



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGÅVE

Tittel:

*«Eg trur det gode resultatet kjem frå eit samspel mellom lege og pasient» -
ei diskursanalyse av kvalitative intervju om legar sine sjukemeldingsvurderingar*

*«I believe that the good result comes from an interaction between doctor and patient» - an
discourse analysis of qualitative interview about doctors sick leave assessment*

Turid Stigen Sørensen

Master i samhandling innan helse- og sosiale tenester

Avdeling for helsefag

Rettleiar: Magne Eikås

Innleveringsdato: 16.06.17

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Innholdsliste

Forord.....	s. 5
Samandrag.....	s. 6
Summary.....	s. 7
Kapittel 1.....	s. 8
1.0 Innleiing.....	s. 8
1.1 Tema og problemstilling.....	s. 9
1.1.1 Legen har ei rolle som attestant og kontrollør.....	s.9
1.1.2 Endringar undervegs.....	s. 11
1.1.3 Den raude tråden.....	s. 12
1.2 Oppbygninga av oppgåva.....	s. 13
Kapittel 2.....	s. 14
2.0 Teori.....	s. 14
2.1 Sosialkonstruktivisme.....	s. 14
2.2 Diskursanalyse.....	s. 16
2.3 Michel Foucault – ein sentral diskursteoretikar.....	s. 18
2.3.1 Å synleggjere diskursar.....	s.19
2.4 Kunnskap som er situert.....	s.20
2.5 Omgrepet makt i diskursanalyse.....	s.21
2.6 Tidlegare forskning som er relevant for masteroppgåva.....	s.21
Kapittel 3.....	s. 24
3.0 Metode.....	s.24
3.1 Val av informantar og avgrensing.....	s.24
3.1.1 Informantar.....	s.25
3.1.2 Avgrensing.....	s.26
3.2 Intervjuguiden.....	s.27

3.3	Transkripsjon og koding.....	s. 27
3.4	Intervju basert på forteljingar.....	s. 29
3.5	Etikk.....	s. 30
3.6	Kritisk refleksjon gjennom studieprosessen.....	s. 31
3.6.1	Å kaste lys på problemstillinga gjennom kvalitativ metode og postmoderne teori.....	s. 31
3.6.2	Kritisk refleksjon og sjølvrefleksivitet.....	s. 31
3.7	Validitet.....	s. 33
3.8	Pålitelegheit.....	s. 34
3.9	Å overføre kunnskap.....	s. 34
3.10	Tre steg diskursanalyse.....	s. 34
3.10.1	Første steg – val og avgrensing.....	s. 35
3.10.2	Andre steg – representasjonane.....	s. 36
3.10.3	Tredje steg – lagdelinga i diskursanalysen.....	s. 37
Kapittel 4.....	s. 38	
4.0	Presentasjon av resultat- og analysedelen.....	s. 38
4.1	Funn og drøfting av funna.....	s. 38
4.2	Legen sin vurdering i samband med sjukemeldingspraksis – analyse.....	s. 39
4.3	Dei analytiske vala – avgrensing.....	s. 40
Kapittel 5.....	s. 42	
5.0	Pasientmyndediskursen.....	s. 42
5.1	Pasientmyndediskursen – analyse og drøfting av lagdelingar.....	s. 42
5.2	Mitt kunnskapsbidrag.....	s. 48
Kapittel 6.....	s. 49	
6.0	Forhandlingsdiskursen.....	s. 49
6.1	Forhandlingsdiskursen – analyse og drøfting av lagdelinga.....	s. 49
6.2	Mitt kunnskapsbidrag.....	s. 54

Kapittel 7	s. 56
7.0 Portvaktdiskursen.....	s. 56
7.1 Portvaktdiskursen – analyse og drøfting av lagdelingar.....	s. 56
7.2 Mitt kunnskapsbidrag.....	s. 60
Kapittel 8	s. 61
8.0 Interhelsediskursen.....	s. 61
8.1 Interhelsediskursen – analyse og drøfting av lagdelingar.....	s. 61
8.2 Mitt kunnskapsbidrag.....	s. 66
Kapittel 9	s. 67
9.0 Konkluderande ord.....	s. 67
Litteraturlise	s. 71
Vedlegg	
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv.....	s. 78
Vedlegg 2 – intervjuguide.....	s. 81
Vedlegg 3 – Litteratursøk.....	s. 83

Forord

Eg vil nytte høve til å takke dei som har bidrege til at eg har fått moglegheit til å gjennomføre dette masterprosjektet.

For det første vil eg takke Høgskulen på Vestlandet for å lage eit deltidsstudie der ein kan ha moglegheit til å halde fram i arbeid samtidig som ein tek masterutdanning. Det har vore flinke førelesarar og studieansvarlege som har gjort det dei kan for at vi studentane skal lære mest mogleg og komme oss gjennom masterutdanninga.

I tillegg vil eg takke arbeidsgjevaren min i Aurland kommune og Lærdal kommune for at eg har fått moglegheit til å ta denne utdanninga. Arbeidsgjevaren min har gjeve meg fri til å delta på samlingar og vore raus og fleksibel for at eg skulle kunne gjennomføre masteren.

Eg vil takke Magne Eikås, rettleiaren min frå Høgskulen på Vestlandet, som har gjeve meg konstruktive tilbakemeldingar og vore fleksibel i høve til møtetid. Dette har vore viktig for meg.

Sist, men ikkje minst vil eg takke familien min som har måtte tole at eg har vore vekke på samling og brukt mykje tid på lesing og oppgåveskriving. Utan godkjenning frå mannen min, Reinhardt, hadde ikkje det vore mogleg å fullføre ei masterutdanning.

Aurland, 16.06.17.

Turid Stigen Sørensen

Samandrag

Etter å ha samarbeida med legar over fleire år fekk eg interesse av å utforske korleis legane vurderer når dei står ovanfor ein pasient som treng eller ønskjer sjukemelding. Masteroppgåva handlar om kva vurderingar og kva etablerte diskursar som er rådande på legekantoret i samband med sjukemeldingspraksis.

Problemstilling:

Kva diskursar vert synlege i legar sine refleksjonar kring sjukemeldingspraksisen sin?

Som metodisk og teoretisk hovudtilnærming har eg valt diskursanalyse. Det teoretiske bakteppet omfattar i tillegg teoriar om sosialkonstruktivisme, teori og forskning om legar sin sjukemeldingspraksis, samt diskursteoriar frå Michel Foucault og Iver Neumann.

Datamaterialet består av transkriberte intervju med 9 legar frå 8 ulike kommunar i Sogn og Fjordane. Intervjua er halvstruktureerte med ein utforskande stil.

Eg har funne 4 etablerte diskursar i legepraksisen; pasientmyndediskurs, forhandlingsdiskurs, portvaktiskurs og interhelsediskurs. Alle diskursane har sitt utsprang frå lege-pasientsamhandling og har element av at legen står overfor ein ambivalens i dei ulike kontekstane. Ambivalensen gjer seg gjeldande på bakgrunn av pasienten sin store grad av mynde i samhandlinga, i tillegg til legen sin rolle som forvaltar av velferdsmidlar og kontrollør.

Det empiriske materialet var prega av den unike og personlege kunnskapen som legane får ved å ha eit ontologisk perspektiv i møte med pasienten. Denne kunnskapen dannar grobottn for ein pasientkunnskap som kan vere vanskeleg å formidle til samarbeidspartar.

Gjennom masteroppgåva vert det sett fokus på representasjonar som tyder på at legar i

Sogn og Fjordane har utvikla ein relasjonsbasert sjukemeldingspraksis.

Nøkkelord: Sjukemelding, sjukefråværsoppfølging, legepraksis, sjukemeldingspraksis, diskursanalyse

Summary

After cooperating with medical doctors for several years I developed an interest in exploring how medical doctors assess their judgement when they are treating a patient who want or need sick leave. This master thesis focus on which established discourses are prevailing at medical practices in matters relating to the practice of sick leaves.

Research question:

Which discourses are visible in doctors reflections about their own practice of sick leave?

The main methodical and theoretical approach is a discourse analysis. The theoretical framework consists of social constructive theory, theory and research on medical doctors and their practice regarding sick leave, and discourse theory by Michel Foucault and Iver Neumann.

This master thesis is based on data from transcribed interviews with 9 separate medical practitioners from 8 different municipalities in Sogn og Fjordane. The interviews were conducted in both a half-structured and explorative style.

As a result of my research I have found four prevailing discourses; patient authority discourse, negotiation discourse, doctor ambivalence discourse and interhealth discourse.

All discourses are a result of both the interrelationship between patient and doctor, as well as the ambivalence medical doctors are facing in the different contexts.

The degree of ambivalence is influenced by both the great degree of authority the patient has in cooperation as well as the medical doctor's role as controller, and its responsibility for welfare assets.

The empirical material was characterized by the unique and personal knowledge that medical doctor's get through an ontological perspective when meeting the patient. This knowledge is a prerequisite for a knowledge about the patients that can be difficult to communicate to a collaborator.

In this master thesis there is a highlighted focus on representations that indicate medical doctors in Sogn og Fjordane have developed a relation-based practice regarding sick leave.

Keywords: Sick leave, absence, sickness absence management, doctor practice, discourseanalysis

Kapittel 1

1.0 Innleiing

Eg har sidan 2009 arbeida med sjukefråværsoppfølging på Nav, heilt fram til eg starta i ny stilling i Nav august 2016. Gjennom dette arbeidet har eg fatta interesse for korleis legane tenkjer og vurderer, òg kva opplevingar dei har i høve til sjukemeldingspraksis. Eg har vorte nyfiken på kva refleksjonar legen gjer rundt eigne vurderingar i samband med pasientkonsultasjonen. På bakgrunn av Nav-erfaringa trur eg det vil vere nyttig for blant anna Nav, som samarbeidspart, å kjenne til korleis legane tenkjer rundt sjukemeldingspraksis. Perspektivforståing kan føre til at samarbeidet kan verte meir positivt for begge partar.

Legar har fleire roller. Dei skal både vere behandlar, diagnostisere og gje oppfølging til pasienten, i tillegg til å vere ein del av forvaltningsorganet gjennom velferdsstaten sine trygdeordningar. Dei ulike rollene set forskjellige krav, noko som kan føre til at legen kjenner på dragninga mellom å utføre objektive erklæringar og i vare ta samfunnet sine velferdsgodar. Dei vert ein portvakt for statlege ytingar eller tenester. I tillegg skal legane samstundes skape tillit gjennom å ta vare på pasientane sine individuelle behov (Gets, Westin og Paulsen, 1994 i Aamland og Mæland, 2016).

Legane skal vurdere om medisinsk uførleik er til stade slik at pasienten kan ha krav på sjukepengar under arbeidsuførleik, jamfør Lov om folketrygd § 8-4:

«Sykepengar skal ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.i, gir ikkje rett til sykepengar».

Vedkomande sjukmelder som skal attestere for erklæringa vil måtte gjere ei sjølvstendig vurdering av den medisinske helsesituasjonen.

I oppgåva vil eg blant anna tolke utsegna til legane og finne meining i det som vert skildra. Eg vil gripe fatt i den ambivalensen som ein lege kan kjenne på i ein vurderingssituasjon i samband med at pasient treng eller ynskjer sjukemelding. I tillegg skal eg gjennom diskursanalyse finne ut kva som er rådande diskursar i sjukemeldingspraksisen.

1.1 Tema og problemstilling

I Noreg i dag kan ein ha rett på 100% løn i 52 veker dersom det føreligg funksjonsnedsetting og redusert arbeidsevne. Sjukefråværet må vere attestert av profesjonsutøvar som har rett til å attestere for sjukemelding på sjukemeldingsblanketten. Som hovudregel er det berre leger som kan dokumentere arbeidsuførleik, men også manuellterapeuter og kiropraktorar kan sjukmelde i inntil 12 veker dersom dei fyller kravet for å attestere på sjukemelding. I denne oppgåva er fokuset på allmennlegen eller fastlegen (Rundskriv til § 8-7, Dokumentasjon av arbeidsuførhet, Lov om folketrygd).

Vidare er det presisert i rundskrivet til Lov om folketrygd § 8-7 at sjukemeldingsblanketten er eit reiskap for informasjon til Nav om at ein person har redusert arbeidsevne. Legen skal vurdere arbeidsmoglegheit og Nav skal kontrollere attesten. Det er fire sider av blanketten; A skal Nav ha for kontrollering og registrering av sjukmeldinga, B skal pasienten ha sjølv, C skal arbeidsgjevaren ha og D er søknad om sjukepengar. Blankett D skal i tillegg ha skriftleg erklæring og signatur av pasienten. Det skal ikkje utbetalast sjukepengar til ein pasient som ikkje har fylt ut eigenerklæring og sjukmeldingsblanketten skal ha tilstrekkeleg grunnlag for å vurdere om retten til sjukepengar er oppfylt. I rundskrivet er det presisert at legen skal gje ei funksjonsskildring som dannar vurderingsgrunnlaget til Nav (Rundskriv til § 8-7, Dokumentasjon av arbeidsuførhet, Lov om folketrygd).

Ein ser at Nav i dette tilfelle fungerer som ein kvalitetskontrollør i høve til legane sin sjukmeldingsåtfærd, noko som kan tyde på at denne faktoren kan påverke sjukmeldingsåtfærd til legen.

1.1.1 Legen har ei rolle som attestant og kontrollør.

Legane har ei rolle som kontrollør og attestant i høve der dei må stadfeste ei sjukmelding, ei legeerklæring eller liknande, jamfør Helsepersonellova § 15. I lova er det blant anna skildra at dei som skriv ut attest, erklæring og liknande skal vere varsam og objektiv, samtidig som innhaldet skal vere korrekt. Opplysningar som er naudsynt for føremålet skal skildrast så nøyaktig som mogleg.

I denne masteroppgåva vil eg spesielt fokusere på Helse- og omsorgsdepartementet sine føringar på at attesteringa skal vere korrekt og hensiktsmessig.

Eg tenkjer at det som vert vurdert som korrekt og hensiktsmessig er ei subjektiv vurdering som kan variere mellom legane og gjennom tidene. Omgrepet korrekt og hensiktsmessig er ein rettsleg

standard, noko som vil seie at normer utanfor omgrepet sjølv har avgjerande betydning for tolking og bruk av omgrepet (Eckhoff og Smith, 2014), til dømes kva som vert godkjent som nødvendig til livsopphaldet varierer med samfunnsutvikling og teknologisk utvikling. Per i dag er det mogleg å få økonomiske bidrag frå Nav til innkjøp av til dømes vaskemaskin fordi dette vert rekna som ei nødvendig vare (arbeids- og velferdsdirektoratet, 2012). Slik var det ikkje for 50 år sidan. I rundskrivet til Helsepersonellova § 15 er det utforma kommentarar som skal forklare lovteksten og paragrafane i lova. Eg ville undersøkje rundskrivet om det kunne gje ytterlegare reglar, føringar eller rettingslinjer til legane når legar skal attestere for sjukmelding, men etter mi tolking av teksten er det lite konkret hjelp til vurderinga. Det som står er at legane må vere nøyaktig og innhaldet skal vere nødvendig for formålet, gje forsvarleg mykje informasjon og vere korrekt (helsedirektoratet, 2012).

Ut i frå dette tenkjer eg det er eit stort rom for å skape ulike diskursar i legepraksisen som ein kan ha eit kritisk blikk på. Ein har ikkje eit kritisk blikk for å finne feil i attesteringspraksisen eller anna praksis. Ein har eit kritisk blikk for å opplyse om at praksisen er konstruert som eit resultat av at legar som menneske dannar kulturar, haldningar og sanning gjennom lærde strukturar i eigne rekker (Jørgensen og Phillips, 1999, Berger og Luckmann, 2000).

Gjennom rettslege standardar og sjølvstendige vurderingar har legane eit stort rom for skjøn. Sjølv om det vert lagt ytterlegare føringar på attesteringsarbeidet vil det vanskeleg kunne ta frå legen rommet for å justere sjukdomsbilete til fordel for pasientbehovet. Dette skal eg komme tilbake til.

Eg har gjennom litteratursøk funne døme på at myndighetene vil gje restriksjonar i attesteringsfridomen, som til dømes ved å gje rett til sjukepengar i strukturerte ramar som følgje av ein diagnose. Werner, Merkus og Mæland (2016) peikar på dette i rapporten sin til FARVE-prosjektet der det kjem fram at Regjeringa har ønskje om å avgrense fastlegen si rolle i sjukmeldingsarbeidet. Det var i 2015 satt av midlar i statsbudsjettet til å utarbeide normerte sjukemeldingsperiodar, som er ein hjelp til legen i sin beslutning av sjukemelding, for å påverke sjukmeldingsåtferd (Stortingsproposisjon 1 2014-2015). Per i dag har helsedirektoratet kome med *Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding*, altså ein fagleg rettleiar for sjukmeldarar (Helsedirektoratet, 2016). I denne rettleiaren kan ein slå opp på ein diagnose og få rettleiande informasjon. Her er eit døme der diagnosen Anemi IKA (B82) er skildra for rettleiing:

- Sykmelding er sjelden nødvendig.
- Ved hemoglobinnivå over 11 g/100ml vil anemien i seg selv vanligvis ikke være grunn for sykmelding, men alle tilstander må vurderes individuelt.
- Hel eller delvis sykmelding kan være nødvendig spesielt ved fysisk belastende yrker.
- Gradert sykmelding bør benyttes for å tilpasse belastning.

- Ved fortsatt sykmeldingsbehov etter at hemoglobin er over 11 g/100ml eller 6 uker revurder tilstand og situasjon.

Denne rettleiaren var altså utarbeida og tilgjengeleg for legane då eg utførte intervjuhausten 2016. Likevel skal lesarane no få presentert at det ikkje er lett å plassere eit menneske innanfor standardiserte rammer. Det vert ei utfordring som skapar ambivalens i vurderingsprosessen.

1.1.2 Endringar undervegs

Eg starta med å lage ein prosjektplan der meininga var å undersøkje om eit prosjekt Nav Sogn og Fjordane starta med hausten 2015 hadde innverknad på legane sine vurderingar når det gjeld sjukemelding og sjukefråværsoppfølging. Prosjektet heiter Jobb for Helse og set fokus på å handheve aktivitetskravet frå Folketrygdlova. I tillegg legg prosjektet vekt på tidlegare oppfølging og konsekvensar for dei som er sjukemeldt. I utgangspunktet tenkte eg at det kunne vere interessant å finne ut om prosjektet til Nav hadde følgjer for legane og deira vurderingar, men prosjektet har gjennom masterprosjektet fått avgrensa betydning. I informasjonsskrivet nemnde eg Jobb for Helseprosjektet, og det kan av den grunn gjeve inntrykk at dette prosjektet har stor plass i masteroppgåva.

«Me er eigentleg mest interessert i å få eit innblikk i legevurderingane i høve til sjukefråvær,» sa ein representant frå Nav Sogn og Fjordane då eg bad om møte i høve til masteroppgåva mi. Eg hadde lyst til at Nav Sogn og Fjordane kunne få uttale seg om kva som kunne vere nyttig å finne ut av, innanfor ramma av temaet mitt; sjukemeldingspraksisen til legane.

Nav Sogn og Fjordane hentar lege- og sjukefråværsstatistikk sjølv, og meinte av den grunn at dei ville få meir nytte av kvalitative intervju om legar sine vurderingar i høve til sjukemeldingspraksis. Det vart ei felles einigheit om at dette var ei vinkling som kunne føre til ny kunnskap.

Gjennom intervju har eg fatta stor interesse for relasjonen til lege og pasient, spesielt sidan fleire rådande diskursar i legepraksisen viste seg å vere relasjonsprega. Eg har vurdert at det var naudsynt å endre problemstillinga etter at eg sendte ut informasjonsskrivet. Av den grunn er det ikkje heilt samsvar mellom vedlagt informasjonsskriv om problemstillinga i masteroppgåva. Gjennom intervjuprosessen og skriveprosessen har eg kome fram til at legane sine vurderingar i høve sjukemeldingspraksisen sin har vore riktig og viktig å fokusere på. For å få fram dette på ein tilstrekkeleg måte har eg avgrensa prosjektet og teke vekk analyse om samarbeidet til Nav. Eg meiner likevel at funna er interessant for Nav og andre samarbeidspartar då vurderingane kan påverke samarbeidspartane og vil auke perspektivforståing.

Det er av interesse å finne ut om det er element som kan påvirke vurderingane til legane eller påvirke den kunnskapen dei har; rådande kunnskapsmakt, haldningar, erfaring, relasjonar, kultur eller samhandling? Kan eg finne diskursar i legen sin praksis som kan sei noko om måten legane tenkjer rundt sine egne vurderingar? Målet med studiet er å auke kunnskapen om etablerte diskursar blant legar og auke forståing av legar sitt perspektiv. Påstanden min er at perspektivforståing i samhandlinga vil auke kunnskap om korleis legar tenkjer og dermed bidra positivt i samhandlinga mellom Nav og legar, eller samhandlinga mellom legar og andre aktørar.

1.1.3 Den raude tråden – problemstillinga

Problemstillinga har eg formulert på bakgrunn av interessa mi for å finne ut korleis legar tenkjer og vurderer i samband med sjukemeldingspraksisen sin. For å analysere forskingsmaterialet har eg valt diskursanalyse. Denne analysemetoden er så sentral i masteroppgåva at eg har valt å bruke diskursomgrepet i problemstillinga. Noko av grunnen til det er at gjennom diskursanalyse kan ein kritisk diskutere det intervjuobjektet artikulerar når dei skildrar egne vurderingar, tankar og handlingar (Neumann, 2000).

Eg har valt følgjande problemstilling for å belyse legen sitt perspektiv i deira sjukemeldingspraksis:

Hovudproblemstilling:

Kva diskursar vert synlege i legar sine refleksjonar kring sjukemeldingspraksisen sin?

Forskingsspørsmål:

- Kva betydning har dei rådande diskursane for sjukemeldingspraksisen?
- Kva seier desse diskursane om korleis legane tenkjer og vurderer i samband med sjukemeldingspraksis?

Gjennom desse spørsmåla er målet å komme fram til representasjonar som kan utgjere ein eller fleire diskursar, og som eg gjennom diskursanalyse har subjektivt konstruert for å finne svar på problemstillinga. Diskursen er sentralt i analysen fordi eg vil undersøkje kampen om meiningsdanninga. Desse etablerte meiniane er konstruert gjennom samhandling, gjennom bilete av verda og førestillingar som etablerer ideologiske praksisar (Jørgensen og Phillips, 1999).

Det vart naturleg for meg å velje ei analyseform som høver til sosialkonstruktivistisk tilnærming fordi eg ynskjer å gjere ei kritisk vurdering av etablert kunnskap, av haldningar eller av legepraksis. Eg har vore interessert i dette over tid, blant anna fordi eg har sett gjennom arbeidet mitt på Nav, at eg og

kollegaer har fått etablerte prosedyrar i møte med menneske i ulike livssituasjonar. Dette kan vere arbeidsmetodar eller normer som vert forma over tid, som kan ha konsekvensar for brukarar av tenestene våre. Desse prosedyrane kan vere konstruerte på arbeidsplassen og vert sjeldan gjenstand for refleksjon, slik eg har erfart det. Ein kan fort tenkje at «slik er det her hos oss», og med det unngå kritisk refleksjon kring praksisen.

1.2 Oppbygningen av oppgåva

Masteroppgåva er delt inn i ein innleiande del i kapittel 1 som skal gje ein overordna oversikt over tema og problemstilling. Kapittel 2 består av ein teoretisk del. Her skriv eg blant anna om sosialkonstruktivisme, Michel Foucault og eg vil gjere greie for sentrale omgrep. På slutten av teorikapittelet skriv eg om den forskinga eg har funne gjennom litteratursøk som er relatert til legen og vurderingar i samband med sjukemeldingspraksis. I metodedelen i kapittel 3 presenterer eg forskingsintervjuet og diskursanalyse som metode. Avgrensingar i oppgåva, informasjon om informantar og etiske omsyn vil òg verte skildra, i tillegg til kritisk refleksjon gjennom masterprosjektet. Deretter vil kapittel 4 gje ein oversikt over korleis eg har arbeida med resultat- og analysedelen. Kapittel 5, 6, 7 og 8 består av diskursar som er oppstått i forskingsmaterialet. Eg har spesielt fokus diskursane pasientmyndediskurs, forhandlingsdiskurs, portvaktdiskurs og interhelsediskurs. Denne delen er basert på eigne intervjudata der informantane sine opplevingar og vurderingar er i fokus ved hjelp av analyse av felles representasjonar. Gjennom siste og 9. kapittel skal eg ta lesaren gjennom ein oppsummering og konkluderande ord som poengterer hovudfunna.

Kapittel 2

2.0 Teori

Dette teorikapittelet handlar om kva vitskapsteoretisk perspektiv som er lagt til grunn i masteroppgåva, i tillegg til sentrale teoretikarar og omgrep. Eg vil først presentere vitskapsteorien sosialkonstruktivisme, som er sentral for kva syn eg legg til grunn når eg studerer legepraksisen. I tillegg har dette perspektivet ei grunnleggande betydning for korleis eg analyserer empirien i studien. På slutten av teorikapittelet presenterer eg kort tidlegare forskning som var relevant å drøfte inn i analysedelen.

Det er mykje teoretisk litteratur og ulike teoretikarar som ein kan legge til grunn i ei oppgåva der diskursanalyse er sentralt. Eg har valt å fokusere på teoretikaren Michel Foucault og Iver Neumann. Foucault presenterer den diskursteoretiske tankegangen, medan Neumann representerer korleis eg skal strukturere og bruke det diskursbaserte materialet. Begge fokuserer på at makt og kunnskap er knytt saman, dei har fokus på artikulasjonar og dei er opptekne av at sannheit er konstruert.

I dette kapittelet vil eg i tillegg komme inn på sentrale omgrep i oppgåva, som situert kunnskap og makt.

2.1 Sosialkonstruktivisme

Studien har ein sosialkonstruktivistisk forankring der eg legg vekt på at intervjuobjekta har sine konstruerte verkelegheiter og at dei vil handle og svare ut i frå deira opplevde sanning.

Diskursanalyse bygger på eit sosialkonstruktivistisk grunnlag. Sosialkonstruktivisme er en fellesnemning på en rekke teoriar om kultur og samfunn (Jørgensen & Philips, 1999, s.11).

Sosialkonstruktivisme er i nær slekt med poststrukturalismen og i følge Jørgensen og Phillips (1999) kan ein forstå sosialkonstruktivismen som ei retning innanfor poststrukturalismen. Det som skil dei to perspektiva er at poststrukturalismen har eit større fokus på språket, lingvistik, medan sosialkonstruktivisme har menneske i sentrum (Rendtorff, 2003 i Neumann, 2001). Michel Foucault reknast som ein av dei sentrale tenkarane i denne retninga.

Ein anna sentralt trekk ved poststrukturalismen som er ulikt frå sosialkonstruktivismen er poststrukturalismen sitt fokus på makt og korleis diskursiv makt opprettheld tilsynelatande normalitet og unormalitet gjennom subjektposisjonar og relasjonar (Neumann, 2001:13). I sosialkonstruktivismen er ein meir oppteken av spreining av normer og korleis ein oppfører seg.

Det er fire element som ligg til grunn for sosialkonstruktivismen som heilskap. Den første er at verkelegheita ikkje er objektiv og noko ein kan ta for gitt, men verkelegheita er sosialt konstruert. Det er ikkje slik at sosialkonstruktivismen avfeiar fysiske objekt sin eksistens, men objekta har i seg sjølv inga mening. Mening oppstår sosialt og det er menneskeskapte konstruksjonar som gjer mening. Menneske har berre tilgang til den sosiale verkelegheita. I den sosiale verkelegheita skapar ein og opprettheld ein sosiale forståingsmåtar. Det vil vere umogleg å nullstille seg og ha ei objektiv forståing (Burr, 1995 i Jørgensen og Phillips, 1999).

Den andre elementet som ligg til grunn for sosialkonstruktivismen er ei forståinga av at ulik kultur og historie fører til at forståing av verden alltid er under forandring (Burr, 1995 i Jørgensen og Phillips, 1999). Eit fenomen kan oppfattast på ein bestemt måte, til dømes ordet stigmatisering, men forståinga kan variere mellom kulturar og kvar ein bur i verda. I ein analyse vil eit slikt element vere viktig då ein skal sjå på fenomenen i eit kritisk perspektiv og analysere.

Det tredje elementet som ligg til grunn for sosialkonstruktivismen er at kunnskap vert skap gjennom sosial interaksjon med andre menneske. Gjennom samkvem med andre menneske skapar ein felles oppfatningar om kva som er sant og riktig eller falskt og galt (Burr, 1995 i Jørgensen og Phillips, 1999).

Det siste elementet som er eit hovudtrekk i sosialkonstruktivismen er at det vil ha konsekvensar at menneske oppfattar sosialt skapte sannheiter for riktig og naturleg eller galt og unaturleg. Til dømes har det hatt stor konsekvens for homofile gjennom tidene at deira legning har vore oppfatta (sosial konstruert) som noko negativt, medan heterofili er det naturlege. Det er menneske som har definert desse sanningane.

Eg har som det sosialkonstruktivistiske bakteppe teorien til Berger og Luckmann og deira bok *Den samfunnskapte virkelighet* frå 1967 (2000). Dei har skapt ein teori som eg meiner er like aktuell i dag. Deira perspektiv er at det kan ikkje vere ei objektiv verd, men at alle opplever verkelegheita forskjellig (Berger og Luckmann, 2000). I deira perspektiv vil det ikkje vere feil svar, men at svaret seier noko om sanninga til den personen. Det kan bety at sanninga er ulik for ulike aktørar, og er såleis interessant i eit samhandlingsperspektiv. Jørgensen og Phillips (1999) peikar òg på samanhengen mellom kunnskap og sosiale prosessar. Kunnskap vert skapt gjennom sosiale prosessar og formar korleis vi forstår verden.

Ein forskar med eit sosialkonstruktivistisk perspektiv er ikkje interessert i korleis verkelegheita er, men korleis menneske trur den er. Eit fenomen er til dømes ikkje eit problem før menneske definerer fenomenet som eit problem (Halvorsen, 2002). Berger og Luckmann (2000) peikar på definisjonsmakta som påverkar kva menneske meiner utan at ein stiller seg kritisk til si eiga mening

og kvifor ein meiner dette. Ein startar å tru på noko som ein vert presentert for ofte nok, spesielt dersom dette kjem frå autoritetar som til dømes media eller mektige politikarar (Halvorsen, 2002).

Sosialkonstruktivisme har slektskap til diskursanalytiske teoriar på den måten at forskaren søkjer etter etablerte normer, haldningar og kommunikasjon som er skapt gjennom interaksjon.

2.2 Diskursanalyse

Analysestrategien i oppgåva er diskursanalyse av legeintervjua. Dette vil utgjere empirien i studiet. Eg har valt å bruke ordet analysestrategi fordi det inngår som ein del av teorien i oppgåva og ikkje ein metode. Diskursanalyse er i følgje Hagelund (2003:45) ein betydeleg posisjon innanfor «den språklege vendinga». Eg har av den grunn skilt teori om diskursanalyse i dette kapitlet frå metodekapitlet. I metodekapitlet skal eg skildre Neumann sin tre stegs diskursanalyse fordi det er eit reiskap for strukturering og metode. Han er inspirert av diskursanalytikarane Ernesto Laclau og Chantal Mouffe, som igjen er inspirert av Michel Foucault (Neumann, 2001).

Forståinga av verda er fokuset som diskursanalysen baserer seg på. Ein diskursanalytikar vil ha eit kritisk blikk på etablert åtferd og artikulerte haldningar og prøve å identifisere sosiale konsekvensar av diskursen (Jørgensen og Phillips, 1999). Eit sentralt poeng er at ein studerer det som går føre seg, men ikkje det som er (Neumann, 2001). Det er fordi ein ikkje er oppteken av kva som er den objektive sanninga, til liks med Berger og Luckmann (2000). Innanfor den sosialkonstruktivistiske tenkinga er diskursanalyse per i dag ein etablert metode, og er undervist om i til dømes masterutdanninga som eg har gått på (Master i samhandling innan helse- og sosiale tenester).

Persepsjonen er sentral i diskursanalysen, seier Andersen (1999). Korleis legane forstår verda og artikulerer dette gjennom språket er viktig. Vi byggjer forståinga vår på språket gjennom å uttrykke sansar, opplevingar, kva som er sant og godt eller feil og vondt. Dette meiningsinnhaldet er skapt av diskursar. Det er kunnskap ein har fått gjennom erfaring, gjennom respons på åtferd og språk gjennom tidene. Då har vi lært kva som er den rette måten å oppføre oss på og snakke. Desse sanningane er diskursanalytikaren opptatt av å identifisere. Viss ikkje vert vi underlagt reglane i diskursen utan å vere medviten om dette. Ein som skal leite etter diskursar må prøve å sjå fenomenen frå eit anna perspektiv, nettopp fordi dei kan vere vanskeleg å oppdage dei i det daglege liv.

Diskursane vert usynlege for oss når vi lever med dei. Likevel kan ein ikkje stille seg heilt utanfor fenomenet og vere nøytral fordi verda er berre tilgjengeleg gjennom våre eigne kategoriar av den. Når ein skal analysere diskursar må ein likevel stille seg kritisk til det ein observerer som menneskelege forståingar og handlingar, og kva normer som vert skapt ut frå det.

Myte er eit omgrep som vert nytta av nokre diskursanalytikarar. Med myte meiner ein skeivheita i høve til korleis ein opplever verkelegheita. Ein ser fenomen og strukturar på bakgrunn av lærd kunnskap. Dette er kunnskap som ein mogleg ikkje har kritisk reflektert over. Det kan òg vere ei forteljing som har fått meining ved at ein konstruerer eit bilde på bakgrunn av det som ein har blitt fortalt. Det oppstår ei myte basert på konstruert sanning (Jørgensen og Phillips, 1999:52). Døme på myte kan vere korleis ein forstår brannkonstablar eller sosionomar. Det vert kalla «flytende betegnelser» fordi man prøver å gi ordet et objektivt innhald, og innhaldet vil variere frå fortid til notid (Jørgensen og Phillips, 1999). Ein kan samanlikne det med stereotypiar. For å finne og analysere stereotypiar eller skapte mytar, tenkjer eg at det må stå i forhold til noko og det vil vere påverka av noko. Det gjer at diskursanalysen krev kunnskap frå interaksjon med andre menneske for å skape diskursane.

I diskursanalyse legg ein til grunn eit menneskesyn som oppfattar seg sjølv som relasjonelt (Jørgensen og Phillips, 1999), og vert påverka av ytre eller indre stimuli. Diskursanalysen er som den sosialkonstruktivistiske tenkinga til Berger og Luckmann (2000); eit kritisk blikk som peikar på at vi kunne forstått verda annleis (Jørgensen og Phillips, 1999). Dei er òg opptekne av at språket er ustabil og at diskursen vert endra gjennom møte med andre diskursar. Det kan føre til ein kamp om hegemoni for å få den språklege makta. Det vil seie at gjennom språket kan rådande haldningar få oppretthaldast eller endrast fordi artikuleringar kan skape konstruerte sanningar. Hegemoni er, i denne samanhengen, eit omgrep for at artikulerte konstruksjonar er blitt sanning. Eg skal skrive meir om hegemoni under delkapittel om Michel Foucault.

Jørgensen og Phillips skriv at diskurs er ein bestemt måte å forstå og snakke om eit utsnitt av verda på (1999:9). Dei har spesielt fokus på perspektivet til forskaren, til dømes korleis forskaren formulerer seg, kva forståing forskaren har og kva språk forskaren vel å bruke. Dei meiner at diskursar ikkje nødvendigvis er ferdig avgrensa i verkelegheita, men noko som forskaren faktisk konstruerer – nettopp fordi det er ein analytisk operasjon. Dette står i samsvar med det som Frønes (2003) skriv i høve til at det ikkje er gjennom ei oppleving i seg sjølv formidlinga skjer, men gjennom kulturen vår sine førestillingar. Ein opplever inntrykka gjennom brillene til kulturen og ein er farga av erfaring og sosiale strukturar.

Når ein då trekk trådar til Berger og Luckmann (2000) ser ein samanhengen mellom diskursanalyse og sosialkonstruktivisme; det som vi observerer og sansar vert omdanna til eiga sanning og kan skape ein rådande diskurs. I denne oppgåva vert dette ein analytisk operasjon av eit empirisk materiale, som er ein konstruksjon av ein eller fleire diskursar. Den analytiske operasjonstenkinga skal eg presentere i kapittel 3.

2.3 Michel Foucault – ein sentral diskursteoretikar

Michel Foucault har ei sentral rolle i diskursteorien, sjølv om han ikkje hadde ein eintydig analyseprosess som kunne brukast metodologisk (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

Michel Foucault har sett fokus på den samanhengen som oppstår mellom kreftene i samfunnet og i språket vårt. Desse vala er sjølve diskursen; våre val av problemstillingar, våre val av formuleringar og våre val av omgrep. Diskursane er med på å forme haldningane våre og perspektivet vårt.

Verkelegheita vert på den måten konstruksjonar av tolkingar, som kan verte sjølvsegte eller naturlege, og dermed hegemoniske (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Hegemoni er eit omgrep som vert brukt innanfor diskursteori, og spesielt nemnd i Michel Foucault teoriar om kva diskursane gjer med oss menneske. Diskursane er med på å forme våre haldningar og syn på verda. Desse oppfatningane er for oss heilt sjølvsegte og naturlege, men er eigentlege tolkingar av verkelegheita. Denne sjølvsegte forståinga kan verte hegemonisk (Ulleberg, 2007), som kan bety at den er dominerande i kraft av tida ein lever i (Foucault, 1999).

Det vert ei språkleg makt på same måte som det i det sosialkonstruktivistiske perspektivet vil kalle ei konstruert sanning som vi må vere kritisk til (Berger og Luckmann, 2000).

Ei Foucault-inspirert diskursanalyse gjer greie for at dei fenomena ein har i dag er komen fram gjennom endringar i språket. Korleis institusjonar eller enkeltpersonar legg fram saker, historier eller forteljingar har ein effekt som kan etablere kunnskap. Dermed vil kunnskapen verte sosialt konstruert gjennom språket (Foucault, 1999).

Foucault (1999) er oppteken av ein rekke ulike prosedyrar som gjer at menneske følgjer normer ein har blitt kontrollert og opplært til å følgje. Normene framstår for menneske som universelle og riktige, og dei vert ikkje stilt spørsmålsteikn til. Gjennom prosedyrane formast diskursar som vert dominerande, men mogleg usynlege. Foucault skriv om utelukkingsprosedyrar som inneber utveljing og oppdeling, til dømes gjennom vitskapleg-gjering vert det skilje mellom lege og pasient, mellom verdig og uverdigg. Det kan vere vurderinga av saka som gjer rett til sjukepengar og saka som vert gjeve avslag. Reglane er menneskeskapte. Foucault (1999:11) skriv at oppdeling i falske eller sanne fenomen er ein utelukkingsprosedyre. Det vert usynleg dersom ein stiller seg på nivået som denne påstanden om at noko er sant eller usant finn seg på. Han vil fram til at skilje mellom det som er sant – usant, fornuft – ufornuft og rett – galt, er skapt. Foucault seier at ein bør ha perspektiv når ein vurderer eit fenomen og stille spørsmålsteikn ved påstandane om fenomenet. Denne oppdelinga i kva som er sant eller usant, fint eller stygt verkar avgrensande på diskursanalytikaren fordi då vil ein ikkje finne andre moglege svar.

Foucault forklarar vidare at diskursen har kontroll over seg sjølv fordi det er prosedyrar i menneskeskapt tale som bidrar til å skape og oppretthalde ein nivåforskjell i diskursen, til dømes lovtekstar eller stortingsmeldingar, til forskjell frå daglegtale. Det vert utøvd nivåforskjellar ved at menneske forhold seg til betydingsfulle tekstar, dei tolkar dei og ser opp til dei, utan at ein er kritisk til at det mogleg ikkje er ei objektiv sanning. Dette kan til dømes vere sjukmeldingsrettingsliner som legar må forhalda seg til. Foucault (1999) omtalar dette som «kommentaren».

Ein kontrollprosedyre som Foucault kallar for forfattarprinsippet handlar om ein prosedyre som skapar ein identitet som Foucault (1999:17) seier fungerer for den logiske samanhengen i diskursen. Identitet i denne samanheng er ikkje ein person, men som ei gruppe. Eit døme på ein slik tekst kan vere rundskriv til Lov om folketrygd § 8-7, som eg har vist til tidlegare i masteroppgåva. Ein lovtekst vert gjerne oppfatta som einskapleg og logisk. Den står fram som sann, men er til for kontroll. Ein vil ikkje i kvardagen oppdage diskursen sin karakter av tilfeldigheit. Det er eit identitetsspel med gjentaking og individualiteten sin form (Foucault, 1999: 19).

Den siste prosedyren er uttynning av talande subjekt (Foucault, 1999:22), som tek for seg kven som kan gå inn i diskursen. Det er ikkje slik at alle fritt kan gå inn i diskursen fordi den menneskeskapte sanninga har konstruert skilje der folk oppfattar at ein må ha visse kvalifikasjonar og åtferdsmønster for å delta. Foucault kallar det for ritual. Eg tolkar det som korleis vi må te oss, både verbalt og kroppsleg.

Alle desse prosedyrane er bakgrunnen for Foucault sitt arbeid for å få fram eigentleg meining eller stille spørsmål ved objektiv sanning. Han seier at menneske lagar desse prosedyrane fordi vi har ein frykt for uorden, diskontinuitet og mangfald av betydingar, det kan verte ulogisk viss vi ikkje har noko «å henge fenomenet på», ikkje ein rett mal å samanlikne med. Det blir uorden. Foucault (1999) ønskjer ikkje å fjerne frykta, men få fram verknaden og element som kan påverke. Han peikar på at grunnen til at menneske vil kontrollere, utelukke og fordele fenomen er at vi vil ha orden og logikk slik at ein kan føresjå korleis verda er. Det er stabiliserande. Slik type fenomen kan vere situert, slik eg skal påpeike vidare om kunnskap som er situert.

2.3.2 Å synleggjere diskursar

Foucault har uttalt: «For å vite om sinnssykdom, måtte den først identifiseres» (Monnikendam, 1971).

Dette viser kva Foucault tenkjer i høve til å identifisere unormalheiter i samfunnet som i utgangspunktet menneske har definert som unormalt. Det kan likegodt vere noko som menneske

syns er positivt, som til dømes det å smile når ein møter andre. Dette fenomenet er menneskeskapt og ikkje ei objektiv handling. Eg tolkar at Foucault meiner at dette er lært kunnskap. Det er per i dag opplevd som verkeleg innanfor rådande diskurs.

2.4 Kunnskap som er situert

Sentralt i teori om diskursar er ein oppteken av situert kunnskap. Gjennom kunnskap som har etablert seg innanfor ein historisk, kulturell og språkleg kontekst finn ein situert kunnskap fordi ein lagar ein parallell til etablert kunnskap (ein set kunnskapen på plass). Dette kan føre til sanningskrav for den etablerte kunnskapen. Av den grunn er det viktig å finne fleire fenomen eller fleire diskursar, slik at ikkje eit fenomen skal representere alle (Neumann, 2001).

Diskursar, uttrykk og tekst kan ha ein intertekstualitet som ein gjennom å situere kan finne. Då kan mangfaldet koma fram og verte forståeleg. Dersom ein finn meir einskapleg kunnskap i dei ulike intervju eg har utført, kan det seie noko om at fleire opplever det same. Dette er òg ein situert kunnskap fordi det ikkje eigentleg eksisterer noko universell kunnskap i høve til poststrukturalistisk perspektiv (Bondevik og Rustad, 2006).

2.5 Omgrepet makt i diskursanalyse

Omgrepet makt er sentralt i diskursteori. Med det meiner ein ikkje at ein har makt over andre, slik det tradisjonelt betyr. I diskursteorien er ikkje makta individuell eller noko som ein identifiserer gjennom kapital og klasse. Neumann (2000) problematiserer at makt skulle eigentleg hatt eit anna omgrep i diskursteorien då folk flest tolkar setningar med maktomgrepet slik ordet tradisjonelt vert brukt (makt over andre), nettopp fordi korleis ein forstår makt er sentral i diskursanalysen.

Kampar som utspelar seg i diskursane har ulike prosedyrar og reglar, og dei kan i tillegg førekomme utanfor diskursen. Foucault meinte at makt er produktiv, avgrensande og undertrykkande då makta ikkje vert utøvd av bestemte personar (Jørgensen og Phillips 1999: 22-24). Foucault (1999) prøver å identifisere ei makt som har eit anna nivå, den vert anonym og er ein del av diskursen, men ikkje som i ein individuell eller juridisk makt. Diskursar gjer føringar på meiningane våre og vurderingane våre og formar sosial praksis (Foucault, 1999), om du er lege eller noko anna.

Identifisering av makt kan bringe fram nye element i diskursen, og det vert produsert noko, utvikla noko positivt. Foucault (1999) er oppteken av det som kunnskapsmakt tilfører diskursen fordi kunnskap kan splitte ei konstruert sanning, som til dømes at omgrep som er blitt brukt i alle år vert

sett spørsmålsteikn ved. Barneporno er eit slikt omgrep. Folk veit kva det er når ein høyre omgrepet, men har gjerne ikkje stilt seg kritisk til omgrepet. Det er vel eigentleg ikkje barn som lagar porno, men overgrep og misbruk av barn.

Makta kjem til uttrykk gjennom det språket vi brukar, eller det språket (i dette tilfelle) som legane brukar. Det gjem og` til uttrykk gjennom det menneske gjer, kanskje ein gong utan å tenkje over kvifor. Det er fordi folk handlar innanfor dei alternativa som den diskursen representerer i samtida. Vi trur vi er frie, men Foucault (1999) påstår at vi er undertrykte av konstruerte disiplinær; lærde sanningar som har makt over oss, men som vi ikkje set spørsmålsteikn ved. Det er eit produkt av kulturelle, politiske og historiske prosessar, seier Foucault (1999). Neumann (2000) seier at makta kjem frå alle kantar utan at alle og ein kvar reflekterer over kvifor ein er med å oppretthalde diskursane.

2.6 Tidlegare forskning som er relevant for masteroppgåva

Det er mykje forskning på korleis ein kan redusere talet på sjukemeldingar, og på verknaden av prosjekt som har vore igangsett i Skandinavia (kvantitative forskingsartiklar), statistikk på sjukefråvær etter inngrep, forskning på IA-avtalar og samarbeidsmodellar. Eg er komen fram til at det er mindre og avgrensa forskning på legar sine vurderingar i høve sjukemeldingspraksis. I Noreg er det i følgje tilgjengelege databasar i Høgskulesystemet få publiserte artiklar eller rapportar som representerer dette temaet.

I dette delkapittelet legg eg til grunn dei kjeldene som har vore av mest betydning for oppgåva.

For å finne tidlegare forskning på området har eg søkt på Oria for å finne relevante artiklar, i tillegg til nav.no og *Tidsskriften Den Norske Legeforening* som publiserer relevant forskning i høve til legemeldt sjukefråvær. Oria samlar alle databasane tilgjengeleg i Høgskulen på Vestlandet sine tilgangar på databasar. Oria vil av den grunn fange opp relevant litteratur i henhald til søkjeorda.

Eg har søkt i oria på følgande ord; sjukemeld*, sykmeld*, lege, fastlege, allmennlege, sykefravær, sykepengar og sykefraværsoppfølging (vedlegg 3).

Oria har vore sentral søknadsdatabase i søket etter tidlegare forskning og aktuelle artiklar eller liknande.

Eg valde å avgrense søket av tidlegare forskning til å vere innanfor Skandinavia. Grunnen til det er at det er diskursane som er etablert i legepraksisen i Noreg som er relevant for oppgåva. I tillegg er

utvalet frå Sogn og Fjordane og vil av den grunn vere knytta til kultur, praktiske føringar og lokal påverknad.

Ein relevant artikkel for studien min er scoping-oversikten «Legar i primærhelsetjenesten sine holdningar til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging». Artikkelen er skrevet i 2016 av Silje Mæland og Aase Aamland, der dei har samla ei oversikt over aktuell forskning innan dette temaet. Scoping-oversikten er basert på 31 kvantitative forskingsprosjekt, 25 kvalitative forskingsprosjekt og 5 oversiktsartiklar. Denne artikkelen fant eg på Idunn, nordiske tidsskrift på nett gjennom søk i Oria.

Benedikte Carlsen har to artiklar som har vore relevant i denne samanheng, i tillegg til at ho har vore medforskar i ein tredje. I følge Carlsen (2009) er det utan tvil sikkert at sjukefråværet vert bestemt mellom pasient og lege, skriv ho i sin artikkel om «Legers skjønn og andres skjønn». I 2008 skreiv Benedicte Carlsen ein artikkel med tittel «Dobbelmoralens voktere» der ho legg vekt på ambivalensen som legane har i høve til å vere kontrollør for samfunnet sine velferdsmidlar samtidig som dei skal ta omsyn til den subjektive helseopplevinga til pasienten.

Benedikte Carlsen og Julie Riise (2013) presiserer i artikkel med tittel «Fastlegens dilemma: pasientvelferd eller kostnadshensyn»? at nokon burde studere vidare på om det i realiteten er pasientar sine ønskjer som er mest avgjerande for ressursbruken til legane. Dette er noko som eg har forska meir på i høve til vurdering om ein pasient skal få sjukemelding. Carlsen og Riise utførde ein kvantitativ studie av 1172 norske fastlegar i samband med denne artikkelen. Studien var designa som eit valeksperiment der legane fekk skildra ein fiktiv pasient, og ut i frå skildringa måtte informere kva dei meinte var riktig prosedyre. Døme på prosedyre var til dømes behandlingarkostnadar, effekt og medikamentvurdering. I studien visar det seg at de er varierende grad at legane tek omsyn til samfunnsøkonomi eller konsekvensar utanfor pasienttilhøve. Semja var størst i høve til effekt ved behandling av pasientar. Carlsen og Riise har i denne studien kome fram til at det er usemje innan legestanden om korleis ein skal tolke rolla som kontrollør eller «portvakt» for samfunnet sine velferdsmidlar. Dette skal eg kome attende til i analysekapitlet. Carlsen og Riise har i tillegg konkludert med at legar prioritera pasienten sine ønskjer når dei skal gjere skjønsmessige vurderingar (Carlsen og Riise, 2013:354).

John Nessa, Edvin Schei og Per Stensland hadde i 2009 eit forskingsprosjekt der dei intervjuar 6 allmennlegar i høve til kva legane meiner dei har for slags rolle overfor pasienten, og om legane opplevde seg sjølv som terapeutar og i kva grad allmenmedisinfaget er ein belastning for legane. Forskingsprosjektet var utgangspunkt for artikkelen «Korleis møter allmennlegane pasientars livsproblem?»

Desse tre forskarane har i tillegg bidrege med artikkelen «Medisinsk profesjonalitet: Mestring av legeyrket» (2014), der dei legg vekt på kommunikasjonen og relasjonen i samband med legeutdanning, konsultasjonar og i profesjonen generelt. Gjennom denne artikkelen vart eg merksam på Arne Johan Vetlesen sin artikkel; «Profesjonell og personleg? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet». Vetlesen legg vekt på at legen må bruke seg sjølv som menneske i konsultasjonen med pasienten.

I tillegg fann eg relevant teori i FARVE-rapport frå 2016, utført av Erik L. Werner, Suzanne Merkus og Silje Mæland. Studien, med tittel «Legers vurdering av sykmelding – en internasjon sammenligning», er ei vidareføring av ein tidlegare studie der allmennlegar i Noreg og Sverige fekk sjå i alt 9 pasientkonsultasjonar med fastlege og vurderer pasienten sin diagnose og arbeidsevne. Alle pasientane hadde subjektive helseplager. I samband med denne rapporten vart 9 autentiske konsultasjonar frå eit norsk fastlegekontor filma. Legane vart bedne om å svare på 1 spørjeskjema per pasient. 93 hollandske arbeidsmedisintrar vart samanlikna med resultatata frå Noreg, Danmark, Sverige og Frankrike. Denne rapporten har vore interessant for studien min på grunn av at dei har skrevet om relasjon, press og forhandling i konsultasjonen.

Pål Gulbrandsen, Reidun Førde og Olaf Gerløy Aasland utførte i 2002 ein analyse av 24 utalte spørsmål frå spørjeskjema utsendt til representative utval av norske legar ved Legekårsundersøkinga i 1993 og 2000. Deira artikkel «Hvordan har legen det som portvakt?» er omtalt i masteroppgåva mi særskild i samband med portvaktdiskursen. Dei har blant anna kome fram til at legane legg større vekt på pasientar sitt ønskje enn sitt eige medisinske skjøn.

Desse tidlegare forskingsartiklane vil eg nytte i analysedelen saman med teori frå det vitskapsteoretiske perspektivet eg nyttar, sosialkonstruktivisme, i tillegg til teoriane til Michel Foucault. I tillegg vil ein sentral del av analysen vere diskursanalyse. Dette skal eg presentere i neste kapittel – metodekapittelet.

Kapittel 3

3.0 Metode

Eg vil i dette kapitlet gjere greie for kva slags metode og design som er verktøy i studien for å svare på problemstillinga i oppgåva:

Kva diskursar vert synlege i legar sine refleksjonar kring sjukemeldingspraksisen sin?

På bakgrunn av at eg var interessert i å utforske kva diskursar som er rådande i legar sin sjukemeldingspraksis, ønskja eg å gjere eit djupdukk i legane sin sfære gjennom halvstrukturerte, kvalitative intervju.

Diskursanalyse er ein poststrukturalistisk analysemetode og ein kvalitativ analysemetode som baserer seg på tolkinga til forskaren. Materialinnsamlinga og analysen har ikkje ein fast bestemt struktur og kan tilpassast prosjektet (Jørgensen og Phillips, 1999). Kvalitativ metode eignar seg for å mellom anna utforske haldningar og samhandling (Malterud, 2011). Med kvalitative forskingsintervju kan eg finne ut korleis menneske erfarer, fortolkar, opplever og gjev uttrykk for hendingar eller situasjonar. Eg vil kunne synleggjere handlingar, vurderingar og fenomen sin analoge karakter (fleirtydig eller «både-og» karakter) gjennom å synleggjere at språket kan presisere og differensiere. Dette krev situasjonsforståing; at handling blir kontekstualisert (Thorquist, 2003: 204).

I denne oppgåva søkjer eg å forstå legane sin verkelegheit, deira sosiale og kulturelle system, og dei praksisane dei har etablert. I tillegg vil eg forstå betydninga av relasjonar i samhandlinga mellom pasient og lege. Eg vil belyse mønster, særtrekk og samanhengar, slik den kvalitative forskinga har moglegheit til å trekke fram (Thorquist, 2003).

3.1 Val av informantar og avgrensing

Då eg laga projektskissa måtte eg tenkje igjennom kor mange informantar eg trengte for å få eit valid svar på problemstillinga, samtidig som eg fann informantar som er relevante på den måten at informanten skal ha førstehandsinformasjon. Eg var ute etter å få informasjon om den aktuelle informanten si subjektive oppleving (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var naturleg for meg å velje kommunelegar som informantar på grunn av deira omfattande oppgåve i høve til vurderinga av sjukemeldingar.

For at ikkje studien skulle bli for stor å handtere måtte eg avgrense oppgåva ved å velje ut noko som eg fann interessant og som eg tenkte legen kan svara på. Gjennom eit intervju vil det vere fleire emne og diskursar som både er interessante og hadde vore mogleg å utforska meir, men ein må avgrense fokusområde for at det skal verte eit handterleg materiale og ein raud tråd som lesaren kan følge med på (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.1.1 Informantar

Eg var interessert i å få studere fastlegar sine vurderingar når dei står overfor ein pasient som treng eller vil ha sjukemelding. Det vart gjort eit strategisk utval ved å sende førespurnad til alle legekontor i Sogn og Fjordane. Det var bevisst at det ikkje vart sendt førespurnad til andre som sjukemelder, til dømes kiropraktor eller sjukehuslegar (Kvale og Brinkmann, 2015). Strategisk utval er eit utval av objekt som best mogleg kan svare på problemstillinga (Malterud, 2011). Det var av den grunn viktig for meg å snakke med primærkjelda i høve til legar sine vurderingar; deira eigne vurderingar.

Eg ville avgrense studien til å handle om Sogn og Fjordane fordi det ville representere samarbeidspartar til Nav Sogn og Fjordane, i tillegg til at det praktisk let seg gjere. Det er sannsynleg at legane vil kunne representere verdiar og haldningar som er tilsvarende andre legar i andre norske kommunar. Likevel har eg valt å nemne storleiken på kommunen legen arbeider i fordi det kan vere ein sjanse for at dette påverkar vurderingane til legen.

Ein kan anta at legar i små kommunar står overfor dei same vurderingar i ein konsultasjon med ulike pasientar som i ein stor kommune. Det er mogleg at tid og ressursar kan vere noko ulike fordi ein kan sjå frå www.legelisten.no at det er forskjell frå tal pasientar ein har på fastlegelista mellom store og små kommunar. Det kan sjølvsagt finnast tilfelle der dette ikkje stemmer. Nokre legar i småkommunar har tilsvarende pasientar på sine fastlegelister som kollegaer i storkommunar. Eg ser i alle fall ikkje dette som noko negativt for validiteten i oppgåva, men vil problematisere det for å vere kritisk til eiga forskning.

Det vart utført 9 individuelle intervju med legar frå 8 ulike kommunar i Sogn og Fjordane. Det vil seie at eg fekk 9 informantar frå 8 av 26 kommunar i Sogn og Fjordane. Eg fekk 7 samtykkebrev i posten som følgje at eg hadde sendt skriftleg førespurnad. På bakgrunn av at eg ville ha fleire intervju enn 7, tok eg telefonkontakt med to legekontor til. På den måten rekrutterte eg 2 legar ved å ta direkte og personleg kontakt. Eg var så heldig at begge kommunelegane som eg spurde var viljuge til å delta som informantar. Det er mogleg at direkte førespurnad gjer det vanskelegare å svare negativt på ein førespurnad om å delta i studie sidan det var lett å rekruttere informantar på denne måten. Utvalet

som representerer materialet mitt og empirien som er utvikla på bakgrunn av informasjonen som sprang ut frå intervju er kategorisert slik:

Namn på lege	Kjønn	Kommunen sitt befolkningstal	Sende samtykke etter skriftleg førespurnad
Lege 1	Kvinne	2500-3500	Ja
Lege 2	Mann	10000-12000	Ja
Lege 3	Kvinne	3000-4000	Ja
Lege 4	Kvinne	3000-4000	Ja
Lege 5	Mann	2000-3000	Samtykke etter oppfordring
Lege 6	Mann	1000-2000	Ja
Lege 7	Mann	2000-3000	Ja
Lege 8	Mann	5000-6000	Ja
Lege 9	Mann	1500-2500	Samtykke etter oppfordring

3.1.2 Avgrensing

I oppgåva har eg fokus på legen sitt perspektiv opp mot sjukefråværsoppfølging og vurderingane deira. Det vil ikkje vere rom for å diskutere samarbeidspartar som Nav eller arbeidsgjevar sine perspektiv som motpart til det informantane seier.

Eg har avgrensa litteratursøket til å vere relatert til legepraksis eller sjukemeldingspraksis i Noreg. Grunnen til det er at eg sjølv forskar på diskursar i legar si sfære i Sogn og Fjordane. Det er, etter mi meining, ganske nært knytt til kultur, praktiske føringar og lokal påverknad.

Ut i frå forskingsmaterialet mitt har eg kome fram til at det var språket og relasjonen som føregår mellom pasient og lege som betydde mykje for legevurderingane. Dette er konsekvensen av situasjonen i «legerommet». Ordet «legerommet» vert nytta om situasjonen som lege og pasient finn seg i når dei får ei felles forståing i samhandlinga.

Eg har komen fram til 4 diskursar som eg legg vekt på i oppgåva; pasientmyndediskurs, forhandlingsdiskurs, portvaktiskurs og interhelsediskurs. Likevel er det til stade andre diskursar i legepraksisen som ikkje har fått særleg merksemd, som til dømes medisindiskurs. Grunnen til det er at det er kjent kunnskap at legane tenkjer medisinfagleg.

I oppgåva vek eg å bruke ordet lege om allmennlege, kommunelege eller fastlege.

3.2 Intervjuguiden

I studiet vart det gjennomført 9 individuelle, kvalitative forskingsintervju. Når ein nyttar kvalitative forskingsintervju er målet å forstå røynda til intervjuobjektet (Kvale, 2012). Eit intervju kan vere strukturert, halvstrukturert (semistrukturert) eller lite strukturert. Eg har valt å bruke eit halvstrukturert intervju der eg hadde laga intervjuguide på førehand. Kvale (2012:47) skriv at:

«et semistrukturert livsverdensintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver».

Intervjuguiden vart ikkje følgt slavisk, men var eit bakteppe for spørsmål som var relevant i høve til problemstillinga. Nokre gongar utforska eg meir kva informanten fortalde, og andre gangar gjekk eg fort forbi (når forteljinga ikkje var relevant).

Intervjuguiden vart skriven på eit tidspunkt der eg ville legge vekt på Jobb for Helse-prosjektet. Nokre av spørsmåla kretsar av den grunn rundt Nav og Nav sitt prosjekt og reglement. Det er likevel tilstrekkeleg med spørsmål som handlar om samhandling mellom pasient og lege, samt relasjonsbetyding og kva vurderingar som legar legg til grunn når dei eventuelt sjukemelder. I tillegg så var metoden halvstrukturerte intervju. Det betyr at eg utforska meir det som var av interesse og vart oppfatta som nytt for meg; interessant. Dette betyr at det kom fram svar på spørsmål knytt til Nav Sogn og Fjordane sitt prosjekt Jobb for Helse og aktivitetskravet som ikkje er teke med i masteroppgåva. Likevel har eg eit rikt materiale å basere denne oppgåva på, spesielt fordi eg intervjuar 9 legar sine vurderingar i høve til eigen sjukemeldingspraksis. Dei alle fleste spørsmåla i intervjuguiden er relevant for å studere legevurderingane.

3.3 Transkripsjon og koding

Talespråk skal gjerast om til skriftspråk når ein transkriberer. Eg har oversett det som legane sa og prøvde å gjere tale til tekst på ein så truverdig måte som mogleg slik at transkripsjonen skulle vere valid og teksten kunne brukast i rette samanhengar. Det krev ein lojalitet i høve til kva som eigentleg er sagt. Ein kan berre skrive ord som vert sagt, så enkelte aspekt ved intervjuet (som til dømes ironi) kan vere vanskeleg å få fram (Kvale og Brinkmann, 2012). Legane hadde eit naturleg kroppsspråk som ikkje var naudsynt å ha med i transkripsjonen. Eg hadde funne det naudsynt å skrive inn i transkripsjonen dersom intervjuar hadde preg av kroppsspråk, som til dømes gråt, heva stemmeleie,

at nokon går (røyser seg) eller startar å le. Eg har heller skrive det som vert sagt på ein mest mogleg lik måte som uttalen. I eine intervjuet viste legen meg nokre artiklar på internett. Vi vart einige om at legen kunne sende meg artiklane på e-post. Dette går att i transkripsjonen.

I intervjusituasjonen hadde eg diktafon, i tillegg til mobiltelefon for å ta lydopptak som eg kunne transkribere i ettertid. Diktafonen var testa ut på førehand, slik som Kvale (2001) anbefaler.

Informantane samtykte til bruk av diktafon og såg heller ikkje ut til å verte påverka av den.

Diktafonen sin funksjon hjalp meg å spole tilbake når det var naudsynt. Lydkvaliteten var god og det var ingen problem med det tekniske gjennom intervju- og transkriberingsprosessen.

Poenget med transkripsjonen er at det skal verte lettare å analysere det som intervjuobjektet har sagt. På den måten vil det òg verte meir påliteleg (Kvale, 2001). Ein må likevel vere medviten om at ein tekst er berre ein tekst, og ikkje røynda i seg sjølv (Malterud, 2011).

Sjølve transkriberinga var veldig tidskrevjande, men det var òg ei veldig god kjelde til kunnskap. I transkripsjonsprosessen starta analysetenkinga og sorteringa. Eg vart merksam på kva representasjonar som gjekk igjen og kva for ulike uttalar som var interessant for oppgåva mi.

Eg brukte tre ulike fargar til å understreke funn i det transkriberte materialet. Eg systematiserte ved å finne mønster og gjentakingar. Det framkom kodar av materialet. Kodane identifiserer og klassifiserer einingsbærande einingar i den transkriberte teksten, som igjen har samanheng med tema som eg hadde funne. Det var ein krevjande prosess med 80 sider transkripsjon. Det vart gjort mange endringar undervegs når noko vart diffus eller for likt ein anna kode. Nokre gongar endra eg namn eller trakk samanheng mellom kodane. Jørgensen og Phillips (1999) påpeikar òg at analysen er ein fleksibel prosess der ein mange gongar går fram og tilbake i materialet. I tillegg skal det ligge ein taus logikk som representerer definisjonen vår av kodane, i følge Malterud (2011). Eg som forskar må vere sensitiv for kva som kjem fram i materialet, i tillegg må eg samtidig vere medviten om at det som eg legg merke til kanskje ikkje er det same som ein annan vil legge merke til. Av blant anna den grunn bør eg vere kritisk til kva representasjonar som eg vel (Neumann, 2001).

På bakgrunn av analysemetoden til Neumann (2012) sorterte eg innhald i transkripsjonen som hadde representasjonar som var relevant for oppgåva. Dei utvalde representasjonane vart gjenstand for analysedelen i masteroppgåva.

3.4 Intervju basert på forteljingar

I følgje Thornquist (2003) er hensikta med intervju å få eit innblikk i erfaringane og meiningane til informanten. Det krev at eg som forskar klarer å skape ein situasjon som gjev moglegheit for at legen kan artikulere sin versjon. Thornquist (2003) meiner at dette føreset at ein har ein samtaleprega intervju, og at ein går vekk i frå standard intervjusituasjonar.

Eg var i intervjusituasjonen oppteken av at intervjuet skulle skape rom til forteljing og openheit. Andersen (1999) peikar på at det er gjennom enkeltmenneske sine forteljingar ein kjem bak statistikken.

Intervjua som eg gjorde var basert på ei tilnærming der ein tenkjer intervjua som sosiale møte og at dialogen gjensidig påverkar kvarandre og det vert eit unikt produkt (Järvinen og Mik-Meyer, 2005 og Hydèn, 2000). Sistnemnde inspirerte meg på bakgrunn av fokuseringa ho har i høve det å få ein relasjon som skapar fridom til forteljarlyst. Målet er då at intervjuobjektet skal få uttrykke seg så mangfaldig og breitt som mogleg.

Med Hydèn (2000) i baktankane la eg vekt på det interaktive i samtalen og korleis dette kan utvikle intervjuobjektet sin forteljarlyst. Eg prøvde å lede an med spørsmål der ein kan få forteljing om sjukemeldingspraksis, som til dømes «kan du fortelje om korleis du vurderer når du står ovanfor ein pasient som ønskjer og/eller treng sjukemelding?» Det var viktig å vere konsentrert slik at ein kunne utforske vidare på det som vart fortalt.

Med bakgrunn i at eg har vore rettleiar kjende eg at møte med legane og intervjusituasjonen minna om dialogar eg har hatt med menneske som har oppsøkt Nav. Eg følte det var ein fordel å ha erfaring med samtalar der ein har som utgangspunkt å utforske og opne menneske for samtale. Opne spørsmål, oppfølgingsspørsmål og nokre gongar spegling eller oppsummering var kommunikasjonsverktøy for å få mest mogleg informasjon.

Intervjua var alle forskjellige og tok forskjellig tid. Intervjua varte frå 45 min til 65 min, noko som eg trur hadde sitt opphav i ein kombinasjon av personlegdomen til vedkomande og intervjua og relasjonen eg klarte å skape. Ikkje alle intervjua var like «gode», og eg reflekterte i ettertid kva eg kan gjere annleis til neste intervju. Eg kjende at eg utvikla meg undervegs i prosessen og fekk betre grep om intervjusituasjonen etter nokre intervju var utført.

3.5 Etikk

Gjennom dei 9 intervju som eg har gjennomført har eg fått tilgang til informantane sine refleksjonar om legepraksisen sin i høve til vurderingar kring sjukemelding. På bakgrunn av dette er eg medviten om, og forsiktig i høve til korleis eg behandlar den innhenta informasjonen. Kvale og Brinkman (2015) påpeikar betydninga av sjølvråderetten og ivaretakinga av autonomien. Informanten av studien skal sjølv vere med å bestemme deltakinga si og vala som skal takast. Eg vil dra fram konfidensialiteten som informanten har krav på, og i samband med viktigheita av samtykke og informasjon om anonymitet (Kvale og Brinkmann, 2015). Sjølv om eg skriv at legane kjem frå ulike kontor i Sogn og Fjordane, vil eg ikkje seie noko om kva kommune dei utøver legepraksis, kva kjønn legen har eller anna informasjon som kan identifisere legen som intervjuobjekt.

Det var viktig for meg at det ikkje på nokon som helst måte skulle snakkast om pasientar på ein måte som kunne identifisere dei. Det er legane og dei diskursane som vert skapt som står i fokus og ikkje pasienten. Ingen deltakarar kunne skildre eigne erfaringar på ein måte som gjer enkeltpasientar identifiserbare. Eg måtte passe spesielt på dette når eg bad legane skildre erfaringar eller fortelje døme på hendingar.

Denne masteroppgåva er ei subjektiv tolking av det empiriske materialet. Den kan vere påverka av intervjusituasjonen og møter med legane, som til dømes korleis eg klarte å skape tillit eller korleis eg stilte spørsmål. Kvale og Brinkmann (2015) peikar på at relasjonen kan påverke samtalen og tolkingsprosessen. Masteroppgåva kan òg vere prega av litteraturen som eg har vald og korleis eg har forstått innhaldet ut i frå litteratur og personlege erfaringar. Det er av den grunn mogleg at andre kan kome fram til andre tolkingar enn mine fordi studien mitt er berre ein av fleire moglege måtar å forstå legepraksisen på. Likevel må eg vere medvit i prosessen at eg kan finne noko som eg sjølv ikkje likar eller er einig i, men det betyr ikkje at eg kan la vere å skildre eller analysere desse funna.

Etter telefonsamtale med Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD) blei eg fortald at det ikkje var naudsynt å søkje konsesjon frå dei. Rettleiaren min var einig. Det er ingen personlege opplysningar som går fram av studien.

I informasjonsskrivet skreiv eg informasjon om undersøkinga sitt føremål og presisering av at deltaking er friviljug. Samtykke kan trekkast når som helst i løpet av studiet. Dette bør presiserast slik at ikkje deltakaren kjenner seg pressa eller tvungen, i følgje Kvale (2001).

Eg har reflektert over om det er etisk forsvarleg at informasjonsskrivet sitt innhald ikkje samsvarar hundre prosent med slik som masteroppgåva har utvikla seg og slik den endelege problemstillinga vart. Eg har funne ut at eg kunne halde fram med studien utan vidare informasjon til informantane

på bakgrunn av at intensjonen er den same; å undersøkje vurderingane som legar gjer i forbindelse med sjukemelding. I informasjonsbrevet står det at eg skulle vinkle oppgåva inn mot eit prosjekt som Nav har hatt sidan haust 2015, som har hatt konsekvensar for sjukemeldingspraksisen til legane.

Datamaterialet vert anonymisert ved at lydopptak vart sletta og transkripsjonar vart gjennomgått for sletting der det var mogleg å identifisere intervjupersonen. Døme på dette er at ein lege sa kva kommune han arbeida i. Det var ingen skildringar i informasjonen frå legane som kunne identifisere nokon pasientar.

3.6 Kritisk refleksjon gjennom studieprosessen

Eg har valt å ha eit eige delkapittel om kritisk refleksjon fordi eg legg stor vekt på å verre kritisk til eigen metode- og teorival, samt å vise lesaren at eg er reflektert i høve til at det er andre val av metodar og teori som kan endre både problemstillinga og materialet.

3.6.1 Å kaste lys på problemstillinga gjennom kvalitativ metode og postmoderne teori

Med sosialkonstruktivistisk perspektiv for å skildre sosiale fenomen og få fram legen si oppleving og vurdering, ønska eg å sjå kva som var sanninga i legen sin verden, og kva dei legg til grunn når dei sjukemelder (Jørgensen og Phillips, 1999, Naumann, 2001). Her er det sjølv sagt andre val som kunne vore gjort og som kunne ha endre oppgåva. Til dømes dersom eg hadde valt fenomenologi som bakteppe for å få fram subjektiv oppleving (Thagaard, 2013). Eg har i tillegg tenkt at eg kunne bruke Anne-Lise Schibbye sin teori om anerkjennande intersubjektivitet (2012) og dialektisk relasjonsforståing (2002). Eg har vurdert at hennar perspektiv kunne ha vore ein passende forståingsteori av pasient og lege, nettopp fordi legane var så opptekne av kva helsekunnskap som oppstod i konsultasjonen, som nokre gongar var vanskeleg å formidla vidare i ei sjukmelding. Det var ei intersubjektiv forståing. Likevel meiner eg problemstillinga vert tilstrekkeleg svart på gjennom perspektivet til sosialkonstruktivismen og metoden til Neumann (2001,2002). Boka til Jørgensen og Phillips (1999) med tittel *Diskursanalyse som teori og metode*, har i tillegg vorte flittig brukt.

3.6.3 Kritisk refleksjon og sjølvrefleksivitet - ein del av metodologien

Vitskapleg kunnskap skal springe ut av kritisk- og systematisk refleksjon der den vitskaplege metoden for å belyse problemstillinga er sentral. Forskaren bør vere medviten om viktigheita framstillinga av forskingsmaterialet er. Den bør vere overførbar slik at materialet kan nyttast av andre, og såleis

konstruere nyansar om fenomen som kanskje ikkje tidlegare har vore belyst på same måte (Malterud, 2011). Kritisk refleksjon legg vekt på meiningar og underliggjande premisser som ein ville rekna som sjølvstøtt (Askeland, 2006), men som ein bør reflektere over kan vere konstruerte sanningar.

At eg har fokus på min legitimitet i rolla som forskar gjer at eg har med meg eit kritisk blikk i det eg formidlar og vurderer. Reliabilitet betyr at eg som forskar utfører eit studie som er oppriktig og påliteleg, og teksten skal vere til å stole på. Validitet handlar om at ein faktisk undersøker det ein skal (Kvale og Brinkmann, 2015). Malterud (2011) trekk liner til at subjektiviteten kan true validiteten og reliabiliteten og det er difor viktig med kritisk refleksjon i forskingsprosessen.

Forforståinga er noko som Malterud (2011) påpeikar som ein sentral del av refleksjonen rundt studiet. Eg har vore medviten kva påverknad historia mi, haldningane mine og kva ståstad eg er i livet kan ha for studien og for intervjusituasjonen. Dette er kunnskap som ein har med seg gjennom livet og gjev grunnlag for den tolkinga menneske gjer. Hans Georg Gadamer kallar dette for for-dommar (Thornquist, 2003). Eg har prøvd å vere lydhør overfor eigen kjenslehorisont og arbeidsprosess, der loggen har vore eit positivt refleksjonsverktøy, slik Malterud (2011) anbefalar. Har det til dømes noko å seie at eg hadde ei for-forståing av at Nav vil kunne ha nytte av å få presentert kva legane legg vekt på når dei sjukemelder og kva utfordringar har dei? Ein må prøve å sette ein parentes om seg sjølv, skriv Malterud. Ein brukar gjerne ordet bracketing om dette. Ein veit likevel at å sette seg sjølv i parentes er eit uoppnåeleg mål. Av den grunn bør ein ha eit reflektert forhold til den påverknaden som ein sjølv har i studien (Malterud, 2011). Kunnskapen som eg ber med meg etter mange år som rettleiar på Nav kan i høgste grad påverke forskinga, så det er viktig at eg erkjenner det slik at eg vert kritisk til mine eigne tolkingar. I tillegg er eg sosionom og har med meg kunnskap frå dette studiet, og eg har private erfaringar som kan påverke både for-forståinga mi og tolkinga eg gjer i denne oppgåva. Det er vanskeleg å halde seg nøytral til intervjuobjektet på grunn av forskaren sine tidlegare, subjektive erfaringar. Det er i tillegg relevant korleis forskaren vert oppfatta av informantane, fordi dette igjen kan påverke samhandlinga i intervjusituasjonen. Ein vert situert eller plassert, og det kan ha betydning for empirien (Neumann og Neumann, 2012).

På grunn av at eg tidlegare har arbeida med sjukefråværsoppfølging i Nav var det viktig i denne prosessen at eg prøvde å nullstille meg, samtidig som eg erkjende at det ikkje lar seg gjere å vere heilt objektiv. Det er viktig å ha med seg at all observasjon er selektiv orientert (Thornquist, 2003), og sjeldan tilfeldig. Det betyr ikkje at det er negativt å ha erfaringar, perspektiv og tankemodellar, men ein må reflektere over kva det gjer med forskinga. På ei anna side kjennskap til feltet vere positivt. Eg har reflektert over at det er mogleg at kunnskapen min om sjukefråværsoppfølging kan ha vore ein

fordel for å få stilt spørsmål som eg trur kan vere av interesse for Nav. I eit samhandlingsperspektiv kan nettopp det at eg har arbeida i Nav vere ein fordel for å belyse problemstillinga, samtidig måtte eg vere forberedt på at legane hadde informasjon om at eg hadde arbeida i Nav. Naumann (2001) står opp under at det er viktig å ha eit viss kjennskap til feltet. Det skal eg komme tilbake til.

I perioden eg har jobba med dette studien har eg ikkje hatt samarbeid med legar i høve sjukefråværsoppfølging i Nav. Det gav meg ein distanse til legepraksisen som eg tenkjer er ein fordel til forskjell frå om eg framleis arbeida med sjukefråværsoppfølging.

3.7 Validitet

Det bør vere ein gjennomgåande kvalitet i oppgåva og prosjektet frå start til slutt som sikrar validitet i materialet. Det betyr at det skal vere ein indre validitet i elementa som høyre til studiet. Alt frå intervjuguiden, intervju, transkribering, drøfting, analyse og konklusjon skal ha blitt vurdert om er gyldig for at resultatata frå utvalet skal vere gyldig (Kvale og Brinkmann, 2015).

Eg har gjennom prosessen reflektert over korleis eg har samla inn data og korleis tekstane, etter 9 intervju, skal gje svar på problemstillinga. Sjølv om eg har gjort endringar i høve til problemstilling etter at eg sendte ut informasjonsskrivet, meiner eg likevel at validiteten i prosjektet er til stade. Grunnen til det er at eg har arbeida for å sikra validitet gjennom alle trinn (Kvale og Brinkmann, 2015). Der eg har gjort endringar har dette kome fram i oppgåva og eg har vore kritisk til eigen forskingspraksis.

Det er viktig for meg at analysemetoden til Neumann (2001, 2002) kan bidra til at eg finn diskursar det empiriske materialet som er nyskapande, om ikkje funna er skrevet fram i eit nytt lys, så i alle fall er målet at fenomenet er diskutert på ein nyskapande måte gjennom diskursanalyse. Tidlegare forskning som eg har funne seier meg at temaet er forska på før, men eg har ikkje funnet forskning på dette der diskursanalyse er brukt som metode.

På ei anna side er eg ny diskursanalytiker og eg har måtte gjennom ein krevjande prosess for å klare å bruke metoden. Det er ein svakheit og ein fare for validiteten at eg ikkje er ein erfaren diskursanalytiker.

3.8 Pålitelegheit

Sida data ikkje er konstante, men forandrar seg over tid (Malterud, 2011), så treng ein reflektere rundt pålitelegheita i studien. Eg vil poengtere at svara frå legane kunne ha vore endra om eg hadde stilt same spørsmålet på eit anna tidspunkt. Dette er i tråd med det vitskapsteoretiske perspektivet som eg nyttar, sosialkonstruktivismen. Ein kontruerar sanning frå erfaring og korleis reaksjonar ein får når ein handlar eller pratar. Gjennom samhandlinga vil ein oppfatte, ved justering frå andre, korleis ein skal oppføre seg i høve dei gjeldande diskursane og ein vil rette seg etter denne konstruerte sanninga (Berger og Luckmann, 2000).

3.9 Å overføre kunnskapen

Funna i studiet mitt representerer meiningar og vurderingar til 9 legar i 8 kommunar i Sogn og Fjordane. Ein kan ikkje med sikkerheit garantere for at materialet let seg generalisere (Kvale og Brinkmann, 2015). Det vil seie at ein kan ikkje påstå at funna representerer vurderingar til andre legar i Noreg eller representerer diskursar som har etablert seg på andre legekontor. Eg meiner at studiet er av ein slik kvalitet at ein kan seie at funna seier noko om rådande diskursar hjå legestanden i Sogn og Fjordane, spesielt sidan representasjonar er så samanfallande.

I tillegg har storleiken på utvalet styrka validiteten i studiet. I samsvar med det som Malterud (2011) påpeikar er 9 informantar tilstrekkeleg for å seie noko om eit fenomen i ein kvalitativ studie.

For å få ei valid og påliteleg masteroppgåve ville eg arbeide ut i frå ein handfast diskursmetode. Iver Neumann (2001) sin tre steg diskursanalyse har hjulpet meg å strukturere analysedataet.

3.10 Tre steg diskursanalyse

Jørgensen og Phillips (1999:152) påpeikar viktigheita med å gje lesaren moglegheit til å følgje analysen skritt for skritt, og synleggjere kva og korleis ein har tenkt for å komme fram til resultatet. Dermed kan ein gje lesaren sjanse til å gjere sine egne vurderingar. For å hjelpe meg med dette har eg funnet fram til Iver B. Neumann (2001) sin tre stegs diskursanalyse.

Det er i følgje Neumann (2001) viktig å dele diskursanalysen i tre steg:

1. avgrensing
2. representasjonar i diskursen
3. lagdelinga og betydingsfulle funn

Neumann skriv:

”et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner» (Neumann 2001:18).

Neumann påpeikar at det er sentralt i analysen at forskaren har kjennskap til den kulturen som skal analyserast. Han kallar dette for kulturell kompetanse – ein god generell kunnskap til det terrenget ein skal gå inn i (Neumann, 2001:50). Gjennom samhandlinga som eg har hatt med ulike legar gjennom 8 år som rettleiar på Nav, har eg mykje kunnskap om regelverk, rutinar, sjukemeldingspraksis og samhandlingsmønster. Likevel er dette ein disiplin som eg verken har utdanning i, eller arbeidskompetanse frå. Eg har vore ein samarbeidspart som ser utanfrå og inn i legesfæren. Gjennom legen sin uttale om praksis og vurderingar skal diskursen komme fram, uansett om det vert sett på som sant eller ikkje. Legane har i følge Neumann (2001) ikkje anna enn teikna sine å kommunisere med når ein skal ytre sine sanseintrykk. Det vil då stå i ein eller anna samanheng. Folk treng modellar for å skilje ut desse sanseintrykk, for å lage ein diskurs. Den kan på den måten ikkje vere heilt lausriven frå andre diskursar. Eg må vere medviten korleis eg vil avgrense diskursane som sosiale sekvensar i høve til meiningsinnhaldet. Eg må avgrense kva val av meiningsberande einingar, som Malterud (2011) påpeikar, eg vil operasjonalisere i ein diskursanalyse. Dette må eg velje i første steg av analysen.

3.10.1 Første steg – val og avgrensing

Ein startar med å avgrensa diskursen ved å velje kva tema ein vil studere. Eg har valt å studere diskursar som er rådande i samband med sjukemeldingspraksis. Ein drar fram konteksten, som her er legekonsultasjonen, og vurderingar som legar må ta stilling til i samtale med pasientar. Frå intervju materialet vil eg undersøkje om det er diskursar som er meir viktige enn andre. Til dømes politisk diskurs, maktforhold mellom Nav og lege, maktforholdet mellom pasient og lege eller kulturelle maktforhold. Er det tilhøve inne på legerommet som påverkar vurderinga som skal takast i høve til kva som skal stå på ein eventuell sjukemeldingsblankett?

I masteroppgåva er det viktig å få fram ulikskapane mellom representasjonane og vise lesaren at dei høyrer til same diskurs. Representasjonane dukkar fram i fleire intervju, nokre gongar nesten alle intervju. Utsegnet er ein regularitet der mange har same forståing, eller affinitet som Neumann (2001) kallar det. Til dømes har eg funnet mange representasjonar i intervjuet om at legen vurderer at

dei ikkje treng å ha munnleg kommunikasjon med arbeidsgjevarar utan at Nav er til stade, så er dette ein rimeleg diskurs å inkludere i masteroppgåva.

Ei avgrensing av kontekst og diskursen, kan vere problematisk fordi det er viktig del av prosessen å vere merksam på at det når ein vurderer avgrensing, vert dette i tillegg ein stor del av diskursen. Det er ikkje ei objektiv oppskrift på dette og derfor vert det den subjektive vurderinga mi som ligg til grunn for avgrensingar (Neumann, 2001). Kritisk vurdering vert av den grunn veldig viktig for reliabilitet og validitet (Malterud, 2011).

3.10.2 Andre steg - representasjonane

Når ein kjem til steg to i Neumann (2001) si oppskrift på diskursanalyse skal ein sette opp ei inventarliste over presentasjonar som går att (re-presentasjonar) i den valde diskursen. Ein representasjon kan forståast som verkelegheita til den eg intervjuar. Dette fordi diskurs er verkelegheitsproduserande. (Neumann, 2002; 60). Representasjonen er den viktigaste verkelegheitskravet og vert påpeika i oppgåva som ein tydeleg diskurs. Det vert lagt vekt på at det sosialt produserte «fakta» i denne verda som vi utforskar, og språket er verkemiddelet for å formidle det og krevje det (som i ein maktkamp). På bakgrunn av at eg har gjort 9 intervju vil eg kunne finne felles representasjonar som gjer mening for legane. Desse felles representasjonane vil, i følgje Neumann (2001), vere gyldige representasjonar, sjølv om dei òg kan bygge på ein konflikt og ein usikkerheit mellom dei.

For min del er det utsegn frå dei ulike intervju som går att. Ein tenkjer at ein finn ein raud tråd, noko som er felles for fastlegane og som kan vere ein meningsberande eining, slik som Malterud (2011) hjelper forskarar til å sortere. Neumann (2001) seier at ein kan finne ein hovudrepresentasjon som dominerer og fleire alternative representasjonar. Desse meningsmønstra er klart definerte posisjonar som legane finn mening i. Ein kan finne mønster som stadfester og stabiliserer eller meningsmønster som skil seg ut, altså det differensierer ein posisjon. Det destabiliserar. Neumann (2001) forklarar enkelt at når ein vil forklare noko eller ytre noko så vil det alltid vere relasjonelt, i forhold til noko anna. Det vert på den måten ein diskurs fordi det er ein måte å fortelje noko på som alltid står i forhold til noko anna. Når ytringar gjentek seg i same profesjon kan ein finne etablerte diskursar i feltet, som til dømes hjå fastlegar eller allmennlegar. Denne tenkinga stammar frå blant anna Ernesto Laclau og Chantal Mouffe, som Neumann (2001) skildrar som typisk første generasjon diskursanalytikarar. Dette vert raude trådar i studien min. Når ein har avdekkja desse raude trådane er det naturleg å gå over til neste steg i analysen; lagdelinga.

3.10.3 Tredje steg – lagdelinga i diskursanalysen

Det tredje steget i Neumann si diskursanalyse er å analysere laga som ligg i dei ulike representasjonane. Det vil i dette tilfelle seie legane sine oppfatningar av verkelegheita.

Representasjonane kan vere differensialiteter eller sameinande utsegn frå intervjumaterialet. Eg skal finne ut kor stabile utsegna er, og om det kan vere eit betydingsfullt funn. Til dømes har eg funnet mange representasjonar som tyder på at er det relasjonelle aspektet er viktig i vurderinga om pasienten skal ha sjukemelding.

I tillegg bør ein vere observant på tilfeldigheter som kan forstyrre diskursen og ikkje henge seg opp i eit årsak – verknad perspektiv (Neumann, 2001). Dette er ein meir sirkulerande måte å analysere på. Ein kan analysere kvifor haldningar, tenkjemåtar eller internaliserte vurderingar er blitt som dei har blitt. Eg tenkjer då at ein ikkje er ute etter å finne den absolutte sanning, til liks med sosialkonstruktivistisk perspektiv. Eg vil få fram verkelegheita for informantane mine. Det tredje steget i diskursanalysen vert viktig for å få meir kunnskap om korleis legane tenkjer i situasjonen.

No har eg presentert kva verktøy eg har nytta i masteroppgåva for å komme fram til resultatata i studien. Eg skal i dei fire neste kapitla ta lesaren gjennom analyse, resultat og drøfting av dei 9 intervju.

Kapittel 4

4.0 Presentasjon av resultat- og analysedelen

Med utgangspunkt i intervju med fastlegane vil eg analyse kva verkelegheitsoppfatning dei legg til grunn når dei vurderer om pasientar skal få sjukemelding. Det er verkelegheitsoppfatningar som vert oppretthaldne og forma gjennom språket og artikulasjonar i praksis (Bratberg, 2014:28).

I dette kapittelet skal eg presentere materialet eg har fått etter 9 fastlegeintervju i 8 ulike kommunar i Sogn og Fjordane. Dette utgjer det empiriske materialet i masteroppgåva.

4.1 Funn og drøfting av funna

I tråd med diskursanalytisk tenking vil eg ta i bruk diskursorden, som er ramma for analysen. Det er ein felles plattform for dei ulike diskursane (Jørgensen og Phillips, 1999). Motsetningane som kjem fram innanfor same tema utgjer eintydige mønster innanfor diskursorden. Dei er dominerande representasjonar og presentasjonar (Neumann, 2001).

For å finne mening i det transkriberte intervju vil eg analysere gjennom trestegsmodellen til Neumann. Det sentrale vil vere for meg å finne det konstruerte i utsegnene til legane og analysere desse representasjonane.

Ramma for analysen er viktig for å sette diskursordenen. Jørgensen og Philips (1999) forklarar diskursorden som dei ulike diskursane sin felles plattform. Innanfor same tema finn ein ofte samansetningar som er motsetningsfylt, medan diskursar er meir eintydige mønster innanfor diskursanalyse.

Eg skal vidare no presentere den raude tråden, det som har vore gjennomgåande i intervju, eg skal analysere artikulasjonane og drøfte dei:

1. Presentere
2. Analysere
3. Drøfte

I analysen vil eg presentere felles representasjonar og analysere dei, for så å drøfte analysen mot forskning og teori. Drøfting og analyse vil føregå i same kapittel for å kunne samanlikne analysen min med andre studier og forfattarar.

Eg vil bruke Neumann sin tre steg analyse i kvart av desse to kapitla utan at eg presiserer at eg er i steg 1, 2 eller 3.

4.2 Legen sin vurdering i samband med sjukemeldingspraksis - analyse

Vurderingane som legane gjer når dei står overfor pasientar som vil ha eller treng sjukemelding er sentral i intervjuguiden som eg har laga. Eg var interessert i korleis legane tenkjer om dette. Ved hjelp av Neumann (2001) sin analysemetode har eg sett opp ei skjematisk inndeling av viktige funn i høve til utsegn som er sagt i intervju i forbinding av vurdering av sjukemelding.

Steg 1:
<p><u>Val og avgrensing:</u> Kva vert artikulert om kva dei legg vekt på? Kva tenkjer legen om pasientane? Kva tenkjer legane om sine egne vurderingar og kvifor dei vurderer slik dei gjer?</p> <p><u>Kontekst: Legekontor;</u> lukka rom der som regel berre lege og pasient er til stades.</p>
Steg 2:
<p>I steg 2 skal ein finne fram til felles representasjonar, vurderingar som går att hjå legane. Her kjem eg til å synleggjere dette ved å illustrere utsegn som representerer felles meiningar, men òg utsegn som differensierer. Ein finn mønster. Når ytringa gjentek i same profesjon kan ein finne etablerte diskursar.</p> <p>Døme: 1. I kommunikasjonen med pasient er ein opptatt av å vurdere sjukemeldinga saman med pasienten. 2. I «legerommet» oppstår det ein tillit mellom lege og pasient som er viktig for vurderingane. 3. Det som pasienten seier betyr mykje.</p>
Steg 3:
<p>I steg 3 skal eg analysere laga som ligg i dei ulike representasjonane som er komen fram i steg 2, legane sin verkelegheitsoppfatning av sjukemeldingspraksisen sin.</p> <p>Er det differensierande utsegn eller foreinande utsegn? Det er viktig å sjå på stabilitet i representasjonane og få kunnskap om korleis informantane tenkjer i konsultasjonen med pasienten.</p> <p>Døme på ein aktuell analytisk konklusjon: Det som oppstår i legerommet, med det maktforholdet, tilliten og kommunikasjonen som er der, kan ikkje utanforståande vere ein del av. Det er vanskeleg å uttrykkje for legen og kan vere vanskeleg for samarbeidspartar å forstå.</p> <p><u>Viktige diskursar:</u> Pasientmyndediskurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Forhandlingsdiskurs Portvaktdiskurs Interhelsediskurs

4.3 Dei analytiske vala - avgrensinga

Den overordna diskursen i studiet har vist seg å vere ein relasjonell diskurs. Legen er heilt avhengig av den subjektive opplevinga til pasienten for å kunne ta eit val i høve sjukemelding eller ikkje. Desse

to subjekta går inn i eit ritual, i følge Foucault (1999), og er dermed gått inn i ein diskursiv setting som eg skal studere. Innanfor denne intersubjektive forståinga mellom pasient og lege er det fleire diskursar som går att som ein raud tråd i intervjuet. Det er pasientmyndediskurs, forhandlingsdiskurs, portvakt-diskurs og interhelsediskurs.

Medan eg intervjuet og spesielt då eg transkriberte gjekk det opp for meg at det var noko særskild som peika seg ut som gjennomgåande i dialogen med dei 9 legane – nemleg omsynet til pasienten si meining om helse. Relasjonsbetydinga gjekk fram som eit dominerande element i intervjuet, og eg ville utforske dette meir.

Men det er ikkje stabil konsensus om ein har genuin tillit til pasienten eller om ein ser seg nøydd til å vere tilbøyeleg til å gjere det pasienten seier, nettopp på grunn av at subjektiviteten i eiga helse gjer det vanskeleg å argumentere mot pasienten.

Representasjonar som tyder på tillitsbasert legepraksis går att i dei fleste intervjuet. Legen får innsikt i pasienten sin situasjon, helse og medisinske tilhøve gjennom kommunikasjon. Legen spør spørsmål og må ha tillit til at pasienten fortel det som er sant. Legane fortel at utan dialogen og samspelet vil ei vurdering vere vanskeleg. Eg tenkjer at det er fordi tilstandar er subjektive. Ein kjenner smerte, ubehag og påkjenningar forskjellig. I nokre tilfelle er det rett å sjukemelde ein pasient med lik diagnose eller påkjenning som ein anna pasient som ikkje vert sjukemeldt. Legane brukar ordet samspel, som eg tolkar som eit uttrykk for at dei samhandlar for å finne felles løysing. Gjennom dialogen vurderer legen kva som er til det beste i denne aktuelle situasjonen. Det subjektive får stor betyding, noko som kan tyde på at det vil vere krevjande å sjukemelde ut i frå standard retningslinjer og sjukmeldingsretteiarar. Denne subjektiviteten som legane treng å ha tillit til kallar eg for pasientmyndediskursen.

Kapittel 5

5.0 Pasientmyndediskursen

Det var ganske tidleg i prosessen tydeleg at pasienten si stemme var viktig for at legen skal gjere ei vurdering. Legane går så langt som å kalle det felles vurdering (pasient og lege) og ei vurdering som spring ut av eit samarbeid.

Representasjonane som syner ein pasientmyndediskurs i materialet vert no presentert saman med tolking av desse representasjonane (Neumann, 2001).

5.1 Pasientmyndediskursen - analyse og drøfting av lagdelingar

Pasientmyndediskursen spring ut frå funnet om at legane gjev pasienten mykje makt. Makta som dei gjer er basert på tillit, men det viser seg òg at makta som dei gjer kan i nokre tilfelle vere til stade sjølv om tilliten ikkje er til stade. Det skal eg komme tilbake til.

Alle legane gjev uttrykk for eit samarbeid med pasienten når ein skal ta eit val om sjukemelding eller ikkje. Dei uttrykk dette ved å seie at vi diskuterer med pasienten, ein lyttar til pasienten, ein høyrer på og tek omsyn til det pasienten seier, som til dømes «Vi diskuterer alltid gradert sjukemelding» (Lege 4).

I dette tilfellet spurde eg om i kva grad legen nyttar gradert sjukemelding, og plukka opp noko interessant i svaret. Legen sa «vi». Vi diskuterer – pasienten og legen. Dei kjem fram til ein konklusjon frå deira felles diskusjon om gradering; om pasienten kan jobbe litt eller må bli sjukemeldt heilt. Det kjem fram i intervjuet at dette er på grunn av det unike i kvar sak. Lege 9 forklarar at «Hver eneste sak er unik så man prøver på en måte å filtrere ut reelle ting». Ein ser at legen anerkjenner individualiteten i oss menneske; at kvar einskild er forskjellig og dei tek omsyn til denne ulikskapen. Dei sjukemeldte vert framstilt som ei heterogen gruppe:

Det som bør ligge til grunn er den medisinske tilstanden, men pasienten sin oppleving av situasjonen vert vi påverka av. Terskelen er ulik når ein sjukemelder seg, Ein kunne vore sjukemeldt og den andre går på jobb ved same arbeid, på grunn av oppfatninga og smerteterskelen. Pasienten sin oppleving av situasjonen er medverkande til situasjonen (Lege 9).

Det er gjennomgåande med slike tilsvarande svar i studiet. Pasienten har mynde til å seie opplevinga av helsa si gjennom ein etablert pasientmyndediskurs. Noko som står i kontrast med og er ein

konkurrerende diskurs til den tilsynelatende medisindiskursen som lege 9 innleiar med. Legen artikulterer pasientmynden blant anna ved å seie at det er veldig forskjellig terskel på når ein sjukemelder seg. Ein kan høyre pasientmynda, men ein kan ikkje høyre legemynda viss ein isolert sett kun ser på den setninga. For det første så har pasienten her fått tillating til å vere delaktig i vurderingsdiskursen, men det går lengre. Dei får mykje makt. Det er ei endring av ritualet (Foucault, 1999). Grunnen til at legen legg slik vekt på pasientstemma kan tyde på at dei er avhengig av pasienten si subjektive oppleving av helse for å gjere vurdering. Tidlegare forskning har vist at legane meiner at samtalen med pasientane har ein sjølvstendig verdi som medisinsk arbeid (Nessa, Schei og Stensland, 2009). Eg kan slutte meg til dette fordi representasjonane i alle intervjua eg deltok i formidla at kommunikasjon med pasienten er viktig for vurdering av sjukemelding. Ein kan tydeleg sjå pasientmyndediskursen fordi legane artikulterer pasientane si definisjonsmakt så tydeleg (Foucault, 1999).

Teksten under representerer fleire felles utsegn om viktigheita av pasienten som ein medspelar i vurderinga. Dømet som eg viser til er legeutsegn etter spørsmål om konklusjonen på sjukemeldinga var avhengig av kva lege ein går til:

Eg trur det gode resultatet kjem i eit samspel mellom lege og pasienten. I alle fall hjå dei 80-90 prosent som har lyst til å arbeide. Dei fleste syns ikkje det er freistande å sitte heime. Men akkurat den dialogen må ein ha eit rom for dialog, tid til å reflektere, kva er best for deg, viss det skal komme pasienten til gode for eit godt resultat (lege 6).

Legen ser ut til å meine det er best å stole på pasienten. Eg tolkar det som legane syns at pasienten kan mest om seg sjølv. I følgje Carlsen (2009) vert sjukefråværet bestemt mellom pasient og lege fordi ein sjukemelder på bakgrunn av konsultasjonen og pasientinformasjonen. Subjektiviteten blir ein ressurs som aktivt brukast (Thornquist, 2003), og pasientmynda vert ein rådande diskurs sjølv om eg tolkar at arbeidslinediskursen er relativt implementert i legen sin praksis. For lege 6 ser det ut som arbeidslinje er eit sjølvsgatt bakteppe. Dei som ikkje følg majoriteten ved å ville arbeide, er eit motstykke til det «normale».

Refleksjonen saman med pasienten vil føre til det beste resultatet, meiner lege 6. Slik eg tolkar setninga meiner legen det beste resultatet for pasienten, ikkje samfunnet eller andre.

Legekonsultasjonen fordrar forhandlingar om ulike diskursar.

Legane gjev uttrykk for eit anna ritual som tyder på at resultatet må avgjerast i «legerommet», der dialogen skjer. Lege 4 uttrykker at «Det er viktig å være en relasjonell lege. Man kan ikke sette seg på sin høye hest og se ned på pasienten. Man er i en relasjon og må føle på hvordan pasienten selv sier.»

Legen set subjektivitet til pasienten høgt og gjev uttrykk for at pasientstemma er viktig. Likevel seier legen at han sit på sin høge hest, noko som eg tolkar at legen meiner han eigentleg høyrer til eit høgre samfunnslag eller er betre enn pasienten. Medisindiskursen differensierer legen frå pasienten. Legen refererer til makta han eller ho har i profesjonen sin. Legen har eit arbeid som er høgt respektert, legen har meistra ei lang utdanning og legen har ei høg løn. I tillegg har legen makt gjennom portvaksrolla som arbeidsoppgåve. Gjennom denne rolla har legen makt til å hemme eller fremme pasientønsker eller pasientbehov, som til dømes å henvise til spesialist eller gje sjukemelding. I uttalen over peikar legen på ein asymmetri. Dei skal finne ei felles forståing ut frå ulikt utgangspunkt. Legen aktiverer to ulike diskursive praksisar, nemleg den tradisjonelle medisinske diskursen med konsultasjonspraksis (Skavlan, 2016), der legen spør om symptoma og pasienten svarar, og på den andre sida ein rådgjevingspraksis. I rådgjevingspraksisen vil ein prøve å få tilstrekkeleg med tillit til at pasienten fortel og ut i frå det pasienten fortel, så utforskar ein meir. Nokre legar lærer til og med kommunikasjonstekniske verkemiddel. Legen påpeikar at balanse i relasjonen er naudsynt, og det inneber at legen må vurdere ut i frå kva pasienten sjølv seier. Dette sitatet var ein stereotypi i høve til korleis dei fleste intervjuobjekta framstilla relasjonen til pasient. Behandlinga pasienten får er avhengig av kva relasjon pasienten har til legen sin. Legane legg meir vekt på kommunikasjon no enn tidlegare (Syse, Førde og Førde, 2000). Det vil seie at relasjonen ein skapar saman med legen har betydning for behandlinga. Dette samsvarar òg med svara i undersøkinga eg har utført.

Lege 8 snakka også om det å ha kunnskap om menneske, noko som eg tolkar som både fysisk og psykisk, men òg relasjonelt. Korleis fungerer vedkomande i situasjonar?

Det er jo på ein måte å kunne nok om menneske som er sjuke for å forstå kva som verkar på. Det kan vere at dei sosiale forholda heime er så kleine at dei ikkje klarar å vere i jobb, og då må vi forstå det. Så vi må jo ha innsikt i den menneskeleg natur og forstå mennesket. Om ofte er det eigen sjukdom eller psykososiale forhold som gjer det (Lege 8).

Lege 8 er ganske klar på at ein lege må ha eit auge for menneskeleg sjukdom som førar til funksjonsnedsetting av ein eller annan form, som kan vere psykososialt eller fysisk, men legen må strekke seg etter å forstå pasienten. For å sette seg inn i ein annan sin situasjon må ein kunne reflektere frå pasienten si side. Dette kan føre til empati, som igjen kan lede til sjukemelding fordi empatien kan gjere slik at legen kjenner situasjonen på kroppen, eller han har erfart liknande situasjonar eller medkjensla gjev sympati og dermed får pasienten sjukemelding dersom vedkomande vil ha det. Men det kjem tydeleg fram av intervjuet at det er ikkje berre for sympati eller av relasjonelle årsaker at legane attesterer for sjukemelding. Dei meiner i tillegg at sjukemelding er

eit verkemiddel som kan hjelpe pasienten for å seinare komme tilbake i arbeid, eller for å førebygge ein lengre sjukemeldingsperiode. Eit døme på dette er frå lege 7: «hovudpoenget med sjukemelding er at den som oftast kan vere med på å gjere pasienten friskare». Eg beit meg merke i at orda «so oftast» vart brukt. Grunnen til det er at eg har fått inntrykk av at det er vanskeleg å avfeie ønsket om ei sjukemelding med bakgrunn i den relasjonelle dimensjonen i vurderinga. Eg har fleire døme på utsegn som både konstaterer denne vanskelege situasjonen og der ein kan kjenne ambivalensen i møte:

Lege 2 seier at han aldri trur at arbeidsgjevarar er så vanskeleg som pasienten seier. Likevel må legen anerkjenne pasienten sin mening når han seier «En hardcore Nav-overlege vil si at jeg ikke skal høre på pasienten, men skrive det eg mener og overkjøre pasienten. Sånn er ikkje virkeligheten på en måte» (lege 2).

Ein kan høyre ein ambivalens i vurderinga. Det er vanskeleg å tenke at pasienten si stemme skal bety mest, samtidig som ein skal vere med på å forvalte samfunnet sine økonomiske interesser. Legen skal i tillegg til å finne den beste løysinga for pasienten, vere ein portvakt for samfunnet sine velferdsgode (Aamland og Mæland, 2016, Carlsen og Riise, 2013). Ein portvakt diskurs konkurrerer her med pasientmyndediskursen. Byråkratiet sine verdiar står i kontrast til den kvardagen legen har. Desse motstridande og utfordrande rollane som legen fyller gjer at skjønnet vert utfordra i møte med vurderingane rundt ei sjukemelding.

Lege 2 seier i tillegg at han har ein teori: «man kan dele legene som i en akse, med to ytterpunkt. En lege er idealet til Nav, med objektive krav. Den andre legen er relasjonell og relativ». Eg tolkar det som om det er komplisert for ein lege å vere begge deler. Ein kan ikkje tilfredstille Nav eller myndighetene ved å ha objektive krav og standardiserte løysingar, samtidig som ein er ein relasjonell lege som har subjektiviteten som hovudfokus. Likevel finn eg det gjennomgåande at legane prøver å stå ved vurderinga om å vere ein relasjonell lege. Her ser ein igjen konkurranse mellom to rådande diskursar; portvakt diskursen og pasientmyndediskursen, som i denne samanhengen er basert på ein relasjonell tankegang. Nessa, Schei og Stensland (2009) har gjennom si forskning kome fram til at det ofte er ein diskrepans mellom utfordringane som er i ein konsultasjon med pasient og den faglege kompetansen legen har. Dette er særleg på grunn av utfordringa med å skilje mellom medisinske og ikkje-medisinske problem i legepraksisen. Det kan gje legen stor belastning at dei har sterke krav til seg sjølv, samstundes som ein nokre gongar manglar fagleg kompetanse når ein sit overfor ein pasient med høge forventningar. Både tidlegare forskning og representasjonane eg har fått gjennom intervju har vist at legane prøver å lage strategiar for å handtere og kategorisere utfordringane. Det kan samanliknast med Foucault sin teori om

«utelukkingsprosedyre» som inneber oppdeling og utveljing. Legane delar opp Nav og relasjonen til pasient som to ytterpunkt som vanskeleg kan sameinast. Dette kan igjen skape ein diskurs dersom ein tenkjer at relasjon til pasient ikkje kan foreinast med å handheve Nav-reglement på ein riktig måte. Slike diskursar kan etter praksis og i kommunikasjon med omverden verte ein «kommentar» som i følgje Foucault vert eit slags fenomen som ingen set spørsmålsteikn ved. Det er slik det er.

Lege 8 seier at sjølv om legar vektlegg pasientstemma i høg grad, så «er det ikkje så demokratisk blitt at pasienten kan bestemme medisinen enda». Eg tolkar det som om legen meiner at medisin i denne samanhengen kan vere verkemiddelet som dei har, om det er medisin, henvisning eller sjukemelding. Verkemiddelet er det som skal gjere pasienten frisk. Så noko mynde meiner lege 8 at dei har, men likevel seier sitatet noko om at det har gått langt, pasientbestemminga strekk seg lengre enn før. Grunnen til at eg skriv dette er at legen seier «kan ikkje bestemme medisinen ENDA». Det er ein erkjenning av at praksisen kan endre seg med tida, og at dette er eit felt der det er vanskeleg å finne ei objektiv sanning, ei oppskrift eller ei absolutt rutine.

Ambivalensen kan komme til uttrykk gjennom bekymring av konsekvensar etter praksis. Nokre representasjonar indikerte at legen kjenner seg pressa i eit hjørne. Det kan sjå ut som legen kan bli usikker i vurderinga når han eller ho uttrykker at «eg føler det som trusler når pasienten seier at eg kjem til å bli kjempesyk viss du ikkje sjukemelder meg» (Lege 1). Pasienten sin kommunikasjon fører til at legen kjenner eit press. Ein kan vere sikker på dette fordi legen brukar ordet «trussel», eit negativt lada ord som ein brukar i høve ein kjenner seg trua. For mange legar er det ubehageleg å avvise ein pasient sitt ønske om sjukemelding (Carlsen, 2008:268). Pasientmyndediskursen syner seg gjennom ubehaget til legen og gjennom kommunikasjon med pasienten. Pasientmyndediskursen kan sjå ut, i dette tilfelle, å vere ei følgje av at legen vil hindre negative reaksjonar.

Usikkerheita om sjukemeldingsverkemiddelet hemmar eller fremjar helse ser ut til å komplisere vurderingane. Pasienten brukar maktstrategiar som gjennom artikulasjon påverkar legen til å gje sjukemelding som legen i utgangspunktet ikkje er heilt sikker på om er riktig. Legen kjenner det som truslar. Når ein pasient klarar å påføre legen ein slik avmaktskjensle er det tydeleg at pasientmyndediskursen eksisterer, og at den let seg oppretthalde ved at legen kjenner på ubehag. Legen klarar ikkje distansere seg frå trusselen. Ein kan tenkje seg at samvitet til legen kan spele ei rolle då samvitet ser ut til å vere diskursivt i artikulasjonane. Dei kan få dårleg samvit når pasientmyndediskursen vert utfordra. Ein ser at når legane legg vekt på relasjon så vil pasienten kunne komme i posisjon til å presse, påverke og yta makt. Viktigheita av ein tillitsbasert relasjon gjev pasientmynde. Likevel er det en destabiliserande diskurs at mistillitsdiskursar skin igjennom nokre gongar. Lege 1 påstår at «pasientar spelar jo og, hoppar og haltar så løper de i fjella».

Lege 9 stadfester denne mistilliten og ambivalensen ved å seie at «legane vert satt på prøve av pasientane». Nokre gongar er dei i tvil. Legen uttrykker til slutt at dei må på ein måte analysere kapasiteten til pasienten. Alle legane i studiet er opptekne av dette. Det unike med pasienten; at nokon kan klare å arbeide og andre ikkje når det er like diagnoser og situasjonar. Det handlar om det menneskelege kapasitet og bagasje. Legen må praktisere ein balansekunst der samfunnsoppdraget kan komme i konflikt med kontrolløroppgåva. Balansekunsten er òg utfordrande av den grunn at pasientane er så ulike: «Smerteterskelen er veldig forskjellig. Noen bryter saman etter en forkjøling, mens andre er sterke» (Lege 9).

Sitatet stadfester at det vert teke omsyn til ulikskapen til pasientane, sjølv om sitatet i tillegg har ein negativ konnotasjon. Dei som bryt saman av forkjøling er ikkje sterke, seier lege 1. Ein kan reflektera over om legen refererer til ei universell sanning eller er det valt eit ord som ikkje representerer det stabile trekket i studien? Legen prøver å skilje mellom personar som ikkje treng sjukemelding når dei er reduserte, i legen si mening, og dei som er for svake til å gå på jobb. Eg tenkjer at ein her ser på ein generell antaking frå legen. Legen seier noko om kva pasientane er eller har, som om det er ein sanning, men ikkje det dei gjer (Neumann, 2001). Ein kan ense ein viss irritasjon fordi legen er ueinig, men likevel gjev legen sjukemelding. Pasientmyndediskursen viser seg sterk i dette tilfelle òg.

Å komme til einigheit seier noko om balansetilhøve i relasjonen. Legen vil at pasient og lege skal koma til ein felles konklusjon. Dette er ei sjukemeldingsåtfærd som i stor grad tek omsyn til pasienten sine meiningar. Werner, Merkur og Mæland (2016) går til samanlikning så langt i sin uttale at dei meiner at det som oftast vert opp til pasienten om han skal sjukemeldast eller ikkje. Gulbrandsen m.fl. (2002) støttar dette i forskinga si. Dei har komen fram til at meir enn 50% av legar, iblant eller ofte, gjev pasienten sin eigen vurdering og ønske større vekt enn sine eigen medisinske vurderingar.

Lege 3 påpeikar at «eg seier ikkje at dei ikkje får sjukemelding. Punktum. Eg pleier å imøtekomme pasienten». Følgjande sitat viser at leger gjer mynde til pasienten:

Eg må gjere slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt medan den er her og framstiller sine problemstillingar. Det er ikkje mitt mål å overkjøre en pasient fordi det vil gjere noko med relasjonen vi har og at eg ønskjer at vi skal komme til ein einigheit, det skal vere helsefremjande for pasienten (Lege 3).

Det kjem òg tydelig fram i intervjuet at legane ynskjer å stille krav sjølv om dei vil høyre på pasienten og vere årvaken for deira opplevingar:

Som lege må man må i alle fall vise at man er samarbeidsvillig, men også stille litt krav og det fungerer jo kjempegodt. Kommunikasjon er viktig og et redskap for å få tillit. Det er jo en av de krav man stiller – at man kan stole på pasienten og at de kan ta i et tak.» (Lege 4).

Gjennom kommunikasjonen vert det opparbeida tillit til lege og til pasient. Likevel opplever legane at dei må forhandla med pasienten. At dei i det heile snakkar om ein forhandling seier ganske mykje om kor mykje mynde ein pasient har. Me snakkar om ein forhandlingsdiskurs. Forhandlingsdiskursen skal eg presentere i neste delen av analysen.

5.2 Mitt kunnskapsbidrag

Av analysen har eg trekt ut ny kunnskap. Pasientmyndediskursen representerer kunnskapen om at pasientstemma står sterkt i sjukemeldingsvurderingane. Det som pasienten seier har stor innverknad på vala som legen tek i samband med sjukemeldingspraksis. Det kan sjå ut som at dette er så viktig fordi legen er oppteken av å skape tillit gjennom kommunikasjon. Tillit er viktig for å etablere eit godt partnerskap og ei felles forståing. Det er likevel ikkje slik at legane tenkjer at pasienten bestemmer alt, i alle fall ikkje enda. Pasientmynda kan variere i større og mindre grad og variere med tid og stad, noko som i tillegg står i samsvar med diskursteori og sosialkonstruktivisme.

Kapittel 6

6.0 Forhandlingsdiskursen

Ein anna tydeleg representasjon som gjekk igjen i intervjuet var korleis legane uttrykte at pasient og lege forhandla om sjukemeldingsinnhaldet, eller om legen i det heile skulle attestere for sjukmelding. Denne forhandlingsdiskursen er ein forlenging av pasientmyndediskursen fordi at når ein pasient i det heile tatt kjem i posisjon til å forhandle, så seier det ganske mykje om at vedkomande har mynde. Likevel skil eg denne diskursen frå pasientmyndediskursen då fenomenet er eit konstruert fenomen som eg kan definere for seg sjølv i representasjonane, i tillegg til at eg har funne tidlegare forskning som skildrar fenomenet.

Representasjonane som syner ein forhandlingsdiskurs i materialet vert no presentert saman med tolking av desse representasjonane (Neumann, 2001).

6.1 Forhandlingsdiskursen – analyse og drøfting av lagdelinga

I ein forhandlingsituasjon vil ein komme nærast mogleg eiga vilje; Det som ein meiner er den beste løysinga. Det er ei for-handling på den måten at ein må bli einige før ein handlar.

Lege 4 påpeikar at «ein kan balansere ved å vere samarbeidsviljug og setje krav». Som til dømes at ein går tilbake 50% i jobb om to veker, dersom pasienten får 100% sjukemelding fram til då. Dersom legen i tillegg lagar rom for tillitsskapande kommunikasjon, dess lettare er det å sette krav. Det vert eit «gje-og-ta» forhold, som i overført betydning er samarbeid. Legen og pasienten samarbeider om saka. Begge er viktige partar. Legen trekk ein parallell mellom tillit og krav, noko som eg tolkar som forhandling. Andre eksempel på forhandling er:

Dersom ein person har bestemt seg på førehand at han eller ho vil ha sjukemelding, så kjem me inn i ein såkalla forhandlingssituasjon. Då må vi forhandle oss fram til ein løysing. Då kan vi møtast på midten; Dei kan for eksempel ha ein halv sjukemelding (Lege 8).

Her skal legen vurdere eit utfall av sjukemeldinga basert på ein mellomting mellom kva legen meiner og kva pasienten meiner. Forhandling er eigentleg eit ord der det er mykje makt bak meininga. Ein tevlar om makta, om kven som skal få bestemme.

Å «komme til ei løysing» seier noko om balansetilhøve i relasjonen. Legen vil at pasient og lege skal koma til ein felles konklusjon. Dette er ei sjukemeldingsåtfærd som i stor grad tek omsyn til pasienten

sine meninger. Dette går òg igjen i Aamland og Mæland sin scoping-oversikt frå 2016. I oversikten går det fram at mange legar hadde til hensikt å bevare tillit og allianse. Dei ville helst unngå konflikt med pasienten.

Utsegna som går att i samband med kompromiss og viktigheita av einigheit mellom pasient og lege kondenserast til ein forhandlingsdiskurs.

Ein kan tenkje seg at denne forhandlingsdiskursen har fått utvikle seg over tid og etablert seg som ein praksis pasientane tek for gitt. Det kan sjå ut som pasientar naturleg tek rolla som diskusjonspartner og ein som har medbestemningsrett. Pasientmyndediskursen kan ha endra korleis pasientar tenkjer om ein legekonsultasjon; den verkelegheita som føregår på «legerommet». Det er den verkelegheita som du og eg har når vi oppsøker legen med tanke om «å sjukemelde meg». Dette er eit tankesett som eg tolkar som postmoderne i den forstand at uttrykket plasserer makta hos den som tradisjonelt sett var det medisinske objektet som skulle undersøkast. Ein kan seie at det har vore ein diskursiv prosess som har utvikla ein norm som gjennom endringar har legitimert pasientsubjektet sine opplevingar som ein del av medisinen. Det har igjen endra pasientidentiteten (Phillips og Jørgensen, 1999). Med det så meiner eg at den pasienten som møtte på legekantoret for 40-50 år sida, gjekk inn til konsultasjon med ei anna haldning, ei anna forventning og ei anna forståing enn i dag (Schei, 2017, Skavlan, 2016). Her skriv eg inn noko historisk materiale for å lage ein kontrast til samtida vår og gje perspektiv til korleis fenomenet er i dag (Foucault, 1999).

Pasientidentiteten har endra seg, og i sosialkonstruktivistisk perspektiv kan ein seie at pasientidentitet har endra seg fordi denne identiteten ikkje har ei opphaveleg sant utgangspunkt. Identitetar er konstruktive, seier Neumann (2001). Kva for mynde ein pasient skal ha og i kva grad det subjektive menneske skal tilleggast betydning er konstruert. Det er derfor denne diskursen kan vere i stadig endring. Identitetar oppstår, forhandlast og formast om i sosiale praksisar (Phillips og Jørgensen, 1999), som på «legerommet». Per i dag er både pasientmyndediskursen og forhandlingsdiskursen prega av eit poststrukturalistisk syn på menneske då ein har gått vekk frå det positivistiske perspektivet om at objektiv sanning finst. Sjølv om ein finn objektive medisinske funn vil sjukdomen påverke mennesket forskjellig, komme til syne forskjellig og ikkje minst påverke kapasiteten til menneske forskjellig. Derfor vil legen sjukmelde ein pasient, i tilfelle der han ikkje ville sjukmeldt ein annan pasient med same diagnose.

I andre studiar ser ein at identiteten til pasienten har endra seg gjennom tidene. Det går fram av FARVE-rapport gjort av Werner, Merkus og Mæland (2016) om legar sine vurderingar av sjukemelding, at legane har press frå pasientar i høve til forventningane om å få sjukemelding når pasienten kjenner at dei treng det. Å skulle gå i mot pasienten sitt ønskje og forventning syns dei

nesten er umogleg i høve til den knappe tida ein konsultasjon tek fordi det er ei så krevjande oppgåve. Fleire utsegner frå legar stadfestar dette; som «Føler ofte at viss man nektar de, så begynner de å reke og ting blir på trass og de faker symptoma. Så blir plutsleg helsesituasjonen alvorleg, og ein vert trua til å sjukemelde» (Lege 1). Ein ser i dette tilfelle at pasientbestemminga er så styrande at legen nesten ikkje kjem i posisjon til å forhandle.

Intervjumaterialet syner ein forhandlingsdiskurs som gjer pasienten makt i «legerommet». Denne forhandlingsdiskursen kan ha skapt ei sanning om at pasienten har krav på å dominere sin eigen sjukemeldingspraksis. Fenomenet ser ut til å vere basert på omsynet til at pasienten skal få medverka og omsynet til sjølvoppfatta helseoppleving.

At legane tek omsyn til pasienten sitt perspektiv går igjen dei fleste intervjua. Eit døme frå ein representasjon er frå Lege 4: «Det er veldig vanskeleg å seie at du berre må, viss pasienten gret og er fortvila. Då må eg berre ta hensyn til det».

Ein ser at det er vanskeleg å presse pasienten til noko som han eller ho gjev uttrykk for at er vanskeleg eller er fortvila for, som til dømes å gå på arbeid. Likevel så vil legen påverke vedkomande til å ta val som er riktig i høve til samfunnsnorma ved å seie at han bør ta eigenmelding før sjukemelding. Då trur legen at dette igjen vil påverke pasienten til å få mindre sjukedagar fordi eigenmelding, i følge legen, ikkje har like stor verdi som sjukemelding. Legen vil endre tankemønsteret til pasienten, men med ein audmjukleik for kjenslene vedkomande har. Ein ser her at det kan tyde på at legen har ei profesjonell omsorg. Legen tek inn ein personleg dimensjon og ein relasjonell omsorg (Nordtvedt, 2001). Dette heng saman med det som Nessa, Schei og Stensland (2014) formidlar om pasientsentrert leiing som ein del av medisinsk profesjonalitet. Dei meiner at det vil komme pasienten til gode fordi det vil kunne bidra til å forstå pasienten sitt perspektiv betre og deira opplevde problem. Med det kan dei saman finne rett verktøy for medisinsk hjelp. Dei argumentera for at leiarskapet i denne samanheng vil vere naudsynt for å bygge opp pasienten sin autonomi – mot uvitskap, sjølvforakt og destruktive reaksjonar på tap og sjukdom.

Det å vere medviten kommunikasjonsmessige verkemiddel kan vere nyttig i enkelte samanhengar: «Når eg prøver å påverka kan pasienten nokre gongar tenkje «tenker du det, då kan eg kanskje likevel prøve å gå på jobb»(Lege 3). Eg tolkar at forhandlingsdiskursen i dette tilfelle er skapt av ein godt forankra arbeidslinediskurs og den utfordrande pasientmyndediskursen.

Pasientmyndediskursen er legane med på å reprodusere, blant anna gjennom forhandlingane med pasienten.

Mæland (2014) refererer til Arreløv m.fl (2007) og Carlsen og Nyborg (2009) når det gjeld forhandlingskulturen til legane; Det er studiar som viser at legane gjerne nyttar ein metode for forhandling for å avslutte sjukefråvær. Dersom pasienten lover å starte i arbeid etter at dei skriv ut ei sjukemelding, eller ei ytterlegare sjukemelding, vil dei attestere for sjukemeldinga. Lege 3 følgjer opp utsagnet ved å seie: «og så prøver eg å finne ut kvifor dei tenkjer at dei ikkje kan jobbe».

Eg tolkar at lege 3 prøvar å påverke i kommunikasjonen med pasienten. Legen tek ikkje det som pasienten seier som den einaste utvegen. Legen seier at han eller ho utforskar situasjonen ved å finne ut kvifor dei tenkjer at dei ikkje kan jobbe. Ein ser her at det er nyansar i vurderinga som krev tid og kommunikasjon for å komme i posisjon til å finne beste løysing. Det som er fint med ein forhandlingssituasjon er i alle fall at ein då har sikra at partane er i dialog og at legen ikkje finn lette omvegar for å spare tid:

Noen ganger er det vanskelig, for eksempel for kronikere, de kommer med krav og vi har dårlig tid. Det er ikke alltid de vil det, de bare ringer inn og vil ha ny sykmelding og så maktforholdet er det litt så... hvis det er godt samarbeid føler vi oss i hverfall ikke maktesløse (lege 9).

Maktesløysa oppstår altså når ein ikkje kjem i dialog med pasient fordi då har legen ikkje moglegheit til å påverke eller bidra med den medisinske kompetansen sin. Same lege forklarar vidare:

Vi har jo mye å bidra med når det gjelder å motivere de til jobb, ta den mentale praten om at de for eksempel kan bli ulykkelig ved å ikke jobbe. Sånne ting. Vi prøver så godt vi kan, men det er ikke lett når vi ikke ser pasientene (lege 9).

Det ligg makt i den medisinske kunnskapen som påverkar symptoma, diagnosar og veremåtar (Werner, 2011). Freidson (1970) har brukt omgrepet «profesjonell dominans» om deira makt til å definere den medisinske verkelegheita, både når det gjeld pasientar og når det gjeld andre helsearbeidarar. Ein finn altså teori som tilseier at legane har ein god del makt – dei har definisjonsmakt på grunn av den medisinske kompetansen sin. Likevel ser ein gjennom analysen av intervjua at pasienten har svært mykje makt på grunn av kunnskapen om sin eigen kropp og funksjon. Dette gjer at forhandlingsdiskursen er ganske vanleg. Det ser ut som om forhandlinga er ein så betydeleg diskurs at det kan skildrast som situert kunnskap (Foucault, 1999, Neumann, 2001). Freidson (1970) har utarbeida ein konfliktteori der han påstår at lege og pasient kjem frå kulturelt – og sosialt ulike verdar. Makt og kontroll vert utøvd av legen i lys av medisinen. Ein veit at ein må gje og ta, og som eg allereie har peika på så vert forhandlinga eit samarbeid. Ein arbeidar mot å finne ein felles konstruert løysing, ut i frå deira eigen erfaring, historie, haldningar og diskursar. Denne forhandlinga vert personleg, intersubjektiv, og vil vere unik. Eg ser at det er viktig for legane at ein ser heilskapen i pasienten si historie: «Alt påverkar. Det kan vere at folk går konkurs, konflikhtar,

mistrivsel, fråvær og mange ting som verkar inn på om sjukemelding er bra eller dårleg for pasienten» (lege 7).

Ein ser igjen at sosiale aspekt vert teke med inn i forhandlingsituasjonen saman med pasient. Det kan oppstå ei felles forståing som ikkje kan grunnjevast i ein diagnose. Dette krev at legen artikulterer si forståing av helsesituasjonen slik at Nav kan ta tak i problemsituasjonen utan at den er kamouflert. Dette skal eg komme tilbake til når eg snakkar om portvaktdiskurs. Eg tenkjer at utfyllande forklaring på sjukemelding kan vere spesielt interessant for Nav då det ikkje vil vere riktig å påstå at ein lege vurderer feil, så lenge ein lege grunnjev denne intersubjektiviteten i ei forklaring. Det er heller ikkje sikkert det er så enkelt å forklare Nav korleis dei kom fram til den aktuelle konklusjonen, så noko av elementa i sjukefråværsoppfølginga til legen vil verte vekke når saka forlèt «legerommet».

Bateson (1972) syner til det uartikulerte føresetningane, det som er skjulte for oss, er dei tankane legane har om pasientane. Legane sine intervensjonar med pasientar kan vere basert på noko som er antakeleg. Legane gjev uttrykk for å ville møte pasienten som eit subjekt, og det kan opne seg for ei intersubjektiv anarkjenning (Schibbye, 2012). Opplevinga av sjukdomen vert viktig for å kunne konkludere med sjukemeldinga. I motsetninga til ei tenking der pasienten er objekt. Då vil legen tenkje at menneske må kontrollerast og rammast inn i sosiale, akseptable normer (Mitchell, 1988 i Schibbye, 2012), slik som Nav sine krav. I tillegg vil ei subjekt-objekt tenking resultere i at legen tenkjer at pasienten kan verte påverka., og på den måten bringe fram riktig åtferd (Schibbye, 2012), som til dømes å gå tilbake til arbeid.

Taylor (1992) påpeikar moglegheita for å skape pasienten til eit problem fordi det er legen som sit med kunnskapen om det medisinske eller pasienten sin helsetilstand. Legen sit med kunnskapsmakta (Schibbye, 2012).

Det går att i mange representasjonar at legen er oppteken av pasientsubjektet i så stor grad at diagnosen i all hovudsak vert sett ut i frå pasienten si skildring av helseproblemet. Dette gjer at legen i all hovudsak manglar medisinfagleg grunnlag for å uttale seg om funksjonssvikten, meiner Johnsen (2008). Her problematiserer Johnsen sin eigen påstand ved å seie at det vil vere vanskeleg for ein lege å gje ein funksjonsskildring til Nav når det viktigaste i konsultasjonen er å få fram den subjektive opplevinga til pasienten. Johnsen (2008) seier vidare at legen si haldning til pasienten vil ha betydning for pasienten sin rett til trygdeytingar (i dette tilfelle sjukemelding). Nav vurderer om sjukemeldinga gjer rett til trygdeytingar (Kann, Lima, og Kristoffersen, 2014). Det kan bety at det fordrar ei kjensle av intersubjektivitet og forståing frå legen dersom han eller ho skal attestere for sjukemelding. Johnson (2008), som sjølv er lege, påstår at legane i stor grad nyttar perspektiv utanfor det fagmedisinske når dei gjer dei vurderingane som kan føre til sjukemelding. Ved å likevel kalle

vurderingane som medisinske har samfunnet bedt legane legge ikkje-medisinske fenomen inn i det medisinske. Av den grunn kan det vere relevant å sjå dei aspekta som er uklare ved sjukdom i samanheng med andre perspektiv enn medisinen. Døme på dette kan vere sosialfaglege perspektiv der oppleving av ein situasjon vert sett i fokus, og sosiologisk perspektiv der kunnskap om sosiale system og til dømes arbeidsliv- og marknad kan knytast opp mot feltet medisin.

Ein ser at mykje tyder på at forhandlinga er ei samanfating av vurderingar som ikkje er reint medisinske og det som tradisjonelt er sett på som medisinske vurderingar. Døme på ein representasjon som kan tyde på dette er: «Viss han har ein god begrunnelse så er det no greitt. Viss ikkje, så er eg ueinig og må argumentere for det. Kanskje han kan gå halvt i jobb eller noko» (lege 6).

Det kan høyre ut som om legen går i forhandling dersom han eller ho er ueinig med pasienten. Legen syns eigentleg at pasienten bør vere i arbeid. Då tenkjer legen at det er betre med noko jobb enn ingen jobb, og legen kan klappe seg på skuldra fordi det ikkje vart full sjukemelding. Dette vert igjen representert ved lege 1 som gjer uttrykk for at om legen gjev sjukemelding slik pasienten ønskjer, så vil vurderingssituasjonen vere over. Då vil ikkje pasienten koma tilbake: «Men ofte føler eg at viss du på ein måte gjev pasienten det de vil ha så setter man et punktum for det etter på. Då gjev man de et pusterom og da kommer de ikkje tilbake fordi de fikk det de trengte». Det ser ikkje ut som om legen i dette tilfelle har reflektert over at han eller ho har etablert ein forhandlingspraksis som har konsekvensar. Legen sin måte å tenke og handle på kan føre til at pasienten ikkje kjem tilbake i dette sjukemeldingstilfelle, men pasienten har fått erfart forhandlingsdiskursen og kan komme tilbake i neste sjukdomstilfelle med ei oppfatning som er prega av siste møte med legen.

Ein rådande makt har oppstått. Ikkje ei personleg makt, men ein rådande felles regel (Neumann, 2001) om at pasient kan forhandle om å verte fritaken frå arbeid.

I representasjonane nemnd i høve til forhandlingsdiskursen er Nav eller myndighetene ikkje nemnd. Ein kan likevel skimte ein ambivalens i representasjonane på grunn av legane sin rolle som kontrollør- og velferdsforvaltar. Dette skal eg gå nærare inn i neste delkapittel.

6.2 Mitt kunnskapsbidrag

Av analysen har eg trekt ut ny kunnskap. Forhandlingsdiskursen representerer kunnskapen om at legane har avgrensa autoritet overfor pasienten. Dei lar pasienten ha med-bestemming fordi total autoritet utan med-bestemming kan føre til at pasienten mistar tillit til legen, går til annan lege, vert sint og frustrert. Det kan på den måten få konsekvensar for legen. I tillegg kan legeavgjersla vere ubehageleg for legane og dei finn det lettare å gå i forhandling enn å avgjere konklusjonen utan

påverknad frå pasienten . Forhandlingsdiskursen er vorten situert kunnskap, sett på plass i notida sin historiske, kulturelle og språklege kontekst.

Kapittel 7

7.0 Portvaktdiskurs

Det at ein autorisert lege kan attestere for sjukemelding og at det fordrar eit visst skjønn er ei kjent sak. Legen må gjere individuelle behovsvurderingar på bakgrunn av konsultasjonen med pasient og eventuelle funn etter undersøkingar. Det som ikkje alle tenkjer på er at legen står i eit krysspress mellom pasienten sine subjektive ynskjer, legen sine sjølvstendige vurderingar og det faktum at legen er kontrollør for trygdeordninga sjukepengar. Noko som betyr at legen har ein viktig forvaltningsrolle for velferdsmidlane i Noreg.

Representasjonane som syner ein portvaktdiskurs i materialet vert no presentert saman med tolking av desse representasjonane (Neumann, 2001).

7.1 Portvaktdiskurs - analyse og drøfting av lagdelinga

Norske myndigheiter har bestemt at medisinsk utdanning gjev tilstrekkeleg kompetanse i høve til å avgjere om det ligg føre sjukdom. Dermed kan ein lege attestere på blant anna sjukemeldingsblankett (som ein av mange skjema). Når legen utøver denne typen myndigheit kallar ein det i Noreg for å vere portvakt (gatekeeper). På grunn av avgrensa ressursar og av omsyn til velferdsstaten må stadig fleire nektast tilgang (Gulbrandsen, Førde og Aasland, 2002).

Mange av representasjonane i intervju av legane handla om deira frustrasjonar over å ikkje kunne eller ikkje få lov til å sjukemelde på bakgrunn av sosiale- eller økonomiske tilhøve. Dette er regulert gjennom Lov om folketrygd § 8-4 der det står at «arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.i, gir ikkje rett til sykepengar». Desse diagnosane vert kalla z- diagnosar fordi dei har diagnosekode Z. Z-diagnosar gjev ikkje rett til sjukepengar. Diagnosar der ein kan ha rett til sjukepengar er til dømes P-diagnosar. P-diagnosar ligg under emnet som har med den psykiske helsa å gjere. Der har ein både lettare- og tyngre diagnosar. Til dømes er mild depresjon ein lett P-diagnose og Schizofreni er ein tung P-diagnose (Helsedirektoratet, 2016).

Pasientar i vanskelege livssituasjonar har nokre gongar slik belastning i kvardagen at sjukemelding er naudsynt, meiner legane. Til dømes ved konflikt på arbeidsplassen må legen finne andre legitime diagnosar å attestere for, som til dømes lettare psykiatriske diagnosar, for at sjukemeldinga skal verte godkjent i Nav-systemet.

Her er eit utdrag frå intervjuet der Lege 5 påpeikar at z-diagnosar ikkje gjev rett til sjukepengar:

Man burde heller oppfordra legene til å bruke z diagnoser, kanskje ikkje som den eneste, den burde man ikke gjøre. Hvis det handler om arbeidsmiljøet eller ett eller anna. Jeg orker rett og slett ikke gå på jobb. Jeg er kvalm , jeg sover ikke og sånn og sånn. Dette hører du, stadig vekk. Man kan ikke være ærlig på dette overfor Nav. Derfor blir det er P02, så er man sykemeldt en periode og så roer det seg. Det er bomskudd å være kritisk for P02 diagnosen, for det er der det ligger. Det er der angrepspunktet ligger og det er klart det at dårlig arbeidsmiljø og mistriivsel er en vesentlig grunn til sykemeldinger i Norge (Lege 5).

Intervjuer følgjer opp med å spørje: «så du tenker da at dersom du kunne brukt z diagnose meir ville det ha kome opp på bordet og gjerne då at Nav tok tak i saka»? «Ja, sånn er det...» (Lege 5).

Ein kan sjå ut i frå sitata at eg i intervjusituasjonen tolkar at legen meiner z-diagnosar er til hinder for god oppfølging frå Nav. Dette måtte eg spørje om for å få stadfesta at eg tolka riktig.

Det vil seie at det norske regelverket kan hindre at Nav fangar opp ein situasjon som bør takast tak i fordi legane unngår riktig diagnose. Ein kan tenke seg at Nav kunne fått pasientar raskare i arbeid om dei hadde kjennskap til dei riktige opplysningane. Her har norske myndigheiter skapt eit skilje på kva diagnose som gjev rett til sjukepengar og kva diagnose som ikkje gjev rett til sjukepengar, jamfør Lov om folketrygd § 8-4. Foucault kallar ein slik konstruert tekst, som Lov om folketrygd, for "forfattarprinsippet" (Foucault, 1999). Skiljet i lova er konstruert og kan problematiserast; Eit problem oppstår i livet og gjer at ein person treng eller ønskjer sjukemelding. Problemet i seg sjølv er ikkje legitim grunn for å sjukemelde vedkomande, men dersom vedkomande har fysiske eller psykiske symptom som passar inn i det norske diagnosesystemet, så vil legen ha moglegheit til å attestere for sjukemelding. Det vert ein konflikt for legen på bakgrunn av at legen fungerer som portvakt (kontrollør) for sjukepengane, som er felles velferdsgode. I tillegg kan det indirekte forlenge ein sjukemeldingsperiode dersom legane dekker over eit problem som potensielt ein kan få hjelp til å løyse av Nav eller andre instansar. Portvaktdiskursen vert synleg som ein motpart til arbeidslinediskursen fordi fokuset til legen vert retta mot sjukepengereetten til pasienten. Følgjande er eit døme på at lege held informasjon bevisst vekke frå sjukemeldingsblanketten:

Det eg vil formidle er at kompleksiteten som eg har prøvd å beskrive til deg meiner eg er viktig for pasienten også. Det er ikkje alt som står på sjukemeldingane. Det finns jo valdeleg samliv og mange ting som ikkje står i papira, som legen tar ansvar for. Du kan ikkje medgje at ein kjent person i bygda ventar på ein dom i ein eller anna rettsak. Vil ikkje Nav gjer eit rom til dokteren? Alt skal stå i papira, dei skal vete og sjekka alt. Det skal vere eit rom der, at Nav skal ikkje vete alt, i alle fall ikkje innanfor to månadar sjukemelding. Vi skal gjere ein jobb og dei får gjere sin jobb. Det dette vi kom fram til når vi forhandla og tenkte kva som var best (Lege 7).

Legen uttrykker at sjukdom og sosiokulturelle tilhøve støyter saman. Ein kan seie at det går føre seg ei kvitvasking av sjukemeldingsstilfeller i den forstand at dei aksepterte diagnosane vert fortolka inn i pasienten sitt behov. Det vert eit krysspress mellom den konstruerte «riktige» praksisen, portvaktdiskursen, og behovet til pasienten, pasientmyndediskursen. Sjølv om denne praksisen til legen mest sannsynleg vert utført i ulik grad kan det føre til feilregistrering av diagnosar gjennom legemeldt sjukefråvær i norske databasar, som til dømes Nav- eller SSB databasen. Slik auke kan igjen føre til fokusering på behandling mot lidningane. Ein kan tenke seg at det hadde medført arbeid mot tiltak som står i høve til arbeidskonfliktar, samlivsbrot eller åtferdsavvik dersom dei faktiske tilhøva var legitimt å informere om (Bjørner, 2013).

Mine funn støttar at legar meiner ein ville komme nærare problemet og nærare kjernen i problemet dersom legane fekk høve til å attestere for z-diagnosar og pasienten fekk sjukemeldingsrett med denne diagnosen. Eg vil i tillegg trekke det enda lengre ved å seie at denne diskursen kan hindre ein riktig portvaktrolle. Regelen fører til at legane ikkje utfører portvaktrolla slik som er forventa av dei, sjukdomsbilete vert feil attestert og oppfølging av Nav kan enten utebli eller det kan verte feil oppfølging. Ettersom legane har etablert ein diskurs for å omgå lova går viktig informasjon tapt som ein konsekvens av at pasientar som er arbeidsuføre på grunn av sosiale- og økonomiske årsaker, ikkje får sjukepengere rett.

Carlsen (2008) påpeikar i «Dobbeltmoralens voktere» at pasientar forventar at legane skal ignorere § 8-4 i Lov om folketrygd. Fastlegar meiner at omsynet til dei subjektive behova til pasienten og forvaltning av samfunnet sine ressursar gjer at dei kjem i ein skvis som er ubehageleg. I Carlsen (2008) sin undersøking kom det fram at legane som oftast syns dei arbeida for pasienten. Dette er i tråd med mine funn som indikerer at dialogen mellom pasient og lege gjev ei felles forståing for ein situasjon som gjer det vanskeleg for legen å undergrave ein pasient sitt ønskje om sjukemelding.

Lege 7 uttalte «ein må gje pasienten ein time-out når han treng det». "Treng det" tolkar eg som legen si oppfatning og legen si oppleving. Det er legen sin konstruerte sanning, og legen har etablert denne praksisen og internalisert den uttalte haldninga. Likevel er det underkommunisert ein portvaktdiskurs. At det er underkommunisert kan føre til dårlegare oppfølging av pasient, som igjen kan påverke lengde på sjukemelding. Lege 7 på si side og frå sin synsvinkel tenkjer at dette kan hindre langtidssjukemelding (sitat lege 7). Legane legg «godviljen til», skriv Gulbrandsen, Førde og Aasland (2002). Ved at dei er romslege vil det bidra til at pasienten får det som vert bestilt (det pasienten ønskjer). Legane er ikkje restriktive fordi dei kjenner på eit stress knytt til kontrollfunksjonane som hamnar i favør av pasienten.

2 av 9 legar uttalte at mykje papirarbeid og lita tid kunne medføre ein redusert portvaktfunksjon: «Noen ganger så har man mye papirarbeid og liten tid og det kan sikkert gå ut over beslutningen man gjør. Dette at man ikke har kontinuerlig samtaler med pasientene fordi situasjonen er på stedet hvil» (Lege 9).

Lege 9 fortel at han/ho gjev sjukemelding for å spare tid, for å sleppe å krangle og til med for å sleppe å ta ein konsultasjon. Ein redusert legekapasitet vil då kunne føre til at pasientar har lengre periodar utan aktivitet enn det ein kan anta er naudsynt, i alle fall utan tilstrekkeleg med oppfølging.

Portvaktfunksjonen kan svikte. Lege 9 følgjer opp med å seie at «ein bør ha kontinuerlege samtalar med pasienten for å ikkje vere på stedet kvil». Lege 9 brukar ordet «kvil». Å kvile tolkar eg som at ein er passiv og gjer lite for å endre situasjonen – verken pasient eller lege. Ein finn seg i kvileposisjon utan å komme vidare. Tilstanden til pasienten, saman med ein fråverande lege, stagnerer sjukefråværsoppfølginga.

Dei individuelle forskjellane mellom legane vil variere så lenge det profesjonelle skjøn er naudsynt for å utføre tenesta, slik det er i dag. Gulbrandsen, Førde og Aasland (2002) har funne ut at meir enn halvparten av legane, i deira kvantitative undersøking frå legar i Legekårsundersøkinga i 1993 og 2000, gav opp at dei la pasienten sitt ønskje større vekt enn eige medisinsk skjøn. Tilsvarende har Carlsen og Riise (2013) komen fram til i undersøkinga av 1172 norske fastlegar. I tillegg til at dette viser ei stor pasientmynde, ser ein òg at legane utøv portvaktrolla ulikt.

Legane i undersøkinga påpeika i nokre av intervjua at portvaktfunksjonen vert praktisert ulikt: «Her er vi to unge og ho eine er veldig streng. Så nokon som kjem til ho og ber om sjukemelding så får ein blankt nei, men der er eg meir snill...det kjem an på personen» (Lege 1).

Lege 1 kallar seg sjølv snill når pasientar kjem for å be om sjukemelding. Legen tenkjer at å ettergje pasienten sitt ønskje er snilt og at legen då er altruistisk. Legen 1 reflekterer ikkje over kva ho sa, men det var kontant uttale om at «sånn er det!» Den som gjev sjukemelding hyppigare er snillare enn dei som er meir restriktive i høve til å attestere for sjukemelding. Det kan òg bety at legen er konfliktsky og det vart for utfordrande å avvise ein pasient sitt ønskje om sjukemelding. Eg tolkar det som at det ligg noko skam i denne snillismen. Det vart som om rolla som portvakt vert utfordra av dei forventningane som ligg til denne rolla. Eg tenkjer på portvaktrolla som det Michel Foucault (1999) omtalar som «kommentaren». Gjennom skapte diskursar må legane forholde seg til betydinga av portvakt. Legane tolkar rolla og opphøggjer rolla utan å tenkje på at dette er konstruerte reglar som har til hensikt å strukturere profesjonen. Gjentakning i profesjonen og føringane frå myndigheitene gjer at ein ikkje stiller seg kritisk til fenomenet, men tek det for gitt som det er universell sanning. På den andre sida er identitetar konstruktive. Legen sin identitet er skapt og er i stadig endring. Utsegn

som at legar som gjev hyppigare sjukemelding er meir snille seier noko om korleis legen har kunnskap om verda. Det er eit epistemologisk spørsmål om korleis ein tenkjer at noko skal sjå ut, eit bilete på portvaktrolla og eit bilde på legekonsultasjonen (Neumann, 2002).

Guldbrandsen, Førde og Aasland (2002) problematiserer at legeprofesjonen vert satt på prøve når sjølve hjelperollen vert sett på prøve. Dei fann ut at denne kontrollørrolla medførte stress i så stor grad at enkelte må velje stillingstyper der ein praktiserer portvaktrolla i mindre grad. Ein lege kan likevel ikkje heilt unngå å vere portvakt. I studien mitt var det òg varierende korleis legane tilpassa seg portvaktrolla. Den absolutt største re-presentasjonen i intervjuva var tolkinga av § 8-4 i Lov om folketrygd og korleis legane klarte å tilpasse lova inn i deira vurderinga, sjølv om sjukdomsbilete ikkje passa inn i ordlyden i lova.

Carlsen (2008) fann tilsvarande meningsytringar; legane må tøyse reglane litt for å ta omsyn til pasienten sitt beste. Nokre gongar fordelar legane velferdsgodane i tråd med rettferdssansen og empatien sin. Til samanlikning har Mæland (2014) kome fram til at det er god grunn til å tru at fastlegar berre i avgrensa grad utøver den portvaktrolla som dei har fått tildelt i høve sjukemeldingar. Mæland (2014) har konkludert med at legane ikkje ser det som si primære oppgåve å vere portvakt for norske velferdsgode. Eg tolkar at portvaktdiskursen står sterkt kontrast til pasientmyndediskursen i legepraksisen, og gjer at legane kjenner ein ambivalens som påverkar samvit og kjensla av vurderingskompetanse. Pasientmyndediskursen ser ut til å utkonkurere portvaktdiskursen i tevlinga om makt. Legen kjenner at portvaktdiskursen skapar ein distanse til pasienten.

7.2 Mitt kunnskapsbidrag

Portvaktdiskurs har trådd fram som ny kunnskap gjennom empirien i studiet. Ein ser at legen utviklar ein ambivalens mellom rolla som relasjonell lege, der ein legg mest vekt på pasienten sitt behov og ønskjer, og rolla som portvakt. Rollene kjem i konflikt.

Eg har funne at portvaktdiskursen i materialet kan bidra til å undergrave problemstillingar som er viktige å få fram. I Noreg gjer ikkje Z-diagnosar rett til sjukepengar, men "problemet" kan løysast ved at legen ikkje skriv Z-diagnosar på sjukemeldingsblanketten. Denne unnlatinga av informasjon på sjukemeldingsblanketten kan potensielt dekke over ein livssituasjon eller helsesituasjon som kunne vore teke tak i av Nav eller andre distansar.

Av den grunn kan det sjå ut som ein kan finne kvitvasking av Z-diagnosar som hindrar at viktige problemstillingar vert løyste.

Kapittel 8

8.0 Interhelsediskurs

I løpet av første intervjuet skjønnte eg at det relasjonelle aspektet var viktig for legen. Til og med i dei intervjuene der legen var mest oppteken av velferds- og økonomiforvaltning kom det fram at det relasjonelle aspektet i sjukemeldingspraksisen er viktig. Eg har formulert diskursen interhelsediskurs på bakgrunn av at eg oppdaga eit fenomen der legen og pasienten forstår helse til pasienten i lag. Det vil seie at dialogen om helse og forståinga av helse vert danna i relasjon til kvarandre.

Representasjonane som syner ein interhelsediskurs i materialet vert no presentert saman med tolking av desse representasjonane (Neumann, 2001).

8.1 Interhelsediskurs – analyse og drøfting av lagdelinga

Når eg første gong i denne studien hørde om viktigheita av relasjonen mellom lege og pasient var vi nettopp starta med første intervju. På spørsmål om kommunikasjon mellom lege og Nav eller kommunikasjon mellom lege og arbeidsgjevar, fekk eg svar på at det er ikkje alt som kan formidlast enkelt til ein samarbeidspart. Det er ei forståing av helse mellom lege og pasient som ikkje kan enkelt skrivast som ein funksjonsskildring i ein sjukemeldingsblankett. Legen tek inn ein personleg dimensjon og ei relasjonell omsorg (Nordtvedt, 2001). Eg fekk inntrykk av at det ikkje berre var den verbale kommunikasjonen som spelte inn, men òg uttrykk og kjensler. Til dømes eit slitt fjes som gret. Schibbye (2012) er oppteken av dialektikken i relasjonen mellom pasient og lege. Det er altså ikkje noko enten - eller tenking, men både - og. I dialektisk tenking fungerer pasienten både som subjekt og objekt i ein gjensidig prosess. Dei er delane av ein heilskap. Det betyr at legen må både kunne sjå pasienten sitt perspektiv og oppleving, samtidig som legen har objektiv forståing for medisinske funn.

Etter kvart som eg intervjuar fleire legar skjønnte eg at denne interhelsediskursen gjekk igjen i alle intervjuene med ulik grad av fokusering på det. Då eg eigentleg var interessert i samhandling med Nav, og hadde i intervjuguiden spørsmål rundt dette, så kom etter kvart dei detaljane på sidelina fordi eg såg at å fokusere på denne interhelsediskursen ville òg kunne gje nokre svar som kan vere vel så interessant som å få presentert kva ein gjer og kva ein ikkje gjer i samhandlingsrutinar. Ved å få fram interhelsediskursen kan ein få eit djupare innblikk i ein faktor som i høgaste grad påverkar

sjukemeldingspraksis sjølv om det ikkje har noko med rutinar å gjere. Det vil ganske enkelt kunne gje ei meir forståing for legane sin profesjon og virke, vil eg påstå. Det kjem fram her i lege 2 sin uttale: «Alle de tiltak jeg har gjort handler om å øke dialogen eller unngå blokaden».

Med blokade meiner lege 2 ein situasjon der legen blokkerer for inntrykk frå pasienten. Ein tenkjer då at dialog vil vere meir berekraftig enn å vere blokkert for inntrykk og meiningar. Legen sin vurdering og meining lar seg bevege, den lar seg forandre og påverke av kva pasienten seier. «Ein må ha rom for dialog, tid til å reflektere, kva som er best for deg, viss det skal komme pasienten til gode for eit godt resultat» (Lege 7).

Det er ein slags indre justis i legane sin diskurs om at subjektiviteten til pasienten er så meningsfull, og den er uavhengig av om dei trur pasienten eigentleg kunne vore på jobb eller ikkje. Det er uavhengig på den måten at har ikkje pasienten vilje så påverkar dette funksjonsevna. Det kan verke som om legen ønskjer å stå fram som om dei gjer individuelle behovsprøvingar og er fleksible – altså det motsette av universelle. Lege 7 har ei postmoderne haldning som tyder på at legen reflekterer over at det kan vere fleire moglegheiter og gjerne ikkje ei absolutt sanning. Legen sin eigen artikulasjon kan ha slik makt over praksis at det kan ha makt i kraft av at legen potensielt bidrar til å forme sosial praksis. Det vil seie at denne praksisen, gjennom kontinuerleg handling, kan føre til ein "utelukkingsprosedyre", slik eg har forklart i teori-delen av oppgåva (Foucault, 1999).

På bakgrunn av fleire representasjonar er påstanden min at legar ønskjer å få tillit frå pasienten for å bevare allianse. Denne betydninga av allianse kan sjå ut som har utvikla seg som ei myte i diskursteoretisk forstand. Altså at det er eit flytande fenomen. Det er eit forhold som vil endre seg frå fortid til notid (Jørgensen og Phillips, 1999). Eg tolkar at mange av legane synest at tillitsalliansar er hensiktsmessig, men at konsekvensen av diskursen ikkje er vektlagt i stor grad. Det er blitt situert kunnskap, utan at ein er kritisk til kva tillitsbasert praksis er. Det kan likevel sjå ut til at nokre legar tenkjer på kva tillitsbasert praksis kan ha for slags positive konsekvensar. Hensikta med å bevare tillit og allianse var at dette skal få positive konsekvensar i konsultasjonen og i seinare relasjon. Den tilliten som legane har opparbeida seg kan gjere til at ein kan unngå konflikt med pasienten. I staden kjenner legen eit personleg ansvar for pasienten (Arnesen og Fredriksen, 1995 i Aamland og Mæland, 2016). Gjennom studien har eg sett at det er viktig for legen å kjenne på korleis pasienten har det, og nettopp dette vert ei kjelde til kunnskap. Ved at pasienten og legen har tillit gjennom oppfølgingsarbeid og gjennom at pasienten er på legen si fastliste over tid, vil det oppstå ein kjennskap til kvarandre som kan ha betydning for å komme fram til ein sjukemeldingskonklusjon: «Det er ein stor fordel å kjenne pasienten godt. Har ein kjennskap til pasienten frå før er det lettare å plassere sjukmeldinga der den skal vere» (Lege 8).

Denne uttalen seier i klartekst at relasjon er viktig for å plassere ei sjukemelding der den skal vere. Det at relasjonen har så stor betydning vert ikkje problematisert i høve til premissa det er bygd på. Kva gjer dette med maktbalansen i forholdet til pasient og lege? Ein kan tenkje seg at maktbalansen har hatt ein diskursiv endring gjennom fleire ti-år der pasienten får delta i vurderinga av helse si og sjukemeldinga si (Skavlan, 2016). Dette er tydeleg kome fram i studien. Endringa er så tydeleg at det kan sjå ut som om fenomenet per i dag har ein normativ effekt. Det vil seie at det er ein uskreven regel. Eg vil tørre å påstå at interhelsediskurs i legepraksis er, i følgje materialet mitt, vorte ein etablert norm i legepraksisen. Dette kan slå ringar i vatn ved at praksisen vert formidla gjennom handlingar, artikulasjonar og gjennom opplæring. Det vert ein ny kunnskap.

Det vert i denne samanheng vist til ulikskapen som legen må ta omsynt til: «Det handler om kapasiteten, vi er jo forskjellige. Noen vil uansett være i jobb og andre klarer ikke det» (Lege 4). Ein ser her ein sensibilitet overfor pasienten som kan forklare kvifor legane legg så mykje vekt på pasientstemma. Sensibiliteten til legen kan bidra til at tillitsforholdet vert styrka. Ein er ikkje berre motivert av moglegheita for å hjelpe reint medisinsk, men òg av eit personleg engasjement. Martinsen (1993) kallar dette for medkjensla si subjektive objektivitet. Kjensla spring ut av noko objektivt (den medisinske tilstanden), men den er innhaldsmessig subjektiv fordi legen tolkar situasjonen affektivt og spontant gjennom den andre sin «liding» (Nortvedt, 2001). Sensibiliteten og relasjonskompetansen er under kontinuerleg utvikling gjennom erfaring og kan skape eit større relasjonsrom og ei breiare forståing for kjenslene til pasient. Denne sensibiliteten er Arne Johan Vetlesen (2001) oppteken av. Han seier at pasientar er ulike; Dei kan likegodt vere ressurssterke som ressurssvake. Sjukdomserfaringa kan føre til tap av meistring, noko dei ulike pasientane kan ha til felles. Av den grunn må legen, i følgje Vetlesen, gje verdigheit til dei som ikkje meistrar, uansett ressursstyrke.

Lege 4 anerkjenner denne ulikskapen som pasientane har og viser at han eller ho er tilbøyeleg til å «gå til møtes med pasienten der pasienten er». Denne uttalen er teke med fordi den representerer noko som går att i intervjuet. Det er interessant at eg finn samanfallede utsegn i artikkel frå 2001 der Vetlesen påpeikar at legen bør vere både profesjonell og personleg. Dette skal ikkje vere to roller, men bør samanfattast i ein profesjonell og sårbar lege. Legen bør møte pasienten der pasienten finn seg. Då kan ein vise audmjukleik i staden for skråsikkerleik. På denne måten tolkar eg at det vil verte ei personleg intersubjektiv helseoppleving.

Ein slik personleg møte i profesjonssamanheng har vist seg å vere utfordrande for legen. Det kan krevje at legen brukar seg sjølv som menneske og sin eigen personlegdom i konsultasjonen. Nessa, Schei og Stensland (2014) påpeikar at sjølvrefleksjon burde vere obligatorisk i medisinsk

profesjonalisering. Noko anna kan føre til at ein går glipp av pasienten sin forståing, og i hovudsak fokusera på objektive funn som til dømes MR-bilete.

Gjennom legen sin sjølvrefleksjon og felles helseoppleving tenkjer eg at det vert skapt eit fellesskap som lege 7 peikar på med følgjande setning: «Eg meiner at det skal vere eit rom der, at Nav ikkje skal vite alt, i alle fall ikkje mellom to sjukemeldingar» (lege 7).

Legen si subjektive meining dannar grunnlag for det som legen tenkjer er ei felles forståing av ei helse og/eller ein situasjon som bygger på noko relasjonelt som ikkje Nav treng å vite noko om. Ein ser igjen at pasient og lege får ein felles kunnskap og ein intersubjektiv oppfatning av kva som er best for pasient. Denne kunnskapen dannar grunnlag for ein praktisk kunnskap basert på sensibiliteten til signala som pasienten gjer. Det er legar som søker kunnskap om å forstå pasienten; eit ontologisk perspektiv. Denne type kunnskap kan ein utvikle gjennom praksis og refleksjon. Sjølv om det positivistiske vitskapssynet har stått sterkt i medisinsk samanheng gjennom tidene (Nortvedt og Grimen, 2004), er denne tankegangen heilt tilbake til Aristoteles tid. Han fortalde om ein kunnskap han kalla «Phonesis», som betyr moralsk klokskap eller ein intellektuell dyd. Ein klokskap ein utviklar gjennom erfaring saman med andre, og ein lærdom av å handle etter ein har resonnerert over kva handlingar som er moralsk gode (Nordtvedt og Grimen, 2004). Eg kan finne moralsk og praktisk handlingar som er profesjonalisert når eg analyserer materialet mitt. Det er eit omsyn til pasienten sitt perspektiv som er dominerande i intervjuet.

Uttalen frå Lege 7 over visar at det er ein symbiose i relasjonen og ein balanse i makttilhøve. Det er «vi» (lege og pasient) og «vår» vurdering. Det er legen og pasienten som eig denne kunnskapen og dei er usikre om den vil bli forstått av ein tredje-part, som Nav. Dette «rommet» som andre ikkje nødvendigvis treng å vite om, i alle fall ikkje mellom to sjukemeldingar, kan representere ein felles identitetsdiskurs innanfor ei setting eller eit ritual (Neumann, 2012, Foucault, 1999). Dei distanserer seg frå «andre» med si felles forståing. Denne konstruert identiteten kan òg sjåast på som imaginær (Jørgensen og Phillips, 1999) fordi legen har skapt eit fenomen. Det betyr ikkje at dette ikkje kan vere fruktbar praksis og gje grobott for tillit, men det er ein utvikla diskurs som må leggast fram som ein funn då det er konstruert legepraksis (Luckmann og Berger, 2000).

Det kan sjå ut som om det er forståinga av situasjonen og sensibiliteten for pasienten som dannar grunnlag for vurderinga som legen gjer av pasienten sin eventuelle funksjonsnedsetting. Det er kunnskap som legen har på grunnlag av relasjonen til pasienten. Det skapast kunnskap mellom lege og pasient som vert verande i «legerommet», og kunnskapen let seg vanskeleg forklare til andre instansar fordi noko av elementa i legen si sjukefråværsoppfølging vil verte vekke når saka forlèt «legerommet». Denne felles kunnskapen mellom lege og pasient skapar ein dimensjon som ikkje

hadde eksistert dersom legen ser pasienten som eit objekt for undersøking, slik eg ser det. I staden er denne kunnskapen ei forlenging av legen sitt medisinske skjøn. Det kan koplant til uttrykket «taus kunnskap» eller «tacit knowlegde» (Polanyi, 1983), samtidig som eg vil påpeike at uttrykket vert brukt i fleire fagfelt og i ulike teoriar. Eg vel å knytte «taus kunnskap» til interhelsediskursen, spesielt fordi den tause kunnskapen i dette tilfelle handlar om at helseforståinga spring ut frå dialogen mellom pasienten og legen i "legerommet". Gjennom denne "tause kunnskapen" har diskursen tatt kontroll over seg sjølv (Foucault, 1999). Diskursen er blitt internalisert og kroppsleggjort. Legen veit meir enn han eller ho kan setje ord på. På bakgrunn av denne tause kunnskapen etablerer legen ein måte å tenkje og handle på som utgjer diskursar som har konsekvensar for praksisen, samarbeidspartar og pasientar. Når ein då veit at ein diskursiv dominans over tid kan påverke praksis, kan ein tenkje seg at diskursen kan utvikle seg som fagleg kunnskap. Eit ritual vert skapt (Foucault, 1999). Den "tause kunnskapen" er i tillegg fanga opp i samanheng med resultatata av FARVE-rapporten (Werner, Merkus og Mæland, 2016), der det vart påpeikar at «taus kunnskap» har fått aukande merksemd i legevitenskapen. Dette kan tyde på at denne type kunnskap er meir anerkjent.

Lege 9 viser at han eller ho kan differensiere mellom ulike personlegdomar. Legen seier at det er viktig å ha kunnskap om ulikskapen fordi dei hjelper pasienten i ulik grad. Legen er oppteken av individuell behovsprøving: «Det er noen folk som er litt mer sensitive av natur og de er det viktig at man har litt lavere terskel for å hjelpe» (Lege 9).

Legen prøver å møte pasienten der pasienten mentalt er. Gjennom det pasienten uttrykkjer byggjer legen forståing av helsesituasjonen. Pasienten artikulere eit helseperspektiv som legen, gjennom å opne for andre perspektiv, prøver identifisere. Legen identifiserer eit behov som vil vere ulikt frå pasient til pasient. Den kan avskaffe myten om «pasienten» som ein identitet. Ein ser her at pasienten er kompleks og krev meir enn medisinsk kunnskap for å behandle.

Gjennom individuelt tilpassa differensiering av pasientar får pasienten ei sjukefråværsoppfølging som er unik. Det er sannsynleg, ut i frå denne kunnskapen, at legen sit med informasjon om pasienten som rommar mykje meir enn ein diagnosekode. Denne kunnskapen vert personleg mellom lege og pasient. Spørsmålet eg undrar meg er om lege burde ta seg tid til å skriftleggjere denne kunnskapen slik at samarbeidspartar kan få ei breiare forståing for pasienten sitt fråvær og funksjonsnedsetting. Eg tolkar at mange legar synest at denne interhelseforståinga ikkje alltid er lett å forklare, og i tillegg er det legar som meiner at Nav har ikkje noko med det heller. Eg trur likevel at opplysningar om legar sitt perspektiv gjeve felles forståing og utvikle samhandling. Denne masteroppgåva er døme på perspektivopplysning som kan utvikle samhandling der legar er involvert.

8.2 Mitt kunnskapsbidrag

Av analysen har eg trekt ut ny kunnskap. Interhelsediskursen representerer kunnskapen om at samhandlinga mellom lege og pasient fører til felles helsekunnskap. Ein kunnskap som omhandlar heilskapleg helseforståing.

Interhelsediskursen viser at det eksisterer ei felles makt mellom pasient og lege som er unik, og som ikkje er kunnskap utan at begge partar samtenkjer. Diskursen ser ut til å ha vorte til gjennom at lege opnar for å vere sensibel ovanfor pasienten og anerkjenne den moralske dyd som ein gyldig kunnskap i medisinpraksisen. Interhelsediskurs har vist seg å ha ein dominerande posisjon i materialet eg har analysert, som vil seie at ein interhelsediskurs har vore rådande i artikulasjonane. Gjennom analysen kan ny kunnskap vorte gjort kjent sjølv om fenomenet mogleg har eksistert lenge.

Kapittel 9

9.0 Konkluderande ord

Eg har gjennom diskursanalyse presentert ei forteljing til lesaren. Det er ei forteljing som baserer seg på opplevinga mi av rådande diskursar i legepraksisen når det gjeld vurderingar som vert gjort i samband med å sjukmelde. Gjennom konkluderande ord vil eg presentere det som eg meiner skil seg ut som viktige funn. I den samanheng vil eg dra fram att problemstillinga:

Kva diskursar vert synlege i legar sine refleksjonar kring sjukemeldingspraksisen sin?

Gjennom representasjonar frå dei 9 legane som eg intervjuar var målet å komme fram til kva meiningseiningar som har vist seg som rådande diskursar. Eg har gjennom diskursanalyse skrevet ei subjektiv masteroppgåva som baserer seg på ei forståing av dei rådande diskursane. Diskursane som eg har presentert har gjeve svar på korleis legane reflekterer rundt lege- og pasientrelasjonen sin betyding av sjukemelding. Det var sentralt for meg å bruke diskursanalyse fordi eg ville undersøkje kampen om meiningdanninga. Desse etablerte meiningane er konstruerte gjennom samhandling, gjennom bilete av verda og førestillingar som etablerer ideologiske praksisar (Jørgensen og Phillips, 1999).

Diskursane som eg har funne i legepraksisen er Foucault-inspirert på den måten at eg har vore kritisk til korleis makt, kunnskap og verkelegheitsskildringar vert produsert og reproduert gjennom språket. I tillegg har eg peika på korleis diskursane vert legitimerte og produserte som sannheiter i samfunnet og på «legerommet».

Det går fram av materialet mitt at legane artikulere sin forståing av sjukemeldingspraksisen sin gjennom pasientmyndediskurs, forhandlingsdiskurs, portvaktiskurs og interhelsediskurs. Desse 4 diskursane var mest interessant å belyse for å skape ny kunnskap, sjølv om andre diskursar tydeleg var til stade. Eg har sett at relasjonsbetydinga er rådande per i dag. Når eg samanfatar eit heilskapleg mønster i studien ser eg at legane handlar innanfor dei alternativa som er representerte innanfor den rådande diskursen, slik Foucault har formidla.

Eg har prøvd å løfte diskursane fram slik at lesaren kan reflektere over at slike etablerte sanningar har konsekvensar, både positive og negative. Det som eg har hatt fokus på er kva artulasjonar som legane har valt å bruke og kva språket har å seie for kva diskursar som finns i legepraksisen.

Diskursane heng i saman på den måten at relasjonen og forhandling om definisjonsmakta er viktig i alle diskursane, men noko som skil seg ut er

- At pasientmynde har betydning for portvaktfunksjonen
- At portvaktdiskurs vert utkonkurrert av forhandlings- og interhelsediskurs

Både pasientmyndediskurs, forhandlingsdiskurs, portvaktdiskurs og interhelsediskurs representerer ein etablert praksis der pasienten og legen samhandlar i konsultasjonen. Likevel er det eit tilhøve som skapar ambivalens hjå legen. Det er ambivalensen som spring ut på bakgrunn av forplikting til det norske forvaltningsorganet og omsynet til pasienten si subjektive oppleving. Pasienten er ikkje lengre eit objekt som legen gjennom medisinske verktøy kan utforske og gjere opp ei meining om. Innanfor desse fire diskursane er pasienten sitt synspunkt like viktig, mogleg viktigare vil eg påstå. For det kjem til og med fram at når ein ikkje er einig med pasienten om at han eller ho treng sjukemelding, så gjev legen sjukemelding likevel. Då går ein heller inn i forhandling der kompromiss vert utvegen; Forhandlingsdiskurs.

Legane har store utfordringar med å skilje mellom medisinske og ikkje-medisinske problem i legepraksisen. Dei står overfor ein diskrepans mellom det relasjonelle aspektet som oppstår gjennom at tillit vert så viktig, og den medisinske praksisen som er meir prega av positivistiske standardar og faktabasert kunnskap. Legen vil stadig verte utfordra når pasientmyndediskursen og medisindiskursen skal møtast. Det vert ein draging mellom diskursane i sjukemeldingsvurderingane. Gjennom at pasienten vert myndiggjort og trudd på skapar legane diskursar som endrar det tradisjonelle bilete. Dei får pasientmynde fordi deira stemme er viktig for å kome fram til ei sams eining om sjukemelding. Pasienten kan i dag forhandle om sjukemeldinga si. Dei kan vere med på å bestemme om dei skal verte fritaken frå arbeidet sitt på grunn av helsesituasjonen. Legane meiner i samlege intervju at dette er fordi menneske er så ulike og fordi det er menneske som sjølv opplever helse si. Ein slik diskurs kan skape høge forventningar om sjølvråderett i konsultasjonen. Eg har sjølv ofte høyrd setningar som: «Eg vil sjukemelde meg». Kan slik tankegang vere ein konsekvens av at pasient kjenner makta i «legerommet»? I følgje empirien i denne studien kan det tyde på at diskursane som spring ut av relasjonsbetydinga påverkar òg utanfor legekonsultasjonen. Diskursane påverkar korleis pasienten ser på seg sjølv og relasjonen til legen. Pasientmynda gjev både makt og ein tilfredsheit som kan gje grobottn for tillit. Eg har problematisert at denne tilliten vil vere positiv for kjennskapen til pasienten. Legane ser ut til å meine at det er lettare å gjere vurderingar når dei kjenner pasienten. Likevel kan tilliten skape ein maktkamp mellom lege og pasient som dannar ei haldning om at det er pasienten sjølv som har svar på dei medisinske spørsmåla, eller i alle fall får

sette punktum for konklusjonen i legekonsultasjonen. Dette kan skape eit krysspress mellom forvaltarrolla og hjelperolla.

Eg trur dei fleste vil oppfatte ordet tillit som eit positivt lada ord, og at ein samtale basert på tillit vil vere ein meir positiv samtale for partane enn ein samtale basert på mistillit. Målet mitt er ikkje å svartmale tillitsomgrepet i denne samanheng, men å vise at denne gode relasjonen kan føre til maktkonfliktar eller endringar i sosiale strukturar. Ei pasientmynde har oppstått i lys av relasjonsfokusering frå legane. Dei gjev pasienten tillit til at helsa er slik dei opplever den og uttrykker den. Usikkerheit kan dermed føre til sjukemelding dersom pasienten ønskjer det.

Vi har òg sett at pasienten ikkje får bestemme heilt i ein legekonsultasjon. Det kjem fram at legane ser eiga makt og at dei sjølv har den medisinske kompetansen som kan vurdere medisinske tilstandar, likevel støyter dei på «skjønet» ofte og må gjere vurderingar der ein ikkje ser opplagte medisinske funn. Det er i desse gråsonene at oppgåva mi har fått spire og gro; Der dei vanskelege vurderingane, forhandlingane og konfliktane kan skje.

Pasienten si historie og opplevingar vert styrande, både på den måten at historie og opplevingar påverkar kapasiteten til pasienten – noko som tydeleg kjem fram at legane tek omsyn til, sjølv når dei vert irriterte eller ikkje forstår den kapasitetslause pasienten. Kompromisset vert skapt i dei situasjonane òg. Det kan sjå ut som om naudsynet for at legen skal skape fruktbare konsultasjonar vil bære preg av om legen klarar å skape eit «psykisk og fysisk rom» der det er tid, moglegheit og kunnskap i høve til å få tilstrekkeleg kjennskap til pasienten og vedkomande sitt budskap. Her vil òg kroppsspråk, sansar og stemmeleie vere viktig. (Berg, 2005). Eg har kalla dette for «legerommet».

Eg har prøvd å skildre det som går føre seg, men som mogleg er vanskeleg å sjå fordi diskursane utgjer ei oppfatning av den sosiale verda. Dei fire diskursane eg har presentert er etablert åtferd og handlingar som dei involverte tenkjer er sann, eller der dei involverte ikkje tenkjer over at det verken er sant eller usant. «Slik er det» -kunnskap.

Skulle eg teke studien eit steg vidare hadde det vore svært interessant å vere vitne til og observert legekonsultasjonar. Då ville eg i Foucault si ånd kunne få sjansen til å analysere korleis diskursane og førestillingane materialiserer seg og får uttrykkja seg gjennom handling og praksis.

Det kunne vore spennande og analysert om sjølv den fysiske konsultasjonen sin materielle tilstand ber preg av at pasientmynde, forhandling, portvaktforvaltning, legeambivalens og intersubjektiv helseforståing. Dersom eg skulle forska vidare på desse diskursane etter masteroppgåva ville eg prøvd å finne ut om desse diskursane vert manifestert gjennom til dømes fysisk plassering,

blikkontakt og stemmeleie i «legerommet». Ein vil då kunne finne ut korleis diskursane kjem fram i utøving av legepraksisen og korleis pasienten vil forhalda seg og vert påverka av denne praksisen.

Litteraturliste

Aamland, A. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2/2016, s. 148-178.

Andersen, N. Å. (1999). *Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann: Nyt fra samfunnsvidenskapene*.

Askeland, G.A. (2006). Kritisk reflekterende – meir enn å reflektere og kritisere. *Nordisk sosialt arbeid* 26 (nr. 2), s. 123-135. Oslo: Universitetsforlaget.

Askildsen, J. E. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? *Velferdsforskning*, 2, årgang 14, 97-101.

Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2012). Hovudnr. 35 – Lov om sosiale tjenester i Nav. Oslo: Departementet

Batson, G. (1972). *Steps to an ecology of man*. Toronto: Chandler Publishing Company

Becken, L. E, Lien, M.I, Busch, R & Berg, H. (2016). *Evaluering av Hedmarksmodellen – NAVs håndtering av aktivitetskravet ved uke 8 i en sykmelding* (rapport nr. 2016 - 05, Prosjekt nr. 15009).

Henta frå

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Forskningsrapporter+og+evalueringer+finansiering+av+NAV/sykefrav%C3%A6r-og-arbeidsmilj%C3%B8-rapportarkiv>

Berg, E. (2005). *Det skapende mellomrommet – i møte mellom pasient og lege*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Berger, P. & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bjørner, T. (2013). Det vanskelige sykmeldingsarbeidet. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 1, s. 133-136.

Brage, S., Kristoffersen, P. & Lysø, N. (2014). Navs oppfølging av sykmeldte. *Arbeid og velferd*, 1/2014, s. 78-89.

Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm.

Carlsen, B. (2008). Dobbeltmoralens voktere? Intervjuer med fastleger om sykmelding. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 11, s. 259-275.

Carlsen, B. (2009). Legers skjønn og andres skjønn. *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol 12, nr. 1.

Carlsen, B. & Norheim, O.F. (2003). Hvordan påvirker fastlegeordningen legers skjønnsmessige avgjørelser. *Notatserie i helseøkonomi*. Nr. 17/03.

Carlsen, B. & Nyborg, K. (2009). The gate is open: Primary Care Physicians as social security. Gatekeepers. *Memorandum*. Nr. 7. Oslo: Department of Economics, University of Oslo.

Carlsen, B. og Riise, J. (2013). Fastlegens dilemma: Pasientvelferd eller kostnadshensyn? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 4, s. 349-358

Eckhoff, T. og Smith, E. (2014). *Forvaltningsrett*, 10. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Forskningsetikkloven (2006). Lov om behandling av etikk og rederlighet i forskning. Lov av 30.juni. 2006 nr. 56. Henta frå: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56> 01.03.17

Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus forlag.

Freidson, E. (1970). *Profession og medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Frønes, I. (2003). *Handling, kultur og mening*. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget

Grødem, A.S. og Orupabo, J. (2015). Gradering av sykmeldinger – hvilke problemer løser det? *Søkelys på arbeidslivet*, 32/2015, s. 41-60.

Gulbrandsen, P., R. Førde og O.G. Aasland (2002). Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskrift Nordisk Lægeforening*, nr. 122: s.1874–1879

Hagelund, A. (2014). Nye styringsformer i velferdsstaten. *Stat og styring*, 3/2014, s. 36-38. Hummelvoll, J.K., Andvig, E. og Lyberg A (red.) (2010) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Halvorsen, K. (2002). *Sosiale problemer: En sosiologisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentar (Rundskriv IS-8/2012)*. Oslo: Direktoratet

Helsedirektoratet. (2016). *Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding*. Hentet frå: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder/seksjon?Tittel=diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding-1398> (26.03.17)

Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell*.

Hjort, P.F. (2014). Framtiden er lys – det er bare tre bekymringer. *Tidsskrift Norges legeforening*. s.120-12.

Hydèn, M. (2000). Forskingsintervju som relationell praktik. I: Haavind, H. (Red). *Kjønn og fortolkande metode*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Johnson, G.E. (2008). Syk, men ikkje sykemeldt -sykemeldt, men ikkje syk. I: *Arbeid, sykdom og moral. Om legeattestert fravær og veien tilbake i jobb*. Sandvin, J. (red). Bergen: Fagbokforlaget

Järvinen, M og Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag

Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999), *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlaget.

Kann, I.C., Lima, I. A. Å. og Kristoffersen, P. (2014). Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. *Arbeid og velferd*, 3/2014, s. 14-33.

Kann, I.C. og Lima, I.Å. (2016). Tiltak i Nav Hedmark ga færre nye mottakere av arbeidsavklaringspenger. *Arbeid og velferd*, 2/2016, s. 77-94.

Kvale; S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lande, S., Sørbo, & Yin, J. (2016). Håndheving av aktivitetskrav gir færre ledige i Hedmark. *Arbeid og velferd*, 1/2016, s. 63-78.

Legelisten.no (henta frå internett 09.04.17)

Lov om folketrygd (folketrygdloven)(1997). LOV-1997-12-13-81. Henta frå:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19 12.03.17](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19%2012.03.17)

Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). *Kvalitativ innhållsanalys*. I: Granskar, M og Høglund-Nilsen, B. Tillampad kvalitativ forskning inom halso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.

Monnikendam, V. (1971). Foucault – the lost Interview. Henta 9. april 2017 frå:

<https://www.youtube.com/watch?v=qzoOhhh4aJg>

Mæland, J.G. (2014) *Trygd eller arbeid. Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Nessa, J., Schei, E & Stensland, P. (2009). Korleis møter allmennlegane pasientars livsproblem? *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 13-14, s. 1323-1325.

Nessa, J., Schei, E & Stensland, P. (2014). Medisinsk profesjonalitet: Mestring av legeyrket. *Tidsskrift for Helseforskning*, 1, s. 96-105.

Neumann, I.B. (Red.). (2000). *Maktens strategier*. Oslo: Pax Forlag AS.

Neumann, I.B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Neumann, I.B. & Neumann, C. B. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Nordtvedt, P. (2001) Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet?. I: Ruyter, K.W og Vetlesen, A.J. (red). *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal.

Nossen, J.P. (2014). Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer. *Arbeid og velferd*, 2/201, 75-88.

Nossen, J.P. & Brage, S. (2015). Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepenges – hvordan påvirkes sykefraværet? *Arbeid og velferd*, 3/2015, s. 61-76.

Nyborg, K. (2010). Rådgiver – ikke portvakt. *Samfunnsøkonomen*, 3.

Polanyi, M. (1983). *The tacit dimension*. Glouchester, Mass.: Peter Smith.

Regjeringen. 2017. Proposisjoner og meldinger. (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-1-S-20142015/id2005447/sec1>, lest 06.03.17).

Schei, E. (2017). Mr. and Mrs. Professionalism. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 137, 616-618.

Skavlan, J. (2016). *Vi er sterkere enn vi tror*. Oslo: Kagge Forlag

Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i NAV*

Syse, A, Førde, R. & Førde, O.H. (red). (2000). *Medisinske feil*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torngquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen. Fagbokforlaget

Ulleberg, H.P. (2007). Diskursanalyse: et mulig bidrag til utdanningshistorisk forskning. *Norsk senter for barneforskning*. Nr. 1. s. 56-80.

Vetlesen, A.J. (2001). Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, nr.9, s. 1118-1121.

Wergeland, E. (2004). *Arbeidsgiver som portvakt for trygden?* Tidsskr Nor Lægeforen nr. 19, s. 124-125

Werner, A. (2011). Et sosiologisk perspektiv på legekonsultasjonen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (20), s. 2032- 2034.

Werner, E.L., Merkus, S. & Mæland, S. (2016). *Legers vurdering av sykmelding – en internasjonal sammenligning*. (rapport til FARVE – forskningsmidler Arbeid og Velferd. Oslo/Bergen: Farve

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

Tema:

«Fastlegen si erfaring med aktivitetskravet ved sjukefråvær – kva påverkar vurderingane?»

Eg er student på Høgskulen i Sogn og Fjordane og tar studiet master i samhandling innan helse- og sosiale tenester. I masteroppgåva vil eg studere erfaringane de fastlegar har i høve til sjukemeldingspraksis.

Bakgrunn og formål:

Nav Sogn og Fjordane starta hausten 2015 opp eit prosjekt som vart kalla Jobb for Helse. Prosjektet går ut på å handheve aktivitetskravet etter 8 veker sjukefråvær og tidleg oppfølging. Tiltaka består i nye eller innskjerpa rutinar, der ein i verste fall kan miste sjukepengere retten. Målet er å få kommunikasjon mellom arbeidsgjevar og arbeidstakar, slik at dei kan finne arbeidsoppgåver som er mogleg å utføre. Arbeidsgjevar har tilretteleggingsansvar og plikt til å følgje opp den sjukemeldte, medan den sjukemeldte har plikt til å medverke (Folketrygdlova kap. 8). Prosjektet Jobb for Helse skal auke Nav si involvering, tidleg oppfølging og vurdering av aktivitetskrav. Samhandling med arbeidsgjevar og lege er sentralt.

På bakgrunn av at det er de fastlegar som utgjer ein stor del av behandlarar som sjukemelder, ynskjer eg å studere dykkar erfaring med det innskjerpa aktivitetskrav og finne ut kva de meiner påverkar dykkar vurdering, sjukemeldingspraksis og samarbeid med Nav.

Kva opplever fastlegane er avgjerande for å vurdere om ein pasient skal få sjukemelding?

Intervjuet vil verte registrert ved diktafon, for å så verte transkribert. Alle opplysningar vil bli behandla konfidensielt og anonymiserte. Verken namnet ditt eller namnet på kommunen du

arbeidar i vil verte presentert i studiet. Du skal ikkje bli kjent igjen når masteroppgåva vert presentert. Det er rettleiaren min, Magne Eikås frå Høgskulen i Sogn og Fjordane, og eg som skal ha tilgang på data. Ingen andre vil ha tilgang til opptaket frå intervjuet med deg eller transkripsjonen av intervjuet.

Prosjektet skal etter planen avsluttast 16. juni 2017. Personopplysningane dine og opptak du deltek i vil etter studien verte sletta.

Frivillig deltaking

Det er friviljug å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å oppgje noko grunn.

Dersom du spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Turid Stigen Sørensen på telefonnummer 95154321 eller rettleiar på Høgskulen i Sogn og Fjordane, Magne Eikåas, på telefonnummer 57676262. Studien krev ikkje konsesjon frå Personvernombudet for forskning, NSD.

Dersom du er viljug til å vere informant i studiet vil eg reise til kommunen din for å halde intervjuet der det passar for deg.

På førehand, takk!

Med vennleg helsing

Turid Stigen Sørensen

Masterstudent, Høgskulen i Sogn og Fjordane



Samtykke til deltaking i studien

Eg har mottatt informasjon om studien, og er viljug til å delta:

(Signert av prosjektdeltakar, dato, stad)

Gjenta namnet ditt med blokkbokstavar

Samtykke kan sendast i posten til:

Turid Stigen Sørensen
Vetleli 16a
5745 Aurland

Eller skannast og sendast på e-post til:

turidstigen@hotmail.com



Intervjueguide

Om samhandlinga til nav

Har du kjennskap til prosjektet Jobb for helse og 8 vekers aktivitetskravet i folketrygdlova?

Kva tenkjer du om at Nav Sogn og Fjordane har utarbeida eit prosjekt som får direkte påverknad på sjukemeldingspraksisen din?

Har du andre tankar rundt prosjektet?

Kan du fortelje om hendingar der Nav involverte seg i sjukemeldingspraksisen din? Kva tenkte du?

Ser du nokon forskjellar på korleis Nav ser på dei sjukemeldte og korleis de legar ser på dei sjukemeldte. Perspektivforskjellar? Gje gjerne anonymiserte døme.

Om vurdering i samband med sjukemelding

Kan du fortelje om korleis du vurderer når du står ovanfor ein pasient som ønskjer og/eller treng sjukemelding?

I kva stor grad vurderer du om det er nokon form for aktivitet som er mogleg?

Fortel kva du tenkjer om å gje sjukemelding for andre tilfelle enn det som er reint medisinsk, som til dømes økonomiske- eller sosiale tilfelle?

Kva har pasientstemma å seie for vurderinga di?

Kva tenkjer du rundt påstanden: «Det er ein stor grad av skjønnsbaserte vurderingar i samband med legar sin sjukemeldingspraksis»?

I kva betydning har følgjande element for vurdering av sjukemelding?

- Maktbalanse mellom pasient og lege
- Pasienten si forventning om å få sjukemelding
- Kommunikasjonen mellom pasient og lege
- Den etablerte kulturen på legekantoret

Om å vere kontrollør eller portvakt for velferdsmidlane

Kva tenkjer du om at legar er kontrollør eller portvakt for samfunnet sine velferdsmidlar?

Fortel om kva du tykkjer om denne rolla?

Har du døme på ein situasjon der du vart dradd mellom omsynet til pasienten og omsynet til velferdsstaten?

Litteratursøk i Oria

Eg brukte Oria som database for å søkje tidlegare forskning og relevante artiklar, i tillegg til helsebiblioteket.no. Der vert dei norske orda automatisk oversett til engelsk. Eg var i utgangspunktet ikkje interessert i publikasjonar om forskning frå andre land enn Noreg, men eg oppdaga at ein del forskning om Noreg var skrevet på engelsk. Av den grunn vart det viktig med engelske søkjeord.

Oria er ein samledatabase som hentar informasjon frå alle databasane som Høgskulen på Vestlandet har tilgang på, i følgje heimesida til Høgskulen på Vestlandet.

Eg har laga ein oversikt over litteratursøk som vert lagt ved masteroppgåva for å auke validiteten i prosjektet.

På førehand har eg tenkt på aktuell problemstilling. Kven er objektet i studien? Det er lege. I tillegg har eg tenkt på kva setting ein skal studere legen i? Det er i forbinding med sjukemeldingspraksis og vurderingar. Kva er tema i problemstillinga? Det er lege, fastlege, kommunelege eller allmennlege i forbinding med pasient og sjukemelding/sjukefråvær.

Eg har brukt bindeordet OR i søket fordi eg vil søkje så breitt som mogleg. I starten avgrensa eg lite. Det resulterte i følgjande:

ORIA – alle bibliotek

Alle	Inneheld	Sjukemeld* OR sykmeld*	ELLER
Alle	Inneheld	Lege OR fastlege OR allmennlege	ELLER
Alle	Inneheld	Sykefravær OR sykepengar	ELLER
Alle	Inneheld	sykefraværsoppfølging	

Dette generelle søket gav 56 063 treff.

Nytt søk for å redusere:

Alle	Inneheld	Sjukemeld* OR sykmeld*	ELLER
Alle	Inneheld	Lege OR fastlege OR allmennlege	ELLER
Alle	Inneheld	Sykefravær OR sykepengar	
Alle	Inneheld		

Treff: 55928

Nytt søk:

Alle	Inneheld	Sjukemeld* OR sykmeld*	ELLER
Alle	Inneheld	Lege OR fastlege OR allmennlege	ELLER
Alle	Inneheld	Sykefravær OR sykepengar	
Alle	Inneheld		Siste 10 år

Treff: 210896

Så fann eg ut at det var mest relevant å få litteratur der lege og sjukemeldt var nemnd i same utgåve:

ORIA – alle bibliotek

Alle	Inneheld	Sjukemeld* OR sykmeld*	OG
Alle	Inneheld	Lege OR fastlege OR allmennlege	ELLER
Alle	Inneheld	Sykefravær OR sykepengar	ELLER
Alle	Inneheld		Siste 10 år

Treff: 830

Siste søk tok eg vekk sykefravær og sykepengar, men har med publisering frå dei siste 20 år:

ORIA – alle bibliotek

Alle	Inneheld	Sjukemeld* OR sykmeld*	OG
Alle	Inneheld	Lege OR fastlege OR allmennlege	
Alle	Inneheld		
Alle	Inneheld		Siste 20 år

Treff: 57