

MED 3950 5.-årsoppgaven

Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Når legen blir i tvil
– Et observasjonsstudie

Av: Mikael Nordstrand Slotvik
Mk-11
fakultet, Uit
92481508, mikaelslotvik@hotmail.com

Veilder: Torsten risør
Førsteamanuensis, det helsevitenskapelige

Torsten.risor@uit.no

Tromsø 31.05.2016

FORORD

Denne oppgaven er en 5.årsoppgave og inngår som en del av profesjonsstudiet i medisin ved det helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet. Hensikten med denne oppgaven er at man som student skal kunne planlegge, initiere og gjennomføre vitenskapelig arbeid.

Oppgaven var på forhånd utlyst av min veileder, Torsten Risør, og ble valgt på bakgrunn av at jeg tidligere har samarbeidet med Torsten under arbeidet med 2.årsoppgaven, samt at jeg siden studiestart har interessert meg voldsomt for tematikken usikkerhet hos leger, og da særlig håndtering av tvil ved et allmennlegekontor.

Bakgrunnen for denne interessen knytter jeg selv til min egen usikkerhet i konsultasjonssituasjoner og et ønske om å tilegne meg ferdigheter til å håndtere slik tvil på en tilfredsstillende måte. Opprinnelig var det tenkt at oppgaven skulle gjøres ved observasjon av leger i allmennpraksis hvor jeg filmet konsultasjoner og hvor vi i etterkant gikk igjennom disse sammen. Da jeg i løpet av min 5.års praksis, ved Sandnessjøen legesenter, så hvordan dette kom til å kreve ekstremt mye av de enkelte legene og i så måte begrense antall observasjoner og muligheter til å sammenligne flere leger, bestemte jeg meg for å gjennomføre observasjonene uten å filme. I samråd med veileder ble det dermed benyttet intervjuer.

Jeg ønsker å takke min veileder, Dr. Torsten Risør, både for god hjelp og kyndig veiledning gjennom hele prosessen. Hans engasjement og positive innstilling har vært til stor hjelp og inspirasjon under hele arbeidsprosessen. Til slutt vil jeg også takke familie og venner for at de har vært støttende og forståelsesfulle gjennom en hektisk og krevende periode med oppgaveskriving.

31.05.2016 Tromsø

Mikael Nordstrand Slotvik

Innholdsfortegnelse

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
INNLEDNING	4
Problemstilling	4
Begrunnelse for oppgavevalg	5
Definisjon av usikkerhet	7
Inndeling av usikkerhet	8
Folketrygdloven	9
Ulike typer sykemelding	10
Statistikk på sykemeldinger i Norge	12
MATERIAL OG METODE	12
Triangulering	13
Observasjon	14
Semistrukturerte intervju	15
Analyse	15
ARBEIDSPROSESSEN	16
RESULTATER	17
1. Usikkerhet	18
2. Sykemelding	19
3. Subjektive meninger om sykemelding	22
DISKUSJON	23
Usikkerhet	24
Sykemelding	26
Subjektive meninger om sykemelding	29
Rammesetter samfunnets regelverk og normer for sykemelding legens usikkerhet?	30
Diskusjon av metode	31
KONKLUSJON	32
Litteraturliste	34
APPENDIKS 1:	38
APPENDIKS 2:	40

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Det å jobbe som allmennlege er et yrke som sjeldent tillater en å sette to strek under svaret. Ofte er man nødt til å støtte seg til generell statistikk og erfaringsbasert kunnskap der man gjerne skulle hatt garantier og sikkerhet.

Denne oppgaven tar for seg tvil og usikkerhet hos allmennlegen med hovedfokus på konsultasjoner som omhandler sykemelding. Da tvil og håndtering av tvilstilfeller er tema som i liten eller ingen grad blir tatt opp i løpet av studiet, og som det er relativt lite forskning på, ønsker jeg med denne oppgaven å se på faktorer som kan gi tvil hos allmennlegen i forbindelse med sykemelding og hvordan denne usikkerheten håndteres.

Problemstilling:

Under problemstillingen: *"Legens usikkerhet i møte med sykemelding – hvordan oppstår denne tvilen og hvordan håndteres den?"*. Har jeg prøvd å se nærmere på konsultasjoner hvor det blir reist spørsmål om sykemelding. Hva utløser usikkerheten i slike sammenhenger? Og hvordan håndterer allmennleger usikkerhet knyttet til konsultasjoner hvor pasienter ønsker eller trenger sykemelding?

Metode:

Denne oppgaven er blitt utført som en kvalitativ studie hvor jeg har benyttet observasjonsskjema og semistrukturerte intervjuer. Undersøkelsene er gjennomført ved et legesenter i Nord-Norge. 8 leger har vært intervjuet og observert under pasientkonsultasjoner. Legene som er inkludert i denne undersøkelsen har ulik erfaring, kjønn og alder.

Resultater:

70 prosent av legenes usikkerhet var knyttet til diagnostisk usikkerhet, mens kun 4 prosent skyldtes kommunikativ usikkerhet. Dette bekreftes gjennom intervju. For å håndtere denne usikkerheten ble videre henvisning og diskutere med kollega hyppigst benyttet med 12 prosent hver, ingen tiltak ble iverksatt i hele 58 prosent av tilfellene.

83 prosent av pasientene uttrykte et klart ønske om sykemelding, dette tallet ble nyansert gjennom intervjuene med de aktuelle legene. Og jobbrelatert funksjonsfravær dominerte med 63 prosent, dette strider mot tidligere funn. Flertallet av konsultasjonene endte i ny sykemelding eller videreføring av eksisterende sykemelding med 39 prosent hver. Kun 4 prosent endte i gradert sykemelding og 0 prosent i avventende sykemelding. Selv om de fleste legene innrømte å ha lært om tiltak for å begrense sykemelding ble kun et fåtall av disse benyttet.

Konklusjon:

Usikkerheten knyttet til konsultasjoner omhandlende sykemelding viste seg hovedsakelig å dreie seg om diagnosesetting. Tallmessig understrekes dette gjennom det faktum at 70 prosent av den observerte usikkerheten var knyttet til diagnostisk usikkerhet. Få tiltak ble iverksatt for å håndtere usikkerheten. Hele 58 prosent av usikkerheten ble ikke håndtert gjennom noen tiltak. De fleste pasientene uttrykte et klart ønske om sykemelding, noe som gjenspeiles i at hele 83 prosent av pasientkonsultasjonene inneholdt en pasient som uttrykte ønske om sykemelding. Mine funn viser at det er jobbrelatert funksjonsfravær som er hyppigst med hele 63 prosent. Selv om min undersøkelse har avdekket at det er diagnostisk usikkerhet som er mest fremtredende i sykemeldingskonsultasjoner i allmennpraksis er det nødvendig med mer forskning på temaet for å få kartlagt hvorvidt det finnes effektive metoder å håndtere usikkerhet på, og hvordan man best mulig kan redusere sykefraværet.

INNLEDNING

Vi lever i et samfunn hvor alle og enhver med få tastetrykk kan lese seg opp på medisinske problemstillinger. Ukritisk kan man lese utallige sider om symptomer, hvilke diagnoser disse kan innebære og råd for behandling. Samtidig kjører media forsidesaker om nye medisiner, varseltegn på dødelige tilstander og råd til alvorlig syke. Befolkningen har de senere år fått medisinsk informasjon langt mer tilgjengelig og et forhold til fagbegreper. Folk har dermed blitt mer oppmerksom på egen helse og har større kunnskap om de ulike aktørene som inngår i en diagnoseprosess. Som et resultat av dette stilles det samtidig større krav til allmennlegene som førstelinjetjeneste. Studier har vist at pasienter syntes å ha relativt spesifikke forventninger om å få noe tilbake i møte med allmennlegen (1). Enten i form av diagnose, henvisning eller, som det skal fokuseres på i denne oppgaven; sykemelding. Samtidig ønsker pasientene en nær og personlig lege, en som både ser, hører og lytter. Allerede her kan noe av utfordringen for allmennleger i konsultasjoner som omhandler sykemelding ligge – hvordan kan man best mulig møte pasientens forventninger om sykemelding samtidig som man skal være trygdens portvokter?

De fleste opplever det å gå til legen som en situasjon hvor de er ekstra sårbare, hvor man kan ha spesifikke forventninger som legen bør forstå selv uten at disse uttrykkes (1). Selv om det forventes at legen med stor grad av sikkerhet stiller diagnoser og setter i gang behandling, finnes det holdepunkter for at oppfylte forventninger kan være ansvarlige for opptil 20 % av pasienters tilfredshet med legebesøket (2). Forventninger som ikke blir adressert kan derfor føre til skuffelser på flere plan, og selv om legen klarer å stille riktig diagnose eller initierer rett behandling kan pasienten likevel bli skuffet over ikke å ha blitt møtt på sine behov, for eksempel til å få innfridd ønsket om sykemelding. En allmennlege må altså ikke bare konsentrere seg om å hjelpe pasienten etter beste evne, han må også levere i tråd med bestillingen(e) pasienten kommer med.

Dessverre, og heldigvis, finner man usikkerhet i alle aspekter i hverdagen til en allmennlege. Usikkerheten, slik jeg oppfatter den, kan være et tveegget sverd, hvor den på den ene siden kan være viktig for å holde legen skjerpet og sørge for at man tar veloverveide avgjørelser, på den andre siden kan den samtidig være opphav til frustrasjon. Man finner den i de kliniske testene man har lært på studiet, man finner den i anamneseopptaket og man finner den i de enkle blod- og spyttprøvene man oftest får utført ved ett legesenter. Dermed inngår usikkerheten ikke bare i selve diagnostikken, men også i kommunikasjonen. Det finnes utallige variabler som alle er tilknyttet ulik grad av usikkerhet, men til tross for dette må en allmennlege opptil flere ganger daglig ta beslutninger og gi pasienten svar som om det skulle foreligge stor grad av sikkerhet.

“Regardless of your faith, you can never escape uncertainty.”

— Shannon L. Alder

Problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling: *”Legens usikkerhet i møte med sykemelding – hvordan oppstår denne tvilen og hvordan håndteres den?”*.

Det jeg konkret ønsker å se nærmere på er konsultasjoner hvor det blir reist spørsmål om sykemelding. Hva utløser usikkerheten i slike sammenhenger? Og hvordan håndterer allmennleger usikkerhet knyttet til konsultasjoner hvor pasienter ønsker eller trenger sykemelding? I tillegg ønsker jeg å undersøke hvilke holdninger legene har til sykemelding og prøve å få et innblikk i hvordan dagens trygdesystem oppleves fra en sykemelders synsvinkel.

Jeg ønsker å besvare denne oppgaven først gjennom å belyse usikkerhetsbegrepet i medisinsk sammenheng ved å referere til eksisterende litteratur på området. Her vil jeg også dele inn usikkerheten og definere den nærmere. Da min oppgave handler om usikkerhet og tvil tilknyttet sykemeldinger vil det være naturlig å ta en nærmere kikk på dagens trygdesystem. Samtidig skal jeg prøve å dele sykemeldinger inn i ulike kategorier samt presenterer en statistisk oversikt over sykefravær i Norge. Deretter ønsker jeg å identifisere usikkerhet hos ulike leger ved et legekantor i Nord-Norge i forbindelse med sykemelding. Gjennom observasjon og intervju skal jeg prøve å forstå hvordan denne usikkerheten adresseres og hvordan de håndterer den. Forhåpentligvis kommer jeg i løpet av denne oppgaven nærmere svaret på hvordan man møter de etiske utfordringene i forhold til den betrodde posisjonen som premissleverandør i et økonomisk system, og hvordan man håndterer dobbeltrollen som trygdens sakkyndig og pasientens behandler.

På det individuelle plan er arbeidslivet, kanskje med unntak av familien, vår viktigste sosiale arena da tilgang til arbeid vil gi økonomisk sikkerhet og økt selvtillit. Innpass på arbeidsmarkedet er derfor essensielt. I tillegg vil det rent samfunnsøkonomisk være svært avgjørende å sikre høy sysselsetting. Særlig avgjørende blir dette i en skandinavisk setting hvor velferdsstaten bare vil kunne overleve i nåværende form dersom flest mulig bidrar med skatteinntekter. I lys av dette vil det være svært interessant å undersøke hvilke holdninger leger har til sykemelding og hvordan rollen som trygdeordningens portvokter praktiseres.

Begrunnelse for oppgavevalg

Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på tvilshåndtering og usikkerhet knyttet til sykemelding, er at jeg gjennom min kommunepraktis på 5. året, ved Sandnessjøen legesenter, deltok i overraskende mange konsultasjoner hvor jeg oppfattet at pasienten kom med en forhåndsforventning om å bli sykemeldt. Det virket nesten som om enkelte kom med en bestilling, på lik linje med når man går inn i hvilken som helst butikk og bestiller en vare. Siden jeg rokkerte på listene til de ulike legene, fikk jeg observert flere leger og hvordan de håndterte slike situasjoner. Da jeg oppfattet at de fleste legene virket å utøve ulik sykemeldingspraksis, og ha ulik respons på ”sykemeldingsbestillinger”, men ende opp med sykemelding i de fleste tilfeller, ble min interesse vekket. Dette følte jeg rokket veldig med det synet og den holdningen til sykemelding som jeg har med meg fra studiet. På studiet i Tromsø har vi lært at legen som utgangspunkt alltid skal være svært tilbakeholden med utdeling av sykemelding, og at man alltid skal tilstrebe å begynne med avventende sykemelding så fremt det lar seg gjøre.

Da jeg senere selv satt alene i pasientkonsultasjoner, og sykemeldingsspørsmålet kom opp, innså jeg hvor vanskelig slike konsultasjoner kan være og hvor komplekse avveininger for og imot sykemelding egentlig er.

I tillegg føler jeg at håndtering av tvil og usikkerhet, og da ikke nødvendigvis kun knyttet opp mot sykemelding, er høyst relevant for meg som medisinstudent på 5.-året. Med et overveldende pensum og erfaring fra 5.-årspraksis, som har gitt et innblikk i en hektisk og ansvarsfull hverdag, har jeg kjent på frykten usikkerhet kan gi og hvor ofte man er i tvil. Tvil og usikkerhet er tema som i svært liten grad har blitt gjennomgått på studiet, selv om det i stor grad vil være en del av min og mine kullingers hverdag den dagen vi uteksamineres fra UiT. Egne erfaring har vist meg at usikkerhet ofte akkompagneres av stress og derfor synes jeg det er svært interessant å få undersøke hvordan andre, og langt mer erfarne doktorer håndterer slike situasjoner.

Usikkerhet og tvil

Siden opprinnelsen til den moderne vitenskapen på 1600-tallet har sikkerhet vært blant idealene for vitenskapelig praksis og kunnskap. Usikkerhet ble oppfattet mer som en midlertidig tilstand som lot seg redusere gjennom økt forskning på det aktuelle området. Statistikken ble utviklet som en metode for å få kontroll på usikkerheten (3). I mitt dypdykk i eksisterende litteratur omhandlende tematikken, har jeg funnet at usikkerhet i nyere tid i langt større grad har blitt oppfattet som en iboende del av vitenskapen og av de naturlige og sosiale systemene den prøver å beskrive. De to norske forskerne Gillund og Myhr beskriver to kilder til vitenskapelig usikkerhet: først begrenset kunnskap, og deretter naturlig variabilitet og kompleksitet i systemet som skal studeres (3). Slik jeg tolker dette impliseres det at begrenset kunnskap, og usikkerheten, i de fleste tilfeller vil reduseres hvis man forsker, eventuelt leser, mer. For å sette dette i sammenheng med klinisk praksis hos en allmennpraktiker har en slik usikkerhet dermed opprinnelse i manglende forståelse eller kunnskap. Usikkerhet som derimot skyldes naturlig variasjon og kompleksitet, også kalt ontologisk usikkerhet, vil ikke nødvendigvis reduseres gjennom økt forskning eller kunnskap hos den aktuelle allmennpraktiker. Dette kan tolkes i den retning at uansett hvor mye man forsker eller leser seg opp på en diagnose, vil det i klinisk praksis alltid være elementer av ontologisk usikkerhet. En viktig del av denne usikkerheten vil for eksempel være feil og misforståelser knyttet opp mot anamneseopptaket. For å illustrere dette kan man tenke seg at hvis man har en pasient som unngår å fortelle sannheten, eller skjuler viktige opplysninger, vil det hjelpe lite hvor mye man har forsket. Dette vil alltid være en kilde til varierende grad av usikkerhet.

Medisinske feil og pasientsikkerhet er viktige bekymringer for en lege, spesielt for en allmennpraktiker, da hans arbeidsmiljø ofte er preget av stress og stor variasjon i pasienters symptomer og sykdom (4). Alle leger opplever usikkerhet i varierende grad, noen hver dag, andre sjeldnere. Wellbery hevder i sin avhandling at usikkerhet oppstår når en lege må overveie sannsynligheter, men at usikkerheten samtidig har en viktig psykososial dimensjon overført fra pasienten (5). Vider hevder han at når en pasient opplever usikkerhet, kan det føles som legens ansvar å løse dette. Selv i situasjoner hvor det er liten klinisk sannsynlighet, kan en pasients krav for diagnostiske tester eller behandling reflektere ens behov for å lette sin egen usikkerhet. Dette resulterer i en stor klinisk utfordring hvor legens egen usikkerhet ikke er nok, men forsterkes av pasientens lave toleranse for usikkerhet og vinglende avgjørelser (5).

Medisinsk usikkerhet kan stamme fra et utall potensielle situasjoner i klinisk praksis. Og dessverre er det ingen steder at likningen hvor tilstand A; hvis fulgt av behandling B, vil resultere i utfall C, er mer usikker enn innenfor klinisk medisin, og da i særstilling hos en allmennpraktiker (6). Eksempelvis kan

diagnosen av tilstand A være direkte feil, fordi grunnlaget for hvor den ble dannet kan være bygget på feiltolkninger, tilfeldig bias eller menneskelig feil. Dermed kan pasienten med tilstanden A ha en diagnose hvor behandling B ikke bare vil ha liten effekt, men kan være direkte kontraindisert. I så måte vil man ikke ende opp med utfall C. Et annet eksempel på hvordan likningen ovenfor kan preges av usikkerhet og slik få et annet utfall enn det som først ble predikert, er samspillet mellom doktor og pasient.

Årsakene til usikkerhet er mange, men følelsen av engstelse og ubehag som følger med er stort sett like for de fleste. Medisinsk usikkerhet kan på mange måter minne om erfaringer fra ubesluttsomhet i hverdagslivet, men den kommer med et ekstra ansvar overfor pasienten. I tillegg til å omhandle pasientens sikkerhet, vil medisinsk usikkerhet også bidra til økte kostnader innen helsesektoren i form av flere henvisninger til spesialister og flere undersøkelser i leting etter svar. Det er derfor viktig å kunne adressere usikkerhet i medisinsk sammenheng og lære seg å håndtere dette (5). Siden ingenting i klinisk medisin er hundre prosent sikkert, vil en viktig del av en doktors erfaringsbaserte utdanning involverer å lære hvordan man best kan håndtere engstelsen som er knyttet til usikkerhet i medisinske avgjørelser (6).

Begrepet usikkerhet er velkjent for de aller fleste, men det er dermed ikke gitt at folk forstår det samme med begrepet. Da medisinsk usikkerhet er tema for denne oppgaven synes jeg det er viktig å definere usikkerhet for å påse at det er klarhet hos leseren i forhold til hva man mener når en bruker ordet. En slik innsnevring av begrepet vil presenteres i avsnittet under.

Definisjon av usikkerhet

En generell oppfatning av begrepet usikkerhet omfatter *mangel på nødvendig viten*. Innen sivile anliggende blir sikkerhet og usikkerhet en balanse mellom sannsynligheter, hvor det ved over 50 % likelihood gir grunnlag til å være sikker. Innenfor strafferetten er uskyldspresumsjonen et grunnleggende og universelt anerkjent prinsipp, hvor det anses som sikkert nok så lenge det er hevet over rimelig tvil. Dette er nok neppe overførbart til medisinen, og det er nok få innenfor klinikken som kan føle seg komfortable med slike definisjoner (6).

Rørtveit og Strand presenterer den velkjente teoretiske forutsetningen om at all usikkerhet kan formuleres som risiko, og drøfter utfordringen med å ekstrapolere fra sikker kunnskap fremskaffet in vitro til den kliniske in vivo-situasjonen (7). Dette problemet er definitivt potensielt viktig i klinisk praktisk. Eksempelvis kan multifaktorielle sykdommer nevnes. For selv om det i eksperimentalfagene er slik at årsak A utløser årsak B under ellers like forhold, kan man in vivo ikke forutsette "under ellers like forhold". "Pasienter med høyt kolesterolnivå kan like gjerne forbli friske pga. subtile samspill mellom faktorer vi ikke har oversikt over – det dreier seg om et uoversiktlig årsakskompleks"(7). Videre konkluderer de med at den biomedisinske kunnskapen i liten grad kan beskrive sammensetningen eller hyppigheten av slike årsakskomplekser, og har dermed knapt noen prediktiv funksjon i den enkelte kliniske situasjon. En viktig slutning her blir da at biomedisinen per i dag ikke kan eliminere den usikkerheten som ofte oppstår under konsultasjoner. Erfaringsmessig har jeg oppdaget at pasienter som inngår i "sykemeldingskonsultasjoner" ofte lider av multifaktorielle sykdommer eller lidelser, og biomedisinen kan ikke i tilstrekkelig grad sette usikkerheten til side. Slike konsultasjoner blir dermed ofte preget av flere faktorer som må vurderes, og usikkerheten kan derfor potensielt bli stor.

Til tross for at det i eksisterende litteratur finnes mange gode definisjoner på medisinsk usikkerhet, ønsker jeg å lage min egen definisjon. Dette da min definisjon skal prøve å relatere usikkerhet tilknyttet sykemelding. Min definisjon lyder som følger; ”*Det foreligger en signifikant risiko for at en gitt avgjørelse ikke vil medføre det beste tenkelige utfallet*”. Herunder impliserer jeg med signifikant risiko at det er tilstedeværelse av en viss sannsynlighet for feil. I likhet med mye av den eksisterende litteraturen omkring medisinsk usikkerhet, anser jeg usikkerhet i min definisjon som en balansering av sannsynligheter. Noen eksakt prosentandel ønsker jeg derimot ikke å oppgi, men heller la være åpent for tolkning. Fordi Rørtveit og Strand skriver at risiko er den kvantifiserbare usikkerhet, vil jeg derfor bevege meg litt bort fra deres definisjon (7). Med ”det best tenkelige utfallet” ønsker jeg å belyse at dette ikke nødvendigvis vil omhandle pasienten, men helst helhetsbildet. I dette helhetsbildet vil selvfølgelig pasienten i aller høyeste grad inngå, men det samfunnsøkonomiske aspektet må også tas hensyn til. Siden konsultasjoner på et allmennlegekontor ofte består av prosesser med mange aktører og kompliserte psykososiale faktorer blir det håpløst å sette grenseverdier, særlig knyttet opp mot sykemeldinger. Ved å produsere en egen definisjon har jeg lagt grunnlaget for å videre kunne dele inn usikkerheten jeg skal observere i denne oppgaven. Dette er viktig for å kunne begrense omfanget av undersøkelsen.

Inndeling av usikkerhet

Det kan være nyttig å dele usikkerhet inn i kategorier da begrepet i seg selv favner bredt og kan være opphav til misforståelser. I den eksisterende litteraturen på området har flere forfattere prøvd å dele inn medisinsk usikkerhet på forskjellige måter. Katherine H. Hall har analysert eksisterende litteratur på området og lanserer Beresfords inndeling som den beste (8). Beresford har i sin artikkel fra 1991 delt usikkerhet inn i tre deler: *personlig, teknisk og konseptuell* (9).

Med *personlig* usikkerhet mener han den usikkerhet som kan oppstå i kjølevannet av lege-pasientforholdet. Gode eksempler på hvordan slik usikkerhet oppstår, er når pasienter ikke fullt ut klarer å uttrykke sine plager eller ønsker. Et annet eksempel på personlig usikkerhet, definert av Beresford, er hvis legen er personlig knyttet til den aktuelle pasienten og dette var med på å påvirke de medisinske avgjørelsene. Det kan tenkes at man for eksempel er villig til å utrede pasienten mer hvis han er en god bekjent, selv om dette ikke er indisert.

Med *teknisk* usikkerhet menes det manglende kunnskaper om de medisinske sykdomsprosesser og manglende data. Et godt bilde på dette er hvis legen har jobbet i mange år og ikke prioritert å satt seg inn i ny kunnskap som har tilkommet etter hans studietid. Dermed vil man kunne havne i en situasjon hvor legen har manglende eller utilstrekkelig kunnskap om sykdomsforløpet eller virkningen av intervensjoner, og i så måte vil det kunne oppstå medisinsk usikkerhet på bakgrunn av dette.

Den siste typen usikkerhet som Beresford drøfter i sin inndeling, er *konseptuell* usikkerhet. Med dette mener han den, ofte, vanskelige overføringen av kriterier og definisjoner fra teorien over til det virkelige liv.

Beresfords inndeling er en interessant måte å dele inn usikkerhet på, men den mest aktuelle inndeling for min oppgave fant jeg i en tidligere 5.årsoppgave skrevet av Guro Fondevik og Rune Erlandsen (10). De har i sin litteraturstudie om legers usikkerhet og tvil blitt inspirert av eksisterende litteratur, inkludert Beresford og Hall, og laget sin egen inndeling av usikkerhet. Denne inndelingen ble laget med utgangspunkt i de aspektene som står

sentralt i allmennlegens hverdag hva gjelder tilgjengelighet av informasjon, og dette er den inndelingen jeg føler er mest i tråd med min egen problemstilling og hvordan jeg ønsker å undersøke usikkerhet hos leger. De har valgt å dele medisinsk usikkerhet inn i *diagnostisk usikkerhet* og *kommunikativ usikkerhet*. Denne inndeling har jeg valgt å benytte meg av i min oppgaven, samtidig som jeg lar den følge min egen definisjon av usikkerhet. Jeg gjør oppmerksom på at jeg har fjernet følelse fra Erlandsen og Fondeviks definisjon.

”Med diagnostisk usikkerhet menes all usikkerhet som oppstår i forbindelse med diagnosesetting og det som har å gjøre med evidensbasert medisin og medisinsk teknologi” (10). Et godt eksempel på hvordan slik usikkerhet kan presentere seg er gjennom den ekstensive bruken av tekniske og biologiske tester man ser ved dagens legekontor. Slike tester har ofte varierende testegenskaper og kan ofte være opphav til tvil og usikkerhet hos allmennleger. I tillegg må begrensninger i medisinsk kunnskap nevnes her. Som i Beresfords inndeling er dette en viktig faktor i usikkerhetsprosessen.

”Med kommunikativ usikkerhet menes usikkerhet som oppstår gjennom kommunikasjonen mellom lege og pasient, eller mangelen derpå” (10). Herunder faller all usikkerhet som oppstår på bakgrunn av menneskelige relasjoner. Eksempelvis vil en lite empatisk og arrogant lege kunne oppleve at han får en mangelfull anamnese hvis pasienten er introvert og relasjonen dem i mellom blir preget av at pasienten ikke tørr fortelle det han har på hjertet.

For å kunne sette medisinsk usikkerhet i sammenheng med sykemeldinger er det viktig å ha en god oversikt over folketrygdloven og hva denne innebærer. Uten en slik innsikt vil det være vanskelig for meg som observatør å trække opp en klar grenseoppgang mellom diagnostisk og kommunikativ usikkerhet.

Folketrygdloven

Folketrygd er en obligatorisk forsikrings- og pensjonsordning for alle. Den første statsstyrte folketrygden ble implementert i Tyskland i 1889 av kansler Otto Von Bismarck (11). Den norske folketrygden er et nasjonalt, sosialt forsikringssystem som ble innført 1. januar 1967 av daværende sosialminister Egil Aarvik (KrF) (11). Mesteparten av folketrygden administreres av Arbeids- og velferdsetaten og finansieres gjennom medlemsavgift, arbeidsgiveravgift og tilskudd fra staten. Pensjonene i folketrygden blir fastsatt og regulert hvert år i forhold til folketrygdens grunnbeløp (G). Alle personer som er bosatt i Norge er pliktig medlem av folketrygden (12). Nå gjelder Lov om Folketrygd av 28. februar 1997, og denne fastsetter at formålet med Folketrygden er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Videre skal den bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes persons livsløp og mellom grupper av personer. Folketrygden skal også bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig i det daglige (13).

Folketrygdlovens § 8-1 sier: «Formålet med sykepenger er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade» (13). Dette utdypes i § 8-4 som anfører at «sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes

sykdom eller skade.» Paragrafen har dessuten en tilføyelse der det står: «Sykepenger ytes også til den som må være borte fra arbeidet (...) b) fordi vedkommende er under behandling og legen erklærer at behandlingen gjør det nødvendig at vedkommende ikke arbeider.» Dette gir leger det nødvendige juridiske grunnlaget for å kunne sykemelde de som er for syke til å gå på jobb og i tillegg de som trenger avlastning som et ledd i legenes behandling. Samtidig forpliktet legene av helsepersonelloven § 6 som sier at ”helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift” (14). Dette illustrerer legenes utfordrende dobbeltrolle som pasientenes behandler og ”folketrygdens portvokter” (15). Legen har altså i hovedsak to trygdemedisinske oppgaver; å attestere for at de medisinske vilkår er oppfylt for trygdens dekning av pasientens utgifter, og å gi NAV de nødvendige medisinske opplysninger ved en søknad om ytelser. Herunder kreves det at legen som attestutsteder utviser objektivitet og upartiskhet.

Sykemeldinger og sykefravær er ofte kompliserte prosesser som inneholder store sosiale komponenter og dermed kan være utgangspunkt for mye usikkerhet og tvil hos leger. Ulike inndelinger og begreper er benyttet i forsøk på å beskrive disse prosessene. Et eksempel på en slik inndeling er å ta utgangspunkt i lengden på fraværet og deretter dele inn i korttidsfravær og langtidsfravær (16). Her brukes midlertidig delingspunktet ulikt fra land til land, og i Norge brukes ofte inndelingen i over og under åtte uker. Dette kan nok knyttes til at åtte uker er et vendepunkt i trygdemessig sammenheng med krav om tilleggsinformasjon om arbeidsevne og funksjon. Bruusgaard og Claussen foreslår en inndeling i fem kategorier sykefravær (16). Denne inndelingen danner grunnlaget for kategoriseringen av ulike typer sykemelding som blir brukt i denne oppgaven.

Ulike typer sykemelding

1) Absolutt funksjonsfravær

Dette innebærer tilstander og sykdommer som vil gi et absolutt fravær, uavhengig av hvilket yrke man har. Eksempelvis vil psykiske lidelser som psykose eller alvorlig depresjon gi fravær grunnet funksjonssvikt uansett hvilket yrke man har. Gradert sykemelding, avventende sykemelding eller tilpasset arbeid vil ikke være aktuelt ved denne typen sykemelding, og medisinsk attestering er knapt nødvendig. Denne typen sykemelding er relativt uinteressant i diskusjonene om metoder for å påvirke sykefraværet i kraft av at de gir absolutt funksjonsnedsettelse.

2) Jobbrelatert funksjonsfravær

Denne typen sykemelding knyttes opp mot hvilket yrke man har, og beskriver fravær som alle i et gitt yrke ville få med de aktuelle symptomene. Et godt eksempel på ”jobbrelatert funksjonsfravær” er akutt lumbago. Ved en slik diagnose er det fullt mulig å gjennomføre en kontorjobb med lite krav til bevegelse av ryggen, mens arbeidstakere i mer fysisk krevende yrker som for eksempel fiskere og gårdsdrift ville fått langt større problemer med å utføre arbeidet. Et viktig poeng her, slik jeg ser det, er at fravær innenfor denne kategorien vil kunne unngås eller begrenses ved tilbud om alternative arbeidsoppgaver. Her er det altså et stort potensiale for å benytte avventende eller gradert sykemelding. Viktige avveininger blir dermed arbeidsgivers evne til tilrettelegging, og medisinsk kunnskap alene blir utilstrekkelig.

3) *Relativt funksjonsfravær*

Foruten om sykdommer og tilstander som er klassifisert i kategorien ”absolutt funksjonsfravær” er det de færreste sykdommer som gjør det umulig å utføre arbeid i noen grad. ”Relativt funksjonsfravær” inneholder tilstander der de fleste ville kunne arbeidet, i varierende grad, hvis det forelå et større insentiv enten økonomisk eller personlig. Samtidig ville jobben ha medført et såpass stort ubehag i form av smerter eller andre symptomer at de fleste velger å bli hjemme med god samvittighet. ”Her er det altså ikke snakk om full arbeidsuførhet i snever forstand, og det kan diskuteres hvorvidt slikt fravær er hjemlet i loven” (16). Under slike funksjonsfravær, hvor symptomer og ubehag er viktigste fraværsgrunn, vil gradert eller tilpasset arbeid være lite hensiktsmessig. Den medisinske kompetansen som kreves for å eventuelt overprøve slike ubehag og symptomer er manglende, men de fleste allmennleger velger å stole på pasientenes utsagn (16).

4) *Behandlingsfravær*

Til tross for at troen på inaktivitet som behandling har opplevd en gradvis svekkelse de siste tiårene, finnes det tilstander og sykdommer der det ikke er medisinsk tilrådelig å fortsette arbeidet, da det kan påvirke og i verstefall forsinke helbredelsesprosessen eller svekke behandlingseffekten. Rekovalens etter kirurgiske inngrep kan være gode eksempler på sykemeldinger som faller inn under denne kategorien. Denne typen sykefravær er hjemlet i folketryktdloven § 8-4, og for noen er slikt fravær nødvendig som ledd i behandlingen. Sykemelding vil kunne være formålstjenlig uten at funksjonsnivået nødvendigvis er blitt ytterligere redusert hvis man på et gitt tidspunkt anser fravær fra jobb som nødvendig for å oppnå optimal behandlingseffekt hvor arbeidstaker går på jobb til tross for vedvarende plager. Gode eksempler på slike tilstander kan være lettere psykiske lidelser eller muskel- og skjelettplager. Her vil jeg vurdere gradert sykemelding eller avvente sykemelding med krav om tilpasset arbeid som meget passende og et utmerket virkemiddel.

5) *Forebyggingsfravær*

Herunder faller tilstander hvor den berørte vil være avhengig av sykemelding i vanskelige perioder for å hindre varig uførhet. Til tross for sin innlysende gode intensjon er ikke slike sykemeldinger åpenbart hjemlet i folketryktdloven. Mange av disse har problemer med varierende intensitet og kan ha behov for lengre og flere jobbavbrekk enn det som er hjemlet i ferieloven eller § 8-23 *Egenmelding* og § 8-24 *Retten til å nytte egenmelding* om de skal klare å holde seg yrkesaktive. Slike ”Forebyggingsfravær” kan imidlertid anses som et ledd i behandling og vil da falle inn under § 8-4 *Arbeidsuførhet*.

Denne kategorien sykemeldinger er dermed ikke begrunnet i direkte funksjonstap, men basert på vanskelige medisinske avveininger hvor de vurderes som ledd i tiltak for å hindre varig uførhet. Medisinsk kompetanse vil her vær av avgjørende betydning for å kunne fatte slike avgjørelser. Her tror jeg tilpasset arbeid eller gradert sykemelding vil være gode alternativer.

Med Bruusgard og Claussens inndeling i bakhodet, kan det være greit å presentere de seneste data på sykefravær i Norge. I tillegg kan dette knyttes opp mot mine funn som vil presenteres senere under resultatdelen.

Statistikk på sykemeldinger i Norge

Tall hentet fra NAVs egen sykefraværstatistikk viser at det legemeldte sykefraværet fra 4. kvartal i 2014 nasjonalt er på 5,4 prosent. Dette er en økning på 0,6 % fra samme kvartal året før. Sykefraværet blant kvinner var da på 7,1 % og blant menn 4,0 prosent (17). Verken SSB eller NAV kan produsere statistikk som viser hvor stort sykefraværet var i prosent for 2015. Grunnen til dette er at SSB, etter at A-ordningen ble innført i 2015, har hatt store problemer med å hente ut tall for avtalte dagsverk i Norge. Uten disse kan verken SSB eller NAV beregne sykefraværsprosenten, slik de tidligere har gjort. De siste tilgjengelige statistiske data på sykefraværet i Norge som foreligger per dags dato er derfor fra 4. kvartal 2014 (17).

Tabell 1: Statistikk for årsaker til sykefravær for 2014:

Årsaker til sykefravær	Statistikk for 2014
I alt	100 % (483 092)
Allment og uspesifisert	6,4 % (31 012)
Sykdom fordøyelses organene	7,1 % (34 246)
Hjertekar sykdom	2,9 % (14 183)
Muskel/skjelett-lidelser	33,1 % (159 868)
- herav rygglidelser	9,0 % (43 630)
- herav nakke/skulder/arm	7,6 % (36 546)
Sykdom nervesystemet	5,4 % (26 140)
Psykiske lidelser	14,9 % (71 770)
Sykdommer i luftveiene	15,8 % (76 468)
Svangerskaps-sykdommer	4,3 % (20 859)
Andre lidelser	10,0 % (48 546)

MATERIAL OG METODE

For å ha et best mulig grunnlag for å kunne drøfte usikkerhet samt sette denne tematikken i sammenheng med sykemelding valgte jeg å begynne oppgaven med en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur på området. Jeg startet med å finne relevant litteratur til oppgaven med fritekstsøking i PubMed, og brukte søkeord som blant annet ”medical uncertainty”, ”uncertainty and sick leave” og ”clinical uncertainty”. Dette resulterte i flere hundre artikler, og da jeg i hovedsak var interessert i artikler som omhandlet usikkerhet hos leger, først og fremst allmennleger, ble jeg nødt til å presisere søkene i større grad. Ved å benytte ”avansert søk” hvor jeg brukte mange av de samme søkeordene, men kun huket av for ”tittel” og ”tittel/abstrakt”, fikk jeg redusert antall ”treff” fra mange hundre til et titalls artikler. Mange av artiklene omhandlet dessverre usikkerhet knyttet til spesifikke medisinske tema, eksempelvis oppfølging av terminale pasienter. Disse artiklene valgte jeg bort, da jeg i hovedsak ønsket å fordype meg i usikkerhet hos allmennleger generelt, og helst i forbindelse med sykemelding.

Mye av litteraturen jeg har benyttet, har jeg sporet opp via referanselister i annen litteratur og via søk i ulike nettsider som Tidsskrift for den norske legeforening, universitetsbiblioteket og Munin. Samtidig har jeg hatt stor hjelp i min veileder, som har tipset meg om en rekke aktuelle artikler ved å sende meg linker via mail. Underveis i innhenting av relevant litteratur innså jeg en del begrensninger vedrørende denne oppgaven, dette vil jeg diskutere nærmere under diskusjon av metode i diskusjonsdelen.

I tillegg til litteratur har jeg kunnet nyttiggjort meg av den erfaringen jeg fikk gjennom åtte ukers utplassering ved Sandnessjøen legesenter i 5.årspraksisen. Da jeg hadde valgt en oppgave som omhandlet leger i tvil, og i forkant hadde planlagt med veileder at jeg skulle utføre oppgaven som et observasjonsstudie på et legekantor i distriktet, ble det naturlig at jeg diskuterte tematikken og oppgaven med legene som jobbet ved Sandnessjøen legesenter. Særlig veilederen min under praksisen, Torbjørn Uhre, ble en inspirerende og verdifull samtalepartner. Under praksisperioden hadde jeg stort sett konsultasjoner med pasienter på egenhånd hvor jeg hadde mulighet til å konferere med de andre legene underveis og i etterkant. Dette førte til at jeg hadde mange konsultasjoner som omhandlet sykemelding, og slik fikk jeg diskutert sykemelding, problemstillinger knyttet til dette, samt tanker om hvordan man balanserer rollen som trykkesystemets portvokter og pasientens behandler. Samtidig fikk jeg verdifull erfaring i utfordringene knyttet rundt en kompleks prosess med mange psykososiale faktorer.

Da utformingen av observasjonsskjemaet ikke fant sted før i etterkant av utplasseringen har jeg ikke kunne inkludere mine observasjoner herfra, men jeg utførte intervjuer hvor jeg skrev ned det som ble sagt, og dette har jeg benyttet i det videre arbeidet med å utarbeide en intervju-mal.

Triangulering

Metoden jeg benytter for å besvare problemstillingen er triangulering. Dette er en prosess der man kombinerer data fra ulike kilder for å studere et fenomen. Mer spesifikt har jeg brukt metodetriangulering, en undertype av triangulering der ulike typer forskningsmetoder brukes for å studere problemstillingen (**18**). Dette ble utført for å få et helhetlig bilde av problemstillingen, og i denne oppgaven har jeg valgt å bruke to kvalitative metoder; kvalitativ intervjustudie og observasjon (se tabell 2). Begrepet triangulering brukes med to ulike betydninger innen kvalitativ forskning: noen triangulerer som en metode for å øke validiteten av data. Altså om man observerer et fenomen X og det samme kommer frem gjennom intervju, da har man styrket validiteten. Den andre betydningen innebærer at triangulering brukes som metode for å styrke analysen: man observerer fenomen X, men i intervjuet kom det fram et annet perspektiv. Dette perspektivet kan for eksempel føre til at man ser observasjonene i et nytt lys, og slik gis en ny forståelse av det som kom fram i intervjuet. I min oppgave benytter jeg triangulering som analytisk strategi, altså den siste betydningen av begrepet. Forhåpentligvis vil mine observasjoner og intervju kunne styrke forståelsen av hverandre.

Tabell 2: Oversikt over metode, materiale og målsetting

Metode	Materiale	Målsetting
Intervju	Intervju med 6 allmennleger samt 2 turnusleger ansatt ved et legesenter i Nord-Norge	Undersøke legenes forhold til usikkerhet, mestringsstrategier og tanker omkring sykemelding
Observasjon	23 konsultasjoner omhandlende sykemelding	Vurdere hvilke typer sykemeldinger og usikkerhet legene møter, hvordan de håndterer disse

Observasjon

Observasjonsarket (appendiks 1) var designet for å registrere hva legens usikkerhet var knyttet til, hvordan denne eventuelt ble håndtert, hva utfallet av konsultasjonen ble, hvilken type sykemelding det dreide seg om, og om det ble lagt noen videre plan.

Selve observasjonene ble utført ved et mellomstort fastlegekontor i Nord-Norge, hvor det er ansatt 9 fastleger i kommunale stillinger med fastlønn. I tillegg til dette er det 2 turnusleger samt vikarleger som jobber i perioder for å dekke en ubesatt stilling. Observasjonene ble gjort i løpet av en uke hvor jeg hver dag ”surfet” mellom de forskjellige legelistene for å få med meg flest mulig konsultasjoner som var aktuelle for denne oppgaven. Legene ved legesenteret hadde en stor variasjon hva gjelder arbeidserfaring, alder og etnisitet, i tillegg er begge kjønn tilnærmet likt representert.

Observasjonsdelen av denne oppgaven ble initialt tenkt utført som en ikke-deltagende observasjon. Dette innebærer at deltakerne, altså lege og pasient, er klar over at jeg observerer, men jeg deltar ikke aktivt i det som foregår. Dette har en klar fordel i det at det er lettere å få med seg alt som skjer når jeg er noe tilbaketrukket fra situasjonen. I ettertid, etter samtale med veileder, har jeg skjønnet at min oppgave nærmer seg det som kalles etnografisk feltarbeid, hvor jeg (som en etnograf) er plassert i feltet. Selv om jeg ikke aktivt deltar i konsultasjonens dialog, er jeg som etnograf deltakende i den forstand at jeg deler samme rom, de samme sanseintrykk og har mine egne tanker om det som foregår. Jeg deltar ikke som legen eller som pasient, men jeg deltar i en sosial praksis. Dermed kan jeg i oppgaven beskrive hvordan jeg opplevde legekontoret og menneskene i det. I tillegg kan jeg beskrive hvordan jeg selv reagerte på spesifikke situasjoner, og dermed bruke dette i etterfølgende intervjuer.

Hensikten med min observasjon er å se på hvilken type usikkerhet leger står ovenfor i møte med sykemeldingskonsultasjoner. I tillegg ønsker jeg å se på hvordan de håndterer denne usikkerheten og til slutt dele inn i ulike typer sykemelding. Dette ble utført som en strukturert observasjon hvor jeg benyttet en observasjonsguide utarbeidet på forhånd som dokumentasjon. I tillegg til å krysse av for generaliserte kategorier

underveis, noterte jeg interessante momenter ned i en egen notatbok. Disse notaene benyttet jeg under dypintervjuet med de enkelte legene.

Semistrukturerte intervju

I tillegg til observasjonsark som jeg fylte ut for hver pasient gjennomførte jeg ett semistrukturert intervju med 6 av de aktuelle legene samt de 2 turnuslegene. Dette ble gjort i etterkant av konsultasjoner som omhandlet sykemelding. Jeg fulgte en semistrukturert intervjuguide med både hovedspørsmål og individuelt tilpassede oppfølgingsspørsmål (appendiks 2). Denne guiden hadde jeg utarbeidet på forhånd i samråd med veileder. Tanken var at alle intervjuene skulle omhandle de samme hovedpoengene, samtidig som det åpnet for muligheten til dyptgående spørsmål hvor det passet seg. Denne prosessen skulle sikre at spørsmålene som ble stilt var strukturert i form av A) alle ble stilt spørsmål om usikkerhet og håndtering av denne, B) alle ble stilt spørsmål om sykemelding sett i et samfunnsmessig perspektiv, C) alle ble stilt individuelle oppfølgingsspørsmål tilpasset deres arbeidserfaring og problemstillinger i de aktuelle konsultasjonene.

Steinar Kvale skriver at denne type intervju «*har en række temaer, der skal dækkes, såvel som forslag til spørgsmål. Men på samme tid hersker der åbenhed over for ændringer af spørgsmålenes rækkefølge og form, således at man kan forfølge de svar, interviewpersonerne giver, og de historier, de fortæller*» (19). Ifølge Kvale skal intervjuet åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden, slik at det er mulig for vedkommende å fortelle om meningsinnholdet og det kvalitative (19). Dette føler jeg passet med min erfaring i etterkant av undersøkelsen, og jeg håper jeg har klart å illustrere dette i resultatdelen.

Tilslutt ble tre hovedemner dekket i intervjuguiden; 1. Usikkerhet, 2. Sykemelding, 3. Egne refleksjoner. Intervjuguiden ble utarbeidet for å sikre en viss struktur samt at de relevante temaene i forhold til problemstillingen ble belyst i samtlige intervjuer. Det jeg vil finne ut ved hjelp av intervjuet er de erfaringer og meninger de involverte allmennlegene har omkring min problemstilling. Dette gir intervjuobjektene mine først og fremst en informativ rolle.

Analyse

I følge Kirsti Malteruds artikkel ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger” fra 2002 er kvalitative metoder forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (20). I denne oppgaven består materialet av tekst fra samtaler og observasjoner. Ved analyse av kvalitative data er det to perspektiver man i hovedsak benytter; hermeneutisk eller fenomenologisk perspektiv. Det fenomenologiske perspektiv tar utgangspunkt i menneskenes subjektive erfaringer og regner disse som kunnskap. En analyse av slikt datamateriell handler om hvordan bestemte fenomener oppleves, og prøver å få fram essensen av fenomenet. Analyse basert på det hermeneutiske perspektiv vil dermed handle om å tolke mening ut fra menneskelige uttrykk (20). Den fenomenologiske analysemetoden ble ansett som mest hensiktsmessig i denne oppgaven da den i større grad egner seg til å få frem hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Dette synet støttes gjennom det Kvale og Brinkmann skriver i sin bok ”Det kvalitative forskningsintervju”: ”*Fenomenologi*

mer bestemt er et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter” (21).

Analysen av de semistrukturerte intervjuene ble gjennomført i henhold til fenomenologisk metode og dens fem trinn, beskrevet av Kvale og Brinkmann (22) og Giorgi (23). Under har jeg laget en systematisk fremstilling av analyseprosessen jeg benyttet:

1. *Nedskrivning av intervjuene*
2. *Detaljert lesning av innholdet i notatene*
3. *Inndeling av data etter tema*
4. *Reorganisering av data i kategorier*
5. *Syntese av data gjennom skriveprosess*

De innsamlede datamaterialene er separat analysert, og resultatene fra hver analyse er deretter sett i sammenheng med hverandre med fokus på relevans for problemstillingen. Det er denne trianguleringen av resultater som i størst grad danner grunnlag for diskusjonen.

ARBEIDSPROSESSEN

Totalt var det avsatt 18 uker (4+2+12) til å jobbe med 5.årsoppgaven, hvorav de første 4 ukene var satt av til å jobbe med prosjektbeskrivelse. Denne perioden benyttet jeg til å diskutere eventuelle problemstillinger med min veileder som hadde utlyst oppgaven under tittelen ”Når legen blir i tvil”. Siden jeg tidlig uttrykte et ønske om å utføre oppgaven med utgangspunkt i et legekontor i distriktet, ble vi enige om at jeg skulle bruke det aktuelle legesenteret i Nord-Norge som basis for mine observasjoner.

Opprinnelig ønsket jeg å spisse problemstillingen rundt usikkerhet i allmennpraksis med å finne en tematikk hvor jeg kunne utforske utfordringene omkring det faktum at nærmeste sykehus til det aktuelle legekantoret lå over 3 timer i kjøretid unna. Da jeg ikke evnet å finne en passende problemstilling til dette, valgte jeg å fokusere på usikkerhet i forbindelse med sykemeldingskonsultasjoner. Hovedsakelig ble dette valgt tatt på grunnlag av egen interesse for tematikken, men det ble også tatt hensyn til ønsket om å få observert flest mulig relevante konsultasjoner. Tanken var å knytte usikkerhet opp mot en problemstilling som er aktuell og vanlig i en allmennlegepraksis. Originalt var det tenkt at oppgaven praktisk skulle utføres ved at jeg skulle filme legene, for så å analysere videoopptakene sammen for å finne ut når de følte usikkerhet, og hva som eventuelt ble gjort for å håndtere dette. I samråd med veileder bestemte vi oss for å bruke strukturerte intervjuer, både med tanke på å lette belastningen på de involverte legene, men også da dette ville være en bedre løsning for meg selv. Først og fremst med tanke på at det stilte mindre krav til å fremskaffe utstyr, men også fordi jeg i større grad ønsket å være mer tilstede i selve konsultasjonen. Og med dette mener jeg ikke at jeg ønsket en større deltakelse, men at jeg kunne sitte nærmere på og vurdere kommunikasjonen og de aktuelle følelsesinntrykkene på nært hold.

De første 4 av de totalt 12 ukene som var satt av til ferdigstilling av oppgaven i etterkant av 5.årspraksisen, brukte jeg til å samle relevant litteratur, konkretisere oppgaven og til å ferdigstille observasjonsarket og intervjuguiden. 6 dager over de påfølgende 2 ukene ble brukt til å observere på legekantoret. Grunnet ferieavvikling i forbindelse med påskeferien ble det vanskelig å få vært 5 påfølgende dager, som i utgangspunktet var planen. I ettertid er jeg imidlertid veldig tilfreds med dette, da jeg i mellom observasjonsdagene fikk tid til å analysere både det jeg hadde observert, men også hvordan jeg utførte intervjuene.

De resterende 7 ukene gikk med til å skrive selve oppgaven og konferere med min veileder Torsten Risør underveis.

RESULTATER

I forskningsspørsmålet spør jeg *”Legens usikkerhet i møte med sykemelding – hvordan oppstår denne tvilen og hvordan håndteres den?”*. Jeg har valgt å besvare dette spørsmålet gjennom observasjon og intervju. Totalt observerte jeg 23 antall relevante pasientkonsultasjoner fordelt på 6 leger og 2 turnusleger. Foruten to av disse konsultasjonene var alle vanlige konsultasjoner hos de aktuelle fastlegene. De to siste ble observert på legevakta. Alle legene ble også intervjuet. Under analysen av intervjuene ble det funnet 3 kjerne kategorier, samt 7 subkategorier.

Resultatene vil videre presenteres gjennom sitater fra intervjuobjektene. I tillegg vil tallmaterialet fra observasjonsdelen av studiet presenteres gjennom tabeller under hver kategori. Legesenteret har blitt anonymisert og alle intervjuobjektene har blitt sitert under beskrivelse av kjønn, alder og arbeidserfaring da jeg på ingen måter ønsker at de som stilte opp til intervju skal kunne identifiseres og kritiseres for sine utsagn. Dette ble også satt som krav i forkant av intervjuet hos to av legene, hvor de grunnga det med at de ønsket å kunne uttale seg kritisk og usensurert.

Tabell 3: Kategorisk inndeling av intervju

Kategori	Subkategori
Usikkerhet	- Type usikkerhet - Håndtering av usikkerhet
Sykemelding	- Forhåndsbestilling - Typer sykemelding - Tiltak for å begrense sykemelding
Legens rolle som sykemelder	- Egen rolle som sykemelder - Syn på dagens trygdeordning

1. Usikkerhet

1a Type usikkerhet

Gjennom de mange observasjonene jeg gjorde var det ikke alltid like enkelt å vurdere usikkerheten. Eksempelvis vil jeg trekke frem særlig en konsultasjon hvor pasienten kom for å få en forlengelse av sykemeldingen.

Sykemeldingen hadde da opprinnelig blitt initiert av pasientens fastlege, men siden fastlege var bortreist fikk pasienten time hos en annen lege. Slik jeg oppfattet det hadde pasienten ryggsmarter og dette hindret han i å utføre sin jobb på plattform. Når jeg skulle vurdere hvilken type usikkerhet det gjaldt oppstod det vanskeligheter da legen ikke undersøkte pasienten, men heller leste i journalen. I tillegg følte jeg at pasienten i stor grad var usikker på sin egen sykemelding og ønsket å drøfte med legen om en slik sykemelding lenger var aktuell.

Dermed følte jeg at usikkerheten både var knyttet til diagnose – da legen ikke undersøkte pasienten, men stolte blindt på det fastlegen hadde notert i journalen. Men samtidig var det også usikkerhet knyttet til kommunikasjonen da det var, slik jeg oppfattet det, ønskelig fra pasientens side å begynne å jobbe igjen.

Tabell 4: Legens usikkerhet var knyttet til

Legens usikkerhet var knyttet til	<i>Antall</i>	<i>(prosent)</i>
Diagnostisk usikkerhet	16	(70)
Kommunikativ usikkerhet	1	(4)
Ingen usikkerhet	6	(26)

Under har jeg plukket ut et lite knipe sitater fra de semistrukturerte intervjuene. De utvalgte sitatene skal illustrere de mest konkrete poengene som kom fram under samtale med de forskjellige legene. Jeg har også prøvd å velge ut sitater fra leger med ulike arbeidserfaring og kjønn.

Eldre, erfaren mannlig spesialist i allmenmedisin

- ”Det er sjelden eller aldri at jeg føler usikkerhet oppstår på grunn av kommunikasjonsproblemer. De eneste unntakene må i så måte være utledninger som arbeider i Norge og som verken snakker særlig godt norsk eller engelsk. Da hender det at usikkerheten oppstår som resultat av dårlig kommunikasjon. For eksempel kan det være vanskelig å få gjennomført både anamnese og undersøkelse. Heldigvis er dette svært sjeldent da vi har et godt tilbud gjennom tolketjenesten”.

Yngre, kvinnelig turnuslege

- ”.. Det er ofte vanskelig å føle seg sikker i slike sammenhenger da man sjeldent kan være helt sikker på den tentative diagnose uten videre diagnostikk hos spesialist”.

Yngre, kvinnelig lege i spesialisering

- ”Jeg føler at jeg mange ganger er i tvil om pasientens diagnose, det må jeg innrømme, men samtidig er det viktigere å se hvilke plager pasienten har og vurdere disse, enn at man kan sette en diagnose. Om en snekker har store smerter i skulderen er det underordnet hvilken patologi som ligger bak, han kan uansett ikke utføre sine vanlige arbeidsoppgaver”.

1b Håndtering av usikkerhet

Observasjonsarket inneholdt en avkrysningsdel hvor jeg vurderte fortløpende hvilke tiltak som eventuelt ble benyttet for å håndtere usikkerheten (se tabell 5).

Tabell 5: Håndtering av usikkerhet

Håndtering av usikkerhet	<i>Antall</i>	<i>(prosent)</i>
Bruk av nettsider (NEL o.l)	1	(6)
Diskutere med kollega	2	(12)
Kontakte spesialist	1	(6)
Videre henvisning	2	(12)
Innrømme usikkerhet ovenfor pasient	0	(0)
Ingen tiltak	10	(58)
Annet	1	(6)

Sitatene under synes jeg best viste den gjennomgående holdningen de aktuelle legene hadde omkring temaet håndtering av usikkerhet.

Yngre, kvinnelig vikarlege

-”Jeg føler terskelen for å spørre de andre legene er svært lav her, men samtidig er det sjeldent jeg spør om råd i forbindelse med sykemelding. Jeg vet ærlig talt ikke hvorfor det er sånn, kanskje fordi jeg føler veldig på at jeg ikke alltid kan be om hjelp eller råd, noen avgjørelser må man bare ta selv. Da kan det oftest føles trygt å gi folk sykemelding hvis man er i tvil, det gir liksom ingen konsekvenser for noen”.

Eldre, erfaren mannlig spesialist i allmennmedisin

-”Det er svært sjeldent jeg har rådført meg med andre når det gjelder spørsmål om sykemelding. Disse avgjørelsene tar jeg på bakgrunn av egen erfaring og kompetanse. Jeg liker å tro at jeg kjenner de fleste av pasientene mine såpass godt at jeg kan ta noenlunde fornuftige avgjørelser i forhold til sykemelding”.

Yngre, kvinnelig turnuslege

-”Jeg skulle gjerne rådført meg mer, men i en hektisk hverdag har man ikke tid til å be om vurdering av andre hele tiden. I tillegg ville jeg blitt en stor byrde for de andre om jeg skulle hatt råd og veiledning hele tiden.”

2. Sykemelding

2a Forhåndsbestilling

Denne kategorien ble oftest vurdert før jeg vurderte usikkerheten i observasjonene. Dette skyldes nok at pasientene som oftest uttrykte et slikt ønske helt i starten av konsultasjonene. De gangene det ble vanskelig å vurdere dette, var når pasienten uttrykte et ønske om å jobbe, men samtidig virket innstilt på sykemelding. Dermed kunne jeg ikke klart tolke om de ga uttrykk for at de ønsket å jobbe og dermed ikke ville ha

sykemelding, eller om at de ville vise ovenfor legen at de vanligvis ikke ønsker sykemelding, men følte at de trengte det denne gangen.

Tabell 6: Ønske om sykemelding

Ønske om sykemelding	Antall	(prosent)
Ja	19	(83)
Nei	1	(4)
Usikker	3	(13)

I forkant av denne oppgaven hadde jeg laget meg en slags tese om at de fleste pasientkonsultasjonene som omhandlet sykemelding inneholdt en pasient som i utgangspunktet ønsket å bli/være sykemeldt. Denne oppfatningen viste det seg at intervjuobjektene også hadde, men de nyanserte bildet:

Eldre, erfaren mannlig spesialist i allmennmedisin

- ”Det blir for enkelt å generalisere dette. Selvfølgelig ønsker de fleste sykemelding, men man må forstå at det også er en grunn til dette. Jeg tror de aller fleste ville ha ønsket en sykemelding hvis man selv føler man er for syk til å være i arbeid. Har man for eksempel fått akutt lumbago og jobber som trailersjåfør hjelper det lite hvor mye du elsker jobben din eller hvor stor arbeidsmoral du har, smertene vil tvinge deg til sykemelding”.

Eldre, erfaren mannlig lege

- ”.. Jeg føler at problemstillingen burde vært vinklet annerledes da det blir feil å undersøke om pasientene ønsker sykemelding, når det er de som bestiller time med spørsmål om sykemelding. Kanskje burde man fokusert på hvorfor pasientene ønsker sykemelding?”

Yngre, kvinnelig turnuslege

- ”Ja, jeg opplever det også slik, men jeg føler samtidig at det er mange som kommer med dette ”ønsket” ufrivillig. Jeg har inntrykk av at de aller, aller fleste ønsker å jobbe. Og så er det selvfølgelig de som synes det kunne vært godt med en uke fri. Men hva skal man som allmennlege gjøre? Jeg er tvunget til å stole på pasientene”.

2b Typer sykemelding

Basert på Bruusgaard og Claussens inndeling av ulike kategorier sykemelding ble det ved enkelte tilfeller utfordrende å skille mellom jobbrelatert funksjonsfravær og relativt funksjonsfravær. Særlig i yrker der jeg har liten innsikt på hva arbeidsoppgavene går ut på.

Tabell 7: Type sykemelding

Type sykemelding:	Antall	(prosent)
Absolutt funksjonsfravær	2	(11)
Jobbrelatert funksjonsfravær	12	(63)
Relativt funksjonsfravær	5	(26)

Behandlingsfravær	0	(0)
Forebyggingsfravær	0	(0)

Her ble intervjuobjektene forklart inndelingen jeg har benyttet i denne oppgaven og bedt om å vurdere hvilke kategorier de fleste sykemeldingene de skriver ut havner i. Deretter ønsket jeg deres subjektive mening omkring dette.

Yngre, kvinnelig vikar

- ”.. Helt klart jobbrelatert arbeidsfravær. De fleste jeg sykemelder kunne nok fint ha utført mange andre arbeidsoppgaver i den tiden de sykemeldes. Men i en liten by med mange små arbeidsplasser tror jeg mulighetene for tilrettelegging er begrenset”.

Eldre, utenlandsk mannlig lege (lengre vikariat)

- ”Selv om det selvfølgelig er noen som går under kategorien absolutt funksjonsfravær, har de aller fleste en restarbeidsevne. Problemet er bare at jeg aldri vet hvilke muligheter det er på arbeidsplassen. Og her har du noe av essensen av problematikken rundt dagens sykemeldingsordning; hvorfor skal allmennlegene sitte med sykemeldingsansvaret? Jeg ønsker i alle fall ikke dette, hvorfor kan ikke NAV ta dette ansvaret?”.

Yngre, kvinnelig lege i spesialisering

- ”Her må jeg nok si jobbrelatert arbeidsfravær. Det er få som er så syke at de ikke kan utføre noen arbeidsoppgaver. Derfor prøver jeg å bruke avventende sykemelding så mye som mulig”.

Eldre, erfaren mannlig spesialist i allmennmedisin

- ”.. Funksjonsfravær. Uten tvil. Men hva kan jeg som allmennlege gjøre hvis en pasient kommer inn og sier at han trenger sykemelding og at arbeidsgiver ikke kan tilrettelegge? Jeg har mange som sier at arbeidsgiver heller ønsker at de er 100 % sykemeldt enn at de jobber f.eks. 50 %. Jeg kan ikke ringe til hver enkelt arbeidsgiver og høre om dette stemmer. Her bindes jeg både av tidspresset og taushetsplikten”.

2c Tiltak for å begrense sykemelding

- Herunder vil jeg presentere 3 tabeller for å illustrere resultatene av de konsultasjonene jeg observerte. I diskusjonsdelen vil jeg drøfte mine synspunkter omkring dette.

Tabell 8: Utfall av konsultasjonen

Utfall av konsultasjonen	Antall	(prosent)
Ny sykemelding 100 %	9	(39)
Gradert sykemelding	1	(4)
Avventende sykemelding	0	(0)
Videreføring av eksisterende sykemelding	9	(39)
Ingen sykemelding	4	(18)

Tabell 9: Varighet av eventuell sykemelding

Varighet av eventuell sykemelding	<i>Antall</i>	<i>(prosent)</i>
≤1 uke	4	(21)
> 1 uke ≤ 2 uke	8	(42)
> 2 uke	7	(37)

Tabell 10: Tiltak for å begrense sykemelding

Tiltak for å begrense sykemelding	<i>Antall</i>	<i>(prosent)</i>
Anbefaling om bruk av egenmelding	2	(11)
Salutogenese gjennomført	0	(0)
Empowerment gjennomført	0	(0)
Oppfølgingstime	5	(26)
Ingen tiltak	12	(63)

Sitatene under er plukket ut da de i stor grad representerte hovedsynspunktene som ble nevnt under denne intervjuene.

Yngre, kvinnelig turnuslege

- "Jeg skulle ønske jeg kunne sittet her å sagt at gjør så mye jeg kan for å begrense sykemelding, men det er nok dessverre langt fra sannheten. Begrepene du presenterer ble også forelest for meg på studiet under trygdemedisinkurset, men jeg føler det er vanskelig å etterleve dette. I en hverdag med 20 minutters konsultasjoner hvor man skal ta anamnese, stille diagnose, dokumentere hva som blir gjort og eventuelt skrive ut resepter eller sykemelding blir slike ting nedprioritert".

Eldre, kvinnelig lege i spesialisering

- "Hmm. Om jeg aktivt gjør tiltak for å begrense sykemeldingen? Ja, jeg gjør jo det i kraft at jeg prøver å være kritisk i mine vurderinger og jeg prøver å unngå langtidssykemeldinger. Jeg føler jeg ofte bruker sykemelding som en slags siste utvei, men jeg ser jo at det ofte ender i sykemelding hvis det var det pasienten kom for".

3. Subjektive meninger om sykemelding

3a Egen rolle som sykemelder

Yngre, kvinnelig lege i spesialisering

- "Jeg skulle ønsket jeg kunne lagt hånda på hjertet og sagt at jeg er fornøyd med min håndtering av rollen som sykemelder, men det er jeg nok ikke. Jeg har nok altfor mange ganger gitt etter, ikke bare for pasientens ønsker, men også for å slippe å bruke tid og krefter på å unngå sykemelding. Jeg tror nok du (intervjuer red.adm) også vil oppleve at du etter noen år som fastlege firer på dine prinsipper".

Eldre, erfaren mannlig spesialist i allmennmedisin

- "Alt i alt føler jeg meg trygg på at de fleste jeg sykemelder har vært berettiget. Etter så mange år som fastlege føler jeg at jeg kjenner størsteparten av mine pasienter. Om jeg er liberal med sykemeldinger? Mulig, men jeg mener ordningen vi har i dag er såpass mangelfull at det er umulig å balansere dobbeltrollen du snakker om ("trygdens vokter" og pasientens advokat)".

Eldre, kvinnelig lege i spesialisering

- "Jeg er nok ganske streng med sykemeldingene, jeg prøver i alle fall å unngå langtidssykemeldinger der det ikke er absolutt nødvendig, samtidig som jeg krever at pasientene kommer til time hos meg for forlengelse av sykemeldingen. Dette tror jeg gjør at terskelen til å gå langtidssykemeldt blir høyere da de må inn til konsultasjon hos meg et par ganger i måneden for å eventuelt få forlenget sykemeldingen".

3b Syn på dagens trygdeordninger

Eldre, erfaren mannlig spesialist i allmennmedisin

- "Jeg skulle ønske jeg slapp å sitte med ansvaret for å sykemelde pasienten. Hvordan skal vi som allmennleger kunne vite nok om pasientenes arbeidsplasser og hvilke arbeidsoppgaver de enkelte har? Vi er helt prisgitt den informasjonen pasientene gir oss. Hvorfor er det ikke egne bedriftsleger som kan ta seg av sykemeldingen? Det jeg gjør nå er at jeg attesterer for at en person har en skade/sykdom, men i de aller fleste tilfellene har disse en betydelig restarbeidsevne".

Eldre, erfaren mannlig lege

- "Særlig problemstillinger knyttet til muskel- og skjelettlidelser synes jeg er vanskelige. Hvordan skal jeg kunne si til en med ryggmerter at jeg ikke tror smertene er tilstrekkelige til å få sykemelding? Hvordan kan jeg nekte mennesker sykemelding hvis de sier at de har vondt eller er syke? Jeg kan aldri med 100 % sikkerhet si at en person er helt frisk, og dermed kan jeg ikke utelukke at pasienten faktisk trenger sykemelding. Dette er dilemmaer jeg ofte havner i; ønsket om å hjelpe pasientene samtidig som jeg prøver å begrense sykemeldingene, det er vanskelig".

Yngre, kvinnelig lege i spesialisering

- "I Nederland har jeg hørt at de har et helt annet system. Der har de egne bedriftsleger som har ansvaret for sykemeldinger, sykemeldingsansvaret er altså tatt bort fra allmennpraktikerne. I mine øyne virker dette som en bedre løsning".

DISKUSJON

Som tidligere nevnt under metodikk i denne oppgaven ønsker jeg å presentere diskusjonen som en triangulering. Dette innebærer at jeg drøfter de ulike funnene fra observasjonen opp mot funn i intervjuene og i tillegg bringer inn relevant bakgrunnsstoff om de aktuelle temaene hentet fra eksisterende litteratur.

Usikkerhet

- Type usikkerhet

Allerede i løpet av de første observasjonene ble det klart at usikkerhet i forbindelse med sykemelding hovedsakelig dreier seg omkring diagnose og prognose. Tallmessig understrekes dette gjennom det faktum at 70 prosent av den observerte usikkerheten var knyttet til diagnostisk usikkerhet. Dette kom også tydelig fram under intervjuene. Alle de 8 intervjuobjektene følte at eventuell usikkerhet knyttet til sykemelding hang sammen med vanskeligheter rundt diagnosesetting.

Selv om alle intervjuobjektene var tilbøyelige til å anerkjenne tilstedeværelse av usikkerhet, virket det vanskelig for flere å innrømme at dette gjaldt dem. Særlig de eldre og mer erfarne legene virket motvillige til å innrømme at det er knyttet noe annet enn en liten grad av usikkerhet til konsultasjoner omhandlende sykemeldinger. Under intervjuene kom det fram at de sjeldent følte verken diagnostisk eller kommunikativ usikkerhet i møte med disse pasientene. Dette skilte seg klart fra de yngre legene jeg intervjuet. Disse hadde få, om ingen, problemer med å innrømme at usikkerheten preget konsultasjonene og deres utfall. Observasjonene mine avdekket at det var omkring 26 prosent av konsultasjonene hvor det ikke var mulig å avdekke usikkerhet. Og disse konsultasjonene ble i all hovedsak utført av de eldre legene.

Ser man til andre undersøkelser viser flere av disse den samme tendensen. Berner og Graber skriver i sin avhandling at for stor selvtillit hos leger er en signifikant risikofaktor for diagnostiske feiltakelser (24). Og at selv om disse legene erkjenner at slike diagnostiske feiltakelser eksisterer har den enkelte lege vanskelig for å tro at han selv gjør slike feil. Dermed overser disse utarbeidete guidelines for diagnosesetting og behandling og får dermed ingen tilbakemeldinger på at deres avgjørelser er feil. Forfatterne konkluderer videre med at mange diagnostiske feiltakelser derfor oppstår i tilfeller hvor leger er sikker, altså når legene utelukker at det kan foreligge usikkerhet, og at de da utelukker andre diagnostiske alternativer (24). Et godt eksempel på dette er når en lege danner seg en umiddelbar hypotese etter å ha hørt pasientens plager og symptomer og deretter søker informasjon for å bekrefte sin hypotese.

Dessverre viser tidligere litteratur på området at det opp i gjennom historien har vært vanskelig for leger å innrømme feil og med dette erkjenne at det er rom for usikkerhet (25). McIntyre og Popper viser til at leger alltid har vært betraktet som autoriteter som ikke gjør feil, og at det derfor kanskje har vært lettere for leger å skjule feiltakelser og usikkerhet enn å rapportere dem (25). Dette forsterkes nok gjennom det faktum at å gjøre feil og innrømme usikkerhet medfører en risiko for å tape omdømme samt å oppleve disiplinære reaksjoner (26). Noen studier har vist at til tross for at pasientene kunne ønsket at legen innrømte usikkerhet og feiltakelser er legene redde for å avsløre sine mangler ovenfor pasienter da dette kan føles ukomfortabelt og gi den aktuelle legen et dårlig rykte (26).

Wellbery argumenterer i sin artikkel fra 2012 om viktigheten av at usikkerhet blir adressert med villighet fra legens side om å være ærlig om dette ovenfor pasienten (27). Og dermed kan både lege og pasient i samråd akseptere at det av og til ikke finnes eksakte svar, at man av og til må akseptere usikkerhet, men at det hjelper å

være åpen om dette. En slik inkludering av pasient kunne kanskje påvirket tilhøringsprosessen og unngått unødvendig bekymring hos pasienter som er langtidssykemeldte.

- Håndtering av usikkerhet

Angående tiltak for å håndtere usikkerhet generelt var det stor konsensus blant alle om at de langt på vei følte at de hadde gode hjelpemidler i form av lav terskel for å spørre kollegaer eller ringe til spesialister ved sykehus. I tillegg innrømte de fleste at de ofte benyttet internett. Men i forbindelse med usikkerhet knyttet til sykemelding, virket det som om det sjeldent var aktuelt å bruke hjelpemidler for å håndtere eventuell usikkerhet. Dette ble bekreftet både gjennom observasjonene og gjennom intervjuene. Flere av legene forklarte at de ofte følte at ansvaret angående sykemelding var ett de måtte bære alene og de følte at verktøyene de vanligvis brukte for håndtering av usikkerhet ikke passet i en slik setting.

Gjennom intervjuene ble det dannet et bilde av en sykemeldingspraksis som bar preg av selvstendig arbeid uten innhenting av annen informasjon enn det som forelå av epikriser fra spesialister eller det som ble funnet gjennom den enkeltes undersøkelser. Til tross for at terskelen for å håndtere usikkerhet gjennom rådføring med kolleger virket å være lav, gjaldt ikke dette usikkerhet knyttet opp mot sykemelding. Intervjuobjektene gav et inntrykk av dette var avgjørelser man kunne ta på egenhånd da den eventuelle usikkerheten ikke vil resultere i annet enn økte trykdeutgifter gjennom at de fleste valgte å sykemelde i tvilssituasjoner.

Observasjonene tegnet det samme bildet da hele 58 prosent av usikkerheten ikke ble håndtert gjennom noen tiltak. I tillegg var det oppsiktsvekkende at ingen av legene innrømte usikkerhet ovenfor pasienten og at det ved kun 6 prosent av usikkerhetstilfellene ble gjort forsøk på å innhente informasjon gjennom diverse veiledere på internett.

Det kan også bemerkes at kun 12 prosent førte til videre henvisninger, altså var legene såpass sikre i sine avgjørelser at de ikke følte behov for ytterligere utredning. Dette kan tolkes som at leger generelt sett er mindre villig til å søke råd og innhente kompetanse når det gjelder sykemelding enn andre medisinske spørsmål. Dette svarer omtrent til det vanlige mønster i allmenntilleggsundersøkelser vist gjennom Unni Ringbergs undersøkelser (28). Hun fant i sin undersøkelse med data fra 4350 konsultasjoner at henvisningsraten til spesialisthelsetjenester lå på 13,7 % for henvisning til somatisk/psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, mens henvisningsraten til radiologisk undersøkelse lå på 4,2 % (28).

Jeg gjør oppmerksom på at det under denne kategorien var åpent for at man kunne benytte seg av flere alternativer slik at jeg eventuelt kunne ha krysset av for flere tiltak, for eksempel hvis noen valgte å både henvise samt rådføre seg med kollega. Ved et tilfelle ble NAV kontaktet for å undersøke muligheter. Alle gangene det ble gjort et tiltak for å håndtere usikkerheten ble dette gjort av yngre og mer uerfarne leger, kanskje kan det tyde på en lavere terskel for å innrømme usikkerhet hos unge leger?

En slik antakelse om at yngre og uerfarne leger er mer villig til innrømme usikkerhet bekreftes gjennom en tidligere undersøkelse som viste at yngre leger hadde letter for å innrømme dette, men at de sjeldnere kunne

fortelle dette til pasientene (29). Den samme undersøkelsen viste at yngre leger oftere rådførte seg med kollegaer og benyttet elektroniske databaser for å unngå feil, mens de eldre mer erfarne legene anså dette som mulige risikofaktorer for å begå ytterligere feil (29).

Sykemelding

- Forhåndsbestilling

Det ble tidlig tydelig for undertegnede at de aller fleste uttrykker et klart ønske sykemelding, noe som gjenspeiles i at hele 83 prosent av pasientkonsultasjonene som omhandlet sykemelding inneholdt en pasient som uttrykte ønske om sykemelding. Selve andelen er neppe overraskende, men det som var oppsiktsvekkende var holdningen til å komme tilbake i arbeid, eller mangelen på en slik holdning som sådan. Ingen av pasientene tok egne initiativ for å komme tilbake i jobb. Ingen stilte spørsmål til legen om muligheter for behandling eller tiltak for å komme tilbake i jobb.

Selv om jeg på forhånd hadde et inntrykk av at mange ønsket sykemelding, føler jeg at tallmaterialet er overveldende. Derfor er det interessant at analysen av de semistrukturerte intervjuene viste et mer nyansert bilde av situasjonen da flere av legen påpekte at mange av de syke/skade som ønsker sykemelding ønsker dette nettopp fordi de er innforstått med at de ikke klarer å arbeide, eller at de må arbeide i redusert grad. Dette peker nok i retning av at min inndeling under observasjonsdelen ble for enkel. Sitatene i resultatdelen bekrefter dette, hvorpå en eldre, erfaren mannlig spesialist i allmenntidisin påpekte problemstillingen med et konkret eksempel angående en trailersjåfør med akutt lumbago.

For å sette dette i sammenheng med tidligere funn har jeg funnet artikkelen ”Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem?” henta fra tidsskriftet. Her argumenterer forfatterne for at allmennleger er leger for hele folket (30). Med dette mener de at allmennleger ofte må ta hensyn til både friske og syke med ulike livs- og helseproblem samtidig som de møter en stor avstand mellom den faglige kompetansen de innehar og de utfordringene de møter. Dermed må man som allmennlege kanskje gå på akkord med det faglige hvis man møter en pasient i en livssituasjon som gjør det forståelig at han trenger et avbrekk fra arbeidet. Eksempler på dette er pasienter som kommer til legekantoret med lua i hånda og ber om sykemelding fordi de står midt i et samlivsbrudd eller at en av deres nærmeste har gått bort. I slike tilfeller vil man ofte ikke kunne forsvare å skrive ut sykemelding i henhold til de diagnoser som kreves, da NAV ikke godkjenner sorg som sykemeldingsgrunnlag. Men et av særtrekkene i allmenntidisin er jo nettopp det at det er pasienten i større grad enn sykdommen som står i sentrum (30). Og i slike sammenhenger blir det, sett i et medmenneskelig perspektiv forståelig at enkelte ønsker sykemelding.

Men mange standardverk i allmenntidisin definerer faget som et sett med ulike roller eller funksjoner som allmennlegen har i forhold til pasientene og samfunnet. Og den medisinske profesjonen har ikke et entydig svar på hvordan en skal møte de ulike livsproblemene pasientene presenterer, og den avstanden som oppstår mellom det som regnes som medisinske problemer og de plager som pasientene presenterer. Dette kan nok oppleves frustrerende for allmennlegen (30). Særlig da mange tilstander blir presenterte i form av livsproblem som i ulik grad påvirker helse og sykdom.

- Typer sykemelding

Da sykemelding og sykefravær er kompliserte prosesser er det trolig nødvendig å skille mellom ulike typer fravær hvis man ønsker å forstå hvordan man skal kunne påvirke sykefraværet. Dette dannet grunnlaget for at jeg brukte Bruusgard og Claussens inndeling i denne oppgaven.

Ikke overraskende viste det seg at det var jobbrelatert funksjonsfravær som var hyppigst med hele 63 prosent. Dette skyldes nok at i en liten by, som den hvor fastlegekontoret jeg utførte mine undersøkelser lå i, er det mange små bedrifter hvor arbeidstakerne innehar jobber med lite fleksibilitet. Med dette menes det at arbeidsgiverne har få eller ingen muligheter til å tilby tilrettelagt arbeid eller andre arbeidsoppgaver ved sykdom eller skade hos arbeidstaker. Er man ansatt som snekker i et firma med 3 ansatte er mulighetene for kontorarbeid ved en eventuell supraspinatustendinititt små.

Tidligere undersøkelser på dette har vist at erfaringer fra praksis tilsier at det relative funksjonsfraværet utgjør en stor del, kanskje den største delen av det totale sykefraværet (16). Dette er nok den type fravær som i størst grad er avhengig av den enkeltes toleranse for ubehag og smerte.

Min oppgave har som tidligere nevnt vist at det jobbrelaterte funksjonsfraværet er størst. Herunder ligger det store rom for forbedringer og dermed muligheter for å redusere sykefraværet, selv om potensialet for tiltak er størst ved relativt funksjonsfravær. Det relative funksjonsfraværet representerer den delen av sykefraværet hvor det potensielt er mest å hente på tiltak for å holde folk i jobb gjennom å være mer avhengig av arbeidskrav og toleranse for plager enn de andre typer fravær (16). Men også innen jobbrelatert funksjonsfravær ligger det store muligheter for tiltak da et større fokus på arbeidsgivere om fleksibilitet ville gjort at man lettere kunne utnyttet restarbeidsevnen til personer som sykmeldes pga muskel- og skjelettlidelser. Gjennom tiltaksplaner og god organisering burde de fleste arbeidsplasser ha muligheter for lengre eller kortere fritak fra vanlige arbeidspliktter.

- Tiltak for å begrense sykemelding

Salutogenese, læren om hva som gir god helse, og empowerment, støtte og styrkning til å påvirke sin egen livssituasjon, er begge begreper som brukes mye i dagens undervisning av medisinstudenter i Norge. Mange leger innehar mye av den kunnskapen og kompetansen som ligger i begrepene og de kan begge lanseres som enkle tiltak som ledd i forsøk på å redusere sykefraværet da disse teoriene kan gi et mer bevisstgjort og strukturert grunnlag for konsultasjonen og motvirke en oppgitt holdning hos pasient og lege (31).

Under observasjonene ble det vurdert om legene gjorde aktive tiltak for å begrense sykemeldinger og lengden på eventuelle sykemeldinger. Noe nedslående viste undersøkelsen at ingen av legene benyttet seg av verken empowerment eller salutogenese. Og ved kun to tilfeller, ble det oppfordret til bruk av, eller spurt om egenmelding. Dette til tross for det under intervjuene kom klart fram at flere av legene hadde hørt om begrepene og hadde blitt undervist i bruk av dem. Kan legenes manglende bruk av tiltak skyldes tidspress? Sandars og Esmail fant i sin studie fra 2003 at slitne leger med en veldig travel timebok var en betydelig risikofaktor for feilvurderinger (32).

Et lignende bilde tegnes gjennom min undersøkelse da det er trolig at de legene jeg undersøkte neglisjerte forebyggingsarbeidet da dette er både tid- og ressurskrevende. Kanskje kan dette også forklare hvorfor andelen langvarige sykemeldinger som ble skrevet ut under min observasjonsperiode var forholdsvis høy - hele 37 prosent hadde en varighet på 2 uker eller mer og 42 prosent hadde en varighet på mellom en til to uker.

Under intervjuene innrømmet alle at de nok hadde en jobb å gjøre. De fleste følte at de prøvde, men at innsatsen nok kunne vært mer helljertet. Samtidig uttrykte de et ønske om forståelse for hvor krevende et slikt arbeid er. Det virket som om de erfarne legene hadde gått ut av studiet med et ønske om å bedre folkehelsa og redusere sykefraværet, men på veien hadde de mistet motivasjonen og troen på at dette gikk an. To av legene fortalte meg at etter noen år som allmennlege ville jeg forstå. Turnuslegene var godt kjent med begrepene ”salutogenese” og ”empowerment”, mens de eldre hadde ikke hørt disse begrepene før.

Overraskende nok var det ingen som nevnte bruk av avventende sykemeldinger som et aktivt tiltak for å begrense sykmelding. Dette viste seg gjennom observasjonene da 0 prosent av sykmeldingene ble skrevet ut som avventende og kun 4 prosent som graderte sykemeldinger.

Et annet viktig poeng er at 39 prosent av sykemeldingene var videreføring av eksisterende sykemeldinger. Ofte ble disse videreført uten at en ny vurdering ble gjort, og ofte ble disse videreføringene gjort av andre leger enn de som initialt hadde skrevet ut sykemeldingen. Dette indikerer at det kan være lettere å fornye en sykemelding startet av en annen lege uten å gjøre en ny vurdering. Kanskje man ikke tør overprøve den andres beslutning? Eller kanskje er det lettere å ikke bry seg da det opprinnelig var noen andre som tok avgjørelsen?

Et annet viktig poeng som ble synlig gjennom både observasjons- og intervjudelen var usikkerheten rundt muskel- og skjelettlidelser. En artikkel publisert i tidsskriftet bekrefter dette bildet gjennom å kalle muskel- og skjelettlidelser den hyppigste årsak til sykefravær og uføreytelser (33). Noe overraskende er det ikke de revmatiske lidelsene som er hovedårsak til sykefravær, men derimot er ryggplager en av de viktigste enkeltlidelsene. En studie fra 2001 som gjennomførte en kartleggingsstudie av allmennleger i Aust-Agder og beskrev hvordan ryggpasienter ble behandlet og utredet i primærhelsetjenesten viser dette (34). Her konkluderer forfatterne med at ”vond rygg” er den lidelsen som rammer flest og koster mest da en tredjedel av befolkningen angir å ha hatt vondt i ryggen i løpet av de siste to ukene (35).

Dermed står ryggplager for 11 % av sykefraværet og har fått betegnelsen den mest kostbare ikke-dødelige enkeltlidelse i Norge da den er ansvarlig for så mye som 15-17 % av trygdeutgiftene, med totale kostnader estimert til hele 15 milliarder kroner per år (35).

Videre argumenteres det i artikkelen ”Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring” for at alle internasjonale retningslinjer anbefaler normal aktivitet for å fremme spontan tilheling og hindre utvikling av langvarige ryggplager (36). Dermed kan ikke den store andelen av ryggpasienter som sykemeldes gjemmes bak fastlegers intensjon om å være pasientens advokat. Kanskje burde det vært et langt større fokus under medisnutdanningen på muskel- og skjelettlidelser. En mer strømlinjeformet behandlingsmodell og et tydeligere regelverk for sykemelding av for eksempel lumbago ville nok i langt større grad redusert sykefraværet for denne pasientgruppen, og i tillegg minket usikkerheten knyttet opp mot sykemelding.

Subjektive meninger om sykemelding

- Egen rolle som sykemelder

Under de semistrukturerte intervjuene ble alle intervjuobjektene spurt om deres rolle som sykemelder og egne refleksjoner rundt dette. Her kom det fram at de yngre legene virket mindre selvsikre i synet på seg selv og hvordan de håndterte sykemeldinger. Mens de eldre, mer erfarne legene i langt større grad var fornøyd med sin håndtering av rollen som trygdens portvokter og pasientens advokat.

I eksisterende litteratur på området har jeg funnet en finsk studie fra 2011 som undersøkte forskjellene mellom yngre, nyutdannede, leger og eldre, mer erfarne leger i allmenntjenesten når det gjaldt medisinsk usikkerhet. Legene ble delt inn i to grupper hvor unge, mindre erfarne hadde mindre enn fem års arbeidserfaring, mens eldre mer erfarne leger hadde mer enn 5 års arbeidserfaring (29). De fant at unge, uerfarne leger uttrykte signifikant mer frykt for å begå medisinske feiltakelser og innrømte i langt større grad at de hadde begått slike feil enn hva de eldre, mer erfarne legene gjorde. Men samtidig var de yngre legene mindre tilbøyelig til å unnskyldes seg ovenfor en pasient hvis de først hadde gjort en feil. Studien konkluderte med at erfarne leger synes å tolerere usikkerhet bedre og er mindre redd for å gjøre medisinske feiltakelser enn sine yngre kolleger (29). Det kan virke som om en lege blir bedre til å håndtere feil jo mer erfaren han blir. En slik toleranse ovenfor usikkerhet kan på en annen side være en risikofaktor i seg selv da for stor selvtillit kan utgjøre en betydelig risiko for å gjøre feil i diagnostiseringen (24).

- Syn på dagens trygdeordning

Som ventet var meningene om sykemeldinger mange og sterke. Jeg fikk et inntrykk av at alle jeg intervjuet og observerte ønsket å redusere bruken av sykemelding, men følte seg maktesløs slik systemet er i dag. Flere innrømte at de hadde lite å stille opp med om pasienten virkelig ønsket sykemelding, og alle begrunnet dette i at selv om pasienten har restarbeidsevne er det umulig for legen å vite hvilke arbeidsoppgaver de enkelte har og hvilke muligheter det er for tilrettelagt arbeid. Alle utenom en (mannlig, utenlandsk vikar) var godt kjent med avventende sykemelding, men de forklarte at som oftest kom det beskjed tilbake fra arbeidsgiver at mulighetene for tilrettelegging var begrensede.

Til min store overraskelse virket det som om de fleste legene følte at dagens sykmeldingssystem ikke fungerte tilfredsstillende. Noen sa rett ut at de ikke ønsket å sitte med dette ansvaret, andre ønsket endringer, men ingen hadde noen gode forslag på hvordan ting kunne vært gjort annerledes. Et problematisk tema som mange av de intervjuede legene tok opp var håndtering av sykemelding i forhold til pasienter med symptomer som var vanskelig å diagnostisere som fysisk eller mental smerte/plage.

Von Knorring et.al fant i sin studie at allmennleger følte antallet pasienter med slike plager var stadig økende samtidig som legene følte avmakt i forhold til å rehabilitere disse pasientene (37). Videre viste undersøkelsen at allmennleger hadde store problemer med å vurdere restarbeidsevne for disse pasientene når man ikke hadde tilgang til å drøfte pasienten med andre profesjonelle som psykiatere, psykoterapeuter eller ortopedier. Dermed ble dobbeltrollen som ”pasientens advokat” og ”trygdens portvokter” vanskelig å håndtere (37).

Slik som mine intervjuobjekter påpekte viste Von Knorring et.al studie at det er for lite vitenskapelig kunnskap omkring konsekvenser av sykefravær og sykemelding for slike pasienter. Dette gjorde at enkelte av legene følte det å skrive ut sykemelding for en pasient med for eksempel uforklarlige smerter var nærmest som en gave, slik at man i det minste hadde noe å tilby når man ikke helt vet hva annet man kan gjøre. Dette stemmer godt overens med det inntrykket intervjuobjektene ga i min undersøkelse.

Rammesetter samfunnets regelverk og normer for sykemelding legens usikkerhet?

Som nevnt i innledningen antydes det fra flere hold at forskning og nye analysemetoder har gitt flere strenger å spille på, flere aktører i diagnoseprosessen og stor kunnskap om etiologi og patologi. Men paradoksalt nok har kanskje denne utviklingen innenfor fagfeltet medisin ført til å øke usikkerheten blant leger. Kan det være at samfunnets regelverk og normer for sykemelding rammesetter legens usikkerhet?

En norsk studie fra 2015 undersøkte arbeidsmarkedstilknytningen til personer med helseproblemer i Danmark og Norge gjennom et eksplisitt komparativt fokus der resultatene fra to land med ulik arbeidsmarkedsmodell ble sammenlignet (38). De skandinaviske landene er like på mange områder, eksempelvis er det høyt skattenivå og gratis (eller sterkt subsidiert) helsetjenester. Slik deler Norge og Danmark mange karakteristikk, men stillingsvernet er vesentlig svakere i danskenes ”Flexicurity-modell” (39, 40). I utgangspunktet kan dette være gunstig for arbeidstakere med dårlig helse fordi det vil være mindre risiko for arbeidsgiver å tilsette når det er enkelt å si opp arbeidstakeren dersom denne ikke er produktiv nok. Resultatene fra studien indikerer imidlertid at personer med helseproblemer i Danmark har ganske markant høyere sannsynlighet for å være arbeidsledig enn personer med god helse. I Norge derimot viste undersøkelsen at personer med dårlig helse ikke skilte seg markant fra personer med god helse hva gjaldt arbeidsmarkedstilknytning. Dette tyder på at et svakt stillingsvern sannsynligvis ikke er veien å gå for å sikre høy sysselsetting blant folk med dårlig helse.

Ut i fra dette kan det tenkes at samfunnets regelverk og normer for trygdeordninger, derunder sykemelding og uføretrygd, i form av sterkt stillingsvern slik som vi har i Norge ikke rammesetter legens usikkerhet og beslutning om sykemelding eller uføretrygd. Videre kan undersøkelsen fra 2015 (38) vise at en leges eventuelle tilbøyelighet til å sykemelde ikke vil påvirke pasientens arbeidsmarkedstilknytning i stor grad slik trygdeordningene er organisert i dag. Kan det at stillingsvernet er så kraftig gjøre det enklere for leger å sykemelde?

Det å ha en arbeidstaker som ikke fungerer optimalt kan medføre større arbeidsbyrder for resten av arbeidsstokken, noe som igjen kan påvirke arbeidsmiljøet. Økonomisk kan det få konsekvenser i form av redusert produktivitet, og det er ofte tidkrevende og dyrt å starte på en ny tilsetningsprosess om man må hente inn vikarer for den sykemeldte.

Det er samtidig viktig å understreke at det er urealistisk – og heller ikke ønskelig – at alle personer med helseproblemer skal delta på arbeidsmarkedet. For personer som får dårligere helse av å stå i arbeid vil det være lite samfunnsøkonomisk gunstig å ha i jobb på grunn av økte kostnader til helsevesen og dyre vikarløsninger ved

sykefravær. Det er derfor i alles interesse å sørge for de som ikke kan arbeide på bakgrunn av helsemessige årsaker blir sikret et godt og verdig liv ved hjelp av trygdeordninger (38). Men for de som kan jobbe, bør ikke ukritisk utdeling av sykemeldinger brukes. Dette vil føre til store kostnader og her kan det virke som om legene har en vei å gå.

Diskusjon av metode

Enkelte vil nok kritisere å bruke observasjon som metode. Dette er en metode som ikke brukes mye innenfor det medisinske fagfeltet og enkelte vil nok problematisere at min tilstedeværelse i konsultasjonen kan påvirke det som skjer. Dette problem er sannsynligvis mindre enn vi tror. I artikkelen ”Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations” fra 2008 diskuterer forfatterne nettopp denne problemstillingen (41). Denne artikkelen drøfter problemstillingen hvorvidt medisinerstudenter, som meg selv, påvirker klinisk praksis gjennom å være observatører. Gjennom en studie av allmennlegekonsultasjoner i England hvor studenter var tilstede sammenlignet forfatterne resultatene med konsultasjoner hvor det ikke var studenter tilstede. Konklusjonen ble at konsultasjoner med studenter tilstede varte lenger enn konsultasjoner uten studenter, men at kvaliteten på konsultasjonene ikke ble direkte affisert (41). Dette kan peke i retning av at mine tilstedeværelse som nøytral observatør ikke påvirket utfallet av konsultasjonene i nevneverdig grad.

Noe som trolig er en svakhet med min oppgave er innhenting av relevant litteratur. Det ble tidlig klart at det finnes lite tilgjengelig litteratur angående usikkerhet og tvil i forbindelse med sykemeldinger, og det ble dermed naturlig å undersøke temaene hver for seg for å gi oppgaven en sterkest mulig faglig bakgrunn. Dette resulterte i at de artiklene jeg har brukt i denne oppgaven stort sett omhandler usikkerhet eller sykemelding, og ikke usikkerhet i forbindelse med sykemelding slik som jeg ønsker å undersøke. I etterpåklokskapens lys ser jeg at dette er en stor svakhet med oppgaven og jeg burde helt klart ha bedt om mer hjelp til å finne relevante artikler på et tidligere stadium.

En annen svakhet jeg har innsett når jeg reflekterer over min arbeidsprosess er det faktum at jeg ”surfet” mellom legelistene. Dette medførte at jeg ikke fikk utført like mange observasjoner hos hver lege, og grunnlaget for å gjøre sammenligninger blir derfor svakt. I tillegg var nok min formulering om å innrømme usikkerhet for lite presis. Men under dette punktet jeg hadde jeg også tenkt å ta med om legen innleder en dialog med pasienten og innrømmer at han er usikker på veien videre.

Til slutt vil jeg poengtere at vurderingene gjort av de ulike typene fravær er gjort av undertegnede og kan selvfølgelig tegne et feilaktig bilde da jeg har blitt nødt til å stole på min egen tolkning av pasient og lege dialogen under hver enkelt konsultasjon. Hadde jeg intervjuet hver pasient i etterkant hadde det kanskje skapt mindre rom for feilmarginer hva gjelder tolkning av hvilket type fravær den enkelte hadde.

KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg gjennom et dypdykk i eksisterende litteratur, samt observasjon av pasientkonsultasjoner og semistrukturerte intervjuer prøvd å undersøke usikkerhet hos allmennleger i forbindelse med sykemelding. Innledningsvis spurte jeg hvilke faktorer som førte til usikkerhet og hva som ble gjort for å håndtere disse. Og mine funn gjennom et kvalitativ studie korrelerer i stor grad med den viten som eksisterer på området.

Usikkerheten knyttet til konsultasjoner omhandlende sykemelding viste seg hovedsakelig å dreie seg om diagnosesetting. Tallmessig understrekes dette gjennom det faktum at 70 prosent av den observerte usikkerheten var knyttet til diagnostisk usikkerhet. Dette kom også tydelig fram under intervjuene da alle de 8 intervjuobjektene følte at eventuell usikkerhet knyttet til sykemelding hang sammen med vanskeligheter rundt diagnosesetting.

Angående tiltak for å håndtere usikkerheten som oppstod fant jeg en sykemeldingspraksis som bar preg av selvstendig arbeid uten innhenting av annen informasjon enn det som forelå av epikriser fra spesialister eller det som ble funnet gjennom den enkeltes undersøkelser. Hele 58 prosent av usikkerheten ble ikke håndtert gjennom noen tiltak. I tillegg var det oppsiktsvekkende at ingen av legene innrømte usikkerhet ovenfor pasienten og at det ved kun 6 prosent av usikkerhetstilfellene ble gjort forsøk på å innhente informasjon gjennom diverse veiledere på internett. Til tross for at terskelen for å håndtere usikkerhet gjennom rådføring med kolleger virket å være lav, gjaldt ikke dette usikkerhet knyttet opp mot sykemelding.

De fleste pasientene uttrykte et klart ønske sykemelding, noe som gjenspeiles i at hele 83 prosent av pasientkonsultasjonene inneholdt en pasient som uttrykte ønske om sykemelding. Selv om denne andelen er i tråd med tidligere studier var det urovekkende at de fleste virket å mangle motivasjon til å komme tilbake i arbeid. Ingen stilte spørsmål til legen om muligheter for behandling eller tiltak for å komme tilbake i jobb.

Under inndeling av type sykefravær har tidligere undersøkelser vist at erfaringer fra praksis tilsier at det relative funksjonsfraværet utgjør den største delen av det totale sykefraværet (16). Mine funn korrelerer ikke med dette da jeg fant at det var det jobbrelatert funksjonsfravær som var hyppigst med hele 63 prosent. Herunder ligger det store rom for forbedringer og dermed muligheter for å redusere sykefraværet, selv om potensialet for tiltak nok er størst ved relativt funksjonsfravær. Et større fokus på fleksibilitet hos arbeidsgivere ville gjort at man lettere kunne utnyttet restarbeidsevnen til personer som for eksempel sykmeldes på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Gjennom tiltaksplaner og god organisering burde de fleste arbeidsplasser ha muligheter for lengre eller kortere fritak fra vanlige arbeidsplikter uten behov for langvarig sykemelding.

I oppgaven ble det vurdert om legene gjorde aktive tiltak for å begrense sykemeldinger og lengden på eventuelle sykemeldinger. Noe nedslående viste undersøkelsen at ingen av legene benyttet seg av verken empowerment eller salutogenese. Og ved kun to tilfeller ble det oppfordret til bruk av, eller spurt om egenmelding. Dette til tross for det kom klart fram at flere av legene hadde hørt om begrepene og hadde blitt undervist i bruk av dem. Kan legenes manglende bruk av tiltak skyldes tidspress? Kanskje kan dette også forklare hvorfor andelen

langvarige sykemeldinger som ble skrevet ut under min observasjonsperiode var forholdsvis høy - hele 37 prosent hadde en varighet på 2 uker eller mer og 42 prosent hadde en varighet på mellom en til to uker.

Vedrørende refleksjoner rundt egen rolle som sykemelder kom det fram at de yngre legene virket mindre selvsikre i synet på seg selv og hvordan de håndterte sykemeldinger. Mens de eldre, mer erfarne legene i langt større grad var fornøyd med sin håndtering av rollen som trygdens portvokter og pasientens advokat. Det kan virke som om en lege blir bedre til å håndtere feil jo mer erfaren han blir. En slik toleranse ovenfor usikkerhet kan på en annen side være en risikofaktor i seg selv da for stor selvtillit kan utgjøre en betydelig risiko for å gjøre feil i diagnostiseringen

Som ventet var meningene om sykemeldinger mange og sterke. Jeg fikk et inntrykk av at alle jeg intervjuet og observerte ønsket å redusere bruken av sykemelding, men følte seg maktesløs slik systemet i dag er. Flere innrømte at de hadde lite å stille opp med om pasienten virkelig ønsket sykemelding, og alle begrunnet dette i at selv om pasienten har restarbeidsevne er det umulig for legen å vite hvilke arbeidsoppgaver de enkelte har og hvilke muligheter det er for tilrettelagt arbeid.

Selv om min undersøkelse har avdekket at det er diagnostisk usikkerhet som er mest fremtredende i sykemeldingskonsultasjoner i allmennpraksis er det nødvendig med mer forskning på temaet for å få kartlagt hvorvidt det finnes effektive metoder å håndtere usikkerhet på, og hvordan man best mulig kan redusere sykefraværet.

Alle gangene det ble gjort et tiltak for å håndtere usikkerheten ble dette gjort av yngre og mer uerfarne leger, kanskje kan det tyde på en lavere terskel for å innrømme usikkerhet hos unge leger? Dette kan danne utgangspunktet for videre undersøkelser som inkluderer et langt større tallmateriale for å kunne påvise en eventuell sammenheng.

Litteraturliste

1. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:349 – 53 - <http://tidsskriftet.no/article/104463> (03.02.2016)
2. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. Soc Sci Med 1987; 24: 51 – 7. doi:10.1016/0277-9536(87)90153-5
3. Gillund F, Myhr AI. Vitenskapelig usikkerhet – etiske utfordringer for forskning og forvaltning. Etikkk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics (2007), 1, s. 97–120.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v1i1.1685>
4. Ely JW, Levinson W, Elder NC et.al. Perceived causes of family physicians' errors. J Fam Pract. 1995 ; 40 : 308 – 18 - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7699346> (03.03.2016)
5. Wellberry C. A Case of Medical Uncertainty. *Am Fam Physician*. 2012 Mar 1;85(5):501-508.
- <http://www.aafp.org/afp/2012/0301/p501.html> (10.03.2016)
6. Hayward R. Balancing certainty and uncertainty in clinical medicine. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2006, 48: 74–77. DOI: 10.1017/S0012162206000144
7. Rørtveit G, Strand S. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. Nr. 11 – 30. april 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:1382 – 6 - <http://tidsskriftet.no/article/317458> (10.03.2016)
8. Hall KH. Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. *Medical education*. 2002;36(3):216-24. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2002.01140.x
9. Beresford EB. Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions. *The Hasting Center Report*, 1991;21(4):6-11. DOI: 10.2307/3562993
10. Erlandsen RA, Fondevik G. Når legen blir i tvil – et litteraturstudie om usikkerhet hos leger. 5.årsoppgave 2014-06-02. - <http://hdl.handle.net/10037/6702> (10.03.2016)
11. Mæland JG, Hatland A (2015, 19 juni). Folketrygden. I Store norske leksikon -<http://snl.no/folketrygden> (10.05.2016)
12. [https://no.wikipedia.org/wiki/Folketrygden_\(Norge\)](https://no.wikipedia.org/wiki/Folketrygden_(Norge)) (06.03.2016)
13. Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven> (06.03.2016)

14. Lov av 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (07.03.2016)
15. Andersen EJ. Legeforeningen og myndighetene vil trygdejukset til livs. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:875 - <http://tidsskriftet.no/article/287478/> (04.04.2016)
16. Bruusgaard D, Claussen B. Ulike typer sykefravær. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:1834–6.
doi: 10.4045/tidsskr.10.0541
17. Sykefraværstatistikk. Statistikk pr. 4. kvartal 2014. Publisert 12.03.2015, Sist endret 10.03.2016.
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar> (11.04.2016)
18. Hales D, Peersman G, Rugg D et.al. An introduction to triangulation: UNAIDS Monitoring and Evaluation Division; 2010.
- http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/10_4-Intro-to-triangulation-MEF.pdf (13.04.2016)
19. Kvale S. Interview : en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzel, 1997. S.129
20. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2002;122(25):2468-72.
- <http://tidsskriftet.no/article/618649> (13.04.2016)
21. Brinkmann S, Kvale S. Forskningsintervjuer, filosofiske dialoger og terapeutiske samtaler. Det kvalitative forskningsintervju. 2 ed. Otta: Gyldendal Akademisk; 2009. s. 45.
22. Brinkmann S, Kvale S. Forberedelse til intervjuanalyse. Det kvalitative forskningsintervju. 2 ed. Otta: Gyldendal Akademisk; 2009. s. 202 - 5
23. Giorgi A. The Phenomenological Method. The Descriptive Phenomenological Method in Psychology – A Modified Husserl an Approach. Pittsburgh, PA: Duquegne University Press 2009. s. 87 - 137.
24. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. Review. Am J Med. 2008 ; 121 :2 – 23. doi:10.1016/j.amjmed.2008.01.001
25. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: The need for a new ethics. British Medical Journal (Clinical research ed). 1983;287(6409):1919-1923.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550184/> (07.03.2016)
26. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG et.al. Patients' and physicians attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 2003;289(8):1001-1007. doi:10.1001/jama.289.8.1001.

27. Wellbery C. A Case of Medical Uncertainty. *Am Fam Physician*. 2012 Mar 1;85(5):501-508.
<http://www.aafp.org/afp/2012/0301/p501.html> (16.05.2016)
28. Ringberg U. Mestringsproblemer i allmennpraksis – Henviser vi vekk det ubehagelige? Januarseminaret 2016
<http://www.med.uio.no/helsam/om/aktuelt/arrangementer/2016/mestringsproblemer-i-allmennpraksis.-henviser-vi-vekk-det-ubehagelige---unni-ringberg.pdf> (28.05.2016)
29. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care*. 2014 June; 32(2): 84–89. Published online 2014 June. doi: 10.3109/02813432.2014.929820
30. Nessa J, Schei E, Stensland P. Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129:1323 – 5. doi: 10.4045/tidsskr.08.0233
31. Walseth LT, Malterud K. Salutogense og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:65 – 6 - <http://tidsskriftet.no/article/953695> (10.03.2016)
32. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the diversity across studies. *Fam Pract*. 2003 ; 20 : 231 – 6. doi: 10.1093/fampra/cm301
33. S. Brage, C. Ihlebæk. B. Natvig et.al. Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:2369 – 70. doi: 10.4045/tidsskr.10.0236
34. Werner EL, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132:2388 – 90. doi: 10.4045/tidsskr.12.0395
35. Ihlebæk C, Lærum E. Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:2106. doi: 10.4045/tidsskr.10.1035
36. Lærum E, Brox JI, Werner EL. Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:2248 – 51. doi: 10.4045/tidsskr.09.0844
37. Von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A et.al. Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26:1, 22-28, DOI:10.1080/02813430701747695
38. Heggebø K. Tilsetjing og arbeidsløyse i Noreg og Danmark: Er svakt stillingsvern gunstig for folk med dårleg helse? *Tidsskrift for samfunnsforskning* vol 57, nr.1, 3–30

DOI: 10.18261/issn.1504-291X-2016-01-01

39. Van Kersbergen K, Hemerijck A. (2012). Two Decades of Change in Europe: The Emergence of the Social Investment State. *Journal of Social Policy*, 41(3), 475–492. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0047279412000050>

40. Heyes J. (2011). Flexicurity, Employment Protection and the Jobs Crisis. *Work, Employment & Society*, 25(4), 642–657. doi:10.1177/0950017011419723

41. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Med Educ*. 2008 Apr;42(4):374-81. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03016.x. Epub 2008 Feb 22.

APPENDIKS 1:**OBSERVASJONSARK***Pasient nr.* ____*Dag:* ____*Lege:* ____**Problemstilling:****Ønske om sykemelding:**

Ja	
Nei	
Usikker	

Legens usikkerhet knyttet til:

Diagnostisk usikkerhet	
Kommunikativ usikkerhet	
Ingen usikkerhet	

Håndtering av usikkerhet:

Bruk av nettsider (NEL o.l)	
Diskutere med kollega	
Kontakte spesialist	
Innrømme usikkerhet ovenfor pasient	
Videre henvisning	
Ingen tiltak	
Annet:	

Utfall av konsultasjon:

Ny sykemelding 100 %	
Gradert sykemelding	
Avventende sykemelding	
Videreføring av eksisterende sykemelding	
Ingen sykemelding	

Type sykemelding:

Absolutt funksjonsfravær	
Jobbrelatert funksjonsfravær	
Relativt funksjonsfravær	
Behandlingsfravær	
Forebyggingsfravær	

Tiltak for å begrense sykemelding:

Anbefaling om bruk av egenmelding	
Salutogenese gjennomført	
Empowerment gjennomført	
Oppfølgingstime	
Henvising	
Ingen tiltak	

Varighet av sykemelding:

> 1 uke	
1 uker	
2 uker	
> 2 uker	

APPENDIKS 2:

INTERVJU:

1. Usikkerhet:

- Arbeidserfaring?
- Hvor tok du utdanningen?
- Hvordan ble tematikken usikkerhet og tvil berørt under studietiden?
- Er dette noe du føler/ønsker kunne vært mer berørt i løpet av studiet?
- Føler du deg ofte usikker angående spørsmål knyttet til sykemelding?
- Er det kommunikasjonen eller det diagnostiske som gjør deg usikker?

2. Sykemelding:

- Hvilke typer sykemeldinger møter du oftest i din praksis (forteller om inndelingen brukt i denne oppgaven)?
- Føler du pasientenes kunnskap og muligheter til å innhente medisinsk informasjon påvirker dine medisinske avgjørelser i forbindelse med sykemeldinger?
- Føler du at pasientene ofte kommer med en forhåndsbestilling?
- Hva tenker du om at større fokus på effektivitet og lønnsomhet i arbeidslivet kan føre til mindre toleranse for medarbeidere som ikke leverer helt optimalt en periode?
- Hvordan håndterer du arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer som f.eks sorg?

3. Håndtering/tiltak:

- Hvordan håndterer du usikkerhet og tvil knyttet til sykemelding?
- Hvilken holdning har du til salutogenese (læren om hva som gir god helse)?
- Hvilken holdning har du til empowerment (støtte og styrking i forhold til å påvirke sin livssituasjon)?
- Hva gjør du for å forebygge sykdom og skader blant pasientene dine? (kostholdsråd, røykeslutt, mosjonsanbefalinger osv)
- Har du noen tanker om hvordan dette kunne vært gjort bedre?
- Hvordan bruker du avventende sykemelding?
- Oppfordrer du til bruk av egenmelding?
- Hvilke strategier benytter du for oppfølging av sykemeldte?