

Explaining variations in GPs' experiences with doing medically based assessments of work ability in disability claims. A survey data analysis

Roland Mandal

Forsker

SINTEF Teknologi og Samfunn, avd. Helse,
Gruppe for arbeid og helse

Bakgrunn

- Andelen av befolkningen som står utenfor arbeidslivet som mottakere av uførepensjon er høy i Norge;
 - Ved utgangen av september 2013 var det 305 500 uførepensjonister, tilsvarende 9,3 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (Ellingsen 2013)
- Samtidig har det vært en økning i antallet unge mottakere av uførepensjon; i 2 kvartal 2012 var om lag 16 000 personer under 35 år mottakere av uførepensjon
- Psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser har blitt stadig mer dominerende som medisinsk årsak til både sykefravær og uførepensjon
- En aldrende befolkning i kombinasjon med fremtidige estimer (OECD) som viser en markert nedgang i andelen yrkesaktive som andel av den totale befolkningen gjør det viktig å legge til rette for yrkesdeltakelse

Fastlegenes rolle på uføreområdet

- Legene har en sentral rolle innenfor trygdesystemet i Norge, som medisinske eksperter som utfører medisinsk begrunnede vurderinger av arbeidsevne i forbindelse med sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon
- Brage (2010): "GPs are suppliers of the medical information that founds the basis for the processing of applications for disability pensions and other benefits"
- *Legeerklæring ved arbeidsuførhet* er verktøyet som fastleger bruker for å vurdere pasientens funksjon og arbeidsevne
- Leger generelt opplever sykefraværsarbeid og vurderinger av arbeidsevne og funksjonsnivå som utfordrende og tidkrevende (se Arrelöv et al. 2007; Dünner et al. 2001; Engblom et al. 2011; Reiso et al. 2000; Winde et al. 2012; Wrapson & Mewse 2010).
- En nylig publisert studie fant dessuten at mange fastleger anser det å vurdere arbeidsevne og funksjonsnivå som en av de minst meningsfylte oppgavene de har (Halvorsen et al. 2013)

Målsetning med artikkelen

- Målsetningen med artikkelen er å **forklare variasjoner i allmennlegers erfaringer med å gjøre medisinsk baserte vurderinger av arbeidsevne i uføresaker**

Data og metode

- Data ble hentet fra en postal spørreundersøkelse blant alle fastleger i Norge, gjennomført i perioden november 2012 – januar 2013
- Fra en nettopopulasjon på 4516 fastleger, var det 1466 som besvarte spørreskjemaet, noe som ga en svarprosent på 32,5 prosent
- Mixed-effects logistisk regresjon ble brukt for å teste forholdet mellom
 - *Lege-relaterte faktorer* (kjønn, antall år som fastlege, pasientvolum, og spesialisering / ikke spesialisering) og
 - *Strukturelle faktorer* (populasjonsstørrelse og andelen arbeidsledige og uførepensjonister i kommunen)og ulike utfallsvariable som fanger opp grad av trygghet blant fastlegene i disse vurderingene av arbeidsevne
- Tverrsnittsdata – assosiasjoner, ikke kausale slutninger...

Avhengige variable

1) Grad av trygghet:

- *"Jeg føler meg trygg i de medisinske vurderingene jeg gjør i forbindelse med uføresøknader"*
- *"Jeg synes det er greit å vurdere arbeidsuførhet i forbindelse med uføresøknader"*
- *"Å vurdere medisinske forhold ved arbeidsuførhet er ikke mer krevende i saker som involverer psykiske lidelser/diagnoser"*

2) Lege-pasientrelasjonen:

- *"Pasientene har en oppfatning av sin egen funksjonsevne som sammenfaller med min oppfatning"*
- *"Pasienter som har kommet frem til at uførepensjon er et alternativ, er ikke vanskelige å motivere til videre utredning og utprøving av funksjonsevne"*

3) *"Når jeg fyller ut legeerklæring ved arbeidsuførhet så kommer jeg med en anbefaling om uføregrad"*

- Binær logistisk regresjon: verdi 1 (ja/"positiv"), verdi 0 (nei/"negativ")

Resultater

- Antall år som fastlege (gruppert: 6-10 år, 11-20, 21-30 og 31 år og mer) er den variabelen som i størst grad skiller seg ut, i form av signifikant positive koeffisienter
- Både når det gjelder *grad av trygghet* og *lege-pasientrelasjonen*, gir fastleger med flere års erfaring uttrykk for mer positive erfaringer og holdninger enn legene i referansekategorien (0-5 års erfaring). Spesielt gjelder dette de med 21-30 års erfaring.
- De mest erfarne legene (31 års erfaring eller mer) "bryter" med dette mønsteret; i alle regresjonene ser vi at koeffisientene for disse er svakere enn for fastleger med 21-30 års erfaring (og i noen tilfeller også de som har 11-20 års erfaring).
- **Hvordan forklare at de mest erfarne legene er mer moderate i sine vurderinger enn de med nest-lengst erfaring?**

Resultater

- Kjønn slår signifikant ut i de to regresjonsanalysene som omhandler *lege-pasientrelasjonen*. Det å være mannlig fastlege gir økt sannsynlighet for å mene at
 - pasientene har en oppfatning av sin egen funksjonsevne som avviker fra legens oppfatning
 - pasienter som har kommet frem til at uførepensjon er et alternativ, er vanskelige å motivere til videre utredning av funksjonsevne.
- Når det gjelder assosiasjonen mellom pasientmengde og de samme to utfallsvariablene, så er også denne negativ (stor pasientmengde → mer negativ til det "potensialet" som ligger i lege-pasientrelasjonen)
- Hva fastlegene har svart på et holdningsspørsmål (sykmeldingsrollen) samt hvordan de beskriver sin egen kunnskap om virksomhetene er også assosiert med sannsynligheten for å ha verdi 1 (positiv) på de avhengige variablene.
- Spesialisering/ikke spesialisering – ikke relevant for å forklare empirisk variasjon på våre utfallsvariabler
- De strukturell-demografiske variablene i modellen ga ingen signifikante resultater

Konklusjoner og implikasjoner

- Få studier har undersøkt legenes erfaringer med å vurdere arbeidsevne i uføresaker
- Lege-relaterte faktorer, og ikke strukturelle forhold, er det som slår ut når vi forsøker å forklare variasjoner blant fastleger når det gjelder deres erfaringer med og synspunkter på å vurdere arbeidsevne
- En mulig implikasjon er at bedre opplæring kan være et viktig tiltak for å øke legenes kompetanse og trygghet i å gjøre vurderinger av sine pasienters arbeidsevne og funksjonsnivå
- Hva med etablering av "workplace policies" rundt denne typen vurderinger? Hvordan gjøre dette på en måte som ikke skaper lokale praksiser?
- **Innspill til implikasjoner!?**

Takk for oppmerksomheten!

Kontaktinfo: roland.mandal@sintef.no (416 45 314)