

Utpostens
dobbeltime

Alltid beredt trygdelege

INTERVJU MED
**Bernt
Daltveit på Voss**
AV GUNHILD FELDE

Bernt Daltveit er ekte stril fra Osterøy med storparten av sitt legevirke på Voss. Osterøyene var regnet som bygningsstriler og det ble sagt at de levde av andres elendighet. De levde godt når det brant i byen. Bernt Daltveit sier med et smil at han er en del av denne tradisjonen. Men da det stod i meldingsboka at «Bernt søv i sløydtimane», førte tradisjonen ham etter hvert i en annen retning.

Med dobbeltspesialitet i indremedisin og allmennmedisin jobber han som fastlege og trygdelege på Voss. Han har undervist i trygdemedisin på grunnkurs for allmennleger i ei årrekke. Enkelte har til og med uttalt at de på hans forelesninger for første gang har opplevd trygdemedisinen spennende.

Speider har han alltid vært.

– Jeg begynte på det andre prekliniske kullet i Bergen i 1964. Vi hadde mye ettermiddagsundervisning, da det var klinikerne som underviste i mange av de prekliniske fagene. Blod-Halvor, Knut Halvorsen, tidligere overlege på Blodbanken på Haukeland, ble kjent for å servere skillingsboller og kaffe på kursene på ettermiddagstid i denne første tiden for preklinisk undervisning i Bergen.

Etter turnus i Namsos og Rissa og militærtjeneste jobbet han en tid i gruppepraksis sammen med Olav Rutle i Ullensaker. Deretter ble det Voss og indremedisin før han vendte tilbake til allmennmedisinen.

– *Hvordan var din vei inn i trygdemedisinen?*

– Da jeg tok jobben som trygdelege i 1979, var det for å sikre meg et levebrød på Voss. Etter at jeg var ferdig med gruppen-tjenesten i indremedisin på Haukeland, var det ikke ledig noen overlegestilling på Voss sykehus, og jeg bestemte meg for å begynne med allmennpraksis. Jeg var usikker på hvordan pasientgrunnlaget var og tok trygdelegestillinga i tillegg. Jeg tok over etter Birger Lærum, som hadde vært kontrollege (det som senere ble rådgivende lege) i trygden i mange år. Han var lungelege på lungesanatoriet Bjørkeli. Mange advarte meg mot å ta denne jobben, de mente faren var stor for å komme på kant med kollegaer.

Det er ikke til å stikke under en stol at temaet trygdemedisin for mange leger gir en tørr og kort etterklang. Det er et paradoks at trygdesaker, som for oss ofte oppleves tørre og kjedelige, for pasienten representerer avgjørende veivalg der de mer enn noen gang trenger en aktiv medspiller.

– Trygdesakene er ofte viktigere for pasienten enn resepten. Senest i dag så jeg dette alvoret hos en pasient, sier Bernt Daltveit. Arbeidsgiveren hadde sagt til mannen at han ikke lenger var frisk nok til å være i jobb og at han måtte se å få seg uføretrygd. Selv fikk han seg ikke til å nevne dette for doktoren før helt mot slutten av konsultasjonen, selv om dette nok var det som opptok ham mest.

– *Du har vært i jobben som trygdelege i 26 år og er den med nest lengst fartstid som trygdelege i landet. Hvordan har det vært?*

– Jeg har opplevd det som et fint supplement til det å være allmennlege. Trygdesaker er svært viktige for folk og det er berikende å kunne se sakene fra forskjellige sider. En får betydelig innsikt i trygdereglene og kan ofte raskt se om en sak faller utenfor eller innenfor. Det er en viktig oppgave som trygdelege å samle trådene og trekke essensen ut av legeerklæringene. Det hender også at jeg som trygdelege kan komme med innspill og forslag overfor legene når det gjelder behandling og undersøkelser som kunne vært forsøkt.



Bernt, 66 år. Anders 7 år. Bernt snakker seg fort varm når vi tenker inn på barnebarnet som han tilbringer mye tid sammen med.

Jeg jobber deltid som trygdelege og tror det er en fordel at de fleste trygdelegestillinger er deltidsstillinger. Vi er vant til å jobbe med pasienter og se sakene fra denne siden. Som trygdelege tar jeg også enkelte ganger inn pasientene for bedre å gjøre meg opp en vurdering.

– Oppfatter du deg mest som pasienten eller trygden sin advokat?

– Jeg er opptatt av at vi må forholde oss til det regelverket som gjelder. Vi kan ha forskjellige oppfatninger om trygde-reglene, men vi må alle følge reglene, ellers blir det forskjellsbehandling. Som trygdelege oppfatter jeg meg som en ressurs både for pasient, behandlende lege og trygden. Som fastlege opplever jeg i enkelte tilfeller at jeg må være pasientens advokat. Dette gjelder først og fremst når utfallet av trygdesaken blir et helt annet enn jeg har ment var

riktig. Da er det min oppgave å oppklare dette da det kan være viktige opplysninger som kan ha blitt mistforstått eller at de ikke har blitt sett og tatt hensyn til.

– Det blir jo alltid en del skjønn når det gjelder sykemeldinger og vi har vel alle av og til kjent på presset til å «gi etter» selv om vi vet at det i følge regelverket er tvilsomt om personen fyller kravene til sykemelding...

– Det er et viktig anliggende for meg å formidle betydningen av at vi alle forsøker å følge reglene. Når det gjelder sykemelding er det jo i utgangspunktet ikke nok å være syk. I tillegg skal pasienten være så syk at hun ikke kan arbeide. Å være sliten er i utgangspunktet ingen sykdom. Aktiv sykemelding har vært en god lærepenge i dette. Det er svært få som ved sykdom ikke kan være på arbeidsplassen og gjøre noe. Fokus på et inkluderende arbeidsliv er etter mitt

skjønn bra. Etter åtte uker må arbeidstaker og arbeidsgiver på banen og det setter fokus på hva folk kan gjøre selv om de ikke er helt friske.

Sykepengeordningen vår er så god at vi må ta godt vare på den. Vi som klarer å jobbe, må gjøre det og her må vi som leger ta vårt ansvar. Det burde vært enda mer informasjon og diskusjon rundt dette blant folk flest. I stedet for at trygde-etaten holdt møter for legene, burde det vært møter lokalt på forsamlingshuset i bygda om sykepengeordningen. Dette ville bevisstgjort folk og jeg tror det ville blitt en økende forståelse for hva som er meningen med sykemelding. Etter min mening må det til en økende forståelse av at «det er tøft dette livet, men sånn er det.»

Det å følge regelverket er også kollegialt viktig. Hvis vi forholder oss forskjellig til reglene for eksempel sykemelding, kan dette lett føre til at pasienter i fastlegeordningen kan bruke dette. Jeg har opplevd et par ganger at pasienter har skiftet fastlege fordi de ikke har fått sykemelding hos meg.

– Rundt ti prosent av befolkningen er uføretrygdet og rundt åtte prosent er sykemeldt. Har du noen tanker om hva dette sier om oss? Er trygdereglene for gode eller er samfunnet blitt så effektivt at folk blir syke av å jobbe?

– 1,4 millioner har her i landet hovedinntekten sin fra trygden. Årsakene er nok mange. Da alderspensjonen for alle kom i 1958 kan jeg huske at far refererte til en mann på Osterøy som uttalte at «eg kan vel ikkje få pengar for inkje». Denne holdningen har endret seg slik at sammenhengen mellom å yte og å motta ikke er så tydelig som før. Rederen Sigvald Bergesen mente at han ikke trengte alderstrygden og forsøkte forgiwes i alle år å returnere den. Det var det ikke rom for.

Det moderne samfunnet er komplisert. En trenger ikke det store handikappet for å falle utenfor. Tidligere var det muligheter til for eksempel å dra til sjøs. Dette krevde ingen utdanning. Nå kreves det studiekompetanse til det meste og mange som tidligere kunne fungere i arbeid ender nå opp med uføretrygd i ung alder.

Ved høy arbeidsledighet vil det ofte i første omgang kunne bli et lavt sykefravær fordi folk står på for ikke å miste jobben. Dette vil føre til slitasje som over tid igjen kan føre til mer uføretrygd. Tidligere kunne arbeidsledige få sykepenger utfra inntektsgrunnlaget før de ble arbeidsledige, og dermed høyere ytelser enn dagpengene. Dette førte til mange sykemeldte arbeidsledige. For en del år siden ble disse reglene forandret slik at sykepengene tilsvarte dagpengene. De arbeidsledige forsvant med dette i stor grad fra legekantorene.

Tidligere var også hver sykekaske i de forskjellige distriktene ansvarlig for å gå i balanse. Nå dekkes «underskudd» sentralt.

Har du inntrykk av at det er store regionale forskjeller mellom vurderingene og graden av strenghet i trygdesakene?

Det vil alltid kunne bli noe sprik i vurderingene. Trygdelegene møtes jevnlig på møter der det presenteres kasus som diskuteres. Dette er viktig for å gjøre behandlingen mest mulig lik.

– Mange har et inntrykk av at det har blitt vanskeligere å oppnå uføretrygd de siste årene. Det kan virke som om trygden har blitt «strengere». Hvordan er ditt inntrykk av utøvelsen av trygdereglene gjennom de 26 årene du har vært trygdelege? Har dette endret seg på noen måte?

– Det har vært en generell dreining mot fokus på muligheter i stedet for begrensninger. Dette er viktig både for pasienten og for legen og det er helt avgjørende for måten vi tenker på når pasienter ikke fungerer i arbeid. Tidligere var det nok lettere å få uføretrygd før alle muligheter var prøvd. Det skal ikke være lett å få uføretrygd og alt skal være prøvd for at et ungt menneske skal kunne være i arbeid. Men en går jo ikke så mange runder med en person som har passert 60 år.

Det at mange jobber en del og at det er lov å tjene en del ved siden av uføretrygden, sier jo også noe om hvor vi legger lista. Samtidig er det positivt at folk med uføretrygd holder seg i aktivitet og kanskje skulle uføretrygd med tanke på dette hatt et annet navn som var mindre passiviserende.

De siste årene har det jo også vært en dreining mot at pasienten aktiviseres og ansvarliggjøres i sin egen prosess på en annen måte enn tidligere. Det at pasienten selv skal få med seg legeerklæringa og levere den på trygdekantoret tydeliggjør dette. Min opplevelse er at dette gjør noe med vår rolle som sakkyndige. Jeg tror legeerklæringene var mer objektive tidligere da de ikke gikk via pasienten. Trygden benekter imidlertid dette. Alt i alt ser jeg endringene allikevel som en fordel for pasienten.

– En kan få inntrykk av at de med høy utdanning lettere får uføretrygd og oftere «slipper» runder med attføring. Er dette riktig?

– Det er en generell forståelse og aksept for at en ved attføring ikke skal gå dramatisk ned i lønn og at eventuelt nytt arbeid skal være mest mulig på samme utdanningsnivå. Dette kan jo sette noen begrensninger, men ellers gjelder de samme reglene.

– Hvor mye makt og innflytelse har en trygdelege over utfallet i en trygdesak?

– Vi har ikke så mye makt. Det har faktisk vist seg at trygden oftere følger behandlende leges konklusjon enn rådgivende lege hvis det er diskrepans mellom disse. Trygdeetaten sier allikevel at de ikke klarer seg uten rådgivende leger. Vi har en viktig rolle ved at vi gjennom vår kunnskap både om medisin og trygderegler kan samle trådene.

– *Hvordan er ditt inntrykk av fastlegenes trygdeerklæringer? Hvordan kan vi forbedre oss?*

– Jeg har inntrykk av at legene generelt er mer oppdatert på trygderegler nå enn før. Trygden er også mer på offensiven. Jeg synes imidlertid det er et betydelig forbedringspotensiale på erklæringene. Det er mye klipping fra journalnotater og det kunne vært mer oppsummering av de relevante opplysningene. Ofte kommer legene først på banen med alle opplysningene når det kommer en anke. Først da virker det som om mange går ordentlig gjennom saken. Fastlegene kunne nok også spille mer aktivt ut mot trygdekontoret og gjerne tidligere enn det som ofte skjer.

– *Med enkelte diagnoser, spesielt revmatologiske, følger det mange trygdeytelser. Det kan være reiser til syden, fysioterapi eller medikamenter på blå resept. Det har vært hevdet fra enkelte hold at mange nærmest symptomfrie pasienter får feriereiser og gratis behandling mens andre uten en slik diagnose kan ha mye større behov for disse ytelsene. Har du noen synspunkter på dette?*

– De fleste ytelser i trygden bygger på en funksjonsvurdering. Dette gjelder alle former for sykepenger og uførhetsytelser. Diagnosestyrte ytelser kan bli urimelige og kan misbrukes og det kan klart være behov for å endre reglene for dette. Voss Trygdekontor har spesialfunksjon for å behandle søknader om dekking av legemidler og jeg fungerer som rådgiver i disse sakene. Vi behandler spesielt mange søknader om dekking av kostbare medikamenter, for eksempel innen revmatologien. Dette er også diagnosestyrte ytelser og kan falle urimelig dårlig ut for diagnoser der det medisinsk sett er samme indikasjon for behandling, men der diagnosen ikke gir rett til dekking av utgiftene.

– *Du har vært privatpraktiserende og deretter fastlege på Voss i mange år. Hvordan har det vært å følge pasientene over så mange år?*

– Mange oppleves nesten som gode venner. Mange er like gamle som meg, jeg har fulgt dem i alle år, og når jeg nå opplever at disse mine jevn gamle og fortsatt «unge» mennesker blir alvorlig syke, oppleves det tungt og vanskelig, og personlig.

En utfordring som allmennlege er å holde undersøkelsen i hevd. Jeg legger vekt på å forsøke å undersøke ordentlig, ikke sluntre unna dette. Det er fort gjort å gjøre en full klinisk undersøkelse når en får det som en rutine. En ting er ikke å stille diagnosen hvis du har undersøkt, noe helt annet er ikke å stille diagnosen hvis du ikke har undersøkt.

For mange på Voss er Bernt Dalteit mest kjent som bestefar, speiderleder, leirlege og friluftsentusiast. Han skulle ønske at flere oppdaget hemmeligheten ved opplevelsene i naturen og på farten videre til trygdemøte i Florø bedyrer han at «det å lære å ferdes ute i naturen er noe annet enn å springe rundt i en «fotballbinge» ...»

FORSKERKURS:

Kvalitative forskningsmetoder i klinisk forskning

Kvitsøy, Rogaland 20.–22. sept 2005

Kurset er beregnet på forskere med erfaring fra innsamling og bearbeiding av kvalitative data, eller med godt gjennomarbeidede prosjektbeskrivelser av kvalitative prosjekt der problemstillingen er hentet fra praktisk klinikk. Forskere fra barnepsykiatri og allmennmedisin med pågående prosjekter har fortrinnsrett til kurset.

Formålet med kurset er erfaringsutveksling og identifisering av metodedilemmaer som utgangspunkt for utviklingsarbeid innen forskningsfeltet.

Det forutsettes betydelig egeninnsats fra deltakerne da programmet er lagt opp rundt deltakernes presentasjon av egne prosjekt og diskusjonen av dem. Perspektivet for diskusjonene vil være å forene en kritisk vitenskapsteoretisk tilnærming med praktiske erfaringer.

Seminaret blir arrangert av Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og Regionssenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Vest.

Kurskomite og forelesere er:

forsker dr. psykol. Per Einar Binder, forsker dr.med. Marit Hafting, forsker dr. psykol. Helge Holgersen, førsteamanuensis dr.med John Nessa, førsteamanuensis dr. med. Per Stensland, professor dr.med. Kirsti Malterud.

Antall timer: 16.

Deltakeravgift: kr 1600.

Begrenset deltakerantall, maks 25.

Nærmere opplysninger om den faglige delen av kurset ved
Per Stensland: Per.Stensland@isf.uib.no eller
Per Einar Binder: Per.Einar@psykp.uib.no

Påmelding med kort prosjektbeskrivelse/abstrakt sendes marit.hafting@rbup.uib.no innen 1. juli.05

Seminaret er søkt godkjent som tellende timer til spesialiteten i allmennmedisin og som spesialistkurs for psykologer under spesialisering.

Overnatting bestilles av deltakerne SELV på <http://www.kvitsoy-maritim.no/>

Reise: Deltakerne bestiller selv reise.

Båttransport til Kvitsøy onsdag 20. september: Mekjarvik–Kvitsøy, fra Mekjarvik kl 1950.