

Del III.

Analyser av objektivitet i et trygdemedisinsk perspektiv

10 Objektivitetsbegreper og kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet

Del III består av to kapitler hvor det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet analyseres. I dette kapitlet skal det først gjøres rede for den klassiske biomedisinske modellen og dens privilegerte objektivitetsbegrep: *ontologisk objektivitet*. Det skal så gjøres rede for bruken av både *det ontologiske* og *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin. Det skal videre gjøres rede for anvendte kriterier på *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* i norsk trygdemedisin.

10.1 Biomedisinens privilegerte objektivitetsbegrep: ontologisk objektivitet

Slutten av det 18. århundret og begynnelsen av det 19. så en forvandling av medisinen som innen medisinsk historie blir betegnet som «den moderne klinikkens fødsel». Medisinhistorikeren Wolfgang Eckart karakteriserer forvandlingen slik:

Pasienten blir når han/hun enda er i live undersøkt og gjennomtrengt med fysikalske metoder som perkusjon og auskultasjon. Han/hun er blitt til den *målbare* pasienten. Etter døden overprøver patologen sykdoms- og behandlingsforløpet ved obduksjon. [...] Fysikalsk diagnostikk og anatomisk-patologisk overprøving er de dominerende karakteristika ved den nye kliniske medisinen ved begynnelsen av det 19. århundret (*min oversettelse og kursivering*) (Eckart 2005: 187).

Pasienten undersøkes fysikalsk og måles så langt mulig. Vi står her overfor opprinnelsen til det som skulle bli standard klinisk metode i det 19. og 20. århundret (Wulff & Gøtzsche 1997: 27f). Karakteristisk for denne metoden er at man vektlegger undersøkelsen av pasientens kropp: blod, kroppens temperatur, respirasjonsorganene, oppspytt osv. (Seifert & Müller 1887). Pasienten er å anse som en fysikalsk størrelse og er innordnet den ontologiske kategorien *fysisk gjenstand* (se underkapittel 3.5). I alle fall omkring år 1900 har jeg funnet at yrkesanamnese og mer generelle inntrykk av

pasienten også skulle beskrives nøye (Stempel 1899). Som McWhinney vil jeg betegne denne metoden som *den moderne kliniske metoden*. Målet med metoden er å diagnostisere *disease* (McWhinney 2003).

Den *klassiske biomedisinske sykdomsmodellen* ble utformet omkring 1870 – 80 og kan anses som høydepunktet for medisinenes *naturvitenskapelige* revolusjon i det 19. århundret.¹¹⁹ Den er nært knyttet til infeksjonsmedisinens gjennombrudd. *Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen* er et sentralt teoretisk uttrykk for den nye *naturvitenskapelige* medisinen som var i rivende utvikling.

Det som ligger implisitt i denne modellen, følger av vitenskapenes og vitenskapsfilosofiens historiske utvikling. I tråd med den moderne tids natursyn ses menneskekroppen på som en maskin eller et komplisert apparat (Wulff, Pedersen, & Rosenberg 1986: kap. 4). Modellen gir ikke psyken, eller det mentale, noen selvstendig ontologisk status. Den gir uttrykk for en materialistisk ontologi. Pasienten gjøres til et naturvitenskapelig objekt. *Dens privilegerte objektivitetsbegrep er ontologisk objektivitet*. Modellens sykdomsbegrep er *disease* (Foss & Rothenberg 1987: kap. 2; Barbosa da Silva 2000: 48f). Senere, fra omkring 1900, kom forøvrig selve feilfunksjonen, den fysiologiske eller metabolske forstyrrelse (eng. *impairment*), mer i fokus innen biomedisinen (Wulff & Gøtzsche 1997: 65; Lichtenthaeler 1987: 546ff).

Den klassiske biomedisinske modellens påvirkning på medisinsk praksis må ha vært forskjellig fra lege til lege og kanskje også fra det ene syke mennesket til det andre. En praktisk konsekvens av modellen for noen leger konstateres av Laín Entralgo på følgende måte. Pasienten ble «both a scientifically cognizable and modifiable object and an unknown individual» (Laín Entralgo 1969: 118). Pasienten stod i fare for selv å bli gjort til gjenstand. Dette er et tema som tas opp til videre analyse i neste kapittel. Noen ganger ble imidlertid *den klassiske biomedisinske modellen* eksplisitt kombinert med et humanistisk menneskesyn. Den sentrale legen her var William Osler (1849-1919). Han fikk stor betydning bl.a. som forfatter av en ledende lærebok i medisin gjennom 30 år, *The Principles and Practice of Medicine* (1. utg. 1892), som reformator av medisinsk utdanning med større vekt på klinisk erfaring og som medisinsk, humanistisk filosof.¹²⁰ Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen er i legens praksis vel forenlig med forskjellige syn på det subjektives status og på forholdet mellom

¹¹⁹ Andre betegnelser er «den klassiske sykdomsmodellen» (NOU 1977a: 99), «den klassiske apparatfeilmodellen» (Wulff & Gøtzsche 1997: 65) og «den biomedisinske modell» (Foss & Rothenberg 1987).

¹²⁰ Osler, Sir William. I: *Encyclopædia Britannica 2006 Ultimate Reference Suite DVD*.

kropp og sinn. Modellen er i praksis også forenlig med substansdualistisk ontologi. Modellen kan anses å gjelde for den ene delen av mennesket som består av fysisk-kjemisk natur. Den gjelder ikke for den andre psykiske, mentale eller åndelige delen. En praktisk konsekvens for legen kunne være at pasienten var «a friend to be pitied» (Lain Entralgo 1969: 123).

Det er her på sin plass å minne om innsatsen til Sigmund Freud (1856-1939). Freud påviste at det kan finnes motstand hos pasienter mot å oppnå bevissthet om noe som kan være nyttig for å bli bedre av en psykisk lidelse. Det vil si at det kan foreligge en fortrenning. Når pasientens subjektivitet kan yte motstand ved en behandling, kan det trekkes den slutning at ontologisk subjektivitet ikke kan neglisjeres i medisinen. Psykoanalysen stilte spørsmålsteget ved «maskinmodellen» (Uexküll & Wesiack 1997: 24). Da Freud fant det terapeutiske mottrekket til en pasient som skjuler noe for seg selv, nemlig en fortolkning av symbolsammenhenger i drømmene, innførte han noe helt nytt i naturvitenskapelig medisin. Han innførte en behandling hvor også pasienten opptrer som en *fortolker* av seg selv (Lain Entralgo 1969: 183ff).

Jeg fortolker medisinen situasjon slik omkring år 1900 at selv om den klassiske biomedisinske modellen hadde høy status, særlig vitenskapelig, var den ikke enerådende i medisinsk praksis. En beskrivelse av den engelske medisinhistorikeren W.F. Bynum benyttes for å få et bilde av situasjonen.

By the end of the nineteenth century, science had become a third estate within medicine, besides the two estates of hospital-approved élite consultants, and their more numerous colleagues who practiced mostly outside the hospitals, and among the lower socio-economic groups. The details varied from country to country, but a basic structure was in place. These two clinical estates were not homogeneous, of course. Elites ranged from those who held formal academic posts in the medical schools, kept up with the latest literature, and preached the gospel of scientific medicine, to those who acquired fame and fortune by what could be called shrewd clinical skills, personal charisma, pleasing manners, and no knowledge of, or interest in (and even hostility to), the medical sciences. Among the rank and file, there were many who dispensed the same bottle of sweet tasting, colored medicine to all and sundry, never used a stethoscope, and had never looked through a microscope, even in their medical school days (Bynum 1994: 218).

Selv om den vitenskapelige medisins kadere var få, hadde de fått stor innflytelse. Dette hadde som følge at «science did matter to doctors collectively, even if it could be neglected by them individually, and even if much of ordinary medical practice was untouched by it.» (Ibid.: 219).

For å undersøke hvilke objektivitetsbegreper og -kriterier som var i bruk i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin, dvs. omkring 1900, er to sosialforsikringsmedisinske håndbøker fra den aktuelle periode funnet fram. Den ene er skrevet av kirurgen Walther Stempel (Stempel 1899). Den andre er et

fellesprosjekt fra 1913 der 25 leger, de fleste professorer, har bidratt (Gumprecht et al. 1913). Det er W. Kaskels og H. Hildebrands bidrag som her er mest relevante (Kaskel 1913; Hildebrand 1913). Handbøkene gir et samstemt bilde av den medisinske invalidepensjonsvurderingen. Jeg antar derfor at de representerer tysk sosialforsikringsmedisin i den aktuelle periode.

Stempel skriver følgende om legens oppgave i invalidepensjonssaker: «Vi leger skal [...] på grunnlag kun av de *objektive funn* foreta en bedømmelse av hvilket arbeid den undersøkte ennå synes å være i stand til, og om han ev. ennå ved sitt arbeid er i stand til å tjene den sum som loven foreskriver.» (*Min kursivering og oversettelse*) (Stempel 1899: 4). Vi ser at begrepet *objektive funn* er i forsikringsmedisinsk bruk. Dette begrepet tas opp til videre analyse i underkapittel 11.1. Nå skal det vises at kriterier på *det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet* var i bruk i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin.

10.2 Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet i tidlig tysk sosialforsikringsmedisin

Den nye medisinske virksomheten for sosialforsikringen ble betegnet som *sakkyndig* eller *faglig vurderende* virksomhet (ty: *Gutachtertätigkeit*) (Hildebrand 1913). Jeg vil i det følgende tale om *sosialforsikringsmedisinsk* eller *trygdemedisinsk sakkyndighet*. De videre analyser skal avklare nærmere hva som karakteriserer denne sakkyndighet.

Når det gjelder den sakkyndiges framgangsmåte, skriver Stempel implisitt at den kliniske undersøkelsesmetoden skal følges. Eksempler fra boken som viser dette, er at det skrives at ansiktsuttrykk, bevegelsesmåter, gange og måte å snakke på bør observeres nøye. Dette er særlig viktig ved psykiatriske sykdommer eller «åndssvakhet». Betydningen av en inngående anamnese understrekes. Særlig viktig er det å få rede på hvilke yrker invalidepensjonssøkeren har hatt, idet visse arbeidsoppgaver disponerer for yrkessykdommer. Hos kvinner må fødslene og deres forløp noteres (ibid.: 31f). Stempels handbok går gjennom hele den kliniske medisinen og gir råd om hvordan arbeidsevnen til pasienter med forskjellige diagnoser skal vurderes. Interessant er følgende tekst om hvordan legen skal forholde seg til syke uten *objektive funn* som f.eks. ved hysteri: «Gir funnene ikke noe grunnlag for en organisk lidelse, må vi rette vår oppmerksomhet særlig mot hysteriens særegne symptomer og la vår undersøkelse omfatte disse.» (*Min oversettelse*) (Stempel 1899: 101). Jeg fortolker denne teksten som et eksempel på hvordan legene vurderer en «åndelig tilstand» i klinisk praksis. Selv om det ontologisk objektive har høyest status hos legene, forhindrer

ikke dette at legene i tilfelle der *objektive funn* ikke foreligger, også foretar vurderinger av den kliniske tilstand og arbeidsevne. Rådene om hysteri lyder kjent fra trygdemedisinsk praksis hundre år etterpå: Lettere arbeid er vanligvis den beste terapi, men i alvorlige tilfelle må den syke anses som arbeidsufør (ibid.: 102). Det synes å være grunnlag for en konklusjon om at det innen tidlig tysk sosialforsikringsmedisin skulle brukes den samme kliniske metode som legen ellers brukte i sin kliniske virksomhet.

Hildebrand skriver i handboken fra 1913 at legen skal være *upartisk* slik: «Som dommeren står over partene, så skal også legen være helt objektiv og ikke ta parti for noen, verken for den forsikrede eller forsikringsbæreren.» (*Min oversettelse*) (Hildebrand 1913: 61). Legen skal altså følge *upartiskhetsprinsippet*, som her tydeligvis betyr *nøytralitet* i forholdet mellom pasient og sosialforsikring.

Hildebrand skriver videre at det som hevdes i attesten, for eksempel diagnosen, skal kort *begrunnes*. «Den sakkyndige må ikke bare ha grunner, han må også nevne dem.» (*Min oversettelse*) (Hildebrand 1913: 61). Begrunnelsen kan i mange tilfelle være kort, men den skal være der. Stempel understreker at det skal være *sammenheng* mellom det som hevdes og begrunnelsen. Denne mangler ofte. Ikke sjelden foreligger direkte motsigelser, som for eksempel når en søker beskrives med sunt utseende, som sterk og i god ernæringstilstand, men med diagnosen «aldersmarasme» (Stempel 1899: 29).¹²¹ Jeg fortolker teksten slik at her ser vi kriteriet *saklighet* anvendt. Det skal foreligge en holdbar begrunnelse for det som hevdes. Stempel skriver videre at legen skal beskrive søkerens medisinske, kroppslige og åndelige tilstand på en *nøyaktig* måte. Han går grundig inn på hvordan dette skal gjøres, med en rekke kliniske eksempler (Stempel 1899: 29ff). Her formuleres *nøyaktighet* som et kriterium på kunnskapsteoretisk objektivitet. Det er nå blitt avklart at når den tyske legen opptrådte som sosialforsikringsmedisinsk sakkyndig omkring år 1900, skal han være *upartisk*, dvs. nøytral i forholdet mellom pasient og sosialforsikring. Kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet som *upartiskhet*, *saklighet* og *nøyaktighet* ble anvendt. Vi forlater nå tidlig tysk sosialforsikringsmedisinsk sakkyndighet i denne omgang og går over til norsk sosialforsikrings- og trygdemedisinsk sakkyndighet fra 1950 av.

¹²¹ Marasme: «Høygradig legemlig utmattelsestilstand med avmagring og kraftløshet, som regel som følge av langvarig underernæring, særlig når denne er kombinert med eller en følge av kroniske infeksjonssykdommer som svær tuberkulose eller forgiftning.» I: *Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon*, 4. utgave, 2005-07, <http://www.snl.no/article.html?id=670634> (10.11.2006).

10.3 Formålets betydning for trygdemedisinsk sakkyndighet i Norge

I 1950 holdt Evang et foredrag om «erklæringsproblemet». Innholdet i dette foredraget har satt spor i alle sentrale utredninger om det trygdemedisinske erklæringsspørsmålet fram til vår egen tid (Evang 1950; Strøm 1956; Strøm, Sundby, & Løchen 1973; Mæland 1983; Mæland 2003). Evang hevder at en legeerklæring må skrives ut på grunnlag av at legen kjenner til hva som er formålet med den.

Enkelte har antydnet muligheten av at en kunne komme bort fra de fleste vanskeligheter ved å kreve som alminnelig regel at en lægeerklæring burde være helt objektiv og løsrevet fra det formål rekvisenten har med å anmode om en lægeerklæring. Lægeerklæringen skulle etter en slik tankegang kunne fremtre i full objektiv renhet like løsrevet fra ethvert konkret tilfelle som et transcendentalt religiøst dogme eller et absolutt moralprinsipp. Rent bortsett fra den håpløse filosofiske diskusjon en ville åpne ved å ta dette standpunkt, er vi alle klar over at i det praktiske liv er prinsipielt helt uanvendelig. Det er ikke lægens oppgave, når han avgir en lægeerklæring, i alle tilfelle å gi en komplett og altomfattende objektiv vurdering av alle forhold ved pasienten. [...] Det er nettopp rekvisentens formål med erklæringen som avgjør hvilken del av den omfattende virkelighet lægen skal plukke ut og søke å beskrive. En atskillelse her er utenkelig (Evang 1950: 430-431).

Det er et prinsipp for praktisk tenkning som Evang her anvender (jf. den praktiske tenkningens struktur i underkapittel 4.4). En legeerklæring skal skrives på basis av kjennskap til hva som er formålet med den. Det er flere grunner til dette. Bare ved å kjenne til formålet kan det skrives en kortfattet, relevant og poengtert erklæring som sammenfatter de foreliggende opplysninger og foretar relevante vurderinger i relasjon til det som er det aktuelle problemet. Dette prinsippet går igjen i senere utredninger om trygdemedisinsk sakkyndighet. Dessuten gir prinsippet legen grunnlag for å ta opp med rekvisenten om hva en legeerklæring skal tjene til. Formålet kan være så «håpløst» at legen best bør avslå å skrive en legeerklæring (ibid.: 430). *Etiske regler for leger* (§ 5 i kapittel IV) understreker at formålet skal gå klart fram av en legeerklæring (Den norske lægeförening 2006).

Et uttrykk for dette prinsippet er at Rikstrygdeverket har utformet forskjellige blanketter til forskjellige formål (for eksempel vurdering etter 8 ukers sykmelding, atferding, medisinsk rehabilitering eller uførepensjon). Rikstrygdeverket gikk imidlertid i 1999 bort fra dette prinsippet. Den samme blanketten *Legeerklæring ved arbeidsuførhet* (vedlegg 2D) skal anvendes ved alle disse forskjellige stønadsformene. Erklæringen skal brukes slik:

Ved første gangs utfylling gir legen en utførlig beskrivelse. Etterfølgende erklæringer fylles som regel ut med nye, supplerende eller endrede opplysninger – med mindre den medisinske situasjonen tilsier en mer omfattende utfylling. [...] Erklæringene bygger på

hverandre. [...] Det er likevel viktig å påse at all relevant informasjon kommer fram, slik at lege og trygdekontor til enhver tid kan vurdere alternative tiltak og ytelser etter folkestrygdloven. Dette innebærer at legen gir de medisinske opplysninger som han/hun anser for relevante i saken på det aktuelle tidspunktet, uavhengig av hvilken ytelse det konkret er framsatt krav om (Rikstrygdeverket 1999).

Legen skal altså i liten grad behøve å forholde seg til at hans/hennes pasient kan være i ganske forskjellige situasjoner mht. mål i løpet av en langvarig prosess med redusert inntektsevne.

Det kan se ut til at her innføres et prinsipp om forholdsvis rendyrket *instrumentell tenkning* for utstedelse av legeerklæring. Hva som er relevant av medisinske opplysninger skal kunne ses forholdsvis uavhengig av hva pasienten har søkt om og hva som er pasientens og legens aktuelle mål.

10.4 Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet i norsk trygdemedisin

Vi skal først se nærmere på hvilke kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som er blitt framholdt innen tidlig norsk sosialforsikrings- og trygdemedisin. I Legeforeningens første attestregler fra 1951 heter det i § 1 at legen «må bygge erklæringen på så forsvarlige undersøkelser som formålet tilsier og må ikke forme den slik at forhold av betydning forties eller omskrives, eller på annen måte bidrar til å svekke tilliten til lægeerklæringer.» (Den norske lægeforening 1952). Her understrekes at en legeerklæring skal være basert på kliniske undersøkelser, inkludert anamnese. Den skal kunne forsvares faglig. Det skal foretas en klinisk beskrivelse og vurdering i følge anerkjent klinisk metode. Slik kan den vekke tillit.

Legen må ikke fortie eller omskrive forhold av betydning. Legen Axel Strøm (1901-85) skriver i sin sosialmedisinske lærebok i 1956 at attester ikke skal være ufullstendige, dvs. at «legen har unnlatt å ta med opplysninger han sitter inne med og som ville gitt et annet bilde av forholdet.» (Strøm 1956: 201). Legeerklæringen skal *ikke være misvisende*. Dette betyr i følge Hermerén at en framstilling ikke skal være slik at normalt begavede mennesker, som behersker språkreglene, begynner å tro på falske påstander eller drar falske slutninger på grunnlag av en framstilling. Den kan også bli misvisende ved at utvalget av f.eks. fakta og synspunkter er ensidig (Hermerén 1972: 96). *Ikke misvisende* er et kriterium på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet.

Et annet krav til legeerklæringen tas opp i attestreglenes § 3: «Det skal tydelig gå fram av attesten hvilke opplysninger som beror på lægens egne undersøkelser og iakttakelser og hvilke som skriver seg fra andre kilder.» (Den norske lægeforening 1952). Strøm skriver at det «må fremgå klart av

attesten hva som bygger på pasientens, eventuelt andre angivelser, og det legen selv har funnet. Legen må ikke uttale seg om ting han ikke selv har kjennskap til uten at det klart fremgår at han bygger på andres opplysninger.» (Strøm 1956: 201f; Den norske lægeforening 1952). Dette kan sies å være aspekter ved et *saklighetskrav*.

Paragraf 3 inneholder også krav om at opplysningene i attesten skal «være så fyldige og nøyaktige at misforståelser og feil unngås, og slik at den som attesten er bestemt for, blir i stand til å danne seg et skjønn.» (ibid.). Vi ser her formulert et krav til *nøyaktighet*. Et viktig poeng kommer til uttrykk i denne regelen: en beskrivelse skal leses og anvendes av en annen person som grunnlag for å ta en beslutning. For at denne andre personen skal kunne anvende beskrivelsen, må den være såpass fyldig og nøyaktig at denne personen kan danne seg en oppfatning eller en forestilling om den pasient, det problem og den situasjon som en legeerklæring beskriver.

Legeforeningens *attestregler* ble inkorporert i *etiske regler for leger* da disse kom i 1961. Det ble den gang formulert en paragraf som bruker termen «objektivitet»:

§ 5. En læge skal ved utstedelse av erklæringer tilstrebe størst mulig objektivitet. Han må ikke gå utover det medisinske kompetanseområdet, og må ikke utforme erklæringer slik at forhold av betydning forties eller omskrives (Den norske lægeforening 1963: 121).

Jeg har ikke funnet forklaringer på hva som her menes med «objektivitet». I denne paragrafen formuleres et krav om *ikke å gå utenfor det medisinske kompetanseområdet*. Legen skal holde seg innenfor sin kompetanse og kun uttale seg om det han eller hun har faglig grunnlag for å uttale seg om.

Teksten fra 1961 ble stående i det vesentlige uendret fram til en revisjon av de etiske regler på 1990-tallet. I 1996 ble kapittel IV i etikkreglene som omhandler utstedelse av attester, ferdig revidert (Husom 1996). I stedet for den tidligere formuleringen om at legen skal «tilstrebe størst mulig objektivitet» kom nå en formulering om at legeerklæringen «skal være objektiv og nøytral i sin form» (Husom 1996; Den norske lægeforening 2006: kap. IV, § 4). Det er altså selve erklæringen som skal være *objektiv*. Det er naturlig her å fortolke «objektiv» kunnskapsteoretisk. *Nøytralitetskravet* fortolker jeg slik: Det er ikke først og fremst legen som skal opptre nøytralt, men det er erklæringen som skal være nøytral i formen eller ha et nøytralt innhold.

Trygdemedisinsk håndbok fra 1994 sier ikke at legen primært skal gjøre rede for *objektive funn*. Som «sakkyndig rådgiver» og som «premissleverandør» bør legen først og fremst *begrunne* det råd som gis. «Jo bedre ditt råd blir begrunnet, jo større er sannsynligheten for at rådet blir fulgt.[...]. Henvis til dokumentasjon i form av epikriser, laboratorieundersøkelser, røntgen osv.[...]. Begrunnelsen for konklusjonen må fremgå av erklæringen.»

(Tellnes 1994: 18). Det er tydelig at det er *kunnskapsteoretisk objektivitet* det argumenteres for. Kriteriet *saklighet* framheves her.

Oppsummert skal trygdemedisinsk sakkyndighet følge anerkjent klinisk metode. Følgende kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet er funnet: *saklighet, nøyaktighet, nøytralitet* mht. form og innhold og den skal *ikke være misvisende*. For øvrig skal legen *ikke å gå utenfor det medisinske kompetanseområdet*.

10.5 Kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet ved bruk av pasientsentrert metode

Det forutsettes i den videre analyse at normene for lege-pasient-forholdet er slik som de blir beskrevet av legene Edvin Schei og Inger Marie Steinsholt i den norske læreboken *Allmennmedisin* (Schei & Steinsholt 2003). Forholdet beskrives som å skulle være et *dialogisk* forhold. Forholdet karakteriseres altså av en samtale *mellom to* (noen ganger flere) *personer* ved hjelp av spørsmål og svar, tale og innvendinger.¹²² *Den moderne kliniske metoden* er i følge McWhinney avløst av *den pasientsentrerte kliniske metoden*. Den har siden 1980-tallet fått økende internasjonal anerkjennelse, og den antas nå å være allmennmedisinens anerkjente kliniske metode i Norge (McWhinney 2003; Stewart et al. 2003; Schei & Steinsholt 2003). Formålet med metoden er formulert slik: «The patient-centered clinical method is designed to deal with complexity. While using linear logic where appropriate, its essence is the understanding of the patient as a whole, a knowledge of his/her illness experience and an attempt to attain common ground.» (McWhinney 2003: 24). Målet er altså for det første å forstå pasienten *som en helhet*. « [Det] betyr å få vite mer om pasienten (livshistorie, personlige forhold) og konteksten (familie, miljø).» (Schei & Steinsholt 2003: 65). Det betyr, for det andre, at legen må lære å kjenne pasientens *illness*. For det tredje betyr det at legen bør søke å komme fram til i alle fall *en viss felles forståelse* med pasienten om det aktuelle problemet (ibid.). Jeg forutsetter at det er denne kliniske metoden fastlegen benytter, eller søker å benytte. Den trygdemedisinske sakkyndighet forutsettes altså å skulle utøves med denne metoden som anerkjent klinisk metode. Spørsmålet er hvordan *objektivitet* og *upartiskhet* innen norsk trygdemedisin skal kunne oppnås på dette grunnlaget. Vi skal nå se nærmere på § 15 i helsepersonelloven som lyder slik:

Krav til attester, legeerklæringer o.l.

Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring og lignende skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er

¹²² *Dialog.I: Der Brockhaus Philosophie. Ideen, Denker und Begriffe*. 2004. F.A. Brockhaus, Mannheim: 72.

nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring og lignende (Lov om helsepersonell m.v. 2006).¹²³

Trygdemedisinske legeerklæringer skal følge de regler som her står. Loven framhever *nøyaktighet*, som vi også så i tidlig tysk og norsk sosialforsikringsmedisinsk sakkyndighet.

Vi skal se nærmere på betydningen av *varsomhet*, *objektivitet*, *korrekthet* og *inhabilitet*. Hva *varsomhet*¹²⁴ kan bety i en trygdemedisinsk sammenheng er blitt forklart slik:

[Legen] skal være uhildet og nøyaktig, men samtidig varsom. Han skal overfor pasienten være optimistisk når det gjelder den behandling som er satt i gang og inngi tillitt til og tro på at sykdommen lar seg helbrede eller i alle fall stoppe på et akseptabelt nivå. Overfor trygden må han framføre de usikkerhetsmomenter som foreligger, gi en beskrivelse av «worst case»-utvikling eller i alle fall avgi en uttalelse om hvilken utvikling av sykdommen som er mer enn 50 prosent sannsynlig. Overfor pasienten skal han vektlegge de argumenter som taler for bedring selv om dette bare har en sannsynlighet på 10-20 prosent. *Legen må også ordlegge seg på en slik måte at pasienten kan få innsyn i dokumentene uten skadevirkninger for pasienten selv eller for pasient/legeforholdet.* Dette gjør at uttalelsen ofte kan bli mer diffus og lite konkret sett fra trygdens side enn lidelsen skulle tilsi (*min kursivering*) (NOU 1990c: 92).

Det sies her er at når legen skriver en legeerklæring, skal det tas hensyn til den reelle mulighet at forbedring kan skje uventet, og at pasienten må få beholde sitt håp og et fortsatt godt forhold til legen sin. Attestering skal verken skade pasientens håp eller lege-pasient-forholdet. Den skal altså følge det medisinsketiske *prinsippet om ikke å skade* (Beauchamp & Childress 2001: kap. 4). Konsekvensen av å ta dette etiske hensynet er, heter det, at en erklæring til trygden noen ganger kan bli «diffus og lite konkret». «Varsomhet» (og «skjønnsomhet») er norske synonymer for eng. *discretion* og *prudence*, alle viktige etiske termer (Sullivan 1994: 97). *Varsomhet* er altså først og fremst et etisk begrep.

Objektivitet er i en nylig utkommet rapport om medisinsk sakkyndighet forklart på denne måten: «At attesten/erklæringen skal være objektiv innebærer at den ikke skal fremstå som et partsinnlegg, men gi en objektiv faglig beskrivelse av pasientens tilstand, samt redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvable måte.» (Rapport fra arbeidsgruppe 2006: 35).

¹²³ Deler av denne lovparagrafen er hentet fra legeloven av 1980 (Ot.prp.nr.1 1979). I legelovens § 30 heter det om skriving av legeerklæringer: «En lege plikter å være varsom, nøyaktig og objektiv ved utstedelse av attest og legeerklæring. Han skal bygge på en så omfattende undersøkelse som formålet tilsier. [...]» (Mæland 1983: 20).

¹²⁴ Varsom betyr «forsiktig» eller «tenker seg vel om». Fra: *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=varsom&publications=3&publications=20&publications=6> (07.12.06).

Jeg fortolker denne teksten dit hen at en legeerklæring *ikke skal være misvisende* eller *vilkårlig*, den skal være *nøyaktig, saklig* og *intersubjektivt etterprøvable*. Vi skal nå se kort på det siste kravet. Vi har tidligere sett at intersubjektivitet må ses som et uttrykk for *kunnskapsteoretisk objektivitet* (underkapittel 3.2).

Etterprøvablehet framheves som meget sentralt i sakkyndighetssammenheng i Røsæg-utvalgets utredning. Det heter her, formulert på samme måte som ovenfor, at sakkyndige erklæringer bør «redegjøre for premisser og konklusjon på en etterprøvable måte.» (NOU 2000a: 91). Det skal være mulig å kontrollere de opplysninger og vurderinger som er gitt og de slutninger som er trukket. Jeg betegner kriteriet som *intersubjektiv etterprøvablehet*.

I sitatet fra helsepersonelloven nevnes også *korrekthet*. Korrekthet betyr bl.a. å være i overensstemmelse med sannheten eller med faktum, eller med gitte regler.¹²⁵ Om dette kriteriet skriver den ovenfor nevnte rapporten om medisinsk sakkyndighet følgende: «At opplysningen skal være korrekte innebærer [...] at relevante opplysninger ikke skal forties eller fordreies [...]. (Rapport fra arbeidsgruppe 2006: 36). *Korrekthet* og *ikke være misvisende* ligger altså nær opp til hverandre i betydning.

Når det gjelder *inhabilitet*, finner vi et problematisk forhold når vi ser hva som står i forvaltningsloven § 6. I denne paragrafen, punkt e), står det nemlig at ugildhet består når «særegne forhold foreligger som er egnet til å svekke tilliten til hans [dvs. legens i dette tilfelle] *upartiskhet*.» (*Min kursivering*) (Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker 2006). Det særegne forholdet som er relevant å overveie her, er lege-pasient-forholdet i en fastlegeordning. Allerede i 1990 skrev Askevold-utvalgets utredning at «[i] svært mange tilfeller vil [...] legens vurdering av lidelsen og den ervervmessige følge av denne være avgjørende for utfallet av en uførepensjons-søknad.» (NOU 1990c: 92). Utredningen sier videre at legen plikter «å gi et mest mulig riktig bilde av pasientens lidelse. [...]. Det er likevel klart at behandlende lege på mange måter settes i en 'inhabilitetssituasjon', ved både å skulle ivareta pasientens og trygdens interesser.» (Ibid.). En inhabilitetssituasjon betyr

i juridisk språkbruk at vedkommende ikke har den nødvendige objektivitet, for eksempel fordi han eller hun har for nær tilknytning til en av partene, slik at dette kan påvirke hvordan vedkommende uttaler seg. En person kan være inhabil uten at han eller hun er å klandre, og selv om det er høyst sannsynlig at vedkommende har opptrådt eller vil opptre helt nøytralt. (NOU 2000a : 91).

¹²⁵ *Norsk Riksmålsordbok*. <http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=korrekthet&publications=6>.

Den behandlende lege er i en situasjon der han/hun har en nær tilknytning til sin pasient. De har kanskje kjent hverandre over lengre tid. Dette kan påvirke hvordan legen uttaler seg. Askevold-utvalgets utredning hevder altså at behandlende lege befinner seg i en situasjon med visse trekk fra en inhabilitetssituasjon. Inhabilitet tolker jeg først og fremst som et juridisk begrep. Her er det påvist et juridisk problem som jeg ikke kan gå nærmere inn på.

Vi har nå funnet følgende aktuelle kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet når det gjelder trygdemedisinsk beskrivelse og vurdering: *saklighet, intersubjektiv etterprøvnbarhet, nøyaktighet, korrekthet* og at erklæringen *ikke skal være misvisende*. Dessuten gjelder det grunnleggende at *vilkårighet skal unngås* (underkapittel 3.2). Dette er alle helt sentrale kriterier på bruk av det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet innen medisinsk sakkyndighet. Det er vanskelig å tenke seg sakkyndighet uten bruk av disse kriteriene. *De er nødvendige vilkår for rettferdighetsbegrepet*. Hva det innebærer å anvende disse kriteriene ved bruk av pasientsentrert metode, samtidig som legen som trygdemedisinsk sakkyndig er forpliktet på *upartiskhetsprinsippet*, skal tas opp i neste underkapittel.

10.6 Problematisk nøytralitet og upartiskhet i norsk trygdemedisin

Jeg fortolker Evang slik at legene bør være *upartiske* når han i 1950 skrev følgende om legenes mål i attestsaker:

Lægestanden må etter mitt skjønn ubetinget gå inn for [denne] linje: Den høyest mulige grad av objektivitet uten omsyn til hvis interesse herved blir tilgodesett. Kan en sak tolkes på flere vis fra medisinsk synspunkt, bør den medisinsk sakkyndige derfor etter beste evne legge fram samtlige tolkninger som etter hans skjønn er mulige, og gi en vurdering av dem (Evang 1950: 428).

Evang fortolkes her å presisere upartiskhet som *nøytralitet* slik vi så i analysen av tidlig tysk sosialforsikringsmedisin. Men det er kommet til en interessant nyanse. Det er mulig at det ikke bare finnes én rimelig tolkning av en sak, men to eller flere, skriver han. Da bør legen legge fram disse og så vurdere dem i forhold til hverandre. I en slik vurdering bør legen velge og gjøre rede for den mest rimelige tolkning.

Men Evang peker videre på et sentralt problem: «Man står overfor det ubestridelige faktum at man innen visse grenser kan kjøpe partsinnlegg fra lægene.» (Ibid.: 427). Han hevder at leger flest har problemer med å realisere det *upartiskhetsprinsippet* han selv har presentert:

Når det for lægestanden som helhet, og kanskje ennå mer for den enkelte læge, er så vanskelig helt ut å tilpasse seg denne objektive innstillingen, skyldes det som vi alle vet at hele lægegjerningen har en retning og en betoning som ligger i en helt annen gate. Når

det gjelder sykdom og lidelser, vanskeligheter og problemer, er det lægens plikt å hjelpe pasienten. Dette er ikke noen frase. Hele det medisinske studium er innstillet på å lære lægen å kjenne symptomene på sykdom og svakhet, og anviser ham midler hvormed han kan forebygge, helbrede, eller i det minste lindre. [...]. Man må ikke undervurdere styrken og betydningen av hele denne mentale grunnstrøm i lægenes virksomhet og livsinnstilling. Mens det for [en] jurist er helt naturlig, betyr det for lægen faktisk et slags brudd med denne innstilling, når man i et gitt tilfelle skal handle uten hensyn til om dette tjener pasientens interesse eller ikke. Dette mentale brudd blir desto vanskeligere fordi det så ofte må skje i forholdet til en pasient som lægen kanskje har hatt under behandling gjennom lang tid, og som han dermed står i et særlig forhold til på basis av den holdning som er naturlig for lægen [...]. (ibid.: 427-428).

Evang peker her på det medisinsketiske *godhetsprinsippet*s sentrale betydning for legene (Beauchamp & Childress 2001: kap. 5). Det er vanskelig, om ikke umulig, for behandlende lege å se bort fra dette prinsippet, særlig dersom legen har hatt pasienten til behandling over lengre tid. Behandlende lege vil tendere til å skrive en legeerklæring slik at den er til hjelp for pasienten.

Upartiskhetsprinsippet er også senere blitt omtalt og diskutert innen trygdemedisinen ved å bruke ordet *nøytralitet*. Vi så i underkapittel 9.5 at *den nøytrale legen* var betegnelsen på en trygdemedisinsk rolle. *Trygdemedisinsk håndbok* skriver at «legens oppgave er å gi saklige og nøkterne medisinske opplysninger, og opptre overfor trygden som nøytral medisinsk sakkyndig.» (Tellnes 1994: 17). Mæland framhever *nøytralitet* i sin *Veileder i trygdemedisin* (Mæland 2003; Mæland 2006).

Mæland skriver, som Evang, at det er vanskelig for legen «å bevare nøytralitet og upartiskhet når legen står pasienten nær.» (Mæland 2006: 10). Det er vanskelig å gjennomføre «idealet om objektivitet» for den som har behandlingsansvar. Han skriver videre at det er

legitimt for en behandlende lege å gi til kjenne sine synspunkter om hva som vil være et rett utfall av en [trygde]søknad. Det er ikke legen som avgjør saken, men legen har rett [til] å ha en oppfatning om den. Så lenge dette kommer frem som legens egen vurdering, tjener dette til å belyse saken. Derimot er det uakseptabelt hvis legen bevisst fordreier de medisinske opplysninger i saken for å oppnå et ønsket resultat (ibid. 10-11).

Legen kan altså kunne legge fram sin vurdering av hva som vil være den beste, eller den rette, trygdeytelse. Men innholdet i en legeerklæring skal *ikke være misvisende*. Mæland hevder videre at sakkyndighet innen trygdemedisinen betyr følgende:

Når en lege på oppdrag fra andre enn pasienten skriver en erklæring eller attest, opptre legen som sakkyndig. For denne rollen gjelder ikke de vanlige etiske krav og regler som legen er underlagt som behandler. For eksempel gjelder i utgangspunktet ikke taushetsplikten eller plikten til alltid å handle til pasientens beste. En lege som blir bedt om å avgi

en sakkyndig uttalelse, har i denne forbindelse ikke noe behandlingsansvar for pasienten.

Som sakkyndig påtar legen seg et oppdrag for å belyse en sak på mest mulig objektivt grunnlag ut fra sine kvalifikasjoner og den tilgjengelige informasjon. Legen får dermed plikter ovenfor oppdragsgiver, som også normalt betaler oppdraget. Oppdragsgiveren ved legers sakkyndighetsoppdrag kan være forsikringsselskap, NAV, advokat eller domstol.

Som *behandler* vil legen i utgangspunktet arbeide for at pasienten skal få best mulig hjelp, enten det dreier seg om undersøkelser, behandling eller velferdsytelser. Som *sakkyndig* skal legen opptre nøytralt med hensyn til hvilket utfall saken kan få for den det gjelder. Legens oppgave her er å legge frem de medisinske fakta i saken og gi sin beste vurdering av disse, uavhengig av om dette er til gunst eller ugunst for vedkommende.

På samme måte står den medisinske sakkyndige uavhengig overfor oppdragsgiver. Legen skal utføre sitt sakkyndighetsarbeid uten tanke på hvilke konsekvenser dette måtte få for den som betaler for oppdraget. Å tilstrebe *objektivitet* og *nøytralitet* er altså et ideal for den sakkyndige. En medisinske sakkyndig skal representere sitt fag og ikke noen av partene (*forfatterens kursivering*) (Mæland 2006: 22-23).

Dette er en klar beskrivelse av den trygdemedisinske sakkyndighetsrollen *den nøytrale legen*. Gjennom denne avhandlingens analysearbeid har jeg kommet til at denne har problematiske trekk. Mæland hevder i sitatet at for en sakkyndig gjelder ikke taushetsplikten. Taushetspliktens problem innen trygdemedisinsk sakkyndighet er et større problemkompleks som jeg ikke kan ta opp i denne avhandlingen. «Plikten til alltid å handle til pasientens beste» gjelder heller ikke. Det medisinsketiske *godhetsprinsippet* gjelder altså ikke, hevder han. Det Mæland her synes å gjøre, er å fortolke trygdemedisinsk sakkyndighet på bakgrunn av rettsmedisinsk sakkyndighet. Rettsmedisinsk sakkyndighet er karakterisert slik i Rognum-utvalgets utredning:

Rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng (herunder inkludert etterforskning). Når politiet eller retten får sakkyndig bistand fra det medisinske eller et beslektet biologisk fagområde, utøver den sakkyndige rettsmedisin. Rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet kan finne sted innen alle medisinske spesialiteter og fagområder. Den er primært regulert av prosesslovgivningen – rettsmedisinsk sakkyndighet er ikke pasientrettet (NOU 2001b: 47).

Det som her står om rettsmedisinsk sakkyndighet, passer med det Mæland hevder om sakkyndighet innen trygdemedisinen: Man er her ikke bundet av behandleretikken. Jeg mener at en slik oppfatning av trygdemedisinsk sakkyndighet ikke kan være riktig av følgende grunner:

1) De etiske konsekvensene av trygdemedisinsk sakkyndighet i et forhold mellom pasient og fastlege, forstått slik Mæland skriver, er problematiske. Det kan neppe være slik at fastlegen bør utøve sin trygdemedisinske sakkyndighet overfor sin pasient fritatt sentrale etiske prinsipper for medisinsk behandling. Vi så i underkapitlet ovenfor at helsepersonelloven § 15

har formulert et *varsombetskrav* som ivaretar viktige etiske aspekter ved utstedelse av legeerklæringer. Dette kravet gjelder i alle fall.

2) I norsk sosial- og trygdemedisinsk tradisjon har trygdemedisinsk og rettsmedisinsk sakkyndighet vært ansett som forskjellige former for sakkyndighet. Dette kommer klart fram av Strøms bok om legeetikk fra 1976. Her behandles temaet «leger, legeerklæringer og attester» bl.a. for tildeling av «trygdepensjoner» i ett kapittel (Strøm 1976: kap. 10). I et annet kapittel, i en annen del av boken, behandles spørsmål omkring «legen i rettens tjeneste» (ibid.: kap. 20). Her tas spørsmål om sakkyndighetserklæringer i strafferetten, i kriminalomsorgen og når det gjelder promillekjøring opp.¹²⁶

3) Tradisjonene for sosialforsikringsmedisin og rettsmedisin er også internasjonalt i det store og det hele forskjellige. Rognum-utvalgets utredning gir en oversikt over rettsmedisinens lange historie (NOU 2001b: 47f). Rettsmedisinens grunnlag er strafferetten. Trygdemedisinens grunnlag er «forsørgelsesproblemet» og fattiglegens virksomhet (se underkapittel 6.5). I en utredning om tysk sosialforsikringsmedisin finnes intet om at den har relasjoner til rettsmedisin (Renthe-Fink 1959). I mine egne historiske undersøkelser har jeg lett aktivt etter en slik forbindelse, men uten å kunne finne noen.¹²⁷

På dette grunnlaget vil jeg hevde at ordinær trygdemedisinsk sakkyndighet ikke faller inn under det rettsmedisinske sakkyndighetsbegrepet. Vi bør tale om to forskjellige former for medisinsk sakkyndighet: trygdemedisinsk sakkyndighet og rettsmedisinsk sakkyndighet. *Trygdemedisinsk sakkyndighet er en egen form for medisinsk sakkyndighet, som bør beskrives og analyseres på sitt eget grunnlag.*¹²⁸

¹²⁶ Man kan stille spørsmål om helsepersonelloven § 27 om «opplysninger som sakkyndig» gjelder den ordinære trygdemedisinske sakkyndighet (Lov om helsepersonell m.v. 2006). Det står ikke i forarbeider at den gjør det (Ot.prp.nr.1 1979: 154-159; Ot.prp.nr.13 1998: 89-90). Juristene Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad synes også å mene at den ikke gjør det (Befring & Ohnstad 2001: 143). Kjønstad skriver at denne paragrafen regulerer de tilfelle hvor «en helsearbeider opptrer som sakkyndig, for eksempel i en straffesak, i en trygdesak eller i en barnevernsak.» (*Min kursivering*) (Kjønstad 2005: 293). Så vidt jeg kan forstå, kan ikke en «trygdesak» her bety ordinær primærmedisinsk trygdemedisinsk virksomhet, men betyr for eksempel en spesialistuttalelse i en menerstatningssak.

¹²⁷ I samtale med italienske leger har jeg forstått at den rettsmedisinske og den sosialforsikringsmedisinske tradisjonen i Italia hører nært sammen, også utdanningsmessig. Italiensk retts- og sosialforsikringsmedisin kan være «unntaket som bekrefter regelen» om at de er atskilt.

¹²⁸ Rikstrygdeverket brukte ofte betegnelsen «sakkyndig rådgiver» som er beskrevet slik: «Sakkyndig rådgiver er legen når han/hun avgir legeerklæringer, attestasjoner og lignende som ikke står i forbindelse med behandlingen av skade eller sykdom, men er ment å skulle tilrettelegge grunnlaget for avgjørelser av trygde- og erstatningsmessig art.» (Rikstrygdeverket 2000: 4). Det er altså en rolle som ikke står i (direkte) forbindelse med behandling, men beskrivelsen sier ikke at rollens formål ligger utenfor helsetjenesten. Uttrykket «sakkyndig rådgiver» brukes forøvrig også i *Trygdemedisinsk håndbok* (Tellnes 1994: 18). Med dette uttrykket blir den trygdemedisinske sakkyndighetens rådgivningsaspekt vektlagt.

Jeg vil oppsummere denne analysen så langt den nå er kommet: Etisk sett kan det neppe kreves at en fastlege som trygdemedisinsk sakkyndig bør være nøytral i alle saker for hva som blir utfallet av en uførepensjonssak. Dette skyldes legens nærhet til pasienten og behandleretikken. Det bør gis rom for et visst engasjement for utfallet av enkelte saker. Det bør altså ikke kreves at fastlegen er upartisk i betydningen *nøytral mellom partene*, eller *personnøytral*. Det bør med andre ord ikke kreves at fastlegen fullt ut i alle situasjoner følger upartiskhetsprinsippet overfor egne pasienter.

Jeg vil imidlertid hevde at fastlegen bør kunne opprettholde en rimelig *balanse mellom sympati- og upartiskhetsperspektivet* i sitt trygdemedisinske sakkyndighetsarbeid. En begrunnelse for dette synet er at for legearbeid generelt gjelder det at legen har etiske forpliktelser både ovenfor enkeltmennesket og overfor samfunnet, slik *etiske regler for leger* gir uttrykk for (Den norske lægeförening 2006: kap. I § 1). Å opprettholde en balanse mellom *sympati- og upartiskhetsperspektivet* gjelder altså legearbeid generelt, ikke bare trygdemedisinsk sakkyndighet. Det er også gjort empirisk forskning som i noen grad belyser det spørsmålet som her tas opp. Legene Pål Gulbrandsen, Olaf G. Aasland og Reidun Førde fant i et representativt utvalg av norske leger at flertallet (56%) gav uttrykk for at de i legeerklæringer eller attester aldri bevisst hadde «fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det uttalelsen dreide seg om ble best mulig». (Gulbrandsen, Aasland, & Førde 2004). Dette kan fortolkes slik at flertallet leger synes at de balanserer sympati- og upartiskhetsperspektivet når de skriver legeerklæringer. Det er i seg selv bemerkelsesverdig at en så stor andel av legene synes at de greier dette. Trettini prosent svarte at de hadde fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det legeerklæringen siktet mot ble størst mulig. De mente likevel at det de skrev i legeerklæringen ikke var usant. De oppgitte begrunnelser tyder på at de bl.a. hadde latt sympatiperspektivet noen ganger veie tyngst. Denne undersøkelsen synes jeg gir et realistisk bilde av at det vil være variasjoner blant leger og situasjoner når det gjelder balansering av sympati og upartiskhet.

Kriteriene på kunnskapsteoretisk objektivitet som ble funnet i forrige underkapittel skal nå tas fram. Jeg skal reflektere over i hvilken grad de bør kunne praktiseres med en rimelig balanse mellom sympati- og upartiskhetsprinsippet ved bruk av pasientsentrert metode i et fastlegeforhold. For å ta det sentrale negative kriterium først: en legeerklæring skal *ikke være vilkårlig*. Dette betyr bl.a. at legen ikke skal være sterkt ensidig, ikke skal se saken kun fra pasientens perspektiv og ikke skal la sine vurderinger være helt ubegrunnet (se underkapittel 3.2). Et annet krav med nærliggende negativ betydning er at en legeerklæring *ikke skal være misvisende* (forrige underka-

pittel). Dette er minimumskrav til alle slag sakkyndighet. Disse mener jeg også bør kunne oppfylles ved bruk av pasientsentrert metode hos fastlegen.

Nå til de positive kriteriene *saklighet, intersubjektiv etterprøvbarehet, nøyaktighet og korrekthet*. Det sentrale her er for det første at legen beskriver rimelig *nøyaktig* og *korrekt* de kliniske forhold som er av betydning. Hvilke disse kliniske forhold av betydning er, bestemmes av hvilken uførhetsmodell som benyttes (se påfølgende del IV). Her er det legens faglighet som får stå sin prøve. At fastlegen skal vise fram sin faglighet, er et rimelig krav. For det andre er de slutninger som legen trekker om de konsekvenser de kliniske forhold har for evnen til å arbeide eller skaffe inntekt viktige. Her dreier det seg både om krav til logisk stringens og om at slutningene må være relevante for det som er det aktuelle arbeidsevneproblem. Slike krav til *saklighet* bør kunne oppfylles også ved bruk av pasientsentrert metode. I hvilken grad denne faglighet utøves, kan i alle fall til en viss grad etterprøves av legeerklæringens leser. En legeerklæring kan *etterprøves* både med hensyn til premisenes holdbarhet, de logiske slutningenes gyldighet fra premisser til konklusjon og med hensyn til relevans. At legen noen ganger foretar vurderinger som kan være til gunst for pasienten, behøver ikke å være av så stor betydning fordi leseren i en viss grad kan korrigere for dette. En nødvendig forutsetning for den type etterprøving av legeerklæringer som her er beskrevet, er at lesere, dvs. NAVs funksjonærer og fagfolk, har kompetanse til å utføre dette arbeidet. Trygdemedisinsk sakkyndighet kan altså under slike forutsetninger tenkes å kunne fungere godt nok selv om legen vinkler noe det han eller hun skriver til gunst for sin pasient.

Dersom sympati- og upartiskhetsperspektivet skulle komme i konflikt for fastlegen som trygdemedisinsk sakkyndig, bør etter alt å dømme sympatiperspektivet prioriteres. Dette svarer til at det medisinsketiske *godhetsprinsippet* står så sentralt i den medisinske etikken. Man kan tenke seg en situasjon der en aldrende arbeidstaker er blitt behandlet på en meget negativ måte av arbeidsgiver ved f.eks. en omorganisering eller oppsigelse. Arbeidstakeren har fått varige psykiske skader av denne behandlingen. Dette kan være en situasjon der den trygdemedisinske sakkyndige etisk sett bør stå opp for og forsvare sin pasient mot faren for ytterligere skader ved en fortsatt saksbehandling som ikke tar hensyn til denne spesielle sårbarheten. Man kan alternativt si at legen bør gjøre dette nettopp for rettferdighetens skyld. Dette tenker jeg likevel bør kunne gjøres på en måte som oppfyller de ovenfor nevnte kunnskapsteoretiske objektivitetskriteriene.

En nødvendig forutsetning for trygdemedisinsk sakkyndighet under de beskrevne forhold er at legen i den dialogen som den pasientsentrerte metoden er basert på, opptrer som en *fagperson* og ikke kun som en passiv for-

midler av det som pasienten forteller. En annen nødvendig forutsetning er at legen er blitt undervist om og lært opp i medisinsk sakkyndighetsarbeid. Slik undervisning bør ta opp konflikten som noen ganger kan oppstå mellom sympati- og upartiskhetsperspektivet og mellom ulike etiske prinsipper.

Jeg foreslår å sikre trygdemedisinsk upartiskhet ved en modell der legen og NAV-kontoret *til sammen* oppfyller *upartiskhetsprinsippet*. Det virker rimelig å anse NAV-kontorene som hovedansvarlig for at upartiskhetsprinsippet følges. Disse kontorenes saksbehandlere og ledere ser bl.a. mange flere saker enn den enkelte fastlege. De kan derfor se menneskers ulike situasjoner i forhold til hverandre i større grupper eller hele kommunepopulasjoner (jf. underkapittel 2.5). Fastlegen bør også forsøke å realisere upartiskhetsprinsippet, men det kan noen ganger være vanskelig å praktisere etter det. Noen ganger vil NAV-kontoret ha en legeerklæring som beslutningsgrunnlag der det mer eller mindre tydelig går fram at legen har inntatt «advokatrollen» (underkapittel 9.5). Det vil også kunne være slik at NAV-kontoret har skjønt at en lege har inntatt «advokatrollen» som fast rolle. En kompetent fagperson i NAV som leser en erklæring skrevet på et slikt grunnlag, vil noen ganger kunne skille mellom det som finnes av medisinske beskrivelser i erklæringen og de slutninger som utledes av disse. Beskrivelsene kan aksepteres, men ikke de slutningene legen har trukket. Enkelte leger kan være så svake både faglig og sakkyndighetsmessig at deres pasienter må vurderes av annen lege. Spesielt kyndige leger, også allmennleger, kan i noen tilfelle fungere som leger som avgir en «second opinion».¹²⁹

En måte å oppnå mest mulig upartiskhet i vurderinger og beslutninger i konfliktsituasjoner der medisinske forhold har sentral betydning, er å la leger ha forskjellige roller i slike konfliktsituasjoner. «Det etiske ansvaret i konfliktsituasjoner kan iblant tydeliggjøres og ivaretas ved at ulike leger har ulike roller.» (Schei et al. 2000: 1209). Det forhold at noen fastleger i noen situasjoner prioriterer sympatiperspektivet, kan oppveies ved at leger i NAV ivaretar upartiskheten. På denne måten kan beslutninger i saker i rimelig grad følge upartiskhetsprinsippet. Ut fra den modellen som her legges til grunn, kan man spørre om det er adekvat at leger opptrer som rådgivende leger uten beslutningsmyndighet slik de hittil har gjort på

¹²⁹ Hatland skrev i 1993 om skjønn på en måte som synes å støtte opp under denne konklusjonen. «Skal skjønnet ha legitimitet, må det ledsages av en anerkjent profesjonell fagliggjøring. Det synes å være bredt akseptert at leger og andre behandlingsprofesjoner må ha nokså vid adgang til å avveie hva som er til pasientens beste. Begrensninger av profesjonens skjønn skjer først og fremst gjennom faglig overprøving der representanter for profesjonene deltar.» (Hatland 1993: 136).

trygdekontorene, eller om det er mer adekvat at de innen NAV opptrer som beslutningstakere på linje med andre fagfolk i større eller mindre team. De vil f.eks. kunne ta seg av saker sammen med andre beslutningstakere der vurdering av medisinske forhold er spesielt vesentlige og vanskelige å vurdere.

En endring av synet på forholdet mellom fastlegene og NAV-kontorene slik at de til sammen ivaretar upartiskhetsprinsippet, kan tenkes å ha nok en konsekvens som må anses gunstig. Anstrengelser for å opptre som portvakt har muligens økende psykiske kostnader for legene (Gulbrandsen, Førde, & Aasland 2002). På grunnlag av den foreslåtte modellen er det mulig at fastlegen får redusert det psykiske trykket mot seg når det ikke forventes at han eller hun alene skal kunne fungere som trygdemedisinsk portvakt. Legen kan i større grad oppleve seg som del av et team og kjenne støtte for det sakkyndighetsarbeidet han eller hun utfører – så langt det er mulig i fastlegens praksis.

Analysen har nå kommet fram til noen kriterier som det er nødvendig å bruke for en objektiv beskrivelse og vurdering innen norsk trygdemedisin. Dette svarer til det som ble påvist i underkapittel 3.2 om at det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet er et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Men disse er ikke tilstrekkelige. Når for eksempel en pasient med kroniske smertepågaver skal beskrives saklig, nøyaktig osv., blir spørsmålet stående hva legen så skal beskrive hos den aktuelle pasienten. Dette er et spørsmål om de *ontologiske vilkårene* for en objektiv og rettferdig beskrivelse. Dette er spørsmålet som tas opp i neste kapittel og som må avklares før vi går over til å analysere uførhetsmodeller i avhandlingens neste del.

10.7 Konklusjon

Den naturvitenskapelige medisin utviklet i løpet av det 19. århundret *den moderne kliniske metoden*. Målet med metoden er å diagnostisere sykdom (eng. *disease*). Den *klassiske biomedisinske sykdomsmodellens* privilegerte objektivitetsbegrep er *ontologisk objektivitet*. Dette var det privilegerte objektivitetsbegrepet innen tysk sosialforsikringsmedisin omkring år 1900. Det påvises at den tyske sosialforsikringsmedisinske sakkyndige skal *følge anerkjent klinisk metode*. Legen skal være nøytral i forholdet mellom pasient og sosialforsikring. Kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet som *saklighet* og *nøyaktighet* ble anvendt.

Følgende kriterier på *kunnskapsteoretisk objektivitet* anses som de sentrale i nåtidig norsk trygdemedisinsk sakkyndighet: *saklighet*, *intersubjektiv etterprøvnbarhet*, *nøyaktighet*, *korrekthet* og at erklæringen *ikke skal være misvisende*. Dessuten skal *vilkårlighet* unngås.

Innen nåværende norsk trygdemedisin, basert på en fastlegeordning og en dialogbasert pasientsentrert metode, synes det ikke etisk rimelig å forvente at legen fullt ut følger *upartiskhetsprinsippet* overfor egne pasienter. Men det argumenteres for at fastlegen bør kunne opprettholde en *balanse mellom sympati – og upartiskhetsperspektivet*. Ved en slik balanse synes det langt på vei mulig for fastlegen å anvende de kriterier på kunnskapsteoretisk objektivitet som ble nevnt ovenfor. Dersom disse perspektivene skulle komme i konflikt, bør etter alt å dømme sympatiperspektivet prioriteres. Det foreslås en modell der NAV-kontoret og fastlegen til sammen har ansvar for å ivareta upartiskhetsprinsippet.

Spørsmålet om de ontologiske vilkårene for en trygdemedisinsk objektiv beskrivelse tas opp i det påfølgende kapittel.

11 Det kombinerte og det holistiske objektivitetsbegrepet og disse begrepenes kriterier

For å analysere videre det trygdemedisinske objektivitetsproblemet, konstrueres to begreper. Det ene kombinerer det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet og betegnes som *det kombinerte objektivitetsbegrepet*. Det sentrale medisinske kriteriet på dette begrepet er *objektive funn*. Det andre begrepet anerkjenner ontologisk subjektivitet i tillegg til ontologisk objektivitet, og krever dessuten kunnskapsteoretisk objektivitet ved en beskrivelse av begge disse aspektene. Det betegnes som *det holistiske objektivitetsbegrepet*. Et kriterium på dette begrepet er *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*.

11.1 Det kombinerte objektivitetsbegrepet og kriteriet objektive funn

I kapittel 3 ble et kunnskapsteoretisk objektivitets- og subjektivitetsbegrep og et ontologisk objektivitets- og subjektivitetsbegrep definert. *Det kombinerte objektivitetsbegrepet* er et begrep der klassen av fenomener som begrepet omfatter, kan beskrives både ontologisk objektivt og kunnskapsteoretisk objektivt. Fenomenene antas altså å ha en uavhengig eksistens og de kan beskrives kunnskapsteoretisk objektivt. Et mye anvendt kriterium på dette objektivitetsbegrepet i medisinen er *objektive funn*. Også her finner jeg det opplysende med en medisinskhistorisk redegjørelse.

Den franske legen René Laennec (1781-1826) anerkjennes som en av de største klinikerne i medisinsk historie. I 1819 publiserte han sin oppfinnelse: stetoskopet (Ackerknecht 1982: 150f). Patologen og medisinhistorikeren Lester S. King (1908-2002) skriver at stetoskopet er et instrument