

Biomedisinsk sykdomsmodell og rettferdig fordeling av uførepensjon

Sammendrag

Bakgrunn. Som sakkyndig i uførepensjonssaker legger legen viktige premisser for økonomisk fordeling i samfunnet. Målet med artikkelen er å analysere hvordan legen forutsettes å skulle bedømme en uførepensjonssøker objektivt i lys av folketrygdlovens innholdsbestemte kriterier for rettferdig fordeling.

Materiale og metode. Skjemaet Legeerklæring ved arbeidsuførhet og sentrale tekster er undersøkt med tekstanalyse.

Resultater. Folketrygdlovens innholdsbestemte rettferdighetskriterier, behovs-, likhets- og prestasjonskriteriet, påvises implisitt i skjemaet. Søkerens situasjon skal vurderes i lys av disse kriteriene ved hjelp av den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen. Det sentrale kriteriet på objektivitet er dermed det ontologiske objektivitetsbegrepet, dvs. det som foreligger av «objektive funn». Analysen viser at en beskrivelse og vurdering av søkerens situasjon tenderer til å bli vilkårlig, utilstrekkelig og unøyaktig.

Fortolkning. Det er et problem at likhetskriteriet forstått som lik rett til de samme faktiske muligheter for deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert, blir lite ivaretatt ved en vurdering basert på den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen. Trygdens og medisinske sykdomsmodeller bør samordnes mer. Dessuten bør det legges mer vekt på upartiske, nyanseerte og nøyaktige vurderinger i henhold til et kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep. Slik kan uførepensjonssøkerens individuelle behov bedre klarlegges.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Hans Magnus Solli

h.m.solli@medisin.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0318 Oslo
 og
 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

António Barbosa da Silva

Institutt for helsefag
 Universitetet i Stavanger

Reidar K. Lie

Filosofisk institutt
 Universitetet i Bergen

Dag Bruusgaard

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo

Som sakkyndig i uførepensjonssaker legger legen viktige premisser for velferdsstatens økonomiske fordeling. Vi analyserer derfor den medisinske sakkyndighetsoppgaven i lys av teori om rettferdig fordeling. I en tidligere artikkel påviste vi at to forskjellige objektivitetsbegreper ligger implisitt i folketrygdloven kapittel 12 om uførepensjon (1). Det ene, det ontologiske objektivitetsbegrepet, blir definert som det som finnes konkret og som antas å finnes uavhengig av den menneskelige bevissthet eller kunnskap, og som kan kvantifiseres og måles. Når en legeerklæring beskriver «objektive funn», beskrives kroppslige forandringer eller avvik som er objektive i ontologisk objektiv forstand. Det andre, det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet, ble definert som en tankemessig ytelse som er preget av upartiskhet, saklighet, nøyaktighet, nøytralitet, intersubjektivitet og allmenngyldighet. Når en legeerklæring beskriver en tilstand, f.eks. kroniske smerter, på en upartisk, nøyaktig og faglig tilfredsstillende måte, er beskrivelsen objektiv i kunnskapsteoretisk forstand. Vi påviste også at det ontologiske objektivitetsbegrepet har en privilegert status i lovens kapittel om uførepensjon. I et rettferdighetsperspektiv er denne privilegerte status problematisk, fordi mange tilfeller av uførhet ikke kan forklares med henvisning til dette objektivitetsbegrepet (1).

Målet med denne artikkelen er å analysere noen nødvendige vilkår for at en objektiv, medisinsk vurdering av en person som søker uførepensjon skal kunne sies å være rettferdig. For å nå dette målet skal først

folketrygdlovens innholdsbestemte kriterier for rettferdig fordeling beskrives. Deretter skal disse rettferdighetskriteriene analyseres i det anvendte legeerklæringsskjema. Vi skal så analysere hvordan uførepensjonssøkeren beskrives og vurderes når disse rettferdighetskriteriene kombineres med de to påviste objektivitetsbegrepene.

Materiale og metoder

Materialet for analysen består av følgende tekstutvalg:

- Lov om folketrygd (2)
- Relevante offentlige utredninger (3, 4) og stortingsmeldinger (5, 6)
- En medisinsk konsensusrapport til Trygderetten (7)
- Rikstrygdeverkets Legeerklæring ved arbeidsuførhet (8)

Vi har analysert tekst ved hjelp av begrepsanalyse og hermeneutikk. Ut fra den hermeneutiske grunerkjennelse at vi forstår noe i en ny situasjon på grunnlag av det vi allerede har forstått, anvendes rettferdighetsteori som analyseverktøy (1). Ifølge denne teorien må man oppfylle både et formelt rettferdighetsprinsipp og ett eller flere innholdsbestemte, eller materielle, kriterier på samme tid for å realisere verdien rettferdighet. Det formelle rettferdighetsprinsippet formuleres også som et krav om upartiskhet. Det kan uttrykkes som et krav om objektivitet. En rekke kriterier for rettferdig fordeling er i bruk (9).

Innholdsbestemte kriterier

I folketrygdlovens formålsparagraf 1-1 finner vi tre innholdsbestemte kriterier for rett-



Hovedbudskap

- Folketrygdlovens rettferdighetskriterier behov, likhet og prestasjon påvises implisitt i skjemaet Legeerklæring ved arbeidsuførhet
- Legeerklæringsskjemaet legger premisser for en unøyaktig og utilstrekkelig vurdering av uførepensjonssøkeren, særlig av søkerens behov
- Forbedringer bør baseres på likhetskriteriet forstått som lik rett til de samme faktiske muligheter for livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert

Ramme 1

Folketrygdens formål ifølge folketrygdloven paragraf 1-1:

- **Behovskriteriet:** Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.
- **Likhetskriteriet:** Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår i den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer.
- **Prestasjonskriteriet:** Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig.

ferdig fordeling: behovs-, likhets- og prestasjonskriteriet (2) (ramme 1).

Behovskriteriet

Vi definerer fundamentalt behov som en tilstand av mangel på noe som er nødvendig for menneskets liv og helse (9). Dette nødvendige kan være av kroppslig, sosialt, psykologisk og/eller eksistensielt/åndelig slag. Denne mangeltilstanden må oppheves for at mennesket ikke skal dø, bli skadet av den eller mistrives. Å fordele noe rettferdig etter behovskriteriet vil si at mennesker bør få hjelp for sine fundamentale behov og at mennesker med like fundamentale behov bør få lik hjelp. Det behov som folketrygdloven skal dekke ifølge § 1-1 er behovet for økonomisk trygghet ved først og fremst å sikre inntekt (ramme 1). Uførepensjonskapitlets formålsparagraf 12-1 presiserer at sykdom, skade eller lyte skal være årsak til søkerens varig nedsatte inntektsevne (eller arbeidsevne for husmødre) for at inntekten skal sikres. Når vi her anvender den vide definisjon av fundamentalt behov, betyr dette at vi mener at trygden ved arbeidsuførhet også bør tilfredsstillende noen behov som går utover ren inntektssikring. Behov som nødvendigvis må oppfylles for å kunne delta i arbeidslivet, bør også tilfredsstillende dersom det er mulig.

Likhetskriteriet

Likhetskriteriet er basert på menneskeverdsprinsippet, som hevder at alle mennesker har likt menneskeverd. Dette kriteriet forutsetter et humanistisk menneskesyn, hvor mennesket betraktes som rasjonelt og som fri aktør. Alle bør derfor behandles likt med hensyn til menneskeverd (10). Likhetskriteriet bør derfor fortolkes som lik rett til de samme faktiske muligheter for livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert (4). Likhetskriteriet er også

blitt fortolket på to andre måter som er relevante her. Den ene måten er å ta utgangspunkt i at alle mennesker prinsipielt sett er anatomisk/fysiologisk like. Dette betegner vi som det anatomisk/fysiologiske likhetskriterium. Den andre måten er å ta utgangspunkt i at alle mennesker trenger samme del eller mengde av de samme goder. Dette betegner vi som det egalitære likhetskriteriet. I tråd med dette kriteriet sikter folketrygdens formålsparagraf mot en viss utjevning av inntekt og levekår (ramme 1).

Prestasjonskriteriet

Med prestasjon som rettferdighetskriterium menes at mennesker skal få etter hva de i en eller annen forstand har ytt eller kan yte. Prestasjonskriteriet presiseres i § 1-1 som *hjelp til selvhjelp* (ramme 1). Dette kriteriet fortolker vi som sammensatt av to kriterier (5). Det ene betegner vi selvhjelpskriteriet. Det skal lønne seg å arbeide og greie seg selv. De som har ytt mer, bør få mer av samfunnets goder enn de som har ytt mindre. Slik begrunnes en tilleggspensjon til uførepensjonens grunnpensjon. Vi skal ikke her analysere dette kriteriet nærmere.

Det andre kriteriet betegner vi attføringskriteriet, fordi en viktig «hjelp» til selvhjelp består i tilbud om attføring for å forbedre inntektsevnen. Tilbudet er knyttet til et krav om å utføre en innsats for å bli attført (5, 11). Attføringskriteriet impliserer både krav og hjelp og er slik sett tvetydig. Ifølge dette kriteriet teller det først og fremst hvor mye, på hvilken måte eller med hvilken innsats trygdens medlem har forsøkt attføring (jf. folketrygdloven § 12-5) (2). Dette kriteriet skal vi analysere videre nedenfor.

Rettferdighetskriteriene i skjemaet

Legeerklærings-skjemaet er et viktig hjelpemiddel for både legen og trygdekontoret i den praktiske vurdering av en uførepensjonssøker (8). Vi skal nå gjøre eksplisitt skjemaets implisitte rettferdighetskriterier og analysere disse. Vi undersøker ikke her hva legene skriver i skjemaet.

Behovskriteriet

Avklaring av uførepensjonssøkeren i relasjon til behovskriteriet utgjør størstedelen av skjemaet. Skjemaet betegner søkeren som pasient (rubrikk 1), legen skal gi diagnose og sykdomsopplysninger (rubrikk 2) og beskrive en plan for medisinsk utredning og behandling (rubrikk 3). Strukturen i skjemaet forutsetter at søkeren er en pasient, dvs. en person som er syk og/eller under legebehandling. Skjemaet gir ikke legen eksplisitt det alternativ å argumentere for at personen skal anses som syk.

For å bidra ytterligere til en avklaring av søkerens situasjon i forhold til behovskriteriet, skal legen ifølge skjemaet foreta en medisinsk funksjonsvurdering, dvs. vurdere hvordan sykdom har redusert søkerens funk-

sjons- og arbeidsevne (rubrikk 5). Legen skal her gjøre rede for «hvordan funksjons-evnen generelt er nedsatt på grunn av sykdom» (rubrikk 5.1). Legen skal videre kort beskrive «type arbeid og hvilke krav som stilles» (rubrikk 5.2). På dette grunnlag skal legen vurdere arbeidsevnen (rubrikk 5.3). Vurderingens resultat skal legges frem ved å krysse av i rubrikker med kun to alternativer. Spørsmålet om pasienten vil kunne gjenoppta det tidligere arbeid skal besvares ved å krysse av enten i en «nei»- eller «ja»-rubrikk. Hvis svaret er ja, skal legen svare på om dette ja gjelder nå eller etter «behandling/tiltak». Hvis svaret er nei, skal legen krysse av på samme måte på spørsmålet om pasienten kan ta annet arbeid. Hvis svaret er nei i begge disse rubrikkene, er søkeren dermed erklært å ha en betydelig nedsatt arbeidsevne. Vi kan konstatere følgende om strukturen i rubrikk 5.3: Vurderingene skal legges frem uten rom for tvil eller argumentasjon. Den viktige konklusjonen om at søkeren har en betydelig nedsatt arbeidsevne dras implisitt, ikke eksplisitt, og uten forklaring eller begrunnelse.

Prognostiske spørsmål vedrørende sykdommen (skaden eller lytet), funksjonsnedsettelsen og arbeidsevnen tas så opp på slutten av skjemaet (rubrikk 6). Legen skal også belyse om funksjonsnedsettelsen kan anses som hovedårsak til den nedsatte inntektsevnen (rubrikk 7) (§ 12-6). Vi har tidligere analysert de prinsipielle vanskelighetene med å redegjøre for dette spørsmålet (1).

Det er et påfallende trekk ved skjemaet at legen ikke skal gjøre rede for relevante aspekter ved pasientens omgivelsesmessige og sosiale situasjon. Med unntak av spørsmålet om arbeidsforhold spørres det kun etter medisinske forhold innen individet. Legen blir ikke bedt om å gjøre rede for søkerens eksistensielle opplevelse av sin situasjon eller livsplan på kort eller lang sikt. Vi vil forklare denne mangelen på pasientperspektiv på følgende måte: Det kan identifiseres to forskjellige syn på sykdom i medisins historie. Ifølge det ene synet er sykdommen i sin helhet lokalisert i kroppen og kan følgelig påvises ontologisk objektivt. Sykdom anses som verdinøytralt (7, 12). Det var dette synet som dominerte innen medisinen på slutten av det 19. århundret, og modellen betegnes her som den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen. Ifølge det andre synet er sykdom å anse som en ubalanse innen organismen, og mellom organismen og omgivelsene. Et slikt syn impliserer verdier: allerede ordet ubalanse er verdi-ladet. Dette er et fysiologisk eller økologisk syn på sykdom (7, 12). Det vil si, er et skjemaet bruker den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen slik den var utformet da sosialforsikringen ble etablert i Tyskland på 1880-tallet. Denne modellen impliserer et atomistisk menneskesyn (13). Det vil si at det enkelte individ ses som tilstrekkelig i seg

selv, ikke som en person med relasjoner til andre mennesker og til samfunnet og i interaksjon med sitt miljø. Et atomistisk syn på uførepensjonssøkeren trer tydelig frem i skjemaet.

Likhetskriteriet

Legen skal foreta en beskrivelse og vurdering av enhver søker ved hjelp av den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen. Her anvendes det anatomiske/fysiologiske likhetskriteriet.

Attføringskriteriet

Legen skal foreslå «tiltak utover medisinsk behandling», f.eks. yrkesrettet attføring (rubrikk 4). I rubrikken er attføringskriteriet forstått som et krav. I rubrikk 5.4 finnes spørsmål som rommer attføringskriteriet forstått som hjelp. Det spørres her om hva pasienten ikke kan gjøre i det nåværende arbeidet, og hvilke andre hensyn som eventuelt må tas ved valg av annet yrke/arbeid. Attføring/rehabilitering forutsetter egne formulerte individuelle mål (6). Skjemaet spør ikke etter disse.

Objektiv vurdering

Legeerklæring ved arbeidsuførhet har altså som implisitt forutsetning at uførepensjonssøkerens situasjon i relasjon til rettferdighetskriteriene skal vurderes ved hjelp av den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen. Denne sykdomsmodellen har ontologisk objektivitet som sitt kriterium på objektivitet, eller med andre ord «objektive funn» (1). Disse forhold kan gi problematiske konsekvenser når søkeren skal beskrives og vurderes.

Objektiv vurdering av behov

Når det gjelder objektiv vurdering av behov, er det to problemer. For det første er funksjonshemming og redusert inntektsevne påvist å være relasjonelle begreper, og står i *motsetning* til et atomistisk menneskesyn. Begrepene kan sies å omfatte relasjonen mellom individets ressurser og omgivelsenes/arbeidslivets krav (4, 14). Arbeidsstedets utforming og de mellommenneskelige relasjoner har dermed stor betydning for individets inntektsevne. Skjemaet legger ikke premisser for en mer inngående vurdering av f.eks. praktisk og organisatorisk tilrettelegging.

For det andre kan særlig personer med lidelser uten objektive funn stå i fare for å få sin tilstand og sine behov beskrevet på en overfladisk måte. Forskning har vist at plager som smerter, verk, angst og nedstemthet henger sammen med de levekår og den sosiale og eksistensielle situasjon som personen lever i. Krenkelser tidligere i livet kan ha blitt skrevet inn i kroppen på måter som er vanskelig å forklare, men som likevel kan medføre store konsekvenser for funksjons- og arbeidsevne (15). Med den klassiske biomedisinske modellen som

basis kan ikke disse sammenhengene, og heller ikke de behov pasienten trenger å få tilfredsstilt, avklares. Kliniske beskrivelser av pasientens opplevelser forutsetter at legen både anerkjenner disse som betydningsfulle og har et kunnskapsgrunnlag å beskrive dem ut fra. Ingen av disse forutsetningene kan oppfylles med bruk av den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen i trygdemedisinsk praksis. Denne modellen ble utformet på grunnlag av utforskningen av infeksjonssykdommer, ikke kroniske smertetilstander.

Objektiv vurdering av likhet

Menneskeverdsprinsippet krever at mennesker vurderes primært likt etter deres likeverdighet, men også forskjellig etter deres spesielle behov. Mennesker har med andre ord dels like behov, dels forskjellige behov. Dersom vi forstår likhetskriteriet som lik rett til de samme faktiske muligheter for livsutfoldelse og deltakelse i samfunnet, arbeidslivet inkludert, vet vi at de behovene som skal oppfylles for å få dette til kan være svært forskjellige. Likhetskriteriet slik vi forstår det får som konsekvens at den enkeltes ev. mer spesielle behov også må klarlegges og om mulig tilfredsstilles. Det er slik mennesker kan vurderes med lik respekt og ha like grunnleggende rettigheter. Vi kjenner igjen dette som anerkjennelse av særpremisser for kvinner i noen situasjoner og tilpassede løsninger for mennesker med funksjonsnedsettelse (3, 4). Hensynet til likhet forsterker nødvendigheten av en nyansert og nøyaktig beskrivelse og vurdering av søkerens behov slik vi konkluderte i avsnittet ovenfor. Det anatomiske/fysiologiske likhetskriteriet er utilstrekkelig som grunnlag for slike beskrivelser og vurderinger.

Objektiv vurdering av attføring

I skjemaet skal legen krysse av for hvilke attføringstiltak som er aktuelle, ev. med tilføyelse av en kort kommentar. Skjemaet spør ikke etter målene for attføringen/rehabiliteringen. Selv om det i en viss grad her appelleres til legens attføringskyndighet, legges det opp til en utilstrekkelig og unøyaktig vurdering.

Avslutning

Skjemaet Legeerklæring ved arbeidsuførhet legger premisser for at legen skal beskrive en uførepensjonssøkers situasjon ved å kombinere behovs-, likhets- og attføringskriteriene med den klassiske biomedisinske sykdomsmodellens ontologiske objektivitetskriterium. Det positive ved dette kriteriet er at det er reliabelt og innarbeidet. Det problematiske er dets validitet mht. redusert arbeidsevne og konsekvenser for den trygdemedisinske sakyndighets kvalitet. Validitetsproblemet består særlig i at beskrivelsene og vurderingene av behov lett blir overfladiske, unøyaktige og utilstrekkelige. Dersom legen kun

svarer på skjemaets spørsmål, får ikke uførepensjonssøkeren sin omgivelsesmessige og sosiale sammenheng og opplevde situasjon beskrevet og vurdert. Søkeren kan dermed gå glipp av mer inngående hjelp og tilrettelegging for å kunne fortsette i arbeid. Det er spesielt bekymringsfullt at dette særlig kan ramme de mest ressursvake. Kvalitetsproblemet består i at vurderingene av om søkeren er syk, arbeidsufør og om sykdom er hovedårsak til arbeidsuførheten, lett kan bli subjektive og dermed vilkårlige. Dette kan bidra til at søknader blir innvilget eller avslått på feil grunnlag.

Det er ikke mulig med noen absolutt objektiv vurdering av et så komplekst fenomen som redusert arbeidsevne. Vi argumenterer for en mer systematisk bruk av det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet enn det trygden har lagt opp til i Norge. I noen andre europeiske lands trygdeordninger og i USA håndteres dette problemet ved å anvende detaljert utarbeidede tabeller for hvor mye funksjonen skal anses nedsatt ved forskjellige slags lidelser. I Norge avviste man tidlig denne metoden (16). Vi tror at denne avvisningen bør stå ved lag. I stedet mener vi at de muligheter som det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet gir i form av bl.a. nøyaktig beskrivelse og nyanisert vurdering av situasjonen til den enkelte langtidssykmedte bør utforskes. Dette betyr ikke at bruk av skjønn faller bort. I Norge har vi en tradisjon for at legens skjønnsutøvelse bør være fri (16). Et fritt skjønn er imidlertid å anse som kunnskapsteoretisk subjektivt. Det bør overveies om ikke skjønnsutøvelsen bør bli mer kvalifisert og dermed preget av en viss grad av kunnskapsteoretisk objektivitet. Dette vil innebære mer bruk av retningslinjer for trygdemedisinsk vurdering, noe som i lang tid er blitt etterlyst av leger i Norge (17).

Den gjennomførte analysen viser at det er stor avstand mellom de premisene som trygden legger når uførepensjonssøkere skal vurderes medisinsk, og premisene for den praktiske vurderingssituasjon. Myndighetene antar at den klassiske biomedisinske modellen fortsatt er anvendelig. I medisinen er denne modellen blitt modifisert i en psykososial retning. Vi tror det vil tjene den sosiale rettferdigheten om trygdens og medisinen sykdomsmodeller er samordnet så lenge leger skal være sakyndige rådgivere for trygden.

Manuskriptet ble godkjent 7.9. 2005.

Søren Brage og Harald Grimen takkes for verdifulle kommentarer. Arbeidet med artikkelen er støttet av bevilgninger fra Kvalitetssikringsfond I og fra Sosialdepartementet.

Litteratur

1. Solli HM. Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet i uførepensjonssaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2072–5.
2. Lov om folketrygd (folketrygdloven). www.lovdatabank.no (6.11.2004).
3. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, 1999.
4. Norges offentlige utredninger. Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer. NOU 2001: 22. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltningen, 2001.
5. St.meld. nr. 35 (1994–95). Velferdsmeldingen.
6. St.meld nr. 21 (1998–99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.
7. Bruusgaard D, Heiberg AN, Lie RK et al. Sykdomsbegrepet i Folketrygden (§ 8-3). Konsensusrapport til Trygderetten. Rapport 95: 2. Oslo: Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo, 1995.
8. Rikstrygdeverket. Legeerklæring ved arbeidsuførhet. IA 08–07.08. Oslo: Rikstrygdeverket, 1999.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5. utg. Oxford: Oxford University Press, 2001: 228–30.
10. Hedenius I. Om människovärde. I: Hedenius I, red. *Om människovärde. Essayer*. Stockholm: Bonniers, 1982: 11–39.
11. Midré G. Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til velferdsstaten. 2. utg. Oslo: Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning, NAVF, 1995: 163–5.
12. McWhinney IR. The evolution of clinical method. I: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, red. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. 2. utg. Abingdon: Radcliffe, 2003.
13. Taylor C. Atomism. I: Taylor C, red. *Philosophy and the human sciences. Philosophical papers 2*. Cambridge, NY: Cambridge University Press, 1985: 45–76.
14. Westin S. Ervervsmessig uførhet: et forhold mellom individets ressurser og arbeidslivets krav. I: Bruusgaard D, Hatland A, Syse A, red. *Et nødvendig gode. Folketrygdens plass i Velferds-Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
15. Kirkengen AL. Innskrevet i kroppen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1518–22.
16. Harlem G. Invaliditetsvurdering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1959; 79: 380–3.
17. Hartvig P. Sykdoms- og uførebegrepet i Folketrygden. Kliniske, epidemiologiske og legeetiske betraktninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 2316–8.