

# Utposten

6 2021  
ÅRGANG 50

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Tema:  
**Trygdemedisin**

Reisebrev fra Grønland  
Grensetesting covid-19  
Forstoppelse og legemidler



**UTPOSTEN****v/Kristin Olavsdatter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

**REDAKTØRENE  
AV UTPOSTEN****Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

**Kristina Riis Iden**

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

**Jan Håkon Juul**

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

**Kari Thori Kogstad**

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

**Njål Flem Mæland**

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

**Therese Renaa**

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

**Marit Tuv**

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

**FAGLIG MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

**Mona S. Søndena**

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO: Kristin Olavsdatter Rutle  
Fjellvann i AurdalDESIGN/LAYOUT:  
Morten Hernæs  
07 MediaREPRO OG TRYKK:  
07 Media

NO - 1470

Du finner Utposten på  
**www.utposten.no**

ILLUSTRASJONER: COLLABORBOX

**1 LEDER: Trygdemedisin i Utposten***Njål Flem Mæland***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Klokkertro på mestringstro***Ragne G.H. Gjengedal intervjuet av Lisbeth Nilsen***4 – En jobbfokusert terapi er en annen måte å tenke behandling på***Lisbeth Nilsen***5 Lager egen veileder for fastlegene***Lisbeth Nilsen***TEMA: TRYGDEMEDISIN 1****7 De rådgivende legene i Nav – samhandlere, ikke kontrollører***Grete Damberg***8 Praksisdag i Nav for medisinstudenter***Njål Flem Mæland***10 Evnebasert helsebegrep i medisinsk praksis***Hans Magnus Solli***14 Fibromyalgi. En praktisk tilnærming sett fra en Nav-leges ståsted***Njål Flem Mæland***20 OBJEKTIVITET I LEGEERKLÆRINGER:****Fra objektive funn til bruk av egne kognitive evner***Hans Magnus Solli***23 ANDRE REISEBREV FRA GRØNLAND: En smakebit av hverdagsliv***Eik Kolstrup***TEMA: TRYGDEMEDISIN 2****26 Sakset fra forskning på sykmelding og retur til arbeid***Kompilert av Lisbeth Nilsen***27 VILKÅR FOR LØNNSKOMPENSASJON: Utenforskap gjør at vi må tenke nytt***Georg Espolin Johnson***29 UTFORMING AV GRUNNINNTAK: En mulig modell***Georg Espolin Johnson***34 DEN NEVROPSYKOLOGISKE UNDERSØKELSEN:****– En kartlegging av kognitiv funksjon og psykisk helse***Anne-Lise Juul Haugan***37 AKUTTINNLEGGELSE I PSYKIATRIEN:****Vurdering av samtykkekompetanse***Tore Buer Christensen og Hanna Buer Haddeland***39 E-læringskurs i trygdemedisin***Hans Magnus Solli***40 Grensetesting på 1-2-3.****Erfaringinger fra en Nordlandskommune***Kjell Gunnar Skodvin***42 BOKANMELDELSE:****Utfordringer og håp***«Hvordan krenkede barn blir syke voksne» anmeldt av Eli Berg***44 BOKANMELDELSE:****Til ettertanke – og stor respekt***«Mamma er trygda» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**



# Trygdemedisin i Utposten

Som turnuskandidat midt på nittitallet sto det på timeboka: «Fornyet vurdering av uføretrygd». Jeg følte uro foran oppgaven. I journalen var det beskrevet smerter her og der i kroppen og lite funn. – Hva gjør jeg nå? tenkte jeg. – Hvordan kan jeg vite om han kan jobbe? Jeg spurte en mer erfaren kollega ved kontoret, og hun svarte omtrent slik: – Tenk deg at det er et jobbintervju. Ville du ha ansatt vedkommende? For meg var det noe som skurret med dette rådet, men jeg var usikker på akkurat hva. Jeg gikk forvirret inn til pasientmøtet, og enda mer forvirret ut fra det.

Siden har jeg fortsatt å oppleve slike trygdemedisinske oppgaver som kreven- de, og med årene har jeg forblitt forvirret – men på et stadig høyere nivå, og det hjelper jo! Jeg har også forstått at det rådet jeg fikk fra min kollega var dårlig. Enkelt sagt: Min oppgave er først og fremst medisinsk, å stille diagnoser, og å gi god omsorg og behandling. I møtet med sammensatte helseplager må jeg bry meg om hele livet til pasienten. Jeg må si noe om funksjon, først og fremst ved å gjengi det pasienten forteller om sin hverdag. Når jeg skriver til trygden, er min oppgave å legge fram dette på en ryddig

måte. I seg selv gir det sjelden noen sikker konklusjon om arbeidsevne. Arbeidsevne er så mye mer enn det biomedisinske funksjonstapet, og inkluderer personens evner, målsettinger og miljø i vid forstand. Jeg går altså fort ut over min rolle om jeg påtar meg å vurdere noen opp mot en mulig ansettelse.

I dette nummeret av *Utposten* har vi trygde- medisin som tema. Trygdemedisin er et komplekst fagfelt som omfatter hele medisinen, og som i tillegg beveger seg i grenseland mot juss og politikk. Fast- legene er trygdemedisinens førstelinje- tjeneste (1). Oppgavene er omfattende og tidkrevende. Legen vil også ha en dobbelt- rolle, som både behandler (forståelsesfull og empatisk) og sakkyndig (nøktern og nøytral). Med to slike hatter på samme tid, og med pasienten i samme rom, kan man fort føle seg som et tohodet troll.

I paragraf 1-1 i Lov om folketrygd heter det: «Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer.» For folketrygden er altså utjevning og likhet et eksplisitt mål. Det er et mål som vi vet også fremmer folkehelsen.

Trygdemedisinen fortjener derfor oppmerksomhet. I dette nummeret av

*Utposten* belyser vi temaet fra for- skjellige vinkler. Håpet er at lesing av disse artiklene vil bidra til økt innsikt, forebygge konflikter med pasient og med Nav og lette arbeidsbyrden. Hans Magnus Solli skriver innsiktsfullt om det vanske- lige begrepet objektivitet. I en annen artik- kel ser han nærmere på helsebegrepet med en tilnærming til helse gjennom ordet evne. Nevropsykologiske utrednin- ger brukes hyppig av Nav, og Anne-Lise Juul Haugan sin artikkel gir kunnskap om slike utredninger. Georg Espolin Johnson gir et helt nytt perspektiv på feltet: Må det være slik at ytelser for livsopphold knyttes til sykdom? Kan en grunninntekt uavhengig av helse være et alternativ?

For den som ønsker ytterligere fordypning kan NHI/legehandboka sitt 15 timers emnekurs i trygdemedisin anbefales. Kurset gir en mer utdypende omtale i en egen artikkel fra en tidligere redaktør i *Utposten*.

God lesning!

NJÅL FLEM MÆLAND

#### REFERANSE

1. <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/book/m-208>.



# Klokkertro på mestringstro

Ragne G.H. Gjengedal ■ INTERVJUET AV LISBETH NILSEN

**En faktor kan med stor sannsynlighet forutsi hvilke pasienter med angst og depresjon som kommer tilbake i full jobb etter sykmelding.**

– Vi vet at selv om vi ser symptombedring etter vanlig kognitiv terapi hos dem som er sykmeldt for angst og depresjon, så kommer ikke folk nødvendigvis raskere tilbake

til arbeid, sier forsker og psykologspesialist Ragne G.H. Gjengedal til *Utposten*.

Hun er enhetsleder for Poliklinikken Raskere tilbake ved Diakonhjemmet sykehus og

førsteforfatter av en studie som har målt pasientenes egen tro på at de vil komme tilbake til jobb, såkalt mestringstro. Den faktoren har i flere utenlandske studier vist å være en god prediktor for retur til arbeid. Artikkelforfatterne av den norske studien, som ble publisert i *Journal of Occupational Rehabilitation* i år, kommer til samme konklusjon.

– Tidligere forskning har vist at graden av mestringstro, med høyere sannsynlighet enn reduksjon av symptomer på angst og depresjon, kan forutsi hvem som er tilbake i fullt arbeid etter behandling, sier Ragne G.H. Gjengedal, enhetsleder ved Poliklinikken Raskere tilbake på Diakonhjemmet sykehus. FOTO: LISBETH NILSEN



## Validerte spørreskjema

Studien omfatter data fra 626 pasienter med angst og depresjon som av fastlegen sin ble henvist til Poliklinikken Raskere tilbake. Cirka halvparten av pasientene var sykmeldt – fordelt på like mange i full sykmelding og i gradert sykmelding.

I studien har forskerne validert spørreskjemaet Return-to-Work Self-Efficacy Questionnaire (RTW-SE), som kartlegger pasientens mestringstro. Det er første gang dette spørreskjemaet er validert i Norge på denne pasientgruppen.

– Studien vår viste at skjemaet har gode psykometriske egenskaper, og vi fant at mestringstro er en sterk prediktor for retur til arbeid. Tidligere forskning har vist at graden av mestringstro, med høyere sannsynlighet enn reduksjon av symptomer på angst og depresjon, kan forutsi hvem som er tilbake i fullt arbeid etter behandling, forteller Gjengedal.

Primærendepunktet var 100 prosent retur til arbeid. Lav mestringstro både før og etter behandling var signifikant forbundet med høyere sannsynlighet for ikke å være tilbake i full jobb tre, seks og tolv måneder etter terapistart.

En høy mestringstro blant dem som fortsatt var fullt sykmeldt etter behandling, økte sannsynligheten for å komme tilbake i full jobb, sammenlignet med pasienter med lav skår.

## Symptomlindring

Mestringstroen var høyere hos delvis sykmeldte enn hos fullt sykmeldte. Mye symptomer på angst og depresjon var forbundet med lavere mestringstro. I behandlingsgruppen økte mestringstro signifikant, sammenlignet med ventelistegruppen.

Nær tre av fire med depresjon hadde god effekt av behandling, mens én av fire pasienter på venteliste hadde bedring av depresjonssymptomer. I underkant av 65 prosent med angst hadde god effekt av behandling, og blant ventelistepasienter hadde noe over 17 prosent symptombedring.

– For meg handler det først og fremst om å gi pasientene god behandling, og den må tilpasses hver enkelt pasient. Vi skal både lindre plagene og samtidig hjelpe pasien-

ten tilbake til arbeid eller skole. Mange behandlere har vært litt bekymret for om jobbfokuset går utover den kliniske behandlingen. Men selv om vi tar inn fokus på jobb, ser vi en like stor effekt på angst- og depresjonssymptomene, kommenterer Gjengedal.

## En av fire ble mobbet på jobb

De 626 pasientene i studien er også spurt om de er blitt mobbet på arbeidsplassen. Resultatene er nylig publisert, med Sarah Helene Aarestad som førsteforfatter og Gjengedal som medforfatter.

En av fire pasienter hadde vært utsatt for mobbing, og disse hadde en lavere mestringstro enn de som ikke hadde opplevd mobbing. De som var blitt mobbet, hadde mer somatiske plager, mer smerter og mer depresjon og angst, spesielt depresjon. Og dobbelt så mange var fulltidssykmeldt.

– Mobbing er å bli utsatt for langvarige negative hendelser og være i et maktforhold der du ikke klarer å forsvare deg mot hendelsene. Mobbing er altså noe mer enn en konflikt med en kollega. Vi trodde kanskje at mobbing på arbeidsplassen gjaldt 10–15 prosent av pasientene, men prevalensen i vår studie var på nesten 26 prosent. Det er mye, sier Gjengedal.

Forskerne har også sett på mestringstro og resiliens – psykologisk motstandskraft.

– Pasienter med høy resiliens hadde høyere mestringstro enn dem med lav resiliens, uavhengig av mobbing. Men også de med høy resiliens opplever å bli syke av mobbing, sier Ragne Gjengedal.

### DETTE ER DE NORSKE STUDIENE SOM OMTALES:

- Journal of Occupational Rehabilitation, 2021 (Ragne G.H. Gjengedal et al) doi: 10.1007/s10926-021-09957-8
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8298338/>
- Work, 2020 (Ragne G.H. Gjengedal et al) doi: 10.3233/WOR-203208
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7504991/>
- Frontiers of Psychology, 2020 (Sarah Helene Aarestad et al) doi: 10.3389/fpsyg.2020.583324
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7674394/>
- Industrial Health, 2021 (Sarah Helene Aarestad et al) doi: 10.2486/indhealth.2020-0064
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8365868/>



– Selv om vi tar inn fokus på jobb, ser vi en like stor effekt på angst- og depresjonssymptomene, sier psykologspesialist og stipendiat Ragne G.H. Gjengedal. FOTO: LISBETH NILSEN

## FAKTA OM RETURN-TO-WORK SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE (RTW-SE)

- Spørreskjemaet består av flere spørsmål om pasientens egen tro på blant annet å kunne mestre arbeid, psykiske plager, stress og utfordringer på jobben – såkalt mestringstro (self efficacy).
- Symptomer på angst og depresjon ble målt ved henholdsvis Beck Anxiety Inventory (BAI) og Beck Depression Inventory (BDI-II).
- Studien er gjennomført blant 625 pasienter som i perioden 2013 til 2016 ble henvist fra fastlege til poliklinikken Raskere tilbake ved Diakonhjemmet sykehus.
- RTW-SE hadde gode psykometriske egenskaper, og mestringstro var en sterk prediktor for å komme tilbake i 100 prosent jobb.
- Svarene i skjemaet gir en skår fra 1–6, der 6 er svært høy mestringstro.
- I den norske valideringsstudien er høy skåre definert som minst 4,6 og en lav skår er under 3,7.

– For meg handler det først og fremst om å gi pasientene god behandling, og den må tilpasses hver enkelt pasient.



# – En jobbfokusert terapi er en annen måte å tenke behandling på

**Spørreskjemaet om mestringstro inngår i behandlingsopplegget jobbfokusert terapi ved Raskere-tilbake-poliklinikken på Diakonhjemmet sykehus.**

– En jobbfokusert terapi er en annen måte å tenke behandling på. Vi klarer ikke å øke mestringstroen uten å gi pasientene god behandling for angst og depresjon, men i tillegg har vi fokus på arbeid og på kartlegging av pasientens funksjon. Her er samarbeidet med fastlegene viktig. Det er fastlegen som har hovedansvaret og som skal følge opp pasienten over tid, sier Ragne G.H. Gjengedal, enhetsleder ved poliklinikken.

Effekten av jobbfokusert terapi er undersøkt i en observasjonsstudie publisert i Work i fjor, og Gjengedal er førsteforfatter.

87 pasienter fikk gjennomsnittlig ti behandlingstimer over cirka 18 uker med kognitiv eller metakognitiv terapi og jobbfokus. Forskerne så på andelen som ble

helt friskmeldt etter behandling. Kontrollgruppen utgjorde 95 pasienter som hadde stått på venteliste for behandling i cirka 11 uker.

Etter behandling var over 41 prosent tilbake i full jobb. Blant pasienter på venteliste var drøyt 26 prosent tilbake i fulltidsjobb.

Cirka 39 prosent var fortsatt delvis sykmeldt etter endt behandling. I kontrollgruppen gjaldt dette drøyt 46 prosent.

– Vi har stor tro på gradert sykmelding, og det er vel det i IA-avtalen som har vist størst effekt på sykefravær. Gradert sykmelding bidrar til å øke mestringstroen, sier Gjengedal.

## **De fleste tilbake i jobb**

Hun viser til at nederlandske og tyske stu-

dier har sett lignende effekt av terapi med jobbfokus, som i den norske studien.

– Men studien vår er en observasjonsstudie, og det trengs mer forskning og randomiserte studier. Nå har vi akkurat avsluttet en randomisert studie. Behandlingen er metakognitiv terapi med jobbfokus, og pasientene ved poliklinikken vår er randomisert til oppstart av behandling eller til å stå på venteliste. Vi kan ikke si noe om resultatene, for vi har ennå ikke sett på dataene, forteller forskeren.

## **– Kommer dere til å følge opp pasientene videre etter endt behandling?**

– Vi har fått akseptert en artikkel i *BMJ* som viser andelen som var fullt sykmeldt ett år før behandling og ett år etter. Vi ser at de fleste kommer tilbake til full jobb. Mange kommer tilbake ganske raskt, mens en liten gruppe fortsatt står utenfor arbeidslivet. Det er viktig å finne fram til disse sårbare gruppene, for å unngå at de faller helt ut av arbeidslivet, poengterer Ragne G.H. Gjengedal.



# Lager egen veileder for fastlegene

**Klinikerne på Diakonhjemmet sykehus har sin egen behandlingsveileder for jobbfokusert terapi. Nå kommer snart en veileder for fastlegene.**

– Tradisjonelt i psykiatrien har det ikke vært så tett samarbeid med fastlegene, men ved jobbfokusert terapi trenger vi å samarbeide, sier Bente Aschim, rådgivende lege ved Poliklinikken Raskere tilbake på Diakonhjemmet sykehus og tidligere fastlege.

Fokusgruppeintervjuer hun har gjennomført med fastleger viser at også fastlegene har behov for samarbeid med Raskere-tilbake-poliklinikken. Sammen med sykehusets praksiskonsulent utarbeider Aschim en behandlingsveileder i jobbfokusert terapi for fastlegene.

## Ett spørsmål nyttig

– Kan fastlegene gi like god behandling som dere?

– Ved lettere depresjon og angst kan fastlegene gjøre mye selv, og jeg mener at utdanning innen kognitiv terapi ikke er nødvendig. Det kan være nyttig ikke bare å følge Helsedirektoratets sykmeldingsveileder, men å stille pasienten et åpent og uforpliktende spørsmål: «Tror du at du vil være tilbake i jobb om noen uker?» eller: «Når tror du at du kan være tilbake i jobb?». Jeg

forbauses ofte over hvor stor tro pasienten selv har på å komme tilbake. Men det er store variasjoner i sykmeldingsforståelsen.

## På pasientens side

Alle pasientene ved Raskere-tilbake-poliklinikken er med på å lage en plan for retur til jobb.

– Mange fastleger pekte på utfordringer rundt åpenhet om psykiske lidelser og diagnose. Og i fokusgruppeintervjuer vi har hatt med pasientene, kom det frem at det fortsatt er mye stigma. Det er forskjeller på arbeidsgivere, og vi hjelper pasientene med hva de skal si, og hvem som skal involveres. Hvordan retur til arbeid skal skje, må tilpasses individuelt. Det er mye snakk om fastlegenes portvokterrolle, men i disse situasjonene handler det mer om å være på pasientens side, mener Aschim.

– Hvor ofte stoppes pasienten av at arbeidsgiver er uvillig til å ta dem tilbake i jobb?

– Ikke sjelden har jeg møtt uføretrygdede som sier at de hadde ønsket å ha en jobb.



– Det er mye snakk om fastlegenes portvokterrolle, men i disse situasjonene handler det mer om å være på pasientens side, sier Bente Aschim, rådgivende lege ved Poliklinikken Raskere tilbake på Diakonhjemmet sykehus og tidligere fastlege. ARKIVFOTO

Jeg har vært fastlege i Oslo i 40 år, og det er vanskeligere for sykmeldte nå enn før, selv om mange arbeidsgivere også er flinke.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

# UTPOSTEN

– en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

# De rådgivende legene i Nav – samhandlere, ikke kontrollører

■ GRETE DAMBERG • Sjefflege i Nav

**Hvilken rolle har de rådgivende legene i Nav? Mange tror at det er disse legene som bestemmer hvem som skal ha hvilken ytelse. Slik er det ikke.**

Blant de 19 000 ansatte i Nav jobber det omkring 130 leger i hele eller mindre stillinger. Dette er leger som har erfaring fra klinisk arbeid. Mange har vært eller er fastleger og er spesialister i allmennmedisin. Dessuten kommer flere fra spesialisthelsetjenesten. Det fins spesialister i psykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi, øre/nese/hals, øye, pediatri, gynekologi, ortopedi eller indremedisin. Flere av legene er også spesialister i samfunnsmedisin, eller er under utdanning i denne spesialiteten. Med så mange ulike fagbakgrunner har Nav et mangfold av leger som kan utnytte sin kompetanse på tvers av organisasjonen.

Legene i Nav bidrar til målet om at flest mulig skal ha mulighet for å være i arbeid og meningsfull aktivitet. Rådgivning til saksbehandlere, som skal fatte vedtak om helserelaterte ytelser (sykepengen, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd), er en av oppgavene. Da er det viktig at de rådgivende legene har god trygdemedisinsk kompetanse. Kunnskap om folketrygdlovens regelverk settes i sammenheng med medisinske vurderinger. Slik bidrar de rådgivende legene til at veiledere og saksbehandlere får et riktigst mulig grunnlag for oppfølging av brukere, og for vurdering av søknad om ulike helserelaterte ytelser.

## Gjør ingen vedtak

De rådgivende legene fatter ikke vedtak i saker. Det er det veilederne i Nav-kontor og saksbehandlere i forvaltningsenhetene som gjør. I vedtak legges også vekt på andre

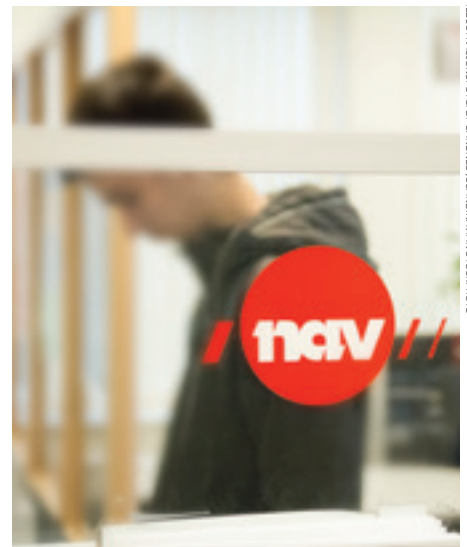
momenter enn de rent medisinske, for eksempel hvilken arbeidserfaring og kompetanse brukeren har, hvilke muligheter det er for tilrettelegging, og om tiltak kan øke brukerens arbeidsevne.

De rådgivende legene baserer sine uttalelser på de medisinske opplysningene som er innhentet fra fastlege eller andre behandlere. Det er fastlegen/behandleren som undersøker personen, som har ansvar for behandling og som på anmodning må dokumentere til Nav. De rådgivende legene snakker ikke med eller undersøker brukere, men benytter de medisinske opplysningene som foreligger i saken og andre relevante saksdokumenter, når de gir råd til veilederne og saksbehandlere.

De rådgivende legene hjelper veiledere og saksbehandlere med å forstå og å vurdere de medisinske opplysningene de har hentet inn. Det er viktig at Nav har fått saken godt nok medisinsk belyst før det fattes vedtak om rett til en ytelse. Derfor bistår de rådgivende legene også veilederne og saksbehandlere med å formulere relevante spørsmål til blant annet fastlegen. Slike spørsmål kan for eksempel være hva legen vurderer vil være riktig behandling for å bedre funksjons- og arbeidsevnen. Kartlegging av funksjonsevne er viktig for å gi en best mulig oppfølging – både fra Nav, fra eventuelle arbeidsgivere og fra de som følger opp dersom personen er i tiltak.

## God trygdemedisinsk kompetanse

Gjennom rådgivning og samarbeid med veilederne og saksbehandlere bidrar de



ILLUSTRASJONSFOTO: BR. SANDNES/SCANDINAVIANSTOCKPHOTO

rådgivende legene til å gi trygdemedisinsk kompetanse, samt øke forståelse av medisinske vurderinger og helsetjenesten sin rolle i Nav. Nav har i tillegg lagt opp til mer systematisk opplæring av veiledere og saksbehandlere i trygdemedisin, samt ulike former for intern opplæring og erfaringsutveksling mellom legene i Nav.

Nav er også opptatt av at fastlegene og andre behandlere har kunnskap og forståelse for Nav sine oppgaver og roller. Derfor ønsker vi et godt samarbeid med fastlegene. Mange steder i landet holder den rådgivende legetjenesten kurs for allmennleger om trygdemedisinske tema, gjerne i samarbeid med lokal legeforening eller sykehus. Ulike lokale møteplasser mellom Nav og fastleger fins også. De rådgivende legene ser fram til fortsatt godt samarbeid med fastlegene lokalt og sentralt, til beste for pasient og bruker.

■ GRETE.DAMBERG@NAV.NO



# Praksisdag i Nav for medisinstudenter

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Fastlege ved Hallset legesenter, rådgivende overlege i Nav Trøndelag og universitetslektor ved NTNU

På initiativ fra fylkesledelsen i Nav Sør-Trøndelag planla og gjennomførte vi i 2013 praksisutplassering ved Nav-kontor for sjetteårs medisinerstudenter. Praksisdagen er nå en fast del av undervisningen i trygdemedisin. Denne artikkelen redegjør for prosessen mot realisering, samt gjennomføring og evaluering av praksisdagen.

Nav forvalter en rekke ytelser hvor inngangsbilletten er betinget i helsemessige forhold som sykepenger, arbeids- og avklaringspenger og uføretrygd. Disse ytelsene er av et betydelig økonomisk omfang. For å forvalte disse ytelsene riktig er Nav helt avhengig av et godt samarbeid med legene, spesielt med fastlegene. Blant annet er kvaliteten på møter med legene og kvaliteten

på erklæringer fra legene, avgjørende for at riktig tiltak velges for den enkelte. Det er derfor viktig for Nav at nyutdannede leger er motiverte for trygdemedisinske oppgaver, og har nødvendige ferdigheter og holdninger til å utføre disse.

Fra det medisinske fakultetet sin side er trygdemedisin sett på som et viktig fag, med et betydelig volum i en fastlegepraksis. Trygdemedisin er komplekst i den forstand at man anvender den totale medisinske kunnskap i et grenseland mot juss. Trygdemedisin innebærer praktiske ferdigheter både muntlig og skriftlig. Det var derfor et felles ønske om mer praktisk rettet undervisning enn det som ble gitt bare ved forelesninger.

Som pedagogisk metode for å oppnå dette, valgte man å utplassere studentene en dag ved et lokalt Nav-kontor i løpet av studentenes seks ukers allmennpraksisutplassering på sjette studieår. Tidligere har slik praksis vært tilfeldig og avhengig av lokale løsninger hos den enkelte praksislærer. Ønsket var nå å gi et systematisk og samlet tilbud av høy kvalitet til hele medisinerkullet.

Det ble gjennomført en pilot på to forskjellige Nav-kontorer høsten 2013. Fra høsten 2014 gikk så tilbudet til hele studentkullet. Det har siden da årlig blitt gjennomført åtte praksisdager på tre forskjellige Nav-kontor, med inntil 12 deltagere i hver gruppe. På grunn av pandemien ble tilbudet høsten 2020 delvis gitt digitalt. Det er satt opp konkrete mål for utplasseringen (RAMME 1).



*Njål Flem Mæland deler sine erfaringer med praksisdag ved Nav for sjetteårs medisinstudenter.*

## RAMME 1

### MÅLSETTINGER

- Øke studentenes forståelse av Nav sin rolle i den norske velferdsstaten og av Nav sitt behov for samhandling med helsevesenet.
- Gi et innblikk i Nav sine arbeidsformer og arbeidsoppgaver og en forståelse av saksbehandlingen i Nav sin arbeidshverdag.
- Senke studentenes følelse av barriere og frykt når det gjelder å ta kontakt med og å samhandle med Nav i sine framtidige legejobber.
- Øke forståelsen for hvordan en god legeerklæring skal utformes, hvilke opplysninger den skal og ikke skal inneholde, og hvilken betydning erklæringene har som juridiske dokumenter. Gi studentene en opplevelse av hvordan saksbehandler og rådgivende overlege leser og bruker legeerklæringer.
- Gi en praktisk erfaring i at medisinske vurderinger innebærer et skjønn.

### Idéfasen

To erfaringer ble viktige for piloten som ble planlagt i 2013. Det første var erfaring fra tilsvarende utplasseringer i egen studietid. Her så man to feller: Å gjøre innholdet for lokalt og smått («Her er garderoben», «Vi syns vi har mange med sammensatte problemer som klienter»), eller motsatt, å gjøre det for generelt, slik at det like gjerne kunne vært undervist i form av forelesning («Paragraf 5 i loven sier at...», «ti prosent av statsbudsjettet går til...»).

Den andre erfaringen er fra egen oppstart som rådgivende lege i Nav (ROL). Etter mange års arbeid som fastlege var det en tankevekker å sitte på den andre siden av bordet. Å skulle bruke og saksbehandle ut fra andres erklæringer gir en helt ny opplevelse av hvilke behov Nav har. Stilt overfor konkrete spørsmål utledet fra lovverket, synliggjøres umiddelbart forskjellen på en anvendelig og en lite anvendelig erklæring. Erfaringen av å jobbe som ROL ga derfor en umiddelbar effekt på kvalite-

## PROGRAM FOR PRAKSISDAGEN

### 0900–0915: Velkommen og introduksjon til dagen.

En kort introduksjon til dagens målsetting og innhold, praktiske opplysninger, innspill og ønsker fra studentene.

### 0915–0945: «Vårt Nav-kontor»

Et overblikk over aktuelle Nav-kontor sine ressurser og oppgaver. Hvem er vi, hva gjør vi, hvor store summer forvalter vi?

### 0945–1000: 15 minutters omvisning

#### 1015–1130: Hos veileder

Studentene fordeles i grupper på to til tre hos saksbehandlere som viser dem to til fire aktuelle saker vedkommende jobber med. Disse sakene skal illustrere samhandling behandler – Nav – medlem, og betydningen av legeerklæring i saken.

### 1130–1200: Intro til «lag erklæring», samt gjennomlesning av dokumenter.

Studentene deles i tre grupper som jobber parallelt med samme oppgave. Det skal lages en legeerklæring ut fra dokumenter, se eget oppgaveark med tips.

### 1200–1230: Lunsj

### 1230–1315: Gruppearbeid – lag erklæring til aktuell sak.

1315–1345: Gjennomgang av gruppearbeid med tilbakemelding på erklæringene som er laget. Diskusjon om spørsmålene til ROL i plenum.

### 1345–1400: Pause

1400–1500: Sakkyndigrollen, råd om å lage erklæringer, sykemeldingskasus. Ved ROL.

1445–1500: Evaluering av dagen.



## EVALUERING FRA 1–10 fra 86 STUDENTER HØSTEN 2014

|           |             |
|-----------|-------------|
| Faglig:   | snitt: 9,18 |
| Praktisk: | snitt: 9,41 |
| Helhet:   | snitt: 9,36 |

RAMME 2

ten i egne erklæringer. Utfordringen var derfor: Er det mulig å gi studentene den samme opplevelsen i løpet av en praksisdag?

### Program

Programmet for dagen vises i ramme 2. Som man ser, holder leder ved det lokale Nav-kontoret en kort presentasjon av kontorets betydning i lokalsamfunnet. Oppdraget er å vise omfanget av forskjellige ytelser i kontorets nedslagsfelt.

På forhånd er det rekruttert tre til fire veiledere som velger to til tre aktuelle saker med relevante legeerklæringer. Studentene skal så bruke de medisinske opplysningene til å ta stilling til videre ytelser og tiltak for brukeren. Studentene vurderer da de medisinske opplysningene opp mot lovverk for ytelsen. Etter dette blir studentene presentert for en bearbeidet og anonymisert sykehistorie fra en uføresak. Denne danner utgangspunkt for et gruppearbeid hvor målet er å skrive en selvstendig erklæring. Dermed får man også en øvelse som innebærer skriftliggjøring. Dagen blir avsluttet med at ROL snakker litt om sakkyndigrollen og legger fram konkrete kasuistikker med spørsmål om sykmelding.

Det er laget en rekke dokumenter som tydeliggjorde forventninger til hver enkelt underviser. Tanken er at det skal være mulig, ut fra disse dokumenter alene, å gjennomføre praksisdagen også for andre enn de som var involvert i planleggingen. Dette

har også fungert fint, og seks forskjellige ROL har etter hvert gjennomført slike dager ved totalt fem forskjellige Nav-kontorer basert på disse dokumentene.

### Ressurser

Gjennomføringen av en slik praksisdag er ressurskrevende. Det krever planlegging praktisk mot timeplan, informasjon til studenter og praksisveiledere, koordinering av påmelding, oppfølging av kontaktperson ved hvert Nav-kontor, lokale til undervisning, kort foredrag fra kontorets Nav-leider, om lag to arbeidstimer fra hver av de tre til fire veilederne, samt en hel arbeidsdag for en ROL.

### Studentenes evaluering

Det ble i 2014 gjennomført systematisk evaluering av praksisdagen. Studentene fremhever som positivt spesielt tiden med veileder, og den opplevelsen det gir av hva en erklæring bør inneholde. Typiske positive tilbakemeldinger: «I en liten gruppe er det mulig å diskutere ting man er usikker på», «Kjekt å se hvordan man jobber med saker i Nav», «Jeg fikk klarhet i legens rolle», «Jeg forstår at ikke alt er så rett fram» og «Nå forstår jeg hva en erklæring skal inneholde».

### Erfaringer

En viktig målsetting med praksisdagen er at studentene skal få en opplevelse av at er-

klæringer legen skriver har en betydning. I så måte er tiden med veileder helt vesentlig for suksess. Studenten kommer fra denne opplevelsen med en tydelig opplevelse av nysgjerrighet på mer læring, med ydmykhet for veileders arbeid, og med økt forståelse for betydningen av en god erklæring.

Dokumentene til gruppeoppgaven med uføresak er med årene blitt forenklet av tidshensyn. Forelesningsdelen fra ROL på slutten har blitt mer og mer vinklet opp mot sykepengesaker. Dette etterspørres av studentene, trolig fordi det er nettopp slike saker de møter i sin utplassering i allmennpraksis.

### Veileders opplevelse

De deltagende Nav-veilederne opplevelse av å diskutere saker med studentene er ikke systematisk evaluert. Det er likevel et gjennomgående inntrykk at deres opplevelse er positiv. Det har vært enkelt å rekruttere veiledere, og enda enklere etter at kontorene har fått erfaring med praksisdagen.

### Konklusjon

Trygdemedisin er et praktisk arbeidsfelt, hvor aktiv deltagelse fra studenter i mindre grupper på et Nav-kontor synes å fungere som læringsarena og metode.

■ NFLEM@ONLINE.NO



# Evnebasert helsebegrep i

■ HANS MAGNUS SOLLI • Allmennlege og pensjonert forsker i trygdemedisinsk fagetikk

**Leger med interesse for trygdemedisin har lenge snakket om at vi ikke bare skal være opptatt av pasienters sviktende funksjons- evne, men også av deres ressurser. Nav-veiledere har også spurt meg: – Hvorfor står det ikke noe om ressurser i legeerklæringene? Denne artikkelen gjør rede for et evnebasert helsebegrep. Et slikt helsebegrep kan hjelpe oss til å fremme helse og funksjon.**

Den naturvitenskapelige medisinen, det vil si biomedisinen, hevder at helse er fravær av sykdom. Helse er altså ikke noe annet enn å fungere normalt. I en slik modell forstås mennesket som en komplisert maskin. Ved sykdom eller skade gjelder det å bli reparert og å fungere som før. Det er mye bra med denne modellen. Men når sykdom eller skade gir langvarig nedsatt funksjon, oppleves modellen som snever. Hvordan forholder vi oss til de gjenværende helseressursene? Hvilken betydning har personens omgivelser? Her kommer en slik enkel reduksjonistisk modell til kort.

Kirsti Malterud har i mange år vært engasjert i å få fram helseressurser som tema i allmennpraksis. Hun tar utgangspunkt i helseteorien til sosiologen Aaron Antonovsky, betegnet som salutogenese. Teorien dreier seg om hvordan helse kan fremmes som en grunnleggende opplevelse av sammenheng og mestring (1). Malterud beskriver en konsultasjonsmodell som inkluderer både ressurser som pasienten selv mener han/hun har, og ressurser som legen utforsker. Hun

beskriver hvordan selvvalgte helseressurser eller motstandskrefter kan tas opp i kliniske møter (1). Dette er viktig kunnskap for klinisk praksis. Jeg lærte om salutogenese i folkehelsearbeid som student ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap omkring år 2000. Jeg syntes imidlertid at begrepet salutogenese ikke helt traff legens praktiske utfordringer ved oppfølging av sykmeldte med langvarig funksjonshemming. Filosof Lennart Nordenfelts evnebaserte helsebegrep treffer bedre. Denne artikkelen går videre med å gjøre rede for hans helsebegrep.

## Evnebasert helsebegrep

Det er vanlig å forstå helse som en evne til et eller annet – som så spesifiseres nærmere i en definisjon. Legen Peter F. Hjort definerte helse som evne til å mestre livets mange vanskeligheter (2). Det er interessant å forstå helse som en evne, fordi evne betegner en iboende makt som biologiske organismer har i kraft av sin naturlige konstitusjon som



FIGUR 1.  
Illustrasjon  
av evnebasert  
helsebegrep.

## HELSE ER →

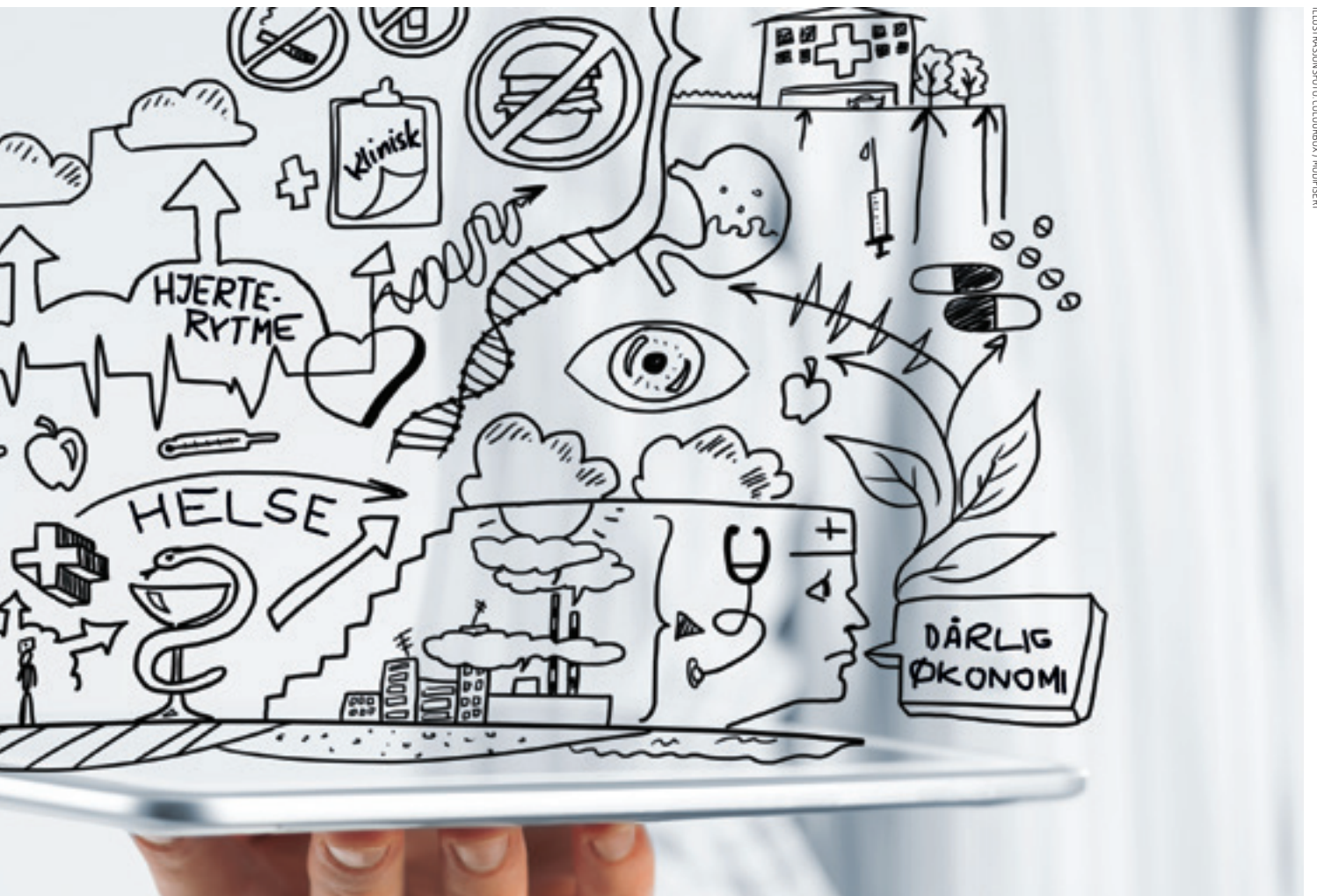
... en persons kroppslige  
og mentale tilstand →

... som er slik at  
personen har  
EVNE (gjennom  
aktiviteter og  
handlinger, dvs  
funksjonsevne) →

... til å realisere  
alle sine vitale  
MÅL →

... gitt rimelige OMGIVELSER

# medisinsk praksis



art (3). Alle dyr har evner som kommer til uttrykk i måtene de lever på, for eksempel hvordan fugler bygger reir og tar seg av ungene sine. Nordenfelt spesifiserer evnebegrepet ved hjelp av handlingsteori. Det vil si at mennesker ses på som aktører eller handlende personer, som også kan la være å gjøre noe. Handlingsteori passer med at det er blitt mer vanlig å se pasienten som aktør også i medisinen (2). Handlingsteorien får fram at evne er et relasjonelt begrep med tre vilkår, som alle må oppfylles for å tale om menneskers evner på rett måte. Det må foreligge:

- En person med kropp og mental utrustning

- Naturlige, sosiale og kulturelle omgivelser
- Mål som personen har behov for, eller ønsker å oppnå.

Nordenfelt definerer helse slik (SE FIGUR 1):

Helse er en persons kroppslige og mentale tilstand som er slik at personen har evne til å realisere alle sine vitale mål, gitt rimelige omgivelser.

Definisjonen inneholder altså komponentene kroppslig og mental tilstand, evne, mål og omgivelser (2). I samvirke med hverandre bevirker disse komponentene en persons helse. En ordinær klinisk vurdering av kropp og psyke suppleres altså med vurde-

ringer av evner, omgivelser og mål. Disse gir et grunnlag for å reflektere over helseresurser.

**Evner**

Evnebegrepet omfatter levende organis-  
mers muligheter og iboende kraft til å  
iverksette et stort mangfold av aktiviteter  
og måter å være på – eller å la det være. Sy-  
nonymt kan vi tale om kapasitet, talent,  
dyktighet, dugelighet og ferdighet. Evner  
utvikles gjennom barnets relasjoner til for-  
eldre og andre nærstående mennesker, til  
naturlige og kulturelle omgivelser og gjen-



nom oppdragelse og utdanning. Evner må kultiveres. De evnene som mennesker bruker til daglig, er i stor grad resultater av læring. Læring krever vanligvis en viss grad av anstrengelse og aktiv oppmerksomhet. Det tar oftest tid før nye kunnskaper eller ferdigheter er innarbeidet. Vi skal nedenfor se at innsikten om at læring tar tid, er klinisk viktig.

### Omgivelser

Nordenfelts helsedefinisjon tar høyde for kunnskapen om at omgivelser, med sine muligheter, er avgjørende for om en person skal få utviklet sine evner. Kunnskapen er veletablert i arbeidslivet i spørsmål om tilrettelegginger og i samfunnet gjennom krav til universell utforming av omgivelser, produkter og tjenester. Sosial støtte og trygghet i omgivelsene er viktig. Rimelige omgivelser er de omgivelser som mennesket trenger for å kunne være aktiv på karakteristiske måter. Kunnskap om de sosiale vilkårene for god helse for alle mennesker utvider omgivelsene til å omfatte hele samfunnet. Michael Marmot, lege og forsker på ulikhet i helse, hevder at realise-

ring av frihet til å bruke sine *evner* er fundamentalt for helse. Slik frihet krever at samfunnet fremmer rettferdighet og fair behandling, utdanning og arbeid som det går an å leve av, for alle (4). I etisk forstand betyr helsedefinisjonens term «rimelige omgivelser» et samfunn preget av sosial rettferdighet, i Norge representert ved folketrygden (2).

Nordenfelt foreslår å tale om evner som *indre ressurser*, det vil si de kroppslige og psykologiske prosessene som får evner til å springe ut. Muligheter er *ytre ressurser*, for eksempel omsorgsfulle foreldre, støttende omgivelser, læringsarenaer eller tilrettelegginger på jobben. Et eksempel viser trygdemedisinsk bruk av disse begrepene: En kvinne har kronisk muskelsmertesyndrom. Smertene begrenser hennes evne til å arbeide manuelt i det yrket hun har. Sammen med Nav-veileder får hun lagt en plan for å bedre sine indre ressurser med behandling, utdanning og arbeidstrening. Planen sier også noe om hvordan hun skal få sine ytre ressurser forbedret med tiltak som praktisk og organisatorisk tilrettelegging og individuell oppfølging i arbeid (5).

### Mål

Helsedefinisjonen ovenfor taler om *vitale* mål, altså de målene som er viktige for å kunne trives og ha gode liv. Vitale mål er å greie seg i dagliglivet, ha nære relasjoner i familie eller vennekrets og å delta i samfunnet, vanligvis på arbeidsmarkedet. Menneskene har evner til å reflektere over *mål*, ev. formulert som hensikter eller behov i egne liv. At det er slik, har lenge vært kjent i rehabilitering – for her er det essensielt å sette seg egne mål. Det dreier seg om langsiktige mål – som å komme i arbeid eller annen virksomhet igjen etter en sykdom. Videre om den veien, de etappene, eller mer kortsiktige mål, som må nås for å komme fram til det langsiktige målet. Å kunne sette seg mål er en ressurs som er nært knyttet til det å kunne bestemme over seg selv.

Mål er betegnelse på en framtidig tilstand som mennesker er motivert for. Den kan realiseres ved å planlegge, ta beslutninger og så handle. Mål er også nært relatert til mening i det livet vi mennesker lever. Motivasjonspsykologien sier at viktige motiver for mennesket er å utvikle dugelighet, ha gode relasjoner til i alle fall noen



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABROX

få andre mennesker, og kunne bestemme selv i eget liv (2). I trygdemedisinsk arbeid kan det være nyttig å samtale med pasienten både om langsiktige mål og etapper på vei mot det aktuelle målet. Et godt spørsmål i klinikken kan være: «I hvilken situasjon ønsker du å være om ett (eller flere) år?»

### Kroppslig og mental tilstand – i prosess mot bedring

Vi skal nå se hvordan de tre helseressurserne som er nevnt ovenfor kan forstås på en dynamisk måte hos pasienter som sliter med langvarige kroppslige plager. Det gjelder pasienter med:

- Biomedisinsk sykdom som har ført til langvarig funksjonshemming
- Langvarige kroniske smerter, kraftløshet og andre plager som har utviklet seg med eller uten biomedisinsk start

Analysen nedenfor kombinerer det evnebaserte helsebegrepet med tekster fra selvopplevde beskrivelser av det å leve med slike lidelser.

Sosiologen Arthur W. Frank har studert både egne og andre menneskers opplevelser av å ha blitt syk og varig skadet på måter som ikke passer inn i det biomedisinske standardbildet. I stedet for å bli friske, fikk de langvarige funksjonsnedsettelse å forholde seg til. Forventningene om helbredelse ble ikke oppfylte, og det førte til opplevelser av kaos. Det at ubehagelige symptomer ikke går over, virker både forvirrende og truende. I denne fasen gjelder det at klinikeren først og fremst lytter, respekterer og forholder seg trygg, som et vitne. Den syke trenger først og fremst tid til å finne måter å akseptere det som har skjedd på (6). Språkviteren Ragnhild Holmås beskriver i sin patografi slike forvirrende symptomer: «Hver muskel er klemt i en bildør», «Lyder er spyd» og «Norsk er et fremmedspråk» (7).

Frank skriver at kaosfasen gradvis går over i en søken etter hva som kan vinnes i det egne livet ved å akseptere sykdommen. Han viser hvordan opplevelser blir formet til historier om sykdommen. Ved å forholde seg aktivt til det som har oppstått av lidelse gjennom den egne kroppen, endrer perspektiver på livet seg. Den syke leter etter hva som finnes av muligheter (6). Holmås skriver. «Å lære seg å leve med sykdom er en lang og kronglete prosess» (7). Det gjelder å finne egen mening med det som er skjedd. «Nå snekter jeg meg en ny ramme. Den er rundere i kantene. Inni her er det greit å bare være i stedet for å gjøre» (7). Holmås' vitale mål for livet har altså

| INDRE RESSURSER                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evner                                    | Kapasitet, talent, dyktighet, dugelighet, ferdighet, mestringskapasitet, selvbestemmelse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Mål                                      | Egne langsiktige og kortsiktige mål. Behov, verdier og mening. Ønsker. Hensikter. Motivasjon.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| YTRE RESSURSER                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Omgivelser                               | Tilrettelegginger, organisatoriske endringer, bli akseptert, bli støttet sosialt, ha gode relasjoner til noen andre, kjenne trygghet og samhörighet.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| RESSURSER I MØTET MELLOM LEGE OG PASIENT |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Menneskeverd                             | Respekt, anerkjennelse og deltakelse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Helhetlig kunnskap om mennesket          | Mennesket <ul style="list-style-type: none"> <li>• er aktør med frihet, fornuft og samvittighet med relasjoner til andre mennesker og til samfunn,</li> <li>• består av både deler og helheter og omfatter flere dimensjoner (fysisk/kjemisk, biologisk/økologisk, psykisk og åndelig), alltid i noen omgivelser,</li> <li>• er ikke bare et objekt, men også et subjekt, for seg selv og for andre.</li> </ul> |

TABELL 1. Oversikt over personens helseressurser i trygdemedisinen.

endret seg. Filosofen Havi Carel lever med en kronisk alvorlig sykdom. Hun skriver at det kan ta tid å finne fram til de evnene og ferdighetene som kan hjelpe til med å endre måter å leve og fungere på videre, innenfor de kroppslige begrensningene. «Acknowledging an inability and learning to see it as part of life's terrain are important lessons that illness can teach at any age» (8). Det tar tid å lære inn nye evner og ferdigheter, finne fram til endrede mål for livet og de ytre ressursene som kan hjelpe. Eller med andre ord, i «funksjonsevnespråk»: Å finne nye måter å fungere på for å kunne leve et liv som en kan trives med. Beskrivelsene som vi nå har sett på, fortolket ut fra et evnebasert helsebegrep, forklarer at veier tilbake til arbeid tar tid når varige funksjonsnedsettelse har oppstått. Tid trengs til å lære seg andre og nye måter å realisere evne i arbeid og i annen sosial virksomhet. Det kan bli nødvendig å skifte jobb. Flere slags tilrettelegginger kan trengs. Ble et forsøk på å komme i arbeid mislykket, gjelder det for legen å oppmuntre, og kanskje komme med ideer om måter å gå fram på i et nytt forsøk.

### Mellommenneskelige etiske ressurser

Praktisk medisin er en mellommenneskelig, etisk aktivitet. Mennesker kan være ressurser for hverandre, ikke minst ved å anerkjenne, respektere og lytte til hverandre. Legen kan slik sett være en etisk ressurser for sine pasienter. Det er viktig at legen kommuniserer med pasienten som etisk likeverdig og som dialogpartner. Når pasienten beretter om forsøk på å utvikle sine evner og bli dugelig på nye måter,

er det viktig at legen gir oppmuntrende tilbakemeldinger om det som er gjennomført.

### Konklusjon: En oversikt over viktige helseressurser

Vi har nå sett at evner, mål og endring av omgivelser er tema som legen kan bruke som ressurser for samtaler og overveielser i klinisk praksis. Tabell 1 deler viktige helseressurser inn i *indre ressurser* (evner og mål), *ytre ressurser* og dessuten *ressurser i møtet mellom lege og pasient* (2). Innholdet i tabellen uttrykker at medisinen betrakter pasientene som aktører – med et tilhørende begrep om helse som har med realisering av evner og muligheter i eget liv å gjøre.

#### REFERANSER

1. Malterud K. Fra risikojakt til ressursmobilisering. Hentet 25.03.2021 fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legekunst-i-praksis/fra-risikojakt-til-ressursmobilisering/>.
2. Solli HM. Personentrert trygdemedisin i etiske perspektiver. Sykdom, funksjonsevne, ressurser og objektive erklæringer: Norsk trygdemedisinsk forening; 2020. <https://trygdemedisin.legeforening.no/>
3. Hacker PMS. Human Nature: The Categorical Framework. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
4. Marmot M. The Health Gap. The Challenge of an Unequal World. New York: Bloomsbury Publishing; 2015.
5. Solli HM. Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper i NAV-systemet. Tidsskr Nor Legeforen. 2011;131(11):1097-9.
6. Frank AW. The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press; 2013.
7. Holmås R. Men du ser ikke syk ut. Oslo: Cappelen Damm; 2020.
8. Carel H. Illness. The Cry of the Flesh. Stockfield: Acumen; 2008.

■ HMSOLLI@ONLINE.NO



# Fibromyalgi

## En praktisk tilnærming sett fra en Nav-leges ståsted

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Rådgivende overlege i Nav og fastlege ved Hallset legesenter

Fibromyalgi er en svært vanlig tilstand. I HUNT-data fra Nord-Trøndelag er forekomsten 5,2 prosent hos kvinner. Tilstanden gir en betydelig sykdomsbyrde og er en hyppig årsak til legesøkning, sykefravær og uføretrygd. Det er derfor av stor betydning at leger har god kjennskap til tilstanden, både til diagnosesetting og behandling. I denne artikkelen vil jeg gi praktiske råd om nettopp dette.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



# Sykdommer Uten Predis Patologisk-anatomisk Etiologi



FIGUR 1. Akronymet SUPPE – alle sykdommer har et element av SUPPE i seg. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Det er liten grunn til å skrive, eller for den del lese, en artikkel som denne om vi ikke har et problem. Dersom håndteringen av fibromyalgi i norsk allmennpraksis i dag er god, så er det bortkastet energi å forsøke å skape endring. Når jeg skriver dette, er det fordi jeg mener at vi ikke har en optimal håndtering av pasienter med komplekse tilstander. Denne oppfatningen er basert på en rekke erfaringer.

Jeg ser det når jeg tar over nye pasienter og leser deres journal, jeg ser det retrospektivt på pasienter jeg selv har hatt mange kontakter med, jeg ser det i arbeid som rådgivende lege i Nav, og jeg har sett det når jeg har hatt vikariat i annen praksis enn min egen. Problemet består i langvarige utredninger med mange spesialiserte undersøkelser og vurderinger, hvor det tar år før det kommer en konklusjon. Dette er uheldig fordi usikkerhet hos legen forsterker pasientens plager, og opprettholder symptomene som noe truende (1). Videre gis pasientens symptomer biologiske og medisinske forklaringer som det ikke fins reelt grunnlag for. Til sist gis det inadekvat behandling.

Jeg har inntrykk av at disse problemene er økende. Sub- og grenspesialisering gjør at henvisninger fører til konklusjoner av typen: «Det er ikke noe som kan opereres», eller «det feiler ikke pasienten noe nevrologisk». Altså tas det stilling til et delområde uten å gi noen overbærende konklusjon.

I ett tilfelle fant jeg at en pasient hadde vært til tretten spesialistvurderinger, uten at noen hadde gitt noe annet enn symptomdiagnoser. En økende spesialisering i helsevesenet gir økte krav til fastlegen, og økt betydning av fastlegen som den som kan avslutte og konkludere i et utredningsløp.

## Alt er suppe

Når jeg velger å bruke fibromyalgi som eksempel, så er det fordi tilstanden er hyppig og et godt eksempel på en sammensatt tilstand. Begrepet MUPS (Medisinsk uforklarte plager og symptomer) brukes ofte, men har uheldige sider. Det etterlater et inntrykk av at vi ikke forstår noe som helst, og det er jo ikke riktig. Det skaper også et unaturlig skille mellom MUPS-tilstander og «biologisk» sykdom. I grunnen er skillet mindre tydelig enn man skulle tro. Tenk over to pasienter med for eksempel leddgikt. En er i arbeid, og en er det ikke. Det kan være lite sammenheng mellom funksjonstapet og antall betente ledd. Det er ofte faktorer utenom ledd og inflammasjon som avgjør hvordan pasienten har det, og hvilken funksjon pasienten har.

Det burde ikke overraske. Andre sykdommer, psykisk helse, fysisk form, sosial kompetanse, kognitive ressurser, utdanning, motivasjon og egne mål, relasjoner før og nå, sosialt nettverk, bolig, fritid, øko-

nomi, tanker om egen sykdom, og en rekke andre forhold avgjør mer enn «selve sykdommen» (om noe slikt kan tenkes isolert) målt ved røntgenbilder og lignende. Slik sett er ikke fibromyalgi særlig forskjellig fra leddgikt. Når vi i trygdemedisinsk sammenheng snakker om leddgikt som noe objektivt, så er altså det i høy grad en tilnærming. Selve arbeidsevnenedsettelsen er i høy grad subjektiv.

Dette er intet nytt. William Osler (1849–1919), omtalt som «Father of Modern Medicine», hevdet at «Det er viktigere å vite hva slags person en pasient er, enn hvilken sykdom pasienten har» (2). Altså: Forhold vi ikke utreder med røntgenstråler og blodprøver under en diagnostisk prosess, er helt vesentlige for å forstå og for å hjelpe. To personer med fibromyalgi kan være like ulike som to friske personer.

Jeg vil derfor introdusere begrepet SUPPE-sykdommer. Dette begrepet er et akronym for Sykdommer Uten Predis Patologisk-anatomisk Etiologi. Jeg vil så hevde at absolutt alle sykdommer er SUPPE-sykdommer. Sykdommer er i tråd med Oslers utsagn alltid mer enn deres eventuelle biologiske grunnlag. Med det gjør jeg mitt eget begrep overflødig allerede et par linjer etter at det ble introdusert. Alt er jo en SUPPE! Eller: Alle sykdommer er dypest sett mer enn patologi og anatomi. Et begrep som omfatter alt, gir pussig nok liten mening.



La oss tenke oss et første møte med en pasient med fibromyalgi. Hun setter seg ned og forteller. De første setningene kan være slik: «Nå må jeg få hjelp. Jeg kan ikke ha det slik. Jeg er helt utslått. Det må være noe feil med meg, noe som mangler, kanskje et vitamin. Det er vondt overalt. Jeg orker ingenting lenger. Jeg har forsøkt alt, men ingenting hjelper. Mannen min er helt fortvilet. Jeg får ikke til jobben min.» Hva kan vi lese ut av en slik innledning og hvordan håndterer vi den?

Vi forstår raskt at helseproblemet er omfattende og har betydning for store deler av livet. En noenlunde erfaren lege vet også at det er lav sannsynlighet for å finne en enkel forklaring, som vitaminmangel eller lavt stoffskifte. Slike tilstander er relativt sjeldne, målt mot hvor vanlig slitenhet og smerter er i befolkningen (3). Med andre ord: Det fins neppe en rask løsning, som å finne patologi på en blodprøve, for så å skrive en resept. Det betyr at man må innrette seg på å bli kjent med alle aspekter i pasientens liv. Det er en spennende oppgave! Det gjelder da å innse at dette blir tidkrevende, omfattende og forpliktende – og interessant! Når legen først har akseptert det, blir det lettere å lene seg tilbake, finne roen, og konsentrere seg om pasientens historie. Altså: Først hjelp til selvhjelp, bevar roen, «keep calm and carry on» (4).

### Å bygge tillit

Det neste målet må være å oppnå pasientens tillit. Vi vet at det fremmer tilheling å bli hørt, og å bli forstått. For pasienter med kronisk hodepine er det viktigste for å bli frisk nettopp det å få fortalt hele sin historie (5). Ved irriterbar tarm er det å møte en omsorgsfull lege trolig viktigere enn noe annet tiltak (6). Det å bygge tillit legger også et grunnlag for å få aksept for foreslått diagnose og foreslått behandling. Tillit bygges ved å vise empati og partnerskap, og ved å gjøre en grundig klinisk undersøkelse. Eksempler på tillitskapende setninger kan være: «det forstår jeg er vanskelig for deg», «dette gjør at livet ditt blir vanskelig», «vi skal sammen finne ut av det, og ha som prosjekt at du får det bedre». Kroppsspråk, spesielt blikkontakt, er også vesentlig (7, 8, 9). En nøyaktig anamnese kan godt vente. Etter hvert må likevel samtalen, i første eller i et senere møte, dreie seg mot en mer presis kartlegging av symptomer og funksjon. Videre gjøres en grundig kroppslig undersøkelse. Det tar noen få minutter, bygger tillit og gir av og til overraskende og vesentlige funn.

Så altså: Første og kanskje andre møte

handler om å vise respekt og empati, bygge tillit og gjøre en enkel utredning. Med enkel utredning mener jeg en grundig fysisk undersøkelse på kontoret, utvalgte blodprøver, røntgen, lav terskel for EKG og spirometri. Ved vonde ledd kan man ta røntgen av disse leddene. Ved vonde muskler trengs ikke røntgen. Det er sjelden grunn til å bestille MR av ledd. Før du bestiller MR – tenk: «Er det virkelig aktuelt å operere her?». Unødige undersøkelser forsinker diagnose og behandling, gir skuffelser og falske håp, samt bifunn som skaper forvirring. Legen kan også falle for fristelsen til å gi forklaringer som ikke er holdbare («du har vondt i ryggen fordi du har forkalkninger»). Det er uheldig, blant annet fordi det er løgn (10).

### Diagnoser bør være nyttige

Det er vanligvis lett å stille diagnoser som fibromyalgi. Diagnosen fibromyalgi stilles på bakgrunn av utbredelse av smerter, varighet og bestemte tilleggssymptomer. Det fins helt enkle skjema for dette som pasienten kan fylle ut på kontoret i løpet av noen få minutter. Du finner disse skjemaene i **legemiddelhandboka.no** (11). Ømme triggerpunkter er ikke lenger et kriterium. Det vil oftest være mulig å stille diagnosen i løpet av to til tre pasientmøter, altså i løpet av noen få uker. En rask avklaring gir mindre forvirring, mindre angst for farlig sykdom, mindre spilt tid og mulighet for å komme videre både for pasient og lege.

Man kan og bør stille spørsmålet: Hva skal vi med diagnoser? Ingen bør gis en diagnose som ikke er nyttig. Dette kan det være lurt å drøfte med pasienten. Diagnosesystemene våre er jo upresise og omtrentlige, de er et «kart». Dette kartet er et hjelpemiddel i det kompliserte terrenget vi kan kalle «virkeligheten». Det skal hjelpe oss til å lage system i noe usystematisk. Vi kan oppleve kaos både som leger og forskere, derfor trenger vi forenklinger. Slik er det også for pasienten: For de fleste oppleves egne symptomer og plager som forvirrende. Det er derfor lindring i å få et navn på dem. Om pasienten en sjelden gang ikke ønsker en diagnose, så kan man jo likevel godt bli enige om å kalle det: «langvarige utbredte smerter uten at vi vet helt hvorfor det er vondt». Selve navnet fibromyalgi beskriver jo i grunnen ikke noe annet.

Tankegangen er mye den samme ved en rekke andre tilstander. Vi bør raskt avklare uspesifikke ryggsmarter, og gi dem nettopp det navnet. Det er ingen grunn til å lage mystikk av det: Ryggen er vond, og som de fleste andre vonde rygger er den

*Tillit mellom lege og pasient fremhever tilheling.*

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

vond selv om den er fullkomment normal i sin struktur og sitt utseende. Noen ganger er regionalt smertesyndrom en aktuell diagnose, det vil si «langvarig vondt i et avgrenset område uten at noen skjønner helt hvorfor». Noen pasienter har i flere år plager fra alle mulige deler av kroppen, uten at noen utredning gir en tydelig forklaring, det kaller vi somatoform lidelse. Dette ble diagnosen hos han som hadde vært hos 13 forskjellige spesialister. Min erfaring er at pasientene blir glade for en slik diagnose, det er en lettelse å slippe mer utredning, og omsider få et navn på plagene. Hele poenget er å avslutte utredningsfasen, og heller snakke om hva vi så gjør for å få et best mulig liv. Å avslutte utredning er derfor helsefremmende.

Begrepet fatigue hørte jeg første gang for omtrent ti år siden. Nå hører jeg det daglig. Begrepet brukes om slitenhet knyttet opp mot det å ha en fysisk lidelse, for eksempel etter gjennomgått kreftbehandling eller ved leddgikt. Her gjelder det samme: En rask utredning, og så en konklusjon som gir mulighet for å tenke konstruktivt fremover.

### Optimisme er viktig

Etter at en utredning er avsluttet, med en diagnose som konklusjon, bør man sammen med pasienten bli enige om behandlingstil-tak. Det er da viktig at legen er optimist! Alt virker bedre når det gis med en dose optimisme. Det er lett å tenke at siden det ikke fins noen entydig etiologi, så fins det heller



ingen behandling. Det er ikke tilfelle. Det fins rett nok ingen kurativ behandling, men mye kan gjøres for å lindre plager og for å bedre livskvalitet. Ved fibromyalgi anbefales en multidisiplinær tilnærming. Det betyr at henvisning ofte er nødvendig, både til lokal fysioterapi og til rehabilitering. Sentralt er også undervisning, informasjon og ofte avdramatisering. Trening, helst i gruppe, kan ha stor effekt, men det må pågå over lang tid, egentlig livslangt. Det er til liten nytte å trene i fire uker under rehabilitering, for så å leve som før. Med andre ord: Rehabilitering krever lokal oppfølging. Kognitiv terapi er vist å være effektivt. Avspenning og stressmestring kan bedre smerte, depresjon og angst. Sarotex i lav dose bør prøves ut, mange har god nytte av det. Paracet kan være til nytte, ut over det bør man være tilbakeholden med medikamenter. Videre har disse pasientene ofte en rekke komorbide tilstander og plager som må kartlegges, nettopp fordi det fins behandlingsmuligheter: Irritabel tarm. Urge. Depresjon. Angst. Søvnvansker (12). Det er trivelig å jobbe med fibromyalgipasienter, nettopp fordi behandlingsmulighetene er så mange.

Alle mennesker har en livshistorie og sine spesielle forutsetninger for å møte vansker i livet. For å vende tilbake til William Osler: «The good physician treats the disease, the great physician treats the patient who has the disease» (2). En kartlegging kan avdekke gamle traumer, økonomiske problemer, rusproblemer eller relasjonelle problemer i jobb og hjemme. Eller det kan avdekke helt nye sykdommer og

diagnoser. Man må da naturligvis intervjue overfor disse. Ut fra en slik tankegang fins det ingen tilstand som ikke kan behandles. Alle er vi mennesker, alle står vi i relasjoner, ingen av oss lever for seg selv (12). Ingen sykdom eksisterer i et vakuum.

Behandlingen av fatigue-tilstander vil i stor grad reflektere dette. Når jeg som rådgivende lege i Nav blir forelagt gjennomgått behandling for en kolspasient i en uføresak, så består dette ofte i en oppramsing av inhalasjonsmedisiner. Det er jo en behandling av selve lungevevet, men tilstanden kols og også dens fatigue, eksisterer i et helt menneske. Dette mennesket må møtes med behandlingstiltak som går ut over inhalerte kjemiske substanser. Eksempelen viser at de fleste tilstander må møtes med en bred tilnærming, omtrent slik som vi bør møte fibromyalgipasienten. Når det gjelder kols spesielt, så er det vist betydelig helsegevinst ved lungerehabilitering, på tross av at denne ikke innebærer noen nye medikamenter (13).

### Oppsummering

For å oppsummere: Jeg har i denne artikkelen forsøkt å vise at helseproblemer generelt er sammensatte. I møtet med pasienter med sammensatte helseproblemer er det første målet å vinne pasientens tillit. Deretter er det viktig med en rask og avgrenset utredning som kan gi en diagnostisk konklusjon. Videre fins det behandlingsmuligheter ved sammensatte lidelser, ja, ved alle lidelser. Kort oppsummert er vi tilbake til

de to helt sentrale legeoppgavene: Å stille en diagnose og å behandle. Svikter vi her, så gjør vi ikke jobben vår.

### REFERANSER

1. Legenes usikkerhet i forhold til utredning og behandling kan bidra til å forsterke pasientens plager, ved at smertens trusselverdi opprettholdes. Wigers SH. Fibromyalgi – en oppdatering. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1300–4. Tidsskrift for Den norske legeforening.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868187/>.
3. Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. European Journal of Public Health, 8, 1–5.
4. [https://no.wikipedia.org/wiki/Keep\\_Calm\\_and\\_Carry\\_On](https://no.wikipedia.org/wiki/Keep_Calm_and_Carry_On).
5. Headache Study Group of the University of Western Ontario 1986).
6. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ 2008; 336: 999–1003. PubMed.
7. Goodwin C (1981) Conversation Organisation: interaction between speakers and hearers. Academic Press, New York, NY.
8. Ruusuvaara J (2001) Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient relationship interaction. Soc Sci Med. 52 (7): 1093–1098.
9. Nordman J, Verhakk P, van Beljouw I and van Dulmen S (2010) Consulting room computes and their effect on general practitioner-patient communication. Fam Pract. 27 (6): 644–51.
10. 2. Mosebok 20: 16.
11. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/fysmed-og-rehab/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/fibromyalgi/>
12. Romer 14: 7–8.
13. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2020 Report. Available from: <http://goldcopd.org>

■ NFLEM@ONLINE.NO



# OBJEKTIVITET I LEGEERKLÆRINGEN: Fra objektive funn til bruk

■ HANS MAGNUS SOLLI • Allmennlege og pensjonert forsker i trygdemedisinsk fagetik

## I første halvdel av 1990-tallet gikk trygdemedisinen inn i en motsetningsfull tid med strid om objektivitetskriterier.

På den ene siden ble de nye fylkestygderekontorene opprettet. Flere av oss nyttsatte rådgivende overlegene ved fylkestygderekontorene opplevde en ny giv for trygdemedisinsk faglighet, særlig gjennom Gunnar Tellnes' sterke engasjement. På den annen side hadde myndighetene innført en innstramming av de medisinske vilkårene for trygdeytelser. Objektive funn ble innført som kriterium på om rett sykdomsbegrep var anvendt eller ikke. Som konsekvens fikk en rekke borgere med for eksempel fibromyalgi avslag på trygdeytelser. Min opplevelse var at en forbitret protest mot diskriminering, særlig fra kvinnehold, bredte seg

utover landet. Var det slik sosial praksis den trygdemedisinske fagligheten skulle stå inne for?

Trygderetten tok heldigvis opp den utfordrende situasjonen. Helt overraskede for oss rådgivende leger, dukket det i 1994 opp en «konsensusrapport» om sykdomsbegrepet til Trygderetten. I den hevdet seks medisinske professorer at sykdom er et verdiladet og relasjonelt begrep. Dette begrepet «bestemmes i forholdet mellom den medisinske vitenskap, plager og ressurser hos den enkelte, og samfunnets krav og forventninger» (1). De sa klart ifra om at objektive funn ikke er et medisinsk legitimt kriterium på om en trygdesøker er syk eller ikke, men bruk av et slikt utvidet sykdomsbegrep skulle underlegges visse standarder. En sykdomsdiagnose kan «ikke bare bygge på en enkelt leges spesielle oppfatninger» (1). Diagnosen skal være be-

grunnet på måter som er «tilgjengelige for vurdering og kritikk av andre» (1). Begrunnelse og etterprøvbarehet er altså de rette kriteriene på objektivitet. Trygderetten sa i en «fibromyalgikjennelse» seg enig i disse legenes oppfatning. Myndighetene svarte med en lovendring, slik at sykdom uten påvisbare «objektive funn» også ble anerkjent.

Gjennom «fibromyalgikjennelsen» ble objektive funn samfunnsmessig underkjent som det sentrale kriteriet på om sykdom foreligger eller ikke. Dermed hadde Trygderetten åpnet for en rekke nye spørsmål i trygdemedisinsk praksis:

- Hva vil et «verdiladet og relasjonelt sykdomsbegrep» si?
- Hvordan skal «ressurser hos den enkelte» nærmere karakteriseres?
- Hva slag objektivitetsbegrep er det som skal være det gjeldende?



FOTO: MORTEN HERNÆS

# av egne kognitive evner

Mer enn 25 år senere har Norsk trygdemedisinsk forening svart på disse utfordringene i et trygdemedisinsk NEL-kurs (2) og en tilhørende fagbok (3). Temaet for denne artikkelen er det begrepet om objektivitet som konsensusrapporten gikk inn for, altså et begrep som ikke har objektivt funn som kriterium, men rasjonell begrunnelse og etterprøvbarhet.

## En kognitiv vei til objektivitet

I vår tids helsetjeneste finnes det en rekke lidelser uten noen objektive funn. Hvordan er det da mulig å være objektiv? Det finnes retninger innen postmodernistisk tenkning som er radikalt skeptiske til om objektiv kunnskap i det hele tatt er mulig. «Konsensusrapporten» pekte imidlertid på en annen vei for å kunne være objektiv. Det er ved å kjenne til og bruke et kognitivt (= kunnskapsteoretisk) objektivitetsbegrep. Dette er et begrep som handler om å bruke menneskets evner til *kognisjon*. Kognisjon er et samlebegrep for sentrale mentale prosesser som oppfatning, tenkning og kunnskap (sansning, oppmerksomhet, hukommelse, problemløsning, resonnering, språk og kommunikasjon). Jeg ble kjent med kognitiv objektivitet i medisinsk bruk ved å lese den tyske psykiateren og filosofen Karl Jaspers' anerkjente verk om psykopatologi. Begrepet er blitt tatt opp i nåtidig filosofi av blant annet John Searle (3). Begrepet og dets bruk ble viktig i min egen trygdemedisinske doktorgrad og videre forskning.

## Hva er objektivitet?

Grunnbetydningen av objektivitet er at det som noen sier eller hevder er noe som også andre kan være enige eller uenige om. Det vi kan registrere og det vi kan argumentere for at har en offentlig karakter. Dersom det som hevdes handler om noe materielt som kan tallfestes i mengde eller størrelse, er det lett å bli enige. Et objektivt funn ved en medisinsk undersøkelse, som resultater

av laboratorieprøver, egner seg godt som grunnlag for enighet om objektivitet. Funnet er helt upåvirket av både pasientens og legens subjektivitet. Objektivt funn er det tradisjonelle medisinske objektivitetskriteriet. Dette begrepet forutsetter at det som er objektivt må eksistere uavhengig av menneskets bevissthet om det.

Dersom objektive funn ikke foreligger, må det som hevdes kunne begrunnes på andre måter som andre også kan akseptere. En hundrelapp er et stykke papir, men verdien av den er mye større enn det papiret den er laget av. Et statlig sikret pengesystem bestemmer verdien av en hundrelapp. Vi går nå fra et begrep om objektivitet som enighet om noe som foreligger materielt, til et annet begrep som enighet om begrunnelser som også andre kan akseptere. Her har vi et kognitiv objektivitetskriterium. Kriteriet på kognitiv objektivitet er at det som hevdes kan begrunnes på måter som andre kan etterprøve, kritisere og akseptere. Slike kriterier kan anvendes uavhengig av om det som skal beskrives er noe fysisk, kroppslig, psykisk eller sosialt. Til forskjell fra objektivt funn, som enten er til stede, eller ikke til stede, vil begrunnelser for kognitiv objektivitet være mer eller mindre overbevisende. Det kognitive objektivitetsbegrepet er altså relativt. Det er ikke nøytralt, for det er ladet med viktige verdier som upartiskhet og intersubjektivitet. Et nødvendig vilkår for å forsøke å fordele noe rettferdig, for eksempel blant egne barn, er å være objektiv i betydningen upartisk overfor dem. Bruken av kognitive objektivitetskriterier skal nå settes inn i trygdemedisinsk kontekst.

## Fastlegens trygdemedisinske sakkyndighetsoppdrag

Det er særlig når leger utformer legeerklæringer at spørsmålet om hva som menes

med objektivitet spisser seg til. Det heter i helsepersonelloven § 15 at «den som utsteder attest, erklæring og lignende skal være varsom, nøyaktig og objektiv». Legen utøver da en sakkyndighetsrolle. Sakkyndighetsrollen er rollen som utøves når legen med sine fagkunnskaper skal uttale seg om en pasient *til en tredjepart*, som Nav.

I denne rollen bør legen forsøke å distansere seg fra det umiddelbare lege-pasientforholdet, og se situasjonen på avstand, i et større perspektiv. Fastlegen og andre klinikere har viktige trygdemedisinske sakkyndighetsoppgaver. *Når legen skriver sykmelding eller utformer legeerklæring til Nav, er legen sakkyndig.* Å være trygdemedisinsk sakkyndig er en egen form for medisinsk sakkyndighet.

En kan spørre seg hvorfor fastleger og andre klinikere er satt inn i rollen å være sakkyndig for sine egne pasienter overfor Nav. En forklaring er at borgerens rettigheter i velferdsstaten er sikret ved en rekke lover, men rettsregler er generelle. Når de skal brukes opp mot det enkelte menneskets konkrete situasjon, må denne situasjonen beskrives og vurderes opp mot det regelen sier. Vår velferdsstat er bygget opp slik at fagfolket som kjenner den enkelte pasient best, særlig fastlegene, skal være de





| TYPER AV FENOMENER                                                         | HVA SOM KAN BESKRIVES KOGNITIVT OBJEKTIVT                                                    | AKTUELLE BEGRUNNELSER I TRYGDEMEDISINEN                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Det som er sanset, eventuelt med tekniske hjelpemidler (stetoskop med mer) | Sykehistorie, funn ved klinisk observasjon og undersøkelser                                  | – Beskrivelsene er saklige, kjente undersøkelsesmetoder og -steder angis, og de anses derfor som gyldige.<br>– To eller flere leger registrerer samme funn, eller en lege registrerer det samme ved gjentatte konsultasjoner. |
| Billediagnostikk, laboratorieprøver, EKG, EMG etc.                         | Spesifikke funn må tolkes mht. diagnostikk og funksjonsevne av lege, ev. med spesialkunnskap | Når slike funn foreligger, er de fortsatt viktige i erklæringspraksis.                                                                                                                                                        |
| Det teori, modell eller skjema tilsier                                     | Beskrivelser ifølge en funksjonsevnemodell. Standardiserte skjema.                           | Modellen eller skjemaet er anerkjent i fagfellesskapet.                                                                                                                                                                       |
| Pasientens egne refleksjoner                                               | Beskrivelser eller vurderinger av egen situasjon og tanker om framtidige målsettinger        | Refleksjonene er rasjonelle, og andre kunne ha reflektert på samme måte, gitt den aktuelle situasjonen.                                                                                                                       |
| Vurderinger                                                                | Premisser stilles opp og slutninger trekkes for å svare på spørsmål fra Nav.                 | Slutningen fra premisser til konklusjon er etterprøvbart.                                                                                                                                                                     |

TABELL 1. Eksempler på hva som kan være kognitivt objektivt med aktuelle begrunnelser i trygdemedisinen.

profesjonelle som vurderer enkeltmenneskets medisinske tilstand. Loven sier at et vilkår for en ytelse er at personen er syk. Men det er en lege som skal avgjøre om søker NN er syk, og på hvilken måte. Når Navs saksbehandlere skal vurdere borgeres situasjon opp mot regelverket, trenger de opplysninger om de medisinske forholdene fra en lege som kjenner pasienten. Dette forholdet mellom generell lov og enkeltmenneskers konkrete medisinske tilstand er utgangspunktet for det trygdemedisinske sakkyndighetsoppdraget.

Ved sykmelding hentes de medisinske vurderingene inn gjennom standardiserte skjema. Ved lengre tids sykefravær trenger Nav ofte mer spesifikke beskrivelser og vurderinger av hva som er det konkrete problemet i den aktuelle saken. Da stiller saksbehandler spørsmål eller formulerer et mandat til legen. Både når legen fyller ut et skjema eller svarer på en saksbehandlers spørsmål, må legen anvende skjønn.

### Skjønnsvurdering som kognitiv aktivitet

Skjønn er å bedømme *hva som gjelder i et enkelttilfelle på grunnlag av generell faglig kunnskap og egne erfaringer*, for at vurderingene skal bli gode både for den enkelte borger og for samfunnet. Skjønn må alltid utøves når generell medisinsk kunnskap skal anvendes på enkeltpersoner. Skjønnsbegrepet omfatter både hva som skal vurderes av profesjonelle og hvordan vurderingen bør gjøres (2).

Det som skal beskrives og vurderes trygdemedisinsk er sykdom og funksjonsevne opp mot de kravene arbeidet stiller. Beskrivelsene kan handle om mulige tilpasninger og hvilke ressurser pasienten har som kan bidra til å forbedre arbeidsevnen.

Den skjønnsmessige vurderingen utfør

res kognitivt ved at noen data eller fakta (for eksempel omkring funksjonsevnen sett opp mot arbeidsplassens krav, sykdommen eller prognosen) stilles opp som premisser i et faglig resonnement. Resonnementet fører til en konklusjon. Resonnementet bør være logisk. Dette kriteriet på objektivitet i kognitiv forstand betegnes *saklighet og etterprøvbart*. Logikken er betegnet som *erklæringslogikk* (4).

Vurderingen må altså kunne *etterprøves*. Premissene skal kunne etterprøves, for eksempel ved kort å angi hvor, når og av hvem pasienten er blitt utredet. Sammenhengen i slutningen mellom relevante fakta eller data og den konklusjonen som blir hevdet, skal være klar for leseren. Forskriften om erklæringskrav sier det samme med litt andre ord:

«Attest, erklæring og lignende skal utformes på en slik måte at det er samsvar mellom attesten eller erklæringens beskrivende del og de vurderinger som er foretatt, samt samsvar mellom vurderinger og konklusjon eller anbefaling» (5).

Det viktigste vilkåret for kognitiv objektivitet, er at det som hevdes blir begrunnet og dermed kan forstås og aksepteres av andre.

### Mer om kognitiv objektivitet i trygdemedisinen

Tabell 1 summerer opp typer av medisinske fenomener og hvilke data eller fakta de kan gi opphav til. Begrunnelsene kan være kortfattede som eksemplene i tabellen viser. Funn ved billediagnostikk og laboratorieundersøkelser av forskjellig slag har fortsatt betydning som kognitivt objektivt, men deres kliniske og funksjonelle betydning må legen fortolke inn i den aktuelle situasjon. Du kan altså trygt hevde i en erklæring at for eksempel en pasients be-

stående nedsatte skulderbevegelighet er et objektivt funn – kognitivt forstått. I kolonnen til høyre står aktuelle begrunnelser for hvorfor fenomenene kan anses som kognitivt objektive.

Kognitiv objektivitet er altså basert på at legen blant annet bruker sansene, instrumentene, kunnskapene og fornuften sin i det konkrete møtet med pasienten. Selve den subjektive opplevelsen som en pasient har av sin situasjon er ikke tilgjengelig for legen eller andre. Imidlertid kan legen ha faglig kunnskap om en persons opplevelse i et tredjepersonsperspektiv basert på psykologisk og psykiatrisk kunnskap. Og til en viss grad er et annet menneskes subjektive opplevelse tilgjengelig ved hjelp av empati. Etter «konsensusrapporten» og «fibromyalgikjennelsen» kan den trygdemedisinske fagligheten forholde seg til borgere med psykiske lidelser, medisinsk uforklarte helseplager og organiske sykdommer på de måtene som medisinsk kunnskap og etikk til enhver tid tilsier.

### REFERANSER

1. Bruusgaard D, Heiberg AN, Lie RK, Malterud K, Noreik K, Westin S. Sykdomsbegrepet i Folketrygden (§8-3). Konsensusrapport til Trygderetten. Rapport 95:2. Oslo: Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo; 1995. Finnes lenket i kap. 3.1 i <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/>
2. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Trygdemedisin. Klinisk emnekurs. 2020. <https://kurs.nhi.no/lege>
3. Solli HM. Personentrert trygdemedisin i etiske perspektiver. Sykdom, funksjonsevne, ressurser og objektive erklæringer: Norsk trygdemedisinsk forening; 2020. <https://trygdemedisin.legeforening.no/>
4. Mæland NF. Ti råd for den gode erklæring. Utposten 2016(5):24-6.
5. Forskrift om krav til helsepersonellens attester, erklæringer o.l., (2008). § 4. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-1486>.

# En smakebit av hverdagsliv

■ EIK KOLSTRUP • Fastlege, Skansen legekontor, Tromsø



Krekling, ammassat, mattak og tørrfisk.

Hverdagsliv. Hver dags liv.

Når jeg ser tilbake på tre dager i starten av januar, syns jeg de gir et slags smakebit av Grønland. Indrefiletten. Nei, det blir litt rart. Kanskje mer som den juletallerkenen vi fikk her. Unikt og sammensatt. Ikke særlig godt, men minnerikt. Med noen tørka små fisk de er så glad i her. *Ammassat*. Det er en liten loddefisk med en smak som er litt vanskelig å beskrive, men tørr, og man må sitte lenge og tygge på den. Den kan spises med *mattak*, som er hvalspekk, som får det hele til å bli litt feitere og lettere å gli ned.

Det begynte på søndag. Veronica var på jobb, mens jeg var på skitur. Hun ringte meg da jeg var nesten på toppen av et fjell utenfor byen. Politiet hadde tatt kontakt og sa de trengte en lege til å bekrefte et dødsfall, og til å være med på vurderingen av om det kunne ha skjedd noe kriminelt. En mann hadde hengt seg. I et radiatorrør. I en bygd som en gang var en liten by. Den lå ni timer unna med båt. Jeg satte skiene ned fjellsiden, og ble hentet i en av de nye Landcruiserene til politiet. For de som husker det, er helsevesenet underlagt Selvstyret, mens politiet ligger under danske myndigheter. Det betyr at politiet har Landcruisere og en egen båt med fem fulltidsansatte, inkludert en kokk, mens helsevesenet ikke har en robåt engang. Vi spiste lamstek til middag, mens jeg hørte om da Karen Marie, en av politikvinnene som var med, spilte i VM i håndball for Grønland. Nå hadde hun en litt vond skulder, men husket fortsatt panneluggen til hun russiske spilleren de spilte mot i Italia i 2001.

Da vi kom frem til bygda snødde det. Det var nesten midnatt. Bygda var en av de rikeste i Grønland. Det bodde 400 personer der, og de hadde brostein i alle gatene. Fisket svikta, og folk dro. Nå er de kun femti personer igjen, men brosteinen er der fort-



satt. Han lå i kapellet. De hadde frakta han dit med en liten hjullaster. Et krusifiks hang over ham, med en plastrose i. Politiet snakka med moren til den avdøde, mens jeg stod utenfor i snøen med hun som hadde funnet ham. Hun røykte og frøs. Hun hadde kommet dit i sommer sammen med mannen sin, som var derfra. Mannen hennes hadde ikke noen venner igjen der nå, siden alle hadde tatt livet sitt. De skulle flytte derfra nå. Jeg spurte om ikke det var vondt at så mange tok livet sitt, men hun sa hun var vant til det.

På veien hjem var det bølger og vind, og jeg prøvde å sove i køya under Jimmy, den danske politimannen.

Det er en dag jeg fortsatt tygger litt på.

Mandagen våknet jeg av at Jimmy hoppet ned fra køya. Morgensol i havna. Jeg gikk hjem til Veronica. Hun hadde sittet hos en døende gammel mann hele natten. Han hadde hele familien rundt seg klokken kvart over seks på morgenen, da han pustet ut for siste gang. Jeg hadde tatt imot ham da han kom inn en uke tidligere, med en blødning fra blæra, men ellers relativt frisk. Så får man tanker om egen utilstrekkelighet, men at man gjør så godt man kan.

Jeg gikk på jobb, litt sliten, men skulle bare gjøre litt papirarbeid til etter lunsj. Så spurte vaktlegen om jeg ikke bare kunne ta en av hans pasienter mens han satte på plass et brukket håndledd. Journalen sa hun hadde født en gutt i mai, som ble gitt vekk ved fødsel. Nå sa hun at hun ønsket abort og p-stav. Jeg lurte på hvordan hun visste hun var gravid. – Jeg kjenner liv, oversatte tolken, mens hun ristet på hodet. Ultralyden viste at hun var i uke 20. Hun skulle tenke litt på det.

Dagen etter kom hun tilbake. Hun ville ha abort. Jeg ringte regionsoverlegen, for jeg visste at han satt i en nemnd som avgjør søknader om så sene aborter. Han sa jeg skulle møte klokken tre. Jeg var plutselig også i denne nemnden, der jeg skulle forstå det grønlandske regelverket og den sosiale elendigheten pasienten var i. Dette er ikke en oppgave man får på noen timers varsel midt i arbeidsdagen i Norge, men her gjør vi så godt vi kan.



Klokken tre møtte jeg pasienten og tok henne med meg til rommet der møtet var. De andre så rart på meg da jeg kom. – Hun skal ikke være med, sa de. – Vi skal avgjøre det, uten henne. Jeg forstod ikke denne logikken. Vi skulle altså avgjøre pasientens fremtid, uten henne til stede, og uten at regionsoverlegen engang hadde møtt henne. Han sa han ikke ville tillate en så sen abort, men da han hørte om hasj, alkohol, misbruk og sosial elendighet, mente han at vi burde snakke med pasienten likevel. Etter samtalen stemte han ja, sammen med oss andre.

Det lille sykehuset ble satt litt på hodet, for selv om aborter er mer enn dagligdags her, hadde ingen der vært med på en så sen abort

før. Fordømmelser ble ropt om hvordan barnet ville gråte og puste lang tid etter aborten, eller fødselen. Ingen ville ta ansvar for dette.

Fordi ingen ville ha noe med dette å gjøre, stod Veronica plutselig alene med denne fødselen på fødestuen, selv om hun ikke er ansatt som jordmor på sykehuset. Jenta ville se fosteret, som hverken gråt eller pustet. Så fikk hun satt inn p-stav.

Og jeg fortsetter å tygge, og prøver med litt mattak.

Hverdagsdød.

Dagen etter var jeg litt kjørt i hodet, men etter lunsj, kom Veronica ned på kontoret mitt med et stort smil. Hun hadde kommet hjem fra en evakuering fra et lite fiskevær langt ute mellom noen holmer og skjær, der hun skulle hente en livløs middelaldrende kvinne. Slekten stod med bøyde hoder rundt henne idet hun ble båret ned i den lille båten. Da de ankom havna i Qaqortoq en halvtime senere, stod slektninger og gråt mens de filmet med mobilene sine. Pasienten ble fraktet inn på sykehuset, men hun kviknet til ikke så lenge etterpå. Hun var bare litt bakfull, og nå skulle hun ut og handle før hun dro hjem igjen.

Disse tre dagene med tørr loddefisk, stod i kontrast til opprettelsen av Qaqortoq klatreklub søndagen samme uke. Da var det brus. Boblende brus med førti små og store barn som løp rundt i skrekkblandet fryd, for nå var det snart de som skulle opp klatreveggen. Den minste var en spretten liten seksåring, som suste opp veggen mens mor ropte *pikkorik* (så flink du er). Den største av barna var en overvektig fjortis med lilla hår og dårlig hud. Hun var redd for at tauet skulle ryke fordi hun var så feit. Jeg bertrygget henne, og bant knuten litt ekstra stramt. Første forsøk kom hun to meter opp i veggen før hun ble grepet av frykt. Tredje gang kom hun hele veien opp. Og selv om det ikke var noen foreldre der til å rope *pikkorik*, strålte mestringsen av henne da hun ble firt ned. Neste gang skulle hun ta med mobilen, så hun kunne ta selfie fra toppen.

Loddefisk, mattak og brus. Hverdagsliv.

Brus i Qaqortoq klatreklub.



*Veronica, Asina og Paneeraq i solnedgang.*





## DØGNOPPHOLD Raskere tilbake til jobb



Arbeidsrettet rehabilitering med døgnopphold i tre og en halv uke, har bedre effekt på retur til arbeid enn enklere poliklinisk rehabiliteringsprogram. Det viser en randomisert studie med personer sykmeldt for muskel- og skjelettsmerter, lettere psykiske lidelser og/eller uspesifikke helseplager. Poliklinikk-gruppen fikk ukentlig to til tre gruppetimer med aksept- og forpliktelses-terapi (ACT) i seks uker. Døgnopphold-gruppen fikk ACT, fysisk trening og tiltak rettet mot retur til arbeid. Median antall dager med Nav-utbetaling i løpet av to år var 159 og 249, for henholdsvis gruppen med døgnopphold og gruppen i poliklinisk opplegg. Ved oppfølging etter to år var 40 prosent i døgnopphold-gruppen på arbeidsavklaring og 51 prosent i poliklinikk-gruppen. Artikkelen er én av mange publikasjoner basert på Hysnes (Unicare) Helsefort-prosjektet, et forskningssamarbeid mellom NTNU, St. Olavs hospital og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering.

● *Journal of Occupational Rehabilitation* (2021) doi: 10.1007/s10926-021-09969-4 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33765241/>

## SYKMELDT FOR RYGGSMERTER Så på jobbrelasjon

Danske forskere delte 476 personer, som var sykmeldt for korsryggsmerter, inn i to grupper ut ifra jobbrelasjon. Deretter ble deltagerne randomisert til kort intervensjon eller multidisiplinær intervensjon. En sterk jobbrelasjon ble definert som å ha muligheter til å påvirke arbeidet og ingen frykt for å miste jobben. Kort intervensjon bestod av undersøkelse og råd fra revmatolog og fysioterapeut. Det multidisiplinære opplegget omfattet den korte intervensjonen samt coaching for å planlegge retur til arbeid. For sykmeldte som hadde en sterk jobbrelasjon, bidro en kort intervensjon til høyere andel friskmeldte etter ett år enn ved multidisiplinær intervensjon. For ansatte med en svakere jobbrelasjon, var det ingen forskjell i effekt mellom de to intervensjonsgruppene.

● *Clinical Rehabilitation* (2021) doi: 10.1177/02692155211005387 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33843296/>



## SAKSET FORSKNING PÅ SYKMELDING OG RETUR TIL ARBEID

### ARBEIDSMILJØ

## Sammenheng med sykmeldingsgrad

Forskerne bak en norske studie med 661 personer som var helt eller delvis sykmeldt i åtte uker, har undersøkt mulige forskjeller mellom gruppene. Det ble sett på selvrapportert helse, tidligere langvarig sykmelding, muligheter for jobbtilpasning, psykososialt arbeidsmiljø, jobbauntonomi, mestring av jobbkrav og psykologisk resiliens. Det ble justert for alder, utdanning, kjønn, jobbesektor, diagnose og fysisk jobb. Resultatene viste blant annet at delvis sykmeldte rapporterte et bedre arbeidsmiljø og større muligheter for å få jobben tilpasset på grunn av helseproblemer, enn fullt sykmeldte. Tidligere langvarig sykmelding eller psykologisk resiliens var ikke forskjellig mellom dem som var delvis i jobb eller 100 prosent sykmeldt. I alt 5748 personer ble invitert til å svare på spørreskjemaet (via Nav), og 15 prosent sa ja til deltagelse i studien, hvorav 78 prosent sendte inn svar.

● *BMC Public Health* (2021) doi:10.1186/s12889-021-10778-w <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8051024/>



### SYKMELDTE

## Fire subgrupper

Forskere i en norsk studie har sett på 532 personer som hadde vært sykmeldt i åtte uker, og kategorisert de til fire ulike subgrupper. Inndelingen baserer seg på følgende prognostiske faktorer for å komme tilbake til jobb: selvrapporterte helse, angst- og depresjonssymptomer, smerte, mestringstro, arbeidsevne og forventninger til å returnere til arbeid. Forskerne identifiserte følgende subgrupper, uavhengig av diagnose: (andelen i hver gruppe i parentes): Klasse 1 (45 prosent) hadde god prognose for å komme tilbake i jobb, klasse 2 (22 prosent) hadde symptomer på angst og depresjon, var yngre og hadde høyere utdanning, klasse 3 (16 prosent) hadde gjennomgående dårlig skår, også på smerter. Klasse 4 (17 prosent) hadde fysisk arbeid og ingen muligheter for tilpasning på arbeidsplassen.

● *Journal of Occupational Rehabilitation* (2021) doi: 10.1007/s10926-020-09928-5 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33052511/>

### E-HELSEINTERVENSJON

## Lite forskning

Norske forskere har gjort litteratursøk på publiserte og upubliserte studier fra januar 2008 til august 2020 i Medline, Scopus, Embase, PsycINFO, WHO Clinical Registry og [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) for å finne studier som har undersøkt effekten av e-helseintervensjon på retur til arbeid for sykmeldte. 15 studier ble inkludert i kunnskapsoppsummeringen. Fire av studiene gjaldt e-helseintervensjon via telefon, en var basert på app, og ti intervensjoner var nettbaserte. Åtte av de 15 studiene gjaldt ansatte som var sykmeldt på grunn av psykiske lidelser eller muskel-/skjelettlidelser. Artikkelforfatterne konkluderer med at det trengs mer forskning på e-helseintervensjoner ved sykmelding eller ved risiko for langtidssykmelding.

● *JBI Evidence Synthesis* (2021) doi: 10.11124/JBISIR-D-19-00433 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34224522/>



ALLE FOTO: COLOURBOX

# HVILKE VILKÅR FOR LØNNS- KOMPENSASJON ER HENSIKTSMESSIGE?

## Utenforskap gjør at vi må tenke nytt

■ GEORG ESPOLIN JOHNSON

**Kontantytelser som erstatning for manglende lønnsinntekt er kanskje den viktigste komponenten i folketrygden. Dagens ordning er romslig og sjenerøs, men når jeg i overskriften hevder at vi må tenke nytt, må det bety at jeg ser svakheter som bør løses. Ytelsene treffer ikke alltid etter sine intensjoner; de er mange, kompliserte og delvis overlappende, og de forutsetter svært omfattende og dyr kontroll og administrasjon.**

Nav-reformen som ble iverksatt i 2006, var begrunnet i samordnet bistand, flere i arbeid og en mer effektiv forvaltning. I dag er det få som mener at målene er nådd. Antallet på trygd holder seg temmelig stabilt, samtidig som sysselsettingsraten synker.

I forhold til sammenlignbare land har Norge mange på ytelse som forutsetter sykdom, men få på ytelse som arbeidsledighetstrygd og sosialhjelp. Andelen i førstnevnte gruppe har vært stabil i flere tiår – ingen tiltak for å få ned sykefraværet har hatt nevneverdig effekt. En av forklaringene er at uførhet som følge av sykdom gir høyere ytelse enn øvrige ordninger, som ofte knapt er til å leve av. Faller man utenfor arbeidslivet, lønner det seg med andre ord å kunne begrunne det i sykdom. For dem uten synlig sykdom, blir det en forståelig kamp om likevel å være syk nok.

Legeattestert sykdom har vært et vilkår for rett til lønnskompensasjon fra trygden siden vår første lov om sykepenges fra 1909. I dag står symptomdiagnoser, altså lidelser uten forklarende, objektive medisinske funn, for en stor del av uførheten. Slike tilstander befinner seg i ytterkanten av biomedisinen og mange legers kunnskapsfelt. Omfattende medisinsk utredning gir sjelden tilleggsinformasjon om funksjons- og arbeidsevne. Mange havner i likevel i endeløse og nytteløse utrednings- og behandlingsprosesser, sjeldnere fordi fastlegen anser det medisinsk indisert eller

tror det vil avklare arbeidsevnen, enn for å opprettholde en sykdomsbasert ytelse.

Det kan settes spørsmålsteget ved sykdomsvilkårets egnethet for rasjonering av trygd, og spørsmålsteget er blitt tydeligere de siste tiårene. I tillegg til å føre til uholdbar forskjellsbehandling, bidrar det til en innelåsningseffekt ved at mottakere må tviholde på en sykerolle for å oppnå en ytelse som muliggjør et trygt og forutsigbart liv.

Før jeg går løs på den bebudede løsningen, skal jeg konkretisere problemene gjennom to tidligere *Utposten*-artikler av Harald Sundby (1, 2).

Førstnevnte presenterer flere for meg trefende og velkjente eksempler på personer som blir stående uten lønnskompensasjon, til tross for at det framstår som åpenbart at arbeidsevnen er tapt. Om en av de avslåtte søknadene skriver Sundby:

«Grundig arbeidsevnevurdering foretatt av et konsulentfirma på oppdrag fra Nav konkluderer entydig med at det ikke finnes arbeidsevne og at videre attføringsforsøk bare vil gjøre vondt verre.»

Det er uomtvistet at Nav har det formelle ansvaret for vedtak, men Nav har eksterne, formaliserte samarbeidspartnere som besitter mer kunnskap om hvordan helsetilstanden kan påvirke arbeidsevnen. Fastlegene har en nøkkelposisjon i spillet, men øvrig helsepersonell og ikke minst attføringsinstanser står også sentralt. Nav bør ha svært gode grunner for å overprøve velbegrunnede konklusjoner fra samarbeidspartnerne.



Forfatteren er født i 1953 og ble cand. med. i 1980. Han har vært innom allmennmedisin, arbeidsmedisin, forsikringsmedisin og helsetjenesteforskning. Fra 1997 har han jobbet innenfor trygdemedisin, mesteparten av tiden som medisinsk dommer i Trygderetten, men også som rådgivende overlege på trygdekontor og senere i Nav. I 2002 leverte han en hovedoppgave i idéhistorie som drøfter legens samfunnsoppgaver, status og makt i et idéhistorisk perspektiv.

Min erfaring er at slik begrunnelse ofte mangler. En årsak kan være at forvaltningsorganet Nav ønsker å bidra til det politiske målet å få ned uføretallene. Mot et slikt bakteppe er det kanskje lett å tilsidesette vurderinger som trekker i motsatt retning? I en del tilfeller kan det se ut som om Nav oppfatter trygdeytelsene mer som en slags sykeforsikring enn som lønnskompensasjon ved arbeidsuførhet. I folketrygdlovens formålsparagraf heter det at

«Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved [...] sykdom og skade, uførhet, [...]» (3)



Det er et oversett poeng at «uførhet» er et selvstendig kriterium, det står ikke «uførhet som følge av sykdom og skade».

Den andre artikkelen er en kasuistikk om en nedstemt og fattig innvandrer. I tillegg til å referere en kreativ, helhetlig, ukonvensjonell og effektiv håndtering av saken, er poenget i denne sammenhengen at økt immigrasjon har lært oss at sykdom i form av både kroppslige, mentale og språklige uttrykk er sterkt kulturavhengig. Begrepet sykdom er blitt enda mer uklart enn det var allerede i 1909. Det sier seg selv at et ubestemmelig sykdomsbegrep egner seg dårlig som vurderingsgrunnlag for funksjons- og arbeidsevne.

Men er disse problemene tilstrekkelig store til å gå løs på en omfattende reform av en trygdeordning som tross alt har fungert bra i mer enn hundre år? En forutsetning må i hvert fall være at den signifikant reduserer problemer i dagens ordning uten i vesentlig grad å tilføre nye. Er det ikke bedre å justere dagens ordning enn å begi seg ut i ukjent terreng med ikke særlig godt kart? Jeg tror at uansett hvor mye gjeldende regelverk og prosedyrer flikkes på, vil tolkningsmonn og forskjellsbehandling bli uakseptabelt store.

Strukturelle endringer i samfunnet har ført til at behovet for endring nå er skriken. Her følger noen årsaker:

**Ustabilt arbeidsmarked og variabelt jobbtilbud:** Selv om spådommer om framtidig mangel på arbeid er blitt gjort til skamme flere ganger i historien, tilsier den teknologiske utviklingen at det denne gangen kan bli en realitet. Netthandel truer butikkarbeidsplasser, delingsøkonomi har vi sannsynligvis bare sett begynnelsen av, yrkessjåfører går en usikker tid i møte, og behovet for ufaglært arbeidskraft er i fritt fall.

**For enkel årsaksanalyse:** Problemer med å komme inn i arbeidslivet som følge av manglende eller utdaterte kvalifikasjoner, kan avhjelpes med tilpassede opplærings tiltak. Men bak utenforskap ligger ofte belastende livshistorie, sosioøkonomiske forhold og kulturkollisjon. Da har kvalifiseringstiltak begrenset effekt. Strukturelt betinget utenforskap krever strukturelle tiltak. Dagens trygdeordning etablerer

langt på vei en endimensjonal, individorientert og sykdomsfokusert forklaringsmodell som er altfor enkel. Personer som av forskjellige grunner har svak og ustabil tilknytning til arbeidslivet, må ikke fristes inn i en sykerolle for å kunne motta akseptabel lønnskompensasjon.

**Økende prekariat:** Prekariat er et forholdsvis nytt begrep innenfor sosiologi og samfunnsøkonomi, satt sammen av ordene prekær (i betydningen prekær livssituasjon) og proletariat. Ordet betegner en livssituasjon bestående av periodisk arbeidsløshet og mangel på arbeid, som i sin tur fører til uforutsigbarhet og utrygghet, og øker forekomst av helseproblemer (4). Som oftest er fattigdom en del av bildet, men som Konfutse hevdet for 2500 år siden er kanskje uforutsigbarhet og utrygghet mer belastende.

Prekariatet har vokst gjennom flere tiår i kjølvannet av blant annet teknologiutvikling, globalisering, migrasjon og endringer i arbeidervernlovgivningen. Gruppen er mer begrenset i Norge enn i mange andre vestlige land. Uten endringer i anordningene for inntektssikring er det grunn til å tro at gruppen vil vokse også i Norge etter hvert som oljeinntektene avtar og norsk økonomi sannsynligvis blir mer lik nabolandenes.

Dagens inntektskompensasjonsordning er utviklet med utgangspunkt i et forholdsvis stabilt arbeidsmarked med plass til alle. Økende endringstakt med flere tidsbegrensede og ustabile jobber 'presser' flere inn i prekariatet.

**Endrede utdannings-, familie- og karrierevalg:** I tillegg til endringene i arbeidsmarkedet har familie- og husholdningsstruktur og personlige ønsker og valg gradvis endret seg gjennom mange tiår. Kjønnsforskjellene i karrierevalg viskes ut, færre følger rettlinjede karriereveier, flere veksler mellom forskjellige typer arbeid, har perioder utenfor arbeidslivet (selvvalgt eller pga. mangel på arbeid) og opplever store variasjoner i inntektsnivå. Dette fordrer et sikkerhetsnett bygd på andre kriterier enn dagens sykdomsbaserte trygdesystem.

Behovsprøving og aktivitetskrav (ofte kan det siste mer treffende betegnes som

«meningsløs, demotiverende og helseskadelig aktivitetstvang») er ikke tilpasset vårt postindustrielle samfunn. Vi har behov for en ordning som i langt større grad sørger for at alle som ikke klarer å skaffe seg stabil inntekt, eventuelt med bistand, får lønnskompensasjon som er til å leve av, samtidig som vi må sørge for at incentivene til arbeid og samfunnsaktivitet opprettholdes. Og det er her **grunninntekt** kommer inn!

Gjennom synonymet borgerlønn antas grunninntekt å være forholdsvis godt kjent, selv om det kan ha varierende innhold. BIEN (Basic Income Earth Network) er et internasjonalt nettverk som promoterer grunninntekt og har en norsk avdeling (5). BIEN definerer grunninntekt temmelig avgrenset (universell, høy nok, individuell, ubetinget og regelmessig), men begrepet benyttes også ofte som en løsere beskrivelse på modeller med varierende normative, økonomiske og psykologiske begrunnelser.

Hovedinnvendingene mot grunninntekt består av to gjengangere. Den ene er moralsk og er knyttet til at man må yte for å kunne nyte; grunninntekt vil virke passiviserende og føre til redusert arbeidsdeltakelse og verdiskapning. Samtidig som det er vanskelig å finne dokumentasjon for påstanden, overser den at dagens ordning har samme effekt. Den andre hovedinnvendingen er at grunninntekt vil bli altfor dyrt. Analyser tyder på at dette er mer fryktbasert enn reelt.

Tilhengere av grunninntekt trekker fram at økt personlig trygghet og forutsigbarhet vil bidra til bedre helse og trivsel, mer energi og økt initiativ med økt sysselsetting og verdiskapning. Trygdefeller og innelåsningsproblematikk vil unngås, og mindre behov for kontrollerende byråkrati vil gi store innsparinger.

Grunninntekt dreier seg ikke om å 'gi bort' penger uten krav om gjenytelse eller om å frita folk fra å ta ansvar for egne liv. Tvert imot er økonomisk trygghet og forutsigbarhet ofte forutsetninger for å lykkes med å ta ansvar for eget liv.

Referanser, se side 31

■ GESPOLIN@ICLOUD.COM

# UTFORMING AV GRUNNINNTekt: En mulig modell

■ ■ GEORG ESPOLIN JOHNSON

**Utenforskap reiser spørsmålet om lønnskompensasjon basert utelukkende på et problematisk sykdomsbegrep er hensiktsmessig. Jeg har i foregående artikkel i dette nummeret av *Utposten* argumentert for at det er tid for å tenke nytt, og heller se til land som tenker i retning av borgerlønn eller grunninntekt. Jeg presenterer her en modell for hvordan grunninntekt som lønnskompensasjon kan utformes.**

En konkret modell for grunninntekt bør bygge på følgende prinsipper:

- Grunninntekt er en individuell, rettighetsbasert ytelse uten krav til opparbeidede trygderettigheter basert på arbeidsinntekt.
- Alle norske borgere mellom 18 og 67 år samt innvandrere med flyktningstatus og fast oppholdstillatelse har krav på grunninntekt.
- Ordningen innbefatter et skatte- eller tilbakbetalingsregime som gradvis reduserer ytelsens effekt ettersom egeninntekten øker.
- Grunninntekt skal stimulere til deltakelse i arbeidsliv og samfunnsaktiviteter, også når funksjonsevnen er begrenset.
- Ordningen må være bærekraftig, men offentlig innsparing er ikke et formål.

**Grunninntektens størrelse:** De samlede effektene av grunninntekt for mottakere og samfunn vil i avgjørende grad avhenge av beløpets størrelse. For at ordningen skal fungere etter intensjonen, må beløpet være høyt nok til å skape reell trygghet og forutsigbarhet, samtidig som det ikke må være så høyt at det dreper incentivet til lønnet arbeid og samfunnsaktivitet. Det er derfor nødvendig med noen refleksjoner rundt beløpets størrelse.

Som erstatning for ytelser i folketrygdlovens helseakse er grunninntekt først og fremst tenkt som supplerende inntekt til personer som uavhengig av årsak ikke skaffer seg tilstrekkelig egeninntekt til livsopphold. Ytelsen må imidlertid også kunne fungere som garantert sikringsinntekt til personer som selv velger å stå utenfor arbeidslivet, eksempelvis foreldre som velger å være hjemme med barn utover foreldrepengeperioden eller personer som ønsker å studere eller bedrive andre ulønnede aktiviteter i kortere eller lenger tid.

Grunnleggende momenter som må tas hensyn til i fastsettelsen av størrelsen på grunninntekt:

- Grunninntekt skal gi økonomisk grunnlag for et verdig liv holdt opp mot samfunnets sosiale og kulturelle standarder og øvrige forventninger.
- Det skal alltid være økonomisk attraktivt å ha egeninntekt i tillegg til grunninntekt.
- Finansiering av grunninntekt må skje innenfor rammer som opprettholder grunnlaget for en bærekraftig og dynamisk økonomi.

Selv om noen av tallene nedenfor gir et forenklet bilde av virkeligheten, er de relevante som grunnlag for grunninntektens størrelse. De er i tillegg avrundet; noen av dem er noen år gamle og vil være litt høyere i dag.

- Median brutto månedsinntekt: 43 000 => 516 000 årlig
  - Gjennomsnitts brutto månedslønn i laveste desil: 24 500 kroner => 294 000 årlig
  - OECDs fattigdomsgrense: 50 prosent av medianen => 258 000
  - EUs fattigdomsgrense: 60 prosent av medianen => 310 000
  - Dagens laveste pensjonsnivå (minstepensjon) for enslige: 210 000
  - Maksimal uføretrygd og AAP: 400 000
- Tallene gir et begrenset bilde av reelt økonomisk handlingsrom for mottaker. Ting som husholdningens størrelse, forsørgerbyrde, stedlig boligmarked, helsetilstand og så videre er naturligvis viktig. Slike forskjeller foreligger også i dag, og er ikke spesifikt knyttet til grunninntekt.

Minstepensjon har flere ganger blitt lansert som et rimelig nivå for grunninntekt. Det tilsvarer omtrent to ganger folketrygdens grunnbeløp, i dag ca. 213 000 kroner, og ble foreslått i Venstres partiprogram i 2009. Allerede i 2004 argumenterte Knut Halvor-

sen, professor i sosialpolitikk ved Høgskolen i Oslo, for grunninntekt eller samfunnslønn, og foreslo at nivået kunne ligge på datidens minstepensjon (7). For perioden 2009–13 programfestet partiet Venstre utredning av borgerlønn på 2G, i dag tilsvarende 214 000 kroner. Det er også relevant at ifølge avisen *Varden* skal Skien kommune teste ut en grunninntektsordning med en månedssats på kr 16 892, tilsvarende snaut 203 000 årlig (6).

Dagens minstepensjon på ca. 210 000 kroner er lavere enn både OECDs og EUs fattigdomsgrenser, og det kan stilles spørsmål ved om det oppfyller målet «økonomisk grunnlag for et verdig liv holdt opp mot samfunnets sosiale og kulturelle standarder og øvrige forventninger.»

Beløpets størrelse kan naturligvis diskuteres. Det samme gjelder grensen for hvor høy egeninntekten skal være før effekten av grunninntekt og dermed også statens utgifter bør falle bort. For at det alltid skal lønne seg å være i arbeid, må avtrappingen skje i lavere takt enn økningen av egeninntekt. Avtrappingen kan tas hånd om gjennom et tilpasset skatteregime eller gjennom en avregningsordning med eventuell tilbakebetaling, tilsvarende dagens skatteoppgjør. Det er ikke rom for å gå mer i detalj her, men simuleringer tyder på at grunninntekt ikke bør miste sin effekt før ved årsinntekt rundt 600 000.

Mange tilhengere av grunninntekt, særlig på den politiske høyresiden, ser for seg at en lav grunninntekt skal erstatte så godt som alle velferdsytelser. En årsinntekt på 210 000 ville svekke ytelsesnivået på både sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd betydelig, og ville ikke representere en reell erstatning for disse. I dagens Norge framstår grunninntekt som lite realistisk om ikke nåværende ytelsesnivå opprettholdes gjennom tilleggsytelser.



Løsningen må imidlertid ikke bli en ny variant av kampen om å være syk nok til å oppnå rettigheter. Det er ikke plass til en detaljert diskusjon her, men i erkjennelse av at det ikke bare er sykdom i tradisjonell medisinsk forstand som stenger folk ute fra arbeidslivet, må fokus rettes mot *reell mulighet for å komme i arbeid i eksisterende arbeidsmarked*. Dagens absolutte sykdomskrav fører til medikalisering og uholdbar forskjellsbehandling.

Når helse spiller inn, kan medisinske vurderinger være avklarende, men i mindre grad i den store gruppen med få eller sparsomt med forklarende objektive funn. Vurdering av arbeidsevne må da bero på den enkeltes egen framstilling i tillegg til vurderinger basert på observasjoner og annen relevant kunnskap om personen og om arbeidsmarkedet. Slike vurderinger gjøres i dag i stor grad av fastleger, men også av psykologer, arbeidslivskonsulenter og andre nøytrale og kompetente kilder. Men uansett hvor mye samlet informasjon som foreligger, vil arbeidsevne sjelden la seg fastslå nøyaktig og som regel variere over tid.

Undersøkelser tilsier at grunninntektsmodellens stimulering til fleksible jobbbløsninger uten å redusere basal trygghet, vil føre til at flere tar deltidsarbeid og dermed oppnår så høy egeninntekt i tillegg til grunninntekten at tilleggssytelse vil være uaktuelt. Kontrollbehovet kan vise seg å bli begrenset. Dette støttes i en rapport fra 2020 fra en nederlandsk undersøkelse hvor formålet var å finne ut hva som «fungerer best for å bistå personer på sosiale ytelser tilbake til lønnsarbeid eller andre samfunnsaktiviteter».

752 ytelsesmottakere ble inndelt i fire grupper, og svært kort oppsummert var konklusjonen etter 16 måneder at økt selvbestemmelse og trygghet førte til økt arbeidsdeltakelse i deltidsjobber og økt sannsynlighet for fast jobb. Også andre positive effekter tilkom. Et godt bistandsapparat økte effektene, særlig hos personer med lav utdanning som sto langt fra arbeidsmarkedet (8).

### Men har vi råd?

For høye kostnader er en slitesterk innvending mot grunninntekt, men det er vanskelig å finne støtte i annet enn skrivebordsregninger. Blant annet et stortilt prosjekt kalt MINCOME i provinsen Manitoba i Canada mellom 1974 og -78 støtter ikke uten videre kostnadsfrykten. Prosjektet ble stanset prematurt uten dataanalyser og evaluering fordi risikoen for negative resultater ble ansett som for stor i lys av pågående økonomiske nedgangstider.

Omkring 2010 fikk professor i helseøkonomi Evelyn Forget tilgang til materialet som beskrives som «1800 støvete bokser og spor av noen få foreldede data-taper». I en artikkel fra 2011 skriver hun blant annet at basisinntekt førte til sterkt fall i antall sykehusinnleggelser, særlig for psykiatri og alkoholrelaterte ulykker, men steg igjen da eksperimentet ble avviklet. Det var også betydelig økning av ungdom som fullførte high school. Ingen av de pessimistiske spådommene til kritikerne ble bekreftet av hennes analyser. Hun konstaterer at Canada gjennom fire tiår hadde hatt storstilte trygdereformer på trappene som hver gang var

blitt stanset av økonomiske og moralske argumenter som det neppe er holdepunkter for. Hun konkluderer med at

«det er usannsynlig at Canada i overskuelig framtid vil gi slipp på sin opptatthet av behovsprøvede ytelser. Men prinsippene i å sikre et lavt, men akseptabelt inntektsnivå er vel etablert. Det samme er konstruksjonen for å kunne levere et slikt program sømløst» (9).

I et nylig avsluttet prosjekt i California, *Stockton Universal Basic Income Experiment*, fikk forsøkspersonene 500 amerikanske dollar månedlig uten betingelser i to år. En artikkel i *Los Angeles Times* angir at mottakerne var «friskere, hadde mindre angst og depresjon og rapporterte økt trivsel sammenlignet med kontrollgruppen som ikke mottok ytelsen.» De lyktes også bedre i å komme i fulltidsarbeid. Det påpekes at dette snur opp ned på

«det konvensjonelle og konservative argumentet om at slike programmer vil redusere incentivet til å lete etter arbeid og gjøre mottakerne til dagdrivere.»

Det anføres at personer i økonomisk fortvilede situasjoner ikke har «båndbredde til å tenke på framtiden» og at «fattigdom ikke er resultatet av individers dårlige beslutninger, men av politikk som holder folk nede» (10).

I boka *Basic income and how we can make it happen* refererer professor Guy Standing ved University of London til en rekke resultater fra prosjekter med forskjellige varianter av grunninntekt som taler imot kostnadsargumentet. Han skriver at «de som hevder at grunninntekt bare kan finansieres gjennom kutt i sosiale tjenester eller sterk økning av inntektsskatt, villeder oss, bevisst eller av uviitenhet» (11). Ifølge Vegard Velle har ikke mindre enn sju nobelprisvinnere i økonomi uttalt seg positivt til en form for samfunnslønn (7).

### Avsluttende kommentar

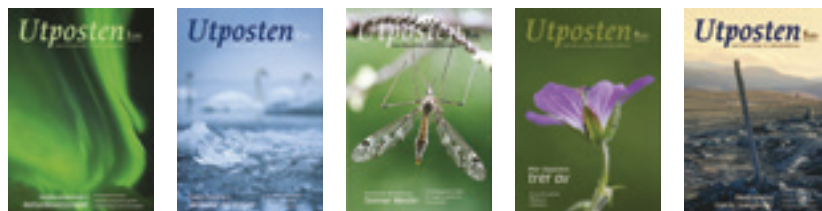
Vi har gode velferdsordninger her i landet, men så fullkomne er de ikke at vi kan lene oss selvtilfreds tilbake og avvise at det kan være behov for revisjoner. Forsøk med grunninntekt gjennomføres nå i både rike og fattige land. I en artikkel i *Financial Times* skriver Martin Sandbu at behovet for aktiv politikk i koronakrisen har gått nesten sømløst over i aksept for en mer aktiv stat som drivkraft i økonomien.

«Det er naivt å tro at de ideene og den politikken som vinner frem i resten av verden ikke kommer til å gjøre seg gjeldende i Norge også. På mange måter har de lenge gjort det, i og med at verden nå går i nordisk retning. Men land som omfavner endring får større fart enn de som hviler på gamle laurbær. Det ville være trist om Norge ble forbigått i 'nordiskhet' fordi andre tenker større, nyere, og mer radikalt» (12).

Norge har gode velferdsordninger, men det er selvsagt mulig med forbedringer.

ILLUSTRASJONSFOTO:  
SCANDINAVIAN STOCKPHOTO





# Utposten

## annonseinfo 2022

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

**ABONNEMENT:** Kr 650,- i året

### TEKNISK

**ANNONSEANSVARLIG:** Karianne Rutle

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com

### MATERIELL:

Elektronisk (e-post/07 filoverføringstjeneste, se: [www.07.no](http://www.07.no))

**FORMAT:** A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

**SATSFLATE:** 185 x 249,5 mm 3 spalter

**TRYKKER:** 07 Media – 07.no, Aurveien 14, 1930 Aurskog

**KONTAKTPERSON:** Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

| UTGAVE | BESTILLINGSFRIST | MATERIELLFRIST | UTSENDELSE    |
|--------|------------------|----------------|---------------|
| ①      | 13. januar       | 26. januar     | 7. februar    |
| ②      | 25. februar      | 9. mars        | 21. mars      |
| ③      | 6. april         | 27. april      | 9. mai        |
| ④      | 18. mai          | 1. juni        | 13. juni      |
| ⑤      | 17. august       | 31. august     | 12. september |
| ⑥      | 28. september    | 12. oktober    | 24. oktober   |
| ⑦/⑧    | 2. november      | 23. november   | 5. desember   |

### ANNONSEINFO

| FORMAT    | MÅL           | MÅL UTF.     | 4-FARGER | S-HV    |
|-----------|---------------|--------------|----------|---------|
| 1/1       | 185 x 238,2   | 210 x 297*   | 14 000,- | 6 900,- |
| 4. omslag | –             | 210 x 237*   | 18 000,- | –       |
| 2/3       | ↕ 122 x 238,2 | 136 x 297*   | 11 500,- | 6 100,- |
| 1/2       | ↔ 185 x 122   | 210 x 147,5* | 8 500,-  | 4 300,- |
| 1/3       | ↕ 59 x 238,2  | 73 x 297*    | 7 400,-  | 3 700,- |
| 1/3       | ↔ 185 x 92    | 210 x 117*   | 7 400,-  | 3 700,- |
| 1/4       | ↔ 185 x 61    | 210 x 87*    | 6 500,-  | 2 800,- |

\* +3 mm for utfallende alle sider

**BILAG:** Pris ved forespørsel.

I en artikkel om et pågående forsøk med grunninntekt i Wales heter det at det er på tide å akseptere at dagens system har brutt sammen, og at et sikkerhetsnett for alle er nødvendig i framtiden (13). Og for et år siden uttalte den innflytelsesrike britiske sosiologen Anthony Giddens i et intervju med Nina Witoszek at «en gang virket grunninntekt som en utopisk ordning, men plutselig er den en del av nesten alle regjeringers agenda» (14).

Utenfor Norge synes stadig flere politikere å innse at dagens ordninger er foreldet, og at løsningen kan hete grunninntekt. Her i landet er den politiske interessen laber, men likevel økende. Milton Friedman, en av de mange nobelprisvinnerne som har snakket varmt om grunninntekt, har uttalt følgende: «Our basic function is to develop alternatives to existing policy, to keep them alive and available until the politically impossible become the politically inevitable.» Slik jeg ser det, er vår eksisterende ordning for lønnskompensasjon ved arbeidsuførhet verken tilpasset dagens samfunn eller forventet samfunnsutvikling. Behovet for endringer nærmer seg politisk uunnngåelig.

Grunninntekt er naturligvis ikke løsningen på alt, og det må i alle fall ikke bli en sovepute for andre aktivitetsfremmende og inkluderende tiltak. Men det er svært god grunn til å utrede om grunninntekt bør innlemmes i flere funksjoner i dagens velferdssystem. James Meade, en annen av nobelprisvinnerne som har snakket varmt om grunninntekt, skrev i *Economic Journal* i 1978 at

«historien viser at det som ikke er 'politisk mulig' kan endre seg ganske radikalt og ganske raskt over tid. Ingenting blir politisk mulig med mindre det først blir foreslått og diskutert av en organisert gruppe mennesker» (7).

### REFERANSER

1. Sundby, Harald. Avmakt og NAVmakt — en bekymringsmelding. *Utposten* nr. 2, 2016.
2. Sundby, Harald. Kveldsbønn fra helvete. *Utposten* nr. 3, 2021.
3. LOV-1997-02-28-19. Lov om folketrygd (folketrygdloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>. Lest 25.09.2021.
4. <https://agendamagasinet.no/artikler/de-som-faller-utenfor/> Lest 25.09.2021.
5. <https://biennorge.no/om-grunninntekt/> Lest 25.09.2021.
6. <https://www.varden.no/meninger/skien-vil-teste-ut-borgerlonn-en-ordning-som-strider-mot-et-helt-sentral-prinsipp-i-norge/> Lest 25.09.2021.
7. Velle, Vegard. Tid for samfunnslønn? Kan samfunnslønn forenkle trygdesystemet og gjøre stønadsordninger overflødige? *Le Monde Diplomatique* mai 2004.
8. <https://www.uu.nl/en/publication/final-report-what-works-weten-wat-werkt> Lest 25.09.2021.
9. Forget, Evelyn L. Canadian Public Policy — analyse de Politiques, vol. xxxvii, no. 3 2011. <https://www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cpp.37.3.283>.
10. Hiltzik, Michael. Column: Stockton study shows that universal basic income can be life-changing <https://www.latimes.com/business/story/2021-03-06/stockton-study-universal-basic-income> Lest 25.09.2021.
11. Standing, Guy. Basic Income and how we can make it happen. Penguin 2017. Kapittel 11: Basic income initiatives and pilots.
12. Sandbu, Martin. Den økonomiske tenkningen har gjort kuvending i flere land. Men hva med Norge? <https://www.aftenposten.no/meninger/kommentar/i/9OPeKq/den-oekonomiske-tenkningen-har-gjort-kuvending-i-flere-land-men-hva-me> Lest 25.09.2021.
13. Fairclough, Stephen. Universal basic income: Wales' trial 'should include everyone'. BBC News, 26. juli 2021: <https://www.bbc.com/news/uk-wales-57944123>. Lest 25.09.2021.
14. Witoszek, Nina. Anthony Giddens' syn på verden etter pandemien. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/QmlJ1W/anthony-giddens-syn-paa-verden-etter-pandemien> Lest 25.09.2021.



# DEN NEUROPSYKOLOGISKE UNDERSØKELSEN: – En kartlegging av kognitiv

■ ANNE-LISE JUUL HAUGAN • Spesialist i nevropsykologi. Privatpraktiserende nevropsykolog og stipendiat ved NTNU, Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge (RKBU Midt-Norge), Fakultet for medisin og helsevitenskap/Institutt for psykisk helse

**Ved utredning av psykiske lidelser må både symptomer, funksjonstap og mulige diagnoser kartlegges og vurderes. En nevropsykologisk undersøkelse kan være nyttig dersom legen er usikker på årsaken til funksjonsvansker i hverdagen eller i arbeidslivet. Slik utredning er også aktuell ved vurdering av uførhet, og kan si noe om potensialet for å gjennomføre høyere utdanning og evne til å fungere under ulike arbeidsvilkår.**

Innen klinisk nevropsykologi er man opptatt av å forstå forholdet mellom hjernen og atferd. Man er særlig opptatt av kognitive funksjoner eller ulike aspekter ved hvordan vi tenker, lærer og forholder oss til omgivelsene rundt oss. Eksempler på dette er språk, tolkning av synsinntrykk, evne til konsentrasjon, hukommelse, planlegging, egenstrukturering og organisering. Nevropsykologer har tradisjonelt vært opptatt av å samle et strukturert utvalg av atferd ved hjelp av standardiserte nevropsykologiske tester. Tanken har vært at man ved hjelp av normerte kognitive tester skal kunne si noe om hva som foregår i hjernen til pasienten, og dermed kunne slutte hvordan dette påvirker atferden i dagliglivet (1).

## Aktuelt ved mange diagnoser

Nevropsykologiske undersøkelser har tradisjonelt vært brukt som supplement til nevrologiske undersøkelser ved utredning og funksjonskartlegging ved hodeskader, hos slagpasienter og ved nevrologiske lidelser som demens, epilepsi og multipel sklerose (MS), for å nevne noen. Stadig mer avansert bildetakingsutstyr har de senere årene erstattet noe av behovet for nevropsykologiske tester ved diagnostikk og kartlegging av hjernepatologi. Likevel er man ved enkelte lidelser, som Alzheimer demens og milde hodeskader, fremdeles avhengig av kognitiv testing for en mer presis diagnostisk vurdering (2).

Både atferd og følelsesliv styres av hjernen, og en rekke psykiske lidelser som eksempelvis schizofreni, depresjon, bipolar lidelse og post traumatisk stresslidelse (PTSD) ledsages ofte av kognitive vansker som nedsatt oppmerksomhet og arbeidsminnekapasitet, redusert innlæring og hu-

kommelse (3–5). Ved utviklingsforstyrrelser som hyperkinetisk lidelse/ADHD og autismespekterforstyrrelser er oppmerksomhetsvansker, manglende mental fleksibilitet og eksekutive funksjonsvansker blant kjernesymptomene (6, 7). Nevropsykologien vokser seg stadig større som fagfelt, og nevropsykologer er i dag å finne innen somatikk, arbeidsmedisin, habiliteringstjeneste, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, rettspsykiatri og erstatningsrett.

Utredning av psykiske lidelser skal etter anbefaling fra den Internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdom og beslektede helseproblemer (ICD-10) (8) inkludere både kartlegging av spesifikke diagnostiske symptomer, samt en vurdering av funksjonstap. En nevropsykologisk undersøkelse kan være nyttig dersom man er usikker på om årsak til funksjonsvansker/lav hverdagsfungering hos en pasient forårsakes av lavt evnenivå, svake kognitive støttefunksjoner/eksekutive funksjonsvansker, eller mer avgrensede symptomer på psykisk lidelse. Det samme gjelder for avklaring av ulike årsaker til funksjonsvansker i arbeidslivet.

Tap av funksjon vil ofte være forårsaket av flere faktorer som virker sammen. En nevropsykologisk undersøkelse kan bidra til å sortere hva som er hva. En kognitiv utredning kan si noe om potensialet for å gjennomføre høyere utdanning og evne til å fungere i arbeidsliv under ulike arbeidsvilkår. Utredningen er også aktuell ved vurdering av uførhet.

Norsk Psykologforening utarbeidet i 2012 (revidert 2016) en veileder for utredning ved førerkortvurderinger, som er tilgjengelig på psykologforeningens nettsider. En slik undersøkelse kan være relevant

ved vurdering av neglekt, reaksjonshastighet, vedvarende konsentrasjon, orienteringsevne og impulsivitet.

## Henvisningen

Det er som regel fastlegen som henviser til en nevropsykologisk undersøkelse, men psykologer, forsikringsselskap, Nav og privatpersoner kan også be om en undersøkelse. En henvisning bør inneholde en kort oppsummering av helseopplysninger som er relevante i forhold til den problemstillingen man ønsker å få avklart. Relevant informasjon inkluderer avvik fra normale utviklingsmessige forhold, belastninger i familie- og oppvekstmiljø, behov for spesialundervisning i skolen, en oppsummering fra psykiatriske utredninger, informasjon om rus, somatiske lidelser, hodeskader og medisinbruk som kan ha innvirkning på kognitive funksjoner. Det er ønskelig at henvisningen presiserer tydelig hva man ønsker å få avklart ved undersøkelsen.

## Hva innebærer en nevropsykologisk undersøkelse?

Den nevropsykologiske undersøkelsen starter gjerne med at pasienten beskriver sin aktuelle situasjon og opplevde vansker med egne ord. De fleste nevropsykologer bruker et standardisert klinisk intervju/ anamneseopptak med gjennomgang av relevante tidligere utviklingsforhold, beskrivelse av familie- og oppvekstmiljø, fungering i skole og utdanning, samt arbeidsliv. Pasientens sosiale fungering og psykiske helse utredes ofte gjennom samtale og bruk av standardiserte utredningsinstrumenter som symptom-sjekklistor og/eller psykiatriske intervju. Det er vanlig å kartlegge bruk av rusmidler,

# funksjon og psykisk helse



ILLUSTRASJONSPOTO: SHUTTERSTOCK

samt pasientens somatiske helse, med særskilt vekt på tilstander som kan ha innvirkning på kognitive funksjoner, deriblant hodeskader, epilepsi og andre nevrologiske sykdommer. Relevante somatiske opplysninger fra fastlege eller annen lege bør helst foreligge ved utredningstidspunkt, men kan innhentes i etterkant ved behov. Informasjon fra foresatte kan være relevant når det gjelder å avdekke tidlige utviklingsmes-

*Aktuelle kognitive funksjoner som kartlegges ved en nevropsykologisk undersøkelse.*

- Generell intellektuell kapasitet (IQ)
- Språklig fungering
- Ikke-språklige ferdigheter/perseptuell resonnering
- Oppmerksomhet
- Verbal og visuell innlæring og hukommelse
- Mental effektivitet og tempo
- Overordnede reguleringsfunksjoner (evne til mental fleksibilitet praktisk problemløsning, planlegging og impuls kontroll)

sige forhold. Funksjonsbeskrivelser fra andre nære informanter kan være aktuelt å innhente ved mistanke om underrapportering av symptomer eller ved mistanke om begrenset selvinnsett.

En nevropsykologisk undersøkelse inkluderer vanligvis kognitiv testing. Hvilke tester som brukes og omfang av disse, avhenger av problemstilling. De fleste nevropsykologer bruker et standardisert testbatteri som kartlegger et bredt register av kognitive funksjoner og som suppleres ved behov. I rammen til venstre finnes en oversikt over kognitive funksjoner som ofte kartlegges i et standard testbatteri (ref. hjemmesiden til norsk nevropsykologisk forening).

Undersøkelsen gjennomføres som regel over én til to dager og varer gjerne fra fem til åtte timer totalt. Pasienten tilbys ofte en tilbakemeldingssamtale med gjennomgang av resultatene, samt mulighet for å drøfte aktuelle støtte- og behandlingstiltak. Nevropsykologen utarbeider en rapport som oppsummerer relevant informasjon fra pasientens utvikling, hverdagsfungering, psykiske og somatiske helse,

samt resultater fra de kognitive funksjonsprøvene. Ved oppsummering av resultater prøver man å balansere pasientens ressurser opp mot eventuelle kognitive vansker. Det er vanlig å redegjøre for sannsynlig årsak til vanskene og hvilke følger de kan ha for pasienten i det daglige.

## Styrker og begrensninger ved den nevropsykologiske undersøkelsen

Den nevropsykologiske undersøkelsen gjennomføres ofte over én til to dager. Den komprimerte utredningsformen foretrekkes av mange pasienter fremfor langstrakte utredningsforløp. Det å tilbringe flere timer med pasienten i strekk gir i tillegg et godt observasjonsgrunnlag når det gjelder å vurdere utholdenhet ved kognitivt krevende arbeidsoppgaver. Man får også gode observasjoner av språk/dialogferdigheter, humør og i noe grad regulering av atferd.

En nevropsykologisk rapport kan være nyttig som underlag ved henvisning til videre utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Rapporten kan også danne grunnlag for tilpassede kommunale støtte-



*Testingen av pasientens optimale kognitive fungering gjennomføres derfor i skjermede omgivelser, med få distraksjoner og stor grad av struktur.*

ILLUSTRASJONSFOTO: SHUTTERSTOCK

tiltak, samt gi innspill til tilpasninger i arbeidsliv og vurdering av ulike trygdeytelser.

En nevropsykologisk undersøkelse har også noen svakheter. Nevropsykologen ønsker vanligvis å utrede pasientens optimale kognitive fungering. Testingen gjennomføres derfor i skjermede omgivelser, med få distraksjoner og stor grad av struktur. Overføringsverdien til en hverdag preget av mange distraksjoner og lite struktur kan dermed være begrenset (9). En konsekvens av dette kan være at testresultatene viser en bedre kognitiv fungering enn det pasienten i realiteten har. Motsatt kan forhold som manglende samarbeidsevne, høy grad av stress/prestasjonsangst, bivirkninger fra medikamenter, og testing under ruspåvirket tilstand gjøre at han /hun presterer under evne, og dermed feilaktig vurderes å fungere dårligere enn det som ville vært tilfellet i en mer naturlig setting.

Konkret tolkning av testresultater uten å se dem i en større kontekst kan føre til feilaktige diagnostiske konklusjoner. For å kompensere for dette inkluderer mange nevropsykologer verktøy der pasienten beskriver egne egenledelsesferdigheter i et naturlig miljø, som supplement til den kognitive testingen. Behaviour Rating Inventory for Executive Functions (BRIEF) (10, 11) er et spørreskjema som brukes av mange norske nevropsykologer for å kartlegge eksekutive funksjoner (12).

Utredning av fremmedspråklige innebærer også utfordringer ved kognitiv testing. Store språkvansker begrenser bruk av verbale evnetester, som ofte er på norsk eller engelsk. Ulik utdannings- og kulturbakgrunn begrenser også validiteten ved bruk av tester som er utviklet og normert med andre populasjoner (9). Utredninger kan tilpasses ved bruk av tolk, og konklusjoner må gjøres med forbehold.

## Konklusjon

Nevropsykologien har fått stadig større innpass innen felt som psykiatri, habilitering, arbeidsmedisin, rettsapparat og forsikringsapparat gjennom de senere årene. Stadig flere ser nytten av en undersøkelse som innlemmer utredning av psykisk helse og kognitiv funksjon opp mot funksjonssvanser i hverdagen.

Kognitive funksjonsprøver har noen be-



grensninger når det gjelder direkte overføringsverdi til hverdagslige funksjoner. Dette kan imidlertid kompenseres ved at informasjon fra anamnese, testresultater, testobservasjoner og funksjonsbeskrivelser fra hverdagen veies opp mot hverandre i en endelig konklusjon, og som igjen munner ut i anbefalte støtte- og behandlingstil- tak.

## REFERANSER

1. Løvstad M, Dalen K, Egeland J, Gleffjell R, Heine H, Gramstad A, Køhn K, Landrø NI et.al (2015) Veileder i klinisk nevropsykologi – prinsipper for utøvelse av klinisk nevropsykologisk virksomhet. In: Norsk nevropsykologisk forening (ed).
2. Casaletto KB, Heaton RK (2017) Neuropsychological Assessment: Past and Future. Journal of the International Neuropsychological Society 23: 778–790. <https://doi.org/10.1017/S135561771701060>.
3. Li W, Zhou F-C, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, Li J, Xiang Y-T (2020) Comparison of cognitive dysfunction between schizophrenia and bipolar disorder patients: A meta-analysis of comparative studies. Journal of Affective Disorders 274: 652–661. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.051>.
4. Jacob SN, Dodge CP, Vasterling JJ (2019) Posttraumatic stress disorder and neurocognition: A bidirectional relationship? Clinical psychology review 72:101747. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101747>.
5. MacQueen GM, Mamedovich KA (2017) Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. Psychiatry Clin Neurosci 71: 18–27. <https://doi.org/10.1111/pcn.12463>.
6. Craig F, Margari F, Legrottaglie AR, Palumbi R, de Giambattista C, Margari L (2016) A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 12: 1191–1202. <https://doi.org/10.2147/ndt.S104620>.
7. Mahone EM, Denckla MB (2017) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. J Int Neuropsychol Soc 23: 916–929. <https://doi.org/10.1017/s1355617717000807>.
8. World Health Organization (1992) ICD-10 : International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization.
9. Howieson D (2019) Current limitations of neuropsychological tests and assessment procedures. The Clinical neuropsychologist 33: 200–208. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1552762>.
10. Dodzik P (2017) Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition Gerard A. Gioia, Peter K. Isquith, Steven C. Guy, and Lauren Kenworthy. Journal of Pediatric Neuropsychology 3: 227–231. <https://doi.org/10.1007/s40817-017-0044-1>.
11. Gioia GA, Isquith PK, Retzlaff PD, Espy KA (2002) Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample. Child Neuropsychol 8: 249–257. <https://doi.org/10.1076/chin.8.4.249.13513>.
12. Egeland J, Løvstad M, Norup A, Nybo T, Persson BA, Rivera D, Schanke A-K, Sigurdardottir S, Arango-Lasprilla JC (2017) Questionnaire use among Nordic neuropsychologists: Shift from assessing personality to checking ecological validity of neuropsychological assessments? Professional Psychology: Research and Practice 48: 227–235. <https://doi.org/10.1037/pro0000119>.

■ ANNE-LISE.J.HAUGEN@NTNU.NO

# AKUTTINNLEGGELSER I PSYKIATRIEN: Vurdering av samtykkekompetanse

■ TORE BUER CHRISTENSEN • Overlege PhD, psykiatrisk akuttseksjon, Sørlandet Sykehus Arendal

■ HANNA BUER HADDELAND • Jurist og stipendiat, OsloMet

**At psykisk lidelse kan påvirke evnen til å samtykke er vel åpenbart for de fleste. Derimot vil mange finne det vanskelig å vurdere gråsoner. I denne artikkelen gir vi den innleggende lege noen råd til hjelp i denne vurderingen.**

Et grunnleggende prinsipp i helselovgivningen er at all helsehjelp er basert på frivillighet. Utgangspunktet etter pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern er derfor at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Mangler pasienten samtykkekompetanse, kan tvang benyttes, forutsatt at visse andre vilkår er oppfylt. Mens *tilstedeværelse* av samtykkekompetanse er en forutsetning for frivillig behandling, har fravær av dette siden 2017 vært forutsetning for de fleste tilfeller av tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern.

## Frivillig innleggelse (§ 2-1)

La oss starte med det vanligste: Pasienten ønsker innleggelse. Det som da skal vurderes, er om pasienten forstår hva det samtykkes til – altså om pasienten innehar samtykkekompetanse knyttet til spørsmålet om innleggelse. Dette innebærer at pasienten er i stand til å ta en kvalifisert beslutning, basert på et informert samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som tilbys. Det kreves ikke skriftlig

samtykke, man legger et *stilltiende samtykke* til grunn. Fravær av motstand er ikke tilstrekkelig til å si at det foreligger et gyldig samtykke. Du må forsikre deg om at det er pasienten, og ikke eksempelvis pårørende, som samtykker. Pasientens handlemåte og omstendighetene må gjøre det sannsynlig at vedkommende godtar helsehjelpen.

Det er ikke pasientens generelle samtykkekompetanse som vurderes. Et slikt begrep eksisterer ikke. Vurderingen skal relateres til innholdet i helsehjelpen. Enkelte ganger møter man pasienter som ønsker innleggelse, men som åpenbart ikke er i stand til å gi et informert samtykke. Da skal tvungent psykisk helsevern vurderes. Eksempler på slike tilstander kan være alvorlig psykose eller demens. Det er da sentralt å foreta en konkret vurdering av samtykkekompetanse: Selv om pasienten ønsker innleggelse, forstår vedkommende hva innleggelse og behandling innebærer?

TABELL 1. *Begrunnelse for tvangsinnleggelse.*

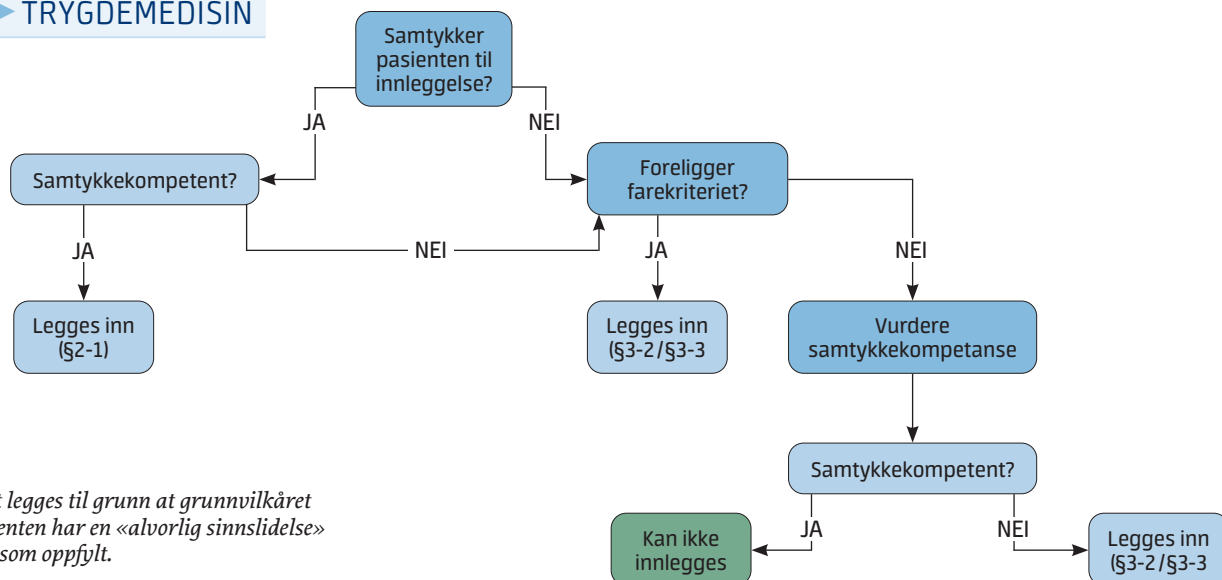
| På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene er oppfylt:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| § 3-2. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | § 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten<br>a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller<br>b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. |
| For begge gjelder:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pasienten er gitt anledning til å uttale seg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## Innleggelse på tvang (§ 3-2 eller § 3-3)

Vedtak om tvungent psykisk helsevern forutsetter at grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt. Dette er et rettslig begrep og tilsvarer ingen klar psykiatrisk diagnose. I tillegg må ett av to tilleggskriterier være oppfylt: farevilkåret eller behandlingsvilkåret. Dette forutsettes i dag vel kjent for de fleste leger, og har vært gjeldende rett i mange år. Før 2017 var det intet krav til vurdering av pasientenes samtykkekompetanse ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det var tilstrekkelig at man forholdt seg til vilkåret om alvorlig sinnslidelse og de alternative tilleggsvilkårene (TABELL 1). I september 2017 ble det i en lovendring til psykisk helsevernloven innført et vilkår om at pasienten i tillegg «mangler samtykkekompetanse».

Endringen innebærer at en pasient som er





FIGUR 1. Det legges til grunn at grunnvilkåret om at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse» er vurdert som oppfylt.

samtykkekompetent kan nekte å ta imot tilbud om innleggelse, selv om vedkommende har en alvorlig sinnslidelse. Videre kan pasienter gjennom behandling gjenvinne tidligere tapt samtykkekompetanse, og da avslutte behandling imot råd fra helsepersonell. Et klart formål ved lovendringen var å begrense bruk av tvang i psykiatrien, og samtidig styrke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. I lovforarbeidene ble det antatt at innføringen i praksis ville få særlige konsekvenser for langvarig tvangsmedisinering, som anses å være svært inngripende. Hvorvidt lovendringen har medført reduksjon i bruk av tvang er et ubesvart empirisk spørsmål som ikke berøres her.

### Hvem vurderer?

Din rolle som undersøkende lege er å avgi en uttalelse om pasienten gir et *kvalifisert samtykke* til en frivillig innleggelse. Frivillighet skal alltid forsøkes først, men om pasienten vurderes å ikke være samtykkekompetent til dette, skal innleggelse til tvungent psykisk helsevern vurderes. For begge alternativer bør det eksplisitt kommenteres i henvisningen at samtykkekompetansen er vurdert. For pasienter som innlegges på tvang gjør sykehuset en ny, selvstendig vurdering av samtykkekompetansen gjennom den såkalte «paragrafvurderingen», som innebærer en spesialistvurdering innen 24 timer etter innleggelsen.

### Om vurderingen

Begrepet samtykkekompetanse kan fremstå vagt. Vurderingen vil inkludere skjønnsmessige og etiske overveielser, og forutsetter kunnskap og refleksjon. Tre vilkår må være oppfylt for at en person skal kunne fratas retten til å nekte å motta helsehjelp: Det må foreligge sykdom, pasienten må mangle evne til å forstå konsekvensene av sitt valg, og det må være årsakssammen-

heng mellom sykdommen og den manglende forståelsesevnen.

I en dom fra november 2018 uttalte Høyesterett at samtykkekompetanse forutsetter at pasienten har evne til å treffe et behandlingsvalg basert på «noenlunde realistiske forutsetninger». Videre må vedkommende kunne treffe et informert valg med hensyn til behandling. Høyesterett påpekte også at å nekte behandling kan få store helsemessige konsekvenser, ikke minst for personer med alvorlig sinnslidelse.

Det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den psykiske lidelsen. Både for å samtykke og for å nekte, kreves det et visst nivå av innsikt i konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse. Det finnes i dag en rekke hjelpemidler<sup>1</sup> til hjelp for en slik vurdering, men avgjørelsen tas uansett ut ifra en helhetsvurdering. Akronymet FARV<sup>2</sup> kan være til god hjelp for å huske de ulike delene av en slik vurdering:

1. **Forstå:** Klarer pasienten å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om innleggelse?
2. **Anerkjenne:** Evner pasienten å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene?
3. **Resonnere:** Klarer pasienten å benytte relevant informasjon til å avveie de ulike behandlingsoalternativene?
4. **Velge:** Evner pasienten å uttrykke et valg?

Samtykkekompetanse skal alltid vurderes konkret opp mot den helsehjelpen som

skal gis. Dette er viktig fordi mangel på samtykkekompetanse ikke er permanent. Manglende samtykkekompetanse innebærer at pasienten på grunn av sine psykiske forstyrrelser «åpenbart» ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Ordet «åpenbart» stiller et strengt beviskrav. Dette betyr at mange pasienter med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, likevel skal anses som samtykkekompetente.

### Unntak fra kravet til samtykkekompetanse: fare for seg selv eller andre

Hvis vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, og pasienten vurderes å utgjøre en «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse», kan det etableres tvungent psykisk helsevern, selv om pasienten har samtykkekompetanse. Med «nærliggende og alvorlig fare» menes at faren må ha konkrete konsekvenser som vil kunne aktualisere seg i nær framtid.

I en dom fra 6. april 2020 vurderte Høyesterett forholdet mellom farekriteriet og samtykkekompetanse. Saken gjaldt en pasient med alvorlig anoreksi, som hadde begjært opphør av tvungent psykisk helsevern. Flertallet uttalte at vilkåret om nærliggende fare for eget liv kan være oppfylt selv om det ikke foreligger selvmordsfare. Retten uttalte videre at pasienter med en alvorlig spiseforstyrrelse som er i en situasjon der unnlatt behandling skaper alvorlig fare for livet, som regel vil mangle samtykkekompetanse.

For denne pasientgruppen vil den grunnleggende menneskerettigheten om retten til liv innebære at retten til selvbestemmelse kan måtte vike. Saken viser at begrunnelsen for unntaket fra kravet til samtykkekompetanse – nemlig at det foreligger fare for liv, enten pasientens eget eller andres – er at retten til liv vil måtte trumfe pasientens rett til selvbestemmelse. Hos denne pa-

1 Helsedirektoratet, «Psykisk helsevernloven med kommentarer» kap 3, Rundskriv, 2017–2020.

2 Bjørå Ingun K H, et al. «Tvangsbehandling av somatisk sykdom ved psykisk lidelse», Tidsskr Nor Legeforen 2019.

sientgruppen vil tilstedeværelse av farekriteriet oftest være en komplisert vurdering som med fordel bør diskuteres med kompetent helsepersonell i hvert enkelt tilfelle.

### Kort om barn og samtykkekompetanse

Samtykket må ifølge loven være gyldig. Som hovedregel må pasienten ha fylt 16 år, som er helserettslig myndighetsalder. Er pasienten under 16 år, er hovedregelen at foreldrene eller andre med foreldreansvar må samtykke til undersøkelse og behandling på vegne av barnet. Som hovedregel må begge foreldrene samtykke, men det kan i visse tilfeller gjøres unntak for å sikre barnet nødvendig helsehjelp, dersom en av foreldrene ikke kan eller vil samtykke.

Før foreldrene samtykker, skal de ivareta barnets rett til å bli hørt, og barnets mening skal tilleggs vekt. Hvor stor vekt som legges på barnets egen oppfatning avhenger av modenhet og alder. Barn over sju år skal høres før behandling etter psykisk helsevernloven. I saker der foreldrene ikke samtykker til innleggelse og nødvendig behandling, må det vurderes om det skal meldes til barneverntjenesten, som deretter kan vurdere tiltak etter barnevernloven.

Barn under 16 år skal noen ganger ha rett til å samtykke til helsehjelp dersom tiltakets art tilsier det. Unntaket er nok så snevert. Et eksempel er der et barn ønsker samtalerterapi, men der en eller begge foreldre er involvert i en alvorlig konfliktsituasjon og derfor ikke samtykker. Selvstendig samtykkekompetanse vil sannsynligvis først og fremst være aktuelt for barn som er nær 16 år. Når det gjelder barn mellom 16 og 18 år, har foreldrene rett til å samtykke til helsehjelp hvis barnet selv mangler samtykkekompetanse.

#### REFERANSER

- Prop.147 L (2015–2016). Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2012). IS-2012-9.
- Helsedirektoratet (2015). IS-8/2015 – Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-62>.

#### DOMMER FRA HØYESTERETT

- HR-2018-2204-A
- HR-2020-1167-A

■ TORE.BUER.CHRISTENSEN@SSHF.NO

# E-læringskurs i trygdemedisin

■ HANS MAGNUS SOLLI • Allmennlege og pensjonert forsker i trygdemedisinsk fagettikk

**Leger kan kjenne seg klemt mellom forventninger fra pasienter på den ene siden og Nav på den andre siden. En dobbeltrolle som både behandler og sakkyndig overfor egne pasienter skal håndteres. Det kan være vanskelig.**

Leger med erfaring og engasjement for trygdemedisin har derfor laget et nettkurs og en fagbok, slik at kolleger kan få mer kunnskap og innsikt i hvordan en slik jobb kan utføres på en faglig og etisk tilfredsstillende måte. Jeg vil i denne artikkelen beskrive prosessen fram mot nettkurset.

### Uklarheter i det trygdemedisinske samfunnsoppdraget

Styret i Norsk trygdemedisinsk forening (Ntmf) vedtok i 2014 å sette i gang et prosjekt for å lage et trygdemedisinsk emne-kurs i Norsk Elektronisk Legehandbok (NEL). Dette ble først forstått som et rent etikk-kurs. Spørsmålet var hvordan vi skal forstå det trygdemedisinske samfunnsoppdraget som medisinsk-etisk forsvaret.

Det trygdemedisinske samfunnsoppdraget var sammenfattet til å dreie seg om:

- Å bidra til at personer med redusert funksjonsevne kan realisere sine ressurser og delta i arbeidsliv og samfunnet for øvrig.
- Å skrive erklæringer og ellers gi opplysninger til Nav om arbeidsevnebegrensende skader/sykdom hos personer, når en som lege står i dobbeltrollen som både behandler og sakkyndig.

Til oppdrag a) ble spørsmålene: Hva er det faglige grunnlaget for beskrivelse og vurdering av både funksjonsevne og personlige ressurser? Finnes det en faglig modell å ta i bruk? Hvilke ressurser er viktige i trygdemedisinen?

Til oppdrag b) ble det stilt spørsmål om hvordan dobbeltrollen som både behandler og sakkyndig for Nav overfor egne pasienter egentlig skal forstås medisinsk-etisk.

Er det moralsk forsvarlig å stille seg nøytral overfor pasienter som legen etter hvert har fått et nært kjennskap til? Og hvordan kan en være objektiv i legeerklæringer når pasienter ofte har lidelser uten objektive funn?

### Utviklingen av kurset

Ntmfs styre utnevnte meg til å lede prosjektet. Jeg har vært allmennlege i 15 år, rådgivende lege for trygden/Nav, engasjert i Ntmfs fagutvalg i ti år, og har medisinsk doktorgrad om rettferdighet og objektivitet ved uforhørsvurderinger (UiO 2007). Første oppgave ble å finne ut hva trygdemedisinsk etikk egentlig bør være. Sammen med min samarbeidspartner, filosofi- og teologiprofessor António Barbosa da Silva, fant vi ut at det måtte være den ordinære medisinske etikken, men satt inn i folketrygdens kontekst. Det betyr at bl.a. arbeid, rettferdighet og dobbeltrollen som behandler og sakkyndig er viktige tema. Et forslag til en trygdemedisinsk etikk ble publisert i NTNUs tidsskrift *Etikk i praksis* (1). Jeg fikk med meg tre kolleger i en prosjektgruppe i Vestfold-Telemark for å finne ut hva kurset skulle inneholde av læringsmål, basistekst og oppgaver. De tre var Harald Elvsåshagen, Nina Thunold Reime og Sverre Blaasvær.

Vi bestemte oss for å starte med nokså blanke ark. Vi satte oss sammen ved et middagsbord etter arbeidsdagens slutt. Etter en hyggelig prat først, diskuterte vi oss fram til hvilke temaer som er viktige, hva kursets oppgaver skulle dreie seg om, og hvordan kasuistikker skulle konstrueres. Etter 30 slike møter i løpet av 2015–2019 var manuskriptet til kurset (2) ferdig,



og basisartikkelen var blitt til en fagbok (3). Hele veien hadde vi et godt samarbeid med Norsk Helseinformatikk/NEL i Trondheim.

Vi forsto raskt at kurset ikke bare kunne handle om etikk, men om etikk sammen med faglige utfordringer. Viktige faglige tema er funksjons- og arbeidsevnevurderinger, helse- og sykdomsbegreper, objektivitet, erklæringsutforming og hva skjønn er. Vi endte opp med begrepet fagetikk, fordi det favner etikken, faget og forholdet mellom dem. Fagetikk er en områdeetikk som reflekterer over om en yrkesutøvelse er forenlig med de etiske verdiene som er grunnleggende i samfunnet. Vi forsvarer det trygdemedisinske samfunnsoppdraget medisinsk-etisk. Vi forsøker også å formidle at det er faglig interessant på flere måter. Nedenfor presenteres kort hva kurset tar opp som viktig trygdemedisinsk kunnskap i vår tid.

### Kursets fem deler

Første del handler om rollene som behandler og sakkyndig i møtet med pasient, arbeidsgiver og Nav. Målet er å formidle kunnskap om skjønnsutøvelse i grenselandet mellom juridiske vilkår for ytelser, medisinsk kunnskap og etiske verdier. Fra starten av bruker vi en utfordrende sykkelmeldingssituasjon som kasuistikk.

Andre del er et «grunnkurs» i funksjonsevnevurderinger. Vi følger WHO's anbefalinger i «Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse, ICF» sett opp mot arbeidsplassen. Målet er å vurdere og beskrive pasienters sykdom, helse, funksjonsevne og funksjonsnedsettelse.

Tredje del omhandler oppfølging av langtids sykkelmeldte. Målet er å lære mer om ressurser som motivasjon, anerkjennelse, tilrettelegger, evner, respekt for medbestemmelse og pasientens egne mål.

Tema i fjerde del er trygdemedisinsk sakkyndighet. Målet er å lære om sakkyndighetens etiske grunnlag, objektivitet og hvordan funksjonsevne kan beskrives i en erklæring etter langvarig sykkelmelding. Delen avsluttes med en sammenfatning av skjønnsbegrepet.

Det er ofte sagt at det ikke går an å forstå trygdemedisinsk praksis uten å kjenne litt til dens historie. En femtedel, som ikke krever noen bestemt poengsum for å bestå, tar derfor kort for seg folketrygdlovens sosiale rettferdighetsbegrep og hvordan det har utviklet seg historisk.

### Åpenhet for tilbakemeldinger

Kurset og fagboken ble publisert i mai–juni 2020. Prosjektgruppen ble omorganisert til

# Grensetesting på Erfaringer fra en Nordlands

■ KJELL GUNNAR SKODVIN • Kommuneoverlege i Saltdal kommune

**I januar 2021 fikk en rekke kommuner – både små og store – plutselig i oppgave å drive teststasjoner ved grensen. Jeg vil her presentere erfaringer fra Saltdal kommune.**

Den planlagt avdempede feiringen av nyttårsaften 2020 var ikke startet da kommunen vår fikk følgende melding fra Helsedirektoratet:

«Om 12 dager skal dere ha fiks ferdig et døgnbemannet testlaboratorium for covid-19-testing ved riksgrensen. Helsedirektoratet bidrar med regelverk, veiledning, testutstyr og penger. Bemanning, lokaler og alt annet må dere sørge for sjøl.»

Liknende beskjed gikk til sytten andre kommuner med grenseovergang til Sverige, Finland eller Russland og kommuner med flyplass eller havner som hadde utenlandstrafikk.

Første nyttårsdag gikk derfor med til å sitte i lange møter.

### Pippi Langstrømpe

*Dette har jeg aldri gjort før, så dette får jeg sikkert til.* Sitatet er feilaktig tillagt Astrid Lindgrens Pippi Langstrømpe, men var like fullt til inspirasjon for å løse oppgaven. Koronatesting ved grensen var definitivt en helt ny oppgave.

Vel nok hadde personer som hadde vært i utlandet i løpet av høsten 2020 blitt helt dominerende i smittestatistikken. I vår landsdel var det stor bekymring omkring mulig smitte i tilknytning til vinterfisket og import av utenlandsk arbeidskraft. Det ble iverk-

satt strengere innreiserestriksjoner. Parallelt med dette ble hurtigtester basert på direkte påvisning av antigen tilgjengelig.

Men teststasjon ved grensen, i vår kommune, med døgnbemanning av vårt personell – den så vi ikke komme.

### På grensen

Teststasjonen skulle plasseres 60 km fra kommunesenteret Rognan, langs Riksveg 77, ved Junkerdal tollstasjon 600 meter over havet, i et nordnorsk fjellandskap. Teststasjonen disponerer en «kald-garasje» – med vegger, lys og strøm. Verre var det med varmekilde, trådløst nettverk, internett, mobiltelefondekning og andre hjelpemidler som dagens helsetjeneste har gjort seg avhengig av.

Helsepersonell for døgnbemanning lot seg rekruttere. Omkring ti personer, i hovedsak helsefagarbeidere. En sykepleier og en lege som medisinsk ansvarlig. Starthjelp fra Sivilforsvaret, godt samarbeid med politi og heimevern. Som ellers i pandemihåndteringen – stadige endringer av rutiner, regler og utstyr. Men vi fikk det opp å gå! Lenge gikk det bra med minimumsbemanning. Ikke minst fordi innreisereglene tidlig ble betydelig strammet inn, med den følge at nesten ingen med krav om koronatesting passerte over vår grenseovergang.

Ntmfs fagetikkgruppe. Nina Thunold Reime valgte å gå ut av gruppen og Stine Hynne kom inn. Innholdet i både kurset og den ledende fagboka kan diskuteres. Fagetikkgruppen vil derfor gjerne ha tilbakemeldinger og kritikk fra kursdeltakerne på e-postadresse [hmsolli@online.no](mailto:hmsolli@online.no)

Kurset skal revideres etter hvert som det kommer regelendringer og ny kunnskap om fag og etikk.

### REFERANSER

1. Solli HM, Barbosa da Silva A. Physicians in the double role of treatment provider and expert in light of a principle-based social insurance medical ethics. *Etikk i praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*. NTNU 2019(2): 81–97. [https://www.ntnu.no/ojs/index.php/etikk\\_i\\_praksis/article/view/2911/3191](https://www.ntnu.no/ojs/index.php/etikk_i_praksis/article/view/2911/3191)
2. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Trygdemedisin. Klinisk emnekurs. 2020. <https://kurs.nhi.no/lege>.
3. Solli HM. Personentrert trygdemedisin i etiske perspektiver. Sykdom, funksjonsevne, ressurser og objektive erklæringer. Norsk trygdemedisinsk forening; 2020. <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/>

# 1-2-3. kommune

Med gradvis åpning av samfunnet ble det i sommer betydelig økt trafikk. Høyeste antall tester på ett døgn ble notert til 200. Dette er langt mindre enn hva de største teststasjonene har håndtert, men nok å henge fingrene i for vår lille bemanning.

## Hvor mange positive?

I skrivende stund har det ikke vært mer enn fem positive tester ved teststasjonen i Saltdal, som har utført ca. 3000 tester. 0,2 prosent av testene har vært positive. I vår kommune er det ikke noe karantenehotell, så de smittede må anvises til godkjent sted for isolasjon i mottakskommunen. Meldinger sendes til MSIS og kommuneoverlege. Smitteoppsporing har det vært lite av, ettersom disse jo har blitt smittet i utlandet hvor smittevernloven ikke gjelder.

Også ved de andre teststasjonene har andelen positive tester etter innreise ligget lavt: Til og med uke 36 har bare 3200 eller 0,36 prosent av 896 000 testede avgitt positiv test<sup>1</sup>. De aller fleste som har blitt testet ved grensen, har uansett hatt krav om opphold i karantenehotell og retesting innen ti døgn. Testing ved grensen har dermed ikke vært det eneste tiltaket som har bidratt til å redusere importsmitte.

## Var det nyttig?

Koronatesting av innreisende er mest nyttig så lenge det er høyere forekomst av korona i utlandet enn i Norge. Innreise-restriksjoner av ulik art har nok – sammen med testing av store grupper innreisende ved grensen – vært av de tiltakene som har bidratt til å holde smitten i Norge lavere enn i mange land, mens vi har ventet på at vaksinasjonsdekningen skulle bli tilstrekkelig høy.

## Grensetesting – en kommunal oppgave?

Driften av teststasjoner ved grensen har ikke vært uten problemer. Kommunene skulle jo samtidig drive egen helsetjeneste, håndtere smitteutbrudd og prioritere koronavaksinasjon. Dette testoppdraget – var det nå egentlig nødvendig når alle likevel skulle i ti dagers karantene?

<sup>1</sup> Data er levert fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)



*Hurtigtesting på grensen: Her er det Markku Tapio Rautio fra Helsinki i Finland som hurtigtestes av Jenny Ekhorn ved teststasjon Junkerdal.*

Kunne man ha gitt oppdraget til noen andre enn kommunene – det være seg helseforetakene eller private helseaktører?

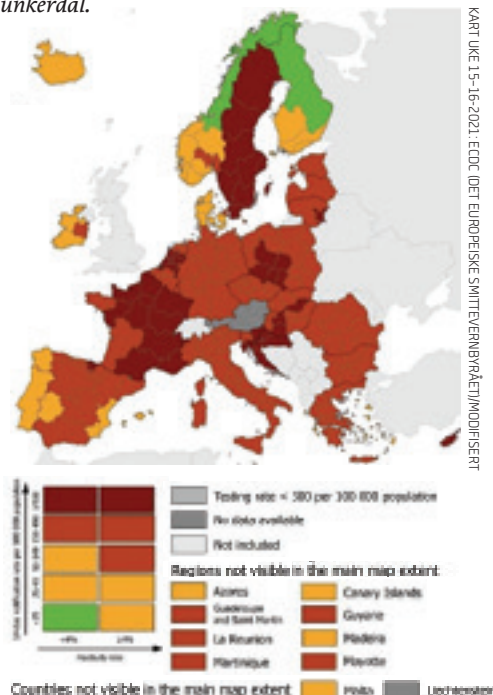
Vi har stilt spørsmålet til Statsforvalteren i Nordland. Vårt fylke har tre døgnåpne teststasjoner: Bjørnfjell i Narvik, Junkerdal i Saltdal og Umbukta i Rana kommune. Vi fikk svar fra assisterende fylkeslege Eli Løkken, som trakk fram fire forhold som beskriver hvordan kommunene har løst oppgaven:

Kommunene måtte framskaffe helsepersonell til å bemanne teststasjonene. Den forholdsmessige belastningen ble størst i de mindre kommunene som fikk testoppdraget, i og med at de har færre helsepersonell ansatt.

Egnede testlokaliteter var en annen utfordring. Flere kommuner ønsket å gjennomføre grensetesting i sine ordinære koronatestlokaler, som ikke ligger på grensen. Det ble ikke akseptert av Helsedirektoratet. Dermed måtte det etableres testlokaler på grensen oppe på fjellet. De var til dels kummerlige, og værforholdene i fjellet vinterstid i Nord-Norge bidro ikke til å gjøre det enklere.

I starten var også transport av PCR-prøver til analysering en utfordring. De mikrobiologiske laboratoriene ligger langt unna grenseteststasjonene i Nordland.

Kommunene var ikke forberedt på oppdraget med å etablere teststasjon på grensen. Det var imponerende å se hvordan de allikevel mestret oppgaven. Vi tror at kommunene er best egnet til å ha ansvaret for teststasjonene på grensen. Positive prøvesvar skal følges opp. Det kan kommunene. Oppdraget med å etablere og drifte teststasjon på grensen kunne neppe vært gitt til en instans/etat som ikke har ansvar for helsetjenester. Alternativet til kommunene måtte da være helseforetakene, men det ville vært lite hensiktsmessig.



*Slik så smittekartet ut store deler av våren 2021: Betydelig mindre smitte i Norge enn i utlandet. I denne situasjonen var det nyttig med innreiserestriksjoner for å redusere importsmitte.*

## Snart slutt på grensetesting

Rundt nyttår 2022 tas antakelig den siste koronatest av innreisende til Norge. Til da regner helsemyndighetene med at behovet for grensetesting har falt bort. Det er mange som gleder seg til det. Både de innreisende som ikke vil behøve køståing og venting for å bli testet, og kommunene som ikke lenger behøver å utføre denne oppgaven på vegne av storsamfunnet.

■ KJELL.GUNNAR.SKODVIN@SALTHS.NHN.NO



# Utfordringer og håp



Anna Luise Kirkengen, Ane Brandtzæg Næss  
Hvordan krenkede barn blir syke voksne  
4. utgave  
271 sider  
Universitetsforlaget 2021  
ISBN 978-82-15-04689-1

Etter at Anna Luise Kirkengen ga ut boken *Inscribed Bodies* på Kluwer forlag i 2001 (som bygde på hennes doktoravhandling), har hun bidratt med mange bøker, artikler og foredrag om denne tematikken i inn- og utland. For ikke å snakke om de utallige undervisningstimene hun har holdt for

studenter i medisin og andre helseprofesjoner gjennom årene. Noen av bokutgivelsene til vår kollega har en medforfatter - som her.

Men hvorfor en 4. utgave av *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*? Det enkle svaret er at det nå på verdensbasis er så mye vesentlig forskning innenfor tematikken, at forfatterne har funnet det nødvendig med en oppdatering. Forståelsen av hvordan krenkelse gjør krank trer mer og mer tydelig fram – og ikke minst viktig: Hva som kan hjelpe de aktuelle pasientene.

I sin mangeårige allmennpraksis erfarte Anna Luise Kirkengen etter noen år at faget medisin ikke tok høyde for at vi som mennesker er integrerte individer, og at oppdelingen i kropp og psyke var både kunstig og uhensiktsmessig for å kunne hjelpe pasienter på en god måte. Hun forholdt seg tidlig til at våre erfaringer i livet blir tolket individuelt forskjellig av hver av oss. Og våre kroppslige reaksjoner på det som skjer – ikke minst i tidlig barndom – har innvirkning på mange kroppsfunksjoner – som kan endres i negativ retning uten adekvat hjelp. Dette igjen kan ha stor

betydning for helse og livslengde for den enkelte – og for samfunnet som helhet.

Så erfarer svært mange pasienter at det ikke tas høyde for nettopp dette aspektet når de oppsøker helsevesenet – at de ikke møtes som det unike subjektet de er med sine unike fortolkninger av det som har skjedd med dem. I boken er det grundig beskrevet hvordan personer med alvorlige krenkelser tidlig i livet erfarer at helsevesenet bare unntaksvis er opptatt av disse sammenhengene. Dette opplever de både hos fastlegen og blant spesialister i sykehus.

Dualismen – postulert av bl.a. Descartes i sin tid – deler som kjent mennesket i kropp og sjel. Dette har vi ikke så langt tatt et grundig nok oppgjør med i vår kultur. Hvorfor skulle vi ellers snakke om somatikken og psykiatrien som to (nærmest) separate fagfelt, organisert i hver sine institusjoner og med hvert sitt lovverk? Krenkelser i livet – både som barn og voksen – både i fredstid og under krig og kriser – det «setter seg i kroppen», som mang en pasient har berettet om. Hva som har skjedd, hva pasientene tenker om det som har skjedd, kanskje det mest traumatiske og skambelagte mennesker har opplevd i livet, det må få ord – og bli tatt imot med en genuin interesse og respekt fra den som skal hjelpe.

Pasientintervjuene som presenteres i denne boken belyser dette dilemmaet svært overbevisende. Og ikke minst viktig: mulighetene som ligger i en endret innsikt og praksis. Nasjonal og internasjonal forskning på tvers av fagfelt, både biologisk og klinisk, går det ikke lenger an å se bort fra. Nå må noe skje! – er den konklusjonen som helt logisk presser seg fram etter å ha lest denne svært viktige boken – som anbefales.

ELI BERG

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| <b>Innhold</b>                               |    |
| <b>Forned</b>                                | 11 |
| <b>Innledning</b>                            | 13 |
| Konkrete seks funksjoner                     | 15 |
| Funksjonen å gjøre det                       | 18 |
| <b>DEL 1</b>                                 |    |
| <b>En humanitær utredning</b>                | 23 |
| Praktiske anbefalinger om arbeid             | 25 |
| Kjøp, eiering og offentliggjort kjøp         | 28 |
| Konkrete seks funksjoner                     | 30 |
| En humanitær utredning                       | 32 |
| Tilsvarende i en humanitær utredning og kjøp | 40 |
| Aktuelle i en humanitær utredning            | 42 |
| Opplærte mennesker og arbeid                 | 45 |
| Justerer, justerer funksjoner                | 50 |
| <b>DEL 2</b>                                 |    |
| <b>Individuelle erfaringer</b>               | 57 |
| <b>Kapittel 1: Individuelle erfaringer</b>   | 58 |
| En humanitær utredning                       | 58 |
| De konkrete erfaringene                      | 62 |
| De konkrete erfaringene                      | 67 |
| De konkrete erfaringene                      | 72 |
| En humanitær utredning                       | 80 |

[illegible]

# Til ettertanke – og stor respekt

Mímir Kristjánsson  
**Mamma er trygda**

189 sider  
Kagge Forlag  
Oslo 2019  
ISBN 978-82-489-2235-3

Dette er en bok som gir stemme til en pårørende som helt siden barndommen har hatt en mamma med alvorlig kreftsykdom med stadig nye spredninger. Her møter vi detaljer fra deres krevende liv. Han tar også opp dette at ca. 350 000 mennesker hever uføretrygd i Norge, og at moren hans var en av dem.

Vi får innblikk i en familie hvor mange drømmer brast, og hvor familien etter hvert gikk i oppløsning. Forfatteren, altså sønnen til den kreftsyke kvinnen, gir oss en innsideskildring som både er svært alvorlig, rørende og til tider rystende. Både mor og sønn representerer samfunnsgrupper som sjelden kommer til orde selv.

«Jeg hadde ventet på at mamma skulle dø siden jeg var ti år gammel. Den høsten mamma ble syk, grein jeg hele tida. På et eller annet tidspunkt gikk det tomt. Nå hadde jeg ikke felt en tåre for mamma på mange år», skriver forfatteren som godt voksen.

Familien hadde en hund som de måtte avlive da han fikk kreft. «Bacchus fikk aldri dårlig råd, måtte aldri gå til Nav for å tigge om hjelp. Han mistet ikke jobben, mistet ikke det sosiale livet sitt, ble aldri ensom, ble aldri uføretrygdet.»

Forfatteren dveler bl.a. ved nettopp dette siste: det å være uføretrygdet. «Skal man tro det de sier på TV, er velferdsstaten i Norge i ferd med å drukne i en bølge av eldre, syke og uføre.» Politiske diskusjoner de siste årene blir bredt presentert og formulert – til stor ettertanke. Familiens erfaringer er ikke uvanlige for så vidt, men ikke mindre alvorlige og rystende av den grunn. Og noen kaller disse pasientene for navere

– et begrep som ikke er det mest ettertraktede for den som ikke kan arbeide på grunn av sykdom eller skade.

Så hva da med offentlige personer/medier som omtaler de såkalte navere med alt annet enn honnør-ord? Forfatteren referer til mange utsagn i det offentlige rom som kan bidra til en følelse av skam for dem som trenger hjelp av fellesskapet vårt.

Selv om forfatteren omtaler velferdsordningene våre på en solid og innsiktsfull måte, er det særlig de daglige erfaringene han som sønn til sin mangeårig syke mor som kjennes svært viktig å dvele ved. Her er det mange situasjoner og detaljer som kan bidra til økt innsikt i hvordan livet kan gi både gode oppturer og fortvilende nedturer mellom personer i nærmeste familie når helsa svikter og nettverket er begrenset.

En bok som varmer – og utfordrer. Anbefales.

ELI BERG



HUMORSTRIPEN



Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

# HVA LESER

## Marit Hermansen?

### avtroppende president i Legeforeningen



Jeg prøver å få lest ferdig *Hestekrefter*, debutromanen til Lars Mytting. For meg er lesing nært forbundet med ferie, og nå går jeg jo inn i en lang og rolig periode, forhåpentligvis med en følelse av ferie. Tilværelsen som president er fantastisk, men altoppslukende. Derfor har denne lille perlen av en bok blitt en veldig oppstykket leseopplevelse. Den ble påbegynt i sommer, så kom en hektisk august og fylte tiden. Men nå skal jeg lese den ferdig.

Jeg oppdaget lydbok for noen år siden. Det passer veldig godt til en litt rastløs dame. Da kan du male hus og høre på lydbok samtidig. I sommer hørte jeg gjennom biografien til Michelle Obama, og nå har jeg startet på den andre boka i Napoli-kvartetten til Ferrante. Den er veldig fint lest inn og god å høre på.

#### Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg har lest flere bøker av Mytting – også den om ved! I tillegg til å skrive godt, er det noe ved beskrivelsen av Gudbrandsdalen i nåtidsromanene som gir en gjenklang i meg. Jeg liker godt blandingen av fiksjon og historie i *Hekneveven*. Derfor har jeg også lest mange av Ken Follets romaner.

Biografier er også god lesning. Det er en fin måte å lære historie på, men også fint for å forstå historien. Det er likevel en tynge sjanger, og derfor noe jeg velger innimellom.

#### Hvor leser du?

I og med at lesing er knyttet til ferie, blir det i bilen, på toget, i sofaen – men sjelden i senga. Der sovner jeg. Jeg er heldig og blir ikke bilsyk – det har gitt en pendler som meg mye ekstra tid.

#### Hvilke bøker vil du helst lese?

Fordi hverdagen er så full av sakprosa, har jeg størst glede av romaner. Leseglede er for meg å forsvinne inn i et annet univers – litt den samme opplevelsen som å gå på kino.

Det er tilfeldig hvilke bøker jeg velger. Jeg er glad i å få bøker i gave – det er jo en anbefaling fra noen som kjenner meg. Jeg liker også å gå i bokhandler – bla, lese litt bak og kjøpe inn til bunken med «skal lese». Den bunken skal jeg begynne på nå.

#### Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

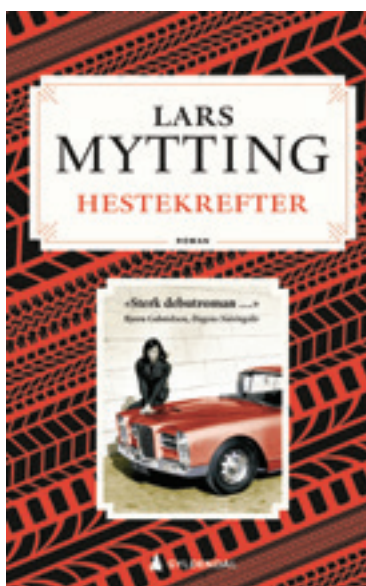
I sommer leste jeg *En dåre fri* av Beate

Grimsrud. Den har stått i hylla mi lenge, men hennes død aktualiserte lesingen. Og hvilken leseropplevelse det ble. For en lege er det også litt fag – hun beskriver galskap og kreativitet i ekte mennesker, og hvordan helsetjenesten både lykkes og ikke lykkes. Men først og fremst er det en forrykende roman.

I tillegg vil jeg generelt anbefale lydbøker for travle mennesker. Selv om det går saktere å høre enn å lese selv, kan du høre mens du gjør andre ting. Min første lydbok var *Tante Ulrikkes vei* av Zeshan Shakar – og da gir lydboken en ekstra opplevelse, fordi du får med sosiolekten.

Nå håper jeg at bunken med «skal lese» minker i månedene som kommer, og at jeg både skal få lest og lyttet.

Men jeg skal i tillegg øve på å gjøre bare én ting – det er fint å bare la tankene fly også.



RELIS

Nord-Norge: 77 75 69 98  
 Midt-Norge: 72 82 91 10  
 Sørøst-Norge: 23 07 55 00  
 Vest-Norge: 55 97 53 60  
[www.relis.no](http://www.relis.no)

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuaavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyer og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

# Husk at legemidler kan gi forstoppelse og diaré!

## Endring av medisinerer ved kronisk forstoppelse og diaré kan være et godt tiltak.

«Løs» og «treg mage» er tilstander allmennleger stadig vekker kommer i kontakt med. Tall fra Reseptregisteret viser at mer enn ni prosent av alle innbyggere over 80 år fikk resept på midler mot forstoppelse i 2020, mer enn fire ganger gjennomsnittet for hele befolkningen (1). Når vi vet at en betydelig del av omsetningen av slike midler skjer reseptfritt, og at mange sverger til kli, svsker og loppefrø og andre ikke-legemidler, kan vi slå fast at forstoppelse er noe som preger hverdagen til svært mange. Treg mage fore-

kommer hyppigere hos kvinner, eldre, inaktive og hos personer med lavt inntak av fiber og kalorier (2). Mange av disse faktorene er umulig eller vanskelig å få gjort noe med, men legemidler må alltid vurderes som medvirkende eller utløsende årsak til både forstoppelse og diaré. Små justeringer i medisinerer kan gi vesentlig bedring av tarmfunksjonen.

### Endret peristaltikk

I tarmen finnes flere reseptorer som regulerer tarmmotiliteten. Opioidreseptoragonister vil selv i små doser gi effektiv hemming av glatt muskulatur i tarmen. Terapeutisk utnyttes dette i antidiarémid-

let loperamid (Imodium), et opioid som i liten grad absorberes og virker lokalt i tarmveggen. Alle opioider vil kunne gi tilnærmet lammelse av tarmen selv i små doser. Særlig for eldre bør forebyggende tiltak mot forstoppelse vurderes dersom opioider må brukes. Det er en viss toleranseutvikling for opioidindusert forstoppelse, og ved seponering kan enkelte pasienter oppleve diaré.

Parasympatisk tonus i fordøyelseskanalen er nødvendig for normal tarmfunksjon ved å fremme bevegelighet i og sekresjon fra tarmveggen. Forstoppelse og kvalme som bivirkning av ulike antidepressiva (særlig trisykliske), antipsykotika og antihistaminer skyldes ofte antikolinerg effekt. Omtrent halvparten av den eldre befolkningen bruker minst ett legemiddel med antikolinerg virkning (3). Motsatt kan legemidler med kolinerg virkning, som for eksempel acetylkolinesterasehemmende demensmidler som donepezil (Aricept) gi «løser» mage/diaré.

Kalsiumkanalblokkere (amlodipin, nifedipin) kan gi forstoppelse ved å hemme glatt muskulatur i tarm (4). Denne mekanismen er grunnlaget for at nifedipin brukes i behandling av analfissur. Paradoksalt kan diaré også være bivirkning av kalsiumkanalblokkere.

### Endret konsistens på tarminnhold

Dersom mengden vann i tarminnholdet blir liten, vil tarminnholdet bli hardere, noe som kan bidra til forstoppelse. Diuretika kan teoretisk bidra til å forsterke forstoppelse på grunn av dehydrering. Antikolinergika vil ha en tilsvarende effekt ved å hemme sekresjon til tarm (3).

Motsatt kan enkelte legemidler gi osmotisk effekt som gir økt vanninnhold. Antacida som inneholder magnesium er et eksempel. Ezetimib hemmer opptak av kole-

TABELL. Oversikt over hvordan legemidler og andre faktorer påvirker tarmmotiliteten.

| MEKANISME                       | LEGEMIDDEL                                                                                                | ANDRE FAKTORER SOM BIDRAR                          |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Langsommere peristaltikk        | Opioider<br>Legemidler med antikolinerg effekt<br>Kalsiumkanalblokkere<br>Sympatomimetika                 | Immobilitet                                        |
| Raskere peristaltikk            | Kolinergika<br>Dopaminagonister<br>Acetylkolinesterasehemmere<br>Avføringsmidler                          | Mage- og tarminfeksjoner                           |
| Hardere tarminnhold             | Diuretika<br>Legemidler med antikolinerg effekt                                                           | Lite inntak av væske og fiber<br>Dehydrering       |
| Mykere tarminnhold              | Avføringsmidler<br>Antacida med magnesium<br>Produkter med laktose eller sorbitol<br>Ezetimib<br>Orlistat | Diættendring:<br>Økt inntak av vann, fiber og fett |
| Endret tarmflora → forstoppelse | Jern<br>Metformin                                                                                         | Diættendringer                                     |
| Endret tarmflora → diaré        | Metformin<br>Antibiotika                                                                                  | Mage- og tarminfeksjoner<br>Diættendringer         |
| Skade på tarmveggen             | Cytostatika<br>NSAIDs                                                                                     | Malignitet<br>Inflammatorisk tarmsykdom            |





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

sterol og andre steroler fra tarm og har diaré som en vanlig bivirkning (5).

Økt fettinnhold vil gi mykere avføring, i ytterste konsekvens steatoré. Orlistat, et middel mot fedme, virker ved å hindre opptak av fettsyrer fra tarm ved å hemme nedbrytning av triglyserider i tarm (6). Resultatet er plagsom steatoré dersom det er mye fett i kosten.

### Endret tarmflora

Endringer i tarmens mikrobiom kan gi både diaré, forstoppelse og magesmerter. Selv om antibiotika er mest problematisk, er det mindre kjent at så mye som hvert fjerde legemiddel som ikke er et antibiotikum også kan hemme veksten av naturlige forekommende bakterier i tarmen. Eksempler er protonpumpehemmere og enkelte antipsykotika. Ofte er mekanismene de samme som for antibiotika, og i ytterste konsekvens kan overforbruk av disse legemidlene forsterke problemene med antibiotikaresistens (7).

Metformin gir endringer i tarmflora som ikke bare bidrar til de velkjente gastrointestinale bivirkningene, men muligens også har betydning for den terapeutiske effekten ved diabetes type 2 (8). Perorale jerntilskudd kan gi økt mengde metanproduserende bakterier i tarm, noe som sannsynligvis utløser forstoppelse og andre vanlige og plagsomme tarmbivirkninger (9).

### Legemiddelindusert skade og inflammasjon

Faren for sår i magesekk og tolvfingertarm får mye oppmerksomhet når det gjelder NSAIDs. Mindre kjent er det at enkelte studier har vist at denne legemiddelgruppen også gir inflammasjon i tarm hos rundt 70 prosent av langtidsbrukerne. Antakelig

dreier det seg om direkte effekter lokalt i tarmen, i forbindelse med enterohepatisk sirkulasjon og som følge av systemiske effekter etter absorpsjon. NSAIDs øker permeabiliteten i tarmveggen slik at blant annet gallealter og pankreassekret kan trenge inn i tarmveggen og gi erosjoner og blødende sår. Bruk av antibiotika kan dempe symptomer fra NSAID-indusert kolitt, noe som tyder på at bakterier er medvirkende faktor. NSAID-indusert kolitt kan vedvare lenge etter avsluttet behandling (10).

Tarmvev er særlig utsatt for skade fra cytostatika på grunn av den raske celledelingen. Cytostatikaindusert kolitt og diaré er kjente bivirkninger av mange typer kreftbehandling. Lavdose metotreksat brukt ved revmatiske sykdommer kan også forårsake stomatitt og andre gastrointestinale plager (11).

### Tiltak

Det viktigste tiltaket for å forhindre legemiddelindusert diaré eller forstoppelse er at legen er oppmerksom på problemstillingen før førstegangs forskrivning. Enkelte typer legemidler bør unngås til pasienter med høy risiko for problematiske legemiddelinduserte endringer i tarmmotiliteten. Legen bør alltid tenke på legemidler som mulig årsak til eksisterende diaré eller forstoppelse. Er det samsvar i tid mellom oppstart eller doseøkning av legemiddel og plagene? Har det blitt bedre dersom pasienten har redusert dosen eller hoppet over enkelt doser?

Hvis forsvarlig, kan prøveseponering i en periode forsøkes. Dersom symptomene forsvinner eller blir vesentlig bedre, men kommer tilbake eller forverres ved reeksponering, er årsakssammenheng sannsynlig. En må da vurdere om fortsatt bruk kan forsvare bivirkningene, eller om sepo-

nering, dosereduksjon eller bytte til alternativt legemiddel med annen virkningsmekanisme er mer hensiktsmessig.

For enkelte legemidler vil symptomene forsvinne eller reduseres etter en viss tid, eller bli mindre ved inntak sammen med mat. Noen ganger bør kompensering og forebyggende tiltak iverksettes, som for eksempel bruk av laktulose, makrogol-laksantia og økt væskeinntak i forbindelse med oppstart av opioider.

### REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no/> (Søk: 9. september 2021).
2. Norsk elektronisk legehåndbok. Forstoppelse hos voksne. <https://legehandboka.no/> (Sist oppdatert: 19. april 2021).
3. Reiter L, Stenberg-Nilsen H et al. Bruk av legemidler med antikolinerg virkning hos eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141(6).
4. Anandabaskar N. Drugs Affecting Gastrointestinal Motility. In: Paul A, Anandabaskar N et al. Introduction to Basics of Pharmacology and Toxicology. Springer, Singapore 2021 p. 569–79.
5. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ezetrol. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 19.08.21).
6. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Xenical. <https://www.legemiddelsok.no/> (Lest 21.09.21).
7. Raknes G, Nergård CS. Legemidler og tarmflora: Mer enn antibiotika. [www.relis.no](http://www.relis.no) (Publisert 05.04.2018).
8. Wu H, Esteve E et al. Metformin alters the gut microbiome of individuals with treatment-naïve type 2 diabetes, contributing to the therapeutic effects of the drug. Nat Med 2017; 23: 850–8.
9. Bloor SR, Schutte R et al. Oral Iron Supplementation—Gastrointestinal Side Effects and the Impact on the Gut Microbiota. Microbiol Res 2021; 12(2): 491–502.
10. Grattagliano I, Ubaldi E et al. Drug-induced enterocolitis: Prevention and management in primary care. J Dig Dis. 2018; 19(3): 127–35.
11. Kremer JM. Major side effects of low-dose methotrexate. Version 36.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 18. juni 2020).

GUTTORM RAKNES  
TERJE NILSEN  
RELIS Nord-Norge

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke till! ➡ Tove Rutle – lagleder

# 'Vi bor ikke her på grunn av været, men på grunn av folkan'

Tusen takk for utfordringen fra min veileder, mentor og kjære kollega Peter Prydz.

Trenden er klar: De unge flytter til sentrale strøk.

Sammen med økt forventet levealder generelt vil dette bidra til sterk aldring i distriktene.

Som distriktslege i Finnmark håper jeg bare at bolysten øker i distriktene, og at trenden til sentralisering snur.

At det kan bli økt bolyst i distriktene og i nord, og at det finnes nok arbeidsplasser til den yngre generasjonen.

Nord-Norge og Finnmark er en fantastisk fin del av Norge på både godt og vondt.

«Vi bor ikke her på grunn av været, men på grunn av folkan», bruker vi å si.

Sangteksten til Kari Bremnes stikker meg dypt i hjertet. Jeg hadde lyst å dele den med dere.

Dersom dere hører melodien samtidig, blir dette en fantastisk opplevelse.

Jeg ønsker å holde stafettpinnen enda en stund i Finnmark, og gir den videre til min niese Michelle Tuv Pettersen, som er fastlege i Berlevåg.

Hilsen fra  
GURI TUV BRATTLI

## E du Nord

Det e ikkje alltid det går  
sånn som du hadde tenkt  
Det e ikkje alltid du når  
den ferga du kunne ha trengt  
Du ser bare lysan derute  
på vei tel et anna sted  
og du som va fire minuttar ifra  
en ny begynnelse  
E du nord i landet da  
har du meir enn ei ferge å miste  
du e ikkje den første som ho går ifra  
og du blir ikkje heller den siste  
e du nord i landet da  
Ser ikkje sol i desember

sola har bedre vett  
Natta spis av dagen din  
og blir vesst aldri mett  
Himmelen har ikkje nordlys  
stjernen har bynt for sæ sjøl  
sæll sæ i alle butikkan  
du ser ingen stjerne å føll  
E du nord i landet da  
ska du bare la mørket råde  
Førr en kveld, en kveld  
trekkes teppet fra  
og det kommer et lys av guds nåde  
e du nord i landet da  
Det e ikkje alltid du når  
landet før vinden har snudd  
Det e ikkje alltid det går

sånn som du hadde trudd  
Men der e du ikkje aleina  
der e vi mange som ror  
og krysse kverandre i mørket  
over en åpen fjord  
E du nord i landet da  
e du gjennom den svartaste tia  
Våren har sett dæ og skjøven ifra  
du e snart på den andre sia  
E du nord i landet da

OLE BREMNES / KARI BREMNES

