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

som ved sin bruk skapte et påtagelig skille mellom det pasienten beretter, det subjektive, og det stetoskopet påviser, det objektive (King 1982: 82). Slik ble et skille mellom det ontologisk subjektive og det ontologisk objektive i sentrum for medisinsk praksis understreket. Legen forholdt seg til kroppen som en mekanisk størrelse og avviste ontologisk subjektivitet. *Det ontologisk objektive* fikk en enerådende posisjon. Dette skillet, og avvisningen av ontologisk subjektivitet, satte Laennec inn i en kulturell kontekst:

> The effects of the stethoscope on the physicians were analogous to the effect of printing on Western culture […]. Auscultation helped to create the objective physician, who could move away from involvement with the patient's experience and sensations, to a more detached relation, less with the patient but more with the sounds from within the body. Undistracted by the motives and beliefs of the patient, the auscultator could make a diagnosis from sounds that he alone heard emanating from body organs, sounds that he believed to be objective, bias-free representations of the disease process.[130]

Laennec skriver her at stetoskopet som instrument gjør det mulig for legen å komme fram til en diagnose helt uavhengig av, og uten hensyn til, pasientens motiver eller oppfatninger. Stetoskopet konstituerer altså legen også som den *objektive* i betydningen *uhildet* eller *upartisk* (eng. *detached*).[131] Det ble slik mulig å tale om *naturens upartiskhet*. Med stetoskopet som redskap registreres det som foreligger *ontologisk objektivt.* Men implisitt konstitueres objektivitet også i *kunnskapsteoretisk forstand*. Dette skjer ved at pasientens subjektivitet settes til side. Legen forholder seg kun til kroppen og tror seg dermed å få direkte tilgang til de ontologisk objektive sykdomsprosessene med sine sanser og sitt stetoskop. Den kunnskapsteori som her må sies å ligge implisitt, er *naiv realisme*. I følge naiv realisme er vår kunnskap «en exakt reflektion eller återspegling av verkligheten i vårt medvetande. Medvetande anses fungera som en spegel i vilken verkligheten återspeglas.» (Barbosa da Silva & Andersson 1993: 140). Men det finnes ingen slik direkte tilgang til naturen som den naive realismen hevder. Mennesket *tolker* naturen, slik kritisk realisme hevder (underkapittel 3.2). Derfor kan jeg spørre hvilken fortolkning som ligger til grunn for talen om *objektive funn*. Jeg forsøker nå å forstå sosialforsikringsmedisinens sentrale tolkningsramme (eng. *conceptual framework*) (Chalmers 1999: 10ff).

Jeg skal nå forklare at naturvitenskapelig medisin anvender et *kombinert objektivitetsbegrep* med *objektive funn* som begrepets sentrale kriterium. Analysen bygger på filosofen Ian Hackings analyse av normalbegrepers framkomst (Hacking 1990).

---

[130] Sitatet er fra Stone (1984: 104).

[131] Fra: *Detached.* I: *Cappelens store Engelsk-norsk ordbok.* Annen, reviderte og utvidede utgave. 1994. J.W. Cappelens Forlag, Oslo: 290.

Vi har sett at ordet «normal» har både *deskriptiv* og *normativ* betydning, og at disse betydningene ofte glir over i hverandre (underkapittel 9.7). Innen den moderne klinikken på begynnelsen av det 19. århundret hadde man kartlagt sykdommers lesjoner, altså utviklet en organteori om sykdom («lokalisme») (Eckart 2005: 187ff). I følge Hacking ble ordet «normal» omkring 1820 knyttet til ordet «patologisk» som sin motsetning. Legen Fran-Vois J.V. Broussais (1772-1838) var en framtredende forkjemper for den nye organteorien om sykdom (Hacking 1990: 165). Æren for å ha innført patologisk i den nye betydningen *avvik fra det normale* tilskrives han. Broussais' teori er forklart slik:

> The pathological was defined as deviation from the normal. All variation was characterized in terms of variation from the normal state. […] Note the two parts of this 'principle': (a) pathology is not different in kind from the normal: 'nature makes no jumps' but passes from the normal to the pathological continuously. (b) The normal is the centre from which deviation departs (ibid.: 163).

I følge denne teorien kan legene få kunnskap om det patologiske ved å studere det som er normalt. Man studerer anatomi for å få mer kunnskap om patologisk anatomi. Sykdom anses å være forårsaket av strukturelle forandringer i kroppen ansett som materie. For at forandringer i kroppen skal få status som *objektive funn*, må disse forandringene gå utover det som anses normalt i deskriptiv betydning. *Objektive funn* defineres her stipulativt som s*trukturelle forandringer i den materielle, ontologisk objektive kroppen, som går utover det som anses normalt i deskriptiv betydning.* Disse forandringene kan påvises ved hjelp av medisinsk teknologi og kan ofte kvantifiseres.[132] *Objektive funn* kan altså ikke defineres bare med et vilkår om ontologisk objektivitet, slik naiv realisme tilsier. Begrepet må også defineres ved en standard for det som skal anses som normalt i deskriptiv forstand, og dermed også for det som skal anses avvikende eller patologisk. Et deskriptivt normalbegrep er å anse som et kriterium på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet. Vi står altså over for et *kombinert objektivitetsbegrep. Objektive* funn er et kriterium på *det kombinerte objektivitetsbegrepet.* Så vidt jeg kan forstå, ble det vanlig å tale om *objektive funn* i alle fall omkring 1850 (Porter 1999b: 331). Ontologisk subjektivitet blir ikke anerkjent. Jeg forstår imidlertid bruken av det ontologiske objektivitetsbegrepet slik at det anerkjennes at til visse strukturelle forandringer hører visse subjektive symptomer med. Det er derfor vanligvis nyttig å høre pasienten fortelle.

At man tar utgangspunktet i de kroppslige forandringene når det skal gjøres en klinisk undersøkelse og vurdering, passer godt med den klassiske

[132] Teknologiens store betydning for medisinens utvikling er analysert av Hofmann (2002).

positivismen.[133] Den klassiske positivismen ble grunnlagt av sosiologen og filosofen August Comte (1798-1857) (Lübcke 1983: 73). Det gjennomgående trekket ved positivismen, både i dens klassiske utforming og i den logiske positivismen som kom i det tjuende århundret, er det syn at kun erfaringsvitenskapene kan bringe erkjennelse (ibid.: 277, 350). Erfaring forstås empiristisk, dvs. at all kunnskap skal begrunnes ved hjelp av sanseinntrykk (ibid.: 114f). Det er ikke mulig å få kunnskap om det som ikke kan testes ved sanseerfaring. Den positivistiske bevegelsen (den klassiske og den logiske positivismen) fikk stor betydning i vitenskapene fram til andre halvdel av det 20. århundret.

Den måten jeg har definert *objektive funn* på ovenfor, passer ikke helt med den logiske positivismens empirisme. Definisjonen introduserer nemlig et teoretisk vilkår om deskriptiv normalitet. Definisjonen er imidlertid forenlig med nåtidig naturvitenskapelig vitenskapsteori som erkjenner at vitenskapelige observasjoner er teoriladede (Chalmers 1999: 5ff).

Kriteriet *objektive funn* har hatt en sterk stilling i trygderetten, trygdeetatens praksis og i trygdemedisinen. Dette kommer jeg tilbake til i de påfølgende kapitlene. Jeg skal her vise et eksempel på at det fortsatt har en sterk stilling i vår tids trygdemedisin. Mæland skriver i siste utgave av *Veileder i trygdemedisin 2006-2007* følgende: «Legen skal legge frem de faktiske medisinske forhold. En legeerklæring bør derfor i størst mulig grad gi uttrykk for *de objektivt verifiserbare medisinske fakta.* Slike opplysninger bør i alle fall skilles mest mulig fra legens vurderinger og synspunkter.» *(Kursivering i originalteksten)*(Mæland 2006: 25). Setningen tyder på at Mælands prioriterte objektivitetskriterium er *objektive funn*. Hvordan tilstander uten *objektive funn* skal beskrives, gir ikke boken noe klart svar på.

Kriteriet *objektive funn* står også sentralt innen internasjonal sosialforsikringsmedisin. I en tysk handbok står det at *objektive funn* (ty. *objektive Befunde*) oppleves som selve måleinstrumentet for den medisinsk sakkyndige. Det advares imidlertid mot å legge for stor vekt på det. «Harde data blir for det meste til myke data når de fortolkes. Data som først var myke, blir i den riktige fortolkning ofte til harde data.» (*Min oversettelse*) (Cibis & Hüller 2003: 109). Det erkjennes at fortolkning har stor betydning i kunnskapsprosessen.

Så vidt jeg kan forstå, er det erkjent at *objektive funn* som kriterium noen ganger ikke fungerer tilfredsstillende innen vår tids biomedisinske forskning. Det påvises noen ganger fysiologiske substrater som har en karakter som legen Holger Ursin har beskrevet slik:

[133] Termen «klassisk positivisme» fant jeg hos Copleston (1994b: 74).

> Psykisk belastning (stress), smerte, angst og i noen grad depresjon fører til forandringer i kroppen som kan registreres. Disse forandringene kan i seg selv føre til organisk sykdom hvis de blir stående lenge i disponerte individer. Men disse forandringene er ikke spesifikke til sykelige tilstander, tvert i mot er de en del av den friske organismens forsvarsverk mot belastning. Selv om slike kroppslige forandringer kan oppleves som ubehagelige, er de ikke ensbetydende med uhelse og sykdom, og skal verken behandles eller unngås hos de fleste. Men kroppens signaler om alarm og farer må føre til problemløsende atferd.[…] Det er altså ikke mulig å måle de fysiologiske forandringer av «stress» og bruke dem til diagnostikk av «uhelse», eller sykdomsrisiko (Ursin 1990: 153).

Påvisbare organiske forandringer kan være av en slik art at det kan være umulig å skille mellom de som er uttrykk for *disease* og de som er uttrykk for forsvar mot belastning. Slik jeg forstår det, trengs det et mer omfattende teoretisk rammeverk for å kunne fortolke de påviste forandringene på en riktig måte. Kriteriet *objektive funn* er noen ganger for enkelt og trenger derfor å bli modifisert og komplettert.

Jeg vil konkludere med at det ontologiske objektivitetsbegrepet ofte har vært ansett for å være både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Naturen er i en forstand upartisk. Det ubestridte kriterium på bruken av dette begrepet har vært *objektive funn*. Jeg har påvist at det inngår et fortolkningsmessig aspekt i begrepet *objektive funn*. Det er ikke et kriterium på et rent ontologisk objektivitetsbegrep. Det er et kriterium på et kombinert ontologisk og kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep fordi det også har et kunnskapsteoretisk aspekt: et deskriptivt normalbegrep. Jeg vil hevde at kriteriet *objektive funn*, nettopp fordi det ikke anerkjenner ontologisk subjektivitet, ikke kan være et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Men det må kunne være et tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Det vil si at ved medisinske tilstander der det foreligger betydelige skader utover det deskriptivt normale, som ved noen biomedisinske sykdommer, er en beskrivelse av slike skader i noen situasjoner *tilstrekkelig* for å kunne vurdere disse personene objektivt og rettferdig. Dette er saker som i trygdeetaten kunne bli betegnet som «kurantsak».

## 11.2 Det holistiske objektivitetsbegrepet i norsk trygdemedisin

I trygdemedisinsk klinikk trengs et objektivitetsbegrep som gjør det mulig å beskrive også det ontologisk subjektive på en kunnskapsteoretisk objektiv måte. *Det holistiske objektivitetsbegrepet* er et begrep der klassen av fenomener som begrepet omfatter, kan beskrives både *ontologisk objektivt* og *ontologisk subjektivt.* Fenomenene antas dels å ha en uavhengig eksistens og dels en eksistens avhengig av bevisstheten. Begge slag fenomener skal kunne beskrives i kunnskapsteoretisk objektive termer. Det antas altså mulig å få objektiv kunnskap om så vel prosesser som har ontologisk objektiv eksistens

(som for eksempel fysisk-kjemiske prosesser og de fysiologiske substratene for kognitive funksjoner) som fenomener som har ontologisk subjektiv eksistens (som for eksempel *illness*). Dette begrepet anser jeg som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Jeg skal i dette underkapitlet fortolke hvordan det holistiske objektivitetsbegrepet har kommet fram i norsk trygdemedisin.

I sitt foredrag i 1950 tok Evang opp spørsmålet om hvordan legen kan beskrive og vurdere pasientens invaliditet *objektivt*.

> Ganske skarpt kritiseres ofte at det i lægeerklæringene ikke skjelnes tilstrekkelig skarpt mellom subjektive klager og objektive funn. Lægens oppgave må, heter det, være helt kjølig og objektivt å beskrive det som faktisk finnes. Gir man seg inn på å lytte til pasientens subjektive klager, vil man miste ethvert holdepunkt, og invaliditetsgraden, f.eks., ville bli avhengig av faktorer en ikke kan føre kontroll med. For den velordnede tankegang som gjerne vil sette tingene på plass, hver i sin sektor, lyder dette meget plausibelt. Livet selv er dessverre ikke så velordnet, og lægen står her faktisk overfor en av sine aller vanskeligste oppgaver. Hvis en pasient har gjennomgått f.eks. en hjernerystelse, er det rent somatisk, altså legemlig, i mange tilfelle intet objektivt å beskrive. Pasienten kan for alle tilgjengelige, vanlige undersøkelsesmetoder være nøyaktig som før. Allikevel kan han være vesentlig redusert objektivt sett, og kan fremby et billede av høy grad av invaliditet. Man har imidlertid ingen, eller i høy grad meget ufullkomne metoder å måle denne invaliditet. Man er med andre ord, for overhodet å nærme seg den objektive bedømmelse av forholdet, nødt til i vesentlig grad å bygge på pasientens subjektive uttalelse (Evang 1950: 429).

Evang presenterer her først objektivitetsbegrepet *naturens upartiskhet* som tydeligvis hadde sine forsvarere i samtiden. Det som pasienten har å klage over, anses i seg selv ikke å ha noen selvstendig status som kilde til kunnskap om pasientens invaliditet. Evang avviser dette synet. Han bruker en pasient med postcommotio-syndrom som et klinisk eksempel. Det kan ikke påvises *objektive funn* eller *disease*. Her foreligger *illness without disease*, og Evang anerkjenner slik sykdom. Jeg fortolker dette slik at Evang anerkjenner *ontologisk subjektivitet*, selv uten at det foreligger *objektive funn*. Så vel *ontologisk subjektivitet* som *ontologisk objektivitet* anerkjennes. For å kunne få en faglig forståelse av pasientens tilstand, er legen nødt til å basere seg på det som pasienten rapporterer om sin subjektive opplevelse, sin *illness*. Det er bemerkelsesverdig at Evang uttrykte seg så anerkjennende overfor ontologisk subjektivitet innen et rådende positivistisk kunnskapsregime. Positivismen anerkjente nemlig ikke ontologisk subjektivitet. Begrunnelsen er at det ikke finnes noen virkelighet som ikke prinsipielt er tilgjengelig for sanseerfaring (Flor 1982: 122).

Jeg fortolker den ontologi som kommer til uttrykk i teksten ovenfor på følgende måte: Det finnes en sammenheng bestående av pasientens livshistorie, den sosiale situasjonen og det som finnes ved klinisk undersøkelse av

pasientens kropp og ved å lytte til hva han eller hun har å fortelle. Legen bør i korte trekke gjøre rede for denne i sin legeerklæring. Evang gjorde knapt ti år senere nærmere rede for sin medisinske virkelighetsoppfatning på følgende måte:

> Våre dagers medisin betrakter menneskene ut fra det samspill som foreligger mellom mennesket og de andre levende organismer som omgir dem og mellom de levende organismer og det miljø av materiell, kulturell og økonomisk og sosial karakter som omgir dem («ekologi»). Ut fra dette resonnement må et menneskes helsetilstand bedømmes ut fra alle de organiske og mentalt betingete symptomer av objektiv og subjektiv karakter som det frembyr hvortil i videste forstand også hører dets kjønn, alder og mentale eller intellektuelle utrustning og de muligheter som pasienten objektivt sett frembyr for opplæring i nytt yrke eller for å gjenoppta sitt gamle yrke (Ot.prp.nr.22 1959: 13).

Evang ser altså det individuelle mennesket i miljømessig og sosial sammenheng. Den ontologien som her ligger implisitt til grunn, har flere likhetstrekk med denne avhandlingens pluralistisk-holistiske ontologi.

Spørsmålet er nå om Evang i artikkelen fra 1950 erkjenner et *kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep* som også omfatter kunnskap om subjektive forhold. På grunnlag av den siterte teksten kan det neppe sies at han eksplisitt erkjente dette, men jeg vil vise at implisitt ble det erkjent. Evang skriver at det kreves at legen interesserer seg for, og setter seg inn i, hele pasientens livssituasjon når invaliditet skal vurderes. For å oppnå innsikt i denne må legen «bygge på pasientens egen subjektive uttalelse» (se tekstutdraget ovenfor). Slektningene kan dessuten utfylle denne beskrivelsen med det de har observert. Evang hevder i utdraget ovenfor at en slik pasient *objektivt sett* kan vise seg å være «vesentlig redusert» og kan framby «et bilde av høy grad av invaliditet». Legen bør imidlertid som sakkyndig kontrollere opplysningene ved å anvende *anerkjent klinisk metode*. På dette grunnlaget kan det gjøres en «objektiv bedømmelse av forholdet» (se tekstutdraget). Slik sett kan Evang fortolkes å erkjenne et kunnskapsteoretisk objektivitetsbegrep. Det holistiske objektivitetsbegrepet er slik sett kommet til syne. Følgende anser jeg for å være et tidlig medisinsk kriterium på det holistiske objektivitetsbegrepet: *en faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, sosiale situasjonen og de objektive funn ved kroppen.*

I 1959 finner man et interessant korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet av Kjæstad. Han synes å gå god for Evangs syn om å anerkjenne *ontologisk subjektivitet* når han skriver:

> Den medisinske invaliditetsvurdering må bygge på en total vurdering av individet særlig når det gjelder syketrygdsaker og uførhetstrygdsaker. De anatomiske og organiske forandringer er nesten alltid bare en del av det som skal vurderes. Og ikke bare det. Denne del av arbeidet bortfaller i mange tilfelle helt. I en stor del av tilfellene finner man nemlig ingen organiske forandringer selv om alle tilgjengelige undersøkelsesmetoder er brukt, og allikevel er den allsidige kliniker ikke i tvil om at pasienten er arbeidsufør. Det kom-

> mer til å bli mange pasienter av denne kategori når uføretrygden skal innføres (Kjæstad 1959).

Det interessante med dette innlegget er at Kjæstad, som erfaren kliniker, erkjenner at *objektive funn* ikke er noe nødvendig vilkår for uførhet. Det går fram av hans påstand i teksten om at noen ganger faller arbeidet med å vurdere anatomiske og organiske forandringer helt bort. Det foreligger likevel en funksjonsevnesvikt som legen kan få kunnskap om.

Det vi her konstaterer hos Evang og Kjæstad kan ses som uttrykk for et trekk ved medisinen som er utviklet i løpet av det 20. århundret. Laín Entralgo skriver slik om dette:

> [P]ossibly the most deep-rooted and typical characteristic of present-day medicine is the 'introduction of the subject' into the physician's thinking and activity. The sick man is no longer a mere 'object' – even though he sometimes has to be studied objectively, he is now seen and treated as an individual (Laín Entralgo 1969: 127).

Det foreligger en økt medisinsk sensitivitet for subjektiv opplevelse utover i det 20. århundret.

Artikkelserien *Legen og trygden* som kom i Tidsskriftet i 1989, tar også for seg det trygdemedisinske objektivitetsproblemet. I første artikkel, skrevet sammen av juristen Bjørn-Inge Walmann og legen Terje Vigen, argumenteres det for at legen i sin vurdering ikke *bare* skal legge vekt på *objektive funn.* De skriver:

> Legens vurderinger og uttalelse i en trygdesak bør i første rekke basere seg på medisinske observasjoner og funn. Men legens øvrige kjennskap til pasienten er også av betydning, ikke minst for legens vurdering av hvordan medisinske forhold innvirker på ervervsforhold. Å svare på mange av de spørsmål som legen i slike saker stilles overfor, krever ofte andre informasjoner enn de rent medisinske. For det første kan likeartede medisinske problemer oppleves meget forskjellig, beroende på ulikheter i pasientenes personlige referanseramme og livs- og arbeidssituasjon. Dette tilsier en type individuell behandling der legen også må ta hensyn til forhold som ikke er spesifikt medisinske. Det kan gjelde informasjoner som legen har omkring pasientens arbeidsforhold og jobbkrav, der en pasient f.eks. skal gjenoppta sitt arbeid på «halv dag». Det kan videre også gjelde pasientens totale familiesituasjon. For øvrig vil bredt innsyn i pasientens situasjon og muligheter også være nødvendig når legen skal være med å vurdere en uføre- og attføringssak (Walmann & Vigen 1989: 2147).

Legen skal primært basere seg på det som foreligger av *objektive funn* («medisinske observasjoner og funn»). Men legen skal også basere seg på det som foreligger *ontologisk subjektivt* («de påberopte plager»). Legen skal også vurdere arbeidsforhold og jobbkrav, foruten ev. familiesituasjon. Det sies videre at legen skal ta hensyn til ulikheter i pasienters *opplevelser*, som beror på forskjeller i personlig referanserammer, livs- og arbeidssituasjon. Det er tydelig at denne teksten anerkjenner både ontologisk objektivitet og subjektivitet.

Når det gjelder spørsmålet om objektiv kunnskap om subjektive forhold, fortsetter forfatterne slik:

> Selv om sykdom ofte ytrer seg som en tilstand med påviselig somatisk grunnlag, vil det ikke alltid være slik. Selv ved sparsomme eller diffuse «funn» av mer objektiv, medisinsk karakter vil likevel en lege med langvarig og grundig kjennskap til en pasient etter hvert finne overbevisende grunnlag for om en pasient virkelig har de påberopte plager. Når det kan dokumenteres at slike plager har vedvart i en årrekke og beviselig hindret pasienten i å opprettholde eller gjenoppta inntektsgivende arbeid, vil dette således kunne likestilles med «objektive funn». Legen bør i slike tilfelle gi uttrykk for dette – gjerne med en påpekning av eventuelle psykososiale forhold som må antas å ha virket negativt inn på vedkommendes arbeidsevne (ibid.).

Det påpekes i denne teksten at også i de situasjoner der det ikke foreligger *objektive funn*, vil legen kunne gi en redegjørelse for situasjonen. Jeg fortolker teksten å hevde at en slik redegjørelse vil kunne være *objektiv i kunnskapsteoretisk* forstand. De former for kunnskap som gjør dette mulig, fortsatt i følge min fortolkning, er *hermeneutisk kunnskap* og *fortrolighetskunnskap* (se underkapittel 4.3). Når forfatterne skriver om likeartede medisinske problemer som «oppleves meget forskjellig, beroende på ulikheter i pasientenes personlige referanseramme» og at disse «tilsier en type individuell behandling der legen også må ta hensyn til forhold som ikke er spesifikt medisinske» i det første tekstutdraget, er det *hermeneutisk forståelse* de omtaler. Når de skriver om betydningen av et «langvarig og grundig kjennskap til en pasient» i det andre tekstutdraget, er det *fortrolighetskunnskap* de skriver om. Legen kan på dette kunnskapsgrunnlaget dokumentere pasientens plager. Slik dokumentasjon, noen ganger forsterket med henvisning til pasientjournalen, kan overbevise. Det vil si at de forklaringene som anføres viser at det er troverdig at plagene reduserer arbeidsevnen. Slik dokumentasjon likestilles med *objektive funn*. En slik legeerklæring vil være *etterprøvbar*. Leseren kan også vurdere *sakligheten*, dvs. sammenhengen mellom de grunner som anføres og den konklusjon som trekkes. Den er objektiv, men i kunnskapsteoretisk forstand. Også i Walman og Vigens tekst er *det holistiske objektivitetsbegrepet* kommet til syne. Det anvendte medisinske kriteriet på dette begrepet er i det vesentlige det samme som ble presentert i forrige underkapittel.

Betydningen av hvilket syn på forholdet mellom kropp og sinn (eng. *body and mind*) som anlegges innen trygdemedisinen skal nå analyseres. *Substansdualismen* får følgende tankegang som konsekvens når plager skal forklares. Sykdommer må *enten* være forårsaket av skadelige forandringer i kroppen, *eller* av at noe er gått galt i sinnet. Legen undersøker kroppen til en pasient med såkalt diffus lidelse og «finner ingenting». Plagene er *ikke reelle*, heter det gjerne. Dersom plagene ikke kan forklares ved *objektive*

*funn* i det ene aspektet med mennesket (kroppen), må det med logisk nødvendighet forklares ved at det foreligger noe galt i det andre (sinnet), altså et mulig psykiatrisk problem. Pasienten kan dermed lett oppleve seg mistenkeliggjort (Dæhli & Bjerkedal 1991; Kirkengen 1990; Kirkengen 2005; Solli 2000).

Kjønstad I-utredningen skriver på en måte som kan tyde på et *ikke-dualistisk* syn på mennesket. Det heter her: «Kropp og sjel er en enhet som ut fra samvirket mellom arv og miljø bestemmer det enkelte individs mottakelighet for sykdom. En sykdom er følgelig et produkt av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold.» (NOU 1977a: 99). Kropp og sinn er ikke to atskilte prinsipper, men en samlet enhet. Det er bemerkelsesverdig at utredningen uttrykker problembevissthet om disse spørsmål. Utredningen tar opp begrepet 'diffuse plager' og polemiserer for det første at begrepet selv er nokså diffust (ibid.: 110). For det andre konstateres det at de plagene det her er tale om, er slike som kan føre til arbeidsuførhet for kortere eller lengre tid, særlig når flere plager opptrer samlet (ibid.). For det tredje settes disse lidelsene inn i en sosial sammenheng på denne måten:

> De som har «diffuse plager» utgjør i det vesentlige middelaldrende og noe eldre individer. I gruppen inngår det antagelig noen flere kvinner enn menn. Deres evnenivå er gjennomgående normalt. En rekke av dem har manglende personlighetsoverskudd.
>
> De mangler ofte både praktisk og teoretisk utdannelse. Dette har ført til at de tidlig kom ut i arbeidslivet og da gjerne i lavstatusyrker. I gruppen er det mange kvinner med rengjøringsarbeid og annet tungt arbeid og menn i tungt kroppsarbeid […].[134]
>
> Den arbeidssituasjon disse personer har, gjør at de diffuse plagene virker mer funksjonshemmende enn om de hadde hatt et lettere arbeid. Deres muligheter for å få avlastning eller bytte arbeid er som regel små. Mange av disse må betegnes som «slitere» som holder seg i arbeid ut over det de egentlig orker (ibid.).

Vi ser her at når mennesket ses som en helhet av kropp og sinn kommer de sosiale sammenhengene menneskene lever i, og de sosiale årsaksfaktorene til nedsatt arbeidsevne, også til syne. Utredningens poeng er også et viktig filosofisk poeng: Substansdualismen tildekker interaksjoner og relasjoner mellom individet og de naturlige eller sosiale omgivelsene (Edwards 1998) (jf. underkapitlene 3.4-3.5).

Problemet med «uttalte subjektive somatiske symptomer uten forklaring i objektive somatiske funn» fikk økende aktualitet utover 1980-tallet (Hartvig & Szanday 1985: 1219). Det var lidelsen fibromyalgi som mye av debatten konsentrerte seg om. Denne diagnosen ble for første gang registertet hos en uførepensjonist i mars 1987 (NOU 1990c: 18). «Denne til-

[134] Det henvises her i utredningen til et brev skrevet 16.04.75 til Sosialdepartementet fra Sosialmedisinsk institutt v/fung. professor Kjell Noreik.

standen har øket dramatisk nærmest som en epidemi, og ikke minst i uføresammenheng.» (Noreik, Grünfeld, & Sundby 1990: 177).

Noreik, Grünfeld og Sundby skriver om fibromyalgi på en måte som viser noe om den substansdualistiske problematikk innen trygdemedisinen:

> Et eiendommelig trekk ved fibromyalgi som rører ved dens verdiladede grunnlag, er striden mellom pasientene og deres behandlere hvorvidt dette er en legemlig eller psykisk grunnlidelse. Pasientens uvilje mot å bli oppfattet som lidende av smerter med psykologisk forklaring matcher dårlig med somatiske legers erfaring om at vanlige fysikalske behandlingsformer er lite virksomme. Men konsekvensene av denne uoverensstemmelse om sykdommenes natur blir ofte at trygdestøtte blir den eneste behandling som kan godtas og til en viss grad møter både legens behov for å hjelpe pasienten og pasientens behov for å få en akseptabel bekreftelse på sin tilstands natur og invalidiserende følger (Noreik, Grünfeld, & Sundby 1990: 177).

Jeg fortolker teksten slik at forfatterne uttrykker seg substansdualistisk. Teksten viser også at slik tenkning omsatt til klinisk praksis er lite fruktbar. Pasienten føler seg ikke forstått. Jeg oppfatter det slik at fibromyalgi vekket debatt, til dels strid, fordi den på en tydelig måte viste fram, og problematiserte, den medisinske substansdualistiske læren. Det er altså viktig å konstruere, og forholde seg til, en ikke-dualistisk ontologi i trygdemedisinen.

Det som gjør dette tema spesielt viktig både trygdemedisinsk og velferdspolitisk, er det som Askevold-utvalgets utredning skrev i 1990:

> Det medisinske sykdomsbegrep omfatter sykdom både av organisk og ikke organisk natur. Når vilkårene for uførepensjon er knyttet til hva medisinen til enhver tid oppfatter som sykdom, virker det urimelig å knytte uførepensjon til bare den ene kategori sykdom. Det kan heller ikke sies å være noen fastere sammenheng mellom organiske lidelser og funksjon, enn mellom ikke-organiske lidelser og funksjon. Også av denne grunn blir det vanskelig å se at det skulle være logisk å stille krav om at lidelser skal være av organisk natur (NOU 1990c: 89).

De funksjonsmessige følgene av en «ikke-organisk lidelse» kan altså være like betydelige som av en «organisk lidelse». Legen Søren Brage skriver at funksjonsnivået ved tilstander som el-overfølsomhet, multippel kjemisk overfølsomhet, candidasyndrom og kroniske smertesyndrom «er minst like nedsatt som ved andre tilstander, og plagenes symptomatologi er til forveksling lik andre og aksepterte lidelser.» (Brage 2002: 1400). Dette faktum gjør det i et rettferdighetsperspektiv problematisk å skille mellom sykdom *med* eller *uten objektive funn* når det skal avgjøres om en person er inntektsmessig ufør eller ikke.

Dette rettferdighetsproblemet har et vesentlig kjønnsaspekt i det kvinner er i flertall når det gjelder de mer kroniske og utbredte «ubestemte helseplager» (Bruusgaard & Brage 2002: 8). Lege Kirsti Malterud hevder at kvinner i større grad enn menn rammes av ikke å bli trodd og dermed få deres søknad om f.eks. uførepensjon underkjent (Malterud 1999).

Det har vært arbeidet med den substansdualistiske problematikken innen norsk fysioterapi og allmennmedisin fra slutten av 1980-tallet av, særlig basert på Maurice Merleau-Pontys kroppsfilosofi (Merleau-Ponty 1962). Fysioterapeutene Gunn Engelsrud og Eline Thornquist foruten legen Anna Luise Kirkengen har vært sentrale forskere.[135] Negative hendelser, som overgrep, kan bli «skrevet inn i kroppen» med til dels betydelige funksjonshemning til følge (Kirkengen 2000; Kirkengen 2005). Kroppen anses som «bærer av liv og historie.» (Thornquist 2006).

## 11.3 Holistisk objektivitetskriterium og prinsipper for klinisk trygdemedisinen

I dette underkapitlet skal det formuleres et kriterium på det holistiske objektivitetsbegrepet, betegnet som *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Det skal også gjøres nærmere rede for prinsipper for dette kriteriet. Men først en kort oppsummering.

Det er i forrige underkapittel blitt vist at det holistiske objektivitetsbegrepet har kommet til syne innen trygdemedisinsk og annen relatert klinikk i løpet av de siste femti år. I innledningskapitlet gjorde jeg kort rede for at trygdemedisinen står oppe i en paradigmedebatt. En vitenskapelig paradigmedebatt berører virkelighetsoppfatning, menneskesyn, kunnskapssyn, syn på vitenskap og metodologi (underkapittel 1.1). Avhandlingen har gått inn i denne problematikken ved å argumentere for en *virkelighetsoppfatning* og et *menneskesyn* som hevdes ikke å ha den monistiske materialismens og substansdualismens svakheter: *en pluralistisk-holistisk ontologi* (underkapittel 3.5). Det er videre blitt argumentert for *et sosialt ikke-atomistisk syn på forholdet mellom det menneskelige individ og samfunn* (underkapittel 3.6). På dette grunnlaget er det blitt forsøkt formulert *en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom*. Denne modellen både modifiserer og kompletterer den biomedisinske sykdomsmodellen (underkapittel 4.2). Når det gjelder *kunnskaps- og vitenskapssyn*, er det blitt argumentert for at *naturvitenskapelig påstandskunnskap, hermeneutisk kunnskap, ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap* utgjør medisinens samlede kunnskapsgrunnlag. Naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora er nødvendige og tilstrekkelige som medisinens vitenskapelige grunnlag (underkapittel 4.3). Det er den trygdemedisinske *metodologien* vi har begynt å analysere i dette kapitlet. Et medisinskfaglig kriterium på det holis-

[135] En norsk historikk om erkjennelse av «kroppens rolle i menneskelig liv» bør i alle fall begynne med legen Trygve Braatøy (1906-1953) og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001) (Thornquist 2006). Et par interessante bidrag ellers i vår kontekst er Steen & Haugli (2000) og Thornquist (1992).

tiske objektivitetsbegrepet, og vitenskapsfilosofiske prinsipper for dette kriteriet, skal formuleres i dette underkapitlet. *Det medisinske holistiske objektivitetskriteriet* formuleres på følgende måte: *En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser på grunnlag av en kompleks medisinsk modell for helse og sykdom.*

Dette kriteriet er altså, sammen med de påviste kriterier på det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet, nødvendig for rettferdighetsbegrepet. Disse kriteriene er nødvendige vilkår for at en medisinsk beskrivelse og vurdering av en persons helseproblemer eller sykdom kan anses objektiv og rettferdig så langt det er mulig å komme.

For nærmere å forstå den situasjonen som legen som trygdemedisinsk sakkyndig står i, tar jeg utgangspunkt i filosofen Martin Bubers (1878-1965) refleksjoner om *distanse og relasjon*. Et grunntrekk ved mennesket er at det skaper en *distanse* til alt det som eksisterer. Det som eksisterer framstår som noe som «står ovenfor», og nettopp slik får det en selvstendig eksistens. Et annet grunntrekk ved mennesket er at det trer i en *relasjon* til det som det står ovenfor. Dette prinsippet gjelder også i mellommenneskelige forhold. Mennesket stiller andre mennesker på avstand og gjør dem slik uavhengig av seg selv. Men det går også inn i en relasjon til andre mennesker. Det er gjennom relasjonen til andre mennesker at et menneske blir et selv. Et menneske ønsker å bli bekreftet slik det er, og slik det kan *bli,* av det andre mennesket (Buber 1988).

Trygdemedisinsk sakkyndighet innebærer objektivering av den som vurderes. Termen «objektivering» har minst tre betydninger som er viktig å holde fra hverandre.

– *Objektivering i kunnskapsteoretisk betydning:* Dette betyr å gjøre noe til gjenstand for kunnskap, undersøkelse eller studier. Det kan være den pasienten som man som lege har gått i samtale med. Om objektivering i denne forstand skriver Barbosa da Silva:

> Detta är inte uteslutande utan är logiskt, etiskt och psykologiskt förenligt med tillämpningen av t ex likvärdighetsprincipen och uppvisandet av t ex sympati, omtanke och 'en äkta och ömsesidig respekt för varandras integritet'. Som Martin Buber påpekar, i en autentisk dialog behövs både avstånd och närhet. Den kunskapsteoretiska objektiveringen är ett sätt att skapa en sådan distans, t ex i en behandlingssituation eller i en dialogsituation (Barbosa da Silva & Ljungquist 2003: 92).

Det skal imidlertid minnes om at det er grenser for objektiv kunnskap om subjektive forhold (underkapittel 3.2).

– *Objektivering i ontologisk betydning:* Dette betyr å gjøre til ting eller å redusere ontologisk (se underkapittel 3.4). Betegnelsen *reifisering* benyttes også (Lübcke 1983: 321). Når man kun ser etter det som foreligger onto-

logisk objektivt og kun legger vekt på dette, vil det lett kunne skje en objektivering i ontologisk forstand. Mennesket blir ansett som en «ting». Den klassiske biomedisinske sykdomsmodellen er objektiverende i denne betydning. Det er fare for at det syke mennesket dermed også blir ansett som en «ting».

– *Objektivering i etisk betydning:* Dette vil si å *nedvurdere* en annen person eller samtalepartner. Dette innebærer at personen får redusert sin verdighet og ikke blir respektert som menneske (Barbosa da Silva & Ljungquist 2003: 92).

Den form for objektivering som det bør være tale om ved all trygdemedisinsk sakkyndighet, er objektivering i kunnskapsteoretisk betydning. Objektivering i ontologisk og etisk betydning bør unngås.

Det skal nå gjøres rede for et forslag om seks vitenskapsfilosofiske prinsipper for den kliniske trygdemedisinen, dvs. kliniske oppgaver, rådgivning og sakkyndighetsoppgaver overfor en person med nedsatt inntektsevne. Prinsippene er: *helhetsprinsippet, empatiprinsippet, unikhetsprinsippet, modellforklaringsprinsippet, omgivelsesprinsippet og helseprinsippet.* Hvert prinsipp utgjør et nødvendig vilkår, og til sammen et tilstrekkelig vilkår, for *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet*. Fra kasus til kasus, eller fra situasjon til situasjon, vil det være forskjellig hvor grundig man anvender de forskjellige prinsippene. Men prinsippene sier, tenker jeg, hva som prinsipielt skal til for å få en objektiv og rettferdig beskrivelse av en person med redusert helse, ev. sykdom, og nedsatt arbeids- eller inntektsevne.

Det første prinsippet betegnes *helhetsprinsippet*. Pasienten er å anse som en *helhet.* Legen skal i følge dette prinsippet gå fram på en måte som bevarer og bekrefter sammenheng og helhet hos den personen som skal vurderes. Dette kan gjøres ved å legge vekt på et aspekt ved den medisinske kunsten som trolig ofte blir neglisjert: Å berøre pasientens plagede kropp. Gadamer skriver følgende om kroppsberøring ved en smertetilstand:

> It means, with the hand (lat. *palpus*), carefully and responsively feeling the patient's body so as to detect strains and tensions which can perhaps help to confirm or correct the patient's own subjective localization, that is, the patient's experience of pain. The function of pain in the living body is to register through subjective sensations a disturbance in that harmonious balance of bodily processes which constitute health (Gadamer 1996: 108).

Stolt skriver at berøring er nært forbundet både med kroppsoppfatning og bekreftelse. Berøring er «intim förtätad människogemenskap» (Stolt 1998: 35). Berøring bekrefter tilhørighet til et menneskefellesskap.[136]

[136] Stolt henter uttrykket fra Sven Ingvars bok *Människan och läkekonsten* (1950).

Det andre prinsippet er *empatiprinsippet.* Det består å bruke empati, dvs. evnen til å leve seg inn og føle seg inn i det andre menneskets opplevelse. Slik kan legen oppnå å forstå personen som skal vurderes (se underkapittel 4.3). Legen hører ikke bare det pasienten sier, men ser også holdning, ansiktsuttrykk, måte å bevege seg på og kanskje også måte å puste på. All denne informasjonen gir grunnlag for innlevelsen.

Det tredje prinsippet betegnes *unikhetsprinsippet* og består i å anerkjenne at hver person har sin individuelle og unike lidelse. Det finnes ingen «standardmix» for hvordan pasienters komplekse plage- eller sykdomstilstand er vevd sammen. Men personens plager er likevel ikke så spesielle at de ikke kan forstås av andre. Det er rimelig å tenke på legens muligheter til å forstå en pasient ved hjelp av *humanitetsprinsippet* (eng. *Principle of Humanity*). Utgangspunkt for prinsippet er ikke at andre mennesker antas å være noenlunde lik oss selv, men at andre menneskers tanker og atferd antas å være forståelig og/eller forklarlig (eng. *intelligible*) (Fay 1996: 107). Det antas videre at andre mennesker vurderer og handler rimelig rasjonelt. Hva som skal regnes som rasjonelt og forståelig er imidlertid ikke uten videre gitt i et flerkulturelt samfunn. «Indeed, one of anthropology's major contributions is to reveal the many and varied ways intelligibility can be achieved.» (Ibid.: 109).

Det fjerde prinsippet er *modellforklaringsprinsippet.* Prinsippet går ut på å anvende relevante modeller som beskriver aspekter ved den komplekse virkelighet som personens lidelse er uttrykk for. Den mest brukte hittil er den biomedisinske sykdomsmodellen med *disease* som kriterium. Den er anvendbar overfor mange slag sykdomsprosesser som er blitt utforsket som sykdomsenheter, dvs. sykdommer som infeksjonssykdommer, kreft og metabolske forstyrrelser. Andre deler av den komplekse virkeligheten er mindre kjent, men det finnes også her modeller. En psykofysiologisk modell for «sammenhengen mellom kropp og sjel» som synes forenlig med en holistisk-pluralistisk ontologi, er beskrevet av legen Stein Knardahl. Ved hjelp av en slik modell kan legen se for seg at det livet som personen har levd, og lever, påvirker de reaksjonsmønstre eller programmer som er nedlagt i kroppen som et psyko-biologisk system (Knardahl 1998: kap. 5). En modell som kan hjelpe med å gi forestillinger om hva for eksempel kronisk smerte dreier seg om, er psykologen Ronald Melzacks «nevromatrise-modell» (eng. *neuromatrix).* Melzack skriver at han tenker seg det anatomiske substratet for opplevelsen av et helhetlig «body-self» «is a large, widespread network of neurons that consists of loops between the thalamus and cortex as well as between the cortex and the limbic system.» (Melzack 2001: 1379). Hele dette nettverket betegnes «nevromatrise». Om denne skriver

han videre: «The neuromatrix, distributed throughout many areas of the brain, comprises a widespread network of neurons that generates patterns, processes information that flows through it, and ultimately produces a pattern that is felt as a whole body possessing a sense of self.» (Ibid.: 1380). Det som her kommer fram er en modell for organisasjon av kroppen som funksjonell enhet, der biologiske og psykologiske hendelser virker samtidig og koordinert.

Det femte prinsippet betegnes *omgivelsesprinsippet.* Det sier at det for det første er nødvendig å sette seg inn i pasientens sosiale situasjon og de sosiale relasjoner som kan ha sammenheng med den aktuelle tilstanden (Malterud & Hunskår 2002). For det andre sier det at det også er viktig å sette seg inn i annen omgivelsesproblematikk. I en trygdemedisinsk sammenheng vil det si å legge vekt på arbeidsmiljøet, problemer med tilpassninger til arbeidsplassen og de bygningsmessige omgivelser, organisatoriske forhold med mer.

Det sjette prinsippet er *helseprinsippet.* Prinsippet sier at pasientens helse er medisinens primære mål (underkapittel 4.2). Prinsippets ene pol er å bidra til å fremme helsen. Man bør i samtale med pasienten stille seg spørsmål om hva som enda er mulig for denne pasienten å få til, når man tar hensyn til de vilkår som hun eller han lever under og realistiske muligheter for endring av disse vilkårene. Hvilke mål har vedkommende? Hvordan kan handlingsmuligheter og livskvalitet forbedres? Hva mener hun eller han selv om dette? (Malterud 2006).[137] Prinsippet andre pol er å unngå det som kan skade helsen. I en trygdemedisinsk sammenheng vil det kunne bety å vurdere om fortsatt deltakelse i arbeidslivet kan skade helsen til den personen det gjelder.

Det er interessant å sammenligne disse prinsippene med de prinsippene som ligger implisitt til grunn for for eksempel velutviklet dansk klinisk sosialmedisin (Nielsen, Michelsen, & Jensen 2004). De er delvis sammenfallende. Det er særlig når det gjelder *helhetsprinsippet* og *modellforklaringsprinsippet* at denne kliniske sosialmedisinen presenterer seg annerledes enn det som her er gjort. Kunsten å omgås og beskrive personen som en helhet, for eksempel den plagede eller anspente kroppen, blir i liten grad tematisert.[138] Det er videre tydelig at de aktuelle sosialmedisinere opererer med kun en medisinsk modell for å forklare tilstanden: den biomedisinske modellen.

---

[137] Sentrale begreper i faglig virksomhet basert på dette prinsippet er i vår tid 'salutogenese', 'mestring', 'empowerment' og 'løsningsorientert samtale' (Aambø 2004; Antonovsky 1979; Askheim 2003; Askheim 2005; NOU 1998: kap. 8; Malterud 2006).

Det er min oppfatning at ved å følge disse prinsippene kan det oppnås en beskrivelse av forhold som må antas å være av betydning for alle mennesker med sviktende funksjonsevne, uansett hvordan de nærmere kan forklares. Hvilken av de tre uførhetsmodellene som anvendes, vil bestemme nærmere hva som skal bli det mer presise innholdet i en sakkyndig redegjørelse. Jeg går her ikke nærmere inn på spørsmålet om hvordan den trygdemedisinske sakkyndighetserklæring bør utformes.

## 11.4 Objektiv vurdering av simulering, overdrivelse og troverdighet?

I ulykkesforsikringens første tid i Tyskland synes man å ha vært særlig opptatt av å avsløre simulering (Thomann & Rauschmann 2004). Om simulering skrev den tyske allmennlegen Kayser i 1886:

> Simulering i egentlig forstand, med løgnaktig foregivende av sykdom, forekommer avgjort sjelden. Derimot skjer det ofte at et sykt menneske, som en lege har erklært arbeidsufør, gjør lettere arbeid hjemme eller går ut et kort ærend eller lignende. På dette grunnlag mister den syke sine sykepenger fordi han blir ansett som simulant. Disse menneskene er like lite simulanter som høyere tjenestemenn som får foreskrevet seks ukers badeferie og der går på anstrengende turer eller skriver brev eller lignede (*min oversettelse*) (Holzinger 1992: 175).

Andre leger har antatt at simulering er et større problem. Den belgiske legen René Sands publiserte i 1907 et 600 siders verk med 2281 referanser (sic!) om simulering og tolking i ulykkesforsikringssaker (Sand 1907). Vi skal se at legen i Norge har blitt ansett å kunne bidra med objektiv kunnskap om søkerens *troverdighet* i uførepensjonssaker.

I følge «1960-» og «1968-skjemaet» skal legen bedømme troverdighet. Det skjer i følge «1960-skjemaet» ved at legen bes vurdere om «de objektive funn [svarer] til pasientens klager» (spørsmål 6g, vedlegg 2A). Legen bes også kort gjøre rede for om det foreligger «åpenbare nevrotiske tilleggssymptomer», eller om pasienten «overdriver eller simulerer» sin tilstand. Også «1968-skjemaet» ber legen vurdere om «de subjektive symptomer [stemmer] med de objektive funn» (spørsmål 3, nederst på s. 2, vedlegg 2B). Svaret skal her gis ved å krysse av i en «ja»- eller «nei»-rubrikk. Hvis det svares «nei» skal det gjøres rede for uoverensstemmelsen.

---

[138] Psykomotoriker Gudrun Øvreberg har undervist medisinerstudenter i 30 år og uttrykker overraskelse over at leger kan så lite om sammenhengen mellom muskulær anspenthet og plager. I et intervju sier hun: «Alt i et menneske vil reagere ved påkjenninger. Men hvis reaksjonene etter påkjenningene blir værende over tid, utvikler kroppen et beredskapskapsmønster preget av anspenthet. Anspentheten kan gi plager som kan forveksles med sykdom, som kan påvirke utvikling av sykdom eller forverre eksisterende sykdom». (Husom 2003: 496). Hun synes det er merkelig at det som feiler folk flest og som tilhører det alminnelige liv, er det som legene kan minst om.

Troverdigheten skal i begge skjemaversjoner vurderes ved å relatere de subjektive symptomer til de *objektive funn* som en slags fasit. På grunnlag av sin faglige kunnskap anses legen å kunne vurdere og bedømme om pasientens «klager» er adekvate, og dermed troverdige, eller ikke. På denne måten kan legen vurdere om søkeren skulle tilhøre kategorien *den simulerende* (eller overdrivende). Det underliggende forutsetning synes å være at til bestemte *objektive funn* hører visse «subjektive klager». Dette er en problematisk forutsetning. Slik kliniske lærebøker viser, er det en viss sammenheng mellom «objektive funn» og «subjektive klager» hos en gruppe pasienter med en bestemt sykdom. I prinsippet vil det imidlertid finnes individer der sammenhengen er annerledes enn hos flertallet. Det synes å være slik at hvert enkelt individ utvikler også biomedisinsk sykdom med visse individuelle trekk (jf. *unikhetsprinsippet* i forrige underkapittel). Det er problematisk at noen enkeltpersoner kan mistenkes for ikke å være troverdige dersom de individuelle trekkene avviker fra det gjennomsnittlige. Dette problemet er noen ganger blitt satt på spissen hos plagede der det ikke finnes *objektive funn* i det hele tatt. Her er plagene i høy grad blitt sett på som et problem om søkerens troverdighet (Hadler & Ehrlich 2003).

Spørsmålene om å vurdere troverdighet er tatt ut av i de skjemaversjonene som kom etter 1990. Jeg fortolker dette som en erkjennelse om at spørsmålet vanskelig kan vurderes medisinsk, i alle fall ikke ved å svare på spørsmål i et skjema. Troverdighet er et intrikat problem som vil kunne være sentralt i noen vurderinger (Hydle 1997). Det er likevel vanskelig å komme med noen sakkyndig vurdering av dette spørsmålet i en legeerklæring.

Jeg tenker at spørsmål om troverdighet, arbeidsvilje eller motivasjon, eller om uførepensjonssøkeren simulerer eller overdriver, er spørsmål som det er vanskelig å gjøre kunnskapsteoretisk objektivt rede for i en legeerklæring. Spørsmålene er nylig blitt tatt opp til tverrfaglig diskusjon i Storbritannia (Halligan, Bass, & Oakley 2003). Jeg tar fram et grunnleggende perspektiv på disse spørsmålene som presenteres i denne boken.

> There is a need for a paradigm shift away from the implicit determinism of the biomedical model and move towards the proposition that human beings, in most every situations (including many aspects of their illness) possess a sense of control and influence over their actions (as opposed to behaviour); that is, they can choose between different courses of action. This capacity is the necessary basis for morality, personal responsibility, democracy, and justice and is 'concerned with things people sense themselves as doing, rather than observed patterns of movement said to be caused by external events'.[139] Considered as a volitional act […], illness deception (ranging from mild

[139] Sitatet er fra Shotter, J. (1975). *Images of man in psychological research.* Clancer Press. Suffolk. Sitatet uttrykker forskjellen mellom et handlingsorientert og et behaviouristisk syn på mennesket.

> symptom magnification to frank and protracted feigning or malingering) is meaningfully conceptualized within a sociolegal or human model that recognises the capacity of free will and the potential for pursuing benefits associated with the sick role (Halligan, Bass, & Oakley 2003: 5).

Forfatterne, som er psykologer, foreslår altså å anse mennesket for å være en handlende person som har frihet og som kan velge alternative handlingsmåter. Dette skulle for så vidt ikke være et overraskende syn, men representerer innen sosialforsikringen et «paradigmeskifte». Kanskje er noe av forklaringen at sosialforsikringen har tradisjon for å forholde seg til naturvitenskapelige årsaksforklaringer om menneskers atferd på samfunnsplan (underkapittel 7.5). Man har i liten grad sett på f.eks. uførepensjonssøkeren som en handlende person. Dette tema skal belyses nærmere i avhandlingens neste del IV. Forfatterne skriver videre at dette temaet har vært vanskelig å utforske og det har vært tilbakeholdenhet med å gå inn i disse problemene. I Norge synes det å ha vært stor grad av tilbakeholdenhet.

## 11.5 Konklusjon

Det er i dette kapitlet gjort rede for to konstruerte begreper. Det ene betegnes som *det kombinerte objektivitetsbegrepet.* Det kombinerer det ontologiske og det kunnskapsteoretiske objektivitetsbegrepet. Et mye brukt medisinsk kriterium på dette objektivitetsbegrepet er *objektive funn*. Kriteriet defineres stipulativt som s*trukturelle forandringer i den materielle, ontologisk objektive kroppen, som går utover det som anses normalt i deskriptiv betydning.* Dette har vært et sentralt objektivitetskriterium i internasjonal sosialforsikringsmedisin og norsk trygdemedisin. Det synes ikke rimelig å anse dette kriterium som både et nødvendig og tilstrekkelig vilkår for rettferdighetsbegrepet, men kun et tilstrekkelig vilkår.

Det andre begrepet betegnes som *det holistiske objektivitetsbegrepet.* Det anerkjenner ontologisk subjektivitet i tillegg til ontologisk objektivitet. Det krever dessuten kunnskapsteoretisk objektivitet om både det ontologisk objektive og det ontologisk subjektive. Det anses som et nødvendig vilkår for rettferdighetsbegrepet. Et kriterium på dette begrepet er *det medisinske holistiske objektivitetskriteriet: En faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, av kropp og omgivelser i følge en kompleks medisinsk modell for sykdom og helse.* Følgende vitenskapsfilosofiske prinsipper formuleres som nødvendige og til sammen tilstrekkelige vilkår for dette kriteriet: *helhetsprinsippet, empatiprinsippet, unikhetsprinsippet, modellforklaringsprinsippet, omgivelsesprinsippet* og *helseprinsippet.* Det anses problematisk å komme med sakkyndig vurdering av troverdighet i en legeerklæring.