



FRA ÅRSÅK TIL ANSVAR I SOSIALPOLITIKKEN

Om endringer i den statlige velferdsideologien

Av Robert Myrvang

**Hovedoppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi
Det samfunnsvitenskapelig fakultet
Universitetet i Tromsø
Våren 1993**

Forord

Som oppgave-tittelen antyder, drøfter denne hovedoppgaven det jeg oppfatter som et perspektivskifte i sosialpolitikken. Jeg sikter spesielt til en reform som i dag gjennomføres i attføringsarbeidet. Mitt møte med attføringsapparatet fant sted ved Statens Arbeidsmarkedsinstitutt i Oslo (SAO) i siste halvdel av 1980-tallet. Som attføringskonsulent fikk jeg godt innsyn på et arbeidsområde som bød på utfordringer og problemer. Våre klienter på arbeidsmarkedsinstituttet hadde gjerne det til felles at de ikke led av klare og synlige lidelser. De hadde ofte det vi i dag kaller ”diffuse” eller ”psykosomatiske” plager. Vår oppgave var primært å arbeidsplassere klientene etter endt opphold ved en av arbeidstreningsavdelingene. Vi hadde store forhåpninger om arbeidsplassering, men opplevde ofte at god motivasjon ikke er tilstrekkelig til å få innpass på arbeidsmarkedet. Vi møtte sjelden skeptiske holdninger til yrkeshemmede, men likevel ble dørene ofte stengt ved forsøk på arbeidsplassering. Vi ble gjerne fortalt at det var harde tider som krevde strenge prioriteringer i ansettelsespolitikken. For våre klienter ble tilværelsen preget av mye venting.

Vi drøftet ofte årsakene til de problemene vi møtte. Denne hovedoppgaven er et forsøk på å svare på noen av de spørsmål vi reiste som ansatte på SAO. Hovedoppgaven er et forsøk på å sette attføringsarbeidet inn i en større sammenheng, slik det i dag også gjøres i politiske dokumenter som omhandler den nevnte reformen i attføringsarbeidet. Jeg vil drøfte innholdet i noen slike dokumenter, og ta utgangspunkt i hvordan to sosiologiske modeller inngår i argumentasjonen for å realisere reformens mål. Jobben på SAO fikk jeg som ”halvstudert” sosiolog. Slik modellene inngår som analyseredskap i dagens politiske dokumenter, synes de å ha endret seg i forhold til de modellene jeg var fortrolig med fra mine studier tidlig på 80-tallet. Endring i innholdet i modellene slik de inngår i dagens politiske dokumenter er tema for denne hovedoppgaven.

Innhold:

side:

Forord	1
Kapittel I: INNLEDNING	3
1. Oppgavens tema	3
<i>Medikaliseringsmodellen</i>	4
<i>Utstøtingsmodellen</i>	7
2. Reformens hovedmål	8
<i>Målet om å motvirke medikalisering</i>	8
<i>Målet om å hindre utstøting</i>	9
<i>Ideologibegrepet</i>	10
3. Problemstilling	12
4. Oppgavens gang	13
5. Metodologi	14
Kapittel II: IDEOLOGI OG AVGRENSNING	16
1. Velferdsstatens utfordringer: sysselsetting og sparing	17
2. Modellene som uttrykk for en ideologi	21
<i>Helhetsmoral og pragmatisme</i>	22
<i>Ideologiens avgrensningsfunksjon</i>	24
<i>Årsak og ansvar</i>	26
<i>Det tvetydige arbeidsbegrepet</i>	28
3. Sammenfatning	30
Kapittel III: REFORMENS BAKGRUNN	32
1. Arbeidslinja	33
2. Sparelinja	35
3. Utgiftsvekst og et mangelfullt attføringsapparat	38
4. Sammenfatning	40
Kapittel IV: MEDIKALISERING PÅ 1970- OG 1990-TALLET	41
1. Medikaliseringsmodellen på '70-tallet	42
2. Medikaliseringsmodellen på '90-tallet	47
3. Sammenfatning	51
Kapittel V: UTSTØTING 1970- OG 1990-TALLET	52
1. Utstøtingsmodellen på '70-tallet	52
2. Utstøtingsmodellen på '90-tallet	55
3. Sammenfatning	59
Kapittel VI: SYKDOM ELLER ARBEIDSLEDIGHET	61
1. Sykdomsbegrepet	62
<i>Sykefraværsmodeller</i>	64
<i>Reliabilitet og validitet i medisinsk diagnostikk</i>	68
2. Sammenfatning	71
Kapittel VII: AVSLUTNING	72
1. Oppsummering	72
2. Konklusjon	75
Litteratur	78

Kapittel I

Innledning

Reformen i attføringsarbeidet er skissert i NOU 1990:17 *Uførepensjon*, NOU 1990:23 *Sykelønnsordningen* og Stortingsmelding nr.39/1992 *Attføringsmeldingen*. Som nevnt er mitt siktemål å vise at dagens reform innebærer en sosialpolitisk dreining i forhold til tidligere satsinger på attføringsområdet, og jeg sikter særlig til reformen som ble varslet i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*. De tre politiske dokumentene av i dag varsler starten på en omfattende reform av folketrygden, der det skal satses spesielt på attføring i arbeidet med å bremse tilstrømmingen til sykelønnsordningen og uføretrygden. Reformens generelle målsetting er å *skaffe sysselsetting også til yrkeshemmede ved å satse på attføring, for derved å dempe veksten i overføringer til trygdesektoren*. Målene skal nås ved bl.a. å endre trygdereglene, og ved å omorganisere og samordne hjelpeapparatet for sykelønn, uføretrygd og attføringshjelp.¹

Reformen kan sies å være et forsøk på å svare på spørsmålene vi reiste som ansatte på arbeidsmarkedsinstituttet. Våre diskusjoner endte gjerne med at to hovedsyn sto mot hverandre: hvorvidt problemene vi opplevde i vårt arbeid skyldtes egenskaper ved individene og/eller egenskaper ved den sosiale strukturen. Vi kom selvsagt ikke til noen enighet om dette klassiske spørsmålet. I ettertid har jeg funnet dette skillet i de nevnte politiske dokumenter. I dokumentene inngår som nevnt to sosiologiske modeller: en såkalt "*medikaliseringsmodell*" og en såkalt "*utstøtingsmodell*".²

1: Oppgavens tema

Det er min hensikt å vise at endringen i innholdet i de to modellene viser en bevegelse fra å forklare sosiale fenomener med henvisning til systembetingelser, til å forklare sosiale fenomener med henvisning til idividuelle egenskaper. Det er denne endringen oppgavetittelen "fra årsak til ansvar" sikter til. I det følgende vil jeg kort redegjøre for særtrekk ved modellene, og hvordan jeg oppfatter at de har endret innhold fra '70- tallet til i dag. Hensikten med en kort

¹ St.meld.nr.39/1992 s. 8: "Utfordringer og hovedsiktemål".

² Mens utstøtingsmodellen er en etablert "modell" i samfunnsforskningen, er ikke dette tilfellet for det jeg kaller medikaliseringsmodellen. Her kunne f.eks. benevnelsen "perspektiv" vært anvendt. Jeg bruker benevnelsen "modell" i en løs betydning på begge tilnærmingene.

redegjørelse for modellene, er å lede leseren fram til en mer konkret problemstilling knyttet til det jeg oppfatter som et perspektivskifte i sosialpolitikken. Jeg oppfatter det altså slik at *det kan ha skjedd en endring i innhold i modellene slik de inngår i dagens politiske dokumenter, i forhold til slik modellene inngikk i politiske dokumenter på 70-tallet.*

I oppgaven vil jeg derfor sammenlikne medikaliserings- og utstøtingsmodellene slik de framtrer i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*, og slik de framtrer i dagens dokumenter for å se om det har skjedd et slik perspektivskifte.

NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* var i sin tid en bred gjennomgang av attføringsarbeidet, og drøftet særlig de problemene vi som ansatte på arbeidsmarkedsinstituttet jobbet med. Et sentralt poeng i kritikken mot attføringsapparatet den gang, var at apparatet var dårlig tilpasset brukernes behov, bl.a. fordi sykdomsbildet i befolkningen ble endret i etterkrigsårene. Utredningen fra 1976 var særlig opptatt av årsakene til at folk havnet på uføretrygd, og skulle foreslå attførende tiltak for å bremse utviklingen. En tenkte seg at dersom en kunne gi en bred og grundig presentasjon av forskning på årsaker til problemene, ville det i neste omgang være mulig å utforme et attføringsapparat som motvirket slike tendenser.

Utgangspunktet for *dagens* politiske utredninger er at det har skjedd en markert økning i bruk av sykepenger og uføretrygd gjennom hele 80-tallet. Medikaliserings- og utstøtingsmodellene i dagens politiske dokumenter skal bl.a. svare på hva årsakene til denne økningen er. Imidlertid trekkes det andre konklusjoner i dag sammenliknet med i 1976. Særlig legges det i dag vekt på *samfunnsøkonomiske konsekvenser* forbundet med trygding. I oppgaven vil jeg argumentere for at endringen i modellenes innhold sier noe om endringer i den *statlige velferdsideologien*. Jeg vil forsøke å vise at endringen i modellenes innhold gir seg utslag i en forandring i synet på klientene.

Medikaliseringsmodellen

På 70-tallet ble medikaliseringsbegrepet gjerne assosiert med begrepet "klientisering". Begrepet inngikk i en kritikk av fordelingsmekanismene i velferdsstaten, og kritikken ble reist både av samfunnsforskere og politikere. Det vokste etterhvert fram en hel samfunnsvitenskapelig litteratur om emnet. I denne beskrivelsen fikk store grupper ikke del i velferden, andre fikk velferden ødelagt av effektivitetsjag, uheldige arbeids- og boforhold.³ Det ble også hevdet at samfunnsutviklingen i seg selv var klientskapende, og det ble stilt spørsmål om hvorvidt det var en sammenheng mellom omsorgsprofesjonalisering og medikalisering.⁴

³ Jfr. Lingås 1973 og Illich 1977.

⁴ Jfr. Løchen 1970 og Wadel 1978.

Løsningene som den gang ble foreslått, var å forbedre velferdsapparatet, og perspektivet ble gjerne oppfattet som et forsvar for klientene i et samfunn der profesjonaliseringen av omsorgsyrkene grep stadig mer om seg. Mange argumenterte for utvidelse av det medisinske sykdomsbegrepet, og derved for sosiale rettigheter, men man var samtidig skeptisk til en slik utvidelse dersom følgen ble økt medikalisering.

I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* drøftes mange av disse problemene. Det ble særlig fokusert på problemer forbundet med å avgrense og definere sykdomsbegrepet. I utredningens drøfting av de såkalte "diffuse" lidelser, i dag ofte karakterisert som en ny folkesykdom, pekes det på hvor vanskelig det er å avgrense og definere slike lidelser. Særlig der utredningen drøfter mulige årsaker til slike lidelser, pekes det på miljømessige og sosiale årsaker. Utredningen fra 1976 gir altså i grove trekk inntrykk av et behov for utvidelse av sykdomsbegrepet. Dvs. at to tendenser gjorde seg gjeldende samtidig. En var både skeptisk til medikalisering, samtidig som det ble argumentert for en utvidelse av klientenes rettighetsgrunnlag. I 1976 ble det forøvrig fokusert på underforbruk av sosiale ytelser, mens *dagens* politiske dokumenter argumenterer mot overforbruk av trygdemidler.

I dag peker medikaliseringsmodellen særlig på at det har skjedd en holdningsendring i befolkningen og blant legene som sertifiserer sykelønn og uføretrygd, og at denne utviklinga bl.a. følger av en liberalisering av regelverket gjennom '70- og '80-tallet. Dette bildet kompliseres av en økning i såkalte "diffuse" lidelser i befolkningen. Lidelsene, ofte benevnt "livsstilssykdommer", er vanskelig å diagnostisere, og åpner for et av kjernespørsmålene i dagens reform: kan og/eller bør lidelsene diagnostiseres slik at klientene oppfyller kravene som loven stiller for å tilstå trygd.

I dag antar medikaliseringsmodellen at det ikke dreier seg om sykdom i lovens forstand, men om "sykdomsforklaring" av vanskelige livssituasjoner. Dersom en legger vekt på medikaliseringsmodellen vil et naturlig tiltak være å skjerpe trygdelovens krav til hva som skal betraktes som sykdom. Liberaliseringen av regelverket, f.eks. ved at sykdomsbegrepet er utvidet, antas å ha ført til at legene har håndtert sykdomskravet i trygdelovgivning for liberalt. Dagens reform skal derfor "*...komme med forslag til tiltak for å dempe tilgangen til utføreordningen,...og drøfte mulige tiltak for å redusere sykelønnsutgiftene og sykefraværet*".⁵ Denne delen av reformen har som hovedmål å redusere overføringene til trygd ved å "*...motvirke medikalisering*".⁶

Reformen innebærer derfor at det innføres nye diagnosesystemer som skiller ut

⁵ St.meld.nr.39/1992 s.7-8, kap.1: "Mål, strategier og tiltak".

⁶ Op.cit.:8.

sykdommer som etter loven ikke gir et stønadskrav. Det vil si at man er opptatt av systemer som kan fange opp de såkalte diffuse og sammensatte plager.⁷ Medikaliseringsmodellen inngår i dag i argumentasjonen for å avgrense bruken av sykepenger og for å bremse tilstrømmingen til uføretrygden. Mens modellen i 1976 hovedsakelig uttrykte en bekymring for manglende sosial integrasjon, oppfattes medikalisering i dag som en tilstand der "økonomiske og sosiale problemer samt normale fysiske eller psykiske reaksjoner betraktes som uttrykk for eller på linje med sykdom".⁸ Det antydes her at klientene oppfatter seg som syke uten at tilstanden kan karakteriseres som sykdom i medisinsk eller juridisk forstand.

Medikaliseringsmodellen av i dag tar utgangspunkt i andre økonomiske rammebetingelser enn tilfellet var på `70-tallet. Mot slutten av 70-tallet endret den økonomiske utviklingen seg, og viste klare tegn til mindre vekst og økonomisk stagnasjon. Det økonomiske grunnlaget for videre utbygging av velferdstiltak ble usikkert, og tendensene har ikke avtatt ved inngangen til 90-åra. Nå vektlegges det at den enkeltes forsøk på å leve opp til en sykerolle som følge av medikalisering eller "klientisering", i neste omgang *summerer seg opp til stønadskrav som samfunnet ikke kan se seg råd til*. Medikaliseringstendenser antas å ha bidratt til at folketrygdens utgifter har økt for sterkt, og tiltakene som settes inn, skal derfor være slik at de skiller ut hvilke tilfeller som gir rett til stønad fra folketrygden.⁹ I dag er altså behovet for *samfunnsøkonomisk sparing* knyttet til det *individuelle ansvar* den enkelte har for å skaffe seg arbeid, der tradisjonelt lønnsarbeid antas å være en forutsetning for verdiskapningen i samfunnet.¹⁰ Et sentralt punkt i dagens politiske dokumenter blir derfor at problemene som skisseres kan føres tilbake til *individuelle holdninger*.¹¹

Antyder forutsetningene over at et ukjent, men betydelig antall uføretrygdede, har fått innvilget uføretrygd på sviktende grunnlag? Dvs. at de enten ikke har vært syk nok til å tilfredsstille kravene i loven, og/eller at lovens rammer er blitt for vide. Konklusjonene i dagens drøfting av medikaliserings-tendensene er at sykdomsbegrepet må underkastes kritisk gransking, og at klientene og legene må kontrolleres sterkere. Det vil si at det juridiske sykdomsbegrepet innsnevres og at strengere kontroll praktiseres. Sykdomsbegrepet får derved forsterket sin status som vilkår for velferdspolitisk og trygdemessig omfordeling til enkeltmennesker.

For å realisere de overordnede målene for reformen, skal tiltakene som foreslås "...motvirke tendensene til at sosiale eller mer generelle livsproblemer gjøres til helseproblemer -

⁷ NOU 1990:17 s.91.

⁸ NOU 1990:23 s.66.

⁹ NOU 1990:23 s.13.

¹⁰ St.meld.nr.39/1992:3.

¹¹ St.meld.nr.39/1992:33.

medikaliseres".¹² Dagens forutsetninger om medikalisering, dvs. at uheldige sider ved samfunnsutviklingen virker inn på individenes liv, er for såvidt ikke ulik det en hevdet på 70-tallet. Både i 1976 og i dag blir det hevdet at dersom kulturen i vid forstand i for stor grad støtter opp om å forklare opplevde tilstander hos individet som sykdom, så risikerer en at vedkommende begynner å leve opp til slike forventninger, det vil her si å leve opp til en "sykerolle".¹³

Utstøtingsmodellen

I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* ses utstøting som en prosess og som et samspill mellom endringer i arbeidslivets krav og det enkelte individs ressurser i vid forstand. Modellen ser utstøting som et fenomen knyttet til endringsprosesser på makronivå i samfunnet formidlet ned på bedrifts- og lokalsamfunnsnivå.¹⁴ Modellen forklarer ikke *hvem* som blir utstøtt. Dersom modellen skulle forklare slike forhold, måtte problemtilstander hos enkeltindividet trekkes inn. Sykelighet kunne da forstås som *en mulig* variabel ved siden av pendling, flytting, urbanisering, jobbskift, arbeidsledighet osv. Men det poengteres her at slike variabler må ses i relasjon til det økonomiske systems virkemåte.

En forutsetning i utstøtingsmodellen er at kravet til eiere og forvaltere av kapital om å drive bedriftsøkonomisk lønnsomt, tvinger fram strukturrasjonaliseringer i næringslivet. Arbeidskraften oppfattes her som en vare på linje med andre elementer som inngår i produksjonsprosessen. Der tilpasningsevnen er størst, antas muligheten for å overleve i konkurransen å være størst. Den enkelte arbeidstaker må i økende grad tilpasse seg både i forhold til aktivitetsnivået på en arbeidsplass og til dens lokalisering. Der det er mulig, erstattes mennesker med teknologiske nyvinninger som er arbeids- og kostnadsbesparende. Noen blir derved overflødig.¹⁵

Utsøtingsmodellen kan oppfattes slik at den gir utfyllende og/eller alternative svar på de problemene som er skissert i presentasjonen av medikaliseringsmodellen. Mens medikaliseringsmodellen ser årsakene til økt trygdeforbruk i folks holdninger, ser utstøtingsmodellen årsakene i arbeidsmarkedets "strukturelle logikk". Utsøtingsmodellen ser de grunnleggende problemene primært som et arbeidsmarkedsproblem, og det tas egentlig ikke stilling til om folk blir syke i en eller annen forstand. Selv om modellen ikke inneholder

¹² St.meld.nr.39/1992 "Utfordringer og hovedsiktemål", s.8.

¹³ NOU 1990:23 s.67. Viktige forutsetninger i medikaliseringsmodellen er hentet fra medisinsk-sosiologiske tilnæringer, jfr. Parsons 1968, Gordon 1966 og Illich 1975.

¹⁴ NOU 1976:58 s.149. En skiller vanligvis mellom utstøtte, dvs. personer som ikke kan beholde en jobb på det ordinære arbeidsmarked, og utestengte, dvs. personer som ikke kan få en jobb på det ordinære arbeidsmarkedet. I fortsettelsen skiller jeg ikke mellom utstøtte og utestengte.

¹⁵ Op.cit.:150.

forutsetninger om "syke mennesker", utelukker den ikke at folk faktisk kan bli "syk" enten av tempoet i arbeidslivet eller av tilværelsen som arbeidsledig. Men om en slik forutsetning legges inn i modellen, så ville en måtte spesifisere hva som menes med "sykdom". Utstøtingsmodellen fokuserer spesielt på forholdet mellom systembetingelser (forhold på arbeidsmarkedet) og bruk av trygdeytelser.

I dagens reform i attføringsarbeidet rettes oppmerksomheten mot "*...den nære sammenhengen mellom veksten i passive kontantytelser, og behovet for aktive tiltak fra samfunnets side for å motvirke utstøting og utestenging fra arbeidsmarkedet*".¹⁶ I St.meld.nr. 39/1992 *Attføringsmeldingen* inngår utstøtingsmodellen der tiltakene behandles under avsnittet om "Politikkens hovedsiktemål". Her heter det at trygdeordningene skal utformes slik at de bidrar til å hindre unødig utstøting av utsatte grupper fra arbeidslivet.¹⁷ I NOU 1990:17 *Uførepensjon* heter det at "...forhold ved arbeidsmiljøet kan påføre folk fysiske, psykosomatiske og psykiske helseproblemer som gjør at de får vansker med å oppfylle kravene til arbeidsytelser".¹⁸ Imidlertid har det etter min oppfatning også skjedd en endring i innholdet i utstøtingsmodellen mot å vektlegge individforklaringer. Mens det i 1976 utelukkende ble fokusert på omgivelsesfaktorer, heter det i dag at når det gjelder valg mellom forskjellige trygd løsnings, "kan det virke som om flere har blitt gjort oppmerksomme på visse økonomiske fordeler".¹⁹

2: Reformens hovedmål

Slik de to modellene inngår i de politiske dokumentene, framstår de som knyttet til adskilte mål, slik at tiltak for "...å motvirke medikalisering" kan grupperes for seg, mens tiltak for "...å forhindre utstøting" kan grupperes for seg. Reformens tiltak for å skaffe sysselsetting til yrkeshemmede, dvs. målet om å motvirke utstøting, kan derfor oppfattes som et generelt tiltak som skal kompensere for at noen mister trygderettigheter når sykdomsvilkåret i trygd lovgivningen strammes inn. I det følgende avsnittet vil jeg vise hvordan medikalisering- og utstøtingsmodellene kan knyttes til to av reformens sentrale målsettinger.

Målet om å motvirke medikalisering

Den første overordnede målsetting for politikken er å stabilisere og helst redusere antall stønadsmottakere. St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* hevder at "fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er det grenser for hvor stor andel av arbeidsstyrken som kan

¹⁶ Op.cit.:8.

¹⁷ St.meld.nr.39/1992:8.

¹⁸ NOU 1990:17 s.64.

¹⁹ St.meld.nr.39/1992:41.

føres over på passive trygdeytelser eller andre overføringer før byrdene for de yrkesaktive blir for store".²⁰ I argumentasjonen i dagens utredninger heter det at det i tilknytning til uføretrygden er uheldig at de ressurser og den restarbeidsevne som de yrkeshemmede antas å ha, ikke tas i bruk.²¹ Reformen skal ved å aktivisere disse ressursene, gi samfunnsøkonomiske innsparinger.

De tiltakene som reformen skisserer for å motvirke medikalisering er primært av en type som skal redusere kostnadene forbundet med bruk av sykelønn og uføretrygd. Det første hovedmålet, målet om å bremse tilstrømmingen til trygdesystemet, kan da karakteriseres som i hovedsak å være en målsetting om å oppnå samfunnsøkonomiske innsparinger. I fortsettelsen vil jeg referere til denne målsettingen som "sparemålet". Målet om å motvirke medikalisering sammenfaller derved i stor grad med sparemålet.

Målet om å forhindre utstøting

Den andre overordnede målsettingen er å skaffe sysselsetting også til yrkeshemmede. Dette målet inngår forøvrig i regjeringens generelle mål om full sysselsetting. Med andre ord skal de som er på tur inn i et sykemeldingsforhold eller er sykemeldt sikres fortsatt arbeid. De som er på attføring skal etter endt tiltak skaffes arbeid, samt at et stort antall personer som er på uføretrygd skal føres tilbake til arbeid. I fortsettelsen vil jeg referere til denne målsettingen som "sysselsettingsmålet".

Tiltakene for å forhindre utstøting innebærer bl.a. å tilrettelegge arbeidsplasser for yrkeshemmede, enten ved hjelp av arbeidsmiljø-tiltak for svake grupper som er i arbeidslivet, eller ved vedlikehold/utbygging av vernede tilbud for personer som skal attføres til ny jobb.²² Slike tiltak vil neppe på kort sikt gi samfunnsøkonomiske innsparinger. Å tilrettelegge arbeidsplasser for yrkeshemmede med utgangspunkt i dagens arbeidsmarked, vil tvert imot måtte bety samfunnsøkonomiske uttelling. Imidlertid kan målet gi langsiktige, økonomiske besparelser ved at de yrkeshemmede i større grad enn i dag bidrar til samfunnets verdiskaping.²³ Slike tiltak har derved som mål å svekke virkningene av de strukturelle samfunnstrekk som utstøtingsmodellen beskriver, og kan oppfattes som et forsøk på å innfri målet om alles rett til arbeid, slik denne retten er slått fast i grunnloven. Tiltak for å hindre utstøting skal ideelt sett

²⁰ St.meld.nr.39/1992:8.

²¹ St.meld.nr.39/1992:8.

²² Tiltakene for å "forhindre utstøting" er delt i tre hovedgrupper. Jeg oppfatter det slik at de viktigste er 1) "Tidlig intervensjon", dvs. opprettelse av bedriftsrådgivnings-tjeneste. 2) "Integrering i ordinært arbeidsliv", dvs. lønnstilskudd til arbeidsgivere og såkalte integreringstilskudd til arbeidsgivere. 3) Utvidelse av det skjermede arbeidstilbudet. I tillegg forutsettes det opprettet mellom 400 og 600 nye stillinger i arbeidsmarkedsetaten de kommende år. I hovedsak skal alle tiltakene finansieres ved innsparinger på trygdebudsjettene.

²³ Dette er i grove trekk det jeg tolker som regjeringens budskap for reformen, og som skal forsvare at det faktisk satses penger på attføring (se St.meld.nr.39/1992 s. 6).

sikre at folk kan beholde sitt arbeid.

Den første målsettingen over, *sparemålet*, kan dermed oppfattes som et forsøk på å redusere retten til trygd, mens den andre målsettingen, *sysselsettingsmålet*, kan oppfattes som et forsøk på å realisere retten til arbeid. Reformen skal totalt sett realisere overgangen fra det som betraktes som den passive "trygdelinja" til den aktive "arbeidslinja". Dagens tilstander med stort press på sykelønnsordningen, opphoping i attføringssystemet og rekordhøye uføretall, representerer "trygdelinja". Denne skal erstattes med tiltak som trekker individene mot arbeidslivet, eller sørger for at de som står i fare for å falle ut, eller har falt ut, fanges opp av attføringstiltak ved at "arbeidslinja" realiseres.

Jeg oppfatter det slik at det nye attføringsapparatet karakteriseres som "aktivt" sammen med de andre tiltakene som foreslås. Uføretrygden må da oppfattes som den mest "passive" av trygdeordningene. Tiltakene som foreslås skal samordne sykelønns-, attførings- og uførehjelpen slik at kostnadsveksten forbundet med tiltakene kan reduseres. Samordningen skal virke slik at de tre hjelpetiltakene tilsammen trekker i samme retning, dvs. trekker klientene bort fra et liv på uføretrygd.

Ideologibegrepet

Når jeg i fortsettelsen hevder at endringen i modellenes innhold uttrykker at det har skjedd en endring i den statlige velferdsideologien, benytter jeg ideologi-begrepet på en spesiell måte. Med begrepet "ideologi" sikter jeg til "ideer som evaluerer samfunnet og setter opp grunnleggende målsettinger, idealer og prinsipper for samfunnet, og gir uttrykk for hvordan målene kan realiseres".²⁴ Jeg vil i kapittel II, oppgavens teori-del, argumentere for at medikaliserings- og utstøtingsmodellene er forankret i noen slike grunnleggende ideer, og at de i varierende grad forklarer og evaluerer samfunnet, og som en følge av en slik evaluering, foreslår nye løsninger. Jeg forutsetter videre at "ideene som evaluerer samfunnet" har endret seg fra `70-tallet til i dag.

Enhver forklaring på sosiale fenomener kan i varierende grad sies å være ideologisk basert. Dette vil gjelde for medikaliserings- og utstøtingsmodellene. Slike forklaringer kan være forankret i et sammenhengende tanke-system, det vi ofte forbinder med en "utopi". Men de kan også, og i varierende grad, være løsrevet fra en slik utopi, og tilpasses de problemer samfunnet til enhver tid står overfor. Lafferty (op.cit.) skiller mellom "helhetsmoral" og "pragmatisme" for å beskrive et slikt skille. I kapittel II vil jeg benytte tilsvarende distinksjon, og forutsetter at medikaliserings- og utstøtingsmodellene slik de inngår i de politiske dokumentene, representerer et pragmatisk uttrykk for den statlige velferdsideologien.

²⁴ Etter Lafferty 1987:47.

For reformen i attføringsarbeidet oppfatter jeg det slik at velferdsideologien kommer til uttrykk gjennom reformens mål, via modellene og til de enkelte reform-forslagene. Siste ledd i denne prosessen er at det gjennomføres konkrete tiltak for å løse de antatte problemene. I tråd med en slik bruk av ideologi-begrepet, forutsetter jeg at medikaliserings- og utstøtingsmodellene inngår i den politiske argumentasjonen som problembeskrivelser eller som "diagnoser", og som begrunnelse for reformens tiltak.

Når en sosialpolitisk reform skal settes ut i livet, vil resultatet av reformen, de sosiale hjelpeordningene, kunne ha innebygget det jeg vil karakterisere som en av flere *funksjoner*.²⁵ Jeg vil fokusere på en slik funksjon, nemlig det jeg oppfatter som ideologiens, og i neste omgang tiltakenes *avgrensningsfunksjon*.²⁶ Tiltakenes avgrensningsfunksjon kan beskrives med utgangspunkt i at sosiale hjelpetiltak som ikke er beregnet på hele befolkningen, må skille mellom personer som har rettmessige krav på en ytelse, og personer som ikke har slike krav. Dvs. at alle sosiale hjelpeordninger som ikke er universelle, vil ha innebygget mekanismer for å skille mellom legitime og illegitime krav om offentlig hjelp.

Jeg tar altså utgangspunkt i at en slik funksjon er knyttet til den statlige velferdsideologien, og dermed bygges inn i reformens tiltak. Senere vil jeg knytte denne avgrensningsfunksjonen til skillet mellom årsaks- og ansvarsforklaringer. Skillet mellom årsak og ansvar vil knyttes til hvordan bedømmingen av sosiale hjelpebehov kan tenkes å ha endret seg de siste tjue åra. Avgrensningsfunksjonens årsaks-dimensjon forutsetter at forklaringen på et hjelpebehov ligger i omgivelsene. En person som har brukket foten fritas automatisk fra arbeidsplikten og vil uten videre få status som "legitim trygdemottaker". Poenget her er at hjelpebehovet forklares med henvisning til utenforliggende forhold som individet har begrenset kontroll over, dvs. til en årsaksdimensjon. Hjelpebehovet årsaksforklares.

Imidlertid vil enhver anmodning om å få leve på fellesskapets kasse medføre at det kan reises spørsmål om den nødstiltes moral. I hvor stor grad bidrar personen til sin egen bedring, slik at vedkommende blir i stand til å klare seg selv. Jeg vil senere vise at hensynet til å bidra til samfunnets verdiskaping er sentralt i den statlige velferdsideologien, og at avgrensningens funksjon er å bidra til at så få som mulig skal "ligge det offentlige til byrde". Slike spørsmål berører det jeg kaller ansvars-dimensjonen. Jeg vil argumentere for at det er rimelig å se endringen fra årsaks- til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken som et resultat av at

²⁵ I kapittel II viser jeg noen slike funksjoner som en ideologi kan tenkes å ha.

²⁶ Begrepet "avgrensning" er lånt fra Midré, G.: Bot, bedring eller brød? Om behandling av sosial nød fra reformasjonen til folketrygden. Universitetsforlaget, Oslo, 1990.

samfunnsøkonomien i dag oppfattes som anstrengt.²⁷

3: Problemstilling

Jeg har forsøkt å vise at to viktige mål for reformen er å sikre retten til arbeid for yrkeshemmede (sysselsettingsmålet), og å redusere overføringene til trygdesektoren (sparemålet). Jeg vil argumentere for at både sysselsettingsmålet og sparemålet utgjør sentrale verdier i velferdsstaten, og dermed i det jeg oppfatter som den statlige velferdsideologien. Sparemålet uttrykker en ny verdi sammenliknet med det jeg oppfatter som kjerna i `70-tallets statlige velferdsideologi. Sysselsettingsmålet er derimot både knyttet til en grunnleggende antakelse om at arbeidet er av stor betydning for det enkelte individs selvrespekt, og til forestillingen om at tradisjonelt lønnsarbeid er en garanti for å opprettholde det velferdsnivået vi har. I dagens reform framstilles lønnsarbeidet som en forutsetning for å realisere de overordnede målene, forstått slik at økt verdiskaping gjennom arbeid skal finansiere trygdene.

Opgavens problemstilling spør først om dagens reform i attføringsarbeidet innebærer et perspektivskifte fra årsaksforklaringer til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken, slik at ansvarsdimensjonen vektlegges sterkere i dag enn på `70-tallet. Problemstillingen spør om en eventuell endring kommer til uttrykk i innholdet i medikaliserings- og utstøtingsmodellene. Jeg spør videre om en endring i modellenes innhold uttrykker at det har skjedd en endring i velferdsideologiens *avgrensningsfunksjon*. Jeg vil argumentere for at forestillinger om lønnsarbeidets plass i samfunnsøkonomien er sentralt i velferdsideologiens avgrensningsfunksjon, fordi hensynet til samfunnets verdiskaping krever at det må skilles mellom legitime og illegitime krav om å leve på fellesskapets kasse.

Deretter spør jeg om det kan ligge et grunnleggende velferdsdilemma innebygget i forholdet mellom sparemålet og sysselsettingsmålet. Reformens sparemål skal oppfylles ved at retten til pengeytelser basert på sykdomssertifisering innskjerpes. Jeg oppfatter det slik at dette tiltaket representerer en av reformens "avgrensende konsekvenser". Imidlertid skal reformen samtidig kompensere for slike konsekvenser ved å innfri retten til arbeid også for yrkeshemmede. Min hypotese er at dette kan ses på som en konflikt mellom to sett av rettigheter, fordi retten til arbeid i dag vanskelig lar seg realisere også for store grupper som *ikke* har helseproblemer. Situasjonen på arbeidsmarkedet med økende arbeidsledighet, kombinert med en innskjerping av retten til livsopphold ved hjelp av trygdemidler, vil etter min oppfatning kunne svekke begge rettighetstypene.

Det er ikke min hensikt å vise at målene for reformen ikke kan realiseres, eller å svare på

²⁷ I kapittel 6 vil jeg belyse "avgrensningsfunksjonen" ved å drøfte noen konkrete problemer forbundet med et snevrere sykdomsbegrep.

hvorvidt en langsiktig satsing på attføring vil gi kostnadsbesparelser som kan bidra til å styrke velferdstiltakenes samfunnsøkonomiske basis. Jeg vil forsøke å sannsynliggjøre at en endring fra årsaksforklaringer til ansvarsforklaringer, her forstått som et perspektivskifte i den statlige velferdsideologien, vil ha noen konsekvenser. Til tross for at reformen representerer en storstilt satsing på yrkeshemmet arbeidskraft, vil spørsmålet være om en slik satsing oppveier for reformens avgrensede konsekvenser. Jeg forutsetter altså at et snevrere sykdomsbegrep sett i sammenheng med et svært vanskelig arbeidsmarked totalt sett vil kunne svekke yrkeshemmedes stilling i samfunnet.

4. Oppgavens gang

I oppgavens kapittel 2 redegjør jeg for begrepsbruken i oppgaven, dvs. at jeg avklarer min forståelse av ideologi-begrepet. Her vil jeg også presentere det perspektivet som er mitt analytiske "redskap", skillett mellom ansvars- og årsaksforklaringer.

I kapittel 3 vil jeg redegjøre for reformens bakgrunn. Det vil si at jeg redegjør for det jeg oppfatter som reformens hovedmålsetting, realiseringa av "arbeidslinja". Jeg vil forsøke å sannsynliggjøre at "arbeidslinja" er et resultat av utviklinga i samfunnsøkonomien, ved å sette reformen inn i et bredere perspektiv. Myndighetene setter den "aktive arbeidslinja" opp mot den "passive trygdelinja", og har som mål at også yrkeshemmede skal delta i verdiskapende arbeid. Forutsetningene for å realisere "arbeidslinja" er knyttet til to hensyn, nemlig muligheten for å skaffe arbeid til yrkeshemmede, og mulighetene for å redusere overføringene til trygder. Reformen gjennomføres i en tid da samfunnsøkonomien er anstrengt, og jeg forutsetter at ideologisk endring kan oppfattes som et resultat av at dårlige tider krever nye løsninger. Derfor redegjør jeg for samfunnsøkonomiske utviklingstrekk som kan sies å ha bidratt til utforminga av reformens generelle målsettinger, dvs. til utforminga av den statlige velferdsideologien.

I kapittel 4 sammenlikner jeg medikaliseringsmodellen slik den framsto i 1976 med dagens utgave i de aktuelle dokumentene, og i kapittel 5 gjør jeg tilsvarende for utstøtingsmodellen. Siktemålet er her å sannsynliggjøre at det har skjedd en endring i innhold, og å fastslå om det er rimelig å oppfatte endringen som et perspektivskifte langs dimensjonene "årsak" og "ansvar". Jeg oppfatter det slik at det har skjedd en endring i måten avgrensningen av sosiale hjelpebehov skjer på.

Drøftinga av sykdomsbegrepet i kapittel 6, skal tjene til å styrke min påstand om at den ideologiske endringen kan sies å ha beveget seg mot ansvarsforklaringer. Til tross for at forskyvninga fra årsaks- til ansvarsforklaringer kommer relativt tydelig fram i de politiske dokumentene, vil skillett mellom årsak og ansvar være svært grovt. Jeg vil derfor utdype mitt eget resonnement ved å drøfte sykdomsbegrepet slik det har vært behandlet i de politiske

dokumentene. Drøftingen av sykdomsbegrepet vil vise at bildet er mer komplisert enn skillet mellom "årsak" og "ansvar" skulle tilsi. Da jeg i liten grad drøfter konkrete tiltak som innebærer at mange praktiske kompromisser må inngås, forsøker jeg altså å kompensere for denne svakheten ved å drøfte avgrensingsfunksjonen mer inngående, og i et kritisk lys.

Til slutt i oppgaven, i kapittel 7, vil jeg oppsummere og trekke noen generelle konklusjoner.

5. Metodologi

Opgavens problemstilling spør om det har skjedd en endring i den statlige velferdsideologien de siste tjue åra, og om en slik endring kommer til uttrykk i noen utvalgte offentlige dokumenter. Til de offentlige utredningene som utgjør det empiriske underlaget i oppgaven, inngår 22 vedlegg som er skrevet av oppnevnte sakkyndige. For å svare på problemstillingen, tolker og beskriver jeg innholdet i dokumentene og vedleggene. Dvs. at oppgaven i metodisk henseende er en *kilde-studie*. Jeg oppfatter ikke innholdet i de politiske dokumentene som en direkte avspeiling av den statlige velferdsideologien. I den grad jeg hevder å gjengi tekst-materiale som uttrykker den statlige velferdsideologien, baserer jeg meg i stor grad på det jeg oppfatter som kjernen i budskapet både til "ekspertene" og til de "arbeidsgruppene" som har produsert de politiske dokumentene. Jeg har prøvd i hovedsak å gjengi tekst hentet fra de delene av dokumentene der "politikkens hovedmål" skisseres, og henviser i fotnotene til disse stedene.

Studier av den typen som denne oppgaven representerer, regnes gjerne som kvalitative tolkinger og beskrivelser av *kommunikasjons-innhold*, her formidlet gjennom politiske dokumenter. En slik tilnærming reiser flere kilde-kritiske spørsmål. En *kilde* kan i utgangspunktet defineres som blott og bart "skriftlig nedtegnet materiale". Men fra en slik "opphavssituasjon" blir materialet først *kilde* når noen tar det i bruk.²⁸ Fra opphavssituasjonen til det som er min faktiske brukersituasjon, vil det ha skjedd en delvis tilfeldig og delvis systematisk utsiling og utvelgelse av stoff. De offentlige utredningene og meldingene vil forsøke å meddele allmennheten et politisk budskap, og i slike budskap vil både deskriptive og normative utsagn være vevd inn i hverandre. Et slikt materiale vil i stor grad inneholde normative vurderinger, og kilden vil preges av forholdet mellom avsender og mottaker. En svakhet ved min tilnærming, er at min problemstilling nok har virket styrende på hva som er valgt ut, forstått slik at mitt eget verdimeslige utgangspunkt preger tilnæringsmåten, og stenger for andre tilnæringsmåter.

Medikaliserings- og utstøtingsmodellene er valgt ut fordi de to begrepene går igjen flere

²⁸ Holme og Solvang 1991:125.

plasser der reformens overordnede mål skisseres. En svakhet ved oppgaven er at jeg i liten grad yter rettferdighet mot dokumentene der de drøfter andre forklaringsmodeller. Tilnærminger av den typen som utstøtingsmodellen representerer, som tar utgangspunkt i sosiale systemer og strukturelle samfunnstrekk, regnes ofte som mer sosiologisk enn tilnærminger som tar utgangspunkt i egenskaper ved individet. Jeg regner medikaliseringsmodellen til den siste kategorien, særlig i den utforming modellen har fått i dagens politiske dokumenter. Historisk har slike tilnærminger sine røtter i psykologisk orienterte retninger, men assosieres også med retninger innafor sosialøkonomi. Jeg vil ikke underslå at mine egne preferanser ligger nærmest utstøtings-resonnementet, og dette må nok tilskrives mitt sosiologiske ståsted. Imidlertid vil jeg ikke avvise holdningsvariabler som forklaring på det fenomenet som er denne oppgavens tema. Jeg er av den prinsipielle oppfatning at holdningsvariabler varierer i et komplekst samspill med sosiale omgivelser. Jeg vil ikke ta stilling til hva som kommer først eller sist, men forutsetter at systembetingelser eller samfunnsstrukturer utgjør ei ramme som aktørene i varierende grad kan påvirke og påvirkes av.

På grunn av den lange veien fra politiske forslag til behandling og vedtak, vil det ofte være stor avstand mellom *innhold* og *motiver*. Sett i et større, samfunnsmessig perspektiv, innebærer reformen i attføringsarbeidet at det satses på yrkeshemmede i en tid da samfunnsøkonomien oppfattes som anstrengt.

Det ligger utvilsomt mange gode intensjoner under en slik reform. Dokumentene vil ikke si særlig mye om prosessen fram til de forskjellige vedtak. Forholdene over vil måtte begrense materialets anvendelse, og gyldigheten av mine påstander og konklusjoner.

Kapittel II

Ideologi og avgrensning

Oppgavens problemstilling spør om det har skjedd endringer i den statlige velferdsideologien i løpet av de siste tjue åra, og en avklaring av hva jeg legger i begrepet *velferdsideologi* er derfor påkrevet. Jeg har antydnet at endringen kan beskrives som en endring fra årsaksforklaringer til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken, og at utviklingen uttrykker en endring i "ideologiens avgrensningsfunksjon". Jeg har også hevdet at sparemålet og sysselsettingsmålet er to sentrale mål for reformen, og at det kan være et motsetningsforhold mellom målene, på grunn av den vanskelige situasjonen på dagens arbeidsmarked.

I det følgende vil jeg redegjøre for begrepsbruken i den videre framstillingen, dvs. at jeg redegjør for de begrepene som er mitt analytiske redskap. De to hovedmålene som er trukket ut og referert til i innledningen er forbundet med to sentrale verdier i dagens velferdsstat. Det å skaffe arbeid til yrkeshemmede kan karakteriseres som et rettighetsmål, da det å "forhindre utstøting" kan oppfattes som et forsøk på å realisere retten til arbeid.²⁹ Målet om å redusere veksten i overføringer ved å motvirke medikalisering i samfunnet, har "kostnadseffektivisering", dvs. sparing som den mest sentrale verdi.³⁰ Medikalisering knyttes idag primært til endringer i folks holdninger, og oppfattes hovedsakelig som et resultat av "at rettighetstenkingen har vært på frammarsj de 10-20 siste årene", og at "det har vært en økende bevissthet om velferdsordninger generelt som rettigheter".³¹ I denne formuleringen berøres rettighetsaspektet direkte, forstått slik at folk i for stor grad har fått utvidet sine rettigheter. De konkrete tiltakene som skal gjennomføres, tar bl.a. utgangspunkt i denne beskrivelsen, og innebærer at retten til å få trygd innskjerpes.

²⁹ St.meld.nr.39/1992:7-9.

³⁰ Daværende Arbeids- og administrasjonsminister Tove Strand Gerhardsen på kronikk-plass i Dagbladet 29.10.91.

³¹ NOU 1990:17 s.72.

Jeg har altså valgt å fokusere på det jeg oppfatter som to sentrale verdier i den statlige velferdsideologien. I det følgende vil jeg utdype hvordan motsetningsforholdet mellom verdiene sysselsetting og sparing kan knyttes til "ideologiens avgrensingsfunksjon".

Det følgende kapitlet er delt i to. Den første delen knytter de to målene jeg fokuserer på, sysselsettingsmålet og sparemålet, til noen sosialpolitiske betraktninger, og skal tjene som en innledning til den andre delen, som er en avklaring av hva jeg legger i begrepet "statlig velferdsideologi". Her redegjør jeg for min forståelse av ideologibegrepet, dvs. for hvordan jeg oppfatter at "avgrensingsfunksjonen" er knyttet til den statlige velferdsideologien.

1. Velferdsstatens utfordringer: sysselsetting og sparing

De målene og verdiene som enhver sosialpolitisk reform skal realisere, vil berøre et av sosiologiens kjernesporsmål, nemlig hva som kan sies å være betingelsene for *sosial integrasjon*. Sosialpolitiske reformer vil forsøke å realisere ideelle målsettinger ved hjelp av særskilte tiltak, for derved å trygge den sosiale integrasjon i samfunnet. Med begrepet *sosialpolitikk* forstår jeg her den måten verdier kanaliseres, fordeles og omfordeles på i samfunnet.³² Jeg har hevdet at sysselsettings- og sparemålet er satt opp som viktige verdier for reformen i attføringsarbeidet.

Sosialpolitikken framstår som forskjellig fra land til land, og et lands økonomiske system vil være avgjørende for sosialpolitikken utforming. Det norske produksjonssystemet kan karakteriseres som en pengeøkonomi hovedsakelig med privat eiendomsrett til produksjonsmidlene, og målet for produksjonen vil hovedsakelig være økonomisk effektivitet. Fordelingen av byrder og goder, eller forholdet mellom det en yter og det en får igjen, vil i varierende grad følge en slik effektivitetslogikk, dvs. det økonomiske systems logikk. Sosialpolitikken og velferdsstatens oppgave kan derved oppfattes som et forsøk på å modifisere markedskreftene, slik at de sosiale og materielle godene blir jevnere fordelt enn om markedskreftene skulle være enerådende.³³ Reformen i attføringsarbeidet reiser flere spørsmål om fordeling av velferdsgoder. Særlig gjelder dette retten til arbeid og retten til sosiale trygder.

Spørsmål om fordeling av byrder og goder hviler sterkt på forestillinger om lønnsarbeidets plass i velferdsstaten. I norsk etterkrigstid har særlig parolen om "full sysselsetting" uttrykt at arbeidet verdsettes høyt.³⁴ For å realisere viktige velferdsmaal, eller det vi i dag oppfatter som velferdsstaten, har full sysselsetting vært sett på som helt nødvendig. Bl.a.

³² Kuhnle og Solheim 1988.

³³ Op.cit.

³⁴ Arbeiderpartiet, som har levert alle de utredningene som behandles her, hadde regjeringmakten de 20 første åra etter 1945, bare avbrutt av fire ukers "forstyrrelse" i 1963 (Kuhnle og Solheim 1991:99).

kom dette klart til uttrykk i *Fellesprogrammet* for gjenreisningen av landet etter andre verdenskrig: "Oppgaven for vårt næringsliv og all økonomisk virksomhet i landet er å skape arbeid for alle og øke produksjonen, så en gjennom en rettferdig fordeling av resultatene kan gi alle gode kår".³⁵ Målet om økonomisk vekst og sysselsetting har gått hånd i hånd med utbyggingen av velferdsstaten. Arbeidet skal sikre sosial trygghet, og dermed styrke den sosiale integrasjon og solidariteten i samfunnet.

Sentralt i forutsetningen om at arbeidet fremmer samfunnssolidariteten, ligger et *likhetsideal*. Et historisk eksempel på forsøk på å fremme en slik solidaritet har vært parolen "lik lønn for likt arbeid". Tanken var at den sosiale integrasjon ville styrkes dersom ideen om likhet ga folk følelsen av å være like mye verd.³⁶ Omsatt til dagens rettsstatstankegang kom likhetsprinsippet til å stå sterkt, og forvaltningsmessig har prinsippet betydd at det offentlige velferdsbyråkratiet ikke skal utøve urimelig forskjellsbehandling i møtet med klientene. Innføringen av universelle ytelser som f.eks. barnetrygd og gratis sykehusopphold, har vært begrunnet i et slikt likhetsprinsipp.

Hovedargumentet for universelle ytelser, og mot graderte og behovsprøvde ytelser, har vært at mottakerne ikke skulle føle seg stemplet, og at minner om fattigforsorgen ikke skulle gjenoppvekkes. Mottakeren skulle ikke føle seg ydmyket, og ytelsene skulle motvirke utbredte negative holdninger blant folk. Mistanker om at noen fikk ytelser ved å gi feil opplysninger, ville i mindre grad oppstå dersom alle hadde rett til en ytelse uten hensyn til deres økonomi. Et viktig argument knyttet til spørsmålet om sosial integrasjon, var at behovsprøving kunne dele folket i to grupper, de som betaler inn til fellesskapet via skatteseddelen, og de som mottar sosiale ytelser. En slik oppdeling antok en kunne skape sosial konflikt.³⁷ Velferdsstatens historie kan ses som en kontinuerlig konflikt om slike fordelings spørsmål. Konfliktene har både dreiet seg om hvordan grensene skal trekkes mellom offentlig og individuelt ansvar for å dekke sosiale behov, og i hvor stor grad lønnsarbeidet skal være avgjørende for folks rettigheter, og bestemmende for hvilke ytelser folk har krav på.

Dagens reform i attføringsarbeidet berører viktige sider ved spørsmålet om likhet og sosiale rettigheter. Reformen reiser spørsmålet om velferdsstatens grenser, her forstått som et spørsmål om endringer i noen av hjelpetiltakenes funksjoner. Reformen i attføringsarbeidet

³⁵ Arbeiderpartiets Fellesprogram fra 1945, etter Halvorsen 1990:36.

³⁶ Halvorsen 1990:37.

³⁷ Hatland, A.: *Til dem som trenger det mest. Økonomisk behovsprøving i norsk sosialpolitikk*. Universitetsforlaget, Oslo, 1992. Et viktig spørsmål som boka drøfter, men som ikke taes opp her, er om folk på grunn av risiko for stemping, unnlater å søke ytelser de har behov for. Dagens politikk forutsetter som jeg vil vise i kap. 3, at det er overforbruk av trygdeytelser. Problemstillingen over antyder at det også kan være snakk om underforbruk av visse ytelser.

innebærer administrative endringer og lovendringer, slik at folks behov i større grad vurderes i forhold til målbare kriterier. F.eks. skal retten til sykepenger i større grad være knyttet til en klar medisinsk diagnose. Slike endringer vil totalt sett aktualisere spørsmålet om reformens konsekvenser for de som er avhengig av offentlig hjelp. Jeg forutsetter at den statlige velferdsideologiens fremste målsetting er å fremme sosial integrasjon, og spørsmålet er om reformen i attføringsarbeidet kan bidra til å realisere en slik generell målsetting.

Min problemstilling spør om det er et motsetningforhold mellom sparemålet og sysselsettingsmålet i dagens reform i attføringsarbeidet. I utgangspunktet er det mulig å tenke seg at innskjerping av sykdomsvilkåret og vurdering av den enkeltes behov osv., vil skape større økonomisk effektivitet, og deretter utjevning og likhet. Dersom tiltakene i reformen fører til at de som ikke er syke i lovens forstand ikke får ytelser, kan det bli mer å fordele til de som har "reelle" behov. Jeg oppfatter dette som hovedbudskapet i dagens reform. Problemet er imidlertid at de som ikke blir definert som rettmessige mottakere av trygd, sannsynligvis fortsatt vil ha behov for understøttelse på grunn av tilstandene på arbeidsmarkedet. De som ikke får medhold i et stønadskrav fordi de ikke er syke i lovens forstand, vil i neste omgang enten måtte finne et annet underholdssystem, eller finne arbeid. Jeg har da ikke tatt stilling til spørsmålet om hvorvidt de det gjelder er syk i en eller annen forstand. Spørsmålet er om det alternative underholdssystem som tilbys, er av samme kvalitet og tuftet på det samme rettighetsgrunnlaget som det underholdssystemet de ikke fikk innpass i eller forlot. Dilemmaet som oppstår som en følge av det jeg oppfatter som motsetningen mellom sparemålet og rettighetsmålet.

Trygdeforskningen peker på endel forutsigbare konsekvenser av endringer i trygdeordningene.³⁸ Generelle nedskjæringer av offentlige ytelser medfører nærmest automatisk vekst i private løsninger. Slike private ordninger er i dag delvis finansiert gjennom skattefordeler. I neste omgang kan dette føre til mindre skatteinngang, og derved svekke den offentlige økonomi totalt sett. Konsekvensene blir gjerne underforbruk av ytelser og større grad av private løsninger. I tillegg vil de som blir avskåret fra ytelsene, neppe ønske å betale for sosiale ytelser de ikke får nytte godt av. Totalt sett vil nedskjæringer kunne innebære svekket oppslutning om velferdsstaten. Dersom oppslutningen og, derved betalingsviljen, svekkes som et resultat av innsparingsforsøk, vil til syvende og sist også de som har reelle behov måtte få lavere ytelser.³⁹

Påstandene over representerer en generell hypotese som ikke lar seg teste her, men poengene oppsummerer min problemstilling når det gjelder reformen i attføringsarbeidet. En

³⁸ Hatland 1992.

³⁹ Her kan det tilføyes at et progressivt skattesystem kan motvirke slike tendenser, og tvinge folk til å bidra med finansiering.

kan ikke både *spare* og *omfordele* de samme pengene. Slik jeg oppfatter budskapet i St.meld.nr. 39/1992 *Attføringsmeldingen* ligger det i begrepet "kostnadseffektivisering" en forutsetning om at målet er å få mere igjen for hver investert krone til velferdstiltak, og at dersom dette er mulig, vil problemene over ikke være relevante. Det at det totalt sett blir mindre penger å fordele, skal da kompenseres ved at disse pengene utnyttes bedre.⁴⁰

I Norge har etterkrigstidas sosialpolitikk vært forankret i det jeg vil kalle en demokratisk-sosialistisk virkelighetsoppfatning og etikk.⁴¹ Begrepene "frihet, likhet og solidaritet" har tradisjonelt stått høyt på den politiske dagsorden. Ideologiens teoretiske og analytiske grunnprinsipper har vært forankret i en kollektivistisk moral der likhetsprinsippet skulle være garantien for sosiale rettigheter.

Når jeg i det følgende hevder at det er skjedd en endring i den statlige velferdsideologien, bygger jeg på at de mest sentrale verdier som lå innebygget i modellene slik de framsto på `70-tallet, var å realisere rettigheter både til arbeid og trygd. Den beskrivelsen som særlig dagens medikaliseringsmodell representerer, kan hevdes å være en "diagnose" for å begrense adgangen til trygderettigheter. En slik beskrivelse har tradisjonelt vært assosiert med en liberalistisk, anti-kollektivistisk tilnærming til staten, der arbeidsløshet gjerne har vært betraktet som et individuelt problem.⁴²

En slik tilnærming forutsetter for det første at offentlig støtte til arbeidsløse er uheldig fordi det kan undergrave arbeidsmoralen, og for det andre at slike støtteordninger forstyrrer markedets "naturlige" tilpasningsmekanismer. En sentral forutsetning i den liberalistiske tenking har vært at arbeidskraften best reguleres av markedets "usynlige hånd".⁴³ I et slikt individualistisk perspektiv forklares gjerne medikalisering som en rasjonell strategi der klienter og profesjonelle omsorgsforvaltere omdefinere arbeidsløshet til medisinsk uførhet. På et slikt marked klarer "stadig nye grupper å definere seg som trengende, og omsorgsprofesjonene griper begjærlig etter all verdens ulykke for å begrunne sin uerstattelighet og derved vri mer penger ut av staten".⁴⁴

⁴⁰ Jeg oppfatter dette som et av de viktigste poengene i *Sysselsettingsutvalgets innstilling* (Kleppeutvalget) våren 1993.

⁴¹ Jfr. også Lafferty op.cit.

⁴² Kuhnle og Solheim 1988.

⁴³ Friedman & Friedman 1980.

⁴⁴ Eriksen 1988 i Halvorsen 1990:51.

2. Modellene som uttrykk for en ideologi

I det følgende vil jeg sette medikaliserings- og utstøtingsmodellene inn i en større sammenheng, ved å knytte dem til det jeg oppfatter som den statlige velferdsideologien. Som en innledning til avsnittet vil jeg kort si noe om hvordan reformens to hovedmålsettinger, "sysselsettingsmålet" og "sparemålet", kan oppfattes som en del av den statlige velferdsideologien.

I dagens reform i attføringsarbeidet er målet om full sysselsetting sentralt. I St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* heter det i forordet under overskriften "*Det er bruk for alle*", at "Den viktigste oppgaven for regjeringen er å gjenreise den fulle sysselsetting og trygge velferdssamfunnet. Økt verdiskaping er et viktig fundament for både å øke sysselsettingen og trygge og utvikle velferdsordningene".⁴⁵ Lønnsarbeid oppfattes dermed som en forutsetning for å finansiere trygdene. De senere år har den økonomiske veksten stagnert, og mye tyder på at kostnadene til velferdstiltak vil fortsette å stige. Spørsmålet om å begrense veksten i de sosiale utgiftene, eller å innsnevre velferdsstatens grenser ble reist med full tyngde ved inngangen til 1980-tallet.⁴⁶

Dagens politiske utredninger peker spesielt på at generelle rettighetsmål i framtida kan komme til å stå i motsetning til et mål om å gjøre forvaltningen av de etater som er involvert i attføringsarbeidet mer kostnadseffektivt. Det antas at sosiale rettigheter som tradisjonelt har vært sikret gjennom et formalisert velferdsbyråkrati, utvikler seg slik at rettighets-verdier kan komme i et motsetningsforhold til målet om å opprettholde velferdsstaten, fordi velferdsapparatet ikke fungerer effektivt nok til å innfri sparemålet. Verdien av en effektiv forvaltning oppfattes derved som en betingelse for fortsatt å realisere sosiale rettigheter som verdi. Dersom for mange tar ut sine rettigheter i form av trygd, kan de økonomiske uttellingene blir for store, og derved svekke velferdsstatens grunnlag.⁴⁷

For å kunne svare på om det er rimelig å hevde at det har skjedd en ideologisk endring uttrykt ved at modellene har endret innhold fra 70-tallet til i dag, vil jeg presisere min forståelse av begrepet *ideologi*. Innledningsvis definerte jeg "ideologi" som et sett av ideer som evaluerer samfunnet og setter opp grunnleggende målsettinger, idealer og prinsipper for samfunnet, og gir uttrykk for hvordan målene kan realiseres.⁴⁸ I fortsettelsen vil jeg betrakte de to hovedmålene jeg har trukket ut av de politiske dokumentene, målet om å realisere retten til arbeid for yrkeshemmede og målet om å spare penger, som **verdier** som er forankret i et slikt "sett av ideer". Jeg vil også forsøke å vise at det er en forbindelse fra de to målene for reformen til

⁴⁵ St.meld.nr.39/1992:3.

⁴⁶ Kap.3 i oppgaven redegjør nærmere for reformens bakgrunn og realiseringa av "arbeidslinja".

⁴⁷ St.meld.nr.39/1992:8.

⁴⁸ Etter Lafferty 1987:47.

forutsetninger som ligger i medikaliserings- og utstøttingsmodellene.

Jeg hevdet også innledningsvis at jeg vil fokusere spesielt på en av ideologiens *funksjoner*. Før jeg gjør nærmere rede for den funksjonen jeg fokuserer på, vil jeg illustrere hvordan en ideologi kan tenkes å ha flere funksjoner. Det vil si at jeg her vil forsøke både å beskrive hvordan modellene kan sies å uttrykke den statlige velferdsideologien, og hvordan ideologiens avgrensingsfunksjon er nedfelt i modellene, og hvordan avgrensede konsekvenser kan identifiseres i reformens tiltak.

Helhetsmoral og pragmatisme

Ideologiens mulige funksjoner kan illustreres med at den rollen ideologier kan tenkes å spille som politisk "redskap" settes i fokus. *Handlingsorientering* kan oppfattes som en slik funksjon. Her er ideologiens viktigste oppgave å "orientere" en bestemt gruppe bærere: "utopien" oppfattes som den eneste riktige beskrivelsen av verden. Utopien settes opp mot den eksisterende verden, og ved å kontrastere virkeligheten til utopien, gir ideologien handlingsorientering mot en forbedret verden. En ideologi må, som her når det gjelder en sosial reform som skal forbedre samfunnet i ønsket retning, først bestemme hvordan "virkeligheten" er. Når en har en teori om den sosiale virkeligheten og et klart alternativt bilde om hvordan den burde være, får ideologien en *diagnose- og forbedringsfunksjon for handling*. Jeg oppfatter det slik at medikaliserings- og utstøttingsmodellene har en slik status i de politiske dokumentene. Modellene forsøker å "diagnostisere" samfunnsfenomener, og her gjelder det særlig å finne årsaken til økningen i forbruk av trygdeytelser, for så å foreskrive den rette "medisin" for samfunnet.

Imidlertid kan ideologier tenkes å ha flere funksjoner. F.eks. vil ideologiens "legitimeringsfunksjon" innebære argumentasjon for at ideologien er den eneste og riktige linje uansett (ideologiens advokatfunksjon). "Integreringsfunksjonen" oppfattes gjerne som forsøk på å forene "kollektivet" ved å skape en følelse av felles identitet i konkurransen med andre ideologier.⁴⁹ "Mobiliseringsfunksjonen" oppfattes gjerne som en instrumentell funksjon, fordi en her forutsetter at det ofte må inngås kompromisser om "utopien" for å mobilisere folk.⁵⁰

Ideologier vil ideelt sett måtte inneholde et potensiale for oppslutning slik at den kan samle folk under ett sett av grunnleggende ideer. Ideologien vil dermed framstå som "sann" i den betydning at den representerer et "trossystem" forankret i teoretiske og analytiske

⁴⁹ Et godt eksempel på at politikere forholder seg til en slik funksjon, er når Arbeiderparti-regjeringen samles til den årlige budsjettkonferansen på Halvorsbøle, ikledd busserull. Busserullen symboliserer samhold og enighet om ideologien, men også likhet, uformell stil og "norskhet".

⁵⁰ Lafferty 1987 etter Sainsbury 1983:241-260.

grunnprinsipper. En teori som fyller disse betingelsene, vil i neste omgang kunne gi retning for handlinger. En sosialpolitisk reform vil kunne være en slik handling. I reformen i utførelsesarbeidet representerer ikke medikalisering- og utstøtingsmodellen ideologien i betydningen "teori" eller "utopi". Ideologiens handlingsorienterte funksjon forutsetter at ideologiens bærere argumenterer for at ideologien er den eneste riktige. Ideologien begrunnes altså ut fra "et sett av ideer med en innbyrdes logikk og en normativ-teoretisk prioritering".⁵¹ Medikalisering- og utstøtingsmodellene oppfattes her ikke som ideologi i betydningen over. Som uttrykk for en ideologi vil medikalisering- og utstøtingsmodellene i varierende grad kunne inneholde fragmenter av en "total" ideologi.

F.eks. vil rettighetsaspektet, her konkretisert til retten til arbeid for yrkeshemmede eller retten til trygd, utgjøre fragmenter fra en slik "total" ideologi. Historisk har rettighetsbegrepet inngått, og inngår fortsatt, i flere velkjente "ideologier". I den grad det her forutsettes at det har skjedd en ideologisk endring fra 70-tallet til i dag, siktes det til at det har skjedd endringer m.h.t. rettighetsaspektet, men også at nye verdier er kommet til. Målet om å spare penger og å effektivisere forvaltningen er et eksempel på en slik verdi-forskyvning. Dvs. at enhver ideologi vil, når det kommer til løsninger av praktiske problemer, kunne løsrive seg fra den totale "utopi". Poenget her er at de funksjonene som er beskrevet over vil variere i forhold til dimensjonene *helhetsmoral* og *pragmatisme*. Det ideologiske innhold i modellene kan sies å variere langs dimensjonene *helhetsmoral* og *pragmatisme*, og på det praktiske plan vil ideologien forsvares uten henvisning til absolutte verdier.

Ideologisk endring kan studeres i et slikt perspektiv, der en ideologi over tid kan tenkes å endre seg langs de to dimensjonene. Lafferty (op.cit.) viser f.eks. hvordan parti-ideologier kan tenkes å endre seg i forhold til de opprinnelige røttene, da ideologien i større grad ble legitimert med referanse til en *helhetsmoral*. I den nevnte studien oppfattes dagens utgave av den statlige velferdsideologien som en pragmatisk begrunnet "mobiliseringsideologi".

Min avgrensning innebærer at medikalisering- og utstøtingsmodellene uttrykker ideologiens mer pragmatiske funksjoner, fordi det her hovedsakelig er snakk om hvordan ideologien kan gi praktiske anvisninger uten hele tida å måtte forsvare hensynet til en utopisk *helhetsmoral*. Dette er den mest instrumentelle funksjonen, fordi modellene som analyse betraktet, ikke er en "teoretisk velfundert og etisk forankret *helhetsanalyse*".⁵² Min bruk av ideologibegrepet innebærer dermed at medikalisering- og utstøtingsmodellene representerer et "pragmatisk" uttrykk for den statlige velferdsideologien. Slik medikalisering- og utstøtingsmodellene inngår i de politiske dokumentene, vil de ifølge definisjonen over

⁵¹ Op.cit.:53.

⁵² Lafferty, op.cit.:52.

representere "en analyse som forsøker å lese tidens tegn på en nøytral, nærmest samfunnsvitenskapelig måte".⁵³

Min hensikt er å vise, på tilsvarende måte som i studien som er referert over, at det har skjedd en endring i modellene de siste tjue åra, i forhold til dimensjonene helhetsmoral - pragmatisme. Jeg har antydnet at det har skjedd en endring i den statlige velferdsideologien fra "årsak" til "ansvar". Dvs. at politikken som foreslås som følge av diagnosen "medikalisering" og "utstøting", gir en annen "handlingsorientering" i dag enn i 1976.

Ideologiens avgrensingsfunksjon

Redegjørelsen så langt skal illustrere at en ideologi kan tenkes å ha flere funksjoner, og at ideologier kan endre seg langs dimensjonen helhetsmoral -pragmatisme slik som beskrevet over. Til nå har jeg villet vise at enhver ideologi i varierende grad kan sies å forholde seg til en opprinnelig utopi, og i varierende grad være "tro" mot denne. I fortsettelsen vil jeg redegjøre for hvordan jeg tenker meg at den mere generelle funksjonen "handlingsorientering" kan presiseres til en spesiell funksjon. Jeg vil vise hvordan endringer i den statlige velferdsideologien kan tenkes å påvirke hvordan spørsmål om sosiale hjelpebehov stilles ved hjelp av medikaliserings- og utstøtingsmodellene. Jeg vil hevde at modellene kan knyttes til det jeg oppfatter som ideologiens *avgrensingsfunksjon*.⁵⁴

Når jeg ser reformen i attføringsarbeidet i et avgrensningsperspektiv, oppfatter jeg det slik at når velferdsideologien endrer seg, så innebærer en slik endring at "diagnosen" stilles på en ny måte. I dagens politiske utredninger kommer det til syne et dilemma som dukker opp i lovtekster gjennom hele den sosialpolitiske historie. For å avgjøre hvem som skal omfattes av et hjelpetiltak som ikke skal omfatte hele befolkningen, må det lages ordninger som *avgrenser* et tiltaks gyldighetsområde. Problemet består altså i at når noen gis sosiale rettigheter, må bestemmelsene nødvendigvis spesifisere hvem som **ikke** skal ha disse rettighetene. Tiltakene i reformen i attføringsarbeidet kan ses i et slikt perspektiv, og perspektivet forutsetter dermed at tiltakene kan ha avgrensende konsekvenser.⁵⁵ Jeg ser det altså slik at måten avgrensningen foregår på, er en funksjon av de problemdefinisjoner som blir gitt.

Dagens reform i attføringsarbeidet innebærer som nevnt at det innføres nye medisinske

⁵³ Lafferty (op.cit.:52) kan oppfattes slik at Arbeiderpartiets ideologi er løsrevet fra den opprinnelige utopien, og at ideologien nærmest er blitt samfunnsvitenskapelig teori.

⁵⁴ Begrepet "avgrensning" er lånt fra Midré, G.: *Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til folketrygden*. Universitetsforlaget, Oslo, 1990.

⁵⁵ At en slik funksjon skulle være innebygget i sosiale hjelpetiltak, kan oppfattes både som en uforutsett konsekvens av ordningen, men avgrensende funksjoner kan også være innebygget i lover og regler for nettopp å ha en slik funksjon.

diagnoser for å skille klienter som har et legitimt krav om stønad fra de som ikke har det. Videre innebærer reformen gradering av ytelser, nye kontrollrutiner på legenes sykemeldingspraksis osv. Disse tiltakene er i de politiske dokumentene ment primært å skulle "motvirke medikalisering".⁵⁶ Det er særlig tiltak av denne typen som representerer det jeg i det følgende mener uttrykker ideologiens, og i neste omgang tiltakenes avgrensingsfunksjon. For eksempel vil den medisinske diagnosen sett isolert dele den gruppen det gjelder i to, de som er "reelt" syk og de som ikke er det. Slik vil den definatoriske prosessen i seg selv skille mellom de som oppfattes å ha rettmessige krav og de som ikke har det.

Jeg vil argumentere for at avgrensingsfunksjonen blir særlig tydelig i økonomiske nedgangstider, fordi et snevrere uførebegrep kan lette det økonomiske presset på de aktuelle stønadsordningene. Jeg forutsetter at endringen som jeg forsøker å vise ved å sammenlikne medikaliserings- og utstøtingsmodellene, innebærer at det har skjedd en endring mot sterkere avgrensning i løpet av det aktuelle tidsrommet.

Det som her oppfattes som avgrensningens dilemma, vil variere avhengig av det generelle økonomiske og idemessige klima i landet.⁵⁷ Etter min oppfatning er dagens avgrensings-dilemma, i større grad enn på 1970-tallet, et resultat av det generelle målet om å spare penger. Den viktigste erkjennelsen for å legitimere en slik målsetting, er at den totale kostnadsveksten truer velferdens grunnlag. Når politikken både skal skaffe arbeid til yrkeshemmede og realisere målet om sparing, kan politikken nærmest karakteriseres som et forsøk på å få "både i pose og sekk". Tradisjonelt har velferdsvekst forstått som rettighetssikring, ikke vært assosiert med "spare-politikk", men snarere med en ekspansiv økonomisk politikk. Etterkrigstidens parole om "hele folket i arbeid", dvs. målet om full sysselsetting, har vært forankret i en økonomisk politikk der utgiftsvekst har vært en forutsetning. Offentlig økonomisk ekspansjon ble regnet som en forutsetning for velferdsvekst.

Beskrivelsen over antyder noen av de utfordringer velferdsstaten står overfor i dag. På den ene sida stilles det spørsmål ved "vekst-filosofien", men samtidig er det vanskelig å argumentere for velferdsstatens fortsatte eksistens, uten nettopp å forutsette økonomisk vekst. St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* er imidlertid klar på dette punktet: "Økt verdiskaping er et viktig fundament for både å øke sysselsettingen og trygge og utvikle velferdsordningene".⁵⁸ Det heter videre at den kapitalen som frigjøres ved å spare på trygdeoverføringene, skal benyttes til å investere i nye arbeidsplasser.⁵⁹

⁵⁶ Jfr. drøftinga av et sentralt tiltak i reformen i oppgavens kap.6.

⁵⁷ Midré 1990:15.

⁵⁸ St.meld.nr.39/1992:3.

⁵⁹ Jfr. konklusjonene til *Sysselsettingsutvalget* (Kleppe-utvalget), våren 1993.

Min bruk av ideologibegrepet innebærer som nevnt at medikaliserings- og utstøtingsmodellene betraktes som "diagnoser" som skal gi "handlingsorientering", dvs. konkrete tiltak for reformen. Medikaliserings- og utstøtingsmodellene inneholder sentrale begreper som danner grunnlag for analysen i de politiske dokumentene. Som uttrykk for ideologien blir slike modell-begreper viktig i forhold til hvordan *årsakssammenhenger* framstilles:

"De begreper som kommer til å gjelde som korrekte og relevante for å analysere en sosial situasjon, er avgjørende, siden det vil være et samsvar mellom oppfatninger om årsakene til at et problem oppstår og de løsninger som blir lansert. Når et sosialt problem oppfattes som selvforskyldt, må løsningen være å styrke den enkeltes motivasjon for å unngå liknende problemer i fremtiden. Et sosialpolitisk behov som oppfattes som en følge av økonomiske nedgangstider, vil sette søkelyset på samfunnets økonomiske politikk".⁶⁰

I dagens politiske utredninger er de fleste tiltak begrunnet utfra hensynet til kostnadsveksten forbundet med trygdeoverføringer. Problemet beskrives som særlig påtrengende på grunn av økonomiske nedgangstider, fordi knappere ressurser skal fordeles.⁶¹

Innledningsvis antydet jeg at endringene i medikaliserings- og utstøtingsmodellene kan oppfattes som en endring langs to dimensjoner. Jeg antydet at den ideologiske endringen kan beskrives som en overgang fra *årsaksforklaring* til *ansvarsforklaring*. I det følgende vil jeg utdype dette resonnementet. Min påstand er altså at medikaliserings- og utstøtingsmodellene i 1976-utgave forklarer behov for offentlig understøttelse ved å henvise til omgivelsesfaktorer, og at dagens utgave av modellene legger sterkere vekt på individuelle forklaringsfaktorer.

Årsak eller ansvar

I reformen i attføringsarbeidet vil tiltakenes avgrensningsfunksjon variere innenfor dimensjonene "årsak" og "ansvar". I bedømmingen av ethvert tiltak som ikke er beregnet på alle, vil dimensjonene være tilstede, men under varierende betingelser vil vekten legges sterkere på en av dimensjonene.⁶²

Dersom en person setter fram et krav om en trygdeytelse, og dermed et krav om å få leve av penger fra fellesskapet, må vedkommende vanligvis oppgi gode grunner for behovet. Dette hensynet er innebygget i lovverket, slik at ikke de som forutsettes å klare seg selv skal kunne reise et krav om offentlig understøttelse. Hensynet berører dermed et spørsmål om personens

⁶⁰ Midré 1990:182.

⁶¹ St.meld.nr.39/1992:7.

⁶² Midré, op.cit., benytter begrepene "marked" og "moral" der jeg benytter begrepene "årsak" og "ansvar".

moral. Avgrensningens funksjon er her å avdekke om det behovet vedkommende forsøker å få dekket av fellesskapets kasse, er et behov som det offentlige skal dekke. Det vil si at sosiale problemer omformes til et spørsmål om legitime eller illegitime krav om offentlig støtte. Dette er avgrensningens funksjonens spørsmål.

I dagens reform i attføringsarbeidet vil tiltakene for å skille ut de "reelt" syke fra de som ikke er syke, bl.a. berøre avgrensningens funksjonens ansvars-dimensjon. Når en person oppsøker lege, er det gjerne for å få en bekreftelse på at vedkommende er syk, og for å få en slik bekreftelse stilles det visse krav til personen. Uavhengig av om vedkommende betraktes som "reelt" syk eller ikke, vil den som *oppfatter seg som syk*, forholde seg til en sykerolle. Sykerollen forutsetter at personen forventes å demonstrere vilje til å bli frisk, for i det hele tatt å bli regnet som syk.

Men slike forventninger og krav er ikke alltid like absolutte. Kravene om at den syke skal demonstrere vilje til å bli frisk, vil gjerne balanseres mot forventninger om atferd som skal bekrefte at vedkommende virkelig er syk. Det vil si at det reises et spørsmål om vedkommendes troverdighet, dvs. om personens moralske innstilling.⁶³ Det reises også et spørsmål om hvorvidt den enkelte viser vilje til å klare seg selv. Personen må demonstrere at sykdomstilstanden er uønsket, og at målet er å bli frisk. Det som skal demonstreres, er altså evnen til å klare seg selv. Dersom den enkelte antas å kunne klare seg selv, vil kravet om offentlig støtte oppfattes som illegitimt.

Målet for dagens reform om å motvirke medikalisering ved å innføre nye diagnosesystemer, vil altså berøre spørsmålet om hvorvidt en person kan tenkes å klare seg uten offentlig hjelp. Innskjerpningen i trygdlovgivningen som reformen i attføringsarbeidet innebærer, aktualiserer spørsmål knyttet til avgrensningens funksjonens ansvars-dimensjon. Reformen reiser et spørsmål om hvorvidt en person forsøker å få trygd på urettmessig grunnlag, dvs. uten å være syk i lovens forstand.

Skillet mellom dimensjonene *ansvar* og *årsak* kan oppfattes slik at dimensjonene vektlegges som verdier langs en skala. Når behovet for et hjelpetiltak knyttes til ansvars-dimensjonen, oppfattes årsaken til at behovet har oppstått å være et individuelt ansvar. Men dersom årsaken til hjelpebehovet med rimelighet kan sies å ligge i omgivelsene, vil ikke behovet vurderes med henvisning til den hjelpetrengendes moral.

Når det gjelder den konkrete utformingen av sosiale hjelpe-tiltak, som i dagens reform i attføringsarbeidet, er et sentralt spørsmål hvilken vekt som tillegges de to dimensjonene. Min

⁶³ Jfr. Parsons 1968.

påstand er at ansvars-dimensjonen har fått større betydning i dag enn på `70-tallet. Imidlertid vil dimensjonenes innflytelse variere fra tiltak til tiltak i dagens reform. Dagens reform innebærer en innsnevring av uførebegrepet, og medfører at utenforliggende årsaksfaktorer vektlegges mindre i bedømmingen av om et krav er rettmessig.

Som jeg skal vise senere, lå løsningene på mange av de problemer som i 1976 ble karakterisert som sykdom, og som derved ga rett til en ytelse, i omgivelsene. Dette har bl.a. ført til at det reises tvil om troverdigheten til legene, dvs. de som er satt til å bedømme klientens evne og mulighet til å forsørge seg selv. Trykkesystemet kan derved oppfattes som et av flere avgrensings-systemer, dvs. som en "port" som kan åpnes og stenges for trygd, og legene skal fortsatt fungere som trygdens "portvakt".

Det tvetydige arbeidsbegrepet

I min avklaring av ideologi-begrepet har jeg framhevet at lønnsarbeidet har en sentral plass i det jeg oppfatter som den statlige velferdsideologien. I de fleste tilfeller vil det jeg oppfatter som avgrensingsfunksjonens *ansvars-* og *årsaks-* dimensjon være knyttet til forutsetninger ved *lønnsarbeidet* som institusjon i samfunnet. Hvorvidt en person i tilstrekkelig grad kan sies å ha den riktige moralske innstilling, vil som oftest vurderes mot en type virksomhet. En persons moralske innstilling vil gjerne vurderes i forhold til innsats i verdiskapende arbeid.

Som nevnt er lønnsarbeidets betydning for å finansiere velferdsstaten særlig framhevet i dagens politiske dokumenter. Skillet mellom ansvar og årsak forutsetter som nevnt at et krav om hjelp fra det offentlige vurderes utfra om vedkommende har mulighet til å klare seg *uten* slik hjelp. I det følgende vil jeg vise at forestillinger om lønnsarbeidet er sentralt i det jeg oppfatter ideologiens avgrensingsfunksjon.

Dersom en person bedømmes som i stand til å klare seg uten hjelp fra det offentlige, så skyldes dette at vedkommende bedømmes som i stand til å delta i produktivt lønnsarbeid. I dagens politiske utredninger betraktes økt verdiskaping ved hjelp av lønnsarbeid nærmest som svaret på problemene overhodet. Hittil har jeg redegjort for at en viktig komponent i den statlige velferdsideologien er "sysselsettingsmålet", konkretisert slik at alle har rett til arbeid. Nært knyttet til forestillingen om retten til arbeid og lønnsarbeidets betydning, er *arbeidsplikten*.

Arbeidsplikten har historisk sprunget ut av skiftende religiøse og moralske forestillinger.⁶⁴ Under reformasjonen ble arbeidsplikten utformet som en kalls-etikk der den enkelte skulle "arbeide i sitt ansikts sved" for å ære Gud. Ifølge predestinasjonslæren kunne

⁶⁴ Midré op.cit.:24-41.

ingen vite om en tilhørte Guds utvalgte, spørsmålet var avgjort allerede ved fødselen. Men resultatet av den enkeltes arbeid kunne tolkes som en pekepinn for hvilke planer som var lagt for ens liv og død. Et vellykket resultat av arbeidet i form av materiell rikdom ble tolket som et tegn på Guds nåde. Motsatt kunne dermed fattigdom tolkes som et resultat av slett arbeidsinnsats, og denne tolkingen ga i neste omgang rom for en forakt for dovenskap.

Historisk ble det etterhvert etablert en forbindelse mellom religiøse dogmer og oppfatninger om arbeidets verdi. Arbeidet kan i en slik tolkning oppfattes som et nødvendig onde, og derved som en plikt. I dagens lovttekster finner vi igjen dette hensynet, og klartest i formuleringer om hvordan "velstanden" i samfunnet skal vedlikeholdes og fordeles med utgangspunkt i den verdiskaping som lønnsarbeidet representerer.

I St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* er dette hensynet svært framtrødende, og materiell og økonomisk vekst framstilles som en hovedforutsetning for å vedlikeholde velferdsstaten. Men i dag stilles spørsmålet om den enkeltes plass i produksjonen av materielle goder, utfra andre betingelser. I dag er avgrensningens spørsmål hvorvidt arbeidsledighet kan betraktes som et brudd på bestemmelser i trygdlovgivningen. Det vil si at de hensyn som før ble ivaretatt av kirka som arbeidsetikkens voktere, i dag er nedfelt i lovttekster.

Skillet mellom legitime og illegitime krav på understøttelse ved frafall av lønnsinntekt, reiser et spørsmål om hvorvidt ledigheten er selvforskyldt. F.eks. følger dette spørsmålet naturlig av vilkårene for å få arbeidsledighetstrygd. Tilståelseskriteriet for å få arbeidsledighetstrygd er at man har tidligere arbeidsmarkedstilknytning, er arbeidsfør, arbeidsløs uten skyld, reell arbeidssøker tilmeldt arbeidskontoret, og er villig til å ta høvelig tilvist arbeid. De som ikke oppfyller kriteriene, vil ikke få arbeidsledighetstrygd.⁶⁵ Dette berører direkte spørsmålet om avgrensningens funksjonen, og spørsmålet er hvordan behovet til den ikke-produktive delen av befolkningen skal dekkes, uten at det svekker de arbeidspøres motivasjon for å delta i produksjonen.

I forarbeidene til Lov om Folketrygd heter det i generelle vendinger at "satsene for stønad må...ikke være så høye at de reduserer folks vilje til å arbeide".⁶⁶ Det vil si at synet på arbeid er tvetydig, særlig dersom en ser på arbeidsplikten slik den framstår i trygdlovgivningen. Et av de viktigste mål for dagens reform er økt sysselsetting, og i de politiske dokumentene lovpriser nærmest arbeidets betydning for den enkelte. Men samtidig uttrykker reglene for arbeidsledighetstrygd som er referert over, prinsippet om "lavere attraktivitet". Prinsippet forutsetter at trygden alltid må være et dårligere alternativ enn lønnsarbeidet. Det vil si at det

⁶⁵ Halvorsen 1990:101.

⁶⁶ Etter Halvorsen 1990:100.

samtidig uttrykker en negativ oppfatning av arbeidet, og et menneskesyn som innebærer at folk foretrekker lediggang hvis de var sikret permanent ledighetstrygd. Prinsippet avgjør gjerne hvilket nivå en ytelse skal ha.

Attføring som hjelpetiltak vil i det perspektivet som her benyttes, kunne oppfattes som et forsøk på å opprettholde arbeidsmoralen til tross for mangel på arbeidsplasser. Attføring som sosialt hjelpetiltak har tradisjonelt vært assosiert med et prinsipp for "hjelp-til-selvhjelp", dvs. til et prinsipp om at hjelpetrequende kun bør gis tilstrekkelig støtte til å klare seg selv. Attføring som sosialt hjelpetiltak forutsetter "et krav om gjenyttelse som kan oppfattes som en prøve på den nødstiltes motivasjon til å bli selvforsørget. Demonstrasjonen av vilje til å bli selvforsørget er et klassisk element i avgrensningsinstitusjonen, særlig under innflytelse av liberalistiske ideer".⁶⁷

3. Sammenfatning

Medikaliserings- og utstøtingsmodellene inngår i de politiske dokumentene som uttrykk for den statlige velferdsideologien. Ideologien uttrykkes gjennom modellenes "diagnosefunksjon", og diagnosefunksjonen gir i neste omgang retning til de tiltakene som skal realisere reformens overordnede mål. Enhver ideologi legitimeres som nevnt ut fra en grunnteori med filosofiske og moralske forutsetninger, dvs. at ideologien er forankret i en helhetsmoral. Medikaliserings- og utstøtingsmodellen antas å være koblet løs fra en slik helhetsmoral, til tross for at f.eks. sosiale rettigheter gjerne assosieres med en velferdsideologi som forfekter sosial integrasjon som sitt overordnede mål.

Modellene er snarere forankret i pragmatiske begrunnelser der verdien "kostnadseffektivitet" har høy prioritet. Dvs. at reformen skal kompensere klientens tap av trygderettigheter ved å realisere retten til arbeid. De overordnede målene som det fokuseres på her, er å skaffe arbeid til yrkeshemmede og bremse veksten i overføringene til trygd. Å satse på attføring skal i seg selv virke "kostnadseffektiverende". I dette resonnementet forutsettes det at det å trekke yrkeshemmede med i verdiskapingen i samfunnet, i neste omgang virker kostnadsdempende. Jo flere i samfunnet som deltar i verdiskapingen, jo større sannsynlighet for at målet om samfunnsøkonomisk sparing kan realiseres. Dermed vil velferden trygges. Det vil si at det er en nær sammenheng mellom målet om å satse på attføring (sysselsettingsmålet) og målet om å spare (kostnadseffektivitetsmålet).

Etter min oppfatning uttrykker beskrivelsen over et paradoks, da det vil være urealistisk å håpe på sysselsetting av yrkeshemmet arbeidskraft i tider med høy arbeidsledighet og stor konkurranse om jobbene. Det vil være sannsynlig at de som er "best skodd" vil komme best ut av konkurransen om arbeidsplassene. Det er dette paradokset jeg sikter til innledningsvis der jeg

⁶⁷ Midré op.cit.:150.

forutsetter at det kan være et motsetningsforhold mellom rettighetsmålet og målet om kostnadseffektivisering. I dag gjør situasjonen på arbeidsmarkedet at det blir stadig vanskeligere å realisere retten til arbeid til personer som **ikke** er yrkeshemmet, dvs. å gi arbeid til friske og arbeidsføre personer.

En følge av at situasjonen på arbeidsmarkedet er svært vanskelig, aktualiserer derved to sentrale spørsmål om sosiale rettigheter. Tiltakene vil svekke retten til trygdeytelser, og forutsettes å styrke retten til arbeid. Totalt skal målet om samfunnsøkonomisk sparing realiseres. Dersom problemene på arbeidsmarkedet ses i sammenheng med målet om å "motvirke medikalisering" ved å stramme inn retten til trygdeytelser, vil dette etter min oppfatning kunne medføre at begge rettighetstypene trues.

Over har jeg kort redegjort for det jeg oppfatter som to av reformens hovedmål, og redegjort for min forståelse av ideologibegrepet. Jeg har redegjort for at lønnsarbeidet inntar en sentral plass for realiseringen av den statlige velferdsideologien. Jeg har utdypet det oppgavens problemstilling ser på som et dilemma i attføringsreformen, nemlig forholdet mellom sysselsettings- og sparemålet. Dette dilemmaet er knyttet til viktige sider ved det jeg kaller ideologiens avgrensingsfunksjon.

Sett under ett, kan reformens to hovedmål formuleres som én generell målsetting, nemlig realiseringen av den såkalte "arbeidslinja". I det neste kapitlet vil jeg gjøre nærmere rede for reformens bakgrunn og "arbeidslinja." Hensikten er å sannsynliggjøre min påstand om at de to målene, sysselsettings- og sparemålet konkretisert i "arbeidslinja", uttrykker den statlige velferdsideologien.

Kapittel III

Reformens bakgrunn

Dette kapitlet skal sette reformen i utførelsesarbeidet inn i en større sammenheng. Min påstand er at det har skjedd en endring i den statlige velferdsideologien. Foran har jeg antydning at medikaliserings- og utstøtingsmodellene slik de inngår i de politiske dokumentene, viser at en slik endring har skjedd. En sentral forutsetning knyttet til min forståelse av ideologibegrepet, er at medikaliserings- og utstøtingsmodellene uttrykker noen sider av den statlige velferdsideologien, og at modellene kan oppfattes som "diagnoser" som skal gi retning til reformens tiltak.

Sentralt i det jeg oppfatter som den statlige velferdsideologien står forestillingen om "arbeidslinja". Reformen varsler overgangen fra den passive trygdelinja til den aktive arbeidslinja:

*"Både som del av arbeidet med å gjenskape full sysselsetting og for å bidra til å sikre trygdens økonomi på sikt, er **arbeidslinja** utpekt som det grunnleggende trygdepolitiske valg. I dette ligger innsats på en rekke områder for å motvirke yrkesmessig passivisering av befolkningen i yrkesaktiv alder. Det er i trygdepolitikken fastslått som retningsgivende at flest mulig må settes i stand til å klare seg selv økonomisk sett og bidra til fellesskapet gjennom verdiskaping".⁶⁸*

Sentralt i forestillingen om "arbeidslinja" ligger dermed forutsetninger knyttet til den samfunnsinstitusjonen jeg redegjorde for i forrige avsnitt, lønnsarbeidet, og realisering av "arbeidslinja" innebærer her at yrkeshemmede skaffes arbeid. Det vil si at begrepet er knyttet til det jeg oppfatter som reformens "sysselsettingsmål".

Dette kapitlet redegjør først for bakgrunnen for sysselsettingsmålet, og deretter kort for det jeg kaller reformens "spare mål". Jeg vil referere innholdet i noen sentrale politiske dokumenter forut for dagens reform, for å vise at det har skjedd en sammensmelting av de to

⁶⁸ St.meld.nr.39/1992:124.

målsettingene i dagens dokumenter.

Det jeg oppfatter som en bevegelse fra årsaksforklaringer til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken er knyttet til endringer i samfunnsøkonomiske rammebetingelser. Jeg vil her vise at argumentasjonen i noen relevante politiske dokumenter de siste tjue åra, sannsynliggjør min påstand om endring i ideologiens avgrensningsfunksjon, fordi spørsmålet om de konkrete tiltakenes *kostnader* settes høyt. Spørsmålet i de politiske dokumentene er hovedsakelig om en får noe igjen for de ressurser som settes inn i form av offentlig kapital. Ansvarsdimensjonen er aktualisert fordi tiltakene i sterkere grad krever at den enkelte inngår i forpliktende relasjoner ved deltakelse i et tiltak.

1. Arbeidslinja

I løpet av 1970-åra opplevde den vestlige verden økende økonomisk stagnasjon. Nedgangen i verdensøkonomien resulterte ved inngangen til `80-åra i underskudd på de enkelte landenes betalingsbalanse, underskudd i offentlige finanser, inflasjon og økende arbeidsledighet. Som et resultat av nedgangen i verdensøkonomien så forskjellige krisebeskrivelser dagens lys. Begrepene "Reaganomics" og "Thatcherism" ble lansert, og de fleste europeiske land begynte å legge om sin økonomiske politikk for å bremse veksten i offentlige utgifter. I noen land ble det argumentert med at høye sosiale utgifter hemmet den økonomiske veksten og bidro til en uønsket høy inflasjon. I enkelte land stagnerte velferdsutgiftene, og i noen land ble det foretatt markerte nedskjæringer på enkelte velferdsområder.⁶⁹

I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* tegnes det ved hjelp av utstøtingsmodellen et bilde av et hardere klima på arbeidsplassene i Norge, og større konkurranse om arbeidsplassene.⁷⁰ Det tok imidlertid noe tid før krisedebatten nådde Norge, og det vil være rimelig å anta at dette skyldes høye statlig inntekter fra oljeeksporten. Det mest vanlige tegn på krise, nemlig høy arbeidsløshet, oppsto først i Norge rundt 1983-84. Veksten i trygdeutbetalingene bekymret politikerne, og det ble hevdet at utgiftsveksten som følge av økte kontantoverføringer kunne true hele folketrygdens økonomi.⁷¹ Tanken om attføring fikk et oppsving, og ved inngangen til `80-tallet kom de første signalene om en omlegging av attføringsarbeidet. Uføretallene steg, og i politiske utredninger uttrykkes bekymring for kostnadsutviklingen forbundet med trygding.

Tanken om at en "aktiv arbeidslinje" skal avløse en "passiv trygdelinje", ble lansert i forbindelse med attføringsarbeidet i 1982 med St.meld.nr.64 *Om arbeid for yrkeshemmede*. Her heter det at attføring av yrkeshemmede skal være en politikk "som tar sikte på å dreie noe av den

⁶⁹ Halvorsen 1990:402.

⁷⁰ NOU 1976:58.

⁷¹ Kuhnle og Solheim 1988.

varige ledigheten over til en aktiv, deltakende rolle som arbeid kan gi", og en sentral forutsetning i politikken er at attføringsapparatet skal omorganiseres for å gi større ressurs-utnyttelse:

"Departementet vil slå fast at det ikke lar seg gjøre å løse attføringsproblemene ved å bevilge seg ut av dem... hovedutfordringen er å utnytte de eksisterende ressurser på en annen og bedre måte".

Det heter i konklusjonene om organiseringen av det framtidige attføringsarbeidet at "en forsterking av attførings-ressursene må først og fremst skje ved en samordning og effektivisering av den eksisterende ressursbruk".⁷² Videre skal politikken gi...

"...økonomiske gevinster i form av innsparinger på helse- og sosialbudsjettene og i form av produksjon fra dem som ellers ville være ledige... Trolig vil behovet for økt innsats bli forsterket de kommende år. Samtidig vil rammene for offentlig virksomhet bli strengt vurdert av hensyn til landets økonomiske situasjon. Departementet vil imidlertid understreke at en aktiv attføringspolitikk kan være god samfunnsøkonomi og god økonomi for den enkelte og bedriftslivet".⁷³

Det som er særlig interessant knyttet til min problemstilling om økende avgrensning ved at det benyttes ansvarsforklaringer i den politiske argumentasjonen, er hvordan forutsetninger om økonomiske effektivitet knyttes direkte til den enkelte yrkeshemmedes ansvar. Sammenliknet med argumentasjonen i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*, er dette en klar dreining i retning av å forklare årsakene til sosiale sviktilstander med henvisning til individets forpliktelser. De økonomiske sidene av resonnementene knyttes direkte til slike ansvarsforklaringer:

"Det er helt avgjørende hvilket utgangspunkt en tar når en vurderer den framtidige utnyttelse av attføringsressursene. Departementet mener det er naturlig å vurdere den største og viktigste ressursen i attføringsprosessen - den enkelte arbeidssøker - på en ny og positiv måte. Den enkelte person med funksjonshemninger vil få et større ansvar for å utvikle sine egne muligheter til å skaffe seg et passende arbeid. Arbeidssøkernes motivasjon, egeninteresse, erfaringer og tidsbruk er ressurser som burde stimuleres og utnyttes. Det bør også understrekes at enkeltmennesket har et ansvar for å forebygge yrkeshemninger hos seg selv og andre".⁷⁴

Det legges økt vekt på at tiltakene representerer en effektiv utnyttelse av ressursene: "...på attføringsområdet vil riktig bruk av ressursene være viktig", og her knyttes ressurs spørsmålet direkte til et spørsmål om hvorvidt reformens tiltak er økonomisk lønnsomme:

⁷² Op.cit.:7-9. Forutsetningene om reorganisering av attføringsapparatet er helt sentrale i dagens reform, og særlig er begrepet "kostnadseffektivisering" knyttet til dette begrepet.

⁷³ St.meld.nr.64/1982:7.

⁷⁴ Op.cit.:8.

*"For å sammenlikne de ulike prosjektene er det da hensiktsmessig å ha et kriterium som reflekterer prosjektenes lønnsomhet i forhold til belastningen på budsjetttrammene. Nytte-kostnadsanalyser er en metode for å beregne den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av offentlige prosjekter."*⁷⁵

Det heter videre at "selv om det kan være andre sterke velferdsmessige argumenter" for utførelsestiltak, bør man likevel "også her gjennomføre de prosjekter som gir mest igjen for hver krone bevilget over offentlige budsjetter. I slike situasjoner bidrar nytte-kostnadsanalyser til å klargjøre de kostnader som påløper ved gjennomføring av tiltakene".⁷⁶ Vektlegging på lønnsomhetskriterier er også framtrødende i dagens politiske utredninger. St.meld.nr.39/1992 *Utførelsesmeldingen* benytter i stor grad økonomiske begreper for å forklare innholdet i "arbeidslinja", og verdiskaping ved lønnsarbeid antas å være en hovedforutsetning for å trygge velferdsstatens finansiering:

"Økt verdiskaping er et viktig fundament for å øke sysselsettingen og trygge og utvikle velferdsordningene... Det er i trygdepolitikken fastslått som retningsgivende at flest mulig må settes i stand til å klare seg selv økonomisk sett og bidra til fellesskapet gjennom verdiskaping".⁷⁷

Både medikalisering- og utstøtingsbegrepet inngår i argumentasjonen der reformens overordnede mål skisseres:

"Det er...ikke minst viktig å motvirke tendensene til at sosiale eller mer generelle livsproblemer gjøres til helseproblemer - 'medikaliseres'. Trygdeordningene må...bidra til å hindre utstøting og utestenging av utsatte grupper fra arbeidslivet".⁷⁸

Sitatene så langt viser at sysselsettingsmålet de siste tjue årene i økende grad går hånd i hånd med økonomiske resonnementer. Sitatene fører direkte over i det jeg har valgt å kalle "sparelinja".

2. Sparelinja

Sparemålet kommer klart til uttrykk i NOU 1984:10 *Trygdefinansiering*, og her heter det bl.a. at "...svakere økonomisk vekst de senere årene har bidratt til at vekstraten for de sosiale ytelsene er kommet på den politiske dagsorden. Det iverksettes nå innsparingstiltak og direkte nedbygging på dette området i flere land". Det pekes nå på et behov "...for en inngående analyse

⁷⁵ Op.cit.

⁷⁶ Op.cit.

⁷⁷ St.meld.nr.39/1992:124.

⁷⁸ Op.cit.:8.

og vurdering av folketrygdens økonomi".⁷⁹ Et av de viktigste forslagene som drøftes for finansiering av folketrygden gjelder reduksjoner i de totale ytelsene, ved i større grad å behovsprøve pensjonsytelsene. Men formuleringene er relativt forsiktige: "...hvis en tenker seg en reduksjon av ytelsene, bør endringene skje over så lang tid at den enkelte har mulighet til å ordne seg økonomisk ved private ordninger enten ved sparing eller ved privat tilleggspensjonsordning".⁸⁰

Tiltak av denne typen kan oppfattes som en begynnelse på dagens tiltak for å begrense utgiftsveksten til trygd. NOU 1984:10 *Trygdefinansiering* drøfter dermed om, og i hvor stor grad det skal foretas grunnleggende endringer i velferdsstatens fordelingsystem for finansiering av trygder. Forslagene som fremmes berører noen av grunnprinsippene i de statlige overføringsordningene. Tradisjonelt har finansiering av trygdesystemet vært basert på blandingsvarianter av to hovedprinsipper: forsikrings- og skatteprinsippet. Forsikringsprinsippet i rendyrket utgave assosieres gjerne med det jeg over karakteriserte som et "hjelp-til-selvhjelp" prinsipp.

Overført på ordninger for finansiering av trygder innebærer en rendyrket utgave av prinsippet at det satses på private forsikringsordninger, og at staten kun skal administrere den trygd som de forskjellige samfunnsgrupper betaler inn, og at det skal være nøye sammenheng mellom det en betaler inn og det en får igjen. Her forutsettes det at det blir billigere for samfunnet om innbetaling til trygden er tvungen. Sett i et avgrensningsperspektiv, begrunnes gjerne forsikringsprinsippet med henvisning til argumenter fra ansvars-dimensjonen, fordi prinsippet innebærer at en får gjenytelse slik en fortjener. Forsikring oppfattes gjerne i et slikt perspektiv som en form for hjelp-til-selvhjelp.

Tradisjonelt har skatteprinsippet forutsatt at staten har et moralsk fellesansvar, nemlig ansvaret for å fremme samfunnssolidariteten. Dette ansvaret forutsettes gjerne best ivaretatt ved at staten garanterer og finansierer trygden gjennom rettferdig skattlegging. Begrunnelsen for skatteprinsippet kan være både moralsk og økonomisk: det kan anses som moralsk rettferdig at de som har mye gir, og at de som ikke har får etter det fellesskapets evne rekker.⁸¹ NOU 1984:10 *Trygdefinansiering* reiser flere plasser spørsmålet om hvordan de to prinsippene virker inn på *kostnadsnivået* for trygdene. Utredningen slår fast at "...et bærende prinsipp i det trygdesystemet vi har er at ytelsene i størst mulig grad skal være universelle", og konkluderer med at eventuelle forslag om endringer i finansieringssystemet må ta utgangspunkt i at "dette [prinsippet] er mer utgiftskrevende enn om ytelsene i større utstrekning ble utmålt under

⁷⁹ NOU 1984:10 s.9.

⁸⁰ Op.cit.:12.

⁸¹ Seip 1984.

hensyntaken til mottakernes øvrige inntekter og økonomiske situasjon forøvrig".⁸²

De resonnementer som både Stortingsmelding nr.64/1982 *Om arbeid for yrkeshemmede* og NOU 1984:10 *Trygdefinansiering* bygger på, finnes også i det dokumentet som skisserer dagens reform i attføringsarbeidet, St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen*. Meldingen åpner med en programmatisk formulering om at "det er bruk for alle", og redegjør generelt for regjeringens mål om å realisere den fulle sysselsettings politik. Økt verdiskaping gjennom full sysselsetting antas å være en forutsetning for videre utvikling av de eksisterende velferdsordninger. Meldingen understreker både den enkeltes, også yrkeshemmedes rett til arbeid, men også den enkeltes plikt til å ta arbeid og til å delta i rehabiliterings-tiltak: "Det legges samtidig til grunn at den enkeltes rettigheter ikke bare er knyttet til kontantytelser, men at det også er en rett og en plikt til å arbeide, delta i attføringstiltak eller gjennomgå utdanning der dette er nødvendig".⁸³

Det er i St.meld.nr.39/1999 *Attføringsmeldingen* at reformpolitikken for attføringsarbeidet konkretiseres og utformes. Som et resultat av den "diagnosen" som er stilt, knytter meldingen realiseringen av "arbeidslinja" direkte til samfunnsøkonomiske lønnsomhetsbetraktninger:

"Fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er det grenser for hvor stor andel av arbeidsstyrken som kan føres over på passive trygdeytelser eller andre overføringer før byrdene for de yrkesaktive blir for store. Det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å styrke innsatsen for å føre personer tilbake til eller inn i arbeidslivet".⁸⁴

Det heter bl.a. at det er en uheldig bruk av samfunnets ressurser...

"...at en økende andel av befolkningen i yrkesaktiv alder settes utenfor arbeidsmarkedet på mer eller mindre permanente trygdeordninger. Svært mange av f.eks. de uførepensjonerte har både kompetanse og restarbeidsevne som det både individuelt og samfunnsmessig sett er verdifullt å ta i bruk".⁸⁵

Tilgangen til de mer permanente trygdeordningene antas bl.a. å henge sammen med "hvor gunstig ordningene er i forhold til arbeid, både i forhold til den enkelte og bedriftene. Den henger også sammen med forholdet mellom de ulike trygdeordningene, samt forholdet mellom de instanser som administrerer dem".⁸⁶

⁸² NOU 1984:10 s.12.

⁸³ St.meld.nr.39/1992:8, pkt.1.2 "Utfordringer og hovedsikttemål".

⁸⁴ Op.cit.

⁸⁵ Op.cit.

⁸⁶ Op.cit.

Beskrivelsene i dagens politiske dokumenter, kan på mange måter sies å representere en generell "krisebeskrivelse". På grunn av den vekten som legges på samfunnsøkonomiske resonnementer, vil det være rimelig å oppfatte utredningene slik at de ser problemene som en konflikt mellom økonomisk politikk og sosialpolitikken, dvs. at det dreier seg om en finansiell krise. Men utredningene kan også tolkes slik at problemene representerer en "forventningskrise", der velferdsstaten antas å skape behov raskere enn den er i stand til å tilfredsstille dem. I dette bildet framtrer problemene som en organisatorisk krise fordi velferdsstaten er blitt så kompleks at effektiviteten svekkes.⁸⁷ Når det gjelder omorganiseringen av det totale attføringsapparatet, står som nevnt begrepet "kostnadseffektivisering" sentralt i dokumentenes generelle målformuleringer.⁸⁸ Kjerna i "kriseforståelsen" kan knyttes direkte til de to overordnede målene for dagens reform i attføringsarbeidet, nemlig at det dreier seg om en konflikt mellom økonomiske mål for vekst og effektivitet, og sosialpolitiske mål om rettferdig fordeling og utjamning. Det bildet som dagens politiske dokumenter tegner, er at de totale velferdsutgiftene er så store at de svekker landets vekstmuligheter. En slik krisebeskrivelse ser etter min oppfatning problemet som manglende kobling mellom egen prestasjon i markedet og materiell belønning, og at det finnes "gratispassasjerer" som bidrar til å underminere velferdsstaten.

3. Utgiftsvekst og et mangelfullt attføringsapparat

Vektleggingen på økonomiske betraktninger må ses i lys av utviklingen i de forskjellige hjelpeordningene. Etter hvert som presset på sykelønnsordningen og tilstrømmingen til uføretrygden økte gjennom `80-tallet, ble det ble påvist tendenser til opphoping i attføringsapparatet. Flere faktorer antas å ha medvirket til denne utviklingen. En av de viktigste faktorene antas å være økt rekruttering som skyldes en rekke samvirkende forhold og prosesser, men spesielt legger dagens utredninger vekten på et mangelfullt attførings-/rehabiliteringsapparat og endringer i praksis hos trygdens forvaltere.⁸⁹ Den sterke satsingen på attføringsapparatet som varsles i 1992 må ses på bakgrunn av den sterke kostnadsveksten forbundet med sykemelding og uføretrygding.⁹⁰

⁸⁷ Se f.eks. Sundby 1989:185 og Sundby i vedlegg nr.5, NOU 1990:23 s.147.

⁸⁸ Jfr. St.meld.nr.39/1992:8.

⁸⁹ NOU 1990:17.

⁹⁰ Jfr NOU 1990:17 Uførepensjon.

I folketrygdlovens bestemmelser om uføretrygd er det understreket at attføring skal være forsøkt før ytelsen kan tilstås. Imidlertid har det vist seg at gjennom hele 80-tallet ble attføring på det meste forsøkt overfor 10% av dem som ble tilstått uførepensjon. De fleste hadde lange klientperioder bak seg, med en eller flere langvarige sykemeldinger, eventuelt avbrutt av arbeidsløshet. Mange av klientene hadde omfattende kontakt med sosial- og helsevesenet, og omtrent hver tredje attføringsklient hadde på ett eller annet tidspunkt mottatt sosialhjelp. Det meste av rekrutteringen til apparatet skjedde via langtidssykemeldinger. I de politiske dokumentene for dagens reform, framstilles attføringsapparatet slik at det nærmest har fungert som et "venteværelse" for uføretrygd.⁹¹

I 1984 ble 25 000 attføringstilfeller avsluttet, og gjennomsnittlig varighet på tiltaket var på nærmere 350 dager. Den største økningen var for tilfeller som kun hadde attføringsstønad som ren forlengelse av sykepenger. Kun omtrent halvparten av de som hadde attføringspenger under behandling eller opplæring fikk jobb ved tiltakets slutt. Antall attføringstilfeller som ikke var avsluttet ved årets utgang økte fra 15 000 i 1973 til 35 000 i 1986.⁹² I drøftinga i utredningene fra 1990 om en mulig sammenheng mellom sykdomstyper og stønadstyper, blir det konkludert med at over halvparten av sykepenge- og uførepensjonene kan føres tilbake til sykdommer i skjelett, muskelsystemet og bindevevet, dvs. til såkalte "diffuse" lidelser. Tabellen viser uførepensjonistenes sykdomsbilde i 1980 og 1990.

Uførepensjonister 1980 og 1990 etter primærdiagnose (%).⁹³

	Menn		Kvinner	
	1980	1990	1980	1990
Mentale lidelser	32,7	26,8	34,7	29,4
Muskel/skjelettlidelser	26,2	36,8	17,8	24,7
Sykd. i sirkulasj.systemet	11,0	6,2	18,2	13,9
Sykd. i nervesyst./sanseorg.	7,4	6,0	19,0	6,2
Andre lidelser	20,3	24,0	22,6	25,8

I St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* heter det at "*å forebygge disse sykdommene er en grunnleggende utfordring, og vil kunne gi store menneskelige og økonomiske gevinster såvel for den enkelte, arbeidsgiveren og samfunnet*".⁹⁴

⁹¹ NOU 1990:17.

⁹² Hvinden 1989.

⁹³ Kilde: St.meld.nr.39/1992:38.

⁹⁴ St.meld.nr.39/1992:70.

4. Sammenfatning

Denne korte skissa har hatt som formål å si noe om bakgrunnen for det mest generelle målet for reformen, realiseringa av den såkalt "arbeidslinja". Jeg forutsetter som nevnt at både sysselsettingsmålet og sparemålet er inkorporert i denne overordnede målsettinga. Jeg har altså forsøkt å vise hvorfor målet om å sysselsette yrkeshemmede antas å være en garanti for å opprettholde finansieringa av framtidige velferdstiltak, og hvorfor tiltak for å bremse veksten i overføringer til trygder tillegges så stor vekt. Til slutt har jeg kort skissert noen problembeskrivelser av attføringsarbeidet som de offentlige utredningene gir.

Jeg har nå redegjort for min forståelse av ideologibegrepet, og forsøkt å begrunne hvorfor jeg oppfatter medikaliserings- og utstøtingsmodellene som en del av den statlige velferdsideologien. Jeg har videre forsøkt å sannsynliggjøre at det såkalt "sysselsettings-" og "sparemålet" må kunne oppfattes som viktige byggesteiner i en slik velferdsideologi.

Kapittel IV

Medikalisering på 1970- og 1990-tallet

Både medikaliserings- og utstøtingsmodellen skal forklare hvorfor folk ender opp på uføretrygd etter å ha vært yrkesaktiv. Både i 1976 og i 1990 lånes de to modellene fra sosiologisk forskning. Innledningsvis redegjorde jeg kort for debatten om medikaliserings- og utstøtingsbegrepene på 70-tallet, og det skulle framgå at det i begge modellene kan legges inn forutsetninger om *individer* og/eller *strukturelle* forhold. Som sosiologiske modeller har de vært framstilt i forskjellige utgaver. Det som er av interesse her, er imidlertid først hvordan modellene framsto i politiske dokumenter på 70-tallet, og deretter hvordan de framstår idag. De politiske dokumentene legger vekt på forskjellige sider ved modellene på de to tidspunktene, og formålet med den følgende sammenligningen av modellene, er å vise at det har skjedd en forskyvning i vektlegging i løpet av de siste tjue åra.

I dette kapitlet vil *medikaliseringsmodellen* presenteres slik at det som skiller modellen i 1976 og 1990 trer fram, med de farer for forenklinger en slik framstilling medfører. Mitt utgangspunkt er at modellen har *endret innhold* i den forstand at den idag sterkere vektlegger forklaringer knyttet til *aktørers preferanser og holdninger*, framfor *strukturelle forklaringsvariabler* sammenliknet med på 70-tallet. Begrepet "medikalisering" er med i alle de viktigste målformuleringer for reformen.⁹⁵

Jeg hevder altså at endringen i medikaliseringsmodellens innhold svarer til en endring i den statlige velferdsideologien. Jeg har forutsatt at en eventuell endring kan ses som en følge av "dårlige tider" som krever samfunnsøkonomisk sparing. Jeg har tatt utgangspunkt i de politiske dokumentenes beskrivelse av situasjonen, dvs. der en viktig premiss er at velferdsstaten må spare for ikke å undergrave seg selv. Kostnadene forbundet med velferdsapparatets forsøk på å sikre den enkeltes rettigheter, gjør at de samme rettigheter svekkes. Slik sett kan reformens satsing på attføringsapparatet, med det mål å skaffe folk arbeid, oppfattes som et forsøk på å

⁹⁵ Dette gjelder også for utstøtingsmodellen som behandles i neste kapittel (se St.meld.nr.39/1992:8).

kompensere for at folk får svekkede trygderettigheter. Med utgangspunkt i en slik beskrivelse, kan overgangen fra årsaksforklaringer til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken, tolkes som et forsøk på å løse problemene over.

Innholdet i medikaliseringsmodellen slik den inngår henholdsvis i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* og i dagens utredninger kan sies å ha endret seg etterhvert som dette velferdsparadokset er blitt mer synlig. Modellen gir noen forklaringer på hvorfor stadig flere havner utenfor arbeidslivet og mottar varig trygd. I den følgende sammenligningen av innholdet i modellen vil jeg vise hvordan endringen fra årsaks- til ansvarsforklaringer innebærer argumenter for at uførebegrepet må innsnevres. Når jeg hevder at det har skjedd en endring i ideologiens avgrensingsfunksjon, sikter jeg til at avgrensningen skjer på en ny måte, og at de ideologiske endringene gir en begrunnelse for dette.

Medikaliseringsmodellen bidrar derved til å definere hvor skillet går mellom rettmessige og tvilsomme krav om å unndra seg arbeidsplikten, slik at denne plikten kan håndheves. Dvs. at modellen som uttrykk for den statlige velferdsideologien legger grunnlaget for de samfunnsmessige reglene som avgjør om et fritak fra arbeidsplikten er legitimt. Når det i neste omgang utformes sosiale hjelpeordninger, vil avgrensningshensynene være innebygget i de sosialpolitiske ordningene.

1. Medikaliseringsmodellen på `70-tallet

"Grunnen til at det fortsatt finnes friske folk, er at det diagnostiske apparat ikke er godt nok".⁹⁶

Uttalelsen over spissformulerer viktige sider ved begrepet "medikalisering". Utsagnet antyder at sykdomsbegrepet, og derved folks rettigheter til trygdeytelser, i prinsippet kan utvides i det uendelige, bare en finner metoder for å diagnostisere opplevde, ubehagelige tilstander. Men utsagnet kan også oppfattes som et innlegg i dagens debatt om forholdet mellom medikaliserings-forklaringer og utstøtings-forklaringer. Spørsmålet i dag er hva som forklarer økningen i sykelønns- og uføretallene. Dersom en legger uttalelsen over til grunn, vil svaret representere et framtidsbilde der i prinsippet alle kan gå på trygd, bare vi finner en diagnose for en ubehagelig opplevd tilstand. Et utvidet sykdomsbegrep vil i neste omgang kunne gi trygderettigheter som totalt oversteg samfunnets evne til å finansiere de samme rettighetene. Jeg tolker dagens politiske dokumenter til å ligge nært opp til en slik problemoppfatning. Imidlertid

⁹⁶ Uttalelsen stammer fra tidligere sosialminister Leif Arne Heløe (Grund 1991).

var det ikke slik på '70-tallet.

Medikaliseringsmodellen på 1970-tallet representerer på samme måte som idag ei drøfting av sykdomsbegrepet, men modellen er også et forsøk på å forklare pågangen på trygdesystemet. Det pekes på tendenser til økning i sykelønns- og uføretallene, og at problemene neppe kan løses innafor det eksisterende attføringsapparat. NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* legger stor vekt på verdien av samfunnsvitenskapelig forskning for å komme fram til praktiske tiltak for reformen: "...med økende viten om årsaksforhold, vil det legges vekt på forebygging av klientskapende trekk gjennom helse og sosialpolitikken", og i utredningens mandat heter det at "...gruppen skal søke å gi en oversikt over og vurdering av tilgjengelige forskningsresultater, erfaringer o.l.". ⁹⁷

I 1976 som idag var en opptatt av det som gjerne betraktes som "psykosomatiske" lidelser, og lidelser i bevegelsesapparatet (muskler og skjelett). Slike "diffuse lidelser" foreligger det i liten grad klare diagnoser for. Utredningen starter behandlingen av sykdomsbegrepet med å drøfte psykiatrisk diagnostikk. Historisk har medisinsk diagnostikk vært forankret i en naturvitenskapelig tradisjon med strenge krav til påvisning av årsakssammenhenger. Når det gjelder psykiske lidelser har forholdet vært mer komplisert. Men en trend i etterkrigstidens behandlingsideologi har vært å sidestille sinnslidelsene med legemlige sykdommer, slik at sinnslidelser generelt kan sies å ha fått hevet sitt omdømme i folks bevissthet. Imidlertid har det vært pekt på farer ved en slik sidestillelse fordi pasienten lett betraktes som et passivt offer for sine plager på linje med en som er legemlig syk.

Om den psykiatriske diagnostikk heter det at klassifiseringen ofte tar utgangspunkt i det subjektivt plagsomme, dvs. i symptomet. Derved unnlater en å basere klassifiseringen på sosiale prosesser og den sosiale kontekst som individet befinner seg i. Dette resonnementet sammenfaller med hovedpoengene i mye av medisinsk-sosiologisk litteratur. ⁹⁸ Den medisinsk-sosiologiske innsikten bygger bl.a. på det vil være uheldig om personer med psykiske plager "lever opp" til en sykerolle, slik pasienter med somatiske plager ofte vil gjøre. ⁹⁹ Slik atferd, det å leve opp til normene og rolleforventningene i "sykdomskulturen", vil stå i strid med forutsetninger om at de beste resultatene oppnås når pasienten selv bidrar aktivt for å bedre sin situasjon. Det å motvirke slik "sykerolleatferd" har vært karakterisert som en viktig del av attføringsideologien. ¹⁰⁰ Imidlertid ble det i 1976 særlig framhevet at:

"det er mange grunner som taler imot å gjøre bruk av den tradisjonelle somatiske

⁹⁷ NOU 1976:58 s.8.

⁹⁸ Jfr. f.eks. Gordon 1966 og Merton 1967.

⁹⁹ Sykerollen er utførlig beskrevet i en norsk undersøkelse, jfr. Album 1985.

¹⁰⁰ Jfr. St.meld.nr.64/1982:83.

sykdomsrollen ved beskrivelsen og tilretteleggingen av tiltak overfor mennesker med psykiske lidelser. Det synes å være et sentralt mål å erstatte det passive i den somatiske sykdomsrollen med en aktiv dimensjon".¹⁰¹

Om forholdet mellom leger og andre behandlere, og klienten, heter det at:

"det underdanige som preger individets forhold til behandlingseksperter bør erstattes av likeverdighet hvor behandleren blir rettleder og katalysator,...det [er] trolig riktig å si at svært mange av de behandlere som finnes i det totale sosiale omsorgsapparat nokså automatisk glir inn i den rollen som er motstykket til den somatiske sykdomsrollen, også når det er snakk om psykiske lidelser".¹⁰²

Som nevnt innledningsvis ble mange av de medisinsk-sosiologiske innsiktene på 70-tallet formulert som en advarsel mot uheldige sider ved samfunnsutviklingen. Det ble pekt på at klientskapende prosesser utviklet seg i takt med profesjonaliseringen av omsorgsyrkene, og begrepet "iatrogenese" beskriver hvordan sosialt liv blir medikalisert som svar på forventninger i en medisinsk-diagnostisk kultur.¹⁰³ Slike advarsler hadde primært som formål å advare mot uheldige sider knyttet til velferdsstatens utvikling, og inngikk i et forsvar for klientenes rettigheter etterhvert som omsorgs-profesjonaliseringen bredte om seg.¹⁰⁴

Om sykdomsbegrepet hevder utredningen fra 1976 at det vanskelig kan opereres med et skille mellom somatiske og psykiske lidelser, fordi utviklingen i befolkningens sykdomspanorama viser økende innslag av "diffuse" eller "psykosomatiske" lidelser. Utviklingen i befolkningens sykdomsbilde gjør at et slikt skille blir vanskelig å opprettholde. Begrepet psykosomatisk, dvs. at en lidelse kan være betinget i et samspill mellom både "sjelelige" og "legemlige" forhold, reiser viktige spørsmål knyttet til sykdomsbegrepet.

I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* understrekes det at det kan være vanskelig å foreslå konkrete tiltak for den befolkningsgruppen som ikke enten faller inn under det psykiatriske helsevern og de som har behov knyttet til klare, somatiske lidelser. Det heter at andelen av de som har slike lidelser utgjør en betydelig gruppe, og at...

"...det typiske for denne delen av sykkeligheten er at den er langt mindre kartlagt og fremfor alt vet en lite om hvordan den endrer seg med endringer i det sosiale miljøet... Erfaringene gir imidlertid klart bud om at en rekke somatiske plager går sammen med betydelige psykiske problemer og omvendt".¹⁰⁵

¹⁰¹ NOU 1976:58 s.36. Dette poenget er også framtreddende i dagens politiske dokumenter.

¹⁰² Op.cit.

¹⁰³ Jfr. Illich 1975:25.

¹⁰⁴ Kuhnle og Solheim 1988.

¹⁰⁵ NOU 1976:58 s.31.

Utredningen stiller seg altså kritisk til utstrakt bruk av medisinske diagnoser, og viser til forskning som peker på at slike diagnoser ofte ser bort fra det totale bildet klienten inngår i:

"Avgrensings- og definisjonsproblemene blir ikke lettere når en kommer inn på rekken av psykosomatiske sykdommer. Både kliniske erfaringer og stadig nye forskningsfunn gir holdepunkter for at mange sykdomstilstander og direkte kroppslige symptomer i realiteten kan ha psykiske og sosiale årsaker".¹⁰⁶

På `70-tallet var en mer opptatt av at sykdom "i større grad ses som uttrykk for forstyrrelser i den fine balansen av gjensidig kommunikasjon og behovstilfredsstillelse mellom mennesker slik det manifesterer seg innen ulike grupper og sosiale systemer".¹⁰⁷

Den type forskning det refereres til i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*, fokuserte spesielt på langtidssykemeldtes totale livshistorie og livssituasjon, og undersøkelsene kombinerte gjerne kartlegging av "negativt sosialt miljø" med diagnose-typer.¹⁰⁸ Funnene viser at kun et fåtall av de som har psykosomatisk diagnose, har levd eller lever under det som i undersøkelsene karakteriseres som normalt, sosialt miljø, mens de som har rene, somatiske diagnoser i overveiende grad har levd eller lever i et slikt miljø. Det refereres videre til forskning som knytter utvikling av psykosomatiske lidelser til mangel på visse fundamentale sosiale behov: "De behov man i første rekke har kunnet peke på er behovet for fellesskap, for å bli verdsatt, for selvrealisering i en større sosial sammenheng og for å kunne leve i et noenlunde forutsigbart samfunn", og at helseproblemer "...blir markert større når disse sosiale behov ikke blir tilfredsstilt. Hos dem som blir syke og har lav sosial status har sykdommen oftest et mer alvorlig preg og relativt flere blir varig forpleiningstrengende".¹⁰⁹

Utredningen fra 1976 vier stor oppmerksomhet til antatte risikogrupper. Sammenhengen mellom sykdom og miljøet i vid forstand, antas å ville forsterke atferd som kan karakteriseres som risikoatferd. Forekomsten av f.eks. rusmiddelbruk av forskjellig grad antas å være sterkest i lavere sosiale lag, og vil senere i livsløpet gi økt sannsynlighet for at en person ender opp som uføretrygdet. Mens den medisinsk-sosiologiske tilnærminga framhever at for å bli akseptert som klient, vil gjerne atferden justeres i forhold til en velkjent, somatisk sykerolle. Når det gjelder grupper med såkalt risikoatferd, refereres det til avvikssosiologiske tilnærminger.¹¹⁰ Her antas det at individet primært forholder seg til sin egen referansegruppe, og at slik risikoatferd kan

¹⁰⁶ NOU 1976:58 s.31.

¹⁰⁷ NOU 1976:58 s.35.

¹⁰⁸ Op.cit:32.

¹⁰⁹ Op.cit.:32-33, se f.eks. Leighon 1971.

¹¹⁰ Jfr. Becker 1963.

forsterkes når samfunnet betrakter vedkommende som avviker:

"Avvikernes selvoppfatning blir for en stor del bestemt av det som de nærmeste omgivelsene mener om ham. Den som hyppig avviker fra visse normer vil derfor bli nødt til å forandre selvoppfatning fra det å være i takt med flertallet til det å være på kant med samfunnet. Ens egen selvoppfatning vil langt på vei styre atferden. Følgene vil da gjerne bli at avvikerne fortsetter med å bryte normene. Det sentrale i de avvikende handlinger han foretar seg nå er for en stor del et forsøk på å forsvare seg".¹¹¹

Det medisinsk-sosiologiske og det avvikssosiologiske perspektivet er nært beslektet, og skal vise at det å leve opp til roller i avvikerkulturen vil kunne stå i motsetning til de rolleforventninger som rettes mot klienten fra samfunnet og behandlere. Når det gjelder forholdet mellom klient og behandler legges det vekt på at det i nesten alle klient/behandler-relasjoner vil foreligge nokså stor sosial avstand. Behandlerne antas å ha en privilegert posisjon i samfunnet, mens klientens problematikk ofte vil kunne beskrives som en forsøksvis identifisering med andre kulturer enn den kultur som legen og andre behandlere tilhører: "...sentralt i disse klienters problematikk vil være å se disse behandlerne som samfunnets utsendte kontrollører".¹¹²

Av sitatene over framgår det at medikaliseringsmodellens avgrensingsfunksjon i stor grad hviler på forutsetninger om at årsakene til et eventuelt hjelpebehov, ligger utenfor det enkelte individ. Det vil si at modellen i hovedsak *årsaksforklarer* de hjelpebehov som drøftes i utredningen. En vurderte i liten grad hvorvidt et stønadskrav kan oppfattes som et forsøk på unndra seg arbeidsplikten. De tiltakene som utredningen fra 1976 foreslo retter seg i store trekk mot de samme hovedområder som i dagens utredninger, dvs. mot organisering av tjenestene som sorterer under attførende virksomhet, mot avgrensingsproblematikken forbundet med sykdomsbegrepet, og mot det som oppfattes som den "rådende behandlingsideologi" i apparatet.¹¹³

Konklusjonene i utredningen fra 1976 kan tolkes som en advarsel mot forsøk på å avgrense legitime fra illegitime krav ved å diagnostisere diffuse helsetilstander, enten de karakteriseres som psykosomatiske lidelser eller avvik av et eller annet slag, fordi det sosiale avviket vil være innvevd i det som kan karakteriseres som klientens "helsetilstand". Det hevdes at en slik prosess for å avgrense sosiale og kulturelle fenomener gjerne vil starte med at det etterlyses spesialkompetanse. Her vil det som oftest dreie seg om medisinsk kompetanse for å avgrense hva som faller inn under kategorien "syk" eller "psykosomatisk lidelse", slik at det kan

¹¹¹ NOU 1976:58 s.54.

¹¹² Op.cit.:53.

¹¹³ I kap.6 vil jeg drøfte avgrensingsproblemene knyttet til sykdomsbegrepet nærmere.

avgjøres om tilstanden skal karakteriseres som "reell" sykdom. Utredningen advarer mot "...en ensidig forfølgning av ideen om flere og bedre behandlingsekspert".¹¹⁴

Når det gjelder konkrete tiltak foreslår utredningen at attføringsarbeidet tar utgangspunkt i et vidt sykdomsbegrep. Det heter bl.a. om legenes medvirkning i attføringsarbeidet at de må...

*"...orientere seg mer i retning av det utvidete helsebegrep. Bidrag fra primærleger med hovedinteresse i somatisk medisin viser seg å være av mindre verdi i attføringsarbeidet enn medvirkning fra mer sosialmedisinsk orienterte leger".*¹¹⁵

Redegjørelsen over har hatt til hensikt å vise at NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* legger hovedvekten på forskning som peker mot bestemte samfunnsforhold og -prosesser. Imidlertid advarer utredningen mot "...ensidig vekt på forenklete forklaringsmodeller utelukkende basert på sosiale eller samfunnsmessige forhold".¹¹⁶ I det følgende avsnittet vil jeg undersøke innholdet i dagens politiske utredninger, for å se om det har skjedd en endring i det jeg oppfatter som velferdsideologiens avgrensingsfunksjon, det vil si hvorvidt det har skjedd en endring langs dimensjonene "årsak" og "ansvar".

2. Medikaliseringsmodellen på '90-tallet

Argumentasjonen i dagens politiske utredninger bygger i stor grad på de samme medisinsk-sosiologiske innsiktene som er referert over. Det vil si at ei drøfting av sykdomsbegrepet og sykerollen har fått en sentral plass. Imidlertid er et framtrødende trekk i den generelle argumentasjonen i dagens politiske utredninger at problemene, og da generelt den store økningen i sykelønns- og uføretallene, kan forklares med henvisning til *individuelle holdninger*:

*"...det synes å ha skjedd en holdningsendring både i befolkningen generelt og blant sykemeldende leger. Utvalget mener at det har skjedd en utvikling i retning av at problemfylte livssituasjoner i større grad enn tidligere sykdomsforklares (medikaliseres)".*¹¹⁷

Sitatet kan tolkes slik at et ukjent, men betydelig antall uføretrygdete idag har fått innvilget uføretrygd på sviktende grunnlag. Dvs. at de enten ikke har vært syke nok til å tilfredsstillende kravene i loven, og/eller at lovens ramme er blitt for vide. Det såkalte "Sykepengeutvalget" peker på at medikaliseringstendenser antas å...

"... ha bidratt til at folketrygdens utgifter til sykepenger kan ha økt de senere årene. Utvalget mener derfor at man bør vurdere iverksetting av tiltak som kan skape endrete holdninger og

¹¹⁴ Op.cit.:53.

¹¹⁵ NOU 1976:58 s.75-76.

¹¹⁶ Op.cit.:33.

¹¹⁷ St.meld.nr.39/1992:33.

dempe forventningspresset i befolkningen når det gjelder trygdens stønadspplikter... Det bør etter utvalgets oppfatning foretas en kritisk vurdering av sykdomsbegrepet i folketrygdloven med sikte på å trekke opp klarere grenselinjer mellom sykdom og andre former for uhelse som ikke gir rett til stønad fra folketrygden".¹¹⁸

Argumentasjonen kobler dermed behovet for *samfunnsøkonomisk sparing* til det *individuelle ansvar* den enkelte har for å skaffe seg arbeid. Lønnsarbeid antas å være en forutsetning for verdiskapningen i samfunnet, og i dette bildet blir trygd "minussida" i regnskapet, og arbeid "pluss-sida".¹¹⁹

Myndighetene ser nå medikalisering som en prosess som gjør at folk i større og større grad, og i takt med utviklingen i medisinsk forskning, etterspør en diagnose for sine plager. I neste omgang gir medikalisering rettighetsbaserte ytelser, der legene i større grad sertifiserer trygd også der det ikke er mulig å stille en diagnose. Legene følger ikke kravet i loven om at det skal foreligge årsakssammenheng mellom lidelsen og arbeidsuførheten. I praksis stoler legene på klientens subjektive rapport om plager, også der tilstanden ikke kan "måles" eller diagnostiseres. I dagens utredninger heter det at det er uheldig at legens medvirkning fører folk mot en trygdetilværelse.¹²⁰ For å forhindre at en slik utvikling fortsetter, skal reformen generelt gjennomføre forebyggende tiltak som tar utgangspunkt i det enkelte individ. Medikalisering skal motvirkes ved at *individets motivasjon* trekkes inn:

"Problemfylte situasjoner kan gi kroppslige reaksjoner f.eks. i form av smerter og muskulære spenninger som i slike situasjoner fysiologisk sett er en naturlig reaksjon fordi det er en alarm som skal vekke individet til problemløsende adferd... Enkeltindividet har et særlig sterkt ansvar for egen helse. Den enkelte står nærmest til å sette inn effektive tiltak mot ulike helseplager. Forebyggende arbeid på det personlige plan er et område hvor man kan spare både seg selv og andre for mye sykdom og plager".¹²¹

Sentralt i dagens argumentasjon er at tendensene til medikalisering krever mer nøyaktige diagnosesystemer for "...å trekke opp klarere grenselinjer mellom sykdom som kvalifiserer til stønad og andre problemer som ikke kvalifiserer til slik stønad".¹²² Når det gjelder tiltak

¹¹⁸ NOU 1990:23 s.13.

¹¹⁹ St.meld.nr.39/1992:3.

¹²⁰ Se kap. 6 om noen tiltak for å "motvirke medikalisering". De viktigste tiltakene er etter min oppfatning å stramme inn regelverket for sykelønn og uføretrygd, sammen med innføring av et nytt diagnose-system som skiller ut klienter med klare, stønadsberettigede lidelser. I tillegg skal det ansettes flere "rådgivende" leger i to ledd over almenpraktikeren, for å kontrollere at sistnevnte følger trygdlovreguleringen når sykdomsvilkåret i et trygdetilfelle vurderes. Det skal også legges inn kontrollfunksjoner i data-anlegget til legene, slik at det skal være mulig å sammenlikne hvor hyppig ulike leger tilstår sykelønn og uføretrygd.

¹²¹ NOU 1990:23 s.71.

¹²² NOU 1990:23 s.72.

forbundet med medikalisering, skal slike benyttes...

"...som et incitament først og fremst for å belønne dem som tar den ekstra innsatsen som må til i vanskelige livssituasjoner. Det er disse som fortjener belønning, ikke taperne eller de som trekker seg... Det kan være misforstått snillhet mot mange av dem som har en 'uklar sykdomstilstand' å belønne en tilstand av ubehag og unnvikelses-atferd".¹²³

Medikaliseringsmodellen vektlegger her at ansvaret for at vedkommende er havnet i en slik situasjon, er et personlig anliggende. Det heter bl.a. at "...den sykmeldte må gjøres delaktig i egen bedring og stimuleres til helsefremmende adferd", og at "...sykefraværsproblemerne antakelig bare kan søkes løst via opinionsmessige holdningsendringer".¹²⁴ Slik holdningsendring skal derved søkes oppnådd ved at trygd settes opp som et knapt gode:

"...sykepenger kan brukes som indirekte belønning til dem som trosser ubehag og går gjennom trening og konfliktløsning som kan være ubehagelig, men som kan føre til gode og varig løsninger".¹²⁵

I dette bildet framtrer individet som en aktør som forsøker å tilkjempe seg et gode i en situasjon der flere aktører kjemper om de samme, knappe goder. Når det gjelder tiltakene i dagens reform heter det generelt i oppsummeringen av drøftinga av sykdomsbegrepet at...

"...grensesettingen bør skje i retning fra frisk mot syk, istedet for det omvendte prinsipp som synes rådende, hvor grensedragningen i praksis blir slik at der hvor man med sikkerhet ikke kan utelukke sykdom, er vedkommende for syk å regne".¹²⁶

Tiltakene det siktes til antas å kunne "...føre til at mange i mindre grad oppsøker helsevesenet for sykemelding og unødig utredning", og målet om kostnadseffektivisering knyttes direkte til slike tiltak: "...utfra er slik synsvinkel synes en redusert kostnadsutvikling også for helsevesenet innen rekkevidde".¹²⁷

I 1976 ble ikke endringer i stønadsnivået tatt opp til behandling. Idag knyttes imidlertid forslag om slike tiltak til det medisinsk-sosiologiske resonnementet: "Det er gode argumenter for at stønadsnivået bør ligge på et nivå som stimulerer den sykemeldte til økt ansvar i behandlingssituasjonen for raskere å komme tilbake i arbeid".¹²⁸ Det hevdes at selv om

¹²³ Ursin 1990, vedlegg nr.7 i NOU 1990:23 s.154.

¹²⁴ NOU 1990:23 s.71.

¹²⁵ Ursin 1990, vedlegg nr.7 i NOU 1990:23 s.155.

¹²⁶ NOU 1990:23 s.128.

¹²⁷ Op.cit.:128.

¹²⁸ Op.cit.:128.

sannsynligvis bare en liten gruppe av de som har behov for sykepenger kan påvirkes av et lavere stønadsnivå, så "...kan man ikke se bort fra at denne gruppen på et vis blir trendsettere for andres sykdomsoppfatning og rolleatferd".¹²⁹ I forlengelsen av dette resonnementet reises spørsmålet om dagens stønadsnivå i seg selv kan anses som helseskadelig og som en trussel mot velferden: "Ettersom det er økonomisk mest lønnsomt i et kortsiktig perspektiv å holde fast på sykerollen, bidrar 100% dekningsgrad til å opprettholde følelse av dårlig helse".¹³⁰ Her knyttes altså de medisinsk-sosiologiske innsiktene direkte til et økonomisk resonnement, der klienten framstår som en aktør på et marked der bytte av økonomiske goder foregår.

Gjennomgangen av utredningen fra 1976 og utredningene fra 1990, viser at innholdet i medikaliseringsmodellen har endret seg i det aktuelle tidsrommet. Dermed blir det foreslått andre tiltak idag enn på 70-tallet. I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* fokuseres det særlig på behovet for en endret behandlingssideologi og nye administrative ordninger for å motvirke medikalisering. De økonomiske aspektene berøres ikke i utredningen fra 1976. I dagens utredninger er også målet å forhindre medikalisering, og det fokuseres sterkt på samfunnsøkonomiske spørsmål. Det sentrale element i endringen i den statlige velferdsideologien uttrykkes etter min oppfatning ved koblingen mellom et medisinsk-sosiologisk og et samfunnsøkonomisk resonnement. Sykdomsbegrepet skal granskes og innsnevres primært for å begrense adgangen til trygdeytelser, for derved å oppnå økonomiske innsparinger. St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* berører også spørsmålet om forholdet mellom medikaliseringsmodellen og utstøtingsmodellen, og hevder at mens utstøting som forklaring på økende forbruk av uførepensjon tar utgangspunkt i faktorer utenfor individet og således rammer ufrivillig, har man i den senere tiden vært mer opptatt av individuelle forklaringsfaktorer:

*"Fordi kompensasjonsnivået i uførepensjonen er såvidt høyt, vil mange med små medisinske plager velge trygd framfor arbeid. Enkelte har også vært opptatt av at det er lettere å være trygdet sosialt sett idag enn tidligere (mindre stigmatiserende) fordi det er så mange andre som er i samme situasjon. Det har vært påstått at høyt forbruk av uførepensjon har en smitteeffekt. Dersom det er slik at det å bli uførepensjonist eller ikke langt på vei er et rasjonelt valg fra individets side, er det grunn til å tro at den enkeltes valg vil påvirkes av om det finnes andre aktuelle stønadsordninger".*¹³¹

3. Sammenfatning

Sitatene over viser at det har skjedd en endring i innholdet i begrepet "medikalisering" fra 1970-tallet til idag. I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* advares det spesielt mot forsøk på å

¹²⁹ Op.cit.:128.

¹³⁰ Op.cit.:129.

¹³¹ St.meld.nr.39/1992:41.

avgrense legitime fra illegitime krav ved å diagnostisere diffuse helsetilstander, fordi enhver opplevd tilstand vil være innvevd i en kompleks, samfunnsmessig helhet. I dagens utredninger er en imidlertid opptatt av at de medisinsk-sosiologiske innsiktene må settes inn i en samfunnsøkonomisk sammenheng. Det understrekes at den passive sykerollen har en tendens til å gå hånd i hånd med det som betraktes som utstrakt grad av rettighetstenking.

Mitt poeng er at dette perspektivskiftet medfører at dagens medikaliseringsmodell i større grad enn på `70-tallet forklarer sosiale fenomener med henvisning til individuelle faktorer, dvs. det jeg oppfatter som en overgang fra årsaks- til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken. I det neste kapitlet vil jeg undersøke hvorvidt en tilsvarende endring har skjedd for utstøtingsmodellens vedkommende.

Kapittel V

Utstøting på 1970- og 1990-tallet

I forrige kapittel viste jeg hvordan medikaliseringsmodellen endret seg fra 1970-tallet til 1990-tallet, ved at det skjer et perspektivskifte fra årsaks- til ansvarsforklaring. Som problembeskrivelse representerer utstøtingsmodellen muligens et svar på den "diagnosen" som medikaliseringsmodellen gir.

Målet om å "forhindre utstøting" innebærer bl.a. at det settes iverk tiltak slik at ikke bare den sterkeste delen av arbeidskraften overlever. Dvs. at det varige og trygge arbeidsplasser tilrettelegges for de yrkeshemmede som allerede er i arbeidslivet, og at det opprettes nye arbeidsplasser for de av de yrkeshemmede som reformen skal bringe ut av trygdetilværelsen, og som skal attføres til ny jobb.

I det følgende vil jeg presentere utstøtingsmodellen slik den inngikk i de politiske dokumentene på 70-tallet og idag. Kapitlet skal på samme måte som det forrige undersøke om det har skjedd en endring i modellens innhold. Men kapitlet skal også vise at utstøtingsresonnementet kan sies å representere en alternativ og utfyllende forklaringsmodell. Også her vil jeg referere til skillet mellom "årsak" og "ansvar" når jeg skisserer en endring i modellen. Selv om utstøtingsmodellen i utgangspunktet er en modell som fokuserer på system-betingelser, kan en også i denne modellen forutsette at aktører handler rasjonelt.

1. Utstøtingsmodellen på 70-tallet

Utsøtingsmodellen ble i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* viet spesiell oppmerksomhet sammenliknet med andre forklaringsmodeller, og ble presentert i et eget vedlegg skrevet av en av de oppnevnte sakkyndige.¹³² Her heter det at utstøting alltid er uønsket for dem det går ut over, selv om det kan tenkes at folk kan føle det som en befrielse å bli fritatt fra en jobb de ikke

¹³² NOU 1976:58, vedlegg 1, s.149-157.

makter, og bli trygdet. Gjennom hele 60-tallet ble modellen brukt i Sverige og Danmark, og det ble gjort utstrakt bruk av modellen i arbeids- og trygdeforskning.¹³³ Modellen representerer en "strukturell tenkemåte", i motsetning til en individ-orientert tilnærming, for å identifisere de trekk ved den økonomiske prosessen som er klientskapende. I 1976 dokumenteres utstøtingens omfang med henvisning til stadige fall i yrkesfrekvens.¹³⁴

I NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet* defineres utstøting som...

*"et samspill mellom endringer i arbeidslivets krav og det enkelte individs ressurser i vid forstand. At folk blir utstøtt kan forklares ut fra endringsprosesser på makronivå og formidlingen på bedrifts- og lokalsamfunnsnivå".*¹³⁵

Det understrekes her at modellen ikke forklarer **hvem** som blir utstøtt. For å forklare dette, må problemtilstander hos enkeltindividet trekkes inn, og modellen avgrenses her fra slike individuelle variabler. Dersom en la inn slike variabler, måtte f.eks. sykkelighet forstås som en variabel som ved siden av pendling, flytting, urbanisering, jobbskift, arbeidsledighet osv., ses i relasjon til det økonomiske systems virkemåte. Utstøtingsmodellen legger dermed vekt på at individets situasjon bestemmes av ytre betingelser, dvs. betingelser som individet har begrenset kontroll over. Sosial atferd knyttes i liten grad til aktørenes rasjonelle overlegninger.

Det vil si at modellen ikke ser slike faktorer som fraværende, men faktorene er ikke tatt med i modellens forutsetninger. Det understrekes at det ikke finnes noe subjektivt kriterium i modellen, da en kan være utstøtt uten selv å være klar over det. Derimot defineres en offisielt som arbeidsløs først når en aktivt søker jobb (jfr. kriteriene for å få arbeidsledighetstrygd). Den offisielle definisjonen av en arbeidsløs representerer en mer nøytral betegnelse sammenliknet med utstøtingsbegrepet. Dermed vil noen av de som reelt kan karakteriseres som utstøtt ikke omfattes av den nøytrale, offentlige definisjonen. Den delen av de utstøtte som ikke fanges opp av den offentlige definisjonen, kan da karakteriseres som "skjult" arbeidsløse.¹³⁶

Det har videre vært understreket at modellen beskriver en prosess:

"Det er viktig å forstå utstøtingen fra arbeidslivet som en prosess, og ikke som en tilstand. Uttrykket prosess henspeiler på selve forløpet, som godt kan gå over en årrekke, og som i siste instans ender med tilstanden som yrkespassiv. Dette er da en problemtilstand, som altså er et

¹³³ Modellen er empirisk belagt ved hjelp av bearbeiding av offentlig statistikk, intervjuer og ved hjelp av sammenfatning av foreliggende litteratur (Halvorsen 1976, jfr. vedlegg nr.1 i NOU 1976:58).

¹³⁴ NOU 1976:58 s.149-157.

¹³⁵ NOU 1976:58 s.149.

¹³⁶ Halvorsen 1976 (vedlegg nr.1 i NOU 1976:58 s.149) og Halvorsen 1990.

resultat av prosessen".¹³⁷

Prosesen er et resultat av et komplisert samspill av påvirkninger på arbeidsplassen og i miljøet rundt, og årsakene antas å ligge i en kumulativ virkning av små skadedoser som skjer over flere år.

Utstøting knyttes altså til strukturelle endringer på samfunnsnivå, her forstått slik at utstøtingen varierer med endringer i det økonomiske system. Siden modellen forutsetter at utstøtingen kan føres tilbake til en indre logikk i det økonomiske system, dvs. dets måte å fungere på, ligger det derfor ikke forutsetninger i modellen om god eller ond vilje hos arbeidsgiverne når det gjelder å kvitte seg med utslitte arbeidere.

I dette perspektivet inngår arbeidskraften i produksjonen som enhver annen vare, og er således underlagt vareproduksjonens indre logikk. Sentralt i utstøtingsmodellen ligger det derfor en antakelse om at strukturendringene representerer en type "systemtvang", fordi...

"...eiere og forvaltere av kapital må drive lønnsomt. Som en følge av konkurransen tvinger dette fram en stadig strukturrasjonalisering, dvs. en prosess som innebærer at strukturen i næringslivet (geografisk, bransjemessig og internt) søkes tilpasset økonomisk lønnsomhet".¹³⁸

Arbeidskraften får en karakter som...

"...logisk følger av systemets særegne virkemåte [fordi] arbeidskraften forvandles til en vare som blir gjenstand for kjøp og salg på et marked, arbeidsmarkedet. Arbeidstakeren blir et middel til å akkumulere kapital, og som en følge av dette blir han en vare, som bare etterspørres dersom det anses som lønnsomt for kapitaleier/forvalter".¹³⁹

Etterspørselen etter arbeidskraften bestemmes dermed utfra økonomiske lønnsomhetsbetraktninger, og når det skjer endringer i markedet må arbeidstakeren stadig tilpasse seg slike endringer. Utstøting forklares som en konsekvens av at ikke alle klarer tilpassningsprosessen til et høyere aktivitetsnivå, mer effektive produksjonsmidler og gunstig lokalisering i forholdet til markedets behov. Det skjer en "utdefinering" eller en "seleksjonsprosess" som bestemmer hvem som støtes ut, og utstøtingen antas derfor å kunne ha en sosialpsykologisk dimensjon, som kan dempe eller forsterke utstøtingen.

For det første kan helseskader oppstå p.g.a. usikkerhet og utrygghet i jobben. Risiko for nedgang i lønn, risiko for arbeidsulykker og yrkessykdommer, risiko for langsom nedbryting av

¹³⁷ Halvorsen 1990.

¹³⁸ NOU 1976:58 s.149.

¹³⁹ Op.cit.:150.

helsen, risiko for å miste jobben, for å bli overflødig osv. Dernest antas det at slike usikkerhetsfaktorer kan bidra til å svekke samholdet og solidariteten på arbeidsplassene p.g.a. konkurranse-klimaet:

"Det oppstår et behov for å utpeke, utdefinere andre, for å beskytte seg selv og sin egen sosiale overlevelse, dvs. unngå selv å bli utstøtt. De som rammes av denne 'utdefinering' fra arbeidskameraters side, og som ikke lenger er beskyttet av 'arbeiderkollektivet', er stort sett de svakeste, taperne med de dårligste ressursene".¹⁴⁰

Når det gjelder de konkrete tiltak som foreslås i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*, antas det at utstøtingsmekanismene kan få svekket innflytelse ved at det settes inn tiltak av lov-messig art, økonomiske/materielle tiltak, og administrative/organisatoriske tiltak. Det som er av interesse her, er at reformen ikke skal forankres i holdningsmessig begrunnede tiltak...

"...ikke fordi holdninger er uten betydning, men fordi holdninger primært har et samfunnsmessig grunnlag. Skal man f.eks. få folk fra å utdefinere de svakstilte fra arbeidslivet må de gis et trygt grunnlag å stå på. Det betyr at skal man få til holdningsendringer så må det samfunnsmessige grunnlaget som holdninger er en følge av, endres".¹⁴¹

I de mer generelle kommentarene til modellen slik den knyttes til tiltak for å forhindre utstøting, heter det at tiltakene må dimensjoneres og utformes med tanke på at de prosesser som modellen beskriver, fordi slike prosesser sannsynligvis vil tilta i de kommende tiår.

Ut fra det ovenstående skulle det framgå at i 1976 har utstøtingsmodellens avgrensingsfunksjon sitt tyngdepunkt i det jeg kaller årsaks-dimensjonen. Det advares spesielt mot ensidig vektlegging på modeller som fokuserer på det enkelte individs motivasjon: "Årsaken..., eventuelt hvem som skal tillegges 'skyld' i det enkelte tilfellet kan i denne sammenheng overses som relativt uinteressant".¹⁴²

I det neste avsnittet vil jeg undersøke modellen slik den inngår i dagens politiske utredninger, for å se om det har skjedd en endring i innholdet i det aktuelle tidsrommet.

2. Utstøtingsmodellen på `90-tallet

Dagens politiske utredninger tar utgangspunkt i en annen økonomisk virkelighet enn utredningen fra 1976.

I St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* inngår utstøtingsmodellen i argumentasjonen for

¹⁴⁰ Op.cit.:152-53.

¹⁴¹ NOU 1976:58 s.192.

¹⁴² NOU 1976:58 s.43.

tiltakene som foreslås under avsnittet om "Politikkens hovedsiktemål".¹⁴³ Her heter det at trygdeordningene skal utformes for å "bidra til å hindre unødig utstøting og utestenging av utsatte grupper fra arbeidslivet. I et mere langsiktig perspektiv ønsker regjeringen en nærmere vurdering av hele trygdestrukturen for å motvirke utstøtingstendensene".¹⁴⁴

På grunn av økningen i uføretallene og bruk av sykelønn, og særlig på bakgrunn av økningen i antall langtidssykemeldte, rettes idag særlig oppmerksomheten mot attføringsapparatets muligheter for forhindre utstøting. Ved å omorganisere attføringsapparatet skal utstøting forhindres ved å føre personene tilbake til arbeidslivet før de eventuelt ender opp på uføretrygd. Tendensene til lange sykemeldingsfaser knyttes dermed spesielt til svakheter ved attføringsapparatet, det som innledningsvis har vært karakterisert som tendenser til at klientene "hoper seg opp" i attføringsapparatet. Som nevnt har det vært hevdet at attføringsapparatet i realiteten har fungert som et "venteapparat" for uføretrygd.

Utsøttingsmodellen slik den benyttes i de tre dokumentene som varsler dagens reform, legger også vekt på at tiltakene som foreslås skal møte utfordringer av strukturell art. Modellen tar utgangspunkt i at "...forhold ved arbeidsmiljøet kan påføre folk fysiske, psykosomatiske og psykiske helseproblemer som gjør at de får vansker med å oppfylle kravene til arbeidsytelser".¹⁴⁵ Tiltakene skal derfor innrettes mot forhold...

"...som har betydning for mulighetene for å integrere yrkes- og funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Innen arbeidslivet oppstår nye barrierer gjennom økende krav til arbeidskraftens produktivitet og fleksibilitet, kombinert med en nedgang i den type industrijobber som tradisjonelt har gitt åpninger for personer som med yrkeshemminger".¹⁴⁶

Dagens utredninger vier stor plass til drøfting av forskningsresultater som kan forklare de nevnte utviklingstrekk. Utsøttingsmodellen drøftes sammen med andre mulige forklaringsmodeller, og det slås fast at faktorer som f.eks. demografiske endringer, forholdet mellom tilgang og avgang til trygdeordningene, i liten grad kan forklare økningen i sykelønns- og uføretallene. Det pekes imidlertid på at yrkesdeltakelsen gjennom hele 80-tallet har økt, "...med den konsekvens at stadig flere mindre ressurssterke og mer sårbare grupper er blitt trukket inn i arbeidslivet. Muligens kan dette ha ført til at det nå er blitt flere 'tapere' på arbeidsmarkedet".¹⁴⁷

¹⁴³ NOU 1990:17 s.64.

¹⁴⁴ St.meld.nr.39/1992:8.

¹⁴⁵ St.meld.nr.39/1992:12

¹⁴⁶ Op.cit.:12.

¹⁴⁷ NOU 1990:17 s.64.

Imidlertid innføres det i drøftinga i NOU 1990:17 *Uførepensjon* en reservasjon m.h.t. forutsetninger om sykelønn og uførepensjonering, og forholdet til arbeidsmarkedets funksjonsmåte, dvs. de forhold som utstøtingsmodellen tradisjonelt forklarer. Her fokuseres det sterkere på hvordan individuelle aktører som inngår både på arbeidstaker- og bedriftssiden kan tenkes å forholde seg til endringer på arbeidsmarkedet.

Det pekes på at når noen har større problemer enn andre på arbeidsmarkedet...

"...så skyldes dette bare i liten utstrekning at de er mer utsatt for å miste den jobben de har, men at de har større vansker med å få jobb. Blir vanskene for store, må man regne med at flere innen disse gruppene vil søke inn i uførepensjonsordningen".¹⁴⁸

F.eks. heter det at arbeidsgivere kan antas å veie mulig gevinst ved ansettelse av arbeidskraft mot mulige kostnader under forskjellige tidsperspektiv: "Isolert sett vil det være slik at jo mindre 'usikker', og jo mere produktiv og 'billigere' arbeidskraften er, jo høyere vil sannsynligheten være for at denne arbeidskraften vil bli/være sysselsatt".¹⁴⁹ Utstøting skal derfor motvirkes ved å "...oppmuntre arbeidslivet generelt og arbeidsgiversiden spesielt, til aktive framfor passive løsninger for helsemessig utsatt arbeidskraft".¹⁵⁰

St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* reserver seg også mot å legge for stor vekt på utstøtings-resonnementet:

"På begynnelsen av 1970-tallet ble økningen i antall personer som forlot arbeidslivet før de nådde pensjonsalderen forklart med at det skjedde en utstøting fra arbeidslivet. I 1980- og 90-åra har debatten omkring uførepensjonering vært mer konsentrert om andre forklaringsfaktorer. De fleste er enige om at utstøtingsmodellen alene gir et for ensidig bilde av årsakene til uførepensjonering".¹⁵¹

Meldingen drøfter dermed om det må legges inn andre forutsetninger i modellen, og drøfter bl.a. hvordan økt bruk av førtidspensjon kan forklares. Her forklares valget mellom forskjellige trygdeløsninger som en rasjonell strategi der det er om å gjøre å sikre seg økonomiske fordeler:

"At vi i 1989 fikk en avtalefestet pensjon (AFP) synes imidlertid ikke å ha ført til nedgang i forbruket av uførepensjon i de eldste aldersgruppene. Tvert imot kan det virke som om flere er

¹⁴⁸ NOU 1990:17 s.66. I utredningens drøfting av årsaker, henvises det her bl.a. til Johansen (1982) og Colbjørnsen (1982).

¹⁴⁹ Op.cit.:66.

¹⁵⁰ St.meld.nr.39/1992:70.

¹⁵¹ St.meld.nr.39/1992:40-41.

blitt gjort oppmerksomme på visse økonomiske fordeler ved å bli førtidspensjonert i stedet for å gå av med avtalefestet pensjon".¹⁵²

Slike forutsetninger om aktører som handler strategisk var fraværende i NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*. Som sitatet over skulle tilsi, har det også på områder der en tradisjonelt har fokusert på utstøtingsmekanismer, foregått et perspektivskifte mot et mer individ-orientert perspektiv. Utstøtingsmodellen forutsetter nettopp at de eldste i arbeidsstokken er de som i størst grad har vært utsatt for utstøting.

Imidlertid synes medikaliserings- og utstøtingsresonnementet idag i større grad å smelte sammen. Modellene forklarer og beskriver grovt sett ulike sider ved *en* prosess med et mangesidig forløp, der "endestasjonen" i mange tilfeller er uføretrygd. Et liv på trygd karakteriseres som lite ønskelig både utfra individuelle og samfunnsøkonomiske betraktninger. Resultatet karakteriseres som desto verre jo yngre personen er når tilstanden inntreffer, og dersom den varer livet ut. Individet sosialiseres i større grad til trygderollen, og jo mer av et livsløp som tilbringes utenfor verdiskapningen, jo mer kostbart for samfunnet.

Utredningene fra 1990 drøfter i større grad alternative forklaringer til økningen i sykelønns- og uføretallene enn tilfellet er i utredningen fra 1976. Konklusjonene av den lærdom som utstøtingsmodellen ga i 1976, førte til at andre tiltak ble foreslått gjennomført. Forskjellene med hensyn til de tiltak som fulgte konklusjonene den gang og idag vil ikke behandles her. Dette til tross, så representerer utredningene fra 1990 en bredere gjennomgang av forklaringsmodeller. Bl.a. fokuseres det på demografiske forklaringsmodeller, modeller som ser på kombinasjoner av endret dødelighet og økt rekruttering. Imidlertid er det hovedsakelig rekrutterings-aspektet som idag forsøkes forklart, dersom en ser bort fra utstøtings- og medikaliserings-forklaringer.¹⁵³ Andre samvirkende prosesser enn demografi nevnes, men "...det er vanskelig å si hvilke som forklarer mest, men etter arbeidsgruppens oppfatning synes...en mer utbredt rettighetstenking, et mangelfullt attførings-/rehabiliteringsapparat og endringer i praksis hos trygdens forvaltere å være spesielt viktige forklaringsfaktorer".¹⁵⁴

Utsøtingsresonnementet kan etter min oppfatning ses på som et argument for opprustningen av attføringsapparatet. Attføringsapparatet kan oppfattes som en "buffer" mot utstøtingsprosesser i arbeidslivet, og skal ideelt sett fange opp sykemeldte og føre dem tilbake til arbeidslivet.

¹⁵² Op.cit.:41.

¹⁵³ Se spesielt NOU 1990:17 kap.4, pkt.II: *Årsaker til økningen i antall uførepensjonister* (s.57-83).

¹⁵⁴ NOU 1990:17 s.83.

3. Sammenfatning

Innledningsvis hevdet jeg at det er en motsetning mellom sysselsettingsmålet og sparemålet. Jeg har til nå forsøkt å vise at en av reformens konsekvenser innebærer avgrensning ved at færre blir innvilget uføretrygd, og en slik avgrensning kan knyttes til et perspektivskifte i den statlige velferdsideologien. Som problembeskrivelse peker utstøtingsmodellen på at yrkeshemmede støtes ut av arbeidsmarkedet, og reformens tiltak skal derfor motvirke slike tendenser. Det blir derfor helt sentralt for reformens totale virkning, at tiltakene virkelig realiserer sysselsettingsmålet for de som skal avskjæres fra trygdeytelser på grunn av et snevrere sykdomsbegrep. Sagt på en annen måte må de som ikke skal få trygd i framtida, skaffes et minst like godt underholdssystem som det de hadde, og ideelt sett skaffes jobb.

Reformen forutsetter at yrkeshemmede også skal bidra til den verdiskaping som i neste omgang antas å redusere kostnadsnivået for ytelser som sykelønn og uføretrygd. Utstøtingsmodellen representerer en beskrivelse av tilstandene på arbeidsmarkedet. At det har skjedd en utvikling mot at kravene til yteevne er forsterket de siste tjue åra, går klart fram av sammenlikningen av de politiske dokumentene. Sett i en slik sammenheng, må det erkjennes at det å være effektiv og produktiv er ikke det en forbinder med yrkeshemmet arbeidskraft. Derfor vil tiltakene som skal settes i verk, måtte kobles løs fra de produktivitets- og effektivitetskrav som fordres i det ordinære arbeidsliv. Det jeg oppfatter som paradokset i atføringsreformen er at både yrkeshemmede og arbeidslivets "A-lag" fyller samme funksjon, nemlig oppfylling av sparemålet. Dersom sysselsettingsmålet skal oppfylles samtidig som det gjennomføres kostnadskrevende arbeidsplasseringer av yrkeshemmede, så vil etter min oppfatning ikke sparemålet kunne innfris. Dette til tross for at det spares overføringer til sykepenger og uføretrygd. En nedgang i antall på uføretrygd og innsparinger på trygdebudsjettene, innebærer en overgang til et annet underholdssystem. Spørsmålet er om det tilbudet klientene gis er av samme kvalitet som det systemet for livsopphold som de forlot.

Medikaliseringsmodellen av idag legger vekt på at sykdomsforklaring er en rasjonell strategi, der bl.a. leger og klienter i fellesskap definerer opplevde tilstander som sykdom som gir et stønadsberettiget krav. Men siden mange av de som er innvilget uføretrygd de siste tjue årene ikke oppfattes som syk i trygderettslig forstand, så skal sykdomsbegrepet innsnevres. Målet er her primært å redusere kostnadene forbundet med trygding. Utstøtingsmodellen fokuserer direkte på en strukturell årsak, nemlig egenskaper knyttet til arbeidsmarkedet. Modellen forklarer og beskriver hvordan den svakeste delen av arbeidskraften støtes ut som en følge av kravene i arbeidslivet. Dersom vi la inn forutsetninger om de individuelle konsekvensene av at det skjer en slik utstøting, kunne sykdom i en eller annen form bli resultatet.

Sammenlikningen av modellene viser at utstøtingsmodellen i liten grad problematiserer

individuelle forhold, men i hovedsak legger vekten på arbeidsmarkedets strukturelle logikk. Dersom begge modellene ble lagt til grunn som problembeskrivelse, kunne vi hevde at det skjer en *medikalisering av utstøtingen*. Flere har kommentert en slik sammenheng, og en samfunnsmedisiner hevder at det "...er et tilbakeskritt å tro at man kan løse sysselsettingsproblemene ved å sette opp objektive målbare kriterier på medisinske tilstander".¹⁵⁵

Utsagnet over kan stå som en kontrast til utsagnet om konsekvensene av et vidt sykdomsbegrep av tidligere sosialminister Heløe, innledningsvis i forrige kapittel. Den viktigste forskjellen ligger i at det første utsagnet i hovedsak fokuserer på *hva et utvidet sykdomsbegrep koster samfunnet*, mens utsagnet over ser årsakene til veksten i sykelønns- og uføretallene hovedsakelig som et *sysselsettingsproblem*. Begge utsagnene fokuserer på medisinske tilstander, og viser at medikaliserings- og utstøtingsmodellene møtes på viktige punkter. Utviklingen de siste tjue årene sett i et større perspektiv, viser at det sannsynligvis har skjedd en "medikalisering av utstøting". Dvs. at sykdom både kan ses som en årsak til utstøting fra arbeidslivet, men også at sykdom kan være en konsekvens av utstøting fra arbeidslivet.

Jeg har til nå vist at det har skjedd en endring i innholdet i både medikaliserings- og utstøtingsmodellen, men at det mest synlige perspektivskiftet har skjedd i medikaliseringsmodellen. Jeg hevder også at medikaliserings-resonnementet får størst gjennomslag i dagens utredninger. Dette er det ikke mulig å påvise, og konklusjonen må oppfattes som et resultat av min tolking av innholdet i de politiske dokumentene. I det neste kapitlet vil jeg drøfte antakelsen over om at det skjer en medikalisering av utstøtingen. En slik tilnærming spør om det er rimelig å betrakte problemene som et arbeidsmarkedsproblem (jfr. forutsetningene i utstøtingsmodellen), eller som et medisinsk problem (jfr. forutsetningene i medikaliseringsmodellen). Siden jeg har avgrenset meg til å drøfte kun ett av reformens tiltak, nemlig innskjerpingen av sykdomsbegrepet, vil kapitlet innledningsvis redegjøre for hvordan tiltaket oppfattes som "avgrensende", og jeg forutsetter at den sosialpolitiske dreining som et slikt tiltak innebærer, styrker min påstand om at det har skjedd en endring i den statlige velferdsideologiens avgrensingsfunksjon.

¹⁵⁵ Uttalelsen stammer fra sosialmedisineren Steinar Westin, og er en kommentar til reformen i attføringsarbeidet (Sosial Trygd nr.9/92:21).

Kapittel VI

Sykdom eller arbeidsledighet

I etterkrigsårenes økonomisk "gode" tider ble sykdomsbegrepet stadig utvidet, slik at flere og flere fikk trygderettigheter. Reformen i attføringsarbeidet tar utgangspunkt i at vi samtidig som arbeidsledigheten vokste gjennom 80-tallet, fikk vi en markert økning i uføretallene. Idag skal sykdomsbegrepet innsnevres, slik at færre skal få definert opplevde tilstander som sykdom. Som nevnt innledningsvis har ethvert tiltak som ikke er beregnet på alle, innebygget en avgrensningsfunksjon. Hensikten er å skille legitime fra illegitime krav om å leve av fellesskapet.

I det følgende vil jeg drøfte sykdomsbegrepet i lys av skillet mellom årsaks- og ansvarsforklaringer. Jeg vil særlig berøre forholdet mellom sykdom og arbeidsledighet. Det vil si at jeg ser forutsetninger som ligger både i medikaliserings- og utstøtingsmodellen under ett. I det forrige kapitlet karakteriserte jeg dette som at det skjer en medikalisering av utstøtingen. I dette ligger bl.a. at sykdom både kan ses som en årsak til utstøtingen fra arbeidslivet, men også at sykdom kan være en konsekvens av utstøting. I det følgende vil jeg drøfte noen konsekvenser en innskjerping av sykdomsbegrepet kan tenkes å få, sett i lys av at det skjer en medikalisering av utstøtingen.

En viktig forutsetning knyttet til det jeg oppfatter som den statlige velferdsideologiens avgrensningsfunksjon, er at både årsaks- og ansvars-dimensjonene i varierende grad vil være virksomme i bedømmingen av ethvert hjelpebehov. De to dimensjonene vil vektlegges forskjellig under varierende samfunnsforhold. Jeg har i kapittel 2 hevdet at en ideologisk avgrensningsfunksjon er knyttet til den betydningen lønnsarbeidet gis i samfunnet. Det sentrale er forholdet til arbeidsplikten, avhengig av behovet for arbeidskraft. I reformen i attføringsarbeidet kommer hensynet til arbeidsplikten klart fram der det heter at "den enkeltes rettigheter ikke bare [er] knyttet til kontantytelser, men at en også har rett og plikt til å arbeide og

å delta i attføringstiltak".¹⁵⁶

Kjernen i arbeidsetikken består i at den enkelte så langt som mulig skal sørge for sitt eget underhold, for derved ikke å ligge det offentlige til byrde. Under varierende arbeidsmarkedsforhold vil avgrensningens dimensjoner beskrive hvordan sosiale hjelpebehov blir oppfattet og forklart. En alvorlig og spesifikk sykdom, f.eks. et beinbrudd, vil automatisk fritta fra arbeidsplikten, og tilfellet vil derved vurderes med henvisning til årsaks-dimensjonen. Hensynet til at vedkommende blir arbeidsfør, dvs. rehabiliteres, vil her veie tyngre enn hensynet til det moralske aspekt. Selv om vi la inn forutsetninger om vedkommendes "skyld" i at skaden oppsto, vil ikke slike betraktninger være av særlig betydning i forhold til et stønadskrav. Årsaken til hjelpebehovet vil hovedsakelig bedømmes med henvisning til omgivelsesfaktorer.

Jeg oppfatter det slik at når sykdomsbegrepet *innsnevres*, så endrer avgrensningfunksjonen seg slik at ansvars-dimensjonen blir mer synlig. Dvs. at flere av de som oppfatter at de har behov for sykepenger eller uføretrygd, i framtida vil bli vurdert med henvisning til den enkeltes ansvar enn tilfellet har vært gjennom '70- og '80-tallet. Dersom en person får diagnostisert en lidelse slik at diagnosen gir et stønadskrav, vil vedkommende ha fått sertifisert et tap av ressurser som legitimerer kravet. I hvor stor grad endringer i sykdomsbegrepet påvirkes av årsaks- og ansvars-dimensjonen, vil avhenge av hvor man trekker grensen mellom frisk og syk.

1. Sykdomsbegrepet

De problembeskrivelser, eller "diagnoser", som den nye attføringspolitikken bygger på, forutsetter en sammenheng mellom sykdom og samfunnsutvikling. Det har i løpet av 80-tallet vært en sterk økning i antall sykepengetilfeller, og sykepengeordningen karakteriseres som inngangsporten til lengre opphold på trygd. Manglende oppfølging av personer som sykemelder seg, gir i neste omgang økt tilgang til uførepensjonen. St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* refererer flere mulige forklaringer på de økende tendensene til sykemelding og derved opphoping i attføringssystemet. Meldingen understreker at det neppe finnes enkle forklaringer på økningen i trygdeforbruket, men legger størst vekt på antakelsen om medikalisering, "fordi kompensasjonsnivået...er såvidt høyt, vil mange med små medisinske plager velge trygd framfor arbeid".¹⁵⁷

NOU 1990:23 *Sykelønnsordningen* drøfter også sykdomsbegrepet i lys av samfunnsmessige forhold, og her heter det at...

¹⁵⁶ St.meld.nr.39/1992:8.

¹⁵⁷ St.meld.nr.39/1992:41.

"Dersom utviklingen i sykdomsbegrepet og sykemeldingspraksisen medfører at samfunnet unødige betrakter folk som syke, risikerer de som befinner seg i overgangen mellom syk og frisk, og som bruker godet, imidlertid å måtte leve opp til en sykerolle".¹⁵⁸

Utsagnet berører spørsmålet om hvordan sykdom oppfattes og defineres. Vanligvis forstås sykdom som en tilstand der en person tilfredsstillere nærmere definerte kriterier for en eller annen fysisk eller psykisk diagnose som representerer et avvik fra det normale. Det å være "syk" er på norsk ikke entydig, men gir rom for ulike oppfatninger. På engelsk brukes ofte tre begreper ved omtale av sykdom: "disease", "illness" og "sickness". Med "disease" forstås sykdommen slik den framtrer ved objektive undersøkelser, og der tilstanden kan diagnostiseres utfra nokså klare og målbare, medisinske kriterier.

"Illness" er da den subjektive sykdomsfølelse som den enkelte opplever, mens "sickness" er de individuelle negative reaksjoner og begrensninger som en sykdom kan medføre. Man kan f.eks. være syk (ha "disease") uten å ha subjektiv sykdomsopplevelse eller sykerolleatferd, og graden av sykdomsopplevelse vil da avhenge av hvilken sykdom som foreligger. Man kan også ha subjektiv sykdomsfølelse ("illness") eller sykerolleatferd ("sickness") uten at det foreligger sykdom ("disease").¹⁵⁹

Beskrivelsen over skal vise at sykdomsbegrepet er problematisk allerede ved forsøk på språklig avgrensning. Dagens politiske utredninger påpeker at de analytiske distinksjonene over er av betydning for å få avklart sykdomsbegrepet. De engelske termene ligger nemlig til grunn for WHO's (Verdens Helseorganisasjons) helsebegrep som sier at "med helse må forstås at et menneske ikke bare er fri for sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære".¹⁶⁰ Dagens politiske utredninger representerer en kritikk av et slikt helsebegrep, og en velger derfor å ta utgangspunkt i et enklere, men beslektet resonnement, nemlig med utgangspunkt i skillet mellom *helse* og *sykdom*. I en slik tilnærming oppfattes sykdom som én av flere mulige former for helsesvekkelse. Det motsatte av helse er da ikke sykdom, men uhelse, og det motsatte av sykdom blir da friskhet. Friskhet og helse vil ikke være synonyme begreper, da friskhet kun vil være én av flere forutsetninger for helse.

NOU 1990:23 *Sykelønnsordningen* peker på at WHO's definisjon både er en definisjon og en ideell målbeskrivelse, og sånn sett virker uoppnåelig. Utredningen konkluderer her med at for utførelsesarbeidet må det dras et klarere skille mellom hva som kan betraktes som uhelse og sykdom:

¹⁵⁸ NOU 1990:23 s.6.

¹⁵⁹ NOU 1990:23 s.66.

¹⁶⁰ NOU 1990:23 s.67.

"Oppheves distinksjonen mellom sykdom (inkl. skade og lyte) og uhelse (inkl. helsesvikt, helsesvekkelse o.l.) risikerer man å komme i en situasjon som nesten automatisk kan utløse de fleste stønadskrav fra folketrygden (ikke bare sykepenger). Denne distinksjonen er altså vesentlig når det gjelder spørsmålet om å fortolke rettigheter i hht. folketrygdlovens sykdomsbaserte stønadsvilkår".¹⁶¹

Skillene som det er gjort rede for over, berører spørsmålet om avgrensningens funksjon. Dagens medikalisering-modell forutsetter at det har skjedd endringer i grensene mellom begrepene over, i retning av at sosiale eller mer generelle livsproblemer sykdomsforklares, og at de prosesser som er beskrevet ved hjelp av sykerolle-begrepet trer i kraft. Dvs. at folk i større grad underordner seg det jeg tidligere har benevnt sykerollens krav.¹⁶² Dagens utredninger hevder at mange av de opplevde tilstandene ikke kan anses som "reell sykdom".

Sykefraværsmodeller

Bruk av modeller er vanlig når vi skal forklare et fenomen, og dette vil også gjelde sykdomsbegrepet. De modellene som er referert over, og som inngår som premisser i argumentasjonen i dagens utredninger, kan karakteriseres som *analytiske* modeller. En analytisk modell kan oppfattes som en måte å ordne observasjoner på som ikke selv inneholder påstander eller forklaringer, dvs. et slags "verktøy" for å bedre oversikten og gjøre arbeidet lettere. Derimot vil en *empirisk* modell forsøke å forklare en del av virkeligheten, og slike modeller skal kunne testes ut mot virkeligheten for å se om de holder. En forskningsprosess vil ofte kunne starte med at en forenklet analytisk modell raffineres, og ende med at en tester empiriske modeller.¹⁶³

Sykdomsbegrepet slik det er drøftet over, representerer en analytisk modell der spørsmål om pengeytelser avgjøres utfra medisinske kriterier, dvs. vurdert utfra forutsetninger der en forsøker å finne et *objektivt mål* for *klientens sykkelighet*. Regelverket sier at det skal foreligge en viss grad av arbeidsuførhet på grunn av sykdom, skade eller lyte. Dersom en utdyper innholdet i den analytiske tilnærmingen over, vil vi få en modell med fire grupper individer:

- friske mennesker i arbeid
- syke mennesker i arbeid,
- syke mennesker som ikke arbeider, og
- friske mennesker som ikke arbeider.

Den første gruppen vil omfatte de fleste. Den andre vil omfatte de som kan oppfattes

¹⁶¹ NOU 1990:23 s.68.

¹⁶² Jfr. Parsons 1968.

¹⁶³ Etter Brox, 1990.

som beviset på at yrkeshemmede ikke nødvendigvis må være uten inntektsgivende arbeid. Det finnes utallige eksempler på personer med store handikap, som likevel er i full jobb eller deltar både i sportslige og sosiale aktiviteter. Disse personene holdes gjerne opp som eksempler, og bidrar til å rettferdiggjøre at det henvises til ansvars-dimensjonen når sosiale hjelpebehov skal forklares.¹⁶⁴ Den tredje gruppen vil omfatte de som reformen i attføringsarbeidet sikter til, personer som enten er sykemeldt eller er i attføringstiltak. Den siste gruppen vil kunne omfatte arbeidsløse, folk som har permisjon og andre grupper som ikke defineres som egentlig syke. Til de sistnevnte vil det kunne stilles spørsmål om hvorfor gruppen ikke oppfyller sitt ansvar om ikke å ligge det offentlige til byrde.

Svakheten med slike modeller er at de i liten grad sier noe om årsakene til det som defineres som problemet.¹⁶⁵ Den analytiske inndelingen over ser bort fra at fravær kan ha andre årsaker enn sykdom. Særlig blir dette tydelig hvis en tar utgangspunkt i det sykdomsbegrepet som forutsettes i trygdelovgivningen. En uttømmende drøfting av sykdomsbegrepet må derfor ta utgangspunkt i *empiriske* modeller som viser de faktiske årsakene til at folk er borte fra jobb. Slike empiriske modeller er gjerne forankret i teorier om at det vil være en sammenheng mellom f.eks. arbeidsmiljø og jobbfravær, og at motsetninger mellom individ og organisasjon kan gi seg utslag i sykdom.

En undersøkelse har sett på hvordan jobbmuligheter kan påvirke jobbfravær, og utfra alder, kjønn, utdanning og familiesituasjon forsøkte en her å si noe om fraværs-sannsynlighet.¹⁶⁶ En viktig variabel i undersøkelsen er hvordan arbeidstakeren selv vurderer sine framtidige og alternative muligheter på arbeidsmarkedet. Undersøkelsen viste at arbeidstakernes vurdering av sine muligheter på arbeidsmarkedet hadde signifikant effekt på sykefraværet. De som vurderte sine muligheter for en annen jobb som dårlige, prøvde i større grad å unngå fravær. Denne relativt enkle modellen tar utgangspunkt i individegenskaper og livsforhold som utgangspunkt for den "bevissthet" den enkelte bringer med seg til arbeidet. I arbeidet vil en slik "bevissthet" påvirkes av teknologi og arbeidsmiljø, og opplevelsen av arbeidstilfredsstillelse antas å avhenge av slike faktorer, og derved innfluere på fraværs-sannsynligheten.

En mer omfattende modell tar utgangspunkt i at fravær kan være et resultat både av en sykdomsforebyggende strategi og sykdom som resultat av uheldig arbeidsbelastning. Den enkelte vil i varierende grad ha mulighet for å velge strategier for fravær, avhengig av både

¹⁶⁴ Idag kan henvisning til ansvars-dimensjonen oppfattes slik at det stilles et spørsmål om legenes troverdighet som trygdens "portvokter". I dagens reform er de nevnte kontroll-tiltakene som skal settes inn overfor legene, begrunnet med henvisning til ansvars-dimensjonen. Et spørsmål om legers troverdighet vil i hovedsak være et spørsmål om holdninger og moral.

¹⁶⁵ Brox, op.cit.

¹⁶⁶ Mastekaasa 1989.

føringer som ligger i det teknisk/økonomiske system, og i begrensninger og muligheter som ligger i bedriftskulturen. I en undersøkelse knyttet til det siste aspektet til et "arbeiderkollektiv"-begrep.¹⁶⁷ I dette perspektivet vil sykdom kunne utvikles i en "fraværskultur" i møtet mellom arbeidstakerens ressurser, bedriftens tekniske og sosiale organisasjon og arbeidets krav og muligheter. I denne undersøkelsen problematiseres både sykdomsbegrepet og sykdomsoppfatningen hos den enkelte arbeidstaker.¹⁶⁸

Skillet mellom analytiske og empiriske modeller reiser noen interessante spørsmål knyttet til det jeg oppfatter som reformens avgrensningsfunksjon. Dersom empiriske funn skulle sannsynliggjøre at det som idag oppfattes som "diffuse" lidelser, også kan innebære lidelser som det enda ikke er utviklet diagnoser for, så skulle slike funn tale for at det ble lagt mindre vekt på ansvars-dimensjonen når tiltak skulle utformes. Det vil derfor være av betydning å vite i hvor stor grad årsakene til økningen i uføretallene, skyldes lidelser det ikke finnes diagnoser for, eller i hvor stor grad det også dreier seg om et arbeidsmarkedsproblem, dvs. "medikalisert utstøting".

De tre politiske dokumentene som er tema her, legger vekt på at "rettighetstenkingen" i for stor grad har utbredt seg. Det neste spørsmålet er hvorfor dette har skjedd. En lege kommenterer muskel/skjelett-lidelsene slik:

"På sykemeldingen står det smertetilstander i muskel- og skjelettapparatet og psykiske plager. Er det en epidemi av slitasjeplager og ennå uoppdagede reumatiske sykdommer som hjemsøker befolkningen, eller er det en farsott av mistilpasning i arbeidslivet og hjemmelivet, en bølge av gjeldskonsekvenser og mestringsvansker det dreier seg om. Med andre ord, er dette et medisinsk eller et sosialt problem".¹⁶⁹

Spørsmålene over, og resultatene av de empiriske undersøkelsene, viser at sykdomsbegrepet ikke utelukkende kan avgrenses kun ved hjelp av analytiske kategorier. Empiriske modeller vil i større grad kunne avgjøre om spørsmål knyttet til sykdom skal forklares med tyngdepunktet i årsaks- eller ansvars-dimensjonen.

Som nevnt skal det i løpet av 1993 innføres et nytt diagnose-system i Norge som i større grad skal avklare hvilke sykdommer det er snakk om når et krav om trygd reises. En samfunnsmedisiner har kommentert dette tiltaket, og stiller et spørsmål som fokuserer på mangel på arbeidsplasser. Her heter det at man ikke...

"... kan løse sysselsettingsproblemene ved å sette opp objektivt målbare kriterier på medisinske tilstander. Vi må gjerne gjøre legene bedre skolerte i medisinsk diagnostikk, men flere

¹⁶⁷ Jfr. Lysgaard 1960.

¹⁶⁸ Willadsen 1990.

¹⁶⁹ Bjørndal, 1992.

arbeidsplasser blir det ikke av det".¹⁷⁰

Diagnose-systemet skal i større grad fange opp psykosomatiske lidelser. Et slikt tiltak berører kravet i trygdlovgivningen om at det skal være årsakssammenheng mellom arbeidsuførheten og sykdommen, dvs. spørsmålet om hvorvidt arbeidsuførheten er innvevd i forhold knyttet til arbeidsmarkedet. Det vil være rimelig å anta at den store andelen med "diffuse" lidelser som idag har uføretrygd, ikke bare inneholder friske, rettighets-beviste personer, men at det kan dreie seg om lidelser som det ikke finnes klare diagnoser for. Dvs. at det må foreligge behov som ikke kan knyttes til, eller forklares ved hjelp av medisinske diagnoser.

Som nevnt krever trygdlovgivningen at det skal være årsakssammenheng mellom sykdommen og arbeidsuførheten før det innvilges trygd. Ved spørsmål om årsakssammenheng er det vanlig å skille mellom tre "modeller" knyttet til ytelse: hovedårsakslæren, betingelsesteorien og fordelingsprinsippet.¹⁷¹ I hovedårsakslæren forsøker man å skille mellom de mer eller mindre vesentlige årsaksfaktorene, og i praksis stiller framgangsmåten et krav om at den medisinske uførhet må være av en viss størrelse. Betingelsesteorien innebærer at sykdom, skade eller lyte anses som årsak til arbeidsuførheten dersom denne ikke hadde oppstått hvis man tenker seg sykdommen borte. Her tenker man seg at en liten medisinsk plage kan bli årsak til en større arbeidsuførhet. Etter fordelingsprinsippet fordeles den totale arbeidsmessige faktor både på medisinske og ikke-medisinske årsaksforhold. I praksis innebærer dette en gradering etter hvor stor den medisinske faktor er.

I dagens praksis på trygdekontorene, dvs. i håndteringen av lovverket benyttes både hovedårsakslæren og betingelsesteorien. I NOU 1990:23 *Sykelønnsordningen*, heter det at...

"...den såkalte betingelseslæren som kommer til anvendelse ved uklare lidelser med lite eller tvilsomt medisinsk innhold bør underkastes en kritisk gjennomgang i lys av den uklare grense som synes å eksistere mellom sykdom og mangelfull helse".¹⁷²

Som et ledd i innskjerpingen av regelverket foreslås det derfor at man i selve lovteksten eller i forskrifter presiserer at det er hovedårsakslæren som skal legges til grunn. Det vil si at det presiseres at der det er andre årsaker, f.eks. *arbeidsmarkedsforhold* eller *sosiale forhold* som har gitt nedsatt arbeidsevne, så vil vilkårene for stønad ikke være oppfylt.

¹⁷⁰ Utsagnet er hentet fra et intervju med sosialmedisineren Steinar Westin i "Sosial Trygd" nr.9/92:21. Artikkelen er skrevet av Per Halvorsen.

¹⁷¹ Kjønstad 1988.

¹⁷² NOU 1990:23 s.127.

Et problem med et slikt forslag, vil være å skille klart mellom inngangsvilkårene om sykdom, skade eller lyte og utmålingen av sykdoms-graden i hver enkelt sak. En relativt ressurs svak person vil lettere påvirkes av en lidelse enn en med større ressurser, og en beskjeden lidelse vil lett kunne gjøre vedkommende arbeidsufør. I slike tilfeller vil det være rimelig å anta at hovedårsaken til arbeidsuførheten kan være vedkommendes generelle ressurs svakhet. Dersom slike kriterier skulle legges til grunn, ville et stort antall klienter få avslag fordi hovedårsaken til arbeidsuførheten ikke var sykdom, skade eller lyte.

Men det vil utvilsomt være en glidende overgang fra tilstander som de fleste ville kalle sykdom, til tilstander som klart faller utenfor sykdomsbegrepet. F.eks. må det være problematisk å avgjøre hva som er normal eller sykkelig reaksjon på en vanskelig livssituasjon. For yrkeshemmede vil det i de fleste tilfeller dreie seg om sammensatte lidelser der en slik problemstilling vil være svært aktuell. Problemet som er skissert over, består bl.a. i å tolke loven og klarlegge hvor grensen skal gå når to tilstander som er nesten like, faller på hver sin side av grensen.

Reliabilitet og validitet i medisinsk diagnostikk

Tiltakene som skisseres i St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* innebærer en mer restriktiv håndtering av folketrygdlovens bestemmelser. Et problem knyttet til innskjerpingen av sykdomsbegrepet i trygdlovgivningen, er at selve lovteksten ikke gir uttrykk for gjeldende rett.¹⁷³ Det vil ofte være sprik i oppfatninger mellom trygdefunksjonær, den trygdede og legen om hvilke regler og prinsipper som skal gjelde. Ifølge Folketrygdloven skal en ved vurdering av om det foreligger sykdom, skade eller lyte legge til grunn det medisinske sykdomsbegrep slik det foreligger til enhver tid.

Sykdomsbegrepet i trygdlovgivningen kan beskrives som summen av alle diagnoser som er akseptert av den medisinske profesjon til enhver tid. Men loven sier ikke noe om at det på det tidspunkt ytelsen tilstås skal foreligge sikker kunnskap om hva som er den grunnleggende lidelse. Oftest vil det gå tid før den endelige diagnose kan bestemmes. Dvs. at graden av sikkerhet i diagnosesettingen bl.a. vil avhenge av hvilken lidelse det er snakk om, og hvor i sykdomsforløpet klienten befinner seg. F.eks. vil et beinbrudd lettere kunne diagnostiseres enn en tidlig kreftsykdom. Slike forhold er knyttet til en diagnoses *reliabilitet* og *validitet*.¹⁷⁴ Med *reliabilitet* siktes det til i hvor stor grad diagnosen er reproduserbar, d.v.s. enten ved at den stilles av forskjellige personer uavhengig av hverandre, eller ved at samme person stiller samme diagnose på forskjellige tidspunkt og i forskjellige situasjoner.

¹⁷³ Kjønstad op.cit.

¹⁷⁴ NOU 1990:23.

Undersøkelser har vist at medisinske diagnoser har relativt lav reliabilitet, både innafør somatisk og psykiatrisk medisin.¹⁷⁵ Medisinske undersøkelsesresultater er svært sjelden entydige og er derfor vanskelig reproducerbare, og medisinske funn vil derfor ofte utsettes for skjønn som vil svekke reliabiliteten. En diagnoses validitet er knyttet til hvorvidt diagnosen sier noe om klientens egentlige situasjon. Her vil faktorer både hos lege og klient spille inn. I noen tilfeller kan de opplysninger som foreligger om klientens liv være mangelfulle eller ufullstendige, eller undersøkelsene som er gjort er ikke så omfattende som de burde være. Når et krav om uføretrygd settes fram vil slike forhold spille inn i vurderingen av om et krav er legitimt, og mulighetene for å avgjøre et stønadstilfelle utfra objektive kriterier vil bli svært vanskelig.

Det vil f.eks. være et definisjonsspørsmål når en tilstand skal karakteriseres som sykdom. Opphevelsen av kravet om "objektivt registrerbar lidelse" som fulgte innføringen av Folketrygdloven i 1966 innebar en samordning av et rent medisinsk krav og kravet om arbeidsmessig uførhet. Samordningen har bidratt til klarhet om hvem som skal praktisere loven, og det hevdes at leger vil ha lite å uttale om mange former for arbeidsmessig uførhet.¹⁷⁶ Folketrygdlovens paragraf 8-3, som er en anvisning på hvordan arbeidsevnen skal vurderes, tolkes ofte forskjellig fra lege til lege. Loven sier at arbeidsevnen skal vurderes som nedsatt sett i forhold til den trygdedes reelle muligheter for arbeidsinntekt eller innsats i et arbeide som høver for vedkommende, sammenliknet med tilsvarende muligheter før han ble ufør.

Dette kan bety to ting, og med forskjellige konsekvenser. Dersom arbeidsevnen vurderes nedsatt i forhold til en endring i funksjonsevne som en begynnende sykdom forårsaker, så vil legen vektlegge et medisinsk skjønn ved fastsettelse av arbeidsevne. Dersom legen legger vekt på å vurdere "et arbeide som høver for vedkommende" eller "tilsvarende muligheter", så vil reglene kunne tolkes i retning av at en som ikke kan komme i arbeid under de rådende sysselsettingsforhold, er arbeidsufør dersom legen og klienten kan frambringe en diagnose. Lovens intensjoner vektlegger den første tolkningen sterkest, men i praksis vil den andre benyttes.¹⁷⁷

Dette viser at legens rolle som "avgrensingsfunksjonens forlengede arm" er en problematisk dobbelt-rolle, der legen i de fleste tilfeller vil være etisk forpliktet til å stå på klientens side. En slik forpliktelse innebærer at et stønadskrav vurderes med henvisning til avgrensingsfunksjonens årsaks-dimensjon, dvs. at når legen sertifiserer en stønad, så gjør han dette med henvisning til utenforliggende årsaks-faktorer. Mange leger hevder at de ikke har faglige kriterier som gjør dem skikket til å sertifisere mange tilstander på medisinsk grunnlag.

¹⁷⁵ Kjønstad op.cit.

¹⁷⁶ Noreik, Grünfeld og Sundby, 1990.

¹⁷⁷ Kjønstad op.cit.

Det har vært hevdet at myndighetene tillegger legene en autoritet de ikke fortjener, i mangel av et system for styring av velferdspolitiske omfordelinger.

Som nevnt innebærer reformen i attføringsarbeidet at det opprettes flere "rådgivende" legestillinger for å begrense veksten i sykelønnsutgiftene og utgiftene til uføretrygd. Disse legestillingene skal i praksis kontrollere allmennpraktikerens diagnoser, slik at de med "diffuse" lidelser ikke får stønad før trygdelovens krav er oppfylt. Det vil si at allmennpraktikeren i større grad skal avgrense og på samme tid kontrolleres.

En lege uttaler i denne sammenheng at...

"... nå blir ikke oppgaven mindre fordi om den fratas de behandlende leger. Noen skal forvalte sykemeldingsreglementet, og det er ikke lettere å veie angsten eller måle muskelsmertene på trygdekontoret. Med rette bekymrer nå de rådgivende leger ved trygdekontorene seg over å bli presset tilbake i kontroll-legefunksjonen, og ingen har ennå oversikt over hvilket omfang merarbeidet vil få for trygdekontorene".¹⁷⁸

Legene har flere ganger påpekt at folketrygdens sykdomsbegrep setter dem i en vanskelig situasjon. Det pekes på den dobbeltrollen legene får ved både å skulle være portvokter for statens penger, og samtidig skulle ivareta klientenes behov. En lege uttaler at den nye ordningen kan føre til en paradoksal situasjon der allmennpraktikeren i større grad...

"... kan rendyrke sin oppgave som pasientens advokat. Det betyr ikke at ethvert krav ukritisk skal fremmes, men det vil bety at legen med større frimodighet kan fremlegge pasientens syn (og eget syn på pasientens behov), fordi andre fagpersoner skal holde disse premissene opp mot lovens bokstav. Den som kommer verst ut, er trygdelegen som uvergelig vil bli skjøvet frem mot dommersetet av trygdekontorets saksbehandlere, som når det gjelder sykemeldingsgrunnlaget, mangler beslutningskompetanse. Hvordan pasienten kommer ut, er det ingen gitt å vite. Vi må innstille oss på en beslutningsprosess som er mer preget av ekspertise og motekspertise - og på beslutninger som fattes på grunnlag av et utpreget skjønn".¹⁷⁹

Ut fra det som er sagt over, vil det neppe være uproblematisk å foreta en innskjerping av regelverket. Men det er helt klart at det idag foreligger et stort gråsonerområde som særlig legene stilles overfor.¹⁸⁰ Det vil være rimelig å anta at de fleste leger vil følge en etisk forpliktelse til å lindre klientens plager, og at det å være en streng portvakt for tildeling av trygd samtidig vil være svært vanskelig. Legen befinner seg i en problematisk dobbeltrolle ved både å skulle ivareta pasientens og folketrygdens interesser.

¹⁷⁸ Bjørndal op.cit.

¹⁷⁹ Op.cit.

¹⁸⁰ Hartvig 1990.

2. Sammenfatning

Sykdomsbegrepet og sykdomsoppfatningen hos folk, og dermed også folketrygdens sykdomsbegrep vil utvikles og endres over tid. Sykdomsbegrepet vil dels utformes av legevitenenskapen, men også i møtet mellom legevitenskapens, individets og samfunnets oppfatninger. Sykdomsbegrepet vil også påvirkes og endres p.g.a. et stort tilbud av alternative medisinske oppfatninger. Videre vil sykdomsbegrepet omformes i tråd med endringer i kulturelle definisjoner.¹⁸¹ Det vil si at en neppe kan forvente at sykdomsbegrepet blir mer entydig etterhvert.

Jeg har i dette kapitlet drøftet noen forutsetninger knyttet til medikaliserings-modellen, særlig forutsetningen om at økningen i uføretallene hovedsakelig skyldes holdningsendringer i befolkningen og hos legene. Jeg har forsøkt å vise at forestillingen om "sykdomsforklaring" bygger på en analytisk tilnærming til sykdomsbegrepet, og at en slik tilnærming ikke er tilstrekkelig for å analysere sammenhengen mellom sykdom og arbeidsledighet. Jeg har hevdet at empirisk forskning viser at det skjer en medikalisering av utstøtingen.

Jeg har også forsøkt å vise at forutsetningen om "sykdomsforklaring" tar utgangspunkt i at uføretrygding kan motvirkes ved å foreta innstramminger i trygdelovgivningen. Etter min oppfatning ser en her bort fra den praksis legene følger med utgangspunkt i sine etiske forpliktelser overfor klientene. I praksis forholder legene seg til de subjektive rapporter klienten gir om sine plager, og tar ikke stilling til om problemene strengt tatt er av medisinsk karakter, eller om det også kan dreie seg om arbeidsmarkedsproblemer. Slike forhold vil få betydning hvordan reformens avgrensede konsekvenser vil virke i praksis.

I et siste og oppsummerende kapittel vil jeg ta utgangspunkt i at det skjer en "medikalisering av utstøtingen", og vise hvordan en slik forutsetning er knyttet til det jeg oppfatter som et paradoks i velferdsstaten.

¹⁸¹ Wadel 1978.

Kapittel VI

Avslutning

Mitt hovedsiktemål har vært å vise at det har skjedd et perspektiv-skifte i sosialpolitikken som kan beskrives som en endring fra årsaksforklaring til ansvarsforklaring. Jeg har sammenlignet og tolket innholdet i noen politiske dokumenter fra 1970-tallet til idag. Målet har vært å avgjøre om det er rimelig å påstå at det har skjedd en endringen i innholdet i medikaliserings- og utstøtingsmodellene, slik de inngår i dokumentenes analyser for å forklare veksten i overføringer til sykelønn og uføretrygd. Jeg har videre forutsatt at perspektiv-skiftet sier noe om endringer i den statlige velferdsideologien.

1. Oppsummering

Jeg har valgt ut det jeg oppfatter som to sentrale målsettinger for dagens reform, og knyttet målene til medikaliserings- og utstøtingsmodellene. Begge målene berører et spørsmål om rettigheter: reformen skal etter min oppfatning kompensere for at noen mister retten til trygdeytelser, ved å realisere retten til arbeid. Å realisere retten til arbeid er både et ideelt mål, formulert som en grunnlovsfestet rett, men inngår samtidig i forestillingen om at lønnsarbeidet er en betingelse for å opprettholde velferdsstaten i framtiden.¹⁸² Min hensikt har vært å vise at det kan være et motsetningsforhold mellom de to målene. Jeg har stilt spørsmål ved om det vil være mulig å tilby varige arbeidsplasser for yrkeshemmede i en tid da retten til arbeid vanskelig lar seg realisere for store grupper som **ikke** har helsemessige problemer. Jeg har forutsatt at et snevrere uførebegrep kan komme til å true både retten til arbeid og retten til trygdeytelser.

Målet om å "motvirke medikalisering" faller i stor grad sammen med det jeg har kalt sparemålet. Jeg begrunner en slik tolking med at et viktig tiltak i reformen er å stramme inn sykdomsbegrepet i trygdelovgivningen, slik at færre innvilges uføretrygd. Målet er å spare

¹⁸² Ifølge Halvorsen (1991:91) har vi ikke lovfestet rett til lønnet arbeid slik enkelte hevder ved å henvise til grunnlovens paragraf 110. Paragrafen pålegger bare staten å legge forholdene til rette, helt eller delvis, for at arbeidsføre skal kunne skaffe seg inntekt ved eget arbeid.

pengar. Jeg har videre forutsatt at målet om å "forhindre utstøting" kan oppfattes som et sysselsettings-mål, dvs. et forsøk på gi arbeid også til yrkeshemmede. Dette målet skiller seg fra sparemålet fordi arbeidsplasser til yrkeshemmede på kort sikt vil måtte innebære samfunnsøkonomiske uttelling. Innledningsvis redegjorde jeg for hovedtypene av slike tiltak.

Med utgangspunkt i skillet mellom årsaks- og ansvarsforklaring har jeg fokusert på det jeg oppfatter som en av velferds-ideologiens funksjoner, nemlig ideologiens avgrensingsfunksjon. Jeg har forsøkt å vise at den statlige velferdsideologien, slik den kommer til uttrykk i medikaliserings- og utstøtingsmodellen, representerer en pragmatisk - i motsetning til en "utopisk" - tilnærming. Dvs. en tilnærming som nærmest forsøker å lese tiden på en "nøytral", samfunnsvitenskapelig måte.¹⁸³ Jeg forutsetter dermed at det har skjedd en endring i den statlige velferdsideologien hovedsakelig fordi "sparemålet" uttrykker en ny verdi sammenliknet med det jeg oppfatter som kjernen i 70-tallets statlige velferdsideologi. Sparemålet innebærer at retten til pengeytelser basert på sykdomssertifisering innskjerpes. "Spare-økonomiske" målsettinger var fraværende i sosialpolitiske dokumenter på 70-tallet, og assosieres vanligvis med velferdsteorier tuftet på liberalistiske ideer.

Imidlertid har mitt hovedpoeng vært å fokusere på mulige konsekvenser av reformen. Velferdsideologiens avgrensingsfunksjon vil i varierende grad være innebygget i alle sosialpolitiske tiltak, for å skille mellom legitime og illegitime krav om å leve på det offentlige. Jeg mener å ha vist at en slik funksjon kommer klarest til syne i dagens medikaliseringsmodell, fordi det er en sammenheng mellom den problembeskrivelsen modellen gir, og tiltak for å begrense adgangen til trygdeytelser. Tiltakene innebærer som nevnt et snevrere uførebegrep, men også at leger og klienter i større grad kontrolleres. Selv om utstøtingsmodellen idag har fått innslag av aktører som handler strategisk og rasjonelt, ligger det ikke avgrensende konsekvenser knyttet til tiltak som jeg har plassert under målet om å "forhindre utstøting".

Jeg har forsøkt å sannsynliggjøre, men ikke påvist, at reformen sett under ett kan få avgrensende konsekvenser. Dvs. at jeg har forsøkt å sannsynliggjøre at en ikke kan spare og omfordele de samme pengene. Imidlertid hviler reformen i utføringsarbeidet på at den totalt sett skal virke slik at langsiktige investeringer på utføring, skal virke slik at en får mer igjen på et senere tidspunkt for hver krone som investeres idag.

Dersom det å spare innebærer at mindre overføringer i neste omgang gir muligheter for å investere midlene i nye arbeidsplasser, vil det være mulig å innfri sysselsettingsmålet. Jeg oppfatter "Kleppe-utvalget" slik at strategien framover nettopp er å skape nye arbeidsplasser ved

¹⁸³ Lafferty op.cit.

hjelp av innsparte overføringer til bl.a. trygdesektoren.¹⁸⁴ Imidlertid nevnes ikke yrkeshemmet arbeidskraft i denne sammenheng. Inntrykket er heller at det er køen av ordinære arbeidssøkere som skal reduseres. Mitt mål har primært vært å sannsynliggjøre at dersom yrkeshemmede gis et tilbud i form av arbeid, så vil dette måtte undergrave reformens sparemål. Imidlertid kan det tenkes at attførte personer får et dårligere tilbud enn det de kom fra. I såfall vil dette kunne tilskrives reformens avgrensede konsekvenser.

Jeg har referert til det jeg oppfatter som en krise-beskrivelse som kommer til uttrykk i dagens politiske dokumenter, og tolker beskrivelsen slik at landet befinner seg i en finansieringskrise. Denne beskrivelsen kommer også klart til uttrykk i det såkalt "Kleppe-utvalgets innstilling". Slik jeg oppfatter denne innstillingen, er et av hovedproblemene at den totale verdiskaping i samfunnet er for lav sammenliknet med størrelsen på overføringene. En halv million personer i yrkesaktiv alder var i 1992 for kortere eller lengre tid ute av arbeid, og fikk sine inntekter fra folketrygden. Dette tilsvarer en fjerdedel av arbeidsstyrken.

Den beskrivelsen de politiske dokumentene gir av forholdet mellom samfunnets verdiskaping og størrelsen på overføringene, er urovekkende. Det vil være rimelig å gi sin tilslutning til målet om at innsparte midler som følge av et snevrere uførebegrep, benyttes til å investere i nye arbeidsplasser. Etter min oppfatning vil det jeg har skissert som et motsetningsforhold mellom sparemålet og sysselsettingsmålet, avhenge av hvordan de innsparte midlene virkelig benyttes i tida fremover. Det jeg har forsøkt å sannsynliggjøre, er at en "kostnadseffektiv" økonomi, vanligvis vil fordre effektive arbeidstakere. I konkurransen om arbeidsplassene vil ikke yrkeshemmet arbeidskraft tilfredstille kravene om effektivitet og produktivitet. De løsninger som tilbys yrkeshemmede, vil måtte kobles løs fra de effektivitetskrav som stilles i den ordinære produksjonen. Slike løsninger vil etter min oppfatning måtte undergrave sparemålsettingen.

St.meld.nr.39/1992 *Attføringsmeldingen* har vært en "varm potet" siden ble sluppet i april 1992. I dag, nøyaktig ett år etter, er alle tiltakene som skal oppfylle "sparemålet" vedtatt, og i ferd med å gjennomføres. Resten av satsingen er "lagt på is". Dette skyldes ikke politisk motvilje mot reformen, men bl.a. kompliserte spørsmål om hvilke prioriteringer som skal gjøres.¹⁸⁵

Det grunnleggende spørsmålet er derfor om reformens avgrensede konsekvenser, dvs. målet om å "motvirke medikalisering", får større gjennomslag enn målet om å "forhindre

¹⁸⁴ Jfr. *Sysselsettingsutvalgets innstilling*, 1993.

¹⁸⁵ Det har bl.a. stått strid om bemannings-opptrappingen. Det har vært antydning at arbeidsmarkedsetaten over flere år skal tilføres mellom 400-600 nye stillinger (jfr. *Attføringsforum nr.5/1992*).

utstøting". Jeg har ikke svart på dette spørsmålet, men forutsetter at dersom sysselsettingsmålet skal realiseres også for yrkeshemmede, så vil dette påvirke sparemålet. Jeg vil tro at sparemålet er viktig i dag, og at det vil være rimelig å anta at dersom hensynene til samfunnsøkonomien alene skal telle, så vil en naturlig følge være at de yrkeshemmede må finne en jobb *etter* at de friske og arbeidsføre har funnet sin plass i produksjonen.

Min hensikt har ikke vært å påvise at målene for reformen i attføringsarbeidet ikke kan realiseres, eller å svare på hvorvidt en langsiktig satsing på attføring vil gi kostnadsbesparelser som styrker velferdsstatens økonomiske basis. I oppsummeringen over har jeg forsøkt å vise at det empiriske materialet i for liten grad tillater meg å si noe om reformens konsekvenser.

2. Konklusjon

I det forrige kapitlet reiste jeg et spørsmål om hvorvidt økningen i sykelønns- og uføretallene kan forklares enten som et sykdomsproblem eller som et arbeidsmarkedsproblem, eller hvorvidt den mest dekkende forklaringen kan sies å være at det skjer en "medikalisering av utstøtingen". Jeg spør dermed om hvor relevant medikaliserings- og utstøtingsmodellene er som forklaring på økningen i bruk av sykelønn og uføretrygd. På grunnlag av det som er denne oppgavens empiriske underlag, de politiske dokumentene, vil jeg ikke kunne svare på et slikt spørsmål. Mitt utgangspunkt har som nevnt vært å beskrive et mulig dilemma som følge av at sparemålet og sysselsettingsmålet skal realiseres samtidig.

I oppgavens innledning hevdet jeg at to tendenser gjorde seg gjeldende samtidig på '70-tallet. Ved hjelp av medikaliserings- og utstøtingsmodellene ble sosiale hjelpebehov forklart slik at hoved-tendensen var et forsvar for klientenes sosiale rettigheter. Men en var samtidig skeptisk dersom konsekvensene ble økt medikalisering. Dette spenningsforholdet er fortsatt tilstede, men tendensen i dag er å legge hovedvekten på farene ved økt medikalisering, eller "sykdomsforklaring".

Denne forskyvningen uttrykkes som et perspektivskifte fra årsaks- til ansvarsforklaringer i sosialpolitikken. Det vil si at forklaringer på sosiale problemer i større grad flyttes inn i det moralske felt. Jeg har referert til dette som en krisebeskrivelse som oppfatter problemene som en "forventningskrise". Det er nærliggende å se oppfatningen om en forventningskrise som nært forbundet med forestillingen om en finansieringskrise i velferdsstaten. I forestillingen om en forventningskrise ligger det en oppfatning om at staten har vært for generøs, og skapt urealistiske forventninger i befolkningen. Idag opplever vi at samfunnets økonomiske overskudd avtar, og en konsekvens er at politikken i større grad dreier mot å bestemme hvem som ikke skal få nytte godt av tjenester, og om å si nei til alle de krav som måtte komme.¹⁸⁶

¹⁸⁶ Jfr. Løchen 1992:27-29.

Forestillingen om den "passive trygdelinja" som i dag settes opp mot den "aktive arbeidslinja", inngår i forestillingen om forventningskrisen. Antakelsen om den positive og aktive arbeidslinja har sine røtter i arbeidsetikken, og i forestillinger om at lønnsarbeidet er et ettertraktelsesverdig gode. Når folk flest lever og forholder seg til en slik etikk, vil det utvilsomt virke stigmatiserende at vite at en er avskåret fra å delta i slik virksomhet, samtidig som en får høre hvilket passivt og fordervelig liv en lever når en tilhører de som henter sitt livsopphold fra trygdelinja. Det er utvilsomt slik at et vidt sykdomsbegrep på sikt kan gi inntrykk av at en trygdeløsning er uungåelig. Men så lenge det er kamp om arbeidsplassene, vil et vidt uførebegrep være en alternativ løsning fordi stønadskravet er gitt en legitim begrunnelse.

Det kan synes som om den mest dekkende beskrivelse av de prosesser som både medikalisering og utstøtningmodellene representerer, ligger i uttrykket "medikalisert utstøtning". I dette ligger at det er en klar sammenheng mellom arbeidsmarkedsforhold og bruk av medisinske diagnoser for å legitimere utgang fra arbeidslivet. Dvs. at det er en klar sammenheng mellom økende arbeidsledighet og antall uførepensjonerte. Det har vært hevdet at økningen i uføretrygding langt på vei kan ses som en prosess der...

"...tendensen er at mer og mer blir oppfattet som uførhet, som i den grad det ikke lar seg behandle gir rettighet til trygdeytelser. Denne glidningen er ikke lett å oppfatte i et juridisk perspektiv, fordi den kamufleres i en glidning av innholdet i det rettighetgivende vilkår, den medisinske diagnose".¹⁸⁷

Det finnes neppe entydige svar på hva utviklingen i uføretallene skyldes. De diagnostiske begrunnelsene vil måtte ha sammenheng med flere forhold, både sysselsettingmessige, kulturelle og økonomiske forhold. Imidlertid synes uførebegrepet å være anvendelig som løsning på det jeg har karakterisert som motsetningsforholdet mellom sparemålet og sysselsettingsmålet.

Medikaliseringen av utstøtningen kan i ett henseende oppfattes som i overensstemmelse med et viktig formål for velferdspolitikken, nemlig å hindre at for raske sosiale endringer rammer det enkelte individ uforutsett. Imidlertid er et viktig spørsmål om dette gjøres best med medisinsk styrte trygder som det viktigste instrument. Men samtidig ville et uførebegrep som ikke var knyttet til medisinske diagnoser, stille de utstøtte i en svært vanskelig situasjon, fordi en slik løsriving ville fjerne legitimeringsgrunnlaget for de som får sitt livsopphold finansiert utenfor arbeidslivet.¹⁸⁸ Med utgangspunkt i dagens arbeidsmarked kan det synes som det er få

¹⁸⁷ Noreik, Grunfeld og Sundby, vedlegg nr.2, NOU 1990:17 s.183.

¹⁸⁸ Jfr. Midré 1990:193.

alternativer. Men satsing på atfføring kan være en vei å gå, forutsatt at det faktisk skjer en satsing i årene framover, det vil si at sysselsettingsmålet innfris.

LITTERATUR

- Album, D.: *På andre kjenner en selv seg - eller hvordan man lærer å bli infarktpasient.*
Tidsskrift for samfunnsforskning bd.26, 1985.
- Becker, H.: **Outsiders.** Free Press, New York, 1963.
- Bjørndal, A.: *Ta denne kalk fra oss; om nye regler for sykemelding.*
Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr.17, 112:2176-7, 1992.
- Brox, O.: **Praktisk samfunnsvitenskap.** Universitetsforlaget, Oslo, 1990.
- Colbjørnsen, T.: **Sysselsettingsproblemer: påtvunget eller selvvalgt?**
Universitetsforlaget, Oslo, 1982.
- Eriksen, T.B.: *Velferdspolitikken legitimitet og grense.* **Nytt Norsk Tidsskrift** nr.1, 1988.
- Friedman, M. & Friedman, R.: **Free to Choose. A Personal Statement.**
Penguin Books, New York, 1980.
- Gerhardsen, T.S.: *Attføring krever nytenking.* Kronikk i **Dagbladet** 29.okt. 1991.
- Gordon, G.: **Role Theory and Illness.** College and University Press, New Haven, 1966.
- Grund, J.: **Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling.** Tano, Oslo, 1991.
- Halvorsen, P.: *Sysselsettingsutvalget: vil bruke trygdepenger til sysselsettingstiltak.*
Sosial Trygd nr.9/1992.
- Halvorsen, K.: **Innføring i sosialpolitikk.** Tano, Oslo, 1990.
- Halvorsen, K.: *Er vi på vei mot 2/3-samfunnet? Arbeidsløshet, attføring eller trygd.*
I Kjønsstad (red.) **Attføring av attføringen.** Universitetsforlaget, Oslo, 1991.
- Hartvik, P.: *Sakkyndig uttalelse til kap. VI i delinnstilling fra Sykepengeutvalget.*
NOU 1990:23 Sykelønnsordningen.
- Hatland, A.: **Til dem som trenger det mest. Økonomisk behovsprøving i norsk sosialpolitikk.** Universitetsforlaget, Oslo, 1992.
- Hatland, A.: *Utviklingen i uførhetsbegrepet - belyst med eksempler fra Rikstrygdeverkets rundskriv.* Vedlegg nr.5, **NOU 1990:17 Uførepensjon.**
- Holme, I.M. & Solvang, N.K.: **Metodevalg og metodebruk.** Tano, Oslo, 1991.
- Hvinden, B.: *Bakerst i en lengre kø?* **INAS-rapport** 1989:3, Oslo.
- Illich, I.: **Medisinsk nemesis.** Gyldendal, Oslo, 1977.
- Johansen, L.: *Spillteori som grunnlag for samfunnsanalyse.*
I **Statsøkonomisk Tidsskrift**, årg. 88, s.89-110.
- Kjeldstadli, K.: **Fortida er ikke hva den engang var. En innføring i historiefaget.**
Universitetsforlaget, Oslo, 1992.
- Kjønsstad, A.: **Folketrygdens uførepensjon.** Universitetsforlaget, Oslo, 1988.
- Kuhnle, S. & Solheim, L.: **Velferdsstaten - vekst og omstilling.** Tano, Oslo, 1988.
- Lafferty, W.: *DNA's nye retning.* **Nytt Norsk Tidsskrift**, årg.4 nr.3, 1987.
- Leighton, D.: *Psychiatric disorder in a Swedish and Canadian Community.*
An exploratory study. **Social Science and Medicine**, vol.5/1971.
- Lysgaard, S.: **Arbeiderkollektivet.** Universitetsforlaget, Oslo, 1960.
- Lingås, L.G. et.al.: **Myten om velferdsstaten. Søkelys på norsk sosialpolitikk.**
Pax Forlag, Oslo, 1973.
- Løchen, Y.: **Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus.**
Universitetsforlaget, Tromsø-Oslo-Bergen, 1970.
- Løchen, Y.: *Velferdsstaten undergraver seg selv.*
Sosial Trygd nr.11/1992:27-29.

- Mastekaasa, A.: *Måling og modellering av sykefravær*.
 Institutt for samfunnsforskning, Universitetet i Oslo. **Arbeidsnotat** nr.3/1989.
- Merton, R.K.: **On Theoretical Sociology**. The Free Press, New York, 1967.
- Midrè, G.: **Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til folketrygden**. Universitetsforlaget, Oslo, 1990.
- Noreik, Grunfeld, B. & Sundby, P.: *Notat om uførepensjonsordningen*.
 Vedlegg nr.2, **NOU 1990:17 Uførepensjon**.
- Parsons, T.: **The Social System**. The Free Press, New York, 1968.
- Sainsbury, D.: *Functional hypotheses of party decline: The case of the Scandinavian social democratic parties*. **Scandinavian Political Studies** nr.6/1983.
- Seip, A.L.: **Om velferdsstatens framvekst**.
 Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø, 1984.
- Sundby, P.: *Den gjenstridige velferden - et økonomisk, politisk eller moralsk dilemma?*
 I Lingås, L.G. (red.): **Myten om velferdsstaten - 20 år etter**. Pax Forlag, Oslo, 1989.
- Ursin, H.: *Sakkyndig uttalelse om delinnstilling fra sykepengeutvalget avgitt 8.12.89, kapittel 6; sykdomsbegrepet og helsebegrepet*. Vedlegg nr.7,
NOU 1990:23 Sykelønnsordningen.
- Wadel, C.: *Profesjonalisering og klientisering. To komplementære prosesser i velferdsstaten? Paper om velferdsstatens framtid*. ISV, Universitetet i Tromsø, 1978.
- Willadsen, B.: *Prosesser og begreper omkring sykefravær*. Upublisert notat,
 Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, 1990.

Offentlige utredninger og meldinger:

- NOU 1976:58 *Attføringsarbeidet*.
- NOU 1980:32 *Statens attføringsinstitutter*.
- St.meld.nr.64 1982-83 *Om arbeid for yrkeshemmede*.
- NOU 1984:10 *Trygdefinansieringsutvalgets innstilling*
- NOU 1990:17 *Uførepensjon*.
- NOU 1990:23 *Sykelønnsordningen*.
- St.meld.nr.39 1992 *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon (Attføringsmeldingen)*. Sysselsettingsutvalgets innstilling (Kleppe-utvalgets innstilling).