
En grubler spør om etikk

VI INTERVJUER

INGRID M. HØIE,

Email: ingrid.hoie@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Tiden er inne for modernisering av de medisinske vilkårene i folketrygdloven. Vi må se sykdomsbegrep og rettferdighetsbegrep sammen som etiske spørsmål, mener Hans Magnus Solli.

Etter å ha vært rådgivende overlege ved Fylkestyrgdekontoret i Telemark siden 1992 kjenner Hans Magnus Solli trygdlovgivningen godt. Han kjenner også på kropp og sjel hvilke etiske dilemmaer lovverket utsetter leger for, enten de opptrer som behandlende eller rådgivende lege.

Tiden har løpt fra deler av folketrygdloven, og disse må derfor opp til diskusjon, mener Solli, og gir oss en ørliten repetisjon i trygdehistorie: Vi må mer enn 100 år tilbake, til den gang Otto von Bismarck formet tyske sosialforsikringslover av 1889. De rommet blant annet «den bismarckske medisinske uføremodellen» som satte «objektive medisinske funn» som et viktig kriterium for en rettferdig fordeling av uførepensjon. Bismarcks lover ble en modell for senere sosialforsikringsprogrammer i vestlige industriland, og det er disse lovene vår egen trygdlovgivning er tuftet på.

Objektive funn et etisk spørsmål

– Det var kanskje en god og fornuftig modell den gangen, men medisinen og samfunnet har endret seg betydelig siden Bismarcks tid og også etter at vi fikk folketrygdloven i 1967. Vi vet mer om sykdom og sammenhenger (1). Det er en utbredt erkjennelse at sykdom ikke kan løsrives fra det syke mennesket, og pasientens subjektive virkelighet er blitt tillagt større betydning for å forstå hva sykdom er. Arbeid er ofte ikke like fysisk tungt i dag, det mentale er viktigere enn det kroppslige. Det er på tide å ta konsekvensene av denne nye kunnskapen. Man må stille spørsmålet om andre kriterier må legges til grunn for trygd, synes Solli.

Han peker på at objektive funn som kriterium for uførhet i alle år har vist seg vanskelig å håndtere. – Likevel lever det videre som et kulturelt arvegods. Hvorfor er det så viktig når det er så problematisk? Fordi det er et kriterium for rettferdig tildeling av goder. Men det snakkes ikke åpent om dette, legger han til.

Hans Magnus Solli understreker at vi må ha noen kriterier for tildeling av goder.

– Men kriteriene kan ikke bare være basert på sykdom i naturvitenskapelig forstand. Objektive funn kan være greit å forholde seg til i noen tilfeller, men vi må ha større bevissthet om at det er flere typer objektivitet og dermed finne andre kriterier. Jeg tror det kan være nyttig å drøfte hva som er objektivitet, uten at det dermed er sagt at dilemmaet blir mindre for legen.



Hans Magnus Solli etterlyser helhetstenkning i trygdemedisinen. Foto I.M. Høie

Bredere menneskesyn

Hans Magnus Solli er særlig opptatt av tre viktige trygdemedisinske dilemmaer: diffuse lidelser, unge uføre og paternalismebegrepet.

– Diffuse lidelser har vært et omstridt tema siden uføreloven ble innført i 1961. Vi leger blir satt til å finne ut om disse lidelsene er innenfor et vitenskapelig sykdomsbegrep. Det er interessant å oppfatte dette som et etisk spørsmål, og da mener jeg vi må ha et videre menneskesyn og sykdomsbegrep.

Det glimter ivrig i blått blikk. – Historisk sett har vi et materialistisk menneskesyn. Jeg mener vi i stedet må tenke flerdimensjonalt om mennesket. Trygdemedisin bør være basert på både naturvitenskapelig og humanistisk tenkning. Vi må få tak i den subjektive opplevelsen på en annen måte enn psykiatrien har gjort, mener Solli.

Den paternalistiske legerollen har i liten grad vært gjenstand for diskusjon innen trygdemedisin, mener Hans Magnus Solli.

– Velferdssamfunnet er paternalistisk i sin grunnstruktur. På den ene siden kan leger i dag ofte ikke vite om det beste for pasienten er å forsøke å klore seg fast i arbeidslivet eller å resignere som trygdet. Her må pasienten avgjøre selv etter å ha diskutert spørsmålet, blant annet på trygdekontoret. På den annen side ønsker jeg ikke noe frislipp av liberalistisk «autonomi»-tenkning i trygdemedisinen. Jeg tror det hører med til det medisinske grunnfjellet at legen bør forsøke å styrke pasientens ressurser. Gjennom den mellommenneskelige relasjonen bør legen forsøke å hjelpe pasienten til å ta fornuftige vedtak vedrørende arbeid eller trygd.

Verdig eller uverdig?

I 1997 fikk vi nye lovregler for tilleggspensjon for unge uføre under 26 år. Disse skaper nye dilemmaer for legene. Lovteksten stiller krav om at sykdommen skal være alvorlig og klart dokumentert (2). I Rikstrygdeverkets melding til lovteksten fremgår det at lovendringen innebærer at man får to grupper unge uføre, de som fyller de ordinære vilkårene og de som også fyller vilkårene for tilleggspensjon (3).

– Vi leger får opplevelsen av at det er et skille mellom verdige og uverdige, og at noen er mer verdige til å få tilleggspensjon enn andre. Det blir en medisinsk oppgave å finne ut hvem som faller innenfor eller utenfor grensene, men hvor går grensene? Noen har klart dokumenterte lidelser og er enklere å forholde seg til, men mange lidelser, for eksempel psykiske, er ikke åpenbare. Hva er en alvorlig psykisk lidelse? Psykoser, ja, ifølge retningslinjene. Nevroser, nei, men ja i enkelte tilfeller. Hvordan skal vi håndtere lovteksten slik at det blir rettferdig? Det må bli basert på subjektive vurderinger. Vi har ikke noe redskap til å skille menneskers lidelser etter medisinske kriterier. Det blir et dilemma for leger at vi er med på å sortere mennesker. Alternativet blir å være streng på hvem som er ufør under 26 år og så gi alle tilleggspensjon, sier Solli.

– Grunnmønsteret i folketrygden er at leger og medisinen blir brukt for å fordele godene. Det later til at man både i Sosial- og helsedepartementet og på Stortinget tror det er mulig for leger å gi objektiv rettferdighet basert på naturvitenskapelige kriterier.

Man bruker legene til å skille de verdig trengende fra de uverdige, sier Solli. Han skynder seg å legge til at politikerne neppe bevisst legger denne børen på legenes skuldre.

David mot Goliat

Hans Magnus Solli fremstår som en forsiktig helhetstenker som foretrekker å stille spørsmål fremfor å gi bombastiske svar, men han vil ut med tankene sine og finner det ikke avskrekkende å prøve å bevege på en mastodont som Rikstrygdeverket og rokke ved enkelte grunnsteiner i velferdsstaten. For, som han sier, vi kan ikke lenger leve med at vi egentlig ikke ser den lidelse som ligger bak såkalte diffuse lidelser.

– Forandringer skjer langsomt, så vi trenger nok noen år på dette, smiler Solli. I fjor vår avviklet Norsk trygdemedisinsk forening et tredagers seminar om etiske dilemmaer i trygdemedisinsk praksis (4, 5). Som leder av foreningens fag- og kvalitetsutvalg har Hans Magnus Solli en sentral rolle i dette arbeidet. Han opplyser at debatten om dette vil gå videre i trygdemedisinsk forening.

Selv arbeider han med et prosjekt han kaller Rettferdighet og sykdomsbegrep i velferdsstaten. Etiske vilkår for den medisinske utførelsen. Han analyserer det som har vært skrevet om rettferdighet og sykdomsbegrep i Tidsskriftet, i Sosial Trygd/Velferd og av jurister fra 1960 og frem til i dag. Han bruker menneskesyn som analyseverktøy og kobler det til spørsmål om rettferdig fordeling og sykdomsbegreper.

– Mitt ønske er at prosjektet skal danne utgangspunkt for en grunnleggende debatt om medisinske vilkår i trygdelovgivningen. Jeg ønsker å avklare medisinenes og legenes rolle i de tilfeller hvor den er sentral, forteller Solli.

– Hans Magnus Solli, født 31. oktober 1948

– Cand.med. Oslo 1973, spesialist i allmennmedisin 1988

– Rådgivende overlege ved Fylkestyngdekantoret i Telemark 1992, kombinert med lærebokskriving, filosofistudier og prosjektarbeid tilknyttet GRUK, Skien

Leder av fag- og kvalitetsutvalget i Norsk trygdemedisinsk forening fra 1995

Portvakt

– Hvis trygdemedisin er så full av dilemmaer, hvorfor gikk du da inn i løvens hule og ble trygdelege?

– Ja si det, humrer Hans Magnus Solli og vrir seg litt i stolen. – Da fylkestyngdekantorene ble etablert, fikk de ganske stor oppmerksomhet blant leger. Det ble sagt at trygdelegestillingene blant annet skulle brukes til å drive epidemiologisk arbeid og utredningsarbeid, og det hørtes faglig interessant ut. Jeg hadde dessuten behov for forandring etter 15 års travel allmennpraksis. Ved å arbeide deltid ville jeg også få tid til å skrive mer og reflektere mer.

Etter sju år i stillingen som rådgivende overlege kan Hans Magnus Solli konstatere at det er blitt lite epidemiologi. – Trolig fordi det ikke ble satt inn ressurser på det. Og det er en objektiv beskrivelse, kommenterer han lattermildt. – Men det er interessant og meningsfylt å arbeide i trygden. Jeg tror på innretningen og vil prøve å bidra til å utvikle den i nødvendig retning.

Rollen som rådgivende trygdelege kan være tvetydig. Er man lege eller er man byråkrat? Tjener man pasienten eller samfunnet? – Jeg opplever meg som byråkrat med en formidlingsoppgave mellom helsevesen og trygd. Jeg føler meg som en portvakt, og synes det er en god betegnelse. Godene skal fordeles rettferdig og jeg synes ikke det skal være urimelig lettvinnt å få tildelt goder. Av og til tar jeg mer hensyn til samfunnet enn til personen og mener at jeg har full rett til det. Men spørsmålet er om vi skal ha leger som vurderer etter gammeldagse biomedisinske kriterier eller leger som ser bredere på mennesket.

Frustrerende legeoppgave

Hans Magnus Solli er ikke det minste i tvil om at trygdelovgivningen skaper frustrasjon og vanskeligheter for leger. – Som trygdelege ser jeg det i legeerklæringer fra allmennmedisinere. Det står ofte eksplisitt i erklæringene fra legene, iblant er det nydelige refleksjoner over de vurderinger som er gjort, forteller Solli. – Man kan ikke ta bort det faktum at legen skal være velgjører for sine pasienter. Velgjørenhet kan imidlertid også være et problem når legen skjuler sine personlige normer og verdier i medisinsk-faglige termer, slik Lars Inge Terum & Trude B. Nergård har vist (6). Løsningen ligger kanskje ikke bare i en avklaring av etiske, faglige og juridiske grenser for trygdemedisin slik den nå utøves. Man må også erkjenne at det å være behandlende lege og samtidig sakkyndig i forhold til langtidsytelser kan være ganske uforenlig. Det betyr at selve rammene for den trygdemedisinske fagutøvelsen også bør tas opp til debatt, fortsetter han.

Men de trygdemedisinske oppgaver er ikke så vanskelige at legene bør få slippe dem. – Det er fint at leger er nødt til å ha plikter overfor samfunnet. Spørsmålet er hvordan trygdemedisinske oppgaver kan løses. Slik jeg ser det, er rehabilitering og attføring den egentlige oppgaven. Hvis legene visste at det fantes et godt opplegg for å få folk i gang igjen etter sykdom, ville den trygdemedisinske oppgaven være lettere, tror Solli.

– Hvilke råd vil du gi til leger for at de etiske dilemmaene i trygdemedisinen kan oppleves mindre belastende?

– Først at man holder seg til det man har lært i medisinstudiet: pasienthistorien, klinisk undersøkelse og å beskrive hva man finner. Deretter kan man gjerne gi uttrykk for sin oppfatning selv om den ikke er vitenskapelig fundert. Det gir et godt grunnlag for trygdekontoret å vurdere situasjonen for pasienten, men det kan godt hende at trygdekontoret er uenig, svarer Solli.

LITTERATUR

1. Solli HM, Mysterud I, Steen M, Fugelli P. Økologisk helselære. En innføring for medisin- og helsefagstudenter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.

2. Lov om folketrygd. Samleutg. i trygderett, utg. 1/2000. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2000.
 3. Melding nr. 5/97 til kap. 3. Oslo: Rikstrygdeverket, 1997.
 4. Solli HM. Ethiske dilemma i trygdemedisinsk praksis. Seminarrapport. Fag- og kvalitetsutvalget. Oslo: Norsk trygdemedisinsk forening, 1999.
 5. Kompendium i trygdemedisinsk etikk, Fag- og kvalitetsutvalget. Oslo: Norsk trygdemedisinsk forening, 1999.
 6. Terum LI, Nergård TB. Medisinsk skjønn og rettstryggleik. Legar som portvakter i fordelinga av offentlege goder. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2192–6.
-

Publisert: 30. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.