

Allmennleegers erfaringer som portvakt

Utfordringer, håndtering og konsekvenser

Stein Nilsen

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
Universitetet i Bergen
2018

UNIVERSITETET I BERGEN



Allmennegers erfaringer som portvakt

Utfordringer, håndtering og konsekvenser

Stein Nilsen



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

2018

Dato for disputas: 12.04.2018

© Copyright Stein Nilsen

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2018

Tittel: Allmennlegers erfaringer som portvakt

Navn: Stein Nilsen

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

Fagmiljø

Arbeidet med avhandlingen har foregått ved Allmenntedisinsk forskningsenhet i Bergen (Uni Research Helse) og Forskningsgruppen for allmenntedisin ved Institutt for global helse og samfunntedisin ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen.

Prosjektet har vært finansiert med midler fra Den norske legeforening v/ Allmenntedisinsk forskningsutvalg (AFU), Allmenntedisinsk forskningsfond (AMFF) samt gjennom overlegepermisjon fra NAV.

Forord

Min vei mot ph.d. har vært lang, kronglete og ganske tilfeldig. Et lite vikariat ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen i 2003 var inngangsporten. Her lærte jeg det allmenmedisinske forskningsmiljøet i Bergen å kjenne, og jeg likte det jeg møtte. Anders Bærheim lærte meg grunnleggende kvalitativ metode, noe som kom til nytte på veien videre. Min kone Liv Magnussen trakk meg seinere inn i forskningsmiljøet ved Uni Research Helse, hvor jeg blant annet ble kjent med Kirsti Malterud. Dette skulle bli helt avgjørende. Hun har tålmodig oppmuntret og inspirert meg, slik at jeg omsider tok mot til meg og bestemte meg for å sette ballen i mål. Siden har jeg ikke sett meg tilbake.

Mange må takkes for at dette kunne skje: Kirsti har vært en enestående veileder, så klok, kunnskapsrik, pedagogisk og støttende at jeg vanskelig kan sette ord på det. Aase Aamland har også gitt uvurderlig støtte, og jeg har lent meg tungt på hennes erfaring og smittende entusiasme i denne prosessen. Guri Rørtveit må takkes for at hun ikke ga opp prosjektet da jeg selv hadde mine tvil, og fortsatte å heie meg frem.

Forskningsmiljøet ved Allmenmedisinsk forskningsenhet i Bergen (AFE Bergen) har også vært til stor inspirasjon. Maken til positive, rause og dyktige kolleger skal man lete lenge etter. De har åpent tatt imot meg, slik at jeg følte meg hjemme fra første dag. Sabine Ruths som forskningsleder har mye av æren for den ivaretagende og inkluderende holdningen som preger denne gruppen.

Takk også til delstudienes medforfattere, og til kolleger som har stilt opp som deltakere. Dere har alle bidratt med biter til det store puslespillet som en avhandling består av. Jeg står på skuldrene av deres innsats!

Kollegene mine ved legesenteret i Florvåg har også vist stor tålmodighet og kollegialitet når jeg brukte mye tid og krefter på andre enn dem, og de har aldri klaget.

Familien min har mye av æren for at målet omsider er nådd. Min kone Liv var den som vekket interessen min for forskning, og som fikk meg til å tro at jeg kanskje hadde noe i dette fagfeltet å gjøre. Hun har vært min viktigste samtalepartner og støttespiller. Mine engasjerte og talentfulle barn har også fulgt opp, både med ekte interesse, skarpe diskusjoner og ekspertstøtte. Jeg kan anbefale skrivende forskere å ha en lingvist i familien – takk til Gunnhild for at hun hjalp meg å løfte språket!

Abstract

Gatekeeping has been a natural part of the general practitioners' (GPs') duties for many decades. Recently, the gatekeeper's function has been questioned, as ideals of shared decision-making and patient autonomy have been given increased attention. GPs describe gatekeeping duties as challenging, and have experienced an increasing conflict between the roles as the patient's advocate and society's inspector, and they have been criticized for not having paid sufficient attention to this duty.

In this thesis, I wish to contribute to new knowledge about the challenges, handling and consequences regarding the GPs' role as gatekeepers. With GPs' specific experiences as the point of departure, we have explored how they in their daily work try to balance the patients' individual wishes with society's regulations and priorities.

As the source of knowledge for the thesis I have used analysis and results from three studies with these issues: 1) Which considerations do GPs make when deciding whether to sick-list patients suffering from medically unexplained physical symptoms (MUPS)? 2) Which strategies do GPs apply when they negotiate with these patients concerning sick-listing, when they are supposed to take responsibility both for the individual patient and society? 3) What are GPs' experiences from consultations where they, for good medical reasons, deny a patient's request? What are the consequences of such encounters, and how is the patient–doctor-relationship affected?

We have applied qualitative methods, and data analysis has been carried out by systematic text condensation (STC). As theoretical framework to support analysis we have used political scientist Michael Lipsky's theories about how public service workers execute their jobs (Street-level bureaucracy), and physician and bioethicist Edmund Pellegrino's theories about patient and doctor autonomy. Data for studies I and II were drawn from focus group interviews with 48 GPs (31 men, 17 women). In study III we collected data from individual interviews with six experienced GPs, three men and three women.

In study I, the GPs described decisions regarding sick-listing of patients with MUPS as a challenging task, especially due to lack of objective sign of disease. Instead, they chose to trust the patients' own stories and put emphasis on this information in their considerations. They were also influenced by other factors, such as the patient's ability to evoke sympathy, the GPs' prior knowledge of the patient and their own experience as a patient. Some GPs wanted to avoid conflict and therefore tended to be pliable towards demands for sick-notes, but others expressed more willingness to refuse such demands.

In study II, the GPs expressed beliefs that prolonged sick-listing for patients with MUPS could be problematic, and described how they would apply a give-and-take strategy in their negotiations with their patients regarding sick leave. The first step would be to build an alliance by trying to understand the patient and comply with their request for sick leave, and later trying to motivate the patient for a return to work as soon as possible. In study III the GPs described their experience with denying patients' requests. This could concern a number of different issues, from investigation and treatment to sick leave and eligibility for a driver's license. Such denials often ended in unresolved conflicts or direct confrontations, and these incidents would often create strong negative emotions in the GPs, brooding and regrets. As a consequence, some patient–doctor-relationships would be damaged or ruined.

This thesis demonstrates how GPs struggle to balance different issues when exercising their gate-keeping duties. They try to pay attention both to the patient–doctor-relationship, their own emotions and work satisfaction, and a just distribution of health and welfare services. These factors are all legitimate goals, and a compromise between these often conflicting considerations must be recognized as the foundation for the gate-keeping assignment. The GPs' abilities to solve the gate-keeping should be strengthened, and this could be obtained by improved professional skills in clinical communication, a firmer rooted ethical identity and an unequivocal political confirmation to exercise the gate-keeping assignment.

Sammendrag

Opgaven som portvakt har vært en naturlig del av allmennlegens funksjon over mange tiår, men portvakten er kommet under press ved fremveksten av nye idealer om pasientsentrert kommunikasjon og pasientautonomi. Allmennleger beskriver portvaktoppdraget som krevende. De opplever en økende konflikt mellom å skulle være pasientens hjelper og samtidig opptre som samfunnets kontrollør, og har fått kritikk for at de ikke vier denne oppgaven tilstrekkelig oppmerksomhet.

Med denne avhandlingen ønsker jeg å bidra til ny kunnskap om utfordringer, håndtering og konsekvenser forbundet med allmennlegers funksjon som portvakt. Med utgangspunkt i allmennlegers konkrete erfaringer har vi undersøkt hvordan de i sitt daglige arbeid prøver å manøvrere mellom å ivareta pasienters individuelle ønsker og samfunnets regelverk og prioriteringer. Som kunnskapsgrunnlag for avhandlingen har jeg brukt analyser og resultater fra tre delstudier med følgende problemstillinger: 1) Hvilke vurderinger gjør allmennleger når de skal ta stilling til om pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) oppfyller vilkårene for sykmelding? 2) Hvilke strategier bruker allmennleger når de forhandler med sine pasienter om sykmelding ved MUPS, når de skal ivareta ansvaret både overfor den enkelte pasient og samfunnet? 3) Hvilke erfaringer har allmennleger fra konsultasjoner der de, ut fra faglig velbegrunnede vurderinger, sier nei til pasienters uttrykte ønsker? Hvilke konsekvenser opplever legene at slike hendelser får, og hvordan påvirkes lege-pasient-forholdet?

Vi har brukt kvalitativ forskningsmetode, og data er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC). Som teoretisk referanseramme for analysene har vi støttet oss til samfunnsforskeren Michael Lipskys perspektiver om offentlige tjenstepersoner som utøvere av myndighetenes politikk overfor enkeltindivider (street level bureaucracy), og legen og filosofen Edmund Pellegrinos ideer om pasienters og legers autonomi. Datagrunnlaget i delstudie I og II var fokusgruppeintervjuer med 48 allmennleger (31 menn, 17 kvinner). I delstudie III

hentet vi data fra individualintervjuer med seks erfarne allmennleger (tre menn og tre kvinner).

I delstudie I beskrev allmennlegene sykmeldingsvurderinger for pasienter med MUPS som en utfordrende oppgave, særlig fordi de savnet objektive tegn på sykdom. De valgte derfor å stole på pasientens fremstilling og vektlegge denne i sine vurderinger. De ble også påvirket av andre forhold, som pasientens evne til å vekke tillit, tidligere kjennskap til pasienten, og legens egen erfaring som pasient. Noen allmennleger ønsket å unngå konfrontasjoner og kunne derfor være ettergivende overfor krav om sykmelding, mens noen uttrykte større vilje til å avvise pasientens ønske. I delstudie II ga legene uttrykk for at de mente at langvarige sykmeldinger for pasienter med MUPS kunne være uheldig, og de beskrev hvordan de benyttet en gi-og-ta-strategi når de forhandlet med pasienten om sykmelding. Strategien gikk ut på å bygge en allianse med pasienten ved å vise forståelse og etterkomme ønsket om sykmelding, for i neste omgang å prøve å bringe pasienten tilbake i arbeid så raskt som mulig. I delstudie III beskrev allmennleger sine erfaringer med å avvise pasienters ønsker. Disse ønskene kunne dreie seg om alt fra utredning og behandling til sykmelding og førerkort. Avvisningene endte ofte i uavklarte konflikter eller direkte konfrontasjoner, noe som kunne skape sterke negative følelser hos legen og føre til grubling og selvbebreidelser. Slike hendelser kunne også medføre at lege-pasient-forholdet ble skadelidende eller ødelagt.

Avhandlingen viser hvordan allmennlegen strever med å veie flere ulike hensyn mot hverandre i utøvelsen av portvaktoppdraget. Allmennlegen prøver å ta hensyn til både lege-pasient-forholdet, egne følelser og jobbtilfredshet og en riktig fordeling av helse- og velferdsgoder. Alle faktorene er hver for seg legitime, og et kompromiss mellom disse ofte motstridende hensynene må anerkjennes som grunnlaget for portvaktfunksjonen. Allmennlegens forutsetninger for å løse portvaktoppdraget bør styrkes. Dette kan skje gjennom styrket faglig kompetanse i klinisk kommunikasjon, en tryggere fagetisk forankring og et tydelig overordnet politisk mandat til å utøve portvaktoppdraget.

Publikasjonsliste

Artikkel I

Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH.

Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints.

Scand J Prim Health Care. 2011;29(1): 7-12.

Artikkel II

Nilsen S, Malterud K, Werner EL, Maeland S, Magnussen LH.

GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints.

Scand J Prim Health Care. 2015;33(1): 40-6.

Artikkel III

Nilsen S, Malterud K.

What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway.

Scand J Prim Health Care 2017; 35(2): 201-7.

Innhold

FAGMILJØ	I
FORORD	III
ABSTRACT	V
SAMMENDRAG.....	VII
PUBLIKASJONSLISTE	IX
1. INTRODUKSJON	1
BAKGRUNN OG FORFORSTÅELSE.....	1
HVA ER EN PORTVAKT?	3
LEGEN SOM PORTVAKT	4
FRA PATERNALISME TIL PASIENTAUTONOMI.....	7
STÅR PORTVAKTFUNKSJONEN I MOTSETNING TIL PASIENTAUTONOMI?.....	8
HVA MENER LEGER OM PORTVAKTOPPGAVEN?.....	9
SYKMELDING SOM MODELL FOR PORTVAKTFUNKSJONEN	11
2. TEORETISKE PERSPEKTIVER	15
BAKKEBYRÅKRATI	15
PROFESJONELL AUTONOMI	17
3. MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER	21
4. METODE	23
DESIGN	23
REKRUTTERING, UTVALG OG MATERIALE	24
<i>Fokusgruppene</i>	<i>24</i>
<i>Individualintervjuene.....</i>	<i>26</i>
ANALYSE – SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING	27
<i>Trinn 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.....</i>	<i>29</i>
<i>Trinn 2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering</i>	<i>30</i>
<i>Trinn 3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold.....</i>	<i>31</i>
<i>Trinn 4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater</i>	<i>32</i>
5. RESULTATSAMMENDRAG	37
ARTIKKEL I.....	37
<i>Considerations made by general practitioner when dealing with sick-listing of patients.</i>	<i>37</i>
ARTIKKEL II	38
<i>GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints.....</i>	<i>38</i>
ARTIKKEL III	39
<i>What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study.....</i>	<i>39</i>
6. DISKUSJON	41
METODISKE OG ETISKE VURDERINGER.....	41
<i>Refleksivitet – betydningen av forskerens posisjoner og forforståelse.....</i>	<i>41</i>
<i>Intern validitet – hva vi kan si noe om, og hva vi ikke kan si noe om?.....</i>	<i>43</i>

<i>Ekstern validitet – i hvilke sammenhenger er våre funn gyldige?</i>	47
<i>Ethiske overveielser</i>	51
RESULTATDISKUSJON	53
<i>Hva betyr lege–pasient-forholdet for portvaktens beslutninger?</i>	54
<i>Hvilken rolle spiller legers følelser for portvaktens beslutningsprosesser?</i>	58
<i>Er allmennleger lojale mot portvaktoppdraget?</i>	62
7. KONKLUSJON	65
8. IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS	67
9. FREMTIDIG FORSKNING	69
10. LITTERATUR	71
VEDLEGG	
ARTIKKEL I	
ARTIKKEL II.....	
ARTIKKEL III	

1. INTRODUKSJON

Bakgrunn og forforståelse

Etter et langt liv i klinisk praksis har jeg erfart noen fundamentale og alltid like utfordrende dilemmaer i møte med pasienter. Et av disse er hvordan skal jeg kunne ta beslutninger og finne løsninger som forener det «å gjøre godt», altså gjøre det pasienten ønsker eller vil, med det «å gjøre rett», altså det som er i tråd med gjeldende kunnskap, lovverk og min egen overbevisning. Tanken om å hjelpe pasienten veier tungt, det ligger i yrkets natur og grunnidé. Det er også det mest behagelige. Jeg har alltid satt pris på takknemlige pasienter og et godt omdømme som lege. Tanken om å gjøre rett har også alltid vært en viktig rettesnor. Å blidgjøre pasienten ved bevisst å se bort fra den kunnskapen jeg har brukt et helt yrkesliv på å lære og forvalte, oppleves som et svik mot egen profesjonalitet. Dette dilemmaet, som de aller fleste leger i klinisk virksomhet møter flere ganger hver eneste arbeidsdag, er kjernen i spørsmålet om hva portvaktfunksjonen innebærer.

Selv har jeg opplevd portvaktens dilemma fra forskjellige faglige ståsteder. Som allmennlege siden 1984, og seinere fastlege, har jeg utallige erfaringer fra møter med pasienter der en slik vurdering har vært aktuell. Selv betrakter jeg meg som litt konfliktsky og synes det er ubehagelig å gå inn i alvorlige konfrontasjoner med mine pasienter. Det har likevel skjedd med jevne mellomrom, noen ganger med betydelig personlig kostnad, når pasienten har vært sterkt uenig i min avgjørelse, selv om denne var godt faglig eller formelt begrunnet. Noen av disse pasientmøtene kan jeg gjenkalle i detalj og fortsatt føle ubehaget av.

Jeg har også hatt en bistilling som rådgivende lege i trygdeetaten, seinere NAV, siden 1998. Dette arbeidet har lært meg hvor viktig det er at legen i sin funksjon som sakkyndig gjør saklige vurderinger. Erfaringen fra NAV har kanskje bidratt til at jeg har håndhevet denne delen av portvaktfunksjonen litt mer samvittighetsfullt enn enkelte av mine kollegaer, ved å ha vært noe mer tilbakeholden med sykmeldinger. I rollen som rådgivende lege har jeg også observert hvordan leger kan streve med å gi

objektive beskrivelser av pasientens situasjon, og hvordan noen legeerklæringer mangler en nøktern og nøytral fremstilling. Dette kan ha gitt meg en litt kritisk holdning til noen kollegaers ensidige rolleforståelse som pasientens advokat.

Jeg har også erfaring fra mange år som støttekollega. Legeforeningen har et landsdekkende nettverk av støttekolleger som leger kan kontakte hvis de kommer ut for problemer privat eller i yrkeslivet. I denne funksjonen snakker jeg jevnlig med leger i vanskelige livssituasjoner og har fått mange signaler om at portvaktfunksjonen er en av sidene ved yrket som leger finner krevende.

De ulike erfaringene har gitt grobunn for mange refleksjoner og bidratt til at jeg til tider selv har hatt et ambivalent forhold til legens portvaktfunksjon. I dag er mitt standpunkt at siden samfunnet ikke har ubegrensede ressurser til å yte helsehjelp og andre velferdsgoder, må noen ha ansvaret for å regulere tilgangen til fellesgodene. I tillegg har medisinenes økende kompleksitet og kommersialisering ført til at portvakten også kan bidra til å motvirke overdiagnostikk og overbehandling. Derfor er portvaktfunksjonen viktigere enn noensinne.

Dette prosjektet har strukket seg over mange år. Det har sitt utgangspunkt i mitt arbeid med og interesse for de utfordringene allmennleger møter i sykmeldingsarbeidet, særlig når det gjelder pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS), som var noe både jeg selv og mange av mine kollegaer strevde med. Etter som tiden gikk og jeg kom dypere inn i problemstillingene, ble perspektivet utvidet, og jeg ble mer opptatt av mer grunnleggende spørsmål knyttet til denne delen av allmennlegens arbeid, nemlig portvaktfunksjonen generelt.

Beslutningen om at dette arbeidet skulle bli til i en avhandling, har vokst frem over tid. Som en følge av dette har også problemstillingene gjennomgått en viss utvikling underveis. For eksempel har jeg formulert problemstillingen fra delstudie II litt annerledes i avhandlingen enn i artikkelen. På samme måte har det skjedd en utvikling i terminologien som angår MUPS-tilstander. Jeg redegjør nærmere for dette i kapittel 6. Selv oppfatter jeg denne utviklingen som et tegn på at det har skjedd en modning i årenes løp, både når det gjelder prosjektet og meg selv som forsker.

Min vurdering er at det er vanskelig å finne noen som er bedre egnet enn allmennlegene til å ivareta den krevende oppgaven som portvakt i den norske helsetjenesten. Denne holdningen vil sikkert være synlig i avhandlingen og er hovedmotivet for at jeg ga meg i kast med et slikt prosjekt.

Hva er en portvakt?

En portvakt er en som avgjør hvem som får lov til å passere gjennom en port. Legeforeningens nye rapport om emnet bruker ordet portner om denne funksjonen (1). Portvakt og portner er synonymer, og jeg har valgt å bruke portvakt fordi dette er mest brukt i medisinsk litteratur. En portner er ifølge Bokmålsordboka ikke bare en vokter av porten, men også en som tar imot opplysninger og er budbringer (2), og portner er derfor kanskje en like god betegnelse på legens funksjon. For å illustrere begrepet portvakt (engelsk: gatekeeper) har Oxford Dictionary som eksempel brukt allmennlegen som filtrerer befolkningens tilgang på sykehus tjenester (3). Mye av den internasjonale litteraturen om leger og portvaktfunksjonen er spesielt knyttet til kravet om henvisning fra allmennleger til spesialisthelsetjenesten (4-6).

I denne avhandlingen forstår jeg portvaktfunksjonen i en bredere kontekst enn henvisningspraksis, nemlig som en generell kontroll eller rasjonering av tilgang på ulike former for helsetjenester. Dette inkluderer utredning og behandling, men også lovregulerte velferdsgoder knyttet til helse og sykdom, som sykmelding og bidrag til nødvendige medisiner (blåreseptordningen). Videre omfatter portvaktfunksjonen andre forhold som krever helsemessig vurdering, som spørsmål om førerkort, egnethet til enkelte utdanninger, yrker og arbeidsoppgaver, eller dokumentasjon til forsikringsselskap (1). Det finnes også en rekke andre eksempler på portvaktoppgaver som sentrale og lokale myndigheter pålegger allmennlegen i forbindelse med stadig flere rasjonerings- og kontrollbehov. Eksempler på dette er dokumentasjon ved stønad til drosjetransport for funksjonshemmede (7), attest ved unntak fra påbud om bruk av bilbelte (8) og dokumentasjon av sykdom hos elever ved skolefravær (9). Det er denne vidtfavnende forståelsen av portvaktbegrepet jeg bruker når jeg skal utforske allmennlegers erfaringer på området.

Legen som portvakt

Krav om henvisning for å få tilgang til spesialist eller sykehusbehandling har røtter tilbake til 1800-tallets England (4). Henvisningsplikten fikk sin nåværende form i forbindelse med innføring av fastlegeordningen i England på 1950-tallet, og ble etter hvert utbredt også i andre land, blant annet i Norge og i Norden for øvrig (1). Mange land i den vestlige verden har en primærhelsetjeneste der allmennlegen gjennom sin portvaktfunksjon er pålagt å styre innbyggernes tilgang på helsetjenester og helserelaterte velferdsordninger (5, 10).

Siden det ikke finnes ubegrensede økonomiske eller samfunnsmessige ressurser, må tilgangen på fellesgodene underlegges en form for rasjonering eller kontroll, og myndighetenes behov for kostnadskontroll har vært en viktig begrunnelse for å innføre et slikt prinsipp (11). Andre har pekt på at portvaktfunksjonen også har andre viktige helseeffekter, blant annet ved å beskytte pasienter mot overdiagnostikk og overbehandling (12). Denne effekten av portvaktfunksjonen har de siste årene fått økt oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt (13, 14). Portvaktfunksjonen har stor innvirkning på forbruk av helsetjenester, behandlingseffekter, økonomi, pasienttilfredshet og rettferdig fordeling av helsetjenester (15). Flere rapporter understreker at i Norge er allmennlegen fortsatt innbyggernes inngang til samfunnets helse- og velferdsordninger (1, 16).

At portvaktfunksjonen er allment akseptert som en del av legens samfunnsoppdrag, illustreres også ved at den er inkludert som en av legens plikter i Den norske legeforenings etiske regler (17). I en del andre europeiske land oppmuntres allmennleger til å utøve portvaktfunksjonen gjennom økonomiske incentiver (6). I noen land har allmennlegen personlig budsjettansvar for kostnader som genereres av deres legevirksomhet (engelsk: fundholding), mens andre har aktivitetsbasert lønn (engelsk: fee-for-service). Slike ordninger kan redusere utgifter til spesialisthelsetjenesten (18). Norske allmennleger har ikke direkte økonomiske incentiver for å utøve portvaktfunksjonen.

For noen av vurderingene portvakten gjør, finnes det lover og forskrifter eller nasjonale retningslinjer. Eksempler på dette er Lov om folketrygd som regulerer blant annet sykmelding (19), og Forskrift om førerkort som angir helsekrav for å inneha førerkort (20). Områder som uomtvistelig er regulert av lover og forskrifter, gir lite rom for forhandlinger på legekantorene. Legen er i disse tilfellene samfunnets utnevnte ekspert og må ta en rekke avgjørelser hvor de statlige reguleringene kan komme i konflikt med pasientens ønske eller synspunkt og dermed utfordre prinsippet om samvalg (engelsk: shared decision-making) og medbestemmelse. Det er også kommet en rekke nasjonale faglige retningslinjer som gir råd om utredning og behandling av spesifikke sykdomsgrupper, og allmennleger oppfordres til å følge disse retningslinjene (21). Men i svært mange tilfeller er effektiv og rettferdig fordeling av fellesskapets ressurser kun basert på en forventning om at allmennlegene utøver sitt beste profesjonelle skjønn (22).

Portvaktfunksjonen i helsetjenesten har vært gjenstand for omfattende forskning og helsepolitiske vurderinger i Norge og andre land de siste årene. Tabell 1 (neste side) gir en oversikt over organisering og portvaktfunksjon for allmennleger i en del europeiske land. Grimsmo har i Legeforeningens rapport gjort en analyse av portvaktfunksjonens effekter i Norge, og konkluderer med at den har positiv innvirkning på en rekke forhold, blant annet reduksjon av kostnader, bedring av behandlingseffekter og utjevning av forskjeller i tilgang på helsetjenester (1). I en oversiktsartikkel konkluderer Garrido med at forbruk og utgifter til helsetjenester reduseres betydelig som følge av portvaktordninger, men at effekter i form av bedre helse og pasienttilfredshet har vært lite undersøkt og ikke gitt sikre svar (5). Andre peker på at visse strukturelle forhold må ligge til rette for at portvaktfunksjonen skal fungere på en tilfredsstillende måte. Blant de viktigste er kontinuitet i lege-pasientforholdet og høy tilgjengelighet av allmennlegetjenester (23, 24).

Tabell 1. Allmennlegen som portvakt i 2016

Land	Allmennlegetjeneste	Tilknytning («fastlege»)	Portvaktfunksjon
Australia	Privat	Ja	Nei
Belgia	Privat	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Frivilling, med økonomisk incentiv
Canada	Privat	Hovedsakelig nei	Ja, via økonomisk incentiv
Danmark	Privat	Ja	Frivilling, med økonomisk incentiv
England	Delvis privat	Ja	Ja
Finland	Privat	Ja	Ja
Frankrike	Privat	Nei, men 85% tilknyttes frivillig	Frivillig, med økonomisk incentiv
Italia	Privat	Ja	Ja
Island	Privat	Nei	Nei
Japan	Hovedsakelig privat	Nei	Nei
Nederland	Privat	Ja	Ja
New Zealand	Privat	Nei	Ja
Norge	Privat	Ja	Ja
Singapore	Hovedsakelig privat	Nei	Nei
Spania	Privat	Ja	Ja
Sveits	Privat	Redusert egenbetaling hvis fastlege	Nei, unntatt for noen forsikringsordninger
Sverige	Blandet	Ja, unntatt Stockholm	Nei
Tyskland	Privat	Nei	Nei, unntatt for noen forsikringsordninger
USA	Privat	Nei	Nei, unntatt for noen forsikringsordninger
Østerrike	Privat	Nei	Nei

(Fra (10, 25), bearbeidet for tabell av SN)

Portvaktfunksjonen er imidlertid også blitt kritisert fra flere hold. Pasienter har uttrykt misnøye med allmennlegens henvisningspraksis, særlig hvis legen får en økonomisk gevinst ved å begrense antall henvisninger, som i England (26). Kravet om at pasienter for eksempel ikke tillates å oppsøke spesialisthelsetjenesten direkte uten henvisning, kommer også i konflikt med dagens gjeldende normer om pasientautonomi og samvalg (15), og i Norge lempes det gradvis på kravene knyttet til henvisning, for eksempel til selvbestemt abort og fysioterapi. Selv om portvaktfunksjonen fortsatt anerkjennes som en av bærebjelkene i helsetjenestens

organisering, blir det sådd tvil om hvorvidt allmennlegen tar oppdraget tilstrekkelig på alvor (27).

I denne avhandlingen vil jeg, med utgangspunkt i allmennlegers konkrete erfaringer, beskrive hvilke utfordringer legene møter som portvakt, hvordan de håndterer denne utfordringen, og hvilke konsekvenser de opplever at portvaktoppdraget får for dem selv og for lege-pasient-forholdet. Kan myndighetene ta for gitt at allmennlegen faktisk bruker sitt beste skjønn i portvaktrollen, eller overstyres deres oppdrag av konkurrerende hensyn og interesser? Hva skal i så fall til for å styrke allmennlegens posisjon i denne utsatte rollen?

Fra paternalisme til pasientautonomi

Gjennom de siste 50 år har synet på lege-pasient-forholdet i den vestlige verden gjennomgått dyptgripende endringer som på mange måter har satt portvaktfunksjonen under press. Legers holdninger overfor sine pasienter har tradisjonelt vært preget av legens oppdrag som hjelper og beskytter, men også av formynderskap. Legen brukte sin ekspertise og kunnskap om pasienten til å avgjøre hvilken utredning og behandling som best gagnet pasienten, men tok også avgjørelser på hans eller hennes vegne (28).

På 1970-tallet ble det tatt et oppgjør med idealene om legen som allvitende ekspert som skulle overstyre pasienten, og pasientrettigheter ble viet gradvis større oppmerksomhet. Ideen om at pasienten skal bestemme over seg selv og sitt eget liv, vokste frem som et bærende prinsipp i medisinsk etikk, og pasientautonomi ble satt på dagsordenen (29). I medisinsk etikk forstår vi autonome avgjørelser som bevisste beslutninger tatt på bakgrunn av god forståelse og med frihet fra andres kontroll (30). I tråd med denne utviklingen ble pasientsentrert tilnærming i konsultasjonen en viktig rettesnor for klinisk arbeid (31, 32). En pasientsentrert kommunikasjonsstil har bedret pasientens tilfredshet og etterlevelse, og det har redusert antall klagesaker (33).

Delt beslutningsprosess, eller samvalg mellom pasient og lege, er et av de viktigste kjennetegn ved en slik tilnærming (34). Hensikten med samvalg er å utjevne det

asymmetriske maktforholdet mellom lege og pasient gjennom å øke pasienters kunnskap og styrke deres autonomi, og dermed tilstrebe at avgjørelsen reflekterer pasientens verdier og ønsker (35). Samtidig anerkjennes det faktum at pasienter, som alle andre mennesker, alltid vil stå i et avhengighetsforhold til andre. De kan derfor ikke ta slike beslutninger uten råd og veiledning, og trenger den støtten en god lege–pasient-relasjon gir. Entwistle kaller dette for relasjonell autonomi (36). I Norge har man kommet langt i arbeidet med å implementere prinsippene om samvalg i klinisk medisin, både i form av føringer nedfelt i offisielle retningslinjer og handlingsprogram, og som en del av legestudiet ved flere universiteter (37).

Samvalg krever at legen har respekt for pasientens autonomi, men også for pasienten som person. Gjennom å anerkjenne og ta hensyn til hvor sårbar pasienten kan være i en slik prosess, kan legen bidra til å fremme pasientens autonomi (38). Selv om det i dag er stor oppslutning om prinsippet om pasientautonomi og samvalg, diskuterer man fortsatt hvilke premisser og konsekvenser dette bør ha, og hvordan det bør komme til uttrykk i klinisk arbeid. I avhandlingen har dette spørsmålet stått sentralt i vurderingen av portvaktfunksjonen.

Står portvaktfunksjonen i motsetning til pasientautonomi?

Noen forskere påpeker at det fortsatt er en lang vei å gå før samvalg er gjennomført i medisinsk praksis (34). Andre hevder derimot at utviklingen har gått langt nok, og at legen i for stor grad er blitt en passiv «servitør» (39). Den amerikanske legen og filosofen Edmund Pellegrino har diskutert forholdet mellom pasientautonomi og legens profesjonelle autonomi og konkluderer med at pasientens ønske eller vilje ikke nødvendigvis skal overstyre legens vurdering i alle situasjoner (40) (se kapittel 2).

Agledahl peker på at pasientautonomi er nært knyttet til prinsippet om informert samtykke, som ble etablert i 1950-årene for å beskytte pasienter mot deltakelse i medisinske forsøk de ikke var tilstrekkelig informert om, og at valgfrihet seinere er blitt utvidet til å omfatte også ordinær medisinsk behandling (41). Hun hevder at

endringen er en kontroversiell tolkning av autonomibegrepet fordi det sjelden finnes situasjoner der pasienten har en reell valgmulighet mellom flere likestilte utrednings- eller behandlingsalternativer, og at idealet om pasientens valgfrihet tar oppmerksomheten bort fra viktigere aspekter ved pasientautonomi.

Selv om portvaktfunksjonen kan synes å stå i konflikt med legens tradisjonelle rolle som pasientens hjelper og advokat, har flere pekt på at et slikt skille er unaturlig. Willems hevder at motsetningen mellom rollene er en misforståelse, og at det er fullt mulig for legen å inkorporere portvaktperspektivet i sin praksis uten å komme i en etisk konflikt, ved at legen legger frem portvaktfunksjonens premisser og konsekvenser og diskuterer dem åpent med pasienten (42). I dette synet støtter Willems seg på den finske etikeren Morreim, som argumenterer for at både legen og pasienten har en generell borgerplikt til å ta ansvar for helsetjenestenes kostnader, da andre ellers vil måtte overta dette ansvaret, med dårligere resultat (43). Morreim hevder at åpenhet om slike temaer i konsultasjonen også kan begrense faren for at legen mister pasientens tillit.

Mitt utgangspunkt i denne avhandlingen er at allmenntillegens som fagfelt befinner seg i skjæringspunktet mellom medisin og samfunn, og at portvaktfunksjonen er en grunnleggende del av allmenntillegens samfunnsoppdrag. Selv om det diskuteres hvordan og på hvilke områder denne funksjonen skal utøves, kan ikke leger fritas for eller fraskrive seg dette ansvaret.

Hva mener leger om portvaktopp-gaven?

Det finnes allerede en del forskningsbasert kunnskap om hva leger mener om portvaktopp-gaven. Norske allmenntillegere er ikke samstemte i sin oppfatning av hvor deres lojalitet i ligger i dette spørsmålet. Noen tilkjenner gir at de først og fremst ser på seg selv som pasientens advokat, mens andre forsøker å innta en mer nøytral og profesjonell holdning (44, 45). Allmenntillegere har også ulike moralske og politiske synspunkter på for eksempel trygd som virkemiddel. Dette gjenspeiles blant annet i

hvordan legeerklæringene utformes (46), noe som igjen kan medføre at personer som søker trygdeytelser, blir gjenstand for forskjellsbehandling (47).

En systematisk gjennomgang av kvalitative studier av allmennlegers erfaring som sykmeldere viste at konflikt mellom lege og pasient var vanlig, og at mange leger stadig opplevde trusler fra pasientene i slike saker (48). Halvparten av legene beskrev denne oppgaven som problematisk, og mange påpekte rollekonflikten portvaktoppdraget satte dem i. Også andre forskere har også funnet at allmennleger opplever portvaktoppdraget som krevende.

Norske allmennleger har gitt uttrykk for at de synes det er ubehagelig å si nei til pasientens ønsker fordi det kommer i konflikt med andre hensyn, som pasientautonomi og konkurranse om pasientene (49). I en annen norsk studie fortalte allmennleger at de ble stresset av krav om ikke-medisinske ytelser, som ulike attester og erklæringer (50). Mange av dem lot pasienters ønsker veie tyngre enn egne faglige vurderinger og medga at de noen ganger bevisst pyntet på sannheten i legeerklæringer. I en studie av amerikanske allmennleger innrømmet nær halvparten at de bevisst overdrev alvorligheten av pasientenes tilstand, endret diagnoser og beskrev funn som ikke var reelle, for at pasientene skulle få bedre dekning av utgifter til helsehjelp (51). Wammes gjorde lignende funn i Nederland, der allmennlegene mente at pasienter generelt mottar for mye helsehjelp. Samtidig hadde de samme legene en praksis som indikerte at de ville tilfredsstille pasientenes ønsker på tvers av anerkjent medisinsk kunnskap og faglige retningslinjer, slik at de dermed selv bidro til overforbruk av helsetjenester (52). Dette tyder på at portvaktfunksjonen heller ikke blant nederlandske leger alltid fungerer etter hensikten.

En av intensjonene med innføring av fastlegeordningen i Norge i 2001 var å bedre kontinuiteten i lege-pasient-forholdet, og at portvaktfunksjonen ifølge myndighetenes antakelser dermed ville bli styrket (35). Tiltaket kan imidlertid på ulike måter ha hatt motsatt effekt. Etter reformen oppga mange allmennleger at de ikke lenger tok portvaktfunksjonen like alvorlig som før. Økt konkurranse om pasientene, økte forventninger og krav fra pasientene og opplevelse av større ansvar ble oppgitt som

forklaringer på denne holdningsendringen (53). Min egen vurdering er at portvaktfunksjonen neppe har fått større opplutning blant norske allmennleger de siste årene.

Studiene jeg har oppsummert ovenfor, har hovedsakelig undersøkt legers holdninger til portvaktfunksjonen. Vi vet fortsatt ikke nok om allmennlegers konkrete erfaringer med og håndtering av portvaktrollen i møtet med den enkelte pasient, hvordan utøvelsen av funksjonen påvirker legen, og hvilke konsekvenser dette kan få for lege-pasient-forholdet. Med avhandlingen ønsker jeg å bidra til å øke kunnskapen om disse forholdene. Da kan det bli lettere å styrke allmennlegens forutsetninger for å utøve portvaktfunksjonen, uten at relasjonen til pasienten og legens idealer som pasientens hjelper blir skadelidende.

Sykmelding som modell for portvaktfunksjonen

Delstudie I og II tar utgangspunkt i allmennlegers håndtering av vanskelige sykmeldingsvurderinger i møte med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (engelsk: medically unexplained physical symptoms – MUPS). Det er flere årsaker til at jeg har brukt sykmeldingsvurdering ved MUPS som et sentralt eksempel på portvaktfunksjonen, og jeg skal kort redegjøre for dette.

Sykefraværet i Norge er høyere enn i andre OECD-land (54), og myndighetene ønsker at sykefraværet skal reduseres. Både blant forskere og i den offentlige debatten er allmennlegene blitt kritisert for å innta en passiv og likegyldig holdning til sykmeldingsspørsmålet, og for at de i for liten grad bidrar til å få ned sykefraværet (55, 56). En utredning fra 2010 konkluderte med at det var stor variasjon i allmennlegers sykmeldingspraksis, og at dette vitnet om et stort potensial for å forbedre denne praksisen (57). Norske myndigheter har iverksatt en rekke tiltak gjennom veiledere (58) og tallfestede målsettinger (59) for å understreke legens portvaktfunksjon på området. Legene på sin side gir uttrykk for at de kan oppleve sykmeldingsarbeidet som krevende og frustrerende (60). Dette gjelder særlig når pasientene lider av tilstander det kan være vanskelig å diagnostisere (45, 61).

Både i Norge og andre vestlige land representerer MUPS en betydelig del av sykmeldingstilfellene, med diagnoser som fibromyalgi, korsryggsmerter, irritabel tarm og trøtthet (62). Slike tilstander karakteriseres av at pasienten har vedvarende fysiske symptomer som medfører funksjonstap, men uten påvisbar organisk årsak (63).

Terminologien for disse tilstandene er uensartet og i stadig forandring (64, 65). I tidlige faser av dette prosjektet har vi brukt betegnelsen subjektive helseplager (engelsk: subjective (and composite) health complaints – SHC), men i avhandlingen har jeg konsekvent valgt å bruke MUPS. Dette drøfter jeg nærmere i kapittel 6. Også MUPS-begrepet er omdiskutert, og tilstandene er fortsatt preget av uklarhet når det gjelder både terminologi og forståelse av årsaksforhold. Andre betegnelser, som psykosomatiske sykdommer, funksjonelle lidelser eller subjektive helseplager, brukes synonymt med MUPS, og bruken varierer innenfor ulike fagmiljøer og fra land til land (66). Symptomene overlapper til dels mellom de ulike tilstandene. Det tyder på at tilstandene har noen fellestrekk, og det er påvist stor variasjon når det gjelder diagnosesetting (67).

Allmennleger vil ofte vektlegge psykososiale forhold for å forstå disse plagene, mens pasientene opplever uttalte fysiske symptomer (68). Denne mangelen på felles forståelse og språk kompliserer kommunikasjonen mellom leger og MUPS-pasienter, og fører ikke sjelden til frustrasjon og maktesløshet for begge parter (69, 70). Siden objektive funn ved slike tilstander er sparsomme, og de fleste allmennleger har liten erfaring med å gjøre målrettede funksjonsvurderinger (71), må legen basere sin vurdering på det pasienten selv forteller. Det kan gjøre arbeidet med disse sykmeldingene spesielt krevende, ikke minst fordi det kan være vanskelig å danne seg et klart inntrykk av arbeidsevnen (72).

Min interesse for portvaktfunksjonen startet med de nevnte problemstillingene. Jeg betrakter oppgaven med å vurdere sykmelding for pasienter med MUPS som et typisk eksempel på en konkret og avgrenset situasjon der portvaktfunksjonen kan representere utfordringer for allmennlegen, selv om det ikke gjelder for alle slike

tilfeller. Den store offentlige oppmerksomheten rundt legers oppgave som portvakt på sykmeldingsfeltet bidrar til å spisse problemstillingen ytterligere. I tillegg har de fleste allmennleger nærmest daglig erfaring med denne oppgaven (60).

En slik situasjon kan derfor betraktes som en relevant modell på et portvaktoppdrag, med overføringsverdi til portvaktoppdraget generelt. Ved å studere modellen på nært hold vil jeg kunne få øye på nyanser og særtrekk som det ellers ville være vanskelig å se, og dermed bedre forstå hvordan portvaktfunksjonen utøves i praksis. Men selv om sykmelding og MUPS får spesiell omtale her, er det portvaktoppdraget i sin alminnelighet som er avhandlingens hovedtema.

2. TEORETISKE PERSPEKTIVER

En *teori* er et sett av velbegrunnede antakelser om et fenomen, som bidrar til å forklare og forutsi fenomenet, og en forenklet utgave av en slik teori kalles en *modell* (73). I kvalitativ forskning brukes teorier for å ramme inn forskningsspørsmålet, gi en retning for analysen av datamaterialet og bidra til å forklare underliggende årsaker til eller påvirkninger av de funn man har kommet frem til (74). Slike teorier kan gjerne være hentet fra andre felt enn medisin (73).

Høyer skriver at teorien får en funksjon som en slags boksåpner til datamaterialet, som kan bidra til et skarpere blikk på deler av materialet og kan få frem nye og spesielle sammenhenger (75). Dette øker muligheten for å komme frem til en mer spesifikk og original tolkning enn man ville få med en mer generell beskrivelse av hele datamaterialet. Under arbeidet med to av artiklene (delstudie II og III) som avhandlingen bygger på, har vi brukt to spesifikke teorier til å understøtte analysene. Jeg vil kort presentere disse her.

Bakkebyråkrati

Bakkebyråkrati (engelsk: street-level bureaucracy) er et begrep fra en samfunnspolitisk teori utviklet av den amerikanske samfunnsforskeren Michael Lipsky (1940–) (76). Han har beskrevet arbeidsmetoder og holdninger som kjennetegner offentlig ansatte fra mange ulike profesjoner, fra lærere og politifolk til sosialarbeidere, leger og andre helsearbeidere. Teorien viser hvordan disse yrkesgruppene, som betegnes som bakkebyråkrater, samhandler direkte med enkeltindivider i et samfunn (77).

Lipsky hevder at disse yrkesutøverne kan betraktes som en gruppe som utøver politisk makt på grasrota (engelsk: a policy-making community). Måten disse profesjonene arbeider på, har sterke fellestrekk. Som myndighetenes representanter på gateplan har de mandat og plikt til å iverksette myndighetenes politikk og regelverk på bestemte områder, og fungerer slik som bakkebyråkrater (76).

Men selv om virksomheten er regulert av lover og forskrifter, viser det seg at virkeligheten på gateplan er mye mer variert og kompleks enn politikerne kunne drømt om. Fagfolkene må kontinuerlig ta en lang rekke avgjørelser, små og store, om hvordan regelverket skal tolkes eller eventuelt omgås i enkeltsaker. Dette medfører at den enkelte bakkebyråkrat i slike saker har et stort handlingsrom med betydelig frihet til å ta egne, selvstendige beslutninger. De blir derfor noe langt mer enn implementeringsagenter for staten – de kan selv bli til politikere som utformer politikken (78). Sidetallene i dette avsnittet refererer til (76).

Portvaktfunksjonen kjennetegnes ifølge Lipsky av noen fellestrekk:

1. Etterspørsel etter ytelser fra klientene vil alltid overskride de ressursene som er til rådighet (s. 29).
2. Siden bakkebyråkraten har betydelig makt til å utøve personlig innflytelse på de avgjørelsene som blir tatt for den enkelte klient, kan denne posisjonen brukes til kreative strategier i et uoversiktlig landskap av komplekse tilfeller og uklare målsetninger (s. 13, s. 82).
3. Byråkraten vil ofte agere som advokat for enkelte klienter, eller prioritere ukompliserte saker der det er håp om god effekt av tiltaket (s. 72).

Lipsky gir også andre beskrivelser av bakkebyråkraten som er gjenkjennelige for allmennlegens arbeid, og som illustrerer noen av portvaktens dilemmaer (76): Byråkraten kan forskjellsbehandle ved å informere noen utvalgte klienter om hvordan systemet kan manipuleres (s. 64), han eller hun kan hjelpe pasienten med å finne smutthull i systemet, og opptre ofte som om ressursene er ubegrensede (s. 73). Klienten på sin side kan påvirke byråkraten ved å vise underdanighet, forståelse og takknemlighet, eller uttrykke sinne, noe som ifølge Lipsky bare vil gi gevinst på kort sikt (s. 57–58). Å ha kunnskap om hvordan man skal oppføre seg som klient for å få best mulig uttelling, kan være en stor fordel (s. 65). Lipsky peker også på at hjelperens profesjonalitet kan innebære at en opptre som advokat for sin klient og

setter klientens behov først. Det gir arbeidet mening og er ifølge Lipsky en viktig motivasjon for i det hele tatt å gå inn i slikt arbeid (s. 72).

Selv om teorien opprinnelig ikke ble utviklet først og fremst med tanke på leger, har flere påpekt at allmennlegen er et godt eksempel på en slik bakkebyråkrat når han eller hun skal opptre som portvakt og forvalte myndighetenes bestemmelser om hvem som fyller vilkårene for bestemte helse- eller velferdsytelser (44, 77). En studie av engelske allmennlegers implementering av retningslinjer for behandling av koronar hjertesykdom viste at behandlingen av den enkelte pasient var preget av stor variasjon og pragmatiske løsninger. Dette er i tråd med Lipskys påstand om at bakkebyråkraten ved å tilpasse offisielle direktiver sørger for at statens politikk endres og får en ny utforming i frontlinjen (79).

Profesjonell autonomi

Utøvelse av portvaktrollen utfordres også av andre overordnede ideologiske mål for kommunikasjon og lege–pasient-forhold. Den amerikanske legen og filosofen Edmund Pellegrino (1920–2013) drøfter dilemmaer knyttet til pasientens og legens autonomi. En autonom person er en som i sine tanker, ord og handlinger er i stand til å følge de normene han selv har valgt, uten ytre begrensning eller press fra andre (29). I medisinsk etikk forstår vi pasientautonomi som et forsvar mot legens paternalisme og mot dem som vil pådytte andre sine egne verdier eller holdninger (40) (s. 49). Sidetallene i dette avsnittet refererer til (40).

Pellegrino påpeker imidlertid at det å sidestille autonomi med total uavhengighet fra leger eller andre er en forvrengning av konseptet, siden total uavhengighet ikke er mulig i noen livssituasjoner, spesielt ikke når man er pasient (s. 51). Pasienten er avhengig av at legen, i kraft av legens grunnleggende holdning om velgjørighet (engelsk: beneficence), gir pasienten den beste informasjonen han eller hun kan tilby, og diskuterer dette med pasienten. Pellegrino understreker at intensjonen om velgjørighet, selve grunnsteinen i medisinsk etikk, alltid må være til stede for at pasienten skal være i stand til å utøve sin autonomi på en meningsfylt og klok måte

(s. 51). Derfor er det ikke nødvendigvis en motsetning mellom pasientens autonomi og legens rådgivning, selv om partene ikke er enige.

Pellegrino påpeker samtidig at den økte oppmerksomheten rundt pasientens autonomi de siste tiårene har ført til at legens autonomi er blitt neglisjert (40). Autonomi er en moralsk rett ikke bare for pasienten, men også for legen. Legens autonomi er relevant for legen som enkeltindivid, i utøvelsen av legerollen og for legen som medlem av en yrkesgruppe. Når det gjelder uenighet mellom lege og pasient i forbindelse med portvaktfunksjonen, er det først og fremst legens autonomi som yrkesutøver og medlem av en yrkesgruppe, altså profesjonell autonomi, som kan komme i konflikt med pasientens autonomi (s. 52). Mirvis hevder at den profesjonelle autonomien er tuftet på den medisinske ekspertisen legen besitter, og som både den enkelte pasient og samfunnet generelt har behov for (80). Legen har, akkurat som pasienten, moralsk rett til å foreta sine profesjonelle vurderinger og valg.

Pellegrino påpeker at hvis legen skal kunne utføre sitt samfunnsoppdrag som ekspert, må han eller hun kunne ta avgjørelser ut fra sitt profesjonelle ståsted (s. 51). Av dette følger at pasientens autonomi begrenses av legens rett til å avslå behandling eller utredning som han eller hun oppriktig mener er skadelig, ikke medisinsk indisert, eller moralsk forkastelig (s. 68).

Pellegrino finner likevel at legens profesjonelle autonomi også har sin begrensning (s. 53). Når det gjelder spørsmål om etiske eller sosiale verdier, har ikke legen nødvendigvis større autoritet eller innflytelse enn andre individer. Autonomibegrepet kan også ha andre begrensninger i klinisk praksis. Siden mennesker er forskjellige og har ulike behov, særlig i møte med sykdom, vil innholdet i autonomibegrepet også variere over tid. Når sykdom rammer, vil de fleste oppleve grader av hjelpeløshet og avhengighet. I noen tilfeller kan pasienten være så syk eller svekket at legens velgjørenhet må dominere midlertidig, før pasientens autonomi igjen kan gjenvinnes eller styrkes (s. 54).

Pellegrino peker også på en annen begrensning: Uansett hvor autonom pasienten ønsker å være, vil hun eller han alltid være sårbar for den informasjonen legen

formidler. Det kan være en flytende og ofte usynlig overgang mellom saklig informasjon og mild grad av overtalelse. De fleste leger erfarer at de som regel kan få pasienten til å si seg villig til å akseptere deres anbefaling. Selv den mest samvittighetsfulle lege må derfor vokte seg for ikke å manipulere pasienten, selv om det skjer i beste mening (s. 55).

3. MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER

Den overordnede målsettingen for denne avhandlingen er å bidra til ny kunnskap om utfordringer, håndtering av og konsekvenser knyttet til allmennlegers funksjon som portvakt. Med utgangspunkt i allmennlegers konkrete erfaringer vil jeg beskrive og drøfte dilemmaer som oppstår når allmennleger skal ivareta pasienters individuelle ønsker, samtidig som de skal ta hensyn til samfunnets regelverk og krav. Hvordan møter allmennlegene slike utfordringer, og hvilke konsekvenser opplever de at portvaktoppdraget får for dem selv og for lege–pasient-forholdet?

Som kunnskapsgrunnlag for å belyse avhandlingens målsetting har jeg brukt analyser og resultater fra tre delstudier med følgende problemstillinger:

- I. Hvilke vurderinger gjør allmennleger når de skal ta stilling til om pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) oppfyller vilkårene for sykmelding?
- II. Hvilke strategier bruker allmennleger når de forhandler med pasienter med MUPS om sykmelding når de skal ivareta ansvaret overfor både samfunnet og den enkelte pasient?
- III. Hvilke erfaringer har allmennleger fra konsultasjoner der de, ut fra faglig velbegrunnede vurderinger, sier nei til pasienters uttrykte ønsker? Hvilke konsekvenser opplever legene at slike hendelser får, og hvordan påvirkes lege–pasient-forholdet?

4. METODE

Design

Problemstillingene i delstudiene I og II har vært å undersøke hvilke vurderinger allmennleger gjør når de skal ta stilling til vilkår for sykmelding for pasienter med MUPS, og hvilke strategier de bruker når de forhandler med slike pasienter om sykmelding, for å finne en balanse mellom pasientens behov og samfunnets krav og begrensninger. Til dette formålet valgte vi å bruke fokusgruppeintervju, som er godt egnet til å utforske deltakernes felles erfaringer og holdninger (81, 82).

Denne intervjuformen har sitt opphav i forskning på salg og markedsføring, men brukes i dag mye innenfor medisinsk og helsefaglig forskning. I et fokusgruppeintervju samles det inn data fra en eller flere grupper av deltakere som har erfaringer med et felles tema, og interaksjonen mellom deltakerne blir en katalysator for å frembringe kunnskap. Samhandlingen mellom deltakerne i fokusgrupper er en metodisk forutsetning, ikke et tema for analyse. Deltakerne vil ofte støtte og oppmuntre hverandre, eller eventuelt motsi hverandre, slik at spontane ytringer eller fortellinger kan komme frem. En slik samhandling innad i gruppen vil dermed kunne få frem andre data enn individualintervjuer (83). Gruppen fungerer best hvis den består av deltakere med noenlunde felles erfaringsbakgrunn, slik at de lettere kan identifisere seg med hverandre (84). Som innledning til diskusjonen brukes i noen tilfeller en vignett som inspirasjon og hjelp for å komme i gang (85). Disse forutsetningene passet godt med vår studiesituasjon, som tok utgangspunkt i allmennleger med erfaring fra sykmeldingsarbeid. Bruk av fokusgrupper gjorde det også mulig å innhente informasjon fra mange deltakere i løpet av et begrenset tidsrom.

I delstudie III ville vi utforske allmennleegers erfaringer med å avvise pasientenes krav og ønsker. Her var det ønskelig å gi deltakerne tid og rom for å få frem konkrete, detaljerte og uavbrutte fortellinger, og vurderte vi at semistrukturerte

individualintervjuer var bedre egnet til dette formålet. Vi antok også at det kunne være problematisk for noen av deltakerne å diskutere vanskelige konsultasjoner i en større gruppe. Individualintervju kan oppleves som tryggere og mer beskyttende for deltakeren når han eller hun blir spurt om informasjon av sensitiv eller personlig art (86).

Rekruttering, utvalg og materiale

Fokusgruppene

Allmennlegene som deltok i fokusgruppeintervjuene i delprosjekt I og II, ble rekruttert i forbindelse med at de deltok på kurs i trygdemedisin i 2009, arrangert av Uni Research Helse. Kursene ble avholdt i Bergen, Oslo og Tromsø, og deltakerne ble rekruttert gjennom annonser for kurset via Den norske legeförening og i dagspressen. Kurset var åpent for alle leger og godkjent av Legeföreningen som emnekurs i trygdemedisin i videre- og etterutdanningen for spesialiteten i allmenmedisin. Hensikten med kurset var å sette søkelys på utfordringene knyttet til diagnostikk og sykmeldingsvurderinger for pasienter med MUPS, gjennom forelesninger og diskusjoner. Samtidig ønsket arrangørene å samle data til en studie om allmennlegers erfaring med håndtering av disse oppgavene.

Denne rekrutteringsmåten kalles piggy-backing og brukes når en ønsker å intervjuer en gruppe, gjerne profesjonelle, som likevel er samlet i en annen forbindelse, og som ellers antakelig ville hatt vanskelig for å finne en anledning til å delta (84). Vi benyttet denne metoden fordi vi hadde erfart at det kan være vanskelig å få tilstrekkelig oppslutning fra allmennleger til slike studier. Utvalget av deltakere i studien ble derved basert på allmennleger med interesse for tellende kurs i trygdemedisin, og kan betraktes som et tilgjengelighetsutvalg (87).

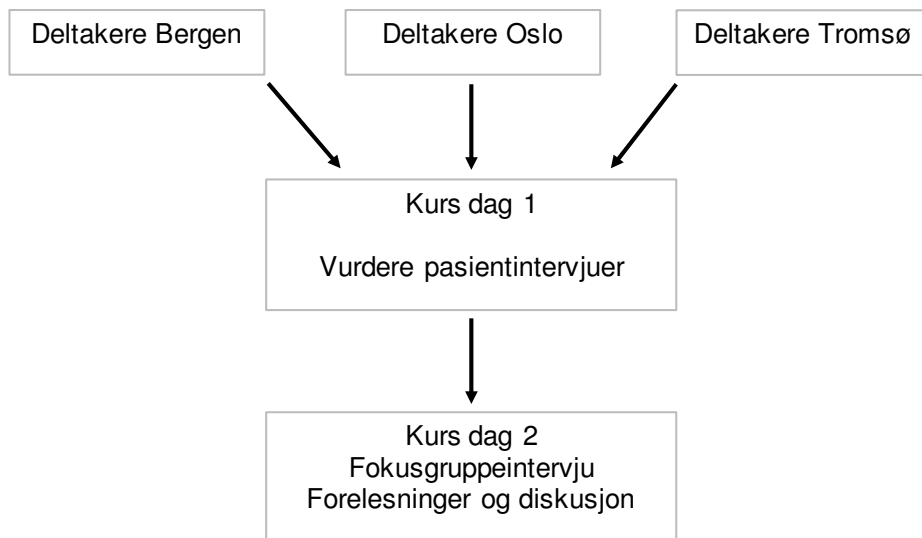
Til sammen 48 allmennleger deltok i fokusgruppeintervjuene, 17 kvinner og 31 menn, i alderen 32–65 år. Legene hadde 1–34 års praksiserfaring fra allmenmedisin, og de fleste arbeidet i byer eller i bynære områder. 15 av legene var opprinnelig fra

andre land enn Norge, og mange av disse arbeidet i legepraksiser hvor mange av pasientene kom fra samme hjemland eller region som dem selv. Det ble gjort i alt ni fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble gjennomført i grupper med fem eller seks deltakere, en gruppe hadde fire deltakere. Deltakerne kom fra et stort område i og omkring byene hvor kursene ble avholdt, og de færreste kjente hverandre fra før. Gruppene var homogene i den forstand at de besto av allmennleger fra samme region, som derfor hadde om lag de samme ytre betingelser for sitt arbeid. Den homogene sammensetningen ble ytterligere forsterket ved at deltakerne ble fordelt slik at to av gruppene besto av menn, mens en gruppe besto av kvinner. Intervjuene varte fra 70 til 90 minutter.

I forbindelse med studien fikk legene presentert ti korte videoklipp fra dramatiserte konsultasjoner (anonymiserte kasuistikker om pasienter med MUPS, gestaltet av skuespillere), og legene ble bedt om å angi diagnoser og samtidig vurdere behov for sykmelding i hvert tilfelle. Resultater fra denne studien er publisert tidligere (67). I tillegg ble legene invitert til å delta i et fokusgruppeintervju der formålet var å fremskaffe data om allmennlegers erfaringer med sykmeldingsvurderinger for pasienter med MUPS. Evaluering av kurset var ikke tema i fokusgruppene.

Kurset gikk over to dager og startet med at deltakerne vurderte pasientvideoene. De ble også bedt om å tenke gjennom lignende kasuistikker fra egen praksis, som forberedelse til fokusgruppeintervjuene neste dag. Ved innledningen til intervjuene fikk deltakerne også et gjensyn med et par korte klipp fra pasientvideoene som bakteppe og inspirasjon for diskusjonen. Forelesninger og generell diskusjon rundt temaer knyttet til sykmelding var også en del av kurset. Dette ble gjennomført i etterkant av intervjuene, slik at denne delen av programmet ikke skulle bidra til å farge deltakernes oppfatninger i intervjusituasjonen. Organiseringen av kurset er vist i figur 2 (neste side).

Figur 2: Flytdiagram fokusgrupper delstudie I og II



Tre av artikkelforfatterne (SN, LM og ELW) fungerte som moderatorer i de ulike gruppene, mens ytterlige en forsker var til stede sammen med moderator under intervjuene og gjorde feltnotater. Moderator hadde en aktiv rolle under intervjuet og styrte diskusjonen mot de aktuelle problemstillingene og forsøkte å bidra til at alle kom til orde. Intervjuene var inspirert av eksempler fra pasientvideoene, men moderator la vekt på å få frem konkrete erfaringer fra deltakernes egen praksis. I tillegg ble det brukt en intervjuguide med supplerende spørsmål for å utdype diskusjonen. Denne inneholdt et par innledende spørsmål knyttet til videosnuttene, i tillegg til spørsmål om spesifikke erfaringer fra konsultasjoner, og om arbeidsmetoder, strategier og holdninger knyttet til problemstillingene. Vi gjorde lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert, de fleste av SN.

Individualintervjuene

I delstudie III samlet vi inn data ved hjelp av semistrukturerte individualintervjuer (86) med et strategisk utvalg av seks allmennleger i alderen 40–64 år med 10–34 års

praksis. Vi la vekt på at deltakerne skulle være erfarne allmennleger og snakke flytende norsk, for på den måten å oppnå en fyldig og nyansert fremstilling. Utvalget besto av tre menn og tre kvinner, fem av dem norske, en av utenlandsk opprinnelse. Tre praktiserte i en by, de tre andre i distriktet. Alle intervjuene ble gjort av SN.

Allmennlegene ble spurt om konkrete episoder eller konsultasjoner fra egen praksis, der de hadde valgt å avslå pasientens ønsker eller krav. Jeg ba dem spesielt om å bruke eksempler der de anså at avslagene var faglig velbegrunnede og lite kontroversielle. Forut for intervjuet ble deltakerne bedt om å tenke gjennom slike hendelser fra egen praksis, slik at de til en viss grad var forberedt på intervjuets form og innhold. I starten av intervjuet ble deltakerne oppfordret til å fortelle fritt, og i tillegg brukte jeg en semistrukturert intervjuguide med relevante temaer og oppfølgingsspørsmål. Jeg tilstrebet likevel en fleksibel holdning under intervjuet, slik at samtalen også kunne følge deltakerens fortelling og informasjon. Intervjuguiden ble modifisert etter første analyserunde (se nedenfor) for å få frem utfyllende opplysninger på områder som ikke var blitt tilstrekkelig belyst innledningsvis. Hver av deltakerne presenterte mellom tre og fem eksempler.

Analyse – systematisk tekstkondensering

I alle tre delstudier brukes kvalitativ metode, der forskeren systematisk innhenter, organiserer og tolker tekster fra intervjuer, observasjoner, skriftlige fremstillinger fra deltakere eller tekst fra publiserte primærstudier i metaanalyser (88). Dataene for vår analyse består av tekster fra intervjuer med allmennleger. Som analysemetode i alle delstudier har vi benyttet systematisk tekstkondensering (engelsk: systematic text condensation – STC) (89). Jeg vil her beskrive metoden nærmere og redegjøre for hvorfor jeg valgte denne fremgangsmåten.

STC er en metode for tematisk tverrgående analyse, der målet er å analysere mening eller data på tvers av deltakere eller observasjoner. Det finnes flere andre beslektede tverrgående analysemetoder, blant annet Qualitative Content Analysis (90), Grounded Theory (91) og Thematic Analysis (92). Metodene har mange fellestrekk, men også

noen spesifikke forskjeller. I likhet med mange andre kvalitative analysemetoder innebærer STC spesifikke analysetrinn. Spesielt for STC er at organiseringen av data innledningsvis tar utgangspunkt i et begrenset antall temaer. Metoden inneholder også en prosedyre for kondensering som de andre metodene mangler. Den har en pragmatisk utforming med hovedvekt på forståelig språk, praktisk bruk og nytteverdi.

I STC er trinnene benevnt som helhetsinntrykk, koding, kondensering og syntese (89). Hvert enkelt analysetrinn er detaljert beskrevet og belyst med konkrete eksempler. Dette gjør metoden enklere å bruke enn en del andre kvalitative analyseverktøy som er tyngre teoretisk forankret, men mindre intuitivt forståelige. Det medfører også at STC er en transparent metode, der leseren tydelig skal kunne følge analyseprosessen og forstå hvordan resultatene er fremkommet.

Selv om metoden vektlegger en induktiv holdning til empiriske data bør analysen likevel understøttes av et teoretisk perspektiv (73). Et slikt perspektiv kan bidra til å gi forskeren en pekepinn om hvilke deler av materialet som bør vektlegges, slik at analysen konsentrerer seg om bestemte aspekter ved materialet i stedet for å gi en bred presentasjon av alt som ble sagt. Teorien hentes ofte fra felt utenfor medisin, for eksempel samfunnsfag. Delstudie I har ikke fått noen teoretisk tilknytning, fordi jeg på det tidspunktet ikke hadde tilstrekkelig innsikt i verdien av dette grepet. I delstudie II brukte vi Lipskys samfunnsvitenskapelige teori om bakkebyråkrater for å konsentrere analysen om aspekter knyttet til portvokterfunksjonen (76), mens vi i delstudie III brukte Pellegrinos teori om legers autonomi for å konsentrere analysen rundt legens posisjon ved faglige begrunnede avslag av pasientenes ønsker (40) (se kapittel 2).

Vi brukte STC som analysemetode i alle delprosjektene, med økende grad av presisjon etter hvert som jeg ble mer fortrolig med prosessen. I delprosjekt III, som var basert på individualintervjuer, brukte vi trinnvis analyse, slik metoden anbefaler for denne intervjuformen (88): Etter datainnsamling fra de første deltakerne gjorde vi en foreløpig analyse av de to første trinnene av STC. En slik fremgangsmåte gir mulighet til å bedømme om dataene svarer på forskningsspørsmålene, slik at

intervjuprosessen kan justeres i neste omgang. Prosedyren bidrar også til at omfanget av datainnsamlingen kan begrenses. Materialet blir mer håndterlig, noe som gjør analysen enklere og mer oversiktlig.

Under arbeidet med delprosjekt III førte jeg en detaljert prosjektlogg som dokumenterer hvordan analyseprosessen skred frem. Jeg vil bruke materiale fra denne loggen som et eksempel på hvordan STC ble brukt i arbeidet. Analysen ble gjort av SN og KM i fellesskap.

Trinn 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

Første skritt var å skaffe seg et helhetsinntrykk av materialet. Det foregikk ved at vi (SN og KM) hver for oss gjorde en full gjennomlesning av transkripsjonene, som etter første intervjurunde hadde et oversiktlig omfang på cirka 40 sider. Målet var å få en bred oversikt over stoffet og samtidig være på utkikk etter foreløpige temaer knyttet til legenes erfaringer med å si nei til pasientenes ønsker ut fra gode faglige begrunnelser. Temaene på dette stadiet var foreløpige og intuitive og et første skritt i organiseringen av materialet. I denne fasen ønsket vi å legge egen forforståelse til side og betrakte teksten med et åpent sinn. Ved at vi gjennomførte denne prosessen hver for oss, fikk vi frem ulike syn på innholdet, og dette muliggjorde en kritisk refleksjon om hvilke temaer som var sentrale.

Tabell 1 (neste side) viser hvilke foreløpige temaer vi identifiserte og hvordan disse ble videreutviklet med sikte på kodegrupper i neste analysetrinn.

Tabell 1. Foreløpige temaer

SN	Felles	KM
<ul style="list-style-type: none"> • Forstår legen pasienten / empati • Type følelser • Erttertanker • Legens handlinger rett etterpå • Kompensatoriske handlinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientens uttrykte reaksjon • Betydningen av å kjenne pasienten (Tid? Kvalitet?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Måten pasientens ønske presenteres på • Måten legen avviser på

Trinn 2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

Ved å sammenholde de foreløpige temaene og diskutere og reflektere over hvordan de kunne belyse problemstillingene, ble vi enige om å omformulere temaene slik at de ga større mening og en mer relevant beskrivelse av materialet. Slike reviderte temaer benevnes som kodegrupper, som ble grunnlaget for trinn 2 i analysen.

Kodegruppene så ut som følger:

- betydningen av å kjenne pasienten
- konfrontasjonen (måten ønsket ble fremsatt på, måten avslaget ble presentert på, pasientens uttrykte reaksjon på legens nei, kompensatoriske handlinger for å redusere ubehaget)
- umiddelbar opplevelse av ubehaget
- ettertanker og konsekvenser (inkludert lege–pasient-forholdet etterpå)

Deretter ble teksten nøye gjennomlest på ny, denne gangen for å identifisere de delene av teksten som omtalte de temaene vi ønsket å studere. Tekstbitene, som i denne metoden omtales som meningsbærende enheter (89), ble deretter sortert i

samsvar med de kodegruppene vi hadde kommet frem til i trinn 1. Tekst som viste seg ikke å inneholde relevant informasjon, ble nå lagt til side. Underveis i denne sorteringsprosessen fortsatte vi å gjøre justeringer av kodegruppen.

De justerte kodegruppene ble sende ut som følger:

- nei til hva – pasientens ønske
- hvordan – konfrontasjonen på kontoret
- etterpå – ettertanker og konsekvenser

Trinn 3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

På dette stadiet ble tekstbitene under hver kodegruppe sortert i subgrupper med beslektet meningsinnhold, slik at ulike fasetter av kodegruppens innhold ble synliggjort. For eksempel ble tekstbitene i kodegruppe «etterpå – ettertanker og konsekvenser» sortert i subgrupper med arbeidstitlene «ubehag», «selvevaluering» og «relasjon».

Deretter ble innholdet fra hver subgruppe trukket sammen til et kondensat, en tekst hvor de meningsbærende enhetene ble gitt én stemme som gjenga teksten i første person. Ordlyden i sitatene ble til en viss grad omskrevet, fortolket og redigert slik at teksten fremsto som et langt, sammenhengende kunstig sitat.

Eksempel på kondensat fra subgruppen «ubehag» i kodegruppen «etterpå»:

Det satt veldig i meg, for jeg ble påståelig og det gikk veldig prestisje i det for meg. Det var en av de erfaringene som gjorde meg mer ydmyk og mer forsiktig. Jeg tenkte: Jeg var jo en veldig hyggelig doktor for dem, så nå blir jeg den drittsekken, som gjør dem flaue for at de spurte. En annen gang tenkte jeg: Jeg gjorde alt rett, men det virket ikke, det ble en slags vekker i forhold til det med tverrkulturell kommunikasjon. Men jeg mente også at dette er en del av min jobb, her har jeg gjort en god legejobb. Men jeg har også tenkt at jeg kan gjøre det mer skånsomt, trenger ikke nødvendigvis ta (konfrontasjonen)

første gangen. For det er jo mitt ansvar, mer enn (pasientens). Jeg hadde egentlig god samvittighet, men når pasienten reagerer sånn så lurer man jo likevel på om man kunne håndtert det på en annen måte. Jeg må innrømme at det har påvirket meg i den retning at jeg ikke orker å krangle så mye med disse pasientene, jeg gir meg lettere. En annen gang ble jeg litt bekymret for at jeg likevel var blitt farget av at jeg ble irritert på pasienten, ser jeg ikke at du er alvorlig syk? Og jeg ble sittende med uroen: Hvis nå tingenes ivoende faenskap er sånn at hun nå får en ovarialcancer, og så har jeg nektet henne henvisning til ultralyd!

Vi identifiserte deretter et sitat blant de meningsbærende enhetene som illustrerte temaet i kodegruppen på en talende måte (gullsitat).

«Jeg gikk lenge og tenkte på denne hendelsen. Jeg hadde vært altfor sta og firkantet, og denne erfaringen lærte meg å bli mer forsiktig og forståelsesfull.»

Trinn 4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I fjerde og siste trinn var målet å omgjøre kondensatene til en analytisk tekst. Denne teksten var en sammenfatning og syntese av hovedpoengene fra hver av kodegruppene, skrevet i tredje person, og med utgangspunkt i kondensatene. Teksten belyste deler av forskningsspørsmålet og til sammen utgjorde disse sammenfatningene resultatkapitlet. Analysen for delstudie III ble understøttet av Pellegrinos teoretiske perspektiver om profesjonell autonomi (40). Teorien hjalp oss å rette oppmerksomheten mot visse aspekter av materialet, spesielt beskrivelsen av konflikten mellom pasientens ønske og legens faglig begrunnede avslag, og understøttet fortolkningen av funnene (88). Resultatene ble på denne måten satt inn i et større rammeverk og fremsto ikke bare som en passiv gjengivelse av et trivielt hendelsesforløp. For hver resultatkategori utarbeidet vi en overskrift som skulle gi en ytterligere konsentrert fremstilling av de viktigste fortolkningene av materialet, et slags mikrokondensat av innholdet i avsnittet.

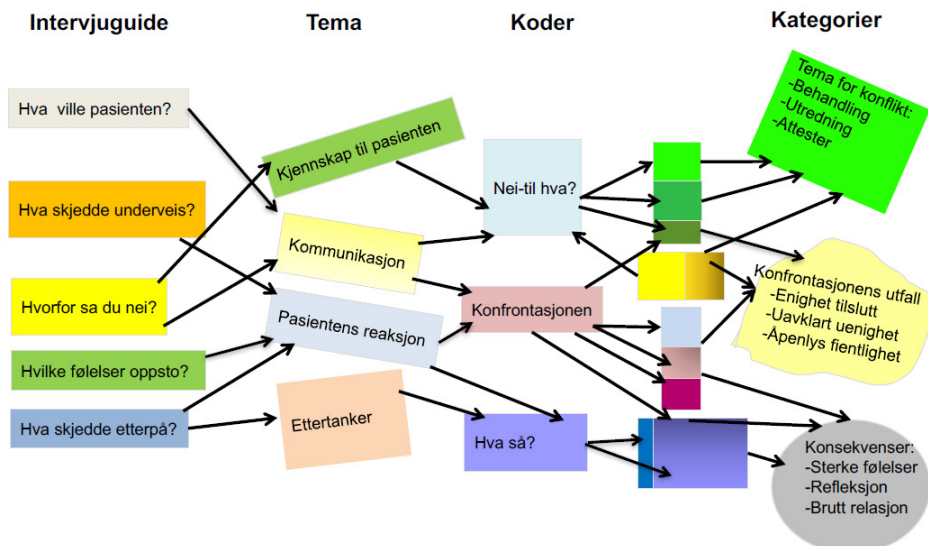
I vårt eksempel fikk syntesen fra kondensatet fra trinn 3 følgende utforming:

(Teksten er gjengitt på engelsk, slik at den lettere kan identifiseres i den originale artikkelen.)

The participants talked extensively about the aftermath of the consultations. They all described vividly the emotional impact these confrontations had elicited in them. Some put a name on their strongly felt physical discomfort, such as stomach pain, others recalled feelings of strong irritation or feeling totally exhausted and worn out, one used the expression «feeling like an empty battery». A few recalled how they had become frightened or scared, not only for their own safety, but also for their families – one of them to the extent that he installed an alarm in his home for protection. He admitted that such feelings were something he would not be able to handle in large quantity. A couple of doctors also mentioned how they, after having refused a requested investigation, started to worry that their patient might have a serious condition after all.

Vi gjennomførte altså trinnvis analyse med en foreløpig analyse av trinn 1 og 2 etter at de første tre intervjuene var transkribert. Vi vurderte om data fra disse intervjuene ga gode svar på forskningsspørsmålene og justerte deretter intervjuguiden for å styrke validiteten til datagrunnlaget. Etter en ny runde med intervjuer og transkribering gjentok vi trinn 1 med det nye materialet, på leting etter nye temaer som vi ikke hadde lagt merke til i første analyserunde. Et eksempel på nytt tema fra andre runde var beskrivelser av konflikter som førte til at lege–pasient-forholdet ble skadelidende, men uten at pasienten skiftet lege. I trinn 2 søkte vi etter meningsbærende enheter i det nye materialet og la disse sammen med materialet i de allerede etablerte subgruppene. Deretter ble analysen fullført for det samlede materialet. Figur 3 (neste side) illustrerer analysetrinnene i STC som en induktiv og iterativ prosess der analysen går frem og tilbake, i motsetning til en lineær prosess som kan fremstilles i en tabell.

Figur 3. STC – analysetrinn



Etikk

Delstudie I og II ble vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest, (REK vest) (08/12758) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) (09/20381). Informantene ga sitt samtykke til å delta etter at vi hadde informert om studiens design og hensikt og forsikret dem om anonymitet. Før fokusgruppeintervjuene startet, instruerte vi deltakerne i å utelate opplysninger som kunne identifisere pasienter som ble omtalt. Vi utformet også artiklene med tanke på at deltakerne ikke skulle kunne identifiseres.

Vi forela også delstudie III for REK vest, som fant at den lå utenfor komiteens ansvarsområde (ref 2016/123). Studien ble vurdert og godkjent av NSD (prosjektnummer 47007). Deltakerne i delstudie III fikk også informasjon om studien før de ga skriftlig samtykke til å delta. Vi oppfordret dem til å utelate opplysninger

som kunne identifisere pasienter som ble omtalt i intervjuet. Dette ble også ivarettatt i utformingen av artikkelen, hvor vi i tillegg anonymiserte deltakerne og ga dem pseudonymer.

5. RESULTATSAMMENDRAG

Artikkel I

Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH.

Considerations made by general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints.

Scand J Prim Health Care. 2011;29(1): 7-12.

Å vurdere grunnlag for sykmelding er en vanlig arbeidsoppgave for allmennlegen og kan noen ganger være en vanskelig beslutning. I delstudie I ønsket vi å undersøke hvilke vurderinger allmennleger gjør når de skal ta stilling til hvorvidt en pasient med uklare sykdomstilstander uten sikre sykdomstegn oppfyller vilkårene for sykmelding.

Analyse av data fra fokusgruppeintervjuer viste at legene opplevde det som utfordrende å ta stilling til slike sykmeldinger, spesielt fordi de savnet objektive tegn på sykdom. Grunnleggende tillit til pasienten og dennes egen vurdering ble derfor avgjørende når beslutningen om sykmelding skulle tas. Allmennlegene identifiserte også flere andre faktorer som de mente påvirket dem ved slike avgjørelser, blant annet pasientens evne til å presentere historien sin på en tillitvekkende måte, et langvarig lege-pasient-forhold, samt legens egen erfaring som pasient. Pasienter som ble oppfattet som krevende og usympatiske, kunne ifølge legene risikere en strengere vurdering. Noen allmennleger vedgikk at de bevisst prøvde å unngå direkte konfrontasjoner, og derfor kunne være ettergivende overfor krav om sykmelding, særlig hvis de var i tidsnød. Andre fortalte at de hadde dager der de kunne føle seg sterke og opplagte og være mer villige til å ta en konflikt. Ingen av deltakerne nevnte at de la funksjons- eller arbeidsevne til grunn for vurderingen. De syntes å legge større vekt på å opprettholde relasjonen til pasienten, og på hensynet til egne følelser. Hovedinntrykket fra analysen var at sykmeldingsprosessen ofte var pasientdrevet, og at utfallet kunne variere med personlige holdninger og egenskaper hos den enkelte lege.

Artikkel II

Nilsen S, Malterud K, Werner EL, Maeland S, Magnussen LH.

GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints.

Scand J Prim Health Care. 2015;33(1): 40-6.

Beslutninger om sykmelding ved uklare sykdomstilstander uten sikre sykdomstegn hviler ofte på en diskusjon mellom lege og pasient, og delstudie I viste at pasientens egen fremstilling tillegges stor vekt. I delstudie II ville vi undersøke hvilke strategier allmennleger bruker når de forhandler med sine pasienter om sykmelding ved MUPS, for å ivareta ansvaret både overfor samfunnet og den enkelte pasient.

Data ble hentet fra de samme fokusgruppeintervjuene som dannet grunnlaget for delstudie I. Analysen viste at legene anså at langvarige sykmeldinger ved slike tilstander ofte kunne være uheldig, og de identifiserte noen spesifikke strategier som de benyttet for å begrense sykefraværet. Deltakerne vektla betydningen av å skape en allianse med pasienten innledningsvis ved å etterkomme ønsket om sykmelding ved første møte. Samtidig prøvde de å sette seg godt inn i situasjonen ved å forsøke å avdekke eventuelle underliggende motiver for å be om sykmelding, og prøve å forstå situasjonen ut fra pasientens synsvinkel. Neste skritt kunne være en snarlig oppfølgingskontroll, der legen prøvde å motivere pasienten til å gjenoppta arbeidet så snart det lot seg gjøre, i hvert fall i gradert stilling. Deltakerne oppga at de brukte ulike virkemidler overfor pasientene i denne prosessen, som å fremheve de positive effektene av å holde seg i arbeid, advare mot de potensielt uheldige sidene ved langvarig sykefravær, og argumenter av juridisk (gjeldende regler eller legens egen forpliktelse til å følge loven) eller moralsk karakter (å bidra til fellesskapet). Legene oppga også at de involverte arbeidsgiver eller NAV i prosessen for å fremskynde pasientens retur til arbeidet.

Analysen ga holdepunkter for at allmennleger har en bevisst holdning til og konkrete strategier for å motvirke langvarig sykefravær hos pasienter med MUPS.

Artikkel III

Nilsen S, Malterud K.

What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway.

Scand J Prim Health Care 2017; 35(2): 201-7.

Portvaktfunksjonen innebærer at legen ikke alltid kan innfri pasientens forventninger. I delstudie III ønsket vi å undersøke hvilke erfaringer allmennleger har fra konsultasjoner der de, ut fra faglig velbegrunnede vurderinger, sier nei til pasienters uttrykte ønsker (ikke begrenset til sykmelding). Hvilke konsekvenser opplever legene at slike hendelser får, og hvordan påvirkes lege-pasient-forholdet? I denne studien har vi brukt data fra semistrukturerte individualintervjuer med allmennleger, der deltakerne ble bedt om å fortelle om konkrete episoder fra sin praksis der de med god faglig begrunnelse hadde valgt å avslå pasientens ønsker.

Analysen viste at pasientens ønsker eller krav i disse tilfellene kunne omfatte blant annet kliniske spørsmål vedrørende utredning og behandling, attestskrivning i forbindelse med sykmelding, førerkortattest, og temaer av mer administrativ karakter. I noen tilfeller ble uenigheten avklart underveis i konsultasjonen, og det ble oppnådd felles forståelse, om enn motstrebende. Vanligere var det likevel at konsultasjonen endte i en uavklart konflikt, med sinne og irritasjon fra pasientens side. Enkelte ganger kunne pasienten bli åpenlyst fiendtlig eller til og med ty til vold. Legene beskrev hvordan de etter slike hendelser kunne oppleve sterke og ubehagelig følelser, at de grublet over hendelsen og hva de kunne gjort annerledes. I noen tilfeller bebreidet de seg selv for å ha taklet situasjonen på en uheldig måte, og noen følte behov for å diskutere hendelsen med en medarbeider eller kollega. I noen tilfeller opplevde legene at lege-pasient-forholdet ble skadelidende eller opphørte.

Analysen antydte at allmennleger er ubekvemme og uforberedt i slike situasjoner og har manglende trening i å håndtere dem.

6. DISKUSJON

Metodiske og etiske vurderinger

I dette avsnittet vil jeg gjøre en vurdering av metodene vi har brukt, redegjøre for styrker og svakheter og diskutere hvordan forforståelse, forskningsdesign, valg av metode og andre forhold har påvirket resultatene og konklusjonene vi har kommet frem til. I tillegg vil jeg gjøre en kritisk refleksjon av forskningsprosessen for å vurdere hvordan min egen posisjon kan ha påvirket beslutninger og tolkninger.

Refleksivitet – betydningen av forskerens posisjoner og forforståelse

Forskerens bakgrunn, erfaring og forståelse av egen forskning vil farge alle ledd av forskningsprosessen og sette spor i resultatene (93). Forskeren må være seg bevisst slike forhold og redegjøre for dem (88). Et slikt perspektiv benevnes som refleksivitet, og dette må aktivt oppsøkes og vedlikeholdes (94). Haraway har avvist ideen om at forskerens nøytrale blikk og direkte observasjon representerer en objektiv sannhet når hun som et alternativ introduserer begrepet «situerte kunnskaper» (95). I tråd med dette er det viktig at forskeren klargjør sitt ståsted og forutsetninger for tolkningen av de innsamlede data.

I det følgende vil jeg løfte frem noen av erfaringene og holdningene jeg hadde med meg inn i dette arbeidet, og drøfte hvordan de kan ha preget resultatet. Jeg skal ikke prøve å fastslå at funnene er sanne, men vise at jeg har vurdert rekkevidden av deres gyldighet, gitt kunnskapens situering (88, 95). Både under fokusgruppeintervjuene og individualintervjuene beskrev deltagerne mange situasjoner fra konsultasjoner som minnet om situasjoner jeg selv hadde vært borti som allmennlege, og deltakerne var klar over at vi hadde en slik felles erfaringsbakgrunn. Dette kan ha hatt en positiv effekt i form av økt fortrolighet og åpenhet i samtalene, slik at jeg fikk tilgang til ærlige og frimodige beskrivelser av vanskelige konsultasjoner. På den andre siden kan den felles erfaringsbakgrunnen ha bidratt til at jeg ubevisst oppmuntret til eller

anerkjente utsagn og fortellinger som stemte overens med mine egne erfaringer. Jeg kan også tidvis ha hatt for liten distanse til temaet og tatt for gitt hva deltakerne la i utsagnene og beskrivelsene og unnlatt å stille dem tilstrekkelig detaljerte oppfølgingsspørsmål.

Som rådgivende lege i NAV har jeg en del erfaring med individuell veiledning av fastleger vedrørende konkrete langvarige sykmeldingstilfeller. Denne erfaringen var ikke helt ulik rollen som moderator og intervjuer under datainnsamlingen, bortsett fra at jeg som NAV-lege hadde et mer kritisk blikk på legens virksomhet. Under datainnsamlingen prøvde jeg å frigjøre meg fra rollen som rådgivende lege ved stadig å minne meg selv på faren for å blande de to rollene. Under analysene har jeg sannsynligvis likevel vært spesielt oppmerksom på utsagn som støttet min egen forforståelse. Det faktum at min yrkeserfaring er sammensatt og at jeg har gjort observasjoner fra forskjellige ståsteder, kan ha bidratt til en mer nyansert oppfatning av deltakernes utsagn enn jeg ville hatt med en mer ensidig erfaringsbakgrunn.

For å motvirke at min egen erfaring skulle dominere resultatene for mye, forsøkte jeg bevisst å innta et refleksivt perspektiv på egne holdninger til og erfaringer med forskningsspørsmålet før intervjuene og analysen. Under arbeidet med delstudie III tok vi i bruk noen konkrete virkemidler for å øke bevisstheten om forforståelsens effekter, ved å gjennomføre analysene i fellesskap, samt å gjøre trinnvis analyse (88). Analysen avdekket at vi hadde divergerende oppfatninger. Vi kodet deler av materialet ulikt, noe som ga oss anledning til å diskutere oss frem til en felles forståelse og tolkning. Trinnvis analyse tillot oss å gjøre mindre endringer i intervjuguiden underveis i datainnsamlingen. På den måten fikk vi frem ytterligere detaljer ved selve konfrontasjonen og i beskrivelsen av lege-pasient-forholdet før og etter at konflikten oppsto. Jeg fant at min allmennlegebakgrunn i de første individualintervjuene i delstudie III hadde medført at jeg noen ganger tok for gitt hva deltakerne la i enkelte av sine utsagn, uten å stille dem detaljerte spørsmål, og kan dermed ha mistet en del nyanser i beskrivelsene. Dette prøvde jeg å ta hensyn til i de etterfølgende intervjuene. I delstudie I og II ble dette ikke gjennomført på samme

måte fordi jeg hadde mindre erfaring og manglet kunnskap om nytteverdien av trinnvis analyse og viktigheten av refleksivitet i analyseprosessen.

Forforståelsen har utvilsomt satt spor i arbeidene, men variert arbeidserfaring, bevisst oppmerksomhet og en aktiv refleksiv holdning underveis har til sammen bidratt til å synliggjøre og konkretisere forforståelsen og betydningen av den, slik at den ikke skulle overdøve deltakernes bidrag. En indikasjon på at dette lyktes, var at resultatene ga meg ny erkjennelse, blant annet hvordan forholdet mellom lege og pasient kan gjennomgå en varig endring med tap av fortrolighet og tillit etter en konflikt der pasientens ønske ikke ble etterkommet.

Intern validitet – hva vi kan si noe om, og hva vi ikke kan si noe om?

Intern validitet handler om i hvilken grad våre funn besvarer de forskningsspørsmålene vi har stilt (86). Det er blant annet avhengig av hvor god konsistens det er mellom problemstilling, design/metode og resultatene (83). De empiriske data for denne avhandlingen stammer fra samtaler med leger som forteller om hva de gjør og erfarer. Det er med andre ord snakk om fortolkede fortellinger om erfarte hendelser som forskeren selv ikke har observert, og dermed kan de ha flere potensielle feilkilder som jeg her vil omtale nærmere.

Arbeidet med denne avhandlingen startet med beslutninger om vanskelige sykmeldinger, men fikk etter hvert et bredere perspektiv. Problemstillingene slik de er formulert i delstudie I og II, nevner ikke eksplisitt portvaktfunksjonen, selv om dette perspektivet er til stede, blant annet i diskusjonen i delstudie II, der Lipskys teorier trekkes frem. I avhandlingen har jeg derfor valgt å inkludere portvaktperspektivet i omtalen av problemstillingen i delstudie II, slik at det blir en tydeligere sammenheng mellom delstudien og avhandlingen. Etter min oppfatning fører dette ikke til en vesentlig svekkelse av intern validitet, fordi portvaktperspektivet implisitt er til stede i de aller fleste kompliserte sykmeldingsvurderinger.

Underveis i arbeidet med fokusgruppeintervjuene erfarte vi at enkelte av de eldre mannlige allmennlegene tok stor plass og ble litt dominerende i gruppen de deltok i, slik at særlig yngre kvinnelige deltakere til en viss grad ble passivisert. Dette er et eksempel på det som i metodelitteraturen har vært betegnet som påfugleffekt (84). For å motvirke denne effekten satte vi sammen en gruppe bestående av bare kvinnelige allmennleger. Data fra denne gruppen viste seg å gi et rikere og mer personlig materiale enn de andre gruppene. Samhandlingen deltakerne imellom har for øvrig ikke blitt vært gjenstand for analyse i studiene, da vi oppfatter samhandlingen som en metodisk forutsetning og et prinsipp for fokusgruppeintervjuer og ikke som en problemstilling vi skulle utforske.

Noe annet som kan ha gitt en påfugleffekt i fokusgruppene, var at noen av deltakerne kunne skjønne male beskrivelser av egen innsats og praksis for å fremstille seg selv som like kompetente eller erfarne som sine kolleger (96). På den andre siden observerte vi også at mange deltakere ga uttrykk for frustrasjon over sykmeldingsarbeidet, og de kan like gjerne ha latt seg rive med i en overdreven elendighetsbeskrivelse av egen praksis.

Selv om hovedtemaet for fokusgruppene var deltakernes egne erfaringer med sykmelding av pasienter med MUPS, klarte ikke moderator alltid å forhindre at samtalen gled over i mer generelle betraktninger og meningsutveksling om temaet i stedet for å handle om konkrete erfaringer. Noen av deltakerne fortalte også om vanskelige sykmeldingererfaringer som omhandlet pasienter med andre helseplager enn MUPS. Derfor inneholder datamaterialet også informasjon om vanskelige sykmeldingstilfeller i sin alminnelighet. Jeg vurderer det likevel slik at dette ikke svekket studiens validitet i avgjørende grad, fordi mange av utfordringene som ble omtalt vedrørende vanskelige sykmeldingsvurderinger var av generell karakter.

Videosnutten fra de dramatiserte konsultasjonene som innledet fokusgruppeintervjuene, og noen av spørsmålene relatert til disse, kan til en viss grad ha bidratt til å ta oppmerksomheten bort fra deltakernes egen praksis, slik at vi av og til heller fikk en diskusjon om hvordan man ideelt ville håndtert sykmeldinger av den

typen filmen viste. Samtidig er det kjent at en slik vignett ved innledningen av et fokusgruppeintervju kan bidra til å gjøre diskusjonene mer konkrete og motvirke at ordvekslingen glir over i mer generelle betraktninger (97).

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av tre ulike moderatorer, som hver ledet to eller tre grupper. To moderatorer var leger, en var fysioterapeut. Den ulike yrkesbakgrunnen kan ha bidratt til variasjon i informasjonen som fremkom. Det kan tenkes at deltakere i en legeledet fokusgruppe ville legge noe mer bånd på seg selv og prøve å normalisere sine utsagn og atferd, mens deltakere i en gruppe ledet av fysioterapeuten ville føle seg friere og komme med mer spontane beskrivelser når de ikke trengte å fremstå som flinke eller korrekte overfor en kollega. Vi fant imidlertid ikke vesentlige forskjeller mellom gruppene til de ulike intervjuerne.

Data fra de tre delstudiene kan si noe om hva allmennleger *sier* at de gjør i en sykmeldingssituasjon, men vi kan ikke med like stor sikkerhet vite hva som skjer i samhandlingen mellom legen og pasienten. Direkte observasjon ved hjelp av bilde- eller lydopptak ville kunne gi førstehånds informasjon om samhandlingen i en konsultasjon og kanskje bidra til et mer valid materiale. Kravitz og medarbeidere har gjennomført en slik studie med en problemstilling som har likhetstrekk med vår (98). De gjorde videoopptak av mer enn 500 konsultasjoner der pasienter fremsatte krav om behandling eller utredning, og fant at legen oppfattet slike konsultasjoner som spesielt krevende, og at pasientens krav hadde stor effekt på legens beslutning.

Min vurdering er likevel at konsultasjoner der legen avslår pasientens ønske, er sensitiv situasjon for begge parter, og at et videoopptak kunne gitt noen etiske utfordringer når det gjelder taushetsplikt og samtykke. Å be sine pasienter delta i en egen forskning kan være problematisk. Det vil også være vanskelig å forutse hvilke konsultasjoner som vil berøre temaet vi er interessert i. Med et slikt design ville vi risikere å få et omfattende opptaksmateriale med lite relevante data. Alt i alt antar jeg at direkte observasjon medfører større ulemper enn fordeler i studier av denne typen. Å innhente data ved bruk av intervju, slik vi har gjort, kan ikke desto mindre påvirke intern validitet, og våre data må derfor tolkes med forsiktighet.

Delstudie III, som er basert på individualintervjuer, har noen andre metodiske utfordringer som kan ha betydning for intern validitet. Selve forskningsspørsmålet omhandlet avslag som var gjort på solid faglig grunnlag, og ikke konflikter i sin alminnelighet. Deltakerne ble stadig minnet på dette i løpet av intervjuet, og eksemplene de ga, viser at premisset ble ivaretatt. Når deltakerne skulle beskrive egne erfaringer med å avvise pasientens ønsker, er det sannsynlig at de først og fremst kom til å tenke på de mest dramatiske og følelsesladde konsultasjonene. Dermed er det fare for at disse erfaringene fikk større plass enn mindre kontroversielle avvisninger, som kan ha passert uten motstand og ikke blitt gjenstand for samme ettertanke og refleksjon. På den andre siden er det å forvente at hendelser som har brent seg fast i minnet, vil ha langt større påvirkningskraft og potensiell betydning for fremtidig utøvelse av legerollen, og dermed være viktigere å belyse i denne studien. Deltakerne beskrev dessuten en del vellykkede konsultasjoner der de til slutt hadde kommet til enighet med pasienten, som også ga grobunn for ettertanke og refleksjon.

Som metode for datainnsamling skilte individualintervjuene seg fra fokusgruppeintervjuene også på andre måter. Intervjuformen var i utgangspunktet spontan og åpen, med frie fortellinger som utgangspunkt. Individualsamtalene ble sannsynligvis påvirket av at deltakerne kjente til at jeg hadde samme erfaringsbakgrunn som dem selv. Jeg opplevde som tidligere nevnt at det bidro til å skape mer fortrolige og åpenhjertige samtaler enn om jeg hadde vært helt fremmed for dem. Også andre har også funnet at forskningsintervjuer der allmennleger blir intervjuet av en kollega, kan gi et rikere og mer personlig materiale (99). Det påpekes samtidig at deltakeren i en slik situasjon ofte betrakter intervjueren som ekspert på temaet de snakker om, noe som kan gi en utilsiktet effekt på datamaterialet. En annen potensiell fare ved at deltakerne kjente min bakgrunn, var at de kunne bli fristet til å overdrive fortellingen for å hjelpe meg med å få gode data (86).

Analysen i delstudie I og II fulgte ikke prosedyren for STC helt slavisk. Dette skyldes delvis at jeg under arbeidet med de første delstudiene hadde mindre erfaring med metoden, og delvis at selve analysemetoden siden er blitt utviklet og har fått en mer detaljert beskrivelse (82). Under arbeidet med analysen i disse to studiene la vi blant

annet mindre vekt på trinn 3 som omhandler utvikling av kondensater. Vi var heller ikke alltid to om å analysere de første trinnene. Jeg antar at disse avvikene likevel er så beskjedne at de ikke truer intern validitet i betydelig grad. I ettertid ser jeg imidlertid at vi kunne gitt intervjuguiden i delstudie I og II en bedre utforming før de siste intervjuene hvis vi hadde brukt trinnvis analyse. På den måten kunne vi kanskje oppnådd et rikere materiale og samtidig klart oss med færre intervjuer.

Et annet forhold som kan ha innvirkning på validitet er bruken av noen sentrale begreper som har endret seg i løpet av avhandlingsarbeidet. I artikkel I brukte vi uttrykket subjektive og sammensatte helseplager (engelsk: subjective and composite health complaints) (SHC). Dette er i artikkel II endret til subjektive helseplager, og i avhandlingen bruker jeg konsekvent betegnelsen medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). Vi har brukt begrepene synonymt om sykdomstilstander uten klare sykdomstegn, men terminologien er endret i takt med fagets utvikling og ny forståelse av hva som kjennetegner og best beskriver slike tilstander (66). Begrepet subjektive helseplager er også i bruk blant skandinaviske forfattere (100), og beskrivelsen av begrepet sammenfaller med det etter hvert mer vanlig brukte begrepet MUPS eller MUS (medically unexplained symptoms), som dominerer i engelskspråklige publikasjoner (65) og i dag også i det norske allmennmedisinske fagmiljøet (101). Disse endringene i begrepsbruk vil sannsynligvis ikke ha større innvirkning på intern validitet i dette prosjektet, da deltakerne bare forholdt seg til begrepet subjektive helseplager, og det er allment akseptert at slike sykdomstilstander har flere ulike, men synonyme betegnelser (66). Også min egen erfaring fra kontakt med allmennlegekolleger, både som veileder og som kursdeltaker, er at begrepene er allment akseptert som synonymmer. MUPS-tilstander eller MUPS-terminologi står forøvrig heller ikke sentralt i denne avhandlingen.

Ekstern validitet – i hvilke sammenhenger er våre funn gyldige?

Ekstern validitet dreier seg om forskningens overførbarhet, det vil si hvordan resultatene vi har kommet frem til, kan overføres til en kontekst utenfor den vi har undersøkt (102). I denne avhandlingen avhenger det blant annet av hvordan

deltakerne i studien ble plukket ut, om de empiriske data var tilstrekkelig relevante, og om deltakernes sosiale og kulturelle situasjon er relevant og gjenkjennbar for leger med annen type arbeid eller geografisk plassering.

Jeg vil først diskutere utvalget av deltakere. Rekrutteringen til fokusgruppene foregikk gjennom invitasjon til et kurs i trygdemedisin. En slik form for utvelgelse kan ha medført seleksjonsbias i form av en utilsiktet skjevhet i deltakerutvalget (87). Leger som melder seg på et slikt kurs, kan oppleve at de mangler kompetanse på området og kanskje ha større vansker i sykmeldingsarbeidet enn andre leger. På den andre siden har kursdeltakerne kanskje en spesiell interesse for trygdemedisin, slik at de er mer reflekterte og nyanserte når de diskuterer slike spørsmål, og kanskje i større grad enn andre leger anerkjenner sitt portvaktansvar i rollen som sykmelder. Inntrykket fra intervjuene var at det var stor variasjon i deltakernes holdninger til og erfaring med temaet. God spredning av deltakerne med hensyn til alder, kjønn, yrkeserfaring, geografisk plassering av arbeidssted og etnisk bakgrunn motvirket også risikoen for et ensidig utvalg og bidro dermed til at resultatene kan anses som gyldige for mange allmennleger både i og utenfor Norge.

Blant deltakerne i delstudie III var det også spredning i alder og kjønn og jevn fordeling av deltakere som hadde praksissted i henholdsvis by og landkommune. At vi rekrutterte deltakere innenfor et begrenset geografisk område, vurderte vi som mindre betydningsfullt for studiens problemstilling, da vi forutsatte at uenighet mellom lege og pasient oppstår uavhengig av geografisk tilhørighet. Derimot kan det tenkes at det kommunikasjonen mellom lege og pasient varierer mellom rurale og urbane strøk på grunn av forskjeller i for eksempel yrkesmessig og kulturell bakgrunn. En jevn fordeling av deltakere på dette området kan ha vært av positiv betydning i vårt prosjekt. Deltakernes langvarige virke som allmennleger, de fleste gjennom et helt yrkesliv, tilsier at de hadde mer erfaring fra konsultasjoner der de fant å måtte avvise pasienters enn et tilfeldig utvalg leger, og at det gjorde dem spesielt egnet som deltakere. Dette er i tråd med Morses anbefaling om at utvalget bør bestå av deltakere som har best kunnskap om forskningsspørsmålet, for å sikre en

mest mulig effektiv datainnsamling med optimal kvalitet (103). Alt i alt vurderte vi utvalget i studiene som tilfredsstillende med tanke på ekstern validitet.

Vi intervjuet allmennleger i aktivt arbeid som har klart å finne seg til rette i jobben på tross av portvakt dilemmaets utfordringer. Det er mulig at vi ville fått frem andre og mer problematiske forhold hvis vi hadde intervjuet tidligere allmennleger som har forlatt faget og gått over i en annen stilling.

Det kan også stilles spørsmål ved om sykmelding av pasienter med MUPS, som de to første delstudiene omhandler, er en brukbar modell for å belyse portvaktrollen. Etter min oppfatning inneholder denne situasjonen alle de motsetningsfylte vurderingene som kjennetegner portvaktrollen. Lipsky skriver at et vesentlig kjennetegn ved bakkebyråkratens (i dette tilfelle legens) rolle er å måtte forholde seg til klientens reaksjon på byråkratens avgjørelse, med motsetningen mellom omsorg og fleksibilitet på den ene siden, og nøye etterfølgelse av regelverk på den andre (76). Legen som sykmelder, må altså nøye vurdere hver enkelt situasjon. Det er ikke slik at alle pasienter med MUPS representerer utfordringer eller skal avvises når de ber om sykmelding. Tvert imot kan sykmelding i mange tilfeller være et nødvendig tiltak, og det hender at legen foreslår sykmelding uten at pasienten selv har tatt det opp. Samtidig er samfunnets forventning om at legen er lojal mot det politiske målet om å redusere sykefraværet, alltid tydelig til stede (58).

Noen andre forhold knyttet til sykmelding generelt vil kunne gjøre legens vurdering ytterligere komplisert. Allmennleger har uttrykt at sykmelding er spesielt vanskelig å avslå fordi pasientene betrakter det som en lovbestemt rettighet (104). Ønsker eller krav som berører rent medisinsk-faglige problemstillinger, kan lettere avvises med en faglig begrunnelse, mens det ved krav om en lovregulert økonomisk ytelse ikke alltid finnes et like tydelig faglig grunnlag for legens vurdering (105). Allmennleger gir også uttrykk for at de finner funksjonsvurderingen hos pasienter med MUPS spesielt vanskelig (72). Disse faktorene taler for at sykmelding ved MUPS-tilstander representerer ikke bare en gyldig, men noen ganger også spesielt krevende variant av portvakt dilemmaet. Etter mitt skjønn har funnene fra delstudie I og II stor

overføringsverdi til portvaktrollen i sin alminnelighet, siden legens posisjon mellom pasientens ønske og myndighetenes forventning byr på de samme prinsipielle utfordringene enten spørsmålet dreier seg om sykmelding, spesialisthenvisning eller førerkort. Det er grunnen til at problemstillingene fra delstudie I og II har fått såpass stor plass i avhandlingen. Det trengs likevel kunnskap om andre sider av portvaktfunksjonen for å få et mer detaljert bilde, noe delstudie III skulle bidra til.

Et annet spørsmål som kan påvirke ekstern validitet, er om datamaterialet har et passende omfang og sammensetning. Både for små og for store datamengder vil kunne medføre problemer for analyse og overførbarhet. For store datamengder vil kunne resultere i en tidkrevende og overflatisk analyse (86). For fokusgruppene ble datamaterialet omfangsrikt, med til sammen 350 transkriberte sider (dobbel linjeavstand). Det skyldtes at fokusgruppene var en del av et kurs med et fastlagt program, og kursene ble arrangert flere steder etter en oppsatt plan. I de to første delstudiene tok vi derfor ikke stilling til omfang og relevans av materialet underveis, slik at vi eventuelt kunne ha avsluttet datainnsamlingen tidligere. Det kan ha gjort at materialet ble mer omfangsrikt enn nødvendig, og at analyseprosessen ble uoversiktlig.

I delstudie I argumenterte vi for størrelsen på materialet ut fra perspektivet om metning, som betyr at en gjennomfører intervjuer helt til det ikke lenger fremkommer nye perspektiver eller opplysninger. Dette har vært en mye brukt strategi i kvalitative studier (86, 106). Flere forskere har pekt på at begrepet ikke nødvendigvis er nyttig, fordi datainnsamlingen i kvalitative studier ikke har som mål å innhente en fullstendig oversikt over alle tenkelige synspunkter eller erfaringer på et område (107, 108).

Det kan være mer nyttig å vurdere om utvalget har tilstrekkelig informasjonsstyrke (engelsk: information power) (109). Følgende faktorer vektlegges ved en slik vurdering: 1) forskningsspørsmålets bredde, 2) deltakernes erfaring, 3) dialogens kvalitet, 4) bruk av teoretisk perspektiv og 5) valg av analysestrategi. En samlet vurdering av alle disse fem faktorene vil kunne gi en god pekepinn på materialets

informasjonsstyrke. Begrepet ble en rettesnor for vurderingen av innsamlede data i delstudie III. Et utvalg på seks deltakere kan virke beskjedent, men ble i dette tilfellet vurdert som tilstrekkelig rikt på ønskede erfaringer ut fra følgende overveielser av forhold som påvirker informasjonsstyrke: Forskningsspørsmålet var smalt, og utvalget av deltakere var strategisk og besto av erfarne leger med lang yrkeserfaring. Intervjuene var av god kvalitet og inneholdt mange og detaljerte beskrivelser. Analysen ble også understøttet av et teoretisk perspektiv i form av Pellegrinos ideer om profesjonell autonomi. Vi brukte riktignok tverrgående analyse, som krever flere deltakere enn langsgående analyse, og i den sammenhengen kan det at vi hadde relativt få deltakere, ha vært et minus i vurderingen av informasjonsstyrke. Dette veies imidlertid opp av de øvrige betingelsene. Trinnsvis analyse med modifisering av intervjuguiden underveis bidro også til å øke informasjonsstyrken ved å gjøre dialogen mer relevant (88).

Etiske overveielser

Ved rekrutteringen til fokusgruppeintervjuene ble deltakerne forespeilet et gratis kurs som ga tellende poeng til deres etter- og videreutdanning. De hadde derfor en mulig økonomisk egeninteresse i å delta, ettersom slike kurs vanligvis har en avgift som legen må betale selv. I invitasjonen til kurset ble det tydelig informert om at deltakelse i fokusgrupper til forskningsformål var en del av hensikten med kurset, men at det var mulig å trekke seg underveis uten begrunnelse. Jeg anser en slik rekrutteringsprosess som etisk forsvarlig og finner det også lite sannsynlig at legenes utsagn i fokusgruppene skulle bli farget av at de ikke var blitt avkrevd kursavgift.

Ved datainnsamling der leger forteller om erfaringer fra konsultasjoner, vil taushetsplikten kunne trues ved omtale av helseforhold hos en tredjepart (pasienter). Før fokusgruppeintervjuene vektla moderator betydningen av gjensidig taushetsplikt for deltakerne, og instruerte dem om å utelate detaljer som kunne bidra til å identifisere pasienter når de fortalte om konkrete konsultasjoner. I forbindelse med transkripsjonen av intervjuene vurderte vi alle beskrivelser fra pasientmøter med tanke på å sikre anonymitet. Vignettene som innledet fokusgruppeintervjuene, bygget

på videoopptak av reelle konsultasjoner. Dialogen fra disse konsultasjonene var blitt transkribert og deretter spilt inn på nytt og dramatisert med en skuespiller i rollen som pasient (110). Dette sikret de ekte pasientene full anonymitet. I delstudie III, der vi ønsket detaljerte fortellinger om potensielt konfliktfylte konsultasjoner, ble hensynet til anonymitet spesielt viktig fordi detaljrikdommen i fortellingene lettere kunne bidra til å identifisere pasienten. Dette var en av begrunnelsene for å benytte individualintervjuer fremfor fokusgrupper (83).

Det er også viktig å ivareta deltakernes anonymitet, og da vi transkriberte lydfilene, fikk alle deltakerne pseudonymer. I arbeidet med delstudie III oppga vi nasjonaliteten til en av deltakerne som ikke hadde norsk bakgrunn. I ettertid fant vi imidlertid at dette kunne bidra til å identifisere vedkommende, siden det kanskje ikke er så mange leger fra denne nasjonen som arbeider i norsk allmennpraksis. Vi sørget for å få fjernet opplysningen om nasjonalitet før artikkelen ble publisert.

Deltakerne i delstudie III fortalte om vanskelige pasientmøter som førte til sterke følelsesmessige reaksjoner. I slike situasjoner er det naturlig å forklare egne standpunkter og prøve å forsvare seg hvis pasienten har uttrykt sinne eller skuffelse. Deltakerne kan derfor ha kommet til å gi sine «motstandere» usaklige og negative beskrivelser som det kanskje ikke var belegg for, og som de i ettertid kanskje angrer på eller ikke ønsker å vedkjenne seg. Dette er et etisk aspekt som kan lett bli glemt, og som det i forkant av studien kan være vanskelig å forutse (111). I løpet av intervjuene fikk legene imidlertid tid og anledning til å nyansere sine utsagn, slik at de konkrete fortellingene i all hovedsak fremsto som respektfulle overfor pasientens utsagn og handlinger.

De etiske aspektene ved forskerens rolle må også vurderes. Som moderator og intervjuer kunne min relasjon til deltakerne anta ulike former, som reformator, forsvarsadvokat eller kollega (112). Som forsker ville jeg dermed kunne påvirke resultatene på ulike måter: «ovenfra», på vegne av oppdragsgiver, eller «nedenfra», på vegne av deltakerne (86). Som moderator under fokusgruppeintervjuene kunne det for eksempel tenkes at jeg med min bakgrunn som rådgivende lege i NAV ubevisst

tok på meg oppgaven som refser eller oppdrager på vegne av samfunnet overfor leger som så ut til å ha en uforsvarlig sykmeldingspraksis. I individualintervjuene kunne jeg som fastlege og støttekollega havne i motsatt posisjon: som forsvarer og forståelsesfull kollega overfor deltakerne når de fortalte om vanskelige pasientmøter.

Under arbeidet med prosjektet har jeg forsøkt å være bevisst på at jeg som forsker interagerer med og påvirker deltakerne gjennom datainnsamlingen, og jeg har derfor hele tiden reflektert over mine egne holdninger til forskningsspørsmålet. Jeg erkjenner at dette er en utfordring som krever oppmerksomhet gjennom hele forskningsprosessen.

Resultatdiskusjon

Analysene viser hvordan allmennleger som står overfor vanskelige beslutninger der portvaktfunksjonen bør spille en rolle i vurderingen, er opptatt av å ivareta lege–pasient-forholdet (art. I). De søker å skape en allianse med pasienten og vektlegger dennes fremstilling av virkeligheten. Legene forteller også om hvordan beslutningene de tar, i noen grad er styrt av deres egne følelser. De har erfart at bastante avslag av pasientens ønsker kan medføre konflikt og en skadet relasjon, noe som kan føre til sterkt følelsesmessig ubehag hos dem selv (art. III). Legene beskriver hvordan de likevel prøver å inkludere hensynet til portvaktoppdraget i sine vurderinger, for eksempel ved å benytte bevisste strategier for å redusere sykmeldingers lengde (art. II). Er det likevel slik at portvaktoppdraget blir ofret til fordel for hensynet til pasientens ønsker, eller må balansen mellom disse tilsynelatende motstridende faktorene anerkjennes som grunnlaget for en levedyktig portvaktfunksjon?

I neste avsnitt vil jeg diskutere de nevnte hovedfunnene i lys av eksisterende forskning, drøfte betydningen av dem og vurdere hvilken betydning de bør få for utdanning og praksisfelt. Jeg vil også trekke inn relevante teoretiske perspektiver fra Lipsky og Pellegrino der det kan bidra til økt forståelse av funnene.

Hva betyr lege–pasient-forholdet for portvaktens beslutninger?

Analysene demonstrerer hvordan allmennlegene nærmer seg portvaktoppdraget med virkemidler som også er beregnet på å ivareta lege–pasient-forholdet (art. I). De viser pasienten tillit ved å stole på hans eller hennes fremstilling og bygge sin beslutning på denne. De bruker også sin tidligere kunnskap om pasienten (art. I) og søker å skape en allianse med pasienten ved å prøve å se situasjonen fra vedkommendes ståsted (art. II). Står en slik tilnærming i veien for portvaktfunksjonen?

Betydningen av et godt lege–pasient-forhold er allment akseptert, men det hersker uklarhet om hva begrepet egentlig innebærer. En systematisk oversikt peker på to viktige aspekter: 1) faktorer som utvikler og vedlikeholder forholdet, og 2) faktorer som gir forholdet dybde: tillit, kunnskap, lojalitet og respekt (113). Begrepet tillit er sentralt, ikke bare pasientens tillit til legen, men også at pasienten opplever at legen har tillit til pasienten og tror på hans eller hennes fremstilling. Siden legerollen er i endring og pasientens tillit til legen ikke lenger en selvfølge, kan denne tilliten bare etableres og gjenvinnes ved måten pasienten behandles på i hver enkelt konsultasjon (114).

Werner har beskrevet hvordan kvinner med MUPS-tilstander strever med å fremstille sin situasjon for legen på en måte som gjør at de blir trodd (115), noe som antyder at legen ikke alltid lykkes med å oppnå disse pasientenes tillit. Gjensidig respekt er også en forutsetning for at lege–pasient-forholdet skal opprettholdes, og det innebærer at begge parter anerkjenner hverandres autonomi (116). Dette idealet sammenfaller med WONCAs (World Organization of National Colleges, Academies Academic Associations of General Practitioners /Family Doctors) beskrivelse av idealene for konsultasjonsprosessen mellom allmennlege og pasient, som blant annet fremhever en pasientsentrert tilnærming og delt beslutningsvalg (117).

Også andre forskere har studert hvordan leger utøver portvaktfunksjonen i praksis. Gallagher brukte standardiserte pasienter til å undersøke hvordan leger håndterte pasienters ønske om MR-undersøkelse i tilfeller der det ikke forelå en god medisinsk indikasjon (118). Bare 8 % av legene imøtekom pasientens ønske, men flertallet

henviste i stedet pasienten til spesialist, noe som ble oppfattet som et kompromiss for å gi et synlig bevis på at legen var på pasientens side. Gallaghers studie viser hvordan leger tar i bruk bevisste virkemidler for å ivareta lege–pasient-forholdet i situasjoner der legen ikke kan oppfylle pasientens ønske. Mine analyser bygger opp under Gallaghers funn, og resultatene utdyper og understreker hvordan allmennlegen opptrer som balansekunstner for å forene de motstridende målsetningene (art. II). Allmennleger beskriver hvordan de tar et bevisst valg om å stole på pasientens fremstilling når de leter etter løsninger på potensielt konfliktfylte situasjoner, og dermed lar ivaretagelsen av lege–pasient-forholdet være styrende (art. I). Alternativet til en slik holdning – skepsis eller mistro overfor pasienters fremstilling – vurderer deltakerne som uforenlig med arbeidet som allmennlege.

I en studie dokumenterte Mustafa en annen strategi allmennleger brukte for å ivareta lege–pasient-forholdet når de forventet å måtte avslå et ønske om antibiotikabehandling (119). Legene kommenterte den kliniske undersøkelsen fortløpende og ga flere hint om at tilstanden var lite alvorlig, slik at pasienten var forberedt og lettere kunne akseptere avslaget. En slik strategi ble ikke avdekket blant våre deltakere, men våre studier hadde heller ikke som mål å få frem alle tenkelige varianter av slike strategier. En mulig forklaring kan likevel være at norske allmennleger har begrenset kunnskap om og trening i håndtering av slike konflikter, noe delstudie III tydet på.

Betydningen av å stole på pasienten og anerkjenne pasientens oppfatning understrekes også av Pellegrino (40). Selv om han er opptatt av profesjonell autonomi, hviler hans ideer på en forutsetning om at lege–pasient-forholdet er en moralsk ligning med rettigheter og plikter som må balanseres ved at begge parter handler ut fra intensjonen om å gjøre godt (beneficience), samtidig som de respekterer hverandres autonomi.

Våre deltakere beskriver hvordan de prøver å lete etter bakenforliggende forhold i pasientens livssituasjon for å finne en forklaring på symptomene. Grunnen til at de gjør dette, er at de ønsker å hjelpe pasienten på en mer effektiv måte og samtidig

bedre pasientens arbeidsevne. Deltakerne understreker også betydningen av å skape en allianse med pasienten ved å forsøke å se problemet fra pasientens synsvinkel innledningsvis, slik at lege og pasient får felles utgangspunkt for det videre arbeidet, samtidig som legen presenterer sine argumenter for å oppnå en endring (art II). En slik strategi får støtte hos Pellegrino, som påpeker at pasienten har rett til å vite hva legen mener er det beste valget, alle forhold tatt i betraktning, for uten denne kunnskapen har ikke pasienten et beslutningsgrunnlag for å utøve egen autonomi (40).

Analysene tyder på at allmennlegene så sant det er mulig, søker alternative løsninger til åpen konflikt med pasienten. Det gjør de ved å lete etter faktorer som rettferdiggjør en beslutning om å støtte pasienten og ved å forhandle seg frem til kompromisser de kan leve med og som gjør minst mulig skade. Det er mulig at slike løsninger er akseptable eller til og med nødvendige i de fleste tilfeller der lege og pasient har motstridende syn. Det finnes også støtte for at en kompromissvillig tilnærming kan være mer fruktbar enn et bastant avslag (120). Pasienter som erfarte at de ble møtt med respekt og tillit i sykmeldingsspørsmål, uttrykte en større forventning om å komme tilbake i arbeid enn de som opplevde at legen var avvisende og mistroisk.

Analysene viser også at allmennlegen noen ganger finner det nødvendig å holde fast ved sin beslutning selv om pasienten er uenig, noe som kan føre til en åpen konflikt. Samtidig ser vi hvordan kontinuiteten i lege-pasient-forholdet kan trues når allmennlegen avviser pasienten (art III). Hvis vi anerkjenner portvaktoppdraget som en oppgave allmennlegen ikke kan unndra seg, er det nødvendig å diskutere hvordan oppdraget kan utøves på en bærekraftig måte, uten at relasjonen til pasienten tar skade.

I legeforeningens rapport påpeker Grimsmo at nettopp kontinuitet i lege-pasient-forholdet er avgjørende for at portvaktfunksjonen skal fungere best mulig (1). Kontinuitet innebærer en personlig behandlingskontakt der gjensidig tillit kan oppstå og utvikles over tid (121). Haggerty beskriver tre elementer av kontinuitet i et langvarig lege-pasient-forhold som alle kan bidra til økt kvalitet i omsorgen for

pasienten, nemlig kontinuitet når det gjelder kjennskap, oppfølging og relasjon. Høy grad av kontinuitet reduserer utgifter til spesialisthelsetjenester samtidig som pasientene uttrykker større tilfredshet. Det viser seg at kontinuitet har større effekt enn andre organisatoriske tiltak som har vært prøvd for å nå slike mål, som kortere pasientlister, individuell plan og diagnosespesifikke tjenester (23, 24).

Det er et paradoks at utøvelsen av portvaktfunksjonen kan risikere å true dens viktigste forutsetning. Å neglisjere en potensiell skade på lege-pasient-forholdet i utøvelsen av portvaktfunksjonen vil derfor ikke være en fornuftig strategi i det lange løp. I analysene fremstår strategier som allianse, forhandling og kompromiss som allmennlegens løsninger på denne utfordringen (art. I og II), men legenes historier indikerer at de har behov for ytterligere kompetanse og ryggdekning for å være i stand til å utøve portvaktfunksjonen på en slik måte at lege-pasient-forholdet tar minst mulig skade (art. III). Hvordan kan dette oppnås?

Allmennlegen trenger en sterkere etisk og profesjonell forankring for å kunne stå stødigere som portvakt, og Pellegrino drøfter en slik forankring. Han fastholder at leger, på samme måte som pasienter, har moralsk rett til å foreta sine egne vurderinger og valg (40). Legens profesjonelle autonomi bygger på at hun eller han innehar en ekspertise som både pasienten og samfunnet har bruk for. Pellegrino peker på at hvis legen skal kunne gjøre denne kunnskapen tilgjengelig for dem som trenger den, må han eller hun få tilstrekkelig handlingsrom for å kunne bruke kunnskapen så effektivt, rasjonelt og sikkert som mulig. Dette er nødvendig for at legen skal kunne oppfylle sin moralske forpliktelse overfor pasient og samfunn. Krav fra pasienten som etter legens vurdering er verken faglig indisert, effektive eller nyttige, kan utgjøre en risiko for pasienten, og i slike situasjoner må legens profesjonelle autonomi overstyre pasientens.

Hvilken rolle spiller legers følelser for portvaktens beslutningsprosesser?

Analysene viser hvordan allmennlegens følelser også kan få en betydning ved kompliserte portvaktvurderinger. Legene oppga for eksempel at sympati overfor pasienten, eller legens egen pasienterfaring, kunne påvirke deres beslutning (art. I). I tillegg var det mange som ga uttrykk for et ønske om å unngå konflikt, som erfaringsmessig kunne føre til sterke negative følelser for dem (art. I og III). Et tiltak som ble brukt for å unngå direkte konfrontasjon med pasienten og derved beskytte seg selv mot slike følelser, var å forsøke å skyve ansvaret over på andre aktører (art. II). Betyr dette at slike beslutningsprosesser er subjektive og tilfeldige, eller kan vi ha tillit til legers dømmekraft når det er følelsesmessige forhold inne i bildet?

Ethvert møte mellom lege og pasient er, som de fleste møter mellom mennesker, ladet med følelser. Altruisme, ønsket om å hjelpe pasienten, er et kjerneelement ved legers profesjonalitet og vil ha en sterk påvirkningskraft på de fleste vurderinger. Mindre diskutert er hvordan andre og negative følelser påvirker ikke bare pasienten, men også legen selv. Det er vist at legers ofte irrasjonelle og ubeviste følelser kan føre til uhensiktsmessige beslutninger (122). Mangel på kontakt med egne følelser kan medføre at legen, uten å ville det, kommuniserer på en måte som får pasienten til å føle seg ydmyket eller skamfull (123). Finset peker på at legen kan modifisere pasientens negative følelser ved å vise empati, men at en ekte empatisk respons også forutsetter at legen har kontakt med egne følelser (124). Når legen klarer å vurdere sine følelser i løpet av konsultasjonen, og har trening i emosjonsregulering, slik at legens negative følelser ikke får lov å påvirke konsultasjonen, blir pasienten mer tilfreds, og det blir mindre sjanse for konflikt (125). Hvis legen blir bedre kjent med egne følelser og reaksjoner og konsekvensene av dem, kan portvaktfunksjonen bli lettere å håndtere.

Negative følelser overfor pasienter kan også true legers jobbtilfredshet og helse. Allmennleger som oppga at de opplevde mange av pasientene som vanskelige, hadde lavere trivsel i arbeidet og langt større sjanse for å bli utbrent enn leger som hadde færre slike vanskelige pasienter (126). O'Dovd har beskrevet denne typen pasienter

som heart-sink patients, en velkjent utfordring for de fleste allmennleger (127). Konsultasjoner der pasienter krevde resepter på sviktende indikasjon, eller åpent uttrykte misnøye med legen, var blant de hyppigste årsakene til de opplevde vanskene O'Dovds studie. Funnene i artikkel III utdyper og nyanserer dette bildet.

Mine analyser tyder på at selv om det ikke var veldig vanlig at uenighet mellom lege og pasient endte med harde konfrontasjoner, kunne disse oppleves som svært ubehagelige, og det var disse møtene som dominerte blant legenes fortellinger om konflikt i forbindelse med velbegrunnede avslag av pasientens ønsker (art. III). Legene beskrev hvordan slike erfaringer kunne sette varige spor og påvirke deres fremtidige atferd. De detaljerte beskrivelsene av hvordan disse møtene førte til grubling, selvbredelser og en opplevelse av at følelsene satte seg i kroppen som et fysisk ubehag, understreker dette (art. III). Legene virket uforberedt og usikre i disse situasjonene og syntes å mangle kompetanse og øvelse i å håndtere slike konfrontasjoner. I Ans studie var kvinner og yngre leger i flertall blant dem som opplevde flest vanskelige pasienter, og mange av dem vurderte å forlate yrket som allmennlege (126). Denne tendensen synes å ha blitt forsterket de siste årene. I Norge anses fastlegeordningen i dag for å være i krise, med økende misnøye blant legene, rekrutteringsproblemer og manglende forståelse fra politikere og helsemyndigheter (128).

Det er ikke overraskende at allmennleger forsøker å beskytte seg mot følelser som oppleves intenst ubehagelige. Dette selvbeskyttelsesbehovet kom klart til uttrykk i delstudie I, der deltakerne beskrev hvordan ønsket om å styre unna en konflikt med pasienten kunne påvirke vanskelige beslutninger om sykmeldinger (art. I). Flere av deltakerne fortalte om pasienter som hadde gått fysisk til angrep på dem i forbindelse med at de hadde fått avslått sine ønsker. Det er nylig funnet at en av fire norske leger har opplevd dette i løpet av sitt yrkesliv (129). Påkjennningene leger opplever i konflikt med sine pasienter, nevnes som en av mange årsaker til økende utbrenthet blant leger (130), et problem som øker raskt i hele den vestlige verden. I USA har 63 % av allmennlegene et eller flere symptomer på utbrenthet (131).

I tråd med dette har World Medical Association (WMA) nylig revidert Genève-deklarasjonen, den moderne utgaven av Den hippokratiske ed. Denne inkluderer nå et eget avsnitt om legers plikt til å ta vare på egen helse og velferd, for at de skal kunne hjelpe sine pasienter best mulig (132). En slik formulering skal ikke brukes som en lettvinnt unnskyldning for å vike unna vanskelige situasjoner, men gir likevel fornyet legitimitet til legens rett og plikt til å ta vare på seg selv og sin faglighet. Mine funn, som viser at norske allmennleger føler seg sårbare og usikre i mange situasjoner, bidrar også til å korrigere den tradisjonelle oppfatningen av leger som sterke og usårlige. Det er også vist at det noen ganger kan være bra for pasienten at legen i konsultasjonen våger å erkjenne sin egen sårbarhet (133).

Gulbrandsen har antydnet at allmennleger også bevisst bruker idealene om pasientautonomi og samvalg som beskyttelse og mestringsstrategi for å slippe unna det sterke ubehaget som konflikter i forbindelse med portvaktfunksjonen påfører dem (50). Dette ble likevel ikke vurdert som utelukkende negativt, fordi strategien kunne bidra til å opprettholde legenes mestringssevne og motvirke slitasje, slik at de maktet å bli stående i jobben som allmennlege over tid. En svensk studie beskrev hvordan leger prøvde å beskytte seg ved å skyve ansvaret for vanskelige avgjørelser over på andre aktører (134). Når legene vurderte et ønske om sykmelding som tvilsomt, formulerte de opplysningene på en vag måte overfor trykdeetaten, og lot det skinne gjennom at de mente sykmeldingen egentlig ikke var berettiget.

Strategien som går ut på å dele ansvaret for vanskelige avgjørelser med utenforstående kommer enda tydeligere frem i mine analyser (art. II). Deltakerne fortalte at de kunne beskytte seg overfor pasienten ved å trekke frem lovbestemmelser i sykmeldingsprosessen og forklare at regelverket overstyrte legens skjønn. Dette var særlig aktuelt når sykmeldingen hadde vart i over åtte uker og kravet til tapt arbeidsevne var skjerpet. I andre tilfeller tok allmennlegene direkte kontakt med det lokale NAV-kontoret for å få dem til å legge press på pasienten om å gå tilbake til arbeid. På den måten prøvde legene å overlate den negative avgjørelsen til en tredjepart, slik at pasientens eventuelle negative reaksjoner ville bli rettet mot noen andre, og legen kunne unngå direkte konfrontasjon.

Funnene i avhandlingen kan altså tyde på at allmennlegene, i hvert fall i noen tilfeller, ønsker myndighetenes økte oppmerksomhet på tidlig aktivitet i sykmeldingsforløp velkommen, fordi det kan føre til bedre ansvarsfordeling i ubehagelige avgjørelser. Dette er i tråd med funn fra en norsk studie der allmennleger som fikk veiledning fra rådgivende leger i NAV vedrørende langvarige sykmeldinger, vurderte slik oppfølging som ønskelig og nyttig (135).

Lipskys teorier om bakkebyråkrati kan hjelpe oss til å forstå hvordan allmennlegers følelser og preferanser påvirker beslutninger. Bakkebyråkraten har rik anledning til å foreta individuelle vurderinger av enkeltklienter, selv om regelverket er det samme for alle (76). Dette kan føre til forskjellsbehandling, for eksempel når byråkraten opplever større tilfredshet i arbeidet med enkelte klienter. Lipsky påpeker at noen klienter vekker byråkratens sympati mer enn andre, eller at byråkraten oppfatter at noen klienter fortjener hjelp i større grad enn andre. Slike betraktninger er for en stor del basert på følelser og har klare likhetstrekk med synspunkter deltakerne i delstudie I ga uttrykk for. Våre deltakere fortalte at pasientens evne til å fremstille sykehistorien på en sympatisk måte kunne utgjøre en forskjell, og at pasienter som sjelden eller aldri ba om sykmelding, ble møtt med større forståelse enn andre (art. I). Legene anga at de også hadde en mer positiv innstilling til pasientens ønske hvis de oppfattet at sykmeldingen hadde en meningsfull hensikt.

Det finnes altså allerede mye forskningskunnskap om hvordan allmennlegen kan kommunisere med sine pasienter om konfliktfylte temaer, som ved avvising av pasientens ønsker. Når de vanskelige følelsene både hos pasient og lege blir erkjent og bearbeidet på en hensiktsmessig måte, og pasienten blir ivaretatt, blir legen også bedre i stand til å leve med sine egne følelsesmessige reaksjoner. Hvis allmennleger hadde bedre kompetanse i konflikthåndtering og større innsikt i egne følelser og blinde flekker, ville de i større grad kunne avvise pasienters ønsker uten å sette relasjonen til pasienten på spill (art. III). Slike utfordringer har nok tradisjonelt sett fått for liten plass i legers grunn- og videreutdanning.

Er allmennleger lojale mot portvaktoppdraget?

Mine analyser viser hvordan allmennleger prøver å følge en bevisst strategi for å begrense langvarige sykmeldinger (art. II). De bruker ulike virkemidler for å oppnå dette, som forhandlinger, forsøk på overtalelse og ved å søke støtte fra andre instanser (art. II). De hevder at håndteringen av slike avgjørelser ikke alltid går i pasientens favør, men varierer fra pasientstyrt beslutning til direkte konfrontasjon (art. I). I noen tilfeller velger legene å avvise pasienters krav, selv om de har til dels negative erfaringer med dette i form av personlig ubehag og brutte relasjoner (art. III).

Flere studier som har undersøkt allmennlegers funksjon som portvakt, kritiserer dem for å ikke ta tilstrekkelig hensyn til sitt samfunnsoppdrag. Carlsen fant at norske allmennleger stort sett overlot sykmeldingsavgjørelser til pasienten selv, og konkluderte med at portvaktoppdraget ikke er forenlig med legens hovedoppdrag som helbreder (27). Da strengere funksjonsvurderinger som vilkår for sykmelding ble innført i Norge i 2006, uttrykte allmennlegene frustrasjon og motvilje overfor dette oppdraget og prøvde å finne strategier for å unngå å gjøre slike vurderinger (71). I en oversiktsartikkel om legers sykmeldingspraksis i forbindelse med korsryggsmarter konkluderte Werner med at hensynet til lege–pasient-forholdet så ut til å være en hindring for rasjonell sykmeldingspraksis i tråd med retningslinjenes anbefaling ved denne tilstanden (136). En annen norsk studie viste imidlertid at antall uføresøknader der allmennlegens argumenter ikke underbygget tildeling av uførepensjon, forble uendret, selv om kriteriene for å få tildelt trygd ble strengere og antall søkere gikk ned (137). Forfatteren tok dette funnet til inntekt for at allmennlegene forholdt seg til at vilkårene ble strengere og korrigerste sine vurderinger deretter, og slik så ut til å akseptere oppgaven som portvakt.

Er allmennlegen en mer lojal portvakt enn flere av disse studiene kan tyde på? Mine analyser nyanserer en ensidig negativ fremstilling av allmennlegers holdning til portvaktoppdraget. Deltakerne gir uttrykk for at de strever med å finne en balanse mellom rollene som hjelper og portvakt (art. I). De bekrefter en forståelse av portvaktansvar i arbeidet med sykmeldinger og forteller om en bevisst strategi for å

ivareta dette (art. II). Etter først å ha etablert en allianse med pasienten finner legen mulighet til å gå videre med motiverende samtaler, hvor de legger et mildt press på pasienten for å bringe ham eller henne tilbake i arbeid (art. II). Jeg tolker disse funnene som indikasjoner på at allmennleger erkjenner sitt ansvar som portvakt, selv om hensynet til lege-pasient-forholdet i noen situasjoner blir gitt høyere prioritet, og selv om denne balansegangen også innebærer mange slags omkostninger for legen.

Carlsen fant også at leger i noen tilfeller prøvde å forhandle med pasientene for å redusere langvarige sykmeldinger, men konkluderte med at det skyldtes legens kunnskap om at aktivitet kan være gunstig for prognosen i et sykdomsforløp (27). Carlsens vurdering var at legenes forsøk på å begrense sykmelding i slike situasjoner var et uttrykk for at de ønsket å gi god behandling, og ikke at de erkjente samfunnsoppdraget som portvakt.

Å antyde at allmennlegen utøver portvaktfunksjonen med feil begrunnelse, virker imidlertid urimelig. Mange beslutninger knyttet til portvaktoppdraget kommer ikke bare samfunnet, men også den enkelte pasient til gode. Når legen sier nei til å gi en antibiotikakur eller en henvisning til bildediagnostikk på grunn av manglende indikasjon, er dette en gevinst for pasienten som unngår potensiell skadelig overbehandling eller overdiagnostikk (138), og det er en gevinst for samfunnet i kampen mot antibiotikaresistens og unødig bruk av helseressurser.

I tråd med dette tar Legeforeningens rapport til orde for å utvide portvakt- eller portnerbegrepet og gi det et mer positivt innhold (1). Rapporten peker på at en av allmennlegens mange oppgaver er å fungere som koordinator og navigatør og vise pasienten den rette veien inn en stadig mer uoversiktlig og kompleks spesialisthelsetjeneste. En ny og mer moderne beskrivelse av portvaktoppdraget der koordinatorfunksjonen er inkludert, vil kunne gi dette oppdraget større legitimitet og gjøre det lettere å leve opp til.

Også i diskusjonen om portvaktens vilkår og funksjon kan Lipskys teorier om bakkebyråkraten brukes for å forstå hvordan allmennlegen arbeider og forholder seg til portvaktoppgaven (77). Ifølge Lipsky har bakkebyråkraten, til tross for samfunnets

lover og regler, stor frihet til å utøve skjønn i enkeltsaker (76). Individuelt skjønn anvendes også i stor utstrekning blant allmennleger, noe som gjenspeiles for eksempel i manglende bruk av nasjonale retningslinjer i klinisk praksis (139). Selv om allmennleger prinsipielt respekterer retningslinjer, oppfatter de dem som omfattende og tidkrevende å bruke. De blir derfor sjelden lest og derfor heller ikke fulgt. Dette er i tråd med funn gjort blant norske og danske allmennleger (49). Lipsky postulerer også at bakkebyråkraten under press utvikler måter å håndtere arbeidet sitt på for å redusere gapet mellom realitetene de møter på den ene siden og direktiver fra sentrale myndigheter på den andre (76). Studier fra engelsk allmennpraksis viser at helsemyndighetenes forsøk på å oppnå endring ved hjelp av statlige retningslinjer ikke tar tilstrekkelig hensyn til den individuelle bakkebyråkrats oppfatninger og begrensinger i arbeidssituasjonen (140).

Uten en tydeligere forståelse og mer støttende holdning fra myndighetenes side kan man altså ikke forvente å oppnå effekt av overordnede anbefalinger som forutsetter at hver enkelt lege skal endre sin praksis. Da vil legen som bakkebyråkrat fortsette å tøyse og omgå reguleringer i tråd med sin forståelse av behovene til den enkelte pasient, særlig de svakeste og mest sårbare (77). Disse betraktningene kan nyansere forståelsen av hvorfor allmennlegene ikke alltid forvalter portvaktfunksjonen etter hensikten, og derfor stadig møtes med kritikk fra myndighetene som er misfornøyde med legenes manglende evne til å redusere for eksempel sykefravær og antibiotikaforbruk. Nåtidens politiske slagord om pasientens helsetjeneste setter prisverdig nok pasienten i sentrum (141), men viser liten forståelse for portvaktens oppdrag. Skal leger gis mulighet til å utøve portvaktfunksjonen på en bedre måte, må en ty til helt andre virkemidler. Allmennlegene trenger et overordnet politisk mandat som gir dem fornyet tillit og slår fast overfor befolkningen at allmennlegenes portvaktfunksjon er nødvendig og ønskelig.

7. KONKLUSJON

Denne avhandlingen understreker portvaktfunksjonens kompleksitet og gir ny innsikt om allmennlegens utfordrende posisjon. Mine analyser bygger opp under inntrykket av at allmennleger strever med å finne den rette balansen mellom flere hensyn og at de har potensial til å løse oppdraget på en enda bedre måte. Både faglig kompetanse i klinisk kommunikasjon, trygg fagetisk forankring og et tydelig overordnet politisk mandat til å utøve portvaktoppdraget vil bidra til å styrke allmennlegens evne til å utvise større profesjonalitet som portvakt, noe som kan komme pasienten, legen selv og samfunnet til gode.

Gjennom analysene trer det frem tre til dels motstridende hensyn som allmennlegen prøver å veie opp mot hverandre i konsultasjoner der vedkommende må opptre som portvakt og det kan oppstå uenighet med pasienten. Dette gjelder

- hensynet til lege-pasient-forholdet
- hensynet til legens egne følelser, funksjon og arbeidsevne
- hensynet til en riktig og rettferdig fordeling av helse- og velferdsgoder

Alle tre faktorer er hver for seg legitime og viktige bestanddeler av legers profesjonalitet. Allmennlegen må balansere disse hensynene på en bevisst og nøyaktig måte. Hvis hensynet til pasientrelasjoner og egne følelser blir for styrende, kan legen miste portvaktoppdraget av syne. Men hvis legen er kompromissløs i portvaktfunksjonen, trues både kontinuiteten i lege-pasient-forholdet og legens egen jobbtilfredshet. Dette skader allmennlegens forutsetninger for å bli stående i postvaktoppdraget over tid. Det er et paradoks at utøvelsen av portvaktfunksjonen kan risikere å true kontinuiteten i lege-pasient-forholdet, som er dens viktigste forutsetning. Som portvakt må legen derfor inngå et kompromiss, og balanse mellom de tre tilsynelatende motstridende hensynene må anerkjennes som grunnlaget for en levedyktig portvaktfunksjon.

8. IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS

For å styrke allmennlegens forutsetning for å løse portvaktoppdraget på en bedre måte må flere virkemidler tas i bruk.

Mine analyser tyder på at allmennleger mangler tilstrekkelig kompetanse og trening i klinisk kommunikasjon, særlig når det gjelder konfliktfylte situasjoner der sterke følelser er i spill både hos lege og pasient. Selv om det i dag er en økende interesse for klinisk kommunikasjon ved de medisinske fakultetene, må dette feltet gis enda større oppmerksomhet både på legestudiet og i etterutdanning enn tilfellet er i dag. Dette kan best skje gjennom personlig, konkret instruksjon og egentrening i slike utfordringer. Legene må også bli bedre kjent med seg selv, sine egne reaksjoner og sine «blinde flekker». Det kan fremmes gjennom for eksempel mentorgrupper og veiledningsgrupper, både i grunn-, videre- og etterutdanning. I slike fora er det også naturlig å reflektere over faglig profesjonalitet, slik at man kan oppnå en styrket bevissthet om profesjonell autonomi. Dette kan bidra til større personlig trygghet i rolleutøvelsen.

Allmennlegen kan imidlertid ikke ta på seg portvaktansvaret uten at ansvarlige myndigheter tildeler dem et utvetydig oppdrag. Det bør skje ikke bare gjennom krav og reguleringer, men som en tillitserklæring, et mandat og en bekreftelse. På den måten unngår allmennlegen å bli stående alene i stormen, men opplever at myndighetene offentlig anerkjenner nødvendigheten av portvaktoppdraget.

9. FREMTIDIG FORSKNING

I arbeidet med avhandlingen har jeg vært nødt til å gjøre mange avgrensninger for å kunne belyse de valgte problemstillingene. Underveis har jeg sett at jeg kunne gjort andre valg når det gjelder perspektiver og metode, og mange nye spørsmål har dukket opp.

Lite er kjent om hvordan pasienter opplever konfliktfylte møter med sin allmennlege, og hvilke konsekvenser slike hendelser har for pasienten og pasientens relasjon til legen. Å utforske dette ville by på en del praktiske og metodiske utfordringer, ikke minst når det gjelder rekruttering, men ville kunne belyse viktige perspektiver som jeg ikke tar for meg i denne avhandlingen. Direkte observasjon kan være en viktig kilde til informasjon om hvordan portvaktfunksjonen utøves i praksis, men det ville kreve omfattende video- eller lydopptak av konsultasjoner for å få et tilstrekkelig stort materiale.

Det vil også være av interesse å utvikle, implementere og evaluere et konkret intervensjonsprogram som tar sikte på å øke allmennlegens kompetanse i håndtering av konfliktfylte pasientmøter, og sammenligne deltakerne i programmet med et kontrollutvalg. Effekt- og erfaringsmål kunne være økt opplevelse av mestring og generell jobbtilfredshet hos legen i ettertid, vurdert gjennom spørreskjema eller kvalitative metoder.

Det ville også være nyttig å utforske nærmere hvordan myndigheter og politikere omtaler portvaktfunksjonen og allmennlegens bidrag. Et samarbeidsprosjekt med en samfunnsforsker som tar sikte på å beskrive den offentlige retorikken når det gjelder disse spørsmålene, vil kunne gi nyttig kunnskap om hvordan allmennlegen kan gis bedre støtte for å løse portvaktoppdraget.

10. LITTERATUR

1. Den norske legeforening. Riktig diagnose til rett tid - Fastlegen som helsetjenestens portner. 2017.
2. Bokmålsordboka. Oslo: Kunnskapsforlaget; 2005. 3. reviderte utgave.
3. Oxford English Dictionary: Oxford University Press; 2017.
4. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. Br J Gen Pract. 2008;58(547):128-30.
5. Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011;29(1):28-38.
6. Allard M, Jelovac I, Leger PT. Treatment and Referral Decisions under Different Physician Payment Mechanisms J Health Econ. 2011(30):880–93.
7. Hordaland fylkeskommune. Tilrettelagt transport for funksjonshemmede. <https://www.hordaland.no/nn-NO/vegogtransport/tt-kort/fritidsreiser> (11.12.2017).
8. Samferdselsdepartementet. Legeerklæring om unntak fra påbudet om bruk av bilbelte. Rundskriv N-5/2002. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-n-52002/id109039/> (06.11.2017).
9. Utdanningsdirektoratet. Rundskriv Udir-3-2016 Fraværsgrense. 2016. <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/finn-regelverk/ettertema/Vitnema/fravarsgrense---udir-3-2016/> (06.11.2017).
10. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. International profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund; 2014.
11. Hope T, Hicks N, Reynolds DJ, Crisp R, Griffiths S. Rationing and the health authority. BMJ. 1998;317(7165):1067-9.
12. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited-protecting patients from overtreatment. N Engl J Med. 1992;327(6):424-9.
13. Norsk forening for allmenntmedisin. Policydokument - Overdiagnostikk og relatert medisinsk overaktivitet. 2016. <http://legeforeningen.no/PageFiles/253324/Policydokument%20overdiagnostikk.pdf> (06.11.2017).
14. Treadwell J, McCartney M. Overdiagnosis and overtreatment: generalists--it's time for a grassroots revolution. Br J Gen Pract. 2016;66(644):116-7.
15. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. BMJ. 2016;354:i4803.
16. Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Forskningsrådet; 2015

<https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&pagename=evasam%2FHo vedsidema&cid=1253972204829> (02.12.2017).

17. Den norske legeforening. Etiske regler for leger 2015. <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> (06.11.2017).
18. Marinoso BG, Jelovac I. GPs' payment contracts and their referral practice. *J Health Econ.* 2003;22(4):617-35.
19. Arbeids- og sosialdepartementet. Lov om folketrygd. Arbeids- og sosialdepartementet; 1997. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> (06.11.2017).
20. Samferdselsdepartementet. Forskrift om førerkort. 2004. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298> (06.11.2017).
21. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer> (06.11.2017).
22. Carlsen B, Norheim OF. "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:70.
23. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Forde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2013;63(612):482-9.
24. Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *Br J Gen Pract.* 2014;64(627):e657-63.
25. OECD. OECD Health Committee Survey on Health Systems Characteristics. 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm> (06.11.2017).
26. Dusheiko M, Gravelle H, Yu N, Campbell S. The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding. *J Health Econ.* 2007;26(4):742-62.
27. Carlsen B, Nyborg K. The gate is open: Primary care physicians as social security gatekeepers. Department of Economics, University of Oslo. 2009.
28. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992;267(16):2221-6.
29. Dworkin G. The theory and practice of autonomy Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
30. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
31. McWhinney IR. An introduction to family medicine. New York: Oxford University Press; 1981.

-
32. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
 33. King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ*. 2013;5(3):385-93.
 34. Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AG, Clay C, et al. "Many miles to go ...": a systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13 Suppl 2.
 35. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49(5):651-61.
 36. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):741-5.
 37. Kasper J, Lager AR, Rumpsfeld M, Kienlin S, Smestad KH, Brathen T, et al. Status report from Norway: Implementation of patient involvement in Norwegian health care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2017;123:75-80.
 38. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC, Han PK, Boss EF, Ofstad EH, et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns*. 2016;99(9):1505-10.
 39. Pilnick A, Dingwall R. On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Soc Sci Med*. 2011;72(8):1374-82.
 40. Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. *J Contemp Health Law Policy*. 1994;10:47-68.
 41. Agledahl KM, Forde R, Wifstad A. Choice is not the issue. The misrepresentation of healthcare in bioethical discourse. *J Med Ethics*. 2011;37(4):212-5.
 42. Willems DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *J Med Ethics*. 2001;27(1):25-9.
 43. Morreim EH. Balancing act: The new medical ethics of medicine's new economics. In: Butler SM, Haislmaier EF, editors.: Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1991.
 44. Getz L, Westin S, Paulsen B. Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1994;114(12):1435-40.
 45. Aamland A, Maeland S. Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging. *Tidsskr velferdsforsk*. 2016;19(2):148–78.

-
46. Aarseth G, Natvig B, Engebretsen E, Maagero E, Lie AH. Writing the patient down and out: the construal of the patient in medical certificates of disability. *Sociol Health Illn.* 2016;38(8):1379-95.
 47. Terum LIN, T. B. [Medical judgment and legal security. Physicians as gatekeepers in the distribution of public goods]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1999;119(15):2192-6.
 48. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(2):67-75.
 49. Carlsen B, Kjellberg PK. Guidelines; from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:17.
 50. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002;122(19):1874-9.
 51. Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, Wilson IB. Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. *JAMA.* 2000;283(14):1858-65.
 52. Wammes JJ, Jeurissen PP, Verhoef LM, Assendelft WJ, Westert GP, Faber MJ. Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Fam Pract.* 2014;31(5):538-44.
 53. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scand J Prim Health Care.* 2003;21(4):209-13.
 54. OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A synthesis of findings across OECD countries. 2010 <http://www.oecd.org/publications/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-9789264088856-en.htm> (06.11.2017).
 55. Brage S, Kann IC. Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner. Rikstrykdeverket, Utredningsavdelingen. 2006.
 56. Mykletun A. Hvordan redusere sykefraværet i Norge. *Tidsskr Norsk psykologfor.* 2010;47(9):850-2.
 57. Mykletun A. Rapport om tiltak for reduksjon i sykefraværet: Aktiviserings-og nærværsreform. Arbeids- og sosialdepartementet. 2010. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform/id592648/> (06.11.2017).
 58. Helsedirektoratet. Sykmelderveileder. Faglig veileder for sykmeldere. 2016. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder> (06.11.2017).
 59. Arbeids- og sosialdepartementet. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). 2014. https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/IA-avtalen-2014-2018/id752432/ (06.11.2017).

-
60. Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgard L, Wilteus AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract.* 2012;13:10.
 61. von Knorring M, Sundberg L, Lofgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(1):22-8.
 62. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med.* 2007;57(1):43-9.
 63. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract.* 2014;15:107.
 64. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract.* 2003;53(488):231-9.
 65. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, et al. "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):18.
 66. Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, et al. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res.* 2010;68(1):5-8.
 67. Maeland S, Werner EL, Rosendal M, Jonsdottir I, Magnussen LH, Ursin H, et al. Diagnoses of patients with severe subjective health complaints in Scandinavia: A cross sectional study. *ISRN Public Health.* 2012.
 68. Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract.* 2004;21(2):199-203.
 69. Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares pa mange måter. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2010;130(23):2356-9.
 70. Johansen ML, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):647-54.
 71. Krohne K, Brage S. New rules meet established sickness certification practice: a focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(3):172-7.
 72. Arrelow B, Alexanderson K, Hagberg J, Lofgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health.* 2007;7:273.
 73. Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health.* 2016;44(2):120-9.

74. Reeves S, Albert M, Kuper A, Hodges BD. Why use theories in qualitative research? *BMJ*. 2008;337:a949.
75. Hoeyer K. What is theory, and how does theory relate to method? In: Vallgård S KL, editor. *Research Methods in Public Health* 1 ed. Copenhagen: Munksgaard; 2008. p. 17-42.
76. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. 2nd ed. New York, NY: Russell Sage Foundation; 2010.
77. Cooper MJ, Sornalingam S, O'Donnell C. Street-level bureaucracy: an underused theoretical model for general practice? *Br J Gen Pract*. 2015;65(636):376-7.
78. Bovens M, Zouridis S. From street-level to system-level bureaucracies: how information and communication technology is transforming administrative discretion and constitutional control. *Public Adm Rev*. 2002;62(2):174-84.
79. McDonald R. Street-level bureaucrats? heart disease, health economics and policy in a primary care group. *Health Soc Care Community*. 2002;10(3):129-35.
80. Mirvis DM. Physicians' autonomy--the relation between public and professional expectations. *N Engl J Med*. 1993;328(18):1346-9.
81. Morgan DL. *Successful focus groups*. Newbury Park/London/New Dehli: SAGE Publications; 1993.
82. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
83. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1997.
84. Kreuger RAC, M.A. *Focus groups: A practical guide for applied research*. 5th ed ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2015.
85. Kitzinger J. Introduction: The challenge and promise of focus groups. In: Barbour RS, editor. *Developing focus group research* 1999.
86. Kvale S. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing* Thousand Oaks, CA: SAGE; 1996.
87. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation methods*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2015.
88. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
89. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805.
90. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.

-
91. Glaser BS, A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. London: Wiedenfeld and Nicholson; 1967.
 92. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
 93. Alvesson M, Skøldberg K. Reflexive methodology: new vistas for qualitative research Second ed. Los Angeles, London: SAGE; 2010.
 94. Finlay L. Introducing reflexivity. In: Finlay L, Gough B, editors. Reflexivity - A practical guide for researchers in health and social sciences. Oxford: Wiley; 2008.
 95. Haraway D. Situated knowledges; the science question in feminism and the privilege of partial perspective. In: Haraway D, editor. Simians, cyborgs and women: The reinvention of nature. New York: Routledge; 1991. p. 575-99.
 96. Albrecht TL, Johnson GM, Walther JB. Understanding communication processes in focus groups. In: Morgan LD, editor. Successful focus groups. Newbury Park/London/New Dehli: SAGE Publications; 1993. p. 51-64.
 97. Barbour R. Doing focus groups. London: SAGE Publications; 2008.
 98. Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Kelly-Reif S, Krupat E, Thom DH. Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it? *Arch Intern Med.* 2003;163(14):1673-81.
 99. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Fam Pract.* 2002;19(3):285-9.
 100. Eriksen HR, Ihlebaek C. Subjective health complaints. *Scand J Psychol.* 2002;43(2):101-3.
 101. Hunsjør S. Allmenntmedisin 3ed. Oslo: Gyldendal; 2014.
 102. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet.* 2001;358(9280):483-8.
 103. Morse JM. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J of Qual Met.* 2002;1(2):13-22.
 104. Maeland S, Magnussen LH, Eriksen HR, Malterud K. Why are general practitioners reluctant to enrol patients into a RCT on sick leave? A qualitative study. *Scand J Public Health.* 2011;39(8):888-93.
 105. Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification- an interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health.* 2008;36(4):408-14.
 106. Morse JM. The significance of saturation. *Qual Health Res.* 1995;5(2):147-9.
 107. Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research.* 2010;11, Article 8.

108. O'Reilly M, Parker N. "Unsatisfactory saturation": A critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*. 2013;13:190-7.
109. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qual Health Res*. 2015;26(13):1753-60.
110. Maeland S, Werner EL, Rosendal M, Jonsdottir IH, Magnussen LH, Lie SA, et al. Sick-leave decisions for patients with severe subjective health complaints presenting in primary care: a cross-sectional study in Norway, Sweden, and Denmark. *Scand J Prim Health Care*. 2013;31(4):227-34.
111. Richards HM, Schwartz LJ. Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Fam Pract*. 2002;19(2):135-9.
112. Glesne C, Peshkin A. *Becoming qualitative researchers: An introduction*. White Plains, NY: Longman; 1992.
113. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract*. 2009;59(561):e116-33.
114. Grimen H. Tillit og makt- tre sammenhengar. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2001;121(30):3617-9.
115. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med*. 2003;57(8):1409-19.
116. Broholm-Jorgensen M, Guassora AD, Reventlow S, Dalton SO, Tjornhoj-Thomsen T. Balancing trust and power: a qualitative study of GPs perceptions and strategies for retaining patients in preventive health checks. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(1):89-97.
117. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al., editors. *The European definitions of the key features of the discipline of general practice, the role of the general practitioner and a description of the core competencies of the general practitioner/family physician*. WONCA Europe; 2002; Trondheim: WONCA Europe.
118. Gallagher TH, Lo B, Chesney M, Christensen K. How do physicians respond to patient's requests for costly, unindicated services? *J Gen Intern Med*. 1997;12(11):663-8.
119. Mustafa M, Wood F, Butler CC, Elwyn G. Managing expectations of antibiotics for upper respiratory tract infections: a qualitative study. *Ann Fam Med*. 2014;12(1):29-36.
120. Lynoe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ open*. 2011;1(2):e000246.
121. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21.

-
122. Zinn WM. Doctors have feelings too. *JAMA*. 1988;259(22):3296-8.
 123. Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(2):69-74.
 124. Finset A, Mjaaland TA. The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):323-30.
 125. Kafetsios K, Anagnostopoulos F, Lempesis E, Valindra A. Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: a social-functional perspective. *Health Commun*. 2014;29(2):205-14.
 126. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD, et al. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med*. 2009;169(4):410-4.
 127. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 1988;297(6647):528-30.
 128. Swensen E. Fastlegene- nyttige idioter? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2017.
 129. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ open*. 2017;7(8):e017757.
 130. Kumar S. *Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention*. Healthcare (Basel). 2016;4(3).
 131. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1600-13.
 132. Association WM. WMA Declaration of Geneva 2017. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (11.12.2017).
 133. Malterud K, Fredriksen L, Gjerde MH. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients: a focus-group study from general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(2):85-90.
 134. Nilsing E, Soderberg E, Bertero C, Oberg B. Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden. *J Occup Rehabil*. 2013;23(3):450-61.
 135. Mykletun A, Nilsen S, Kann IC, Jacobsen HR, Wesnes Ø, Nordhagen HP, et al. Nav-legestudien i Bergen: Systematisk veiledning av fastleger reduserte ikke sykefraværet. *Arbeid og velferd*. 2015;3.
 136. Werner EL, Cote P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review. *Clin J Pain*. 2012;28(4):364-71.
 137. Claussen B. Physicians as gatekeepers: will they contribute to restrict disability benefits? *Scand J Prim Health Care*. 1998;16(4):199-203.

138. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(2):167-74.
139. Checkland K. National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work? *Sociol Health Illn.* 2004;26(7):951-75.
140. Drinkwater J, Salmon P, Langer S, Hunter C, Stenhoff A, Guthrie E, et al. Operationalising unscheduled care policy: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2013;63(608):e192-9.
141. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering. 2014.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec1> (06.11.2017).

VEDLEGG

Artikkel I

ORIGINAL ARTICLE

Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints

STEIN NILSEN¹, ERIK LØNNMARK WERNER^{1,2}, SILJE MAELAND¹,
HEGE RANDI ERIKSEN^{1,3} & LIV HEIDE MAGNUSSEN^{1,4}

¹Uni Health, Bergen, Norway, ²Research Unit for General Practice, Uni Research, Bergen, Norway, ³Hemil, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Bergen, Norway, and ⁴Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway

Abstract

Objectives. To explore GPs' considerations in decision-making regarding sick-listing of patients suffering from SHC. **Design.** Qualitative analysis of data from nine focus-group interviews. **Setting.** Three cities in different regions of Norway. **Participants.** A total of 48 GPs (31 men, 17 women; aged 32–65) participated. The GPs were recruited when invited to a course dealing with diagnostic practice and assessment of sickness certificates related to patients with composite SHCs. **Results.** Decisions on sick-listing patients with SHCs were regarded as a very challenging task. Trust in the patient's own story and self-judgement was deemed crucial, but many GPs missed hard evidence of illness and loss of function. Several factors that might influence decision-making were identified: the patients' ability to present their story to evoke sympathy, the GP's prior knowledge of the patient, and the GPs' own experience as a patient and their tendency to avoid conflicts. The approach to the task of sick-listing differed from patient-led cooperation to resistant confrontation. **Conclusion and implications.** Issuing sickness certification in patients with composite health complaints is considered challenging and burdensome. It is seen as mainly patient-driven, and the decisions vary according to GPs' attitudes, beliefs, and personalities. Guiding the GPs to a more focused awareness of the decision process should be considered.

Key Words: Education, family practice, primary health care, sickness certification, sick-listing, subjective health complaints, work incapacity

Subjective health complaints (SHCs) account for a great proportion of the encounters in general practice [1,2], and include conditions like musculoskeletal pain, tiredness, fibromyalgia, gastrointestinal complaints, depression, and anxiety [3–9]. SHCs are characterized by a plurality of symptoms and often a lack of objective findings or specific pathology to fully explain the complaints [7,10–12]. Lack of objective findings makes assessment difficult and leaves room for great variation in assessment of these patients, including the decision on whether to grant sick leave.

A sickness certificate may be granted in Norway if a reduction in work capacity is due to disease or injury [13,14]. Some 79% of the total number of sickness certificates are issued by general practitioners

(GPs) [13]. This assessment is often difficult and complex, and many physicians are uncomfortable carrying out these duties [15], being caught in the crossfire between the patients' demands for sick-listing and society's pressure to act more restrictively [15,16]. Knorring and her collaborators [17] report that many GPs expressed fatigue, despair, and lack of pride in their work concerning sick-listing. GPs find it particularly challenging to deal with issues of sick-listing when the decision is solely based on the patient's own report of complaints [17,18].

The GP's age, sex, and whether the GP is a specialist or not, and also how the patients present their problem are factors found to influence decisions regarding sick-listing [19,20,22]. Norrmen et al. [21]

Although we have some knowledge concerning GPs' practices on sick-listing in general, less is known about how GPs make their assessments regarding sick-listing in the more complex cases of patients with subjective health complaints (SHCs).

- Decisions on sick-listing patients with SHCs are considered by GPs as a demanding and challenging task and are seen as mainly patient-driven.
- Handling of the sick leave decisions varies greatly, according to GPs' attitudes, beliefs, and personalities.
- Focused awareness of the decision process through more specific education and training among students and GPs should be considered.

found that the strongest predictors for granting sickness certification were agreement between patients' and GPs' assessment of reduced work capacity. When the patient's complaints were judged to be non-somatic, the risk of being sick-listed also increased. However, there is scarce knowledge concerning how physicians actually make their assessment, especially in the more complex cases. The aim of this study was to explore what considerations are made by GPs when they decide whether patients with SHCs are eligible for sick-listing.

Material and methods

Data were drawn from focus-group interviews with GPs attending a course dealing with diagnostic practice and assessment of sickness certificates in patients with composite health complaints. In this course, the GPs were shown videotapes of consultations with patients where decisions on sick leave were to be considered. The videotapes also provided background for a broader discussion concerning sick-listing of patients with SHCs.

A total of 48 GPs, 17 women and 31 men, aged 32–65, 15 being from countries other than Norway, participated in focus-group discussions. Their work experience in family medicine varied from one to 34 years. Most of the GPs worked in an urban setting. Nine group sessions (70–90 minutes) with 4–6 participants in each group were conducted. Many of the foreign GPs had a large number of individuals from their native countries as patients. Three groups consisted of men, one of women, while the rest were of mixed gender. Three of the authors were moderators (SN, LM, EW). An observer took notes in

each group evaluating atmosphere and interaction. A semi-structured interview guide with open questions regarding sick-listing decisions was used. The questions were related to the videotapes, but also to specific examples from the GP's own practice. The interviews were audiotape recorded and transcribed verbatim. The study was approved by the Regional Committee for Medical Ethics and the Norwegian Data Inspectorate.

Analysis

Data were analysed by systematic text condensation inspired by Giorgi's phenomenological analysis through a four-step analysis procedure: getting a total impression, identifying meaning units, abstracting contents of individual meaning units, and summarizing their importance [23,24]. The quotations are identified by numbers corresponding to the participants.

Results

The factors influencing the decision regarding sick-listing may be sorted under the following categories.

The dilemma of no objective signs

The lack of objective signs of illness in these patients was mentioned by the participants as a fundamental challenge, often evoking negative feelings and doubts. One expressed uncertainty as to whether the patient really has a disease that merits a sickness certificate. Another described how she felt more comfortable when she had some real evidence to justify the decision of granting a sickness certificate to the insurance authorities. A young female GP expressed it thus:

I become uncertain when I have to build my decisions on diffuse, ever changing symptoms, varying from week to week. (7)

An objective finding, however subtle, which might support the patient's story would make the decision easier for some GPs, but disagreement appeared on whether a particular sign could be taken as "proof" of disease.

Trusting the patient

When lacking proof, trust becomes paramount, several informants stated. They pointed to their basic trust in the patient as one of the main foundations when considering issuing a sickness certificate. Several regarded the patient as the best judge of his/her

need for sick-listing, and chose to put great emphasis on this self-evaluation. A female participant in her forties said that as she had become a more experienced GP she went from being sceptical and doubtful to more understanding, and now might readily grant a sickness certificate even for prolonged periods as a result of increased empathy and ability to see the patient's situation. A male GP of 30 years' experience put it this way:

I need to have a "naive" approach to the patient, his story and his judgement of his own lack of work ability; I can't live every day with the notion that people are lying to me. (9)

But views on this differed, as some had experienced dishonesty from patients, and as a result had become suspicious. One participant demanded that the patient must be able to provide some kind of proof of his incapacity:

If I suspect that a patient is about to trick me, I try to prove this by examining him several times, as it would be difficult to reproduce simulation. (45)

Prior knowledge

Prior knowledge of the patient was also deemed important by several. Having known a patient for many years would make it easier to make a confident judgement about the patient, whereas younger participants, especially when they had recently taken over a patient from a colleague, expressed greater doubts about assessment of sick-listing. Insight into the patient's general life situation and working conditions was also mentioned as an important factor. Another said she might even insist that the patient be sick-listed if she knew him well enough, and considered that the patient refused to see what was for his own good. No previous history of sick-listing made the decision easier. One GP explained:

One is able to compare the patient's level of functioning with his usual capacity, and hence more easily identify a loss of working capacity, and be more comfortable about the decision to sick-list. (20)

Purpose of sickness certificate

Another view expressed was that in order to grant a sickness certificate it must serve a specific purpose: having a disease that requires rest in order to heal, or the disease making the patient unable to carry out his/her working tasks. The GPs saw some of

their patients as more vulnerable than others, and considered that a short period of sick-listing would provide a necessary "time-out" from the often overwhelming stress experienced at work. The alternative might be permanent disability. One male GP of 60 described his reasoning this way:

I ask myself: What is the purpose of staying away from work in this case? Is it to avoid something unpleasant, or is it part of a treatment plan? Is it to escape from a conflict with a colleague or will he actually become more ill if he continues to work? This is a jumble that I need to straighten out. (17)

The doctor's inner feelings

Feelings within the GPs themselves that could influence decisions concerning sick-listing were also identified. A female participant described how she could be moved by a sad life story, and be more likely to grant more extensive sick leave. Other situations that might generate sympathy were mentioned: seeing the patient as a hard-working, earnest person trying to mend his life, or expressing a strong will to recover and return to work. Some participants also commented on how they could become influenced by the expressive style of their patients. A demanding, condescending patient might inflict negative feelings in a GP, while a more humble approach could evoke sympathy. One female GP mentioned that her own experience as a patient would influence her decision on sick-listing in a similar case.

Some patients' demanding attitude towards sick-listing would evoke negative feelings in the GPs, and they described the question of sick-listing as sometimes a regular battle. Some admitted that by nature they were likely to avoid conflicts, and therefore were reluctant to get into fights with patients pressing hard for extended sick leave. One voiced feelings of self-regret for not being able to do so, while others described the frustration and anger of being hostage to a system where the patient is the obvious winner, even if the GP did try to put up a fight. Some GPs, on the other hand, expressed confidence when they found it appropriate to actively confront the patient. They expressed no worries at losing the patient or feeling the patient's resentment. A female GP of 45 put it this way:

After a long period of sick leave I told him: Who should take responsibility for the fact that you don't like your job? The system has been carrying you for eight months, it's about time you make an effort yourself, or decide to find a new job. He reluctantly went back to work, probably admitting to himself that I wasn't totally wrong. (39)

Some also described how their own present spirit and feeling of well-being was decisive when dealing with difficult questions about sick-listing. They were more likely to question or refuse a request they saw as unjust when they themselves felt strong and fit. On the other hand, when pressed for time, or when feeling tired, they more easily gave in. One young female GP phrased it like this:

You have to pick your fights carefully. You can't fight with 20 patients a day. When I am due to pick up my son in kindergarten in 20 minutes, I am not likely to try to push a reluctant patient back to work. (6)

Discussion

This study demonstrated that the GPs find sick-listing patients with SHCs a very challenging task. Lacking hard evidence of illness and loss of function, the GPs put trust in the patient's own story and self-judgement. Factors influencing decision-making regarding sickness certification included the patient's ability to evoke sympathy, extensive prior knowledge of the patient, and also properties within the GPs: their own experience as a patient and tendency to avoid conflicts. The approach to the sick-listing task differed through a broad range from patient-led cooperation to resistant confrontation. Even if composite health complaints were the starting point for the study, many of these findings regard sick-listing in general.

Invitation to participate was sent to all Norwegian GPs and the interviews were conducted in three large cities in different parts of the country. This might have favoured GPs working in urban areas, thus giving relatively low rural representation. Also, since the focus groups were part of an educational programme, the GPs might have felt an obligation to participate. We had a large number of participants, and the interviewing went on until no further information was obtained. We therefore consider the material to be saturated and to present a broad range of views on this topic. Viewing videos of clinical examples prior to the focus groups might have stimulated awareness and focused the discussion. Also, many of the GPs from other countries described a patient population dominated by immigrants from their native country, thus adding diversity to the information obtained.

Considerations concerning sick-listing of patients with SHCs seem to be subject to great variation among GPs. While some seemed to readily accept their patients' complaints, others remained sceptical and doubtful when approached by such patients. The conflicting attitudes may be grounded in different

views of disease and medicine in general. These differences may be based on personal beliefs and personalities, and on the medical traditions of the GPs' education and training [25]. GPs who are embedded in an understanding of disease as an objective entity may, in the meeting with these patients, find themselves in a strange world for which they are ill prepared [17,26]. It is tempting to suggest that GPs who apply a more bio-psychosocial view of medicine will be more ready to sick-list these patients, and do so without regrets or doubts. Also, as these patients might be regarded as difficult to treat, a sickness certificate could be seen as the most obvious solution to relieve some of the patient's suffering. It is hoped that a more profound understanding and improved treatment of this patient group in the future will provide the doctor with a better rationale when deciding whether sick-listing is justified.

Some of our informants stated that they were reluctant to grant sick-listing when lacking objective proof of disability. Hence, one could surmise that patients with somatic diseases would be more likely to receive a sickness certificate. Interestingly, a Swedish study [21] made the opposite observation: lack of somatic findings increased the likelihood of being sick-listed. One explanation may be that GPs would in principle prefer solid proof of disease before sick-listing, but find it hard to follow this through in real life.

Trust and knowledge were mentioned as key factors on which the GPs based their decision. A lasting and close relationship will build trust, and will also increase the physician's knowledge of the patient, making a sickness certificate in these difficult cases easier to grant. The GP listing system in Norway that was introduced in 2001, where the doctor became responsible for a specific list of individuals, has probably contributed to a stronger relationship between GPs and patients in general, which may add to an increase in sick-listing. On the other hand, within this system a patient is granted the right to change GP up to twice a year. The informants in our study had experienced that a patient might leave for another GP should a conflict concerning sick-listing occur. This "shopping around" for sickness certificates is also described in the UK, where a similar primary health care scheme is in use [29]. Thus, the listing system might facilitate an increase in the volume of sickness certificates through different mechanisms.

Although a reduction in working ability due to illness is a prerequisite for sick-listing [14], this consideration was not strongly emphasized by the GPs. This could imply that the physician considers this task impossible to evaluate in these complex cases, or simply does not focus much on this aspect, paying more attention to subjective symptoms and

expressions of suffering. There is also reason to believe that GPs have little training in evaluation of work capacity [30]. Sick-listing is described, for the most part, as a patient-led process, where the patient gets what he/she wants [29], and there is evidence that the patients' opinion rather than the GPs' is decisive for the outcome of sickness certification [28,29]. The shift towards a patient-centred approach in recent years has probably added to this effect, as decisions regarding treatment and other aspects of the consultation are reached in close cooperation with the patient. This attitude towards the patient is strongly emphasized in contemporary medical education, while disregarding the patient's views is unheard of. A young doctor is thus left with few tools in dealing with complex sick-listing decisions.

Both the GPs' deeper understanding of and attitude towards their SHC patients and their personal style and personality traits seem to play a role in these considerations, and the GPs seemed to be aware of their own feelings, personalities, and prior experiences as influencing their decision-making. At the same time, it has been found that GPs acknowledge lack of competence and ask for more extensive education and training in these matters [15]. Both as students and in postgraduate training, they will need guiding and counselling: in dealing with SHCs in general, in assessments of working ability, and finally, but not least, in how to deal with the emotions that arise in both the patient and the GP when disagreement occurs. One possible way to solve this dilemma is to reduce the GP's role in sickness certification and pass this responsibility to other agencies or to the patients themselves, but this view has not been given great support in the ongoing assessment of sick-listing policies in Norway.

Conclusion and implication

Assessment of work incapacity in patients with SHCs is considered by GPs as a demanding and troublesome enterprise and varies according to the GPs' attitudes, beliefs, and personalities, and to a large degree the decision process is seen to be patient-driven. Guiding the GPs to a more focused awareness in balancing conflicting views regarding sick-listing through specific education and training is essential. A deeper understanding of these complex cases might in the future also lead to a more rational selection of those who will really benefit from a sickness certificate. This progress will, it is hoped, empower the GP and reduce arbitrary and possibly unequal assessment of sick-listing, thereby improving equality of the patients' right to sickness benefits.

Acknowledgement

This study was funded by the Norwegian Research Council. There are no conflicts of interest.

References

- [1] Rokstad K, Straand J, Sandvik H. [Patient encounters in general practice. An epidemiological survey in More and Romsdal]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:659–64.
- [2] Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *BMJ* 2001;322:767.
- [3] Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occup Med (Lond)* 2007;57:43–9.
- [4] Bruusgaard D, Natvig B. [Unclear conditions – common mechanisms?]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009;129:1481–3.
- [5] Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005;330:4–5.
- [6] Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heart-sink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinically useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:3–10.
- [7] Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Bruusgaard D. Localized or widespread musculoskeletal pain: Does it matter? *Pain* 2008;138:41–6.
- [8] Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000;32:603–11.
- [9] Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):15–21.
- [10] Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Pain* 2005;113:331–9.
- [11] Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR, Ihlebaek CM, Ursin H. Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine* 2006;31:1491–5.
- [12] Ihlebaek C, Eriksen HR. Occupational and social variation in subjective health complaints. *Occup Med (Lond)* 2003;53:270–8.
- [13] Brage S, Kann IC. Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner [General practitioners' sickness certification practices]. In: Report 06/2006. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen; 2006, p 1–38.
- [14] Sickness certificate scheme. Available at: <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Sykmelding/Sykepenger+til+arbeidstaker>
- [15] Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? Systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:67–75.
- [16] Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification: An interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health* 2008;36:408–14.
- [17] Von Knorring M, Sundberg L, Lofgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:22–8.
- [18] Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Lofgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification: A survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health* 2007;7:273.
- [19] Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:81–6.

- [20] Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:48–52.
- [21] Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract* 2008;9:3.
- [22] Tellnes G. [Doctors' sickness certification practice]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1989;109:2439–42.
- [23] Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi A, editor. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985.
- [24] Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* [Qualitative methods in medical research – an introduction]. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- [25] Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: Perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;21:199–203.
- [26] Engblom M, Alexanderson K, Rudebeck CE. Characteristics of sick-listing cases that physicians consider problematic: Analyses of written case reports. *Scand J Prim Health Care* 2009;27:250–5.
- [27] Larsen BA, Forde OH, Tellnes G. [Physician's role in certification for sick leave]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114:1442–4.
- [28] Englund L. Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting [Changes in physicians' sick-listing practice between the years 1996 and 2001]. Falun: Centrum för klinisk forskning Dalarna; 2001.
- [29] Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: Qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2004;328:88.
- [30] Tellnes G. Sickness certification in general practice: A review. *Fam Pract* 1989;6:58–65.

Artikel II



ORIGINAL ARTICLE

GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints

STEIN NILSEN¹, KIRSTI MALTERUD^{1,3,5}, ERIK L WERNER¹, SILJE MAELAND^{2,4}
& LIV HEIDE MAGNUSSEN^{2,3}

¹Research Unit for General Practice, Uni Research Health, Bergen, Norway, ²Department of Occupational Therapy, Physiotherapy and Radiography, Faculty of Health and Social Sciences, Bergen University College, Norway, ³Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway, ⁴Uni Research Health, Bergen, Norway, and ⁵Research Unit for General Practice and Section of General Practice, Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Abstract

Objectives. To explore general practitioners' (GPs') specific negotiation strategies regarding sick-leave issues with patients suffering from subjective health complaints. **Design.** Focus-group study. **Setting.** Nine focus-group interviews in three cities in different regions of Norway. **Participants.** 48 GPs (31 men, 17 women; age 32–65), participating in a course dealing with diagnostic practice and assessment of sickness certificates related to patients with subjective health complaints. **Results.** The GPs identified some specific strategies that they claimed to apply when dealing with the question of sick leave for patients with subjective health complaints. The first step would be to build an alliance with the patient by complying with the wish for sick leave, and at the same time searching for information to acquire the patient's perspective. This position would become the basis for the main goal: motivating the patient for a rapid return to work by pointing out the positive effects of staying at work, making legal and moral arguments, and warning against long-term sick leave. Additional solutions might also be applied, such as involving other stakeholders in this process to provide alternatives to sick leave. **Conclusions and implications.** GPs seem to have a conscious approach to negotiations of sickness certification, as they report applying specific strategies to limit the duration of sick leave due to subjective health complaints. This give-and-take way of handling sick-leave negotiations has been suggested by others to enhance return to work, and should be further encouraged. However, specific effectiveness of this strategy is yet to be proven, and further investigation into the actual dealings between doctor and patients in these complex encounters is needed.

Key Words: Family practice, focus groups, general practice, health communication, negotiating, Norway, return to work, sick leave

Introduction

The sick-leave rate in Norway is higher than elsewhere in OECD countries [1]. Musculoskeletal pain, tiredness, anxiety, or gastrointestinal complaints, often referred to as subjective health complaints (SHC) [2], are among the main reasons why people ask for sickness certification [3]. The social and economic costs related to absence from work have concerned the authorities, and several initiatives have been introduced to control the situation. In Norway, as in a number of other Western countries, doctors have been given the assignment of providing medical premises for sickness benefits, and there is an

increased focus on the doctor's role in sickness certification internationally. In the public debate, general practitioners (GPs) have been accused of taking a passive and indifferent attitude towards issuing sickness certificates. GPs admittedly have reported that they find decisions regarding sickness certification, especially in patients with SHC, challenging and frustrating [4–6]. Lack of competence in assessing work ability has been expressed, particularly in patients with psychiatric conditions. Thus, sick-leave negotiations may be avoided due to time constraints [7]. GPs miss objective evidence of illness and lack of work ability in these cases, and must rely on the

Correspondence: Stein Nilsen, Fjellien 3, N-5019 Bergen, Norway. E-mail: nilsen.stein@gmail.com

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>)

(Received 27 July 2014; accepted 30 November 2014)

ISSN 0281-3432 print/ISSN 1502-7724 online © 2015 The Author(s)
DOI: 10.3109/02813432.2015.1001943

Decisions concerning sick leave for patients with subjective health complaints (SHC) are among GPs' most demanding tasks.

- GPs are aware of and apply specific strategies when negotiating sick-leave issues with patients with SHC, seeking to limit the sick-leave duration.
- Building an alliance by trying to understand the patient's situation and seeking deeper knowledge of the patient's request was considered to be a necessary starting point in these negotiations.
- Focusing on early return to work by emphasizing the benefits of work, bringing up legal issues, and cooperation with the other stakeholders were identified as the main elements in further negotiations.

patient's own report when deciding whether he/she is eligible for sickness certification [8]. Prior knowledge of the patient, the patient's ability to generate sympathy, and the doctor's own experience as a patient are among factors that doctors report as having an influence on their decisions [4].

From the discipline of public policy, Michael Lipsky describes how public servants, from teachers and police officers to social workers and GPs, interact directly with the public, and in doing so represent the frontlines of government policy [9]. His concept *street level bureaucracy* provides a useful perspective to understand the impact of the social structure on what is going on between doctor and patient.

Coming from different clinical professions, the authors shared an interest in the specific process and discussions underlying a sickness certificate decision. More specific insight into GPs' experiences can provide a base for initiatives to improve the standard of sick-leave assessment. Often, the issue of sick leave in these cases leads to discussions between patient and doctor. There is, however, sparse knowledge of how the actual discussion between doctor and patient on this topic is taking place. We therefore wanted to explore GPs' specific strategies for negotiation regarding sick-leave issues with patients suffering from SHC.

Design, material, and methods

We conducted a focus-group study with Norwegian GPs attending a workshop concerning sickness certification. A total of 48 GPs (17 women and 31 men, aged 32–65) participated once in nine focus-group

sessions (70–90 minutes) with 4–6 participants in each group. This workshop (duration two days) was a single event, arranged by Uni Research Health, as part of a research project. Recruitment was made through advertisement in the journal of the Norwegian Medical Association. The participants' general practice experience varied from one to 34 years. Most of the GPs worked in an urban setting. About 30% of the GPs were from countries other than Norway, including Denmark, Sweden, Germany, Pakistan, Iraq, and Ethiopia, many of them having a large number of individuals from their native countries as patients. All the participants participated in the focus groups. Three of the groups consisted of men, one of women, while the rest were of mixed gender. In the workshop, participants first assessed all nine videotaped consultations of patients suffering from SHC [10]. They were then individually requested to decide whether sick leave was appropriate in each case [4]. In the video consultations the patients were played by different actors, but the content was transcriptions of real consultations. Focus-group discussions were carried out prior to subsequent lectures, thus preventing content from lectures being echoed back in the group discussions. Three of the authors acted as group moderators (ELW, SN, LHM), and one co-moderator in each group took field notes. Open-ended questions regarding sick leave were related to the videotapes. The discussions evolved around the decision on whether or not to issue sickness certificates, and how they would handle the negotiation with the patient in this regard, especially when disagreement occurred. Specific examples from the GPs' own practices were also brought into the discussions. The study was approved by the Regional Committee for Medical Ethics (08/12758) and the Norwegian Data Inspectorate (09/20381).

Analysis

Data were analysed by Systematic Text Condensation, a thematic, cross-case strategy suited for exploratory analysis [11]. This procedure consists of a four-step analysis: (i) getting a total impression by reading the whole text to identify preliminary themes, (ii) identifying meaning units concerning GPs' different strategies when negotiating sick leave for patients with SHC, establishing code groups, and sorting the meaning units correspondingly, (iii) abstracting condensates from each code group and its subgroups, (iv) re-conceptualizing the condensates by creating synthesized descriptions of GPs' strategies. Analysis was supported by Lipsky's theories regarding street-level bureaucracy, focusing on the GPs' potential trade-offs between the concerns of the patient and the public responsibility [9].

Results

The GPs reported that they used specific strategies for negotiation of sickness certification with patients with SHC. The first step would be to build an alliance with the patient by complying with the wish for sick leave, and at the same time searching for information to acquire the patient's perspective. This position would become the basis for the main goal: motivating the patient for a rapid return to work, by pointing out the positive effects of staying in work, making legal and moral arguments, and warning against long-term sick leave. Alternative solutions might also be applied, such as involving other stakeholders in the sick-leave process to provide alternatives to prolonged sickness certification. These findings will be elaborated below.

Building an alliance – acquiring the patient's perspectives

There was a general agreement among participants that long-term sick leave for many of the patients with SHC would be counter-productive, with a considerable risk of turning into permanent disability. Nevertheless, many voiced the importance of initially meeting the patient's request for sickness certification in a positive way, seeking to build an alliance. They described in different ways how this alliance could be established by trying to understand the situation from the patient's position, and "walking along" with the patient – a starting point for later negotiations.

An element of alliance building would sometimes be to agree to the first request for sick leave. Since the patient's point of view in the first consultation might be a clear request for a sickness certificate, initial rapport with the patient was considered a prerequisite, before discussing further details. Some GPs also described how, at this step, they explored more deeply the patient's complaints and expressed need for a sickness certificate. It was pointed out in different ways that the initial complaint to justify sick leave could be misleading, with physical complaints often disguising more severe personal or psychological problems. The insight gained by this strategy would make it possible to address the full range of problems, sometimes leading to more accurate management of the situation. An experienced male doctor of 60 working in a rural setting in Eastern Norway gave this advice:

"When I deal with long-term sick leave for conditions I don't quite understand, I always talk to the patient about his work, his marriage, his children and his financial situation. A lot of trouble lies hidden here".

Rapid return to work is still the main goal

Several of the participants claimed that although rapid return to work was their main goal on behalf of the patient right from the start, they advocated the principle of not pushing this point initially. Some participants warned against giving too much resistance in the first consultation, because this might enhance the possibility that the patient moved to another doctor's list. Others advocated this confrontation style as a way to get rid of a difficult patient. Some described how they would make an early follow-up appointment after a limited initial period of sickness certification, starting to negotiate return to work as soon as possible. This could be obtained by changing to part-time sick leave, or, on some occasions, starting out with this option from the beginning. Some of the GPs emphasized how these strategies of alliance and rapid return to work might be closely linked, as a more or less orchestrated chain of events, where the doctor moved along with the patient from one stage to the next, towards the final goal of terminating the sick leave at an early stage. A female doctor aged 35 years, working in an affluent part of a major city, put it this way:

"I acknowledge their need for a sick-note initially, and bring in the "but" in the next consultation".

When the GPs intended to motivate their patients for early return to work, several approaches were recommended, using rewards as well as forewarnings. Pointing to the positive effects of work participation on the patient's well-being, they would seek to ease the patient's fear of the potential dangers of re-entering work. At the same time they advocated the moral obligations of participating in society, while warning the patient of the possible drawbacks of staying out of work for a prolonged period such as tardy recovery, economic loss, or falling out of work permanently. A male doctor of 45 explained:

I try to point to the rewards of being able to stay in work, and that work can in fact empower you and bring you better health, while trying not to be too moralistic about it.

Some GPs said they would also bring up their responsibility towards the authorities and the social laws and regulations when arguing against long-term certified sick leave. They might for instance explain their inability to comply with the patient's immediate wishes by pointing to their own obligation to follow the rules. One experienced male doctor said that he would press for termination of sickness certification after eight weeks, pointing to the stricter conditions that Norwegian law applies to prolonged cases. He

also admitted that he sometimes exaggerated these rules to bring the patient back to work:

"I might say that I can't write a sick note past the employer's payment period [16 days] or the eight weeks. I think it's a great relief to have these excuses."

Alternative solutions may be available – other stakeholders might provide options

Some of the participants described how they would also try to point to alternative solutions to sick leave, such as a temporary change to different working tasks, a change to another job, or by encouraging the patient to reorganize family life to ease the perceived domestic stress factors, rather than blaming the job and solving the problem with a sickness certificate.

Furthermore, several of the participants pointed to the possibilities of cooperation with other agencies or partners to find other alternatives to sick leave. They were aware of their legal duty to involve the patient's employer in such cases, but admitted that they did not apply this opportunity as often as they should. They would also sometimes inform the Norwegian Labor and Welfare Administration (NAV) when feeling uncomfortable about long-term sickness certification, but complained about not receiving due response from the welfare system to such signals. A female GP of 45 related this experience:

"If I sense that this might become a questionable case of prolonged sick leave, I will notify the social security agency right from the start, so they will have the opportunity to intervene at an early stage. But nothing ever happens; not in months. And that's when I kind of give up. What am I supposed to do now?"

Discussion

In our study, the doctors did not seem to act as careless providers of sickness certificates, but in fact expressed awareness by reporting specific strategies with the aim of seeking to limit the duration of sickness absence for patients with SHC. The overall strategy was described as a stepwise process, consisting of alliance-building and mutual understanding, then actively focusing on early return to work, supported by involvement from other stakeholders.

Methodological considerations

The participants in our study were recruited through a course for GPs dealing with sick leave and related topics. They might have had a certain interest in these issues, implying a potentially more conscious and reflective attitude towards the challenges of

sickness certification than other GPs. On the other hand, doctors seeking education in a particular field may be more aware of their shortcomings than their colleagues, and may provide for a more self-reflective discussion. These two factors might balance each other. The fact that the course was free of charge probably made it attractive to a wide group of GPs. We therefore conclude that our sample held satisfactory external validity, and that these results can be transferred to a broad range of GPs working within similar rules and procedures for sick leave [12]. In the focus-group discussions, participants described their strategies by talking about what they usually did, or would like to do, in specific situations. We do not know whether this takes place in real life. Although the strategies presented by participants were often substantiated by specific examples and experiences, internal validity will be jeopardized if we confuse these descriptions with what actually takes place. An observational study with data drawn from videotapes of real consultations would be needed for such a purpose, and our findings must be interpreted with due caution [13].

We consider the clinical experience among the authors as a strength when it came to guiding the discussion onto clinically relevant topics, and to recognizing and appreciating the GPs' work situation and points of reference. On the other hand, this position could also implicate a sympathetic relationship to the informants and their work situation, and thereby prevent a sufficiently reflective view.

Although this study dealt with patients with SHC, the focus-group discussions sometimes took in a broader view, and discussed dilemmas concerning complex long-lasting sickness-certification cases in general. Our findings therefore also shed some light on a broader range of situations where sickness certificates are under consideration. Some aspects of the findings, like balancing medical judgement when it is opposed by the patient's demands, may also be transferred to other situations of negotiations over controversial issues in general practice, such as prescription of antibiotics [14,15].

What is known from before – what does this study add?

In this study GPs demonstrate a wide range of strategies they use when considering sickness certification for patients with SHC. This is somewhat opposed to popular assumptions of GPs as passive servants of a sick-note [16–18]. Sickness certification in SHC cases in general seems to be patient initiated [4,19,20], and the GPs in this study demonstrated great concern about the risk of marginalization following long-term sick leave [21].

We have previously published research suggesting that GPs do indeed take into account a number of considerations when assessing the need for sick leave [4]. This paper further reveals how doctors negotiating sick leave seek to find a balance between compassion and flexibility on one side, and impartiality and strict rule-application on the other, facing the dialectic dilemma of all public services. Lipsky's theory fits well with some of the dilemmas of issuing sickness certificates [9]. However, unlike most other public services, there is no budget to be accounted for by the medical street-level bureaucrat in Norway when it comes to sickness certification. Consequently there are no financial limits to consider and our findings may reflect this situation, as flatly refusing sickness leave when judging it to be questionable was not mentioned by our participants. This is in accordance with findings by Swartling et al. [22]. GPs' budget responsibility has an impact in other areas, e.g. drug prescription, and one could hypothesize as to whether freedom from this responsibility may partially explain why the gate-keeping part of the equation is played down in sickness certification discussions [23].

Balancing society's demand for gate keeping with the need to be supportive and keep on good terms with the patient is a recurrent issue when discussing GPs' roles in sick leave [5,7,24]. In a study by Hiscock et al. [16], doctors reported having adopted a "give-and take" strategy, and compromise has been found to be a key element in order to avoid conflicts. In our study, the GPs' descriptions of how their seeking an alliance and reaching an agreement with the patient before turning their attention towards work elaborates on this strategy. The elements of a patient-centred approach in communication are clearly recognizable, and demonstrate a shift from GPs' more paternalistic attitude of the past [25–27]. This way of communicating may enhance the return to work. Lynoe et al. [27] found for example that positive encounters with health care providers combined with feeling respected significantly facilitated patients' self-estimated ability to return to work, while negative encounters combined with feeling wronged significantly impaired it.

Patients with SHC on long-term sickness absence have further elaborated on how they wish to be encountered by their doctors. They express the need for sufficient time, sympathy, and confidence from their GPs in the process of trying to regain work ability, while a perceived insensitive attitude and pushing too hard towards work might impair their health [21]. Carefully balancing the concerns of the patient and the public responsibility during negotiations is therefore paramount, and attention to the patient's feelings and opinions must be respected.

The GPs in our study expressed a strong awareness of this challenge.

A potential conflict of interest may exist between GPs on one side, and occupational health services and employers on the other, where GPs are seen as primarily concerned with diagnosis and effective treatment, ignoring return to work and quality of life in general [28–30]. GPs trained in occupational health felt that when they negotiated sickness certification their training helped them to challenge beliefs about work absence being beneficial to patients experiencing ill health [31]. After training, they felt better equipped to consider patients' work ability, and issued fewer certificates as a result of this. Our study may balance these findings, as our participants claimed to argue strongly for the benefit of work in negotiations with their patients, and to seek a rapid return to work before all symptoms are relieved. This finding indicates an emerging mutual understanding between GPs and other stakeholders that may prove beneficial in reducing long-term sickness absence.

Functional assessment has been proposed as a tool to adjust the duration of sickness certification periods [32]. Doctors' insufficient knowledge of patients' work demands and lack of contact with the employer may comprise barriers to this approach. Lipsky [9] also mentions the challenges when street-level bureaucrats have to make a large number of decisions with limited time and information available. None of the participants in our study mentioned assessment of work ability as a main element when deciding whether sick leave was appropriate. Since lack of work ability is an absolute prerequisite for receiving compensation for sickness according to Norwegian social law, as elsewhere, one would expect the doctors to pay some attention to this issue in their discussion with the patient [33]. When this seems not to be the case, it may reflect that the doctors' focus in patients with SHC is directed more towards the patient's subjective description of complaints, suffering, and function, as the exact work ability can be difficult to decide or define when dealing with SHC. However, increased attention to this topic when negotiating sickness certification may facilitate return to work.

Long-term sickness absence is the shared responsibility of four principal stakeholders: the doctor, the employer, the social security officer, and the patient him/herself, as pointed out by Werner [34] and Kiessling & Arreløv [7]. Our participants' strategies of turning to legal arguments and hiding behind other public agencies illustrate their reluctance to stand alone, and their need for support and collaboration with the other stakeholders. Closer follow-up of doctors by social security officers has been suggested to improve sensible decision-making in long-term sick-

ness absence [35]. However, although the GPs in our study were aware of possible options for cooperation and support, they did not take full advantage of these. Fear of breaching confidentiality on the patient's behalf might be a barrier to this approach. A lack of collaboration experienced with social welfare agencies and employers, especially regarding practical difficulties in reaching them, may add to the barriers to cooperation, as pointed out by Swartling et al. [55].

Implications

The GPs participating in this study demonstrated a keen awareness of specific strategies to limit prolonged sick leave for SHC. Still, it is uncertain whether this give-and-take approach to sick-leave negotiations may enhance return to work, as the effects of such efforts are difficult to demonstrate. What is actually taking place behind closed doors in the consultation room when these complex situations are discussed is still unclear. More knowledge is needed regarding complex sick-leave encounters, especially when additional factors beyond the medical ones motivate the patient's wish for sickness certification.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

This study was funded by the Norwegian Research Council (grant no ES432873, with professor Hege R. Eriksen as Principal Investigator).

References

- [1] OECD. Mental health and work: Norway. OECD Publishing; 2013.
- [2] Eriksen HR, Ihlebaek C. Subjective health complaints. *Scand J Psychol* 2002;43:101–3.
- [3] Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occup Med* 2007;57: 43–9.
- [4] Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care* 2011;29:7–12.
- [5] Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification: An interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health* 2008; 36:408–14.
- [6] Von Knorring M, Sundberg L, Lofgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:22–8.
- [7] Kiessling A, Arrellov B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity: A qualitative study. *BMC Public Health* 2012;12:702.
- [8] Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:67–75.
- [9] Lipsky M. Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
- [10] Maeland S, Werner EL, Rosendal M, Jonsdottir I, Magnussen LH, Ursin H, et al. Diagnoses of patients with severe subjective health complaints in Scandinavia: A cross sectional study. ISRN Public Health 2012 [online]. doi.org/10.5402/2012/851097
- [11] Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40:795–805.
- [12] Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag [Focus groups as research method in medicine and health care]. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. p. 131–4.
- [13] Lid TG, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: A focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2012;30:64–9.
- [14] Mustafa M, Wood F, Butler CC, Elwyn G. Managing expectations of antibiotics for upper respiratory tract infections: A qualitative study. *Ann Fam Med* 2014;12:29–36.
- [15] Jaruseviciene L, Radzeviciene-Jurgute R, Lazarus JV, Jurgutis A, Ovhed I, Strandberg EL, et al. A study of antibiotic prescribing: The experience of Lithuanian and Russian GPs. *Cent Eur J Med* 2012;7 6: 790–9.
- [16] Hiscock J, Ritchie J. The role of GPs in sickness certification. Research Report No. 148. Leeds: Pensions DoWa; 2001.
- [17] Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgard L, Wiltens AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: A comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract* 2012;13:10.
- [18] Winde LD, Hansen HT, Gjesdal S. General practitioner characteristics and sickness absence: A register-based study of 348 054 employed Norwegians. *Scand J Prim Health Care* 2011;17:210–16.
- [19] Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: Qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 2004;328:88.
- [20] Lofgren A, Hagberg J, Arrellov B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25:178–85.
- [21] Aamlund A, Werner EL, Malterud K. Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: A focus-group study of patients' experiences. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:95–100.
- [22] Swartling MS. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopaedic surgeons. Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine. Uppsala: Uppsala University; 2008. p. 62.
- [23] Andersson K, Carlsten A, Hedenrud T. Prescribing behaviour after the introduction of decentralized drug budgets: Is there an association with employer and type of care facility? *Scand J Prim Health Care* 2009;27:117–22.
- [24] Werner EL, Cote P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: A systematic review. *Clin J Pain* 2012;28:364–71.
- [25] Boyle D, Dwinell B, Platt F. Invite, listen, and summarize: A patient-centered communication technique. *Acad Med* 2005;80:29–32.

- [26] Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697–700.
- [27] Lynoe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: Empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open* 2011; 1:e000246.
- [28] Mowlam A, Lewis J. Exploring how general practitioners work with patients on sickness absence. Research Report No. 257. London: Department of Work and Pensions; 2005.
- [29] Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van den Berg R. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: A cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil* 2006;16:41–52.
- [30] Higgins A, O'Halloran P, Porter S. Management of long term sickness absence: A systematic realist review. *J Occup Rehabil* 2012;22:322–32.
- [31] Money A, Hussey L, Thorley K, Turner S, Agius R. Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. *Br J Gen Pract* 2010;60:721–8.
- [32] Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review. *Eur J Gen Pract* 2012;18:219–28.
- [33] Lov om Folketrygd [National Insurance Act]; §8-4. 1997. Norway: Lovdata [online, in Norwegian].
- [34] Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence. *Eur Gen J Pract* 2009;15:74–9.
- [35] Nilsing E, Soderberg E, Bertero C, Oberg B. Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: A focus group study in Sweden. *J Occup Rehabil* 2013;23:450–61.

Artikel III

What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway

Stein Nilsen^a and Kirsti Malterud^{a,b,c}

^aResearch Unit for General Practice, Uni Research Health, Bergen, Norway; ^bDepartment of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway; ^cThe Research Unit for General Practice and Section of General Practice, Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

ABSTRACT

Objective: To explore general practitioners (GPs') experiences from consultations when a patient's request is denied, and outcomes of such incidents.

Design and participants: We conducted a qualitative study with semi-structured individual interviews with six GPs in Norway. We asked them to tell about experiences from specific encounters where they had refused a patient's request. The texts were analysed with Systematic Text Condensation, a method for thematic cross-case analysis.

Main outcome measures: Accounts of experiences from consultations when GPs refused their patients' requests.

Results: Subjects of dispute included clinical topics like investigation and treatment, certification regarding welfare benefits and medico-legal issues, and administrative matters. The arguments took different paths, sometimes settled by reaching common ground but more often as unresolved disagreement with anger or irritation from the patient, sometimes with open hostility and violence. The aftermath and outcomes of these disputes lead to strong emotional impact where the doctors reflected upon the incidents and sometimes regretted their handling of the consultation. Some long-standing and close patient–doctor relationships were injured or came to an end.

Conclusions: The price for denying a patient's request may be high, and GPs find themselves uncomfortable in such encounters. Skills pertaining to this particular challenge could be improved through education and training, drawing attention to negotiation of potential conflicts. Also, the notion that doctors have a professional commitment to his or her own autonomy and to society should be restored, through increased emphasis on core professional ethics in medical education at all levels.

ARTICLE HISTORY

Received 11 December 2016
Accepted 1 February 2017

KEYWORDS

Family practice; disputes; decision-making; shared; doctor patient relation; personal autonomy; professional autonomy; qualitative research

Introduction

The patient–doctor relationship has undergone a great transformation during the last decades. A paternalistic tradition was during the 1970s challenged by increased attention towards clinical communication and the patient's views, introducing the patient-centred clinical method [1]. Ideas of patient autonomy gradually evolved and are today accepted as the prevailing philosophy for the patient–doctor relationship throughout the Western world. Shared decision-making (SDM) developed gradually as an approach to secure patient autonomy and maintain the impact of the doctor's expertise and assumed benevolence [2,3].

It has been argued that this development has put the doctor's professional autonomy under pressure,

giving the doctor the role as a passive provider who merely presents different options from which the patient may choose [4]. Pellegrino stated that autonomy is a moral right for the patient as well as the doctor [5]. He argues that autonomy is the most powerful principle shaping the patient–doctor relationship, and that both parties have an obligation to respect the other. Yet, he remarks that the growing authority of patient autonomy poses a threat to the doctor's professional autonomy. When the two are in conflict, the patient's wish does not inevitably overrule the doctor's. Thus, a request from the patient should not always find a solution by means of SDM. Certain areas are indisputably regulated by law or medical guidelines and as such not negotiable. In Norway,

CONTACT Stein Nilsen  nilsen.stein@gmail.com  Research Unit for General Practice, Uni Research Health, Kalfarveien 31, N-5018 Bergen, Norway

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The National Insurance Act and The Law Relating to Health Personnel are examples of such regulations [6,7]. Also, The Norwegian Medical Association has in its Ethical Guidelines for Doctors outlined the responsibility to avoid undue spending of common resources [8]. A doctor, sometimes as society's appointed expert, will have to make a number of decisions where such regulations may conflict with patients' wishes or views, posing a challenge to principles of SDM, leading to ethical dilemmas.

As general practitioners (GPs) we have both had painful personal experiences with these dilemmas. We recognise them as especially challenging in general practice, where long-standing and close relationships may add further strain to such encounters. We therefore decided to explore GPs' experiences from consultations when (s)he denies a patient's request, and outcomes of such incidents.

Materials and methods

We conducted a qualitative study where data were obtained through individual semi-structured interviews with GPs in Norway. Asking GPs for accounts about specific consultations where they, for good professional reasons, decided to deny their patients' requests, we wanted to explore how the GPs described their experiences of these disputes, and the subsequent consequences, especially in regard to the doctor–patient relationship.

Six participants were chosen by purposive sampling, seeking doctors with long-standing clinical experience and fluency in Norwegian language to obtain rich and concrete accounts. We included three of each gender, aged 40–63 (mean 58) years, with 10–34 (mean 24) years of general practice experience. Five were Norwegian born, one of foreign origin. Three of the participants worked in a rural setting, the remaining in a city. The interviews were conducted by SN, using a semi-structured interview guide inviting participants to recollect and describe specific consultations where they, for what they considered as professionally well substantiated reasons, had denied their patients' requests. Each participant gave 3–5 examples. The interviews were audiotaped and verbatim transcribed.

Analysis was carried out by SN and KM in collaboration using Systematic Text Condensation (STC), a method for thematic cross-case analysis [9]. The method consists of four steps: (i) reading all the material to get an overall impression and elicit preliminary themes, (ii) develop code groups from preliminary themes, identify meaning units describing GPs' experiences from

consultations of conflicting views, and coding for these, (iii) establish subgroups exemplifying vital aspects of each code group, condense the contents of each of them and identify illustrating quotes, and finally (iv) synthesise the condensates from each code group, presenting a reconceptualised description of each category concerning perceived course, outcome and consequences of the consultations. We used a stepwise approach, conducting a preliminary analysis after the three first interviews, allowing for adjustment of the interview guide and aim of study. Analysis was supported by Pellegrino's perspectives, focusing on the GPs' experiences of the conflict between SDM and professional autonomy in regard to the patient–doctor relationship [5].

Results

Subjects of dispute when the patient's request was denied included clinical topics like investigation and treatment, certification regarding welfare benefits and medico-legal issues, and administrative matters. According to the GPs, the arguments took different paths, sometimes settled by reaching common ground but more often as unresolved disagreements with anger or irritation from the patient, sometimes with hostility and violence. The aftermath and outcomes of these disputes lead to strong emotional impact where the doctors reflected upon the incidents and sometimes regretted their handling of the consultation. Some long-standing and close patient–doctor relationships were injured or came to an end. Below, we elaborate these findings. Quotations are assigned pseudonyms.

Subjects of dispute included clinical topics like investigation and treatment, certification regarding welfare benefits and medico-legal issues, and administrative matters

Disagreement concerning investigation and treatment was mentioned by many of the participants and appeared to be a common area of conflicting views. Requests for antibiotics for viral infections or other self-limiting conditions was a typical issue that lead to denials, as were demands for tranquillisers from young patients known to have a misuse or addiction problem. Some also described how they had rejected requests for extensive investigations or screening tests that were obviously unwarranted. One participant recalled how a foreign patient had made a very forceful demand about referral to X-ray investigation for acute low back pain, and the doctor related the ensuing argument to a clash between different cultures.

Another GP, with 10 years of experience in a city practice, said:

This was a man in a difficult life situation experiencing what I regarded as typical somatoform symptoms – very understandable in my judgement. I went along with a number of investigations – but finally... he could never be satisfied. (Paul)

Sickness certification was another controversial field where several participants sometimes had felt obliged to object to their patients' wishes. Disagreement had typically occurred when the patient returned for follow-up and wanted to extend the period of leave when the doctor no longer found a convincing reason why s/he was still unable to work. One doctor described how a young man demanded extended sick leave for months, when conflict in the workplace appeared to be the underlying problem. A female GP (59 years), working in a rural setting, related a consultation with a well-known patient:

She complained of diffuse illness – being tired, not feeling in good shape, and 'having too much of everything'. I was thinking: 'This is a young woman in good health, and she should be able to handle her work.' (Ann)

Disagreement about whether to issue a health certificate for a driver's licence was also mentioned by some participants. They told of some elderly patients who had argued that they were entitled to sustain their driver's licence in spite of failing health incompatible with the legal requirements, and they had strongly opposed their doctor who pointed this out. A few of the participants also remembered incidents when the dispute concerned administrative matters, like the number of complaints allowed in one consultation, granting permission to free transportation back home after a consultation, or involuntarily admission to mental health care. A female GP, with 29 years of experience in a rural practice, recalled:

Out here in my district we have quite a few retired bus-drivers, very experienced people, who have been driving a lifetime. I had to inform one of them that his medical condition no longer made him qualified for a driver's licence, as I had been warned by members of his family and others about his erratic driving. (Ruth)

Consultations where requests were denied were sometimes settled by reaching common ground, but more typically lead to unsolved dispute and even open hostility

The participants described how consultations had evolved in different directions when a patient was

denied his or her request. Some of them described their perceptions of arguments where they eventually succeeded to reach common ground. Although the patient initially had argued for his or her request, s/he would after some discussion and reasoning back and forth agree to their doctor's decision, though sometimes grudgingly. Such consultations had ended on a reasonably good note, with no expressed dissatisfaction or display of disapproval. A GP, 63 years old, with 35 years of experience in primary care, gave this account of a consultation with a well-known female patient who requested a referral:

When I turned down her wish for ultrasound screening, and argued that this was unwarranted without proper cause, she was sceptical and argued against me. But she has been my patient for many years and has trust in me, and after a while she more or less accepted my decision. (Alice)

More often, however, the GPs' accounts dealt with how the patient openly disagreed, seemed to ignore their doctor's arguments, or expressed anger, irritation or sadness. Some patients were portrayed as less verbal, displaying more of a silent discontent. Often, the consultation had ended without a resolution, sometimes abruptly, without agreement between doctor and patient of how to proceed. A male GP, 50 years old, refused a request for antibiotic treatment:

After having turned her down, I tried to come up with some alternatives, but she just told me: 'This will not work for me'. I felt that the consultation sort of crashed. (Harry)

In quite a few instances, the argument had escalated to open aggression from the patient towards the doctor. Some participants related how they were yelled at, or received condescending or rude remarks and characterisations. These consultations sometimes ended with the patient slamming the door behind him or her. A few participants also told of being physically attacked, having to flee the office or fight back to prevent injury. These dramatic events typically had occurred with young patients with a drug problem who demanded medication. A male GP, 40, did not comply when his young female patient with a drug abuse issue demanded a prescription for strong opiates:

When I realized that we weren't getting anywhere, I tried to terminate the consultation. That was when she got up and attacked me. I managed to throw her aside and get out of there. I was stronger than her, but couldn't know what she might be hiding in her pockets. This was a patient that I knew to be demanding and difficult, and I didn't feel safe with her. (Paul)

The aftermath carried strong emotions, reflections and regrets, and sometimes disrupted relationships

The participants talked extensively about the aftermath of the consultations. They all described vividly the emotional impact these confrontations had elicited in them. Some put a name on their strongly felt physical discomfort, such as stomach pain, others recalled feelings of strong irritation or feeling totally exhausted and worn out, one used the expression 'feeling like an empty battery'. A few recalled how they had become frightened or scared, not only for their own safety, but also for their families – one of them to the extent that he installed an alarm in his home for protection. He admitted that such feelings were something he would not be able to handle in large quantity. A couple of doctors also mentioned how they, after having refused a requested investigation, started to worry that their patient might have a serious condition after all. An experienced female GP turned down her elderly patient's wish to discuss a number of long-standing problems during an emergency consultation:

She became very angry and disappointed with me. After she left abruptly, I felt this intense tummy ache, it was really unpleasant, and I felt bad about the whole situation. This was right before lunch, and I sat down with my secretary and confided in her. (Alice)

They also remembered in detail how these encounters with controversies about measures or outcome had left their mark on their professional identity in different formats – as reflections, afterthoughts and sometimes regrets. Most of them recalled making a retrospective self-evaluation of their decision to oppose the patient and their ability to carry out the difficult consultation. In some instances, they had comforted themselves with the notion that the decision was justifiable from a medical point of view, and that they did not need to have any regrets or remorse, even if the patient had expressed anger. Several of them remarked that they still – years later – pondered about how they could have conducted the consultation in a way as to reduce tension or hostility or achieved a shared understanding with the patient in spite of the dispute. Some of them also regretted their behaviour and reflected on how this specific encounter had been instrumental for them to change their consultation style. A 58-year-old GP with his practice in a suburban setting of a large town reflected upon what he had learnt from such an argument:

I carried this incident with me for a long time. I had been much too stubborn and rigid, and this

experience taught me to become more careful and understanding. (James)

Quite a few participants had experienced that the patient after such an encounter had left their list to choose another regular doctor. In one case, it was the doctor's suggestion that he should do so. But mostly, they expressed regrets that the relationship came to end, as they put great value in their often long-standing and close contact with the patient. One doctor related how she had checked on her patient list afterwards, and how she became remorseful when she discovered that the patient had left her. Some of the other participants expressed less concern. They had only carried out what they saw to be their duty, and the patient was free to do whatever suited him or her. This was the dominating sentiment when the patient was previously unknown to the doctor. In other cases, the patient stayed on the GP's list despite the incident, but some participants described how bitterness and lack of trust from the patient could sometimes disturb a previously well-functioning and valuable relationship. One mentioned that he really wished the patient had left, as he, after the incident, started to act more submissively towards the patient. A female participant had the following reflection after having rejected a request for prolonged sick leave:

What is the use of giving it everything you've got to help your patients, only to receive a public denouncement on the internet, accusing you for being insensitive and lacking empathy, when you make something you believe is a proper medical judgement. I cannot see how this could have been handled differently, but still, a very close doctor-patient relationship was destroyed. (Ann)

Discussion

Subjects of dispute included clinical, medico-legal and administrative issues. According to the GPs, the arguments were sometimes settled by reaching common ground but more often ended in disagreement with anger and hostility. These incidents led to strong emotional impact, reflections and regrets by the GPs. Some long-standing patient-doctor relationships were injured or came to an end. Below, we discuss the strengths and limitations of the study design and the impact of these findings.

Methodological considerations

The participants described encounters that had taken place in the past, in some instances years ago. Exact recollection of these consultations might prove

difficult, putting the internal validity at risk. On the other hand, these instances of denial were rather uncommon, and seemed to have made a strong impression on the participants, who mostly provided vivid and detailed information. Although dramatic events will more easily be remembered than disagreements that are solved without too much conflict, we argue that these experiences are valid for other GPs, as the dilemmas of disagreement about measures and outcome in general practice are frequently described and discussed [10,11]. Admittedly, there are a number of grey areas where the right solution is difficult to reach, but in this study the inclusion criteria included stories about events where the participating GPs and the authors considered the denials to be professionally correct, beyond doubt. Direct observation of such incidents, or interviews with patients who were denied their requests could have given more information about the interaction. However, we considered interviews with GPs to strengthen the validity of data intended to elucidate the perceived conflict between SDM and professional autonomy. Although the number of participants was limited, information power (IP) from the data was judged as sufficient [12]. Factors pertaining to high IP in this study included narrow study aim, purposive and specific sampling of participants, strong interview dialogue, and analysis being supported by established theory. SN, who conducted the interviews, is a GP with comparable experiences regarding consultations with disputes and the strong feelings that might ensue. This position made him familiar with the participants' experiences, making it easier to probe deep for detailed information. On the other hand, his experiences from similar situations were also significant elements of his preconceptions, certainly having an influence on dialogue and analysis. Using Pellegrino's ideas about professional autonomy as theoretical framework enabled us to narrow the scope of analysis, putting less emphasis on information that did not pertain to the dilemmas concerning patients' request conflicting with the GP's autonomy [5,13].

What is known from before – what does this study add?

Previous research has demonstrated that denying patients' requests is a particular challenge for doctors, making the gatekeeping role unpleasant and unpopular among doctors [14–16]. However, the nature and consequences of such disputes are to our knowledge not previously studied. Our analysis offers experience-based knowledge, demonstrating a variety of reasons

for controversies, the anger and harsh remarks, the painful feelings, even violence and sometimes ruined relationships. Our findings indicate what is at stake when doctors consider turning down a patient. It adds weight to the impression that doctors, whenever possible, will opt for a compromise in order to avoid arguments, and why the gatekeeping role is often sacrificed [11,17,18].

Patient autonomy and SDM are considered the prevailing moral guidelines for patient–doctor interaction. Pellegrino asserts that the doctor's autonomy must also be taken into account. He argues that the doctor's autonomy may involve him or her respectively as a person, as a doctor, or as a member of the medical profession. The doctor's autonomy as a person is related to personal moral views pertaining to issues like abortion or euthanasia, which is not relevant for our discussion here. Considering the disputes described above, SDM may oppose the doctor's autonomy as a doctor and as a member of a profession. This professional autonomy is, to quote Pellegrino, 'grounded in the possession of expert knowledge needed by sick people and society' [5]. The doctor is, just like his patient, entitled to respect for his professional judgments and choices. Also, Pellegrino remarks that patients, in order to obtain sufficient knowledge to execute their autonomy, are dependent on the doctor's cooperation and beneficence. Consequently, it is not necessarily a contradiction between patient and doctor autonomy, but rather coherence.

For matters related to clinical practice, like diagnosis and treatment, principles of patient autonomy and SDM are usually important and applicable. When medico-legal issues arise, as was the case in many of the disputes related by our participants, the principle of patient autonomy might however no longer be indisputably valid. Examples in this category included eligibility for driver's license or sickness benefit. In such cases, the doctor is obliged by law to give an objective evaluation of the patient's condition to establish whether s/he is entitled to specific benefits or rights. The patient's own view of his or her ability to fulfill the requirements for such a benefit is not necessarily valid for this purpose, although it has a pivotal impact on the dialogue, because (s)he might not possess the specific knowledge of the requirements. Furthermore, (s)he craves a personal gain that might be unjust or even illegal. Accordingly, patient autonomy was not a valid argument for the participants in this study when they recalled the arguments and described their thoughts and feelings.

Rather, the GPs were more concerned about their personal experience of the incidents, and of the

negative consequences that might ensue. Agledahl et al. argued that patient autonomy as overriding general principle in every consultation is simply a misunderstanding, and an inadequate notion in a number of medical encounters [19]. Others have pointed out that doctors also have an obligation to balance the wishes of patients with the needs of society [11]. Still, the principles of patient autonomy and SDM have become so prominent that some authors have speculated that it may be put forward as a convenient excuse when the doctor wish to avoid the burdensome role as gatekeeper [15].

Many of the reported arguments presented by our participants escalated beyond the doctor's control, and breakdown of communication was not realised before it was too late. Often, the participants seemed to be taken by surprise and seemed ill prepared for such disputes. Several authors recommend how such incidents can be resolved if the doctor is prepared and has sufficient skills regarding arguments with patients. Patient satisfaction improves for example significantly when the GP's approach to denial included a discussion of the patient's perspective [11]. Aggressive behaviour seems to be triggered when patients experience unmet needs, when they are subjected to involuntary assessment or when they face unsolicited touch from caretakers [20]. Similar situations were recognisable in this study, and increased awareness from the doctor of how and why certain encounters carry such a risk might have prevented escalating aggression.

To avoid unintended humiliation of the patient, Malterud and Hollnagel advocate that doctors should pay more attention to their own emotions in the consultation [21]. Other strategies found to reduce risk of dispute related to requests for unwarranted investigations include taking time to discuss the patient's worries, and communicating empathetically and expanding patient involvement in the plan for care [17,22]. Clinical communication has for many years been regarded as a core curriculum in medical education. Still, our analysis reveals that the particular field of resolving disagreement may be underestimated, explaining why denying patients their requests sometimes carries dire consequences [23].

Implications

All doctors will, on occasion, face the challenge of denying patients' requests. Our findings indicate that the price for this act may be high, and that GPs find themselves uncomfortable and bewildered in such situations. In order to better prepare them to handle such disputes, skills pertaining to this particular

challenge could be improved though specific education and training, drawing attention to negotiation of potential conflicts. Also, the notion that doctors have a professional commitment to his or her own autonomy and to society should be restored, through engaging doctors in medical education at all levels in a renewed awareness of core professional ethics.

Acknowledgements

The authors thank the GPs who participated in the study.

Ethical approval

The study was approved by the Norwegian Data Inspectorate (Project # 47007), and the Regional Committee for Medical Ethics (Ref. # 2016/123).

Disclosure statement

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This work was supported by a research scholarship from the Norwegian College of General Practice.

Notes on contributors

Stein Nilsen, MD, is a Ph.D.-student at Uni Research Health (Bergen/Norway) and Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen/Norway, and also a General Practitioner in Florvåg/Norway.

Kirsti Malterud, MD, PhD, is a senior researcher and professor of general practice at Uni Research Health (Bergen/Norway), Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen/Norway and Research Unit for General Practice (Copenhagen/Denmark).

References

- [1] McWhinney IR. An introduction to family medicine. New York: Oxford University Press, 1981.
- [2] Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Anal.* 2010;18:60–84.
- [3] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27:1361–1367.
- [4] Pilnick A, Dingwall R. On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Soc Sci Med.* 2011;72:1374–1382.
- [5] Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. *J Contemp Health Law Policy.* 1994;10: 47–68.

- [6] Lov om folketrygd (National Insurance Act); [cited 2017 Jan 23]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- [7] Lov om helsepersonell (Act relating to health personnel), Krav til helsepersonells yrkesutøvelse (Requirements for health personnel profession); [cited 2017 Jan 23]. Available from: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- [8] The Norwegian Medical Association. Etske regler for leger (Ethical guidelines for physicians); [cited 2017 Jan 23]. Available from: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=485>
- [9] Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40:795–805.
- [10] An PG, Rabatin JS, Manwell LB, et al. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med*. 2009;169:410–414.
- [11] Paterniti DA, Fancher TL, Cipri CS, et al. Getting to “no” strategies primary care physicians use to deny patient requests. *Arch Intern Med*. 2010;170:381–388.
- [12] Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26:1753–1760.
- [13] Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: why and how? *Scand J Public Health*. 2016;44:120–129.
- [14] Wynia MK, Cummins DS, Van Geest JB, et al. Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. *JAMA*. 2000;283:1858–1865.
- [15] Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. [What does it feel like for a physician to be a gatekeeper?]. *Tidsskr nor Laegeforen* 2002;122:1874–1879.
- [16] Carlsen B, Norheim OF. “Saying no is no easy matter”: a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:70.
- [17] Gallagher TH, Lo B, Chesney M, et al. How do physicians respond to patient’s requests for costly, unindicated services? *J Gen Intern Med*. 1997;12:663–668.
- [18] Nilsen S, Malterud K, Werner EL, et al. GPs’ negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33:40–46.
- [19] Agledahl KM, Forde R, Wifstad A. Choice is not the issue. The misrepresentation of healthcare in bio-ethical discourse. *J Med Ethics*. 2011;37:212–215.
- [20] Morken T, Alsaker K, Johansen IH. Emergency primary care personnel’s perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:54.
- [21] Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:69–74.
- [22] van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med*. 2009;7:112–120.
- [23] Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, et al. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns*. 2005;58:265–270.



Grafisk design: Kommunikasjonsevidlingen, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



uib.no

ISBN: 978-82-308-3802-0