in *Arbeiter – Versicherungsmedizin*, F. Gumprecht, G. Pfarrius, & O. Rigler, eds., Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, pp. 60-76.
- Hinsch, W. 2002, *Gerechtfertigte Ungleichheiten. Grundsätze sozialer Gerechtigkeit*, de Gruyter, Berlin.
- Hofmann, B. 2001, «Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks», *Theoretical Medicine*, vol. 22, pp. 211-236.
- Hofmann, B. 2002, *The technological invention of disease – On disease, technology and values. Doktorgradsavhandling*, University of Oslo, Faculty of Medicine, Center for Medical Ethics, Oslo.
- Hofmann, B. 2003, «Medicine as *téchne* – a perspective from antiquity», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 28, pp. 403-425.
- Holgensen, G. 1992, *Tilbake til arbeid? : folketrygdens regler om ytelser under attføring med hovedvekt på de sentrale vilkår*, Alma mater, Bergen.
- Holgensen, G. 1999, «Juridisk skjønnsutøvelse,» in *Etiske dilemma i trygdemedisinsk praksis. Rapport fra et seminar 28.-30. april 1999*, H. M. Solli, ed., Norsk trygdemedisinsk forening, Oslo, pp. 65-74.
- Holzinger, H. 1992, *Die geschichtliche Entwicklung der sozialen Sicherung bei Arbeitsunfähigkeit. Dissertation*, HochschulVerlag, Freiburg (Breisgau).
- Hornsby, J. 2005, «Action,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 4-5.
- Huerkamp, C. 1985, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preussens*, Vandenhoeck & Rubrecht, Göttingen.
- Husom, N. 1996, «Revisjon av Etiske regler er sluttført,» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 116, p. 3406.
- Husom, N. 2003, «- Alltid kliniske funn ved funksjonelle plager,» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 123, pp. 496-497.
- Hvinden, B. 1991, «Attføring i uføresaker – praktisk virkemiddel eller uforpliktende symbol?,» in *Trygd som fortjent? En antologi om trygd og velferdsstat*, A. Hatland, ed., Ad Notam, Oslo, pp. 229-244.
- Hvinden, B. 1994, *Divided Against Itself. A Study of Integration in Welfare Bureaucracy*, Scandinavian University Press, Oslo.
- Hydle, I. 1997, «Er du syk eller frisk på trygdekontoet?,» in *Antropologiske perspektiver på medisinen, trygden og retten*, I. Hydle, ed., Tano Aschehoug, Oslo, pp. 16-30.
- Höffe, O. 2001, *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*, Verlag CH Beck, München.
- Höffe, O. 2002, «Gerechtigkeit,» in *Lexikon der Ethik*, 6. edn, O. Höffe, ed., C.H.Beck, München, pp. 80-84.

- ILO 1937, *The Evaluation of Permanent Incapacity for Work in Social Insurance*, King & Son, London.
- Ishay, M. R. 2004, *The History of Human Rights. From Ancient Times to the Globalization Era*, University of California Press, Berkeley.
- Iversen, J.-G. 1998, «Integrert biologi – fremtidens biomedisinske vitenskap», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 118, pp. 2811-2813.
- Jantsch, E. 1979, *Die Selborganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist*, Hanser Verlag, München.
- Jensen, L. B. 1997, *Indføring i tekstanalyse*, Roskilde Universitetsforlag, Fredriksberg.
- Jensen, U. J. 1986, *Sygdomsbegreber i praksis. Det kliniske arbejdets filosofi og videnskabsteori*, 2nd edn, Munksgaard, København.
- Johannessen, K. S. 1986, *Kunst, språk og estetisk praksis*, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Johannessen, K. S. 1999, *Praxis och tyst kunnande*, Dialoger, Stockholm.
- Johansen, K. E. 1994, «Ethiske teorier,» in *Etikk – en innføring*, K. E. Johansen, ed., Cappelen Forlag, Oslo, pp. 93-176.
- Johansen, Ø. K. 2003, *Fra forsyn til fremsyn. Forsikringens vesen, opprinnelse og utvikling*, Den norske Bank Holding, Oslo.
- Johnson, G. E. 2002, *Idealer, villfarelser og maktkamp. En historie om den moderne legerollen. Hovedoppgave i idéhistorie*, Institutt for kulturstudier, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Johnson, G.E. 2004, «Tid for en smule ansvarsfraskrivelse? Legerollen som historisk konstruksjon», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 124, pp. 2137-2139.
- Kant, I. 1998, *Groundwork of the Metaphysics of Morals (1785). Translated and edited by M. Gregor*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Karlsson, G. 2000, «The Welfare State,» in *The History of Iceland*, G. Karlsson, ed., University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Kaskel, W. 1913, «Das soziale Versicherungsrecht,» in *Arbeiter – Versicherungsmedizin*, F. Gumprecht, G. Pfarrius, & O. Rigler, eds., Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, p. XI-XXVIII.
- Kauffman, S. 1996, *At Home in the Universe. The Search for Laws of Self-Organization and Complexity*, Penguin Books, London.
- Kerber, W. 1998, *Sozialethik*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Kildal, N. 1998, «Velferd og arbeidspålit. Om arbeidslinjens begrunnelse», *Tidsskrift for Velferdsforskning*, vol. 1, no. 1, pp. 20-36.
- Kildal, N. 2004, «Velferdsstaten: For alle eller bare for dem som yter?», *Velferd* no. 2, pp. 28-31.
- Kildal, N. & Kuhnle, S. 2005, «The Nordic welfare model and the idea of universalism,» in *Normative Foundations of the Welfare State. The Nordic experience*, Kildal N & Kuhnle S, eds., Routledge, London, pp. 13-33.
- Kim, J. 2005, «Emergent properties,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2nd edn, Honderich T, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 239-40.
- Kimball, C. P. 1981, *The Biopsychosocial Approach to the Patient*, Williams & Wilkins, Baltimore, MD.
- King, L. S. 1982, *Medical Thinking: A Historical Preface*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Kirkengen, A. L. 1990, «Kroppen som scene for livet – hvordan sier vi det usigbare?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 110, pp. 3932-3934.
- Kirkengen, A. L. 2000, «Innskrevet i kroppen», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 120, pp. 1518-1522.
- Kirkengen, A. L. 2005, *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*, Universitetsforlaget, Oslo.

- Kjeldstadli, K. 1997, «Å analysere skriftlige kilder,» in *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*, Fossåskaret E, Fuglestad OL, & Aase TH, eds., Universitetsforlaget, Oslo, pp. 207-233.
- Kjæstad, K. 1959, «Invaliditetsvurdering», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 79, p. 568.
- Kjæstad, K. 1964, «Strukturforandringer i trygdekassene og konsekvenser av disse», *Sosial trygd*, vol. 28, no. November, pp. 399-402.
- Kjønstad, A. 1979, *Yrkesskadetrygden : fire utvalgte emner. Doktorgradsavhandling*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Kjønstad, A. 1988, *Folketrygdens uførepensjon*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Kjønstad, A. 1989, «Fem ulike uførebegreper», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 109, no. 23, pp. 2311-2315.
- Kjønstad, A. 1998, *Innføring i trygderett*, 3. edn, Tano Aschehoug, [Oslo].
- Kjønstad, A. 2005, *Helserett – pasienters og helsearbeideres rettstilling*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kjønstad, A. & Syse, A. 2005, *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter. Rettsikkerhet. Tvang*, 3. edn, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kleinman, A. & Seeman, D. 2000, «Personal Experience of Illness,» in *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw, eds., Sage, London, pp. 230-242.
- Knardahl, S. 1998, *Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Knepper, H. 1927, «Der Arzt in der Invaliden- und Unfallversicherung,» in *Gesundheitsfürsorge, Soziale und Private Versicherung*, Ascher L et al., eds., Julius Springer, Berlin, pp. 825-840.
- Koch, L. 2003, «Tekstanalyse,» in *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab*, 2. edn, L. Koch & S. Vallgård, eds., Munksgaard, København, pp. 53-68.
- Kristensen, P. & Bjerkedal, T. 2004, «Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå,» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 124, pp. 2879-2883.
- Krogh, T. 2003, *Historie, forståelse og fortolkning. Innføring i de historisk-filosofiske fags fremvekst og arbeidsmåter*, 4. edn, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Krohne, K. & Brage, S. 2007, *Behandlers forståelse av funksjon. Prosjekt «Funksjonsvurderinger – behandlers oppgaver i det inkluderende arbeidsliv»*, Seksjon for arbeids- og trygdemedisin, Oslo.
- Krokstad, S., Johnsen, R., & Westin, S. 2002, «Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon,» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 122, pp. 1479-1485.
- Kuhn, T. S. 1996, *Vitenskapelige revolusjoners struktur (1972). Oversatt av T. Berg og L. Holm-Hansen*, 2. edn, Spartacus forlag AS, Oslo.
- Kuhnle, S. 2001, «Velferdsstatens idégrunnlag i perspektiv,» in *Den norske velferdsstaten*, 3. edn, A. Hatland, S. Kuhnle, & T. I. Romøren, eds., Gyldendal, Oslo, pp. 9-31.
- Kærgård, N. 2004, «Den økonomiske teori og velferdsstatens opprinnelse,» in *Den danske velferdsstats historie. Antologi 04:18*, N. Ploug, I. Henriksen, & N. Kærgård, eds., Socialforskningsinstituttet, København, pp. 22-41.
- Köglér, H. H. 1999, *The Power of Dialogue. Critical Hermeneutics after Gadamer and Foucault. Transl. by P. Hendrickson*, The MIT Press, Cambridge, MA.
- La Mettrie, J. O. de 2001, *Der Mensch eine Maschine. (1747). Übersetzt von T. Lücke*, Philipp Reclam jun., Stuttgart.
- Lahaye, D. 1975, *Schade aan de Mens. Deel II. Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in de geneeskunde. Doktorgradsavhandling*, Kluwer, Berchem/Antwerpen.

- Laín Entralgo, P. 1969, *Doctor and Patient*. Translated by F. Partridge, Weidenfeld and Nicolson, London.
- Lange, E. 1998, *Samling om felles mål 1935-1970. Aschehous Norgeshistorie. Bind 11*, Aschehoug, Oslo.
- Larsen, E. 1994, «Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. Ulike samarbeidsformers muligheter og begrensninger», *Norges Barnevern*, vol. 71, no. 1, pp. 4-9.
- Larsson, K. 1963, «Teamarbeid. Motivasjonsproblemer,» in *Lærebok i atfføring*, Sentralrådet for yrkesvalghemmede, ed., Universitetsforlaget, [Oslo], pp. 36-46.
- Lay, W. & Hansmeier, T. 2004, «Zwischen Gerechtigkeit und Effizienz? Verteilungsgerechtigkeit in der Rehabilitation,» in *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften*, S. Liebig, H. Lengfeld, & S. Mau, eds., Campus Verlag, Frankfurt, pp. 133-159.
- Leiter, B. (ed.) 2001, *Objectivity in Law and Morals*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Lichtenthaeler, C. 1987, *Geschichte der Medizin : die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung : ein Lehrbuch für Studenten, Ärzte, Historiker und geschichtlich Interessierte*, 4. edn, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Lie, I. 1989, *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Lie, I. 1996, *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*, 2. edn, Ad notam Gyldendal, Oslo.
- Lien, L. 1992, «Legers initiativ, samarbeidsevne og holdning i arbeidet med uførepensjonsaker», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 112, pp. 210-212.
- Lindén, V. 1968, «Vurdering av uførhet (invaliditet)», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 88, pp. 1688-1692.
- Lindén, V. 1971, *Permanent Disability and Social Background*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Lindén, V. 1972, «Bruk og misbruk av uføretrygd», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 92, pp. 1469-1471.
- Lipsky, M. 1980, *Street – Level Bureaucracy*, Russell Sage Foundation, New York.
- Lorentzen, H. 1996, *Velferdsstat og rettferdighet*, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen. 2006, in *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2006-2007*, A. Syse, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 833-836.
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. 2006, in *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2006-2007*, A. Syse, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 68-87.
- Lov om folketrygd. 2006, in *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2006-2007*, A. Syse, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 404-505.
- Lov om helsepersonell m.v. 2006, in *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2006-2007*, A. Syse, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 636-661.
- Lovelock, J. 2006, *The Revenge of Gaia. Why the Earth is Fighting Back – and How We Can Still Save Humanity*, Allen Lane, London.
- Lowe, E. J. 2005, «Ontology,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, Honderich T, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 670-671.
- Lübcke, P. 1982, «Fænomenologien og hermeneutikken i Tyskland,» in *Vor tids filosofi. Engagement og forståelse*, P. Lübcke, ed., Politikens Forlag, Copenhagen.
- Lübcke, P. (ed). 1983, *Politikens filosofi leksikon*, Politikens Forlag, Copenhagen.
- Lumer, C. 1999, «Gerechtigkeit,» in *Enzyklopädie Philosophie. Band 1*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 464-470.
- Lund, A. B. & Christensen, G. 1995, «Tolkning basert på skriftligt materiale,» in *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*, I. M. Lunde & P. Ramhøj, eds., Akademisk Forlag, København, pp. 236-253.

- Lærum, H. 1996, «Objektivitet og sykdom. Om erkendelse og virkelighet på sygdomsområdet», *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, vol. 74, pp. 1375-1382.
- Lærum, H. 1997a, «Forvaltningsmedisin og retsafærd», *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, vol. 75, pp. 485-490.
- Lærum, H. 1997b, «Ret eller retfærdighed», *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, vol. 75, pp. 997-1003.
- Løchen, Y. & Marthinsen, A. 1962, «Samarbeidsproblemer ved gjennomføringen av lovene om attføringshjelp og uføretrygd.», *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 3, 3: pp. 133-168.
- MacIntyre, A. 1984, *After Virtue: A Study in Moral Theory*, 2. edn, University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN.
- MacIntyre, A. 1999, *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*, Duckworth, London.
- Macionis, J. J. & Plummer, K. 2002, *Sociology. A Global Introduction*, 2. edn, Pearson/Prentice Hall, Harlow, England.
- Malterud, K. 1999, «Kvinnens «ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 1790-1793.
- Malterud, K. 2001, «The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers», *Lancet*, vol. 358, pp. 397-399.
- Malterud, K. 2006, «Fra risikojakt til ressursmobilisering.» in *Legekunst i praksis. Kommunikasjon lege – pasient*, K. Malterud, ed., Universitetsforlaget, Oslo, pp. 97-105.
- Malterud, K. & Hunskaar, S., eds. 2002, *Chronic Myofascial Pain. A patient-centered approach*, Radcliffe Medical Press, Abingdon.
- Malthus, T. R. 1986, *An essay on the Principle of Population (1798)*, William Pickering, London.
- Marstein, T. 1970, «Fylkesnemndenes arbeid med attførings- og uføresaken», *Sosial trygd*, vol. 58, no. 1, pp. 16-23.
- Marx, K. 1971, «Kritikk av Gotha – programmet (1875),» in *Karl Marx. Verker i utvalg 4. Politiske skrifter*, J. Elster & E. Lorenz, eds., Pax, Oslo, pp. 207-227.
- Maslow, A. H. 1987, *Motivation and Personality*, 3. edn, HarperCollins, New York.
- Mayr, E. 1997, *This is Biology: The Science of the Living World*, The Belknap Press, Cambridge, MA.
- McElroy, A. & Townsend, P. 2003, *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, 4. edn, Westview Press, Boulder.
- McNeill, J. R. & McNeill, W. H. 2003, *The Human Web. A Bird's-eye View of World History*, Norton, New York, NY.
- McWhinney, I. R. 1997, *A Textbook of Family Medicine*, 2. edn, Oxford University Press, New York, NY.
- McWhinney, I. R. 2003, «The evolution of clinical method,» in *Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method*, 2. edn, M. Stewart et al., eds., Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Meland, E. & Nessa, J. 1999, «Autonomifremmende klinisk arbeid», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 557-559.
- Melzack, R. 1999, «Pain and Stress: A New Perspective,» in *Psychosocial Factors in Pain. Critical Perspectives*, R. J. Gatchel & D. C. Turk, eds., The Guilford Press, New York, pp. 89-106.
- Melzack, R. 2001, «Pain and the Neuromatrix in the Brain», *Journal of Dental Education*, vol. 65, pp. 1378-1382.
- Merleau-Ponty, M. 1962, *Phenomenology of Perception (1945)*. Translated by C. Smith, Routledge, London.

- Meyer, U. I. 2003, *Der philosophische Blick auf die Arbeit*, ein-Fach-verlag, Aachen.
- Midré, G. 1995, *Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til velferdsstaten*, 2. edn, Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning, NAVF, Oslo.
- Molander, B. 1996, *Kunskap i handling*, Daidalos, Göteborg.
- Moseng, O. G. 2003, *Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Moser, I. B. 2003, *Road Traffic Accidents: The Ordering of Subjects, Bodies and Disability*, Doktorgradsavhandling. Faculty of Arts, University of Oslo.
- Mæland, J. G. 1983, *Legens attesthåndbok. Almenpraktikerbiblioteket*, Universitetsforlaget, Oslo, Bergen, Stavanger, Tromsø.
- Mæland, J. G. 2003, *Veileder i trygdemedisin 2003*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Mæland, J. G. 2004, «Trygder, pensjoner og økonomisk hjelp,» in *Sosialmedisin – i teori og praksis*, J. G. Mæland et al., eds., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 215-239.
- Mæland, J. G. 2006, *Veileder i trygdemedisin 2006-2007*, 3. edn, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Nagel, T. 2005, «Dualism,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, p. 221.
- NAV & Den norske lægeforening 2006, *Legen i det inkluderende arbeidslivet*, Oslo.
- Nelson, G. R. (ed). 1953, *Freedom and Welfare. Social Patterns in the Northern Countries of Europe*, Copenhagen.
- Nerbøvik, J. 1999, *Norsk historie 1860-1914 : eit bondesamfunn i oppbrot. Ny og utvidet utg. Norsk historie bd. 5*, Samlaget, Oslo.
- Nessa, J. 1996, «Vaktbikkje for velferdsstaten?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 116, pp. 2452-2454.
- Nesse, R. M. & Williams, G. C. 1994, *Why We Get Sick. The New Science of Darwinian Medicine*, Times Books, New York.
- Nielsen, C. V., Michelsen, N., & Jensen, B. T. 2004, «Den socialmedicinske samtale og journal,» in *Klinisk sosialmedisin*, 3. edn, N. Michelsen, B. T. Jensen, & C. V. Nielsen, eds., Fadl's Forlag, København, pp. 70-88.
- Niemelä, H. & Salminen, K. 2003, *Den sociala tryggheten i Finland*, FPA, Pensionsskyddscentralen, TELA, Helsingfors.
- Nipperdey, T. 1998, «Die soziale Frage: Sozialverfassung und Sozialpolitik,» in *Deutsche Geschichte 1866-1918. Band I. Arbeitswelt und Bürgergeist*, T. Nipperdey, ed., Verlag C.H. Beck, München, pp. 335-373.
- Nordenfelt, L. 1983, *On Disabilities and their Classification (gjenoptrykket 1997)*, Department of Health and Society, Linköpings Universitet, Linköping.
- Nordenfelt, L. 1993, «On the notions of disability and handicap», *Scand J Soc Welfare*, vol. 2, pp. 17-24.
- Nordenfelt, L. 1996, *Samtal om hälsan. En dialog om hälsans natur*, Almqvist & Wiksell Medicin/Liber, [Stockholm].
- Nordenfelt, L. 1997, «The Importance of the Disability/Handicap Distinction», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 22, pp. 607-622.
- Nordenfelt, L. 2001, *Health, Science and Ordinary Language. With contributions by G. Khushf and KWM Fulford*, Rodopi, Amsterdam.
- Nordenfelt, L. 2003, «Action theory, disability and ICF», *Disability and Rehabilitation*, vol. 25, pp. 1075-1079.
- Nordenstam, T. 1994, *Fra kunst til vitenskap*, 2. edn, Sigma forlag, Søreidgrend.
- Nordisk Ministerråd 1977, *Förtids- och invalidpension i Norden*, Stockholm, Oslo, København.

- Noreik, K., Grünfeld, B., & Sundby, P. 1990, «Notat om uførepensjonsordningen,» in *NOU 1990:17. Uførepensjon. Norges offentlige utredninger*, Forvaltningstjenestene. Statens trykningskontor, Oslo, pp. 164-185.
- Noreik, K. & Nåmdal, M. 1989, «Legens oppgaver i uførepensjonssaker», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 109, pp. 2562-2566.
- Normann, T. 2004, «Rehabilitering – hva er det?», *Respekt* no. 1, pp. 8-14.
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. 2003, *Om rehabilitering : mot en helhetlig og felles forståelse?* Kommuneforl., Oslo.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. 2004, *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- NOU 1972, *Sosiale tjenester. Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat på kommune- og fylkesplanet. Norges offentlige utredninger 1972:30* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1976, *Attføringsarbeidet. Om målsetting og virkemidler. Norges offentlige utredninger 1976:58* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1977a, *Folketrygdens uførebegrep. Norges offentlige utredninger 1977:14* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1977b, *Uførepensjon og samfunnsstruktur. Norges offentlige utredninger 1977:2* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1980a, *Medisinsk attføring. Norges offentlige utredninger 1980:47* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1980b, *Statens attføringsinstitutter. Norges offentlige utredninger 1980:32* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1987, *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Norges offentlige utredninger 1987:23* Universitetsforlaget, Oslo.
- NOU 1990a, *Forenklet folketrygdlov. Norges offentlige utredninger 1990:20* Forvaltningstjenestene. Statens trykningskontor, Oslo.
- NOU 1990b, *Sykelønnsordningen. Norges offentlige utredninger 1990: 23* Forvaltningstjenestene. Statens trykningskontor, Oslo.
- NOU 1990c, *Uførepensjon. Norges offentlige utredninger 1990:17* Forvaltningstjenestene. Statens trykningskontor, Oslo.
- NOU 1993, *Forvaltningsetikk. Om verdier, holdninger og holdningsskapende arbeid i statsforvaltningen. Norges offentlige utredninger 1993:15* Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning, Oslo.
- NOU 1998, *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Norges offentlige utredninger 1998:18* Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning, Oslo.
- NOU 1999, *Kvinnens helse i Norge. Norges offentlige utredninger 1999:13* Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning, Oslo.
- NOU 2000a, *Forsikringselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger. Norges offentlige utredninger 2000:23* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.
- NOU 2000b, *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. Norges offentlige utredninger 2000:27* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.
- NOU 2001a, *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Norges offentlige utredninger 2001:22* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.
- NOU 2001b, *Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Norges offentlige utredninger 2001:12* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.
- NOU 2004a, *Arbeidsskadeforsikring. Norges offentlige utredninger 2004:3* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.

- NOU 2004b, *En nye arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetat, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver. Norges offentlige utredninger 2004:13* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.
- NOU 2005, *Likeverd og tilgjengelighet. Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av ned-satt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle. Norges offentlige utredninger 2005:8* Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.
- Nussbaum, M. C. 1990, «The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality,» in *Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature*, M. C. Nussbaum, ed., Oxford University Press, New York, pp. 54-105.
- Nussbaum, M. C. 1993, «Non-relative Virtues: An Aristotelian Approach,» in *The Quality of Life. A study prepared for the World Institute for Development Economics Research (WIDER) of the United Nations University*, M. C. Nussbaum & A. Sen, eds., Clarendon Press, Oxford, pp. 242-269.
- Nuzzo, A. 1999, «Ganzes/Teil,» in *Enzyklopädie Philosophie. Band 1*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 410-414.
- OECD 2003, *Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People* OECD, Paris.
- Ofstad, H. 1980, *Ansvar og handling. Diskusjoner om moral-, sosial- og rettsfilosofiske spørsmål*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Ogus, A. I. 1982, «Great Britain,» in *The Evolution of Social Insurance 1881-1981. Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland*, P. A. Köhler, H. F. Zacher, & M. Partington, eds., Francis Pinter, London, pp. 150-264.
- Oliver, M. 1990, *The Politics of Disablement*, Macmillan, Houndmills.
- O'Neill, O. 1993, «Kantian ethics,» in *A Companion to Ethics*, paperback edn, P. Singer, ed., Blackwell, Oxford, pp. 175-185.
- O'Neill, O. 2005, «Practical reason and ethics,» in *The Shorter Routledge Encyclopedia of Philosophy*, E. Craig, ed., Routledge, London, pp. 832-837.
- Opdal, P. M. 1983, *Begrepsanalyse og pedagogikk*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Ot.prp.nr.1 (1979-80) 1979, *Om lov om leger og om lov om tannleger.*
- Ot.prp.nr.11 (1918) 1918, *Om uførhets- og alderstrygd for det norske folk.*
- Ot.prp.nr.13 (1998-1999) 1998, *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven).*
- Ot.prp.nr.17 (1965-66) 1966, *Om lov om folketrygd.*
- Ot.prp.nr.22 (1959) 1959, *1. Om lov om uføretrygd. 2. Om lov om tillegg til lov om syketrygd av 2. mars 1956. 3. Om lov om endringer i lov om syketrygd av 2. mars 1965 m.fl. lover.*
- Ot.prp.nr.29 (1995-96) 1996, *Om ny lov om folketrygd (folketrygdloven).*
- Ot.prp.nr.42 (1994-95) 1995, *Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjonen).*
- Ot.prp.nr.47 (1937) 1937, *Lov om pensjon til uføre, blinde og vanføre.*
- Ot.prp.nr.62 (1990-91) 1991, *Om midlertidig lov om kompensasjonstillegg til ytelser fra folketrygden og om lov om endringer i lov 17. juni 1966 nr 12 om folketrygd.*
- Paine, T. 1915, *The Rights of Man (1791)*, Dent, London.
- Palmer, R. R., Colton, J., & Kramer, L. 2002, *A History of the Modern World*, 9. edn, McGraw-Hill, Boston.
- Pauli, H. G. 1997, «Psychosomatic and sociosomatic origins of health and ill-health,» in *Psychosomatic Medicine*, Uexküll T von, ed., Urban & Schwarzenberg, München, pp. 51-59.
- Peacocke, C. 1992, «Subjectivity,» in *A Companion to Epistemology*, J. Dancy & E. Sosa, eds., Blackwell, Oxford, pp. 497-500.
- Pedersen, O. B., Prestegaard, K., Hjortdahl, P., & Holm, H. A. 2001, *Strategisk læring i klinisk praksis*, Den norske lægeforening, Oslo.

- Petersen, J. H. 2004, «Den danske velfærdsstats oprindelse,» in *Den danske velfærdsstats historie. Antologi 04:18*, Ploug N, Henriksen I, & Kærgård N, eds., Socialforskningsinstituttet, København, pp. 42-69.
- Polanyi, M. 1967, *The Tacit Dimension*, Anchor Books, New York.
- Porter, D. 1999a, *Health, Civilization and the State. A history of public health from the ancient to modern times*, Routledge, London.
- Porter, R. 1999b, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, Fontana Press, London.
- Poser, H. 2001, *Wissenschaftstheorie. Eine philosophische Einführung*, Philipp Reclam jun., Stuttgart.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. 2000, «Why Do We Need What We Need? A Terror Management Perspective on the Roots of Human Social Motivation,» in *Motivational Science. Social and Personality Perspectives.*, E.T. Higgins & A.W. Kruglanski, eds., Psychology Press, Philadelphia, PA, pp. 76-95.
- Raeff, M. 1983, *The Well-Ordered Police State. Social and Institutional Change through Law in the Germanies and Russia, 1600-1800*, Yale University Press, New Haven.
- Rapport fra arbeidsgruppe 2006, *Varsom, nøyaktig og objektiv – krav til attester og erklæringer fra helsepersonell. Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av helse – og sosialministeren for å vurdere bruk av sakkyndig helsepersonell innen justissektoren*, Oslo. http://www.dep.no/hod/norsk/dok/landre_dok/rapporter/048071-990356/dok-bn.html.
- Rasmussen, H. 1961, *Pasientundersøkelser og journalskriving : veiledning og retningslinjer for studenter*, John Grieg, Bergen.
- Rawls, J. 1999, *A Theory of Justice (1971)*, Rev. edn, The Belknap Press, Cambridge, Mass.
- Rawls, J. 2003, *Rettferdighet som rimelighet. En reformulering. Redigert av E. Kelly. Oversatt av K. Swensen. Innledning ved Andreas Føllesdal*, Pax, Oslo.
- Rein, K. 1963, «Attføringshjelp og uføretrygd. Erfaringer fra Vik lagedistrikt», *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, vol. 83, no. 536, p. 539.
- Reiso, H. 2004, *Work ability and sickness absence. A follow-up study in general practice. Doktorgradsavhandling*, Department of General Practice and Community Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Rejda, G. E. 2001, *Principles of Risk Management and Insurance*, 7. edn, Addison Wesley, Boston.
- Renthe-Fink, B. v. 1959, «Versicherungsmedizin,» in *Medizin I*, F. Hartmann et al., eds., Fischer Bücherei, Frankfurt am Main, pp. 338-346.
- Rescher, N. 1996, *Process Metaphysics. An Introduction to Process Philosophy*, State University of New York Press, Albany, NY.
- Rescher, N. 1997, *Objectivity : the obligations of impersonal reason*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN.
- Richmond, S. 2005, «Empathy,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, p. 242.
- Rikstrygdeverket 1960, «Uføretrygd. Legeerklæring. Skjema UII-L3. Fastsatt 09.60,» *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, vol. 80, no. 23, vedlegg.
- Rikstrygdeverket 1968, «Legeerklæring. Attføringshjelp, uførepensjon, grunnstønad, hjelpestønad. RTV blankett 5.05. Fastsatt 12-68,» in *Legens attesthandbok (1983)*, J. G. Mæland, ed., Universitetsforlaget, Oslo, pp. 67-70.
- Rikstrygdeverket 1969, *En veiledning for leger. Folketrygden. Yrkesskadetrygden. Krigspensjoneringen.*
- Rikstrygdeverket 1991, *Legeerklæring ved krav om uførepensjon. RTV-blankett 8.14, fastsatt 11.91.*

- Rikstrygdeverket 1997, Kvalitetssikring av medisinsk rådgivning i etaten. Brev til Fylkes-trygdekontoret i Finnmark 04.03.04, ref. 97/03056.
- Rikstrygdeverket 1998, *Oversikt over lovendringer på uførepensjons-, rehabiliterings-, atfø- rings- og sykepengeområdet frem til 1997*, 01/98.
- Rikstrygdeverket 1999, *Legeerklæring ved arbeidsuførhet. IA 08-07.08. Fastsatt 10.99.*
- Rikstrygdeverket 2000, *Veiledning for bruk av Sosialdepartementets invaliditetstabell av 21.4.1997.*
- Rikstrygdeverket 2002, *Folketrygden – en oversikt.* <http://rundskriv.trygdeetaten.no/rtrv/lpext.dll?f=templates&fn=main-j.htm>.
- Roemer, J. E. 1998, *Equality of Opportunity*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Rogan, B. 1959, «Mer om invaliditet», *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, vol. 79, pp. 897-899.
- Rogan, B. 1961, «Problemer omkring invaliditetsvurdering», *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, vol. 81, pp. 1530-1534.
- Rogan, B. 1969, «Attføringens grunnlag og utvikling, endringer i problemstilling og klientel», *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, vol. 89, pp. 1167-1170.
- Rogan, B. & Strøm, A. 1963, «Vurdering av uførhet (invaliditet),» in *Lærebok i attføring*, Sentralrådet for yrkesvalghemmede, ed., Universitetsforlaget, [Oslo].
- Rosanvallon, P. 2000, *The New Social Question. Rethinking the Welfare State. Translated from French by B. Harshaw*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Rosen, G. 1974, «What is Social Medicine?», in *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*, Rosen G, ed., Science History Publications, New York, pp. 60-119.
- Rosen, G. 1975, «Die Entwicklung der sozialen Medizin,» in *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, H.-U. Deppe & M. Regus, eds., Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, pp. 74-131.
- Rosen, G. 1993, *A History of Public Health*, Exp. edn, The John Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Rosenberg, C. E. 1998, «Holism in Twentieth-Century Medicine,» in *Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920-1950*, C. Lawrence & G. Weisz, eds., Oxford University Press, New York, pp. 335-355.
- Rosenberg, C. E. 2002, «The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience», *Milbank Quarterly*, vol. 80, no. 2, pp. 237-260.
- Rüegg, J. C. 2006, *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie*, 3. edn, Schattauer, Stuttgart.
- Ruse, M. 2005, «Reductionism,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2nd edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, p. 793.
- Ruyter, K.W., Solbakk, J.H., & Førde, R. 2000, «Ulike grunnlag og metoder i medisinsk etikk,» in *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. K.W. Ruyter, R. Førde, & J.H. Solbakk, eds. Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 27-76.
- Ryan, A. 1995, «Liberalism,» in *A Companion to Contemporary Political Philosophy*, Paperback edn, R. E. Goodin & P. Pettit, eds., Blackwell, Oxford, pp. 291-311.
- Ryen, A. 2002, «Stabbesteiner og milepæler i norsk trygdemedisinsk historie. Trygdelegens plass og virke i etaten gjennom 50 år,» in *Mellom pasient og samfunn. Norsk trygdemedisinsk förening 50 år. 1952-2002.*, T. Hanch-Hansen, ed., Norsk trygdemedisinsk förening, Oslo, pp. 25-51.
- Ryle, G. 1963, *The Concept of Mind. (1949)*, Penguin Books, Harmondsworth.
- Saint-Jours, Y. 1982, «France,» in *The Evolution of Social Insurance 1881-1981. Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland*, P. A. Köhler, H. F. Zacher, & M. Partington, eds., Francis Pinter, London, pp. 93-149.

- Sand, R. 1907, *La Simulation et l'Interpretation des Accidents du Travail*, Henri Lamertin, Bruxelles.
- Sandmo, A. 2006, *Samfunnsøkonomi – en idéhistorie*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Schei, E., Norheim, O. F., Rørtveit, G., Lysebo, D. E., & Hjørleifsson, S. 2000, «Legen – den enøydte samaritan?», *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, vol. 120, pp. 1207-1209.
- Schei, E. & Steinsholt, I. M. 2003, «Den kliniske samtalen,» in *Allmenmedisin*, 2. edn, S. Hunskaar, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 61-77.
- Schiøtz, A. 2003, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Searle, J. R. 1996, *The Construction of Social Reality*, Penguin Books, London.
- Seifert, O. & Müller, F. 1887, *Taschenbuch der Medicinisch-klinischen Diagnostik*, 3. edn, Verlag von J.F. Bergmann, Wiesbaden.
- Seip, A.-L. 1994a, *Sosialhjelpstaten blir til : norsk sosialpolitikk 1740-1920*, Gyldendal, Oslo.
- Seip, A.-L. 1994b, *Veiene til velferdsstaten : norsk sosialpolitikk 1920-75*, Gyldendal, Oslo.
- Seip, A.-L. 1995, «Trygghetspolitikken i et hundreårsperspektiv,» in *Det Norske trygdesystemet – fortid, nåtid og framtid*, A. Kjønstad, A. Hatland, & B. Halvorsen, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 27-41.
- Sejersted, F. 2005, *Sosialdemokratiets tidsalder. Norge og Sverige i det 20. århundre*, Pax, Oslo.
- Self, P. 1995, «Socialism,» in *A Companion to Contemporary Political Philosophy*, Paperback edn, R. E. Goodin & P. Pettit, eds., Blackwell, Oxford, pp. 333-355.
- Selye H 1993, «History of the Stress Concept,» in *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*, 2. edn, L. Goldberger & S. Breznitz, eds., The Free Press, New York.
- Sen, A. 1992, *Inequality Reexamined*, Clarendon Press, Oxford.
- Sen, A. 1993, «Capability and Well-Being,» in *The Quality of Life. A study prepared for the World Institute for Development Economics Research (WIDER) of the United Nations University.*, Nussbaum MC & Sen A, eds., Clarendon Press, Oxford, pp. 30-53.
- Sentralrådet for yrkesvalghemmede, (ed). 1963, *Lærebok i attføring* Universitetsforlaget, [Oslo].
- Shorter, E. 2005, «The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel,» in *Biopsychosocial medicine. An integrated approach to understanding illness*, P. White, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 1-11.
- Silver, G. A. & Sidel, V. W. 1995, «Social medicine,» in *Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. Vol. 5*, W. T. Reich, ed., Simon&Schuster MacMillan, New York, pp. 2399-2405.
- Skirbekk, G. & Gilje, N. 1992a, *Filosofihistorie 1. Innføring i europeisk filosofihistorie med særlig vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi*, 5. edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Skirbekk, G. & Gilje, N. 1992b, *Filosofihistorie 2. Innføring i europeisk filosofihistorie med særlig vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi*, 5. edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Slagstad, R. 1980, *Positivism og vitenskapsteori. Et essay om den norske positivismestrident (1976)*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Slagstad, R. 1998, *De nasjonale strateger*, Pax Forlag, Oslo.
- Smith, A. 1976, *An Inquiry into the Nature and Causes of The Wealth of Nations (1776)*. The University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Solé, R. & Goodwin, B. 2000, *Signs of Life. How Complexity Pervades Biology*, Basic Books, New York, NY.
- Solli, H. M. 1999, «Ethiske dilemma i trygdemedisinsk praksis – en innledning,» in *Ethiske dilemma i trygdemedisinsk praksis. Rapport fra et seminar 28.-30. april 1999*, H. M. Solli, ed., Norsk trygdemedisinsk forening, Oslo, pp. 7-10.
- Solli, H. M. 2000, «Trygdemedisinen ved et veiskille?», *Velferd*, vol. 89, no. 2, pp. 35-37.

- Solli, H. M. 2002, «På vei mot en trygdemedisinsk humanisme? Ti års trygdemedisinsk fag- og kvalitetsutviklingsarbeid.» in *Mellom pasient og samfunn. Norsk trygdemedisinsk forening 50 år. 1952-2002.*, Hanch-Hansen T, ed., Norsk trygdemedisinsk forening, Oslo, pp. 77-101.
- Solli, H. M. 2003, «Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonsaker», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 123, pp. 2072-2075.
- Solli, H. M., Barbosa da Silva, A., Lie, R. K., & Bruusgaard, D. 2005, «Biomedisinsk sykdomsmodell og rettferdig fordeling av uførepensjon», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 125, pp. 3293-3296.
- Solli, H. M., Brage, S., Egeberg, B., & Sand, E. 1999, «Hva lærte seminaret oss? – Et etterord,» in *Etiske dilemma i trygdemedisinsk praksis. Rapport fra et seminar 28.-30. april 1999*, H. M. Solli, ed., Norsk trygdemedisinsk forening, Oslo, pp. 83-85.
- Solli, H. M., Mysterud, I., Steen, M., & Fugelli, P. 1996, *Økologisk helseleare. En innføring for medisiner- og helsefagstudenter*, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Sosialdepartementet 1990, «Professorat/professorstipendium og stillinger som førsteamanuensis/amanuensis og stipendiat i medisin (trygdemedisin) ved Universitetet i Oslo,» in *Årsrapport 1991*, Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sosialdepartementet 1991. *Forskrift om hvilke krav som skal stilles til sykdom, skade eller lyte og den nedsatte ervervsevne som vilkår for rett til uførepensjon.*
- Sosialdepartementet 1997, *Forskrift om menerstatning ved yrkesskade.* <http://www.lovdata.no/for/sf/so/xo-19970421-0373.html> (14.01.04)
- Stedman Jones, G. 2004, *An End to Poverty? A Historical Debate*, Profile Books, London.
- Steen, E. & Haugli, L. 2000, «Generalised chronic musculoskeletal pain as a rational reaction to a life situation?», *Theoretical Medicine*, vol. 21, pp. 581-599.
- Steihaug, S. 2002, *Fra trening og undervisning til bevegelse og samhandling. Anerkjennelse av kvinner med kroniske muskelsmerter. Doktorgradsavhandling.* Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin og Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Steincke, K. K. 1920, *Fremtidens forsørgelsesvesen*, Indenrigsministeriet, København.
- Stempel, W. 1899, *Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenrentenanwärter*, Gustav Fischer, Jena.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R., eds. 2003, *Patient-Centered Medicine : Transforming the clinical method*, 2nd edn, Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Stigen, A. 1983a, *Tenkningens historie. Bind 1. Oldtiden. Middelalderen. Den nye tid til 1600-tallet*, Gyldendal, Oslo.
- Stigen, A. 1983b, *Tenkningens historie. Bind 2. Den nyere tid. Fra 1600-tallet til vår egen tid*, Gyldendal, Oslo.
- Stiker, H.-J. 1999, *A history of Disability. Translated by W Sayers*, University of Michigan Press, Ann Arbor, MI.
- Stjernø, S. 2005, *Solidarity in Europe. The History of an Idea*, Cambridge University Press, Cambridge.
- St.meld.nr.21 (1998-99) 1998, *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.*
- St.meld.nr.21 (1999-2000) 1999, *Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter.*
- St.meld.nr.39 (1991-92) 1992, *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepengar og uførepensjon (Attføringsmeldingen).*
- St.meld.nr.40 (2002-2003) 2003, *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne.*

- St.meld.nr.50 (1998-1999) 1999, *Utjanningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg.*
- St.meld.nr.58 (1948) 1948, *Om folketrygden.*
- St.meld.nr.88 (1966-67) 1967, *Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede.*
- Stolt, C.-M. 1998, *Läkekunst*, Studentlitteratur, Lund.
- Stolt, C.-M. 2003, *Medicinen och det mänskliga : vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*, Natur och kultur, Stockholm.
- Stone, D. A. 1979, «Physicians as Gatekeepers: Illness Certification as a Rationing Device», *Public Policy*, vol. 27, no. 2, pp. 227-254.
- Stone, D. A. 1984, *The Disabled State*, Temple University Press, Philadelphia.
- Storesletten, K. 2007, «Uførhet truer velferdsstaten», *Aftenposten* 05.01.07. Økonomi, p. 7.
- Strøm, A. 1956, *Lærebok i sosialmedisin*, Liv og Helses Forlag, Oslo.
- Strøm, A. 1958, «Bedømmelse av invaliditet», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 78, pp. 761-764.
- Strøm, A. 1959, «Invaliditetsvurdering», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 79, p. 690.
- Strøm, A. 1976, *Legen, pasienten og samfunnet. Problemer i legeetikk*, Fabritius, Oslo.
- Strøm, A., Sundby, P., & Löchen, Y. 1973, *Lærebok i sosialmedisin*, 4. edn, Fabritius, Oslo.
- Sturma, D. 1999, «Freiheit», in *Enzyklopädie Philosophie. Band 1*, H. J. Sandkühler, ed., Felix Meiner Verlag, Hamburg, pp. 400-407.
- Sullivan, R. J. 1994, *An Introduction to Kant's Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Sundby, P. 1969, «Er våre sosiale hjelpetiltak for de uføre adekvate?», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 89, pp. 1162-1166.
- Sundby, P. 1995, «Legens dilemma som trygdens forvalter: Hjelper eller kontrollør,» in *Det norske trygdesystemet – fortid, nåtid og framtid*, A. Kjønstad, A. Hatland, & B. Halvorsen, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Svenaesus, F. 2003, «Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis», *Theoretical Medicine*, vol. 24, p. -407.
- Syse, A. 1994, «Regelstyring og målstyring,» in *Et nødvendig gode : folketrygdens plass i velferds-Norge*, D. Bruusgaard, A. Hatland, & A. Syse, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 163-192.
- Sørensen, Ø. & Stråth, B. 1997, «Introduction: The Cultural Construction of Norden,» in *The Cultural Construction of Norden*, Ø. Sørensen & B. Stråth, eds., Scandinavian University Press, Oslo, pp. 1-24.
- Taylor, C. 1985, «Atomism,» in *Philosophy and the Human Sciences. Philosophical papers 2*, C. Taylor, ed., Cambridge University Press, Cambridge, NY, pp. 45-76.
- Taylor, C. 1989, *Sources of the Self. The making of the Modern Identity*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Tellnes, G. & Ursin, H. 1992, *OASE-rapport. Operasjonalisering av sykdomsbegrepet: Evalueringsprosjekt*, Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo og Seksjon for fysiologisk psykologi, Universitetet i Bergen, Oslo og Bergen.
- Tellnes, G. ed. 1994, *Trygdemedisinsk håndbok: 1994*, Rikstrygdeverket, Alment praktiserende lægers forening, Gyldendal, [Oslo].
- Temkin, O. 1963, «The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness,» in *Scientific Change. Historical studies in the intellectual, social and technological conditions for scientific discovery and technical invention, from antiquity to the present*, A. C. Crombie, ed., Heinemann, London, pp. 629-647.
- Temkin, O. 1973, «Health and Disease,» in *Dictionary of the History of Ideas. Volume 2*, Scribner's, New York, pp. 395-407.

- Tennstedt, F. 1972, *Berufsunfähigkeit im Sozialrecht*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt.
- Tennstedt, F. 1976, «Sozialgeschichte der Sozialversicherung,» in *Handbuch der Sozialmedizin. Band III*, M. Blohmke et al., eds., Ferdinand Enke, Stuttgart, pp. 385-450.
- Tennstedt, F. 1981, *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Terum, L. I. & Nergård, T. B. 1999, «Medisinsk skjønn og rettstryggleik. Legar som portvakter i fordelinga av offentlege goder», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 2192-2196.
- Thomann, K.-D. & Rauschmann, M. 2004, «Schleudertrauma und «railway spine» (I),» *Versicherungsmedizin*, vol. 56, pp. 131-135.
- Thomas, G. 2000, *Introduction to Political Philosophy*, Duckworth, London.
- Thomassen, B. & Wetlesen, J. 1996, *Etisk tenkning. En historisk og systematisk innføring*, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Thornquist, E. 1992, «Å se kroppen med nye øyne», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 112, pp. 919-921.
- Thornquist, E. 2006, «Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del I: Kjenne-tegn, prinsipper, framgangsmåter», *Utposten*, vol. 35, no. 5, pp. 28-32.
- Titchkosky, T. 2003, *Disability, self, and society*, University of Toronto Press, Toronto.
- Tollefsen, T., Syse, H., & Nicolaysen, R. F. 1998, *Tenkere og idéer. Filosofiens historie fra antikken til vår egen tid*, 2. edn, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Toombs, S. K. 1995, «The lived experience of disability», *Human Studies*, vol. 18, pp. 9-23.
- Toulmin, S. 1993, «Knowledge and Art in the Practice of Medicine: Clinical Judgement and Historical Reconstruction,» in *Science, Technology, and the Art of Medicine. European-American Dialogues*, C. Delkeskamp-Hayes & M. A. G. Cutter, eds., Kluwer Acad. Publishers, Dordrecht, pp. 231-249.
- Trägårdh, L. 1997, «Statist Individualism: On the Culturality of the Nordic Welfare State,» in *The Cultural Construction of Norden*, Ø. Sørensen & B. Stråth, eds., Scandinavian University Press, Oslo, pp. 253-285.
- Tranøy, K. E. 1970, *Vilkårslogikk*, Universitetsforlaget, Bergen.
- Trygderetten 1995, «Uførepensjon. 6.1. Generelt om vilkårene,» in *Utgjørelser i Trygderetten 1994*, O.-E. Øie, ed., Juristforbundets Forlag, Oslo, pp. 158-190.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. 1997, «Scientific theory: A bio-psycho-social model,» in *Psychosomatic Medicine*, T. v. Uexküll, ed., Urban & Schwarzenberg, München, pp. 11-42.
- Ulrich, G. 1997, *Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs*, Schattauer, Stuttgart.
- Ursin, H. 1990, «Sakkyndig uttalelse om delinnstilling fra sykepengeutvalget avgitt 8.12.89, kapittel 6; sykdomsbegrepet og helsebegrepet,» in *NOU 1990. 23. Sykelønnsordningen*, Forvaltningstjenestene. Statens trykningskontor, Oslo, pp. 152-155.
- Van Steenberge, J. 1975, *Schade aan de Mens. Deel I. Evaluatie van de Arbeidsongeschiktheid in het Recht. Doktorgradsavhandling*, Kluwer, Berchem/Antwerpen.
- Vernadsky, W. I. 1945, «The Biosphere and the Noösphere», *American Scientist*, vol. 33, no.1, pp.1-12.
- Viaene, J. 1976, *Schade aan de Mens. Deel III. Evaluatie van de gezondheidsschade. Doktorgradsavhandling*, Kluwer, Berchem/Antwerpen.
- Viaene, J., Bock, A. d., & Geysen, W. 1981, «Sicherheitswissenschaft und Recht», *Gesellschaft für Sicherheits-Information*, vol. 3, no. 2, pp. 2-3.
- Virchow, R. 1885, «Der Kampf der Zellen und der Bakterien», *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, vol. 101, no. 1, pp. 1-13.

- Virchow, R. 1975, «Der Armenarzt (1848),» in *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, H.-U. Deppe & M. Regus, eds., Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, pp. 175-179.
- Wade, D. T. & Halligan, P. W. 2004, «Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?», *BMJ*, vol. 329, pp. 1398-1401.
- Wade, D. T. & Jong, B. A. d. 2000, «Recent advances in rehabilitation», *BMJ*, vol. 320, pp. 1385-8.
- Walmann, B.-I. & Vigen, T. 1989, «Legen og trygden», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 109, pp. 2146-2148.
- Walsh, P. 2005, «Well-being,» in *The Oxford Companion to Philosophy*, 2. edn, T. Honderich, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 955-956.
- Walton, D. N. 1990, *Practical Reasoning. Goal-Driven, Knowledge-Based Action-Guiding Argumentation*, Rowman&Littlefield Publishers, Savage, MA.
- Weber, M. 1995, *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd (1920). Oversatt til dansk av Chr. Kock*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Welie, J. V. M. 1998, *In the Face of Suffering. The Philosophical-Anthropological Foundations of Clinical Ethics*, Creighton University Press, Omaha, Nebraska.
- Westin, S. 1990, *Becoming disabled : a sociomedical analysis of individual adaptations to life after long-term unemployment*, Tapir, Trondheim.
- Westin, S. 1994, «Ervringsmessig uførhet – et forhold mellom individets ressurser og arbeidslivets krav,» in *Et nødvendig gode. Folketrygdens plass i Velferds-Norge*, D. Bruusgaard, A. Hatland, & A. Syse, eds., Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 133-146.
- Westin, S. 1998, «Velferdspolitiske virkelighetsbilder», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 118, pp. 79-83.
- Westin, S. 1999a, «Likhet og brorskap – verneverdige verdier i helsetjenesten», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 1474-1479.
- Westin, S. 1999b, «Velferd og helse i folketrygdens århundre», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, vol. 119, pp. 4507-4513.
- Westin, S. & Mæland, J. G. 2004, «Veien til velferdssamfunnet: trygdene, sosialhjelpen og arbeidslivet,» in *Sosialmedisin – i teori og praksis*, Mæland JG et al., eds., Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 119-146.
- Westphal, M. 2001, «Hermeneutics As Epistemology,» in *Overcoming Onto-Theology. Toward a Postmodern Christian Faith*, M. Westphal, ed., Fordham University Press, New York, pp. 47-74.
- White, P. 2005, «Beyond the biomedical to the biopsychosocial: integrated medicine,» in *Biopsychosocial medicine. An integrated approach to understanding illness*, P. White, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 225-234.
- WHO 1980, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, World Health Organization, Geneva.
- WHO 2001, *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF*, World Health Organization, Geneva.
- WHO 2003, *ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Oversatt og tilrettelagt av KITH*. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Widdershoven, G. A. M. 2002, «The Physician-Patient Relationship. A Hermeneutical Perspective,» in *Healthy Thoughts. European Perspectives on Health Care Ethics*, R. K. Lie et al., eds., Peeters, Leuven, pp. 69-80.
- Wilber, K. 1995, *Sex, Ecology, and Spirituality*, Shambhala, Boston, MA.
- Wilda, W. E. 1960, *Das Strafrecht der Germanen (1842)*, Scientia Aalen, Aalen.
- Wollstonecraft, M. 2003, *Et forsvar for kvinnens rettigheter (1792). Oversatt av T. Hansen*, Pax, Oslo.

- Wright, G. H. v. 1987, *Vetenskapen och förnuftet: ett försök till orientering*, Bonnier, [Stockholm].
- Wulff, H. R. 1998, «Tidehverv i lægevidenskabelig tænkning: menneskesyn og sygdomsbegreb», *Bibliotek for Læger* no. mars, pp. 105-127.
- Wulff, H. R. & Gøtzsche, P. C. 1997, *Rationel klinik : evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger*, 4. edn, Munksgaard, København.
- Wulff, H. R., Pedersen, S. A., & Rosenberg, R. 1986, *Philosophy of Medicine. An Introduction*, Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Wærnes, K. 1979, «Kvinner og trygd,» in *Trygd og samfunn. Nytt syn på samspillet mellom trygdeordninger og samfunnsutvikling*, J. E. Kolberg & K. Wærnes, eds., Universitetsforlaget, Oslo.
- Yalom, I.D. *Existential Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Yates, F. E. 1993, «Self-Organizing Systems,» in *The Logic of Life. The Challenge of Integrative Physiology*, C. A. R. Boyd & D. Noble, eds., Oxford University Press, Oxford, pp. 189-218.
- Zola, I. K. 1972, «Medicine as an Institution of Social Control», *The Sociological Review*, vol. 20, pp. 487-504.
- Zola, I. K. 1989, «Toward the Necessary Universalization of a Disability Policy», *Milbank Quarterly*, vol. 67, no. Suppl. 2, pp. 401-428.
- Zöllner, D. 1982, «Germany,» in *The Evolution of Social Insurance 1881-1981. Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland*, P. A. Köhler, H. F. Zacher, & M. Partington, eds., Francis Pinter, London, pp. 1-92.
- Øgar, P. 1996, «Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen», *Utposten*, vol. 25, no. 7/8, pp. 268-272.

Vedlegg 1.

Lov- og forskriftstekster om uførepensjon

Her presenteres de delene av lov- og forskriftstekstene som anvendes i analysene.

1A: Lov om uføretrygd av 19. januar 1960

§ 2 Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling frembyr alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte.

§ 4. Den som er over 18 år og som på grunn av uførhet ikke kan anses i stand til å yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for ham, har rett til uførepensjon.

Uførepensjon skal først tilstås når det etter gjennomgått hensiktsmessig arbeidstrening, yrkesopplæring eller annen form for attføring er endelig fastslått at den uføre fyller vilkårene i første ledd. [...] (*Norges Lovtidend 1960*).

1B: Folketrygdloven av 17. juni 1966

§ 8-3. Den som er 18 år eller eldre, har rett til uførepensjon dersom hans ervervsevne etter gjennomgått behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring som anses hensiktsmessig, fortsatt er varig nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte.

Ved bedømmelsen av i hvilken grad ervervsevnen skal anses nedsatt, tas hensyn til den trygdedes reelle muligheter for ervervsinntekt eller innsats i et arbeid som høver for ham, sammenlignet med tilsvarende muligheter før han ble ufør (*Norges Lovtidend 1966*).

1C: Forskrift om hvilke krav som skal stilles til sykdom, skade eller lyte og den nedsatte ervervsevne som vilkår for rett til uførepensjon av 26. september 1991

I

GENERELT OM DET MEDISINSKE VILKÅRET FOR RETT TIL UFØREPENSJON OG OM MEDISINSK DIAGNOSTIKK

§ 1

Ved vurderingen om det foreligger sykdom, skade eller lyte i lovens forstand, skal det legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.

Den medisinske lidelse skal ha ført til en varig funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelsen skal være av en slik art og grad at den framstår som en vesentlig grunn til en varig reduksjon i ervervsevnen, jf. forskriftens § 3.

Ved lidelser uten objektive diagnostiske funn, er vilkåret i første og annet ledd bare oppfylt dersom det antas å ville foreligge bred medisinsk – faglig enighet om vurderingen i det enkelte tilfellet.

§ 2

Før et krav om uførepensjon avgjøres, skal søkeren være tilstrekkelig medisinsk utredet, slik at man ut fra en fullverdig medisinsk diagnostikk og prognostisk vurdering kan ta stilling om det foreligger en varig funksjonsnedsettelse.

II

OM ÅRSAKSSAMMENHENG MELLOM SYKDOM, SKADE ELLER LYTE OG VARIG NEDSATT ERVERVSEVNE

§ 3

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at den varige nedsettelse av ervervsevnen i vesentlig grad skyldes sykdom, skade eller lyte. [...]

Ved vurderingen av om årsakskravet er oppfylt skal det legges vekt på om søkeren uten hensyn til arbeidsmarkedsforhold m.v. ville hatt vanskeligheter med å beholde eller oppnå arbeidsinntekt på grunn av funksjonsnedsettelsen, jf. § 1. Vilkåret for rett til uførepensjon anses ikke oppfylt dersom funksjonsnedsettelsen er uten avgjørende betydning for søkerens arbeids- eller ervervs muligheter. Dette gjelder også for den som har sitt arbeid i hjemmet, men som helt eller delvis skal vurderes mot yrkeslivet (*Sosialdepartementet 1991*).

1 D: Ny folketrygdlov av 28. februar 1997

§ 1-1: Formål

Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.

Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer.

Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.

§ 12-1: Uførepensjonskapitlets formål

Formålet med uførepensjon er å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne eller arbeidsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte.

§ 12-5: Hensiktsmessig behandling og attføring

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring for å bedre inntektsevnen eller arbeidsevnen.

Når det skal avgjøres om et behandlings- eller attføringstiltak er hensiktsmessig, legges det vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter. Det skal også legges vekt på om vedkommende kan få arbeid dersom han eller hun pendler eller flytter. [...]

§ 12-6: Sykdom, skade eller lyte – krav til årsakssammenheng

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at vedkommende har varig sykdom, skade eller lyte.

Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon.

Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.

§ 12-7: Nedsatt inntektsevne. Uføregrad

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) er varig nedsatt med minst halvparten.

Ved vurderingen av hvor mye inntektsevnen er nedsatt (hvor høy uføregraden er) skal inntektsmulighetene i ethvert arbeid som vedkommende nå kan utføre, sammenlignes med de inntektsmulighetene som vedkommende hadde før sykdommen, skaden eller lytet oppstod. Når inntektsmulighetene vurderes, skal det legges vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemstedet og arbeidsmuligheter på andre steder der det er rimelig at vedkommende tar arbeid. [...]. (Ot Prp nr 29 1996: 224, 255f).¹⁸¹

¹⁸¹ Disse lovparagrafene er i de vesentlige trekk fortsatt uendret (Lov om folketrygd 2006).

Vedlegg 2. Fire legeerklæringskjema

UFØRETRYGD

LEGEERKLÆRING

Vedlegg 2A: 1960-skjemaet

SKJEMA UII - L 3

T.K. LØPENR.

MOTTATT DATO

Dette skjema benyttes for pasienter som er varig arbeidsuføre og andre som er varig uføre og ikke vil kunne yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for dem. Legeerklæringen sendes til trygdekassen i lukket konvolutt.

Pasientens etternavn/fornavn

Fødselsdag og år

Adresse

Stilling/Yrke

1.	a	Årsakene til den nedsatte arbeidsførhet. Hovedårsaken til den nedsatte arbeidsførhet. Klinisk etiologisk hoveddiagnose på norsk og latin.
	b	Medvirkende medisinske årsaker til pasientens arbeidsuførhet. Diagnoser på norsk og latin.
2.	a	Sykehistorien. Oppgi når sykdommen(e) (skaden/lytet) oppsto og hvordan tilstanden senere har utviklet seg. Er det opplysninger om tidligere sykdommer hos pasienten, eller arvelige sykdommer i pasientens slekt, som har betydning for pasientens tilstand eller for attføring, bes disse opplyst.
	b	Gi en kort oversikt over den behandling pasienten har fått av kirurgisk, medisinsk, ortopedisk, fysikalsk eller psykiatrisk art.
	c	Oppgi hvilke leger eller sykehus som har behandlet pasienten og året for eventuelle sykehusopphold.
	d	Hvor lenge har De kjent eller behandlet pasienten?
3.	a	Pasientens subjektive klager. Hvilke symptomer oppgir pasienten som viktigste årsaker til den nedsatte arbeidsførhet?
	b	Eventuelle andre symptomer som pasienten klager over.

Bilag til «Tidsskrift for Den norske lægeforening» nr. 23 for 1960.

Fastsatt av Rikstrygdeverket (september 1960).

4

Den nåværende tilstand. Objektive funn og symptomer. (Se vegledningen).

Dersom det ikke er nok plass på denne siden, vedlegges et ekstra ark med resten av status presens.

5.	Fysiske ferdigheter.	
a	Er pasienten selvhjelpen i dagliglivet? Kan pasienten spise, kle av og på seg, legge seg, vaske seg, gå på do, eller må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
b	Kan pasienten røre seg innendørs, — lett eller vanskelig? Kan pasienten stille seg mat selv? Må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
c	Kan pasienten røre seg utendørs, — lett eller vanskelig? Kan pasienten gå ærender, eller må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
d	Kan pasienten gå trapper, — lett, vanskelig eller ikke?	
e	Pasientens ferdighet i hender og fingre: Normal, nedsatt eller manglende kraft og brukbarhet av v. og h. hånd.	
f	Andre innskrenkninger i førligheten: Kan pasienten stå, løpe, bøye seg, sitte på huk, løfte, bære, kaste, banke?	
g	Nytter pasienten protese, støttebandasje, ortopedisk skotøy, andre teknisk-ortopediske hjelpemidler, stoler, krykker, korsett, — stadig eller bare under arbeid? Brukos høreapparat? Er pasienten avhengig av rullestol?	
6.	Vurdering av tilstanden og mulighetene for behandling.	
a	Prognostisk: Er tilstanden nå forbigående, varig eller progredierende? Er den medisinske behandling slutt? Når sluttet den?	
b	Er pasienten fortsatt helt arbeidsufør eller delvis arbeidsufør i sitt nåværende yrke?	
c	Er den nåværende sykdom (skade/lyte) den umiddelbare årsak til at pasienten ikke er i arbeid?	
d	Utsiktene ved fortsatt behandling: Kan tilstanden bedres ved fortsatt eller ved annen behandling av kirurgisk, medisinsk, ortopedisk, fysikalsk eller psykiatrisk art? Hva slags behandling mener De i så fall bør foretas? Bør pasienten innlegges på sykehus, eller undersøkes av (annen) spesialist?	
e	Må pasienten stadig bruke legemidler? Oppgi i så fall disse medisiners art. F. eks. insulin ved diabetes, anti-epileptiske midler ved epilepsi o.s.v.	
f	Kan pasientens arbeidsførhet bedres ved nyanskaffelse eller reparasjon av protese, bandasje, ortopedisk skotøy, annet ortopedisk hjelpemiddel eller kjøretøy for invalider?	
g	Svarer de objektive funn til pasientens klager? Er det åpenbare nevrotiske tilleggsymptomer? Overdriver eller simulerer pasienten sin tilstand?	

<p>7.</p> <p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>	<p>Pasientens muligheter for arbeid og utføring fra medisinsk synspunkt.</p> <p>Er det foretatt noen form for attføring? Opphold i fysisk medisinsk avdeling eller sykehus, sosialmedisinsk avdeling, avdeling for arbeidstrening, statens attføringsinstitutter, attføringskole, vernet industri, annen institusjon for arbeidstrening, opplæring eller omskoling?</p> <p>Har det vært forsøkt med arbeidsplasing gjennom arbeidskonsulent?</p> <p>Hvis det ikke er gjort forsøk på attføring bes årsaken til dette oppgitt. Er det foretatt slikt forsøk bes det gitt opplysning om institusjonens art og navn, når oppholdet skjedde og resultatet av oppholdet?</p> <p>Finner De det sannsynlig at slike tiltak kan bidra til å gjøre pasienten arbeidsfør i andre og helsemessig sett høvelige yrker eller arbeidsområder?</p> <p>Hvilke tiltak vil De i så fall foreslå? Fysisk-medisinsk behandling, trening, arbeidstrening, yrkesveiledning, hjelp til plasing i arbeid, omskoling eller annen kvalifiserende opplæring, hjelp til hjemmearbeid, plasing i vernet selssetting, økonomisk hjelp til egen virksomhet o.s.v.</p>	
<p>8.</p>	<p>Andre opplysninger som kan ha betydning for vurderingen av pasientens muligheter i arbeidslivet.</p>	
<p>Legens underskrift: Legeerklæringen kan være gitt av a) praktiserende lege etter personlig undersøkelse eller b) lege ved sykehus eller institusjon for medisinsk eller yrkesmessig attføring. Stryk det som ikke passer nedenfor.</p>		
<p>Denne legeerklæring er gitt på grunnlag av:</p> <p>A. Undersøkelser foretatt av undertegnede lege, den / 19</p> <p>B. Undersøkelser foretatt i (institusjonens navn): under opphold fra / 19 til / 19</p> <p>Sykehusets/legens stempel Legens underskrift Sted og dato</p>		
<p>11-60 REKLAMETRYKK A.S. - BERGEN</p>		

Vedlegg 2B: 1968-skjemaet

FOLKETRYGDEN

LEGEERKLÆRING

Attføringshjelp, uførepensjon,

grunnstønad, hjelpstønad

FYLLES UT MED SKRIVEMASKIN

OM UTFYLLINGEN SE RIKSTRYGDEVERKETS
BROSJYRE „EN VEILEDNING FOR LEGER“

Pasientens etternavn, fornavn	Født (dag, måned, år)
Arbeid/yrke	Trygdekontorets

1 Diagnose	Hovedårsak til den aktuelle uførhet		
	Annen sykdom eller skade eller annet lyte av betydning for den aktuelle uførhet (den viktigste diagnose først)		
Hvis disse spørsmål er besvart i tidligere legeerklæring, er det nok å vise til denne og bare skrive om det nye som er kommet til	Hvor lenge har De kjent pasienten?	Når ble pasienten første gang undersøkt av Dem for den aktuelle uførhet?	Dato
	Tidligere undersøkt av lege for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi legens navn og, hvis mulig, tidspunkt for første undersøkelse
	Tidligere innlagt i sykehus for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi sykehus og avdeling og, hvis mulig, tidsrom for siste opphold
	Har psykiske forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sosiale forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Hvis legeerklæring er avgitt tidligere, oppgi om tilstanden nå er <input type="checkbox"/> bedre <input type="checkbox"/> verre <input type="checkbox"/> uforandret		
2 Sykehistorie og behandling hittil	Når sykdom, skade eller lyte oppstod. Hvordan tilstanden seinere har utviklet seg. Tidligere sykdom, skade eller lyte og psykiske eller sosiale forhold av betydning for den aktuelle uførhet. Lege- og sykehusbehandling hittil		
	Hvis det ikke er plass til sykehistorien på denne siden, vedlegges et ekstra ark		

AKTUELLE SUBJEKTIVE SYMPTOMER. Symptomer eller lyter som pasienten mener har nedsatt arbeidsevnen. Andre subjektive symptomer pasienten oppgir

OBJEKTIVE FUNN.

Høyde	Vekt	Blodtrykk	Urin	
Hb	SR	Pirquet	Protein	Sukker

Resultater av laboratorieuundersøkelser, røntgenundersøkelser hos behandlende lege eller resultater som kjennes fra epikriser fra sykehus, spesialister eller laboratorier. Somatiske og psykiske symptomer, personlighetsmessige særtrekk, evennivå og aldersendringer som måtte ha innvirkning på funksjonsevnen og atferingsmulighetene

3

Status
praesens

Hvis det ikke er
plass til status
praesens på denne
siden, vedlegges et
ekstra ark

Stemmer de subjektive symptomer
med de objektive funn?

Ja

Nei

Hvis nei, gjør rede for uoverensstemmelsen

		FYSISKE FERDIGHETER							
3	Mangler ved de fysiske ferdigheter m.v. må oppgis uansett årsak	Er nedenfor nevnte ferdigheter normale?		Hvis nei, sett X i kolonnen som passer					
		Pasienten kan uten hjelp		Vanskelig	Nei	Pasienten kan uten hjelp		Vanskelig	Nei
		stå				stille tøy			
		gå innendørs				vaske golv			
		gå i trapper				gjøre storrengjøring			
		gå utendørs				spise			
		løpe				stå opp, legge seg			
		bøye seg				kle av og på seg			
		sitte på huk				vaske seg			
		løfte, bære				bade			
		skru av og på (brytere, vannkraner)				gå på do			
		skjære, banke, sage				lese			
lage mat				skrive					
vaske opp				groe seg om dagen					
vaske klær				groe seg om natten					
		SPESIELLE HJELPEMIDLER							
3	Fortsettelse av status. praesens	Må pasienten bruke spesielle hjelpemidler?		Hvis ja, sett X i ruten som passer:					
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Protese		<input type="checkbox"/> Slettebandasje			
		Ortopedisk		Rullestol					
		<input type="checkbox"/> Korsett <input type="checkbox"/> skotøy <input type="checkbox"/> Krykke <input type="checkbox"/> Høreapparat <input type="checkbox"/> uten hjelp <input type="checkbox"/> Rullestol med hjelp							
		Andre hjelpemidler							
		FYLLES UT VED LUNGE- OG/JELLER HJERTESYKDOMMER							
		Det oppstår dyspné ved				Ja	Nei		
		gange i lange trapper, bakker, i skog og mark- sammen med friske i samme alder							
		gange i kort slak motbakke, kort trapp (én etasje), på flat vei i vanlig tempo- sammen med andre							
		gange i langsomt eget tempo på flat vei noen hundre meter							
		gange i langsomt tempo innendørs ved daglige gjøremål (av- og påkledning)							
		FYLLES UT VED SYNSSVEKKELSE							
		Synsevne	Høyre øye	Venstre øye	Må pasienten bruke briller?				
		Synsstyrke uten glass			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
		Synsstyrke med korrigerende glass							
		Glassenes styrke i dioptrier							
		Fingertelling mot mørk bakgrunn (oppgis i meter)			Har pasienten gangsyn utendørs?				
		Synsfelt (Donders metode)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
4	Plan for medisinsk behandling/ medisinsk attføring	Er behandlingen/attføringen avsluttet?		Hvis ja, oppgi når- og besvar i så fall ikke de øvrige spørsmål under pkt. 4					
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi spesialitetens art					
		Antas behandling hos (annen) spesialist å kunne bedre tilstanden?							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi når					
		Bær pasienten innlegges i sykehus/attføringsinstitusjon?		Er det søkt om plass?					
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
		Hvis pasienten bær innlegges, oppgi sykehusets/attføringsinstitusjonens art (navn)							
		Fortsett medisinsk behandling/medisinsk attføring og antatt varighet							
		Er pasienten samarbeidsvillig?							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							
		Må pasienten stadig bruke legemidler? Hvis ja, oppgi hvilke							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							
5	Arbeidsuførheten/ arbeidsevnen	Pasienten har på helt arbeidsufør (fra-til)		delvis arbeidsufør (fra-til)					
		grunn av den aktuelle uførhet vært							
		Er pasienten fortsatt arbeidsufør?		Antas pasienten å kunne gjennompta sitt tidligere arbeid?					
		<input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nei					
		Antas pasienten å kunne ta annet havelig arbeid?		Når antas pasienten å kunne begynne i arbeid igjen?		I fullt arbeid fra I delvis arbeid fra			
<input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nei									
		Er pasienten varig arbeidsufør i det vanlige arbeidsliv?							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							

FYLLES UT BARE HVIS DET ER BEHOV FOR ATTØRØING		
6 Muligheter for attøring fra medisinsk synspunkt	Er det nødvendig med funksjonstrening, arbeidstrening, oppløring, spesielle attøringstiltak, psykisk aktivisering eller annen gradvis tilpassing som ikke er nevnt i pkt.2? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke tiltak	
	Må det tas spesielle omsyn under oppløring/ arbeids- plassering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke omsyn	
	Antas endringer i miljøforhold å kunne bedre mulighetene for attøring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke endringer	
	Bør pasienten rådføre seg med arbeidskontor/arbeidskonsulent? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi når dette bør skje	
	Er pasientens innstilling til attøring positiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, oppgi hvorfor	
Foreligger det planer for attøring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke-og om planene antas å være realistiske		
7 Tilleggs- opplysninger		
8 Foretatte undersøkelser	Denne legeerkløring er gitt på grunnlag av undersøkelser foretatt av:	Behandlernde lege (navn) Dato
		Spesialist (navn og spesialitet) Dato
		institusjon (navn) Dato
9 Forbehold	Er det noe i legeerkløringen pasienten av medisinske grunner ikke bør få kjennskap til? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få kjennskap til	
10 Underskrift	Sted	Dato
	Stempel og underskrift	Bankgiro nr. Postgiro nr.



For at en søker skal ha rett til uførepensjon, må arbeidsevnen være **varig** redusert med minst halvparten. Reduksjonen må i **vesentlig grad** skyldes sykdom, skade eller lyte. Dette innebærer at det ikke foreligger rett til uførepensjon dersom den reduserte arbeidsevnen i hovedsak skyldes for eksempel arbeidsmarkedsforhold, alder eller sosiale forhold.

1 Opplysninger om søkeren (skal fylles ut av trygdekontoret)

Fylles ut med skrivemaskin

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Arbeid/yrke og tittel	Virksomheten på arbeidsstedet	Trygdekontor og tk.nummer

2 Medisinske opplysninger

2.1 Hoveddiagnose		
2.2 Tilleggsdiagnose		
I dette feltet skal det blant annet gis opplysninger om:	2.3 Sykehistorie og behandling hittil (bl.a. når og hvordan lidelsen oppstod) 2.4 Status presens	2.5 Objektive diagnostiske funn 2.6 Varig funksjonsnedsettelse pga. disse funnene 2.7 Andre årsaker til funksjonsnedsettelsen 2.8 Prognose - mulighet for bedring ved behandling

3 Funksjonsvurdering - muligheter for yrkesmessig attføring

- 3.1 Gi en medisinsk begrunnet funksjonsvurdering (herunder om restarbeidsevne) i forhold til nåværende arbeid
3.2 Gi i tillegg en medisinsk begrunnet vurdering av restarbeidsevnen uavhengig av mulighetene på arbeidsmarkedet
3.3 Må en ta spesielle hensyn ved valg av yrke og/eller arbeidsplass (i tilfelle hvilke hensyn)?
3.4 Vurder sykdommens innvirkning på pasientens arbeidsevne i hjemmet
(hvis pasienten helt eller delvis har hatt sitt arbeid i hjemmet)

4 Forbehold

Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner?

Ja Nei

Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få vite

5 Tilbakemeld. om saken

Jeg ønsker:

Kopi av vedtaket Å låne saksdok. Ikke tilbake-melding

Gjelder bare for behandlende lege og/eller spesialist som har gitt erklæring i denne saken

6 Legens underskrift

Sted og dato

Legens stempel og underskrift

Legeregning sendes sammen med legeerklæringen til trygdekantoret i **pasientens bokmune**. Hvis De har oppgjørsavtale med et annet trygdekantor, vil regningen bli sendt videre dit.

Legerklæringen blir honorert etter takst 6. Bruk vanlig legeregning (RTV-blankett 2.05).

FOLKETRYGDEN Vedlegg 2D: 1999-skjemaet Legeerklæring ved arbeidsuførhet

Legen skal sende denne til trygdekantoret

0 Erklæringen gjelder

0.1 Sykefravær i mer enn 8 uker	0.2 Rehabiliteringspenger	0.3 Yrkesrettet attføring	0.4 Uførepensjon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Opplysninger om pasienten og om arbeidsforhold

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 Trygdekantoret
1.4 Adresse, postnummer og poststed		1.5 Yrke
1.6 Arbeidsgiverens navn og adresse		

2 Diagnose og sykdomsopplysninger

2.1 Hoveddiagnose(r)	2.1.1 Kode(r)	2.3 Kodesystem <input type="checkbox"/> ICP-1 <input type="checkbox"/> ICD-9 = 2 <input type="checkbox"/> ICD-10 = 3
2.2 Bi-diagnose(r)	2.2.1 Kode(r)	2.4 Helt arbeidsufør f.o.m.
2.5 Sykehistorie med symptomer og behandling		
2.6 Status presens (angi dato). Resultat av relevante undersøkelser		
2.7 Bør trygdekantoret vurdere om det er en:	2.7.1 Yrkeskade/Yrkesykdom?	2.7.2 Ev. skadedato
	Ja <input type="checkbox"/> Net <input type="checkbox"/>	

3 Plan for medisinsk utredning og behandling

3.1 Er pasienten henvist til	Utredning <input type="checkbox"/>	Spesifiser	3.1.1 Dato for henvisn.	3.1.2 Anlatt ventetid (uker)
	Behandling <input type="checkbox"/>	Spesifiser	3.1.3 Dato for henvisn.	3.1.4 Anlatt ventetid (uker)
3.2 Utredningsplan. Oppgi planlagte undersøkelser og tidspunkt/varighet				
3.3 Behandlingsplan. Oppgi planlagt behandling og tidspunkt/varighet				
3.4 Ny vurdering av tidligere utrednings-/behandlingsplan				
3.5 Når er det hensiktsmessig, i forhold til utrednings- og behandlingsopplegget, at trygdekantoret ber om nye legeopplysninger?				
3.6 Hvis videre behandling ikke er aktuelt, gi begrunnelse				

4 Forslag til tiltak utover medisinsk behandling

Er det ut fra en medisinsk vurdering aktuelt med noen av følgende tiltak nå? Ja Nei Hvis ja, hvilke?

Ev. nærmere opplysninger

a. Kjøp av helse- tjenester <input type="checkbox"/>	b. Reisetilskott i stedet for sykepenger/rehab.penger <input type="checkbox"/>	c. Aktiv syk- melding <input type="checkbox"/>	d. Hjelpemidler på arb.plassen <input type="checkbox"/>
e. Yrkesrettet attføring <input type="checkbox"/>	f. Friskmelding til arbeids- formidling <input type="checkbox"/>	g. Andre (hvilke?) <input type="checkbox"/>	

Hvis ja, oppgi ev. begrunnelser i forhold til tiltak. Hvis nei, gi begrunnelse

5 Medisinsk begrunnet vurdering av funksjons- og arbeidsevne

5.1 Beskriv hvordan funksjonsevnen generelt er nedsatt på grunn av sykdom

5.2 Er pasienten: i inntektsgivende arbeid hjemmearbeidende student annet. Oppgi hva

Beskriv kort type arbeid og hvilke krav som stilles

5.3 Vurdering av arbeidsevnen

Vil pasienten kunne

a) gjenoppta det tidligere arbeidet Nei Ja Hvis ja

b) ta annet arbeid Nå Etter behandling/tiltak

5.4 a) Hva kan pasienten ikke gjøre i det nåværende arbeidet?


b) Hvilke andre hensyn må eventuelt tas ved valg av annet yrke/arbeid?

IA 08-07.08 Bokmål Fastsatt 10.99 (Side 2)

Efternavn, fornavn

Fødselsnummer (11 siffer)

6 Prognose

a) Antas behandlingen å føre til bedring av arbeidsevnen?  Ja Nei

b) Anslå varigheten av sykdom, skade (ev. lyte)

c) Anslå varigheten av funksjonsnedsettelsen

d) Anslå varigheten av den nedsatte arbeidsevnen

7 Årsaksammenheng

Anslå hvor stor betydning funksjonsnedsettelsen har for at arbeidsevnen er nedsatt

8 Andre opplysninger

9 Samarbeid/Kontakt (9.1 Kryss av for den du ønsker trygdekontoret skal ta kontakt med)

Behandl. lege Arbeidsgiver Arbeidskontor Basisgruppe Annen instans (hvilken?) 9.2 Ønsker du kopi av vedtaket? Ja

10 Forbehold

10.1 Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner? Ja Nei

Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få vite

11 Legens underskrift mv.

11.1 Dato, legens navn og adresse

11.2 Legens underskrift

11.3 Telefonnr.

Vedlegg 1.

Lov- og forskriftstekster om uførepensjon

Her presenteres de delene av lov- og forskriftstekstene som anvendes i analysene.

1A: Lov om uføretrygd av 19. januar 1960

§ 2 Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling frembyr alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte.

§ 4. Den som er over 18 år og som på grunn av uførhet ikke kan anses i stand til å yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for ham, har rett til uførepensjon.

Uførepensjon skal først tilstås når det etter gjennomgått hensiktsmessig arbeidstrening, yrkesopplæring eller annen form for attføring er endelig fastslått at den uføre fyller vilkårene i første ledd. [...] (*Norges Lovtidend 1960*).

1B: Folketrygdloven av 17. juni 1966

§ 8-3. Den som er 18 år eller eldre, har rett til uførepensjon dersom hans ervervsevne etter gjennomgått behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring som anses hensiktsmessig, fortsatt er varig nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte.

Ved bedømmelsen av i hvilken grad ervervsevnen skal anses nedsatt, tas hensyn til den trygdedes reelle muligheter for ervervsinntekt eller innsats i et arbeid som høver for ham, sammenlignet med tilsvarende muligheter før han ble ufør (*Norges Lovtidend 1966*).

1C: Forskrift om hvilke krav som skal stilles til sykdom, skade eller lyte og den nedsatte ervervsevne som vilkår for rett til uførepensjon av 26. september 1991

I

GENERELT OM DET MEDISINSKE VILKÅRET FOR RETT TIL UFØREPENSJON OG OM MEDISINSK DIAGNOSTIKK

§ 1

Ved vurderingen om det foreligger sykdom, skade eller lyte i lovens forstand, skal det legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.

Den medisinske lidelse skal ha ført til en varig funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelsen skal være av en slik art og grad at den framstår som en vesentlig grunn til en varig reduksjon i ervervsevnen, jf. forskriftens § 3.

Ved lidelser uten objektive diagnostiske funn, er vilkåret i første og annet ledd bare oppfylt dersom det antas å ville foreligge bred medisinsk – faglig enighet om vurderingen i det enkelte tilfellet.

§ 2

Før et krav om uførepensjon avgjøres, skal søkeren være tilstrekkelig medisinsk utredet, slik at man ut fra en fullverdig medisinsk diagnostikk og prognostisk vurdering kan ta stilling om det foreligger en varig funksjonsnedsettelse.

II

OM ÅRSAKSSAMMENHENG MELLOM SYKDOM, SKADE ELLER LYTE OG VARIG NEDSATT ERVERVSEVNE

§ 3

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at den varige nedsettelse av ervervsevnen i vesentlig grad skyldes sykdom, skade eller lyte. [...]

Ved vurderingen av om årsakskravet er oppfylt skal det legges vekt på om søkeren uten hensyn til arbeidsmarkedsforhold m.v. ville hatt vanskeligheter med å beholde eller oppnå arbeidsinntekt på grunn av funksjonsnedsettelsen, jf. § 1. Vilkåret for rett til uførepensjon anses ikke oppfylt dersom funksjonsnedsettelsen er uten avgjørende betydning for søkerens arbeids- eller ervervsmuligheter. Dette gjelder også for den som har sitt arbeid i hjemmet, men som helt eller delvis skal vurderes mot yrkeslivet (*Sosialdepartementet 1991*).

1 D: Ny folketrygdlov av 28. februar 1997

§ 1-1: Formål

Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.

Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer.

Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.

§ 12-1: Uførepensjonskapitlets formål

Formålet med uførepensjon er å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne eller arbeidsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte.

§ 12-5: Hensiktsmessig behandling og attføring

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring for å bedre inntektsevnen eller arbeidsevnen.

Når det skal avgjøres om et behandlings- eller attføringstiltak er hensiktsmessig, legges det vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter. Det skal også legges vekt på om vedkommende kan få arbeid dersom han eller hun pendler eller flytter. [...]

§ 12-6: Sykdom, skade eller lyte – krav til årsakssammenheng

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at vedkommende har varig sykdom, skade eller lyte.

Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon.

Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.

§ 12-7: Nedsatt inntektsevne. Uføregrad

Det er et vilkår for rett til uførepensjon at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) er varig nedsatt med minst halvparten.

Ved vurderingen av hvor mye inntektsevnen er nedsatt (hvor høy uføregraden er) skal inntektsmulighetene i ethvert arbeid som vedkommende nå kan utføre, sammenlignes med de inntektsmulighetene som vedkommende hadde før sykdommen, skaden eller lytet oppstod. Når inntektsmulighetene vurderes, skal det legges vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemstedet og arbeidsmuligheter på andre steder der det er rimelig at vedkommende tar arbeid. [...]. (Ot Prp nr 29 1996: 224, 255f).¹⁸¹

¹⁸¹ Disse lovparagrafene er i de vesentlige trekk fortsatt uendret (Lov om folketrygd 2006).

Vedlegg 2. Fire legeerklæringskjema

UFØRETRYGD

LEGEERKLÆRING

Vedlegg 2A: 1960-skjemaet

SKJEMA UII - L 3

T.K. LØPENR.

MOTTATT DATO

Dette skjema benyttes for pasienter som er varig arbeidsuføre og andre som er varig uføre og ikke vil kunne yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for dem. Legeerklæringen sendes til trydekassen i lukket konvolutt.

Pasientens etternavn/fornavn

Fødselsdag og år

Adresse

Stilling/Yrke

1.	a	Årsakene til den nedsatte arbeidsførhet. Hovedårsaken til den nedsatte arbeidsførhet. Klinisk etiologisk hoveddiagnose på norsk og latin.
	b	Medvirkende medisinske årsaker til pasientens arbeidsuførhet. Diagnoser på norsk og latin.
2.	a	Sykehistorien. Oppgi når sykdommen(e) (skaden/lytet) oppsto og hvordan tilstanden senere har utviklet seg. Er det opplysninger om tidligere sykdommer hos pasienten, eller arvelige sykdommer i pasientens slekt, som har betydning for pasientens tilstand eller for attføring, bes disse opplyst.
	b	Gi en kort oversikt over den behandling pasienten har fått av kirurgisk, medisinsk, ortopedisk, fysikalsk eller psykiatrisk art.
	c	Oppgi hvilke leger eller sykehus som har behandlet pasienten og året for eventuelle sykehusopphold.
	d	Hvor lenge har De kjent eller behandlet pasienten?
3.	a	Pasientens subjektive klager. Hvilke symptomer oppgir pasienten som viktigste årsaker til den nedsatte arbeidsførhet?
	b	Eventuelle andre symptomer som pasienten klager over.

Bilag til «Tidsskrift for Den norske lægeforening» nr. 23 for 1960.

Fastsatt av Rikstrykerverket (september 1960).

4

Den nåværende tilstand. Objektive funn og symptomer. (Se vegledningen).

Dersom det ikke er nok plass på denne siden, vedlegges et ekstra ark med resten av status presens.

5.	Fysiske ferdigheter.	
a	Er pasienten selvhjelpen i dagliglivet? Kan pasienten spise, kle av og på seg, legge seg, vaske seg, gå på do, eller må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
b	Kan pasienten røre seg innendørs, — lett eller vanskelig? Kan pasienten stille seg mat selv? Må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
c	Kan pasienten røre seg utendørs, — lett eller vanskelig? Kan pasienten gå ærender, eller må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
d	Kan pasienten gå trapper, — lett, vanskelig eller ikke?	
e	Pasientens ferdighet i hender og fingre: Normal, nedsatt eller manglende kraft og brukbarhet av v. og h. hånd.	
f	Andre innskrenkninger i førligheten: Kan pasienten stå, løpe, bøye seg, sitte på huk, løfte, bære, kaste, banke?	
g	Nytter pasienten protese, støttebandasje, ortopedisk skotøy, andre teknisk-ortopediske hjelpemidler, stoler, krykker, korsett, — stadig eller bare under arbeid? Brukos høreapparat? Er pasienten avhengig av rullestol?	
6.	Vurdering av tilstanden og mulighetene for behandling.	
a	Prognostisk: Er tilstanden nå forbigående, varig eller progredierende? Er den medisinske behandling slutt? Når sluttet den?	
b	Er pasienten fortsatt helt arbeidsufør eller delvis arbeidsufør i sitt nåværende yrke?	
c	Er den nåværende sykdom (skade/lyte) den umiddelbare årsak til at pasienten ikke er i arbeid?	
d	Utsiktene ved fortsatt behandling: Kan tilstanden bedres ved fortsatt eller ved annen behandling av kirurgisk, medisinsk, ortopedisk, fysikalsk eller psykiatrisk art? Hva slags behandling mener De i så fall bør foretas? Bør pasienten innlegges på sykehus, eller undersøkes av (annen) spesialist?	
e	Må pasienten stadig bruke legemidler? Oppgi i så fall disse medisiners art. F. eks. insulin ved diabetes, anti-epileptiske midler ved epilepsi o.s.v.	
f	Kan pasientens arbeidsførhet bedres ved nyanskaffelse eller reparasjon av protese, bandasje, ortopedisk skotøy, annet ortopedisk hjelpemiddel eller kjøretøy for invalider?	
g	Svarer de objektive funn til pasientens klager? Er det åpenbare nevrotiske tilleggsymptomer? Overdriver eller simulerer pasienten sin tilstand?	

<p>7.</p> <p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>	<p>Pasientens muligheter for arbeid og utføring fra medisinsk synspunkt.</p> <p>Er det foretatt noen form for utføring? Opphold i fysisk medisinsk avdeling eller sykehus, sosialmedisinsk avdeling, avdeling for arbeidstrening, statens utføringsinstitutter, utføringsskole, vernet industri, annen institusjon for arbeidstrening, opplæring eller omskoling?</p> <p>Har det vært forsøkt med arbeidsplasing gjennom arbeidskonsulent?</p> <p>Hvis det ikke er gjort forsøk på utføring bes årsaken til dette oppgitt. Er det foretatt slikt forsøk bes det gitt opplysning om institusjonens art og navn, når oppholdet skjedde og resultatet av oppholdet?</p> <p>Finner De det sannsynlig at slike tiltak kan bidra til å gjøre pasienten arbeidsfer i andre og helsemessig sett høvelige yrker eller arbeidsområder?</p> <p>Hvilke tiltak vil De i så fall foreslå? Fysisk-medisinsk behandling, trening, arbeidstrening, yrkesveiledning, hjelp til plasing i arbeid, omskoling eller annen kvalifiserende opplæring, hjelp til hjemmearbeid, plasing i vernet selssetting, økonomisk hjelp til egen virksomhet o.s.v.</p>	
<p>8.</p>	<p>Andre opplysninger som kan ha betydning for vurderingen av pasientens muligheter i arbeidslivet.</p>	
<p>Legens underskrift: Legeerklæringen kan være gitt av a) praktiserende lege etter personlig undersøkelse eller b) lege ved sykehus eller institusjon for medisinsk eller yrkesmessig utføring. Stryk det som ikke passer nedenfor.</p>		
<p>Denne legeerklæring er gitt på grunnlag av:</p> <p>A. Undersøkelser foretatt av undertegnede lege, den / 19</p> <p>B. Undersøkelser foretatt i (institusjonens navn): under opphold fra / 19 til / 19</p> <p>Sykehusets/legens stempel Legens underskrift Sted og dato</p>		
<p>11-60 REKLAMETRYKK A.S. - BERGEN</p>		

Vedlegg 2B: 1968-skjemaet

FOLKETRYGDEN

LEGEERKLÆRING

Attføringshjelp, uførepensjon,

grunnstønad, hjelpstønad

FYLLES UT MED SKRIVEMASKIN

OM UTFYLLINGEN SE RIKSTRYGDVEVERKETS
BROSJYRE „EN VEILEDNING FOR LEGER“

Pasientens etternavn, fornavn	Født (dag, måned, år)
Arbeid/yrke	Trygdekontorets

1 Diagnose	Hovedårsak til den aktuelle uførhet			
	Annen sykdom eller skade eller annet lyte av betydning for den aktuelle uførhet (den viktigste diagnose først)			
Hvis disse spørsmål er besvart i tidligere legeerklæring, er det nok å vise til denne og bare skrive om det nye som er kommet til	Hvor lenge har De kjent pasienten?	Når ble pasienten første gang undersøkt av Dem for den aktuelle uførhet?	Dato	
	Tidligere undersøkt av lege for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi legens navn og, hvis mulig, tidspunkt for første undersøkelse	
	Tidligere innlagt i sykehus for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi sykehus og avdeling og, hvis mulig, tidsrom for siste opphold	
	Har psykiske forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sosiale forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Hvis legeerklæring er avgitt tidligere, oppgi om tilstanden nå er		<input type="checkbox"/> bedre <input type="checkbox"/> verre <input type="checkbox"/> uforandret	
2 Sykehistorie og behandling hittil	Når sykdom, skade eller lyte oppstod. Hvordan tilstanden seinere har utviklet seg. Tidligere sykdom, skade eller lyte og psykiske eller sosiale forhold av betydning for den aktuelle uførhet. Lege- og sykehusbehandling hittil			
	Hvis det ikke er plass til sykehistorien på denne siden, vedlegges et ekstra ark			

AKTUELLE SUBJEKTIVE SYMPTOMER. Symptomer eller lyter som pasienten mener har nedsatt arbeidsevnen. Andre subjektive symptomer pasienten oppgir

OBJEKTIVE FUNN.

Høyde	Vekt	Blodtrykk	Urin	
Hb	SR	Pirquet	Protein	Sukker

Resultater av laboratorieuundersøkelser, røntgenundersøkelser hos behandlende lege eller resultater som kjennes fra epikriser fra sykehus, spesialister eller laboratorier. Somatiske og psykiske symptomer, personlighetsmessige særtrekk, evennivå og aldersendringer som måtte ha innvirkning på funksjonsevnen og atferingsmulighetene

3

Status
praesens

Hvis det ikke er
plass til status
praesens på denne
siden, vedlegges et
ekstra ark

Stemmer de subjektive symptomer
med de objektive funn?

Ja

Nei

Hvis nei, gjør rede for uoverensstemmelsen

		FYSISKE FERDIGHETER							
3	Mangler ved de fysiske ferdigheter m.v. må oppgis uansett årsak	Er nedenfor nevnte ferdigheter normale?		Hvis nei, sett X i kolonnen som passer					
		Pasienten kan uten hjelp		Vanskelig	Nei	Pasienten kan uten hjelp		Vanskelig	Nei
		stå				stille tøy			
		gå innendørs				vaske golv			
		gå i trapper				gjøre storrengjøring			
		gå utendørs				spise			
		løpe				stå opp, legge seg			
		bøye seg				kle av og på seg			
		sitte på huk				vaske seg			
		løfte, bære				bade			
		skru av og på (brytere, vannkraner)				gå på do			
		skjære, banke, sage				lese			
lage mat				skrive					
vaske opp				groe seg om dagen					
vaske klær				groe seg om natten					
		SPESIELLE HJELPEMIDLER							
3	Fortsettelse av status. praesens	Må pasienten bruke spesielle hjelpemidler?		Hvis ja, sett X i ruten som passer:					
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Protese		<input type="checkbox"/> Slettebandasje			
		Ortopedisk		Rullestol					
		<input type="checkbox"/> Korsett <input type="checkbox"/> skotøy <input type="checkbox"/> Krykke <input type="checkbox"/> Høreapparat <input type="checkbox"/> uten hjelp <input type="checkbox"/> Rullestol med hjelp							
		Andre hjelpemidler							
		FYLLES UT VED LUNGE- OG/JELLER HJERTESYKDOMMER							
		Det oppstår dyspné ved				Ja	Nei		
		gange i lange trapper, bakker, i skog og mark- sammen med friske i samme alder							
		gange i kort slak motbakke, kort trapp (én etasje), på flat vei i vanlig tempo- sammen med andre							
		gange i langsomt eget tempo på flat vei noen hundre meter							
		gange i langsomt tempo innendørs ved daglige gjøremål (av- og påkledning)							
		FYLLES UT VED SYNSSVEKKELSE							
		Synsevne	Høyre øye	Venstre øye	Må pasienten bruke briller?				
		Synstyrke uten glass			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
		Synstyrke med korrigerende glass							
		Glassenes styrke i dioptrier							
		Fingertelling mot mørk bakgrunn (oppgis i meter)			Har pasienten gangsyn utendørs?				
		Synsfelt (Donders metode)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
4	Plan for medisinsk behandling/ medisinsk utføring	Er behandlingen/utføringen avsluttet?		Hvis ja, oppgi når- og besvar i så fall ikke de øvrige spørsmål under pkt. 4					
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi spesialitetens art					
		Antas behandling hos (annen) spesialist å kunne bedre tilstanden?							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi når					
		Bær pasienten innlegges i sykehus/utføringsinstitusjon?		Er det søkt om plass?					
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
		Hvis pasienten bær innlegges, oppgi sykehusets/utføringsinstitusjonens art (navn)							
		Fortsett medisinsk behandling/medisinsk utføring og antatt varighet							
		Er pasienten samarbeidsvillig?							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							
		Må pasienten stadig bruke legemidler? Hvis ja, oppgi hvilke							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							
5	Arbeidsuførheten/ arbeidsevnen	Pasienten har på helt arbeidsufør (fra-til)		delvis arbeidsufør (fra-til)					
		grunn av den aktuelle uførhet vært							
		Er pasienten fortsatt arbeidsufør?		Antas pasienten å kunne gjennompta sitt tidligere arbeid?					
		<input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nei					
		Antas pasienten å kunne ta annet havelig arbeid?		Når antas pasienten å kunne begynne i arbeid igjen?		I fullt arbeid fra			I delvis arbeid fra
<input type="checkbox"/> Ja, helt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nei				<input type="checkbox"/> I fullt arbeid fra			<input type="checkbox"/> I delvis arbeid fra		
		Er pasienten varig arbeidsufør i det vanlige arbeidsliv?							
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							

FYLLES UT BARE HVIS DET ER BEHOV FOR ATTØRØING		
6 Muligheter for attøring fra medisinsk synspunkt	Er det nødvendig med funksjonstrening, arbeidstrening, oppløring, spesielle attøringstiltak, psykisk aktivisering eller annen gradvis tilpassing som ikke er nevnt i pkt.2? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke tiltak	
	Må det tas spesielle omsyn under oppløring/ arbeids- plassering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke omsyn	
	Antas endringer i miljøforhold å kunne bedre mulighetene for attøring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke endringer	
	Bør pasienten rådføre seg med arbeidskontor/arbeidskonsulent? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi når dette bør skje	
	Er pasientens innstilling til attøring positiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, oppgi hvorfor	
Foreligger det planer for attøring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilke-og om planene antas å være realistiske		
7 Tilleggs- opplysninger		
8 Foretatte undersøkelser	Denne legeerkløring er gitt på grunnlag av undersøkelser foretatt av:	Behandlernde lege (navn) Dato
		Spesialist (navn og spesialitet) Dato
		institusjon (navn) Dato
9 Forbehold	Er det noe i legeerkløringen pasienten av medisinske grunner ikke bør få kjennskap til? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få kjennskap til	
10 Underskrift	Sted	Dato
	Stempel og underskrift	Bankgiro nr. Postgiro nr.



For at en søker skal ha rett til uførepensjon, må arbeidsevnen være **varig** redusert med minst halvparten. Reduksjonen må i **vesentlig grad** skyldes sykdom, skade eller lyte. Dette innebærer at det ikke foreligger rett til uførepensjon dersom den reduserte arbeidsevnen i hovedsak skyldes for eksempel arbeidsmarkedsforhold, alder eller sosiale forhold.

1 Opplysninger om søkeren (skal fylles ut av trygdekontoret)

Fylles ut med skrivemaskin

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Arbeid/yrke og tittel	Virksomheten på arbeidsstedet	Trygdekontor og tk.nummer

2 Medisinske opplysninger

2.1 Hoveddiagnose		
2.2 Tilleggsdiagnose		
I dette feltet skal det blant annet gis opplysninger om:	2.3 Sykehistorie og behandling hittil (bl.a. når og hvordan lidelsen oppstod) 2.4 Status presens	2.5 Objektive diagnostiske funn 2.6 Varig funksjonsnedsettelse pga. disse funnene 2.7 Andre årsaker til funksjonsnedsettelsen 2.8 Prognose - mulighet for bedring ved behandling

3 Funksjonsvurdering - muligheter for yrkesmessig attføring

- 3.1 Gi en medisinsk begrunnet funksjonsvurdering (herunder om restarbeidsevne) i forhold til nåværende arbeid
3.2 Gi i tillegg en medisinsk begrunnet vurdering av restarbeidsevnen uavhengig av mulighetene på arbeidsmarkedet
3.3 Må en ta spesielle hensyn ved valg av yrke og/eller arbeidsplass (i tilfelle hvilke hensyn)?
3.4 Vurder sykdommens innvirkning på pasientens arbeidsevne i hjemmet
(hvis pasienten helt eller delvis har hatt sitt arbeid i hjemmet)

4 Forbehold

Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner?

Ja Nei

Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få vite

5 Tilbakemeld. om saken

Jeg ønsker:

Kopi av vedtaket Å låne saksdok. Ikke tilbake-melding

Gjelder bare for behandlende lege og/eller spesialist som har gitt erklæring i denne saken

6 Legens underskrift

Sted og dato

Legens stempel og underskrift

Legeregning sendes sammen med legeerklæringen til trygdekantoret i **pasientens bokommune**. Hvis De har oppgjørsavtale med et annet trygdekantor, vil regningen bli sendt videre dit.

Legereklæringen blir honorert etter takst 6. Bruk vanlig legeregning (RTV-blankett 2.05).

FOLKETRYGDEN Vedlegg 2D: 1999-skjemaet Legeerklæring ved arbeidsuførhet

Legen skal sende denne til trygdekantoret

0 Erklæringen gjelder

0.1 Sykefravær i mer enn 8 uker	0.2 Rehabiliteringspenger	0.3 Yrkesrettet attføring	0.4 Uførepensjon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Opplysninger om pasienten og om arbeidsforhold

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 Trygdekantoret
1.4 Adresse, postnummer og poststed		1.5 Yrke
1.6 Arbeidsgiverens navn og adresse		

2 Diagnose og sykdomsopplysninger

2.1 Hoveddiagnose(r)	2.1.1 Kode(r)	2.3 Kodesystem <input type="checkbox"/> ICP-1 <input type="checkbox"/> ICD-9 = 2 <input type="checkbox"/> ICD-10 = 3
2.2 Bi-diagnose(r)	2.2.1 Kode(r)	2.4 Helt arbeidsufør f.o.m.
2.5 Sykehistorie med symptomer og behandling		
2.6 Status presens (angi dato). Resultat av relevante undersøkelser		
2.7 Bør trygdekantoret vurdere om det er en:	2.7.1 Yrkesskade/Yrkessykdom?	2.7.2 Ev. skadedato
	Ja <input type="checkbox"/> Net <input type="checkbox"/>	

3 Plan for medisinsk utredning og behandling

3.1 Er pasienten henvist til	Utredning <input type="checkbox"/>	Spesifiser	3.1.1 Dato for henvisn.	3.1.2 Anlatt ventetid (uker)
	Behandling <input type="checkbox"/>	Spesifiser	3.1.3 Dato for henvisn.	3.1.4 Anlatt ventetid (uker)
3.2 Utredningsplan. Oppgi planlagte undersøkelser og tidspunkt/varighet				
3.3 Behandlingsplan. Oppgi planlagt behandling og tidspunkt/varighet				
3.4 Ny vurdering av tidligere utrednings-/behandlingsplan				
3.5 Når er det hensiktsmessig, i forhold til utrednings- og behandlingsopplegget, at trygdekantoret ber om nye legeopplysninger?				
3.6 Hvis videre behandling ikke er aktuelt, gi begrunnelse				

4 Forslag til tiltak utover medisinsk behandling

Er det ut fra en medisinsk vurdering aktuelt med noen av følgende tiltak nå?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke? <input type="text"/>	Ev. nærmere opplysninger
a. Kjøp av helse- tjenester	b. Reisetilskott i stedet for sykepenger/rehab.penger	c. Aktiv syk- melding	d. Hjelpermidler på arb.plassen	
e. Yrkesrettet attføring	f. Friskmelding til arbeids- formidling	g. Andre (hvilke?)		
Hvis ja, oppgi ev. begrunnelser i forhold til tiltak. Hvis nei, gi begrunnelse				

5 Medisinsk begrunnet vurdering av funksjons- og arbeidsevne

5.1 Beskriv hvordan funksjonsevnen generelt er nedsatt på grunn av sykdom				
5.2 Er pasienten: <input type="checkbox"/> i inntektsgivende arbeid <input type="checkbox"/> hjemmearbeidende <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> annet				Oppgi hva
Beskriv kort type arbeid og hvilke krav som stilles				
5.3 Vurdering av arbeidsevnen				
Vil pasienten kunne				
a) gjenoppta det tidligere arbeidet	<input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: <input type="text"/>
b) ta annet arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etter behandling/tiltak <input type="checkbox"/>
5.4 a) Hva kan pasienten ikke gjøre i det nåværende arbeidet?				
b) Hvilke andre hensyn må eventuelt tas ved valg av annet yrke/arbeid?				

IA 08-07.08 Bokmål Fastsatt 10.99 (Side 2)

Efternavn, fornavn

Fødselsnummer (11 siffer)

6 Prognose

a) Antas behandlingen å føre til bedring av arbeidsevnen? Ja Nei

b) Anslå varigheten av sykdom, skade (ev. lyte)

c) Anslå varigheten av funksjonsnedsettelsen

d) Anslå varigheten av den nedsatte arbeidsevnen

7 Årsaksammenheng

Anslå hvor stor betydning funksjonsnedsettelsen har for at arbeidsevnen er nedsatt

8 Andre opplysninger

9 Samarbeid/Kontakt (9.1 Kryss av for den du ønsker trygdekontoret skal ta kontakt med)

Behandl. lege Arbeidsgiver Arbeidskontor Basisgruppe Annen instans (hvilken?) 9.2 Ønsker du kopi av vedtaket? Ja

10 Forbehold

10.1 Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner? Ja Nei

Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få vite

11 Legens underskrift mv.

11.1 Dato, legens navn og adresse

11.2 Legens underskrift

11.3 Telefonnr.

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004