

# Profesjonskamp i helsevesenet som tekst

- *Argumentasjonsanalyse av en  
høringsuttalelse*

Av Eivind Løvdal



Masteroppgave i Retorikk og Språklig kommunikasjon ved Institutt for  
Lingvistiske og Nordiske studier, Universitetet i Oslo. Levert november 2009.



## Forord og takksigelser

En ettermiddag for en liten stund siden satte jeg meg på et grupperom på jobben for å arbeide med ferdigstillingen av denne oppgaven. En kollega kom forbi, så at jeg satt der tankefull alene, og spurte med glimt i øyet: "Tenker du så store tanker at du trenger et helt grupperom for deg selv?" Det slo meg som en ganske presis observasjon av hvordan det føles å nærme seg slutten av en masteroppgave: Hodet er fullt, og det er på tide å gå videre.

Det er i grunn ikke så ofte man får en formalisert anledning til å uttrykke takknemlighet slik man gjør i et forord. Jeg skal derfor forsøke å ta med alle som fortjener det spesielt, men ber for sikkerhets skyld om tilgivelse om jeg likevel skulle ha glemt noen.

Først er det på sin plass å takke min veileder, Kjell Lars Berge. Du har vært fantastisk til å gi hjelp når det trengs og frihet til å tenke selvstendig ellers, alltid med det samme upåklagelige humøret. Tusen takk skal du ha, det har vært en stor glede å jobbe med deg. Jeg skylder også Jan Grue en stor takk for presise, innsiktsfulle tilbakemeldinger, gode ideer og bruk av upublisert materiale. Ytterligere takknemlighet går til Ida Gram hos Rambøll Management som indirekte ledet meg til analyseobjektet mitt, og til Solveig som fjernet et tonn fra skuldrene mine i avslutningsfasen ved å gi meg jobb. Lene, min begavede og fantastisk grundige søster, fortjener også en stor takk for uvurderlige innspill og kommentarer. Takk til Andreas Sveen som viste en ung og forvirret bachelorstudent at retorikk var verdt å satse på; det er jeg fortsatt svært takknemlig for.

Sist, og mest av alt: Takk til Marte, min favorittperson i hele denne verden. Ditt milde, vakre vesen og intellektuelle skarphet gjør hver eneste dag bedre, og verken jeg eller oppgaven ville vært den samme uten deg.

Oslo, 12.11.09

Eivind Løvdal

# Innhold

1	Den retoriske situasjonen: Kampen om sykmeldingsretten .....	1
1.1	Legestandens innflytelse – en "vekst og fall"-historie? .....	2
1.2	Høringer som arena for korporativ innflytelse.....	4
1.3	Den retoriske situasjonen.....	5
2	Et handlingsrettet retorisk utgangspunkt .....	6
2.1	Retorikk som handlingsrettede valg.....	6
3	«...men er det <i>sant?</i> » - Metodiske betraktninger.....	8
3.1	Valg av analyseobjekt .....	8
3.2	Utvalg i teksten .....	8
3.3	Validitet .....	8
3.4	Relevans.....	9
3.5	Refleksivitet .....	10
4	Teori: Toulmins argumentasjonsmodell og det utvidede toposbegrepet.....	11
4.1	En enthymemisk argumentasjonsforståelse .....	11
4.2	Toulmins modell .....	11
4.2.1	Utvidet modell .....	13
4.2.2	Modifikasjoner til modellen.....	13
4.3	Topoi .....	17
4.3.1	Er en topos og en hjemmel det samme? .....	20
4.4	Feltteori .....	20
4.5	Supplerende retorisk og tekstvitenskapelig teori .....	22
4.5.1	De retoriske bevismidlene .....	22
4.5.2	Modalitet .....	22
4.5.3	Stemmeteori .....	23

5	Argumentasjonsanalyse av Legeforeningens høringsuttalelse.....	23
5.1	Argument 1.....	25
5.2	Argument 2.....	30
5.3	Argument 3.....	33
5.4	Argument 4.....	37
5.5	Argument 5.....	41
5.6	Argument 6.....	46
5.7	Argument 7.....	48
	Bakgrunnsargumenter.....	54
5.8	Bakgrunnsargument A.....	54
5.9	Bakgrunnsargument B.....	59
5.9.1	Bakgrunnsargument B1.....	59
5.9.2	Bakgrunnsargument B2.....	64
5.9.3	Bakgrunnsargument B3.....	68
5.10	Bakgrunnsargument C.....	72
5.11	Bakgrunnsargument D.....	76
5.12	Bakgrunnsargument E.....	83
5.13	Bakgrunnsargument F.....	90
5.14	Bakgrunnsargument G.....	94
5.15	Bakgrunnsargument H.....	97
6	Viktige funn fra analysen.....	100
6.1	Hvordan argumenterer teksten? Funn fra skjematiseringene.....	100
6.2	Aktørposisjonering.....	101
6.2.1	Legeforeningens etos – en handlingsorientert strategi.....	102
6.2.2	Pasientkonstruksjonen.....	106
6.2.3	Psykologer og andre helseprofesjoner.....	107

6.2.4	Tekstens møte med leseren: fortolkningsrommet.....	109
6.3	Konsekvenser av aktørposisjoneringen.....	110
6.3.1	Legeforeningen og retorikkens etiske dimensjon .....	110
6.3.2	Intensjonalitet og kairos .....	112
7	Litteratur .....	114
	Vedlegg 1: Høringsuttalelse fra Legeforeningen om Psykologers rett til å dokumentere arbeidsuførhet	
	Vedlegg 2: Toposkjema	

«Det man nå debatterer, er ikke bare hvorvidt de store organisasjonene er mektige, men hvordan deres makt bør komme til uttrykk og struktureres»

*Charles W. Anderson, sitert i Nordby (1994:12)*





# 1 Den retoriske situasjonen: Kampen om sykmeldingsretten

I 1999 vedtok Stortinget en prøveordning som gjorde det mulig for kiropraktorer og manuellterapeuter å sykemelde pasienter i inntil 8 uker uten henvisning fra lege (begrenset sykmeldingsrett). Prosjektet omfattet tre fylker, og ble innført i 2001. Dette markerte slutten på legenes langvarige monopol på sykmeldingsretten, om enn ikke uten protester fra Legeforeningen:

*«Legeforeningen mener at ved å fjerne henvisningskravet for å få utløst trygdemidler vil fastlegen få begrenset sin funksjon som koordinerende "portvokter". Dette kan føre til at ordningen mister noe av sin legitimitet i befolkningen og bidrar til at utgiftene øker gjennom en uhensiktsmessig direkte søkning til spesialisthelsetjenester.»<sup>1</sup>*

En evaluering av ordningen gjennomført av SINTEF (2003) fant, kanskje ikke overraskende, at holdningene til ordningen varierte mellom profesjonsgruppene. Kiropraktorene og manuellterapeutene var fornøyde, mens legene var skeptiske. Dette endret seg heller ikke gjennom forsøksperioden. Brukerne sa seg imidlertid fornøyde; de hadde tillit til kiropraktorenes og manuellterapeutenes evne til å bedømme spørsmål om sykmelding, og fremfor alt satte de pris på å kunne forholde seg til én instans fremfor to. Alt i alt stilte SINTEF seg svært positive til forsøksordningens resultater, og konkluderte blant annet med at prosjektet hadde medført:

- *Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*
- *Mer fornøyde brukere*
- *Samfunnsøkonomiske besparelser*
- *Lavere vekst i sykefraværet*

Ordningen ble gjort permanent fra 2005, og sykmeldingsretten for manuellterapeuter og kiropraktorer ble utvidet fra 8 til 12 uker fra 1. januar 2009.

Da en forsøksordning for å gi tilsvarende, begrenset sykmeldingsrett til psykologer ble sendt ut på høring av Arbeids- og inkluderingsdepartementet i 2008, innledet Legeforeningen sitt høringssvar slik:

*«Legeforeningen går imot forslaget om forsøksordningen som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet bør i samarbeid*

---

1: Fra «Forslag til forskrift om forsøksordning hvor henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort m.v.» Legeforeningen, 2000

*med Helse- og omsorgsdepartementet foreta en fornyet og grundig utredning av hvilke trygdemedisinske ansvarsområder de ulike profesjoner i helsetjenesten skal ha. Et oppdatert kunnskapsunderlag må være på plass før noen form for forsøksordninger trer i kraft.»<sup>2</sup>*

Avsnittet danner innledningen til Legeforeningens høringsuttalelse, som vil være denne oppgavens analyseobjekt. Jeg vil forsøke å vise hvordan kampen om sykmeldingsretten foregår gjennom tekst, og i tilknytning til dette vil jeg belyse hvordan Legeforeningen argumenterer for å illustrere hva argumentasjonen gjør. Det jeg *ikke* skal gjøre, er å foreta en normativ vurdering av om argumentasjonen fungerer eller ikke. Det har allerede departementet gjort, i kraft av sin avgjørelse om å innføre forsøksordningen på tross av Legeforeningens protester (Legeforeningen 2008).

## **1.1 Legestandens innflytelse – en "vekst og fall"-historie?**

«Galskaps historie i opplysningens tidsalder» (1961) og «Klinikkens fødsel» (1963) er Michel Foucaults mest berømte analyser av de historiske endringene rundt oppfatningene av «galskap». Ikke minst tar Foucault for seg institusjonaliseringen av «de gale» på 1700-tallet, og viser med dette også hvordan definisjonsmakten over galskap flyttet seg fra kirken til vitenskapen i kraft av de medisinske institusjonene i løpet av opplysningstiden.<sup>3</sup> Dette betegnet også oppblomstringen til det den amerikanske sosiologen Eliot Freidson kaller legevitenskapens autonomi, som kuliminerte i «the golden age» fra 1945 til 1965: «Then it was at a historically unprecedented peak of prestige, prosperity and political and cultural influence - perhaps as autonomous as it is possible for a profession to be» (Freidson 1988:384). I Foucaults institusjonelt orienterte undersøkelser av det dynamiske forholdet mellom makt og kunnskap er dette kanskje dermed det beste eksemplet av alle: Gjennom et etter hvert fullstendig dominerende episteme opparbeidet medisinen seg en samfunnsrolle som sikret den en nærmest uangripelig posisjon. Pierre Bourdieu ville på sin side kalt dette «symbolsk vold», et herredømme som «ikke må legitimeres eller rettferdiggjøres i det hele

---

<sup>2</sup> Fra "Forskrift om forsøksordning i to fylker som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde)" Legeforeningen, 2008. Teksten er å finne i sin helhet i Vedlegg 1, men jeg vil også gjengi mesteparten av teksten underveis i analysekapitlet.

<sup>3</sup> Historikere har argumentert for at dette ikke inntraff i stor skala før på 1900-tallet, men spørsmålet dreier seg i hovedsak om hva slags institusjoner Foucault snakket om. Se for øvrig (Morel og Quételet 1985)

tatt, men som blir tatt for gitt, oppfattet som naturlig eller blir miserkjent som noe annet enn dominansforhold og sosial ulikhet» (Danielsen og Hansen 1999:54).

Dette kunne selvsagt ikke vare i sin daværende form, og Freidson beskriver i etterordet til «Profession of Medicine» (1988) hvordan medisinsens autonomi ble vesentlig svekket i USA i løpet 1970- og 80-årene som en følge av at dem som betalte gildet (i hovedsak kongressen og de store arbeidsgiverne) begynte å stille spørsmål ved hva de faktisk betalte for. Økonomisk orienterte argumenter utfordret de medisinske, og avdekket i stor grad en legestand som hadde vent seg til overbehandling og -fakturering i kraft av sin profesjonelle såvel som individuelle autonomi (Light og Aasland 2003). Freidson kommenterte dette slik i 1987: «it is clear that the American medical profession has lost some of its political influence. [...] Greater losses may be expected during the remainder of this century.» (Freidson 1988:385)

Dette økonomisk motiverte ordskiftet har vi naturlig nok ikke sett i samme grad i sosialdemokratiet Norge, med offentlig finansiert helsevesen, men mye tyder likevel på at vi har sett en liknende frem- og tilbakegang for legestandens politiske innflytelse i Norge i forrige århundre. Innen samfunnsvitenskapelig forskning er det gjort flere analyser av dette<sup>4</sup>, som regel i tilknytning til Trygve Nordby (1994) sitt begrep «indre korporatisme». Her betegner «Indre korporatisme» først og fremst de tette båndene mellom Helsedirektoratet, Sosialdepartementet og Legeforeningen i perioden 1945 til ca. 1983, da Helsedirektoratet ble skilt ut av Sosialdepartementet. Maren Skaset (2006) stiller seg kritisk til denne beskrivelsen av perioden, men det synes likevel å være relativt bred enighet om at legenes rolle har blitt svekket gjennom 1900-tallets to siste tiår. Skaset mener, som f.eks. Freidson, at arenaene for legenes innflytelse ble flyttet fra innad i staten til Legeforeningens deltakelsesrett i offentlige beslutningsprosesser. Dette ga legene noe større korporativ makt på bekostning av den individuelle, ikke minst i 1980-årene, men «Alt i alt synes det...som om Legeforeningen tapte innflytelse i 1990-årene, særlig ved utgangen av tiåret» (Skaset 2006:576).

---

<sup>4</sup> Se bl.a. Arum (2005), Nordby (1994), Skaset (2004, 2006), Skillingstad (1999)

## 1.2 Høringer som arena for korporativ innflytelse

*«The most strategic and treasured characteristic of the [medical] profession - its autonomy - is therefore owed to its relationship to the sovereign state from which it is not ultimately autonomous» (Freidson 1988:23-24)*

1990-årene representerte en ny tid for forholdet mellom staten og Legeforeningen, og Vibeke Erichsen (1996) stiller spørsmålet: Er Legeforeningen i ferd med å bli en mer lobbyistorientert pressgruppe overfor staten? Dette har i så fall også styrket behovet for å utnytte de tradisjonelle korporative kanalene (for eksempel høringer, høringsuttalelser og deltakelse i statlige utvalg) mest mulig effektivt. Videre har det også medført et mer profesjonalisert arbeid med denne typen tekster, som hovedsakelig utformes av Legeforeningens informasjonsavdeling (Arum 2005:45). Arum gjengir følgende fra et intervju med Ellen Juul Andersen i Legeforeningen:

*I sitt intervju påpekte Ellen Juul Andersen at deltakelse i offentlige høringer var veldig viktig for DNLF [Legeforeningen]. Denne deltakelsen var noe de la stor vekt på i påvirkningsarbeidet. Sist år ga de 60 høringsuttalelser og selv mener de at det er mye. Juul Andersen sa at de følte de hadde godt gjennomslag i høringsrunder hos offentlige myndigheter og at organisasjonen sjelden måtte ty til andre påvirkningsformer hvis de først deltok gjennom korporativt samarbeid. Det var hovedgrunnen til at dette var en av påvirkningsstrategiene de vektla, for å få frem sitt syn. (2005:46)*

En høring er en kanal hvor departementet tar imot innspill fra berørte parter når de utarbeider en ny ordning, et lovforslag eller liknende. Det er imidlertid viktig å understreke at en høring ikke er en åpen diskusjon: Departementet etterspør meninger i form av høringsuttalelser, men velger selv hvilke argumenter eller interesser de vil vektlegge. En høringsuttalelse er derfor kun en del av beslutningsprosessens første fase, og det er alltid departementet og regjeringen som har det siste ordet - med mindre saken tas opp i Stortinget. Som tekst innbyr dermed sjangeren «høringsuttalelse» til pragmatisme av nær sagt ekstrem art: Organisasjoner, privatpersoner eller bedrifter får én sjanse til å fremme sin sak på en mest mulig overbevisende måte før det fattes vedtak, og bruker de midler de har til rådighet for å få gjennomslag. Dette medfører hva Gudmund Hernes i forbindelse med den første makt- og demokratiutredningen kalte segmentering: «Hvert segment satset sine ressurser på å oppnå de best mulige resultatene for sitt eget område, mens de overlot til de andre segmentene å ivareta sine interesser» (1984, sitert i Nordby 1999:5). I en rapport om

høringsrundenes funksjon i statlige utredninger oppgir Stig A. Rugset (1999) to grunner til at saker sendes ut på høring:

- a) Behovet for grundig saksforberedelse og uttalelser fra eksperter på spesielle fagområder*
- Behovet for å informere og involvere berørte parter*

Dette kan muligens forklare Legeforeningens inntrykk av at de har «godt gjennomslag» i høringer, ettersom foreningen har én fot i hver leir: Den er a) en ekspertprofesjon som har monopol på visse typer kunnskap, og den er b) en interesseorganisasjon som uansett bør få si sin mening i spørsmål som angår deres yrkesgruppe. Er det mulig å holde disse to fra hverandre? Vil legeforeningen uttale seg som faglig ekspertise uavhengig av profesjonens særinteresser, eller vil den forsøke å bruke ekspertkunnskapen for å «mele sin egen kake»? Dette er spørsmål analysedelen vil forsøke å besvare.

### **1.3 Den retoriske situasjonen**

I tråd med punktet over kan en høringsuttalelse rimeligvis oppfattes som det Christian Kock (2006) kaller en «advokativ» tekst, en tekst som forsøker å vinne oppslutning om et synspunkt. Dette samsvarer også med Lloyd F. Bitzers beskrivelse av «den retoriske situasjonen» (1968): Det som ligger til grunn for tekstens utforming er et «påtrengende problem» («exigence») som den forsøker å gjøre noe med. Hva består så det «påtrengende problemet» av i dette tilfellet? Svaret kan synes elementært, det er selvsagt å forhindre at psykologene også får sykmeldingsrett. Spørsmålet om *hvorfor* Legeforeningen vil forhindre dette er derimot ikke besvart. Sykmeldingsrett for psykologer vil jo gi hardt pressede fastleger både mindre arbeid og mindre ansvar å slippe sykmeldingsansvar for psykologenes pasienter. Dette, sammen med de historiske og samfunnsmessige forutsetningene jeg har beskrevet, antyder en annen retorisk situasjon: å opprettholde eller forbedre Legeforeningens posisjon i helsehierarkiet<sup>5</sup>. Disse to retoriske situasjonene må naturligvis sees i sammenheng, hvor den første, å forhindre at psykologene får sykmeldingsrett, inngår i et større prosjekt; å opprettholde eller forbedre Legeforeningens posisjon i helsehierarkiet.

---

<sup>5</sup> Begrepet «helsehierarki» er min frie oversettelse av Freidsons «Hierarchy in the division of [medical] labour» (1988:52)

## 2 Et handlingsrettet retorisk utgangspunkt

### 2.1 Retorikk som handlingsrettede valg

I artikkelen «Choice is not true or false, the domain of rhetorical argumentation» (2008) argumenterer Christian Kock mot moderne argumentasjonsteoretikere som definerer retorisk argumentasjon med tanke på a) målet til den som argumenterer (å overtale effektivt), og b) hvordan han/hun forsøker å oppnå dette. Kocks argument, som han funderer i antikkens forståelse av retorikkbegrepet, er at retorikken må sees i sammenheng med domenet som diskuteres, primært saker som berører borgerrettslige problemstillinger («civic issues»). Dette innebærer videre et syn på retorikk som er orientert mot valg knyttet til bestemte handlinger, hvor det ikke er noe som er «riktig» eller «feil» - bare handlingsrettede valg («choice of action»). I en annen artikkel (2006) knytter Kock dette til filosofiens «incommensurability»-diskusjon (kan f.eks. to moralske verdier sies å ha et felles multiplum?) ved blant annet å sitere filosofen Joseph Raz:

*«When reasons are incommensurate, they are rendered optional, not because it is equally good (or right or reasonable) to choose the option supported by either reason, but because it is reasonable to choose either option.» (ibid.)*

Her er det ikke vanskelig å se parallellen til høringer: Spørsmålet er ikke om det er riktig eller galt å innføre forsøksordning for å gi psykologer sykmeldingsrett, men hvilke argumenter man velger å legge vekt på. Dette gjelder både hvilke argumenter departementet legger til grunn for sin avgjørelse, og ikke minst hvilke argumenter Legeforeningen selv velger å bruke. Med dette plasserer jeg meg også med tanke på sosiologiens aktør/struktur-diskusjon: Mitt fokus er nærmere aktøren, idet jeg velger å betrakte teksten som pragmatisk argumentasjon knyttet til handlingsrettede valg fremfor det man kan kalle manifestasjon av Legeforeningens «doxa». Mats Rosengren (2002) omtaler doxa som «föreställningar, försanthollanden, tro på fakta och värderingar inom ett visst samhälle, en viss grupp, en viss disciplin vid en viss tid», med andre ord et slags sosialt konsensus hvordan ting er og hva som har verdi. Det er samtidig noe som er så internalisert innen denne gruppen at det ikke diskuteres: «För Bourdieu är doxa det som aldrig ifrågasätts helt enkelt därför att ingen inom gruppen kommer på tanken att ifrågasätta det» (Rosengren 2002:69). Denne manglende interne oppmerksomheten skiller doxa fra «episteme», ettersom doxa er handlingsbasert kunnskap som i større grad tas for gitt. Slik jeg ser det er doxa uløselig

knyttet til teksten, idet den tross alt utgjør det verdensbildet teksten er skrevet ut fra. Det vil derimot ikke si at jeg forstår teksten som et komplett speilbilde av det doxa som ligger til grunn for den: Handlingsrettet retorisk motivasjon vil som regel føre til at formuleringer spisses og påstander fremsettes kun i den hensikt å fremme saken. Mitt mål med denne analysen er å undersøke hvilke midler som brukes i teksten og hvordan, og å se dette opp mot det handlingsrettede utgangspunktet fremfor å uten videre kalle teksten et uttrykk for et bestemt doxa.

Dette perspektivet reduserer etter min mening et ellers betydelig potensiale for overfortolkning: Ved å lese teksten som et direkte uttrykk for doxa ville man oversett hva den forsøker å *gjøre* - det som angår handlingsrettede valg. Dermed forstår ikke jeg nødvendigvis setningen «Spredning av sykmeldingsvirkemidlet på flere hender er faglig feil» (Bakgrunnsargument C i høringsuttalelsen, se analysen) som et direkte uttrykk for Legeforeningens verdensbilde, men mer som et pragmatisk valgt argument i et forsøk på å vinne frem med sitt synspunkt. Likevel vil jeg sette spørsmålstegn ved hva som er Legeforeningens krav til «faglighet» eller «faglig riktighet».

I tilknytning til dette er det også verdt å poengtere at Legeforeningen og «alle leger» ikke er analoge størrelser. Selv om Legeforeningen er den eneste interesseorganisasjonen i Norge som representerer legene er det for det første ikke alle leger som er med i foreningen (om enn bare ca. 6% (Arum 2005)). For det andre, og vel så viktig, er det åpenbart at hver eneste av Legeforeningens medlemmer er 100% enige med sin organisasjon til enhver tid. Skaset (2006:531-544) gjør et poeng av dette ettersom legene, særlig innen profesjonssosiologien, gjerne omtales som en enhetlig profesjon som arbeider målrettet for felles interesser. Dette perspektivet overser ofte de relativt markante skillelinjene mellom ulike medisinske ekspertprofesjoner, og gir et unyansert bilde av hva som er legenes faktiske interesser.

## 3 «...men er det sant?» - Metodiske betraktninger

### 3.1 Valg av analyseobjekt

Som jeg skal komme tilbake til er det gjort svært lite argumentasjonsteoretisk forskning på høringsuttalelser og liknende tekster i Norge. En viktig grunn til dette kan være det generelle omfanget: Høringsuttalelser er ofte relativt lange, og mange detaljerte analyser for å ivareta både empirisk bredde og dybde er derfor svært arbeidskrevende. Dette angår også min analyse, ettersom oppgavens rammer ikke tillater meg å analysere mer enn én enkelt tekst tilfredsstillende grundig. På bakgrunn av dette har jeg derfor sett meg nødt til å ofre den empiriske bredden, og jeg har derfor heller lagt vekt på at teksten jeg analyserer er representativ både for høringsuttalelser generelt og for ordskiftet den inngår i. Tross disse empiriske begrensningene tar denne analysen likefullt sikte på å være vitenskapelig holdbar, det vil si etterrettelig og "sann" innen gitte rammer, og dette krever noen øvrige metodiske avklaringer. Malterud (2003) stiller opp tre grunnleggende krav til kvalitativ forskningsmetode: validitet, relevans og refleksivitet. Disse er i utgangspunktet knyttet til medisinsk forskning, men ettersom jeg ser kategoriene som like relevante for mitt prosjekt skal jeg gjennomgå dem én for én i det følgende.

### 3.2 Utvalg i teksten

I enhver tekstanalyse spiller det en betydelig rolle hvilke deler av teksten man velger å analysere, og her er det stor fare for bias. Her ser jeg det som en stor metodisk fordel å bruke 75 sider til å analysere en tekst på 6 sider, ettersom det er svært få og små deler av teksten jeg analyserer som ikke er inkludert i analysen. Skulle leseren være i tvil om jeg for eksempel har tatt tekstelementer ut av sammenheng for å illustrere et poeng, anbefaler jeg å konsultere originalteksten i vedlegg 1.

### 3.3 Validitet

«Hva er det jeg finner ut noe om?» er et sentralt spørsmål i denne sammenhengen, og Malterud (ibid.) skiller mellom *intern* og *ekstern* validitet. Intern validitet angår verktøyene jeg bruker for å produsere og dokumentere vitenskapelig kunnskap. I sammenheng med dette har jeg, i god tekstvitenskapelig tradisjon, valgt å la analyseobjektet danne utgangspunkt for den metodiske og til dels den teoretiske tilnærmingen. Det vil si at



analyseverktøy som for eksempel modalitet, topoi og retoriske bevismidler er valgt med utgangspunkt i teksten. En slik metode kan imidlertid risikere å falle i "relativisme-grøfta", og jeg har derfor valgt en forholdsvis stringent modell (Toulmins argumentasjonsmodell) som overordnet struktur for å sikre kontinuitet og oversiktighet i analysen. Samtidig har jeg ansett det nødvendig å i noen grad modifisere denne modellen med sikte på å unngå at analysen tilpasses modellen fremfor teksten, foruten at jeg vil forsøke å tydeliggjøre de stedene der jeg mener modellen ikke er tilstrekkelig. Etter min mening gir denne fremgangsmåten en kombinasjon av stringens og dynamikk som er helt nødvendig for å produsere valide resultater i tekstanalyse, ettersom en slik analyse kan følge teksten uten å henfalle til usystematisk "synsing".

Den *eksterne* validiteten angår overførbarhet – i hvilken grad kan funnene fra analysen gjøres gjeldende utover den aktuelle høringsuttalelsen? Her vil jeg gjenta det pragmatiske retoriske utgangspunktet jeg allerede har skissert: Å betrakte den foreliggende høringsuttalelsen som en manifestasjon av Legeforeningens verdensbilde ville være både en grov overforenkling og vitenskapelig uholdbart, all den tid dette er en tekst som forsøker å oppnå noe helt konkret. Det er derimot mitt formål å studere hvilke strategier Legeforeningen benytter seg av for å oppnå det de vil, særlig i form av aktørposisjonering. Sett i lys av dette er denne oppgaven like mye en analyse av argumentasjonsstrategier i høringsuttalelser som en analyse av Legeforeningen som sådan. Det skal imidlertid ikke underslås at et så snevert empirisk utvalg begrenser den eksterne validiteten betydelig, og jeg vil derfor være forsiktig med å foreta vidtrekkende slutninger både i analysen og i den avsluttende drøftingen.

### **3.4 Relevans**

Hva kan så kunnskapen som kommer ut av min analyse brukes til? I denne sammenhengen knytter ordet *relevans* seg hovedsakelig til øvrig forskning, og betegner hvor jeg søker å plassere meg i forhold til eksisterende litteratur. Som jeg beskrev innledningsvis finnes det betydelige mengder foreliggende forskning på Den Norske Legeforening, så analyseobjektet mitt er med andre ord alt annet enn originalt. Det som derimot gjør denne analysen relevant er snarere innfallsvinkelen: Tross all foreliggende litteratur om Legeforeningen og makt har jeg ikke funnet detaljanalyser av hvordan dette kommer til uttrykk tekstlig. Slik jeg ser det er

dette dermed et nyttig tilskudd til historiske såvel som samfunnsvitenskapelige analyser, idet jeg analyserer hvordan makten *operasjonaliseres* gjennom tekst innen en bestemt samfunnsmessig og historisk ramme.

### 3.5 Refleksivitet

Refleksivitet har med etterrettelighet å gjøre, som i sin tur er knyttet til gjennomskiktighet: Hvilket ståsted jeg skriver ut fra og hvordan dette kommer til uttrykk i min egen analyse er i høy grad relevant for resultatene. I den samfunnsvitenskapelige forskningen jeg presenterte i innledningen er det for eksempel påfallende at samfunnsvitere som Freidson (1988) og Nordby (1994; 1999) har et åpenbart polemisk utgangspunkt for sine analyser av henholdsvis legestanden og Legeforeningen, mens for eksempel Skaset (2004; 2006) – som selv er lege – er atskillig mindre kritisk. Det er ikke dermed sagt at det ene arbeidet er bedre eller “riktigere” enn det andre, men faglig og personlig ståsted vil naturlig nok farge enhver kvalitativ analyse (bias). I analysen er dette forsøkt tatt høyde for gjennom å skissere ulike fortolkningsmuligheter der jeg har sett det som rimelig (se beskrivelse i neste kapittel), foruten at analysen inkluderer relativt mye originaltekst for å gjøre tolkningene så transparente og etterrettelige som mulig. Skulle leseren likevel være i tvil, anbefaler jeg nok en gang å konsultere originalteksten i vedlegg 1.

Et annet kritisk moment knyttet til refleksiviteten er spørsmålet om fagkunnskap. Er det en svakhet ved analysen av at den gjøres av en person uten medisinsk (eller psykologisk) fagkompetanse? For det første vil jeg påpeke at en høringsuttalelse ikke først og fremst henvender seg til fagpersonale – den henvender seg til byråkrater. Dette kan kanskje også forklare at teksten er så godt som rensket for teknisk fagsjargong, og den er dermed uten videre leselig for utenforstående. Videre vil jeg påstå at det er ressurs i seg selv å ikke ha internalisert medisinske tenkemåter og termer. Bourdieu beskriver eksempelvis doxa som «det som aldrig ifrågasätts helt enkelt därför att ingen inom gruppen kommer på tanken att ifrågasätta det» (Rosengren 2002:68), og det er derfor *nødvendig* å stå på utsiden for å påpeke det internaliserte.

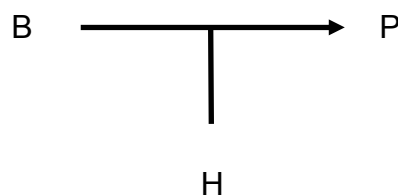
## 4 Teori: Toulmins argumentasjonsmodell og det utvidede toposbegrepet

### 4.1 En enthymemisk argumentasjonsforståelse

Jeg har, som nevnt i kapittel 3.3, valgt å bruke Stephen Toulmins modell (1958) som utgangspunkt for argumentasjonsanalysen. Toulmins prosjekt er først og fremst en kritikk av og et alternativ til logikkens forklaringsmodell, syllogismen. En syllogisme er en induktiv slutning med en oversetning, en undersetning og en konklusjon, og det mest kjente eksempelet er fra antikken: «Siden alle mennesker er dødelige og Sokrates er et menneske, er Sokrates dødelig». Konklusjonen følger naturlig av premissene, og er dermed fullkomment logisk – hvis man slutter seg til at alle mennesker er dødelige og at Sokrates er et menneske, er man nødvendigvis enig i konklusjonen. Derimot er det ikke slik vi argumenterer i det daglige, ifølge Toulmin, ettersom ikke konklusjonen nødvendigvis alltid følger av premissene (slik de vil gjøre i en syllogisme). Det Toulmin ikke visste da han først skrev dette, var at Aristoteles hadde kommet ham en stund i forkjøpet<sup>6</sup>: «Hvis det på grunnlag av visse gitte premisser – fordi de enten alltid eller som regel er sanne – følger noe annet og forskjellig fra dem, så kalles dette [...] innenfor retorikken et enthymem.» (Aristoteles' Retorikk, I.2.9: sitert i Andersen 1995). Praktisk argumentasjon er med andre ord enthymemisk, ikke syllogistisk, ettersom premissene vi bruker som regel ikke er objektivt sanne eller falske, men åpne for fortolkning og forhandling. Dette sammenfaller også med retorikkforståelsen jeg skisserte i forrige kapittel; en praktisk orientert innfallsvinkel for å studere retorikk som handlingsrettede valg.

### 4.2 Toulmins modell

Modellens grunnfigur er tre hovedelementer som på en eller annen måte vil inngå i ethvert argument (Begrepsoversettelsene er fra Jørgensen og Onsberg 1999):



---

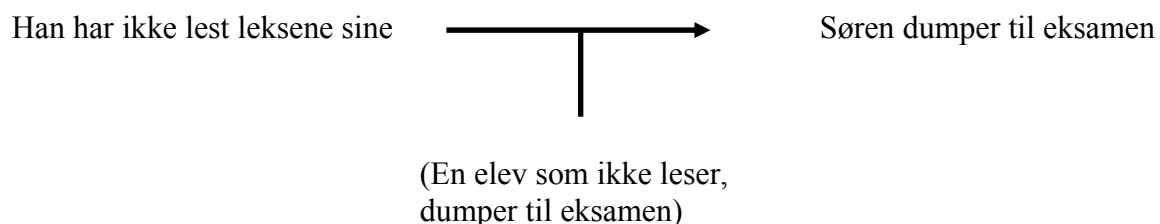
<sup>6</sup> Toulmin anerkjenner også dette i forordet til senere utgaver av "The uses of argument".

Pilens retning indikerer det vi vil frem til: påstanden. Påstanden (P) er argumentets utgangspunkt og betegner selve poenget. For å underbygge dette har vi et belegg (B), som er informasjonen vi presenterer for å underbygge påstanden (P). Den siste, hjemmelen (H), utgjør forbindelsen mellom (P) og (B). Dette er modellens sentrale element, og jeg skal kort gjøre rede for hvorfor.

En hjemmel («warrant» hos Toulmin) er som regel et generelt synspunkt som deles av avsender og mottager, og selv om enhver av de tre elementene kan være både implisitt og eksplisitt, er det som regel hjemmelen (H) som utgjør den uuttalte, implisitte delen av argumentet. Som Toulmin selv skriver:

*«[the warrant's] task being simply to register explicitly the legitimacy of the step involved and to refer it back to the larger class of steps whose legitimacy is being presupposed.» (Toulmin 1958:92)*

For å begynne med det siste: hjemmelen søker å eksplisere det som er «presupposed» – argumentasjonens forutsetning. Det kan i praksis se slik ut:



*(Fra Jørgensen og Onsberg 1999:14)*

Eksempelet illustrerer hvorfor en hjemmel som regel er implisitt: den utgjør en selvfølgelighet som en mottaker innen vår kultur uten videre vil forstå. Når jeg sier «Søren dumper til eksamen», for så å begrunne det med at han ikke har lest leksene sine, ville det som regel være unødvendig å begrunne det ytterligere med hjemmelen «en elev som ikke leser, dumper til eksamen» – det er innforstått. Dette er i prinsippet en tautologi, men selv et så enkelt argument innebærer en generalisering som kan diskuteres: Dumper alle elever som ikke leser til eksamen? Kanskje Søren får dårlig karakter, men hvor mye kreves for å faktisk bestå eksamen? Kanskje Søren har lest på emnet før, eller kanskje han er spesielt intelligent? Det er med andre ord ikke gitt at hjemmelen er sann eller riktig selv om den er

innforstått; poenget er snarere å eksplisere hva en argumentasjon tar som selvfølgelig, innforstått og naturlig. Dette er videre et sentralt moment ved argumentasjon, ettersom «[å] vinne debatter innebærer ofte å tilegne seg retten til å definere hva som er naturlig» (Grue 2006).

#### 4.2.1 Utvidet modell

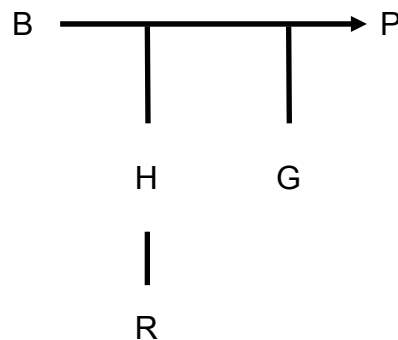
I tillegg til grunnstammen jeg beskrev ovenfor, består Toulmins modell av visse tilleggselementer. Disse er ikke tilstede i alle argumenter, men brukes der det sees som nødvendig.

*Gjendrivelsen (G)* betegner og imøtegår usikkerhetsmomenter ved overgangen fra påstanden (P) til hjemmelen (H). I retorikken kalles tilsvarende markører *refutatio* eller *confutatio*, og disse har til hensikt å gjendrive tilhørernes eventuelle motforestillinger.

*Ryggdekningen (R)* kan være lett å forveksle med hjemmelen (H), og er i hovedsak informasjon som underbygger hjemmelens troverdighet.

*Styrkemarkøren (S)* betegner graden av sikkerhet som senderen tillegger P. I min bruk av modellen har jeg valgt å utelate denne, noe jeg kommer tilbake til nedenfor.

Den utvidede modellen, slik jeg velger å bruke den, blir dermed seende slik ut:



#### 4.2.2 Modifikasjoner til modellen

Jeg har valgt å utelate styrkemarkøren (S) i min bruk av modellen. Dette kommer av at jeg har valgt å inkorporere dette i selve tekstanalysen, i form av diskusjoner rundt bruken av «modalitet» i Legeforeningens tekst. Jeg kommer tilbake til modalitetsbegrepet og hvordan jeg vil bruke det i analysen ved slutten av dette kapitlet.

Ettersom Toulmin selv i liten grad beskriver bruken av modellen i analysesammenheng, har jeg i hovedsak valgt å støtte meg til Jørgensen og Onsbergs bruk av den (1999). Denne anvendelsen har imidlertid et par problemer som jeg har forsøkt å unngå i analysen: For det første parafraiserer Jørgensen og Onsberg i stor grad også de eksplisitte elementene før de plasserer dem i modellen (de implisitte må nødvendigvis parafraseres). Dette øker etter min mening mulighetene for feil- eller overfortolkninger, ettersom man dermed gir seg i vei med å analysere sin egen parafrasering – som i seg selv innebærer en tolkning. Det er selvfølgelig grenser for hvor mye tekst det er hensiktsmessig å inkludere under hvert punkt, men jeg har valgt å kun parafrasere der jeg har sett det som høyst nødvendig, og i disse tilfellene henviser jeg også til originalteksten.

### *Begrunnelser*

Det andre punktet berører det Jørgensen og Onsberg kaller «Argumenttyper» og knytter seg direkte til hjemmelen i modellen. I boka listes det opp seks varianter, og disse er: *tegn, årsak, klassifisering, generalisering, sammenlikning, autoritet og motivasjon*. I tråd med forståelsen av retorikk som handlingsrettede valg, passer imidlertid ikke disse kategoriene spesielt godt. Jeg har derfor heller valgt å benytte Christian Kocks argumenttype-forståelse, slik han beskriver den i artikkelen «Multiple warrants in practical reasoning» (2006). Kock trekker her på en antikk retorisk lærebok av grekeren Aksimenes, som lister andre argumentkategorier basert på hva som *begrunner* argumentene. Disse begrunnelsene er som følger (mine oversettelser, Kocks i parentes):

- Rettferdig (just)
- Lovlig (lawful)
- Hensiktsmessig (expedient)
- Hederlig (honourable)
- Behagelig (pleasant)
- (Lett) oppnåelig (easy of accomplishment)
- Mulig, gjennomførbar (practicable)
- Nødvendig (necessary)

I analysen vil jeg kalle disse «begrunnelser», og jeg vil forsøke å vise hvordan eksplisitte eller implisitte begrunnelser bygger opp under hjemmelen.

### *Intensjonalitet*

Min siste bemerkning berører ikke bare Jørgensen og Onsbergs implementering av den: den angår hele Toulmin-modellens forståelse av kommunikasjon. Slik jeg ser det, ligger en lineær «rørmodell» til grunn for modellen:<sup>7</sup> En sender ytrer noe, som så mottas av en mottaker. En slik avskrivelse av det handlende subjekt går ikke godt overens med mitt retoriske utgangspunkt, og jeg ser det derfor som hensiktsmessig å inkludere et intensjonalitetsbegrep.

### *Intensjonalitetsbegrepet*

Er det rimelig å tro at forfatterens intensjoner i teksten alltid lar seg overføre direkte til leseren? Johan Tønnesson (2004) knytter dette til Umberto Ecos begrep *modelleser* («model reader»), og skisserer forskjellige tenkte lesere som belyser forskjellige sider ved intensjonaliteten. Selv om denne metodens illustrative kvaliteter er åpenbare, gir den etter min mening også et utilstrekkelig bilde av teksten: Antallet og variasjonen i modelleserutvalget vil i siste instans være begrenset av fortolkerens egen “fortolkningshorisont”. Faren ved dette er en tekstfortolkning som utgir seg for å være uttømmende, samtidig som faren for å overse rimelige tolkninger (modellesere) er overhengende.

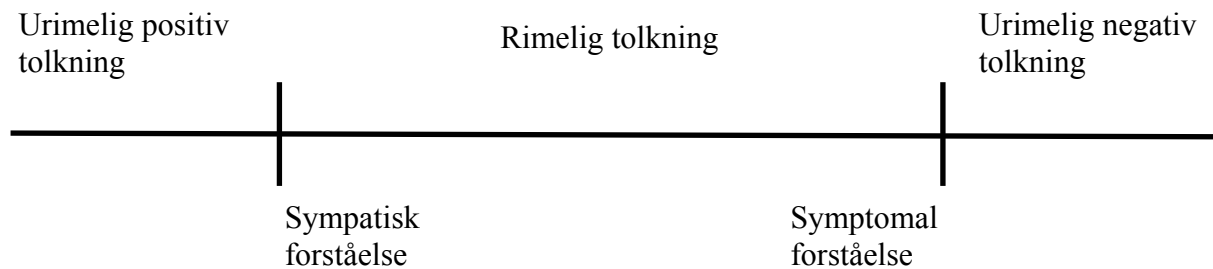
Min tilnærming er derfor noe annerledes. Jeg vil, der jeg ser det som relevant, skissere to lesninger knyttet til det Kjell Lars Berge (2003) kaller «intensjonell rettethet»: Den ene er en “naiv” lesning som uten videre forsøker å avkode avsenderens intensjon. Denne lesningen er i tråd med rørmodellen jeg nevnte ovenfor, idet budskapet overføres fra sender til mottaker på senderens premisser. I Atle Kittangs intensjonalitetsforståelse (1976) kalles dette for den «sympatiske» forståelsen, som også er begrepet jeg vil bruke i analysen.

Den andre er hva Kittang kaller den «symptomale» eller «kritiske» forståelsen, som er forståelsen han selv slutter seg til. Dette innebærer en kritisk lesning hvor tekst og forfatter

---

<sup>7</sup> Se f.eks. (Tønnesson 2004)

sees i sammenheng, og gir et større fortolkningsrom i kraft av å være mer kontekstorientert. I min analyse vil jeg spissformulere denne lesningen for å illustrere spennet mellom denne og den sympatiske forståelsen, ved å forsøke å lese teksten «mothårs» - om enn fortsatt innen det jeg vil kalle en rimelig fortolkning av teksten. Jeg vil kalle forståelsen "symptomal" i analysen. Med dette vil jeg konstruere et tenkt, fortolkningsmessig kontinuum som kan illustreres slik:



Den horisontale linjen representerer spennet av fortolkningsmuligheter, mens de vertikale linjene definerer grensene for hva som er rimelige tolkninger. Rommet for «rimelig tolkning» tilsvarer også rommet for intensjonell rettethet, ettersom det representerer de mulighetene teksten har for å rette intensjonaliteten i den ene eller andre retningen.

Kjennere av Kittangs teori vil nok påpeke at jeg har utelatt den tredje forståelsen han skisserer; den «objektiverende» (verkorienterte) lesningen som tar utgangspunkt i teksten som et selvstendig objekt. I litteraturanalyse er denne selvsagt vanskelig å overse, men i tråd med min handlingsrettede retorikkforståelse ser jeg denne som mindre relevant for mitt analyseobjekt: En tekst som søker å oppnå noe helt konkret for noen, er det kort sagt ikke rimelig å lese som en selvstendig tekst løsrevet fra alt annet.

Modellens andre problem berører kritikken jeg fremmet mot modelleserbegrepet ovenfor: Vil ikke mine grenser for rimelig og urimelig tolkning, og dermed plasseringen av sympatisk og symptomal forståelse, også være begrenset av min egen fortolkningshorisont? Svaret mitt vil være bekreftende, men slik jeg ser det gir plasseringen av ytterpunktene sympatisk og symptomal forståelse en mer dynamisk fortolkningsramme enn en systematisk oppstilling av modellesere. Denne dynamikken innebærer også at en empirisk leser høyst sannsynlig vil bevege seg langs dette kontinuumet mens han leser: Noe vil være nærmere en sympatisk



forståelse, noe vil være nærmere en symptomal. Slik jeg ser det, er dette også mer konsistent med forståelsen av retorikk som handlingsrettede valg, ettersom dette kontinuumet representerer spennet mellom hva den avgjørende part vil legge vekt på i hvert enkelt argument.

### 4.3 Topoi

Først en rask retur til Toulmins forklaring av hjemler:

*«[the warrant's] task being simply to register explicitly the legitimacy of the step involved and to refer it back to the larger class of steps whose legitimacy is being presupposed. (Toulmin 1958:92)*

Som vi ser, skisserer Toulmin også en «class of steps» som ethvert «step» kan føres tilbake til. Hva slags «klasse» er det snakk om? Toulmin selv diskuterer ikke dette videre, men Otto Birds artikkel «The Formalizing of the Topics in Mediaeval Logic» (1960) påpeker likheten mellom Toulmins hjemler og retorikkens topoi – noe også Toulmin selv har anerkjent i senere utgaver av «The Uses of Argument» (Toulmin 2003 i Gabrielsen 2008). Med andre ord kan Toulmins hjemler, «steps» og «classes of steps» også kan forstås som et topossystem.

En topos (topoi i flertall) kommer fra gresk og betyr sted. Ole Togeby (1986) kaller det «et sted i bevissthetens landskap» og dette angir mer spesifikt at en topos er en metafor for et mentalt «sted» vi kan hente argumenter eller poenger fra.<sup>8</sup> Toposlæren har flere ulike anvendelser og forståelsesmåter, noe Jonas Gabrielsen (2008) har gjennomgått. Gabrielsen skiller mellom fire toposforståelser, eller fasetter, som han kaller dem: heuristiske, kollektive, inferensielle og kognitive. De to første, heuristiske og kollektive, angår innhold. Den heuristiske relaterer seg til retorikkens inventio-fase, hvor man leter etter "steder" å hente argumenter fra. Dette er med andre ord snakk om praktisk, konkret bruk av topoi i tilknytning til produksjon av tekster, og forståelsen har bl.a. vunnet sine tilhengere innen skriveidaktikken (se for eksempel Togeby 1986). Den neste kategorien, kollektive topoi, er topoi forstått som *loci communes* eller fellessteder. Dette er, ifølge Gabrielsen, emner som er så innarbeidede og aksepterte innen en viss kultur at de i prinsippet kan brukes om og om

---

<sup>8</sup> Se (Andersen 1995) eller (Kjeldsen 2004) for en mer utførlig innføring.

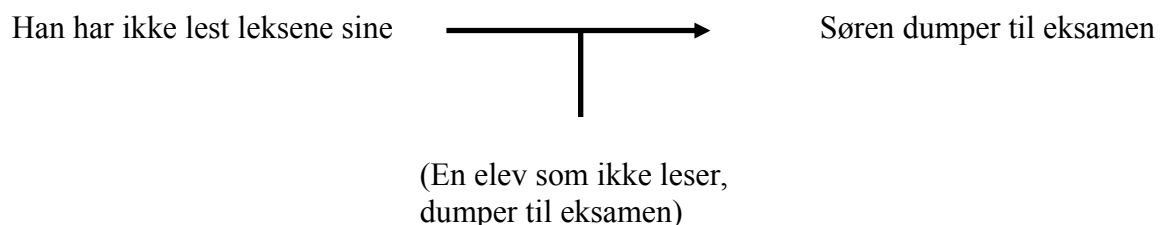
igjen. I norsk sammenheng vil for eksempel "enhetsskolen" kunne være et eksempel – hvem er imot like utdanningsmuligheter for alle?

De to siste, inferensielle og kognitive, omhandler toposens form. Inferensielle topos er forskjellige måter å bygge opp et resonnement på – argumenters struktur. Dette knytter Gabrielsen også direkte til Toulmins hjemler, idet han setter likhetstegn mellom disse og inferensielle topoi. Til slutt har vi de kognitive, en mer abstrakt kategori av topoi som kan betraktes som kulturelt funderte tankemønstre. Her siterer Gabrielsen blant annet Rosengren, som i sin tur har sin toposforståelse fra Chaïm Perelman: Rosengren trekker på Perelmans forståelse av topoi som «de allmänna idéer eller tankeplatser som man inom en grupp, medvetet eller omedvetet, oppfattar som viktiga» (2002:86). Disse kan i sin tur, mener Rosengren, brukes til å avdekke en viss kulturs doxa.

Det er som nevnt viktig å merke seg at Gabrielsens inndeling ikke omhandler forskjellige typer topoi, men forskjellige forståelser av dem:

*«De fire kategorier, jeg benytter, er således verken udtryk for skarpt afgrænsede forståelsesrammer eller for klart afgrænsede traditioner. Formålet med den kategorielle tilgang er som sagt at blotlægge topikkens forskjellige facetter, og kategorierne skal derfor primært forstås som analytiske grep, der muliggjør, at topikkens enkelte forståelsesrammer kan fremstilles isoleret.» (s. 21)*

Man kan med andre ord – slik jeg tolker Gabrielsen – for eksempel forstå en topos både kollektivt og inferensielt på samme tid. Dette illustrerer i så fall godt topoienes kompleksitet, samtidig med deres anvendbarhet. Ved å trekke på forskjellige forståelser kan man belyse flere sider av det bakenforliggende premisset i et argument. For å vende tilbake til eksempelet fra Jørgensen og Onsberg:



Toposen her, «En elev som ikke leser, dumper til eksamen», kan forstås på flere måter:

- *Kollektivt*: Toposen er en parafrasering av idealet om at man ikke får noe gratis, og at latskap straffer seg.

- *Inferensielt*: Toposens form er av "årsak til virkning"-typen, en klassisk måte å bygge et arguments struktur på: Et logisk resonnement som fremstår som logisk i kraft av den infererte hjemmelen. Ettersom det kan regnes for å være allment kjent at det er større sjanse for å stryke til eksamen om man ikke leser, trenger ikke dette uttrykkes eksplisitt.
- *Kognitivt*: Toposen viser hvordan den norske enhetsskoletankegangen fungerer i praksis: den bygger på en forutsetning om at alle har like forutsetninger og dermed bør ha like muligheter. Med andre ord vil enhver elev som ikke ha lest dumpe til eksamen (teoretisk sett).

Den oppmerksomme leser vil sannsynligvis ha merket seg at jeg ikke nevnte den første forståelsesrammen, den heuristiske. Dette et bevisst valg, og berører forholdet mellom retorikken som didaktisk og analytisk verktøy – et skille som er omdiskutert innen (ny-)retorikken, særlig etter Dilip W. Gaonkars kritikk av retorikkens overgang fra praktisk til fortolkningsorientert disiplin (1996). Ettersom det ligger utenfor denne tekstens rammer å utdype dette ordskiftet<sup>9</sup>, vil jeg her nøye meg med å kort klargjøre mitt utgangspunkt: Ettersom denne oppgavens misjon er analytisk fremfor didaktisk, ser jeg det ikke som hensiktsmessig å forsøke å avdekke eller gjenskape selve produksjonsfasen av en tekst; min interesse vil ligge i hva teksten gjør fremfor hvordan teksten oppstår. Det er ikke med dette sagt at produksjonsanalyse er uinteressant, men valget handler i større grad om denne oppgavens fokus, som er en tekstnær, argumentasjonsorientert analyse. En analyse som inkluderer produksjonsaspektet er ikke bare tid- og plasskrevende – den presenterer også betydelige metodiske utfordringer. Yngve Benestad Hågvar (2002) gir et godt eksempel på dette, i og med at hans analyseobjekt VG nektet å la ham få innsyn i selve produksjonsprosessen av en VG-sak. For øvrig påpeker Norman Fairclough (1989) også viktigheten av produksjonsanalyse i sin presentasjon av *Critical Discourse Analysis*, til tross for at hans egne analyser foregår nærmest utelukkende på tekst- og diskursnivå. Det er derfor et pragmatisk snarere enn et ideologisk valg som ligger til grunn for den påfølgende analysens konsumpsjonsfokus.

---

<sup>9</sup> Se (Gross og Keith 1996) for en fylldig gjennomgang av ordskiftet.

Jeg skal med andre ord holde meg til de tre nevnte toposforståelsene i fortsettelsen. Det kan muligens fortsatt synes omfattende og forvirrende å bruke dem om hverandre, men jeg ser det som nødvendig av to grunner: En topos er ikke en gitt størrelse, og er med andre ord åpen for fortolkning. Man kan derfor stille opp flere toposforståelser ved siden av hverandre for å belyse ulike rimelige fortolkninger av det underliggende premisset i et argument, jamfør intensjonalitetsbegrepet jeg presenterte ovenfor. Jeg vil kalle dette en horisontal toposforståelse. Topoi kan imidlertid også forstås vertikalt, i og med at en enkelt topos kan bygge på en annen, mer generell topos.

#### **4.3.1 Er en topos og en hjemmel det samme?**

I analysen kan det fremgå at hjemmelen i modellen og toposen i skjemaet er identiske. Dette hører imidlertid til unntaket fra regelen, da hjemmelen ofte åpner for flere tolkninger, som følgelig gir forskjellige topoi. Som regel vil hjemmelen være en konkretisering av en eller flere topoi, som enten representerer forskjellige lesninger knyttet til intensjonaliteten, eller baserer seg på allmenne forestillinger som understøtter hjemmelen.

#### **4.4 Feltteori**

I beskrivelsen av topoi ovenfor tok jeg utgangspunkt i Togeby, og beskrev en topos som «et mentalt "sted" vi kan hente argumenter eller poenger fra», gjerne i tilknytning til det jeg overfor kalte «loci communes» («fellessteder»). Dette er en utbredt forståelse av topoi, men det er påfallende at forklaringene så godt som alltid bare konsentrerer seg om metaforen «steder». Hvilke av disse stedene er «felles», og ikke minst: felles for hvem? For å undersøke dette nærmere vil jeg ta i bruk det Grue (2006) kaller et «utvidet toposbegrep». Dette består kort forklart av en sammenstilling av toposbegrepet slik jeg har fremstilt det og Bourdieus feltteori.

Bourdieu knyttet feltbegrepet til betegnelsen «sosialt rom», og som Danielsen og Hansen (1999) skriver, er det mest nærliggende begrepet til «felt» en «sosial arena». Forskjellen er derimot at en sosial arena innebærer en form for fysisk nærhet; det gjør ikke nødvendigvis feltbegrepet, hvor for eksempel en høringsrunde kan være en arena. På denne arenaen er metaforen «kamp» essensiell, spesielt i tilknytning til endringer av feltet. Hvert felt har en

egen doxa, noe som også innebærer ulik verdsettelse av kapital<sup>10</sup> selv om felt også til en viss grad kan overlappe hverandre. Som Grue (ibid) skriver:

*Autonom kapital har verdi primært innen et bestemt felt (f.eks. integritet i journalistikken, falsifiserbarhet innen akademia og virtuositet innen musikken), mens heteronom kapital har verdi primært på tvers av ulike felt (lettfattelighet, økonomisk nytte og popularitet, respektivt).*

(Understrekningen er kursivert i originalen)

Maktkamp innen et felt er ofte en kamp om å få størst mulig gjennomslag for sin kapitalverdsettelse, og premien for felt som vinner fram er gjerne autonomi, økonomisk gevinst, makt over tilgrensende felt etc. Når nye felt kommer til må disse tilpasse seg det rådende feltets doxa og kapitalverdier, og en slik posisjon blir i Bourdieus terminologi kalt en heterodoksisk posisjon. Feltet med den rådende doxa og kapital kalles ortodoksisk. Et felt i endring er dermed som regel representert av ett eller flere heterodoksiske felt som utfordrer et ortodoksisk (Danielsen og Hansen 1999:64-67).

For å relatere dette til analyseobjektet: «Helsefeltet» er i Norge, som alle andre steder, et stort og komplekst felt. Videre er det også et felt det knytter seg enorm prestisje til, økonomisk som moralsk. Som jeg gjennomgikk innledningsvis har det medisinske felt lenge hatt en tilnærmet ortodoksisk posisjon innen helsefeltet, i kraft av å inneha definisjonsmakt, økonomisk og sosial kapital. Når denne posisjonen utfordres av det psykologiske feltet (og kiropraktikkfeltet) gjennom sykmeldingsretten, settes ortodoksiske (medisinske) argumenter opp mot heterodoksiske (psykologiske). Den dømmende part er det jeg kaller «det helsepolitiske feltet»: departementet, regjeringen og eventuelt Stortinget. Hvordan arter denne kampen seg i praksis? Det kan forhåpentlig sammenstillingen av topos- og feltteori gi et svar på: Gjennom å kategorisere topoi som enten autonome (tilhørende et spesielt felt) eller heteronome (topoi som går på tvers av feltene) vil jeg forsøke å identifisere hvilke verdier det er kamp om og hvilke som oppfattes som allmenne.

---

<sup>10</sup> Etter Bourdieus kapitalforståelse. Se (Bourdieu 1984) eller (Grenfell 2008)

## 4.5 Supplerende retorisk og tekstvitenskapelig teori

Teorien jeg har beskrevet så langt kan sies å utgjøre en overgripende struktur for analysen, og er i hovedsak tilstede i alle argumentene jeg gjennomgår. Imidlertid er ikke to argumenter like, og det er derfor nødvendig å supplere overnevnte teori der det passer. Om dette synes relativistisk vil jeg understreke at min analyse har *teksten* som utgangspunkt, ikke teorien, noe jeg også kommer tilbake til i innledningen til analysen. Jeg skal i det følgende kort gjennomgå noen av analyseverktøyene jeg vil bruke mest, mens jeg introduserer de øvrige kort underveis i analysen.

### 4.5.1 De retoriske bevismidlene

Det mest grunnleggende begrepssettet i klassisk retorisk terminologi er de tre bevismidlene etos, patos og logos. Etos betegner talerens / senderens troverdighet og selvfremstilling, patos angår følelsene vedkommende forsøker å vekke hos sitt publikum, og logos angår selve argumentasjonen – hva resonnementet består i.<sup>11</sup> Ved første øyekast er Legeforeningens tekst logos-basert; det er en saklig argumentasjon som i liten grad baserer seg på å vekke spesielle følelser eller eksplisitt posisjonerer seg som avsender. Som jeg skal vise i analysen er imidlertid bildet mer komplekst enn som så, og gjennom å identifisere bevismidlene og deres tilknytning til tekstens topoi vil jeg forsøke å illustrere hvordan bevismidlene belyser hver sin side av tekstens argumentatoriske strategi. Med tanke på Legeforeningens posisjon vil jeg også gjennomgå tekstens etos spesielt i den avsluttende drøftingen.

### 4.5.2 Modalitet

Som jeg nevnte i gjennomgangen av Toulmins modell, har jeg valgt å erstatte modellens «styrkemarkør» med den systemiske grammatikkens modalitetsbegrep. Modalitet kommer av det latinske *modus*, og betegner hvordan avsenderen forholder seg til tekstens innhold. Er han skråsikker på det han sier, eller uttrykker han usikkerhet? Skråsikkerhet betegnes som «høy modalitet», mens det motsatte betegner lav modalitet. I den systemisk-funksjonelle grammatikken er dette ytterligere raffinert ved å skille mellom to typer modalitet: *modalisasjon* og *modulasjon*.

---

<sup>11</sup> Se for øvrig (Andersen 1995) eller (Kjeldsen 2006).

Modalisasjon, ifølge Eva Maagerø (2005:151), «uttrykker framfor alt mening som har med sannsynlighet å gjøre i proposisjoner». Innunder dette kommer også *vanlighet* som strategi, da dette implisitt har med sannsynlighet å gjøre; det som er mer vanlig er mer sannsynlig. Modulasjon, på sin side, «gjør det mulig for oss å komme med vurderinger og holdninger til hendelser og handlinger som går på hvor nødvendig noe er, eller hvor tilbøyelig man er til å gjøre noe.» Stikkordene her er *nødvendighet* og *tilbøyelighet*.

I analysen skal jeg ikke gå så detaljert til verks i grammatikken som det for eksempel Maagerø gjør, men jeg skal forsøke å se modalitetsbruken i sammenheng med hva som begrunnes og hvordan.

### **4.5.3 Stemmeteori**

I sin mest banale forstand er tekstlige stemmer sitater innrammet i anførselstegn: «"Fremtiden ligger foran oss" sa Torbjørn Jagland», og liknende. Som Veum (2006; 2008) poengterer er det derimot mange måter å gjøre dette på, både eksplisitt og implisitt. En gjengivelse er aldri en helt nøytral gjengivelse ettersom den rekontekstualiseres (derav min kritikk av Jørgensens og Onsbergs parafraiseringer i Toulmins modell). Hvilke aktører inkluderes i teksten, og hvorfor? Hvordan blir disse så fremstilt? Dette er noen av spørsmålene stemmeanalysen søker svar på. Et sentralt aspekt her er også sammenhengen mellom deltakere og aktører: En deltaker får fremme sin egen sak i teksten, mens en aktør kun blir gjengitt. Forskjellen kan synes subtil, men er ofte av stor betydning for hvordan maktposisjonering foregår i tekst.

## 5 Argumentasjonsanalyse av Legeforeningens høringsuttalelse

Som presentert i forrige kapittel, skal jeg i det følgende bruke en modifisert utgave av Toulmins modell som utgangspunkt for argumentasjonsanalysen. Dette blir videre supplert med det utvidede toposbegrepet, Bourdieus feltteori og Kocks argumentbegrunnelser, samt relevante retoriske og tekstvitenskapelige analysebegreper. Legeforeningens tekst er i sin helhet å finne i vedlegg 1, mens et toposkjema er å finne i vedlegg 2.

### *Praktiske avklaringer*

Jeg har vært inne på tidligere at jeg ønsker å holde et mest mulig tekstnært perspektiv gjennom analysen. Dette innebærer, som nevnt i forrige kapittel, begrenset bruk av parafraiseringer (markert med parenteser i modellen), noe som i sin tur ofte betyr mye tekst under hvert enkelt punkt. Man vil i så måte kunne argumentere for at jeg kunne bygd ut modellene mer for å vise elementenes dynamikk tydeligere. Grunnen til at jeg har valgt å ikke gjøre det slik, beror på to ting. Det første er leservennlighet, med tanke på å gi et mest mulig gjennomsiktig forhold mellom teksten og analysen. Ved å bryte opp teksten i mange små segmenter ville dette blitt atskillig mer komplisert. Med dette i mente har jeg også i utstrakt grad brukt sitater underveis, men jeg oppfordrer til å konsultere selve høringsuttalelsen (vedlegg 1) både før og imens man leser analysen.

Det andre går på forholdet mellom teori og empiri: Mitt mål er at analysen følger teksten, ikke omvendt. Modellene er derfor kun illustrasjoner av den overgripende strukturen, de øvrige detaljene diskuterer jeg i gjennomgangen av hvert enkelt punkt.

### *Struktur*

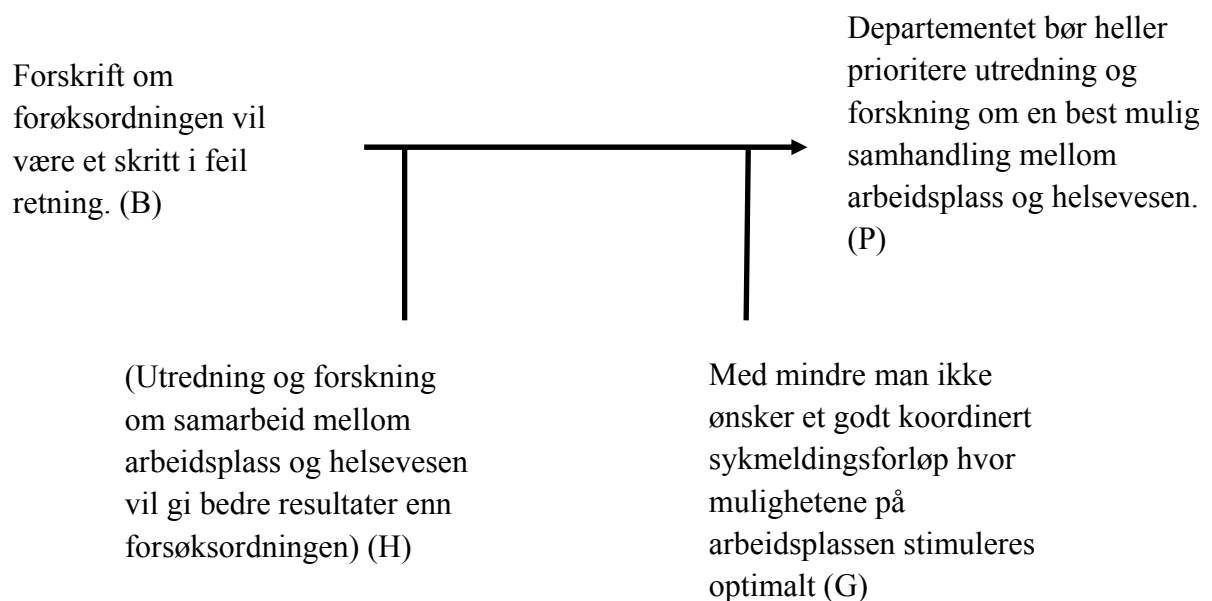
Legeforeningens tekst består av to hoveddeler: *Oppsummering av Legeforeningens synspunkter*, (vedlegg 1, s. 1-2) og *Bakgrunn og begrunnelser* (s. 2-7). Oppsummeringen består av syv kulepunkter, og disse vil jeg kalle Argument 1-7. Bakgrunnskapittelet har åtte underoverskrifter, og disse vil jeg kalle Bakgrunnsargument A-H. Dette er ikke en endelig avgrensning av antallet argumenter (det er mulig å spore flere enn 15 argumenter i teksten), og det skal jeg komme nærmere innpå i analysen. Nummereringen er gjort av oversiktsmessige hensyn, og argumentene vil bli presentert kronologisk, slik de fremtrer i teksten.



## 5.1 Argument 1

«Ønsker man et godt koordinert sykmeldingsforløp hvor mulighetene på arbeidsplassen stimuleres optimalt, vil forskrift om forsøksordningen være et skritt i feil retning. Vi mener departementet heller bør prioritere utredning og forskning om en best mulig samhandling mellom arbeidsplass og helsevesen.»

Argumentet kan skjematiseres slik:



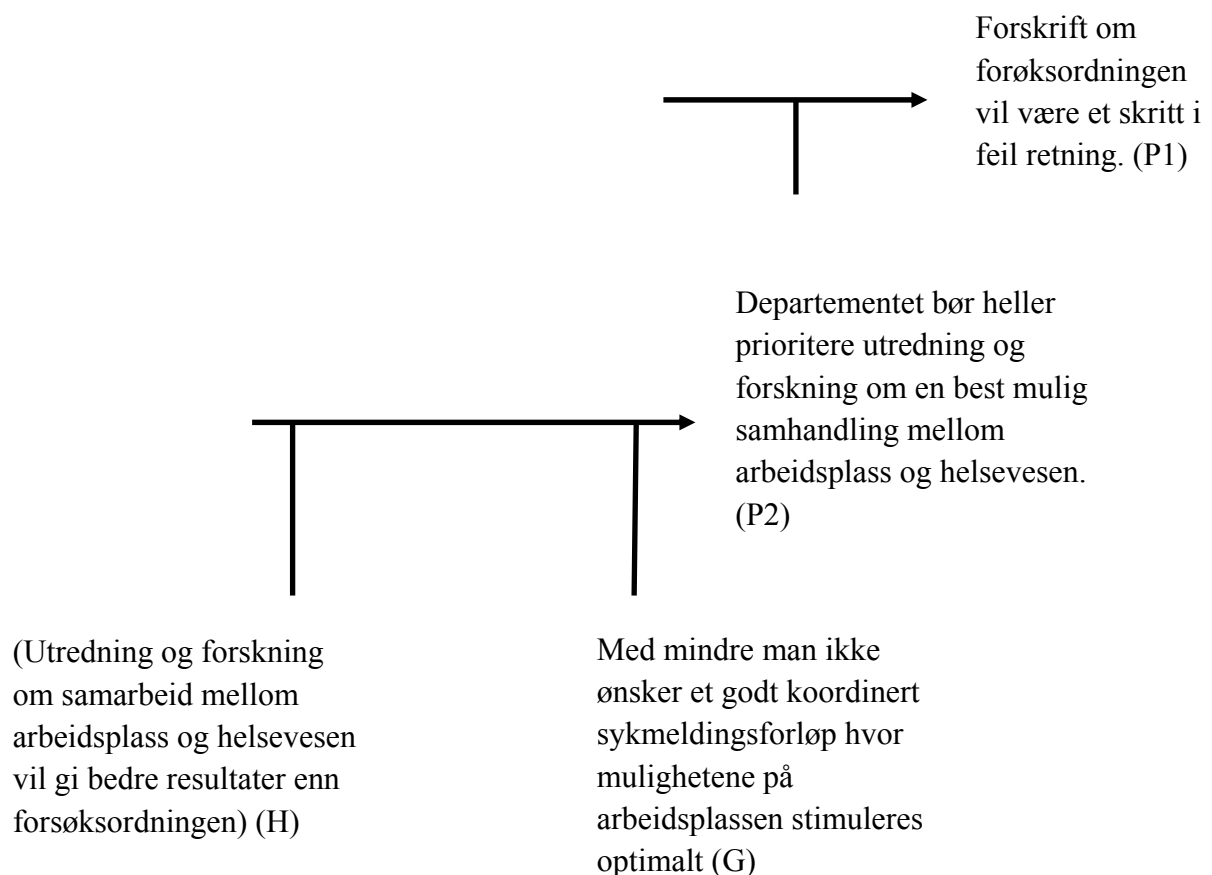
### Gjendrivelsen (G)

Argumentet innledes av gjendrivelsen (G) «Ønsker man et godt koordinert sykmeldingsforløp hvor mulighetene på arbeidsplassen stimuleres optimalt», som er preget av modaliseringer. «Ønsker man» uttrykker modulasjon (Maagerø 2005) ved hjelp av *tilbøyelighet*, noe som har en interpersonell funksjon – å “møte” mottakeren. «Stimuleres optimalt» uttrykker også modulasjon, begrunnet i nødvendighet, og innebærer en normativ sannhetsreferanse – den sier noe konkret om verden. Isolert sett er dette dermed henholdsvis en etos- og en logosorientert modalisering. Sett i lys av helheten er det derimot snarere snakk om to etosorienterte modaliseringer, ettersom setningen som helhet har en etosbyggende funksjon. Gjendrivelsens tautologiske form – hvem ønsker vel ikke et godt organisert sykdomsforløp? – etablerer et fellessted som fungerer som møtepunkt for sender og mottaker. Slik etableres en etoskonstruksjon, som sikrer velvillighet fra tilhørerne før belegget og påstanden presenteres.

### Belegget (B)

Der den første leddsetningen hadde en etosbyggende konstruksjon preget av modaliseringer, er den andre nær sagt motsatt: «...vil forskrift om forsøksordningen være et skritt i feil retning». Dette danner en kontrast til gjendrivelsen (G), ettersom teksten går fra lav til høy modalitet. Skiftet forklarer også gjendrivelsens innledende etosappell: Kombinasjonen av den etablerte etos og høy modalitet er ment å skulle gi legitimitet til belegget, som i sin tur underbygger påstanden (P).

Med andre ord er belegget (B) utelukkende basert på etos, og dette presenterer en utfordring ved argumentasjonen: Hva om leseren ikke aksepterer Legeforeningens etos? En slik leser vil i så fall etterspørre argumentets logos, og det er ikke å finne her. I så tilfelle vil argumentmodellen bli seende slik ut:



Sett opp mot den forrige argumentmodellen ser denne langt mindre koherent ut: En påstand begrunnes av en annen, uten at det gis noen reell begrunnelse (logosbaserte

argumenter) for noen av dem. Denne forskjellen kan relateres til intensjonaliteten: Følger mottakeren (leseren) avsenderens antatte intensjon (sympatisk lesning), eller finner den en annen (symptomal lesning)? Jeg vil, som i forrige kapittel, understreke at det ikke er min misjon å vise hva som er den "beste" eller "riktigste" lesningen; jeg ønsker å vise at begge lesninger kan være rimelige og relevante samtidig som de kan gi helt forskjellige argumentstrukturer.

### *Påstanden (P)*

I motsetning til mange av de andre påstandene er denne bare uttrykt med middels høy modalitet («bør prioritere»), en modalisasjon fundert i sannsynlighet. Dette kan også sies å være tilfelle her, men begrunnelsen er likevel noe uklar: Hva skal «utredning og forskning om en best mulig samhandling mellom arbeidsplass og helsevesen» bestå i, og hvorfor vil dette være å foretrekke fremfor forsøksordningen?

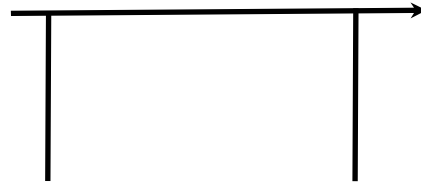
### *Hjemmelen (H)*

Ettersom hjemmelen er så nært knyttet til belegget oppstår mye av det samme problemet: Det gis ingen eksplisitt begrunnelse for hvorfor utredning og forskning vil være et bedre alternativ til forsøksordningen. For å forstå dette må man dermed lete i det implisitte, og til det skal jeg bruke det utvidede toposbegrepet som inkluderer Bourdieus feltteori.

### *Autonome og heteronome topoi*

Som beskrevet i forrige kapittel skiller Grue (2006) mellom «autonome» og «heteronome» topoi, og jeg skal her se hvordan disse arter seg i det foreliggende argumentet. Tilbake til argumentskjemaet:

Departementet bør heller prioritere utredning og forskning om en best mulig samhandling mellom arbeidsplass og helsevesen. (B)



Forskrift om forøksordningen vil være et skritt i feil retning. (P)

(Utredning og forskning om samarbeid mellom arbeidsplass og helsevesen vil gi bedre resultater enn forsøksordningen) (H)

Med mindre man ikke ønsker et godt koordinert sykmeldingsforløp hvor mulighetene på arbeidsplassen stimuleres optimalt (G)

Som jeg har vært inne på baserer gjendrivelsen (G) seg på et fellessted, en topos alle kan slutte seg til: Ingen fornuftig person vil stille seg negativ til godt koordinerte sykmeldingsforløp. Dette kan kalles en heteronom topos, ettersom man ikke er avhengig av å tilhøre det medisinske felt for å slutte seg til at godt koordinerte sykmeldingsforløp er positivt. Når man så går videre til belegget og hjemmelen (som skal underbygge påstanden) inntreffer derimot en retorisk forskyvning: Den heteronome toposen som fokuserer på pasientens beste (godt koordinert sykmeldingsforløp) blir forklart med en autonom topos; utredning og forskning er den mest hensiktsmessige fremgangsmåten. Sett i sammenheng med Kocks liste over advokerende hjemler jeg beskrev i forrige kapittel, fremgår det at den heteronome og den autonome toposen har forskjellige begrunnelser: Et godt koordinert sykmeldingsforløp er til pasientens beste (heteronom topos): det er med andre ord både hederlig og rettfærdig (etos- og patosbasert). Utredning og forskning som foretrukket fremgangsmåte (autonom topos) er derimot hensiktsmessig og nødvendig (logosbasert). Utelatelsen av forklaringen på hvorfor utredning og forskning er å foretrekke, kan i seg selv også sees på som et forsøk på å "naturalisere" toposen: Utredning og forskning – ikke minst medisinsk – har udiskutabel status som fremgangsmåte innen det medisinske felt. Ettersom det medisinske felt i sin tur har en meget sterkt posisjon innen helsefeltet, trenger tilsynelatende ikke forsknings- og utredningsargumentet å begrunnes nærmere.

Som motforestilling til denne forklaringen kan man innvende at det ikke er relevant for sammenhengen å presentere forskningsalternativet i detalj. Departementet har ikke interesse av metodologiske detaljer, og det ville ligge utenfor høringsnotatets mandat å skissere et komplett alternativ. Det kan nok godt stemme, men det fordrer i så fall at mottakeren uten videre aksepterer overgangen fra autonom til heteronom topos om argumentet skal være effektivt, og som jeg har vist er det ingen selvfølge.

Slik vil jeg avslutningsvis oppstille to topoi, hvor den heteronome, etosbaserte toposen brukes som legitimering av den autonome, logosbaserte. Skjematisert ser det slik ut:

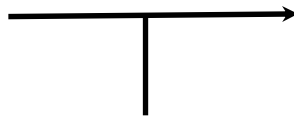
<b>Topos</b>	<i>1) Et godt koordinert sykmeldingsforløp er til pasientens beste</i>	<i>2) Utredning og forskning er den mest hensiktsmessige fremgangsmåten</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hederlig, rettferdig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Etos, Patos	Logos

## 5.2 Argument 2

*«Det fremholdes at forslaget åpner for at psykologer deltar i dialogmøter omkring sykmeldte pasienter. Det er imidlertid intet til hinder for dette i dagens ordning. Psykologene kan, om de prioriterer å delta, bidra i dialogmøtet med verdifull spisskompetanse, sammen med fastlegen, som har breddekompetansen.»*

Argumentet kan skjematiseres slik:

Psykologene kan stille i dialogmøtene om de velger å prioritere det. (B)



Det er ingenting i veien for at psykologene stiller i dialogmøter slik situasjonen er per i dag. (P)

(Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side) (H)



Psykologene kan bidra i dialogmøtet med verdifull spisskompetanse, sammen med fastlegen, som har breddekompetanse. (R)

I teorikapitlet definerte jeg mitt argumentasjonssyn som «enthymemisk» i tråd med retorikkens tradisjon. Ser man innledningsvis bort fra ryggdekningen (R), kan derimot dette formmessig minne om en syllogisme: Hvis det ikke er noe i veien for at psykologene stiller til dialogmøter (oversetning), og det eneste som eventuelt hindrer dem fra det er deres egen prioritering (undersetning), er det med nødvendighet psykologenes prioritering det står på (konklusjon). Oversetningen «Det er ingenting i veien for at psykologene stiller i dialogmøter slik situasjonen er per i dag» kan også sies å være logisk gyldig i og med at den er empirisk verifiserbar. Det gjelder derimot ikke undersetningen «Psykologene kan stille i dialogmøtene om de velger å prioritere det», og dermed heller ikke konklusjonen «Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side». Vi kan derfor heller kalle dette et enthymemisk argument som gir seg ut for å være syllogisme: Resonnementet er i seg selv logisk og sammenhengende, men konklusjonen (om

psykologene i praksis har mulighet til å prioritere) følger ikke nødvendigvis av premissene; det vil i alle fall være rimelig å anta at Psykologforeningen ville se det annerledes. I tråd med den logiske formen er også argumentet i hovedsak logos-basert: Det er et argument som i alle fall tilsynelatende baserer seg på empiriske fakta. Unntaket er ryggdekningen (R), som fungerer som etosfremmende modalisering.

Går vi videre til hjemmelen (H), kan denne leses på minst to måter:

A: Hjemmelen tilsvarer en autonom topos – «Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side». Dette er diskutabelt, idet det ikke nødvendigvis er et uttrykk for en allmenn oppfatning innen det medisinske felt. Imidlertid må det kunne sies å være rimelig å anta at psykologene vil se det annerledes, at det i praksis ikke nødvendigvis finnes rom for slike prioriteringer. I alle tilfelle hører toposen mer hjemme i det medisinske felt enn det psykologiske, og jeg vil derfor nøye meg med å si at hjemmelen (H) i så fall er mer autonom enn heteronom. Toposen er for øvrig logosbasert, fundert i argumentets syllogistiske form.

B: Hjemmelen bygger på en topos som angår "prioritering av tid". Dette er i så fall en heteronom topos, som baserer seg på det allmenne synspunkt at det er en dyd å bruke tiden sin riktig. Argumentet er etos-basert, fundert i det infererte innholdet.

Disse alternativene kan relateres til intensjonalitet, hvor lesning B markerer en lesning i tråd med senderens intensjon (sympatisk lesning), mens lesning A forstår teksten annerledes (symptomal lesning). Det de derimot har til felles, er legitimeringen: Begge lesningene bygger på en topos som begrunnes i hensiktsmessighet og nødvendighet. Dette gir følgende tabell:

<b>Topos</b>	<i>3) Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side</i>	<i>4) Riktig prioritering av tid</i>
<b>Topostype</b>	Autonom	Heteronom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Etos

Oppsummert kan vi derfor snakke om en autonom og en heteronom topos, men der Argument 1 forsøkte å sidestille to topoi ved å legitimere en autonom topos med en heteronom, kan Argument 2 sies å være mer vertikalt orientert: Overgangen fra autonom til heteronom er i større grad implisitt og avhengig av lesningen.



### 5.3 Argument 3

«Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke. I dag oppleves det betydelig mangel på psykologer i annenlinjetjenesten. Dette medfører at pasienter som henvises til utredning, diagnostikk, behandling, ofte møter helsepersonell i annenlinjetjenesten uten slik kompetanse. Det er viktig for fastlegen å ha psykologer å henvise til/samarbeide med. Psykologene er viktige og verdifulle samarbeidspartnere for de av våre pasienter som har behov for deres kompetanse. Vi er sikre på at sykmeldingsarbeid ikke er riktig prioritering av psykologens tid, den bør i størst mulig grad brukes til psykoterapeutisk behandling. Slik behandling er en begrenset ressurs i dagens helsevesen.»

Argumentet kan skjematiseres slik:

Det er viktig for fastlegen å ha kvalifisert personell (psykologer) å henvise til / samarbeide med om pasienter med psykiske problemer (B)



Sykmeldingsarbeid er ikke rett bruk av psykologenes tid, den bør brukes på psykoterapeutisk behandling (P)

Psykoterapeutisk behandling er en begrenset ressurs i dagens helsevesen (H)



Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke (R1)



Psykologene er viktige og verdifulle samarbeidspartnere for de av våre pasienter som har behov for deres kompetanse (R2)

#### Ryggdekningene (R1) og (R2)

Argumentet innledes med en etos-markør: «Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke» (R1). Markøren er funksjonell i kraft av å være et fellessted – noe alle kan si seg enig i. Går vi til den andre ryggdekningen (R2), blir det derimot mer komplisert:

«Psykologene er viktige og verdifulle samarbeidspartnere for de av våre pasienter som har behov for deres kompetanse». Ved første øyekast er dette en etosforsterkning, basert på et fellessted: Legeforeningen anerkjenner at psykologene er viktige for pasientene, og dette understøttes av adjektivene «viktige» og «verdifulle». Bruken av «samarbeidspartnere» er imidlertid påfallende: har psykologene og pasientene en relasjon som gjør dem til «samarbeidspartnere»? Hvorfor ikke for eksempel «behandlere»? Jeg skal være forsiktig med å tillegge dette stor vekt: Det er gode muligheter for at det dreier seg om en slurvefeil med subjektsbruken i setningen og at meningen opprinnelig var noe i retning av «Psykologene er viktige og verdifulle samarbeidspartnere for legene når våre pasienter har behov for deres kompetanse». Spørsmålet om man kan spore doxa i en slik feil er likevel verdt å stille, selv om man i så fall balanserer på kanten til overfortolkning og det uansett favner utenfor denne oppgavens rammer å diskutere nærmere.

For øvrig er det verdt å merke seg modaliseringene til slutt i setningen: «...de av våre pasienter som har behov for deres kompetanse». Den første er en modalisasjon som angår vanlighet: «de av våre pasienter». Den andre er også en modalisasjon, men den angår sannsynlighet: «som har behov for». Innholdsmessig er begge plausible; det er langt fra alle pasienter som har behov for hjelp fra psykologene. Likevel ville det ikke være mindre plausibelt å for eksempel skrive «Psykologene er viktige og verdifulle behandlere for *alle* pasienter som har behov for deres kompetanse», og dette illustrerer hva slags type ryggdekning dette er: en etoskonstruksjon, fundert i en heteronom topos – psykologer og leger må samarbeide for et best mulig pasienttilbud. Samtidig tilsier modaliseringene noe annet, idet polariteten vedrørende pasientenes behov for psykologer er relativt svak. Dette skillet åpner, som i Argument 2, for en sympatisk og en symptomal lesning, avhengig av om man vektlegger etoskonstruksjonen eller modaliseringene.

### *Belegget (B)*

Tekstens neste punkt er belegget, parafasert som «Det er viktig for fastlegen å ha kvalifisert personell (psykologer) å henvise til / samarbeide med om pasienter med psykiske problemer (B)». Legeforeningen skriver:

*«I dag oppleves det betydelig mangel på psykologer i annenlinjetjenesten. Dette medfører at pasienter som henvises til utredning, diagnostikk, behandling, ofte*

*møter helsepersonell i annenlinjetjenesten uten slik kompetanse. Det er viktig for fastlegen å ha psykologer å henvise til/samarbeide med.»*

Sammen med ryggdekningen (R) utgjør dette argumentets innledende, etosbyggende del som fremhever viktigheten av psykologenes rolle, fundert i en heteronom topos som angår et best mulig helsetilbud. Den siste setningen presenterer derimot en forsiktig forskyvning, i og med at agens flyttes fra pasienten til fastlegen: «Det er viktig for fastlegen å ha psykologer å henvise til...» Skiftet av agens representerer også en forflytning til en mer autonom, profesjonsspesifikk topos (legenes arbeidssituasjon), i og med at den flytter fokuset fra pasientens til legens behov. I sin tur danner dette hva vi kan kalle et konnektivbundet resonnement (Hellspong og Ledin 1997), som forsøksvis legitimerer en implisitt kausalforbindelse: Legens beste er også pasientens beste. Spørsmålet om dette er "sant" eller ei står derimot ubesvart.

Som kritikk av den ovenstående analysen vil man kunne innvende at den ved å se seg blind på agensaspektet i den siste setningen overser innholdet: Det er viktig at fastlegene og psykologene samarbeider. Dessuten er dette tross alt en tekst som skal forsvare fastlegenes interesser, og som følgelig må ta utgangspunkt deres situasjon – derav «fastlegen» som agens. «Det er viktig for fastlegen å ha psykologer å henvise til/samarbeide med» kan dermed leses sympatisk eller symptomalt: Enten som et uttrykk for fastlegenes behov (autonom topos, symptomal lesning) eller som en etosbyggende konstruksjon som angår samarbeid med psykologene (heteronom topos, sympatisk lesning).

### *Påstanden (P)*

Som i Argument 1 er påstanden uttrykt med høy modalitet (modulasjon begrunnet i nødvendighet): «Vi er sikre på at sykmeldingsarbeid ikke er riktig prioritering av psykologens tid, den bør i størst mulig grad brukes til psykoterapeutisk behandling». Her ser vi også en god grunn til at argumentet har hele fem etosforsterkende setninger i forkant: Påstanden bygger på en eksplisitt autonom topos, en føring for hvordan en annen faggruppe skal bruke sin egen tid. Dette kan sees som kontroversielt, og krever en form for "innpakning" for å bli akseptert.

### *Hjemmelen (H)*

Innpakningen kommer delvis til uttrykk gjennom de innledende etosforsterkningene, delvis gjennom hjemmelen «Psykoterapeutisk behandling er en begrenset ressurs i dagens helsevesen» (H). Umiddelbart skiller denne seg fra de foregående hjemlene, ettersom den er eksplisitt. Dette er heller ikke unaturlig, ettersom den bygger på en heteronom topos – ressursknapphet. Ut fra begrunnelsene rettferdig, hensiktsmessig og til en viss grad nødvendig er det allment akseptert at ressursknapphet fordrer effektiv bruk av det som er til rådighet, og dermed kan påstanden (P) legitimeres. Begrunnelsene illustrerer videre toposens logos-funksjon, slik at hjemmelen (H) i dette tilfellet utgjør en mer akseptabel, overbevisende del av argumentet enn det mer autonomt orienterte belegget (B).

Topoiene kan skjematiseres slik:

<b>Topos</b>	<i>5) Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke</i>	<i>6) Psykologer og leger må samarbeide for et best mulig pasienttilbud</i>	<i>7) Ressursknapphet, effektiv utnyttelse av ressurser</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Heteronom, men autonomt formulert	Heteronom
<b>Begrunnelse</b>	Rettferdig, hederlig, nødvendig	Hensiktsmessig	Rettferdig, hensiktsmessig, nøyaktig
<b>Bevismiddel</b>	Etos	Etos	Logos

Som skjemaet viser er dette argumentet mer heteronomt orientert enn de tidligere, det er kun den midterste toposen som uttrykkes autonomt. Samtidig er argumentasjonens struktur annerledes, idet de heteronome / autonome tvetydighetene jeg viste i de foregående argumentene her er flyttet fra hjemmelen til ryggdekningen og belegget.

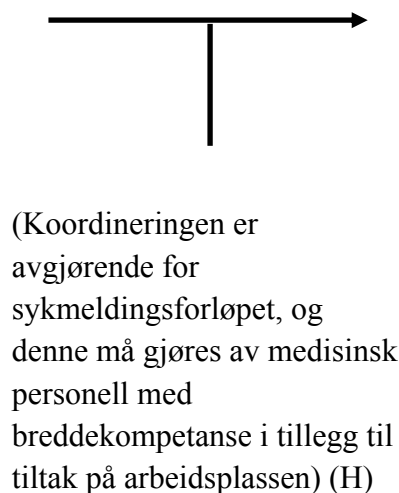
## 5.4 Argument 4

«Nøkkelen til godt sykefraværarbeid ligger i koordinerte sykmeldingsforløp hvor hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon og tiltak på arbeidsplassen henger sammen. Det er nødvendig at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar for koordinering og samhandling på helsesiden.»

Argument 4 innbyr i større grad enn de foregående til (minst) to forståelser av argumentasjonen. Jeg skal derfor, med utgangspunkt i den intensjonelle rettetheten, oppstille to lesninger av Argument 4.

### Lesning A: Sympatisk forståelse

Nøkkelen til godt sykefraværarbeid ligger i koordinerte sykmeldingsforløp hvor hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon og tiltak på arbeidsplassen henger sammen (B)



Det er nødvendig at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar for koordinering og samhandling på helsesiden (P)

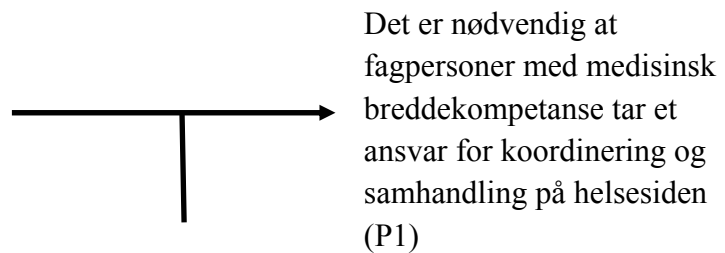
I beskrivelsen av Argument 1 var jeg inne på utelatelse av begrunnelse som en form for "naturalisering" av topoi. Dette kan også identifiseres her, idet både påstanden (P) og belegget (B) består av hver sin påstand uten en eksplisitt begrunnelse. Lesningen bygger med andre ord utelukkende på aksept for den implisitte hjemmelen (H). Hjemmelen (H) kan videre utledes i to topoi: 1) Koordineringen er avgjørende for sykmeldingsforløpet og 2) koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse. Topos 1 sees her som en heteronom topos, idet de fleste vil være enig i at koordineringen er i alle fall er viktig for sykmeldingsforløpet. Begrunnelsen ligger i hensiktsmessighet. Topos 2 er tydeligere, en eksplisitt autonom topos. Begrunnelsen er også her hensiktsmessighet, forsterket av

nødvendighet, som er eksplisert gjennom frasen «det er nødvendig». Lesningen kan dermed skjematiseres slik:

<b>Topos</b>	<i>8) Koordineringen er avgjørende for sykmeldingsforløpet</i>	<i>9) Koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

Ettersom de to påstandene i påstanden (P) og belegget (B) ikke begrunnes nærmere kan det diskuteres om de to overnevnte topoiene kan klassifiseres som logos. I en sympatisk lesning mener jeg imidlertid de vil forstås som det, ettersom topoiene fordrer at man aksepterer de underliggende premissene.

## Lesning B: Symptomal forståelse



Nøkkelen til godt sykefraværarbeid ligger i koordinerte sykmeldingsforløp hvor hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon og tiltak på arbeidsplassen henger sammen (P2)

I lesning A påpekte jeg at Argument 4 bygger på en "naturalisering": et forsøk på å fremstille noe som naturlig ved å la være å begrunne det. Lesning B forstår derimot ikke Argument 4 som et sammenhengende argument, men som én påstand (P1) som bygger på en annen påstand (P2). Det betyr ikke at de ikke henger sammen, men det ikke er noen hjemmel eller fellessted som legitimerer overgangen fra (P2) til (P1). I den symptomale lesningen identifiseres dermed to påstander som mangler belegg.

Som vist i lesning A baserer påstanden (P1) seg på en autonom topos begrunnet i hensiktsmessighet og nødvendighet. Dette er koherent med Argument 1-3, hvor påstandene (P) bygger på autonome topoi, med de samme begrunnelsene, og som regel uttrykt med høy modalitet. Sett i sammenheng med forståelsen av dette som en handlingsrettet, pragmatisk tekst er dette naturlig. Påstanden (P1) er derfor ikke bemerkelsesverdig i denne lesningen, til tross for at den uttrykker en autonom topos («Koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse») uttrykt med høy modalitet («Det er nødvendig» – modulasjon begrunnet i nødvendighet). Det som derimot er mer interessant er påstanden (P2), og hvordan den brukes som grunnlag for (P1):

*«Nøkkelen til godt sykefraværarbeid ligger i koordinerte sykmeldingsforløp hvor hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon og tiltak på arbeidsplassen henger sammen (P2)»*

Lesning A aksepterte dette som belegg for (P1), og baserte lesningen av (P2) på en heteronom topos: godt koordinerte sykmeldingsforløp og sammenheng mellom tiltak på arbeidsplassen og medisinsk intervensjon er nøkkelen. Lesning B vil derimot identifisere en autonom topos, ettersom fokus snarere rettes mot frasen «hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon». Her vil lesningen identifisere teksten som uttrykk for en bestemt ideologisk posisjon (Berge 2003), idet den foretar hva jeg vil kalle en hierarkisering. Ved å si at medisinsk intervensjon «inkluderer» psykologisk, konstruerer hierarkiseringen i dette tilfellet to nivåer: et overordnet (det medisinske felt) og et underordnet (det psykologiske felt). Psykologi sees dermed ikke som en likestilt kategori som den medisinske, men en kategori underordnet det medisinske felt. Med det retoriske utgangspunktet i mente er ikke dette nødvendigvis en normativ formulering, men det er et implisitt – om enn tydelig – uttrykk for en ideologisk posisjon. Skjematisert ser argumentet slik ut:

<b>Topos</b>	<i>10) Medisin er en kategori overordnet psykologi, og er følgelig best egnet til å ha ansvaret for sykmeldingsforløpet</i>	<i>11) Koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse</i>
<b>Topostype</b>	Autonom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

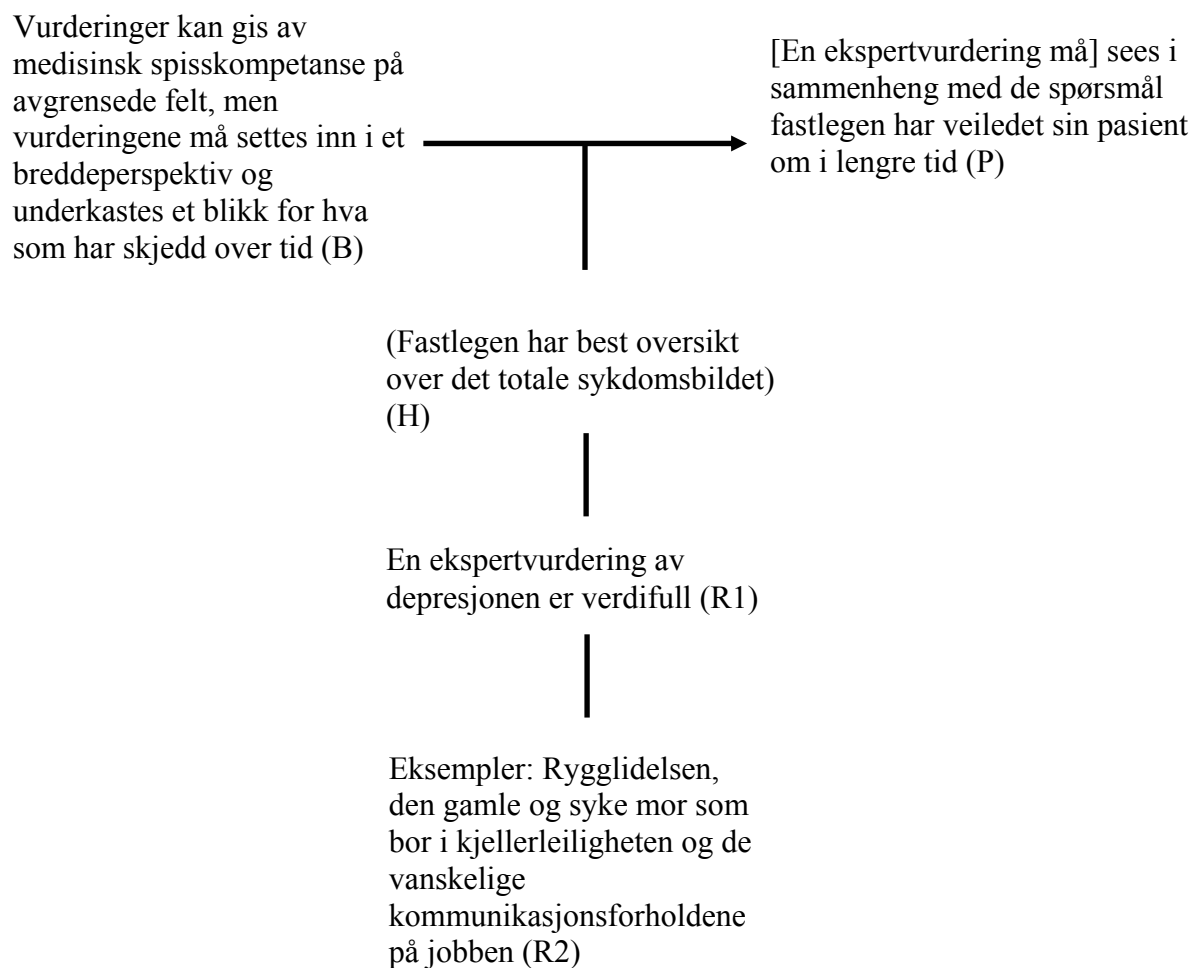
Skjemaet er til forveksling likt lesning A, men toposen til venstre har endret innhold og beveget seg fra heteronom til autonom. Oppsummert forstår lesning B dermed Argument 4 som én påstand fundert i en autonom topos begrunnet i en annen påstand som også er fundert i en autonom topos.



## 5.5 Argument 5

«Et av elementene i sykmeldingsarbeid er vurderinger. Vurderinger kan gis av medisinsk spisskompetanse på avgrensede felt, men vurderingene må settes inn i et breddeperspektiv og underkastes et blikk for hva som har skjedd over tid. En ekspertvurdering av depresjonen er verdifull, men mer verdifull om den sees i sammenheng med de spørsmål fastlegen har veiledet sin pasient om i lengre tid; eksempelvis ryggglidelsen, den gamle og syke mor som bor i kjellerleiligheten og de vanskelige kommunikasjonsforholdene på jobben.»

Argumentet kan skisseres slik:



### *Belegget (B)*

Etter å ha presentert vurderinger som argumentets tema, kommer belegget (B):

«Vurderinger kan gis av medisinsk spisskompetanse på avgrensede felt, men vurderingene må settes inn i et breddeperspektiv og underkastes et blikk for hva som har skjedd over tid». Uttrykket «medisinsk spisskompetanse» fortsetter her hierarkiseringen som ble introdusert i Argument 4: Etersom psykologisk spisskompetanse ikke nevnes ser det ut til å være implisitt at dette er underordnet medisinsk kompetanse. I tillegg tegner belegget opp en motsetning

mellom spiss- og breddekompetanse, og disse modaliseres ulikt. Først: «Vurderinger *kan* gis av medisinsk spisskompetanse på *avgrensede felt*» (mine kursiveringer). Begge er modalisasjoner med lav grad av modalitet, hvorav «kan» angår sannsynlighet og «avgrensede felt» angår vanlighet. Til en viss grad kan også «spisskompetanse» sees på som en modalisasjon som angår vanlighet. Deretter omtales breddekompetanse: «vurderingene må settes inn i et breddeperspektiv og underkastes et blikk for hva som har skjedd over tid», hvor «må» er en modulasjon som angår nødvendighet, med høy grad av modalitet. «Skjedd over tid» er ikke en direkte modalisering, men tegner en kontrast til «avgrensede felt» på samme måte som «breddekompetanse» stilles opp mot «spisskompetanse».

### *Påstanden (P)*

Legeforeningen skriver: «En ekspertvurdering av depresjonen er verdifull, men mer verdifull om den sees i sammenheng med de spørsmål fastlegen har veiledet sin pasient om i lengre tid». Som jeg kommer tilbake til i neste avsnitt, innledes påstanden med en etosbyggende leddsetning. Dette fungerer også som første del av en ny sammenstilling av spiss- versus breddekompetanse, hvor ekspertvurderingen er «verdifull», men den forutsetter fastlegens breddeperspektiv for å bli «mer verdifull». Som vanlig er også modalitetsgraden høy i påstanden, og med unntak av modaliseringen «om» («mer verdifull om...»), er hele setningen uttrykt med svært høy grad av modalitet.

### *Ryggdekningene (R1) og (R2)*

Jeg har allerede nevnt den første ryggdekningen (R1), «En ekspertvurdering [...] er verdifull», og klassifisert den som en etosbyggende konstruksjon. Dette forsterkes også av modalitetsgraden – en ekspertvurdering er verdifull *per se*.

Den andre ryggdekningen, (R2), bruker eksemplet som form: «rygglidelsen, den gamle og syke mor som bor i kjellerleiligheten og de vanskelige kommunikasjonsforholdene på jobben». Umiddelbart er det setningens patos-funksjon som er mest åpenbar; adjektivene «gamle», «syke» og «vanskelige» antyder en evaluering som er ment å vekke følelser: noen har det vanskelig. De øvrige ordvalgene understøtter også dette: Både «rygglidelsen» og «kjellerleiligheten» er mer negativt ladet enn for eksempel «ryggproblemene» og «sokkelleiligheten» ville vært. Bruken av bestemt form er også med på å gjøre det mer nært

og personlig: «en rygglidelse, en gammel og syk mor» etc. ville skapt mer avstand. Som jeg har vist, og skal vise, er det ikke mange patoskonstruksjoner ellers i teksten, og både grammatisk og retorisk skiller derfor denne setningen seg skarpt fra det øvrige språket. Dette må også sees i sammenheng med at setningen representerer en annen tekstlig aktør enn Legeforeningen selv: pasienten.

Aslaug Veum (2008) har gjort studier av samspillet mellom ulike aktører i norske avistekster, avistekstenes stemmer. Hun argumenterer for et mer nyansert syn på tekstlige stemmer enn hva tradisjonell litterær analyse har beskjeftiget seg med, og det vil være formålstjenelig også her. Veum skiller blant annet mellom deltakere og stemmer. I tekster vil man kunne «...finne deltakere som er omtalt, men som ikke har en egen stemme; samtidig kan man finne stemmer som ikke kan knyttes direkte til menneskelige aktører, som for eksempel til skriftlige kilder.» (Raddum og Veum 2006:142). Er så "pasienten" i dette tilfellet en deltaker, stemme eller begge deler? Som nevnt ovenfor brukes pasienten som eksempel, og den refererer ikke til noen bestemt person. Pasienten er dermed ikke en konkret deltaker i teksten, kun en stemme som kommer til uttrykk gjennom et konstruert eksempel.

Retorisk står muligens et slikt eksempel svakere enn en direkte referert stemme (f.eks. «Gina Pedersen har slitt med en rygglidelse..» etc.), men det gir også friere tøyler med tanke på fremstillingen. Som nevnt ovenfor er eksempelpatientens situasjon spissformulert gjennom utstrakt bruk av negativt ladede adjektiver og øvrige ordvalg. Dette tegner et bilde av en hjelpeløs pasient i en speielt utsatt situasjon. Veum kaller dette en heteroglossisk stemmefremstilling, idet flere stemmer blandes sammen: én stemme (pasientens) presenteres av en annen (Legeforeningens), og dermed er det sistnevnte som kontrollerer hvordan førstnevnte fremstilles.

### *Hjemmelen (H)*

I skjematiskeringen har jeg formulert hjemmelen (H) slik: «Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet». Ut fra dette kan man videre utlede to topoi som likner hverandre: 1) spiss- versus breddekompetanse og 2) kjennskap til pasienten over tid. Etersom topos 1 knytter mye lavere modalitet til spisskompetanse kan denne umiddelbart sees som autonom. Dette er derimot ikke helt i tråd med felt-inndelingen ettersom jeg har trukket et skille mellom det medisinske og det psykologiske felt, det finnes jo i aller høyeste grad

spisskompetanse innen det medisinske felt også. Dermed kan det synes å oppstå en distinksjon som går på tvers av feltinndelingen, idet fastleger med breddekompetanse settes opp mot spesialister innen både medisin, psykologi og andre fagfelt. Etersom den heller ikke kan sies å være heteronom – psykologene vil neppe si seg enige i at breddekompetanse alltid gir det mest komplette sykdomsbildet – vil jeg nøye meg med å kalle toposen semi-autonom. Dette fordi den hører til det medisinske felt, men da i hovedsak til fastlegenes posisjon. Når det gjelder begrunnelsene, med utgangspunkt i Kocks kategorier, er inntrykket også tvetydig: er topos 1 rettferdig, lovlig, hensiktsmessig, hederlig, behagelig, oppnåelig, mulig eller nødvendig? Det kan være nærliggende å si at toposen bygger på hensiktsmessighet, men her kan det kanskje også være konstruktivt å betrakte toposen som form slik Jørgensen og Onsberg (1999) gjør: topos 1 er i så fall av typen parallell, sammenlikning av forskjelligartede størrelser (argumenttype 3, s. 50).

I så måte kan også topos 2 beskrives med tanke på form, som en sammenlikning av ensartede størrelser (tid). Ser man dette igjen i relasjon til Kocks hjemler, er det både hensiktsmessig og muligens nødvendig å la behandleren som kjenner pasientene over tid ha det overordnede ansvaret. Likevel vil jeg kalle toposen heteronom, ettersom kjennskap til pasienten over tid kan sies å være et kriterium som går på tvers av de ulike profesjonsfeltene.

Ser vi avslutningsvis hjemmelen (H) som en overordnet topos (topos 3), må Argument 5 sies – til tross for at det baserer seg på relativt lite autonome topoi – å være kontroversielt. At «fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet» kan leses som en devaluering av spesialistkompetanse, i dette tilfellet psykologisk. Selv om det ligger utenfor denne oppgavens formål å vurdere dette, må det stilles spørsmål ved om man uten videre kan regne med at fastleger – som i gjennomsnitt har ca. 1100 pasienter hver – kjenner pasientene sine bedre enn behandlere har både lengre og hyppigere konsultasjoner. Oppstilt ser dermed skjemaet slik ut:

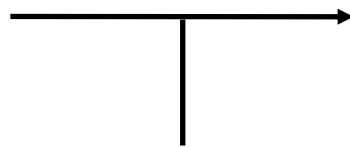
<b>Topos</b>	<i>12) Spiss- versus breddekompetanse</i>	<i>13) Kjennskap til pasienten over tid</i>	<i>14) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet</i>
<b>Topostype</b>	Semi-autonom	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig Sammenlikning: parallell	Hensiktsmessig, nødvendig Sammenlikning av ensartede størrelser	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Logos

## 5.6 Argument 6

«For NAV vil forslaget innebære å øke antallet samarbeidspartnere på feltet sykmelding. Dette gir betydelige og unødvendige utfordringer for opplæring og informasjon, utvikling av blanketter og veiledere, oppretting av samhandlingskanaler og rutiner.»

Argumentet kan skjematiseres slik:

Dette gir betydelige og unødvendige utfordringer for opplæring og informasjon, utvikling av blanketter og veiledere, oppretting av samhandlingskanaler og rutiner. (B)



For NAV vil forslaget innebære å øke antallet samarbeidspartnere på feltet sykmelding. (P)

(Forsøksordningen gjør NAVs arbeid med sykmeldinger unødvendig komplisert) (H)

Forrige argument, Argument 5, slapp til pasientenes stemme i en patoskonstruksjon. Her er det derimot NAV det tas til orde for, i et resonnement som kan leses på minst to måter.

### *Lesning A: sympatisk forståelse*

Etosbyggingen skjer gjennom å gi NAV en stemme i teksten i påstanden (P), og med det vise en form for "omtanke" for NAV. Dette er fullt og helt fundert i *kairos* (e.g. Miller 1992) – det opportune øyeblikk – ettersom det på tekstens utgivelsestidspunkt er på det rene at NAV er midt i en enorm omstrukturingsprosess de har mer enn nok med å håndtere. Kairos kan også sies å legitimere belegget (B), idet problemstillingene knyttet til utvikling av blanketter etc. i hovedsak er knyttet til NAVs situasjon p.t. – manglende kapasitet til opptrykk av blanketter ville neppe være et godt argument til et annet organ og/eller en annen tid.

Avslutningsvis er hjemmelen (H) tuftet på en logosorientert topos begrunnet i

*hensiktsmessighet* – det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig. Toposen kan i så måte sies å være heteronom og logosorientert, i et resonnement som ellers har et klart etoselement.

### *Lesning B: symptomal forståelse*

Lesning B er lik lesning A når det gjelder både forståelsen av argumentformen, hjemmelen (H) og toposen den bygger på. Forskjellen ligger i at der lesning A ser en etoskonstruksjon ser lesning B et argument fundert på tvilsom logos. NAV gis en stemme i teksten, men pasienten selv kommer ikke til orde. Med andre ord: skal byråkratisk effektivitet gå foran pasientenes opplevelse av tilbudet? Forskjellen kan best illustreres i form av begrunnelsene, for der lesning A fant en topos («det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig») fundert i hensiktsmessighet, som er en heteronom topos, finner lesning B en topos fundert i behagelighet og hva som er lett oppnåelig. I denne forståelsen er den samme toposen i beste fall autonom, om ikke tvilsom som saklig argumentasjonsgrunnlag.

Oppstilt kan toposen dermed se slik ut:

<b>Topos</b>	<i>15) Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>16) Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, <b>symptomal lesning</b></i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	I beste fall autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Behagelig, lett oppnåelig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

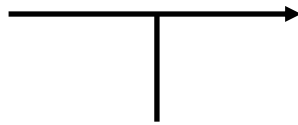
## 5.7 Argument 7

«Om forskriften vedtas og forsøkene gjennomføres, vil vi legge vekt på at forsøket må designes, gjennomføres og evalueres på en slik måte at det kan trekkes sikre konklusjoner. Det betyr at man ikke bare skal lete etter positive effekter, men også må ha øye for negative konsekvenser. Evaluering av sykefraværstiltak er krevende på grunn av seleksjonsmekanismer og mange samvirkende faktorer som kan spille inn på resultatet. Ideelt sett burde forsøket gjøres med kontrollgrupper. Om det ikke er mulig må forsøket designes og gjennomføres best mulig i forhold til farene som er nevnt over, ellers vil konklusjonene bygge på sviktende premisser og være unyttig [sic].»

(Understrekningen er kursivert i originalen)

Argumentet kan skjematiseres slik:

Man skal ikke bare lete etter positive effekter, men man må også ha et øye for negative konsekvenser (B1)



Forsøket må designes, gjennomføres og evalueres på en slik måte at det kan trekkes sikre konklusjoner (P1)

(Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner) (H1)



Evaluering av sykefraværstiltak er krevende på grunn av seleksjonsmekanismer og mange samvirkende faktorer som kan spille inn på resultatet (R / B2)



Ideelt sett burde forsøket gjøres med kontrollgrupper (P2)

(Kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene) (H2)

Om *det* ikke er mulig må forsøket designes og gjennomføres best mulig i forhold til farene som er nevnt over, ellers vil konklusjonene bygge på sviktende premisser og være unyttige (G)



Argument 7 er annerledes enn de seks foregående, i og med at det i hovedsak omhandler evalueringen av forsøket fremfor selve forsøket. Modellen omfatter også to argumenter, og disse er nummerert med 1 og 2 for å adskille dem.

### *Påstanden (P1)*

Etter det innledende premisset, «Om forskriften vedtas og forsøkene gjennomføres», uttrykkes påstanden. I motsetning til flere av de andre argumentene kommer med andre ord påstanden først i argumentet, uten etosbyggende setninger i forkant. Dette kan sies å skyldes påstandens innhold, som tilsynelatende bygger på en heteronom topos: «Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner», noe jeg skal komme tilbake til i omtalen av hjemmelen (H1) nedenfor. Påstandens modalitet er som vanlig svært høy: forsøket «...må designes, gjennomføres og evalueres på en slik måte...». Modalitetstypen er modulasjon, og den baserer seg i dette tilfellet på nødvendighet.

### *Belegget (B1)*

Argumentets heteronome uttrykk forsterkes gjennom belegget (B1). Her er det dog på grensen til det tautologiske – det burde i alle fall si seg selv at en evaluering er åpen for både positive og negative konsekvenser. Modaliteten er, som i påstanden (P1), fortsatt høy, og for øvrig av samme type: modulasjon basert på nødvendighet.

### *Hjemmelen (H1)*

Som jeg allerede har antydnet, bygger dette resonnementet på en tilsynelatende heteronom topos: forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner. Dette er umiddelbart lett for mange å være enig i, og man vil følgelig betrakte toposen som heteronom. Jeg vil derimot argumentere for at det ikke nødvendigvis er slik, gjennom å skissere en sympatisk og en symptomal lesning av hjemmelen (H1).

### *Lesning A: sympatisk forståelse*

I den sympatiske forståelsen bygger hjemmelen (H1) på en heteronom topos: forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner. Pålitelig forskning kan med andre ord ikke si noe sikkert uten å belyse begge sider av en sak – en akademisk orientert topos begrunnet i hederlighet. Det heteronome preget understøttes av at hjemmelen uttrykkes med høy modalitet i både påstanden (P1) og belegget (B2), og uten å modaliseres av foregående

etosbyggende konstruksjoner. Inntrykket forsterkes videre av beleggets nærmest tautologiske form.

### *Lesning B: symptomal forståelse*

Lesning A aksepterte hjemmelen (H1) som heteronomt basert, men når Berge (2003) stiller spørsmålet «hvor er makten i teksten?» vil den symptomale leseren (B) svare «her!». Toposen «forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner» bygger på noe alle kan alle stille seg bak, balansert forskning, men hva er «sikre konklusjoner»? Alle vil ønske seg sikre konklusjoner, men hvem vil regne hva som sikkert, og hvor sikkert er "sikkert"? Den høye modaliteten (modalisasjon begrunnet i nødvendighet) uttrykker med andre ord et positivistisk standpunkt – en tekstmaktdimensjon som uttrykker ideologisk makt, slik Berge formulerer det. Lesning B forstår derfor toposen som autonom, og denne autonome, ideologiske tilbøyeligheten underbygges av sakens natur: Hvor sikker kan man for eksempel være vedrørende pasientenes oppfatning av sykmeldingssituasjonen – er ikke den per definisjon subjektiv? Spørsmålet leder teksten – og denne analysen – til overgangen til del 2 av argumentet.

### *Ryggdekningen (R) / belegget (B2)*

Som overskriften og skjematismen ovenfor indikerer, har dette elementet to funksjoner: ryggdekning for hjemmelen (H1), og belegg for påstanden (P2). For å ta ryggdekningsfunksjonen først: «Evaluering av sykefraværstiltak er krevende på grunn av seleksjonsmekanismer og mange samvirkende faktorer som kan spille inn på resultatet» gir ytterligere en begrunnelse for hvorfor det er viktig å forsøke å gi en mest mulig balansert fremstilling. I et ellers logosorientert argument fungerer ryggdekningen også som etosforsterkning, særlig med hensyn til ordvalg. «Seleksjonsmekanismer» og «samvirkende faktorer» tilhører akademisk diskurs (metodeterminologi) og gir argumentet ytterligere troverdighet, i hvert fall i en sympatisk lesning.

Ordvalgene fra metodeterminologien («seleksjonsmekanismer» og «samvirkende faktorer») angir også elementets funksjon som belegg (B2) for påstanden (P2). Denne funksjonen er relativt lik ryggdekningsfunksjonen, å underbygge påstanden og hjemmelen, men her i en ny kontekst.

### *Påstanden (P2)*

Denne påstanden skiller seg noe fra de foregående ved at den er uttrykt med relativt lav modalitet: «Ideelt sett burde forsøket gjøres med kontrollgrupper». Hele to modalitetsmarkører, uttrykket «ideelt sett» og «burde», antyder lav modalitet av typen modulasjon som angår tilbøyelighet. Denne modaliteten indikerer samtidig et kommende synspunkt av mer eller mindre kontroversiell art: kontrollgrupper:<sup>12</sup>

### *Hjemmelen (H2)*

I skjematiskeringen har jeg formulert hjemmelen slik: «Kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene». Det står derimot ikke noe eksplisitt om kvantitativ metode i selve teksten, så denne fortolkningen krever en forklaring. Kontrollgrupper er en del av den såkalte «gullstandarden» for (kvantitative) effektundersøkelser (Hougaard 2004). Berg og Timmermans beskriver gullstandarden som «the ultimate standard in medicine. [...] the gold standard is regularly used to describe definitive and decisive standards» (2003:26-27). Det er med andre ord sikre resultater som er målet, og disse attribueres som regel til kvantitative undersøkelser (Malterud 2003). Ettersom dette metodekravet regnes som en del av den mest anerkjente, kvantitative medisinske forskningen tar jeg det derfor for gitt at kontrollgrupper regnes for å tilhøre kvantitativ forskning innen dette tilfellet.

Med utgangspunkt i dette vil jeg anse hjemmelen (H2) for å basere seg på en autonom topos. Det på sin plass å presisere at kvantitativ forskning med kontrollgrupper også er utbredt og respektert utenfor det medisinske felt, men det er en forskningsmetode som står svært sterkt innen det medisinske feltet (Malterud 2003). Som jeg var inne på ovenfor ville dette også i mindre grad vært uttrykk for en autonom topos om saken omhandlet empiri som uten tvil ville være kvantifiserbart, men kvantifisering av pasienters oppfatninger vil – i hvert fall i denne sammenhengen – bli betraktet som en autonom topos begrunnet i hensiktsmessighet og gjennomførbarhet.

---

<sup>12</sup> Bruk av kontrollgrupper er ikke i seg selv kontroversielt, det er konsekvent bruk av kvantitativ "gullstandard" som kan sees på som kontroversielt (Malterud 2003).

### *Gjendrivelsen (G)*

Avslutningsvis skriver Legeforeningen: «Om *det* ikke er mulig må forsøket designes og gjennomføres best mulig i forhold til farene som er nevnt over, ellers vil konklusjonene bygge på sviktende premisser og være unyttige». Gjendrivelsen tegner opp en motsetning mellom Legeforeningens foreslåtte gjennomføring og hva resultatet kan bli om man ikke følger foreningens metodologiske anbefalinger. I begge ender brukes det høy modalitet: «forsøket *må* designes» «best mulig» på den ene siden, og «konklusjonene...*vil* bygge på sviktende premisser og *være* unyttige» på den andre. Modalitetstypen er modulasjon fundert i nødvendighet. Adjektivbruken underbygger også motsetningen, fra «best mulig» med tanke på «farene» til «sviktende» premisser som er «unyttige».

### *Oppsummering*

La meg avslutningsvis rekapitulere de to hjemlene i Argument 7:

*Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner (H1)*

*Kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene (H2)*

Hvordan henger disse sammen? Som jeg viste ovenfor kan den første hjemmelen (H1) leses både autonomt og heteronomt, mens den andre (H2) er mer autonom. I en sympatisk lesning vil da hjemlene danne en retorisk forskyvning, fra heteronom topos (balansert forskning) til autonom (kvantitativ metode er å foretrekke). I så måte får vi en inferert etosbyggende topos først, før den den logosbaserte, autonome toposen presenteres. Som i Argument 1 kan den første toposen (H1) dermed leses som en legitimering av den andre (H2).

Den symptomale lesningen vil derimot finne en annen forbindelse, og den ligger i adjektivet «sikker». Hjemmelen (H1) bruker formen «sikre», mens (H2) bruker «sikreste», noe som kan knyttes til et positivistisk vitenskapsideal basert på at det finnes resultater som er «sikre». Her kan man ane konturene av et kvantitative / kvalitative skillet, skal evalueringen gjøres ut fra kvalitative kriterier, som for eksempel opplevelse av sykeforløpet eller kvantitative som for eksempel lengde på sykefravær. Sistnevnte gir nok «sikrere» resultater, men hva sier i så fall resultatene noe om?

Dette gir følgende oppstilling av de to lesningene:

<b>Topos</b>	<i>17) Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner, <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>18) Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner, <b>symptomal lesning</b></i>	<i>19) Kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, hederlig		Hensiktsmessig, gjennomførbart
<b>Bevismiddel</b>	Etos	Logos	Logos

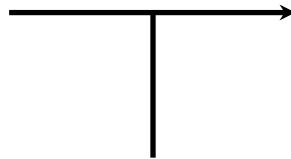
# Bakgrunnsargumenter

Ettersom bakgrunnsargumentene i hovedsak er mye lengre enn argumentene henviser jeg til vedlegg 1 i stedet for å gjengi alle i sin helhet her.

## 5.8 Bakgrunnsargument A

- IA-avtalen

Legene har lagt ned stor innsats i arbeidet med IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv) (B)



Allmennlegene er helsevesenets "IA-motor" (P)

(IA-arbeidet er avhengig av allmennlegene) (H)

«Legen er den viktigste medisinske premissleverandør for offentlige myndigheter og arbeidsplassen – og har således en stor betydning for problemstillinger i tilknytning til sykefravær. Legens medisinske vurderinger er nødvendig for å fatte riktige vedtak, men også for å planlegge og revidere tiltak på arbeidsplassen.» (R1)

«Fastlegene er enerådende som sykmeldere i de lange sykeforløpene. Dette gjør at fastlegenes erfaring og kompetanse vil tjene den sykmeldte arbeidstakeren bedre når det åpnes en ny arena for dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og legen.» (...) «Fastlegene har påtatt seg store oppgaver for samfunnet. De nye oppgavene i sykmeldingsarbeidet kan oppleves å gjøre hverdagen travlere. På den annen side tror vi at å bringe legenes kompetanse inn i dialogmøtene kan bidra til å redusere sykefraværet og på sikt til og med frigjøre tid til kjerneoppgavene rundt utredning og behandling av sykdom og skade» (R2)

### *Belegget (B)*

I skjemaet ovenfor er belegget (B) delvis parafrasert, og dette kommer av at brorparten av det første avsnittet utgjør en utlegning av belegget (alternativt beleggene). Kort oppsummert utgjør dette i alt fem punkter:

1. Samfunnet har lagt mye ned i å få til et inkluderende arbeidsliv gjennom IA-avtalen.
2. Allmennlegene har gjort en betydelig innsats, blant annet gjennom satsningen «Legen i det inkluderende arbeidsliv» hvor mer enn 1900 allmennleger deltok.
3. Det er utarbeidet en inspirasjonsbok i samarbeid med NAV som allerede er trykket i 10.000 eksemplarer (og som nå trykkes i nytt opplag).
4. Tiltak som dialogmøtet og avventende sykmelding er spilt inn fra det allmennt medisinske miljøet.
5. Legeforeningen har tatt initiativ til å utvikle «veileder for dialogmøter».

Punkt 1 er ikke et direkte belegg for påstanden (P), men den er likevel funksjonell i sammenheng med de øvrige beleggene. For det første kontekstualiseres saken – den plasseres i en større sammenheng. Videre representerer denne sammenhengen noe heteronomt, «samfunnet» omfatter oss alle, og samfunnets beste er til ditt og mitt beste. Avslutningsvis utgjør punktet en synekdoke («helhet for del», (Andersen 1995)), noe som tydeliggjøres i de fire påfølgende punktene hvor allmennlegenes rolle kommer til uttrykk. Disse punktene utgjør et etosfundament som blir etablert før påstanden fremlegges, med andre ord samme innledende struktur som flere av argumentene. Forskjellen fra disse består i hovedsak av at punktene her i større grad er deskriptive, noe som også underbygges av modaliteten, ettersom avsnittet har få modalitetsmarkører.

Om avsnittets funksjon er etosetablering, er formen snarere fundert i logos. Formen etablerer autoritet, og gjør det via fokus på mengde. Som eksempler kan følgende nevnes: «Samfunnet har lagt *mye* ned i...», «Allmennlegene...har gjort en *betydelig innsats*...gjennom *storsatsningen*», «*mer enn 1900* allmennleger deltok» og «opplag på *10.000* (som nå trykkes i nytt opplag)» (mine kursiveringer). Disse henvisningene relaterer seg til henholdsvis verdien av stor, kollektiv arbeidsinnsats, og til suksess – 10.000 eksemplarer og nytt opplag. Dette skaper i sin tur en implisitt kausallink mellom arbeidsinnsats og suksessfulle resultater: en effektiv logosbasert konstruksjon med en klar etosbyggende funksjon.

### *Påstanden (P)*

«Allmennlegene er helsevesenets IA-motor», påstanden (P), presenteres som en naturlig konsekvens av det innledende belegget. Metaforen «motor» svarer også til det foregående innholdet; allmennlegene er dem som driver IA-arbeidet fremover.

### *Ryggdekningen (R1 og R2)*

I skjematiskeringen over har jeg valgt å gjengi hele sitatet fra både trygdeetaten (R1) og NAV (R2). Dette er fordi jeg ser det som et poeng i seg selv at de er såpass omfattende.

Sitatene representerer hva man kan kalle teksteksterne, institusjonelle stemmer (Veum 2008). At de er teksteksterne betyr kort fortalt at teksten er direkte referert fra en annen kilde, uten å bli omskrevet eller skrevet inn i teksten. At de er institusjonelle vil si at de ikke har en enkelt forfatter, det er en institusjon som står bak dem – i dette tilfellet Trygdeetaten og NAV. Hva har så dette å si?

Som nevnt er begge sitatene ganske omfattende, og de er dermed kvantitativt posisjonert i teksten – de er viet relativt mye plass. Samtidig er de også kvalitativt posisjonert, i kraft av å representere institusjonelle stemmer. Dette innebærer i sin tur en vekselvirkning: teksten gir stemmene (Trygdeetaten og NAV) autoritet ved å gi dem plass og sitere dem direkte, samtidig som teksten får autoritet ved å bruke eksterne referanser. Disse referansene er selvsagt heller ikke tilfeldig valgt, ettersom begge stemmene er institusjoner innenfor offentlig sektor, samtidig som teksten som helhet henvender seg til en annen institusjon innenfor offentlig sektor. Vi kan derfor si at valget Trygdeetaten og NAV som stemmer i teksten i seg selv er heteronomt og etosorientert: Verken Trygdeetaten eller NAV er eksplisitt knyttet til legeforeningens særinteresser, og de er relevante stemmer med autoritet i denne sammenhengen.

Når det gjelder sitatutvalget er det nødvendig å påpeke én liten ting. Det første sitatet (R1) er referert fra et upublisert foredrag. Som jeg har vist tidligere har Legeforeningen satt vitenskapelighet høyt, i form av sikre resultater og etterrettelighet. Slik sett representerer referat fra en upublisert kilde et lite brudd med dette idealet, og selv om ikke sjangeren



”høringsnotat” krever samme etterrettelighet som en forskningsartikkel er det grunn til å stille et lite spørsmålstegn ved sammenhengen mellom liv og lære her.

I det refererte innholdet er det med all tydelighet Legeforeningens interesser som uttrykkes, for eksempel: «Legen er den viktigste medisinske premissleverandør for offentlige myndigheter og arbeidsplassen» og «Fastlegene er enerådende som sykmeldere i de lange sykeforløpene». Sitatene kan i sin helhet sees på som en del av forhandlingen mellom heteronome og autonome topoi, og gjennom å hente dem fra andre kilder fremstilles synspunktene som mer heteronome – det er konsensus også utenfor legeforeningen om at legen er den viktigste premissleverandøren. Slik sett er innholdet i sitatene logos-orientert. De påpeker at legene er svært viktige i sykmeldingsarbeidet, og i kraft av å komme fra eksterne kilder har de større overbevisningskraft enn Legeforeningens påstander om det samme. Slik sett underbygger både valg av stemmer, som er etosorientert, og valg av innhold, som er logosorientert, hjemmelen (H): IA-arbeidet er avhengig av allmennlegene.

### *Hjemmelen (H)*

Også denne hjemmelen kan leses på mer enn én måte, og jeg skal derfor skissere både en sympatisk og en symptomal lesning, lesning A og B.

### *Lesning A: sympatisk forståelse*

I denne forståelsesrammen er toposen heteronom: Selvsagt kan ikke arbeidet med inkluderende arbeidsliv foregå uten legene. Også psykologer erkjenner nok at somatiske plager fortsatt er det vanligste grunnlaget for sykmelding, og følgelig kan ikke dette arbeidet fungere uten allmennlegene. Toposen er også fundert i en foregående logos-argumentasjon, som underbygger hvor sentrale legene har vært i dette arbeidet. Dette gir et logisk resonnement, med nødvendighet som begrunnelse for toposen.

### *Lesning B: symptomal forståelse*

Denne forståelsesrammen oppfatter også hjemmelen som heteronom: det er ikke til å bestride at allmennlegene har en helt sentral posisjon i arbeidet med et inkluderende arbeidsliv. Imidlertid ser lesningen den bakenforliggende toposen som autonom. For eksempel: «Dette synliggjør at allmennlegene er helsevesenets ”IA-motor”, med kraft til å trekke andre i riktig retning». Disse «andre» er formodentlig andre yrkesgrupper, og

dermed ser lesning B samme form for hierarkisering som i Argument 4, hvor legene plasseres på et nivå overordnet de andre yrkesgruppene. Dette underbygges videre av siste avsnitt i argumentet: «Myndighetene og fastlegekorpset må fortsatt ta IA arbeidet [sic] like alvorlig som før. Dette er avgjørende for suksessen til dialogmøtene og den nye sykmeldingsblanketten». Her er andre faggrupper utelatt, og ansvaret overlates implisitt til legene og myndighetene alene. I denne forståelsesrammen er det med andre ord ikke et samarbeid mellom faggruppene i helsevesenet som legeföreningen legger opp til. Ekspisitt sier Legeföreningen at allmennlegene er viktige i IA-arbeidet, men implisitt sier de at legene bør ha det overordnede ansvaret alene, noe argumentasjonen ikke bygger opp under. Skal det faktum at Legeföreningen har gjort en stor innsats med IA-avtalen være et argument for at forskjellige faggrupper ikke skal kunne samarbeide om sykmeldingsrett? Lesning B identifiserer derfor en implisitt, autonom topos: «Allmennlegene bør ha sykmeldingsansvaret alene», og toposen begrunnes i hensiktsmessighet. Ut fra dette kan argumentet oppstilles slik:

<b>Topos</b>	20) IA-arbeidet er avhengig av allmennlegene <i>sympatisk lesning</i>	21) Allmennlegene bør ha sykmeldingsrett alene <i>symptomal lesning</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Nødvendig	Hensiktsmessig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

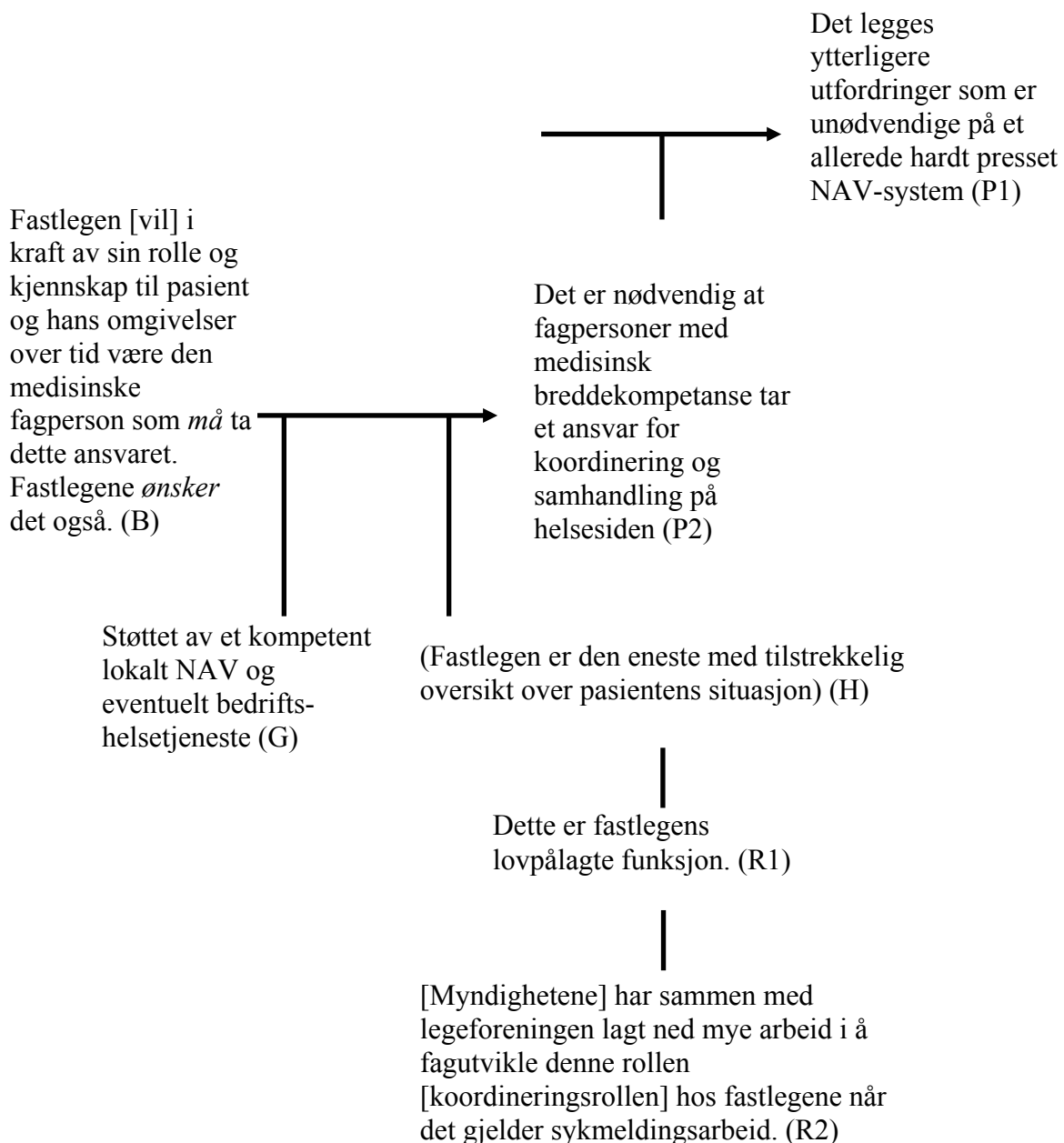
## 5.9 Bakgrunnsargument B

- Ansvar for koordinering og samhandling

Bakgrunnsargument B1 under overskriften «Ansvar for koordinerings og samhandling» har tre selvstendige argumentasjoner som jeg vil behandle hver for seg, og jeg kaller dem henholdsvis B1, B2 og B3.

### 5.9.1 Bakgrunnsargument B1

Argumentet kan skjematiseres slik:



### *Påstandene (P1) og (P2)*

Argumentet innledes av en påstand fundert i kairos som innebærer en form for gjentakelse av Argument 6: Det legges ytterligere utfordringer som er unødvendige på et allerede hardt presset NAV-system (P1). Adjektiv- og adverbbruken indikerer høy modalitet: «*ytterligere* utfordringer som er *unødvendige* på et allerede *hardt presset* NAV-system» (mine kursiveringer). Den midterste av disse, «unødvendige», er en modulasjon begrunnet i nødvendighet, en vurdering basert på en sannhetsreferanse fundert i logos. De to andre, «ytterligere» og «hardt presset» bygger derimot opp under påstanden (P1) som patoskonstruksjon, hvor Legeforeningen, som i Argument 6, viser "omsorg" for NAV og deres situasjon. Det er imidlertid ikke med dette sagt at påstanden (P1) er utelukkende patosorientert, det er snarere en logosorientert setning som understøttes av en patosforsterkning: NAV trenger ikke flere unødvendige problemer (logos begrunnet i hensiktsmessighet), ettersom de allerede er hardt presset (patos).

Som modellen viser gis det ikke noe eksplisitt belegg for påstanden (P1), og derfor er overgangen til neste setning, påstanden (P2), spesielt interessant. Der påstanden (P1) presenterer et problem, NAV trenger ikke mer unødvendig arbeid, presenterer påstanden (P2) på sett og vis en løsning: «Det er nødvendig at personer med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar for koordinering og samhandling på helsesiden» - noe som også innebærer en ordrett repetisjon av påstanden i Argument 4. Dette binder (P1) og (P2) sammen med en kausal konnektivbinding. Med en eksplisitt konnektivmarkør ville det sett slik ut:

*Det legges ytterligere utfordringer som er unødvendige på et allerede hardt presset NAV-system, derfor er det nødvendig at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar for koordinering og samhandling på helsesiden.*

Med andre ord infererer bindingen mellom (P1) og (P2) en årsakssammenheng mellom de to, noe som videre tydeliggjøres av modaliteten i (P2): «[D]et [er] nødvendig» er en modulasjon, en sannhetsreferanse, med høy modalitet. Som vist ovenfor er dette samme type modalitet som «unødvendig», og det viser også en adversativ tekstbinding: et motsetningsforhold mellom det unødvendige (ytterligere utfordringer for NAV) og det nødvendige (at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar på helsesiden).

For øvrig er også agens-bruken her interessant: «...fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar på helsesiden». Høringen, som denne teksten er utgangspunkt for, angår jo faktisk hvem som skal få dette ansvaret av departementet, mens agensbruken i teksten tilsier at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse (fastleger/allmennleger) selv kan velge å ta ansvaret eller ikke. I en sympatisk lesning vil dette kunne forstås som positivt: Legene viser initiativ ved å ta ansvaret. En symptomal lesning vil derimot etterspørre en realitetsorientering, ettersom det er et ansvar legene *får*, ikke noe de kan *ta* – forskjellen er substansiell.

### *Ryggdekningene (R1) og (R2)*

Legeforeningens tekst fortsetter som følger: «Dette er fastlegens lovpålagte funksjon. Derfor har myndigheter sammen med legeforeningen lagt ned mye arbeid i å fagutvikle denne rollen hos fastlegene når det gjelder sykmeldingsarbeid.» Disse ryggdekningene henger tett sammen, og er kun delt i to av oversiktsmessige årsaker.

«Dette er fastlegens lovpålagte funksjon» (R1) er et sterkt argument. Loven har en så sterk stilling i et etablert demokrati at det skal mye til å frata den autoritet som argumentatorisk grunnlag. Videre indikerer «lovpålagte» at dette ikke bare er en mulig, men en *obligatorisk* funksjon for legene. Sett i sammenheng med Kocks begrunnelser er det med andre ord *nødvendig*, ikke bare *lovlig*.

Den andre ryggdekningen (R2) er på sin side en parafraze av Bakgrunnsargument 1, hvor store mengder allerede nedlagt arbeid brukes som argumentgrunnlag – man kan anta at Kock ville kalt det begrunnet i *hensiktsmessighet*. Vi har dermed et sammenhengende resonnement som strukturmessig likner svært på forholdet mellom (P1) og (P2): Først en påstand (R1) som deretter knyttes til (R2) gjennom en kausalkonnektiv, «derfor». Ut fra begrunnelsene er argumentasjonen også logisk: Det er nødvendig (R1), derfor er det hensiktsmessig (R2).

### *Belegget (B)*

Men hvorfor er det nødvendig og hensiktsmessig at personer med medisinsk breddekompetanse tar eller får ansvaret for koordinering og samhandling på helsesiden? Jo,

fordi «fastlegen [vil] i kraft av sin rolle og kjennskap til pasient og hans omgivelser over tid være den medisinske fagperson som *må* ta dette ansvaret. Fastlegene *ønsker* det også.» (B) (kursivert i originalen). De kursiverte ordene betegner beleggets begrunnelser: «Må» indikerer nødvendighet og uttrykkes med høy modalitet (modulasjon), og «ønsker» begrunner med gjennomførbarhet og til en viss grad behagelighet. For øvrig gjentas agenskonstruksjonen som jeg påpekte overfor: fastlegen må ta dette ansvaret, i stedet for at det er noe fastlegen får av styrende myndigheter.

Uttrykket «medisinsk fagperson» er også verdt å merke seg. Hvor er psykologene i dette bildet? Er de også «medisinske fagpersoner», eller er de utenfor resonnementet? Teksten selv gir ikke noe svar på det, og forutsetter kanskje også ytterligere kontekstkunnskaper, men det er likevel ikke urimelig å antyde et nytt innslag av hierarkisering: Det medisinske felt er overordnet det psykologiske. Det øvrige innholdet, «i kraft av sin rolle og kjennskap til pasient [sic] og hans omgivelser over tid» er nær sagt en eksplisering av hjemmelen, og jeg skal derfor komme tilbake til det i gjennomgangen av hjemmelen (H) nedenfor.

### *Gjendrivelsen (G)*

I teksten baseres belegget (B) på et premiss, «støttet av et kompetent lokalt NAV og eventuelt bedriftshelsetjeneste», og dette har jeg kalt gjendrivelsen (G) i modellen. Her har det skjedd en retorisk forskyvning: I innledningen av argumentet omtaler Legeforeningen et «hardt presset NAV-system», mens de her, i sammenheng med fastlegens rolle, skriver «et kompetent lokalt NAV». Nå står ikke «kompetent» og «hardt presset» i et direkte motsetningsforhold, men er det slik å forstå at fastlegens rolle i koordinasjonsarbeidet vil gjøre NAV mer kompetent?

I tillegg inneholder også gjendrivelsen en hierarkisering. Metaforen «støttet av» antyder en organisering av overordnede og underordnede grupper, og denne gang er det NAV og bedriftshelsetjenesten som er underordnet fastlegen. Som motforestilling til denne tolkningen kan man si at det er selvfølgelig at NAV og bedriftshelsetjenesten er til støtte for fastlegen; det er ikke dermed sagt at det er snakk om et hierarki. Som et svar på dette vil jeg spørre: hva er galt med uttrykket «i samarbeid med»? «Støttet av» impliserer et ujevnt maktforhold, mens «i samarbeid med» antyder en flatere struktur.

### *Hjemmelen (H)*

Som nevnt overfor antyder deler av belegget (B) hjemmelen (H), men i modellen er den formulert slik: Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon. Dette kan relateres til topoiene i Argument 5, som er som følger:

- Spiss- versus breddekompetanse
- Kjennskap til pasienten over tid
- Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet

I dette argumentet trekkes topos 1 og 2 inn i belegget, «i kraft av sin rolle og kjennskap til pasient og hans omgivelser over tid», og fungerer som underlag for topos 3, som er autonom. Som vist er ordlyden litt annerledes i hjemmelen (H) og i topos 3 fra Argument 5, men innholdet er det samme: Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet. Vi kan dermed gjenta skjemaet fra Argument 5 i oppstillingen:

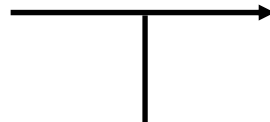
<b>Topos</b>	<i>22) Spiss- versus breddekompetanse</i>	<i>23) Kjennskap til pasienten over tid</i>	<i>24) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet</i>
<b>Topostype</b>	Semi-autonom	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig Sammenlikning: parallell	Hensiktsmessig, nødvendig Sammenlikning av ensartede størrelser	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Logos

Det nye i dette argumentet er at det fungerer som argumentgrunnlag for to påstander: «Det legges unødvendige utfordringer på et hardt presset NAV», og «det er nødvendig at personer med medisinsk breddekompetanse tar ansvar for koordineringen». Dette er med på å styrke kausallinken mellom dem, idet løsningen på NAV-problemet tilsynelatende er å finne i de overnevnte topoiene.

## 5.9.2 Bakgrunnsargument B2

Argumentet kan skjematiseres slik:

Dette får følger for koordinering, samhandling og tiltak knyttet til et langvarig kjennskap til pasient og omgivelser (B)



Om sykmeldingen gis av en behandler med nisjekompetanse vil ett av de naturlige kontaktpunkt mellom fastlege og pasient bli borte (P)

(Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon) (H)

For pasientene vil det kunne innebære en helserisiko, ved at de får et mer fragmentert og dårligere koordinert helsetjenestetilbud med økt fare for så vel over- som underbehandling (R1)

Sykmeldingsarbeidet vil også kunne lide gjennom nye kommunikasjonsbarrierer mellom arbeidsplass og behandlere (R2)

### *Påstanden (P)*

Påstanden (P) opprettholder det skarpe skillet teksten tegner mellom spiss- og breddekompetanse, og i dette tilfellet heter det «nisjekompetanse». Skillet underbygges av den høye modaliteten, som gjennom markøren «vil» uttrykker modulasjon begrunnet i nødvendighet.

Videre skriver Legeforeningen: «vil ett av de naturlige kontaktpunkt mellom fastlege og pasient bli borte». Dette kan knyttes til intensjonaliteten, og følgelig kan to motstridende lesninger skisseres:



### *Lesning A: Sympatisk lesning*

Selvfølgelig vil det være uheldig om legen og pasienten mister kontaktpunkter, særlig med tanke på pasienter som går sjelden til legen i utgangspunktet. Det er viktig at disse får oppfølging fra fastlegen der det lar seg gjøre.

Lesningen bærer preg av en heteronom topos: god medisinsk oppfølging til alle. Slik sett er også påstanden logos-fundert, begrunnet i hensiktsmessighet: Skal alle få best mulig medisinsk oppfølging trenger de nødvendigvis å se legen sin av og til.

### *Lesning B: Symptomal lesning*

Denne lesningen vil stille følgende grunnleggende spørsmål: Hvem er dette argumentet til inntekt for? Er det pasientenes ønske å gå til legen oftere,<sup>13</sup> eller er dette et uttrykk for fastlegenes behov? Slik sett fremstår påstanden autonom, idet den tilsynelatende bygger på fastlegenes interesser fremfor pasientenes.

### *Belegget (B)*

«Dette får følger for koordinering, samhandling og tiltak knyttet til et langvarig kjennskap til pasient og omgivelser» lyder belegget (B), som er argumentets andre setning. Som i påstanden er modaliteten fortsatt høy: «Dette får følger». Modalitetstypen er også den samme: modulasjon begrunnet i nødvendighet. Videre inneholder belegget (B) også en omformulering av påstanden i Argument 5, «[En ekspertvurdering må] sees i sammenheng med de spørsmål fastlegen har veiledet sin pasient om i lengre tid».

Belegget bygger med andre ord på topos 2 som ble nevnt i forbindelse med forrige argument (Bakgrunnsargument B1): Kjennskap til pasienten over tid. Som det står i toposskjematiseringen er dette i utgangspunktet en heteronom topos begrunnet i det hensiktsmessige og nødvendige. Likevel kan belegget (B) også leses autonomt, idet det, som nevnt i tilknytning til Argument 5, ikke er gitt at det faktisk er fastlegen som kjenner hver enkelt pasient over tid. Stort pasientantall og korte konsultasjoner hos fastlegene ville i alle fall tale for det.

---

<sup>13</sup> SINTEF har i hvert fall konkludert med det motsatte: (Lippestad, Eitzen et al. 2003)

### *Ryggdekningen (R1)*

Den første ryggdekningen (R1) ser slik ut: «For pasientene vil det kunne innebære en helserisiko, ved at de får et mer fragmentert og dårligere koordinert helsetjenestetilbud med økt fare for så vel over- som underbehandling». Her er perspektivet flyttet til pasientene, og setningen inneholder hva jeg vil kalle en normativ patosformulering: «vil det kunne innebære en helserisiko». Påstanden er riktignok dempet ved hjelp av en interpersonell modalisasjon fundert i sannsynlighet, «vil kunne», men «helsersisiko» er ikke til å misforstå. Patosappellen er åpenbar: en «helsersisiko» er ikke noe et departement vil eller kan risikere å stå til ansvar for. Det normative aspektet er også tydelig, foruten innholdsmessig kontroversielt: Det sår tvil ved andre behandleres evne til å utføre behandling som sees i et forsvarlig helhetsperspektiv. Med andre ord: Uten fastlegens koordinerende overblikk kan spesialistbehandling innebære en helserisiko. Det er neppe urimelig å kalle dette autonomt fundert, selv om det ikke sies noe om medisinske spesialister. Innebærer for eksempel kirurgisk behandling en helserisiko om den ikke underkastes fastlegens overblikk? I så fall bør kanskje heller ikke medisinske spesialister med nisjekompetanse ha sykmeldingsrett? I motsatt fall: Hva slags spesialistbehandling kan innebære en helserisiko og hva er «trygt»?

### *Ryggdekningen (R2)*

Den siste ryggdekningen, «Sykmeldingsarbeidet vil også kunne lide gjennom nye kommunikasjonsbarrierer mellom arbeidsplass og behandlere», er på sin side logosorientert. Den inneholder, som den forrige ryggdekningen (R1), en modalisasjon begrunnet i sannsynlighet: «vil også kunne». Der (R1) benyttet den interpersonelle modalisasjonen til å moderere en normativ patosformulering, benytter derimot (R2) modalisasjonen som etosbyggende i en logosorientert setning.

### *Hjemmelen (H)*

Den oppmerksomme leser vil allerede ha fått med seg at hjemmelen (H) er lik den forrige: hjemmelen i Bakgrunnsargument (B1). I lys av dette vil man kunne si at disse hører inn under samme resonnement, og følgelig burde plasseres i samme modell. Dette ville helt sikkert vært både mulig og nyttig, men fordi de er så tematisk ulike som de er - Bakgrunnsargument (B1) omhandler NAVs rolle og (B2) omhandler kontaktpunkter mellom pasient og fastlege - har jeg valgt å analysere dem hver for seg. Ettersom hjemmelen (H) imidlertid er lik begge steder, vil jeg bruke dette avsnittet til å se de to i sammenheng.

I Bakgrunnsargument B1 listet jeg tre topoi: «Spiss- versus breddekompetanse», «kjennskap til pasienten over tid» og «fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet», hvorav de to første var underordnet den siste. Disse er også til stede her, gjennom «nisjekompetanse» (spiss- versus breddekompetanse) og «et langvarig kjennskap til pasient og omgivelser» (kjennskap til pasienten over tid). Når det gjelder den siste, «fastlegen har best oversikt over sykdomsbildet», er dette derimot atskillig mer tydeligere formulert i Bakgrunnsargument (B2) enn i (B1). Bevismiddelet har også endret seg, fra en klar logosfokusering til en patosappell basert på frykten for «helserisiko». Dermed fremstår Bakgrunnsargument (B2) som en forsterkning av (B1) hvor begrunnelsen er den samme: hensiktsmessighet og nødvendighet, men hvor skiftet fra logos til patos i enda større grad fremhever den overordnede toposens autonome karakter.

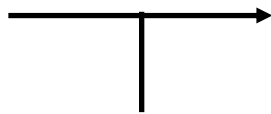
Skjematisert ser det slik ut:

<b>Topos</b>	25) <i>Spiss- versus breddekompetanse</i>	26) <i>Kjennskap til pasienten over tid</i>	27) <i>Fastlegen er den eneste som har oversikt over det totale sykdomsbildet</i>
<b>Topostype</b>	Semi-autonom	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig Sammenlikning: parallell	Hensiktsmessig, nødvendig Sammenlikning av ensartede størrelser	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Patos, logos

### 5.9.3 Bakgrunnsargument B3

Argumentet kan skjematiseres slik:

Sykehusspesialistene prioriterer sin tid til utredning og behandling, og ser at fastlegene bedre kan ivareta de intensjoner som ligger i IA-arbeidet og sykefraværsmo- dellen. Derfor overlater de til fastlegene å koordinere, veilede og samhandle med arbeidsplassen, NAV og andre helseprofesjoner (B)



Det er paradoksalt at myndighetene arbeider med å gi en omfattende sykmeldingsrett til psykologspesialister, samtidig med at legespesialister på sykehus, som allerede har ubegrenset sykmeldingsrett, overfører store deler av sykmeldingsarbeidet til fastlegene (P)

(Psykologene bør bruke tiden sin på utredning og behandling fremfor sykmeldingsarbeid) (H)

#### *Påstanden (P)*

Logos er fundamentet for påstanden (P), og baserer seg på det Andersen (1995) kaller en «metafor», en sammenlikning hvor en «ser noe likt i noe ulikt». Med andre ord:

Psykologspesialister og legespesialister på sykehus har forskjellige roller, men de har til felles at de er best tjent med å bruke tiden sin på utredning og behandling. Dette illustrerer også overgangen til hjemmelen (H), idet fellestrekkene i påstanden (P) antyder hjemmelen.

Videre presenterer teksten det som innen pragmatikken kalles en *presupposisjon* (Grundy 2000), på godt norsk kalt "å putte ord i munnen på noen": «[M]yndighetene arbeider med å gi en omfattende sykmeldingsrett til psykologspesialister». Såvidt undertegnede har forstått, hadde ikke spørsmålet om psykologers sykmeldingsrett kommet lenger enn til denne høringen om forsøksordning på tidspunktet teksten ble skrevet. Myndighetene *vurderte* med andre ord å gi psykologene *begrenset* sykmeldingsrett (inntil 10 uker uten å involvere fastlegen), noe denne høringen var en del av.

Som en kritikk av overnevnte fortolkning vil man kunne si at den er en presupposisjon i seg selv, og at den grenser til overfortolkning – Legeforeningen gjengir bare sakens fakta, og det er ingen hemmelighet at myndighetene arbeider med denne saken.

Dette berører intensjonaliteten, og en sympatisk lesning vil da også lese det som en nøktern gjengivelse av de foreliggende omstendigheter. Likevel er det ikke dermed sagt at fortolkningen ovenfor er overfortolkende, den er snarere annerledes. For å konkretisere: «myndighetene arbeider med å gi en omfattende sykmeldingsrett til psykologspesialister» inneholder adjektivet «omfattende». Hva slags retorisk funksjon har dette? Er det for det første nødvendig for å skape mening i setningen? «Myndighetene arbeider med å gi sykmeldingsrett til psykologspesialister» sier det samme, men likevel ikke helt. «Omfattende» gir setningen en mer dramatisk karakter, og «omfattende» kan følgelig forstås som en patosmarkør. I tillegg har adjektivet også en sekundær funksjon, idet det utgjør første del av en parallell: «Omfattende sykmeldingsrett» hos psykologene sammenliknes med «ubegrenset sykmeldingsrett» hos legene, noe som videre indikerer koplingen til hjemmelen (H) gjennom *likhet*: Psykologene bør [også] bruke tiden sin på utredning og behandling fremfor sykmeldingsarbeid.

### *Belegget (B)*

Belegget i dette argumentet er så langt at det synes nødvendig å rekapitulere det allerede:

*Sykehusspesialistene prioriterer sin tid til utredning og behandling, og ser at fastlegene bedre kan ivareta de intensjoner som ligger i IA-arbeidet og sykefraværsmodellen. Derfor overlater de til fastlegene å koordinere, veilede og samhandle med arbeidsplassen, NAV og andre helseprofesjoner (B)*

Disse to setningene kunne vært skilt ut i belegg og ryggdekning, men ettersom de er forbundet av et kausalkonnektiv («derfor») har jeg valgt å beholde dem i sin opprinnelige sammenheng. La oss se nærmere på hva denne forbindelsen innebærer.

I den første setningen kan man identifisere en topos fra Argument 5: Riktig prioritering av tid. Som i Argument 2 er også «prioritere» en aktiv konstruksjon i teksten («prioriterer sin tid»), det er noe *man selv gjør*. Hvorvidt dette representerer virkeligheten eller ikke ligger utenfor denne oppgavens mandat å svare på, men det står derimot klart at toposen indikerer en etoskonstruksjon. Dette underbygges av bruken av verbet «ser» i andre

leddsetning, som kan sees som en metafor for overblikket legen tillegges. Sett under ett har med andre ord den første setningen en etosbyggende funksjon: Den fremstiller sykehusspesialistene som personer som «ser» det store bildet, og som gjør de rette prioriteringene; et eksempel til etterfølgelse.

Dette danner i sin tur et naturlig grunnlag for den andre setningen som i tillegg til å fortsette å bygge sykehusspesialistenes etos, «Derfor overlater de», bygger fastlegenes etos: Fastlegen kan «koordinere, veilede og samhandle med arbeidsplassen, NAV og andre helseprofesjoner». Igjen ligger det utenfor oppgavens mandat å undersøke om dette er en realistisk virkelighetsbeskrivelse (i hvor stor grad samhandler fastlegene med arbeidsplassen etc.), men det kan kanskje være verdt å vri fokuset på den overnevnte toposen "riktig prioritering av tid": Hvis fastlegen skal gjøre alt dette for alle hans/hennes pasienter som trenger det, kunne det da tenkes at det var bedre prioritering av fastlegens tid å overlate noe av ansvaret til andre behandlere?

#### *Hjemmelen (H)*

Som jeg har vært inne på står toposen "riktig prioritering av tid" sentralt i den øvrige teksten, og dette gjelder i høyeste grad også i hjemmelen (H): «Psykologene bør bruke tiden sin på utredning og behandling fremfor sykmeldingsarbeid». Dette kan betraktes som en utdyping av resonnementet i Argument 2, hvor jeg skjematiskerte topoiene slik:

<b>Topos</b>	<i>28) Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side</i>	<i>29) Riktig prioritering av tid</i>
<b>Topostype</b>	Autonom	Heteronom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Etos

Ved å enkelt bytte ut den første toposen med hjemmelen (H) i dette argumentet ser det nye skjemaet slik ut:

<b>Topos</b>	<i>30) Psykologene bør bruke tiden sin på utredning og behandling fremfor sykmeldingsarbeid</i>	<i>31) Riktig prioritering av tid</i>
<b>Topostype</b>	Autonom	Heteronom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Etos

De øvrige punktene stemmer godt, prioritering er hensiktsmessig, og legenes evne til prioritering har jeg allerede omtalt som etoskonstruksjon. Forholdet mellom det autonome og det heteronome er også intakt, og dette kan vi også knytte til mer og mindre eksplisitte nivåer i teksten: På overflaten er argumentasjonen heteronom, fundert i prioritering av tidtoposen. Den autonome delen av argumentet, hjemmelen (H), er imidlertid mer subtilt formulert gjennom den metaforiske bruken av sykehuslegene som "eksempler til etterfølgelse".

## 5.10 Bakgrunnsargument C

- Praktiske problemer på systemnivå

Argumentet kan skjematiseres slik:

Spredning [av sykmeldingsarbeidet] innebærer store praktiske utfordringer ved systemarbeid (nyutvikling av blanketter og rutiner), informasjons og samhandlingsarbeid (fagutvikling og informasjon) og oppfølgingsarbeid (B)



Legeforeningen ønsker et bedre behandlingstilbud til psykisk syke. Imidlertid vil en utprøving av sykmeldingsrett til psykologer være feil tilnærming til problemet (P)

(Sykmeldingsrett for psykologer vil føre til merarbeid i byråkratiet, uten at behandlingstilbudet for psykisk syke blir bedre) (H)

Spredning av sykmeldingsvirksomhet på flere hender er faglig feil (R)

### *Påstanden (P)*

Den innledende setningen, «Legeforeningen ønsker et bedre behandlingstilbud til psykisk syke», kan også sees som en ryggdekning, men ettersom konnektivet «imidlertid» binder de to første setningene sammen har jeg valgt å inkludere begge i påstanden (P). Som i flere av de foregående argumentene<sup>14</sup> innledes avsnittet med etosbyggende konstruksjon. Setningens nærmest tautologiske innhold understøtter dette; alle ønsker seg et bedre behandlingstilbud for psykisk syke, og det er derfor ikke denne informasjonen i seg selv som er setningens formål.

Som sagt innledes den andre setningen av konnektivet «imidlertid», som danner en adversativ konneksjon mellom den første og den andre setningen. Dette markerer også en

---

<sup>14</sup> Se for eksempel Argument 1 og 3



overgang fra etos til patos: «en utprøving av sykmeldingsrett til psykologer [vil] være feil tilnærming til problemet». For det første skisseres et *problem*, som er med å understøtte sakens påtrengende alvor. For det andre forsøker teksten å bevege leseren ved hjelp av modaliteten: «det *vil* være feil» (min kursivering). Dette er en modulasjon begrunnet i nødvendighet, og sammen med kraftuttrykket «feil» utgjør disse en sterk følelsemessig appell.

### *Begrunnelsen (B)*

«Spredning [av sykmeldingsarbeidet] innebærer store praktiske utfordringer ved systemarbeid (nyutvikling av blanketter og rutiner), informasjons og samhandlingsarbeid (fagutvikling og informasjon) og oppfølgingsarbeid» utgjør begrunnelsen (B). Dette gjør bevismiddeltriaden i argumentet komplett, ettersom belegget gjennom logos konkretiserer de praktiske implikasjonene forsøksordningen vil få i byråkratiet. For øvrig finnes det en viss patosappell her også, i formuleringen «store praktiske utfordringer», som forsøker å bevege gjennom begrunnelsen hensiktsmessighet.

### *Ryggdekningen (R)*

Ryggdekningen (R) er formulert slik: «Spredning av sykmeldingsvirksomhet på flere hender er faglig feil», og her er det spesielt ett uttrykk som er interessant: «faglig feil». Det gis ingen videre begrunnelse eller forklaring for dette, og derfor fremstår det som uklart hva Legeforeningen mener.

Én mulig (sympatisk) tolkning kan være at Legeforeningen her stoler på hva Kjeldsen (2004) kaller «innledende etos», altså det etos man "har med seg" før man presenterer noe. Legene, og Legeforeningen, innehar en posisjon som en faggruppe med nærmest ubestridelig faglig tyngde. I en sympatisk lesning vil de da ikke behøve å forklare nærmere; hvis Legeforeningen sier at noe er «faglig feil», så fester man lit til det basert på det faglige etos man tillegger dem.

I en symptomal lesning er dette, naturlig nok, mer problematisk. Hvilket fag er det snakk om? Hva er «feil»? Lesningen vil kunne se dette som et tekstlig uttrykk for ideologisk makt, i og med at Legeforeningen bruker sin posisjon, sitt innledende etos, til å få gjennomslag for en ubegrunnet påstand.

### Hjemmelen (H)

Jeg har formulert hjemmelen slik: «Sykmeldingsrett for psykologer vil føre til merarbeid i byråkratiet, uten at behandlingstilbudet for psykisk syke blir bedre.» Den siste leddsetningen i min formulering kan sies å tøye fortolkningsgrunnlaget noe: Legeforeningen skriver ikke noe sted eksplisitt at behandlingstilbudet ikke vil bli bedre gjennom forsøksordningen. Når jeg likevel har valgt denne tolkningen, er det basert på en formulering i påstanden (P): «sykmeldingsrett til psykologer [vil] være feil tilnærming til problemet». Slik jeg forstår det, er dette et uttrykk for at Legeforeningen mener at sykmeldingsrett til psykologer ikke vil gi psykisk syke et bedre behandlingstilbud.

Den første delen av hjemmelen er på sin side hentet fra belegget (B), og temaet «praktiske konsekvenser for byråkratiet» kan sies å være en ny formulering av Argument 6, hvor jeg utledet følgende topoi:

<b>Topos</b>	<i>32) Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>33) Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, <b>symptomal lesning</b></i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	I beste fall autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Behagelig, lett oppnåelig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

I denne sammenhengen er det derimot først og fremst den første, den sympatiske lesningen, som er relevant, ettersom den fungerer som et etosbyggende bakteppe for en annen topos: Forsøksordningen vil ikke gjøre behandlingstilbudet for psykisk syke bedre. Denne har også sin begrunnelse i hensiktsmessighet, men er autonom. Dermed får vi følgende skjema for Bakgrunnsargument C:

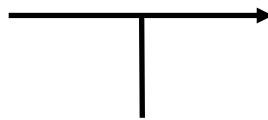
<b>Topos</b>	<i>34) Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig</i>	<i>35) Forsøksordningen vil ikke gjøre behandlingstilbudet for psykisk syke bedre</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

## 5.11 Bakgrunnsargument D

- Praktiske problemer på pasientnivå

Argumentet kan skjematiseres slik:

Hvis det innføres sykmeldingsrett for psykologer vil de naturlig styres mot å velge den enkle forklaringsmodellen, en psykisk lidelse, og se de sammensatte problemer i lys av dette. Konsekvensen kan bli manglende samhandling, veiledning og vurderinger på et bredt nok grunnlag. Skal psykologer utvikle samhandlingsrelasjoner med lokale fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer og jordmødre? Hva med bedriftshelsetjenesten og lokalt NAV? (B)



Fragmentert sykmeldingsrett tvinger frem et skille som det svært ofte ikke finnes grunnlag for; de psykiske lidelser og de sammensatte (P)

(Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon) (H)



Det er faglig konsensus om at psykiske lidelser har stor co-morbiditet. Vår tids sykdommer har ofte en sammensatt årsak, presentasjon og konsekvens. (R1)



Tre pasienteksempler: 1) Pasienten med depresjon har ofte muskelsmerter, søvnforstyrrelser, problemer med fordøyelsen eller hudlidelser. 2) Person med korsryggsmerter og helseskadelig alkoholbruk. 3) Den gravide kvinnen med angst og depresjon i en vanskelig hjemmesituasjon som samtidig har bekkensmerter og sliter med kommunikasjonen med sjefen (R2)

Argumentets innledning, «Det er de psykiske lidelser som behandles av psykologene og dermed begrunner både deres ønske om sykmeldingsrett og forsøket som skal gjennomføres», er ikke inkludert i modellen. Setningen kan tolkes som en ryggdekning, men ettersom den ikke knytter seg direkte til hjemmelen (H), har jeg valgt å holde den utenfor. Imidlertid er det ikke med det sagt at den er retorisk uinteressant: For det første fungerer setningen som en etosbyggende opptakt til selve argumentasjonen - en anerkjennelse av psykologenes posisjon. For det andre - og dette er verdt å merke seg - skriver Legeforeningen «forsøket som skal gjennomføres». Som jeg har vært inne på tidligere var det ikke avklart om forsøket faktisk skulle gjennomføres da teksten ble skrevet, og det er derfor noe merkelig at formuleringen indikerer at forsøket vil bli gjennomført i en tekst som argumenterer mot det. Grunnen til dette kan ligge i de faktiske forhold som lå til grunn,<sup>15</sup> uansett kan det muligens tolkes som en svak antydning til resignasjon. Sett i sammenheng med presupposisjonen fra Bakgrunnsargument B3 «[M]yndighetene arbeider med å gi en omfattende sykmeldingsrett til psykologspesialister» blir bildet enda klarere: Begge formuleringene kan sies å presupponere at myndighetene "har bestemt seg" for å gi psykologer sykmeldingsrett uansett.

Man skal selvfølgelig være svært forsiktig med å trekke slike skråsikre konklusjoner basert på to formuleringer. Likevel stiller det et interessant spørsmål ved tekstens egentlige formål: er formålet å hindre forsøksordningen, eller er det å forklare departementet hvorfor det de er i ferd med å gjøre er feil?

### *Ryggdekningen (R1)*

Fra den etosbyggende opptakten introduseres selve argumentet med en ryggdekning: «Det er faglig konsensus om at psykiske lidelser har stor co-morbiditet. Vår tids sykdommer har ofte en sammensatt årsak, presentasjon og konsekvens.» Den første setningen bærer to spor av mer eller mindre autonomt orientert språkbruk; «konsensus» og «co-morbiditet». Selv om «konsensus» ikke lenger er et spesifikt akademisk begrep, har det en mer akademisk klang enn for eksempel «enighet». Begrepet co-morbiditet (komorbiditet) er opprinnelig medisinsk, og i Medisinsk Ordbok (Nylenna og Kåss 2004) defineres det slik: «forekomst av

---

<sup>15</sup> Se innledningen

flere sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person». En forklaring er også å finne i ryggdekningens andre setning: «Vår tids sykdommer har ofte en sammensatt årsak, presentasjon og konsekvens». Her er det imidlertid en spesifisering av formuleringen som skiller den fra ordbokdefinisjonen: «Vår tids sykdommer». Som jeg har vært inne på tidligere<sup>16</sup> skal man akte seg for å utlede doxa eller ideologiske posisjoner direkte fra enkeltformuleringer, men det er uansett ikke tvil om at formuleringen tegner et skille mellom vår tids og tidligere tiders sykdommer. Er dette et heteronomt standpunkt? Når ble sykdommer sammensatte - da helsevesenet ble mer sammensatt av ulike faggrupper? Som sagt er faren for overfortolkning her overhengende, og det er meget mulig at det finnes betydelige mengder forskning som dokumenterer at vår tids sykdommer er mer sammensatte enn tidligere - det er uansett utenfor denne oppgavens ramme å undersøke. Det kunne derimot være verdt en studie i seg selv å - i god Foucaultiansk ånd - undersøke forskjellige helseprofesjoners syn på sammensatte sykdomsbilder gjennom f.eks. de siste 100 år.

### *Ryggdekningen (R2)*

Som vist i modellen ovenfor består ryggdekningen (R2) av tre eksempler:

*1: Pasienten med depresjon har ofte muskelsmerter, søvnforstyrrelser, problemer med fordøyelsen eller hudlidelser. Hvordan ser en for seg at dette skal håndteres i forsøket. Skal psykologen sykmelde der lidelsen er sammensatt eller kun ved rene psykiske lidelser? Hva om muskelsmertene eller magesmertene er verst, skal fastlegene da overta sykmeldingen eller kan psykologen fortsette sykmeldingen? Hva med medikamentell behandling?*

*2: Har en deprimert person med helseskadelig alkoholbruk og korsryggsmerter en psykisk lidelse? Hva med ryggpasienten som blir deprimert og begynner å drikke for mye etter 8 ukers behandling uten effekt? Har han en psykisk lidelse og bør psykologen sykmelde ham om han starter i psykoterapi?*

*3: Den gravide kvinnen med angst og depresjon i en vanskelig hjemmesituasjon som samtidig har bekkenmerter og sliter med kommunikasjonen med sjefen - har hun psykisk lidelse hvor psykologen kan eller bør sykmelde?*

Eksemplene brukes til å vise hvor komplekse sykdomssituasjoner ofte kan være, og med det undergrave det formodentlig kunstige skillet mellom psykiske og somatiske lidelser. Jeg kommer tilbake til dette i gjennomgangen av påstanden (P) og hjemmelen (H) nedenfor, men i (R2) er det også noe annet av interesse: konstruksjonen "pasient".

---

<sup>16</sup> Se for eksempel Argument 3

I gjennomgangen av ryggdekningene i argument 5 trakk jeg frem pasienten som en ikke-deltakende stemme i teksten, i og med at den var uttrykt gjennom et konstruert eksempel. Det samme ser vi her: Ingen av eksemplene synes å referere til spesifikke personer, de er tenkte eksempler som illustrerer Legeforeningens poeng. Slik sett fungerer de, som i argument 5, som patosforsterkere: eksempelpasientenes vanskelige situasjon vekker følelser og illustrerer alvoret. I en sympatisk lesning vil dette også fungere etosforsterkende: Legeforeningen viser omsorg for pasientgruppen ved å trekke frem eksempler. I stedet for at alt diskuteres på overordnet, administrativt nivå med byråkratisk sjargong gir Legeforeningen mannen i gata en stemme.

Den symptomale lesningen vil derimot trekke frem skillet mellom stemme og deltaker, slik jeg viste i argument 5: Pasientene er ikke sitert eller referert, deres stemme formidles gjennom Legeforeningens autorale stemme. "Pasienten" i teksten er dermed kun en retorisk konstruksjon som bruker pasientene som «gisler» for å fremme egen sak. Dette kan også - i alle fall delvis - forklares ved hjelp av evalueringsrapporten etter forsøksordningen for kiropraktorer og manuellterapeuter. (De faktiske) pasientene uttrykte stor tilfredshet med å slippe å måtte forholde seg til mer enn én behandler av gangen så lenge det ikke syntes nødvendig (Lippestad, Eitzen et al. 2003). Kan det tyde på at pasientenes faktiske stemme ikke stemmer helt overens med Legeforeningens fremstilling av den?

### *Påstanden (P)*

De to første setningene under bygger opp under den tredje, som er selve påstanden (P).

*Hva er en ren psykisk lidelse? Hverdagens "vanntest" viser hvor umulig dette blir [...]  
Alle kan i perioder ha indikasjon på psykoterapi (som ett av flere tiltak) men sammensatte tilstander er det uansett.  
Fragmentert sykmeldingsrett tvinger frem et skille som det svært ofte ikke finnes grunnlag for; de psykiske lidelser og de sammensatte (P)*

Disse to første setningene kan sies å bygge på en heteronom topos: kropp (somatikk) og sjel (psykologi) må sees i sammenheng. Den siste setningen, påstanden (P), er derimot mer autonomt formulert: «Fragmentert sykmeldingsrett tvinger frem et skille som det svært ofte ikke finnes grunnlag for; de psykiske lidelser og de sammensatte». Ordvalgene gir i seg selv sterke indikasjoner på den autonome karakteren: «fragmentert» impliserer at det ikke

henger godt sammen, og «tvinger frem et skille» impliserer at forsøksordningen gjør noe "unaturlig". Ifølge Legeforeningen vil dette unaturlige skillet også få konsekvenser, noe som utdypes i belegget.

### *Belegget (B)*

Belegget er formulert slik

*Hvis det innføres sykmeldingsrett for psykologer vil de naturlig styres mot å velge den enkle forklaringsmodellen, en psykisk lidelse, og se de sammensatte problemer i lys av dette. Konsekvensen kan bli manglende samhandling, veiledning og vurderinger på et bredt nok grunnlag. Skal psykologer utvikle samhandlingsrelasjoner med lokale fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer og jordmødre? Hva med bedriftshelsetjenesten og lokalt NAV? (B)*

For å begynne med den første setningen: To forklaringsmodeller antydes. Én, den enkle, tar utgangspunkt i psykiske lidelser og ser sammensatte problemer i lys av dette. Den andre, den ikke-enkle/avanserte, er ikke eksplisitt omtalt, men det må være rimelig å anta at den fungerer motsatt: Man ser psykiske lidelser i lys av sammensatte problemer.

La meg, i tråd med Legeforeningens tekst, forsøke et eksempelscenario: En person opplever panikkangstanfall med jevne mellomrom, noe som fører til at vedkommende stort sett holder seg hjemme og ikke klarer å gå på jobb. Han går til fastlegen, overbevist om at anfallene skyldes hjertefeil. Hva vil være den «enkle» forklaringsmodellen her? Er det rimelig å forutsette at fastlegen forstår disse sammenhengene bedre enn en psykolog? Spørsmålene er selvsagt langt utenfor oppgavens rammer å besvare, så jeg vil nøye meg med å påpeke en ny hierarkisering: En «enkel», psykologisk (underordnet) forklaringsmodell settes opp mot en sammensatt, medisinsk (overordnet).

For øvrig er agens-bruken verdt et blick: Formuleringen «...vil de naturlig styres...» er det nærmeste Legeforeningen kommer å uttale hjemmelen (H) eksplisitt: «Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon». Med andre ord: Psykologer har ikke bare en «enkel» forklaringsmodell (underordnet den sammensatte, medisinske), men de blir «naturlig styrt» mot denne forklaringen uten evne til å se de store sammenhengene. At dette er et autonomt synspunkt burde være unødvendig å poengtere.

Videre i teksten skisseres konsekvensene av denne enkle modellen:

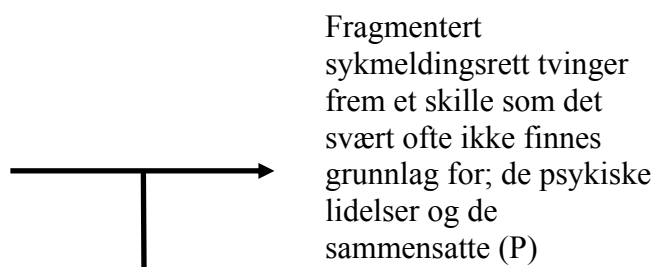


«Konsekvensen kan bli manglende samhandling, veiledning og vurderinger på et bredt nok grunnlag. Skal psykologer utvikle samhandlingsrelasjoner med lokale fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer og jordmødre? Hva med bedriftshelsetjenesten og lokalt NAV?»

Avsnittet bygger direkte på det foregående, og innledes med en modalisasjon (sannsynlighet): «*kan* bli manglende samhandling...». Deretter følger et logos-orientert resonnement begrunnet i hensiktsmessighet - det vil være upraktisk å overdra samhandlingsrelasjoner fra leger til psykologer.

### Hjemmelen (H)

«Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon» er hjemmelen (H). Den oppmerksomme leser vil allerede ha fått med seg at denne har vært brukt flere ganger før, i Bakgrunnsargument B1 og B2, samt at hjemmelen i Argument 5 også likner: «Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet». Hjemmelen utgjør med andre ord ikke bare et sentralt premiss i det foreliggende argumentet, den står sentralt i hele argumentasjonen. I de fleste argumentene henger hjemmelen (H) og påstanden (P) tett sammen, men dette er kanskje ekstra tydelig her.



(Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig  
oversikt over pasientens situasjon) (H)

Påstanden (P) står og faller på to premisser, og begge knytter seg til hjemmelen (H). For det første: At psykologer faktisk konstruerer et kunstig skille mellom psykiske og sammensatte lidelser. For det andre: at fastlegene er den eneste faggruppen som har tilstrekkelig oversikt til å se det helhetlige bildet i en pasients situasjon. Hvis begge er tilfelle vil det, i sammenheng med den heteronome toposen «kropp og sjel må sees i sammenheng», være naturlig at fastlegene gjør alt arbeid av denne typen.

Det sier seg selv at disse spørsmålene berører problemstillinger som krever egne avhandlinger for å bli forsøkt besvart. Jeg skal derfor nøye meg med å snu Legeforeningens resonnement på hodet: Kan det tenkes at sammensatte lidelser ofte kan være bedre / lettere å se i lys av en psykologisk tilnærming? Hvorfor er det gitt at fastlegene er de eneste som kan se ting i sammenheng?

Jeg vil dermed oppstille følgende topoi:

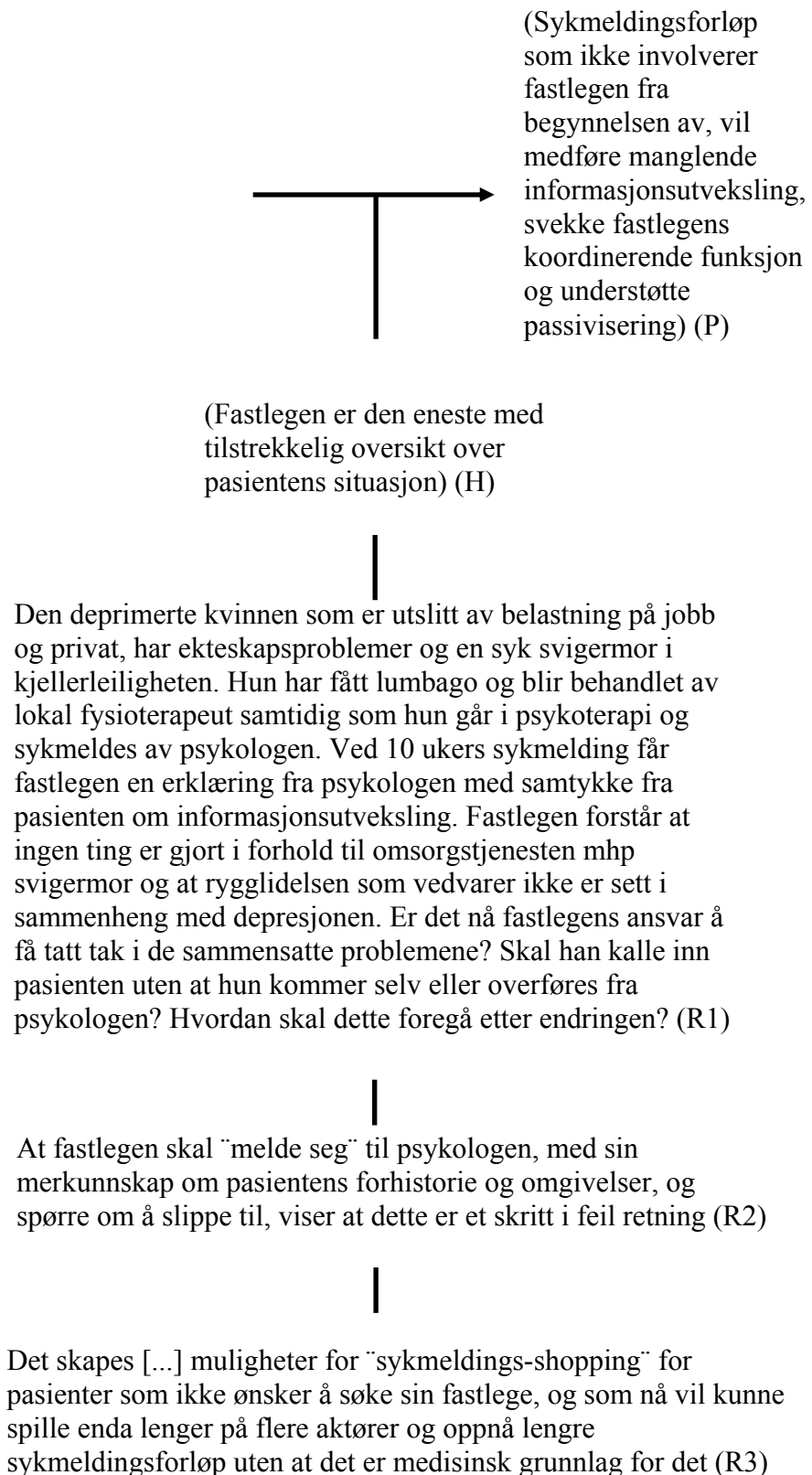
<b>Topos</b>	<i>36) Kropp og sjel må sees i sammenheng</i>	<i>37) Psykologer konstruerer et skille mellom psykiske og sammensatte lidelser</i>	<i>38) Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig (negativ)	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Logos

Disse tre følger naturlig av en annen. Topos 1, som er heteronom, brukes for å legitimere den autonome topos 2. Videre danner topos 2 premisset som ligger til grunn for topos 3.

## 5.12 Bakgrunnsargument E

- Stor usikkerhet rundt dialogmøtene og ansvarsforhold

Argumentet kan skjematiseres slik:



Først en kort forklaring av bakgrunnen for argumentet. I forskriften om forsøksordningen (som også utgjorde grunnlaget for høringen), står følgende:

*«Sykmelding [...] kan gis for en sammenhengende periode på inntil 12 uker med mulighet til forlengelse for en periode som til sammen ikke overstiger 26 uker. Det er en forutsetning at psykologen etter 10 ukers sykmelding informerer pasientens lege om sykmeldingen, med spørsmål om legen har opplysninger om forhold som har betydning i forhold til fortsatt sykmelding» (Fra § 5 i «Forskrift om forsøksordning som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde)» (2008))*

I teorien kan dermed psykologer, innenfor rammene av forsøksordningen, sykmelde i inntil 10 uker uten å konferere med fastlegen, foruten at de samlet kan sykmelde for inntil 26 uker.

### *Påstanden (P)*

Som modellen indikerer er Bakgrunnsargument E omfattende; det er det lengste av alle argumentene i teksten. Dette medfører også mer kompliserte resonnementer, og jeg har derfor valgt å parafrasere påstanden (P) slik: «Sykmeldingsforløp som ikke involverer fastlegen fra begynnelsen av, vil medføre manglende informasjonsutveksling, svekke fastlegens koordinerende funksjon og understøtte passivisering». Den første leddsetningen er, som jeg skal vise nedenfor, delvis knyttet til belegget (B). I tillegg oppsummerer den deler av resonnementets første avsnitt, hvor Legeforeningen blant annet skriver: «Myndighetene ser det tydeligvis som uproblematisk at fastlegen skal komme inn med betydningsfull informasjon for vurderingen av sykmeldingen etter at sykefraværet har vart i 10 uker som må sies å være langt fravær». Det er med andre ord alvorlig å ikke inkludere fastlegen fra dag én av et sykmeldingsforløp, og dette vil «svekke fastlegens koordinerende funksjon og understøtte passivisering». Sistnevnte leddsetning er min lette omformulering av Legeforeningens påstand, som opprinnelig ser slik ut: «Fastlegens koordinerende funksjon er svekket, viktig informasjon blokkert og passivisering er understøttet». Her det verdt å merke seg den høye modaliteten: «Fastlegens koordinerende funksjon *er* svekket, viktig informasjon [er] blokkert og passivisering *er* understøttet». Modalitetstypen er modulasjon knyttet til nødvendighet - dette er ikke et mulig scenario, det *vil* bli slik. I sin tur innebærer dette en presupposisjon, en implisitt antakelse, som også kan sees i sammenheng med den første setningen jeg nevnte ovenfor: «Myndighetene ser det tydeligvis som uproblematisk at fastlegen skal komme inn med *betydningsfull* informasjon». Legeforeningen ser med dette

ut til å ta for gitt at fastlegen med nødvendighet sitter på *uvurderlig* informasjon som *vil* bli oversett av andre behandlere. Dette vil i sin tur «understøtte passivisering» ifølge Legeforeningen. Jeg vil imidlertid bemerke at det ikke fremgår av teksten, i alle fall ikke for undertegnede, om det dreier seg om passivisering av hjelpeapparatet, pasienten eller begge deler.

### *Ryggdekningen (R1)*

Den første delen av ryggdekningen (R1) er et eksempel:

*Den deprimerte kvinnen som er utslitt av belastning på jobb og privat, har ekteskapsproblemer og en syk svigermor i kjellerleiligheten. Hun har fått lumbago og blir behandlet av lokal fysioterapeut samtidig som hun går i psykoterapi og sykmeldes av psykologen.*

Som i det forrige argumentet, Bakgrunnsargument D, er dette et konstruert eksempel - det er i alle fall ikke noe som indikerer noe annet. Derimot kan det synes å være en omformulering av pasienteksemplet i Argument 5, som lød slik: «...rygglidelsen, den gamle og syke mor som bor i kjellerleiligheten og de vanskelige kommunikasjonsforholdene på jobben». Med unntak av at «mor» har blitt til «svigermor» ser situasjonen ut til å være noenlunde lik, og som jeg påpekte i Argument 5 viser både adjektivbruken («utslitt» og «syk») og de øvrige ordvalgene («belastning» og «kjellerleiligheten») setningens patosbyggende funksjon. I tillegg har det her dukket opp en formulering som synes noe merkelig: «lokal fysioterapeut». Det fremgår ikke av teksten om dette dreier seg om «lokal» i fysikalsk eller geografisk forstand, men om man velger den fysikalske kan formuleringen leses som en subtil antydning til skillet mellom spiss- og breddekompetanse: Andre faggrupper (fysioterapeuter) har bare lokal kunnskap, mens fastlegene har monopol på evnen til å se det helhetlige bildet.

Videre i ryggdekningen (R1) skriver Legeforeningen følgende:

*Ved 10 ukers sykmelding får fastlegen en erklæring fra psykologen med samtykke fra pasienten om informasjonsutveksling. Fastlegen forstår at ingen ting er gjort i forhold til omsorgstjenesten mhp [sic] svigermor og at rygglidelsen som vedvarer ikke er sett i sammenheng med depresjonen. Er det nå fastlegens ansvar å få tatt tak i sammensatte problemene? Skal han kalle inn pasienten uten at hun kommer selv eller overføres fra psykologen? Hvordan skal dette foregå etter endringen?*

Her inntreffer en retorisk forskyvning, idet det patosbyggende, heteronome pasienteksemplet ovenfor brukes som bakgrunn for et etos- og logosdrevet resonnement.

Etoskonstruksjonen kan vi kalle både positiv og negativ: «Fastlegen *forstår*» bygger fastlegens etos - fastlegen ser sammenhengene. «[I]ngen ting er gjort i forhold til omsorgstjenesten [og at rygglidelsen] ikke er sett i sammenheng med depresjonen» betegner det motsatte, en psykolog som ikke evner å se ting i sammenheng - negativt etos. Eksemplet kan leses sympatisk, som et "worst case"-scenarior, eller symptomalt, som en alvorlig devaluering av psykologers generelle kompetanse. I alle tilfelle er det ikke tvil om det konstruerte eksemplets målsetting: å tegne et skille mellom spesialistbehandlere som bare tar seg av lokale problemer og fastlegene som er de eneste som klarer å se sammenhenger, jamfør hjemmelen (H).

### *Ryggdekningen (R2)*

Ryggdekningen (R2) er en direkte fortsettelse av (R1), men det kan likevel stilles spørsmålstegn ved om setningen under nødvendigvis trenger å oppfattes som en ryggdekning:

*At fastlegen skal "melde seg" til psykologen, med sin merkunnskap om pasientens forhistorie og omgivelser, og spørre om å slippe til, viser at dette er et skritt i feil retning (R2)*

Når jeg likevel har valgt å ta den med, er det fordi jeg ser den som et interessant eksempel på hierarkiseringen jeg har kommentert flere ganger tidligere. Her er det imidlertid litt annerledes enn i de foregående hierarkiseringene: Det overnevnte eksemplet har snudd om på rollene og plassert psykologen i førersetet, og (R2) viser hvor usannsynlig dette er - legen har jo «merkunnskap om pasientens forhistorie og omgivelser».

Det interessante her er ikke nødvendigvis presupposisjonen «fastlegen har merkunnskap om pasientens forhistorie og omgivelser» - den har jeg blant annet diskutert under Argument 5, hvor jeg også har stilt spørsmål ved dens generelle sannsynlighet. Mer interessant er det kanskje at Legeforeningen tilsynelatende mener at det *nødvendigvis* må være et hierarki: Enten må psykologen ha enerett over pasientens sykmeldingssituasjon, ellers må fastlegen ha det. Er det utenkelig å se for seg at psykologen vil be fastlegen om råd om han/hun ser det som nødvendig? Er det eventuelle indikasjoner på at denne dømmekraften ikke er god nok?

### Ryggdekningen (R3)

Slik lyder (R3):

*Det skapes [...] muligheter for "sykmeldings-shopping" for pasienter som ikke ønsker å søke sin fastlege, og som nå vil kunne spille enda lenger på flere aktører og oppnå lengre sykmeldingsforløp uten at det er medisinsk grunnlag for det (R3)*

Dette er et logosdrevet argument, med en noe merkelig presupposisjon i første del av setningen: «...muligheter for "sykmeldings-shopping" for pasienter som ikke ønsker å søke sin fastlege». Er det slik å forstå at det kun er pasienter som ikke oppsøker fastlegen som er potensielle "sykmeldings-shoppere"? Er andre faggrupper dårligere til å vurdere dette, eller kanskje bare "snillere"?<sup>17</sup> Avslutningsvis dukker det også opp en indikasjon på dette skillet: «medisinsk grunnlag» sees som det fundamentale.

### Belegget (B)

Belegget (B) utgjør et helt avsnitt, som i hovedsak er patosdrevet:

*Jo lengre tilstanden har vart, dess større er sjansen for at en psykisk lidelse er sammensatt i årsak, presentasjon eller konsekvens. Når manglende kjennskap til pasient og omgivelser, manglende medisinsk breddekompetanse og fokuset på psykiske symptomer fører til feil fokus eller gal diagnose og behandling, blir fraværet forlenget og pasienten påføres feil eller inadekvat behandling og økt lidelse. Jo lengre tid det tar før rett behandling blir gitt, dess større konsekvenser. Allmennt medisinsk kompetanse kombinert med kjennskap til pasient og omgivelser er den beste sikringen mot slike feil (B)*

Patosmarkørene er tallrike: «Manglende», «feil fokus», «feil», «inadekvat», «økt lidelse» og «større konsekvenser» dramatiserer scenariet, og underbygges av modaliteten: «Når manglende kjennskap», «fører til feil fokus», «blir fraværet forlenget», «pasienten påføres», «rett behandling» og «Allmennt medisinsk kompetanse [...] er den beste sikringen mot slike feil». For øvrig kan også adjektivet «feil» betraktes som et uttrykk for høy modalitet. Modalitetstypen er modalisasjon knyttet til sannsynlighet og det er ingen overdrivelse å kalle modalitetsnivået i avsnittet svært høyt, noe som underbygger patoskonstruksjonens dramatiske karakter.

---

<sup>17</sup> SINTEFS evaluering av forsøksordningen for kiropraktorer (2003) tyder snarere på det motsatte: «Registreringsundersøkelsen viser at kiropraktorene og manuellterapeutene i liten grad benytter seg av muligheten til å sykmelde pasientene»

Imidlertid er ikke modalitetsnivået uten implikasjoner, for hva sier det egentlig om synet på psykologers kunnskapsnivå? La meg gjenta:

*Når manglende kjennskap til pasient og omgivelser, manglende medisinsk breddekompetanse og fokuset på psykiske symptomer fører til feil fokus eller gal diagnose og behandling, blir fraværet forlenget og pasienten påføres feil eller inadekvat behandling og økt lidelse.*

Psykologer har med andre ord et ensrettet fokus på psykiske symptomer som, sammen med manglende oversikt over pasientens helhetlige situasjon, er direkte helseskadelig. Det er en alvorlig påstand.

Resonnementet avsluttes med to presupposisjoner:

*Jo lengre tid det tar før rett behandling blir gitt, dess større konsekvenser. Allmennt medisinsk kompetanse kombinert med kjennskap til pasient og omgivelser er den beste sikringen mot slike feil (B)*

For det første: At det er noe som heter «rett» og «gal» behandling, og at dette utføres av henholdsvis fastleger og psykologer. Dette understøttes av den andre setningen, som også inneholder den andre presupposisjonen: At fastlegen har best kjennskap til pasient og omgivelser, jamfør hjemmelen (H).

### *Hjemmelen (H)*

Som jeg har vist ovenfor inneholder både ryggdekningen (R1) og belegget (B) til dels eksplisitte representasjoner av hjemmelen (H): «Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon». Imidlertid er det ikke bare disse eksplisiteringene som skiller dette argumentet fra de foregående med samme hjemmel<sup>18</sup>. I stedet for at fastlegens oversikt er fremhevet, fokuserer dette resonnetmentet på psykologenes presumptivt manglende oversikt og de helseskadelige konsekvensene av dette. Dette kan skjematiseres i følgende topoi:

---

<sup>18</sup> Se Bakgrunnsargument B1, B2 og D



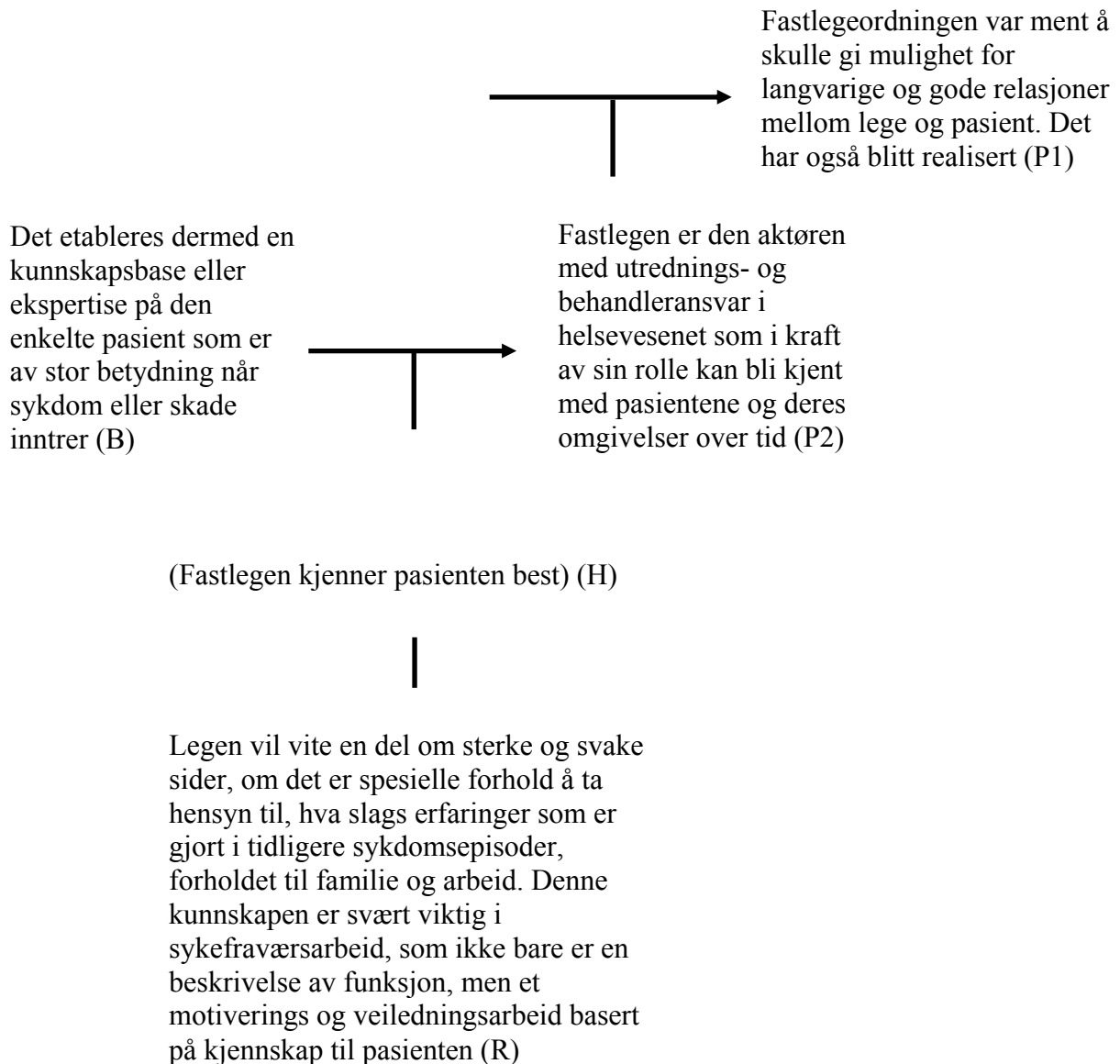
<b>Topos</b>	<i>39) Psykologer fokuserer på psykiske symptomer, og ser dermed ikke det helhetlige sykdomsbildet</i>	<i>40) Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon</i>
<b>Topostype</b>	Autonom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos, patos	Logos, patos

Topos 1 brukes som legitimering av topos 2, men det faktum at begge er autonome, kombinert med argumentets oppsiktsvekkende påstander, kan muligens være med å forklare at argumentet er plassert såvidt langt bak i teksten - særlig belegget (B) utgjør tekstens kanskje mest autonome formuleringer.

## 5.13 Bakgrunnsargument F

- Sløsing av ressurser og muligheter

Argumentet kan skjematiseres slik:



### Påstandene (P1) og (P2)

I påstanden (P1) er det verdt å merke seg modaliteten sett i sammenheng med stemmene i teksten. Påstanden «Det *har også blitt realisert*» er uttrykt med høy modalitet i form av modalisasjon (sannsynlighet), selv om det også angår andre enn avsenderen selv - legene. Uten referanse til noen form for dokumentasjon eller annet form for belegg kan det dermed se ut som om det tas for gitt at pasientene også mener at fastlegeordningen har gitt muligheter for «langvarige og gode relasjoner mellom lege og pasient». Dette kan være en

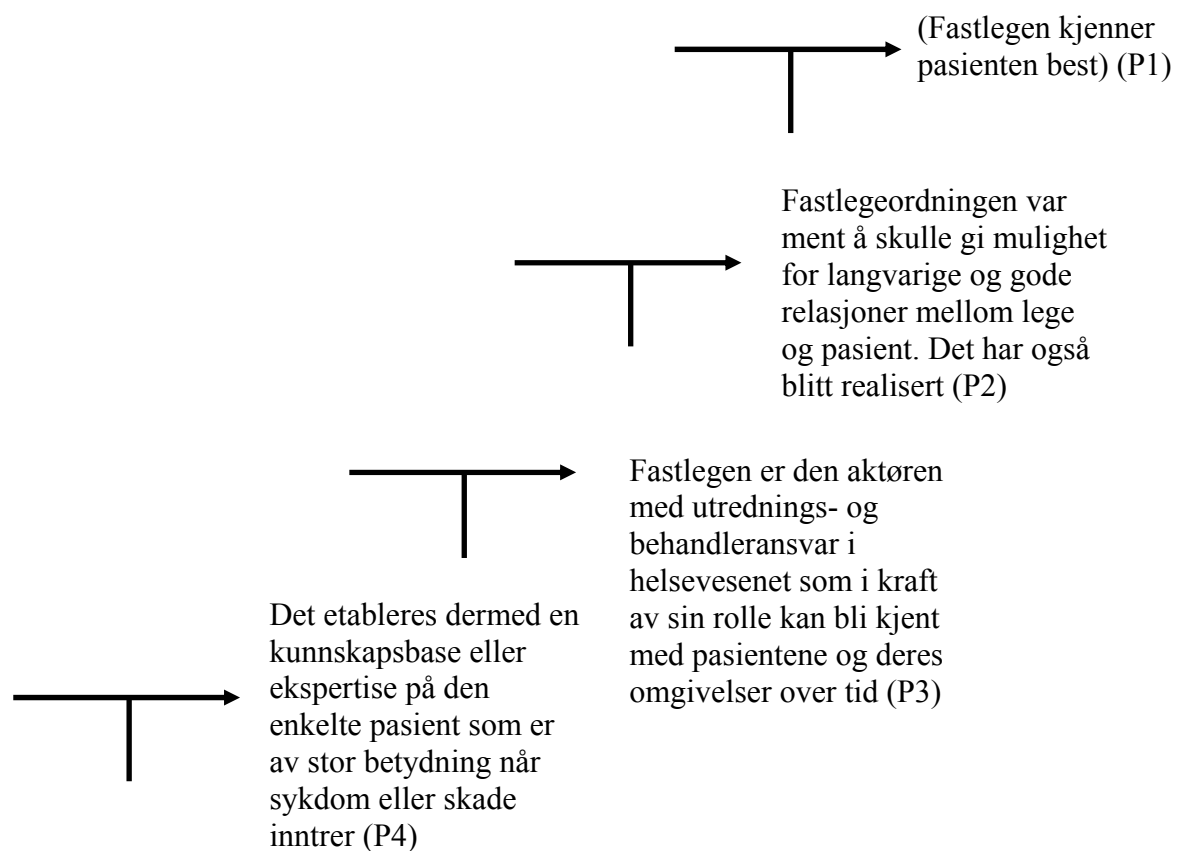
velbegrunnet utelatelse dersom mottakeren (departementet) kan forutsettes å ha bakgrunnskunnskap som gjør det unødvendig å henvise til dokumentasjon, f.eks. i form av velkjente, foreliggende pasientundersøkelser som viser generelt høy tilfredshet med fastlegeordningen. Imidlertid er det ikke sikkert det er velbegrunnet retorisk valg, ettersom det - ikke minst i en symptomal lesning - kan sees som illustrerende for fraværet av "pasienten" som faktisk deltaker i teksten. Er påstanden (P1) et uttrykk for fastlegenes og pasientenes felles tilfredshet med ordningen, eller bare et uttrykk for fastlegenes tilfredshet?

Mangelen på belegg for påstanden (P1) bringer oss videre til (P2), som fungerer som en utdyping av (P1). Det er imidlertid lite ny informasjon som kommer til: Fokus snevres inn til aktører «med utrednings- og behandleransvar», men den øvrige informasjonen er en omformulert gjentakelse av (P1) - Fastlegen kan «i kraft av sin rolle [...] bli kjent med pasientene og deres omgivelser over tid».

#### *Belegget (B) og Ryggdekningen (R)*

I dette argumentet har belegget (B) og ryggdekningen (R) forholdsvis lik funksjon, og det er i hovedsak rekkefølgen de opptrer i teksten som utgjør grunnlaget for benevnelsene i modellen over. Belegget (B) fungerer som en utdyping av (P2), og ryggdekningen fungerer i sin tur som utdyping av (B). Som i overgangen fra (P1) til (P2) er det lite ny informasjon som tilkommer i hvert enkelt ledd, det er i hovedsak snakk om omformulerte gjentakelser av den samme påstanden: «Fastlegen er den [...] som kan bli kjent med pasientene og deres omgivelser over tid» (P2). «Det etableres dermed en kunnskapsbase eller ekspertise på den enkelte pasient som er av stor betydning når sykdom eller skade inntreffer» (B), og «Legen vil vite en del om sterke og svake sider, om det er spesielle forhold å ta hensyn til» etc. Dette gir det Hellspong og Ledin (1997) kaller en konnektivbundet tekst breget av additive konstruksjoner. Informasjon omformuleres og spesifiseres, uten at resonnementets progresjon tilfører mye ny informasjon. Både påstandene, belegget og ryggdekningen er med andre ord varierte gjentakelser av det samme mantraet: Fastlegen kjenner pasienten best. Uansett lesning vil dette bli oppfattet som autonomt, men der en sympatisk lesning vil

basere sin tiltro på Legeforeningens innledende etos,<sup>19</sup> vil en symptomal lesning se en kjede av ubegrunnede påstander. Skjematisert kan derfor en symptomal lesning se slik ut:



Legen vil vite en del om sterke og svake sider, om det er spesielle forhold å ta hensyn til, hva slags erfaringer som er gjort i tidligere sykdomsepisoder, forholdet til familie og arbeid. Denne kunnskapen er svært viktig i sykefraværarbeid, som ikke bare er en beskrivelse av funksjon, men et motiverings og veiledningsarbeid basert på kjennskap til pasienten (P5)

Denne strukturen kan minne noe om den symptomale lesningen av Argument 4, og illustrerer et sentralt dilemma: Er for eksempel et belegg alltid et belegg eller kan det også være en ny påstand? Videre illustrerer den også hvor sentral hjemmelen er i begge forståelsesrammer:

---

<sup>19</sup> Se Bakgrunnsargument C eller (Kjeldsen 2006:125)

Om ikke leseren aksepterer hjemmelen, «Fastlegen kjenner legen best», ser argumentasjonen radialt annerledes ut.<sup>20</sup>

### *Hjemmelen (H)*

Sett i sammenheng med den øvrige argumentasjonen kan hjemmelen (H) («Fastlegen kjenner pasienten best») sies å være en spesifisering av hjemmelen i flere av de foregående argumentene: «Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon». Det er dermed mulig å se konturene av flere topoi jeg har listet opp tidligere sammen med denne toposen, og dette kan skjematiseres slik:

<b>Topos</b>	<i>41) Kjennskap til pasienten over tid</i>	<i>42) Fastlegen kjenner pasienten best</i>	<i>43) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig		Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Etos	Logos

Når jeg ikke har oppgitt noen begrunnelse for topos 2, skyldes det at den implisitt begrunnes av topos 1. Topos 2 fungerer også som legitimering av topos 3, så alle tre fungerer i et samspill. Sårbarheten ligger som nevnt i topos 2, som fordrer en tilslutning til Legeforeningens etos for å kunne aksepteres.

---

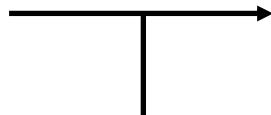
<sup>20</sup> Uten at jeg skal diskutere sannhetsgehalten i påstanden, kan man jo forsiktig spørre seg om fastlegene alltid kjenner pasientene best når fastlegene gjennomsnittlig har 1190 pasienter hver (Aftenposten 10.02.05), og 500.000 nordmenn bytter fastlege hvert år (Aftenposten 23.05.07).

## 5.14 Bakgrunnsargument G

- *Spesialister i allmennmedisin har best kompetanse på sykmeldingsarbeid.*

Argumentet kan skjematiseres slik:

Trygdemedisin er et selvfølgelig og sentralt tema både i grunnutdanningen og under spesialisering i allmennmedisin på en måte som skiller allmennmedisin fra alle andre spesialiteter og helsefaglige profesjoner (B)



Spesialister i allmennmedisin har best kompetanse på sykmeldingsarbeid (P)

Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området (H)



(Eksempler som konkretiserer belegget (B)) (R)

### *Påstanden (P)*

Dette argumentet skiller seg ut ved at påstanden (P) uttrykkes i en paratekst (Hågvar 2003:52). Overskriften «Spesialister i allmennmedisin har best kompetanse på sykmeldingsarbeid». Som vanlig i påstandsformuleringene er også denne uttrykt med høy modalitet, «*har best kompetanse*», som er en modalisasjon fundert i sannsynlighet.

### *Ryggdekningen (R)*

Ryggdekningen (R) utgjør ryggstøtten i argumentet; en narrativ som beskriver opplæringen i sykmeldingsarbeid som medisinstudentene får i løpet studiet og turnustjenesten. I modellen over har jeg valgt å parafasere den, ettersom den utgjør hele argumentet med unntak av siste setning (4 avsnitt), selv om jeg like gjerne kunne valgt å skille ut hvert og ett av eksemplene i teksten som selvstendige ryggdekninger. Når jeg har valgt å se dem under ett, er det derimot fordi jeg oppfatter informasjonsmengden i seg selv som retorisk interessant fremfor de spesifikke opplysningene, for spesifikke er de: «Etter endt turnus er det krav om

to heldags kurs med varighet i 5 dager hver i allmennmedisin» osv. Dette detaljnivået, fordelt utover nesten hele argumentet, gir et sterkt logisdrevet resonnement som effektivt illustrerer hvor mye som gjøres med tanke på å utdanne allmennmedisinere i sykmeldingsarbeid.

### *Belegget (B)*

Informasjonen fra ryggdekningen (R) munner ut i en oppsummering, som utgjør argumentets belegg (B):

*Trygdemedisin er et selvfølgelig og sentralt tema både i grunnutdanningen og under spesialisering i allmennmedisin på en måte som skiller allmennmedisin fra alle andre spesialiteter og helsefaglige profesjoner*

Her trer også argumentets etosfunksjon fram med bakgrunn i det logisdrevne resonnementet: En sammenlikning mellom allmennmedisinutdanningen og alle andre, som tegner et bilde av allmennmedisinen som det eneste stedet som har trygdemedisin som et «selvfølgelig» og «sentralt» tema i utdanning og spesialisering.

### *Hjemmelen (H)*

Hjemmelen (H) kommer som en naturlig konsekvens av påstanden (P) og belegget (B), og fremstår som en udiskutabel heteronom topos: «Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området» - å mene noe annet ville selvsagt være uhørt. Dette gjør argumentet logisk og fornuftig i en sympatisk lesning, men hva med den symptomale?

I den symptomale lesningen blir hjemmelen offer for «høna eller egget»-logikk. Hva skal komme først: sykmeldingsrett eller opplæring på studiet? Et sted må man jo begynne, og så lenge psykologer ikke har sykmeldingsrett er det sannsynligvis heller ikke relevant å inkludere dette i psykologistudiet. Om de derimot fikk sykmeldingsrett, ville saken antakelig stilt seg annerledes. Det er med andre ord ikke til å unngå at det bare er allmennlegene som læres opp i trygdemedisin så lenge de har vært de eneste med rettigheter til å praktisere den.

Her ville muligens den sympatiske leseren bryte inn og mene at den symptomale lesningen overser begrunnelsen: hva som er mest *hensiktsmessig*. Hvorfor bruke store ressurser på å lære opp andre når allmennlegene allerede har et godt utdanningsopplegg for trygdemedisin? Men så står spørsmålet åpent til slutt: hensiktsmessig for hvem? Gir det

pasientene bedre behandling om bare én faggruppe har denne kunnskapen? Som topoi kan de skjematiseres slik:

<b>Topos</b>	<i>44) Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området: <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>45) Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området: <b>symptomal lesning</b></i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Heteronom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos

Som skjemaet viser, er de to forståelsene i utgangspunktet like. Forskjellen ligger i begrunnelsen: hva innebærer «hensiktsmessig», og for hvem?



## 5.15 Bakgrunnsargument H

- Praktisk gjennomføring

Første del av argumentet kan skjematiseres slik:

Dersom psykologer i offentlig helsetjeneste påbegynner et sykmeldingsløp, må det som oftest bety at de har funnet grunnlag for å sykemelde en pasient som fastlegen ikke har funnet grunn til å sykemelde. Dette innebærer en betydelig seleksjonsbias (B1)



(Det må tas hensyn til seleksjonsbias når resultatene av forsøket skal tolkes) (P1)

Forskning må være etterrettelig (H1)



Privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi uten avtale om driftstilskudd vil pga høy egenbetaling ha en skjev sosioøkonomisk rekruttering av pasienter. Egenbetalingen vil utelukke en stor andel av de mer alvorlig syke, noe som også vil gi en betydelig seleksjonsbias (R)

### *Påstanden (P)*

Som parantesen tilsier er (P) min parafrase, men innholdet er det samme som i teksten:

«...seleksjonsbias som må hensyntas når resultat av forsøket skal tolkes». Modaliteten er også den samme («må hensyntas»), og angår modulasjon fundert i nødvendighet. For øvrig er ordet «seleksjonsbias» en teknisk term fra kvantitativ forskningsmetode (e.g. Collier 1995), og bruken av ordet innebærer to ting. For det første et forsøk på å legge føringer for metodebruken i evalueringen: Kvantitativ metode ville neppe være et spesielt kontroversielt valg i denne sammenhengen, men ordet kan uansett sees på som et dels implisitt uttrykk for hvordan Legeforeningen mener forsøket bør gjennomføres. For det andre er det en etosbyggende term, i form av et forskningsspesifikt begrep som indikerer at Legeforeningen har betydelige kunnskaper på området.

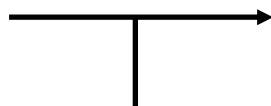
### *Belegget (B) og ryggdekningen (R)*

Belegget og ryggdekning kan i praksis også sees som ett og samme belegg. Begge uttrykker faren for seleksjonsbias i forsøket; forskjellen ligger i at det knytter seg litt forskjellige problemstillinger til henholdsvis psykologer i offentlig helsetjeneste og privatpraktiserende psykologer.

Den overordnede retoriske funksjonen ved disse påpekningene er å, gjennom logos, påpeke usikkerhetsmomenter ved forsøket. Samtidig påpeker særlig (R) et negativt aspekt ved deler av psykologvirksomheten (skjev sosioøkonomisk rekruttering av pasienter), som også stiller selve yrkesutøvelsen i et negativt lys. Det er imidlertid godt mulig dette i alle tilfelle er en relevant påpekning.

Andre del av argumentet kan skjematiseres slik:

(Eksempler på usikkerhetsmomenter ved forsøket) (B2)



(Det er for mange statistiske usikkerhetsmomenter knyttet til forsøket) (P2)

(Forskning må være etterrettelig)  
(H2)

Det avsluttende avsnittet i argumentet utgjør en fortsettelse av den første delen, i form av en rekke av usikkerhetsmomenter:

*«Det foreslåtte forsøket omfatter ingen fylker som kan være et sammenligningsgrunnlag. Det er ikke gitt noen begrunnelse for at man har valgt Telemark og Akershus som intervensjonsfylker. Det er anført at 17 % av sykefraværene skyldes psykiske lidelser, men det er ikke foretatt noen styrkeberegning for å vise hva som kan være kliniske relevante forskjeller. Det er ikke redegjort for hvordan studien skal ledes og hvem som skal analysere og publisere resultatene. Ingen begrunnelser er heller gitt for studiens varighet.»*

De i alt fem punktene i avsnittet over utgjør belegget (B) samtidig som de indikerer påstanden (P): «Det er for mange statistiske usikkerhetsmomenter knyttet til forsøket». Avnittet fortsetter også den etosbyggende, tekniske språkbruken ved bruk av uttrykk som «intervensjonsfylker» og «styrkeberegning for å vise hva som kan være klinisk relevante forskjeller».

### *Hjemmelen (H)*

De to argumentstrukturene har samme hjemmel (H): «Forskning må være etterrettelig». Det ugjør i seg selv en heteronom topos som er så innarbeidet i akademia at den nærmest er tautologisk. Som jeg har påpekt tidligere har slike tautologiske momenter en etos- fremfor logosbyggende funksjon, idet det er avsenderens velvillighet fremfor selve informasjonen som er mest relevant. I utgangspunktet har derfor Bakgrunnsargument H en heteronom karakter, men dette er ikke hele sannheten. Særlig påstanden (P1), men også belegget (B2) legger klare føringer av mer autonom karakter; bruken av kvantitativ forskning som metode i evalueringen. Som jeg tidligere har nevnt er ikke dette nødvendigvis helt autonomt eller kontroversielt, men utelatelsen av kvalitativ metode (som også ble brukt i evalueringen av kiropraktorforsøket) illustrer også Legeforeningens behov for å understreke usikkerhetsmomenter i lys av et kvantitativt forskningsideal. Dermed mener jeg å se spor av både en heteronom topos (etterrettelighet) og en autonom (kvantitativ forskning), og det er tid for å vende blikket til et liknende resonnement i teksten: Argument 7.

I Argument 7 identifiserte jeg følgende topoi: «Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner» og «Kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene». Likhetene er etter min mening åpenbare: Først en heteronom, etosbyggende topos av nærmest tautologisk karakter som i sin tur legitimerer en mer autonom, logosbasert topos knyttet til et kvantitativt forskningsideal. Skjematisert kan dermed topoiene for Bakgrunnsargument H, som også er tekstens siste argument, se slik ut:

<b>Topos</b>	<i>46) Forskning må være etterrettelig</i>	<i>47) Kvantitativ metode gir de sikreste resultatene</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, hederlig	Hensiktsmessig, gjennomførbart
<b>Bevismiddel</b>	Etos	Logos

## 6 Viktige funn fra analysen

### 6.1 Hvordan argumenterer teksten? Funn fra skjematiseringene

I analysen har jeg avsluttet hver argumentgjennomgang med en skjematisering av topos, topostype, begrunnelse og bevismiddel, og jeg har samlet alle skjemaene i vedlegg 2. Hva forteller disse om teksten? La meg først presisere at kvantifisering av tekstelementer sier svært lite om hva faktisk teksten *gjør*, men en oversikt som denne kan likevel brukes til å påpeke sentrale trekk ved *hvordan* Legeforeningen argumenterer. Hva teksten faktisk gjør kommer jeg tilbake til nedenfor. Jeg har formulert i alt 47 topoi i analysen, og i det vedlagte oppsummeringsskjemaet er det lett å se at det er visse elementer som går igjen.

Når det gjelder topoi er det relativt mange som knyttes til forholdet mellom spiss- og breddekompetanse. Disse er formulert generelt, som "spiss- versus breddekompetanse" (topos 12, 22 og 25) eller mer spesifikt, som for eksempel "Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området" (topos 44 og 45) og "Koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse" (topos 9 og 11). Et relatert element til dette er "oversikt over sykdomsbildet og kjennskap til pasienten over tid", hvor topoi som "Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet" (topos 14, 24, 27 og 43) og "kjennskap til pasienten over tid" (topos 13, 23, 26 og 41) er illustrerende eksempler. Sammen med spiss- versus breddekompetanse-motsetningen danner dette et logosfundert, gjennomgripende argument som understreker fastlegenes koordinerende funksjon, vel å merke uten at begrepet "breddekompetanse" er avklart. Har ikke psykologer breddekompetanse?

Som et supplement til dette bruker Legeforeningen også topoi som "utredning og forskning er den mest hensiktsmessige fremgangsmåten" (topos 2), "Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner" (topos 17 og 18) og "Forskning må være etterrettelig" (topos 46). Ettersom disse berører *evalueringen* av prosjektet fremfor prosjektet i seg selv kan de synes litt mer perifere med tanke på konteksten, og derfor er det kanskje mer relevant å se forskning og metode-tematikken som uttrykk for at Legeforeningen bruker sin epistemiske posisjon som etosfremmende argumentasjonsgrunnlag.

Et annet aspekt ved de to sistnevnte topoi er at de er nærmest tautologiske. Dette belyser en annen del av etosstrategien, hvor heteronome topoi av tautologisk karakter brukes som legitimasjonsgrunnlag for mer kontroversielle topoi. Eksempler som "Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke" (topos 5), "Ressursknapphet, effektiv utnyttelse av ressurser" (topos 7) og "Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig" (topos 15, 16, 32, 33 og 34) tilfører lite innholdsmessig, men fungerer som etosmarkører. Et interessant trekk i så måte er at det er atskillig flere av disse markørene lenger fremme i teksten, noe som muligens kan indikere at teksten er konstruert ut fra det journalistiske prinsippet om "fallende viktighet" hvor det viktigste står først og det mer kontroversielle er spart til slutt.

Alt i alt indikerer topoiene med andre ord en argumentasjon som støtter seg på Legeforeningens etos (forsknings-topoiene) og allmennsteder (tautologi-topoiene), men som utover dette er svært logosdrevet. Argumentasjonen appellerer til sunn fornuft, og har relativt få patosinnslag. Som jeg også påpekte overfor sier dette imidlertid lite om hva teksten *gjør*, og derfor er det på sin plass å flytte fokus til aktørene i teksten.

## 6.2 Aktørposisjonering

Magne Gjerstad, med utgangspunkt i grammatikeren Michael Halliday, sier følgende om denne typen teksters funksjon:

*«[Teksten] vil selvsagt forsøke å endre, utdype eller utvide vår oppfatning av et saksfelt. Men den vil også skape relasjoner mellom forfatter, leser og eventuelt andre grupper som teksten handler om: relasjoner av dominans eller makt. Vi kan kalle dette identitetsarbeid» (Gjerstad 2003).*

Med utgangspunkt av den todelte retoriske situasjonen jeg formulerte i innledningen søker Legeforeningens tekst med andre ord å 1) påvirke styrende myndigheter ved å belyse og utype selve saken - spørsmålet om sykmeldingsrett for psykologer, og 2) å skape relasjoner mellom forfatter, leser og andre grupper for å opprettholde eller forbedre Legeforeningens posisjon i helsehierarkiet. Jeg vil imidlertid understreke at det ikke er vannrette skott mellom dem; utdypningen av saken (1) kan sees på som et ledd i et større prosjekt (2), og disse er dermed gjensidig knyttet til hverandre. I denne delen gjennomgår jeg hovedfunn fra analysen for å forsøke å forklare hvordan Legeforeningen forsøker å løse disse situasjonene

gjennom aktørposisjoneringene i teksten. Jeg begynner med Legeforeningen selv (etos), fortsetter med hvordan øvrige aktører fremstilles i teksten, før jeg avslutter med hvordan teksten forholder seg til leseren.

### **6.2.1 Legeforeningens etos – en handlingsorientert strategi**

Gjennomgangen av toposkjemaene ovenfor antyder hvordan Legeforeningen benytter sitt etos i teksten. Denne strategien kan sies å være todelt, hvorav den første delen bygger på det man kan kalle Legeforeningens innledende etos (Kjeldsen 2006), det etos man «har med seg» før man trer inn i et ordskifte. Det omfatter med andre ord forventninger eller fordommer til en aktørs rolle i en bestemt kommunikativ situasjon. Foruten modaliteten kommer dette til uttrykk på flere måter i teksten. Den første, og kanskje mest opplagte, er gjennom teknisk språkbruk. Uttrykk som «co-morbiditet» og «sykdommers presentasjon og konsekvens» tilhører det medisinske fagvokabularet, og brukes som etosforsterkere i teksten. Dette kan også sees i sammenheng med tekstens fokus på forskning og tilhørende metodiske problemstillinger. I Argument 1 og 7, samt i Bakgrunnsargument H, har jeg formulert følgende tre heteronome topoi (se vedlegg 2): «Et koordinert sykmeldingsforløp er til pasientens beste» (topos 1), «Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner» (topos 17 og 18) og «Forskning må være etterrettelig» (topos 46). Disse er som jeg har påpekt i analysen nærmest tautologiske, og har først og fremst sin misjon som legitimeringsgrunnlag for de tilhørende autonome topoiene: «Utredning og forskning er den mest hensiktsmessige fremgangsmåten» (topos 2), «kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene» (topos 19) og «kvantitativ metode gir de sikreste resultatene» (topos 47). At disse topoiene forfekter et kvantitativt, positivistisk orientert vitenskapsideal er neppe overraskende, ettersom dette er en viktig del av medisinske fagtradisjon.<sup>21</sup>

Ser man det derimot i sammenheng med den første retoriske situasjonen – å forhindre at psykologene overtar en del av sykmeldingsretten – blir det derimot mer interessant. Som jeg beskrev i første kapittel har det medisinske epistemet nytt en nærmest enestående autonom posisjon i etterkrigstiden. Dette har vært understøttet av korporativ innflytelse

---

<sup>21</sup> Se innledningskapitlet eller f.eks. (Malterud 2003)

(Nordby 1999), men ikke minst har den positivistisk og kvanitativt orienterte medisinske forklaringsmodellen hatt enorm gjennomslagskraft.<sup>22</sup> At Legeforeningen benytter seg av dette ved å påpeke metodiske problemer og etterlyser «sikre» resultater, er derfor logisk på minst to måter: For det første tilsier legevitenenskapens episteme at det finnes «sikre» resultater, og disse som regel er å finne gjennom kvantitativ forskning. For det andre har dette epistemet en utrolig sterk posisjon i forhold til kvalitativ metode og epistemer med lavere status som f.eks. psykologi. Fokuset på forskning, og ikke minst «riktig» forskning, har derfor en etosfremmede funksjon basert på logos, idet det fremhever medisinsens ekspertise på kvantitativ forskning (etos), noe som gir sikre resultater (logos).

### *Modalitet*

I tilknytning til den epistemiske posisjoneringen beskrevet ovenfor er teksten preget av høy modalitet – Legeforeningen formulerer seg generelt relativt bastant. Dette kan forstås på to måter (uten at den ene utelukker den andre): I tråd med et handlingsrettet perspektiv i en sjanger hvor alle søker å «mele sin egen kake» (Nordby 1999) er det ikke annet enn naturlig at Legeforeningen spissformulerer og bruker uttrykk med høy modalitet for å vinne fram med sitt synspunkt. For å ta belegget (B) i Argument 1 som eksempel: «Forskrift om forsøksordningen vil være et skritt i feil retning». Her er det «vil være» som uttrykker den høye modaliteten, og det er ikke vanskelig å se dens retoriske funksjon: «Forskrift om forsøksordningen *kan muligens vise seg å være* et skritt i feil retning» ville for eksempel hatt mye svakere retorisk effekt. Slik sett er den høye modaliteten svært lite oppsiktsvekkende, for ikke å si selvsagt, idet det hører til de implisitte konvensjonene i sjangeren høringsuttalelse.

Det andre perspektivet knytter seg også til høringsuttalelsen som sjanger, men på en annen måte. Som jeg skrev i innledningskapitlet beskriver Rugset (1999) to grunner til at saker sendes ut på høring:

- a) *Behovet for grundig saksforberedelse og uttalelser fra eksperter på spesielle fagområder*
- b) *Behovet for å informere og involvere berørte parter*

---

<sup>22</sup> Se f.eks (Ledin 2000) for et fremragende eksempel på medisinske forklaringsmåter i svenske ukeblader.

I innledningen påpekte jeg at dette åpner for rollesammenblanding i tilfellet Legeforeningen, ettersom foreningen både a) er en interesseorganisasjon og b) representerer faglig ekspertise. Med utgangspunkt i dette kan man se anstrøk av at Legeforeningen muligens bruker sin posisjon som faglig ekspertise til å fremme egne interesser gjennom å spissformulere, uten at det nødvendigvis er faglig grunnlag for det. For eksempel:

*«Når manglende kjennskap til pasient og omgivelser, manglende medisinsk breddekompetanse og fokuset på psykiske symptomer fører til feil fokus eller gal diagnose og behandling, blir fraværet forlenget og pasienten påføres feil eller inadekvat behandling og økt lidelse. Jo lengre tid det tar før rett behandling blir gitt, dess større konsekvenser. Allmennmedisinsk kompetanse kombinert med kjennskap til pasient og omgivelser er den beste sikringen mot slike feil»  
(Deler av belegget (B) i Bakgrunnsargument E)*

Modalitetsmarkørene her er «Når», «fører til», «blir» og «er». Det er ingen modalitetsdempende markører i avsnittet. Teksten lager en motsetning mellom «feil fokus eller gal diagnose og behandling» og «rett behandling», og impliserer med bakgrunn i Legeforeningens etos at tekstens avsender vet best hva som er rett. Modaliteten impliserer også at de andre (fortrinnsvis psykologene) nødvendigvis tar feil: «Når manglende kunnskap til pasient...fører til feil fokus...blir fraværet forlenget og pasienten påføres feil eller inadekvat behandling og økt lidelse». Er det faglig grunnlag for at psykologisk behandling generelt har denne effekten, er det mildt sagt oppsiktsvekkende.

Et annet eksempel er ryggdekningen (R) i Bakgrunnsargument C, hvor det heter seg at «Spredning av sykmeldingsvirksomhet på flere hender er faglig feil». Modalitetsmarkøren er «er», men det er vel så interessant at begrepet «faglig feil» ikke forklares ytterligere. I analysen kalte jeg dette et forsøk på «naturalisering», hvor Legeforeningen baserer påstanden på sitt faglige etos; de kjenner «faget» best, og vet hva som er «riktig» og «feil». Disse eksemplene antyder en epistemologisk diskusjon om både «faglighet» og «riktighet» som ligger langt utenfor denne oppgavens rammer. Det er likevel ikke til å komme utenom at modaliteten antyder et aspekt ved teksten som ikke er uproblematisk, idet den både brukes til å uttrykke Legeforeningens ønsker som interesseorganisasjon og Legeforeningens faglige vurderinger om hverandre.



### *Argumentbegrunnelser*

En annen del av tekstens etosstrategi kommer spesielt tydelig fram i toposskjemaet i vedlegg 2, og den har med argumentbegrunnelser å gjøre. Som skjemaet viser, inngår begrunnelsen «hensiktsmessig» i 37 av 47 topoi. Den nest mest brukte er «nødvendig», som inngår i 21 av 47 topoi. Begrunnelser som «lovlig» og «mulig, gjennomførbart» er på sin side ikke å finne én eneste gang. I tråd med en forståelse av høringsuttalelsen som en sjanger som angår handlingsrettede valg (jf. innledningskapitlet) er dette logisk, om ikke selvsagt. Sakens natur er ikke om forsøksordningen vil være lovlig eller gjennomførbart, men om den vil være et godt valg; derav hensiktsmessighet som *logos* eller argumentasjonsgrunnlag. Dette har en i sin tur en etosbyggende funksjon: I tråd med Kocks syv begrunnelser kunne man i stedet valgt «behagelig», noe som ville gitt et uønsket fokus på legeforeningens egne behov fremfor de allmenne. Fokuset på det hensiktsmessige fungerer derimot som en universell, heteronom topos, for hvem vil stille seg negativ til hensiktsmessighet? I topoiene kommer det hensiktsmessige først og fremst til uttrykk i sammenheng med forholdet mellom bredde- og spisskompetanse og fastlegenes koordinerende funksjon. «Spiss- versus breddekompetanse»-toposen, som beskriver arbeidsfordelingen mellom spesialister og allmennleger går igjen flere steder (topos 12, 22 og 25), og heteronome topoi som «Koordineringen er avgjørende for sykmeldingsforløpet» og «Riktig prioritering av tid» (topos 4, 29 og 31) understreker at det er mest hensiktsmessig at legene har en koordinerende funksjon mens spesialistene utfører behandling.

Samlet sett ser dette ut til å være en hovedsakelig velfungerende etoskonstruksjon: Legeforeningens innledende etos knyttes til vitenskapelighet og faglig tyngde ved hjelp av modalitet, og kombineres med et forholdsvis stringent fokus på hva som er «hensiktsmessig». Likevel er det ett stort usikkerhetsmoment ved sistnevnte strategi, og det er *hvem* Legeforeningens argumentasjon er hensiktsmessig for. La meg gi et eksempel:

*«Ønsker man et godt koordinert sykmeldingsforløp hvor mulighetene på arbeidsplassen stimuleres optimalt, vil forskrift om forsøksordningen være et skritt i feil retning. Vi mener departementet heller bør prioritere utredning og forskning om en best mulig samhandling mellom arbeidsplass og helsevesen.» (Argument 1)*

Legeforeningen gir ingen ytterligere dokumentasjon på hvorfor utredning og forskning vil være å foretrekke fremfor forsøksordningen. Dette er etter mitt skjønn bemerkelsesverdig, ettersom SINTEFs evaluering av kiropraktorforsøket (2003) ga resultater som ikke samsvarer

med dette. Som jeg beskrev i innledningskapitlet medførte forsøksordningen med sykmeldingsrett for kiropraktorer bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet, mer fornøyde brukere, samfunnsøkonomiske besparelser og lavere vekst i sykefraværet. Selv om jeg ikke vil ta stilling til om det er SINTEF eller Legeforeningen som har rett, og det er absolutt betimelig å stille spørsmålsteget ved å bruke en enkelt evaluering av ett enkelt forsøk med bare såvidt signifikante forskjeller som grunnlag for kritikken. Når jeg likevel trekker frem denne uoverensstemmelsen er det fordi jeg først og fremst mener det er uheldig for Legeforeningen fra et retorisk standpunkt. Ved å påstå noe som strider med evalueringen av forrige forsøk uten å dokumentere det, kan det synes for leseren som om hensiktsmessigheten i større grad angår Legeforeningen enn pasientene. Det er i så fall helt i tråd med Hernes og Nordby i de to makt- og demokratiutredningene, som ser ensidig fokus på egne interesser som et fundamentalt trekk ved organisasjonenes kommunikasjon overfor den norske staten (Nordby 1994, 1999). I tilfellet Legeforeningen er det imidlertid verdt å spørre seg: Er det i foreningens interesse å bare fremme legestandens interesser? Burde ikke Legeforeningen i siste instans fremme interessene til dem de er til for – pasientene? Det byråkratiske svaret på dette er ikke et entydig «ja». I Legeforeningens formålsparagraf er det kun to av syv punkter som berører pasientene i form av et samfunnsmessig ansvar, og begge må kunne sies å være relativt diffuse: «6) å fremme tiltak for folkehelsen» og «7) å arbeide med helsepolitiske spørsmål». Det retoriske svaret derimot, er etter min mening entydig: Skal «hensiktsmessighet» fungere som argumentativt grunnlag i en helsepolitisk debatt, er det essensielt at det kommer tydelig frem at hensiktsmessigheten først og fremst angår pasienten.

### 6.2.2 Pasientkonstruksjonen

Som jeg har vist i analysen er det ikke med dette sagt at pasientene er utelatt fra Legeforeningens tekst. Her er ett eksempel:

*«Den deprimerte kvinnen som er utslitt av belastning på jobb og privat, har ekteskapsproblemer og en syk svigermor i kjellerleiligheten. Hun har fått lumbago og blir behandlet av lokal fysioterapeut samtidig som hun går i psykoterapi og sykmeldes av psykologen. (Deler av ryggdekningen (R1) i Bakgrunnsargument E)*

Liknende eksempler er å finne i Argument 5 og Bakgrunnsargument D, og disse eksemplene er illustrative for det jeg kaller tekstens *pasientkonstruksjon*. Som jeg har gjennomgått i analysedelen står Raddum og Veum (2006) sin distinksjon mellom «stemme» og «deltaker»

sentralt i forklaringen av dette: I eksemplet over figurerer pasienten som tekstlig stemme gjennom et tenkt eksempel, en deprimert og utslitt kvinne etc. Ettersom dette imidlertid ikke refererer til en faktisk pasient, er ikke pasienten med som *deltaker* i teksten, derav betegnelsen «pasientkonstruksjonen». Den opplagte forklaringen på dette er selvsagt personvern hensyn; man kan ikke uten videre brette ut en journalført sykehistorie i en offentlig tekst.

Den foregående analysen underbygger imidlertid også en annen forklaring: at pasientkonstruksjonen i tillegg er retorisk motivert. Ved å analysere adjektiv- og adverbbruken i den første setningen i avsnittet over (se også analysedelen), fremstår formuleringen som en tydelig patoskonstruksjon: Markører som «deprimert» «utslitt», «belastning» og «syk svigermor» bryter med det øvrige språket i teksten, og gir et følelsesladd bilde av en desperat situasjon. Ved å se dette i sammenheng med resten av avsnittet, blir imidlertid også pasientkonstruksjonen som *etosstrategi* tydeligere:

*«Den deprimerte kvinnen som er utslitt av belastning på jobb og privat, har ekteskapsproblemer og en syk svigermor i kjellerleiligheten. Hun har fått lumbago og blir behandlet av lokal fysioterapeut samtidig som hun går i psykoterapi og sykmeldes av psykologen. Ved 10 ukers sykmelding får fastlegen en erklæring fra psykologen med samtykke fra pasienten om informasjonsutveksling. Fastlegen forstår at ingen ting er gjort i forhold til omsorgstjenesten mhp svigermor og at ryggglidelsen som vedvarer ikke er sett i sammenheng med depresjonen.»*

Sett under ett konstruerer eksemplet en narrativ som gjennom en patostung pasientkonstruksjon forsøker å styrke fastlegens etos: Han er den eneste som kan komme den hjelpeløse pasienten til unnsetning ved å se ting i sammenheng, noe som også er nært knyttet til tekstens konstruksjon av andre helseprofesjoner.

### **6.2.3 Psykologer og andre helseprofesjoner**

*«En vanlig strategi [for å oppnå makt] er å søke å få gjennomslag for klassifikasjoner der ens egen gruppe kommer fordelaktig ut» (Danielsen og Hansen 1999:51)*

I innledningskapitlet introduserte jeg begrepet «helsehierarkiet» med utgangspunkt i Freidsons analyser av helsesystemer i ulike land. Dette berører hvordan ulike helseprofesjoner forholder seg til hverandre, og jeg har fulgt det opp i analysen ved å trekke frem det jeg kaller «hierarkiseringer» i teksten. En hierarkisering antyder et forhold mellom minst to størrelser, hvorav den ene er underordnet den andre. For eksempel:

*«Nøkkelen til godt sykefraværarbeid ligger i koordinerte sykmeldingsforløp hvor hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon og tiltak på arbeidsplassen henger sammen» (Påstanden (P2) i Argument 4)*

Formuleringen antyder, ettersom medisinsk inkluderer psykologisk intervensjon, et hierarki hvor medisin er overordnet psykologi. Man vil kunne argumentere for at dette er naturlig, ettersom medisin i dagligtalen fungerer som et sekkebegrep for alt som har med helse relatert behandling å gjøre. Derfor er det på sin plass med et eksempel til:

*«At fastlegen skal "melde seg" til psykologen, med sin merkunnskap om pasientens forhistorie og omgivelser, og spørre om å slippe til, viser at dette er et skritt i feil retning» (Ryddekningen (R2) i Bakgrunnsargument E)*

Setningen over fremstiller det som utenkelig (jf. anførselstegnet) at fastlegen skal melde inn saker for en annen helseprofesjon, og medisinenes plass øverst i helsehierarkiet personifiseres her gjennom «fastlegen» fremfor å referere til medisinen som helhet.<sup>23</sup> Et siste eksempel angår to andre aktører, NAV og bedriftshelsetjenestene, og formuleres slik: «Støttet av et kompetent lokalt NAV og eventuelt bedrifts-helsetjeneste» (Gjendrivelsen i Bakgrunnsargument B1). Metaforen «støttet av» antyder på sin måte hierarkiet, med fastlegen som et naturlig toppunkt.

Det andre som er verdt å påpeke ved sitatet over, er at den inneholder et eksempel på en sentral *presupposisjon* i teksten. En presupposisjon er noe teksten tar for gitt, og i dette tilfellet dreier det seg om at fastlegen angivelig har «merkunnskap om pasientens forhistorie og omgivelser». Varianter av påstanden dukker opp i flere av tekstens topoi, som for eksempel «Kjennskap til pasienten over tid» (topos 13, 23 og 41), «Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet» (topos 14, 24, 27 og 43), «Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon» (topos 38 og 40) og ikke minst «Fastlegen kjenner pasienten best» (topos 42). Denne påstanden har en tosidig retorisk funksjon: For det første søker den å styrke etos gjennom å poengtere at det er fastlegene som både kjenner pasientene over lengst tid, og at de har breddekompetansen som skal til for å se hele sykdomsbildet. For det andre søker den samtidig implisitt å svekke psykologenes etos ved å påstå at 1) psykologen ikke kjenner pasienten like godt som fastlegen og 2) at psykologer ikke har breddekompetanse. I en handlingsorientert tekst som

---

<sup>23</sup> Øvrige hierarkiseringer er å finne i Argument 5 og Bakgrunnsargument A og B

denne er slike påstander neppe særlig oppsiktsvekkende, men er det retorisk effektivtLa oss se nærmere på to beslektede eksempler:

*«Hvis det innføres sykmeldingsrett for psykologer vil de naturlig styres mot å velge den enkle forklaringsmodellen, en psykisk lidelse, og se de sammensatte problemer i lys av dette. Konsekvensen kan bli manglende samhandling, veiledning og vurderinger på et bredt nok grunnlag». (Deler av belegget (B) i Bakgrunnsargument D)*

*«Når manglende kjennskap til pasient og omgivelser, manglende medisinsk breddekompetanse og fokuset på psykiske symptomer fører til feil fokus eller gal diagnose og behandling, blir fraværet forlenget og pasienten påføres feil eller inadekvat behandling og økt lidelse. Jo lengre tid det tar før rett behandling blir gitt, dess større konsekvenser. Allmennmedisinsk kompetanse kombinert med kjennskap til pasient og omgivelser er den beste sikringen mot slike feil»*

Etter min mening er det ingen overdrivelse å hevde at disse avsnittene uttrykker en relativt oppsiktsvekkende devaluering av ikke-medisinsk kompetanse. I den grad dette inngår i arbeidet med å styrke eget etos, samtidig med å svekke psykologenes, er det kanskje verdt å spørre om strategien ikke fungerer mot sin hensikt: Selvhevdelse basert på egen kompetanse er én ting, en ganske annen er å uttrykke mistillit til andre helseprofesjoners fagkunnskaper. Risikoen for at Legeforeningens etos svekkes av slike utsagn er i alle fall til stede.

#### **6.2.4 Tekstens møte med leseren: fortolkningsrommet**

Utover etosaspektet har presupposisjonene i teksten også en annen konsekvens, og den berører intensjonaliteten. For å bruke skjematismen av topoiene i Argument 5 som eksempel:

<b>Topos</b>	<i>12) Spiss- versus breddekompetanse</i>	<i>13) Kjennskap til pasienten over tid</i>	<i>14) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet</i>
--------------	---	---	--

Dette er topoi som går igjen i forskjellige varianter gjennom store deler av teksten (se vedlegg 2), og de baserer seg på hver sin presupposisjon: «Spiss- versus breddekompetanse» forutsetter at psykologer ikke har breddekompetanse; «Kjennskap til pasienten over tid» forutsetter at fastlegene har kontakt med pasientene over et lengre tidsrom enn psykologer og «Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet» forutsetter blant annet at psykologer ikke er like kompetente som fastleger til å se psykiske lidelser i sammenheng med somatiske. Innholdsmessig er dette ikke overraskende, det er neppe forbausende at

Legeforeningen mener fastleger har et bedre overblikk enn andre behandlere – og det er godt mulig de har rett. Det som derimot *er* overraskende, er at disse presupposisjonene i så liten grad begrunnes eksplisitt ved hjelp av dokumentasjon og/eller henvisninger. Som jeg har vist i analysen åpner dette i sin tur for lesninger som er radikalt forskjellige, avhengig av om man godtar tekstens etos og stoler på Legeforeningen eller ikke. Ett eksempel på dette spennet er å finne i Bakgrunnsargument F, hvor en sympatisk modell fordrer at leseren aksepterer hjemmelen "Fastlegen kjenner pasienten best" som sann. Gjør ikke leseren det (symptomal lesning) vil argumentet kun fremstå som en rekke ubegrunnede påstander. Dette illustrerer konsekvensen av at Legeforeningen baserer seg på eget etos fremfor å henvise til eksterne kilder, ettersom fortolkningsrommet blir mye større enn det ellers ville vært. Hadde dette argumentet referert til kilder som underbygget påstandene, hadde den siste fortolkningsmodellen ovenfor representert en urimelig tolkning. Slik teksten imidlertid fremstår, er begge fortolkningene etter min mening rimelige.

Med bakgrunn i dette er det kanskje ikke så veldig vanskelig å forstå at Legeforeningen ikke fikk gjennomslag for sine synspunkter: Teksten fordrer i for stor grad at leseren godtar Legeforeningens innledende etos, og legger ikke opp til at Legeforeningens roller som interesseorganisasjon og ekspertprofesjon skal holdes fra hverandre. Dette, kombinert med en mengde påstander basert på svært autonome topoi, gjør det kanskje mer komplisert enn nødvendig å være en "velvillig" leser av høringsuttalelsen.

## 6.3 Konsekvenser av aktørposisjoneringen

### 6.3.1 Legeforeningen og retorikkens etiske dimensjon

I innledningen la jeg til grunn en oppfatning av retorikk basert på Christian Kocks forståelse: Retorikk angår handlingsvalg ("choice of action") og må tolkes i relasjon til dette. Jeg har videre forsøkt å følge dette opp i analysedelen, blant annet ved å vise hvilke valg teksten legger opp til gjennom sympatiske og symptomale lesninger. Ett sentralt spørsmål – som heller ikke Kock besvarer<sup>24</sup> – står likevel fortsatt åpent: I hvilken grad forholder dette pragmatiske synspunktet seg til retorikkens etiske dimensjon? Tolket bokstavelig kan

---

<sup>24</sup> Kock nøyer seg med å vise til filosofiens "incommensurate values".

retorikk som handlingsrettede valg plasseres i en instrumentell forståelsesramme: Så lenge retorikk er verktøyet for å oppnå konkrete resultater, som for eksempel å vinne kampen om sykmeldingsretten, er alt lov så lenge man vinner ordskiftet. Etter min oppfatning representerer imidlertid dette en nær sagt dystopisk retorikk- og et menneskesyn som også ignorerer det handlende subjekt: Vil den jevne leser akseptere handlingsvalg uten å ta hensyn til etisk fremtoning? Jeg ser det derfor som nødvendig å påpeke at selv om retorikk ikke handler om “rett” og “galt”, men om handlingsrettede valg, er det etiske aspektet i høyeste grad til stede – ikke minst i møtet med leseren. Dette er verken nytt eller oppsiktsvekkende – topoi som Quintilians “ingen kan tale godt uten å være god” og Thorbjørn Egners “Man skal ikke plage andre, man skal være grei og snill” bærer begge bud om det, i retorikken som i livet for øvrig.

Sett i relasjon til Legeforeningens tekst kan en slik påpekning synes unødvendig krass – mener jeg virkelig at Legeforeningen ikke har gode hensikter eller er amoralsk? Det vil jeg selvfølgelig ikke påstå, og mitt prosjekt er heller ikke moralfilosofisk. Ut fra et retorisk synspunkt derimot, tør jeg likevel si at jeg tror Legeforeningen ville vært tjent med å kombinere den faglige tyngden med en noe mer subtil – for ikke å si ydmyk – aktørposisjonering. På de foregående sidene har jeg sammenfattet hvordan Legeforeningen omtaler seg selv, “pasienten” og andre helseprofesjoner i møtet med leseren, og med bakgrunn i dette mener jeg å ha dekning for å kalle denne høringsuttalelsen en “hierarkiserende” tekst. På en måte er det helt naturlig: Legene har lenge hatt høyest lønn, lengst utdanning og de mest sentrale administrative posisjonene i det norske helsevesenet. Å likestille alle faggrupper ville være urealistisk, og at Legeforeningen sier dette høyt kan de ikke lastes for. Som jeg har vist i analysen er imidlertid bildet mer komplekst enn som så: For det første kan det synes som om forfatterne av teksten har undervurdert viktigheten av retorikkens etiske dimensjon: Blir man ikke oppfattet som “god”, for eksempel ved å forsøke å svekke tilliten til psykologien som profesjon for å fremme sin egen, er det vanskelig å mønstre velvillighet fra leseren. For det andre er kanskje intensjonalitetens premisser i tid og rom i endring, noe som berører forholdet mellom intensjonalitet og *kairos*.

### 6.3.2 Intensjonalitet og kairos

Da departementet valgte å gjennomføre forsøksordningen på tross av Legeforeningens uttalelse, ignorerte de i all hovedsak Legeforeningens argumenter. Grunnene til dette er sannsynligvis flere og sammensatte, men jeg skal her konsentrere meg om trekk ved Legeforeningens tekst som muligens kan ha vært medvirkende årsaker til at argumentasjonen ikke fikk gjennomslag.

Som jeg beskrev i innledningskapitlet forutsetter makt, som Berge (2003) sier, en «gjensidig intensjonell rettethet». I sjangeren «høringsuttalelse» er denne til stede i forholdet mellom staten og organisasjonene, idet det er en gjensidig forståelse av at de ulike interessegruppene fremmer sin sak, og at departementet eller Stortinget fatter endelig vedtak. Maktrelasjonene mellom interessegruppene er imidlertid mindre formaliserte i en slik sammenheng, samt at de foregår på et annet plan. I analysen og sammenfatningen ovenfor har jeg forsøkt å vise hvordan Legeforeningen gjør dette i teksten ved hjelp av hierarkiseringer, presupposisjoner og øvrig posisjonering av både seg selv og andre aktører. Dette kan man kalle utøvelse av det Berge kaller «tekstmakt», men hva med den sympatiske rettetheten som konstituerer maktforholdet? Foucault sier følgende om makt:

*«Det, der gjør magten holdbar, der får os til at acceptere den, er simpelthen, at den ikke tynger os som en kraft, der siger 'nej', men at den gennemkrydser og producerer ting, den forleder til nydelse, vidensformer, den producerer diskurs. Den skal snarere betragtes som et produktivt netværk, der løber gennem hele den sociale krop, end som en negativ instans, der har undertrykkelse som mål.» (Foucault og Gordon 1980:119, sitert i Jørgensen og Phillips, 1999).*

Er Legeforeningens hierarkiseringer og aktørposisjoneringer en maktutøvelse som, i tråd med Foucaults beskrivelse, føles naturlig og gitt? Med bakgrunn i bl.a. Freidson og Nordbys forskning på legestandens autonomi gjennom forrige århundre (se innledningskapitlet) vil det i alle fall være rimelig å tro at en tekst som denne ville vært naturlig i etterkrigsårene, det medisinske epistemets «golden age». Når dette ikke fungerer lenger kan det muligens sees på som et uttrykk for at tidene har forandret seg innen visse deler av det norske helsevesenet. Én ting er at legene har mistet sitt fotfeste for «indre korporatisme» i toppen av helsebyråkratiet. Et annet og antakelig enda viktigere aspekt, er at legene ser ut til å gradvis miste sin enerett på sykmeldingsrett i favør av nyere profesjonsgrupper som kiropraktorer og psykologer. Om dette skyldes eller har forårsaket en politisk endring er det



vanskelig å svare på, men at ytterligere innskrenking av fastlegenes makt over sykmeldingsretten ble benyttet som valgkampspill fra Høyre og FrP høsten 2009<sup>25</sup> kan i alle fall antyde at det politiske klimaet i skrivende stund heller mot å innskrenke legenes rettigheter på dette feltet.

I lys av dette mener jeg at grunnen til at Legeforeningens argumentasjon ikke vinner fram til dels skyldes vanskelige politiske og samfunnsmessige forutsetninger. Det medisinske epistemet har fortsatt en ekstremt sterk posisjon i helsevesenet så vel som samfunnet generelt, men hvordan teksten møter det retorikken kaller kairos – tilpasning til den aktuelle tiden og situasjonen – er likevel viktig. Teksten konstruerer et aktørhierarki som er diskutabelt, særlig overfor andre helseprofesjoner. Ved å heller ikke eksplisitt legitimere sin egen posisjon gjennom å dokumentere sine argumenter, kan det bli vanskelig for Legeforeningen å forhindre en gradvis jevnere fordeling av makt mellom flere av profesjonene når det gjelder sykmeldingsretten. Skal Legeforeningen klare å snu eller bremse denne utviklingen trenger de sannsynligvis å forholde seg til kairos i større grad. Det er en tid for alt, og mye tyder på at legestandens tid som ubestridt toppunkt i helsehierarkiet nærmer seg slutten – i alle fall når det gjelder sykmeldingsretten.

---

<sup>25</sup> «Vil ta makt fra fastlegene» Aftenposten 08.08.09

## 7 Litteratur

- Bytter ut dårlige fastleger. Aftenposten.  
Også fastleger mangler pasienter. Aftenposten.  
(08.08.2009). Vil ta makt fra fastlegene. Aftenposten.  
(2000). Forslag til forskrift om forsøksordning hvor henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort m.v. Legeforeningen.  
(2008). Forskrift om forsøksordning i to fylker som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde). Legeforeningen.  
Andersen, Ø. (1995). I retorikkens hage. Oslo, Universitetsforlaget.  
Arum, Ø. (2005). All makt i denne sal?: interesseorganisasjoners påvirkningsmuligheter i norsk politikk. Oslo, Ø. Arum.  
Berge, K. L. (2003). Hvor er makten i teksten? Maktens Tekster. K. L. Berge, S. Meyer og T. A. Trippestad. Trondheim, Gyldendal Akademisk: 24-41.  
Bird, O. (1960). "The formalizing of topics in mediaeval logic." Notre Dame J. Formal Logic 1(4): 138-149.  
Bitzer, L. F. (1968). "The Rhetorical Situation" Philosophy & Rhetoric(1): 1-14.  
Bourdieu, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London, Routledge & Kegan Paul.  
Collier, D. (1995). "Translating quantitative methods for qualitative researchers: the case of selection bias." American Political Science Review.  
Danielsen, A. og M. N. Hansen (1999). Makt i Pierre Bourdieus sosiologi. Om makt - Teori og kritikk. F. Engelstad. Oslo, Gyldendal: 43-78.  
Erichsen, V. (1996). Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon. [Oslo], Tano Aschehoug.  
Foucault, M. (1961). Galskapens historie i opplysningens tidsalder. [Oslo], Bokklubben dagens bøker.  
Foucault, M. (1963). Klinikkens fødsel. København, Hans Reitzels Forlag, 2000  
1. norske utg. Oslo : Gyldendal, 1973  
Elektronisk reproduksjon  
Foucault, M. og C. Gordon (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton, Harvester Press.  
Optrykk utgitt: New York : Harvester Wheatsheaf og Harlow: Longman/Pearson  
Også utgitt: New York : Pantheon Books, c1980  
Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago, University of Chicago Press.  
Gabrielsen, J. (2008). Topik : Ekskursjoner i den retoriske toposlære. Åstorp Retorikforlaget.  
Gaonkar, D. P. (1996). The Idea of Rhetoric in the Rhetoric of Science. Rhetorical Hermeneutics: Invention and Interpretation in the Age of Science. A. G. o. K. Gross, William. Albany, SUNY  
Press: 25-85.  
Gjerstad, M. (2003). Samfunnsvitenskapenes tekstmakt. Maktens tekster K. L. Berge, S. Meyer og T. A. Trippestad. Oslo, Gyldendal akademisk.  
Grenfell, M. (2008). Pierre Bourdieu: key concepts. Stocksfield, Acumen.  
Gross, A. G. og W. M. Keith, Eds. (1996). Rhetorical Hermeneutics: Invention and Interpretation in the Age of Science. S U N Y Series in Speech Communication. New York, State University of New York Press.  
Grue, J. (2006). Prosjektskisse, Kvalitetsbegrepet i academia.

- Grundy, P. (2000). Doing pragmatics. London, Arnold.
- Hellspong, L. og P. Ledin (1997). Vägar genom texten: handbok i brukstextanalys. Lund, Studentlitteratur.
- Hougaard, E. (2004). Psykoterapi: teori og forskning. København, Dansk psykologisk Forlag.
- Hågvær, Y. B. (2003). Hele folkets diskurs : en kritisk diskursanalyse av den gode VG-sak. Oslo, Norsk sakprosa i samarbeid med Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening.
- Jørgensen, C. og M. Onsberg (1999). Praktisk argumentation. København, Ingeniøren/bøger.
- Kittang, A. (1976). Tre forståingsformer i litteraturforskninga. Litteraturkritiske problem. Oslo, Universitetsforlaget.
- Kjeldsen, J. (2004). Retorikk i vår tid : en innføring i moderne retorisk teori. Oslo, Spartacus.
- Kjeldsen, J. (2006). Retorikk i vår tid : en innføring i moderne retorisk teori. [Oslo], Spartacus.
- Kock, C. (2006). Multiple Warrants in Practical Reasoning. Arguing on the Toulmin Nodel: New Essays on Argument Analysis and Evaluation. D. Hitchcock og B. Verheij. Dordrecht, Springer: 269-280.
- Kock, C. (2008). "Choice is not true or false, the domain of rhetorical argumentation." Argumentation.
- Ledin, P. (2000). Veckopressens historia, Del II. Svensk sakprosa. Lund.
- Light, D. og O. G. Aasland (2003). "Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit." Tidsskrift for den norske Lægeforening 123: 1870-3.
- Lippestad, J.-W., I. Eitzen, et al. (2003). Evaluering av henvisningsprosjektet - sluttrapport, SINTEF.
- Maagerø, E. (2005). Språket som mening: innføring i funksjonell lingvistikk for studenter og lærere. Oslo, Universitetsforl.
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo, Universitetsforl.
- Fra 3. oppl. 2006 med både 10- og 13-sifret ISBN
- Miller, C. (1992). Kairos in the Rhetoric of Science. A Rhetoric of Doing: Essays on Written Discourse in Honor of James L. Kinneavy. S. P. Witte, N. Nakadate og R. D. Cherry. Southern Illinois, Carbondale: 310-327.
- Morel, P. og C. Quételet (1985). Les Médecines de la Folie. Paris, Hachette.
- Nordby, T. (1994). Korporatisme på norsk: 1920-1990. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nordby, T. (1999). Samvirket mellom organisasjoner og stat: Norge: et posisjonspapir for Makt- og demokratiutredningen. Oslo, Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.
- Nylenna, M. og E. Kåss (2004). Medisinsk ordbok. Oslo, Kunnskapsforl.
- Bygger på: Bonniers medicinska ordbok / Bengt Lundh og Iréne Györki ; oversettelse av Gabrielle Welle-Strand og Grete Marthilm
1. norske utg. 1990
- Fra 2. oppl. 2005 med både 10- og 13-sifret ISBN
- Raddum, T. og A. Veum (2006). "Avistekstens mange stemmer." Norsk Medistidsskrift 2: 135-158.
- Rosengren, M. (2002). Doxologi : en essä om kunskap. ≈storp, Sverige, Rhetor.
- Rugset, S. A. (1999). Formelt samarbeid: høringsrunders funksjon i statlige utredninger. Lillehammer, Østlandsforskning.

- Skaset, M. (2004). Helsedirektoratet og Legeforeningen i årene 1945-1969: indre korporatisme? Oslo, M. Skaset: 119 s.
- Skaset, M. (2006). I gode og onde dager-: de norske legene og staten 1945-2000. [Oslo], Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. **no. 424**: X, 628 s.
- Skillingstad, T. G. (1999). "Indre korporatisme": en begrepsdiskusjon med utgangspunkt in norsk helseadministrasjon. Oslo, Universitetet: 121 s.
- Timmermans, S. og M. Berg (2003). The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Philadelphia, Pa., Temple University Press.
- Togeby, O. (1986). "Steder" i bevidsthedens landskab - grene på ideernes træ: om at finde stof til belysning af en sag. København.
- Toulmin, S. (1958). The uses of argument. London, Cambridge University Press.
- Tønnesson, J. L. (2004). Tekst som partitur, eller Historievitenskap som kommunikasjon: nærlesning av fire historietekster skrevet for ulike lesergrupper. [Oslo], Det historisk-filosofiske fakultet, Universitetet i Oslo. **nr 207**: 673 s.
- Bibliografi: s. 649-667
- Veum, A. (2008). Avisas andlet: førstesida som tekst og diskurs : Dagbladet 1925-1995. [Oslo], Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo. **no. 367**: 245 s.

## *Vedlegg 1*

# **Forskrift om forsøksordning i to fylker som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde)**

Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Vi viser til brev fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet av 27. mars 2008 angående høring om forskrift om forsøksordning i to fylker som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykemelde). Høringen har vært sendt til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og vår høringsuttalelse er behandlet i Legeforeningens sentralstyre.

### **Oppsummering av Legeforeningens synspunkter**

Legeforeningen går imot forslaget om forsøksordningen som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet bør i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet foreta en fornyet og grundig utredning av hvilke trygdemedisinske ansvarsområder de ulike profesjoner i helsetjenesten skal ha. Et oppdatert kunnskapsunderlag må være på plass før noen form for forsøksordninger trer i kraft.

Nedenfor følger først en sammenfatning av våre erfaringer og anbefalinger og deretter bakgrunn og begrunnelser.

Legeforeningen mener:

- Ønsker man et godt koordinert sykmeldingsforløp hvor mulighetene på arbeidsplassen stimuleres optimalt, vil forskrift om forsøksordningen være et skritt i feil retning. Vi mener departementet heller bør prioritere utredning og forskning om en best mulig samhandling mellom arbeidsplass og helsevesen.
- Det framholdes at forslaget åpner for at psykologer deltar i dialogmøter omkring sykmeldte pasienter. Det er imidlertid intet til hinder for dette i dagens ordning. Psykologene kan, om de prioriterer å delta, bidra i dialogmøtet med verdifull spisskompetanse, sammen med fastlegen, som har breddekompetansen.
- Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke. I dag oppleves det betydelig mangel på psykologer i annenlinjetjenesten. Dette medfører at pasienter som henvises til utredning, diagnostikk, behandling, ofte møter helsepersonell i annenlinjetjenesten uten slik kompetanse. Det er viktig for fastlegen å ha psykologer å henvise til/samarbeide med. Psykologene er viktige og verdifulle samarbeidspartnere for de av våre pasienter som har behov for deres kompetanse. Vi er sikre på at sykmeldingsarbeid ikke er riktig prioritering av psykologens tid, den bør i størst mulig grad brukes til psykoterapeutisk behandling. Slik behandling er en begrenset ressurs i dagens helsevesen.
- Nøkkelen til godt sykefraværarbeid ligger i koordinerte sykmeldingsforløp hvor hensiktsmessig medisinsk (inkludert psykologisk) intervensjon og tiltak på arbeidsplassen henger sammen. Det er nødvendig at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar for koordinering og samhandling på helsesiden.
- Et av elementene i sykmeldingsarbeid er vurderinger. Vurderinger kan gis av medisinsk spisskompetanse på avgrensede felt, men vurderingene må settes inn i et breddeperspektiv og underkastes et blikk for hva som har skjedd over tid. En ekspertvurdering av depresjonen er verdifull, men mer verdifull om den sees i sammenheng med de spørsmål fastlegen har

veiledet sin pasient om i lengre tid; eksempelvis rygglidelsen, den gamle og syke mor som bor i kjellerleiligheten og de vanskelige kommunikasjonsforholdene på jobben.

- For NAV vil forslaget innebære å øke antallet samarbeidspartnere på feltet sykmelding. Dette gir betydelige og unødvendige utfordringer for opplæring og informasjon, utvikling av blanketter og veiledere, oppretting av samhandlingskanaler og rutiner.
- Om forskriften vedtas og forsøkene gjennomføres, vil vi legge vekt på at forsøket må designes, gjennomføres og evalueres på en slik måte at det kan trekkes sikre konklusjoner. Det betyr at man ikke bare skal lete etter positive effekter, men også må ha et øye for negative konsekvenser. Evaluering av sykefraværstiltak er krevende på grunn av seleksjonsmekanismer og mange samvirkende faktorer som kan spille inn på resultatet. Ideelt sett burde forsøket gjøres med kontrollgrupper. Om *det* ikke er mulig må forsøket designes og gjennomføres best mulig i forhold til farene som er nevnt over, ellers vil konklusjonene bygge på sviktende premisser og være unyttig.

## Bakgrunn og begrunnelser

### *IA-avtalen*

Samfunnet har lagt mye ned i å få til et inkluderende arbeidsliv gjennom IA-avtalen. Allmennlegene har tatt utfordringen og gjort en betydelig innsats i samarbeid med myndighetene, blant annet gjennom storsatsingen “Legen i det inkluderende arbeidsliv” (2004 - 2005), hvor mer enn 1900 allmennleger deltok. Det er utviklet en videreføring i samarbeid med NAV blant annet ved utarbeiding og trykking av inspirasjonsbok i et opplag på 10 000 (som nå trykkes i nytt opplag). Både dialogmøtet og tiltak som “gult kort” (avventende sykmelding) er spilt inn direkte fra det allmenmedisinske fagmiljøet. Legeforeningen tok også initiativ til å utvikle “Veileder for dialogmøter.” Dette synliggjør at allmennlegene er helsevesenets “IA-motor”, med kraft til også å trekke andre i riktig retning. Dette har myndighetene anerkjent, som vist i de to følgende referanser.

*”Legen er den viktigste medisinske premissleverandør for offentlige myndigheter og arbeidsplassen - og har således en stor betydning for problemstillinger i tilknytning til sykefravær. Legens medisinske vurderinger er nødvendig for å fatte riktige vedtak, men også for å planlegge og revidere tiltak på arbeidsplassen.”*

(Fra “Trygdeetatens nye rolleforståelse”, Innledningsforedrag i programmet *Legen i det inkluderende arbeidsliv*. Trygdeetatens 2004, upublisert)

*”Fastlegene er enerådende som sykmeldere i de lange sykeforløpene. Dette gjør at fastlegenes erfaring og kompetanse vil tjene den sykmeldte arbeidstakeren bedre når det åpnes en ny arena for dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og legen.”—“Fastlegene har påtatt seg store oppgaver for samfunnet. De nye oppgavene i sykmeldingsarbeidet kan oppleves å gjøre hverdagen travlere. På den annen side tror vi at å bringe legenes kompetanse inn i dialogmøtene kan bidra til å redusere sykefraværet og på sikt til og med frigjøre tid til kjerneoppgavene rundt utredning og behandling av sykdom og skade”.*

(Arbeids- og velferdsdirektør Tor Saglie (Fra forordet til “Dialogmøter ved oppfølging av sykmeldte - en veileder for sykmeldende behandlere”), NAV 2007)

Vi har problemer med å se sammenheng mellom disse utsagnene og de forslag høringsnotatet skisserer. Myndighetene og fastlegekorpset må fortsatt ta IA arbeidet like alvorlig som før. Dette er avgjørende for suksessen til dialogmøtene og den nye sykmeldingsblanketten som kommer i 2008 (med “gult kort” metodikk).

### *Ansvar for koordinering og samhandling*

Det legges ytterligere utfordringer som er unødvendige på et allerede hardt presset NAV- system. Det er nødvendig at fagpersoner med medisinsk breddekompetanse tar et ansvar for koordinering og

samhandling på helsesiden. Dette er fastlegens lovpålagte funksjon. Derfor har myndigheter sammen med legeföreningen lagt ned mye arbeid i å fagutvikle denne rollen hos fastlegene når det gjelder sykmeldingsarbeid. Støttet av et kompetent lokalt NAV og eventuelt bedriftshelsetjeneste, vil fastlegen i kraft av sin rolle og kjennskap til pasient og hans omgivelser over tid være den medisinske fagperson som *må* ta dette ansvaret. Fastlegene *ønsker* det også.

Om sykmeldingen gis av en behandler med nisjekompetanse vil ett av de naturlige kontaktpunkt mellom fastlege og pasient bli borte. Dette får følger for koordinering, samhandling og tiltak knyttet til et langvarig kjennskap til pasient og omgivelser. For pasientene vil det kunne innebære en helseisiko, ved at de får et mer fragmentert og dårligere koordinert helsetjenestetilbud med økt fare for så vel over- som underbehandling. Sykmeldingsarbeidet vil også kunne lide gjennom nye kommunikasjonsbarrierer mellom arbeidsplass og behandlere.

Det er paradoksalt at myndighetene arbeider med å gi en omfattende sykmeldingsrett til psykologspesialister, samtidig med at legespesialister på sykehus, som allerede har ubegrenset sykmeldingsrett, overfører store deler av sykmeldingsarbeidet til fastlegene. Sykehusspesialistene prioriterer sin tid til utredning og behandling, og ser at fastlegene bedre kan ivareta de intensjoner som ligger i IA- arbeidet og sykefraværsmoellen. Derfor overlater de til fastlegene å koordinere, veilede og samhandle med arbeidsplassen, NAV og andre helseprofesjoner.

#### *Praktiske problemer på systemnivå*

Legeföreningen ønsker et bedre behandlingstilbud til psykisk syke. Imidlertid vil en utprøving av sykmeldingsrett til psykologer være feil tilnærming til problemet. Spredning av sykmeldingsvirkemidlet på flere hender er faglig feil. Spredning innebærer store praktiske utfordringer ved systemarbeid (nyutvikling av blanketter og rutiner), informasjons og samhandlingsarbeid (fagutvikling og informasjon) og oppfølgingsarbeid.

#### *Praktiske problemer på pasientnivå*

Det er de psykiske lidelser som behandles av psykologene og dermed begrunner både deres ønske om sykmeldingsrett og forsøket som skal gjennomføres. Det er faglig konsensus om at psykiske lidelser har stor co-morbiditet. Vår tids sykdommer har ofte en sammensatt årsak, presentasjon og konsekvens. Pasienten med depresjon har ofte muskelsmerter, søvnforstyrrelser, problemer med fordøyelsen eller hudlidelser. Hvordan ser en for seg at dette skal håndteres i forsøket. Skal psykologen sykmelde der lidelsen er sammensatt eller kun ved rene psykiske lidelser? Hva om muskelsmertene eller magesmertene er verst, skal fastlegen da overta sykmeldingen eller kan psykologen fortsette sykmeldingen? Hva med medikamentell behandling?

Hva er en ren psykisk lidelse? Hverdagens "vanntest" viser hvor umulig dette blir; Har en deprimert person med helseskadelig alkoholbruk og korsryggsmerter en psykisk lidelse? Hva med ryggpasienten som blir deprimert og begynner å drikke for mye etter 8 ukers behandling uten effekt? Har han en psykisk lidelse og bør psykologen sykmelde ham om han starter i psykoterapi? Den gravide kvinnen med angst og depresjon i en vanskelig hjemmesituasjon som samtidig har bekkensmerter og sliter med kommunikasjonen med sjefen - har hun psykisk lidelse hvor psykologen kan eller bør sykmelde? Alle kan i perioder ha indikasjon for psykoterapi (som ett av flere tiltak) men sammensatte tilstander er det uansett.

Fragmentert sykmeldingsrett tvinger frem et skille som det svært ofte ikke finnes grunnlag for; de psykiske lidelser og de sammensatte. Hvis det innføres sykmeldingsrett for psykologer vil de naturlig styres mot å velge den enkle forklaringsmoellen, en psykisk lidelse, og se de sammensatte problemer i lys av dette. Konsekvensen kan bli manglende samhandling, veiledning og vurderinger på et bredt nok grunnlag. Skal psykologer utvikle samhandlingsrelasjoner med lokale fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer og jordmødre? Hva med bedriftshelsetjenesten og lokalt NAV?

#### *Stor usikkerhet rundt dialogmøtene og ansvarsforhold*

Forsøket legger opp til en sykmeldingsrett som går ut over viktige milepæler for samhandling og

relasjonell tilnærming som finnes ved attestasjon av manglende aktivitetsmulighet ved 8 uker 12 og ukers dialogmøte. Man kan lese forslaget slik at myndighetene mener at en informasjonsplikt til fastlegen skal dekke behovet for helhetlig tilnærming og koordinering. Videre er det forventet at fastlegen skal gi informasjon om forhold som kan være av betydning når psykologen henvender seg med pasientens samtykke ved 10 ukers sykmelding. Myndighetene ser det tydeligvis som uproblematisk at fastlegen skal komme inn med betydningsfull informasjon for vurderingen av sykmeldingen etter at sykefraværet har vart i 10 uker som må sies å være et langt fravær. Hva så med den informasjonen og de vurderingene fastlegen har gitt? Skal psykologen fortelle pasienten hva fastlegen har sagt eller vurdert? Her ligger betydelige muligheter for misforståelser og belastning på fastlege- pasientforholdet.

Det ligger ingen forutsetning om konsultasjon eller kontakt mellom pasient og fastlege på tidspunktet for den pålagte kontakt mellom fastlege og psykolog. Myndighetene deler tydeligvis vår oppfatning at det vil være kunstig at fastlegen på eget initiativ skal kalle pasienten inn til samtale hvor han må betale egenandel, uten at pasienten selv har ønske om det. Med kombinasjonen av disse "sikringsforslag" med hensyn på koordinering og informasjonsutveksling har man effektivt "malt seg inn i et hjørne" hvor sykefraværet har gått for lenge, informasjon vanskelig kan gis og fastlegens nødvendige oppdatering av pasientens nå-situasjonen er hindret. Fastlegens koordinerende funksjon er svekket, viktig informasjon blokkert og passivisering er understøttet.

Den deprimerte kvinnen som er utslitt av belastning på jobb og privat, har ekteskapsproblemer og en syk svigermor i kjellerleiligheten. Hun har fått lumbago og blir behandlet av lokal fysioterapeut samtidig som hun går i psykoterapi og sykmeldes av psykologen. Ved 10 ukers sykmelding får fastlegen en erklæring fra psykologen med samtykke fra pasienten om informasjonsutveksling. Fastlegen forstår at ingen ting er gjort i forhold til omsorgstjenesten mhp svigermor og at ryggglidelsen som vedvarer ikke er sett i sammenheng med depresjonen. Er det nå fastlegens ansvar å få tatt tak i sammensatte problemene? Skal han kalle inn pasienten uten at hun kommer selv eller overføres fra psykologen? Hvordan skal dette foregå etter endringen?

At fastlegen skal "melde seg" til psykologen, med sin merkunnskap om pasientens forhistorie og omgivelser, og spørre om å få slippe til, viser at dette er et skritt i feil retning. Det skapes dessuten muligheter for "sykmeldings-shopping" for pasienter som ikke ønsker å søke sin fastlege, og som nå vil kunne spille enda lenger på flere aktører og oppnå lengre sykmeldingsforløp uten at det er medisinsk grunnlag for det.

Fastlegen skal overta sykmeldingen senest ved 26 uker og tidligere om psykologen finner at det er riktig. Jo lengre tilstanden har vart, dess større er sjansen for at en psykisk lidelse er sammensatt i årsak, presentasjon eller konsekvens. Når manglende kjennskap til pasient og omgivelser, manglende medisinsk breddekompetanse og fokuset på psykiske symptomer fører til feil fokus eller gal diagnose og behandling, blir fraværet forlenget og pasienten påføres feil eller inadekvat behandling og økt lidelse. Jo lengre tid det tar før rett behandling blir gitt, dess større konsekvenser. Allmennmedisinsk kompetanse kombinert med kjennskap til pasient og omgivelser er den beste sikringen mot slike feil.

Legeforeningen deler ikke erfaringen med at tverrfaglig tilnærming og ivaretagelse av pasientene som deles mellom fastlege og psykolog verken som dilemma eller merbelastning. Tvert imot oppleves dette, også av pasientene, som et fruktbart samarbeid, og hvor sykmeldingsinstituttet kun er en del av dette.

#### *Sløsing av ressurser og muligheter*

Fastlegeordningen var ment å skulle gi mulighet for langvarige og gode relasjoner mellom lege og pasient. Det har også blitt realisert. Fastlegen er den aktøren med utrednings- og behandleransvar i helsevesenet som i kraft av sin rolle kan bli kjent med pasientene og deres omgivelser over tid. Det etableres dermed en kunnskapsbase eller ekspertise på den enkelte pasient som er av stor betydning når sykdom eller skade inntreffer. Legen vil vite en del om sterke og svake sider, om det er spesielle forhold å ta hensyn til, hva slags erfaringer som er gjort i tidligere sykdomsepisoder, forholdet til



familie og arbeid. Denne kunnskapen er svært viktig i sykefraværarbeid, som ikke bare er en beskrivelse av funksjon, men et motiverings og veiledningsarbeid basert på kjennskap til pasienten. Skal disse ressurser nå i mindre grad komme til nytte i arbeidet med å bringe pasienten tilbake i arbeid? Hva er grunnen til at man ikke vil utnytte de muligheter denne kunnskapen gir for en individualisert og helhetlig forståelse som basis for vurdering, behandling, veiledning og samhandling, til pasientens og samfunnets beste?

*Spesialister i allmennmedisin har best kompetanse på sykmeldingsarbeid.*

Medisinerstudenter får praktisk undervisning i allmennmedisinsk sykmeldingsarbeid i utplassering hos fastleger allerede i første studieår, og deretter er dette et viktig tema i utplassering i allmennmedisin i 10. semester, en utplassering som meritterer til et halvt års veiledet praksis i henhold til EØS-direktiv. I tillegg til denne "hands on", mester-svenn baserte læring er det rikelig med fagstoff i trygdemedisin, trygderett og sosialmedisin i de teoretiske delen av studiet, hvor trygdemedisin er et sentralt tema ikke minst i forbindelse med muskel skjelettsykdommer og psykiatri.

Etter endt embetseksamen er det halvannet års turnustjeneste hvor det også er sykmeldingsarbeid i fokus, spesielt i de seks månedene i allmennmedisinsk turnus. Etter endt turnus er det krav om to heldags kurs med varighet i 5 dager hver i allmennmedisin, for å oppnå rett til å praktisere for trygdens regning. Trygdemedisin utgjør her opp mot halvparten av innholdet, og avvikles i samarbeid med NAV-ansatte og erfarne allmennleger.

For leger som spesialiserer seg i allmennmedisin er det ytterligere krav om to år i strukturert gruppeveiledning hvor innsikt i koordinatorrollen i forhold til kronisk og akutt sykdom, herunder sykmeldingsarbeid og trygdemedisin bygges opp.

I tillegg til alt dette har halvparten av alle landets fastleger gjennomgått tilleggsprogram i IA-arbeide i 2004-5.

Trygdemedisin er et selvfølgelig og sentralt tema både i grunnutdanningen og under spesialisering i allmennmedisin på en måte som skiller allmennmedisin fra alle andre spesialiteter og helsefaglige profesjoner.

*Praktisk gjennomføring*

Det foreslås at forsøket skal omfatte psykologer med behandlingsansvar i offentlig helsetjeneste og privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi uten avtale om driftstilskudd. Psykologer med behandlingsansvar i offentlig helsetjeneste har ofte lang ventetid og vil ha til behandling pasienter som er henvist, vanligvis fra fastlegen. Dersom psykologer i offentlig helsetjeneste påbegynner et sykmeldingsløp, må det som oftest bety at de har funnet grunnlag for å sykemelde en pasient som fastlegen ikke har funnet grunn til å sykemelde. Dette innebærer en betydelig seleksjonsbias som det må tas hensyn til når resultat av forsøket skal tolkes. Privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi uten avtale om driftstilskudd vil pga høy egenbetaling ha en skjev sosioøkonomisk rekruttering av pasienter. Egenbetalingen vil utelukke en stor andel av de mer alvorlig syke, noe som også vil gi en betydelig seleksjonsbias som må hensyntas når resultat av forsøket skal tolkes.

Det foreslåtte forsøket omfatter ingen fylker som kan være et sammenligningsgrunnlag. Det er ikke gitt noen begrunnelse for at man har valgt Telemark og Akershus som intervensjonsfylker. Det er anført at 17 % av sykefraværene skyldes psykiske lidelser, men det er ikke foretatt noen styrkeberegning for å vise hva som kan være kliniske relevante forskjeller. Det er ikke redegjort for hvordan studien skal ledes og hvem som skal analysere og publisere resultatene. Ingen begrunnelser er heller gitt for studiens varighet.

På bakgrunn av de ovennevnte argumentene vil Legeforeningen ikke anbefale dette forsøket gjennomført, hvor psykologer i to fylker gis rett til å dokumentere arbeidsuførhet.

Om formodning forsøket gjennomføres vil det være hensiktsmessig at Legeforeningen inviteres inn i

prosessen. Dette vil styrke forsøket både med hensyn på faglige sykmeldingsspørsmål, men også evaluerings/forskningsdelen. Vårt kritiske utgangspunkt vil kunne bidra til at forsøkets design blir grundigere gjennomtenkt og gjennomføringen evaluert i forhold til de faktorer som departementet fremholder, nemlig IA-målene.

Den norske legeforenings sentralstyre  
etter fullmakt

Terje Vigen  
Generalsekretær

Terje Sletnes  
Fungerende Avdelingsdirektør

Saksbehandler:  
Anjam Latif Shuja

**Dato:** 27.05.2008

## Vedlegg 2, Toposkjema

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Topos</b>	<i>Et godt koordinert sykemeldingsforløp er til pasientens beste</i>	<i>Utredning og forskning er den mest hensiktsmessige fremgangsmåten</i>	<i>Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side</i>	<i>Riktig prioritering av tid</i>	<i>Det er ønskelig med et bedre behandlingstilbud for psykisk syke</i>	<i>Psykologer og leger må samarbeide for et best mulig pasienttilbud</i>	<i>Ressursknapphet, effektiv utnyttelse av ressurser</i>	<i>Koordineringen er avgjørende for sykemeldingsforløpet</i>	<i>Koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse</i>	<i>Medisin er en kategori overordnet psykologi, og er følgelig best egnet til å ha ansvaret for sykemeldingsforløpet</i>	<i>Koordineringen må gjøres av medisinsk personell med breddekompetanse</i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom	Autonom	Heteronom	Heteronom	Heteronom, men autonomt formulert	Heteronom	Heteronom	Autonom	Autonom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hederlig, rettferdig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig	Rettferdig, hederlig, nødvendig	Hensiktsmessig	Rettferdig, hensiktsmessig, nøyaktig	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig, nødvendig
<b>Bevismiddel</b>	Etos, Patos	Logos	Logos	Etos	Etos	Etos	Logos	Logos	Logos	Logos	Logos
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
<b>Topos</b>	<i>1) Spiss- versus breddekompetanse</i>	<i>2) Kjennskap til pasienten over tid</i>	<i>3) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet</i>	<i>Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, <b>symptomal lesning</b></i>	<i>Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner, <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>Forskning må være balansert for å gi sikre konklusjoner, <b>symptomal lesning</b></i>	<i>Kvantitativ metode med kontrollgrupper gir de sikreste resultatene</i>	<i>IA-arbeidet er avhengig av allmennlegene <b>sympatisk lesning</b></i>	<i>Allmennlegene bør ha sykemeldingsrett <b>alene symptomal lesning</b></i>	<i>1) Spiss- versus breddekompetanse</i>
<b>Topostype</b>	Semi-autonom	Heteronom	Autonom	Heteronom	I beste fall autonom	Heteronom	Autonom	Autonom	Heteronom	Autonom	Semi-autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig Sammenlikning: parallell	Hensiktsmessig, nødvendig, Sammenlikning av ensartede størrelser	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig	Behagelig, lett oppnåelig	Hensiktsmessig, hederlig		Hensiktsmessig, gjennomførbart	Nødvendig	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig Sammenlikning: parallell
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Logos	Logos	Logos	Etos	Logos	Logos	Logos	Logos	Logos

	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
<b>Topos</b>	2) Kjennskap til pasienten over tid	3) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet	1) Spiss- versus breddekompetanse	2) Kjennskap til pasienten over tid	3) Fastlegen er den eneste som har oversikt over det totale sykdomsbildet	Deltakelse i dialogmøter er først og fremst et spørsmål om prioritering fra psykologenes side	Riktig prioritering av tid	Psykologene bør bruke tiden sin på utredning og behandling fremfor sykmeldingsarbeid	Riktig prioritering av tid	Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, sympatisk lesning	Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig, symptomal lesning
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom	Semi-autonom	Heteronom	Autonom	Autonom	Heteronom	Autonom	Heteronom	Heteronom	I beste fall autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig, nødvendig  Sammenlikning av ensartede størrelser	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig  Sammenlikning: parallell	Hensiktsmessig, nødvendig  Sammenlikning av ensartede størrelser	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig	Behagelig, lett oppnåelig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Logos	Logos	Patos, logos	Logos	Etos	Logos	Etos	Logos	Logos

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
<b>Topos</b>	<i>Det er unødvendig å gjøre ting mer komplisert enn nødvendig</i>	<i>Forsøksordningen vil ikke gjøre behandlingstilbudet for psykisk syke bedre</i>	<i>1) Kropp og sjel må sees i sammenheng</i>	<i>2) Psykologer konstruerer et skille mellom psykiske og sammensatte lidelser</i>	<i>3) Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon</i>	<i>1) Psykologer fokuserer på psykiske symptomer, og ser dermed ikke det helhetlige sykdomsbildet</i>	<i>2) Fastlegen er den eneste med tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon</i>	<i>1) Kjennskap til pasienten over tid</i>	<i>2) Fastlegen kjenner pasienten best</i>	<i>3) Fastlegen har best oversikt over det totale sykdomsbildet</i>	<i>Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området: <b>sympatisk lesning</b></i>
<b>Topostype</b>	Heteronom	Autonom	Heteronom	Autonom	Autonom	Autonom	Autonom	Heteronom	Autonom	Autonom	Heteronom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig, nødvendig		Hensiktsmessig, nødvendig		Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig, nødvendig		Hensiktsmessig, nødvendig	Hensiktsmessig
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Logos	Logos	Logos	Logos	Logos, patos	Logos, patos	Logos	Etos	Logos	Logos

	45	46	47
<b>Topos</b>	Sykmeldingsarbeid bør gjøres av dem som har best kompetanse på området: <b>symptomal lesning</b>	Forskning må være etterrettelig	Kvantitativ metode gir de sikreste resultatene
<b>Topostype</b>	Heteronom	Heteronom	Autonom
<b>Begrunnelse</b>	Hensiktsmessig	Hensiktsmessig, hederlig	Hensiktsmessig, gjennomførbart
<b>Bevismiddel</b>	Logos	Etos	Logos