



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Sykemeldingspraksis

En sammenligning av fastleger og bedriftsleger

Sick leave practice

A comparison of general practitioners and
company doctors

Theresa Franck

Organisasjon og leiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Oddbjørn Bukve

20. Oktober 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Jeg vil gjerne si takk.

En stor takk til min tålmodige og flinke veileder Professor emeritus Oddbjørn Bukve for hans vedvarende tro på meg og prosjektet. Oddbjørn har ledet meg gjennom prosessen og har vært en dyktig og forbilledlig veileder, i med- og mot gang.

En stor takk til deltakerne i studiet.

Og sist, men ikke minst takk til min utrolige venninne Mari Husabø, som både fikk meg i gang med masterstudiet, har vært min evige støtte, skarpeste kritiker og har kastet utallige blikk på både korrektur og referanser. Uten deg...

Sogndal, 17. Oktober 2022

Theresa Franck

Sammendrag

Denne masteroppgaven har norsk sykemeldingspraksis som tema, og undersøker om det er forskjell i bruken av sykemelding mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og om en eventuell forskjell kan ha betydning for et inkluderende arbeidsliv og legens arbeidsdag. Problemformuleringen i oppgaven er:

Hva kjennetegner sykemeldingspraksisen i de to tjenestene kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten? Hva kan forklare eventuelle forskjeller i sykemeldingspraksis? Hvilken konsekvens har en eventuell forskjell i praksis for det inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsdag?

Oppgaven har et komparativ casesdesign for å finne typiske trekk ved fenomenet sykemeldingspraksis. Jeg har gjennomført åtte semi-strukturerte intervju med fire bedriftsleger og fire fastleger. Datamaterialet blir analysert av teoridrevet innholdsanalyse, en egnet metode for å undersøke hypoteser på bakgrunn av teori og tidligere forskning.

Gjennom det teoretiske rammeverket institusjonell teori og politikkimplementering er de viktigste funnene i min oppgave at tid som et uformelt regulativt element kan påvirke fastlegenes, men ikke bedriftslegenes, sykemeldingspraksis, og at fastlegene i motsetning til bedriftslegene kjenner lite til IA-avtalen og dessuten ikke har dialog med arbeidsgiver. Jeg finner videre at begge legegruppene har lik sykemeldingspraksis og holdning til egenmeldingsdager, avventende og gradert sykemelding samt dessuten forlengelse av sykemelding. Det er et uventet funn at bedriftsleger, som har god tid til sykemeldingsarbeidet, ikke i større grad enn fastlegene anvender avventende sykemelding som ledd i sykemeldingsarbeidet. Et annet overraskende funn er at både fastlegene og bedriftslegene forlenger sykemelding i et allerede etablert sykemeldingsforløp frem til primærsykemelder/fastlege har første ledige time. Denne praksisen synes å være preget av en felles profesjonsnorm som *ikke* er i overensstemmelse med det regulative rammeverk. Begge legegruppene mener at sykemeldingsordningen i Norge er raus og legegruppene opplever også at sykemeldingsarbeidet kan skape konflikt og påvirke pasient-/lege forholdet negativt.

Oppgaven konkluderer med at det eksisterer lite regulering av legers sykemeldingspraksis, og at dette synes å gi plass til en kultur som dominerer legenes sykemeldingspraksis, både i form av felles profesjonsnormer og en sosio-kognitiv forståelse for at sykemelding for eksempel kan gi en nødvendig «timeout». En større forståelse for bedriftslegens mulige rolle i et sykemeldingsforløp vil potensielt kunne få en positiv betydning for det inkluderende arbeidsliv og være en støtte samt avlastning for fastlegene. Et mer etablert samarbeid, der legene i større grad drar nytte av hverandres

kunnskaper og kompetanser, vil kunne påvirke legenes arbeidsdag, gagne pasient og arbeidsgiver, støtte fastlegen, og trolig også spare samfunnet for utgifter knyttet til sykefravær.

Summary

This master's thesis theme is the Norwegian sick leave practice and examines whether there is a difference in use of sick leave between the occupational health service and the municipal health service, and further whether any difference may have an impact on an inclusive working life and the doctors' working day. The problem formulation in the thesis is:

What characterizes the sick leave practice in the two services, the municipal health service and the occupational health service? What can explain any differences in sick leave practice? What consequence does a possible difference in practice have on the inclusive working life and the doctors' working day?

The assignment has a comparative case design to find typical features of the phenomenon of sick leave practice. I have conducted eight semi-structured interviews with four occupational doctors and four general practitioners. The data material is analyzed by theory-driven content analysis, a suitable method for examining hypotheses based in theory and prior research.

Through the theoretical framework, institutional theory and policy implementation, the most important findings in my thesis are that time as an informal regulatory element can influence general practitioners, but not occupational doctors' sick leave practice. And that general practitioners, in contrast to occupational doctors, know little about the IA-agreement and furthermore have no dialogue with the employer. I also find that both groups of doctors have similar sick leave practices and attitudes towards self-report days, pending and graded sick leave, and also extending sick leave. It is an unexpected finding that occupational doctors, who have time for sick leave work, do not use pending sick leave as part of their sick leave work to a greater extent than general practitioners. Another surprising finding is that both general practitioners and occupational doctors extend sick leave in an already established sick leave process until the primary sick-leaver/general practitioner has the first available appointment. This practice seems to be characterized by a common professional norm that is not in accordance with the regulatory framework. Both medical groups believe that the sick leave system in Norway is generous, and the medical groups also find that the sick leave work can create conflict and negatively affect the patient-/doctor relationship.

The paper concludes that there is little regulation of doctors' sick leave practices, and that this seems to give way to a culture that dominates doctors' sick leave practices, both in the form of shared professional norms and a socio-cognitive understanding that calling in sick can, for example, provide necessary "timeout".

A greater understanding of the occupational doctors' possible role in a sick leave process could potentially have a positive impact on the inclusive working life and be a support and relief for general

practitioners. A more established collaboration, where the doctors' benefit to a greater extent from each other's knowledge and skills, will be able to influence the doctors' working day, benefit the patient and employer, support the general practitioners, and most likely have a cost saving benefit for the society expenses related to sickness absence.

Innholdsfortegnelse

FORORD	1
SAMMENDRAG	2
SUMMARY	4
1 INNLEDNING	9
1.1 TEMA	9
1.2 FORMÅL OG PROBLEMFOMULERING	11
2 KONTEKSTUELL RAMME	12
2.1 SAMFUNNSØKONOMI	12
2.2 KOMMUNEHELSESTJENESTEN OG FASTLEGEKRISEN	13
2.3 BEDRIFTSHELSESTJENESTEN BHT	14
2.4 INTENSJONSAVTALEN OM MER INKLUDERENDE ARBEIDSLIV	14
2.5 SYKEFRAVÆRSORDNINGEN OG SYKEMELDINGSSYSTEMET	15
3 KUNNSKAPSSTATUS	18
3.1 LEGEN OG SYKEMELDING	18
3.2 BEDRIFTSHELSESTJENESTEN	19
3.3 KULTUR OG PROFITT	20
3.4 OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSSTATUS OG IDENTIFISERING AV KUNNSKAPSGAP	20
3.5 MOTIVASJON OG FORFORSTÅELSE	21
4 TEORI	22
4.1 ET INSTITUSJONELT PERSPEKTIV PÅ ORGANISASJONER	22
4.2 POLITIKKIMPLEMENTERING	25
4.3 OPPSUMMERING KUNNSKAP OG TEORI	25
4.4 OPPSUMMERING AV EMPIRISKE FORVENTNINGER	26
5 DESIGN OG METODE	27
5.1 UTVALGSKRITERIER, INNSAMLING OG BEARBEIDING AV KVALITATIVE DATA	27
5.2 ANALYSE	29
5.3 TEORIDRETVET INNHALDSANALYSE	29
6 FUNN	31
6.1 TREKK VED LEGEN	31
6.1.1 Oppsummering trekk ved legen	34
6.2 TREKK VED KONTORET	35
6.2.1 Oppsummering trekk ved kontoret	41
6.3 LEGENS ROLLE	41
6.3.1 Oppsummering legens rolle.....	48
6.4 TREKK VED SYKEMELDINGSORDNINGEN.....	49
6.4.1 Sjukemelding og legenes arbeidsdag	49
6.4.2 Egenmeldingsdager.....	50
6.4.3 Avventende sykemelding.....	53
6.4.4 Arbeidsgiver	55
6.4.5 Gradert sykemelding	58
6.4.6 Legen som sykemelder	60

6.4.7 IA avtalen	63
6.4.8 Oppsummering av trekk ved sykemeldingsordningen.....	65
6.5 TID, KULTUR OG KUNNSKAP	66
6.5.1 Oppsummering tid, kultur og kunnskap	72
6.6 SYKEMELDINGSORDNINGEN	73
Oppsummering 6.6.1 Sykemeldingsordningen.....	78
6.7 HOVEDFUNN.....	78
6.7.1 Bakgrunn	78
6.7.2 Pasient-/lege forholdet	79
6.7.3 Sykemelding og sykemeldingsordningen.....	79
6.4.4 Arbeidsgiver	80
6.4.5 Tid.....	80
6.4.6 Nederland og Norge.....	80
7 DISKUSJON	81
7.1 FORVENTNING 1 - REGULATIVER	81
7.1.1 Egenmelding.....	82
7.1.2 Arbeidsgiverdialog	82
7.1.3 Avventende sykemelding.....	82
7.1.4 IA-avtalen	83
7.1.5 Tid.....	83
7.1.6 Stykkprisinsentiv.....	83
7.1.7 Betydningen av det regulative element	84
7.2 FORVENTNING 2.....	84
7.2.1 Pasient-/lege forholdet	85
7.2.2 Forlengelse av sykemelding.....	85
7.3 FORVENTNING 3.....	86
7.3.1Kultur.....	86
7.3.2 Kunnskap.....	87
7.4 FORVENTNING 4.....	87
7.4.1 Kjennskap til IA-avtalen.....	87
7.4.2 Struktur og kultur	88
7.4.3 Politikkimplementering	88
7.4.4 Endring av sykemeldingsordningen.....	89
8 KONKLUSJON	90
8.1 LIK SYKEMELDINGSPRAKSIS.....	90
8.2 DOMINERENDE NORMATIV PRAKSIS	91
8.3 PERSONLIG ERFARING OG BEDRIFTSLEGENS ROLLE.....	91
8.4 FASTLEGEKRISEN.....	92
8.5 VIDEREFØRING	92
9 REFERANSER.....	94
GODKJENNELSE FRA NSD.....	98
INFORMASJONSSKRIV	100
SAMTYKKEERKLÆRING.....	103
INTERVJUGUIDE	104
SURVEY SPØRSMÅL.....	105
BILAG 1 BREV FRA DEN NORSKE LEGEFORENING TIL KOMMUNENE.....	108
BILAG 2 VIRKEMIDLER I IA-AVTALEN ANNO 2019.	109

SYKEMELDINGSPRAKSIS

En sammenligning av fastleger og bedriftsleger

SYK ÅRET RUNDT

Det e vår og hagen e full av sny
Ut å måkke. Bli sykemeldt på ny
Sommeren e dårlig. Føle dæ dorsk
Legen skriv ME. Hold i en torsk

Høsten kommer. Da e du trygg
Får nok godkjent, vondt lakserygg
Endelig vinter. No skal du se
Dra litt på foten, så får du AAP

Poet; ukjent

1 Innledning¹

Jeg har jobbet som fastlege i Norge i ti år, men er født, oppvokst og utdannet i Danmark.

I 2010 brakte familiesituasjonen, eventyrlysten og Norges gode økonomi og fordelaktige arbeidstider meg og familien til landet. Her var det mulig å både være familie og etablere en krevende karriere. Jeg hadde en antagelse om at det skulle bli enkelt å integreres, personlig og profesjonelt, og på mange måter ble det også det. Det oppstod likevel situasjoner der jeg opplevde at forventningene til meg som lege kolliderte med min danske kultur og forforståelse.

Med gru husker jeg den første pasienten som ba om en sykemelding. Jeg sto som fersk dansk/norsk lege og avviste resolutt forespørselen og henviste isteden til arbeidsgiver. Jeg nektet å skrive et legemeldt sykefravær da jeg mente at dette ikke trengte min involvering, men utelukkende var en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Jeg minnes at jeg spurte pasienten om vedkommende hadde snakket med arbeidsgiver. «Nei» var svaret, hvorpå jeg responderte: «Så begynner du der». Jeg ble raskt klokere, og læringskurven var bratt. Jeg lærte meg at legen er en viktig aktør i et sykemeldingsforløp, at legen har en avgjørende rolle og at det å forholde seg til sykemeldingsønsker - krav og behov er en fast del av legens hverdag i Norge.

I 2019 skiftet jeg jobb fra fastlege til bedriftslege.

1.1 Tema

Fastlegen utgjør en viktig funksjon i primærhelsetjenesten, og googler man fastlegens rolle finner man en velvoksen liste: Fastlegens rolle i kreftomsorgen, i det gode pasientforløp, ved diabetesbehandling, i forebyggende og helsefremmende arbeid, i samhandlingsreformen og senest Covid19. Oppgavene er mange og det blir stadig flere. En av disse oppgavene er vurdering og oppfølging av sykemelding, en oppgave som har utviklet seg i takt med IA-avtalen som ble innført i 2001

(Administrasjonsdepartementet, 2001). IA-avtalen, som vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2, har blant annet betydd at det eksisterer ulike typer sykemelding og at disse endres fortløpende etter hvert som nye initiativer iverksettes. Legen må derfor sette seg inn i regelverket, vurdere relevansen og forholde seg aktivt til ikke bare pasienten, men også NAV, arbeidsgiver og eventuelt andre behandlere som aktive aktører. Sykefraværet i Norge setter samtidig rekord og til tross for korrigerende for variabler som lav arbeidsledighet, har Norge fremdeles det høyeste sykefraværet i Europa (Samfunnsanalyse, 2014). Rekorden koster samfunnet årlig 69 milliarder kroner (Fantoft, 2018), og siden sykefraværet primært er legemeldt, spiller også legene en rolle i denne statistikken.

¹ Deler av dette kapittel er hentet fra min eksamen ME6-501 Forskningsdesign og Metode, Høgskolen på Vestlandet, 2020. Sykemeldingspraksis - En sammenligning av fastleger og bedriftsleger.

I min tid som fastlege i kommunehelsetjenesten erfarte jeg et økende arbeidstrykk, dokumentasjonskrav, pasientkrav og et diffust og komplekst bruk av sykemelding med intern variasjon i kollegiet. Tidspresset var enormt, og sykemeldingenes kompleksitet gjorde de tidskrevende. Jeg ble innkalt til dialogmøter med pasienter jeg aldri hadde truffet og jeg har delt pasienters fortvilelse når uføretrygd definitivt ble nektet. Jeg har møtt pasienter som misbrukket systemet og meg, og undret meg over at det var legen alene som skulle ta avgjørelse om retten til sykemelding. Jeg har forholdt meg til krav om forlengelse av sykemeldinger som var oppstartet av kollegaer, hvor jeg kanskje var uenig eller der jeg mente at flere steg i prosessen var forbigått. Samtidig har jeg selv ved flere anledninger bevisst valgt å *ikke* diskutere forlengelse av sykemelding og bare ekvipert, fordi det tok to sekunder og gav meg ekstra tid til neste pasient. Isteden for lange diskusjoner som ikke honoreres økonomisk, har jeg ved flere anledninger valgt å prioritere tiden min og skape rom til de øvrige legerollene samtidig som jeg har hatt et fokus på økonomi. Jeg kjenner også til følelsen av å være «redd» å miste pasientene som alltid står seg fritt til å velge annen lege eller gi dårlige anmeldelser på internett. Dette påvirker til syvende og sist basishonoraret, muligvis også omtalen, men bestemt stoltheten. Likevel kan jeg ha en opplevelse av at det særlig er mitt danske opphav som har påvirket min sykemeldingspraksis i Norge. Jeg har ikke uten videre akseptert den norske sykemeldingskulturen, og har stilt meg kritisk til både pasienter og kollegaers atferd. Jeg har absolutt en kultur med meg, som kanskje best kan illustreres ved denne episoden: Da jeg fikk bekkenløsning under graviditet spurte flere av mine norske venner, om ikke jeg skulle bli sykemeldt. Mine danske venner spurte om ikke jeg hadde noe ekstra ferie å ta ut. Alle spurte med tanke på mitt ve og vel, men med ulike tilnærminger til å løse problemstillingen.

Med overgangen til bedriftshelsetjenesten i 2019 fulgte god tid til pasientene, innsyn i bedriftenes oppbygging og mulighet for tilrettelegging samt lett tilgang til å etablere dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Bedriftslegen er typisk fastlønnet og er ikke drevet av stykkpris-insentivet, som mange fastleger kan være. Arbeidsoppgavene består hovedsakelig i å ivareta helse, miljø og sikkerhetsarbeid, og om det brukes en eller to timer på samme pasient påvirker dette ikke inntekten eller ventetiden betydelig. Som bedriftslege jobber du ganske likt legene i kommunehelsetjenesten, men legeoppgavene er særlig knyttet til det arbeidsmedisinske feltet, slik som muskel/skjelett plager, arbeidsmiljø, kontroll av pust og hørsel, attester og vurdering av helsemessige begrensninger som det må tas hensyn til på arbeidsplassen. Det ligger altså en naturlig avgrensning i arbeidsoppgaver, og idet pasienten velger å gå til bedriftslegen, er det på mange måter allerede sendt et signal om at dialog med arbeidsgiver aksepteres og kanskje også er ønskelig. Som bedriftslege opplevde jeg at det var enkelt å bygge bro til arbeidsgiver og kompleksiteten i sykemeldings-prosessene ble lettere å tilnærme seg. Avventende sykemelding var enklere å bruke, og sykemeldingsforløpene mine ble kortere. Det oppsto en rask forståelse for mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen, og jeg falt sjeldent for fristelsen til å forlenge en sykemelding for å utløse mer tid til andre pasienter eller oppgaver. Denne

egenerfarte store forskjellen har vekket min nysgjerrighet. Hva er det med det norske sykemeldingssystemet? Er det forskjell i bruken av sykemeldinger mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? Hvilken rolle spiller fastlønn for legen? Hva betyr kulturen - særlig mellom institusjoner og tjenester? Hvorfor virker ikke de innførte tiltakene? Hvorfor stiger sykefraværet fremdeles? Finnes det en variasjon i bruken av ulike sykemeldinger mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? Kan en eventuell forskjell ha noen betydning for samfunnet samt innfrielse av IA-målsettingen? Kan en forflytting av sykemeldingsansvaret mellom institusjonene ha noen innvirkning på fastlegekrisen? Spørsmålene er mange, og nysgjerrigheten danner grunnlaget for oppgaven.

1.2 Formål og problemformulering

Formålet med oppgaven er å finne ut mer om den norske sykemeldingspraksisen. Jeg ønsker å utforske om det er en forskjell i bruken av sykemelding mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og om en eventuell forskjell kan ha betydning for et inkluderende arbeidsliv og legens arbeidsliv.

Problemformuleringen i oppgaven lyder:

Hva kjennetegner sykemeldingspraksisen mellom i de to tjenestene, kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten?

Hva kan forklare eventuelle forskjeller i sykemeldingspraksis?

Hvilken konsekvens har en eventuell forskjell i praksis for det inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsdag?

Jeg ønsker å undersøke sykemeldingspraksisen blant bedriftsleger og fastleger i Norge, hva som karakteriserer praksisen i de ulike tjenester og drøfte om en eventuell forskjell kan ha noen konsekvenser for det inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsdag|.

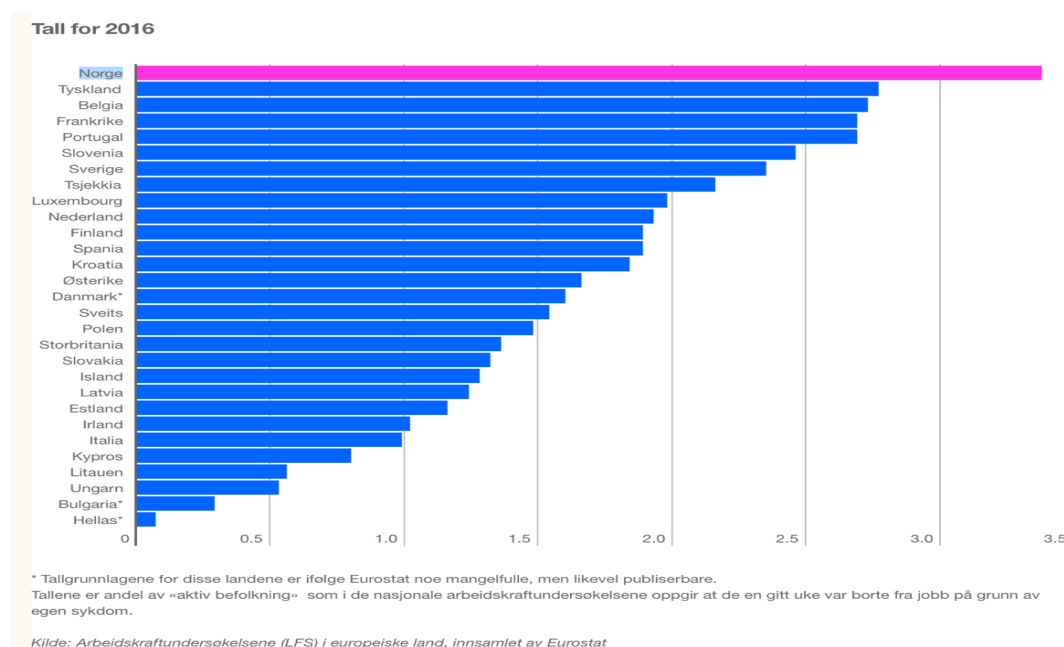
Siden problemformuleringen er knyttet opp mot sammenligningen av kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten, velger jeg å presentere de i en kontekstuell ramme i kapittel 2.

2 Kontekstuell ramme²

I følgende avsnitt vil jeg beskrive de kontekstuelle rammene. Jeg vil komme inn på det samfunnsøkonomiske perspektivet knyttet til sykefraværet. Det er et viktig tema siden det eksisterer klare mål om å redusere denne kostanden, og siden tiltakene som iverksettes primært har dette for øye. Deretter vil jeg presentere intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) (Sosialdepartementet, 2019). IA-avtalen henger tett sammen med det samfunnsøkonomiske perspektivet og utferdigelsen av sykemelding. Videre vil jeg kort beskrive sykefraværsordningen, samt sykemelder sine muligheter i vurderingen av sykefravær.

2.1 Samfunnsøkonomi

Ifølge Virke koster sykefraværet årlig det norske samfunnet sirka 69,6 milliarder kroner - 42,6 milliarder kroner i offentlige utgifter og 27 milliarder kroner i bedriftsutgifter (Fantoft, 2018). Til sammenligning kostede den nye E6-vei på 62 kilometer fra Mo til Saltfjellet 1,9 milliarder kroner (Skoglund, 2019). SINTEF³ rapporten (Bedriftenes kostnader ved sykefravær, 2011.) konkluderer at en ukes fravær i 2011 kostede arbeidsgiver 13.000 kroner, i 2015 14.900 kroner (NHO, 2019). Utgiftene er fremdeles stigende i både offentlig og privat sektor, og Norge fortsetter å ha det høyeste sykefraværet i Europa, til tross for beslektede sykefraværsordninger i de nordiske landene (Bergsaker, 2018).



Figur 1. Andel aktiv befolkning som i en gitt uke var borte fra jobb på grunn av egen sykdom.

² Deler av dette kapittel er hentet fra min eksamen ME6-501 Forskningsdesign og Metode, Høgskolen på Vestlandet, 2020. Sykemeldingspraksis - En sammenligning av fastleger og bedriftsleger.

³ SINTEF er en av Europas største uavhengige forskningsinstitusjoner, allmenntilgjengelig forskningsstiftelse hvor ingen eiere kan ta ut overskudd.

Proba samfunnsanalyse⁴ studerte på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet i 2014 de direkte virkningene av forskjellene i sykefraværsordninger for det internasjonale registrerte sykefraværet. Proba konkluderer at til tross for korrigerende av forskjeller i sykefraværsordningene og antallet av arbeidsledige, kan ikke det forklare hvorfor det registrerte sykefraværet i Norge er høyere enn i de øvrige landene (Samfunnsanalyse, 2014).

2.2 Kommunehelsetjenesten og fastlegekrisen

Kommunehelsetjenesten er en samlet betegnelse for alle de helsetjenester kommunen er forpliktet til å drive, blant annet allmennlegetjenesten med tilgang til egen fastlege. Selve fastlegeordningen ble innført i 2001 med hensikten om å bedre kvaliteten i allmentjenesten ved å gi alle én fast lege å forholde seg til. 84% av fastleger er selvstendig næringsdrivende (Helsedirektoratet, 2022, s. 88) med en pasientliste som honoreres via et basistilskudd. Ut over dette mottas trygderefusjon fra Helfo, samt egenandeler fra pasientene. De fleste fastleger har et kontor som må driftes og ansatte som må ledes og varetas. 16% fastleger er fastlønnede og andelen av fastleger som ønsker privat næringsdrift er falt fra 52 % i 2009 til 36 % i 2012. Det er spesielt de yngste fastlegene, særlig kvinnene, som i høyere grad ønsker fastlønsordninger (Norsk medisinstudentforening, 2020). I de siste årene har det vært mangel på fastleger i landet og en undersøkelse fra 2017 fant at helseledere i en rekke kommuner beskrev en hard kamp om både leger og vikarer (Sæther & Nærø, 2017). I 198 av 425 kommuner var det ulik grad av bekymring rundt legesituasjonen, og over 1,9 millioner mennesker opplevde utfordringer med å skaffe seg fastlege. På undersøkelsestidspunktet var det blant de godt rekrutterende kommuner en forventning om å gå vanskeligere tider i møte. Bekymrede kommuner var lokalisert i alle landsdeler, også på Østlandet, som ellers tradisjonelt har hatt god legedekning. Flere kommuner måtte lyse ut samme fastlegehjemmel flere ganger og mange helseledere meddelte at det som regel var få kvalifiserte søkere (Sæther & Nærø, 2017). I 2018 varslet Den Norske Legeforening kommunene i et felles brev, se [bilag 1](#). Brevet bekrefter og understreker flere av funnene som ble gjort i undersøkelsen i 2017, og gjengir blant annet at mange kommuner har store problemer med å beholde og rekruttere fastleger på grunn av en stadig mer krevende arbeidsdag. Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse fra 2018 viser at fastlegene i snitt jobber 55,6 timer i uka (Tidsskriftet, 2018). Ti prosent jobber mer enn 75 timer i uken, mens 25 prosent jobber mer enn 62 timer i uken. Den Norske Legeforening understreker at den ukontrollerte oppgaveoverføringen fra ulike aktører til fastlegene må stanses, og poengterer at fastlegene har fått en rekke nye oppgaver uten at ressursene har fulgt med. Som følge av dette har fastlegenes arbeidstid økt drastisk de siste årene, se [bilag 1](#). I brevet står det direkte at fastlegene ser et behov for å varsle om at flere oppgaver vil bli nedprioritert blant annet attestarbeid og erklæringer, deltakelse i samarbeidsorganer samt andre prosjekter med kommunene. Fastlegekrisen er blitt merkbart samtidig som fastlegene er etterspurt som aldri før. Denne etterspørselen ble nylig

⁴ Proba samfunnsanalyse leverer samfunnsvitenskapelige analyser i form av utredning og forskning.

også synliggjort under koronapandemien, der sykefraværet var det høyeste siden svineinfluensaen i 2009 (Bergens Tidende, 2020).

Flere og flere fastleger slutter, mange er pensjonsmodne og de unge legene, hvorav størsteparten er kvinner, velger bort fastlegefaget til fordel for andre spesialiteter med fast lønn, pensjonsordninger og regulerte arbeidstider (Brækdal, 2013).

2.3 Bedriftshelsetjenesten BHT

Dersom risikoforholdene tilsier det, har alle arbeidsgivere i Norge plikt til å knytte virksomheten til en godkjent bedriftshelsetjeneste. Arbeidstilsynet kan pålegge enhver virksomhet å inngå avtale med en godkjent bedriftshelsetjeneste hvis det er et særlig behov for oppsyn av arbeidsmiljøet eller for kontroll av helsen til de ansatte (Arbeidstilsynet, 2020). Det er to måter en virksomhet kan inngå avtale med en bedriftshelsetjeneste på. Egenordning eller som ekstern leverandør/fellesordning (Arbeidstilsynet, 2020). På Arbeidstilsynet sin hjemmeside finnes en fullstendig liste over bransjer som har plikt til å inngå avtale med en bedriftshelsetjeneste hvis formål er å bistå arbeidsgiver med de forhold som er arbeidsgivers ansvar i arbeidsmiljøarbeidet (Arbeidstilsynet, 2020). Generelle helsekontroller eller omfattende utredning, livsstilstiltak og all form for behandling er ikke en del av bedriftshelsetjenestens oppgaver.

Ifølge Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI, bruker bedriftslegene størstedelen av tiden sin på individrettet arbeid, som helsekontroller/rådgivning (35 %), IA-arbeid (18 %), helse- og livsstil (6 %) og ikke-yrkesrelaterte konsultasjoner (5 %). Av grupperettede aktiviteter oppsummeres arbeidsmiljøkartlegging (12 %), undervisning (6 %), planlegging/endring av arbeidsplasser (3 %) og annet (15 %) (Stami, 2015). I følge STAMI er omfanget av ikke-yrkesrelaterte konsultasjoner gått kraftig tilbake siden 1993 på grunn av fastlegeordningen, mens omfanget av helsekontroller/rådgivning og IA-arbeid har økt. Bedriftslegens oppgaver er lovregulert og i undersøkelsen kommer det fram at bedriftslegene selv mener de anvender for mye tid på helsekontroller og ønsker mer tid til miljøarbeid.

2.4 Intensjonsavtalen om mer inkluderende arbeidsliv

Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått mellom myndighetene og partene⁵ i arbeidslivet i 2001. I midten av 1990-tallet økte sykefraværet kraftig og antallet av sykefraværsdager

⁵ Partene er Næringslivets Hovedorganisasjon, NHO, Landsorganisasjonen i Norge, LS, Kommunesektorens organisasjon, KS, Unio, Hovedorganisasjonen Virke, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, YS, Arbeidsgiverforeningen Spekter, Akademikerne, Staten som arbeidsgiver ved kommunal- og moderniseringsministere

som folketrygden skulle dekke steg fra 8,8 dager per sysselsatt i 1995 til 12,9 dager i 2000. En økning på 46% (Gjesdal, 2005). Som reaksjon på dette ble Sandman-utvalget etablert i 1999, med bestemmelsen om å utrede den stigende veksten i sykefravær og uførepensjonering. Begrepet inkluderende arbeidsliv (IA) ble første gang benyttet i utvalget sin utredning «Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv» (2000). Begrepet var samlende for de ulike tiltakene som utvalget anbefalte iverksatt for å imøtekomme utfordringene med det stigende sykefravær. IA-avtalen er siden blitt reforhandlet og diskutert flere ganger, men de overordnede mål med avtalen har kontinuerlig vært å forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Den nyeste avtalen ble inngått 2019 og er den femte i rekken. Den har to helt konkrete målsetninger: Sykefraværsprosenten skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet i 2018, og frafallet fra arbeidslivet skal minskes (Sosialdepartementet, 2019). Den nye IA-avtalen inkluderer hele arbeidslivet, og kan gi utvidet rett til bruk av egenmeldingsdager på opptil 8 kalenderdager om gangen og totalt 24 dager i en 12-måneders periode. Dette er dog frivillig for arbeidsgiver å tilby (for virkemiddel, se bilag 2). IA-avtalen blir av noen kritisert for å være en dyr ordning som ikke når målene. Daværende arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie uttalte i 2017 til Næringsposten at store utgifter og liten effekt er en dårlig kombinasjon, og inviterte partene til en ny diskusjon om IA-avtalens eksistens (Haugli, 2017).

2.5 Sykefraværsordningen og sykemeldingssystemet

Folketrygden ble opprettet i 1967, og i 1978 ble sykelønnsordningen innført. Før 1978 var det ingen lovfestet sykelønn ved fravær i 1-3 dager (Gjesdal, 2005). Fra fjerde sykedag fikk man sykepenger fra folketrygden. Arbeidsgiverne hadde ingen lovfestet forpliktelse som gjaldt sykelønn, men en avtale mellom LO og NAF (NHO) gav LO-medlemmene 90 % lønn fra fjerde dag. Flere grupper, blant annet statsansatte, hadde 100 % sykelønn fra første dag. Hovedargumentet ved innføringen av sykelønnsordningen var å fjerne forskjellsbehandlingen mellom «arbeidsfolk» og mennesker med høyere sosial status (Gjesdal, 2005). Mesteparten av folketrygden administreres av arbeids- og velferdsetaten (NAV), og alle personer som er bosatt i Norge er pliktig medlem av folketrygden. Bestemmelsene i folketrygden står i folketrygdloven, hvis formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Folketrygden skal dessuten bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkelte persons livsløp og mellom grupper av personer. Folketrygden skal også yte hjelp til selvhjelp (Folketrygdloven, 1997).

I neste avsnitt vil jeg kort gjennomgå de ulike typer sykemeldinger som eksisterer per i dag:

Egenmelding

Egenmelding ble innført i 1978, samtidig som reglen om 3 dages karenstid ble opphevet og arbeidsgiverne ble pålagt å betale sykepenger de første 14 dagene. Ordinær egenmelding kan anvendes 3 dager 4 ganger i året (Folketrygdloven, 1997). Folketrygdlovens bestemmelse er en minimumsordning. Virksomheter som er en del av IA-avtalen, kan i dag frivillig velge å gi utvidet rett til egenmelding i opptil 8 kalenderdager om gangen og total 24 kalenderdager i en 12-måneders periode. Det er ingen begrensning i antallet av ganger retten til egenmelding kan brukes (NAV, 2020).

Avventende sykemelding

Avventende sykemelding er ment som et første tiltak i en sykemeldingsvurdering. En avventende sykemelding kan anvendes innenfor arbeidsgiverperioden⁶ i de første 16 dagene. Om tilretteleggingen ikke lykkes vil NAV godta refusjonskrav fra arbeidsgiver som grunnlag for utbetaling av sykepenger, dersom den avventende sykemeldingen gjøres om til vanlig sykemelding (Helsedirektoratet, 2016).

Gradert sykemelding

Ved gradert sykemelding utfører pasienten en del av sitt arbeid og får lønn for det. Det utbetales sykepenger for den resterende delen. Legen angir i sykemeldingen hvor stor prosentdel pasienten må være sykemeldt. Det er to måter å være delvis sykemeldt på (NAV, 2019). Man kan jobbe færre timer enn vanlig, med færre arbeidsoppgaver eller man kan bruke lengre tid på arbeidsoppgavene. Pasienten kan dermed være 100% på jobb, men yte hva som svarer til for eksempel 40%.

Full sykemelding

Full sykemelding betyr at det ikke eksisterer arbeidsevne og skal kun benyttes når andre alternativer ikke er mulige (Helsedirektoratet, 2016).

Sykemelding på behandlingsdager

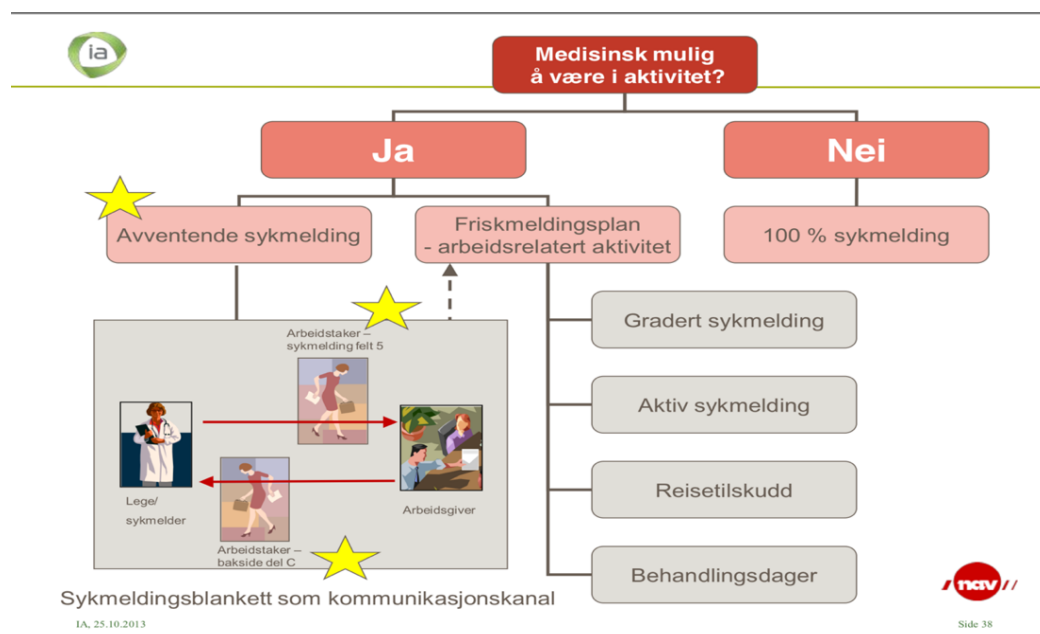
Sykemelding kan gis ved behandling som medfører at det ikke kan utføres jobb samme dagen som behandling. Det kan maksimalt gis sykemelding for behandlingsdag en gang i uken (Helsedirektoratet, 2016).

AAP - arbeidsavklaringpenger

Etter 52 uker med sykefravær, både gradert eller fullt, opphører sykepengene og man bliver overført til arbeidsavklaringspenger. AAP utgjør 66 % av inntektsgrunnlaget det siste året før sykdom. Legen

⁶ Arbeidsgiver har som hovedregel plikt til å betale sykepenger de første 16 kalenderdager en arbeidstaker er syk.

er ikke lenger aktiv sykemelder, men samarbeidet med NAV er fremdeles nødvendig i form av møteaktivitet og annen dokumentasjon (NAV, 2020).



Figur 2, sykemeldingsprosessen, hentet fra <https://www.slideserve.com/lilia/hvordan-jobbe-godt-med-ia>

NAV fører sykefraværstatistikk, virksomhetsstatistikk, sykepengestatistikk og statistikkverktøy for sykemelder der egen statikk kan sammenlignes med andres.

Nedenfor ses et eksempel på 4. kvartalsstatistikken fra 2019, hvor sykefraværet kan sammenlignes med tidligere år. Sykefraværet er stigende i alle aldersklasser.

Legemeldt sykefravær etter alder. Kvartal
Sykefraværprosent. Endringsprosent siste kvartal

Landet	2015	2016	2017	2018	2019	Endringsprosent
4. kvartal						
I alt	5,1	5,1	5,2	5,1	5,3	3,3
16-19 år	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	7,0
20-24 år	3,2	3,1	3,2	3,2	3,2	2,4
25-29 år	4,3	4,4	4,5	4,5	4,5	1,8
30-34 år	4,9	5,0	5,2	5,2	5,3	3,3
35-39 år	5,0	5,1	5,2	5,2	5,4	3,4
40-44 år	5,1	5,2	5,2	5,2	5,3	2,8
45-49 år	5,3	5,4	5,5	5,3	5,5	3,3
50-54 år	5,6	5,7	5,8	5,7	5,9	3,5
55-59 år	6,0	6,1	6,1	6,0	6,2	4,1
60-64 år	6,9	6,9	6,9	6,7	7,0	4,0
65-69 år	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	1,3

Figur 3, hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk>

3 Kunnskapsstatus⁷

For å avgrense og presisere problemstillingen er det viktig å avdekke hva som allerede foreligger av kunnskap og forskning på feltet og om det eventuelt er et kunnskapsgap.

Jeg vil i dette kapitlet presentere relevante artikler og deler av den offentlige debatten om temaet.

3.1 Legen og sykemelding

I 2009 tok NAV Hedmark og de regionale partene fra LO, NHO og KS samt Legeforeningen i Hedmark initiativ til prosjektet «Legenes sykemeldingspraksis i Hedmark» (Bråthen & Bakken, 2012). Hensikten med prosjektet var å bidra til reduksjon i sykefraværet i fylket. God sykemeldingspraksis krever samhandling mellom flere aktører og NAV ønsket å prøve ut metoder og modeller som skulle bidra til god samhandling mellom disse. Prosjektet varte fra august 2009 til desember 2011 og ble gjennomført i kommunene Elverum, Hamar, Kongsvinger, Ringsaker og Stange. Det ble utelukkende forsket på sykemeldingspraksis i kommunehelsetjenesten og resultatet fra prosjektet viste at arbeidstakere ønsker å spare egenmeldingsdagene sine og flere føler at egenmeldingen ikke er like troverdig som en sykmelding. De fleste av legene var derimot positivt innstilt til bruken av egenmelding og ønsket heller å nytte tiden på legearbeid fremfor papirarbeid. Flere av legene i undersøkelsen pekte på at ordningen om avventende sykemelding er lite kjent og at det er mye av grunnen til at den brukes så lite. Dette stemmer godt overens med NAV sin statistikk, som viser at avventende sykemelding er svært lite brukt (Bråthen & Bakken, 2012).

Fafo⁸ sin evaluering av sykemeldingsblanketten spesifiserer samtidig at avventende sykemelding utgjør bare 1% prosent av alle sykemeldinger som utskrives på landsbasis (Bråthen & Moland, 2011). Noen leger gav i denne evalueringen uttrykk for at de mener dialogen mellom lege og arbeidsgiver er til liten nytte, mens arbeidsgiverne ønsket seg mer og bedre informasjon fra legene. Legene oppgav omvendt at de svært sjelden mottar informasjon fra arbeidsgiverne, til tross for at dette i enkelte tilfeller ville ha vært nyttig. Hedmark-rapporten (Bråthen & Bakken, 2012) konkluderer med at det er verdt å merke seg at legene og virksomhetene begge gav uttrykk for utilstrekkelig dialog - til tross for at myndighetene nettopp har forsøkt å legge til rette for kommunikasjon mellom aktørene, blant annet ved innføringen av avventende sykemelding.

⁷ Deler av dette kapittel er hentet fra min eksamen ME6-501 Forskningsdesign og Metode, Høgskolen på Vestlandet, 2020. Sykemeldingspraksis - En sammenligning av fastleger og bedriftsleger.

⁸ Fafo er en frittstående samfunnsvitenskapelig stiftelse som utvikler kunnskap om vilkårene for deltakelse i arbeidsliv, organisasjonsliv, samfunn og politikk, om sammenhengene mellom politikk og levekår, og om demokrati, utvikling og verdiskaping. Etablert av Landsorganisasjonen I Norge i 1982.

3.2 Bedriftshelsetjenesten

I dette avsnitt vil jeg utdype SINTEF-rapporten «Sykefravær - gradering og tilrettelegging» (Ose et al, 2012) og den nederlandske 'Portvokterforbedringsloven' *Wet Verbetering Poortwachter* (Lien, 2019). Rapporten belyser bedriftshelsetjenestens rolle og fordel knyttet til sykefravær og oppfølging mens portvokterforbedringsloven forklarer hvordan en lignende utfordring med høyt sykefravær ble løst i Nederland.

SINTEF-prosjektet hadde til formål å undersøke både nivå og utvikling i sykefravær, graderingsandel mellom ulike typer virksomheter samt forklare hva de observerte forskjellene skyldes. SINTEF-rapporten konkluderer at flere virksomheter som ble intervjuet fremhevet at bedriftshelsetjenesten har et fortrinn i sitt arbeid inn mot virksomhetene gjennom å ha en slags ekspertrolle. Det samme ble bekreftet av informanter fra bedriftshelsetjenestene. Bedriftshelsetjenestene kan gagne virksomhetene i deres sykefraværsoppfølging, ved at bedriftshelsetjenesten kan supplere og bidra med andre innspill enn de ansatte, arbeidsgivere, leger og NAV er i stand til (Ose et al, 2012). SINTEF noterer seg at den arbeidsmedisinske kompetansen er unik for bedriftshelsetjenesten, som i samarbeidet likevel må være oppmerksom på å ikke koble seg for tett opp mot ledelsen i virksomhetene (Ose et al, 2012).

I Nederland effektuerte man i 2002 'Portvokterforbedringsloven' *Wet Verbetering Poortwachter*. Hovedpunktet i reformen besto i at bedriftslegene overtok utskrivning av sykemelding mens arbeidsgiver fikk ansvar for både utbetaling av sykelønn samt oppfølging- og integreringsarbeidet med sykmeldte arbeidstakere (Lien, 2019). Nederland hadde på 80-tallet en situasjon som ligner veldig på Norges aktuelle forhold: God økonomi, høy yrkesdeltaking, lav arbeidsløshet, et høyt og stigende sykefravær samt uførepensjonering. Cirka 8 % sykefravær og 10 % uføre, flere i randsonen av arbeids- og samfunnsliv, på sosialhjelp eller isolert innvandrere over flere generasjoner (OECD, 2007). Reformen var et aktivt tiltak for å redusere sykefraværet i landet og det lyktes. I dag er sykefraværet i Nederland redusert betydelig og er på nivå med de øvrige nordiske land, se figur 1, side 8.

Liv Haugli, spesialist i arbeidsmedisin, argumenterer i Aftenposten 2018 med kronikken «Bedriftslegen, ikke fastlegen, bør være den som sykemelder» for at det er bedriftslegen som kjenner arbeidsplassen, hvilke helsekrav som stilles for at arbeidstaker skal kunne vareta jobben og hvilke muligheter det eksisterer for tilrettelegging. Haugli (2018) møter argumentet om at bedriftslegene er kjøpt og betalt av arbeidsplassen ved å fremheve at i henhold til arbeidsmiljøloven er bedriftshelsetjenesten en fri og uavhengig aktør. Hun fremhever likevel at for at sikre dette i enda større grad bør bedriftshelsetjenesten finansieres av det offentlige. Avslutningsvis oppfordrer Haugli NAV til å iverksette en pilotstudie der bedriftslegen, og ikke fastlegen, sykemelder (Haugli, 2018).

3.3 Kultur og profitt

Psykolog, professor og forskningsleder Arne Mykletun uttaler seg i avisartikkelen «Hva er det med Norge og sykefravær?» (Fantoft, 2018) om det norske sykefraværet. Ifølge professoren er den viktigste forklaringen på det høye sykefraværet i Norge kulturell. Mykletun mener at det i Norge er akseptabelt å sykmelde seg av andre årsaker enn sykdom, og at sykemeldingen kan ha flere funksjoner, for eksempel å gi en «timeout». Mykletun hevder videre at sykefraværet handler om både sosialpsykologi og organisasjonskultur. Han beskriver at organisasjonskultur ofte er noe man er blind for når man er en del av den, og at det finnes et sykefraværsinstitutt i Norge som til en viss grad er positivt for velferden, men som likevel har enorme økonomiske konsekvenser. Mykletun undrer seg i avisartikkelen over at norske kvinner er mer sykmeldt enn menn, og understreker at selv om Norge har en høyere andel arbeidende kvinner enn de fleste andre land, forklarer dette likevel ikke forskjellen. Mykletun mener at forklaringen kan finnes i det kulturelle aspektet - det er mer akseptert blant norske kvinner enn menn å være sykmeldt (Fantoft, 2018).

Mykletun er også aktuell i dokumentar-artikkelen «Fastleger som henter ut mest penge fra staten, sykemelder mest» (Hasselgård, 2019). NRK brennpunkt gjennomgikk 90 millioner lege-regninger fra 2015 – 2019, og fant at de fastlegene som tar ut flest penger fra det offentlige refusjonssystemet også er de som sykemelder mest. Mykletun mener at stykkprissystemet hos fastlegene kan gi utilsiktede bivirkninger idet enkelte leger blir mer motivert av det enn andre. Han påpeker videre at studier viser at leger som ønsker å øke pasientlistene sine, liberaliserer sin sykemeldingspraksis (Hasselgård, 2019).

Fastlegers opplevelser knyttet til å nekte pasientene sine ønsker er utforsket i en kvalitativ studie av forskerne Nilsen og Malterud (2017). De fant at legene kjente på sterkt ubehag ved å nekte pasientene sine ønsker, og at konsultasjoner med slik uenighet påvirket legene sterkt emosjonelt. Tvister med pasienter i sykemeldingsarbeidet førte til at legen reflekterte mye over situasjonen med pasienten og kunne angre på de beslutningene de hadde tatt. Noen ganger ble lege-/pasientforholdet skadet eller opphørte. På bakgrunn av disse funnene, etterlyser Nilsen og Malterud (2017) større fokus på kunnskap om forhandling med pasienten i konfliktsituasjoner i løpet av medisinstudiet.

3.4 Oppsummering av kunnskapsstatus og identifisering av kunnskapsgap

Kulturelle forklaringer blir trukket frem som en mulig forklaring på sykefraværet, og som noe som har utviklet seg i takt med de gode velferdsordninger og Norges generelt gode økonomi. Sykefravær smitter i organisasjonskulturer og norske leger er en del av denne kulturen. Det eksisterer begrenset kjennskap til avventende sykemelding og denne type sykemelding er generelt lite brukt. Det er med andre ord en kunnskapsvikt om et implementert tiltak. I Nederland, som hadde en lignende

sykefraværssituasjon som Norge har i dag, har man med suksess redusert sykefraværet med «portvokterforbedringsloven». Kjennetegnene ved fastlegens og bedriftslegens sykemeldingspraksis i Norge er imidlertid et lite utforsket tema, og denne oppgaven tar sikte på å bidra til å belyse dette viktige området.

3.5 Motivasjon og forforståelse

Jeg har nær tilknytning til både bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og er borger i et land, der jeg har en opplevelse av at det er for “lett” å få en sykemelding. Jeg opplever dette som ambivalent, fordi jeg som lege bidrar til Norges høye sykefravær, men som medborger, som potensielt selv kan bli syk og trenge den gode velferdsordningen, også ser fordelene. Som fastlege følte jeg meg relativt ensom i etterfølgelsen av de gitte retningslinjer fra NAV og som borger med familie og skolebarn er jeg dessuten opptatt av at velferdsgodene blir fordelt likt på en rettferdig og korrekt måte.

Arbeids- og privatlivet mitt har inspirert og motivert meg til å undersøke området nærmere. Fordelen med å skrive om emnet er at jeg har nært kjennskap til begge tjenester samtidig som min bakgrunn i dansk helsevesen gjør at jeg kan innta et delvis utenfra-perspektiv. På den andre siden gjør rollen som lege, og mitt nære kjennskap til temaet, at jeg må være særlig bevisst på mine egne forforståelser både i innsamling og analyse av datamaterialet.

4 Teori⁹

I dette kapitlet vil jeg presentere relevante teorier for å belyse oppgavens problemstilling.

Sykemeldingssystemet er knyttet tett opp mot inkluderingspolitikken, hvis formål er å gjøre det mulig for mennesker med helsesvekkelser, funksjonsnedsettelse eller sosiale problemer å få en plass i arbeidslivet og en vei ut av fattigdom. Dagens inkluderingspolitikk stammer fra Attføringsmeldingen fra 1991-92 (Andreassen & Fossetøl, 2014), som ønsket å gjøre arbeidsplassen til den sentrale inkluderingsarenaen ved å tilby veiledning til arbeidsgiverne i inkluderingsoppgaven og støtte den enkelte inn mot arbeidsplassene (Andreassen & Fossetøl, 2014). I år 2001 ble prinsippene videreført ved IA-samarbeidet mellom regjeringen og partene i arbeidslivet. I 2010 leverte en regjeringsoppnevnt ekspertgruppe forslaget om en aktiverings- og nærværsreform med argumentasjonen om at man ikke behøver å være 100% frisk for å være i arbeid, og at nærvær, ikke fravær, er helsebringende (Andreassen & Fossetøl, 2014). IA-avtalen ble fornyet for femte gang i 2019. Avtalen er etablert i et samarbeid mellom regjeringen og arbeidspartene, mens det primært er legene som skal iverksette avtalen. Bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er to ulike institusjoner og politikkipplementering er en relevant teori å bruke. Tidligere forskning, presentert i oppgaven, viser imidlertid at sykemeldingspraksisen er mer enn bare implementering. Den omfatter et kulturmoment sett fra pasient, samfunn- og tjenesteperspektiv, det er et styringsmoment og samspill på mikronivå mellom lege, pasient og andre aktører. Derfor er organisasjonskultur et annet egnet teoretisk rammeverk å bruke i denne oppgaven.

Jeg vil i de følgende avsnitt redegjøre for teoriene om organisasjonskultur og politikkipplementering samt fremføre forventninger knyttet opp mot teori og tema for oppgaven.

4.1 Et institusjonelt perspektiv på organisasjoner

En organisasjon er «*et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål*» (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s. 18). På 1980-tallet tok forskere for alvor fatt på å studere organisasjonskultur som eget fenomen, noe som styrket troen på at kultur påvirker organisasjonens effektivitet (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Scott definerer institusjoner som et sett av sosiale systemer der holdes oppe av institusjonelle pilarer (Scott, 2014, s. 56). Ifølge Scott hviler institusjonene på tre pilarar, som har til formål å systematisere organisasjonen sine handlinger. De tre pilarane er regulative (lover og regler), normative (normer og verdier) og sosial-kognitive (sosiale forståelsesrammer) (Scott, 2014). De fleste institusjoner rommer flere av pilarene, men det varierer hvilke av pilarene som er dominerende. Et institusjonelt perspektiv og Scott sine pilarer demonstrerer at det ikke bare er de formelle områder ved en organisasjon som definerer handlingene.

⁹ Deler av dette kapittel er hentet fra min eksamen ME6-501 Forskningsdesign og Metode, Høgskolen på Vestlandet, 2020. Sykemeldingspraksis - En sammenligning av fastleger og bedriftsleger.

Organisasjonene utvikler også ulike karaktertrekk via normer, handlemåter og samarbeidsmekanismer, som forplanter seg som vaner og komponenter i organisasjonens uformelle struktur (Scott, 2014).

Den regulative pilaren

Den regulative pilaren omhandler lover og regelverk som institusjonen må både overholde og forholde seg til (Scott, 2014). Den regulative pilaren omfatter kapasiteten til å etablere regler, kontrollere de ansattes konformitet med reglene samt iverksette insentiv eller manglende insentiv samt sanksjonsordninger som kan påvirke adferden i organisasjonen. Når utgangspunktet for orden er regler og lovverk, vil aktuelle virkemidler til å kontrollere om reglene etterleves være overvåkning og sanksjoner. Scott (2014) argumenterer for at makt og tvang imidlertid ikke er tilstrekkelig til å lede organisasjoner, da de også må støttes av den normative pilaren. Likevel er det de formelle reglene som utgjør rammeverket for hvordan atferden utøves i organisasjonen.

Forventning 1: Både bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er underlagt regler og lover for utskrivning av sykemelding samtidig som det eksisterer lite kontroll av om dette regelverket blir fulgt. Det finnes ikke en automatisk generert tilbakemelding til legene vedrørende bruk og antall av sykemeldinger som utskrives. Denne type tilbakemelding eksisterer for legenes bruk av takster og er automatisert via Helfo. Kan den manglende regulering påvirke legenes sykemeldingspraksis og bruken av sykemeldinger? Ytterligere - kan også organiseringen i tjenestene samt adgang til informasjon og undervisning om IA avtalen påvirke legenes praksis ved sykemelding, for eksempel avventende sykemelding?

Den normative pilaren

Den normative pilaren omfatter faktorer som er avgjørende for handlingsmønstre, evaluerende prosesser og øvrige tvungne dimensjoner i organisasjonen som ikke er formelle i sin form (Scott, 2014). Normative institusjoner innrammer hva vi bør gjøre, eller hva som er rett å gjøre (Bukve, 2012). De normative pilarer uttrykker av den grunn både normer og verdier. Verdier identifiserer de foretrukne standarder, det som er ønsket, mens normene spesifiserer hvordan tingene *bør* gjøres. Normer kan være støttende i målsettingsdefinerende prosesser, men også en veiviser for hvordan målsettingene oppnås. Normer kan peke mot kollektivet som helhet eller være knyttet til profesjoner, aktører og stillinger (Scott, 2014). Normer kan forstås som en oppskrift av forventninger der i organisatorisk forstand gir rettigheter og ansvar og påvirker atferden via begrensninger og handlingsrom. Store dele av atferden i organisasjoner avspeiler rutinen i hvordan folk gjør det de skal, og organisasjoner har en stabiliserende effekt på sosiale holdninger og normer, som både er internalisert samt pålagt av andre. Delt normer og verdier skaper stabilitet og orden (Scott, 2014).

Forventning 2: Den normative pilaren har betydning for legens rolle som sykemelder. Hvilken atferd forventes det av legen når pasienten ber om en sykemelding? Er pasienten og omverdenens forventninger til de to tjenestene ulike? Normene er definert som gjensidige forventninger (Scott, 2014) og med dette forventningene til den andre i en gitt rolle. Dette kan bety at det kan eksistere forskjelligartet bruk av sykemelding i de to tjenestene. Fastlegen kan forvente at pasienten som ber om en sykemelding ikke ønsker en avventende sykemelding eller råd om egenmelding, mens pasienten kan ha en forventning til fastlegen om at det skrives ut en sykemelding. Det kan eksistere et annet normativt hos bedriftslegen, som er knyttet tettere opp mot arbeidspartene. Den normative pilaren kan også forklare at fastlegen kan ha en oppfattelse av at avvisning av sykemelding kan påvirke pasient/lege relasjonen, noe som kan ført til annen bruk av sykemelding.

Den sosial-kognitive pilaren

Kognitive institusjoner strukturerer hvordan vi tolker verdenen. Den kognitive pilaren i institusjonen er det som vi tar for gitt (Bukve, 2012). Den sosial-kognitive pilaren forteller noe om hvordan en organisasjon skal oppføre seg og hvilke rutiner samt vaner som ligger til grunn i organisasjonen. Pilaren bygger på ideen om at handling forstås som sosial så lenge aktørene knytter mening til adferden, og det eksisterer en kollektiv kunnskap i institusjonen som oppfattes som objektiv. Meningene er sosialt konstruert og skapt i et fellesskap. Denne kultur-kognitive pilaren handler om de delte forestillinger som etablerer den sosiale virkelighet, og de rammene som gjør mening mulig (Scott, 2014).

Forventning 3: Den sosial-kognitive pilaren kan i sykemeldingsprosessen forstås som det vi selv tar for gitt, vår selvforståelse. Et eksempel kan være at man i Norge har «rett» på en sykemelding, en «time-out», når livet byr utfordringer, samt en felles oppfattelse om at en sykemelding løser problemene. Den sosial kognitive pilaren kan variere i tjenestene, men kanskje det likevel eksisterer en vis overenstemmelse sett i lyset av generell norsk legepraksis.

	Regulative	Normative	Cultural–Cognitive
Basis of compliance	Expedience	Social obligation	Taken-for-grantedness/ shared understanding
Basis of order	Regulative rules	Binding expectations	Constitutive schema
Mechanisms	Coercive	Normative	Mimetic
Logic	Instrumentality	Appropriateness	Orthodoxy
Indicators	Rules Laws Sanctions	Certification Accreditation	Common beliefs Shared logics of action Isomorphism
Affect	Fear/guilt/innocence	Shame/honor	Certainty/confusion
Basis of legitimacy	Legally sanctioned	Morally governed	Comprehensible Recognizable Culturally supported

Figur 6, tre institusjonelle pilarer (Scott, 2008b, s. 51)

4.2 Politikimplementering

Det er to hovedretninger innen litteraturen om politikimplementering; «the top-down» og «the bottom-up». En top-down tilgang er karakterisert ved å ta utgangspunkt i offisielle politiske målsetninger og fokusere på hvordan implementeringen av disse best kan styres fra sentralt hold (Matland, 1995). De sentrale aktører (top-downers) er de som treffer de politiske beslutninger, formulerer de politiske tiltak og kontrollerer implementeringsprosessen mens frontlinje-medarbeiderne sin adferd må styres og kontrolleres. Med en bottom-up-tilgang tas der omvendt utgangspunkt i frontlinje-medarbeidere eller andre lokale aktører som primære aktører i implementeringsprosessene (Matland, 1995). Det er frontlinje-medarbeiderne som reelt skaper politikken. Bottom-up teoretikere vil ofte argumentere for at frontlinje-medarbeiderne sin adferd ikke kan fullt ut kontrolleres eller styres, da den er avhengig av lokale og subjektive forhold, skjønnsutøvelse og kontekstuelle faktorer i implementeringsmiljøet, som organisatoriske strukturer, eksisterende fag-miljø og lokale arbeidsmarkedsforhold. Dette er faktorer som direkte kan motarbeide beslutninger truffet i toppen av implementeringspyramiden (Winter & Lehmann Nielsen, 2013). Der top-down teoretikere ønsker å etablere generaliserbare anbefalinger, søker bottom-up teoretikerne primært å beskrive hvilke faktorer som har skapt utfordringene når det gjelder å oppnå de fastsatte mål. En typisk anbefaling fra bottom-up teoretikerne er derfor å anvende en fleksibel strategi ved formuleringen av politikk, noe som overlater plass til tilpasning til lokale problemer og kontekstuelle faktorer (Matland, 1995).

Under politikimplementering er det også relevant å nevne Lipsky (1980), som undersøker hvordan såkalte «streetlevel bureaucrats», eller frontlinje-medarbeidere, gjennom skjønnsutøvelse og samtidig å forholde seg til en rekke krav og utfordringer har avgjørende betydning for hvordan politikk utfolder seg i praksis.

Jeg vil videre koble det institusjonelle perspektiv på organisasjoner sammen med politikimplementering, siden top-downers stoler på ensartede regler og insentiver, mens bottom-up-teoretikerne er mer oppmerksomme på variasjon i lokale forhold, kultur og kognitiv tilknytning.

Forventning 4: Implementeringen av IA-avtalen er et eksempel på top-down styring, der frontlinjemedarbeiderne (legene) ikke er med på laget og på den måte setter standarden ved ikke å innføre iverksatte tiltak.

4.3 Oppsummering kunnskap og teori

Jeg har inntil nå belyst sykefraværet fra et lege perspektiv-, et kulturelt- og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Den kultur-kognitive pilaren anfører at det er akseptabelt å be om, og sannsynligvis også imøtekomme en sykemelding. Vi har sett på insentiver for fastlegen, hvor 84% er selvstendige næringsdrivende, og drøftet om stykkprisinsentiv kan påvirke praksis for utskrivelse samt forlengelse

av sykemeldinger. Om det i normaltariffen¹⁰ for fastleger eksisterte et økonomisk insitament for mer inngående diskusjon av sykemelding kunne dette trolig påvirke atferden til legene, jamfør Scott sine pilarer. IA-avtalen er vedtatt uten inndragelse av partene som skal implementere og iverksette tiltakende, noe som kan ha betydning for suksessraten demonstrert ved teorien om politikk-implementering. Siden bedriftslegene har et tettere samarbeide med arbeidspartene, kan det om mulig øke sjansen for bedre implementering av IA-avtalen. Videre jobber bedriftslegene tett inn mot bedriftene og har derfor innsikt i mulighetene for tilrettelegging.

4.4 Oppsummering av empiriske forventninger

På bakgrunn av teorien har jeg utviklet og presentert fire forventninger som jeg i følgende avsnitt vil oppsummere:

Både bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er underlagt lover og regler for utskrivning av sykemelding. Det eksisterer lite kontroll, noe som kan påvirke sykemeldingsprosessene og bruken av de ulike typer sykemeldinger. Organiseringen i tjenestene med lite tid, stykkpris insentiv samt tilgang til informasjon og undervisning kan i tillegg påvirke bruken av for eksempel avventende sykemelding. Den normative pilar har betydning for legens rolle som sykemelder. Hvilken atferd ventes det av legen når pasienten ber om en sykemelding? Er pasienten og omverdenens forventninger til de to tjenestene ulike og vil det i så fall medføre at bruken av sykemelding varierer i de to tjenestene? Den normative pilar kan forklare hvorfor noen fastleger har en oppfattelse av at avvisning av sykemelding kan påvirke pasient-/lege forholdet, og dette kan kanskje påvirke legens sykemeldingspraksis? Den sosial-kognitive pilaren kan forstås som det vi tar for gitt, altså vår selvforståelse. Et eksempel kan være at vi i Norge har «rett» på en sykemelding, en «time-out», når livet byr på utfordringer, og det kan ligge en felles forståelse for at en sykemelding kan løse problemene. Den sosial kognitive pilaren kan variere i tjenestene, men kanskje det likevel eksisterer en vis overenstemmelse sett i lyset av generell norsk legepraksis?

Implementeringen av IA-avtalen påvirkes av en top-down styring, hvor legene ikke har vært involvert i den tidlige del av prosessen og derav ikke føler et medansvar for implementering av avtalen.

Samtidig kan det forholde seg slik at organiseringen i tjenestene med fastlønn/ikke fastlønn, lite tid/god tid og insentiv/ikke insentiv kan påvirke sykemeldingspraksisen, som for eksempel bruken av avventende sykemelding.

I neste kapittel vil jeg presentere design og metode.

¹⁰ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling Normaltariffen fastsetter honorar som fastlege og avtalespesialist kan ta for undersøkelse og behandling.

5 Design og metode

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som studeres (Malterud, 2017). Jeg ønsker å undersøke hva som kjennetegner sykemeldingspraksisen i henholdsvis bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er en sammensatt og kompleks problemstilling, og den kvalitative metode, der man stiller seg åpen overfor et mangfold av mulige svar (Malterud, 2017), egner seg godt. Da det ikke er mulig å isolere fenomenet sykemeldingspraksis uten å se på konteksten, må vi studere fenomenet slik det faktisk utspiller seg, som kontekstualiserte fenomen (Bukve, 2016). Kvalitative tilnærminger egner seg videre til utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017). Vi kan bruke de kvalitative metoder til å få mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger og gjennom spørsmål styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017).

Jeg ønsker å tilnærme meg problemstillingen med komparativt casedesign. Bukve (2016) definerer en komparativ studie som en sammenliknende studie med et avgrenset antall case, der formålet er å studere variasjon ved bruk av ikke-statistiske design og metoder. Formålet med å nytte casedesign som metode er å studere et sosialt fenomen som kan si noe om en bredere klasse av fenomener enn akkurat den case vi studerer (Bukve, 2016). En casestudie må romme to grunnleggende krav; det skal være strukturert og fokusert. Det er avgjørende at studiet er strukturert da fremgangsmåten må kunne gjentas og testes i øvrige studier og være fokusert for å tydeliggjøre hvilket aspekt ved casen som skal stå i sentrum for analysen (Bukve, 2016). I dette prosjektet utgjør sykemeldingspraksis det fenomenet jeg vil studere. Bedriftsleger og fastleger utgjør hver sin case. Det komparative casedesignet er altså valgt for å finne typiske trekk ved fenomenet sykemeldingspraksis, på samme tid som designet gjør det mulig å oppdage variasjonsbredde i bruken av kunnskap (Bukve 2016).

5.1 Utvalgskriterier, innsamling og bearbeiding av kvalitative data

Utvalget i min oppgave er strategisk ut fra en målsetting om at materialet skal kunne belyse problemstillingen best mulig (Malterud, 2017). Datamaterialet i oppgaven baserer seg på intervju med fire bedriftsleger og fire fastleger. De fire fastlegene er selvstendig næringsdrivende kommuneleger og ikke fastlønnede. I all forskning må man være oppmerksom på om den metoden man anvender representerer en logisk vei til kunnskap som belyser problemstillingen (Malterud, 2017). Utvalget mitt bærer også preg av å være et tilgjengelighetsutvalg, der deltakerne delvis er valgt ut ved snøballteknikken. Ved snøballteknikken anvendes nettverket til å identifisere og få kontakt med informanter som oppfyller utvalgskriteriene og som vil delta (Malterud 2017). Jeg brukte blant annet min kontakt til legekontorer, legekolleger møtt på kurs samt tidligere kollegaer. De fire fastlegene ble funnet via forhenværende arbeidsplass og nettverk. Jeg kom i kontakt med bedriftslegene via

tidligere arbeidsplass, nettsteder og bedriftskontorer rundt om i landet. Snøballmetoden er ganske vanlig og ofte et pragmatisk valg for denne typen kvalitative studier. Det krever dog at man er oppmerksom på konsekvensene for utvalgsvariasjonen og har fokus på hvilken vei snøballen ruller (Tjora 2017, Yin 2011).

Intervjuene er gjennomført semistrukturerte med ønske om å få frem informantenes subjektive holdninger til sykemeldingspraksis. Et semistrukturert intervju er en åpen og strukturert samtale som i dette studiet gir innsyn i hvilke holdninger og erfaringer som ligger til grunn for bruken av sykemelding i legens møte med pasienten. I det semistrukturerte intervju kan man som forsker nærme seg en dypere forståelse for informantens subjektive opplevelse rundt fenomenet og intervjuformen passer godt til et fenomen som er i forandring (Dalen, 2011).

Fenomenet i dette tilfellet er sykemeldingspraksis, som er i konstant forandring til dels på grunn av nye retningslinjer, insitament, mediesøkelys, forskning, kurs og generasjonsskifte.

Når man forsker på fenomenet der opplevelsene og erfaringene står i fokus vil det ikke være mulig å gjenta studien om ti år med samme resultat. Som forsker er det derfor viktig å belyse dette og reflektere rundt metodikken, slik at forskningen er til å stole på, ikke fordi resultatene nødvendigvis er sanne, men fordi forskningen er godt dokumentert og ærlig gjennomført (Laake m.fl., 2011). For at forskningsprosessen skal bringe frem noe annet enn det som forskeren på forhånd vet, tror eller tar for gitt, er det nødvendig å ha et åpent sinn med plass til tvil, ettertanker og uventede konklusjoner (Malterud, 2017). Forskerens egen rolle og betydningen av denne rolle er sentral, og en presisering av forskerens forforståelse samt hypoteser er derfor viktig å dele med leseren. Som beskrevet i kapittel 3.8 har jeg en bakgrunn i både bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og har en oppfattelse av at det er for "lett" å få en sykemelding i Norge. Rollen som sykemelder, har derfor tidvis opplevdes som konfliktfylt. Når forskere som også selv er klinikere studerer allmennlegers strategier, kan dette både gjøre intervjuene mere målrettede og relevante, men også bidra til et manglende kritisk blikk på studiefeltet (Malterud, 2017).

Intervjuene ble gjennomført ved både fysisk fremmøte, via Teams og per telefon. Det er utfordringer knyttet til hver av intervjuformene. Fysiske intervju kan være krevende når det kommer til tidsbruk, kroppsspråk og det å fremstå nøytral. Ved bruk av Teams kan lyden bli forringet og dårlig forbindelse kan forårsake forsinkelse, noe som kan utfordre dynamikken i intervjuet. Ved bruk av telefonintervju, kan manglende ansikter i interaksjonen oppleves som begrensende.

Alle intervju ble tatt opp med båndopptaker. Alle personidentifiserende opplysninger er anonymisert, og prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

5.2 Analyse

Jeg har i oppgaven gjennomført en komparativ casestudie med semistrukturerte intervju med fire fastleger og fire bedriftsleger. For å analysere data fra intervjuene har jeg valgt å bruke en teoridrevet innholdsanalyse. Hensikten med en styrt eller teoridrevet innholdsanalyse er å “validere eller utvikle en begrepsmodell eller en teori” (Ringdal, 2018, s. 271).

Kvalitativ innholdsanalyse er en fleksibel tilnærming til analysering av tekstdata (Cavanagh, 1997) og er en velprøvd metode for systematisk klassifisering og koding for å identifisere tema og mønstre i datamaterialet (Hsieh & Shannon, 2005).

I Norge har innholdsanalysen historisk sett typisk vært brukt til analyse av teologiske tekster og avisartikler. Innholdsanalysen kan imidlertid også være et godt verktøy å bruke innenfor annen forskning, og har for eksempel blitt anvendt til analyse av transkripsjoner fra gruppeintervjuer innen utdanningsforskning (Fauskanger & Mosvold, 2014a). Det finnes tre grener innenfor innholdsanalyse: konvensjonell, teoridrevet og summativ innholdsanalyse. Forskjellene mellom de tre grenene baseres på hvordan man tilnærmer seg dannelsen av kodeskjemaer, hvordan kodene oppstår og hva som truer studiets troverdighet (Hsieh & Shannon, 2005). I konvensjonell innholdsanalyse dannes kodekategoriene direkte fra datamaterialet. I den summative innholdsanalyse telles og sammenlignes nøkkelord samt innhold i datamaterialet og deretter tolkes den underliggende tekst. Konvensjonell innholdsanalyse er hensiktsmessig å anvende når man ønsker å oppnå et inngående kjennskap til datamaterialet, mens den summative innholdsanalysen blant annet er egnet til å utvikle hypoteser. Den teoridrevne innholdsanalysen er særlig relevant å anvende når man ønsker å undersøke hypoteser på bakgrunn av teori og tidligere forskning, og er egnet til å utfordre, bekrefte og/eller videreutvikle teori (Fauskanger & Mosvold, 2015, s. 93).

5.3 Teoridrevet innholdsanalyse

Hsieh og Shannon (2005) forklarer en strukturert analyseprosess ved fem trinn:

1. Identifisering av kategorier av koder ut fra eksisterende teori og/eller forskning.
2. Operasjonalisering av kategoriene ut fra teori.
3. Intervjuguide med åpne spørsmål og spørsmål til de definerte kategoriene.
4. Koding av datamaterialet. Enten kan man kode all aktuell tekst først og deretter anvende de definerte kategoriene og muligens nye koder, eller man kan begynne å kode etter de definerte kategoriene og vurdere om annen relevant tekst skal defineres som nye kategorier eller underkategorier av de definerte kategoriene.
5. Presentasjon av resultatene ved beskrivelser av kodene som støtter eller motstrider teorien.

Teoridrevet innholdsanalyse baseres på deduktiv kategorisering (Mayring 2000), og hovedmålet kan som beskrevet være å validere, eller eventuelt videreutvikle, et eksisterende teoretisk rammeverk (Ringdal, 2018). Direkte innholdsanalyse er av den grunn relevant å bruke i dette datamaterialet, da det eksisterer noe forskning om sykemeldingspraksis i Norge, men fortsatt med mulige kunnskapsgap (se kapittel 3, Kunnskapsstatus).

Jeg startet prosessen i dette prosjektet med å lese tilgjengelig teori og forskning om sykemeldingspraksis. Med teoretisk utgangspunkt i institusjonell teori utledet jeg de første kategoriene, som ble operasjonalisert ved forventninger i kapittel 4. Ut ifra forventningene ble intervjuguiden utviklet med innledningsvis åpne spørsmål, etterfulgt av mer målrettede spørsmål knyttet til de forutbestemte kategoriene.

De to cases i studien er henholdsvis fastleger og bedriftsleger. Derfor har det vært hensiktsmessig å gjennomføre innholdsanalysen på en slik måte at likheter og forskjeller i informantenes erfaringer og opplevelser kommer frem, uten at det har vært nødvendig å knytte det til spesifikke informanter. Det første jeg gjorde etter transkribering av data var å lese intervjuene grundig gjennom og deretter stille legegruppens svar opp mot hverandre. På denne måten ble ulikheter og likheter både internt i, og mellom, de to legegruppene synlig. Jeg valgte deretter å kode etter de definerte kategoriene:

- Trekk ved legen,
- Trekk ved kontoret,
- Legens rolle
- Trekk ved sykemeldingsordningen
- Tid, kultur og kjennskap
- Sykemeldingsordningen

Hovedfunnene innenfor hver kategori blir oppsummert, og drøftes i diskusjonsdelen opp mot det teoretiske rammeverket og forventninger fra kapittel 4.

Teoridrevet innholdsanalyse har som andre analysemetoder både styrker og svakheter. Hovedstyrken er at eksisterende teori kan dokumenteres og videreutvikles. En vesentlig svakhet ved teoridrevet innholdsanalyse er at man som forsker tilnærmer seg dataene «with an informed but, nonetheless, strong bias» (Hsieh & Shannon 2005, s. 1283) og man derfor må være oppmerksom på at det er enklere å identifisere funn som bekrefter eksisterende teori enn det motsatte. Dermed kan en teoridrevet tilnærming gi resultater som støtter en bestemt teori mens andre kontekstuelle aspekter kan bli oversett.

6 Funn

I følgende avsnitt vil jeg gjennomgå funnene i datamaterialet.

Fastlegene anonymiseres ved forkortelsene **FL1, FL2, FL3 og FL4**, mens bedriftslegene anonymiseres ved forkortelsene **B1, B2, B3 og B4**. Fastlegekontorer og bedriftshelsetjenester nevnt ved navns nevning er anonymisert ved bruk av X. Det samme gjelder lokaliteter.

For å styrke transparensten har jeg gjennomgående valgt å eksplisitt vise intervju spørsmålet og de påfølgende svarene til deltagerne. Disse vil videre bli drøftet i diskusjonskapitlet opp mot det teoretiske rammeverk samt de fire forventningene. Som beskrevet under beskrivelsen av teoridrevet innholdsanalyse vil de avslutningsvis bli brukt til å utfordre, bekrefte og/eller videreutvikle teori.

6.1 Trekk ved legen

Kan du fortelle meg litt om din bakgrunn, hva du har av utdanning og eventuell spesialitet, og hvor lenge du har jobbet på legekantoret?

Grunnet risiko for identifisering av legene besvares dette spørsmålet ved en generell oppsummering. Tre fastleger er spesialister i allmenn medisin og har jobbet mellom 3 og 16 år som fastlege. En fastlege er utdannet i et annet land enn Norge. Ingen fastleger har jobbet som bedriftslege. Tre bedriftsleger er spesialist i allmennmedisin, en bedriftslege har også spesialitet i arbeidsmedisin. To bedriftsleger er utdannet i utlandet. Bedriftslegene har jobbet mellom 10 og 20 år som bedriftslege og har erfaring som fastlege mellom 5 og 25 år.

Hvordan endte du opp i allmennmedisin/bedriftshelsetjenesten?

FL1: Tilfeldighetenes spill. Valgte bosted først.

FL2: Det var geografien, at vi likte oss i X kommune, friluftslivet der, og at min mann ønsket å jobbe der. Jeg hadde ønsket å være pediater, men for at vi skulle kunne bo i X så måtte jeg gjøre om på mine ønsker for spesialiteter.

FL3: Nei, det var der jeg fikk jobb. Jeg er medlem av en sønn, hva heter det, noe som heter LUT-leger, leger uten turnus, fordi vi var en av de få kulla fra utlandet i 2012 som ikke fikk lov å søke på turnus, så da gikk vi rett inn i legestillinger LIS, eller fastlege da, og da ble det fastlege på meg.

FL4: Litt fordi jeg ville flytte hjem og ikke hadde så mange andre muligheter (*ler*), og litt tilfeldig, tror jeg, og at jeg hadde liksom gjort litt sånne forskjellige ting med denne legevakts-jobbingen min da slik at det ble litt nærliggende å velge noe som var litt bredt, fordi jeg ikke hadde spisset meg så veldig mot noe fra starten av, så ble jeg en litt sønn "all-rounder" (*ler*).

B1: Nei, det var nok tilfeldigheter og litt interessen for ikke å gå i for smal spesialisering.

Er du i gang med spesialisering i arbeidsmedisin?

Ja, jeg har tatt veiledningsgruppa og en del av kursene, men jeg mangler sykehustjenesten.

B2: Egentlig litt tilfeldig, da vi flyttet til Norge så hadde jeg tatt de kursene som jeg måtte ha, og så var det helt tilfeldig at jeg ble spurt om jeg kunne tenke meg å være vikar, fordi jeg hadde små barn, om jeg kunne være vikar for bedriftslegen i Bedriftshelsetjenesten, og så var det en deltidsstilling og ikke vakter, så jeg sa "ja, det kan jeg", og så hadde jeg jo ikke noen planer om å bli der så lenge, men så var jeg der i nesten ti år. Ja, og da følte jeg kanskje at jeg trengte litt allmennmedisin, for det var den gang mer enn nå veldig mange spørsmål, allmennmedisinske spørsmål, når de ansatte kom, for vi holdt jo på med alt mulig, GU, og ja, sånn var det på den tiden. Så da tenkte jeg at jeg måtte ha litt allmennmedisin, og så søkte jeg om permisjon, og begynte sammen med min mann, som er allmennlege, og så ble det i her allmennmedisin, så tenkte jeg at det hadde vært greit og så gjorde jeg det. Så det var mer sånn tilfeldig.

B3: Ja. Det var jo da i 1989 da det ble en kombistilling, egentlig var det allmennpraksis jeg tenkte på, men det var det som var ledig her da vestpå. I og med at kona mi er herfra så tenkte vi å flytte bort til X kommune igjen, og det var jo mye interessant jobbing der, slik at da det ble en ledig stilling her så syns jeg den var interessant å jobbe med og et godt team å jobbe i lag med.

B4: Nei, det var i grunnen mest for å forsøke noe annet etter å ha vært allmennlege en stund, så det var litt tilfeldig.

Oppsummering

To fastleger beskriver at det skyldes tilfeldigheter, en fastlege at årsaken er geografi og en fastlege ønsket å flytte hjem og hadde ikke andre muligheter.

Tre bedriftsleger beskriver tilfeldighet som årsak mens en bedriftslege ønsket om å bo i området og hadde interesse for faget.

Således er det lite variasjon mellom legegruppene. Den primære årsaken er tilfeldigheter.

Hvordan er med lønnen din; er du fastlønnet eller selvstendig næringsdrivende?

FL1: Selvstendig.

FL2: Jeg har en kombinert stilling hvor jeg har 42 % helsestasjon og skolehelsetjeneste, det er fastlønnet, og så resten, min fastlege- og legevaktsjobb er næringsdrift.

FL3: Selvstendig næringsdrivende

FL4: Selvstendig

B1: Jeg er fastlønnet som bedriftslege.

B2: Nei, jeg er fastlønnet.

B3: Det er fastlønn

B4: Jeg er fastlønnet.

Oppsummering

Vi ser at alle fastleger i utvalget er selvstendige næringsdrivende, mens bedriftslegene er fastlønnet.

Er det noe du selv har innflytelse på?

FL1: Nei. Kanskje, men jeg har ikke prøvd.

FL2: Ja, hvis jeg ønsket å gå over til full fast kommunal stilling, så vil jeg nok kunne velge det.

FL3: Delvis, men egentlig nei, jeg valgte jo å begynne og jobbe på et kontor som har vanlig selvstendig praksis da.

FL4: Ehm, det er jeg ikke helt sikker på. Det kan hende jeg kunne fått fast lønn hvis jeg bad om det, men det har jeg ikke sjekket ut fordi jeg har ikke vært så opptatt av det egentlig

Altså, ikke i den jobben jeg er i nå, men det er klart at hvis man ønsker så fins det jo masse ekstraoppgaver å ta på seg også, men nei, det er vanlig kontrakt.

B1: Nei

B2: Om jeg kunne velge? Nei, det prøvde jeg aldri.

B3: Det er lokale forhandlinger som ... var vel litt mer forhandlingsmessig i starten, nå er det vel litt mindre innflytelse på det de siste tre-fire (3-4) årene.

B4: Altså, ikke i den jobben jeg er i nå, men det er klart at hvis man ønsker så fins det jo masse ekstraoppgaver å ta på seg også, men nei, det er vanlig kontrakt.

Oppsummering

Fastlegene svarer med intern variasjon. En lege har innflytelse, en har ikke, en har delvis innflytelse og en vet ikke. Ingen av bedriftslegene har noe innflytelse på fastlønn eller å være selvstendig næringsdrivende. Det er dermed stor variasjon i fastlegegruppen, mens det er like svar i bedriftslegegruppen. Svarene mellom legegruppene er dermed ulike.

Hvorfor valgte du å være selvstendig næringsdrivende?

FL1: Det var jo det jeg startet med da. Så da jeg startet var det jo ikke noe alternativ, da var det jo næringsdrivende.

FL2: På det tidspunktet da jeg ble tilsatt var det ikke fastlønnstillinger som fastlege, det har kommet etter hvert. Så på det tidspunktet var det ikke et valg. Foreløpig har jeg valgt å holde fast ved det jeg har, fordi jeg trives med friheten til å planlegge selv, men jeg ser at det har noen ulemper i forhold til sosial sikkerhet med sykepengar, sykefravær, pensjon osv.

FL3: Nei, da jeg begynte å jobbe her på X så var det ingen andre alternativer, men jeg ønsker vel heller ingen annen ordning, tror jeg? Jeg tror nok ikke jeg ønsker en fast lønn, da må det eventuelt bli en hybridløsning med 50 % fast lønn og 50 % (femti prosent) av det jeg takserer da.

FL4: Jeg valgte det vel på en måte ikke, det var det som var det aktuelle her da og så bad ikke jeg om å få noe annet, men nå tenker jeg jo at jeg foretrekker å være selvstendig fordi det er litt fint med den friheten da, jeg synes egentlig det fungerer helt greit.

Oppsummering

Alle fastlegene beskriver at det ikke var noe valg når det gjaldt å være selvstendig næringsdrivende, og tre av legene sier at de foretrekker det. En fastlege forteller at muligheten for fastlønn er kommet etter hvert.

6.1.1 Oppsummering trekk ved legen

Vi ser i det innledende datamaterialet at legenes bakgrunn er ganske lik. De har alle hatt berøringsflate med fastlegefaget, og to av bedriftslegene er også spesialister innenfor allmennmedisin. Det er derimot ingen av fastlegene som har erfaring som bedriftslege. Tre av legene i utvalget har erfaring fra utlandet og samtlige leger beskriver at de er endt opp i faget ved en tilfeldighet, for eksempel på

grunn av geografi og/eller tilgjengelighet. Alle fastleger er selvstendig næringsdrivende, og de fleste ønsker det. Alle bedriftsleger er fastlønnede. Legene fastslår at de ikke har noe vesentlig innflytelse på dette selv.

6.2 Trekk ved kontoret

Kan du fortelle meg litt om hvordan din arbeidsdag typisk er bygget opp?

FL1: Da har vi et meningsløst møte fra 8.00 til 8.30 med haltende problemløsning (*begge ler*). Du står fritt til å endre det der i en tekst...Okey, personalmøte 8.00 til 8.30, pasienter frem til 14... totida, forefallende arbeid fra to til tre (14.00 - 15.00) og på kveldstid.

FL2: Mhm. Jeg jobber fire dager i uken, og så har jeg vakter på toppen med tidligvakt. De fire dagene i uken, halvparten av den tiden så er jeg helsestasjons- eller skolelege fordelt på to halve og en hel dag, og så har jeg to halve og en hel dag som fastlege.

FL3: Ja. Jeg kommer på jobb kl. 8.00, har første pasient 8.30, deretter hver halvtime med ca. tre øyeblikkelighjelp-timer som varer 15 minutter, jeg har alt fra 12 til 17 pasienter om dagen.

FL4: Ja. Jeg har ingen kommunal, eller jo, akkurat nå har jeg KAD-del som er kommunale oppgaver som bare er én time i uken, men så alt det andre har jeg da vanlig pasienter, men jeg har Ø-hjelp to halve dager, og så har jeg hvert fall en halv dag som jeg har satt av til administrasjon

B1: Ja, den er enten da på det vi kaller "klinikken", som er et slags legekontor inne i bedriftslegesystemet, og da har vi ofte enten helsekontroller eller sertifisering av en eller annen type. Så kan det være noen få henvendelser som er mer kurativt, hvor folk fra bedrifter henvender seg med et eller annet helseproblem de vil ha diskutert med meg i påvente av fastlege eller andre ting.

B2: Det er jo litt forskjellig, jeg er bedriftslege i bedriftshelsetjenesten i X, som da er en fellesordning, jeg jobber jo bare deltid, jeg jobber 50 prosent (50 %), jeg nærmer meg pensjonsalder vet du, men vi fikk barn med spesielle behov så jeg har alltid jobbet deltid, maks sytti prosent (70 %), men akkurat nå så er jeg bedriftslege i X, og da er det...Det er sånn at de som jobber i bedriftshelsetjenesten setter opp ting til meg på timeplanen, det er jo veldig mye akkurat nå, helseattester, altså ting som bare jeg kan gjøre i Bedriftshelsetjenesten, offshoreattester av dykkerleger, attester for redningsdykkere, førerkortattester for sjåfører, ja, det er mye det, så er det jo litt undervisning ift. at vi har, og ja, litt sånn administrative ting som å lage prosedyrer eller jobbe med internkontrollsystemet. Ganske variert egentlig. Og så er det jo en del tverrfaglig samarbeid i forhold til hvordan man følger opp bedrifter, hvordan man planlegger arbeidshelseundersøkelse, alt dette.

B3: Ja. Mandag starter vi med å reise opp til X og har kontordag der, da har vi forskjellige arbeidsmessige konsultasjoner og attester for røykdykkere, offshore og sjøfart, vaksinerings, noen ganger kan vi også være i dialog med NAV eller andre. Så er det tilsvarende da i X på tirsdagene, og så på onsdag, torsdag og fredag så er jeg på kontoret her i X eller på utekontor. Noen ganger blir det også bedriftsbesøk.

B4: Nei, det er ... hovedsakelig så jobber jeg i en klinikk fra 8.00 til 16.00 da, med pasienter som settes opp hver halvtime, stort sett. Ja, veldig mye offshore-attester og sånt siden jeg jobber i X da.

Oppsummering

I datamaterialet finner vi at arbeidsdagen er bygget ulikt opp for legene. De av legene som nevner møtetidspunkt møter kl. 8 og legene jobber mellom 50% - 100%. Det gjelder begge legegruppene. Både fastlegene og bedriftslegene fremhever ulike arbeidsoppgaver i løpet av en arbeidsdag. To fastleger nevner kommunale oppgaver i tillegg til vanlig jobb, mens FL 3 fremhever antallet pasienter på en dag. Bedriftslegene nevner alt fra attestarbeide til dialogmøter med NAV, og en veldig variert arbeidsdag. B3 fremhever tverrfaglig arbeide.

Er det noen særlige utfordringer?

FL1: Det er stadig utfordringer. Nei, men det er nå alltid kontinuerlige utfordringer i møte med pasienten, og skulle tilpasse seg og finne riktig vei fremover sånn at alle blir fornøyde.

FL2: Mhm, det kan være utfordrende å holde kontroll på hvor mye fastlegejobben krever av tid, å begrense tidsbruk på fastlegejobben, men jeg er noenlunde godt tilfreds med det. Jobber litt mer enn jeg ønsker, men det går bra.

FL3: Nei, jeg har en halvtime ledig før lunsj slik at jeg får gjort unna litt ekstra, og så har jeg siste pasient egentlig 14.10, sånn at jeg har god tid til å gjøre meg ferdig til å dra hjem 15.00 eller 15.30.

FL4: Ehm, ja, det er jo ... Den største utfordringen er vel kanskje å sette opp mye sånn telefon i tillegg, så er det litt vanskelig å planlegge dagen din fordi du setter jo opp din egen timebok, men så kommer det jo ørten memo og telefoner i tillegg, ikke sant? Det kjenner du sikkert til, sånn at den planen du har lagt, eller hvis du har sett av tid til ett eller annet da.

B1: Nei, det kan jeg nok ikke si, det er jo dette med å være litt bevisst på hvilke hatter en har, altså at en forteller til de det gjelder, for eksempel i forhold til sertifisering og at en forteller at en på sånne

oppdrag er sakkyndig og ikke hindra av taushetsplikt hvis en for eksempel skal underkjenne en journalattest eller noe sånt.

B2: Akkurat nå er det at vi fusjonerer med en annen bedriftshelsetjeneste, og så har vi hatt masse problemer og utfordringer med datasystemet vårt som ikke fungerer, så det har virkelig vært utfordrende, men ellers så trives jeg veldig godt med å jobbe sammen i team og vi er en fin gjeng, så jeg synes det er veldig okey å være der. Og så er jeg jo bedriftslege i en egen ordning og da er det jeg og en sykepleier som er ansatt i Bedriftshelsetjenesten, men der er jo BHT en del av en veldig stor HMS-avdeling, jeg tror de har nesten tyve årsverk, med sykefraværsoppfølging, tar de der medisinske ting på sikkerhetsdatablad, ja, det er litt annen type jobbing der.

B3: Ja, altså det er det at det er jo et ganske både stort geografisk område man benytter og personer å håndtere, slik at dette blir jo da oppdrag vi har satt opp i timeboka og så kan det komme da både e-poster, SMSer, telefoner og internmeldinger i datainternsystemet, vi bruker Extensor.

B4: Ikke noe spesielt for meg, nei, det synes jeg ikke.

Oppsummering

Når legene blir spurt inn til særlige utfordringer opplever legene hver især sine utfordringer.

I fastlegegruppen er det stor, intern variasjon. FL1 nevner utfordringer i møtet med pasienten. FL2 anfører at det er utfordrende å begrense tidsbruken. FL3 opplever å ha god tid til å få unnagjort litt ekstra før arbeidsløst slutt, mens FL4 nevner uforutsett arbeid i løpet av dagen med telefoner til pasienter og så videre.

Bedriftslegene beskriver andre utfordringer enn fastlegene, men det er også intern variasjon i denne legegruppen. B1 oppgir at man må være oppmerksom på de ulike legerollene, mens B2 angir fusjon med en annen bedriftshelse som utfordrende. B3 angir store geografiske områder samt telefoner, e-poster og SMS som utfordrende, mens B4 ikke opplever særlige utfordringer.

Hvordan får du hjelp og råd i din arbeidsdag hvis det oppstår behov for det for eksempel å drøfte pasientproblemstillinger?

FL1: Ja. Nå er vi såpass mange at det er lett å ta kontakt for å drøfte internt på kontoret, og så har det jo egentlig blitt veldig fint når man kan sende e-meldinger eller PLO¹¹-melding til

¹¹ PLO - melding er en logistikkmelding gjeldende for pasienter som allerede mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kan utveksles mellom lege og omsorgstjenester.

spesialisthelsetjenesten, det er en enkel måte å kunne drøfte problemstillinger der, i istedenfor å måtte vente i telefonen og prøve å få kontakt. Det er faktisk helt supert.

FL2: Vi har et fantastisk kollegium og vi er mange fastleger på kontoret. Vi har fast morgenmøte hver dag hvor vi overleverer vekten, og hvor vi kan ta opp problempasienter og cases, og så har vi åpen dør-politikk slik at vi alltid kan gå til hverandre og spørre om hjelp, enten løpende i løpet av dagen eller på ettermiddagen. Og så bruker jeg PLO-meldinger til spesialisthelsetjenesten hvis jeg trenger det, og det er vanskelig.

FL3: Vi er totalt fem leger på kontoret; fire spesialister inkludert meg selv, og vi har en sånn åpen dør-mentalitet og kan spørre hverandre, hvis ikke så ringer jeg for eksempel spesialisthelsetjenesten.

FL4: Ja. Vi drøfter jo veldig mye internt i kollegiet, så jeg diskuterer veldig mye med to kollegaer spesielt, vi spør hverandre mange ganger hver dag egentlig og har løpende dialog.

B1: Nei, da diskuterer jeg nok primært med de som jeg jobber på klinikken med, jeg har jo to-tre sykepleiere der som har ganske bred erfaring på de problemstillingene vi står i.

B2: Noen ganger kan jeg diskutere med min mann, ellers så bruker jeg forskjellige kanaler; jeg kan snakke med en kollega eller diskutere med de andre på jobb, eller arbeidstilsynets svartelefon hvis det er sånne ting det gjelder, ellers så har jeg også vært i kontakt med STAMI¹² for eksempel.

B3: Ja, det er mulig å drøfte det med spesialist på sykehus for eksempel medisinsk avdeling, men oftest er det at å lage aktuell anamnese og ser at henvisning blir aktuelt og så henvisning til spesialist, og så er det videre oppfølging etter råd fra disse, og så har vi også kollegaer internt i X som vi kan drøfte sammen med, og det er jo et... Siden vi ble sammenslåtte i 2015 så har det vært en veldig positiv sak.

B4: Nei, jeg har jo legekollegaer på stedet, og hvis ikke så har vi jo medisinsk ansvarlig lege som man lett får tak i innad i bedriften da.

¹² Statens arbeidsmiljøinstitutt

Oppsummering

Fastlegene beskriver alle at det er lett å få hjelp fra kollegiet, hvis det er behov for det, og flere sier at det eksisterer en åpen dør-politikk. Tre av fire fastleger fremhever forbindelsen med spesialisthelsetjenesten som positiv. Det er altså innad i fastlegegruppen enighet om at det er lett å få hjelp i arbeidsdagen.

Bedriftslegene er litt mer upresise på tilsvar om de kan få hjelp og råd i arbeidsdagen og det er større variasjon i svarene innenfor denne gruppen. De nevner både kollegaer, ektefeller, STAMI, spesialisthelsetjenesten og medisinsk ansvarlig lege i bedriften.

Kan du beskrive de mer formelle arenaer? Da tenker jeg veiledning, morgenmøte eller fellesundervisning.

FL1: Ja, det er personalmøtet på mandager og tirsdager, og som bare er for legene. Fellesundervisning annenhver tirsdag.

FL3: Ja, hver fredag så har vi internundervisning, minus en fredag i måneden så har vi fellesundervisning med sekretærene da.

FL4: Ja, jeg har ikke offisiell veiledning fordi jeg var ferdig med den veiledningstiden min sånn at jeg er ikke med på den veiledningen, men så har vi internundervisning egentlig hver 14. dag, men nå har vi hatt litt pause, men i perioder så har vi hatt internundervisning på morgenmøte hver 14. dag, og så har vi tre morgenmøter i uken og der er det jo mulighet til å ta opp ting hvis en vil det da.

B1: Ja, vi har møter en gang i kvartalet eller annenhver måned hvor vi har møteagendaer og lister hvor vi setter opp saker, og det vil jo ofte dreie seg om hvordan vi rigger ting, altså hvordan vi konkret håndterer det hvis vi får en allergisk reaksjon på vaksiner, vi vaksinerer jo veldig mye, eller for eksempel vi opplever at en kunde ikke retter seg etter de forordningene vi har, for eksempel ikke har med seg dokumentasjon fra spesialist hvis en skal sertifisere og autorisere for, sånne ting kan vi diskutere da faglig.

B2: På kontoret, ja, vi har et fast møte med alle til stede. Det har vi hatt annenhver uke eller måned, alt etter som, oftest annenhver uke. Og da, noen ganger har vi lengre møter, da legger vi inn undervisning, for eksempel. Nå i koronatiden har vi f.eks. sett på noen webinarer, der noen har fortalt noe om et tema.

B3: Ja, altså, vi har hatt ... Tidligere så har vi hatt, og vi har også oppsatt legemøte. Det er fortsatt, det det er lagt opp til ... før vi hadde resten over nett, da var det lagt opp til to fysiske møter i året. På

nettmøte så har vi vel fått til frekvensen nå minst fire ganger i året, jeg tror vi er oppe i seks ganger. Ellers så er jo da, i og med at jeg fikk spesialisten i 2015, det var jo også at jeg hadde begynt på spesialitetsmøte i '89, etter gamle regler så kunne jeg kanskje allerede ha fått spesialiteten i '96 eller '98, men det var ikke noe. Og så veiledningsmøte har jo vi med alle leger som ikke har spesialiteten.

B4: Ja, nå er bedriften vår spredd ut over ganske mange lokasjoner, så vi har et sånt månedlig Teams-møte alle legene som kan da, hvor det ofte er en som har et innlegg om noe, et relevant tema, i en halvtimes tid og så spørsmål og sånt, og det pleier å vare i ca. tre kvarter.

Oppsummering

Fastlegene uttrykker alle at det finnes mer formelle møtearenaer med internundervisning og morgenmøter ukentlig. Bedriftslegene bekrefter at de også har formelle møter og internundervisning, dog med lengere intervall sammenlignet med fastlegene. Fastlegene i utvalget har således hyppigere formelle treffpunkter enn bedriftslegene, men begge legegrupper har etablert formelle arenaer.

Kan du beskrive de mer uformelle arenaer?

FL1: Mhm. Ja, det blir jo diskusjon på pauserommet og diskusjon med å gå inn til hverandre og spør om ting og drøfte ting der.

B1: Ja, det drøftes en del pasienter i korridorene, sånn at en går inn på kontoret til hverandre og drøfter on the go, ad hoc.

B2: I gruppen, det hender jo ofte at hvis det kommer en problemstilling så går jeg for eksempel og spør sånn og sånn, og hvilken eksponering har de der, og hva må vi tenke på der? Hvis jeg får spørsmål som jeg ikke kan så mye om. Eller jeg kan spørre, det er mange av de som jobber der, de har jobbet i bedriftshelsetjenesten i mangfoldige år i den bedriftshelsetjenesten, og de kjenner bedriftene veldig godt. Så det bruker jeg mye.

B3: Vi dekker jo flere kommuner, og i noen kommuner er det sånn at i fastlegeordningen har jo det vært, før også, veldig varierende legedekning, slik at da har det også, vil ikke påstått at det har fungert som fastlege, men også oppfølging har gått gjerne over tid veldig lenge fordi å overføre noen til en fastlege vil ikke fungere godt i en del saker, mens andre kommuner hvor det er fast legekontakt, altså fastlege har jo det vært lettere å få til. Og så er det jo dette at det er jo endringer i visse klasser også, slik at det kan bli litt større trykk, men det har blitt en ganske bra dreining fra massivt klinisk

undersøkning og forventning om dette som skulle dekke alt mulig, til at en nå har fått spissa det mer på det arbeidsmedisinske.

B4: Ja, nei, det blir jo bare å spørre, vi er jo en ganske stor bedrift så det blir jo bare å ringe eller få tak i en av de andre legene som evt. kan svare på det da.

Oppsummering

Fastlegene beskriver pauserom og åpen-dør-politikk. Det foreligger bare et svar fra en fastlege på dette spørsmålet, men fastlegene svarte generelt på dette spørsmålet under siste spørsmål på side 32. Alle fastlegene understreker at de har enkel tilgang til å drøfte problemstillinger med kollegaer. Bedriftslegene tilslutter seg disse uformelle arenaer og bekrefter at det er enkelt å ta kontakt med kollegaer. Begge legegruppene har en oppfattelse av at det er enkel tilgang til uformelle arenaer for råd og veiledning.

6.2.1 Oppsummering trekk ved kontoret

I datamaterialet finner vi at arbeidsdagen er bygget ulikt opp i begge legegruppene. Legene opplever individuelle særlige utfordringer i arbeidsdagen og det er også forskjell i opplevelsen av utfordringer mellom legegruppene. I begge legegruppene er det rom til å få hjelp ved behov i arbeidsdagen, men særlig fastlegene fremhever kollegiet som nyttig. Begge legegruppene har både formelle og uformelle arenaer for møtevirksomhet.

6.3 Legens rolle

Kan du fortelle litt om de faktorene som du tenker har påvirket pasient-/lege-forholdet de siste fem-ti årene?

FL1: Det har jeg spekulert veldig lite over, men det blir jo mer og mer en forventning om at vi skal gjøre sånn som de vil. Mer et kundeforhold.

FL2: Jeg tenker jo at fastlegen har en veldig viktig oppgave som koordinator og knutepunkt. I utgangspunktet opplever jeg at jeg har tid nok i programmet til at jeg kan velge å sette av en dobbelttime hvis jeg har samtalepasienter. Så jeg opplever at jeg har mulighet til å skape gode relasjoner til mine pasienter, og følge de godt og grundig opp.

FL3: Det er vanskelig å svare på, jeg har jo egentlig bare 9,5 års erfaring, men jeg tror nok kanskje at vi har nok ikke den sterke autoriteten en lege hadde før i tiden for 30-40 år siden, jeg tror, men vi har

nok masse tillit likevel, og så føler nok pasienter, spesielt etter at fastlegeordningen ble innført så tror jeg pasienter føler en trygghet, spesielt med den kontinuiteten det innebærer da.

FL4: Ja, altså, jeg tenker jo at hvis en ser liksom større, så stiller en jo økende krav og da inkludert fastlegen din, sånn at det er vel litt sånn økende krav til at vi skal være litt sånn "service-minded", og folk skal ha svar fort og, ja, har kanskje lavere terskel for å søke lege enn før, eller det er, ja altså, du spurte om pasient/lege-relasjonen, jeg tenker at det er litt mer sånn går i retning av et sånt kundeforhold, hvis du skjønner? Sant, at de bestiller og vi skal levere.

B1: Det blir jo vanskelig, men det er klart at utdanning og videreutdanning, altså dette med å bli flinkere på både kliniske ferdigheter, men også på ren kommunikasjonsferdighet, er jo viktig. Og så har jeg jo også mange års erfaring med å gå i veiledningsgruppe selv i allmenmedisin, og jeg har jo selv også ledet veiledningsgrupper, jeg tror jeg har ledet fire spesialistgrupper. Så en leder mye av å få veiledning og å veilede andre.

B2: Jeg tenker at folk er mer, hva skal jeg si, de har lest mye mer, de har større krav som stilles til oss, fordi, mange og spesielt yngre folk, de har jo lest på internett og har slått opp både her og der.

B3: Vi dekker jo flere kommuner, og i noen kommuner er det sånn at i fastlegeordningen har jo det vært, før også, veldig varierende legedekning, slik at da har det også, vil ikke påstått at det har fungert som fastlege, men også oppfølging har gått gjerne over tid veldig lenge fordi å overføre noen til en fastlege vil ikke fungere godt i en del saker, mens andre kommuner hvor det er fast legekontakt, altså fastlege har jo det vært lettere å få til. Og så er det jo dette at det er jo endringer i visse klasser også, slik at det kan bli litt større trykk, men det har blitt en ganske bra dreining fra massivt klinisk undersøkning og forventning om dette som skulle dekke alt mulig, til at en nå har fått spissa det mer på det arbeidsmedisinske.

B4: Ehm, ja, nei, litt usikker på om jeg skjønner, men jeg syns jo for eksempel at hvis vi går på de siste ti årene, så har det jo blitt mer og mer en sånn ... kravstore pasienter, vil jeg si, og det er liksom, ja, mange som hvis ikke får det de ønsker, så bare bytter de lege. Jeg syns det har blitt litt mer tendenser til sånne ting enn hvis vi går tilbake mange år da.

Oppsummering

Både fastleger og bedriftsleger er generelt enige om at pasientene er blitt mer kravstore.

Tre av fastlegene fremhever at pasient-/lege forholdet har utviklet seg til et kundeforhold og er servicepreget samt at legen ikke har samme autoritet som tidligere. En fastlege fremhever rollen som

koordinator og en annen noterer seg at fastlegen også gir tillit og trygghet samt at det er lav terskel for å søke lege.

Bedriftslegene beskriver at det eksiterer et større krav til legens kliniske virksomhet både fordi pasientene er blitt mer kravstore og leser mye på internettet selv. En bedriftslege fremhever kunsten å kunne kommunisere som viktig, og en annen at pasientene er blitt mer arbeidsmedisinsk orienterte. Fastlegene støttes opp av to bedriftsleger som mener at pasientene er blitt kravstore og at de bytter lege om ikke disse kravene innfris.

Hva tror du at det skyldes?

FL1: Vet ikke. Det er jo ... Nei, for fastlegen så er det jo for så vidt tidskrevende å generere diskusjon og utdyping og sånt, og det er ofte mindre tidkrevende å gå med på ting enn å ikke gjøre det.

FL2: I utgangspunktet, da jeg begynte som fastlege, da fikk jeg det som på det tidspunktet var en liten liste, da hadde jeg femhundre listepasienter til min 40 % stilling, den har blitt økt og senket litt gjennom årene, men den er fortsatt på 525. Jeg er den som har høyest tall pasienter regnet ut per konsultasjonsdag, men jeg har en liste som har mange unge pasienter, mange barn, så den er ikke så veldig tung og arbeidskrevende, og det er nok det som gjør at jeg har pusterom nok i min arbeidsdag, og flere av mine kollegaer som har færre pasienter per konsultasjonsdag sliter mer med å henge med, fordi deres pasienter er mer arbeidskrevende.

FL3: Det handler nok om at vi leger ikke har så mye makt som vi kanskje hadde før i tiden, eller folk trodde at vi hadde makt. Vi er egentlig bare vanlige folk, jeg tror kanskje at det ikke var helt slik før i tiden, at en lege ble sett på som litt høytstående i et småsamfunn f.eks.

FL4: Jeg tror det er en sånn samfunnstendens antageligvis, at en tar med seg liksom, jeg tror ikke pasienten har forståelse for at fastlege/pasient-rolle er litt annerledes enn et vanlig kundeforhold, sant, at vi forvalter offentlige ressurser og ikke bare kan gi de det de vil ha, sånn som de kan når de kjøper andre ting.

B1: Du får et bredere repertoar å spille på (legen).

B2: Jeg tror det er tilgang til informasjon (pasienten).

B4: Det vet jeg ikke, det er vanskelig å si nøyaktig, jeg tenker jo det er mer at når teknologien har kommet sånn så kan folk bare klikke seg rundt til ny lege på få minutter så blir det vel kanskje naturlig pga. det.

Oppsummering

Når legene skal forklare hva årsaken til endringen i pasient-/lege forholdet skyldes er det mange ulike svar fra begge legegrupper.

I fastlegegruppen nevner to leger tidsaspektet og FL1 uttrykker at det er lettere at gå med på ting enn ikke, da det er mindre tidskrevende. FL2 fremhever lisesammensetning. FL 3 nevner maktforholdet har endret seg og FL4 fremhever at pasientene ikke har forståelse for at legen forvalter samfunnets resurser.

To bedriftslegene fremhever at det i dag er større tilgang til ulike leger og to bedriftsleger bemerker seg at pasienten har tilgang til informasjon via teknologien.

Hvordan opplever du det å jobbe i kommunehelsetjenesten/bedriftshelsetjenesten?

FL1: Det er jo for så vidt okay. Det er jo veldig mange mer trivielle problemstillinger da, mye administrativt rundt pasienter i forhold til papirarbeid, sykemelding og attester og den delen, som de kanskje ikke har i like stor grad av på sykehuset.

FL2: I utgangspunktet fristillende. Jeg synes de fleste samarbeidsrutiner fungerer ganske godt, med hjemmesykepleie, omsorgssenter, fysioterapeuter og psykisk helseteam. Jeg kan oppleve at kommunen kan ha...Vi har hatt noenlunde hell med å få gehør i kommunen for at det har skulle blitt opprettes flere stillinger etterhvert, og for at stillingene skal være godt nok lønnet, og ha gode nok arbeidsvilkår til at vi kan rekruttere, og derfor har vi foreløpig klart å rekruttere, jeg tror vi en bedre situasjon enn i mange andre kommuner, men hvis man ser på lønns gjennomsnittet sammenlignet med andre kommuner, så er det ikke fordi vi ligger mye bedre an, men vår kollegialitet, felles møtepunkter og mulighet til å ta utdannelsespermisjon virker veldig rekrutterende.

FL3: Jeg opplever det som veldig givende og fint, og føler at jeg virkelig bidrar med noe bra i samfunnet vårt.

FL4: Ehm, nei, det syns jeg jo egentlig er fint og samarbeidet fungerer, ja, ofte bra, men også av og til ikke så bra, syns jeg da, men det er jo fint å ha mange å spille på, sant, og du kan bruke hjemmesykepleien mye og samarbeide med de andre institusjonene som for eksempel psykisk helse. Ja, nei, men det er ikke alltid det fungerer kjempebra, det er jo veldig personavhengig og det er ikke alt som funker helt supert syns jeg, men ja.

B1: Det er jo en helt annen setting enn fastlegehverdagen i hvert fall. En har ikke bedre tid, men en har mye smalere bestilling.

B2: Jeg synes det er veldig okey å jobbe i bedriftshelsetjenesten. Jeg liker godt å jobbe forebyggende, mer enn, altså handling.

B4: Nei, jeg synes det er en fin jobb, absolutt, det er rolig og greit, og stort sett faste tider så jeg trives godt i det.

Oppsummering

Helt generelt svarer alle legene at de trives i jobben deres og synes det er en ok jobb.

Det finnes dog intern svarvariasjon i begge legegruppene, hvor legene hver især fremhever ulike utfordringer. En av fastlegene nevner at det er trivielle problemstillinger og mye administrasjon. En annen fastlege fremhever at man oppnår god rekruttering når det er gehør i kommunen for legenes behov. En tredje fastlege poengterer at jobben er givende og meningsfull, mens en fjerde fastlege nevner utfordringer i samarbeidet med andre instanser.

To av bedriftslegene svarer direkte ved å sammenlikne jobben opp mot fastlegerollen og forklarer at det er noe helt annet å jobbe som bedriftslege enn fastlege. Den ene fremhever smalere bestilling fra pasientene, den annen bedre tid. To bedriftsleger fremhever hver især at det er fint å jobbe forebyggende, at bedriftslegejobben er en fin, rolig og grei jobb med faste arbeidstider.

Hva tenker du er noen av de vesentligste forskjellene mellom det å jobbe i en bedriftshelsetjeneste og en kommunehelsetjeneste?

FL1: Nå har jo jeg lite innsikt i bedriftshelsetjenesten, men jeg tenker jo at bedriftshelsetjenesten er mer avgrenset til arbeidsmiljø og arbeidsmiljørelaterte ting, i alle fall i utgangspunktet, om ikke annet.

FL2: Jeg har ikke så veldig godt inntrykk av arbeidet i bedriftshelsetjenester. Noen ganger forestiller jeg meg at det er litt som å jobbe på en helsestasjon, at man gjør en masse screening-arbeid, og hvor jeg tror mange, litt sånn som på en helsestasjon, kan havne litt mellom to stoler, hvor det er at man ikke er pasienten sin fastlege, men samtidig så avdekker man noe som skal følges opp, og hvor det kan være vanskelig å ikke sette i gang behandling på ting man avdekker, men hvor det kanskje kan bli litt "misk-mask" sett med mine øyne, i forhold til ansvarsfordelingen mellom bedriftshelsetjenester og fastlege, men det er min forestilling, fordi jeg har aldri jobbet i bedriftshelsetjenesten.

FL3: Vesentlig forskjell ... Jeg tror nok det er mye mer og større ansvar å jobbe i kommunehelsen som fastlege, man påtar seg et mye større oppfølgingsansvar, koordinering, oversikt og ansvar for behandling og utredning da.

FL4: Ja, godt spørsmål, jeg er ikke sånn veldig kjent med bedriftshelsetjenesten egentlig, men jeg føler vel at, det er kanskje helt feil da, men jeg har følelsen av at vi må ta mer ansvar på en måte eller at bedriftshelsetjenesten har litt muligheten til å plukke litt og ta noen ting, ikke sant, og sende videre til fastlegen hvis det er noe som må tas mer tak i eller som ikke er direkte relatert til jobb og sånn. Altså, jeg kan ikke plukke og ... Jeg kan ikke plukke ut det jeg vil drive med liksom, jeg må bare ta det som er der ...

B1: Nei, i bedriftshelsetjenesten ønsker du jo primært å jobbe forebyggende, å jobbe i forhold til eksponering som folk er utsatt for gjennom sin jobb. I allmennhelsetjenesten så ønsker en nok det også, men der blir nok realiteten at en jobber litt mer i etterkant av at sykdomsbildet har oppstått.

B2: Nå har ikke jeg jobbet mye i kommunehelsetjeneste, jeg var selvstendig næringsdrivende som fastlege. De største forskjellene er det forebyggende aspektet, selvfølgelig. Og så, det som jeg liker veldig godt, som jeg sa, er det å jobbe tverrfaglig, at man jobber i et team og ikke som i allmenntillegemedisin, der det bare er pasienten og meg hele tiden. Man har jo kollegiet, men det er ikke mye man er i kontakt med de i løpet av en arbeidsdag. Det synes jeg er en veldig stor forskjell ... Nå glemte jeg hva jeg skulle si ...

B3: Ja, altså, i løpet av denne perioden her så har jeg jo vært kortvarig vikar kommunelege 2, eller ganske langt tilbake også sommervikar, men jeg er også med på kommunal legevakt her, så det du kan si har endret seg som jeg får inntrykk av koordineringer i kommunehelsetjenesten, er at det er kommet stadig mer oppgaver på, så relaterer dette til.. Det blir bra, men det blir mengden på dette som vi jo ... Og da blir det jo en sånn veldig tidsfaktor på å få gjort ting raskt unna. Her har vi på sett og vis litt lengre tid på en del ting, andre ting må vi ordne litt raskt. Ja, dette var kanskje et litt sånn rundt svar da.

B4: Nei, det er jo privat da, alle bedrifts ... eller det fins vel kanskje noen, men altså privat bedriftshelsetjeneste er jo annerledes det enn å jobbe kommunalt, det er jo andre avtaler og litt sånt, tenker jeg, men altså hvis man skal sammenligne med en eventuell kommunal.

Oppsummering

Ingen av fastlegene har jobbet som bedriftslege, mens alle bedriftslegene har erfaring som fastlege. Fastlegene nevner alle at de ikke har noen innsikt i bedriftslegens rolle og de derfor gisner om forskjellene. Fastlegene nevner ulike forstillinger om bedriftslegens oppgaver såsom avgrenset problemstillinger, sammenblanding av roller, det er et større ansvar å være fastlege og at bedriftslegene har mulighet for å plukke oppgaver.

Bedriftslegene har alle har jobbet i den kommunale helsetjeneste. To av legene nevner det forebyggende pasientarbeidet som en stor forskjell. Det fremheves av en bedriftslege at man jobber mer tverrfaglig og av en annen at du har bedre tid til pasientene. En bedriftslege nevner at den vesentligste forskjell mellom kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten er at bedriftshelsetjenesten er privat eiet.

Fastlegene har ikke klarhet over hva bedriftslegens rolle omfatter, mens bedriftslegene som alle har jobbet som fastlege bemerker seg, at de vesentligste forskjeller er forebyggende arbeid, tid og tverrfaglighet.

Hva er dine beveggrunner for å jobbe i kommunehelsetjenesten/ bedriftshelsetjenesten?

FL2: Nå trives jeg med jobben som fastlege, fordi jeg synes det er meningsfullt å bli kjent med mine pasienter over tid, ha stor kjennskap til deres liv og sykehistorie over tid, det gjør at jeg opplever at jeg har lettere for å vurdere til enhver tid hvilken form for utredning de trenger, og hvilken hjelp og oppfølging de har behov for. Jeg synes det er interessant og utfordrende å diagnostisere. Det er nok det jeg synes er det mest motiverende med jobben; pasientrelasjonene og diagnostikken.

FL3: Jeg trives godt i den rollen jeg har nå fordi jeg får jobbe mye selvstendig, har egentlig ingen sjef, har stor grad av autonomi, og jeg har muligheten til å ta meg fridager så sant det er greit for mine kollegaer, ja, og så fleksibiliteten.

FL4: Ja. Ehm, ja, godt spørsmål, nå har jo ikke jeg så veldig mange alternativer da, så. (*ler og mumler*). Så det er nå litt sånn det er, men jeg vet ikke, jeg synes jo at det er ... Jeg er jo litt sånn skeptisk til å jobbe i private kanskje, selv om jeg med årene har tenkt at kanskje det hadde vært litt deilig å bare gått privat, men jeg tenker jo at der vil du jo få de problemene som er med kravstore pasienter da, for å si det litt spissformulert, tenker jeg er enda større i privat praksis.

B1: Det er jo primært en interesse for arbeidsmedisin, og så er det også for min del ikke å sitte "stuck" med klinikk som fastlege. Jeg har alltid ønska å ha en bistilling, det har jeg alltid hatt.

B2: Jeg tror det er det at det ikke er sånn pur medisin, jeg trives egentlig ikke så godt med bare det der rent medisinske, jeg synes det er mye gøyere å se mer helheten, for eksempel så trives jeg veldig godt med å kunne gå ut i en bedrift og se hvordan folk jobber, og hvilke utfordringer de har. Skjøner du hva jeg mener?

B3: Ja, det er jo det at arbeidstiden har egentlig vært litt mer ordna sånn, det kan jo bli lange dager med tanke på reise og slikt, men mange dager så kan en avslutte til ordinær tid uten at en må drive på

langt utover kveldene og sånt, men så er det arbeidsoppgavene, det er jo det at en får stabilitet og kan følge ting over tid her, trender, og det er jo, en kan si at gamle ting dukker opp igjen, for eksempel at bedrifter hvor vi, plutselig ser du at, jaja, de driver på med bly, så da skal vi av og til ha overvåkning av det. Ledelsen kjente jo ikke til det, men de på gulvet mener at det er sånn det er.

Asbesteksponeringer kan jo dukke opp igjen, og så har vi jo en god del andre ting som ... ja, det er stadig interessante ting som dukker opp, altså.

B4: Litt både for å ha litt mer faste dager i forhold til allmennmedisin, men også at det er ... jeg liker det å være med på å forebygge sykdom istedenfor å reparere det hele tiden.

Oppsummering

Det forekommer ganske ulike svar i fastlegegruppen. En fastlege nevner at det er meningsfylt arbeide og fremhever pasientrelasjonen samt diagnostikk som viktige faktorer. En annen fastlege fremhever at det er positivt å jobbe selvstendig og trekker også frem både friheten og fleksibiliteten ved det å være selvstendig fastlege. En fastlege nevner at det ikke var så mange alternativer og at det å jobbe i kommunehelsetjenesten ikke er privat eiet og man derfor unngår de kravstore pasienter.

Bedriftslegene har mindre intern svarvariasjon enn fastlegegruppen, men fremhever andre årsaker enn fastlegene. Alle bedriftsleger oppgir interessen for arbeidsmedisin og det forebyggende arbeidet, og to bedriftsleger fremhever i tillegg arbeidstiden og stabiliteten

6.3.1 Oppsummering legens rolle

Både fastleger og bedriftsleger er generelt enige om at pasientene er blitt mer kravstore og som årsaken til endringen i pasient-/lege forholdet kommer det fra begge legegrupper ulike svar. Det nevnes blant annet tid, teknologi, maktforhold og tilgang til flere leger i samfunnet.

Begge legegrupper trives overordnet i jobben og opplever ulike utfordringer i arbeidsdagen. Det er intern svarvariasjon både mellom og innenfor legegruppene. Alle bedriftsleger har jobbet som fastlege, men ingen fastleger har erfaring som bedriftslege. Bedriftsleger og fastleger har ikke den samme oppfattelse av hva som er forskjellen mellom det å jobbe som fastlege versus bedriftslege. Fastlegene er ikke klar over hva bedriftslegens rolle innbefatter, mens bedriftslegene som alle har jobbet som fastlege fremhever forebyggende arbeid, tid og tverrfaglighet som de vesentligste forskjeller.

6.4 Trekk ved sykemeldingsordningen

6.4.1 Sjukemelding og legenes arbeidsdag

På hvilken måte opplever du at sykemeldinger utgjør deler av din arbeidsdag?

FL1: Det er jo en ganske sentral del fordi det er jo mange som har behov for sykemelding og har behov for avlastning fra jobb av forskjellige årsaker, sånn at det er jo en problemstilling vi har mange ganger om dagen.

FL2: Det utgjør en stor del. De første årene en kjempestor, frustrerende del hvor jeg absolutt ikke likte sykemeldingsjobben, var veldig ukomfortabel med den, var ikke vant med den fra det X systemet, og jeg opplevde at alle folk ville ha sykemelding og ville ha det lenge. Nå ser jeg nok at sykemeldingsjobben kan være en veldig viktig bit i forhold til å kunne hjelpe noen pasienter godt igjennom noen sykdomsforløp. Andre deler av sykemeldingsjobben der opplever jeg at vi bommer fullstendig som samfunn, hvor det er at pasienter skal gå til lege for å få dokumentert at de er forkjøla, eller for meningsløs bruk av pasienten og legen sin tid.

FL3: Ja, det utgjør en relativt stor andel av min jobb, jeg må jo si det.

FL4: Ehm, det er jo et tema støtt og stadig. Det utgjør jo en ganske stor del av arbeidsdagen egentlig, og jeg har ganske masse oppfølging av mer eller mindre langtidssykemeldte, ja.

B1: Som bedriftslege, den jobben jeg har nå, så er det i veldig liten grad. Det utgjør kanskje en til to prosent av total arbeidstid. Ja, altså, jeg tipper at ... Jeg tror ikke jeg sykemelder folk mer enn en gang hver 14. dag, en gang hver tredje uke.

B2: I allmenntmedisin var det jo veldig mye, og i bedriftsmedisin er det jo veldig lite, fordi jeg sykemelder ikke. Det er ekstremt sjelden. Jeg har jo skrevet noen sykemeldinger, men det var sånn lovpålagt karantene for utenlandske arbeidere som kom til en bedrift, og da måtte jeg virkelig sette meg inn i det, for da hadde jeg ikke skrevet en sykemelding på årevis.

B3: Altså, jeg kan vel ... regne med et anslag på, ja, kanskje en sånn 15 prosent av arbeidet, man gjør en oppfølging som gir hvordan sykemeldingen blir eller forlenging og oppstart av sykemelding, det er en del av måten vi jobber på.

B4: Liten grad. Sjelden.

Oppsummering

Alle fastlegene bekrefter at sykemeldinger utgjør en sentral del av arbeidsdagen, mens bedriftslegene mener at det utgjør en liten del av arbeidsdagen, og at de generelt har få sykemeldinger. En enkelt bedriftslege beskriver at sykemeldinger utgjør femten prosent av dagen.

Det er altså ganske stor variasjon mellom de to legegruppene, men lite intern variasjon.

6.4.2 Egenmeldingsdager

Hvordan opplever du som lege at pasientene bruker egenmeldingsdagene sine?

FL1: Ja, de fleste har man jo ikke noe fullt inntrykk av fordi de fleste som bruker de de ser vi jo ikke, men det er jo mange som sier at de har brukt de opp og kommer for å få en sykemelding, sånn at da har de jo nødvendigvis brukt egenmeldinga først, og så er det jo noen som synes det er litt vanskelig å melde eget fravær og gjerne vil ha støtte i form av sykemelding, og noen som vil spare egenmelding til senere; det kan komme godt med.

FL2: Vi ser jo pasienter som kommer for å få sykemelding, så alle de som bruker egenmeldingsdagene som de har tenkt, ser vi jo ikke på samme måte. Men jeg opplever at folk noen ganger ber om sykemelding selv om de har egenmeldingsdager for å spare på egenmeldingsdagene, og så har de dem som buffer til senere, og det er jo fullstendig misforstått bruk av egenmeldingsdager og sykemelding.

FL3: Det er i varierende grad. Mange bruker de, og mange bruker de overhodet ikke. Nei, jeg har jo ikke oversikt over pasientens bruk av egenmeldinger og det burde vi jo kanskje hatt, jeg skulle gjerne egentlig ha hatt oversikt over det.

FL4: Veldig varierende. Det er nok fortsatt sånn at mange tror at de må spare på egenmeldingsdagene og må ha sykemelding for å spare de og at ... av og til virker det som at arbeidsgiver vil ha dokumentert fravær da.

B1: Ja, som bedriftslege så opplever jeg at folk har vett i forhold til til uttak av egenmeldingsdager på mindre alvorlige tilstander. Som fastlege så måtte jeg veldig ofte undervise folk litt i de rettighetene de hadde, men veldig mange valgte likevel å ikke bruke egenmeldingsdager fordi de mente at det gav de en mer seriøsitet når det kom fra en lege, da.

B2: Hm ... Der vet jeg faktisk ikke hva jeg skal si ...

B3: Det har jeg for liten oversikt over til å kunne si noe sikkert om fordi de som kommer til meg er jo ganske selektert i så måte, men de har vel ... Det er varierende, noen har jo egentlig brukt egenmeldinger lenge, mens andre går på jobb og går på jobb, og så blir det for galt, og så tar de kontakt da, de har tatt kontakt med fastlegen, og så får de oppfølging.

B4: Jeg synes de er for dårlige til det, det blir ofte spørsmål om sykemelding veldig tidlig.

Oppsummering

Fastlegene er ganske entydige på at de ikke har et fullt inntrykk av pasientenes bruk av egenmeldingsdager, da de ikke har noen oversikt og ikke ser de pasientene som bruker egenmeldingsdagene som de skal. Tre fastleger uttrykker at de opplever at pasientene ønsker å spare egenmeldingsdagene sine, og at det er misforstått bruk. To fastleger opplever at pasientene kan ønske støtte i form av et legemeldt sykefravær.

Det er større diskrepans når bedriftslegene vurderer pasientens bruk av egenmelding. To bedriftsleger mener at pasientene er for dårlige til å bruke deres egenmeldingsdager, en bedriftslege påpeker at denne ikke har oversikt over egenmeldingsdagene og en fjerde vet ikke.

Det er dermed en generell enighet i hele legegruppen om at det ikke eksisterer en oversikt over bruken av egenmeldingsdager og at pasientene ikke er gode nok til å bruke de.

Ville det bety noe for din sykemeldingspraksis om du i journalsystemet hadde lett tilgang til å se pasientens tilbakeværende egenmeldingsdager?

FL1: Det er jo ikke alle som har oversikt over det. De fleste har jo oversikten, men ikke alle. Sånn at hvis man kunne se at de hadde egenmeldingsdager igjen så ville det jo kunne ha noe å si for de der korttidssykemeldingene i forbindelse med vanlig luftveissykdom, men det vil ikke ha så mye å si for langtidssykemeldingene.

FL2: *(Drar på det)* Ja, kanskje ... I utgangspunktet spør jeg alltid om de har igjen, og sier at hvis de har igjen så skal de bruke det opp før jeg sykemelder, så det kan kanskje også være ... Kanskje det er mer en ukultur og så skal vi utvikle en annen ukultur for å drive kontroll med ukulturen. Et eller annet sted handler det jo mye mer om moral og etikk.

FL3: Det tror jeg hadde betydd mye, jeg tror det hadde blitt mye mindre sykemeldingsskrivning da, i hvert fall de korte sykemeldingsskrivningene.

FL4: Ja, det synes jeg hadde vært kjempebra, fordi det må jeg jo bare ta for god fisk det de sier, ofte så vet de jo ikke selv hvor mange egenmeldingsdager de har eller noen ting.

B1: Nei, jeg tror ikke det.

B2: Nei, de fleste opplyser vel om det, hvis jeg tenker tilbake i allmennmedisin, at når de har brukt av egenmeldingsdager så trenger de videre sykemelding.

B3: Ja, det kunne ha vært greit det altså.

B4: Ja, det tror jeg. Da kan man jo mye lettere få et inntrykk av hvordan vedkommende har vært syk og brukt egenmeldingsdager og sånn.

Oppsummering

Når legene blir spurt inn til om det kunne være av noen betydning å ha tilgang til pasientens tilbakeværende egenmeldingsdager finnes det stor svar-variasjon i den samlede legegruppe.

En fastlege svarer at det ville bety noe for korttidssykemeldingene, men ikke langtidssykemeldingene. En fastlege svarer nølende og argumenterer for at det ville være det samme som å drive kontroll med ukulturen. To fastleger synes det hadde vært kjempebra.

To av bedriftslegene sier at det ikke vil ha noen betydning, mens to bedriftsleger mener det ville være veldig bra. Det er altså ikke enighet innat i legegruppene, men samlet sett seks leger som i ulik grad er enige i at det ville være nyttig.

Kan du forestille deg noe annet som kunne påvirke egenmeldingspraksisen?

FL1: Jeg tenker jo det at sånn utvidet rett til egenmelding har jo vært egentlig fint, det er opp mot åtte dager, men så tenker også jeg ... Jeg tenker at en karensdag hadde gjort seg.

FL2: Jeg tror jo at egenmeldinger og sykemeldinger kan risikere å være buffere i et liv som er for stramt lagt opp, da snakker vi om noen samfunnsreformer hvor vi ikke skulle ha så store fordringer til oss selv i arbeidslivet, barne- og familielivet og fritidslivet, og det økonomiske livet.

FL3: Ja, nei, jeg tror nok at hvis pasientene er mer bevisst på hvilke rettigheter de har i forhold til arbeidsgiver ved bruk av velferdspermisjon, kronisk sykt barn, pleiepenger, omsorgspenger og så videre, så tror jeg den for så vidt kunne blitt redusert, eller det hadde blitt mer bruk av andre rettigheter da hvis pasientene hadde visst mer.

FL4: Ehm, nei, altså, det måtte jo kanskje ha vært litt mer sånn lokalt på kontoret da, at helsesekretærene er enda flinkere til å ikke sette opp de som har egenmeldingsdager de kan bruke, mange blir jo satt opp bare på sykemelding, de kunne jo ha vært plukket ut før hvis helsesekretærene var litt på.

B1: Altså, den egenmeldingspraksisen som pasienten selv har valgt? Nei, jeg kan ikke se for meg det. Jeg tenker jo at en fort da kommer i en diskusjon knyttet til dette med karens og andre ting.

B2: Jeg tror det har alltid havnet til sist på arbeidsmiljø først og fremst hvordan folk har det på jobb, men altså i forhold til mange bedrifter, de store bedriftene, har jo en IA-avtale, så de har jo et langt egenmeldingsforløp også, men det er jo klart at hvis de bruker veldig mange egenmeldingsdager, jeg tenker på at den bedriften er i en egen ordning, så fanger vi jo dette opp, hvis noen bruker spesielt mange egenmeldingsdager, og tar det opp med vedkommende, men ellers så tror jeg jo at bruk av egenmelding er positivt, at folk har mulighet til å bruke egenmelding.

B3: Det er vel kanskje hvor godt informert det er ute i bedriftene, at vi kan ... At det ikke er bra at det går over tid, men nå er det jo det at koronaen har jo gjort sitt til at nå er folk mer tydelige på at de tar ut egenmelding da når de ikke er friske.

B4: Nei, altså jeg kommer ikke på noe sånt konkret system ellers, men som sagt bare å ha informasjonen og mulighet til informasjon ville jo absolutt påvirke.

Oppsummering

Til spørsmålet om hva som ellers kan påvirke pasientens egenmeldingspraksis svarer både fastlegene og bedriftslegene variert. En fastlege nevner utvidet rett til sykemelding og karensdager. En annen fastlege mener at egenmeldingsdager og sykemeldinger blir buffere i et liv som er for stramt lagt opp. En fastlege nevner bruk av andre rettigheter frem for egenmeldingsdager såsom velferdspermisjon, pleiepenger og en fastlege fremhever at helsesekretæren kan bli flinkere til å avvise de som har egenmeldingsdager tilbake.

En bedriftslege svarer at det let kan bli diskusjon ved karens. En bedriftslege fremhever at det handler om arbeidsmiljø, mens to bedriftsleger mener det handler om god nok informasjon.

Det finnes således stor svarvariasjon innenfor begge legegutter.

6.4.3 Avventende sykemelding

Hvordan nyttes avventende sykemelding som ledd i din sykemeldingspraksis?

FL1: Det bruker jeg nesten ikke.

FL2: Jeg bruker det hvis jeg ser at det er en mulighet for å unngå sykemelding hvis arbeidsplassen går inn og hjelper til med å legge til rette for å støtte opp om de tiltakene som må til for å unngå sykemelding.

FL3: I liten grad fordi jeg har erfart dårlig resultat av bruk, at det bare blir mer arbeid.

FL4: Nei, egentlig bruker jeg det sikkert altfor lite.

B1: Som bedriftslege så er det null.

B2: Det har jeg nesten ikke brukt, fordi det syns jeg er utrolig vanskelig. Det kom akkurat da jeg flytta. Det er vanskelig å styre fordi da skulle man sende en avventende sykemelding, og så skulle pasienten komme tilbake hvis ikke det lot seg tilrettelegge på jobb, og så måtte man skrive en sykemelding likevel, og det var jo praktisk veldig vanskelig å gjennomføre, fordi da kom disse da igjen da de hadde snakket med leder, men så det kjenner jeg egentlig veldig lite til.

B3: Jeg har brukt det en del ganger før, og jeg får litt inntrykk av de som kom hit at det kan ha blitt brukt hos fastlegen, men oftest så er det ... Altså, de har vel gått med plagene sine såpass lenge at det blir gjerne ikke så aktuelt å fylle ut en avventende sykemelding, men det er av og til så kan en bruke det alternativet.

B4: Æh, ikke veldig ofte, men det benyttes absolutt hvis det er hensiktsmessig, men ofte i og med at jeg har veldig mye med offshore-ansatte og sånne ting så er det jo veldig enten av eller på, altså enten er du for dårlig til å gå eller så kan du, på en måte, så ikke så veldig ofte, nei.

Oppsummering

Alle leger svarer at de sjeldent bruker avventende sykemelding. Bare en fastlege og en bedriftslege oppgir at de bruker avventende sykemelding når det er hensiktsmessig. Det er med andre ord seks leger i datamaterialet som sjeldent bruker avventende sykemelding.

Hvilke utfordringer er det knyttet til bruken av avventende sykemelding?

FL1: Jeg syns at de gangene jeg har brukt det så blir det en eller annen diskusjon som man ikke fullt har innsikt i opp mot arbeidsgiver og så blir det en sykemelding til slutt. Nesten alltid.

FL3: Det er forklaring til pasienten, arbeidsgivers forståelse og praktisk gjennomføring av, nei, beklager, ikke praktisk gjennomføring, men den er ikke velkjent eller velprøvd, den er ukjent både for pasienter og arbeidsgivere.

FL4: Æhm, nei, ofte tror jeg at jeg kanskje bare glemmer muligheten dessverre (ler, og ellers så, ja, det er kanskje ikke så ofte at jeg føler det er aktuelt heller da, og veldig ofte så ... Si noen har operert et ben eller ett eller annet da, så er det veldig ofte at jeg tenker at: "Å nå kunne jeg jo brukt det", men så har de allerede vært sykemeldt, sant, og så er det forbi arbeidsgiverperioden, ja, så det er veldig ofte at jeg føler at jeg kommer for sent inn, liksom.

B1: Nei, generelt sett så er det jo at det ikke helt sjelden ender opp med en telefon fra arbeidsgiver hvor en blir fortalt at det ikke fungerer. Det er jo en god idé med avventende sykemelding, tenker jeg, folk ønsker jo å ansvarliggjøre både ansatt, bedrift eller sjef på at en kan utnytte den restarbeidsevnen en har selv om en måtte være syk for noe. Jeg tenker ideen er veldig god. Så jeg tror det er bare at kulturen ikke har satt seg. Kanskje ikke primært hos oss legene, vi er i hvert fall klar over det, men det er ikke noe kultur for det i trepartssamarbeidet.

B2: Det må jo være at arbeidsgiver kan tilrettelegge, tenker jeg, men i den bedriften som jeg, med tettere inn på det med sykefraværsoppfølging, der er det jo tilrettelegging på høyt nivå altså, de tilrettelegger jo med en gang.

B3: Altså, det første er kunnskapen om det. At vi kunne brukt det, fordi tanken er vel sikkert gjerne at de har gått og prøvd med både den ene og den andre tilpasningen, slik at realiteten er at det er brukt en avventende sykemelding uten at lege er involvert, i flere tilfeller.

B4: Æh, ikke veldig ofte, men det benyttes absolutt hvis det er hensiktsmessig, men ofte i og med at jeg har veldig mye med offshore-ansatte og sånne ting så er det jo veldig enten av eller på, altså enten er du for dårlig til å gå eller så kan du, på en måte, så ikke så veldig ofte, nei.

Oppsummering

I forhold til utfordringer knyttet til bruk av avventende sykemelding nevner alle fastlegene at den er lite velkjent og lite brukbar. Tre bedriftsleger bekrefter fastlegenes opplevelse av ordningens begrensede relevans i sykemeldingsarbeidet.

Legegruppene har i datamaterialet har en felles opplevelse av at avventende sykemelding er lite nyttig i sykemeldingsarbeidet både på grunn av relevansen samt kunnskapsnivået hos legene om ordningen.

6.4.4 Arbeidsgiver

Vil du fortelle litt om dialogen med arbeidsgiveren til pasienten?

FL1: Ja, det har jeg i stor grad overlatt til pasienten, og pasienten kan ha dialog med arbeidsgiver. Det gidder jeg ikke.

FL2: Ofte synes jeg ikke at den fungerer godt, det er sjelden jeg får tilbakemeldinger fra arbeidsgiver på sykemeldingen, selv om jeg noen ganger skriver på sykemeldingen at jeg ønsker tilbakemelding, eller ber om at arbeidsgiver kan komme med forslag på tiltak som kan lette i arbeidslivet, så er det sjelden jeg får disse oppfølgingsplanene.

FL3: Ja, sånn som jeg forstår det så hvis jeg lager en avventende sykemelding så ringer som regel pasienten meg dagen etter på eller to dager etterpå og sier at arbeidsgiver ikke klarte å tilrettelegge så da må jeg bare lage en ny sykemelding da. Så den dialogen dem imellom virker veldig, virker ikke tilfredsstillende.

FL4: Eh, ja, nå har det jo vært veldig lite dialogmøter, jeg tror ikke jeg har vært på et eneste dialogmøte hele koronaperioden. Ellers så får jeg jo sånne oppfølgingsplaner inn, det får jeg elektronisk fra arbeidsgiver, og der er det av og til laget litt sånn grundig og veldig ofte er det ganske overfladiske oppfølgingsplaner. Det er flere ganger nå i det siste at pasienten har hatt med seg sin arbeidsgiver på time.

B1: Nei, sånn som jeg erfarer det da, det er jo ikke at jeg har så brei erfaring med det, så er det jo sånn at en vil jo alltid snakke med pasienter ift. sykemelding, nå prater vi om de korte sykemeldingene ikke sant, en vil jo alltid prate med pasienten om det er ting de kan gjøre på jobb, f.eks. med den gipsen eller det problemet de har, og veldig ofte så kommer jo de på ting de kan gjøre på jobb, men når det skal filtreres gjennom arbeidsgivers briller, så er det ofte ikke så lett, fordi pasienten har overvurdert sine evner til å jobbe med sin sykdom likevel da.

B2: Ja, det er jo et samarbeid både med arbeidsgiver eller HR, leder, og pasienten, i form av dialogmøter for eksempel, hvor man prøver å finne løsninger.

B3: Jeg får inntrykk av at når det gjelder saker som har med ergonomiske belastninger og sånn, så tilpasser de ofte det bra, men når det gjelder litt mer psykososiale ting kan det bli en del saker som direkte låser seg veldig, da får de ikke tilpasninger, og noe av problemet kan vel kanskje være at de skulle ha gjennomført et vanlig dialogmøte 0, altså nær sagt før sykemeldingen kommer i gang.

B4: Ehm, nei, det er jo ikke så ofte vi kommer dit i min praksis, men der det er behov for det så syns jeg det stort sett går veldig greit.

Oppsummering

Hva angår dialogen med arbeidsgiver som gjelder avventende sykemelding beskriver alle fastlegene at den fungerer dårlig. Det er lite variasjon internt i fastlegegruppen.

To bedriftsleger opplever at det går greit og to svarer litt mer nølende og ligger seg kanskje mer opp mot fastlegenes generelle vurdering. Det er altså større variasjon i svarene fra bedriftslegene sammenliknet med fastlegene. Den generelle oppfattelsen blant legene er likevel at dialogen med arbeidsgiver ikke fungerer optimalt.

Hvordan legges det til rette for denne dialogen i arbeidsdagen din?

FL1: Det er jo lagt til rette i sykemeldingsblanketten om at man kan henvende seg til arbeidsgiver. Det har jeg gjort i liten grad, og de som har gjort det forteller jo at de sjelden får svar.

FL2: Det blir det lagt lite til rette for. Jeg deltar i dialogmøter med NAV, der NAV kaller inn, hvor det er en dialog med arbeidsgiver, men det er svært sjelden at jeg selv tar direkte kontakt med deres arbeidsgiver eller at arbeidsgiveren tar direkte kontakt med meg. Jeg skriver tiltakene på sykemeldingsblanketten, innmeldinger jeg har til arbeidsgiver der, og kan be om å få innmeldinger tilbake, men ellers så er det ikke noen dialog. Enkelte ganger har jeg vært på besøk på bedriften for å se på hva som kunne gjøres for å lette arbeidsdagen, lette de plager pasienten hadde.

FL3: Nei, jeg har lite dialog med arbeidsgiver, bortsett fra dialogmøte 2.

FL4: Ehm, jeg tror ikke at jeg kan si at jeg legger spesielt til rette for det, det hender jo at arbeidsgiver ringer og sånn en sjelden gang og da er det alltid litt vanskelig med tanke på taushetsplikt og sånt, ellers så, ja, det hender jeg bruker det der feltet på sykemeldingen der du kan skrive til arbeidsgiver, men ellers er det vel ikke spesielt tilrettelagt for så mye kommunikasjon med arbeidsgiver, nei.

B1: Det legges ikke til rette på noen spesiell måte annet enn at du må ta en telefon til arbeidsgiver hvis det er ting en vil ha avklart, for eksempel muligheten til å jobbe gradert eller jobbe med en avventende sykemelding hvis en ikke kjenner arbeidsplassen veldig godt. Altså, som bedriftslege så er ikke det det store problemet fordi en kjenner jo kundene ganske godt faktisk.

B2: Altså, i X der snakker vi jo om dette hele tiden, det er et veldig etablert system med dette, med de andre, disse bedriftshelsetjenestene i denne fellesordningen, der er det jo mye mer at arbeidsgiver kanskje tar kontakt og vil ha noen råd. eller vil ha oss med på noe møte, eller, ja, da kommer vi mye senere inn som bedriftshelsetjeneste.

B4: Nei, hvis det er nødvendig så bare ... Jeg har fin innflytelse på min arbeidsdag, så da setter jeg bare av tid til det og kontakter dem.

Oppsummering

Hva angår tilrettelegging for etablering av dialog med arbeidsgiver informerer fastlegene at det generelt er lagt lite til rette for denne dialogen. Av og til ringer arbeidsgiver til fastlegen, men fastlegen tar ikke kontakt med arbeidsgiver. Legene bruker av og til feltet i sykemeldingsblanketten til arbeidsgiver, men opplever sjeldent å få svar.

Bedriftslegene beskriver omvendt at de ofte tar kontakt med arbeidsgiver, at de kjenner

bedriftene godt og har god tid til dialogarbeidet.

Det er således stor variasjon mellom legegruppene, men entydige svar innenfor legegruppene. Fastlegene opplever at det legges lite til rette for dialog med arbeidsgiver og at det er vanskelig å etablere. Bedriftslegene opplever dette som langt enklere.

6.4.5 Gradert sykemelding

Hvordan anvender du gradert sykemelding i din sykemeldingspraksis?

FL1: Det bruker jeg jo en del, det er det mange som har behov for, som har en delvis bevart arbeidsevne og som har godt av å være på jobb, selv om de ikke klarer det fullt ut.

FL2: Veldig aktivt. Prøver alltid å se om det er en eller annen arbeidsevne som kan utnyttes. Så jeg prøver alltid å se om det er mulig med en gradert sykemelding fremfor en 100 % sykemelding. Hvis pasienten starter med en 100 % sykemelding, så prøver jeg så fort som mulig å få pasienten inn i en gradert sykemelding, og så trappe opp til friskmelding.

FL3: I veldig stor grad, det er veldig, veldig mye brukt spesielt i nedtrapping av en sykemelding.

FL4: Jeg prøver å bruke gradert sykemelding så mye som mulig og på alle de 100 % sykemeldte bare bitte litt gradert, så hvis jeg får de over i gradert så stresser jeg litt mindre med å få de tilbake i 100 % hvis du skjønner, men jeg stresser litt med å få de fra 100 % til gradert da, eller hvis det går an så har jeg fokus på det.

B1: Det anvendes jo veldig mye. Det er jo svært vanlig i hvert fall som fastlege at en bruker gradert sykemelding, men det er jo ofte kanskje litt senere i sykemeldingsforløpet når folk friskner til igjen.

B2: Det brukte jeg mye.

B3: Ja, det kan vel bli enn sånn, ja, det blir vel gjerne ... Jeg kan tippe at ca. en fjerdedel kan bli sånn delvis sykemeldte i starten, og så er det jo de som blir fullt sykemeldte så er det jo snakk om delvise friskmeldinger etter hvert, ja, noe sånt tenker jeg.

B4: Nei, det brukes der hvor det er hensiktsmessig og jeg tenker at jobben tillater at man kan ha en prosentvis tilstedeværelse.

Oppsummering

Alle legene er enige om at de gjerne anvender gradert sykemelding.

Hvilke utfordringer syns du det er knyttet til bruken av gradert sykemelding?

FL1: Ja, det er jo noen som blir stresset av det, og føler at de må gjøre akkurat det samme i et kortere tidsrom, og så er det noen som har vanskelig for å avgrense arbeidsoppgavene sine og ender opp med å ta på seg mer, så det er ikke alle som har så godt utbytte av det.

FL2: Overordnet sett så syns jeg at gradert sykemelding fungerer godt. Jeg syns det gir meg mulighet til å få ha en dialog med pasienten om hvilke arbeidsoppgaver man kan plukke ut, og hvordan man kan planlegge arbeidet ift. hele eller halve arbeidsdager. Jeg kan oppleve at det kan være et trykk fra arbeidsgiver på at de heller vil ha pasienten 100 % sykemeldt enn gradert sykemeldt, fordi det er vanskelig for arbeidsgiver å romme gradert sykemeldte, spesielt for eksempel sykehjem og sånne store kommunale institusjoner der jeg ofte syns at de kan ha vanskelig med å finne noe tilrettelagt arbeid, og de vil nesten heller ha pasienten ut i en hundre prosent så de kan kalle inn vikar.

FL3: Det kan være litt at pasienter sliter i samråd med arbeidsgiver å få det til "å gå opp" praktisk fordi pasienten har turnusarbeid, nattevakter osv., så kan det også være litt "farlig" å bruke gradert sykemelding fordi det kan noen ganger bli en livstil for pasienten å ha fri hver fredag og være 20 % sykemeldt.

FL4: Ehm, nei, det første jeg kommer på er at det er litt sånn med fordeling av tiden og sånn, så har jeg ofte en tanke om hvordan det er lurt å fordele dagene sant, om det er lurt, ofte ville det jo være lurt å ha korte dager, at du liksom er innom jobb i korte bolker, og så er det ikke alltid at arbeidsgiver klarer å tilrettelegge for det og kanskje må ta inn vikar og sånn, og så får de ikke det til på den måten som hadde vært mest gunstig medisinsk sett da, og pluss at pasienten kanskje også har litt lyst til å ha en hel dag fri eller... (*begge ler*)

B1: Det er jo bare et estimat, så jeg opplever jo at i noen sammenhenger så vil jo den sykemeldte kanskje føle seg presset til å jobbe en del mer enn det sykemeldingsgraden tilsier.

B2: Det er jo veldig bra at de holder kontakt med jobben, men egentlig så blir det ofte gradert veldig lenge, det er vanskelig å komme mot en full friskmelding. Ofte henger de litt igjen, følte jeg.

B3: Det er dette med type arbeid, fordi hvis skiftordningen er lagt opp til for eksempel 12 timers arbeidsdag i perioder, og å jobbe halve skiftet blir vanskelig da, og da må andre være på - det kan også være vanskelig. Og det andre er dette med å jobbe annenhver dag, det kan jo gå også, så ja.

B4: Nei, det blir igjen det å vite nøyaktig hvordan arbeidet til pasienten er og om det går an å dele det inn i prosentvis aktivitet.

Oppsummering

Fastlegene har ulike opplevelser av utfordringen knyttet til bruken av gradert sykemelding.

En fastlege beskriver at det kan stresse pasientene. To andre forklarer at det kan være vanskelig for arbeidsgiver å romme gradert sykmeldte pasienter og en fastlege uttrykker at det kan bli en livsstil for pasienten.

Bedriftslegene har samme syn på utfordringene som fastlegene, og beskriver også at pasientene kan føle seg presset, at det kan bli konformt for pasienten og at det kan være vanskelig for arbeidsgiver å tilrettelegge ved for eksempel turnusarbeid.

Legene fremhever altså ulike problemstillinger som utfordrende ved bruk av gradert sykemelding, men tre ting går igjen i dette datamaterialet: Det kan stresse pasientene, være en utfordring for arbeidsgiver og bli en livsstil for pasienten.

6.4.6 Legen som sykemelder

Hvordan samsvarer pasientens forventninger med måten du utfører rollen som sykemelder på?

FL1: Nei, de aller fleste ønsker å være på jobb, og det er veldig greit med den sykemeldingssituasjonen, der må jo bare se hvor mye de egentlig klarer, og så er det noen ganger vi har en ulik oppfatning om hvor mye de kan klare, og det er jo ikke alltid en lett kommunikasjonssituasjon å skulle si at de kanskje kan mer enn de tror selv. Sånn at ja, da blir det jo litt etter hvor mye tid man har, og hvor mye man skal presse og lokke de.

FL2: Det er et vanskelig spørsmål, for det syns jeg er veldig varierende. Det er veldig forskjellige forventninger folk kommer med til sykemelding, både i forhold til på hvilke grunnlag de skal sykemeldes, eller hvor omfattende eller langvarig. Ofte så må man inn og ha en samtale rundt funksjonsevne, at sykemeldingen skal avspeile funksjonsevnen, og ikke at det er det som er utgangspunktet.

FL3: Det er nok vanskelig å svare på, men jeg tror det er greit, jeg prøver å snakke med pasienten og prøver å få et inntrykk av hvor mye klarer å stå i jobb da. Jeg har inntrykk av at det går greit.

FL4: Ja, det er jo ganske ofte litt dårlig samsvar, jeg tror mange pasienter ser litt lettere på det å bli sykemeldt enn vi gjør da, og ja, har en litt mer sånn lettvint holdning til det og forventer kanskje ikke at det skal følges opp, og at det må være ordentlige ... eller det må ligge sykdom til grunn da. De har ikke alltid innsikt i hva som egentlig kreves for å ha rett på sykemelding.

B1: Nei, jeg opplever at pasientene har nesten alltid gjort seg opp en ganske fast og bestemt mening om sykemelding på forhånd. Så kan en kanskje lirke til og akseptere for eksempel en avventende

sykemelding eller en gradert sykemelding, men det er veldig vanskelig å snakke de fra tanken om sykemelding hvis de først har kommet på den ideen.

B2: Å, du verden! Hva skal jeg si til det? Nei, det er jo en dialog, og jeg vil nok tenke at man kommer i mål der.

B3: Oftest er ... På det materialet jeg får så er vi oftest samstemte på det, ja.

B4: Nei, det er ikke alltid at det samsvarer, men ...de har jo ofte et ønske, og så må man jo vurdere om det er hensiktsmessig.

Oppsummering

Fastlegene beskriver alle at samsvaret mellom pasientens og fastlegens forventning til sykemelding kan være en utfordring. En fastlege sier at det ofte går greit og en annen nevner at de fleste gjerne vil jobbe. Bedriftslegene legger seg opp mot fastlegene: To bedriftsleger nevner at pasientene ofte har gjort seg opp en mening om sykemelding i forkant og to bedriftsleger nevner at man ofte kommer i mål. Alle leger nevner at dialog med pasienten er viktig. Det er altså generell enighet i legegruppene om at pasienten og legens forventning til sykemelding ikke alltid samsvarer.

På hvilken måte syns du at sykemeldingsprosessen kan påvirke pasient/lege-forholdet?

FL1: Mhm. Nei, det er klart at det er jo en situasjon der det er mulig å komme i konflikt i alle fall, hvis forventningen er noe helt annet en det som man tenker man har behov for, men i de aller fleste tilfeller så det jo ikke noe stort problem, i de aller fleste tilfeller så har man et rimelig likt syn på behovet, og de fleste er jo interessert i å prøve så godt de kan å være på jobb.

FL2: At det kan bli problematisk hvis pasienten har en forventning om sykemelding, og legen ikke er enig. Så det kan være noe tautrekking der omkring sykemelding som virker negativt inn på relasjonen.

FL3: Da jeg var ferskere, syns jeg det var mye, mye vanskeligere og jeg hadde dårlig samvittighet for å sykemelde pasienter, men etter noen år så har det endret seg veldig. Nå har jeg sjelden konflikter med pasienter pga. sykemeldinger.

FL4: Ofte syns jeg at det kan ta veldig mye fokus ... Og det hørte jeg om, jeg vet ikke om det var fra deg eller noen andre at i Danmark så er det egne leger som driver med sykemelding, eller? Var det du som sa det til meg? Jajaja, fordi etter at jeg hørte om det så tenkte jeg at det hørtes jo veldig fint ut fordi det tar veldig mye fokus og det kan bli mye diskusjoner fram og tilbake om det som tar vekk

fokus fra det faktisk medisinske, syns, jeg, og en kan bli litt uenige også og det kan gå utover alliansen.

B1: Ja, altså, ved uenighet enten knyttet til tolkning av det medisinske bildet, alvorlighetsgraden på tilstanden og det eventuelle funksjonstapet det skulle medføre, så er det jo ikke noen god situasjon for legen og lege/pasientforholdet. En må bruke sine pedagogiske evner godt og sine diplomatiske evner godt for å selge inn alternative tanker om for eksempel å sykemeldes gradert eller friskmeldes på tross av pasientens ønske da. Det kan bli en konflikt.

B2: Ja, hvis du er uenig, at hvis pasienten ønsker en sykemelding som du ikke syns han har krav på eller rett til, at man tenker at dette ikke er en sykemeldingsgrunn, eller at man kjenner at folk ikke vil, ikke at de ikke kan, men de vil ikke, og det er jo et dilemma hvis man da skal presse på, og samtidig så er man pasientens fastlege.

B3: Det ... Som bedriftslege så er det saker som blir liksom litt vanskelig å avslutte og overføre til fastlege, det er vel det som er ... og det er ikke alltid like lett sånn sett, men du kan si at det hadde vært greit, raske redegjørelser og sånt, så ... Nei, time hos fastlege på oppfølging kan bli lang ventetid og sånt noe, så er det de kommunene da hvor det er vikar på vikar som er realiteten som gjør at da føler de at de er syke ... Fraværsordningen og friskmelding.

B4: Nei, det er klart at hvis man aldri ... hvis de har for høye forventninger om at de skal sykemeldes etter deres ønske, så blir det jo ofte påvirket i negativ retning når man ikke kan være med på det alltid.

Oppsummering

Legene i begge legegrupper er samstemte om at sykemeldingsarbeidet gir risiko for konflikt, kan være problematisk og potensielt påvirke pasient/legerelasjonen. En fastlege fremhever at det ofte går bra og en annen forteller at denne sjeldent opplever konflikter omkring sykemelding.

En bedriftslege fremhever at man må bruke sine pedagogiske og diplomatiske evner.

Legegruppene er dermed enige om at sykemeldingsarbeidet kan påvirke pasient-/lege forholdet negativt.

Hvordan opplever du helt generelt at pasientene benytter seg av sykemelding?

FL2: Jeg tror overordnet sett at jeg opplever at de fleste pasienter syns det er vanskelig å sykemelde seg, og føler stor skam og skyld omkring det, og har et sterkt ønske om å kunne være frisk og kunne reise på jobb. Jeg syns at mange pasienter bruker sykemeldingen hensiktsmessig i forhold til å oppsøke behandling og trening, og følge de råd og den veiledning man gir dem, men jeg opplever også at jeg noen ganger får tilbakemeldinger inn fra komparenter som opplever pasientene kanskje kunne jobbe mer eller som gjør det vanskelig å forstå at de kunne være på jobb.

FL3: Jeg synes det ikke er så ille, men jeg tror det også handler om at jeg er ofte ganske frempå med å forklare litt hva en sykemelding er, hvilke konsekvenser og forklare hvor mye rettigheter man har osv., så god informasjon og dialog om sykemelding er viktig i min praksis da.

FL4: Ehm, veldig varierende selvfølgelig, men jeg synes jo kanskje at det er en tendens til at vi har det litt for godt i Norge (*ler*), vi har litt for gode rettigheter som en del liker å bruke?

B1: Nei, generelt sett så opplever jeg at det å ta eller ønske en sykemelding, det er en rettighet og en mulighet som pasientene kjenner veldig godt til. Jeg opplever at i noen sammenhenger er det nok litt for lett å kunne be om en sykemelding, og kanskje i den forståelsen av å be om mer som å kreve en sykemelding.

B2: Huh. Jeg tenker at de ... Hva skal jeg si til det? Det er jo forskjellig. Noen bruker sykemeldingen veldig korrekt, og noen bruker den litt for lett.

B3: Jeg opplever at dette er reelt der, men at det er gjerne en del sånne sammensatte ting som gjør at det kan ta tid før de er tilbake igjen i ordinært arbeid også.

B4: Nei, jeg synes jo absolutt det er en tendens i Norge til at det er for mye sykemelding, det synes jeg.

Oppsummering

Alle legene svarer at det er stor variasjon i bruken av sykemelding blant pasientene.

En fastlege opplever at det er knyttet til skam å være sykemeldt og at pasientene generelt bruker sykemelding hensiktsmessig, en annen fastlege tillegger god informasjon og dialog om sykemelding som avgjørende for korrekt bruk, en fastlege beskriver vi har det litt for godt i Norge.

Bedriftslegene svarer også ganske ulikt - en bedriftslege mener at pasienten kan oppleve det som en rettighet, to bedriftsleger sier det er enkelt å få en sykemelding i Norge.

Det er lite variasjon mellom legegruppene. Det som går igjen er at det er lett å få en sykemelding i Norge, men fastlegene opplever generelt at pasientene tross alt har en god forståelse for bruken av sykemelding.

6.4.7 IA avtalen

Hva er ditt syn på IA-avtalen, inkluderende arbeidslivs-avtalen?

FL1: Jeg har tenkt veldig lite bevisst rundt det. Nei, men den sier jo at arbeidsgiver har et ganske vidtgående ansvar for å legge til rette, og det er kanskje sånn at det fungerer best på litt større arbeidsplasser, der de har større mulighet til å ta folk ut av en plass og inn en annen plass og gi

alternative oppgaver, på mindre arbeidsplasser er det jo ofte vanskelig ... Arbeidsgiver tilrettelegger når ting gjøres.

FL2: At det er en god tanke, men som sagt så opplever jeg at slike plasser som sykehjem kan være en synder hvor det ikke er plass til å legge til rette for at folk har vondt en plass slik at de ikke kan utføre en oppgave, og at man må sjonglere rundt på ting. Jeg synes ofte at ... For eksempel gravide, at de må ha sykemelding fra en sykepleierjobb fordi de ikke klarer å stelle pasientene, men der tenker jeg at det hadde vært bedre om de hadde vært på jobb og hadde bidratt med det de kunne, fremfor at det blir 100 % sykemeldte, men det er et trykk fra arbeidsgiver fordi at de ikke får arbeidsplassen til å gå rundt hvis de har mange gående som ikke er fullt funksjonsdyktige.

FL3: Nei, jeg har ikke så mye kjennskap til den utover at da har du rett til å ta et visst antall dager, er det 8x3 dager i året, men sånn som jeg har forstått det så er den avslutta eller gjelder ikke lengre?

FL4: Ehm, den kan jeg egentlig veldig lite om, det er sånn at du har ekstra ...

T: *Ja, da har du åtte egenmeldingsdager fremfor tre.*

Ja. Ja, nei, jeg har jo inntrykk av at det er veldig positivt, men dette kan jeg veldig lite om egentlig da.

B1: Nei, jeg tenker at det har nok vært gjort gode forstudier og den gode intensjonen bak det, men det har jo ikke vært som jeg kjenner til pilotert noe særlig, så det er nok en slik reform som på en måte har gått omtrent fra tanke til implisering direkte, og som så ofte før når det gjelder sanne ting som blir på en måte hurtiginnført, så er det vanskelig å få noen gode resultater ut av det, det har jo ikke, hvert fall som jeg kjenner til, så har det jo ikke vist noe sånn gode resultater på reduksjon av sykefravær.

B2: Den nye avtalen synes jeg er veldig bra, virker veldig bra, fordi man tenker mye mer forebyggende og mye mer arbeidsmiljø, og det skapes en felles arena for alle aktører. De gamle avtalene har jo ikke gjort så fryktelig mye, i hvert fall ikke med at folk faller ut av arbeidslivet, men jeg har veldig tro på arbeidsmiljø, hvis folk har det bra på jobb, så da vil de være der (bli værende?).

B3: Ja, altså, da den kom for vel 20 år siden, så var jeg litt redd at dette kunne bli liksom en sånn kosmetikk på eller sminking av realiteter som det at det var ikke så lett å folk tilbake igjen i jobb og mye forskjellig praktiske ting som ikke var helt enkelt osv., men.. at denne har nå tross alt vært en sånn god ting å ha i bakhånd rett og slett og trykke på og få til endringer.

B4: Stort sett positiv til det, jeg synes det virker bra, ja.

Oppsummering

Fastlegene svarer ulikt på spørsmålet om synet på IA avtalen. En fastlege fremhever at avtalen kanskje fungerer best på større arbeidsplasser der tilrettelegging er praktisk mulig. En annen mener at tanken er god, men vanskelig å få til i praksis. To fastleger informerer at denne avtalen kjenner de lite til.

Alle bedriftslegene kjenner til IA avtalen. En bedriftslege mener at det er en reform som er gått fra tanke til implementering og hurtiggjennomført sjeldent gir gode resultater. Tre bedriftsleger synes avtalen er veldig bra og positiv.

Det kommer fra datamaterialet frem at fastlegene er lite kjent med IA avtalen, mens bedriftslegene kjenner den godt.

6.4.8 Oppsummering av trekk ved sykemeldingsordningen

Fastlegene bekrefter alle at sykemeldinger utgjør en sentral del av arbeidsdagen deres mens bedriftslegene opplever at sykemeldinger bare utgjør en liten del. Det er generell enighet i begge legegrupper om det ikke eksisterer en oversikt over bruken av pasientens egenmeldingsdager og at pasientene ikke er gode nok til å bruke egenmeldingsdagene sine. Flere leger i begge legegrupper mener at det ville være nyttig å kunne se antallet av tilbakeværende egenmeldingsdager. Det er imidlertid stor variasjon både internt og mellom legegruppene i forhold til hva legene tenker kan påvirke pasientens bruk av egenmeldingsdager. Samtlige leger nytter seg sjeldent avventende sykemelding. Alle fastleger nevner at de har begrenset kjennskap til denne del av sykemeldingsordningen og at den er lite anvendelig i praksis. Alle bedriftsleger kjenner til avventende sykemelding, men også de finner den lite relevant i sykemeldingsarbeidet. Fastlegene opplever at dialog med arbeidsgiver fungerer dårlig og er vanskelig å etablere. Bedriftslegene har lettere tilgang til arbeidsgiver, men halvparten av bedriftslegene synes likevel at dialogen kan være vanskelig å etablere. I fastlegens arbeidsdag er det lagt lite tilrette for dialog med arbeidsgiver, mens dette er enklere å arrangere for bedriftslegene. Alle legene bruker gjerne gradert sykemelding i sykemeldingsarbeidet og legene nevner ulike utfordringer tilknyttet dette arbeidet. Det finnes intern variasjon både innenfor og mellom de to legegruppene, men tre faktorer går igjen; Det kan stresse pasientene, være en utfordring for arbeidsgiver og bli en livsstil for pasienten. Begge legegrupper er enige i at sykemeldingsarbeidet kan øke risikoen for konflikt og påvirke pasient/lege relasjonen. Samlet sett har alle legene en opplevelse av at det kan være for lett å få en sykemelding i Norge. Særlig fastlegene som gruppe mener likevel at pasientene generelt sett har en god forståelse for bruken av sykemelding. Hva angår IA avtalen kjenner halvdel av fastlegene ikke til avtalen, mens den andre halvdel kjenner den, men finner den lite nyttig. Alle bedriftsleger kjenner til IA avtalen og flertallet oppfatter avtalen som positiv.

6.5 Tid, kultur og kunnskap

Hvilke faktorer i ditt arbeidsliv kan være med på å påvirke din sykemeldings-praksis?

FL1: Det er jo i stor grad hvor god tid man har. Det er som jeg har sagt før, at det er ofte en raskere løsning å sykemelde enn det vil være å gå inn på en lang diskusjon om hvordan det kan tilrettelegges, hvordan det kan avgrenses, og hva de kan gjøre og hva de ikke kan gjøre, og ja, det er ofte mer tidkrevende.

FL2: Hvis det er for få timer, og spesielt hvis det er for få akutt-timer slik at sekretærene ikke kan komme inn med pasientene, så kan pasientene bli satt opp på en ringetime for å få forlenget en sykemelding, og spesielt hvis det er andres pasienter og sykemeldingen går ut på en dag der fastlegen ikke er der, og så får man den som en telefonkonsultasjon der man skal forlenge sykemeldingen. Da har man en uhensiktsmessig sykemeldingspraksis. Før hadde jeg øyeblikkelighjelp på fredager, der det ofte var en del leger som var fraværende og der det samtidig var litt få timer, så når det ikke var timer nok og pasientene ringte om at sykemeldingen gikk ut og at de måtte ha en time for å få den forlenget og sekretæren ikke hadde en time, så ble jo vi satt på ringeliste og så måtte jeg sitte der på slutten av ettermiddagen og ta telefoner og vurdere om sykemeldinger skulle forlenges per telefon uten å være kjent med pasienten eller sykdomsforløpet. Det er en enorm negativ faktor for hvordan man gjør det arbeidet.

FL3: Nei, det ... Nei, jeg klarer ikke helt å svare på det jeg. Hvilke faktorer i mitt arbeidsliv som påvirker min sykemeldingspraksis? Jeg tror den er lik fra dag til dag

FL4: Ehm, ja, nei, en må jo ha litt overskudd for å ta de kampene der da. Ehm, det er jo litt krevende hvis du ønsker, hvis det er noen du tenker kan jobbe litt mer en de gjør for eksempel, så krever det jo litt innsats, lirking og luring for å få det til. Ja, og så krever det jo kanskje litt sånn oversikt over deres jobb og oppgaver da for å ha forståelse for hva de kan klare på jobben sin, og det er jo ikke alltid så lett å skjønne hva folk driver med.

B1: Som bedriftslege så vil jo kjennskap til bedriften og arbeidsoppgavene som den sykemeldte har være viktig. En kjenner jo bedrifter og sykemeldte bedre som bedriftslege eller som fastlege, vil jeg anta. Det betyr at en har en bedre, eller i hvert fall muligheten til å ha en bedre innsikt i hvilke arbeidsoppgaver de har, og hvilke arbeidsoppgaver som eventuelt da krysser i forhold til hva de kan eller burde gjøre med sin sykdom.

B2: Nei, nå har jeg jo ikke sykemeldingspraksis, jeg må jo tenke tilbake ... Det ene er jo at man er litt pasientens advokat eller hjelper, og det andre er ... Kunnskap om hva vedkommende holder på med i jobben, at man spør hvordan de jobber, om de kan jobbe noe, men det var jo vanskelig i

allmennpraksis fordi man hadde så lite tid, det var det jeg likte i bedriftsmedisin, at man har mer tid til folk. Man er ikke så styrt i arbeidsmedisin; hvis det er en problemstilling så kan jeg mye lettere sette av en time, mens du i allmennmedisin har du en ny pasient hvert tjuende minutt, folk kommer bare, så jeg følte at jeg ble mye mer styrt av klokka i allmennmedisin enn jeg er i bedriftsmedisin.

B3: Ja, du kan si at hvis fastlegeordningen blir mer oppdatert i alle kommuner så vil det også bli lettere her at jeg kan overføre videre oppfølging til fastlege.

B4: Ehm, nei, det er vanskelig å si, det skal vel ikke ha så mye å si, det er klart hvis det er fryktelig dårlig tid og sånn så blir det vel fortere til at man ettergir pasientenes ønsker. Det er klart at hvis det er veldig hektisk og du ikke har så god tid til å ... fordi det vil jo alltid ta ekstra tid hvis du skal prøve å, på en måte, gi pasienten fornuftig ... altså, det er jo mange som kommer med krav som jeg ikke nødvendigvis er enig i, men er det fryktelig dårlig tid, så hender det vel kanskje at man kommer dem i møte likevel da selv om man kanskje egentlig ikke ville gjort det.

Oppsummering

Tre av fire fastleger nevner tid som en faktor for god sykemeldingspraksis. En fastlege mener at sykemeldingspraksisen er lik fra dag til dag.

Bedriftslegene mener at kjennskap til sykemeldte og bedriften bedre muligheten for god sykemeldingspraksis. To bedriftsleger fremhever at det er bedre tid i bedriftshelsetjenesten. En bedriftslege nevner at det er vanskelig å overføre pasienter fra bedriftshelsen til oppfølging ved fastlege og en bedriftslege nevner også tidsperspektivet som fastlegene og svarer at dårlig tid øker risikoen for å etterkomme pasientens ønsker.

Fastlegene fremhever i flertall at dårlig tid er en negativ faktor for sykemeldingspraksisen deres.

Bedriftslegene understreker at tid både kan være en positiv og en negativ faktor for sykemeldingspraksis, men fremhever også andre faktorer så som kjennskap til bedrift og pasient.

Legene er som samlet gruppe enige om at tid spiller en avgjørende rolle i forbindelse med sykemeldingspraksis.

På hvilken måte påvirker arbeidsdagen og tidsperspektivet, den tid du har til rådighet, sykemeldingspraksisen din?

FL1: Nei, jeg tror jo at jo mer tid man har mulighet til å bruke, jo større sjanse er det jo for at man kan finne løsninger som jo gir en høyere utnyttelse av arbeidsevnen.

FL2: Hvis det ikke er nok tid til å avklare pasientens funksjonsnivå og forventninger, å ha den gode dialogen rundt sykemeldingen, så kan det være større risiko for at man kommer til å sykemelde for mye eller på for dårlig grunnlag.

FL3: Ja, ja, sånn ja, ja, ja, selvfølgelig så kan jo man på travle dager ta lette avgjørelser, ja. Du orker ikke en lang konsultasjon med en pasient fordi du hadde akkurat lagt inn en pasient med bryst smerter eller fallskade, og du bare går med på å gi pasienten en ukes sykemelding som du kanskje ikke burde gjort fordi du kunne ha løst det på en annen måte da, ja.

FL4: Det påvirker ganske masse, og særlig på Ø-hjelpstimer så er det veldig ofte at jeg ikke tar den diskusjonen og så bare sykemelder jeg, men det er jo som regel også de litt mer kortvarige sykemeldingene da.

B1: Nei, det er jo veldig forskjellig fra bedriftslege og fastlege, men som bedriftslege så har en ofte god tid til å drøfte rundt dette med sykemelding, fordi det er jo ... Ja, veldig ofte er det den eneste problemstillinga jeg har oppe med den det gjelder, fordi det utredningsmessige, kurative og henvisningsmessige og sånt er jo ikke helt sjelden håndtert av fastlege allerede.

B3: Nei, jeg tror ikke det gjør det i særlig grad, altså, jeg bruker den tida jeg trenger for å få komme til en konklusjon og hva som skal gjøres videre.

Oppsummering

Fastlegene nevner alle at tiden påvirker sykemeldingspraksisen. Jo mere tid tilgjengelig, desto større sjanse er det til å finne gode løsninger. Manglende tid gir større risiko for sykemelding eller sykemelding på for ringe et grunnlag. Travle dage gir lette avgjørelser og lite tid til diskusjon.

Bedriftslegene nevner at de har rikelig tid til å gjennomføre en god sykemeldingspraksis.

Det er dermed intern enighet i de to legegruppene, men variasjon mellom legegruppene. Tiden er ikke en faktor som påvirker bedriftslegenes sykemeldingspraksis, men derimot fastlegenes.

Hvordan forholder du deg til andre legers pasienter og deres ønsker om eventuell forlengelse av en sykemelding?

FL1: Ja, det kommer vel litt an på situasjon, hvis det er pasienter som har hatt en langvarig sykemelding, og du ser de er i et løp så blir det stort sett sykemelding fram til første mulighet hos fastlege og sette opp til kontroll da. Hvis det er korttidsfravær så er det jo kanskje mer en selvstendig

beslutning på om det er grunnlag for å gi videre, men hvis de allerede er i et løp så tenker jeg ikke i det hele tatt, da bare skriver jeg det ut og ser etter time der.

FL2: Jeg synes det er enormt vanskelig, og jeg gjør det helst ikke. Nå er jeg nødt til det fordi pasienten står med en sykemelding og fastlegen er borte. Da pleier jeg å forlenge til fastlegen er tilbake sånn at det tar kortest mulig tid til legen skal ta videre vurdering derfra.

FL3: Ehm, heldigvis er det et lite problem hos oss, men da lager jeg ofte kortere sykemeldinger og setter opp til første ledige time hos den som er fastlege da.

FL4: Da gjør jeg det så kort som mulig, og så overlater jeg det til fastlegen.

B1: Nei, som bedriftslege så vil jeg bare unntaksvis forlenge sykemeldinga, det mener jeg er en fastlegeoppgave.

B2: Ja, hvis det er spesielle grunner til det, at han ikke kan gå til sin lege, så ville jeg ha gjort det, men da ville jeg ha begrenset meg i tid.

B3: Ja, altså, er det disse kliniske opplysningene og sånt samstemmende, så vil jeg jo støtte oppunder det. Nå får jeg ikke så mange henvendelser fra andre leger, det blir heller mer disse her som har vært og operert og sånn, men epikrisen går jo også da til fastlegen, så de har jo gjerne overtatt løpet da.

B4: Nei, da ønsker jeg jo i hovedsak at de går tilbake til legen som har sykemeldt dem hvis det er mulig.

Oppsummering

Fastlegene informerer alle sammen om at de forlenger en startet sykemelding til fastlegen har ledig time. En fastlege nevner at det ved eventuell kortere sykemelding er en mer selvstendig beslutning. To bedriftsleger fremhever at de kun unntaksvis forlenger sykemelding og to nevner at de ønsker at pasienten går tilbake til den som er primærskemelder. Det er altså overveiende konsensus i legegruppene om at sykemelding forlenges ved den lege som har oppstartet fraværet eller er fastlege.

Hvordan er kontorets fellesforståelse for dette?

FL1: Ja, det er vel omtrent sånn ... Det er i hvert fall sånn det praktiseres.

FL2: Sånn tror jeg de fleste praktiserer det her hos oss, men vi har en overordnet avtale om at hvis man har pasienter med lange sykemeldingsforløp så prøver man å streve etter å sette pasienten opp til en time til den datoen sykemeldingen går ut eller uken før, sånn at man ikke skriver en sykemelding

som går ut på en dag der man ikke er der selv og hvor man kanskje er fraværende noen dager fremover for å unngå brudd i forløpet.

FL3: Den er ganske lik. Vi har stor enighet om det, kanskje bortsett fra én lege som glemmer å sette opp til kontroller. (*Begge ler*)

FL4: Jeg tror det er sånn de fleste tenker.

B1: Jeg kjenner ikke til, Medco er et stort konsern som er landsomfattende, jeg kjenner ikke til at det fins noen sentrale føringer eller regelverk for det.

B4: Nei, det er vi ganske enige om, det synes jeg fungerer greit.

Oppsummering

Fastlegene er samstemmende i at det er en felles forståelse for prosedyren ved forlengelse av sykemelding på kontoret. Det samme gjelder i al hovedsak bedriftslegene, og det er således ikke forskjell mellom svarene i legegruppene.

Hvordan erverves kunnskap om sykemeldingspraksis på kontoret ditt?

FL1: Husker ikke om det har vært ... Vi har vel hatt noe sånn ... Har vi fått noe tilbakemelding fra NAV, jeg husker ikke ...

FL2: Altså, alle som har veiledning kommer jo innom det i veiledningssamtalene, ellers tar vi det gjerne opp hvis vi har noen vanskelige sykemeldingsforløp og bruker morgenmøtene på å diskutere slike utfordringer. Vi har diskutert om vi skulle tatt sykemeldingsstatistikken vår opp på felles for å utveksle erfaringer og lære av hverandre. Og så har vi samarbeidsmøter med NAV, og sykemeldingsarbeidet er jo en del av timene.

FL3: Nei, den tror jeg er ganske bra. Ja, nei, vi har vel vært på NAV-møter, altså, jeg mener NAV-kurs annethvert år sånn ca., og det hender vi diskuterer regler og sånt på internundervisning da, og det er jo på en måte så aktuelt at vi må jo holde oss oppdatert på egen hånd også da.

FL4: Vi hadde faktisk et SKIL-kurs akkurat eller for ikke så lenge siden, der vi ... Der er det jo sånn at du går inn på NAV og ser på sykemeldingsstatistikk og din statistikk som ligner med landsgjennomsnittet og sånn. Så da lærte vi litt verktøy for å kunne sjekke hvordan en ligger an da.

B1: Å ja. Nei, da er en jo avhengig av å følge med på nettsider, generelle debatter, tidsskrifter og fagforenings, altså allmennlegeforeninga sine informasjonsskriv, f.eks.

B2: Jeg får mest gjennom at vi har en bedriftskontakt på den bedriften jeg er og jeg kan ringe til henne, men ellers må man jo ringe til NAV hvis man er usikker.

B3: Der kan det hende at jeg ikke er helt oppdatert i forhold til det fastlegen og allmennlegen er altså.

B4: Nei, det blir eventuelt, altså man holder seg selvfølgelig oppdatert på eget initiativ, men så har vi jo disse månedlige møtene da hvor det absolutt en gang iblant er sykemeldingspraksis på agendaen.

Oppsummering

Fastlegene gir ulike svar når det gjelder kunnskap om sykemelding på kontoret. De nevner tilbakemeldinger fra NAV, veiledningssamtaler, morgenmøter og internundervisning og en fastlege nevner SKIL¹³ kurs og sykemeldingsstatistikk. Bedriftslegene nevner nettsider, debatter og tidsskrifter, bedriftskontakt, oppdatering på eget initiativ og månedlige møter.

Begge legegrupper er lite tydelige og nevner ulike fora hvor de henter informasjon.

Hvordan får du selv kunnskap om sykemelding?

FL1: Nei, jeg får ikke det. Jeg søker ikke det.

FL2: Altså, noen ganger så ser jeg på det som står på Nav, men jeg syns ofte det blir så løst og åpent ... Tja ... Det vet jeg ikke, om jeg overhode tar, eller om jeg bare sykemelder ut ifra erfaringsgrunnlaget mitt.

FL3: Nei, jeg leser litt på NAV sine hjemmesider og sånt, egentlig.

FL4: Nei, det var nå det kurset blant annet, eller så prøver jeg nå å sjekke litt sånn opp fortløpende og, ja, jeg er jo ofte inne på NAV og sjekker ting og ellers så vet jeg jo om den der sykemeldingsveilederen, men er kanskje ikke så flink til å bruke det, så det kan jeg bruke litt mer.

B2: Jeg bruker mye NAV-siden hvis det er noe jeg lurere på, altså www.nav.no, det er vel det, hovedsakelig.

¹³ Senter for kvalitet i legetjenester

B4: Nei, det blir eventuelt, altså man holder seg selvfølgelig oppdatert på eget initiativ, men så har vi jo disse månedlige møtene da hvor det absolutt en gang iblant er sykemeldingspraksis på agendaen.

Oppsummering

Både fastlegene og bedriftslegene svarer at de ikke søker kunnskap på så veldig aktivt på eget initiativ. Tre fastleger og en bedriftslege nevner NAV sine hjemmesider som en mulighet, mens to fastleger og en bedriftslege svarer at de ikke søker kunnskap om sykemelding på eget initiativ. Legegruppene svarer dermed ganske likt på dette spørsmålet, med samme svarvariasjon internt i legegruppen.

På hvilken måte bruker du kollegaene dine i din sykemeldingspraksis?

FL1: De bruker jeg ikke

FL3: Lite

FL4: Det hender ganske ofte at jeg diskuterer med kollegaene hvis jeg er usikker på grunnlag for en sykemelding.

B1: Nei, det er så godt som aldri.

B2: De brukte jeg i liten grad.

B3: Ja, der tror jeg nok at jeg kunne brukt de, både allmennleger og ...

B4: I mindre grad, det er klart at hvis det er noen caser hvor jeg er veldig usikker, så ber jeg jo om deres synspunkt, da.

Oppsummering

To fastleger og tre bedriftsleger bruker ikke kollegaene sine i egen sykemeldingspraksis, mens to fastleger og en bedriftslege gjør. Det er dermed intern variasjon i legegruppene, men ganske like svar i den samlede legegruppen. Flertallet av legene benytter seg ikke av kollegaene sine i egen sykemeldingspraksisen.

6.5.1 Oppsummering tid, kultur og kunnskap

Fastlegene fremhever at tid er en faktor som kan påvirke sykemeldingspraksisen deres, mens bedriftslegene nevner andre faktorer, som kjennskap til bedrift og pasient. Fastlegene fremhever at jo

mere tid som er til rådighet jo større sjanse er det for å komme frem til gode løsninger hva angår sykemelding. Tiden er derimot ikke en faktor som påvirker bedriftslegenes sykemeldingsarbeid, da denne legegruppen opplever å ha nok tid til dette arbeidet.

Det er generelt enighet internt og mellom legegruppene når det gjelder forlengelse av sykemelding. Legene mener i all hovedsak at sykemelding skal forlenges ved primærsykemelder eller fastlege. Begge legegrupper er lite konkrete i forhold til hvordan det erverves kunnskap om sykemelding og ingen av legene søker særlig aktivt kunnskap på eget initiativ. Flertallet av legene i materialet nytter ikke kollegaene sine i egen sykemeldingspraksis.

6.6 Sykemeldingsordningen

Hva er din helt generelle vurdering av sykemeldingsordningen i Norge?

FL1: Jeg tenker at man skulle innført en karenstid på starten, en par dager eller noe sånt, sånn at det skulle koste litt rent økonomisk å være borte fra jobb i korttidsfravær, det har de aller fleste råd til, sånn at det vil være høyere terskel for å være borte, og så kunne man heller, hvis man... Legge inn mer hos de som har behov for å gå utover sykemeldinga over tid.

FL2: Jeg er bekymret for om sykemeldingsordningen fører til høyere sykefravær fordi man går til legen og får attest på at man ikke kan arbeide. I Danmark er det en direkte dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, og jeg tror at det kanskje blir fornuftigere løsninger der, i istedenfor at pasienten kommer med en påstemplet blankett som beskytter dem. Jeg tenker jo overordnet at det er et stort sykefravær i Norge, og det koster veldig lite å være sykemeldt fordi det er et veldig sterkt sikkerhetsnett. Omvendt er det positivt når det er behov for det, men samtidig opplever jeg at hvis pasientene har vært gjennom et langt sykemeldingsforløp som har strekt seg opp til seks eller åtte måneder, så føler jeg ofte at de egentlig innstiller seg på at de har et fullt år og at de helst vil arbeide seg gradvis opp den siste tiden. Det er påfallende mange som er klare til å starte 100 % i jobb samtidig som at sykepengene går ut.

FL3: Jeg tenker at den er helt okei. Jeg tror det er veldig vanskelig å endre den i hvert fall, man kunne jo prøvd å ha 365 egenmeldingsdager og det har jo vist seg å fungere noen steder det også, men politisk sett så er det jo ingen partier som tør å gjøre noe, fordi jeg tror ikke den er så ille som vi skal ha det til, jeg.

FL4: Ehm, jeg tror jo at den er litt for god (*begge ler*), tenker jeg da, men det er jo vanskelig fordi det fins jo, det er jo forskjell på pasienter og sånt, og for noen pasienter så skulle jeg ønske at ordningen var litt mindre gunstig og at du hadde litt inntektstap for eksempel, da tror jeg mange hadde valgt å

jobbe, men for de som er ordentlig syke og virkelig trenger å være sykemeldt så kunne jo det fått store konsekvenser for den gruppen, så ja.

B1: Ja, magesfølelsen er at en er for god, og den er for liberal.

B2: At den er for snill. Altså, det er for god økonomi i å være sykemeldt, jeg tror det er en faktor som kan stå litt i veien for folk. Man bør ikke regne på om det lønner seg å være sykemeldt.

B3: Ja, den gir jo mange muligheter til å kunne hente seg inn igjen når en da har nedsatt helse, uten at disse store økonomiske problemene skal ta ... dukke opp da. Det blir jo litt annerledes når det begynner å gå mot slutten, og det er det som ..., og så også dette her at det ikke er sånn voldsomme overprøvinger av det.

B4: Ja, nei, den har jo masse positive sider og en del negative, jeg syns jo som sagt det at folk er nok sykemeldt mye mer enn de er faktisk syke her til lands, tror jeg, men samtidig syns jeg det er bra at folk som faktisk er syke får full dekning med en gang.

Oppsummering

Tre fastleger mener at ordningen er litt for god og en fastlege tenker at man burde innføre karenstid i starten av en sykemeldingsperiode ved korttidsfravær. En fastlege er bekymret for at sykemeldingsordningen fører til høyere sykefravær fordi sykefraværet verifiseres ved lege, men mener samtidig at ordningen er god for de som trenger den. En fastlege mener den ikke er så ille som vi går og tror.

Bedriftslegene nevner alle at sykemeldingsordningen er god og kanskje for god. To bedriftsleger nevner at ordningen er positiv for de som faktisk er syke.

Det er dermed overveiende enighet i legegruppene om at ordningen er ganske god, men at dette også kan medføre noen utfordringer i forhold til bruken og eventuell utnyttelse av ordningen. De fleste av legene er imidlertid av den oppfattelse at ordningen er bra for de som faktisk er syke. Det er ingen egentlig svarvariasjon mellom de to legegruppene.

Hvilke tanker gjør du deg om refusjonstaksten for sykemelding?

FL1: Ja, den er jo ikke noe ... Den har jo egentlig ikke noe påvirkning på om man gjør det eller ikke, det er jo bare lite grann, sånn at refusjonen for sykemelding har jeg ikke noe særlige tanker om.

FL2: Jeg skulle ønske det var en tettere dialog fordi jeg får hovedsakelig pasientens referat av hva arbeidsgiver sier er mulig eller ikke, men det er veldig sjelden at jeg får en direkte tilbakemelding fra arbeidsgiver.

FL3: Nei, ingen tanker, den er så lav at ... Ja, den tenker jeg ikke på engang når jeg sykemelder eller ikke sykemelder.

FL4: Den har jeg ikke tenkt så masse på, jeg vet ikke hva den er engang, jeg. Hva er den da?
L1, ja.

B1: Altså, hvis den er for lav, så vil den jo lett lede til at det kan bli tatt litt lett på. Hvis den er for høy, så vil den jo kanskje lett føre til at en eventuelt kan sykemelde eller lage forlengelse på sykemeldinger litt for lett, jeg tror det er viktig at den er plassert riktig i forhold til medgått tidsbruk en tenker at en bruker. Før var det jo en L1-takst, som skulle hentyde om at en brukte ett minutt på sykemelding. Det er mulig det er L4 nå, jeg er litt usikker på det, det kan godt stemme det, men i hvert fall, det var nok et ganske grovt underestimat på den tida det tar å lage sykemelding og diskutere med pasienten.

B2: Jeg vet ikke hvordan den er.

B3: Refusjonstaksten er jo, det var en tid tilbake hvor vi også deltok på dialogmøte og sendte jo også refusjonskrav og det, men beløpet er så lite at det er jo, har ikke noe praktisk for seg innenfor bedriftshelsetjenesten.

B4: Ehm, nå er det lenge siden jeg har jobbet som allmennlege, det er jo ikke noe sånn takst som bedriftslege, men nå husker jeg ikke den taksten faktisk. L1 ja, den er jo meget beskjeden i forhold til arbeidet.

Oppsummering

Både bedriftsleger og fastleger nevner samstemmende at refusjonstaksten ikke har noen betydning og at den er så lav at det ikke har noe praktisk for seg og er meget beskjeden. En enkelt bedriftslege nevner at taksten ikke kan være for høy, da det kan virke som insentiv for en generøs sykemeldingspraksis. Det er enighet i og mellom legegruppene.

Hvordan ville en tariff-festet takst knyttet til flere deler av sykemeldingsprosessen enn i dag kunne påvirke din anvendelse av for eksempel avventende sykemelding?

FL1: Ja. Nei, den er jo et virksomt incentiv, sånn at hvis det var ... Hvis man hadde fått betalt for å bruke tid på å finne andre løsninger, så ville det bli mer interessant å bruke den tida selvfølgelig, men det er jo litt... Tror at det er vanskelig å utforme, men klart at det går an å betale mer for en gradert sykemelding en for en vanlig sykemelding for eksempel.

T (gjentakelse av delspørsmål): *Så hvis det var noe lignende takst knyttet til for eksempel å bruke avventende sykemelding, tenker du at det vil kunne påvirke din sykemeldingspraksis?*

FL1: Ja. Såpass overfladisk er jeg.

FL2: Det tror jeg faktisk ikke ville påvirke mitt sykemeldingsarbeid i særlig høy grad. Helt overordnet sett så tenker jeg at de aller fleste er best tjent med å være så mye i arbeid som de kan, og at det alltid gjelder å prøve å finne muligheter for det.

FL3: Jeg tror ikke det ville ha påvirket noe.

FL4: Ja, det tror jeg absolutt. Det hadde jo bare rettet litt fokus mot det, og det er jo litt det å bare komme på det, liksom.

B1: Ja, det ville vært spennende og fulgt med på, men bare redd for at det ville bli byråkratisering og enda mer uforståelige takster.

B2: Sånn at du får forskjellige takster? Nei, det tror jeg ikke hadde hatt så mye å si.

B3: Ja, altså, for en bedriftshelsetjeneste så vil de nok ikke direkte bety noe, men for fastlegene så kan det nok være at en, som jeg kan tenke meg, hvis det var egen takst når det blir brukt, så vil nok det kunne påvirke noe i større grad, kanskje.

B4: Ja, sånn ja. Det ville det nok sikkert kunne ha gjort, vil jeg tro, selv om det kanskje ikke burde det.

Oppsummering

To fastleger og tre bedriftsleger mener at en tariff-festet takst knyttet til flere deler av sykemeldingsarbeidet ville kunne virke som insentiv på for eksempel bruken av avventende sykemelding. To fastleger og en bedriftslege nevner at det ikke ville påvirke sykemeldingsarbeidet i høy grad.

Det er altså konsensus mellom legegruppene i utvalget. Overvekten av legene mener at en tariff-festet takst ville kunne påvirke bruken av for eksempel avventende sykemelding.

I Nederland er det bedriftslegene som primært har ansvaret for sykemeldingsarbeidet. På hvilken måte er en sånn praksis mulig eller ikke mulig i Norge etter din mening?

FL1: Ja, helt strålende! Lett!

FL2: Jeg tenker at bedriftshelsetjenesten vil ha en suveren fordel i det sykemeldingsarbeidet der det gjelder skader eller sykdommer som er tett knyttet opp mot funksjonen på jobben, der det å ha kjennskap til arbeidsplassen er viktig, men i mange andre sammenhenger, hvis det for eksempel gjelder sykehussykdommer, depresjoner eller langvarig kreftforløp og så videre, da tenker jeg at fastlegen har en helt annen rolle i oppfølging av pasienten, og dermed er det fastlegen som kan gjøre de beste vurderinger i forhold til arbeidsevne, men bedriftshelsetjenestene er jo mye tettere knyttet opp mot bedriftene og vil ha mye bedre kjennskap og innsikt i hvilke muligheter som finnes i bedriften, og kanskje det ikke trenger å være et enten eller, men at det kan være et både og.

FL3: Den er jo mulig fordi det er jo nesten det vi driver med nå. Det hender jo at sykehusleger sykemelder også, men det er i så fall bare opptil fire eller seks uker. Så det er fullt mulig i Norge, men jeg vet ikke om det er det riktige å gjøre siden fastleger har nok å drive med om dagen. Den hadde vært svært utfordrende i Norge fordi det er fastlegene som kjenner pasienten aller, aller best og har full oversikt.

FL4: Ja, nei, jeg tror det hadde vært mulig i Norge, og jeg tror det hadde vært bra da, og bedriftslegen ville jo ha godt innsyn i arbeidsoppgavene i bedriften, men jeg vet ikke om det an være vanskelig fordi det er vel ikke alle som har en bedriftslege, du må vel ha en viss størrelse på bedriften for å ha en bedriftshelsetjeneste, sånn at om alle ville hatt tilgang til det vet jeg jo ikke, men det må jo sikkert være sånn i Nederland også, så det må vel ordnes på et eller annet vis (*begge ler*).

B1: Ja, vi har hørt det. Det tror jeg ikke en skal ha for bombastiske meninger om. Det vil sikkert være litt på hvordan ordningen rigges, for eksempel kommunikasjonsmuligheten mellom fastlege og bedriftslege den eksisterer jo ikke i dag, elektronisk kommunikasjon, eller er i hvert fall veldig vanskelig tilgjengelig, fordi hvis en skulle sykemelde som bedriftslege, så måtte jo det være ut i fra fordelene det måtte være å kjenne til bedriften og eventuelt den sykemeldtes arbeid på bedriften, men ulempen ville jo være at en veldig ofte da ikke ville ha eller bare ville ha mangelfull kunnskap om sykdom, utredning og behandling.

B2: Å! Det kan jeg ikke forestille meg. At bedriftslegene skulle sykemelde, at de har ansvaret for sykemelding ...? Det hadde jo ikke kapasitetsmessig gått i det hele tatt!

B3: Ja, skulle dette vært gjennomført her da ville vi nok ikke kunne få tak i nok bedriftsleger til dette der, og det vil jo også betinge et bedre samarbeid med lokalleger og sånt, så hvordan systemet for å få til det i Nederland fungerer, det vet jeg ikke noe om. Så jeg ser at bemanningssituasjonen vil nok bli den kritiske ved gjennomføring av det der.

B4: Sånn som det er organisert i dag så er det ikke mulig fordi det fins jo ikke bedriftsleger overalt, men jeg ser ikke det som noen umulighet, men da må det jo opprettes sentre hvor disse kan nåes for pasienter innen kort tid da, det er jo ikke dumt det hvis man hadde fått til det, men sånn som det er i dag så kan du ikke plutselig si det, for da er det jo mange som ikke kommer til noen bedriftslege i det hele tatt.

Oppsummering

Generelt tenker fastlegene i datamaterialet at det ville være mulig at bedriftslegene primær varetaker sykemeldingsarbeidet i Norge, men vanskelig å gjennomføre i praksis fordi ikke alle har en bedriftslege og fastlegen sitter med al informasjon om sykdom hos pasienten.

Tre fastleger fremhever at bedriftshelsetjenesten har godt innsyn i bedriftenes mulighet for tilrettelegging og at de kjenner bedriftene vel, noe som er en fordel.

Bedriftslegene mener alle at det ikke er mulig og nevner at det spesielt er kapasiteten som vil være en utfordring. En bedriftslege mener at også manglende kunnskap til sykdom, utredning og behandling vil gjøre det vanskelig og en annen at det vil kreve et helt annet samarbeide mellom bedriftsleger og fastleger.

Begge legegrupper er altså enige i at dette ikke er mulig på grunn av antallet av bedriftsleger i Norge. Fastlegene viser dog en større nysgjerrighet for emnet og en fastlege svarer absolutt: «Ja, helt strålende! Lett!»

Oppsummering 6.6.1 Sykemeldingsordningen

Generelt mener begge legegrupper at sykemeldingsordningen er god, men kan gi utfordringer i form av mye sykemelding. Begge grupper av leger mener at ordningen er bra for de som faktisk er syke. Både bedriftsleger og fastleger finner at refusjonstaksten for sykemeldingsarbeidet er irrelevant og ikke har noen praktisk betydning. Begge legegrupper mener også at en tariff-festet takst potensielt vil kunne påvirke sykemeldingsarbeidet og virke som insentiv. Når legene blir spurt om det er mulig å overføre ansvaret for det norske sykemeldingsarbeide til bedriftslegene er begge legegrupper enige om at det ikke er praktisk mulig å gjennomføre, men fastlegene demonstrerer til dels en større nysgjerrighet overfor denne muligheten enn bedriftslegene.

6.7 Hovedfunn

I dette kapittel vil jeg samle opp på hovedfunnene.

6.7.1 Bakgrunn

Legenes bakgrunn er ganske like. Alle legene har jobbet som fastlege, ingen fastleger har jobbet som bedriftslege. Alle fastleger er selvstendig næringsdrivende, alle bedriftsleger er fastlønnede.

Arbeidsdagen er ulikt bygget opp for begge legegrupper og legene opplever individuelle utfordringer i arbeidsdagen. I begge legegrupper er det rom til å få hjelp ved behov, men særlig fastlegene fremhever kollegiet som nyttig. Begge legegrupper har både formelle og uformelle arenaer for møtevirkosomhet. Bedriftsleger og fastleger har ikke den samme oppfattelse av hva som er forskjellen mellom det å jobbe som fastlege versus bedriftslege.

6.7.2 Pasient-/lege forholdet

Både fastleger og bedriftsleger er generelt enige om at pasientene er blitt mer kravstore og som forklaringsårsak til endringen i lege-/pasient forholdet nevnes blant annet tid, teknologi, maktforhold og tilgang til flere leger.

6.7.3 Sykemelding og sykemeldingsordningen

Fastlegene bekrefter alle at sykemeldinger utgjør en sentral del av arbeidsdagen deres, mens bedriftslegene opplever at sykemeldinger bare utgjør en liten del. Generelt mener begge legegrupper at de ikke har oversikt over bruken av pasientens egenmeldingsdager og at pasientene ikke er gode nok til å bruke disse. Flere leger i begge legegrupper mener at det ville være nyttig å kunne se tilbakeværende antall egenmeldingsdager til pasienten. Samtlige leger nytter sjeldent avventende sykemelding. Alle legene finner den lite brukbar i praksis.

Alle legene nytter gradert sykemelding i sykemeldingsarbeidet, de nytter ikke avventende sykemelding og forlenger automatisk sykemelding når primærlegen er borte. Legene nevner ulike utfordringer knyttet til sykemeldingsarbeidet, men tre faktorer går igjen: Det kan stresse pasientene, være en utfordring for arbeidsgiver og bli en livsstil for pasienten.

Begge legegruppene er enige om at sykemeldingsarbeidet kan øke risikoen for konflikt og påvirke pasient-/lege forholdet. Flertallet av legene i materialet bruker ikke kollegaene sine i egen sykemeldingspraksis.

Samlet sett har alle legene en opplevelse av at det kan være for lett å få en sykemelding i Norge, men særlig fastlegene som gruppe mener at pasientene likevel stort sett har en god forståelse for bruken. Hva angår IA-avtalen kjenner halvdelen av fastlegene ikke til avtalen, mens den andre halvdel kjenner den, men finner den lite nyttig. Alle bedriftsleger kjenner til IA-avtalen og flertallet oppfatter avtalen som positiv.

Begge legegruppene er lite konkrete i forhold til hvordan det erverves kunnskap om sykemelding og ingen av legene søker noe særlig kunnskap på eget initiativ. Tre fastleger og en bedriftslege nevner NAV sine hjemmesider som en plass der man kan få informasjon om sykemelding. Generelt mener begge legegruppene at sykemeldingsordningen er god, men at det kan gi noen utfordringer. Begge

grupper av leger mener likevel også at ordningen er bra for de som faktisk er syke. Både bedriftsleger og fastleger finner at refusjonstaksten for sykemeldingsarbeidet er irrelevant og ikke har noe praktisk for seg. Begge legegrupper mener også at en tariff-festet takst potensielt vil kunne påvirke sykemeldingsarbeidet og sette fokus på for eksempel bruken av avventende sykemelding. Det er enighet i legegruppene om at sykemelding skal forlenges ved primærsykemelder eller fastlege.

6.4.4 Arbeidsgiver

Fastlegene opplever at dialogen med arbeidsgiver fungerer dårlig og er vanskelig å etablere. Bedriftslegene har lettere tilgang til arbeidsgiver, men halvdel av bedriftslegene finner likevel også at dialogen kan være vanskelig å etablere. I fastlegens arbeidsdag er det lagt lite til rette for denne dialogen, noe som er enklere for bedriftslegene å arrangere.

6.4.5 Tid

Fastlegene fremhever at tid er en faktor som kan påvirke sykemeldingspraksisen deres, mens bedriftslegene nevner andre faktorer så som kjennskap til bedrift og pasient. Fastlegene fremhever at jo mere tid som er til rådighet jo større sjanse er det for å komme frem til gode løsninger hva angår sykemelding. Tiden er ikke en faktor som påvirker bedriftslegenes arbeid og denne legegruppen opplever å ha nok tid til sykemeldingsarbeidet.

6.4.6 Nederland og Norge

Når legene blir spurt inn til om det er mulig å overføre ansvaret for det norske sykemeldingsarbeide til bedriftslegene er begge legegrupper enige i at dette ikke er praktisk mulig, men fastlegene demonstrerer til dels en større nysgjerrighet overfor emnet.

7 Diskusjon

I følgende kapittel vil jeg vurdere forventningene som er fremstilt i kapittel 4 i lys av funnene i kapittel 6. De fire forventningene er forankret i det teoretiske rammeverket politikkimplementering og institusjonell teori. Institusjonell teori kjennetegnes av å favne både en struktur - det regulative element - og en kultur - det normative og kognitive element. Jeg har valgt å diskutere forventningene systematisk. I diskusjonen vil jeg vektlegge drøfting av den relative betydning av det regulative og normative element, samt diskutere politikkimplementering opp mot funnene mine. For å måle effekten av det regulative elementet har jeg sett på de empiriske indikatorer, slik som regelverket for sykemeldingsordningen, de ulike typer av sykemelding, regelverket for sykemelding (inkludert de ulike typer sykemeldinger og vilkårene for disse), regelverket for IA avtalen (inkludert dialog med arbeidsgiver), og regelverket for de to legegruppene. For å måle effekten av det normative og sosial-kognitive elementet har jeg sett på legenes rolleforståelse, deres praksis og oppfattelsen av hva legene selv mener de burde gjøre.

7.1 Forventning 1 - regulativer

Både bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er underlagt regler og lover for utskrivning av sykemelding samtidig som det eksisterer lite kontroll av om dette regelverket blir fulgt. Det finnes ikke en automatisk generert tilbakemelding til legene vedrørende bruk og antall av sykemeldinger som utskrives. Denne type tilbakemelding eksisterer for legenes bruk av takster og er automatisert via Helfo. Kan den manglende regulering påvirke legenes sykemeldingspraksis og bruken av sykemeldinger? Ytterligere - kan også organiseringen i tjenestene samt adgang til informasjon og undervisning om IA avtalen påvirke legenes praksis ved sykemelding, for eksempel avventende sykemelding?

Ved gjennomgang av datamaterialet finner jeg en forskjell i legenes oppfattelse av hvor stor en del sykemeldingsarbeidet utgjør. Fastlegenes sykemeldingsarbeid fyller en betydelig større del av arbeidsdagen deres i forhold til bedriftslegene.

Begge legegruppene er enige i at de ikke har noen god oversikt over pasientenes bruk og tilbakeværende egenmeldingsdager samt at avventende sykemelding som ledd i sykemeldingsarbeidet er lite brukbar og derfor sjeldent nyttes. Alle legene anvender ofte gradert sykemelding.

Når vi ser på organiseringen av arbeidsdagen til legene er det særlig vanskelig for fastlegene å etablere dialog med arbeidsgiver, mens dette ikke er en utfordring for bedriftslegene.

7.1.1 Egenmelding

Alle legene er enige i at det ikke eksisterer noen oversikt over pasientenes tilbakeværende egenmeldingsdager og at dette hadde vært nyttig å ha tilgang. Flertallet av legene er også av den oppfattelse at mange pasienter ikke anvender egenmeldingsdagene sine som tiltenkt. De nevner blant annet at noen pasienter ønsker å spare de og/eller få støtte i form av et legemeldt sykefravær. Dette stemmer med funnene som NAV Hedmark gjorde i 2009 (Bråthen & Bakken, 2012), der man fant at arbeidstakere ønsker å spare egenmeldingsdagene sine, og at mange opplever egenmelding som mindre troverdig enn en sykemelding.

7.1.2 Arbeidsgiverdialog

Ut fra funnene ser vi, at det ikke er lagt til rette for dialog med arbeidsgiver hos fastlegene og at dialogen ikke er etablert. Det kommer frem av data at det er lite overveid og ikke regulert i fastlegenes arbeidsdag.

Bedriftslegene mener at det er lett å kommunisere med arbeidsgiver, og beskriver at det ikke er nødvendig å legge til rette for dette arbeidet da det er enkelt å bare ta en telefon eller bli kontaktet. Forstått gjennom institusjonell teori ser vi et manglende regulativ element hos fastlegene når det gjelder å gjennomføre nødvendig dialog med arbeidsgiver i forbindelse med sykemeldingsarbeidet.

7.1.3 Avventende sykemelding

En forutsetning for å kunne nytte avventende sykemelding er å etablere dialog med arbeidsgiver. Via den avventende sykemeldings blanketten blir arbeidsgiver opplyst om utfordringene knyttet til arbeidsplassen som med målrettet tilrettelegging potensielt kan hindre pasienten fra å bli sykemeldt. Avventende sykemelding kan bare anvendes når ikke det i forveien er skrevet et legemeldt sykefravær - selv om den behandlende lege kan finne avventende sykemelding gagnlig.

Det er verdt å merke seg at det er særlig vanskelig for fastlegene å etablere dialog med arbeidsgiver, da det er fastlegene som primært varetar sykemeldingsarbeidet i det norske samfunnet.

Til tross for at bedriftslegene med letthet kan etablere dialogen bruker de heller ikke avventende sykemelding som ledd i sin sykemeldingspraksis. Det er et interessant funn, da det tydeliggjør at avventende sykemelding ikke fungerer etter hensikten hverken hos de leger som kan etablere dialog med arbeidsgiver eller hos de leger som ikke kan.

Alle legene er enige i at taksten for sykemeldingsarbeidet per i dag er så godt som ikke-eksisterende, og at en tariff-festet takst vil kunne sette fokus på for eksempel bruken av avventende sykemelding. Funnene viser likevel at innføring av insentiv alene ikke vil være tilstrekkelig. Det vil også kreve at arbeidsdagen til fastlegene organiseres slik at det faktisk er tid og mulighet til å etablere dialog med arbeidsgiver - noe som det ikke er lagt til rette for i dag, jamfør 7.1.2.

7.1.4 IA-avtalen

Når vi ser på innførselen av IA-avtalen og de delene av sykemeldingsarbeidet som er knyttet til avtalen, slik som egenmeldingsdager, avventende sykemelding og dialog med arbeidsgiver, fremgår det av datamaterialet at legene stort sett ikke bruker avventende sykemelding som ledd i sykemeldingsarbeidet, og dessuten at dialogen med arbeidsgiver ikke etableres i samarbeide med fastlegene. Fastlegene beskriver i tillegg et begrenset kjennskap til IA-avtalen.

Funnene viser at det ikke eksisterer gode nok systemer til å kontrollere legenes kjennskap til IA-avtalen, bruk av sykemelding, det er ingen sanksjoner og svært få insentiver.

Funnene viser at det parallelt med innførselen av IA avtalen ikke er etablert regulative kontroll mekanismer.

7.1.5 Tid

Alle fastleger nevner at tid er en faktor som påvirker sykemeldingsarbeidet. Forhandling med pasientene tar tid, og har man ikke tid kan «travle dager gi lette avgjørelser». Bedriftslegene har ikke samme tidspress som fastlegene, men samme oppfattelse av at pasientene kan ha en forventning om sykemelding og at sykemeldingsarbeidet kan påvirke lege-/pasient forholdet.

Ut fra funnene er det interessant å se nærmere på om bedriftslegene som har bedre tid til pasientene og dermed også til forhandling opplever færre konflikter. Denne tematikken er ikke undersøkt i denne oppgaven, men er et område som ville være interessant å undersøke nærmere. Det samme gjelder for fastleger på fastlønn.

Ut fra funnene finner jeg at det ikke er forskjell i bruken av sykemelding mellom legegruppene og at begge legegruppene opplever sykemeldingsarbeidet som utfordrende, og at det potensielt kan skade pasient-/lege forholdet. Funnene viser likevel at fastlegene generelt har en opplevelse av at flertallet av pasientene har en god forståelse for bruken av sykemelding.

En tidspresset arbeidsdag kan ut ifra institusjonell teori forstås som et uformelt regulativ element som får effekt på fastlegenes sykemeldingspraksis selv om det ikke er tilsiktet at fastlegene skal ha lite tid.

7.1.6 Stykkprisinsentiv

Fastlegene i mitt datamateriale bekrefter at travelhet kan påvirke sykemeldingspraksisen deres, men alle legene mener også at taksten for sykemelding er så godt som ikke-eksisterende. Mykletun beskriver at de fastlegene som tar ut flest penger fra det offentlige refusjonssystemet også er de som sykemelder mest (Hasselgård, 2019). Mykletun mener at stykkprissystemet hos fastlegene raskt kan gi utilsiktede innvirkninger, i det enkelte leger blir mer motivert enn andre. Han påpeker videre at studier viser at leger som ønsker å øke pasientlistene sine, liberaliserer sin sykemeldingspraksis (Hasselgård, 2019). I mine data ser det ut til at argumentet om stykkprisinsentivet ikke holder i sammenheng med

sykemelding, men at det nok heller dreier seg om travelhet. En lege med mange pasienter på sin liste vil ha det mer travelt enn en lege med få pasienter. Jeg mener likevel at Mykletun sine argumenter er verd å overveie, siden rask behandling av sykemelding kan gi ekstra tid til andre pasienter, som igjen kan utløse øvrige takster. Dette ble imidlertid ikke belyst i mine intervju, og er en tematikk som kan være interessant å observere i en fremtidig studie.

7.1.7 Betydningen av det regulative element

Ut fra funnene ser det ut til at den manglende regulering kan være med til å påvirke legens sykemeldingspraksis samt bruk av sykemeldinger. Det er ikke tid til forhandling og diskusjon kan påvirke pasient-/lege forholdet negativt. Legene mottar i øvrig ingen systematisk tilbakemelding på bruk av type, antall og varighet av sykemeldinger og den manglende tilbakemelding på sykemeldingspraksis kan medføre at legene ikke er oppmerksomme på bruken av ulike typer sykemelding, og fortsetter som de alltid har gjort.

Kombinasjonen av utilstrekkelig regulering av IA-avtalens implementering, begrenset informasjon om sykemelding og manglende bruk av kollegaer i sykemeldingsarbeidet kan føre til at kjennskapet til for eksempel avventende sykemelding stadig begrenses og anvendes lite.

Fokus på regulering av legenes sykemeldingspraksis ser altså ut til at kunne ha en effekt på legenes atferd. Det vil kreve både insentiver, målrettet tilbakemelding og opplysning om sykemeldingspraksis, organisering av arbeidsdagen og oversikt over pasientens egenmeldingsdager.

Det vil også kreve evaluering av sykemeldingssystemet som det er lagt opp i dag av de involverte parter (leger, arbeidsgiver og NAV).

Som Scott (2014) argumenterer, er makt og tvang imidlertid ikke tilstrekkelig til å lede organisasjoner. De må også støttes av den normative pilaren, noe som fører oss videre til forventning 2.

7.2 Forventning 2

Den normative pilaren har betydning for legens rolle som sykemelder. Hvilken atferd forventes det av legen når pasienten ber om en sykemelding? Er pasienten og omverdenens forventninger til de to tjenestene ulik? Normene er definert som gjensidige forventninger (Scott, 2014) og med dette forventningene til den andre i en gitt rolle. Dette kan bety at det kan eksistere forskjelligartet bruk av sykemelding i de to tjenestene. Fastlegen kan forvente at pasienten som ber om en sykemelding ikke ønsker en avventende sykemelding eller råd om egenmelding, mens pasienten kan ha en forventning til fastlegen om at det skrives ut en sykemelding. Det kan eksistere et annet normativ hos bedriftslegen, som er knyttet tettere opp mot arbeidspartene. Den normative pilar kan også forklare at fastlegen kan

ha en oppfattelse av at avvisning av sykemelding kan påvirke pasient/lege relasjonen, noe som kan ført til annen bruk av sykemelding.

7.2.1 Pasient-/lege forholdet

Alle legene i materialet beskriver at samsvaret mellom pasientens og legens forventning til sykemelding kan være en utfordring. Jeg finner at det er de samme normative faktorer som påvirker begge legegrupper. Pasienten har ofte gjort seg opp en mening om sykemelding innen time ved lege og det krever en god dialog at komme i mål. Legene er også samstemte om at pasienten ikke alltid har forståelse for legens rolle som forvalter av samfunnsressurser. Legene i begge legegrupper er likeledes enige i at sykemeldingsarbeidet gir risiko for konflikt, kan være problematisk og potensielt påvirke pasient-/lege forholdet.

Disse funnene samsvarer med Nilsen og Malterud (2015, 2017), som finner at fastlegene opplever at prisen for å nekte pasienten sine ønsker kan være høy, og dessuten at fastlegene føler seg utilpasse i møter der pasient og lege er uenige og forventningene ikke er avstemte. Nilsen og Malterud argumenterer for at ettervirkningene etter stridigheter fører til en sterk følelsesmessig påkjenning hos fastlegene. På samme måte som legene i mitt materiale, var legene som deltok i Nilsen og Malterud sine studier urolige for at langvarige og tette pasient-/lege forhold kunne bli skadet eller opphøre.

Studiene til Nilsen og Malterud er altså interessante å se sammenheng med funnene mine. Visse områder av legearbeidet er regulert ved lov og medisinske forskrifter og er ikke til forhandling. Disse reglene kan komme i konflikt med pasientens ønsker og/eller synspunkter og kan utgjøre en utfordring for legen, samt føre til etiske dilemmaer. Dette er et godt eksempel på regulative og normative konflikter som legen kan stå i. Legene skal følge regler og lover, noe som gir risiko for å skade pasient-/lege forholdet. Videre kan legens normative tilgang til sykemelding også komme i konflikt med pasientens verdier. Verdier identifiserer de foretrukne standarder - det som er ønsket - mens normene spesifiserer hvordan tingene *bør* gjøre (Bukve 2012).

Jeg finner at normene i de to legegruppene er like og at en felles profesjonskultur påvirker begge grupper og fører til lik praksis.

7.2.2 Forlengelse av sykemelding

Begge legegruppene forteller at de forlenger sykemelding fram til neste time ved fastlege eller primær-sykemelder. Det kan bety at pasienten får videreført en 100% sykemelding til primær-legen har første ledige time. Her er det tydelig at en felles profesjonsnorm dominerer og møter lite konflikt med det regulative element, som ellers ikke legger opp til at sykemelding kan videreføres ved denne praksis. Legenes atferd har i lyset den normative pilar ved Scott (2014) en stabiliserende effekt på

sosiale holdninger og normer og delte normer og verdier skaper stabilitet og orden. Forlengelse av sykemelding er således en normativ regulert atferd med en felles profesjonsnorm, som ikke er i overensstemmelse med den regulative element i sykemeldingsarbeidet. Om legene praktiserer som de sier i intervjuene, ved å forlenge sykemelding frem til første ledige time ved primær-lege, kan dette være en medvirkende faktor til de økende samfunnsutgifter knyttet til sykefraværet i Norge. Per i dag er det lang ventetid for time til fastlege, i Agder kommune eksempelvis flere uker (Statsforvalteren i Agder, 2022).

En fastlege i datamaterialet beskrev også, at telefonkonsultasjoner fredag ettermiddag med spørsmål om forlengelse av sykemelding førte til en uhensiktsmessig sykemeldingspraksis og kjapp forlengelse av sykemelding. Denne oppgaven ser ikke på hvilken betydning det har når på dagen sykemeldingsarbeidet ligger, antallet av sykemeldinger i løpet av en dag eller telefonkonsultasjon versus fremmøte. Hvilket regulativ effekt det eventuelt kunne ha å fordele sykemeldingsarbeidet ut over dagen, og unngå forlengelse via telefon, kunne vært interessant å undersøke nærmere.

7.3 Forventning 3

Den sosial-kognitive pilaren kan i sykemeldingsprosessen forstås som det vi selv tar for gitt, vår selvforståelse. Et eksempel kan være at man i Norge har «rett» på en sykemelding, en «time-out», når livet byr utfordringer, samt en felles oppfattelse om at en sykemelding løser problemene. Den sosial-kognitive pilaren kan variere i tjenestene, men kanskje det likevel eksisterer en vis overensstemmelse sett i lyset av generell norsk legepraksis.

7.3.1 Kultur

Legene i utvalget opplever at pasientene kan ha sterke meninger om sykemelding allerede før det er drøftet med legen og generelt har legene en oppfattelse av at det kan være for lett å få en sykemelding i Norge. Det er viktig å understreke at dette er legenes oppfattelse, siden pasientenes forståelse av muligheten for å få en sykemelding ikke er undersøkt i denne oppgaven.

Legene nevner at det primært er tilgjengelig tid som påvirker sykemeldingspraksisen deres, og legene tilkjenner at det ofte er tungt arbeide å jobbe med pasientens holdningsendring til sykemelding. Når det er travelt kan legene derfor ta litt lett på dette arbeidet, og det tenkes at de indirekte aksepterer den kulturelle premiss som grunnlag for sykemelding. Hvis legene aksepterer den sosialt godkjente retten til å få en sykemelding kan den sosial-kognitive pilar (Scott, 2014) bli styrende i sykemeldingsarbeidet, rettferdiggjøre utskrivelse av sykemelding, samtidig som det regulative element settes i bakgrunnen og blir mindre tungtveiende som argument. På samme tid kan det, som tidligere beskrevet, få konsekvenser dersom man ikke følger regulativene for sykemeldingspraksis.

Disse funnene samsvarer i noen grad med argumentene til Mykletun (Fantoft, 2018) om at den viktigste forklaringen på det høye sykefraværet i Norge er kulturell og handler om både sosialpsykologi og organisasjonskultur. Mine funn støtter også Mykletun sine argumenter om at det finnes et sykefraværsinstitutt i Norge som til en vis grad er positiv for velferden, men som har enorme økonomiske konsekvenser (Fantoft, 2018). Flere av fastlegene i mitt materiale informerer om at de ofte imøtekommer pasientens ønsker om sykemelding eller kommer frem til et kompromiss som ikke alltid er medisinsk forankret når det er dårlig tid. Legene er også enige i at sykemeldingsordningen er god for de som faktisk trenger den, men at det kan være for lett å få et legemeldt sykefravær. Funnene vitner om at det eksisterer en kollektiv felles forståelse for sykemeldingsarbeidet, som etablerer den sosiale virkelighet og skaper et fellesskap. Et eksempel kan være at man i Norge mener at man har «rett» på en sykemelding, en «time-out», når livet byr på utfordringer, samt en felles oppfattelse om at en sykemelding løser problemene.

7.3.2 Kunnskap

Ved gjennomgang av data finner jeg at samtlige leger i liten grad nytter seg av strukturert tilgang til fagkunnskap om sykemelding. Dette gjelder både kontorene som enhet og legene selv.

Det er i dag legens eget ansvar å finne og få informasjon om sykemelding ved for eksempel aktivt å gå inn på NAV sine hjemmesider, og å oppsøke samt sammenligne graden av sykemelding mot kollegaer, øvrige legekontorer og andre fylker. Oppsøker legen ikke denne informasjonen på eget initiativ fører det til lite standardisert informasjon om egen sykemeldingspraksis.

I tillegg viser funnene at legene sjeldent nytter kollegaer til sparring om sykemelding, til tross for at alle bekrefter at det er lett å søke råd og veiledning hos kollegaer, hvor det som oftest er en åpen-dør politikk.

Når det søkes lite standardisert informasjon om sykemeldingspraksis og det regulative element er fraværende i sykemeldingsarbeidet blir det kulturen og normene som dominerer. Dette blir bekreftet av funnene i denne oppgaven.

7.4 Forventning 4

Implementeringen av IA-avtalen er et eksempel på top-down styring, der frontlinjemedarbeiderne (legene) ikke er med på laget og på den måte setter standarden ved ikke å innføre iverksatte tiltak.

7.4.1 Kjennskap til IA-avtalen

Ved gjennomgang av intervjuene med legene er det tydelig at fastlegene har lite kjennskap til IA-avtalen, mens bedriftslegene kjenner den ganske godt. Det begrensede kjennskapet kan medvirke til manglende forståelse for antallet av egenmeldingsdager og den utvidete rett til egenmeldingsdager

som ble innført parallelt med IA-avtalen. Den utvidete rett gir otte sykemeldingsdager på rad tre ganger i året fremfor bare tre dager fire ganger i året.

Det manglende kjennskap til IA-avtalen kan også medvirke til at hensikten med avventende sykemelding er lite tydelig for legene og samtidig føre til at samholdet rundt implementeringen av IA-avtalen blir forringet.

7.4.2 Struktur og kultur

Det er innført få regulative elementer knyttet til implementeringen av IA-avtalen, noe som kan gi mer plass til kulturelle føringer i tjenestene. Legene forlenger sykemelding til første ledige time ved fastlege eller primærsykemelder og legene har lite oversikt over pasientens bruk av egenmeldingsdager. Fastlegene understreker at tid påvirker sykemeldingsarbeidet deres og at de ikke alltid har tid til å ta diskusjonen med pasienten, som kan have en forutbestemt oppfattelse av hvilken type sykemelding som ønskes. Det er i tillegg lite tilgang til systematisk informasjon om legenes sykemeldingspraksis.

7.4.3 Politikkimplementering

Ved fornyelsen av IA-avtalen i 2019 ble det iverksatt at som støtte til legenes sykemeldingsarbeid skulle det utarbeides en kursmodul ved SKIL¹⁴ med partene og myndighetene i en referansegruppe, samt at kursmodulen skulle baseres på eksisterende faglige støtteverktøy for sykmelder.

SKIL kurset er et kvalitetskurs, er frivillig og koster 4000 kr å delta i. SKIL-kurset er det eneste som står oppført om legenes sykemeldingsarbeid i IA-avtalen fra 2019. Når legene er den faggruppen som ivaretar sykemeldingsarbeidet i samfunnet er det interessant at regulering av legenes sykemeldingspraksis får så lite oppmerksomhet. Dette er et eksempel på top-down styring, som likevel ikke er fullt gjennomført da implementeringsprosessen ikke inspiseres og legenes atferd ikke styres og kontrolleres.

Ved IA-avtalens fornyelse består de sentrale aktører, top-downers (jf. Matland, 1995), av regjeringen og hovedorganisasjonene på arbeidstakersiden (LO, Unio, YS og Akademikerne) og på arbeidsgiversiden (NHO, KS, Spekter og Virke). I tillegg er også staten som arbeidsgiver part ved Kommunal- og arbeidsdepartementet (Unio, u.å.). Legene, som spiller en helt sentral rolle i sykemeldingsarbeidet, er ikke representert i samarbeidet.

Det er således truffet politiske bestemmelser i kraft av IA-avtalens innførsel, men frontlinje-medarbeiderne (Matland, 1995) - legene - sin atferd blir ikke kontrollert. Det virker dårlig etter hensikten da føringene fra de sentrale aktører møter utfordringene med det kulturelle element i tjenestene - i dette tilfelle særlig fastlegenes mangel på tid til sykemeldingsarbeidet, legenes generelle

¹⁴ Senter for Kvalitet ved Legetjenester

forståelse for avventende sykemelding, dialog med arbeidsgiver samt informasjon/dialog om sykemeldingspraksis. Disse funnene er også i overensstemmelse med Lipsky's (2010) teorier om hvordan politikk utfolder seg i praksis når «streetlevel bureaucrats», eller frontlinje-medarbeidere, forholder seg til krav og utfordringer gjennom skjønnsutøvelse.

For å oppnå best mulig politisk implementering av eventuelle nye tiltak, jamfør bottom-up teoriene (Matland, 1995), bør representanter for fastlegene og bedriftslegene også være med på å drøfte, vedta og innføre nye innsatser slik at legegruppen blir primæraktører i implementeringsprosessene.

7.4.4 Endring av sykemeldingsordningen

Legene i mitt materiale, både bedriftslegene og fastlegene, ser det som utfordrende men interessant å etablere et system som i Nederland, der bedriftslegene ivaretar sykemeldingsarbeidet.

Alle legene konkluderer imidlertid at det ikke er nok antall bedriftsleger, og at de dessuten ikke har tilstrekkelig tilgang til pasientens fulle sykdomshistorikk.

Sykemeldingsordningen i Norge er god. Å innføre karens eller på andre måte endre sykemeldingsordningen til å bli dårligere enn i dag vil kreve et stort politisk arbeide, særlig siden kulturen med det normative og sosial kognitive element i dag setter føringene i et løst regulativ rammeverk.

8 Konklusjon

Formålet med denne masteroppgaven var å finne ut mer om den norske sykemeldingspraksisen. Jeg ønsket å utforske om det er en forskjell i bruken av sykemelding mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og om en eventuell forskjell kan ha betydning for et inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsliv.

Masteroppgaven bygger på åtte semistrukturerte intervju med henholdsvis fire fastleger og fire bedriftsleger. Funnene i oppgaven er diskutert i lys av Scott (2014) sine tre pilarer og politikkipplementering.

Min motivasjon for å undersøke tematikken har vært min egen rolle som profesjonsutøver både som fastlege og bedriftslege samt min undring over det høye norske sykefraværet.

Problemformuleringen i oppgaven er:

- Hva kjennetegner sykemeldingspraksisen i de to tjenestene, kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten?
- Hva kan forklare eventuelle forskjeller i sykemeldingspraksis?
- Hvilken konsekvens har en eventuell forskjell i praksis for det inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsdag?

8.1 Lik sykemeldingspraksis

Forstått gjennom de tre pilarene, den regulative, normative og sosial-kognitive, finner jeg at tid som et uformelt regulativ element er den vesentligste forskjell mellom fastlegenes og bedriftslegenes arbeidsdag. Fastlegene opplever at tid som faktor kan påvirke sykemeldingsarbeidet, mens bedriftslegene ikke har samme utfordring. Kjennskapet til IA-avtalen er også ulik, der bedriftslegene kjenner den godt og er overveiende positivt innstillet til den, mens fastlegene har lite kjennskap til avtalen og derav ingen egentlige holdninger til den. En annen vesentlig forskjell mellom de to leagegruppene er tilgang til dialog med arbeidsgiver. Fastlegene har stort sett ingen dialog med arbeidsgiver, mens dette er lett for bedriftslegene å etablere. Det er derfor også et overraskende funn at sykemeldingspraksisen mellom de to tjenestene er den samme. Det er for meg uventet at bedriftslegene ikke bruker avventende sykemelding som ledd i sin sykemeldingspraksis i større grad enn fastlegene. Avventende sykemelding er en tidkrevende del av sykemeldingsarbeidet, som jeg antok bedriftslegene ville kunne gjennomføre både med forståelse for IA-avtalen, og dessuten tid til å gjennomføre arbeidet.

Avventende sykemelding som fenomen vil være interessant å utforske i fremtidige studier, da det trolig foreligger andre elementer som er avgjørende for den manglende bruken hos legene. Legene i denne studien mener alle at avventende sykemelding er lite nyttig, og flere av legene meddeler at det

ofte ender med sykemelding likevel. Denne oppgaven argumenterer for at avventende sykemelding er et regulativ tiltak som ikke fungerer etter hensikten og i øvrig ikke blir fulgt opp.

Opgaven finner ellers at både bedriftsleger og fastleger har en svært lik oppfattelse og bruk av sykemelding. Legegruppene har samme oppfattelse av egenmeldingsdager, gradert og avventende sykemelding samt forlengelse av sykemelding. Legene forlenger alle sammen sykemelding til fastlege eller primærsykemelder har første ledige time. Forlengelse av sykemelding sett i lyset av Scott (2014) sine pilarer er preget av en profesjonsnorm, og oppgaven argumenterer for at det ved forlengelse av sykemelding er utviklet en kultur blant legene, som er lik - også mellom legegruppene.

Begge legegrupper mener at sykemeldingsarbeidet kan påvirke pasient-/lege forholdet negativt, et funn som er i samsvar med tidligere forskning (Nilsen & Malterud 2015, 2017).

I mitt utvalg ser det ut som pasient-/lege forholdet er preget av kultur og profesjonsnormer som fører til en bruk av sykemelding som ikke samsvarer med de regulative rammeverk og krav.

8.2 Dominerende normativ praksis

Opgavens problemformulering etterspurte videre hva som kan forklare forskjellene i bruken av sykemelding mellom de to tjenestene, og hvilken konsekvens det kan ha for det inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsdag.

Jeg finner ingen vesentlig forskjell i bruken av sykemelding mellom de to tjenestene, men at bedriftslegene likevel har bedre tid til sykemeldingsarbeidet.

Jeg finner at legenes egen normer dominerer sykemeldingspraksisen, idet legene anvender de sykemeldingsformer som fungerer mellom de involverte parter, mens avventende sykemelding blir forbigått. Forlengelse av sykemelding når fastlegen er fraværende blir samtidig utført med en normativ praksis, som ikke samsvarer med det regulative element. Denne praksisen kan føre til mange ekstra sykemeldingsdager i Norge på årsbasis. Sett i sammenheng med den økende fastlegemangelen, kan den normstyrete tilgang til sykemelding bli ytterligere kostbar for det norske samfunnet.

8.3 Personlig erfaring og bedriftslegens rolle

Funnene i denne oppgaven stemmer med min egen opplevelse i rollen som fastlege og bedriftslege. Tidspresset avtok i rollen som bedriftslege, og dialogen med arbeidsgiver var lett og givende å etablere. Det overrasker meg derfor at bedriftslegene i mitt utvalg ikke bruker avventende sykemelding som ledd i deres sykemeldingspraksis.

Bedriftslegene har hverken utfordringer med tid eller tilpasning av sykemeldingsarbeidet i arbeidsdagen. De har også et godt innblikk i bedriftenes muligheter for tilrettelegging, men begrenses av manglende innsyn og kjennskap til pasientens fulle sykdomshistorikk. En større forståelse for bedriftslegenes mulige rolle i et sykemeldingsforløp vil kunne få en positiv betydning for det

inkluderende arbeidsliv og være en støtte og avlastning for fastlegene. Om legene begynner å se på hverandre som medspillere og bruke hverandres ulike kompetanser samt kunnskap vil et etablert samarbeide kunne påvirke både legens arbeidsdag, gagne pasient og arbeidsgiver, avlaste fastlegen og trolig også kunne spare samfunnet for utgifter knyttet til sykemelding. Jeg ser derfor kun fordeler ved å etablere et tettere samarbeide mellom de to tjenestene i fremtiden, og støtter Haugli (2018) sitt forslag om å etablere en pilotstudie, der bedriftslegene ivaretar større deler av sykemeldingsarbeidet. Dette vil kreve politisk satsing, åpenhet og toleranse i og mellom legene, men vil trolig gagne flere parter.

8.4 Fastlegekrisen

Per i dag har vi en fastlegekrise i Norge. Mangelen på fastleger øker, ventetiden stiger og én ut av 24 pasienter står helt uten fastlege (Den norske legeforening, u.å.b.). Det er samlet sett over 234.000 pasienter, noe som er en drastisk økning fra 31.000 i 2015 (Bleidvin, 2022). Dersom alle skal ha mulighet for tilgang til egen fastlege, slik det står beskrevet i fastlegeforeskriften, ser det ikke ut til at fastlegens liste realistisk vil bli kortere, men heller lengre. Hvis fastlegens pasientliste øker vil dette trolig medføre økt ventetid, samtidig som legen også vil kunne kjenne på økende travelhet. Dette er faktorer som denne oppgaven har dokumentert påvirker sykemeldingspraksisen negativt, kan føre til økte utgifter for samfunnet og virke mot IA-avtalens hensikt om å redusere sykefraværprosenten med 10%, sammenlignet med gjennomsnittet for 2018.

8.5 Videreføring

I denne masteroppgaven er kun et lite utvalg av fastleger og bedriftsleger intervjuet. En naturlig videreføring av oppgaven ville være å se på sammenhengen i et større perspektiv og inkludere pasientens syn på sykemelding og sykemeldingspraksis.

Det også kunne være interessant å belyse hvorfor legene ikke anvender avventende sykemelding, hva det koster samfunnet at legene forlenger sykemelding som i dag og om bedriftsleger samt fastlønnede fastleger har kortere sykemeldingsforløp, færre konflikter med pasientene og en bedre arbeidsdag. Jeg mener i tillegg at det hadde vært interessant å lage en pilotstudie, der en kommune fikk midler og ressurser til å teste ut et tettere samarbeide mellom legegruppene i sykemeldingsarbeidet. Basert på funnene i denne oppgaven, anbefaler jeg videre partene i IA-avtalen til å i større grad inkludere legene fremover.

TIME-OUT

Tiden er knapp og viseren går
Pasienten håper jeg nå forstår
Bekkenet smerter men det er jo vår
Hagen må stelles så intet forgår

I gangen sitter den neste på spring
Jeg ser på klokken og trykker forleng
Pasienten blir munter - takker meg lett
Jeg innser samtidig - Statens budsjett

Poet, Kandidaten

9 Referanser

Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg-» vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforl.

Andreassen, T. A. & Fossetøl, K. (2014). Utfordrende inkluderingspolitikk—Samstyring for omforming av institusjonell logikk i arbeidslivet, helsetjenesten og NAV. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 55(02), 174–202.

Arbeidstilsynet. (u. å.) *Bedriftshelsetjeneste (BHT)*. Hentet 2. mai 2020 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/bht/>

Bergsaker, T. (2018, 9. april). Norge har verdens høyeste sykefravær. *Faktisk.no* <https://www.faktisk.no/artikler/jngyz/norge-har-verdens-hoyeste-sykefravaer>

Bleidvin I. (2022, 19. august). Sidan 2015 har eg hatt orkesterplass til fastlegeordningens kollaps *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/btmeninger/kommentar/i/5GAoRE/sidan-2015-har-eg-hatt-orkesterplass-til-fastlegeordninga-sin-kollaps?fs=e&s=cl&fbclid=IwAR02pNYDsRGwt2ND0LLyPTC1XJSoJ5DaUbbRfMU-3Xgobw62TSW7kbXiLSo>

Bråthen, K. & Bakken, B. (2012). *Evaluering av prosjektet «Legenes sykmeldingspraksis i Hedmark»* (Fafo-notat 5/2012). Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-prosjektet-legenes-sykmeldingspraksis-i-hedmark/Evaluering%20Legenes%20sykmeldingspraksis%20FAFO.pdf/@@inline>

Brean, A. (2017). Fast lege til fast lønn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0157>

Brækhus, L. A. (2013). Unge leger skremmes vekk fra fastlegeordningen. *ABC Nyheter*. <https://www.abcnyheter.no/nyheter/2013/03/17/169492/unge-leger-skremmes-vekk-fra-fastlegeordningen>

Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitenskaplege forskingsprosjekt*. Oslo: Universitetsforl.

Cavanagh, Stephen (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher*, 4 (3), s. 5–16.

Claus, G. (2019, 4. september). *Flest fastleger per innbygger i små kommuner*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-fastleger-per-innbygger-i-sma-kommuner>

Den norske legeforening. (2018, 6.mars). *Kapasiteten i fastlegeordningen er sprengt*. <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2018/kapasiteten-i-fastlegeordningen-er-sprengt/>

Den norske legeforening. (u.å.a). *Norsk medisinstudentforening*. Hentet 30. mai 2020 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/Norsk-Medisinstudentforening/>

Den norske legeforening. (u.å.b.). *Èn av 24 står nå uten fastlege*. Hentet 10. oktober 2022 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/krisen-i-fastlegeordningen/lister-uten-fast-lege/>

Fantoft, S. (2018, 4. desember). Norge har svært høyt sykefravær. Hvorfor? *Lederne*. <https://lederne.no/2018/12/04/hva-er-det-med-norge-og-sykefravaer/>

Fauskanger, J. & Mosvold, R. (2015). En metodisk studie av innholdsanalyse – med analyser av matematikklæreres undervisningskunnskap som eksempel. *Nordic Studies in Mathematics Education*, 20(2), 79–96

Fauskanger, J. & Mosvold, R. (2014a). Innholdsanalysens muligheter i utdanningsforskning. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 98(2), 127–139.

Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19). Hentet 3. mai 2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-4-2#KAPITTEL_5-4-2

Gjesdal, S. (2005, 17.mars). Sykefraværets utvikling i Norge 1975 – 2002. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2005/03/aktuelt/sykefravaerets-utvikling-i-norge-1975-2002>

Hasselgård, M. (2019, 10. januar). Fastlegene som henter ut mest penger fra staten, sykemelder mest. *NRK*. https://www.nrk.no/dokumentar/fastlegene-som-henter-ut-mest-penger-fra-staten_-sykemelder-mest-1.14371981

Haugli, L. (2018, 26. august). Bedriftslegen, ikke fastlegen, bør være den som sykmelder. *Aftenposten*: <https://www.aftenposten.no/article/ap-gPe2e5.html>

Haugli, Å. (2017, 10. desember). Åpen for å skrote avtale som har kostet 21 milliarder. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/arbeidsliv/anniken-hauglie/kristin-skogen-lund/solveig-osborg-ose/apen-for-a-skrote-avtale-som-har-kostet-21-milliarder/2-1-227321>

Helsedirektoratet. (2020, 20. august) *Avventedene sykemelding* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/avventende-sykmelding>

Helsedirektoratet. (2021, 19.mai). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/utvikling-fastlegeordningen/antall-avtaler-registrert-som-fastlonn-oket>

Helsedirektoratet. (2016, 7. desember). *Vurderingen ved full sykmelding*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/full-sykmelding/vurderingen-ved-full-sykmelding>

Hsieh, Hsiu-Fang & Shannon, Sarah E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9), s. 1277–1288.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lien, H. (2019, 25. februar). *Norges sykefravær passerte Sveriges og Nederlands etter lovendringer*. SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/norges-sykefravaer-passerte-sveriges-og-nederlands-etter-lovendringer>

Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Ann. Ed.: Dilemmas of the Individual in Public Service*. <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610446631>

Lov om folketrygd (folketrygdloven)—II. Arbeidstakere—Lovdata. (1997). Hentet 26. april 2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-4-2#KAPITTEL_5-4-2

Matland, R. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145–174. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>

- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. utg.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Nav. (u.å.) *Arbeidsavklaringspenger*. Hentet 2. mai 2020 fra <https://www.nav.no/no/person/arbeid/arbeidsavklaringspenger/arbeidsavklaringspenger-aap>
- Nav. (2021, 10. november). *Gradert sykmelding*. <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykmelding-ulike-former/gradertsykemelding>
- Nav. (2021, 13. juli). *Sykmelding for enkeltstående behandlingsdager*. <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykmelding-ulike-former/sykmelding-for-enkeltstaende-behandlingsdager>
- Nilsen, S. & Malterud, K. (2015). GP's negotiation strategies regarding sickleave for subjective health complaints, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33:1, 40-46, DOI: 10.3109/02813432.2015.1001943
- Nilsen, S. & Malterud, K. (2017). What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35:2, 201-207, DOI: 10.1080/02813432.2017.1333309
- NHO. (u.å.) *Hva koster sykefravær?* Hentet 1. mai 2020 fra https://arbinn.nho.no/arbeidsrett/sykefravar_og_permisjoner/sykefravar-statistikk/artikler/kostnader-fravar/
- OECD (2013, 5. mars). *Mental Health and Work: Norway*. <https://www.oecd.org/employment/mental-health-and-work-norway-9789264178984-en.htm>
- Proba samfunnsanalyse. (2017). *Internasjonal sammenligning av sykefraværet*. (Proba-rapport nr. 2014-03). <https://proba.no/rapport/internasjonal-sammenligning-av-sykefravaeret/>
- Regjeringen.no (2019, 5. mars). *Hva er inkluderende arbeidsliv?* https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/hva-er-inkluderende-arbeidsliv/id2631314/
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and Organizations*. Stanford University: SAGE Publications
- Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) (u.å.) *Sykmeldingsarbeid for leger*. Hentet 25. august 2022 fra <https://www.skilnet.no/pakker/sykmeldingsarbeid-for-leger-sfl/>
- Sintef. (2013, 4.november). *Bedriftenes kostnader ved sykefravær*. <http://www.sintef.no/prosjekter/bedriftenes-kostnader-ved-sykefravar/>
- Skoglund, J. (2019, 23. desember). Rekordåret 2019: Aldri har det blitt åpnet så mange kilometer riksvei i Norge. *Veier24.no*. <https://www.veier24.no/artikler/rekordaret-2019-aldri-har-det-blitt-apnet-sa-mange-kilometer-riksvei-i-norge/476045>
- Staff. (2005). *Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær*.

<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3383211>

STAMI. (2015, 23. april). *Hva gjør norske bedriftsleger?* <https://stami.no/hva-gjor-norske-bedriftsleger/>

Statsforvalteren i Agder (2022, 13. juli). *Tilstandsrapport om fastlegeordningen på Agder.* <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-agder/bilder-agder/helse-omsorg-og-sosialtjenester-bilder/diverse/tilstandsrapport-om-fastlegeordningen-pa-agder.pdf>

Søk & Skriv. (u.å.). *Søketeknikker.* Hentet 1. mai 2020 fra <https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker/>

Unio (u.å.). *IA-avtalen* Hentet 5.oktober 2022 fra <https://www.unio.no/ia-avtalen/>

Wasberg, E.S. (2020, 11.juni). Coronakrisen ga høyeste sykefravær sidan 2009. *Bergens Tidende.* <https://www.bt.no/nyheter/okonomi/i/9vPqrM/coronakrisen-ga-hoeyeste-sykefravaer-siden-2009>

Winter, S. & Lehmann Nielsen, V. (2013). *Implementering af politik.* Århus: Academica.

Godkjennelse fra NSD

07.10.2022, 10:17

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Sykemeldingspraksis - en sammenligning mellom bedriftshelsetjene...](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
113119	Standard	21.12.2021

Prosjektittel

Sykemeldingspraksis - en sammenligning mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig

Oddbjørn Bukve

Student

Theresa Franck

Prosjektperiode

22.11.2021 - 22.11.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 22.11.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 22.11.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61954de0-8b1c-4df4-a47f-363706d3467a>

1/2

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Sykemeldingspraksis - en sammenligning av fastleger og bedriftsleger»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke sykemeldingspraksisen i bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med master oppgaven er å finne ut mer om den norske sykemeldingspraksis. Jeg ønsker å utforske om det er en forskjell i bruken av sykemelding mellom bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og om en eventuell forskjell kan have a betydning for et inkluderende arbeidsliv og legens perspektiv.

Problemformuleringen i oppgaven lyder:

Hva kjennetegner sykemeldingspraksisen mellom i de to tjenestene, kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten?

Hva kan forklare eventuelle forskjeller i sykemeldingspraksis?

Hvilken konsekvens har en eventuell forskjell i praksis for det inkluderende arbeidsliv og legenes arbeidsdag?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget består av 4 fastleger og 4 bedriftsleger. De er primært trukket ut via mitt faglig nettverk - også kjent som snøballmetoden. Jeg har tatt kontakt med legene via offentlige tilgjengelige kontaktkanaler og spurt om deltakelse

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å nytte meg av intervju, som tas opp via lyd og deretter transkriberes.

Om du velger å delta i intervjuet vil det ta cirka 30 min å delta og intervjuet tas opp på lydfil.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Masterstudent Theresa Franck og veileder Professor Emeritus ved Høgskulen på Vestlandet vil ha tilgang til materialet.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen og det vil ikke bli publisert navn eller andre personfølsomme opplysninger. Prosjektet er anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er senest november 2023 vil alle opplysninger. Alle personopplysninger og lydopptak vil bli slettet og opptak vil ikke bli oppbevart etter prosjektets avslutning.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved master student theresa Franck eller Professor Emeritus Oddbjørn Bukve
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, tlf.: 55587682 og epost.:
Trine.Anikken.Larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Veileder professor Emeritus Oddbjørn Bukve og master-student Theresa Franck

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykemeldingspraksis - en sammenligning av fastleger og bedriftsleger», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Bakgrunn for spørsmål

Trekk ved legen

Bakgrunn:

- Utdannelse
 - Spesialist i arbeidsmedisin eller allmenn medisin
- Erfaring
 - Jobbet med hva? Flere spesialiteter?

Tilsetningsforhold

- Fastlønn/ikke fastlønn

Rolle

- Pasient/lege forhold. Påvirkes det av sykemelding.
- Samarbeid med arbeidsgiver
- Er pasienten klogest på egen sykdom

Trekk ved kontoret

Tid

- Travelhet. Er det tid til pasientene?

Kollega

- Er det konsensus omkring sykmeldingspraksis. Er det noe som det blir undervist i og drøftet internt.

Kultur

- Forlenger man sykemelding, når man ser andres pasienter og venter til de får time ved deres egen fastlege.

Organisatoriske trekk

Arbeidsgiver

- Avventende sykemelding med tilrettelegging, gradert sykemelding, oppfølging. Er det dialog og møter med arbeidsgiver

Survey spørsmål

Innledning. Presentasjon av meg selv. Hvor lang tid tar intervjuet.

1. Kan du fortelle meg litt om din bakgrunn, hva du har av utdanning eventuelt spesialitet og hvor lenge du har jobbet her?
2. Har du arbeidserfaring fra andre kontorer og spesialiteter?
3. Hvordan endte du opp i allmenntilleggs/bedriftshelsen?
4. Hvordan er det med lønnen din. Er du fastlønn eller er du selvstendig næringsdrivende?
 - Er dette noe du selv har innflytelse på
 - På hvilken måte?
 - Hvorfor har du valgt det?
5. Kan du fortelle meg litt om hvordan din arbeidsdag typisk er bygget opp?
 - Er det noen særlige utfordringer?
6. Hvordan får du hjelp og råd i din arbeidsdag hvis det oppstår behov for det (for eksempel å drøfte pasientproblemstillinger?)
 - Kan du beskrive de formelle arenaer (veiledning, morgenmøte og fellesundervisning?)
 - Kan du beskrive de uformelle arenaer (mellom kontorer, i lunsjpause, ved tilfeldig møte)
7. Kunne du fortelle litt om de faktorer som du tenker har påvirket pasient-/lege forholdet innenfor de siste 5-10 årene?
 - Hva tror du dette skyldes
8. Hvordan opplever du det å jobbe i kommunehelsetjenesten/bedriftshelsetjenesten?
 - Hva tenker du er noen av de viktigste forskjeller mellom det å jobbe i en bedriftshelsetjeneste og kommunehelsetjeneste?
 - Hva er dine beveggrunner til å jobbe i bedriftshelsetjenesten/kommunehelsetjenesten
9. På hvilken måte opplever du at sykemeldinger utgjør dele av din arbeidsdag?

10.

10. Hvordan opplever du som lege at pasientene bruker egenmeldingsdagene sine?

- Ville det bety noe for din sykmeldingspraksis om du i systemet hadde lett tilgang til å se pasientens tilbakeværende egenmeldingsdager?
- Kan du forestille deg noe annet som kan påvirke egenmeldingspraksisen?

11. Hvordan nyttes avventende sykemelding som ledd i din sykmeldingspraksis?

- Hvilke utfordringer er det knyttet til bruken av avventende sykemelding?
- Vil du fortelle litt om dialogen med arbeidsgiver til pasienten?
- Hvordan legges det til rette for denne dialog i arbeidsdagen din?

12. Hvordan anvender du gradert sykemelding i din sykmeldingspraksis

- Hvilke utfordringer synes du det er knyttet til bruken av gradert sykemelding

13. Hvordan samsvarer pasientens forventninger med måten du utfører rollen som sykemelder på

- På hvilken måte synes du, at sykmeldingsprosessen kan påvirke pasient-/lege forholdet?
- Hvordan opplever du at pasientene benytter seg av sykemelding?

14. Hva er ditt syn på IA, inkluderende arbeidsliv, avtalen?

15. Hvilke faktorer i ditt arbeidsliv kan være med til at påvirke din sykmeldingspraksis?

- Kan du utdype det?
- På hvilken måte påvirker arbeidsdagen og tidsperspektivet sykmeldingspraksisen din?
- Hvordan forholder du deg til andre legers pasienter og deres ønske om evt. forlengelse av sykemelding?
- Hvordan er kontorets felles forståelse for dette?
- Hvordan erverves kunnskap om sykemeldingspraksis her på kontoret?
- Hvordan erverver du selv kunnskap om sykemelding?

16. Hva er din generelle vurdering av sykmeldingsordningen i Norge?

17. På hvilken måte bruker du kollegaene dine i din sykmeldingspraksis?

18. Hvordan benytter du deg av arbeidsgiver til sykemeldte i en sykmeldingsprosess?

- Kan du utdype?

19. Hvilke tanker gjør du deg om refusjonstaksten for sykemelding
- Hvordan ville en tariffestet takst knyttet til flere deler av sykemelding-prosessen enn i dag kunne påvirke din anvendelse av for eksempel avventende og gradert sykemelding.
20. I Nederland er det bedriftslegene som primært har ansvar for sykmeldingsarbeidet. På hvilken måte er en slik praksis mulig eller ikke mulig i Norge etter din mening?

Bilag 1 Brev fra Den Norske Legeforening til Kommunene



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til kommunene

Deres ref.:

Vår ref.: 18/3705

Dato: 26.06.2018

Brudd i normaltariiforhandlingene – varsel om konsekvenser for fastlegetilbudet i den enkelte kommune

Takstforhandlingene mellom staten/KS/RHF og Legeforeningen endte denne våren med brudd. Statens siste tilbud speiler ikke alvorret i situasjonen i fastlegeordningen. Staten virker handlingslammet i møte med en fastlegeordning i krise. Manglende ressurstilførsel til ordningen setter både fastlegekontorene og kommunene i en vanskelig situasjon.

Det er store utfordringer i fastlegeordningen. Mange av landets kommuner har store problemer med å beholde og rekruttere fastleger. Dette henger sammen med en stadig mer krevende arbeidshverdag. Helseinspektorens tidsbruksundersøkelse viser at fastlegene jobber i snitt 56 timer i uka. Den ukontrollerte oppgaveoverføringen fra ulike aktører til fastlegene må stanses. Fastlegene har derfor fått en hel rekke nye oppgaver, uten at ressursene har fulgt med. Som følge av dette, har fastlegenes arbeidstid økt dramatisk de siste årene. Uten en solid fastlegeordning vil pasientenes helsetilbud svekkes betydelig og sykehusene overbelastes.

Legeforeningen ser at fastlegekrisen må løses med et sett virkemidler. Ikke alt kan løses gjennom ordinære forhandlinger. Under enhver omstendighet haster det med strakstiltak med tilførsel av økonomi til ordningen for å beholde erfarne leger og rekruttere nye. Takstforhandlingene er fastlegeordningens arena for å diskutere økonomi. Her har ikke staten vist evne og vilje til å sørge for finansiering og plan for opptrapping for å sikre rekruttering og stabilisering. Regjeringen foreslår en handlingsplan i 2020. Dette er for sent.

Legeforeningen varslar med dette at den alvorlige situasjonen i fastlegeordningen vil kunne få direkte konsekvenser for fastlegetilbudet i den enkelte kommune. Det er ikke lenger samsvar mellom fastlegenes rettigheter og plikter. Kommunen kan ikke regne med at legene vil fortsette å jobbe langt utover avtalt åpningstid, som etter rammeavtalen er 28 timer per uke, 44 uker per år.

Fastlegene vil så langt som mulig ivareta sine kjerneoppgaver overfor pasientene sine. Vi ser nå behov for å varsle at det er flere oppgaver kommunen må påregne at fastlegene blir nødt til å nedprioritere. Dette gjelder blant annet attestarbeid og erklæringer, deltakelse i samarbeidsorganer og andre prosjekter med kommunen. Deltakelse i dialogmøter, ansvarsgruppemøter og tverrfaglige møter må i større grad skje på legens kontor eller per telefon.

Det er svært alvorlig at fastlegeordningen, grunnmuren i hele helsetjenesten, nå slår sprekker.

Med hilsen
Den norske legeforening

Marit Hermansen
president

Dokumentet er godkjent elektronisk

Bilag 2 Virkemidler i IA-avtalen anno 2019.

Ny arbeidsmiljøsatsning

Det skal bevilges 70 millioner kroner i 2019, deretter 50 millioner kroner årlig til en ny arbeidsmiljøsatsning rettet mot begge hovedmålene i den nye IA-avtalen. Ordningen skal bidra til økt kunnskap, kompetanse og verktøy for virksomhetene, og det skal i løpet av 2019 blant annet opprettes en ny portal for å formidle kunnskap og kompetanse til bransjer/sektorer og virksomheter.

Opplæring i arbeidsmiljøarbeid

Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene vil bidra til bedre og kunnskapsbasert opplæring i arbeidsmiljøarbeid.

En koordinert arbeidslivstjeneste

For å få bistand og støtte til arbeidet med IA-avtalens mål og innsatsområder på den enkelte arbeidsplass, kan virksomheter inngå samarbeid med NAV Arbeidslivssenter.

HelseIArbeid

Virkemiddelet HelseIArbeid består av en satsing på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, med rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og avklaring som skal fremme mestring og arbeidsdeltakelse.

Kompetansetiltak

Det skal igangsettes et forsøk med utvidet bruk av kompetansetiltak i regi av myndighetene. Målgruppen er langtidssykemeldte arbeidstakere som på grunn av sykdom eller skade ikke kan komme tilbake til sin tidligere arbeidsgiver og som har behov for kompetansetiltak for å kunne kvalifiseres til annet arbeid og stå i arbeid

Sykefraværsoppfølging

Som støtte til legers sykmeldingsarbeid skal det utarbeides en ny kursmodul om sykmeldingsarbeid i SKIL – Senter for kvalitet i legekantor. Partene og myndighetene vil ha oppmerksomhet rundt den lovfestede sykefraværsoppfølgingen og følge med på ny kunnskap og informasjon på området.

Bedre data og kunnskapsgrunnlag

Det kan videre være behov for å utvikle et bedre data- og statistikkgrunnlag på bransje- og yrkesnivå innenfor IA-avtalens fokusområder, herunder sykefravær og egenmeldingsbruk, frafall, arbeidsmiljø mv.

Bransjeprogrammer

Det etableres bransjeprogrammer i bransjer og sektorer hvor IA-partene er enige om å sette inn spisset og prioritert innsats for å støtte opp under målene for IA-avtalen.