

Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker

Sammendrag

Bakgrunn. Det formelle rettferdighetsprinsippet fortolkes ofte som et krav om at menneskers situasjon skal vurderes på en objektiv måte når det skal ytes sosial rettferdighet. Målet for denne artikkelen er å analysere om det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivetsbegrepet, som ligger implisitt som kriterier på objektivitet i folketrygdloven § 12-6, oppfyller det formelle rettferdighetsprinsippet når legen opptrer som sakkyndig i uførepensjonssaker.

Materiale og metode. Rettslige og medisinske tekster om den medisinske uførepensjonsvurderingen i Norge er blitt undersøkt ved hjelp av tekstanalyse.

Resultater. Det kunnskapsteoretiske objektivetsbegrepet fungerer som kriterium på objektivitet når det gjelder spørsmålet om søkeren skal ansees syk eller ikke. Dette kriterium oppfyller kravet til upartiskhet og formell rettferdighet. Det ontologiske objektivetsbegrepet fungerer som kriterium når den medisinske uførhet, dvs. årsakssammenhengen mellom sykdom, funksjonsnedsettelse og nedsatt inntektsevne, skal forklares. Denne bruken er problematisk fordi den forutsetter en lineær årsaksmodell. Mange tilfeller av uførhet kan imidlertid ikke forklares ved hjelp av en slik modell.

Fortolkning. Når uførhet skal vurderes, er ikke det ontologiske objektivetsbegrepet et nødvendig vilkår for den objektivitet som upartiskhet og formell rettferdighet krever. Begrepet kan i noen situasjoner fungere som et tilstrekkelig vilkår. Det kunnskapsteoretiske objektivetsbegrepet er et tilstrekkelig vilkår, men det er ikke noe nødvendig vilkår. I noen tilfeller må skjønn anvendes.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Hans Magnus Solli*

h.m.solli@samfunnsmed.uio.no
Fylkestyrygdekantoret i Telemark
Postboks 2861 Kjørbekk
3702 Skien
og
Nordiska hälsövårdshögskolan

* Nåværende adresse:
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Etter mønster fra Bismarcks sosialforsikringslover fra 1880-årene har uførhetsbegrepet en sentral normativ funksjon i vestlige industrisamfunns trygdeordninger (1). Et nødvendig vilkår for at den sakkyndige legen skal kunne utføre en rettferdig vurdering av personer med nedsatt inntektsevne, er at loven angir ett eller flere kriterier som oppfyller det formelle rettferdighetsprinsippet.

Målet med denne artikkelen er å presentere det formelle rettferdighetsprinsippet og analysere om to objektivetsbegreper som ligger implisitt som kriterier på objektivitet i folketrygdloven § 12 om uførepensjon, oppfyller dette prinsippet.

Materiale og metoder

Materialet for analysen består av følgende tekstutvalg:

- Folketrygdloven (2) med forarbeider/offentlige utredninger (3–9) og § 15 i helsepersonelloven (10)
- En kjennelse fra Trygderetten (11) med tilhørende medisinsk konsensusrapport (12)
- Etske regler for leger (13)
- Trygderettslig litteratur (14–16) og litteratur skrevet av leger (17–21)

Metoden er tekstanalyse med hjelp av begrepsanalyse og hermeneutikk (22). Sentrale begrepsdefinisjoner i tekstmaterialet analyseres ved å påvise de nødvendige og tilstrekkelige vilkår som må oppfylles for å definere begrepet (23–24, s. 410). Det er en hermeneutisk grunnerkjennelse at vi forstår noe i en ny situasjon på grunnlag av det vi allerede har forstått, dvs. førforståelse (25). Denne grunnerkjennelsen utnyttes her metodisk til å formulere et rammeverk av begreper som anvendes som analyseverktøy. Disse begrepene skal nå presenteres.

Rettferdighet

Ifølge rettferdighetsteori må både et formelt rettferdighetsprinsipp og ett eller flere materielle rettferdighetskriterier oppfylles for å realisere verdien rettferdighet. Det formelle rettferdighetsprinsippet sier at man bør behandle alle personer som oppfyller samme grunnleggende vilkår, likt (24, s. 473). Det tilskrives Aristoteles i denne formuleringen: «Like skal behandles likt, og ulike skal behandles ulikt» (26, s. 227). Denne doble formuleringen av det formelle rettferdighetsprinsippet sier ikke at alle alltid skal behandles likt. Den sier at når det foreligger relevant likhet, skal det foreligge lik behandling, og når det foreligger relevant ulikhet, er lik behandling feil (27). Dette prinsippet formuleres også som et krav om upartiskhet (24, s. 473, 28).

Det formelle rettferdighetsprinsippet gir oss ikke svar på hvilket vilkår som skal oppfylles for at f.eks. en fordeling av goder skal være rettferdig i praksis. Det er formelt, abstrakt og generelt. For at «vi skal velsignes med materiell rettferdighet», slik Ofstad skriver (28), må dette prinsippet kombineres med materielle rettferdighetskriterier. Sentrale rettferdighetskriterier i folketrygdloven kapittel 12 er nedsatt inntektsevne og sykdom, skade eller lyte, og disse presenteres i § 12-1 (2).

Objektivitet og subjektivitet

Et anerkjent middel til å oppfylle det formelle rettferdighetsprinsippet er å anvende rettferdighetskriteriene på en objektiv måte. Ordet objektivitet betyr bl.a. saklighet, upartiskhet og allmenngyldighet (29). To grunnleggende forskjellige objektivetsbegreper, sammen med to tilhørende subjektivetsbegreper, skal nå presiseres (ramme 1).

Ontologi er den filosofiske læren om det værende slik som det er, dvs. om de særegne og vesensnødvendige dragene ved det som er til (24, s. 414). Det ontologiske objektivetsbegrepet betegnes i denne artikkelen som o-objektivitet (30–32).

O-objektivitet er det tradisjonelle objektivetsbegrepet innen naturvitenskapelig medisin. Ifølge dette objektivetsbegrepet avsetter sykdom spor i det syke menneskets kropp, som eksisterer uavhengig av om de oppleves eller ei, og som kan påvises ved hjelp av medisinsk teknologi og måles kvantitativt. Slike spor betegnes gjerne som «objektive funn».

Det ontologiske subjektivitetsbegrepet betegnes her som o-subjektivitet (30, 31). Som all opplevelse er opplevelsen av f.eks. smerter helt avhengig av en bevissthet, og den eksisterer kun ontologisk subjektivt.

Ordet objektivitet har også en kunnskapsteoretisk betydning. Kunnskapsteori, betegnet også som erkjennelsesteori og epistemologi, er den filosofiske læren om kunnskapen (24, s. 148–50). Jeg forutsetter her en kritisk realistisk kunnskapsteori (24, s. 321). Innen kunnskapsteori markerer skillet mellom begrepene objektiv og subjektiv to forskjellige slags tankemessige ytelser.

For å referere til kunnskapsteoretisk objektivitet anvendes her betegnelsen k-objektivitet (30–33). Vi kan ha objektiv kunnskap også om det som er ontologisk subjektivt, f. eks. opplevelsen av kroniske smerter (30, 31). En opplevelse av slike smerter kan vurderes kunnskapsteoretisk objektivt på grunnlag av en «dynamisk modell der fysiologiske mekanismer, læring og kognitive forhold styrer opplevelsen av smerter og konsekvenser for funksjonshemming» (34).

Til slutt presiseres også det tilhørende kunnskapsteoretiske subjektivitetsbegrepet, som her betegnes som k-subjektivitet (30, 31). En erklæring som f.eks. består i at legen kun gjentar det en pasient sier om sine kroniske smerter, og hvor det ikke gjøres rede for kliniske undersøkelser og for hvordan legen vurderer pasientens utsagn, er kunnskapsteoretisk subjektivt.

! Ramme 1

To objektivitets- og to subjektivitetsbegreper

- Ontologisk objektivitet (o-objektivitet): Det som finnes konkret, som «ting», og som antas å finnes uavhengig av menneskelig bevissthet eller kunnskap, og som kan kvantifiseres og måles
- Ontologisk subjektivitet (o-subjektivitet): Det som kun eksisterer avhengig av bevisstheten
- Kunnskapsteoretisk objektivitet (k-objektivitet): En tankemessig ytelse preget av saklighet, upartiskhet, nøytralitet, nøyaktighet, intersubjektivitet og allmenngyldighet
- Kunnskapsteoretisk subjektivitet (k-subjektivitet): En tankemessig ytelse preget av usaklighet, partiskhet, unøyaktighet, vilkårlighet eller ren subjektivitet

Resultater av analysen

Evne som det sentrale trygdemedisinske begrep

Den overordnede hensikt med en trygdemedisinsk vurdering i uførepensjonssaker er å bidra til en objektiv vurdering av inntektsevnen (2). Slik Nordenfelt har foreslått, er oppfyllelse av tre vilkår nødvendige for at evnebegrepet skal brukes på riktig måte (35). Det må forutsettes:

- En aktør
- Et mål som aktøren har
- Omgivelser som aktøren handler i

Evnebegrepet omfatter forhold av ontologisk objektiv art, f.eks. kroppen forstått i lys av naturvitenskapelig medisin, eller de konkrete omgivelser som personen arbeider i. Men begrepet omfatter også forhold av ontologisk subjektiv art, f.eks. mål eller motiv for handling. Kunnskapen om inntektsevne er nødvendigvis kompleks, noe som erkjennes trygdemedisinsk (12, 19–21). Vi skal nå se hva tekstmaterialet sier om kriteriene på objektiv medisinsk sakkyndighet i slike spørsmål.

Objektivitetsbegrep i helsepersonellov, legeetikk og trygdemedisin

I helsepersonelloven og innen medisinsk etikk finner vi det formelle rettferdighetsprinsippet uttrykt i termer av k-objektivitet. I §15 i helsepersonelloven, som omhandler «krav til attester, legeerklæringer o l», heter det (10): «Den som utsteder attest, legeerklæring o l skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o l skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet.[...]» I etiske regler for leger heter det i § 4 i del IV (13): «En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies.»

Innen trygdemedisinen er bildet mer blandet. I *Legens attesthåndbok* fra 1983 heter det at «en legeerklæring bør i størst mulig grad gi uttrykk for de objektivt registrerbare medisinske fakta» (17, s. 12). Her fremheves o-objektivitet som det prioriterte objektivitetsbegrepet. *Trygdemedisinsk håndbok* fra 1994 inneholder ikke noe om at det primært skal gjøres rede for «objektive funn». De anbefalinger som her gis, for eksempel anbefalingen om å begrunne de råd som gis, må sees som råd for å styrke erklæringens k-objektivitet (18, s. 18).

Folketrygdlovens uførhetsbegrep

For å komme videre med spørsmålet om kriteriene på objektiv medisinsk sakkyndighet, skal vi nå analysere folketrygdlovens uførhetsbegrep. Det defineres ved fire nødvendige vilkår (ramme 2) (2, 6, 14–16).

Legen skal vurdere de tre første vilkårene. Det tredje vilkåret er det mest sentrale

! Hovedbudskap

- «Objektivitet» har to grunnbetydninger: det ontologiske objektivitetsbegrepet (objektive funn) og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet (saklighet, upartiskhet og allmenngyldighet)
- Ved sakkyndig vurdering av «ubestemte» helseplager og uførhet fungerer ikke det ontologiske objektivitetsbegrepet som middel til å oppnå upartiskhet og formell rettferdighet
- Sakkyndighet ved «ubestemte» helseplager bør baseres på kunnskapsteoretisk objektivitet, f.eks. ved hjelp av vitenskapelige modeller
- Ved uførhet, hvor det verken finnes objektive funn eller utviklede vitenskapelige modeller, må sakkyndighet baseres på skjønn

og betegnes også som medisinsk uførhet (3, 6 s. 41–42). Legen skal i henhold til dette vilkåret vurdere pasientens inntektsevne, men uten å fastslå dens størrelse. Legen skal videre vurdere årsakssammenhengen mellom sykdom og nedsatt inntektsevne. Vi skal nå påvise lovttekstens implisitte kriterier på objektivitet.

Kunnskapsteoretisk objektivitet som kriterium på objektivitet

§ 12-6 presiserer to vilkår for det sykdomsbegrep som kvalifiserer for uførepensjon:

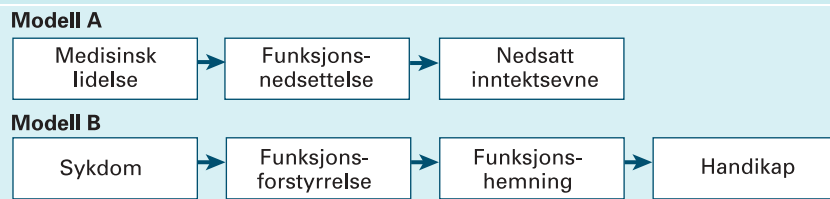
- Det skal være vitenskapelig basert
- Det skal være alminnelig anerkjent i medisinsk praksis

I disse vilkårene ligger det ikke noe nødvendig krav om at sykdom skal påvises i ontologisk objektiv betydning, med henvisning til «objektive funn». Sykdom i ontologisk subjektiv forstand ble i 1995 prinsipielt akseptert etter Trygderettens «fibromyalgikjennelse» (5, 11, 12). Vurdering av slik sykdom forutsetter bruk av K-objektivitet som kriterium på objektivitet.

Ontologisk objektivitet som kriterium på objektivitet

§ 12-6 formulerer også vilkåret om medisinsk uførhet slik: «Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.» Denne formuleringen vil jeg nå utlegge som en lineær årsaksmodell for medisinsk uførhet, (modell A, figur 1). Denne modellen skal sammenliknes med WHOs modell for relasjonen mellom sykdom og de funksjonelle

Figur 1



To lineære årsaksmodeller. Modell A er en modell for medisinsk uførhet, implisitt i folketrygdloven § 12-6. Modell B er WHO's modell for relasjonen mellom sykdom og de funksjonelle konsekvensene av sykdom, ICDH, fra 1980 (36). I oversettelsen til norsk er daværende Helse- direktoratets termer fra 1991 benyttet (37)

konsekvensene av sykdom fra 1980, ICDH (modell B, figur 1) (36, 37).

Begge disse modellene er grunnet på en antakelse om at det foreligger en kausal kjede av patologiske forhold i følgende orden: medisinsk lidelse (modell A) eller sykdom (modell B) forårsaker funksjonsnedsettelse (modell A) eller funksjonsforstyrrelse (modell B) (impairment), som videre forårsaker nedsatt inntektsevne (modell A) eller funksjonshemming (modell B) (disability). (Ordet handikap tenderer til å gå ut av språkbruk i Norge og termen funksjonshemming ansees fyllestgjørende (9).) Pilene angir årsaksrelasjoner som i begge modellene går kun en vei. De er begge lineære årsaksmodeller.

En lineær årsaksmodell refererer til de fysiologiske kausalkjedene som står sentralt i tradisjonell naturvitenskapelig medisin. De årsaksbegreper, basert på denne årsaksmodellen, som ble innført i folketrygdloven fra 1991 til 1995 er knyttet til ontologisk objektive forhold (3–5). O-objektivitet anvendes her som kriterium på objektivitet når det gjelder medisinsk uførhet.

! Ramme 2

Vilkår for begrepet uførhet med terminologien i folketrygdloven kapittel 12. Termen arbeidsevne, som betyr evne til arbeid i hjemmet (5), er ekskludert

1. Et behandlings- og attføringsvilkår: Hensiktsmessig behandling og attføring skal ha vært gjennomgått (§ 12-5)
2. Et sykdomsvilkår: Det skal foreligge sykdom, skade eller lyte (§ 12-6)
3. Et årsaksvilkår (medisinsk uførhet): Det skal foreligge en årsaksrelasjon mellom nedsatt inntektsevne og sykdom, skade eller lyte (§ 12-6)
4. Et inntektsvilkår: Det skal foreligge nedsatt inntektsevne med minst halvparten (§ 12-7)

Refleksjoner om objektivitetsbegreper og formell rettferdighet

Vi skal nå reflektere over om de to objektivitetsbegrepene som loven anvender kan fungere som nødvendige og/eller tilstrekkelige vilkår for en upartisk og formelt rettferdig vurdering av personers inntektsevne. Vi har funnet at o-objektivitet anvendes som kriterium på objektivitet når det gjelder medisinsk uførhet. Det finnes som kjent en rekke plagsomme tilstander som gir betydelig nedsatt inntektsevne, for eksempel kroniske smerter, uten at biomedisinske undersøkelser gir noen klare funn eller rimelig årsaksforklaring (7, 8, 21, 34, 38). Et sentralt problem ved slike tilstander er at ontologisk objektiv funksjonsnedsettelse ikke kan påvises. Når dette ikke kan påvises, kan lovens lineære årsaksmodell for medisinsk uførhet heller ikke anvendes.

Når det ved andre tilstander foreligger en ontologisk objektiv påvisbar funksjonsnedsettelse, er det fortsatt ofte vanskelig å avgjøre denne funksjonsnedsettelsens kausale relasjoner til inntektsevne. Som vi har sett, omfatter evnebegrepet også vesentlige subjektive forhold som personens mål og motivasjon. Kravet om å påvise en hovedårsakssammenheng mellom funksjonsnedsettelse og nedsatt inntektsevne blir dermed faglig sett meget vanskelig å innfri. Det finnes heller ingen relevant trykdemedisinsk litteratur som kan hjelpe legen med å gjøre denne vurderingen faglig forsvarlig. Når legen skal forsøke å vurdere sammenhengen mellom sykdom og inntektsevne med o-objektivitet som kriterium, blir det paradoksale resultat av disse forhold at vurderingen i stedet ofte blir vilkårlig, dvs. preget av k-subjektivitet.

Vi ser at med o-objektivitet som kriterium, blir like tilfeller av nedsatt inntektsevne vurdert ulikt avhengig av om lineære kausale sammenhenger lar seg spore eller ikke. Det kan dermed konkluderes med at når det gjelder den medisinske uførhet kan ikke o-objektivitet fungere som et nødvendig vilkår for upartiskhet og formell rettferdighet.

Kan o-objektivitet fungere som et tilstrekkelig vilkår ved medisinsk uførhet? La oss ta

et eksempel. En frisk person i fullt arbeid kjører av veien, brekker nakken, blir kvadriplegisk og kommer seg ikke i arbeid igjen. Her kan den kausale sammenhengen mellom skaden, funksjonsnedsettelsen og den nedsatte inntektsevnen sees på som noe som utspiller seg ontologisk objektivt. Det er lett å forstå at denne skaden har stor betydning for inntektsevnen. Dette eksemplet viser at o-objektivitet i noen situasjoner kan fungere som tilstrekkelig vilkår. Det er imidlertid kjent at et menneske med store skader også kan greie å komme i arbeid igjen med sosial støtte, motivasjon og innsats. Slike erfaringer viser at dette vilkår må anvendes med omtanke. O-objektivitet som tilstrekkelig kriterium må ansees som situasjonsavhengig.

Når det gjelder k-objektivitet som vilkår for upartiskhet og formell rettferdighet, forutsetter anvendelse av dette kriterium at det er utviklet kunnskap, f.eks. vitenskapelige modeller, om det materielle rettferdighetskriterium som er valgt. Vi har funnet at loven anvender dette objektivitetskriterium når sykdom skal vurderes. Dette kriterium er tilstrekkelig for å sikre at like syke mennesker vurderes likt, uavhengig av om det kan påvises «objektive funn» eller ikke, og oppfyller det formelle rettferdighetsprinsippet. K-objektivitet må prinsipielt også ansees som tilstrekkelig vilkår for å oppfylle det formelle rettferdighetsprinsippet ved vurdering av medisinsk uførhet eller nedsatt inntektsevne. I Norge har vi imidlertid kommet kort når det gjelder kunnskap om disse temaene.

Kan k-objektivitet ansees som et nødvendig vilkår for upartiskhet og formell rettferdighet? Sykdom og inntektsevne er komplekse fenomener. Det kan prinsipielt ikke forventes at det skal finnes kunnskap til å kunne vurdere alle situasjoner av sykdom eller nedsatt inntektsevne på en kunnskapsteoretisk objektiv måte. Av denne grunn kan ikke k-objektivitet ansees som nødvendig vilkår for upartiskhet og formell rettferdighet.

Vi ser at noen tilfeller verken kan vurderes på grunnlag av o-objektivitet eller av k-objektivitet. Skjønn (eller dømmekraft) må anvendes i slike tilfeller. Dersom dette skjønn er kunnskapsmessig fundert, basert på erfaring og følger en metode, må det sies å være et tilstrekkelig vilkår for å oppfylle det formelle rettferdighetsprinsippet. Metoden kan bestå i å løse nye tilfeller og situasjoner i lys av tidligere saker, og betegnes som kasuistikk. Dette er en metode som er kjent i medisinsk etikk (26, s. 391–7).

Konklusjon

Folketrygdloven kapittel 12 anvender implisitt et kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep som kriterium på objektivitet når sykdom skal vurderes og et ontologisk objektivitetsbegrep når medisinsk uførhet skal vurderes. Ved vurdering av medisinsk

uførhet kan ikke det ontologiske objektivitetsbegrepet fungere som et nødvendig vilkår for den objektivitet som upartiskhet og formell rettferdighet krever. Begrepet kan imidlertid i noen situasjoner fungere som et tilstrekkelig vilkår. Kunnskapsteoretisk objektivitet må ansees som et tilstrekkelig vilkår, men begrepet kan ikke ansees som et nødvendig vilkår. Noen tilfeller av uførhet kan verken vurderes på grunnlag av ontologisk eller på kunnskapsteoretisk objektivitet, og må derfor vurderes skjønnsmessig.

Jeg takker António Barbosa da Silva, Reidar K. Lie, Anneli Sarvimäki og Dag Bruusgaard for verdifulle kommentarer. Videre takkes Aslak Syse for nyttige juridiske avklaringer og Harald Grimen for et viktig filosofisk spørsmål. Takk også til Bjørgulf Claussen, Per Fløystad og Harald Reiso som har kommentert manuskriptutkast og til Pål Hartvig og fagfolk ved Fylkestrygdekantoret i Telemark som har vært interesserte diskusjonspartnere.

Analysen er støttet av bevilgninger fra Legeforeningens Kvalitetssikringsfond I og fra Sosialdepartementet.

Fylkestrygdekantoret i Telemark står ikke nødvendigvis inne for innholdet i artikkelen.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Stone DA. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press, 1984.
2. Lov om folketrygd. Kapittel 12. Uførepensjon. www.lovdatab.no (29.10.2002).
3. Ot.prp. nr. 62 (1990–91). Om midlertidig lov om kompensasjonstillegg til ytelser fra folketrygden og om lov om endringer i lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.
4. Forskrift om hvilke krav som skal stilles til sykdom, skade eller lyte og den nedsatte ervervs-evne som vilkår for rett til uførepensjon. Fastsatt 26. september 1991. Oslo: Sosialdepartementet, 1991.
5. Ot.prp. nr. 42 (1994–95). Om lov om endringer i lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjonen).
6. Norges offentlige utredninger. Folketrygdens uførebegrep. NOU 1977: 14. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.
7. Norges offentlige utredninger. Uførepensjon. NOU 1990: 17. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1990: 87–94.
8. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, 1999: 213–6.
10. Lov om helsepersonell m.v. Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse. www.lovdatab.no (29.10.2002).
13. Ethiske regler for leger. www.legeforeningen.no/index.db?id=485 (29.10.2002).
22. Barbosa da Silva A. Analys av texter. I: Svensson P-E, Starrin B, red. Kvalitative studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur, 1996: 169–206.
24. Lübcke P, red. Filosofileksikon. Oslo: Zafari forlag, 1996.
26. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5. utg. Oxford: Oxford University Press, 2001.
31. Searle J. Mind, language and society. Philosophy in the real world. London: Phoenix, 1999: 44–5.
34. Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.
35. Nordenfelt L. On the notions of disability and handicap. Scand J Soc Welfare 1993; 2: 17–24.
36. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Genève: WHO, 1980.