

Forsøk med ny medisinsk vurdering  
(NMV) etter seks måneders sykmelding

Sluttrapport  
Bergen, 09.03.2018

# Innholdsfortegnelse

<b>Sluttrapport for forsøk med ny medisinsk vurdering (NMV) etter seks måneders sykmelding</b> .....	<b>3</b>
Sammendrag .....	4
<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Del 1: Bakgrunn for prosjektet og internasjonalt kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>7</b>
Sykefravær i Norge .....	8
Forskning om fastlege og sykefravær.....	9
Forskning om «independent medical evaluation».....	10
Innovasjonsverdi .....	11
<b>Del 2: Fremdrift og prosess</b> .....	<b>12</b>
Fremdriftsplan .....	12
Aktiviteter og milepæler.....	13
Møtevirksomhet og kommunikasjon .....	14
Vitenskapelig formidling.....	14
Mediedekning.....	15
<b>Del 3: Kvantitativ evaluering, effektevaluering</b> .....	<b>15</b>
Formål.....	15
Metode og studiedesign.....	16
<i>Data</i> .....	18
<i>Inkluderte</i> .....	19
<i>Bakgrunnskjennetegn</i> .....	25
Analyse av effekt .....	31
Konklusjon av effektevalueringen .....	41
Kost/nytte-betraktninger .....	41
<b>Del 4: Kvalitativ evaluering</b> .....	<b>43</b>
Formål.....	43
Valg av metode og studiedesign .....	43
Analysemetode og informasjonsstyrke .....	44
Etikk .....	44
<i>Pasientstudie</i> .....	45
<i>Fastlegestudie</i> .....	49
<i>NMV-legestudie</i> .....	54
Diskusjon .....	61
<i>Utvalg</i> .....	61
<i>Resultat</i> .....	61
<b>Del 5: Konklusjon</b> .....	<b>64</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>66</b>

# Sluttrapport for forsøk med ny medisinsk vurdering (NMV) etter seks måneders sykmelding

---

**Versjon**

Endelig rapport

**Dato**

2018-03-09

---

**Forskere**

Silje Mæland, Karin Monstad, Tor Helge Holmås, Irene Øyeflaten, Elisabeth Husabø,  
Aase Aamland

---

**Oppdragsgiver**

Arbeids- og velferdsdirektoratet

**Oppdragsgivers ref.**

Mia Johnsen og Solveig Nordgard Askim

---

**Oppdragstaker**

Uni Research Helse og Rokkansenteret

**Oppdragstakers prosjektleder**

Forsker II dr. Silje Mæland

## Sammendrag

Forsøket ny medisinsk vurdering (NMV) ved seks måneders sykmelding ble initiert fra politisk hold, og igangsatt våren 2015. Forsøket er regulert av «Forskrift om forsøksordning med ny medisinsk vurdering av en annen lege enn fastlegen ved seks måneders sykmelding»

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-08-30-1002>. Målet var å øke

kunnskapsgrunnlaget for å ta beslutning om eventuell nasjonal implementering av NMV. For å gi et best mulig kunnskapsgrunnlag ble det gjennomført en randomisert kontrollert studie i ett fylke (Hordaland) med geografi og innbyggere som er representativt for hele landet. Denne sluttrapporten bygger på ulike datakilder som intervjuer, konsultasjonsdata og registerdata. Samarbeidet mellom involverte aktører (Uni Research, Oppdragsgiver og NAV Hordaland) har fungert godt.

For hele oppfølgingsperioden sett under ett, hadde NMV ingen effekt verken på antall dager sykmeldt eller på gradering av sykmelding, på sannsynligheten for å gå ut av sykmelding før sykmeldingsretten var oppbrukt, eller på overgang til arbeidsavklaringspenger. Dette gjelder for alle som ble innkalt til NMV, uavhengig av om de møtte eller ikke til NMV konsultasjonen.

Evalueringen viste heller ingen effekt for undergrupper definert ut fra kjønn, alder og sykmeldingsdiagnose. Dette gjenspeiles i intervjuene med pasienter og fastleger som uttrykte at de ikke hadde opplevd at NMV hadde ført til endring i oppfølgingen eller mindre sykefravær. Ettersom effektevalueringen konkluderer med at tiltaket ikke har effekt, har ikke forsøket noen inntektskilde i seg selv.

Forsøket representerer en positiv utvikling mot kunnskapsbasert politikk. Å effektevaluere tiltak i en mindre skala legger til rette for best mulig grunnlag når beslutning om implementering skal tas. Dermed er denne rapporten et bidrag til at politikere og beslutningstakere kan utøve kunnskapsbasert politikk.

Samlet gir evalueringresultatene norske beslutningstakerne sterke argumenter for ikke å implementere NMV ved seks måneders sykmelding i en norsk kontekst. Vi anbefaler at denne evalueringen legges til grunn for beslutning om en eventuell nasjonal implementering av tiltaket.

## Forord

Over tre år har vår forskningsgruppe nå jobbet med evalueringen av ny medisinsk vurdering ved seks måneders sykmelding. Til enhver tid er 6,6% av den norske befolkning sykmeldt ([www.ssb.no/sykefratot/](http://www.ssb.no/sykefratot/)), og hver dag passerer 330 nordmenn seks måneders sykmelding. Utvikling av tiltak for sykmeldte er dermed svært viktig for å hjelpe flere tilbake til arbeid. Kunnskapsbasert praksis er et mål innen de fleste fagområder i Norge i dag, og derfor har vi med stort engasjement gjennomført oppdraget.

Evalueringen bygger på store mengder data, som er brakt til veie av en rekke aktører. Takk til alle sykmeldte og fastleger for deltakelse. Arbeids- og velferdsdirektoratet og NAV Hordaland har gjort en uvurderlig innsats, og evnet å engasjere interne krefter til en best mulig gjennomføring av prosjektet. En stor takk rettes til de involverte NMV-veilederne på Hordalands NAV-kontorer for nøyaktig og godt arbeid med deltakere til forsøket. Lena Skeie hos NAV Hordaland og NAV Fana var svært viktig i planlegging og oppstart av prosjektet. Hennes tydelighet og kjennskap til organisasjonen, lettet prosjektgjennomføringen. Takk til NMV-sekretær Sigrun Ekerhovd for å holde i og knytte sammen mange løse tråder gjennom hele driftsfasen. Takk til Endre Homlong for kjappe vendinger og gode løsninger, og Birgitte Lygre for kyndig informasjonsarbeid og godt samarbeid.

Uten søkere til NMV-lege stillingene kunne dette forsøket ikke vært gjennomført. Tusen takk til NMV-legene som stilte med høy kompetanse, kvalifiserte vurderinger og gode diskusjoner i utforming og gjennomføring av NMV-konsultasjonene.

Vi takker også referansegruppen for gode tilbakemeldinger underveis. Legeforeningen i Hordaland har bidratt med innspill og tilretteleggelse av kommunikasjon med fylkets fastleger. Takk til Ola Thune hos Oppdragsgiver for betydelig arbeid med å klargjøre registerdata. Takk til Søren Brage og Erik Werner for kyndig fagkunnskap i utarbeidelse av forsøket generelt og ny medisinsk vurdering-konsultasjonen spesielt.

Forsøket har hatt framdrift som planlagt og samarbeidet mellom aktørene har fungert svært godt.

Prosjektleder

Silje Mæland, 29. februar 2018

## Innledning

Sluttrapporten bygger videre på Underveisrapporten, publisert i september 2016 (<https://bora.uib.no/handle/1956/12809>). Denne beskriver i detalj oppstart og drift av forsøket (herunder brukerrepresentasjon, kommunikasjonsstrategi, møtevirksomhet, etikk og datainnsamling, pilottesting, opplæring og rutiner, utvalgsberegninger, rekruttering av NMV-leger og avvik), NMV-konsultasjonens innhold, status kvantitativ og kvalitativ evaluering (herunder inklusjon og deltakere og randomisering), drøfting av mulige påvirkninger og beskrivelse av utfordringer i prosjektgjennomføring.

Sluttrapporten består av følgende deler:

Del 1: Bakgrunn for prosjektet og internasjonalt kunnskapsgrunnlag

Del 2: Fremdrift og prosess

Del 3: Kvantitativ evaluering, som bygger på:

- registerdata fra NAV om sykmeldinger og sykepenges
- data fra NMV-legenes rapporter fra NMV-konsultasjonene
- data registrert ved deltakende NAV-kontorer

Del 4: Kvalitativ evaluering, som bygger på:

- individualintervjuer med pasienter
- fokusgruppeintervjuer med fastleger
- fokusgruppeintervjuer med NMV-leger

Del 5: Konklusjon

## Del 1: Bakgrunn for prosjektet og internasjonalt kunnskapsgrunnlag

Tjenesteavdelingen i Arbeids- og velferdsdirektoratet lyste i september 2014 ut anskaffelse av evaluering av forsøk med ny medisinsk vurdering (NMV) etter seks måneders sykmelding. I Prop. 93 S (2013-2014) tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2014 står det:

*«Regjeringen vil stille krav om at ingen skal kunne sykmeldes i mer enn seks måneder av egen fastlege. Det iverksettes derfor et avgrenset forsøk med ny medisinsk vurdering av annen lege enn pasientens fastlege innen utgangen av seks måneders sykmelding.»*

Sentrale problemstillinger for evalueringen var:

- *Kvantitativ evaluering: Er tiltaket mer effektivt for tilbakeføring til arbeid (målt med lengde på fravær, bruk av gradert sykmelding, sannsynligheten for å gå over på arbeidsavklaringspenger/uførepensjon) enn vanlig oppfølging av fastlege i Norge?*
- *Kvalitativ evaluering: Hvordan påvirker tiltaket de involverte aktørene?*
- *Kost-nytte evaluering: Er tiltaket kostnadseffektivt på samfunnsnivå?*

Formålet var å bedre kunnskapsgrunnlaget for vurdering av om tiltaket bør innføres nasjonalt. Forsøket skulle gjennomføres som et randomisert kontrollert forsøk (RCT) i et begrenset geografisk område med inntil to års varighet og ha tilstrekkelig omfang til å identifisere effekter. I beskrivelsen av oppdraget var det spesifisert at fastlegen skulle fortsette å ha det medisinskfaglige koordineringsansvaret og sykmeldingsansvaret. Det skulle tas utgangspunkt i at NAV rekrutterte og ansatte legene som skulle foreta ny vurdering. Den nye legen, heretter kalt NMV-legen, skulle vurdere om arbeidsevnen var nedsatt og om tiltak som var iverksatt av fastlege var hensiktsmessige og tilstrekkelige (medisinske tiltak og annen tilrettelegging). NMV-legen skulle ha tilgang til relevante dokumenter i aktuelle saker knyttet til den sykmeldte.

Uni Research vant anbudet og fikk dermed det faglige ansvaret for å forberede og gjennomføre forsøket (effektevaluering, kvalitativ evaluering, kost-/nytteanalyse, samt endelig rapportering). Prosjektet startet opp i februar 2015 og avsluttes mars 2018. NAV Hordaland ble i samarbeid med oppdragsgiver valgt som forsøksfylke da Hordaland er et fylke med innbyggere både i by og distrikt. Hordalands befolkning utgjør 10% av Norges befolkning, og fylket hadde dermed stort nok antall sykmeldte som evalueringen krevde.



Hordaland ble valgt som forsøksfylke.

Illustrasjon: Stina Aasen Lødemel / Allkunne CC BY-SA, kartgrunnlag Kartverket CC BY-SA 4.0.

## Sykefravær i Norge

Sykmelding og sykefravær er kompliserte sosiale prosesser som involverer flere ulike aktører. Sykefravær og sykelønnsordninger har en negativ påvirkning på bedrifter og myndigheter ettersom det forstyrrer produksjon og medfører kostnader for samfunnet (Tellnes, 1990). En sykmelding er en attest om midlertidig arbeidsuførhet grunnet sykdom, skade eller lyte som er utstedt av helsepersonell. Sykefravær kan deles inn i korttidsfravær 1-4 uker og langtidsfravær, mer enn 4-8 uker (Karlsson, Carstensen, Gjesdal, & Alexanderson, 2008). Langvarig sykefravær kan føre til ekskludering, svakere økonomisk uavhengighet og store behov for støtte fra helsevesen og velferdsordninger (Schultz & Gatchel, 2005; Waddell, Burton, & Kendall, 2008). Politiske initiativ for å redusere sykefravær står høyt på agendaen i de fleste vestlige land. Hver dag når 330 nye personer i Norge 6 måneders sykefravær og det er godt dokumentert at langtidsfravær øker risikoen for uførepensjon (Brage, Bragstad, & Sørbo, 2014).

Oppfølging av sykmeldte i Norge er koordinert av NAV. For å få rett til sykepengar skal den sykmeldte så tidlig som mulig forsøke seg i arbeidsrelatert aktivitet. Hovedregelen er at den sykmeldte har plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet innen 8 uker. Arbeidstakere kan få 100 prosent av sykepengegrunnlaget i sykepengar, men NAV utbetaler ikke sykepengar for sykepengegrunnlag utover 6 ganger folketrygdens grunnbeløp (6G). Ved gradert (delvis)



sykmelding har du rett til sykepenger for den delen du er syk. Rettigheter til sykepenger varer i ett år. Sykepengene kan graderes fra 100 prosent ned til 20 prosent, men tidsrom med graderte sykepenger medregnes i den totale sykepengeperiodens lengde. Dialogmøte 1 er en samtale mellom arbeidstakeren, arbeidsgiveren og eventuelt den som sykmelder. I tillegg kan bedriftshelsetjenesten og den tillitsvalgte eller verneombudet delta. Dialogmøte 1 skal avholdes på arbeidsplassen senest innen syv uker, med mindre det er åpenbart unødvendig. Formålet med dialogmøter i regi av NAV er at partene og NAV skal møtes til en felles gjennomgang av situasjonen og legge planer for det videre oppfølgingsarbeidet. NAV vil innkalle arbeidsgiveren og arbeidstakeren og eventuelt den som sykmelder til et dialogmøte 2 senest innen 26 ukers sykefravær.

<https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Sykmeldt+arbeidstaker/Relatert+informasjon/oppfolging-av-sykmeldte-arbeidstakere?kap=394791>).

## Forskning om fastlege og sykefravær

Sykmeldende behandler anses som en betydningsfull aktør som kan påvirke sykefraværet. I Norge er sykmeldende behandler som oftest pasientens fastlege da de utsteder 80 % av alle sykmeldinger (Brage & Kann, 2006). En fastlege har mange roller, blant annet som behandler og sakkyndig. Behandlerrollen innebærer blant annet ansvar for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging, mens sakkyndighetsrollen blant annet innebærer forvaltning av velferdsstatens trygdeordninger. I en gjennomgang av internasjonal forskning publisert på feltet om allmennlevers holdninger til og erfaring med sykefravær og sykefraværsoppfølging, var ett gjennomgående funn at allmennleger oppfattet behandlerrollen som viktigere enn sakkyndighetsrollen, samt at de kjente seg mer kompetent til å være behandler fremfor sakkyndig (Aamland & Mæland, 2016). Sakkyndighetsrollen ble også beskrevet som utfordrende fordi allmennleger erfarte at det var vanskelig å vurdere funksjonsevne, rett sykmeldingsgrad og sykmeldingslengde. Tidspress og manglende mulighet til å utvide konsultasjonstider med spesielt utfordrende pasienter, lange ventetider for utredning og undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, samt manglende oppfølgingstilbud ble løftet frem som årsaker til unødvendige lange sykmeldinger (Aamland & Mæland, 2016). I tillegg fant Aamland og Mæland (2016) forskning som belyste at allmennleger i mange land mangler oversikt over tilgjengelige ressurser og tiltak ment å hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid, og at dette kan medføre at pasienter ikke får adekvate tilbud om oppfølging.

En rekke studier har beskrevet hvordan allmennleger bevisst unngår konflikt med pasientene for å bevare alliansen med pasienten. Andre studier viser at allmennleger i stor grad lar pasientene

styre sykmeldingsprosessen (Aamland & Mæland, 2016), og at pasienter som krever sykmelding oftere blir sykmeldt (Englund, Tibblin, & Svardsudd, 2000).

På bakgrunn av dette kan en si at det var et kunnskapsgrunnlag for å igangsette forsøk med ny medisinsk vurdering av en annen lege enn pasientens fastlege for å evaluere om ordningen kunne påvirke langtidssykefraværet.

## **Forskning om «independent medical evaluation»**

Internasjonalt er en ny konsultasjon hos annen lege brukt i blant annet USA, Canada og Australia og er kjent under begrepet «independent medical evaluation» (IME). Internasjonalt er IMEs brukt av flere grunner: for å vurdere om en skade/sykdom er arbeidsrelatert (i jurisdiksjoner hvor skade eller sykdom må ha kommet som følge av forhold på arbeidsplassen for at kravet skal kunne innfris), identifisere behandlingsbehov, kartlegge funksjon for retur til arbeid eller vurdere endelig grad av funksjonsnedsettelse når medisinsk oppfølging er avsluttet (Busse, Bruun-Meyer, Ebrahim, & Kunz, 2014; Worksafe Victoria, 2013a). I noen jurisdiksjoner ber forsikringsselskaper om å få gjennomført IME av skadede arbeidstakere for å få vurdert progresjonen av behandlingen og hvor egnet behandlingene er (Worksafe Victoria, 2013b).

Etiske og rettslige aspekter ved IME er diskutert i den internasjonale litteraturen, spesielt knyttet til det distanserte forholdet mellom IME-leger og sårbare pasienter (Clifton, 2006). Diskusjonene omhandler at en på bakgrunn av en IME rapport kan bestemme om en skadet eller syk person skal få tilgang til helsehjelp og motta sykepenger eller ikke (Clifton, 2006). Studier fra USA, Canada og Australia har, på bakgrunn av intervjuer med aktuelle aktører, konkludert med at IMEs kan oppleves som uetiske, overfladiske, fysisk og emosjonelt smertefullt og stressende, og at det har medført økt smerte, emosjonelt stress og oppblussing av symptomer (Ebrahim, Sava, Kunz, & Busse, 2014; Kilgour, Kosny, Akkermans, & Collie, 2015; Kilgour, Kosny, McKenzie, & Collie, 2015). Sykmeldte arbeidstakere har rapportert forskjeller i vurderingene til IME legene og deres behandlende allmennlege (Kilgour, Kosny, Akkermans, et al., 2015) og dette har skapt usikkerhet hos pasienten om hvem de skal stole på (Kilgour, Kosny, McKenzie, et al., 2015).

IME har ikke før vært vanlig i norsk kontekst. Det nærmeste vi kommer er bruk av rådgivende lege i NAV i forbindelse med NAVs vurdering av rett på sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. I disse tilfellene kan saksbehandler/veileder ha behov for råd når de gjennomgår den medisinske dokumentasjonen. Da går en rådgivende lege i NAV gjennom foreliggende medisinsk dokumentasjon og gir råd til saksbehandleren/veilederen i forbindelse med vurdering av de medisinske erklæringene. I disse tilfellene er det imidlertid ikke noe fysisk møte eller konsultasjon mellom den sykmeldte og rådgivende lege i NAV.

På bakgrunn av ordlyd i bestillingen fra Oppdragsgiver, samt en gjennomgang av forskningen på IME internasjonalt ble den norske versjonen av IME, *Ny medisinsk vurdering (NMV)*, utviklet i samarbeid mellom Oppdragsgiver og forskningsgruppen ved Uni Research. Slik NMV er brukt i dette forsøket er det blitt tilpasset den norske konteksten og oppdragsgivers bestilling. Utarbeidelse, beskrivelse og implementering av NMV i Hordaland som forsøksfylke er beskrevet i detalj i Underveisrapporten, samt i den vitenskapelig publiserte protokollartikkelen (Husabo et al., 2017).

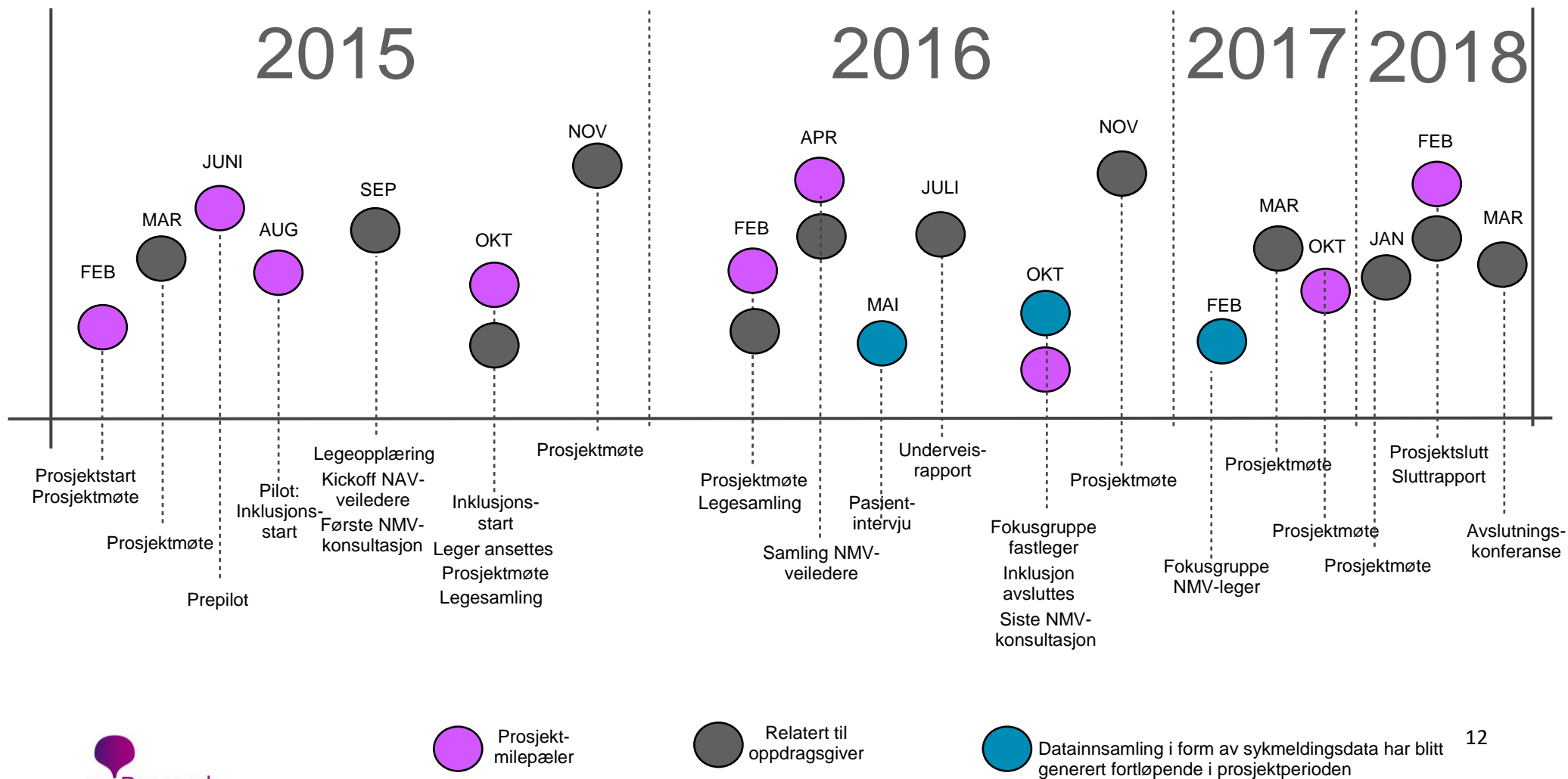
## Innovasjonsverdi

Dette forsøket er den første og eneste randomiserte kontrollerte studien av IME/NMV. I tillegg er prosjektet innovativt i norsk sammenheng fordi det er første gang et NAV-tiltak effektevalueres med en RCT før en eventuell implementering. Forsøket er regulert av «Forskrift om forsøksordning med ny medisinsk vurdering av en annen lege enn fastlegen ved seks måneders sykmelding» <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-08-30-1002>.

## Del 2: Fremdrift og prosess

### Fremdriftsplan

Figur 1. Fremdrift har skjedd i henhold til planen, med noen justeringer og tillegg av møter (markert med grønn skrift). I tillegg ble fokusgrupper med NMV-leger lagt til planen.



## Aktiviteter og milepæler

Arbeid fra prosjektstart til og med juni 2016 er tidligere utførlig beskrevet i Underveisrapporten for prosjektet (<http://bora.uib.no/handle/1956/12809>).

Prosjektleder tok i 2016 initiativ til også å gjøre en kvalitativ evaluering av erfaringer hos NMV-legene som har gjennomført de nye medisinske vurderingene. Disse var viktige aktører i forsøket, og vi så behovet for å ha deres erfaringer med i evalueringen. Etter dialog med Oppdragsgiver ble tilleggsfinansiering til dette gitt i desember 2016.

Enkelte milepæler har tatt lengre tid eller gitt større utfordringer enn forventet:

Som beskrevet i Underveisrapporten ble ni NMV-leger ansatt. Det estimerte behovet var 15-20 leger ansatt i 20% stillinger. Dette medførte at en betydelig andel sykmeldte som ble randomisert til tiltaket, ikke fikk time.

Innhenting av data fra SSB viste seg å være vanskelig fordi behandlingsansvarlig institusjon (NAV) ikke er godkjent forskningsinstitusjon. Etter langvarig dialog med SSB fikk prosjektet endelig avslag på søknad om data. Denne erfaringen kan tas med til senere prosjekt, hvor SSB-data er ønsket. Det kan da inngås en FoU-avtale mellom Direktoratet og SSB-godkjent forskningsinstitusjon. Sistnevnte kan så være forskningsansvarlig og behandlingsansvarlig for prosjektet, og må etablere behandlingsgrunnlag for prosjektet gjennom NSD/Datatilsynet.

Søknaden om SSB-data galde informasjon om utdanning og fødeland. Det at denne informasjonen mangler, regner vi ikke med påvirker den interne validiteten av forsøket, siden randomiseringen skal sikre at vi sammenligner en behandlings- og en kontrollgruppe som er like med hensyn til bakgrunns karakteristika. I analysen får vi bekreftet at gruppene er like når det gjelder alder og kjønn (tabell 4 og 5) og det er nærliggende å tro at det også vil gjelde for utdanningsnivå og fødeland. Likevel ville det være interessant å undersøke om effekten av NMV avhenger av pasientens utdanningsnivå eller fødeland. Slike forskjeller kan for eksempel oppstå på grunn av ulik posisjon på eller tilknytning til arbeidsmarkedet eller på grunn av forhold i helsetjenesten (Brekke, Holmås, Monstad, & Straume, 2017; Kaarboe & Carlsen, 2014; Monstad, Engesæter, & B, 2013).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Tidligere forskning har vist at fastleger behandler pasientene ulikt avhengig av pasientenes sosioøkonomiske bakgrunn (Brekke, Holmås, Monstad, Straume, 2017), og at sosioøkonomisk status påvirker ventetiden på behandling i spesialisthelsetjenesten (Monstad, Engesæter, Espehaug 2013; Kaarboe og Carlsen, 2014).

Utfordringer rundt etisk godkjenning av effektevalueringen er beskrevet i Underveisrapporten. Prosjektleder har siden dette vært medforfatter på en kronikk i Dagens Medisin angående rutiner og lovverk rundt de regionale etiske komiteenes virkefelt innenfor forskningsfeltet arbeid og helse (<https://forskning.no/meninger/kronikk/2017/06/vi-trenger-reks-kompetanse-i-forskning-pa-arbeid-og-helse>).

## Møtevirksomhet og kommunikasjon

I siste del av prosjektet (august 2016 – d.d) har det vært betydelig mindre kommunikasjon og møtevirksomhet mellom aktørene enn i første del, ettersom driftsperioden ble avsluttet november 2016. Samarbeidet mellom Uni Research, Oppdragsgiver og NAV Hordaland har i hele prosjektperioden fungert godt, både i møter, per e-post og over telefon.

Følgende møter er avholdt:

- a) Møter mellom Oppdragsgiver og Uni Research (representanter fra forskergruppen)
- b) Møter med Oppdragsgiver og NAV Hordaland
  - Prosjektmøter: 2016 og 2017
- c) Prosjektleder har stilt i møter med styringsgruppen, referansegruppen og Oppdragsgivers prosjektledelse gjennom hele prosjektperioden
- d) Møter mellom Uni Research og NAV Hordaland:
  - Avslutningskonferanse for NMV-legene 27.10.16
  - Avslutningskonferanse for NMV-veilederne i NAV 16.11.16
- e) Interne møter i Uni Research for å sikre prosjektdrift, analysere og publisere funn i internasjonale tidsskrift.

## Vitenskapelig formidling

Prosjektet er presentert på nasjonale og internasjonale forskerkonferanser: Work Disability, Prevention and Integration Conference i Nederland i september 2016, 20<sup>th</sup> Nordic Congress of General Practice på Island i juni 2017 og Return To Work-seminar i Oslo september 2017. Videre er protokollartikkel og to av tre kvalitative artikler publisert i internasjonale tidsskrifter (se referanser under). Den tredje kvalitative artikkelen er i publiseringsprosess.

Husabo, E., et al. (2017). Protocol for the effect evaluation of independent medical evaluation after six months sick leave: a randomized controlled trial of independent medical evaluation versus treatment as usual in Norway. *BMC Public Health* 17(1): 573.

Aamland, A., et al. (2017). Independent medical evaluation for sick-listed workers in Norway: A focus group study of the experience of IME doctors. *Scand J Public Health*: 1403494817745001.

Aamland, AA. And Mæland, S. Sick-listed workers' expectations about and experiences with independent medical evaluation: A qualitative interview study from Norway. Accepted for publication in the Scandinavian Journal of Primary Health Care 16.02.18

## Mediedekning

Prosjektet har fått mediedekning i forbindelse med publikasjoner, og prosjektleder har uttalt seg i tråd med kommunikasjonsstrategien beskrevet i Underveisrapporten. TV2, Dagens Medisin, Bergens Tiende, NRK og Nettavisen er blant mediene som har skrevet om prosjektet. Lenker til et utvalg av omtalene:

<https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/0lpBA/Halvparten-motte-ikke-til-legesjekk-hos-Nav>

<http://www.tv2.no/a/9567037/>

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/12/20/mener-sykmeldte-har-nytte-av-en-ny-medisinsk-vurdering/>

## Del 3: Kvantitativ evaluering, effektevaluering

### Formål

De sentrale problemstillingene i effektevalueringen er om tiltaket er mer effektivt for tilbakeføring til arbeid enn vanlig oppfølging av fastlege i Norge (målt med lengde på fravær, bruk av gradert sykmelding, sannsynligheten for å gå over på arbeidsavklaringspenger/ uførepensjon), og om tiltaket er kostnadseffektivt på samfunnsnivå.

Formålet med NMV er å redusere sykefraværet for personer som er langtidssykemeldte. Forsøket innebærer at personer som er randomisert til tiltaket får tilsendt en innkalling til ny medisinsk vurdering, mens kontrollgruppen skulle få ordinær oppfølging fra NAV og fastlege. I opplæringen og rutinebeskrivelsene ble det presisert at NAVs ordinære oppfølging av sykmeldte skulle være den samme for sykmeldte i kontroll- og behandlingsgruppen. Spesielt ble det understreket at dialogmøte 2 skulle gjennomføres uavhengig av forsøket og eventuell NMV-konsultasjon. Figur 2 nedenfor skisserer hvordan NMV-konsultasjonen var tenkt innpasset i et sykmeldingsforløp:

Uke	22	23	24	25	26	27	28
Varsel til lokalt NAV-kontor om aktuell kandidat							
Vurdering unntak, randomisering							
Timebestilling							
Brev til fastlegen vedrørende resymé							
Den sykmeldte mottar innkalling							
Fastlegen utarbeider resymé							
Konsultasjon og skriving/distribusjon av NMV-rapport							
Fastlegen igangsetter eventuelt endret oppfølging							

**Figur 2.** Skisse over hvordan NMV- konsultasjonen innpasses i et sykmeldingsforløp.<sup>2</sup>

Innkalling til NMV-konsultasjon kan oppfattes som et signal om strengere oppfølging fra NAVs side. Funn fra tidligere studier kan tyde på at en slik innkalling i seg selv kan bidra til at enkelte sykmeldte returnerer til arbeid (Markussen, Røed, & Schreiner, 2015). Når personen møter til NMV-konsultasjon, vil legen der foreta en vurdering av arbeidsevnen til pasienten. Om NMV-legen vurderer pasientens arbeidsevne mer positivt enn fastlegen ville ha gjort på samme tidspunkt, kan det bidra til redusert sykmeldingsgrad eller full retur til jobb. Følgelig kan tiltaket påvirke sykefraværet på to måter; ved at pasienten mottar en innkalling til NMV og ved at NMV-legen anbefaler redusert sykmelding, som så blir fulgt opp av sykmeldende fastlege. Det kan også tenkes mer indirekte mekanismer. Dersom den sykmeldte er usikker på egen arbeidsevne, vil han/hun kunne ønske å avvente utfallet av en ny medisinsk vurdering før han/hun eventuelt går tilbake til arbeid. Dette kaller vi en innelåsingseffekt. NMV-legen kan gi råd om tiltak som den sykmeldte skal tilbys, for eksempel medisinske behandlinger. Dersom det gjennomføres slike tiltak, kan det på kort sikt gjøre en friskmelding uaktuell, mens det på lengre sikt vil kunne redusere sykefraværet, avhengig av om de tilrådte tiltakene faktisk har effekt.

Mekanismene ovenfor går i ulike retninger og virker dels på kort, dels på lengre sikt. Det er ikke opplagt hvilke mekanismer som vil dominere, slik at det er vanskelig å predikere hvilket fortegn en eventuell effekt vil ha.

## Metode og studiedesign

I mange tilfeller er det hensiktsmessig å undersøke effekten av tiltak før man vurderer å innføre tiltaket for hele populasjonen. Ved å gjennomføre et forsøk for et utvalg (for eksempel avgrenset geografisk), kan man sammenligne effekter og kostnader av tiltaket for dette utvalget. I en slik

<sup>2</sup> Fargekoder: rødt:fokus på NMV-legen, mørk grå: fokus på Nav sentralt og NMV-veilederne sine oppgaver (ikke utfyllende), lys grå: fokus på fastlegen.



evaluering er man opptatt av intern og ekstern validitet. Intern validitet gjelder i hvilken grad forsøket er egnet til å avdekke reelle årsak-virkning sammenhenger (kausale effekter). Ekstern validitet er et spørsmål om resultatene man finner i forsøket, har overføringsverdi til populasjonen, dvs. om resultatene er gyldige i enn større sammenheng. Om forsøket har tilstrekkelig god intern og ekstern validitet, kan resultatene fra forsøket brukes som et beslutningsgrunnlag for om tiltaket bør innføres.

Effektevalueringen av NMV gjennomføres som et randomisert forsøk. Denne framgangsmåten har flere fordeler i forhold til et forsøk der individene selv avgjør om de vil delta. For det første har rekrutteringen skjedd ved hjelp av NAVs registerdata over sykmeldinger, det vil si at deltakerne ikke har kunnet påvirke om de er aktuelle som deltakere i forsøket eller ikke. Dette betyr at det er større grunn til å tro at eventuelle effekter av tiltaket også vil gjelde om man innfører tiltaket for hele populasjonen av sykmeldte, noe som dermed styrker den eksterne validiteten i forsøket. Videre er deltakerne blitt delt inn i to grupper ved tilfeldig trekning. Den ene gruppen fikk innkallingsbrev (NMV-gruppen) mens den andre gruppen ikke var i kontakt med prosjektet, og fikk vanlig oppfølging hos egen fastlege og NAV (kontrollgruppen). Om trekningen er tilfeldig, vil den gi to grupper som er like på alle kjennetegn som kan tenkes å påvirke sannsynligheten for å returnere til jobb. Det gjelder både observerbare kjennetegn (for eksempel kjønn, alder) og uobserverbare (for eksempel sykdommens alvorlighetsgrad, motivasjon, sosiale forhold). Om de to gruppene er identiske (i gjennomsnitt), vil eventuelle forskjeller i sannsynligheten for å vende tilbake til arbeid måtte skyldes tiltaket, dvs. at den interne validiteten i forsøket er god.

Om NMV- og kontrollgruppen er like, kan altså effekten av tiltaket defineres som forskjellen mellom de to gruppene i gjennomsnittet av utfallsvariabelen. Vi tar likevel hensyn til eventuelle forskjeller som kan oppstå tilfeldig i slike forsøk. Dette gjøres ved hjelp av regresjonsanalyser, noe som også gir mer presise estimat av effektene (Angrist & Pischke, 2008). Når vi estimerer (regner ut) effekten av tiltaket, inkluderer vi kjønn, alder med videre i regresjonene, der vi tester om effekten er signifikant forskjellig fra null.

### ***Konseptuelt ulike effekter***

I et randomisert forsøk kan man skille mellom to typer effekter, som gjelder for ulike populasjoner innenfor forsøket. *Intention-to-treat* (ITT) er definert som effekten for de som blir inkludert i behandlingsgruppen (for eksempel får tilbud om en ny medisin), enten de faktisk mottar behandlingen eller ikke. I mange randomiserte forsøk er det selvvalgt om man vil motta behandlingen (for eksempel, om man bruker medisinen som blir utdelt). Effekten kalt *treatment-on-the-treated* (TT) er effekten for dem som faktisk mottar behandlingen. I NMV-forsøket teller

disse to gruppene som følger: det er 1698 personer som har fått innkalling til NMV-konsultasjon (ITT) og 937 personer som har møtt fram til konsultasjonen (TT) (figur 3).

For å avdekke ITT og TT må vi bruke ulike framgangsmåter. I begge tilfeller utnytter vi det faktumet at personene var tilfeldig fordelt til kontroll- og behandlingsgruppen. Effekten for alle innkalt til konsultasjon blir estimert ved minste kvadraters metode (ofte forkortet OLS). For å estimere effekten for dem som møtte til konsultasjon, bruker vi instrument-variabel-estimering (IV), der instrumentet er randomiseringsutfallet. De sentrale forutsetningene for IV-estimering er at i) instrumentet påvirker sannsynligheten for oppmøte til NMV-konsultasjonen sterkt, noe det opplagt gjør her, og ii) at instrumentet ikke påvirker sykefraværet i seg selv (for nærmere forklaring av metoden, se for eksempel Angrist and Pischke (2008)). En heldig side ved dette forsøket er at effekten vi finner ved IV, kan tolkes som en TT-effekt.<sup>3</sup>

## Data

Til denne rapporten bruker vi data fra tre kilder i den kvantitative delen av evalueringen:

- registerdata fra NAV om sykmeldinger og sykepenges
- data fra NMV-legenes rapporter fra NMV-konsultasjonene
- data som er registrert ved deltakende NAV-kontorer

Registerdata er spesielt velegnet til å evaluere randomiserte forsøk, av flere grunner: i) de kan gi et objektivt grunnlag for å rekruttere personer til forsøket, ii) registerdata gjør det mulig å følge personer over tid, også etter at forsøket er avsluttet, slik at man unngår skjevheter som oppstår i spørreundersøkelser siden ikke alle svarer, spesielt i kontrollgruppen iii) kan gi verdifull informasjon om bakgrunnskjennetegn. Vi benyttet informasjon om sykefravær fra to ulike kilder i NAV; sykepengeregisteret og informasjon om sykmeldinger. For å bestemme starten og lengden på sykefraværet brukte vi data fra sykepengeregisteret. Dette registeret inneholder informasjon om alle som mottar sykepenger fra NAV, det vil si alle sykefravær med en varighet på 16 dager eller mer. I dataene vi har fått utlevert fra NAV er hvert fravær registrert med en start- og sluttdato, samt dato for utløp av sykepengerrettigheter. Sykepengeregisteret er derfor vår hovedkilde for lengden på sykefravær, med få korrigeringer (se kolonne 8 og 9 i tabell 1). Når det gjelder gradering og diagnose, og endringer i disse, hentet vi informasjonen fra sykmeldingsregisteret. I prosjektet samlet NAV Hordaland inn data som ble generert fra NMV-legenes rapporter (bl.a. oppgitt og tilrådd sykmeldingsgrad) og veiledere ved de deltakende NAV-kontorene registrerte registreringsdato, id-nummer, eventuelle unntak, randomiseringsutfall, dato for konsultasjon, eventuell avlysning med videre.

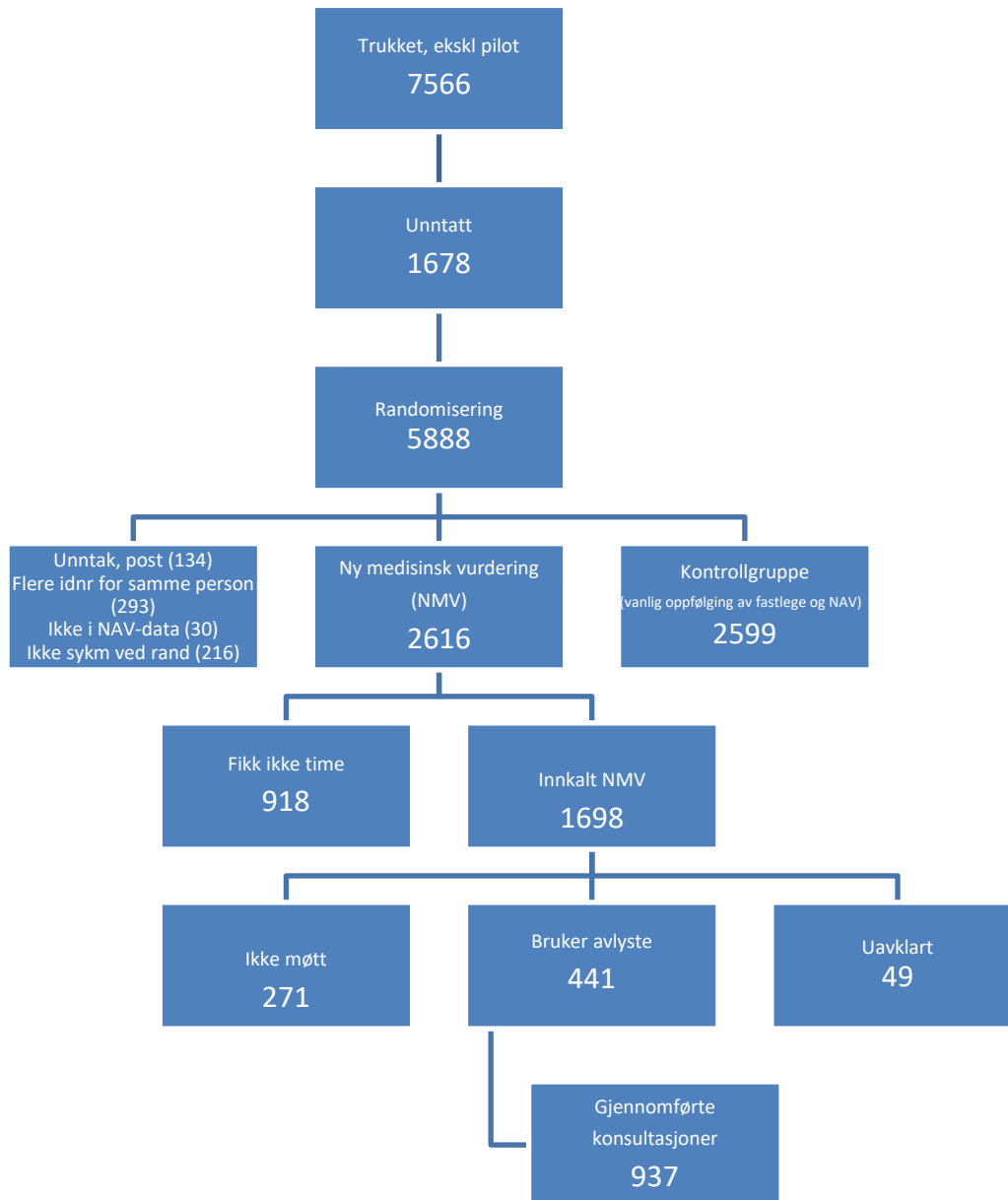
---

<sup>3</sup> Grunnen til at IV-tilnærmingen gir en TT-effekt i dette tilfellet, er at det ikke er mulig å få en NMV-konsultasjon uten å være randomisert til behandlingsgruppen (Angrist og Pischke 2008, kapittel 4).

## Inkluderte

### Proessen fra uttrekk til frammøte ved konsultasjon

De ulike stegene i NMV-tiltaket kan sammenfattes i figur 3, der tallene i hver celle viser antall tilfeller eller personer:



**Figur 3.** Skjematisk oversikt over inklusjon av deltagere til forsøket og over frafall.

Figur 3 viser ulike kategorier for forsøket samlet sett. Tabellene 1 og 3 viser det samme, fordelt på kontor.

**Tabell 1.** Oversikt over antall personer som ekskluderes av ulike årsaker.

	1	2	3	4	5		6		7		8		9		10	
					NMV	KONT-ROLL	NMV	KONT-ROLL	NMV	KONT-ROLL	NMV	KONT-ROLL	NMV	KONT-ROLL	NMV	KONT-ROLL
NAV-kontor	Alle uttrekt til NMV	Pilot	Unntatt forsøket, før randomisering	Samme idnr til to personer (dublett)	Antall observasjoner etter randomisering		Unntatt forsøket, etter randomisering		Samme person, flere idnr		Person-nummer ikke i data fra NAV		Ikke sykmeldt på randomiserings-tidspunktet		Antall personer som potensielt kan inngå i analyseutvalget	
Årstad	496		89		203	204	10	0	4	17		1	12	8	177	178
Åsane	758	23	274		231	230	5	1	8	10	9	17	6	11	203	191
Arna	241		27		107	107	1	0	3	10			5	5	98	92
Bergenhus	454		54		200	200	8	3	1	16			8	9	183	172
Fana	645	34	101		255	255	9	2	5	9	3		3	5	235	239
Fjell	1 168	19	378		386	385	1	0	13	6			9	11	363	368
Fyllingsdalen	464		67	6	194	197	2	0	13	18			6	2	173	177
Laksevåg	659		113		272	274	8	1	23	20			8	11	233	242
Lindås	598		104		248	247	9	2	17	20			10	22	211	203
Os	516		131		191	194	16	11	11	15			8	6	156	162
Stord	749		212		270	267	11	6	10	11			9	15	240	235
Voss	498		61		218	219	15	3	5	13			8	7	190	196
Ytrebyda	396		61		167	168	6	4	5	10			2	10	154	144
<i>Alle kontor, obs</i>	<i>7 642</i>	<i>76</i>	<i>1 672</i>	<i>6</i>	<i>2 941</i>	<i>2 947</i>	<i>101</i>	<i>33</i>	<i>118</i>	<i>175</i>	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>94</i>	<i>122</i>	<i>2 616</i>	<i>2 599</i>
<i>Alle kontor, ind.</i>											<i>12</i>	<i>18</i>	<i>94</i>	<i>122</i>	<i>2 616</i>	<i>2 599</i>

Det er 7642 sykepengetilfeller som ble definert som aktuelle for NMV (*kolonne 1, tabell 1*), det vil si som «hendelser på arbeidsbenken» hos de lokale NAV-veilederne. Av disse hendelsene er 76 knyttet til pilot-fasen, og tas ut fordi de ikke representerer en normal arbeidssituasjon. De lokale NAV-veilederne gjorde 1672 unntak ifølge en fastlagt rutine (se appendiks B). Etter en mindre korleksjon (kolonne 4, tabell 1) er det da 5888 tilfeller som ble randomisert, og utfallet ble 2941 personer til behandlings-gruppen og 2947 til kontrollgruppen (*kolonne 5, tabell 1*).

*Unntak etter randomisering (kolonne 6, tabell 1).* Grunnen til at det er gjort unntak etter randomisering er hovedsakelig tekniske feil i forbindelse med rekruttering til forsøket eller at NAV-veilederen har fått ny informasjon som impliserer at den sykmeldte skal unntas forsøket (for eksempel at den sykmeldte er gravid eller under behandling i spesialisthelsetjenesten). Som forventet er det færre unntak etter randomisering i kontrollgruppen (33) enn i NMV-gruppen (101). Årsaken er at de som er randomisert til tiltaket har fått innkallingsbrevet og derfor selv kan melde fra, mens de som er i kontroll-gruppen ikke er klar over at de deltar i forsøket. Det kan derfor være noen sykmeldte i kontroll-gruppen som skulle vært unntatt, noe som potensielt kan skape skjevheter i forsøket. Dette kommer vi tilbake til nedenfor. I bare noen få tilfeller har fastlege eller psykolog tatt kontakt for å få avlyst NMV-konsultasjonen. Oversikten nedenfor (tabell 2) viser de viktigste årsakene til unntak.

**Tabell 2.** Unntak gitt etter randomisering.

	KONTROLL	NMV
Graviditet	2	11
Diagnose	3	10
Alder	1	2
Teknisk feil (av dette AAP eller uføretrygd)	25 (2)	60 (16)
Under behandling i spesialisthelsetjenesten	2	15
Fastlege/psykolog fraråder konsultasjon	-	3
I alt	33	101

*Personer som har flere id-nummer (kolonne 7, tabell 1).* Disse personenes sykefravær har blitt meldt inn fra NAV sentralt til NAV lokalt flere ganger, uten at det er blitt oppdaget før randomisering at de allerede er inkludert i NMV. De har derfor blitt randomisert på nytt, og kan være randomisert til ulik behandlingsstatus. Vi legger merke til at det er færre som er blitt randomiserte til NMV enn til kontroll blant disse observasjonene. En rimelig forklaring kan være at dersom en person som først ble randomisert til kontrollgruppen ble randomisert flere ganger, er det mindre sannsynlig (enn for NMV-gruppen) at vedkommende blir gitt unntak før randomiseringen ved 2. og eventuelt 3. gang,

fordi NMV-veilederen i NAV ikke så lett gjenkjenner vedkommende fra 1. gang. Vi ekskluderer disse observasjonene fra utvalget fordi samme personen kan være randomisert til ulik behandlingsstatus (på ulike tidspunkt) og fordi det er vanskelig å vite nøyaktig bakgrunnen for at det er blitt sendt dobbelt-varsel (dersom det er en systematikk i forhold til behandlingsstatus, kan det ha en effekt på utfallet).

*Kolonne 8* i tabell 1 viser at enkelte observasjoner måtte utelates fordi personnummeret ikke finnes i NAV-registrene, noe som kan skyldes feilregistrert personnummer lokalt. Videre har vi ekskludert de som ifølge sykepengeregisteret ikke er sykmeldte på randomiseringstidspunktet (kolonne 9 i tabell 1). Den siste kolonnen i tabellen viser hvor mange personer som potensielt kan benyttes i analysene ; 2616 personer i tiltaksgruppen og 2599 personer i kontrollgruppen.

**Tabell 3.** Prosessutfall for de som ble randomiserte til NMV.

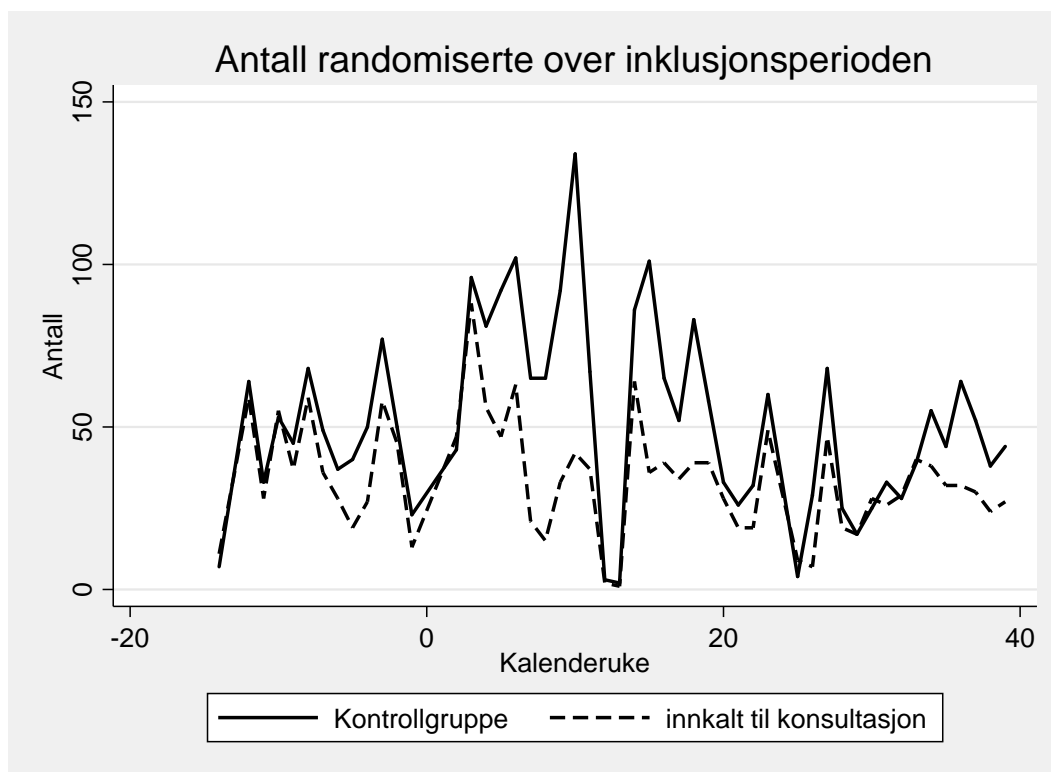
NAV kontor	Antall personer randomisert til NMV	Antall personer som ikke fikk time	Antall personer som avlyste timen	Antall personer som ikke møtte til timen	Antall uavklarte	Antall NMV-konsultasjoner i analyseutvalget
kontor 1	177	72	25	17		63
kontor 2	203	63	49	18	21	52
kontor 3	98	42	14	2	10	30
kontor 4	183	47	41	22	3	70
kontor 5	235	32	27	26	2	148
kontor 6	363	243	26	18		76
kontor 7	173	78	24	14		57
kontor 8	233	131	22	20	1	59
kontor 9	211	48	43	27	12	81
kontor 10	156	16	36	23		81
kontor 11	240	80	68	30		62
kontor 12	190	27	39	37		87
kontor 13	154	39	27	17		71
Alle kontor	2616	918	441	271	49	937

På grunn av manglende kapasitet i forsøket var det ikke mulig å tilby NMV-konsultasjon til alle som ble trukket til NMV-gruppen. Vi ser fra figur 2 og tabell 3 at dette gjelder totalt 918 personer. Siden disse 918 personene heller ikke fikk innkalling til NMV-konsultasjon, har de ikke mottatt noen form for behandling. Vi har derfor valgt å utelukke denne gruppen fra analysene (et alternativ ville være å inkludere dem i kontrollgruppen, men disse to framgangsmåtene viste seg å gi samme resultat). Dette innebærer at det er 1698 personer som fikk innkalling til konsultasjon, og dermed utgjør

behandlingsgruppen når vi analyserer ITT. Som vi ser fra tabell 3 er det relativt mange av de som ble innkalt som avlyste timen (441) eller ikke møtte til konsultasjon (271). Vi ser også at andelen som ikke fikk time eller som avlyste/ikke møtte varierer mellom kommunene. Denne variasjonen kontrollerer vi imidlertid for i analysene ved å inkludere dummy-variabler for NAV kontor. I noen få tilfeller (49) sendte NMV-legen ikke rapport til NAV. I disse tilfellene har vi ikke informasjon om personen har møtt opp til konsultasjon eller ikke (de har fått time og har ikke avlyst den). I analysen av «intention-to-treat» (ITT) beholder vi disse 49 observasjonene (siden de har mottatt innkallingsbrevet), men ekskluderer dem fra utvalget når vi beregner effekten for de som møter (TT), som teller 937 personer.

### Inklusjonstidspunkt

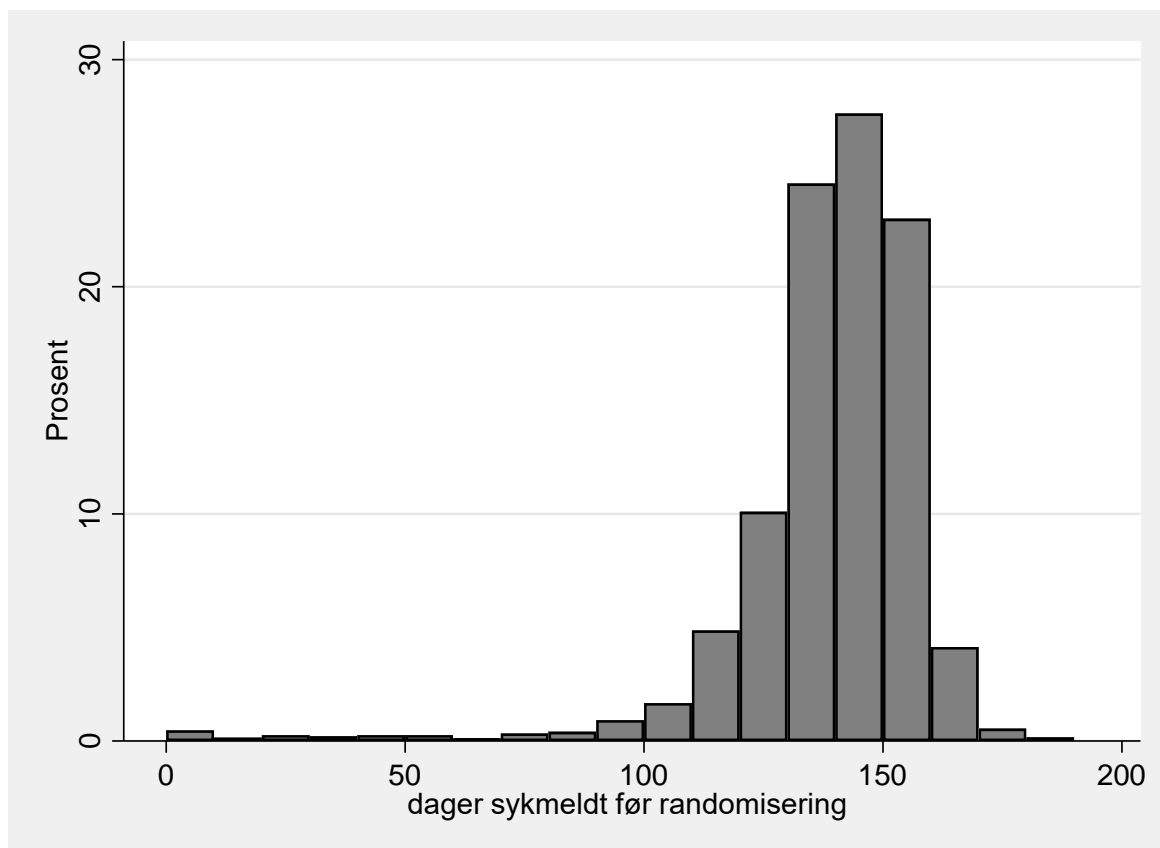
De som ble inkluderte i forsøket, ble randomiserte på ulike tidspunkt i året, fra 23.september 2015 til 29.september 2016. Figur 4 viser hvordan inklusjonen fordeler seg over tid for henholdsvis NMV-behandlingsgruppen og kontrollgruppen.



**Figur 4.** Antall randomiserte pr uke i inklusjonsperioden, gitt behandlingsstatus.

n= 1698 personer i behandlingsgruppen og 2599 i kontrollgruppen. Uke 0 er definert som uke 52 i 2015.

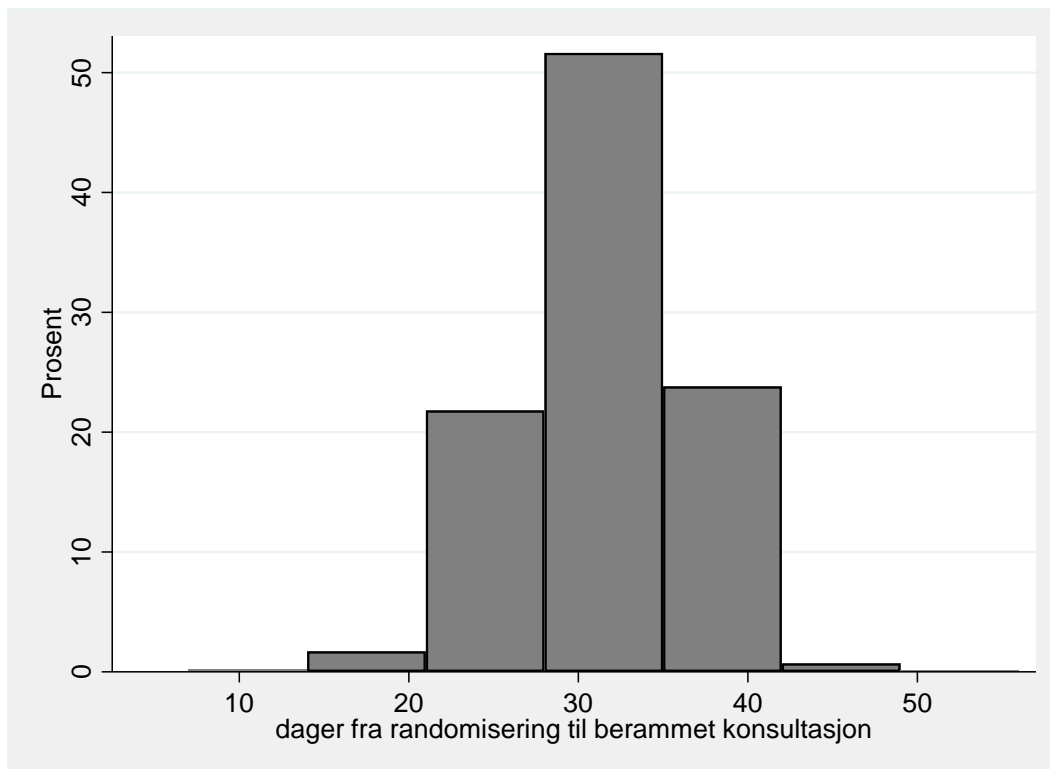
Over tid er det svingninger både i antall randomiserte totalt (på tvers av behandlings- og kontrollgruppen) og i fordelingen mellom gruppene. Denne variasjonen skyldes to faktorer: *i)* uttrekket ble stoppet i forkant av jul, påske (uke 12/13) og sommerferien for å unngå at ventetiden til konsultasjon skulle bli for lang. *ii)* i noen perioder, særlig månedene februar, mars og april i 2016, var det vanskelig å skaffe time til de som var randomiserte til NMV. Selv om selve randomiseringen ble gjort i forholdet 1:1, ble det dermed færre personer i gruppen «innkalt til konsultasjon» enn i kontrollgruppen. I analysene vil vi ta høyde for at kontrollgruppen og NMV-gruppen er inkluderte i forsøket til noe ulike tidspunkt ved å kontrollere for randomiseringsmåned i regresjonene.



**Figur 5.** Fordelingen av antall dager fra starten av sykmeldingstilfellet til randomiseringsdato. N=4137, som tilsvarer 99 % av ITT-utvalget.

Figur 5 viser at det er en variasjon i analyseutvalget i hvor lenge personen hadde vært sykmeldt på randomiseringstidspunktet. Uttrekket i NAVs datasystem skulle gjøres etter 22 ukers (154 dager) sykmelding, og vi ser at de aller fleste ble trukket ut og randomisert før den tid (gjennomsnittlig ved 139 dager). Nedenfor undersøker vi om det er statistisk signifikant forskjell mellom NMV- og kontrollgruppen i dette og andre bakgrunns kjennetegn (tabellene 4, 5 og 6).





**Figur 6.** Fordelingen av antall dager fra randomisering til berammet konsultasjonsdato, for dem som ble innkalt (n= 1698).

I rutinen for NMV-ansvarlig NAV-veileder heter det «finn første ledige time fra og med 21 dager (3 uker) frem i tid. Time må aldri bookes senere enn 5 uker etter randomisering». Figur 6 viser at denne regelen ble fulgt i all hovedsak. En svært liten andel ble berammet før 3 uker (2 %), mens under 1 % prosent ble berammet 6 uker fram i tid (dag 42-48).

### Bakgrunnskjenntegn

Randomisering skal gi grupper som er like både med hensyn til observerbare og uobserverbare egenskaper. Likevel kan det, spesielt i mindre utvalg, oppstå tilfeldige variasjoner mellom kontroll- og behandlingsgruppen. I et komplisert forsøk som NMV er det også tenkelig at det kan oppstå skjevheter mellom NMV- og kontrollgruppen på grunn av ulike forhold ved implementeringen av forsøket. Eksempler på potensielle problemer i dette forsøket er at personer måtte ekskluderes fra forsøket etter at de var randomisert til NMV- eller kontrollgruppen, at personer inkluderes ulikt over tid eller at personer ikke får time til konsultasjon. For å undersøke om NMV- og kontrollgruppen er like med hensyn på observerbare kjennetegn, sammenligner vi gjennomsnittene for de to gruppene. Vi tar utgangspunkt i utvalget på 5888 (kolonne 5 i tabell 1) som ut fra

forhåndsdefinerte kriterier ble vurdert til å være relevante for forsøket og derfor ble randomisert (tabell 4). Deretter undersøker vi om det har oppstått systematiske forskjeller mellom kontroll- og tiltaksgruppen på grunn av unntak som er gitt etter randomisering og det at enkelte personer ikke deltok i forsøket fordi de ikke fikk time til NMV-konsultasjon (tabell 5a og 5b nedenfor).

**Tabell 4.** Bakgrunns kjennetegn for det randomiserte utvalget, før unntak gitt etter randomisering

Variabel	Kontrollgruppe	NMV	Diff.
kjønn	0.41	0.42	0.013 [0.309]
fødselsår	1970.05	1970.01	-0.044 [0.899]
kontor 1	0.07	0.07	0 [0.976]
kontor 2	0.08	0.08	0 [0.943]
kontor 3	0.04	0.04	0 [0.988]
kontor 4	0.07	0.07	0 [0.983]
kontor 5	0.09	0.09	0 [0.981]
kontor 6	0.13	0.13	0.001 [0.945]
kontor 7	0.07	0.07	-0.001 [0.892]
kontor 8	0.09	0.09	0 [0.948]
kontor 9	0.08	0.08	0 [0.981]
kontor 10	0.07	0.06	-0.001 [0.891]
kontor 11	0.09	0.09	0.001 [0.872]
kontor 12	0.07	0.07	0 [0.978]
kontor 13	0.06	0.06	0 [0.970]
<i>N</i>	2947	2941	5888

*Note: p-verdi i klammeparentes. Signifikansnivå: \* 10 %, \*\* 5%. \*\*\*1%.*

Tabell 4 viser at selve randomiseringen fungerte og er balansert; det er ingen signifikante forskjeller mellom kontroll- og tiltaksgruppen med hensyn til kjønn, alder eller bosted (NAV-kontor). Dette gjelder etter at NMV-veilederne på de enkelte NAV-kontorene har gjort unntak etter spesifikke kriterier (utvalget i tabell 4 tilsvarer utvalget i kolonne 5 i tabell 1). Nedenfor vil vi sammenligne om det har oppstått forskjeller i bakgrunns-kjennetegn mellom kontroll- og tiltaksgruppen etter at noen personer fikk unntak etter randomiseringen, og etter at noen som ble randomisert til behandling, ikke fikk time.

**Tabell 5.** Bakgrunnskjennetegn for ulike utvalg som er definerte *etter* randomisering.

Variabel	Tabell 5a			Tabell 5b			Tabell 5c		
	Utvalg etter unntak og korreksjoner			Utvalg i ITT-analyse			Fikk/fikk ikke time		
	Kontroll	NMV	Diff.	Kontroll	NMV	Diff.	Fikk time	Fikk ikke	Diff.
Mann	0.42	0.43	0.01 [0.452]	0.42	0.43	0.012 [0.435]	0.43	0.42	-0.005 [0.805]
Alder ved randomisering	45.75	45.84	0.093 [0.770]	45.75	45.96	0.204 [0.568]	45.96	45.64	-0.317 [0.499]
dager sykmeldt 1 år før	33.79	32.14	-1.649 [0.255]	33.79	31.29	-2.495 [0.126]	31.29	33.7	2.409 [0.249]
dager sykmeldt 2 år før	17.56	16.15	-1.406 [0.338]	17.56	16.95	-0.613 [0.715]	16.95	14.69	-2.259 [0.290]
dager sykm. før rand., i det aktuelle tilfellet	138.77	139.75	0.982 [0.107]	138.77	139.55	0.776 [0.275]	139.55	140.13	0.587 [0.495]
kontor 1	0.07	0.07	-0.001 [0.906]	0.07	0.06	-0.007 [0.390]	0.06	0.08	0.017 [0.107]
kontor 2	0.07	0.08	0.004 [0.575]	0.07	0.08	0.009 [0.282]	0.08	0.07	-0.014 [0.207]
kontor 3	0.04	0.04	0.002 [0.691]	0.04	0.03	-0.002 [0.671]	0.03	0.05	0.013 [0.101]
kontor 4	0.07	0.07	0.004 [0.588]	0.07	0.08	0.014* [0.084]	0.08	0.05	-0.029*** [0.006]
kontor 5	0.09	0.09	-0.002 [0.789]	0.09	0.12	0.028*** [0.004]	0.12	0.03	-0.085*** [0.000]
kontor 6	0.14	0.14	-0.003 [0.768]	0.14	0.07	-0.071*** [0.000]	0.07	0.26	0.194*** [0.000]
kontor 7	0.07	0.07	-0.002 [0.776]	0.07	0.06	-0.012 [0.110]	0.06	0.08	0.029*** [0.004]

kontor 8	0.09	0.09	-0.004 [0.612]	0.09	0.06	-0.033*** [0.000]	0.06	0.14	0.083*** [0.000]
kontor 9	0.08	0.08	0.003 [0.733]	0.08	0.1	0.018** [0.040]	0.1	0.05	-0.044*** [0.000]
kontor 10	0.06	0.06	-0.003 [0.684]	0.06	0.08	0.020** [0.012]	0.08	0.02	-0.065*** [0.000]
kontor 11	0.09	0.09	0.001 [0.868]	0.09	0.09	0.004 [0.673]	0.09	0.09	-0.007 [0.549]
kontor 12	0.08	0.07	-0.003 [0.701]	0.08	0.1	0.021** [0.017]	0.1	0.03	-0.067*** [0.000]
kontor 13	0.06	0.06	0.003 [0.590]	0.06	0.07	0.012* [0.097]	0.07	0.04	-0.025*** [0.009]
<i>N</i>	2599	2616	5215	2599	1698	4297	1698	918	2616

*Note: p-verdi i klammeparentes. Signifikansnivå: \* 10 %, \*\* 5%. \*\*\*1%.*

Tabell 5a viser at også utvalget av personer som potensielt kunne inngå i analysen er balansert med hensyn til kjønn, alder og bosted. Videre er det ingen forskjeller mellom gruppene når det gjelder hvor lenge de har vært sykmeldt før randomisering, verken 1 eller 2 år tidligere eller i det aktuelle sykepengetilfellet. Det tyder på at unntak som er gitt etter randomisering eller andre korreksjoner av NMV- og kontrollgruppene ikke har medført skjevheter. (Utvalget i tabell 5a tilsvarer utvalget i kolonne 10 i tabell 1.)

I effektevalueringen vil bare de som fikk tilbud om NMV-konsultasjon kunne inngå i tiltaksgruppen, og i tabell 5b er NMV-gruppen derfor avgrenset til disse 1698 personene. Som tidligere rapportert (se tabell 3) er problemene med å skaffe ledige time større ved enkelte NAV-kontor enn ved andre. Tabell 5b viser, som forventet, forskjell i kontortilhørighet mellom NMV-gruppen og kontrollgruppen. For eksempel er andelen i kontrollgruppen 7,1 prosent større enn i tiltaksgruppen ved kontor 6. Utover kontortilhørighet er det ingen påviste forskjeller mellom gruppene.

Tabell 5b fanger opp forskjeller kontorene imellom når det gjelder tilgangen på ledige timer hos NMV-legene. Sammenligningen mellom de som fikk time og de som ikke fikk det er vist direkte i tabell 5c, der vi får bekreftet at utover kontortilhørighet er det ingen signifikante forskjeller i bakgrunnskjennetegn.

### *Nærmere beskrivelse av underutvalg blant de som ble innkalt til NMV-konsultasjon*

Blant de som fikk time kan man stille spørsmål ved om det er systematiske forskjeller mellom de som faktisk møtte fram til konsultasjonen og de som ikke gjorde det. Vi forventet at det vil være slike forskjeller på grunn av faktorer vi ikke kan observere, for eksempel motivasjon, forventninger til sannsynligheten for å bli arbeidsdyktig igjen, sykdomstilstand og ikke-monetære kostnader, særlig påkjeningen ved å reise til NMV-konsultasjonen. Reiseutgiftene ble dekket av NAV. Vi sammenligner derfor bare observerbare kjennetegn og disse er rapportert i tabell 6.

Tabell 6 viser at de som møter er noe eldre (i gjennomsnitt 1,5 år) enn de som enten avlyser timen eller lar være å møte uten å ha avlyst, se kolonne 3 (tabell 6). Dessuten er det to kontor som skiller seg ut i forhold til hvor stor andel som møter til konsultasjon. Dette kan ha med reiseavstander å gjøre.

**Tabell 6.** Bakgrunns kjennetegn for ulike utvalg blant de som ble innkalt til konsultasjon.

	Møtte	Samle- kategori, møtte ikke	Diff.  (3)=(2)-(1)	Verken møtte eller avlyste	Diff.  (5)=(1)-(4)
	(1)	(2)		(4)	(5)=(1)-(4)
Mann	0.43	0.43	0.0 [0.991]	0.58	-0.150*** [0.000]
Alder ved randomisering	46.65	45.11	-1.546*** [0.006]	41.8	4.850*** [0.000]
dager sykmeldt 1 år før	31.74	30.83	-0.908 [0.715]	36.33	-4.592 [0.194]
dager sykmeldt 2 år før	18.31	15.2	-3.114 [0.243]	11.62	6.695* [0.074]
dager sykm.før rand., det aktuelle tilfellet.	139.81	138.98	-0.83 [0.457]	140.27	-0.464 [0.762]
kontor 1	0.07	0.06	-0.008 [0.497]	0.06	0.005 [0.793]
kontor 2	0.06	0.09	0.039*** [0.003]	0.07	-0.011 [0.498]
kontor 3	0.03	0.02	-0.01 [0.244]	0.01	0.025** [0.026]
kontor 4	0.07	0.09	0.014 [0.309]	0.08	-0.006 [0.724]
kontor 5	0.16	0.07	-0.084*** [0.000]	0.1	0.062** [0.010]
kontor 6	0.08	0.06	-0.019 [0.135]	0.07	0.015 [0.427]
kontor 7	0.06	0.05	-0.007 [0.520]	0.05	0.009 [0.572]
kontor 8	0.06	0.06	-0.004 [0.739]	0.07	-0.011 [0.526]
kontor 9	0.09	0.1	0.012 [0.408]	0.1	-0.013 [0.503]
kontor 10	0.09	0.08	-0.004 [0.796]	0.08	0.002 [0.935]
kontor 11	0.07	0.14	0.071*** [0.000]	0.11	-0.045** [0.015]
kontor 12	0.09	0.11	0.014 [0.349]	0.14	-0.044** [0.037]
kontor 13	0.08	0.06	-0.014 [0.270]	0.06	0.013 [0.467]
<i>N</i>	937	712	1649	271	1208

*p*-verdi i klammeparentes. Signifikansnivå: \* 10 %, \*\* 5%. \*\*\*1%.

*Note:* Tabellen viser bakgrunnskjennetegn for de som møtte til konsultasjon sammenlignet med i) en samlekategori av de som enten avlyste timen, lot være å møte uten avlysning eller har uavklart status (se kolonnene 1-3) og med ii) de som lot være å møte uten å avlyse timen (se kolonnene 1, 4 og 5).

Det kan være mange grunner til at personer som er innkalt avlyser timen, for eksempel at de er blitt/snart vil bli friskmeldte. I kolonne 4 (tabell 6) ser vi derfor bort fra dem som har avlyst, og sammenligner 937 personer som møtte til konsultasjon med 271 som ikke møtte og heller ikke avlyste. Det viser seg at gjennomsnittsalderen blant de som møter er 4,85 år høyere enn blant de som ikke møter, og at andelen kvinner er betydelig høyere. Disse forskjellene er statistisk signifikante på 1 % -nivå. Det er også signifikante forskjeller mellom kontor vedrørende å møte til konsultasjon.

## Analyse av effekt

Tiltaket NMV bygger på et premiss om at NMV-konsultasjonen kan påvirke sykefraværet. Vi starter derfor med å sammenligne NMV-legens vurdering av sykmeldingsgrad med vurderingen som er foretatt av fastlegen. Denne informasjonen henter vi fra rapporten NMV-legen sender til NAV. I disse rapportene fører NMV-legen opp pasientens sykmeldingsgrad på tidspunktet konsultasjonen foregår, samt sin vurdering av hvilken sykmeldingsgrad pasienten burde ha. Som vist ovenfor er det 937 gjennomførte NMV-konsultasjoner som kan benyttes i analysene. Av disse er det syv tilfeller der NMV-legen ikke har angitt en anbefalt sykmeldingsgrad<sup>5</sup>. For disse 930 konsultasjonene er det en klar tendens til at NMV-legene, i gjennomsnitt, har en mer positiv vurdering av pasientens arbeidsevne enn fastlegene. Fra tabell 7 ser vi at gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er 77,6 prosent når pasientene kommer til konsultasjonen, mens NMV-legene vurderer at sykmeldingsgraden burde være omtrent 11 prosent lavere (66,7 prosent). Vi ser også at NMV-legen og fastlegen vurderer pasientens arbeidsevne likt i et klart flertall av tilfellene (637 konsultasjoner der gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er 78,2 prosent), mens i de tilfellene der det er en differanse, går den nesten alltid i retning av en lavere sykmeldingsgrad. I 68 av de 930 tilfellene anbefaler NMV-legen at sykmeldingen skal opphøre.

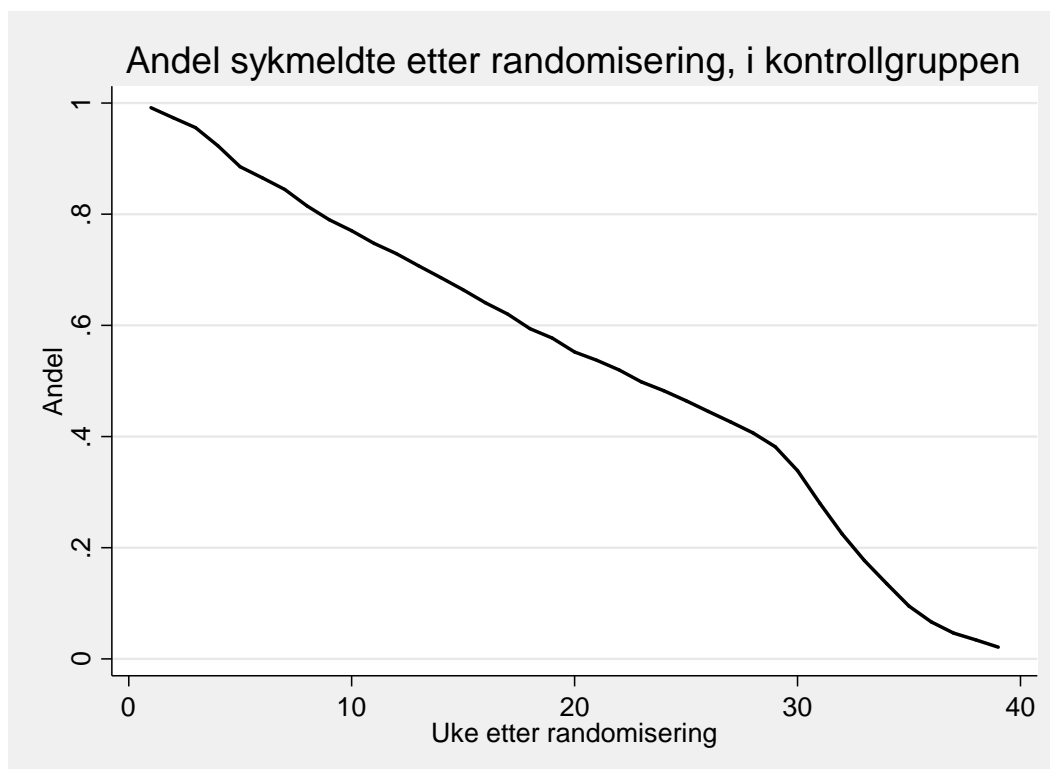
**Tabell 7.** Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad ved NMV konsultasjon

	NMV-lege	Fastlege	Differanse	Antall
Alle konsultasjoner	66,7	77,6	-10,8	930
Samme vurdering	78,2	78,2	0	637
NMV-legen anbefaler lavere sykmeldingsgrad	40,0	79,6	-39,6	268
NMV-legen anbefaler høyere sykmeldingsgrad	60,8	39,4	21,4	25
				930
NMV-legen anbefaler ikke sykmelding	0	62,8	-62,8	68
NMV-legen anbefaler sykmelding	72,0	78,7	-6,7	862
				930

<sup>5</sup> NMV-legen(e) har i stedet anbefalt «sykmelding på behandlingsdager» eller «bør få råd om uføretrygd», og i to tilfeller er det notert at språk-/kommunikasjonsvansker har forhindret vurderingen.

En mulig forklaring på disse forskjellene kan være at fastlegens vurdering er foretatt noen uker (i noen tilfeller måneder) før konsultasjonen med NMV-legen. Selv om personene i utvalget er langtidssykemeldt, vil det hele tiden være noen som kommer tilbake i jobb. Det kan også være at noen personer ville returnert til arbeid før NMV-konsultasjonen, men avventer dette til de har hørt NMV-legens vurdering (innlåsningseffekten som er omtalt tidligere).

Som en indikasjon på avgangen fra sykefravær viser vi nedenfor hvordan dette ser ut for kontrollgruppen.



**Figur 7.** Andel sykmeldte, målt pr uke etter randomisering. N=2599.

Om vi tar utgangspunkt i hvor mange som går tilbake til jobb hver uke (figur 7), finner vi at dette er omtrent 2,1 prosent. Data viser at NMV-legene i gjennomsnitt foretar konsultasjonen tre uker (20 dager) etter siste sykmelding hos fastlegen. Et grovt overslag tilsier at NMV-legene burde anbefale at omtrent 6,3 prosent av de sykmeldte skulle gå tilbake i jobb. (Dette forutsetter at NMV-legene og fastlegene ville ha vurdert en gitt sykmelding likt på det gitte tidspunktet, og at gruppen som møter til NMV-konsultasjon har samme bedring i arbeidsførhet som kontrollgruppen.) Fra tabell 7 finner vi at NMV-legene ikke anbefaler sykmelding for 68 av 930 pasienter, det vil si omtrent 7,3 prosent av pasientene.



## Utfallsvariabler

Når vi vurderer effekten, vil vi bruke utfallsvariablene listet i tabell 8:

**Tabell 8.** Utfallsvariabler.

Utfall	Forklaring
Dager sykmeldt	Dager sykmeldt fra startdato. Kilde: sykepengeregisteret
Dager sykmeldt etter randomisering	Dager sykmeldt etter randomisering, Kilde: sykmeldinger (ikke vektet med grad)
Dager sykmeldt etter randomisering, vektet	Dager sykmeldt etter randomisering, vektet med sykmeldingsgrad. Kilde: sykmeldinger

Det mest informative utfallsmålet er dager sykmeldt etter randomisering, vektet med sykmeldingsgrad. At antall dager er «vektet», vil si at 1 dag med 100 % sykmelding teller som én dag, mens 1 dag med 50 % sykmelding, teller som 0,5 dag.<sup>6</sup> For å illustrere hvordan sykefraværet utvikler seg over tid, vil vi også undersøke sannsynligheten for å være sykmeldt når det har gått en viss tid (1-6 måneder) etter randomisering. Det mest langsiktige utfallet vi undersøker, er sannsynligheten for overgang til arbeidsavklaringspenger.

### *Effekten for de som ble tilbudt NMV-konsultasjon (ITT- effekten)*

Utgangspunktet i en ITT analyse er at man bruker informasjon om alle individ som er randomisert til forsøket. På denne måten trenger man ikke ta hensyn til at noen for eksempel velger å ikke delta i forsøket eller trekker seg underveis. I forhold til ekstern validitet kan ITT være det mest relevante målet, men noe forenklet sagt forutsetter dette at andelen i forsøket som mottar behandlingen er tilnærmet lik andelen som vil motta behandlingen dersom tiltaket innføres for hele populasjonen/nasjonalt (mer presist: det forutsetter at behandlingen og forventet nytte av den er lik i behandlingsgruppen i forsøket og i en eventuell storskala-implementering).

Om dette gjelder for ny medisinsk vurdering, avhenger av måten tiltaket eventuelt innføres på. «Behandlingen» i NMV-forsøket bestod av to komponenter: innkallingsbrevet og selve NMV-konsultasjonen, med tilhørende tilråding. Forsøket viste at under de rammevilkårene som galdt, var det bare 55 % av alle innkalte som møtte til konsultasjon. Dersom alle rutiner ved en nasjonal implementering (for eksempel innholdet i innkallingsbrevet, se vedlegg A) er identiske med forsøket, ville den eksterne validiteten i forsøket være svært god. Om tiltaket endres, for

---

<sup>6</sup> Antall dager sykmeldt er regnet som kalenderdager, ikke tapte dagsverk, som for øvrig også ville kreve informasjon om stillingsprosent i tillegg til gradering. Hvilken skala man bruker for utfallene påvirker ikke effektevalueringen, siden definisjonen er lik for tiltaks- og kontrollgruppen.

eksempel ved at oppmøte til NMV-konsultasjon blir gjort obligatorisk, ville dette naturligvis svekke den eksterne validiteten av forsøket, siden vi dermed i forsøket har analysert et annet tiltak enn det som da blir innført. Hvorvidt effekten av tiltaket da ville blitt en annen, er det ikke mulig å si noe sikkert om på bakgrunn av forsøket.

En erfaring fra forsøket var at det oppstod kapasitetsproblemer, idet 918 av 2616 personer som ble randomiserte til tiltaksgruppen, ikke fikk time til NMV-konsultasjon. I denne analysen har vi valgt å utelate de som ikke har fått time. Alternativt kunne disse personene inkluderes i kontrollgruppen, men en slik framgangsmåte viste seg å gi samme resultater som framgangsmåten vi har valgt. Dette er som forventet siden det (utover at noen NAV-kontorer er overrepresentert, se tabell 5c) skulle være helt tilfeldig hvilke personer dette gjelder. Vi vurderer det slik at kapasitetsproblemene i forsøket ikke er en trussel mot ekstern validitet.

Vi har tidligere sett at antall dager på sykmelding *før* randomisering er det samme for tiltaks- og kontrollgruppen (tabell 5b). Om NMV reduserer lengden på sykefraværet, forventer vi derfor å finne en effekt både på antall dager sykemeldt totalt og antall dager sykemeldt etter randomisering. Selv om lengden på fraværet totalt sett ikke endres, kan en effekt av tiltaket være at sykmeldingsgraden går ned, noe som i så tilfelle fanges opp av utfallet «Dager sykemeldt, vektet med sykmeldingsgrad». Resultatet fra regresjonene er gjengitt i tabell 9.

Tabell 9 viser at det ikke er noen indikasjoner på at de som fikk tilbud om time til NMV-konsultasjon hadde et lavere sykefravær enn kontrollgruppen. Del A i tabellen tilsvarer en ren sammenligning av gjennomsnittene, og viser at forskjellen mellom behandlings- og kontrollgruppen ikke er statistisk signifikant. Den samme konklusjonen gjelder om man, som rapportert i del B i tabellen, inkluderer en rekke kontrollvariabler. Hele resultattabellen, med estimerte koeffisienter for kontrollvariablene, er vist i vedlegg B, tabell 1).

I del B av tabellen inkluderer den estimerte modellen kontroll for alder, kjønn, norskfødt, sivilstand, antall barn under 7 og under 18 år, antall dager sykemeldt 2 år før randomisering, randomiseringsmåned og NAV-kontor.

**Tabell 9.** Effekten av NMV for hele utvalget (ITT)

	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet
A. Uten kontrollvariabler tiltak	-0.153 (-0.06)	-1.381 (-0.55)	-0.671 (-0.27)
B. Med kontrollvariabler tiltak	-0.398 (-0.15)	-1.246 (-0.49)	-0.670 (-0.26)
<i>N</i>	4297	4297	4297

*t* verdier i parentes. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

### *Effekten for de som møtte til konsultasjon (TT-effekten)*

Selv om tabell 9 viser at effekten for alle innkalte ikke er signifikant forskjellig fra null, kan det tenkes at det er en effekt for dem som møtte til NMV-konsultasjon. I så fall er det en kombinert effekt av selve innkallingen og av NMV-konsultasjonen, det er ikke mulig å separere effekten av disse to mekanismene.

Vi forventer at de som møter til konsultasjon skiller seg fra de som ikke gjør det. Når det gjelder bakgrunnskjenne­tegn, er det få forskjeller (utover alder og kontortilhørighet, jfr. tabell 5c), og slike faktorer kan vi kontrollere for i analysen, men vi kan ikke kontrollere for uobserverbare kjennetegn. En indikasjon på at gruppen som møter fram skiller seg ut, er en enkel regresjon med minste kvadraters metode (vedlegg B, tabell 2). Den viser at sammenlignet med alle som ikke møter fram (kontrollgruppen og de i tiltaksgruppen som ikke møter) har de som møter fram, et langt høyere sykefravær, for eksempel 23,7 flere dager sykmeldt etter randomisering.

For å korrigere for at denne gruppen (trolig) skiller seg fra de som ikke møter til konsultasjon på måter vi ikke kan observere eller kontrollere for i analysen, bruker vi IV-metode med randomiseringsutfall som instrument. Som forventet fungerer randomiseringen svært godt som instrument, slik tabell 3 i vedlegg B viser. Effekten av NMV for denne gruppen er rapportert i tabellen under.

**Tabell 10.** Effekt av NMV for de som møtte til konsultasjon (TT). Estimator: IV.

	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet
A. Uten kontrollvariabler: NMV	-1.710 (-0.38)	-3.573 (-0.80)	-2.270 (-0.51)
B. Med kontrollvariabler: NMV	-2.543 (-0.56)	-3.621 (-0.80)	-2.425 (-0.54)
<i>N</i>	4248	4248	4248

*t* verdier i parentes. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

I del B av tabellen inkluderer den estimerte modellen kontroll for alder, kjønn, norskfødt, sivilstand, antall barn under 7 og under 18 år, antall dager sykmeldt 2 år før randomisering, randomiseringsmåned og NAV-kontor.

Resultatene viser ingen effekt av NMV-tiltaket for gruppen som møtte til konsultasjon. Det å inkludere kontrollvariabler øker ikke presisjonen i estimatene nevneverdig (i form av høyere *t*-verdi).

#### *Er effekten større for enkelte grupper?*

Oppsummert så langt har analysen ikke funnet noen effekter av NMV, verken for alle de som fikk tilbud om tiltaket eller for gruppen som gjennomførte konsultasjonen. Vi undersøker nedenfor (tabell 11 og 12) om dette bildet blir modifisert når vi deler utvalgene opp basert på kjønn, alder og sykmeldingsdiagnose.

**Tabell 11.** Effekt av NMV på lengden av sykefraværet for de som fikk tilbud om konsultasjon, for ulike underutvalg. ITT.

	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet
	<b>Kvinner</b>			<b>Menn</b>		
tiltak	0.836 (0.24)	0.555 (0.17)	0.595 (0.18)	-1.628 (-0.41)	-2.926 (-0.75)	-1.744 (-0.44)
<i>N</i>	2486	2486	2486	1811	1811	1811
	<b>Alder&gt;=47</b>			<b>Alder&lt;47</b>		
tiltak	-3.152 (-0.85)	-4.142 (-1.13)	-0.975 (-0.26)	1.410 (0.39)	0.797 (0.23)	-0.830 (-0.24)
<i>N</i>	2125	2125	2125	2172	2172	2172
	<b>L-diagnoser</b>			<b>P-diagnoser</b>		
tiltak	2.046 (0.53)	-0.158 (-0.04)	2.442 (0.65)	-0.588 (-0.12)	-1.047 (-0.22)	-3.772 (-0.77)
<i>N</i>	1982	1982	1982	1146	1146	1146

*t* verdier i parentes. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

L-diagnoser og P-diagnoser viser til diagnosen fastlegen har satt ved sykmeldingen som gjaldt på randomiseringstidspunktet. L-diagnoser gjelder muskel- og skjelettsystemet og P-diagnoser psykiske lidelser.

Alle estimeringer inkluderer kontroll for alder, kjønn, norskfødt, sivilstand, antall barn under 7 og under 18 år, antall dager sykmeldt 2 år før randomisering, randomiseringsmåned og NAV-kontor.

Tabell 11 og 12 viser at det heller ikke for noen av undergruppene er funnet en effekt av NMV.

**Tabell 12.** Effekt av NMV på lengden av sykefraværet for de som møtte til konsultasjon, for ulike underutvalg. IV.

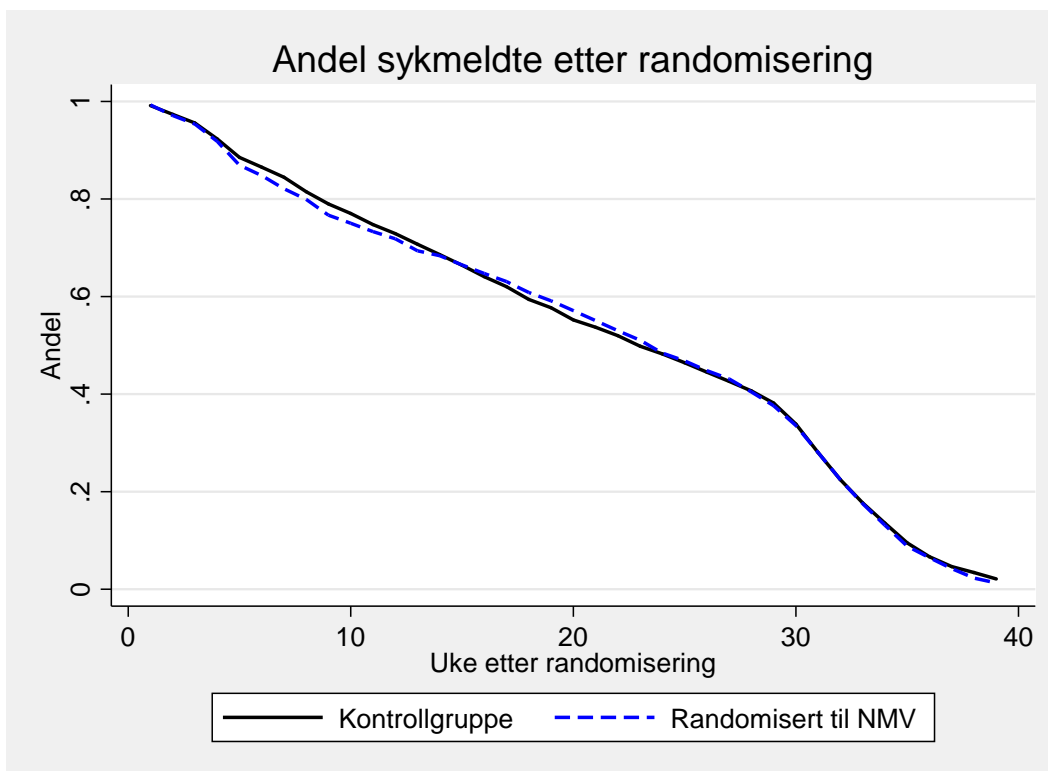
	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet
	<b>Kvinner</b>			<b>Menn</b>		
NMV	0.0672 (0.01)	-0.238 (-0.04)	-0.345 (-0.06)	-5.400 (-0.77)	-7.089 (-1.01)	-4.394 (-0.62)
<i>N</i>	2463	2463	2463	1785	1785	1785
	<b>Alder&gt;=47</b>			<b>Alder&lt;47</b>		
NMV	-6.160 (-0.98)	-7.502 (-1.21)	-2.367 (-0.38)	0.111 (0.02)	-0.654 (-0.10)	-3.198 (-0.49)
<i>N</i>	2101	2101	2101	2147	2147	2147
	<b>L-diagnoser</b>			<b>P-diagnoser</b>		
NMV	0.645 (0.10)	-2.994 (-0.46)	1.393 (0.22)	-0.636 (-0.07)	-1.202 (-0.13)	-6.188 (-0.66)
<i>N</i>	1956	1956	1956	1136	1136	1136

*t* verdier i parentes. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Se noter til tabell 10.

### Nærmere om forløpet etter randomisering

Vi har hittil undersøkt effekten av NMV på den totale lengden av sykefraværet, dvs. regnet over hele sykmeldingsforløpet, eventuelt over hele perioden etter randomisering. Det er også interessant å måle effekten ved ulike tidspunkter etter randomisering for å se om det er markante trekk i utviklingen som skiller NMV- og kontrollgruppen. Figur 8 viser hvordan andelen som fortsatt er sykmeldt utvikler seg uke for uke etter randomisering, og gir således et helhetsbilde av utviklingen for tiltaks- og kontrollgruppen.



**Figur 8.** Andel sykmeldte pr uke etter randomisering, for kontrollgruppen og for gruppen som ble innkalt til NMV-konsultasjon.

Slik utvalget er definert, er alle sykmeldte ved randomisering, dvs andelen sykmeldte er da 1. Etter om lag uke 30 går andelen sykmeldte sterkt ned, noe som skyldes at mange da har brukt opp sykepengeretten (dette er som forventet, siden deltakerne gjennomsnittlig er sykmeldt i 20 uker ved randomisering, jamfør figur 5). Ser vi på perioden mellom disse to ytterpunktene, er det en nokså jevn avgang fra sykmelding over tid både i NMV- og kontrollgruppen. Det er imidlertid en tendens til at andelen sykmeldt er mindre i NMV-gruppen i perioden 5-15 uker etter randomisering, mens denne tendensen så motsvares av en litt høyere andel i en periode etter dette. For å undersøke om disse forskjellene er statistisk signifikante bruker vi regresjonsanalyser der resultatene er rapporterte i tabellen nedenfor.

**Tabell 13.** Effekt av tiltaket på sannsynligheten for å være sykmeldt etter 1, 2,..,6 måneder etter randomisering og for å motta arbeidsavklaringspenger.

	(1) sm1mnd	(2) sm2mnd	(3) sm3mnd	(4) sm4mnd	(5) sm5mnd	(6) sm6mnd	(7) AAP
A. ITT-effekten	-0.011 (-1.24)	-0.020 (-1.57)	-0.014 (-0.99)	0.008 (0.54)	0.008 (0.55)	0.004 (0.28)	-0.013 (-0.94)
<i>N</i>	4297	4297	4297	4297	4297	4297	4297
B. TT-effekten	-0.022 (-1.35)	-0.041 (-1.79)	-0.033 (-1.28)	0.007 (0.24)	0.008 (0.29)	-0.002 (-0.09)	-0.025 (-1.04)
<i>N</i>	4248	4248	4248	4248	4248	4248	4248

*t verdier i parentes. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .*

Avhengig variabel i kolonne 1-6 er indikator for å være sykmeldt ved utløpet av måned 1, 2,..6 etter randomisering, og før sykepengeretten er brukt opp. I kolonne 7 er avhengig variabel indikator for å motta arbeidsavklaringspenger i perioden etter randomisering og så langt våre data er oppdatert.

Del A: estimert med OLS. Del B: Estimert med IV, med randomisering som instrument.

Alle estimeringer inkluderer kontroll for alder, kjønn, norskfødt, sivilstand, antall barn under 7 og under 18 år, antall dager sykmeldt 2 år før randomisering, randomiseringsmåned og NAV-kontor.

Tabell 13 rapporterer resultatene for fortsatt å være sykmeldt eller å motta arbeidsavklaringspenger i perioden etter randomisering. Koeffisientene kan tolkes som endring i sannsynlighet på grunn av NMV, enten for alle som ble innkalt (del A av tabell 13) eller for de som møtte til konsultasjon (del B). Vi ser at det er en viss tendens til lavere sannsynlighet for å være sykmeldt 2 måneder etter randomiseringen (kolonne 2). På dette tidspunktet vil alle i behandlingsgruppen ha mottatt innkallingen og eventuelt gjennomført konsultasjonen. For de som ble innkalt til konsultasjon, ville koeffisienten tilsvare en nedgang i sykmeldingsandel på 2 prosentpoeng, dersom estimatet var statistisk signifikant. Den estimerte endringen for de som møtte til konsultasjon er høyere, og tilsvare en nedgang på vel 4 prosentpoeng, men tendensen er ikke sterk nok til å være statistisk signifikant ( $p$ -verdien er 0,074). Disse resultatene samsvarer med figur 7, der vi ser at 8-9 uker etter randomisering har behandlingsgruppen en lavere andel sykmeldt enn kontrollgruppen. Sett i et lengre tidsperspektiv viskes denne svake forskjellen ut, slik at det ikke er noen forskjell mellom NMV- og kontrollgruppen etter 6 måneder. Det er som forventet, siden vi ikke fant noen effekt av NMV på antall dager sykmeldt etter randomisering (tabellene 9 og 10). Kolonnene 1-6 viser resultater for perioden etter randomisering, men før sykepengeretten er brukt opp. Vi har også sett på trygdebruk i et lengre tidsperspektiv, nemlig sannsynligheten for å motta arbeidsavklaringspenger i perioden etter



randomisering og så langt våre data er oppdatert. Som kolonne 7 i tabell 13 viser, er det ingen effekt på bruken av arbeidsavklaringspenger.

### **Sensitivitetstester**

Vi har undersøkt om resultatene endres når vi endrer utvalgene. For det første har vi inkludert de 921 som ikke fikk time i analysen. De har ikke fått innkallingsbrevet, og kan derfor inkluderes i kontrollgruppen. Dette endret ikke resultatene, noe som heller ikke var å forvente gitt at vi fant (jamfør tabell 4c) at de som fikk time var like de som ikke fikk med hensyn til bakgrunns kjennetegn bortsett fra kontortilhørighet, som vi kontrollerer for. For det andre har vi brukt de samme unntaks kriteriene både på NMV- og kontrollgruppen (disse er gjengitt i vedlegg C). Dette er potensielt relevant fordi NAV-veilederne fikk mer informasjon om NMV- enn om kontrollgruppen, gjennom kontakt i forbindelse med innkallingen. Vi har informasjon om tidspunkt for barnefødsel, slik at vi kunne ekskludere personer som var gravide på randomiseringstidspunktet. Dessuten ble personer over 65 år og personer med spesifikke sykmeldingsdiagnoser unntatt (se vedlegg C). Disse avgrensningene endret i liten grad utvalget, og resultatene ble som før.

Endelig har vi undersøkt om behandlingsgruppen ble innkalt til dialogmøte 2 i samme grad som kontrollgruppen. Dette er relevant fordi det ble presisert at når man ser bort fra NMV-tiltaket, skulle oppfølgingen fra NAV være den samme for de to gruppene. Vi fant ingen signifikant forskjell i innkallingsrate, og om vi kontrollerer for om personen ble innkalt til dialogmøte 2, får vi kvalitativt samme resultat som tidligere.

### **Konklusjon av effektevalueringen**

Perioden sett under ett har tiltaket ingen effekt, verken på antall dager sykmeldt eller på gradering, på sannsynligheten for å gå ut av sykmelding før sykmeldingsretten er oppbrukt eller på overgang til arbeidsavklaringspenger. Dette gjelder både for hele gruppen som fikk innkalling og for de som møtte til konsultasjon. Evalueringen har heller ikke vist noen effekt for undergrupper definert utfra kjønn, alder og diagnose.

### **Kost/nytte-betraktninger**

Dersom evalueringen av dette forsøket hadde vist en positiv effekt på retur til arbeid, ville det være relevant å verdsette de innsparte dagsverkene og sammenligne denne verdien med kostnadene forbundet med tiltaket. (Innsparte dagsverk ville da være antall kalenderdager sykmeldt vektet med grad og justert for stillingsprosent og faktoren 5/7 for å regne om fra kalenderdager til arbeidsdager). Spart skattekostnad på grunn av lavere trygdebruk ville også

være relevant. Effektevalueringen konkluderer med at tiltaket ikke har effekt, slik at forsøket ikke har noen inntektsside. Det er likevel interessant å se på kostnadene, og nedenfor i tabell 14 gjengir vi kostnadsdata som er oppgitt i forbindelse med forsøket:

**Tabell 14.** Kostnader, i 1000 kroner.

	2015	2016	Sum
Lønn og andre godtgjørelser, NMV-legene	1 979	5 764	7 744
Andre driftskostnader	238	281	520
Refusjon reiseutgifter for sykmeldte <sup>7</sup>	13	90	103
Refusjon til fastlegene vedrørende resymé <sup>8</sup>	325	841	1 166
Sum	<u>2 557</u>	<u>6 977</u>	<u>9 534</u>

Forsøket har altså kostet vel 9,5 millioner kroner. Vi ser bort fra arbeidsinnsats ved NAV-kontorene med å administrere ordningen og ekstra oppfølging. Utover reiseutgiftene ser vi også bort fra de sykmeldtes kostnader i forbindelse med NMV-konsultasjonen, spesielt tidsbruk. Vi har ikke informasjon om eventuelle medisinske tiltak og annen tilrettelegging som NMV-konsultasjonen kan tenkes å ha utløst.

---

<sup>7</sup> Det var 210 krav om refusjon for reiseutgifter. Gjennomsnittet for disse var vel 490 kroner, mens 11 krav var på over 1000 kroner.

<sup>8</sup> Taksten ble brukt 455 ganger i 2015 og 1164 ganger i 2016, d.v.s. i alt 1619 ganger. Dette antallet resyméer tilsvarer 80 % av alle innkallinger som ble sendt ut. I 75 % av de 937 gjennomførte konsultasjonene hadde NMV-legen mottatt resymé på forhånd.

## Del 4: Kvalitativ evaluering

### Formål

Vi ønsket å undersøke hvilke holdninger og erfaringer alle involverte aktører hadde til NMV-prosjektet. For å undersøke dette ble det gjennomført individualintervjuer med deltagende pasienter, og fokusgruppeintervjuer med berørte fastleger og NMV-legger.

### Valg av metode og studiedesign

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av ulike fenomener. Kvalitative metoder egner seg godt til å utforske dynamiske prosesser som ulike former for menneskelig samhandling, og en styrke er at forskerne kan stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier. Gjennom kvalitative metoder kan en få innsyn i erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger, og dermed få frem mening, betydning og nyanser av ulike konkrete erfaringer (Malterud, 2017).

Vi valgte *semistrukturerte individualintervjuer* for å undersøke pasienters holdninger til og erfaringer med NMV. Dette ga deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever både trygghet og ettertanke for å deles. Vi antok at det kunne være problematisk for noen av deltagerne å diskutere konsultasjonserfaringene sine i en større gruppe.

Individualintervjuer kan også oppleves tryggere og mer beskyttende for deltageren når det ønskes informasjon om sensitive eller personlige tema (Kvale & Brinkmann, 2009). I metodelitteraturen er det beskrevet at telefonintervjuer kan fremskaffe like rike, levende og detaljerte empiriske data med høy kvalitet som intervjuer ansikt-til-ansikt (som er mest brukt) (Novick, 2008; Sturges & Hanrahan, 2004). Vår analysemetode (se under) bygger dessuten på analyse av transkripter, ikke på non-verbal kommunikasjon og/eller kontekstspesifikke observasjoner. Det var imidlertid også noen pragmatiske hensyn som lå bak valget av telefonintervjuer ettersom det medførte mindre reising og var derfor både mer tids- og kostnadseffektivt. Hvert telefonintervju varte i ca. 30 minutter, og Aamlund gjennomførte alle intervjuene.

For å utforske fastlegers og NMV-legers holdninger til og erfaringer med NMV-prosjektet valgte vi derimot å gjennomføre *fokusgruppeintervjuer*. I en fokusgruppestudie innsamles data fra en eller flere grupper med deltagere som har erfaringer om et felles tema, der interaksjonen mellom deltagerne blir en katalysator for å frembringe kunnskap. Deltagerne vil ofte støtte og oppmuntre hverandre, eller eventuelt motsi hverandre, slik at spontane ytringer eller fortellinger kan fremkomme, og en slik samhandling innad i gruppen vil dermed kunne få fram

andre data enn individualintervju (Morgan, 1997). Aamland var moderator for alle fokusgruppeintervjuene.

I alle intervjuene fungerte intervjuguidene mer som støtte for struktur fremfor en tvangsmessig sjekkliste for moderator. Husabø eller Mæland var sekretærer. Deres rolle var å observere, navnefeste replikker, ta notater, danne seg et helhetsinntrykk av prosessen og avklare potensielle misforståelser ved slutten av intervjuene. Lyddopptak av samtlige intervjuer ble skrevet ned ordrett i etterkant av Aamland.

## **Analysemetode og informasjonsstyrke**

Vi brukte systematisk tekstkondensering som analysemetode (Malterud, 2012). Dette er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse, der siktemålet er å analysere mening eller data på tvers av deltagere eller observasjoner. Kort beskrevet innbefatter systematisk tekstkondensering fire steg i: (1) gjennomlesing av materialet for å få et overordnet inntrykk og identifisering av foreløpige temaer, (2) utvikling av kodegrupper basert på de foreløpige temaene, identifisering av meningsbærende enheter og koding av disse, (3) definere undergrupper innen hver kodegruppe som eksemplifiserer vesentlige aspekter ved hver kodegruppe, kondensering av innholdet for hver kodegruppe og identifisering av sitater som illustrer innholdet i hver undergruppe, og til slutt (4) syntetisering av kondensatene fra hver kodegruppe og beskrivende re-konseptualisering av hver kategori for å redegjøre for ulikheter (bredde) i holdninger og erfaringer. Begrepet informasjonsstyrke var styrende for hvor mange intervjuer vi gjennomførte (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). Dette er et relativt nytt begrep som er ment å erstatte metnings-begrepet, men som vi her ikke beskriver nærmere.

## **Etikk**

Vi forela prosjektet som helhet for Regional Etisk Komite (REK) Vest, som fant at studiene lå utenfor Helseforskningsloven og dermed komiteens ansvarsområde (2015/506). Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) godkjente de tre delstudiene som følger under (prosjektnummer 45866/3/KS).

Alle deltakerne ga sitt samtykke til deltagelse etter at vi hadde informert om studiens design og hensikt, og gitt forsikring om anonymitet. Før fokusintervjuene startet, instruerte vi legene til å utelate opplysninger som kunne identifisere pasienter som ble omtalt.

Under presenterer vi litt om rekrutteringsprosessene, deltakerne og resultatene fra de tre delstudiene hver for seg.

## Pasientstudie

### *Rekrutteringsprosess, deltakere og gjennomføring*

Vi sendte personlig invitasjon til et strategisk<sup>1</sup> utvalg pasienter, med god spredning i alder og kjønn, der alle hadde møtt til en NMV-konsultasjon. Selv etter skriftlig påminning var det imidlertid ingen av pasientene som svarte på henvendelsen. Vi valgte derfor å endre strategi ved å be tre av NMV-legene som hadde størst pasientgjennomstrømning, om å hjelpe til med rekrutteringen. Dette foregikk ved at NMV-legene etter endt konsultasjon spurte noen av pasientene om de var interessert i å delta i et forskningsintervju. De som var positive til dette fikk med seg skriftlig informasjon om hva det ville innebære å bli intervjuet. Deretter ble de oppringt av Aamland som ga utfyllende informasjon, bekreftet deltakelse og gjorde avtale om intervjutidspunkt. Det ble til slutt gjennomført ni semistrukturerte individualintervjuer over telefon. Dette tilgjengelighetsutvalget (tabell 15) besto av seks kvinner og tre menn i alderen 35-59 år. Seks av deltakerne hadde gjennomført høyere utdanning. Årsaker til pasientenes sykmelding varierte fra psykologiske og somatiske plager til medisinsk uforklarte helseplager. Deltagerne hadde hatt samme fastlege i 8 år (medianverdi).

**Tabell 15.** Demografisk oversikt over de ni pasientene som deltok i individualintervjuene.

Pasient	Kjønn <sup>a</sup>	Alder	Utdanning <sup>b</sup>	Diagnose <sup>c</sup>
1	M	35	1	Sosial angst
2	K	47	1	Irritabel tarm
3	M	44	2	Søvnforstyrrelser
4	K	39	2	Psykisk ubalanse/sorg
5	K	42	2	Mild depresjon
6	M	57	2	Kneartrose operasjon
7	K	46	2	Utmattelse/store livsbelastninger
8	K	59	1	Whiplash
9	K	52	2	Lymfødem

a) Kjønn: K=kvinne, M=mann  
b) Utdanning: 1=opptil fullført videregående, 2=mer enn fullført videregående  
c) Diagnose= sykmeldingsdiagnose ved innkallingstidspunkt for NMV

<sup>1</sup> Et strategisk utvalg av deltakere (på engelsk purposive sample) er satt sammen ut ifra målsettingen om at deltakerne kan belyse problemstillingen på best mulig måte med stor nok grad av variasjonsbredde.

Det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide i samarbeid med brukerrepresentanten som var tilknyttet prosjektet. I forkant av intervjuene ble deltakerne, både gjennom skriftlig informasjon og i samtale med Aamland, oppmuntret til å tenke gjennom konkrete erfaringer fra det å delta i NMV-prosjektet.

### *Sammendrag av resultat*

Deltakerne var undrende både til hensikt og timing av den nye medisinske vurderingen, men følte en moralsk forpliktelse til å delta. De fleste verdsatte NMV-konsultasjonen som en bekreftende samtale, men de følte likevel at konsultasjonen ikke hadde ført til noen endring i forhold til videre behandling, oppfølging, samt videre plan for retur til arbeid.

Disse resultatene blir nærmere beskrevet og utdypet med sitater nedenfor. Tallene i parentes er knyttet til pasientene som deltok som og er presentert i Tabell 15.

### *Resultatkategori 1: Hovedsakelig negative holdninger til NMV, men en følelse av moralsk forpliktelse til å delta*

Mange deltakere beskrev hvordan de umiddelbart fikk mange negative reaksjoner da de leste innkallingsbrevet. Flere beskrev frustrasjonen over å måtte forholde seg til en nok en ny og ukjent profesjonell. Mange grudde seg til å måtte utlevere seg og forklare hvorfor de var sykmeldte ettersom det var veldig privat og vanskelig for dem å snakke om. Noen få lurte på om hensikten med NMV var å undersøke hvorvidt sykmeldingsdiagnose stemte eller ikke. Andre så på det som nok en kontroll fra NAV om hvorvidt de hadde rett på sykepengen eller ikke, og var redde for at de kom til å bli tvunget til å gå tilbake til jobb. Noen deltakere fortalte at de hadde snakket med fastlegene sine om disse bekymringene sine i forkant av NMV-konsultasjonen, og at noen fastleger da hadde sagt at de mer skulle tenke på NMV som en kontroll av de som fastleger, enn en kontroll av de som sykmeldte pasienter. Det fikk dem til å dreie fokus bort fra at NMV var en kontroll av dem som verdige sykepengemottakere eller ikke, men heller en kontroll av fastleger. Likevel undret noen deltakere seg over hvorfor ikke systemet stoler på fastlegenes vurderinger.

En kvinnelig deltaker som strevde med en komplisert sorgreaksjon, beskrev sine reaksjoner da hun leste innkallingsbrevet som følger:

*«Reaksjonen min da jeg åpnet brevet (...) Først ble jeg opprørt, noe som gjorde meg helt tom. Deretter kjente jeg på sinne 'OK', nå må jeg forholde meg til enda en fagperson, enda jeg har fastlegen og psykologen min som allerede følger meg opp.» (4)*

Flere deltakere beskrev hvordan de følte seg moralsk forpliktet til å møte opp til NMV-konsultasjonen. De ønsket ikke å bli oppfattet som vanskelige, og de erkjente at de som sykmeldte jo hadde nok av tid til å møte opp. Videre reflekterte flere av deltakerne over at en ny vurdering av en ny lege faktisk kunne være hensiktsmessig ettersom leger vurderer saker ulikt.

En kvinnelig pasient som var gradert sykmeldt på grunn av en pågående depresjon, beskrev den ambivalensen hun følte før NMV-timen som følger:

*«Vel, jeg ser to sider av prosjektet (...) først at det er en måte å sikre at systemet virker slik det skal, men også en forsikring om at vi som pasienter blir fulgt opp på en ordentlig måte med relevans for hvorfor vi er sykmeldt. Likevel, var det bare kontrollaspektet jeg følte på (...) Jeg føler at jeg får hjelp og at jeg blitt godt ivaretatt av fastlegen min, så jeg følte virkelig at, å-nei (...) nå blir jeg tvunget til å møte en annen person.» (5)*

### **Resultatkategori 2: Ikke så veldig ulikt fastlege-konsultasjoner, men et resymé fra fastlegen min hadde vært til stor nytte**

Noen av deltakerne hadde opplevd at fastlegene deres ikke hadde sendt resymé til NMV-lege som forklarte hvorfor de var sykmeldt. Det å begynne på «scratch» for å fortelle bakgrunnen for den pågående sykmeldingen, ble av flere deltakere beskrevet som både tidkrevende og emosjonelt vanskelig for dem. Et par deltakere følte at det manglende resyméet ble en så stor tilleggs byrde at de hadde tenkt å konfrontere fastlegen sin med dette neste gang de skulle dit. Andre derimot innså at de jo uansett måtte forklare, med egne ord, bakgrunnen for den pågående sykmeldingen ettersom et kort resymé fra fastlegen aldri ville kunne være nok til at den nye legen skulle forstå den aktuelle situasjonen. En kvinnelig pasient reflekterte over at det kanskje var enklere for henne å møte NMV-legen uten at et resymé forelå, siden hun hadde en veldefinert medisinsk tilstand. Hun trodde at det måtte være mye vanskeligere for pasienter med uavklarte tilstander og psykiske lidelser. Men hun beskrev likevel hennes opplevelse av manglende resymé som følger:

*«Det var en skam at fastlegen min ikke hadde sendt resyméet til den nye legen. Det medførte at vi brukte masse tid på min historie i stedet for å snakke om veien min videre ....» (9)*

Noen deltakere beskrev at de hadde fått veldig god tid sammen med NMV-legen, mye lenger tid enn det de fikk med fastlegen. Likevel var det noen som følte at også fastlegen deres satte av god tid, noen ganger ved å booke en dobbelttime, slik at de hadde lik erfaring med tid hos begge legene. Flere deltakere gjorde seg betraktninger om hvordan NMV-legen hadde en noe annen tilnæringsstil enn fastlegen, ettersom det var mer som et intervju, «survey» eller utspørring

med mer overordnede og upersonlige spørsmål. Noen få hadde hatt forventninger om å få en klinisk undersøkelse. En mannlig deltaker med leddsykdom fortalte hvordan han hadde forventet at NMV-legen i alle fall skulle undersøke leddene hans. Dessuten følte enkelte deltakere at det ville vært mer hensiktsmessig hvis deres egen fastlege hadde vært tilstede for å utdype og begrunne sine råd. De kunne ikke gjøre annet enn å fortelle hvilke råd fastlegen hadde kommet med. Det var ikke alle deltakerne som selv hadde mottatt kopi av rapporten som NMV-legen hadde skrevet da intervjuet fant sted, men de som hadde det sa at rapporten ga et korrekt bilde av deres situasjon. Likevel, en kvinne ble både sint og skuffet fordi NMV-legen anbefalte videre psykologbehandling i rapporten, noe som ikke var blitt drøftet under konsultasjonen.

En dame i 50-årene sammenlignet lengden på konsultasjonene hos NMV-legen og fastlegen på denne måten:

*«Ja, det varte antagelig litt lenger, NMV-legene hadde ting som skulle fylles inn, men ærlig talt, jeg snakker ganske mye med fastlegen min også (...) så, det var faktisk ikke særlig stor forskjell i hvor mye tid som ble brukt.» (8)*

### **Resultatkategori 3: En bekreftende samtale som ikke ledet til noen endring**

Flere deltakere beskrev en følelse av lettelse etter NMV-konsultasjonen og ga uttrykk for at det hadde vært helt unødvendig å grue seg til timen. Mange opplevde at NMV-legen var en hyggelig lege som det var lett å kommunisere med og som så dem som en hel person. Det kom opp flere fortellinger om hvordan NMV-legen hadde vært støttende og enige med pasienten og fastlegens vurderinger og strategier for videre oppfølging. Eksempler på slike positive tilbakemeldinger var «du virker ikke å være en som skulker unna jobben din», og «det er flott at du klarer å arbeide 50% på tross av dine pågående plager». Enkelte deltakere følte at det potensielt sett kunne styrke «deres sak» mot arbeidsgiver hvis NMV-legen bekreftet deres behov for sykmelding. Flere deltakere mente at alle NMV-legene umulig kunne være så imøtekommende og hyggelige som den de hadde møtt, og konkluderte med at de hadde vært heldige. En kvinnelig deltaker i 50-årene beskrev den positive erfaringen det var å bli støttet av NMV-legen slik:

*«Den andre legen sa (...) hvordan få frem dette (...) hun var veldig slik «den behandlingen du får er bra for deg», «fortsett slik» (...) hun ga virkelig uttrykk for anerkjennelse.» (9)*

De fleste deltakerne oppsummerte at NMV-konsultasjonen ikke hadde resultert i noen nye ideer eller forslag til tiltak. Noen av NMV-legene hadde riktignok kommet med forslag, men det var i regelen tiltak eller behandling som deltakerne allerede hadde prøvd. Det var bakgrunnen for at flere av deltakerne syntes NMV-konsultasjonen kom for sent ut i forløpet, og at det heller skulle ha kommet på et tidligere tidspunkt i sykmeldingsperioden. Likevel var det slik at mange



deltakere satte pris på hvordan NMV-legene hadde kommet med kloke innspill og gode ord, noe de fortsatt husket som noe positivt. Det var på en måte slik at fastlegen og NMV-legen komplementerte hverandre, men brukte litt ulike formuleringer og modeller for å forklare den sykmeldtes pågående symptomer og plager, samt muligheter for å bli bedre. Mange deltakere konkluderte likevel med at NMV-konsultasjonen ikke hadde vært nødvendig for dem, men de var likevel ganske sikre på at et slikt tiltak kunne være nødvendig for andre. De forklarte denne påstanden med at de befant seg i en sammensatt situasjon som var langt mer kompleks enn f.eks. «å ha et skadet kne som kunne fikses». En dame mente at hun ville hatt mer utbytte av en ekstra konsultasjon hos psykologen gjennom «Raskere tilbake programmet», enn av å møte en NMV-lege. En mann i 40-årene som jobbet som IT-konsulent oppsummerte sitt utbytte av NMV-konsultasjonen som følger:

*«For å være helt ærlig, det førte ikke til noe som helst – bortsett fra at det var en hyggelig samtale.» (3)*

## **Konklusjon**

Resultatene fra pasientstudien viser at NMV ble tilbudt for sent i sykmeldingsforløpet og forstyrret allerede pågående behandling og oppfølgingstiltak. Pasientene var negativt innstilt til NMV-konsultasjonen, blant annet fordi de fryktet å bli definert som uverdige sykepengemottakere. Likevel var det overordnede inntrykket at konsultasjonen i seg selv var både hyggelig og støttende og at den bekreftet deltakeren i å være på rett spor i sin tilfriskningsprosess mot arbeid.

## **Fastlegestudie**

### **Rekrutteringsprosess, deltakere og gjennomføring**

Vi hadde til hensikt å rekruttere et strategisk utvalg fastleger med god kjønnsfordeling, bred klinisk erfaring og med et minimum av tre deltagende pasienter i NMV-prosjektet. Prosjektsekretæren sendte invitasjonsbrev til 20 fastleger, men kun én svarte, også etter purring. Basert på tidligere erfaringer med å rekruttere fastleger til forskning, valgte vi derfor å endre strategi for rekruttering. Aamlund, som selv er fastlege (ikke i forsøksfylket), henvendte seg personlig enten pr. telefon eller e-post til mulige deltakere basert på en navneliste fra prosjektsekretæren. Deltakerne ble tilbudt et mindre honorar for å delta i studien, og fikk i tillegg to tellende poeng til bruk i allmennlegers videre- og etterutdanning. På denne måten klarte vi å rekruttere et tilgjengelighetsutvalg<sup>2</sup> av 14 fastleger. Utvalget (tabell 16) bestod av ni

---

<sup>2</sup> Et tilgjengelighetsutvalg (på engelsk convenience sample) er sammensatt av deltakere som det er praktisk mulig å få tak i ettersom et optimalt strategisk utvalg ikke viser seg å være mulig å rekruttere

menn og fem kvinner i aldersgruppen 32-64 år. Tre av fastlegene var i ferd med å avslutte spesialistutdanning som allmennlege, mens de andre 11 deltakere hadde vært spesialister i allmennmedisin i en årrekke. Deltakerne hadde i snitt jobbet som fastlege i 17 år (3-33) og hadde i snitt 5 (2-9) egne listepasienter med i NMV-prosjektet.

**Tabell 16.** Demografisk oversikt over de 14 fastlegene som deltok i fokusgruppeintervjuene.

Kjønn <sup>a</sup>	Alder	Spesialist	År i allmennpraksis	Antall pasienter i NMV
M	61	Ja	30	5
K	32	Nei	3	5
M	63	Ja	26	7
K	35	Nei	3	6
M	37	Nei	5	5
K	60	Ja	30	9
K	41	Ja	11	5
K	39	Ja	8	5
M	53	Ja	20	4
M	53	Ja	20	3
M	55	Ja	22	2
M	64	Ja	33	4
M	44	Ja	15	6
M	48	Ja	17	6

a) Kjønn: K=kvinne, M=mann

Det ble gjennomført tre fokusgrupper med en varighet på 90 minutter på arbeidsplassen til tre av de deltagende fastlegene. Med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide ble deltakerne i fokusgruppen bedt om å fortelle om både forventninger til prosjektet og konkrete erfaringer med at egne listepasienter ble innkalt.

### *Sammendrag resultat*

Deltakerne brukte ulike strategier for å ivareta egne listepasienter som ble innkalt til NMV, blant annet ved å fremheve at det var tilfeldig at nettopp de var blitt innkalt til en ny medisinsk vurdering. Deltakerne var i utgangspunktet positive til en «second opinion» i form av medisinskfaglige råd og konstruktive innspill til den aktuelle sykmeldingen fra en erfaren fastlegekollega. Likevel beskrev de hovedsakelig negative erfaringer med innholdet i rapporten

fra NMV-legen, enten fordi NMV-legen var for kategorisk eller fordi de opplevde rådene unyttige. Deltakerne hadde ikke nevneverdig tro på rutinemessig NMV i nåværende form, men foreslo heller en mulig alternativ NMV-ordning der fastlegene selv kunne håndplukke spesielt utfordrende pasienter blant sine sykmeldte, når de selv fant behov for dette.

Disse resultatene blir nærmere beskrevet og utdypet med sitater nedenfor. Tallene i parentes er knyttet til deltakerne som er presentert i Tabell 16.

***Resultatkategori 1: Vi er i utgangspunktet positive til å bli «sett i kortene» av en annen lege, men opplevde det for tidkrevende å skulle ivareta pasientene som var trukket ut.***

Mange av deltakerne fortalte at deres spontane reaksjon på å bli «sett i kortene» av en annen lege var preget av uvilje, men at de raskt aksepterte det ettersom de var bevisste på den rollen de har som portvakt og forvalter av store samfunnsmessige midler i form av sykepengeutbetalinger. De reflekterte i tillegg over muligheten for å ha oversett viktige medisinske forhold eller sykmeldingstiltak for egne pasienter. En deltaker beskrev hvordan hun kom til å stole på NMV-legens vurdering, fordi hun anså NMV-legene å være erfarne og dyktige kollegaer. De fleste deltakerne mente det var viktig at vurderingen av egen sykmeldingspraksis kom fra en annen erfaren fastlege og ikke fra en annen legespesialist.

En mannlig deltaker i 60-årene med 30 års erfaring som fastlege ønsket ordningen med «second opinion» velkommen på denne måten:

*«Jeg synes det er helt OK at andre vurderer om den jobben jeg gjør er god nok eller ikke. Jeg tenker at dette kommer til å bli mer og mer vanlig ... at det blir vurdert ... hvorvidt den jobben vi gjør har ønsket faglig kvalitet, både når det gjelder sykmeldingspraksis og andre medisinskfaglige oppgaver.» (1)*

Deltakerne beskrev ulike reaksjoner hos pasienter som var blitt innkalt til NMV. Noen pasienter hadde ringt dem, fordi de var blitt skremt og ikke helt forsto hensikten med den nye vurderingen, mens andre pasienter hadde booket en ekstra time hos fastlegen sin for å få mer informasjon. Det var imidlertid også noen deltakere som ikke hadde snakket med sine innkalte pasienter i forkant av den nye vurderingen, mens noen få hadde kontaktet pasientene sine på eget initiativ for å gi dem informasjon og støtte.

De fleste deltakerne beskrev ulike strategier for å ivareta pasientene og redusere unødig stress og engstelse. Først og fremst fremhevet de at dette var et pågående prosjekt og at det var helt tilfeldig at nettopp *de* var blitt innkalt til NMV. For å berolige pasientene la noen også vekt på at den nye legen ikke hadde myndighet til å overprøve deres vurdering av den pågående

sykmeldingen. Til slutt, var det mange av deltakerne som la vekt på at NMV mer var ment som en kontroll av fastlegen heller enn en kontroll av om den enkelte pasientens sykmelding var legitim eller ikke.

Ingen, bortsett fra én deltaker, hadde aktivt anbefalt pasienter å ikke møte til den nye vurderingstimen. Denne spesifikke anbefalingen gjaldt en pasient med alvorlig psykisk lidelse og var basert på en felles vurdering mellom fastlege og pasientens psykiater om at en NMV-konsultasjon kunne være direkte skadelig for pasienten ved å bremse tilfriskningsprosessen.

En kvinnelig deltaker i 60-års alderen beskrev hvordan hun konsekvent oppmuntret egne pasienter til å møte til den nye vurderingstimen ved å fremheve at dette var en kontroll av henne som lege og ikke av pasienten:

*«Jeg tenker at pasientene så på oss som allierte (at vi sto sammen) mot de som skulle granske mitt arbeid (som lege).» (6)*

***Resultatkategori 2: Utfordringer med å lage et kort resymé. Dessuten kjenner vi pasientene best og burde heller selv kunne velge ut spesielt krevende pasienter til en obligatorisk ny medisinsk vurdering, når vi anser det som hensiktsmessig.***

Det var mange deltakere som mente at en styrke ved fastlegeordningen er at fastlegen får dyptgående kjennskap til egne pasienter og forstår hvordan livserfaringer kan bli kroppsliggjort. Det var utfordrende å oppsummere bakgrunn og årsak for den pågående sykmeldingen i et kort resymé, og de tvilte på om NMV-legene kunne fange opp hele bildet i et kort møte. Det var likevel noen deltakere som hadde betraktninger om hvordan et langvarig lege-pasient -forhold kunne føre til fastlåste mønstre eller blinde flekker, og som derfor var mer positive til innspill fra en kollega.

En mannlig deltaker, som hadde kjent noen av de sykmeldte pasientene sine fra de var barn, fremhevet verdien av langvarige lege-pasient-relasjoner på denne måten:

*«Jeg kjenner til så mange ting som har skjedd med denne pasienten, for veldig, veldig lenge siden, og som trolig er med på å forme den han er i dag. Slike ting er det ikke mulig å formulere i et kort resymé som skal sendes til NAV.» (5)*

Mange av deltakerne hadde pasienter som de mente det var direkte uhensiktsmessig at var blitt innkalt til NMV. De beskrev dette som medisinsk avklarte pasienter med en tydelig plan for retur til arbeid. Et eksempel var en pasient med en bipolar lidelse, der det forelå detaljerte planer for videre medisinsk behandling og opptrapping til arbeid. Flere deltakere løftet frem hvordan de hadde foretrukket å selv kunne plukke ut utfordrende pasienter, der de følte seg hjelpeløse og

trengte råd, for eksempel der fastlegen og pasienten ikke hadde samme oppfatning av pasientens arbeidsevne. Det var derfor ekstra frustrerende for noen av deltakerne å oppdage at slike pasienter var blitt trukket til tiltaket, men at disse valgte ikke å møte opp til timeavtalen. En mannlig deltaker beskrev en pasient med diffuse skulderplager som jobbet i en dagligvarebutikk, og som etter operasjon og langvarig fysioterapi fortsatt ikke var i stand til å jobbe. Denne deltakeren hadde sett frem til hva den nye vurderingen ville bringe og ble skuffet da pasienten ikke hadde møtt opp. En annen deltaker beskrev en pasient med langvarige magesmerter, som etter konsultasjonen med NMV-legen hadde fått økt forståelse for å måtte lære seg å mestre plagene i stedet for hele tiden å søke etter en kur.

En mannlig deltaker i 50-årene, som hadde jobbet som fastlege i 20 år, uttrykte ønske om selv å kunne velge ut utfordrende sykmeldte pasienter til en obligatorisk NMV på denne måten:

*«Det vil være mye mer hensiktsmessig hvis sykmelder selv fikk velge ut de vanskelige pasientene.» (9)*

### ***Resultatkategori 3: På grunn av erfaringer med mangelfulle og/eller ubrukelige NMV-rapporter, synes vi heller at andre allerede eksisterende tiltak burde brukes oftere enn tilfelle er i dag***

De fleste deltakerne erfarte at NMV-rapportene ikke inneholdt nyttige råd de kunne bruke i sin videre oppfølging av den sykmeldte pasienten. Noen ble overrasket og trakk på smilebåndet over å motta rapporter der de mente NMV-legene var for kategoriske i sine anbefalinger. Noen få hadde fått inntrykk av at NMV-legen noen ganger kom med oppkonstruerte forslag til tiltak, litt for å kunne rettferdiggjøre rollen sin. En kvinnelig deltaker beskrev hvor skuffet hun ble over å motta en slik intetsigende rapport, fordi hun virkelig hadde behov for konstruktive råd fra en kollega og hadde brukt lang tid på å skrive resymeet.

Mange av NMV-legene foreslo henvisning til psykolog. Likevel opplevde mange deltakere dette som unyttige anbefalinger, enten fordi det allerede var prøvd, at pasienten selv ikke ønsket slik behandling eller at det var for lange ventelister. Det ble understreket at mange fastleger selv følger opp pasientene sine med regelmessig samtaler, også med bruk av kognitive terapiteknikker. En deltaker opplevde at NMV-legen anbefalte uførepensjon og mente at dette rådet var helt uhensiktsmessig. I dette tilfellet beskrev denne deltakeren hvordan han hadde sett gode muligheter for retur til arbeid, men at pasienten etter NMV-konsultasjonen selv bare var motivert for å søke om uførepensjon. Likevel beskrev flere deltakere hvordan de følte det som en lettelse at NMV-legene faktisk hadde bekreftet at de hadde gjort et godt stykke arbeid, og at de til og med eksplisitt ga positive tilbakemeldinger om dette. En fastlege ble lettet da en pasient

fortalte hvordan NMV-legen hadde gjort det klart for henne at hun var i gode hender hos fastlegen sin.

En kvinnelig deltaker i 30-årene delte skuffelsen over manglende konstruktive tilbakemeldinger i NMV-rapportene slik:

*«Konklusjonene i alle disse rapportene var fullstendig like mine konklusjoner ... ingen nye forslag ... ingen nye innspill. Det var bare ingenting å hente der, vi var på stedet hvil, og jeg måtte selv ta det derfra.» (8)*

Flere deltakere opplevde at NMV var enda et meningsløst tiltak og ønsket heller at det ble satset på allerede etablerte tiltak. Dette kunne være å foreslå et tidligere dialogmøte 2 enn ved seks måneder, å henvise til «second opinion» hos en annen fastlegekollega (som det allerede er rom for med egen takst i Normaltariffen), eller å diskutere vanskelige saker i etablerte smågrupper eller med kollegaer. Selv om mange deltakere var positive til å få mer kunnskap om mulige oppfølgingstiltak for sykmeldte, mente de at det var mer hensiktsmessig om NAV-veilederne selv foreslo slike tiltak, og gjerne på en mer proaktiv måte enn de gjør i dag.

En mannlig deltaker i 50-årene som hadde jobbet som fastlege i 22 år oppsummerte dette slik:

*«Men ... hm ... må vi ... jeg mener, vi skriver allerede en del tilbakemeldinger til NAV på sykmeldingsblankettene - er ikke det nok da for at NAV-veilederne selv kan iverksette sine tiltak?» (11)*

### **Konklusjon**

Deltakerne ønsket en ordning med «second opinions» velkommen hvis de selv kunne håndplukke spesielt utfordrende pasienter til en obligatorisk NMV hos en fastlegekollega. Én betingelse for en slik alternativ ordning var likevel at den nye legen ikke skulle kunne overprøve fastlegens vurdering vedrørende sykmeldingen. I stedet for å implementere NMV foreslo imidlertid deltakerne at allerede eksisterende muligheter for faglige innspill fra kollegaer, tverrfaglig samarbeidsmøter og eksisterende oppfølgingstiltak heller burde anvendes mer enn det som er tilfelle i dag.

### **NMV-legestudie**

#### **Rekrutteringsprosess, deltakere og gjennomføring**

Vi gjennomførte to fokusgrupper med åtte av de ni NMV-legene som var ansatt i prosjektet. Den niende NMV-legen var forhindret fra å møte grunnet andre arbeidsoppgaver. Alle deltakerne fikk praksiskompensasjon for å delta i fokusgruppene. NMV-legene kunne velge mellom to ulike

datoer for deltakelse og vi endte opp med fire deltakere i hver fokusgruppe.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i Uni Research sine lokaler og varte cirka 90 minutter hver.

Det var fire menn og tre kvinner i aldergruppen 35-68 års. De var alle deltidsansatt i prosjektet i 20-60% stillinger. To av legene var i ferd med å avslutte sin spesialisering som allmennlege, mens de andre seks hadde vært spesialister i allmenntmedisin i en årrekke. Deltakerne hadde jobbet som fastleger fra 2-42 år (medianverdi 31,5 år). I prosjektperioden hadde NMV-legene gjennomført fra 43-266 konsultasjoner (medianverdi 75,5) (tabell 17). Deltakerne ble bedt om å fortelle om konkrete hendelser i forbindelse med jobben som NMV-legen.

**Tabell 17.** Oversikt over antall konsultasjoner per NMV-lege som deltok i fokusgruppeintervjuene

NMV-lege	Antall konsultasjoner
1	194
2	57
3	43
4	97
5	58
6	266
7	71
8	80

### *Sammendrag resultat*

NMV-legene mente at de gjennom en ny medisinsk vurdering bidro med en viktig «second opinion». De opplevde at vurderingen deres hadde vært med på styrke den sykmeldte arbeidstakeren, samt gitt ny innsikt i deres tilstand. Gunstige arbeidsbetingelser som NMV-lege i form av god tid, opplæring og innsikt i ulike NAV tiltak for sykmeldte var vesentlig for at de hadde kunnet bidra konstruktivt. Noen av NMV-legene var skuffet over sine fastlegekolleger som de mente var for passive, og måtte anstrenge seg for å komme med høflige tilbakemeldinger. Deltakerne kom med flere forslag til konkrete justeringer som de anså som nødvendige dersom NMV skulle bli implementert nasjonalt.

Disse resultatene blir nærmere beskrevet og utdypet med sitater nedenfor. Tallene i parentes er knyttet til deltakerne som er presentert i Tabell 17.

### *Resultatkategori 1: God kunnskap om ulike NAV-tiltak, samt gunstige arbeidsbetingelser muliggjorde viktig innsikt*

Mange deltakere opplevde at opplæringen de fikk som NMV-leger hadde vært verdifull fordi de hadde fått en god oversikt over ulike NAV tiltak som kunne brukes for å korte ned sykefraværet og fremme retur til arbeid. Som fastleger var de imidlertid kjent med de fleste av disse tiltakene fra før, men de fikk mer utførlig kjennskap til flere av tiltakene og noen tiltak var også helt nye for dem. Noen få deltakere erfarte at opplæringen var for overfladisk, og at den ikke inneholdt noen nytt. Flere deltakere følte seg imidlertid tryggere på å kunne foreslå spesifikke tiltak basert på ny innsikt etter opplæringen som NMV-lege. En mannlig deltaker løftet frem hvordan han hadde anbefalt arbeidsevnevurdering og arbeidstrening i regi av NAV basert på sin nye innsikt. Noen fortalte også hvordan de hadde overført den nye kunnskapen til egen fastlegepraksis ved å være mer proaktive og pågående i oppfølgingen av egne sykmeldte listepasienter.

En deltaker beskrev opplæringen som NMV-lege slik:

*«Tja, det jeg lærte på samlingen var verdien av å ha denne listen over NAV tiltak tilgjengelig, slik at jeg lett kunne vurdere hvilke virkemiddel som kunne passe for den aktuelle pasienten. Du vet, det er noen viktige virkemiddel, slik som arbeidsevnevurdering, oppfølgingsplan, arbeidstrening osv. Jeg tenker det kunne være nyttig for fastlegen å ha lett tilgang til en slik liste. Dette var i alle fall noe nytt for meg ... Man kan selvfølgelig diskutere nytteverdien av tiltakene, men de finnes i alle fall ...» (4)*

Mange av deltakerne satte pris på å ha en hel klokke til rådighet for NMV-konsultasjonen. De beskrev hvordan de kunne fokusere på samtalen uten å bli avbrutt, uten å skulle diagnostisere og uten bruk av teknologi. De fikk i stedet mulighet til å lytte til hele pasientens historie og stille oppfølgings spørsmål, delvis basert på rapportmalen. Noen få deltakere undret seg over hvorvidt fastlegene kjente pasientens sine ordentlig, som personer. En kvinnelig deltaker beskrev hvor overrasket hun ble som fastlege da hun i rapporten fra en annen NMV-lege, vedrørende en av sine egne sykmeldte listepasienter, fikk informasjon om at to av pasientens fem barn hadde ulike funksjonshemninger. Flere av deltakerne mente at noen av de foreslåtte spørsmålene i NMV-rapporten var unyttige, men de fleste opplevde noen spørsmål som viktige, slik som for eksempel: «Hva holder du på med når du er hjemme? Hvem lager middag? Hvem henter barna i barnehagen?» Deltakerne beskrev hvordan slike konkrete spørsmål gjorde at de fikk et bedre bilde av pasientens faktiske funksjonsnivå. Dette var også nyttig når de i rapporten skulle gradere pasientens arbeidsevne.

En erfaren deltaker som hadde jobbet som fastlege i 41 år, hadde disse betraktningene over jobben som NMV-lege:



*«Jeg synes det var en fantastisk jobb å være NMV-lege. Å ha så god tid, å ha mulighet for å plukke frem gamle medisinske verktøy, slik som tidslinjer, genogram, og nettverkskartlegging. Verktøy som kan gi legen et ganske annet inntrykk av pasientene; verktøy som vi ikke lenger har mulighet for å bruke i en travel allmennpraksis på grunn av dette stykkprissystemet.» (3)*

### **Resultatkategori 2: Følelsen av å gjøre en forskjell ved å gi håp og ny innsikt, men pasientenes holdninger og forventninger tvang oss til å bruke et repertoar av ulike åpningsstrategier**

Mange deltakere beskrev en kompleks pasientgruppe med ulike skjebner. Behovet for å bli sykmeldt skyltes ikke pasientenes helseplager alene, men var ofte knyttet til omstendigheter på jobb og hjemme. Pasientenes situasjon ble beskrevet som å være fanget i en labyrint, som de trengte hjelp for å komme seg ut av. Flere deltakere følte at NMV-konsultasjonen utgjorde en forskjell for pasientenes situasjon ved å initiere en kognitiv prosess som kunne gå to veier, både i retning mot og fra videre jobb.. En erfaren mannlig deltaker beskrev en pasient i 60-årene som hadde jobbet på et pleiehjem, men som hadde nedsatt funksjonsevne på grunn av alvorlig hofteløddartrose. Denne pasienten var åpenbart ute av stand til å gå tilbake til jobb, men han hadde ikke våget å snakke med fastlegen om å søke uførepensjon. Derfor følte han seg veldig lettet etter NMV-konsultasjonen, mente NMV-legen. Andre deltakere fortalte om hvordan konsultasjonen ofte kunne gi ny innsikt når pasienten innså at de hadde muligheter og noe restarbeidsevne. Flere deltakere erfarte hvordan de ved å foreslå tiltak som henvisning til rehabilitering, psykolog eller smerteklinikk kunne gi pasienten nytt håp. De fleste deltakerne følte at kun få av pasientene forlot konsultasjonen misfornøyd.

En mannlig deltaker beskrev viktigheten av å styrke pasienten gjennom rollen som NMV-lege på denne måten:

*«Jeg har mye mer tro på den litt oppløfta pasienten som gikk ut og tenkte «han doktoren her han mente at jeg var litt «bruknes» likeve - at jeg kunne komme i gang igjen, i alle fall litte granne». For det var altfor mange som kom inn og egentlig følte seg kassert ... Vi lever litt i den tiden at det er veldig kort vei, når du snubler i helsen din og havner helt ute, da er du ganske sårbar altså, og du skal ha gode medspillere rundt deg for å komme i gang igjen.» (2)*

En vanlig oppfatning blant deltakerne var at pasientene hadde urealistiske forventninger til NMV-konsultasjonen. De beskrev hvordan pasientene hadde denne konsultasjonen som et halmstrå og trodde at de nå endelig var kommet til spesialisten over alle spesialister. Dette var

pasienter som forventet og ønsket en full medisinsk undersøkelse. Andre trodde at NMV-konsultasjonen hadde til hensikt å bestemme om de var syke nok til å være borte fra arbeid. Som en konsekvens at slike forventninger, beskrev NMV-legene hvordan de måtte bruke ulike åpningsstrategier i starten av konsultasjonen. En strategi kunne være å forklare i detalj hva NMV-konsultasjonen gikk ut på og hvilken rolle NMV-legen faktisk hadde. En annen strategi var å begynne samtalen med å fortelle hva de allerede visste basert på resymet fra fastlegen. Dette ble gjort for å få en felles forståelse for videre dialog om hva de nå skulle gjøre. NMV-legene opplevde dette som en døråpner som gjorde pasienten tryggere og roligere. Noen deltakere som hadde legekantor i utkantstrøk merket seg at noen pasienter som hadde hatt en lang og strevsom reise, var ganske misfornøyde allerede ved oppmøte. En strategi for å imøtegå denne irritasjonen, var å starte konsultasjonen med å gi de reiseregningsskjemaet og fortelle de at alle utgifter ville bli dekket.

En ung og entusiastisk deltaker hadde denne kommentaren:

*«Etter en stund var jeg mer forberedt på at det skulle være slik ... at de fleste møtte litt med piggene ute, men det var svært få som var misfornøyd da de gikk. Da de dro, var det mange som sa at dette hadde vært mye bedre enn de fryktet. Det var for eksempel en pasient som sa; «Jeg hadde problemer med å sove i natt fordi jeg var så nervøs for dette møtet, men dette her var virkelig et godt møte.» Men også jeg begynte timen, ikke med økonomien selv om jeg vel også nevnte det, men jeg begynte med å forklare veldig nøye hva dette møtet handlet om. Og da så jeg med en gang hvordan de roet seg, og så fikk jo de mulighet for å fortelle deres egen historie. Det tror jeg hjalp godt..» (7)*

### **Resultatkategori 3: Utfordringer med å skulle gi konstruktive tilbakemeldinger til en kollega når vi av og til var skuffet over deres faglige innsats og manglende resymé.**

Mange deltakere var overrasket over at mange pasienter hadde symptomdiagnoser på sykmeldingsblanketten, og hvordan det fortsatt manglet grundig medisinsk undersøkelse seks måneder ut i et sykmeldingsløp. Noen var skuffet over kollegaers manglende kunnskap om hvordan «systemet virker», deres uvilje mot å samarbeid med andre, samt mangel på tiltak. De hadde derfor behov for å komme med spesifikke forslag til fastlegen om medisinske undersøkelser, behandlingstiltak og/eller hvordan de skulle navigere i «NAV jungelen» når de oppfattet at pasientene deres var utilfreds med situasjonen. Mange deltakere stilte spørsmåltegn ved om det var behov for 100% sykmelding i påvente av medisinsk undersøkelse eller pågående fysioterapibehandling ukentlig eller hver 14.dag. Noen ganger mente de at fastlegene var for passive, og at de ikke brukte tilgjengelige sykmeldingstiltak.

En deltaker med bred klinisk erfaring gjorde seg refleksjoner om fastlegens rolle på denne måten:

*«På en måte er vår rolle (hvis jeg skal snakke som fastlege,) å være dirigenter. Vi skal på en måte dirigere et team rundt oss for å bedre pasients situasjon ..., og da må vi bruke de elementene vi har tilgjengelig. Men den dirigentfunksjonen, den savnet jeg i veldig mange av disse tilfellene.» (1)*

Samtlige deltakere var skuffet over at det ofte manglet resyme fra pasientens fastlege, noe som fikk de til å lure på om fastlegen brydde seg om pasientene. Mange deltakere la vekt på hvordan de hadde jobbet for å gjøre NMV-rapporten tydelig, fordi de mente rapporten var et viktig grunnlagsdokument for videre oppfølging. En deltaker forklarte hvordan han skrev rapporten mens pasienten fortsatt var tilstede i rommet, slik at de kunne samtykke eller komme med innspill til innhold og forslag til videre tiltak. Andre ganger var imidlertid deltakerne imponert over den jobben fastlegene hadde gjort for pasientene sine, og i slike saker ga de tydelig uttrykk for sin anerkjennelse av dette i NMV-rapportene. Ett eksempel på dette kom fra en erfaren mannlig deltaker. Han fortalte om en fastlege og en arbeidsgiver som hadde hatt tett samarbeid om å legge til rette på arbeidsplassen til en pasient som sikkert kunne ha vært på uførepensjon for 20 år siden. I de tilfellene der NMV-legen ikke var enig i det fastlegen hadde gjort, ble dette lagt frem på en forsiktig og respektfull måte i NMV-rapportene. Det var flere som løftet frem at fagpersoner vanligvis aksepterer uenighet, og at de selv som fastleger ville ha ønsket en ordning med «second opinion» velkommen. Noen deltakere hadde mottatt NMV-rapporter på egne listepasienter og erkjente at de kunne ha oversett ett og annet med egne pasienter.

En deltaker reflekterte litt over hvordan han forsiktig formulerte sine tilbakemeldinger til fastlegene i NMV-rapporten som følger:

*«For eksempel, så formulerte jeg et spørsmål i NMV-rapporten ... Har du tenkt på dette eller dette - med et spørsmålstegn bak.» (6)*

#### ***Resultatkategori 4: Vi ønsker NMV velkommen, men det er et behov for flere justeringer av tiltaket om det skal bli implementert.***

Noen deltakere beskrev hvordan noen sykmeldte arbeidstakere syntes å være offer for fragmentert oppfølging, fordi de manglet samkjørte aktører som dro i samme retning. Flere av deltakerne løftet frem erfaringer med å kunne støtte fastlegen i rollen som portvakt ved å våge å si «nei». En kvinnelig deltaker beskrev en ung mannlig pasient. I løpet av samtalen prøvde NMV-legen å forstå hvorfor denne pasienten var sykmeldt, uten å kunne finne én gyldig årsak, og anbefalte derfor umiddelbar friskmelding. Andre deltakere beskrev lignende situasjoner, hvor de

hadde anbefalt opptrapping til arbeid. Det var likevel enkelte deltakere som fortalte at de noen ganger var usikre på om de burde forelå retur til arbeid eller ikke, fordi de følte at fastlegen kjente pasientens situasjon bedre.

En deltaker reflekterte over positive sider ved at flere leger vurderer den sykmeldte pasienten på denne måten:

*«Flere øyne ... Leger som kan dele ansvaret og som våger å si «nei». Fordi det å si nei er ikke alltid er så lett når du har fulgt opp en pasient over lang tid (...) Delt ansvar...jeg tenker det er den rette veien å gå når det gjelder sykmelding.» (8)*

Alle deltakerne kom med konkrete innspill til hvordan NMV kunne forbedres før tiltaket ble implementert nasjonalt. For det første, var det noen som etterspurte videre avklaring av NMV-legens rolle. Noen av deltakerne ga kliniske anbefalinger, slik som forslag til endring i medisiner og forslag til øvelser, mens andre så rollen sin som noe helt annet enn det å være en «vanlig» lege. For det andre, var det flere som mente at både sammendraget fra fastlegene og oppmøte til NMV-konsultasjonen for pasientene måtte være obligatorisk, og til og med utløse sanksjoner hvis det ikke ble gjort. For det tredje mente noen få at NMV-legenes anbefalinger burde være mer førende for hva fastlegene, NAV og pasientene skulle gjøre videre. Noen deltakere foreslo at NMV måtte implementeres på et tidligere tidspunkt, rundt fire måneder, slik at rapporten fra NMV-legen kunne brukes som et nyttig redskap i det nåværende obligatoriske dialogmøte ved seks måneders sykmelding. Noen nevnte også behov for å korte ned reiseavstanden for pasientene som henvises til NMV. De mente videre at selve malen for NMV-rapporten burde være mindre førende og etterlyste bedre tekniske løsninger for å sende rapporten til NAV og fastlegen. Hvis NMV skulle bli implementert, mente de fleste deltakerne at NMV-leger selv burde være fastleger, men en deltaker var også åpen for at andre legespesialister kunne være NMV-leger. Andre igjen uttrykte noe skepsis mot implementering av NMV. En deltaker fryktet at fastlegen skulle degradere eget oppfølgingsarbeid med sykmeldte pasienter hvis andre likevel fikk i oppgave å sjekke dem. En annen deltaker igjen kom med et motsatt innspill. Dette innebar at fastlegene selv kunne få samme opplæring som NMV-legene, for deretter å kunne bruke en egen takst for å gjennomføre en times konsultasjon, samt skrive en rapport i samarbeid med den sykmeldte arbeidstakeren som liknet NMV-rapportmalen.

En deltaker argumenterte for at NMV-legen ikke nødvendigvis trengte å være fastlege:

*«Jeg tenker at så lenge legen har god tid til å forberede seg, har fått et godt sammendrag fra fastlegen og en nyttig mal for NMV-rapporten ... da tror jeg ikke det er nødvendig at de selv har lang erfaring som fastlege for å kunne rapportere noe tilbake til fastlegen. Fordi, da vil denne NMV-legen ha mange andre fortrinn som den travle fastlegen ikke har.» (8).*

## Konklusjon

Deltakerne synes å ha tilegnet seg en ny sykmeldingsaktør-rolle som NMV-leger, og noen ganger så de sine fastlegekollegaer, sine likemenn, som en hindring for retur til arbeid. De opplevde at rollen de hadde som NMV-leger var viktig og var åpne for implementering av tiltaket etter nødvendige justeringer.

## Diskusjon

### Utvalg

Både i pasient- og fastlegestudien endte vi opp med et tilgjengelighetssutvalg i stedet for et strategisk utvalg av deltakere på grunn av utfordringer med rekruttering. Likevel var det god variasjon på de ulike demografiske variablene (se Tabell 15, 16 og 17). Det er sannsynlig at pasientstudien har en overvekt av deltakere med positive erfaringer med NMV. Dette fordi NMV-legene rekrutterte, og at de dermed kan ha spurt kun pasienter som de opplevde å ha en god dialog med. Dette imøtegår noe av at deltakerne i pasientstudien også delte en del negative holdninger til og erfaringer med NMV. Uansett er det viktig å understreke at vi mangler stemmene fra de sykmeldte pasientene som unnlot å møte til NMV

Resultatene fra fastlegestudien er gjennomgående negative til NMV. Det kan tenkes at disse fastlegene hadde mer negative holdninger til og erfaringer med NMV-tiltaket enn andre fastleger som hadde vært i befatning med NMV i Hordaland, fordi de gjennom å samtykke til deltakelse fikk en mulighet til å motvirke en eventuell implementering. En motvekt til denne antakelsen er at flere av de deltakende fastlegene også uttrykte positive aspekter med NMV. Det ble for eksempel ansett som hensiktsmessig å legge ned arbeid i et resyme, siden en slik systematisk gjennomgang og oversikt over pasientenes totale situasjon var nyttig i deres egen videre oppfølging av pasientene. I tillegg så de verdien av å bli «sett i kortene» av en erfaren kollega, fordi de kunne ha oversett noe eller glemt å tenke på konstruktive mulige tiltak.

## Resultat

NMV var et nytt og ukjent tiltak for både pasienter og fastleger. Det kan forklare noe av usikkerheten som pasientene beskrev etter å ha blitt innkalt, samt forklare hvorfor noen fastleger ikke anså det som viktig nok å bruke tid på å skrive resyme til NMV-legene. NMV-legene beskrev hvordan de merket at en del pasienter møtte dem med «piggene ute» og hvordan de hadde utviklet teknikker for å få en best mulig åpning av NMV-konsultasjonen.

Fastlegene så på NMV som en kontroll av dem som sykmeldende behandler, mer enn en ny vurdering av de sykmeldte pasientene. Dette kom også frem i pasientstudien, da flere av

pasientdeltakerne fortalte at fastlegene deres hadde sagt dette, også for å roe de ned og redusere deres bekymringer ovenfor dette nye og ukjente tiltaket.

I motsetning til resultatene fra pasient- og fastlegestudien, mente NMV-legene at NMV-tiltaket var nyttig. Ovenfor pasientene mente NMV-legene at de bidro med å gi viktig positiv støtte og økt innsikt til pasientens egen situasjon. Ovenfor fastlegene mente de at de bidro med å gi konstruktive innspill for videre oppfølging i flere av rapportene som de sendte tilbake til fastlegene. Diskrepansen i disse resultatene er ikke nødvendigvis et uttrykk for noen bastant og gjennomgående uenighet mellom disse tre partene, men kan like gjerne være et uttrykk for at vi som forskere ikke fikk rekruttert pasienter og fastleger som hadde konkrete historier om hvordan NMV-tiltaket hadde vært nyttig for dem.

Flere av pasientdeltakerne beskrev vanskeligheter med manglende resyme fra fastlegene. Kanskje var dette særlig utfordrende for de mest sårbare, fordi det var vanskelig å møte en ny og ukjent lege som ikke visste noen ting om deres situasjon. Noen fastleger syntes det var nyttig å utforme resymeet, til tross av at det var tidkrevende ettersom det var en fin anledning til å sammenfatte en lang sykehistorie og gjenopprette oversikt i en pågående sykmeldingsoppfølging.

Både pasienter og NMV-leger la vekt på erfaringene sine med å henholdsvis bli sett og se den sykmeldte som en person. Det er et samsvar mellom pasientenes erfaringer og NMV-legenes beskrivelser av å gi den sykmeldte bekreftelse og støtte. Ingen fastleger beskrev dette som et viktig moment.

Det at NMV-legene var erfarne allmennleger, syntes å være viktig for fastlegenes tillit til den nye vurderingen. Noen av NMV-legene mente derimot at man ikke behøvde å være erfaren allmennlege for å skjøtte denne oppgaven.

Det var gjennomgående blant pasientene, fastlegene og NMV-legene at «second opinion» både er ønsket og ansett som et nyttig tiltak. Pasientene tenkte at det var mulig at fastlegen deres kunne ha oversett noe, eller at en annen lege kunne komme med gode innspill som fastlegen deres ikke hadde tenkt på. Fastlegene på sin side var åpne om mulige «blinde flekker» og egen utilstrekkelighet, og mente derfor at det kunne være en styrke når en kollega så over og kom med innspill til videre utredning, behandling og oppfølging. NMV-legene mente videre at deres gode arbeidsrammer med god tid, rapportmal med konkrete spørsmål for å vurdere funksjonsnivå og god oversikt over tilgjengelige NAV-tiltak for sykmeldte, gjorde dem spesielt godt egnet til å gjennomføre en ny medisinsk vurdering. Dessuten hevdet NMV-leger at det var enklere for dem i forhold til fastlegene å være uenig med pasientene i sykmeldingsspørsmål.

Imidlertid var fastlegene tydelig på at det ville vært langt mer hensiktsmessig om de kunne velge ut spesielt utfordrende pasienter, fremfor at alle langtidssykmeldte skulle gå gjennom NMV. De mente videre at det måtte være obligatorisk å møte opp til NMV, at NMV-legen måtte være en allmennlegekollega, gjerne med en del klinisk erfaring, og at NMV-legene ikke skulle kunne overprøve deres vurderinger.

I våre internasjonale vitenskapelige publikasjoner har vi diskutert resultatene fra de kvalitative delstudiene opp imot eksisterende kunnskap på feltet (se publiserte artikler i vedlegg D).

## Del 5: Konklusjon

I denne sluttrapporten har vi formidlet prosess og resultater for forsøket «Effektevaluering av ny medisinsk vurdering etter seks måneders sykmelding». Både nasjonalt og internasjonalt er forsøket banebrytende. Nasjonalt, fordi et politisk initiert NAV-tiltak blir evaluert gjennom en randomisert kontrollert studie, samfunnsøkonomisk analyse og kvalitative metoder før beslutning om eventuell nasjonal implementering tas. Internasjonalt, fordi det er første gang effekten av denne typen tiltak (som internasjonalt kalles independent medical evaluation) blir undersøkt i en randomisert kontrollert studie.

For hele oppfølgingsperioden sett under ett, hadde NMV ingen effekt verken på antall dager sykmeldt eller på gradering av sykmelding, på sannsynligheten for å gå ut av sykmelding før sykmeldingsretten var oppbrukt, eller på overgang til arbeidsavklaringspenger. Dette gjelder for alle som ble innkalt til NMV, uavhengig av om de møtte eller ikke og hvis man kun ser på de som faktisk møtte til NMV-konsultasjonen. Effektevalueringen viste heller ingen effekt for undergrupper definert ut fra kjønn, alder og sykmeldingsdiagnose.

Det er verdt å merke seg at kun 55 prosent av de innkalte møtte til NMV-konsultasjon, og at de som møtte hadde en høyere gjennomsnittsalder, høyere kvinneandel, og hadde i større grad vært sykmeldt de to siste årene før randomisering. Resultatene viser at NMV-legen i gjennomsnitt foretok NMV-konsultasjonen tre uker etter siste sykmelding hos fastlegen, og at NMV-legen og fastlegen vurderte sykmeldingsgrad likt i 68 prosent av tilfellene. I 29 prosent av tilfellene anbefalte NMV-legene lavere sykmeldingsgrad, eller at sykmeldingen skulle opphøre. Endelig har vi undersøkt om NMV-gruppen ble innkalt til dialogmøte 2 i samme grad som kontrollgruppen, noe de ble. Dette er relevant fordi det ble presisert at når man ser bort fra NMV-tiltaket, skulle oppfølgingen fra NAV være den samme for de to gruppene.

Ettersom effektevalueringen konkluderer med at tiltaket ikke har effekt, har ikke forsøket noen inntektskilde i seg selv. Derimot gir kostnadene som er påløpt ved en lokal utprøving verdifull kunnskap. Forsøket er en investering i kunnskapsbasert politikk som gir en høy avkastning med tanke på de utgiftene som ville ha påløpt dersom tiltaket ble innført nasjonalt uten forutgående utprøving.

Intervjuer med de involverte aktørene (pasientene, fastlegene, og NMV-legene) gir viktig innsikt i hvilke holdninger aktørene hadde til forsøket og hvilke erfaringer de gjorde seg underveis.

Intervjuer med pasienter som hadde vrt til NMV-konsultasjon viser at NMV ble tilbudt for sent i sykmeldingsforløpet og forstyrret allerede pågående behandling og oppfølgingstiltak.

Pasientene var negativt innstilt til NMV-konsultasjonen, blant annet fordi de fryktet å bli definert



som uverdige sykepengemottakere. Likevel var det overordnede inntrykket at konsultasjonen i seg selv var både hyggelig og støttende og at den bekreftet deltakeren i å være på rett spor i sin tilfriskningsprosess mot arbeid. Fastlegene ønsket en ordning med «second opinions» velkommen hvis de selv kunne håndplukke spesielt utfordrende pasienter til en obligatorisk NMV hos en fastlegekollega. Én betingelse for en slik alternativ ordning var likevel at den nye legen ikke skulle kunne overprøve fastlegens vurdering vedrørende sykmeldingen. I stedet for å implementere NMV, foreslo imidlertid fastlege at allerede eksisterende muligheter for faglige innspill fra kollegaer, tverrfaglig samarbeidsmøter og eksisterende oppfølgingstiltak heller burde anvendes mer enn det som er tilfelle i dag. NMV-legene synes å ha tilegnet seg en ny sykmeldingsaktør-rolle som NMV-leger, og noen ganger så de sine fastlegekollegaer som en hindring for retur til arbeid. De opplevde at rollen de hadde som NMV-leger var viktig og var åpne for implementering av tiltaket etter nødvendige justeringer.

Kunnskapsbasert politikk, også kalt evidensbasert politikk, er å utforme politiske programmer og tiltak basert på best mulig kunnskap om virkningen av virkemidlene ([https://snl.no/kunnskapsbasert\\_politikk](https://snl.no/kunnskapsbasert_politikk)). Vår sluttrapport presenterer en bred evaluering hvor vi har brukt gullstandard for å evaluere effekt, supplert med kvalitative studier for å belyse hvordan aktørene erfarte forsøket. Samlet gir evalueringresultatene norske beslutningstakerne sterke argumenter for ikke å implementere NMV ved seks måneders sykmelding i en norsk kontekst.

## Referanser

- Aamland, A., & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging : en scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 148-178.
- Angrist, J. D., & Pischke, J. S. (2008). *Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion*. : Princeton university press.
- Brage, S., Bragstad, T., & Sørbø, J. (2014). Utvikling i bruk av helserelevante ytelser 2013. Hva går de sykmeldte til? *Arbeid og velferd*, 2, 116-127.
- Brage, S., & Kann, I. (2006). *Fastlegers sykemeldingspraksis !: Variasjoner*, RTV-rapport 05/2006. Retrieved from [http://www.nav.no/Forsiden/\\_attachment/1073745851?true&ts=10cd428e448](http://www.nav.no/Forsiden/_attachment/1073745851?true&ts=10cd428e448)
- Brekke, K., Holmås, T., Monstad, K., & Straume, O. (2017). Socio-economic status and physicians' treatment decisions. *Health economics*. doi:DOI: 10.1002/hec.3621
- Busse, J. W., Bruun-Meyer, S. E., Ebrahim, S., & Kunz, R. (2014). A 45-year-old woman referred for an independent medical evaluation by her insurer. *CMAJ*, 186(16), E627-630. doi:10.1503/cmaj.130863
- Clifton, D. W. (2006). The functional IME: A linkage of expertise across disability continuum. *Work*, 3(281-285).
- Ebrahim, S., Sava, H., Kunz, R., & Busse, J. W. (2014). Ethics and legalities associated with independent medical evaluations. *CMAJ*, 186(4), 248-249. doi:10.1503/cmaj.131509
- Englund, L., Tibblin, G., & Svardsudd, K. (2000). Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care*, 18(1), 48-52.
- Husabo, E., Monstad, K., Holmas, T. H., Oyeflaten, I., Werner, E. L., & Maeland, S. (2017). Protocol for the effect evaluation of independent medical evaluation after six months sick leave: a randomized controlled trial of independent medical evaluation versus treatment as usual in Norway. *BMC Public Health*, 17(1), 573. doi:10.1186/s12889-017-4469-3
- Kaarboe, O., & Carlsen, F. (2014). Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway. *Health economics*, 23(1), 93-107.
- Karlsson, N. E., Carstensen, J. M., Gjesdal, S., & Alexanderson, K. A. (2008). Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*, 18(3), 224-231.
- Kilgour, E., Kosny, A., Akkermans, A., & Collie, A. (2015). Procedural Justice and the Use of Independent Medical Evaluations in Workers' Compensation. *Psychological Injury and Law*, 8(2), 153-168. doi:10.1007/s12207-015-9222-6
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., & Collie, A. (2015). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *J Occup Rehabil*, 25(1), 220-239. doi:10.1007/s10926-014-9521-x
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (2 ed.). Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation – a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40, 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26 (13), 1753 - 1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Markussen, S., Røed, K., & Schreiner, R. C. (2015). Can Compulsory Dialogues Nudge Sick-listed Workers Back to Work? *The Economic Journal*.
- Monstad, K., Engesæter, L., & B, E. (2013). Waiting time and socio-economic status - an individual-

- level analysis. *Health economics*. doi:DOI: 10.1002/hec.2924.
- Morgan, D. (Ed.) (1997). *Focus Groups as Qualitative Research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Novick, G. (2008). Is There a Bias Against Telephone Interviews In Qualitative Research? *Res Nurs Health*, 31(4), 391-398. doi:10.1002/nur.20259
- Schultz, I. Z., & Gatchel, R. J. (2005). Research and practice directions in risk for disability prediction and early intervention. In I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of complex occupational disability claims* (pp. 523–551). New York: Springer.
- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qual Res*, 4(1), 107-118. doi:doi:10.1177/1468794104041110
- Tellnes, G. (1990). *Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice*. (Ph.D.), University of Oslo, Oslo.
- Waddell, G., Burton, A. K., & Kendall, N. A. S. (2008). *Vocational rehabilitation - what works, for whom, and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group*. Retrieved from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/209474/hwv-vocational-rehabilitation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwv-vocational-rehabilitation.pdf)
- Worksafe Victoria. (2013a). *Information for injured workers— independent medical examinations*. Retrieved from WorkSafe Victoria: [https://www.worksafe.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/10946/WSV617-Information-for-injured-workers-Independent-medical-examinations.pdf](https://www.worksafe.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0020/10946/WSV617-Information-for-injured-workers-Independent-medical-examinations.pdf)
- Worksafe Victoria. (2013b). *Introducing WorkSafe. A guide for healthcare providers*. (WSV1097/03/09.13). Retrieved from [https://www.worksafe.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/209575/ISBN-Introduction-guide-for-healthcare-providers-2013-09.pdf](https://www.worksafe.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/209575/ISBN-Introduction-guide-for-healthcare-providers-2013-09.pdf).

## Vedlegg A

OLA NORDMANN

STORGATA 66

1234 STADEN

NAV Staden

Postboks 40

1234 STADEN

Dato: 01.05.2015

## Innkalling til samtale

F.nr. 12345678945 (før opp fødselsnummer i skriv til oss).

I forbindelse med at du er sykmeldt ønsker vi en samtale med deg.

Samtalen er en ny medisinsk vurdering av en annen lege enn din fastlege, noe som gir deg mulighet for en ekstra vurdering av din helsetilstand.

Samtalen er en del av et forsøks- og forskningsprosjekt igangsatt av Arbeids- og sosialdepartementet og utføres av NAV og Uni Research. Du er tilfeldig utplukket til å delta og denne samtalen med en ny lege er obligatorisk. Vi ber deg prioritere timen.

Legen skal se på dine muligheter og begrensninger i forhold til å komme tilbake til arbeidslivet. Legen skal også vurdere sykmeldingen og om det kan gjøres mer for å hjelpe deg tilbake i arbeid.

Både du og fastlegen din får en rapport etter samtalen. Fastlegen din kan bruke denne i sin videre oppfølging av deg. Det er fortsatt fastlegen som er ansvarlig for videre sykmelding og oppfølging av deg. Denne samtalen er ment som en hjelp i fastlegens arbeid.

Det er ingen egenandel for timen, og NAV dekker utgifter til rimeligste reisealternativ i etterkant, via et skjema du får av legen på selve konsultasjonen. Dersom du av helsemessige årsaker har behov for taxi, må din fastlege dokumentere dette. Hvis du er helt friskmeldt ber vi deg kontakte NAV på telefon 55 55 33 33 for å avbestille timen.

For mer informasjon om hvorfor prosjektet er satt i gang og hvordan det skal utføres, se [www.nav.no/nyvurdering](http://www.nav.no/nyvurdering)

Vi har satt av tid:

Møtested: NMV-legens navn og kontor

Hvis tidspunktet ikke passer, eller det av andre grunner ikke er aktuelt å komme, ber vi om at du gir beskjed til undertegnede.

Med hilsen

NAV Staden

Kari Saksbehandler

**Aktuelle lover:**

Både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven har bestemmelser om sykefraværsoppfølging:

Arbeidsmiljøloven § 4-6 (tilretteleggingsplikt, oppfølgingsplan, dialogmøte etter 12 uker).

Folketrygdloven § 8-4, § 8-7, § 25-2 og § 25-3 (innhenting av oppfølgingsplan, aktivitetskrav, tvangsmulkt).

Les mer på [nav.no](http://nav.no) eller [arbeidstilsynet.no](http://arbeidstilsynet.no)

## Vedlegg B

Tabell 1. Resultat-tabell inkludert kontrollvariabler: Effekt av tiltaket på dager sykmeldt fra startdato (ITT)

	(1)	(2)	(3)	(4)
tiltak	-0.153 (-0.06)	-0.153 (-0.06)	0.435 (0.17)	-0.398 (-0.15)
mann		-4.898 (-1.92)	-5.039* (-1.97)	-5.550* (-2.17)
alder		0.651*** (4.59)	0.661*** (4.65)	0.673*** (4.73)
norskfødt		-5.613 (-1.57)	-4.433 (-1.22)	-4.617 (-1.28)
ugift		-3.721 (-1.14)	-4.079 (-1.24)	-4.533 (-1.38)
skilt		-7.381* (-2.13)	-7.270* (-2.10)	-7.771* (-2.24)
barn under7		0.584 (0.25)	0.660 (0.28)	0.773 (0.33)
barn under18		-2.214 (-1.48)	-2.228 (-1.48)	-2.166 (-1.44)
dager sykmeldt 2 år før		0.098*** (4.24)	0.098*** (4.24)	0.088*** (3.73)
kontor 2			-14.56* (-2.19)	-13.88* (-2.09)
kontor 3			10.82 (1.31)	10.65 (1.29)
kontor 4			-8.178 (-1.22)	-9.589 (-1.43)
kontor 5			-2.696 (-0.43)	-3.210 (-0.52)
kontor 6			-2.181 (-0.35)	-3.747 (-0.61)
kontor 7			-7.115 (-1.03)	-7.519 (-1.09)
kontor 8			-0.00212 (-0.00)	-0.434 (-0.07)
kontor 9			-9.373 (-1.45)	-8.473 (-1.30)
kontor 10			-5.076 (-0.75)	-4.139 (-0.61)
kontor 11			-3.979 (-0.62)	-3.766 (-0.59)
kontor 12			-4.531	-4.396

			(-0.69)	(-0.67)
kontor 13			-9.054	-8.938
			(-1.28)	(-1.27)
konstantledd	288.6***	268.2***	271.5***	279.7***
	(180.33)	(33.97)	(30.22)	(13.34)
<i>Andre kontrollvariabler:</i>				
<i>Nav-kontor</i>	-	-	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>
<i>randomiseringsmåned</i>	-	-	-	<i>Ja</i>
<i>N</i>	4297	4297	4297	4297

---

Tabell 2. Sammenhengen mellom det å møte til konsultasjon og dager sykmeldt (OLS)

	Dager sykmeldt	Dager sykmeldt etter rand.	Dager sykmeldt etter rand., vektet
NMV	24.86*** (8.24)	23.73*** (8.00)	19.36*** (6.48)
mann	-5.748* (-2.25)	-7.511** (-2.99)	4.736 (1.87)
alder	0.654*** (4.60)	0.667*** (4.77)	0.414** (2.94)
norskfødt	-4.821 (-1.34)	-4.171 (-1.17)	-15.23*** (-4.26)
ugift	-4.590 (-1.40)	-2.783 (-0.86)	2.229 (0.69)
skilt	-7.188* (-2.08)	-6.211 (-1.83)	1.706 (0.50)
barn under7	0.820 (0.35)	2.984 (1.30)	5.581* (2.41)
barn under18	-2.205 (-1.48)	-3.517* (-2.39)	-6.061*** (-4.10)
dager sykmeldt 2 år før	0.0927*** (3.96)	0.0847*** (3.68)	0.0768*** (3.31)
<i>N</i>	4248	4248	4248

*t* verdier i parentes. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Inkludert kontroll for Nav-kontor og randomiseringsmåned (ikke rapportert i tabellen).



Tabell 3. Første steget i IV. Avhengig variabel: Frammøte til NMV-konsultasjon (dummy-variabel).

	Koeffisient	sd	t-verdi	P> t
tiltak	0.566	0.010	57.53	0
mann	-0.005	0.010	-0.48	0.631
alder	0.002	0.001	2.92	0.004
norskfødt	-0.013	0.014	-0.95	0.343
ugift	-0.001	0.013	-0.06	0.954
skilt	-0.022	0.013	-1.68	0.093
barn under7	0.001	0.009	0.16	0.873
barn under18	0.001	0.006	0.17	0.868
dager sykmeldt 2 år før	0.000	0.000	1.19	0.233
kontor 2	-0.069	0.026	-2.72	0.007
kontor 3	0.009	0.032	0.29	0.768
kontor 4	-0.033	0.025	-1.29	0.196
kontor 5	0.059	0.024	2.52	0.012
kontor 6	0.000	0.023	-0.01	0.994
kontor 7	-0.004	0.026	-0.17	0.865
kontor 8	-0.015	0.025	-0.6	0.549
kontor 9	-0.034	0.025	-1.38	0.166
kontor 10	-0.014	0.026	-0.56	0.578
kontor 11	-0.094	0.024	-3.86	0
kontor 12	-0.037	0.025	-1.48	0.138
kontor 13	0.005	0.027	0.19	0.85
konstantledd	0.001	0.080	0.01	0.991

Modellen inneholder også kontroll for randomiseringsmåned. N=4248.

## Vedlegg C

Utdrag av *Rutine for NMV-ansvarlig Nav-veileder*:

### **Prosedyre for unntak**

- ✓ Hendelsene på «arbeidsbenken» inneholder kun NMV-kandidater som er sykmeldt med en ICPC-2 diagnose. Følgende unntak er allerede lagt inn i systemet for uttrekk ved 22 uker:

- 1) Sykmeldte med ICD-10 diagnoser. (Disse regnes å være sykmeldt av spesialisthelsetjenesten og faller derfor utenfor prosjektets målgruppe.)
- 2) Sykmeldte som har hemmelig adresse.
- 3) Sykmeldte som er ansatt i NAV. (Disse er underlagt et settekontor).

- ✓ Gjør unntak fra NMV for utvalgte diagnoser (se listen under), kun basert på diagnosekode.
- ✓ Gjør unntak for brukere som har fylt 66 år.
- ✓ Unnta alle gravide (W-diagnose eller dersom det på annen måte kommer frem at bruker er gravid)
- ✓ Det skal ikke innhentes nye opplysninger.
- ✓ Åpenbare unntak, som ikke fremgår av listen over unntatte diagnosekoder, skal unntas. For eksempel situasjoner hvor den sykmeldte fremdeles er innlagt- eller inne i aktiv behandling ved sykehus/spesialisthelsetjenesten, men hvor fastlegen har overtatt sykmeldingsansvaret.
- ✓ Ved tvil skal kandidaten inn. Rådfør deg eventuelt med Rådgivende overlege.
- ✓ Dersom det oppdages tekniske feil som har gjort at brukere dukker opp som hendelse uten at de skal det, unntas disse.
- ✓ Dersom en bruker som kommer opp på SYFO-benken for 2., 3., 4. eller 5. gang, og dermed allerede er registrert i koblingslisten, kan oppgaven ferdigstilles uten at du fører personen opp i koblingslisten.

Brukere med følgende diagnosekoder skal unntas NMV:

<b>Diagnosekode</b>	<b>Beskrivelse</b>
<b>P70</b>	Demens
<b>A79</b>	Ondartet svulst IKA
<b>B72</b>	Hodgkins sykdom/lymfom
<b>B73</b>	Leukemi
<b>B74</b>	Ondartet svulst blod/lymfesystem IKA
<b>D74</b>	Ondartet svulst magesekk
<b>D75</b>	Ondartet svulst tykktarm/endetarm
<b>D76</b>	Ondartet svulst bukspyttkiertel
<b>D77</b>	Ondartet svulst fordøyelsesykt IKA
<b>F74</b>	Svulst i øye/øvehule
<b>H75</b>	Svulst øre
<b>K72</b>	Svulst øre
<b>L71</b>	Ondartet svulst muskel-ski-syst

<b>N74</b>	Ondartet svulst nervesystemet
<b>R84</b>	Ondartet svulst bronkie/lunge
<b>R85</b>	Ondartet svulst luftveier IKA
<b>S77</b>	Ondartet svulst hud
<b>T71</b>	Ondartet svulst tyreoida
<b>U75</b>	Ondartet svulst nyre
<b>U76</b>	Ondartet svulst urinblære
<b>U77</b>	Ondartet svulst urinveier IKA
<b>W72</b>	Ondartet svulst svangerskap
<b>X75</b>	Ondartet svulst livmorhals
<b>X76</b>	Ondartet svulst bryst (K)
<b>X77</b>	Ondartet svulst kjønnsorg IKA (K)
<b>Y77</b>	Ondartet svulst prostata
<b>Y78</b>	Ondartet svulst kjønnsorg IKA (M)


## Vedlegg D

STUDY PROTOCOL

Open Access



# Protocol for the effect evaluation of independent medical evaluation after six months sick leave: a randomized controlled trial of independent medical evaluation versus treatment as usual in Norway

Elisabeth Husabo<sup>1,2\*</sup> , Karin Monstad<sup>3</sup>, Tor Helge Holmås<sup>3</sup>, Irene Oyeflaten<sup>1,4</sup>, Erik L. Werner<sup>5,6</sup> and Silje Maeland<sup>1,7</sup>

## Abstract

**Background:** It has been discussed whether the relationship between a patient on sick leave and his/her general practitioner (GP) is too close, as this may hinder the GP's objective evaluation of need for sick leave. Independent medical evaluation involves an independent physician consulting the patient. This could lead to new perspectives on sick leave and how to follow-up the patient.

**Methods/design:** The current study is a randomized controlled trial in a Norwegian primary care context, involving an effect evaluation, a cost/benefit analysis, and a qualitative evaluation. Independent medical evaluation will be compared to treatment as usual, i.e., the physicians' and social insurance agencies' current management of long-term sick-listed patients. Individuals aged 18–65 years, sick listed by their GP and on full or partial sick leave for the past 6 months in Hordaland county will be included. Exclusion criteria are pregnancy, cancer, dementia or an ICD-10 diagnosis. A total sample of 3800 will be randomly assigned to either independent medical evaluation or treatment as usual. Official register data will be used to measure the primary outcome; change in sickness benefits at 7, 9 and 12 months. Sick listed in other counties will serve as a second control group, if appropriate under the "common trend" assumption.

**Discussion:** The Norwegian effect evaluation of independent medical evaluation after 6 months sick leave is a large randomized controlled trial, and the first of its kind, to evaluate this type of intervention as a means of getting people back to work after long-term sickness absence.

**Trial registration:** ClinicalTrials.gov NCT02524392. Registered June 23, 2015.

**Keywords:** Sickness absence, Sickness benefits, Primary care, General practitioner, Family physician, Social insurance, Randomized controlled trial, General practice, Disability, Disability pension

\* Correspondence: elisabeth.husabo@uni.no

<sup>1</sup>Uni Research Health, PB 7810, 5020 Bergen, Norway

<sup>2</sup>Clinic of Child and Adolescent Mental Health, Haukeland University Hospital, PB 1400, 5021 Bergen, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



## Background

Long-term sickness absence (LTSA) may lead to exclusion, weakening of economic independency and create dependency of health services, welfare services and/or social welfare. The majority of individuals with illness and disease do not need any assistance to return to work (RTW) after a period of sick leave [1, 2]. However, approximately 6.5% will still receive sickness benefits after 6 months [3].

In Norway, 330 individuals reach 6 months of uninterrupted sick leave every day. For these individuals, work disability may lead to disability pension [3]. Amongst 15 OECD countries, Sweden and Norway had the highest percentage increase in people between 20 and 64 years on disability pension, from 1980 to 2007/2008 [4]. This is a negative trend, because very few return to work after having received disability pension [3].

The Norwegian Labor and Welfare Administration (NAV) is the public welfare agency in Norway. It is responsible for a third of the state budget, administering state and municipal welfare agencies, including sickness benefits, pensions, unemployment benefits and social security benefits. Workers are entitled to sickness benefits from NAV if they have been in paid work for the last 4 weeks before the sickness incident. In general, employees receive 100% of their salary (up to 6 G = 555,456 NOK, approx. \$ 67,501 in 2016) in sickness benefit from the first day of reported sick and up to 1 year. The employer pays for the first 16 days of a sick leave period, and thereafter NAV covers the disbursement.

The current sickness absence management is organized by NAV. Within 4 weeks from the sick leave starts, the employer is supposed to create a follow-up plan and within 7 weeks arrange a meeting with the sick listed employee. NAV and/or the GP may be invited. The goal of this meeting is to find solutions for RTW, secure dialogue and update the follow-up plan. The employer has to provide work-related activity within the first 8 weeks of sick leave. At 26 weeks of sick leave, NAV arranges for a second meeting, where the person on sick leave and the employer are obliged to participate. The purpose is to find solutions for RTW and to secure a shared view of responsibility and time line.

Sick leave can be graded from 20 to 99% independent of the proportion of employment; full or graded. If the employee does not RTW after 1 year, he or she may receive a transition benefit, which has an upper limit of 4 years. NAV's general goal is to have more people working and fewer on benefits.

The GP is an important stakeholder, issuing 70% of all sickness certificates in Norway [5]. Most GPs in Norway are self-employed, but are registered on a public list-based GP-scheme with a contract through the local authorities. GPs have no direct financial incentives regarding the

length of their patients' sick leave. Since the GP-scheme entitles all citizens to have a personal GP, the GP is assigned an important role in RTW efforts. Citizens can change GP twice a year. The GPs are reimbursed by a fixed yearly allocation of 380 NOK per patient on the GP-scheme and the average GP list size is 1200 people [4, 6]. Additional reimbursements include consultation fees from patients and the health authorities, based on fixed tariffs.

The patient-GP relation is discussed as problematic by several interests [7]. It is debated whether the public list-based GP-scheme has increased the competition between GPs, and made them more concerned with keeping patients satisfied, than with being strict gatekeepers [8, 9].

Independent medical evaluation (IME) involves an independent physician consulting the patient. It is traditionally requested by insurance companies, attorneys, case managers, and employers who want to establish "estimated" physical capacities, degree of disability, and the reason for work disability [10]. It is also used when there is uncertainty around the functional status and/or the employee's rehabilitation potential. Ethical and legal issues of IMEs have been discussed, especially the detached relationship between the IME doctor and a vulnerable patient [11].

IME is not commonly used in Norway. The most similar parallel to an IME in a Norwegian context is when NAV is unsure about the GP's evaluation of the patient's rights to disability pension and work assessment allowance. A physician employed by NAV then looks at the patient's medical records and makes recommendations about imbursements. However, this procedure is usually introduced when a patient's sick leave reaches 1 year. The purpose and organization of the IME of this RCT is outlined below.

In this paper we present the protocol for an ongoing RCT, which aims to explore whether an IME at 6 months of sick leave increases the RTW rate of long-term sick listed patients, compared to the current management of these patients.

## Methods/design

### Aims and objectives

The main aim of this study is to evaluate the effect of IME compared to TAU. The intervention is given to patients after 6 months of continuous sick leave (full or graded sick leave). The IME is conducted by specially trained GPs, performing the IME consultation at their own GP practice in the Norwegian county Hordaland. The following questions will be addressed:

- Is IME more effective than TAU in getting people back to work after 6 months of sick leave (measured in sick leave grading and length of absence)?

- Does IME affect sick leave in the Hordaland county control group, compared to sick listed in other control counties, appropriate to comparison?
- Is IME cost-effective compared to TAU from a societal perspective?
- How is the intervention affecting the involved stakeholders?

### Outcome measures

The primary outcome is change in sickness benefits at 7, 9 and 12 months. This will be identified through register data from NAV, The Norwegian Health Economics Administration (HELFO), and Statistics Norway.

### Data collection

Data collected throughout the project is saved in NAV's secure online database. All directly identifiable personal data (name, social security number, address etc.) is replaced by a unique ID-number before data are sent to Uni Research twice during the project period. Complete and objective data are collected from NAV's national social insurance register, with no loss to follow-up. Administrative costs at NAV, the IME-physicians' salary, office rent and patient travel costs will be used for the cost/benefit analysis. Information about education level will be obtained from Statistics Norway, which has the responsibility for official statistics in Norway. HELFO, which is a sub-ordinate institution to the Norwegian Directorate of Health, will provide information about the GPs.

### Study design

This RCT comprises 1) an effect evaluation, 2) a cost-benefit analysis, and 3) a qualitative evaluation. The main focus of the study is the effect evaluation. The cost-benefit analysis is included to evaluate the resources invested in the intervention, compared to the potential economic gain from reduced sickness absence and increased labor market activity. The qualitative evaluation is conducted to gain insight into stakeholder's experiences.

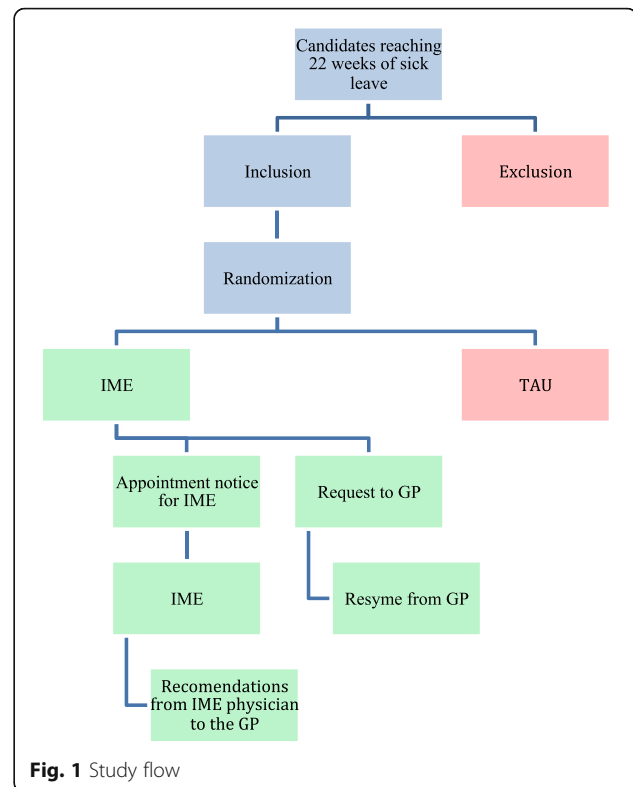
### Effect evaluation

The effect evaluation is a RCT, which is ideal for the aim of comparing interventions to increase RTW of sick listed individuals. See Fig. 1 for study flow.

### Interventions

The procedure is organized by NAV. By a randomization procedure, eligible participants are allocated to the IME or TAU. The IME procedure is developed in cooperation with the Research Unit for General Practice at Uni Research Health, and NAV.

Two weeks in advance of the IME consultation, NAV sends an appointment notice to the IME participant, and a request to his/her personal GP to send a medical



summary to inform the IME physician. The GP is paid a fixed rate for this summary. The IME physician has a total of 2 h for preparation, consultation (30–60 min) and for writing an IME report. The IME report is sent to the patient, the patient's GP and NAV. The report will primarily serve as a tool for the GP's continued follow-up of the patient. The IME report provides a second opinion on the patient's fitness for work or need for continued sick leave, full or graded. The GP may use this evaluation in his/her communication with the patient, particularly if the IME report points at new options for treatment or other initiatives. The GP is responsible for further follow-up actions and sick leave certificates. Both the intervention group and control group receives TAU (regular follow-up in Norway), which is described in the background section. There are no restrictions in participation in concomitant care or interventions during the study.

Specially trained GPs (the IME physicians) are temporarily employed by NAV to perform the IME consultations. The IME physicians were recruited through job announcements. GPs were required to have a minimum of 3 years clinical practice, with completed or ongoing specialization in general practice. As a main rule, the IME physicians use their own offices for the IME consultation. The training of the IME physicians consisted of a 1-day course (7 h) with information about the project, lectures on basic risk factors for LTSA and the GP's

role in the sickness certificate process. The most important themes were addressed by casuistry and lectures of peers and social security stakeholders covering the complexity of illness, sickness, disease, functional ability, and work ability. Dilemmas of GP's dual roles as gatekeeper and the patient's advocate were discussed. Essential in the lectures were knowledge on health effects of working when sick, the Norwegian model of an inclusive working life, and the important role of the employer and the work place in relation to the sick-listed employee. In depth information about the Norwegian social security legislations and work-related actions within the NAV system was included in the lectures. Furthermore, the IME physicians learned about the specific procedures necessary to perform the IME. This included training in using the NAV database in order to get access to information about patients. A second, 3-h training session for the IME physicians was held after a 4-week pilot-period. IME physicians participating in the pilot shared their experiences with the other IME physicians and they all received training in practical and technical procedures.

A third, 4-h training session with the IME physicians was held 4 months after project start. Prior to this, two specialists in the field assessed three IME reports for each of the physicians, and gave written, specific feedback. At the third session the feedback was discussed with the IME physicians individually. Rest of the session was used for group discussions.

As a framework for themes addressed in the IME consultation, the IME physician use a report form. Before meeting the patient, the IME physician prepares for the consultation by starting to fill out the report form with background information from the NAV database and the GPs summary. The IME report includes the following information:

- Name of IME physicians, date of consultation, name of patient, national identity number and a check box for whether the patient did meet or not for the IME consultation.
- Name of the responsible NAV office, name of the patient's GP and a check box for whether the GP did send a medical summary or not in advance of the IME consultation.
- Brief background information of the patient's case history: Date of when the current sick leave started, any specialist report enclosed and grade of sick leave at the time of the IME.
- Information from the patient on work-related actions carried out during the current sick leave period (partial work, "a faster RTW" - actions, dialogue meetings, other work-related actions).
- The patient's resources towards RTW (having an employer, type of occupation, type of work tasks, manageable work tasks for the time being, manageable work tasks if adjustments at the workplace, manageable tasks at home).
- The patient's own descriptions of why the work ability is reduced related to medical reasons (somatic, mental, cognitive), practical reasons (waiting for medical elucidations or treatment), specific work tasks at the current work place (tasks that can be done or not, and possibilities of adjustments), work tasks at the labor market in general (unemployed, competences).
- The patient's own thoughts about RTW (full or partial), answered on a six-point check box (within a month, within 3 months, within the first year of sick leave, later, RTW is not likely (expected), no thoughts about RTW).
- The IME doctors evaluation of RTW (full or partial): What is the most important medical barrier for RTW (somatic, mental, cognitive factors)? What is the most important practical barrier for RTW? What is the most important cognitive barrier for RTW? What is the most important barrier for RTW at the current workplace? Will a change of workplace with similar work tasks make it easier to RTW? Will a change of workplace with new work tasks make it easier to RTW?
- The IME doctor's suggestion of actions, which must be justified (explained): Additional medical/psychological elucidation, additional medical/psychological treatment, actions/adjustments at the work place (contact NAV/employer), practical actions (job search, social security benefits), change of work place, dialogue meeting or other actions.
- The IME doctor must state whether sufficient and adequate actions have been accomplished until the current point of time.
- The IME doctor must suggest grade of further sick leave from the date of consultation (0–100%).
- The IME doctors concluding remarks, elaborations and summing up.

#### Participants, recruitment, inclusion and exclusion

Participants aged 18–65 years old sick listed by their GP with an ICPC-2 diagnosis are recruited through NAV's registries, when reaching 22 weeks of sick leave. All sick listed individuals are included, both those with and without an employer. Pregnant women, individuals with secret address, individuals employed by NAV, people with ICD-10 diagnoses (i.e., sick listed by the specialist health services), cancer or dementia are excluded. The goal is to recruit 1900 (1892) participants in each group, with a total sample of 3800 (3784) participants. Sick-listed in other counties serve as an extra control group, if comparison is appropriate under the "common trend" assumption.



Included participants are exempt from participation when their treating GP explicitly states that the intervention could worsen the condition.

### Sample size calculation

According to NAV's registry for Hordaland county, Norway, in 2008, only 15% of workers who had been sick listed for 6 months were not receiving sickness benefits at 7 months (Statistics Norway's events database (FD-Trygd)). Table 1 shows sample sizes needed to estimate significant effects for five different effect levels (calculated in the analyze programme Stata, by the command "Power" with a 5% significance level, expected positive effect and power of 80%).

Recent research shows positive effect of strict follow-up of people on sick leave in Norway [12, 13]. One RCT from Denmark [14] shows weak or no effect by increased follow-up on sick leave. These studies have been conducted on different groups, with different aims and measures different outcomes. Therefore, we cannot conclude on what can be viewed as a weak/moderate/strong effect. However, we do not expect a negative effect. This reduces necessary sample size compared to studies where the effect can be both positive and negative. We base our inclusion on scenario 3 (Table 1), and aim at recruiting at least 1900 participants to each group.

### Subgroups

Subgroup analyses of effects can be performed if sample size allows this. A priori, the following variables are particularly relevant for a subgroup analysis: age groups, gender, education, main diagnosis group and geographical location.

### Randomization

When registering eligible participants, trained personnel at NAV contacts a research technician at Uni Research Health by e-mail, stating only the participant's ID-number, year of birth and gender. The participant is then allocated to one of two groups by use of a computer-generated randomization list.

**Table 1** Significance level. As scenario 3 shows, we will be able to discover an intervention effect of 3% if 1892 individuals in two groups participate in the study

	Expected effect level <sup>a</sup>	Sample size
Scenario 1:	Control group: 15% and IME: 16%	16,194 in each group
Scenario 2:	Control group: 15% and IME: 17%	4154 in each group
Scenario 3:	Control group: 15% and IME: 18%	1892 in each group
Scenario 4:	Control group: 15% and IME: 19%	1090 in each group
Scenario 5:	Control group: 15% and IME: 20%	714 in each group

### Qualitative evaluation

In order to investigate stakeholder's experiences with the project, and how it affects them and the relation between them, two qualitative studies will be conducted. We will conduct semi-structured individual interviews with patients after attending an IME consultation and focus groups with GPs who have patients who attended an IME consultation. Topics discussed in the interviews and focus groups will relate to the stakeholder's views of what changed/did not change the sick leave and/or follow-up after the IME consultation.

### Discussion

The effect evaluation of an independent medical evaluation (IME) after 6 months sick leave is a large RCT, providing evidence on the effect of IME on RTW after LTSA. It is the first controlled evaluation of IME.

### Abbreviations

GP: General practitioner; HELFO: The Norwegian Health Economics Administration; IME: Independent medical evaluation; LTSA: Long-term sickness absence; NAV: The Norwegian Labour and Welfare Administration

### Acknowledgements

The Trial Steering Committee (TSC) has the responsibility of overseeing the scientific quality of the study and its progress. The Trial Management Group (TMG) is the project group responsible for the daily management and coordination of the trial. This group consists of researchers, coordinators from NAV and a client representative. The group will manage potential spontaneously reported adverse events and other unintended effects of trial interventions or trial conduct, and report to the TSC. TSC and TMG will have exclusive access and publishing rights to the final trial dataset for 5 years from end of trial. All data will be published and made available to the public through open access journals.

The TSC:

- Ph.D. Silje Maeland (Principal Investigator)
- Ph.D. Karin Monstad (responsible for the effect evaluation and cost/benefit analysis)
- Ph.D. Valborg Baste (effect evaluation)
- Ph.D. Silje E. Reme (responsible for high quality RCT)

The TMG consists of:

- Principal investigator:
  - Ph.D. Silje Maeland
- Trial coordinators:
  - Ph.D. Irene Øyeflaten
  - Psy.D. Elisabeth Husabo
- Researchers, effect evaluation and cost/benefit analysis:
  - Ph.D. Karin Monstad
  - Ph.D. Tor Helge Holmås
- Researcher, qualitative evaluation:
  - Ph.D. Silje Maeland
  - Ph.D. Aase Aamland
  - Psy.D. Elisabeth Husabo
- Researcher, training of IME-doctors
  - Ph.D. Erik L. Werner
- Client perspective:
  - Client representative (not named)
- Administrative personnel:
  - Mariann Apelseth (accountant)
- Funder personnel (NAV)
  - Solveig Askim
  - Mia Johnsen
  - Søren Brage

**Funding**

The project was commissioned by NAV, which also contributed with the main funding of the project. The funder has an active role in all the phases of the project, but no role in the analyses of results or decisions to submit articles for publications.

**Availability of data and materials**

Not applicable.

**Authors' contributions**

SM, KM, THH, and EH conceived the study. EH, SM, IØ, KM, ELW and THH drafted the manuscript. SM is the principal investigator of the trial, while IØ and EH are coordinators. All authors read and approved the final manuscript.

**Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

**Consent for publication**

Not applicable.

**Ethics approval and consent to participate**

REC West, the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Western Norway declared the study exempt from review (REK nr. 2015/560). The Insurance Law Act 1997–02–28-19-§25–13 [15] enables the study to be performed without informed consent. Due to careful consideration of potential benefits for individuals and the society, combined with the minimal risk of harm, we found it justifiable to conduct the effect evaluation without informed consent. Vulnerable groups and individuals (identified by diagnostic codes, see exclusion criteria) receive specific protection. There are no clear negative consequences of being included in the study. Risk will be monitored, assessed and documented continuously. If risks are found to outweigh the potential benefits, researchers will assess whether to continue, modify or immediately stop the study. Patients in the treatment group are informed about the research project in the appointment summons for the IME consultation. There are no adverse implications for the patient if he/she does not turn up. The control group is followed with administrative register data on sick leave from NAV, and serve as an unaware control group. The qualitative evaluation will follow all principles in the Helsinki Declaration, and was approved by the NSD - Norwegian Social Science Data Services (45,866/3/KS). The study is registered in the international register ClinicalTrials.gov (NCT02524392).

**Publisher's Note**

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

**Author details**

<sup>1</sup>Uni Research Health, PB 7810, 5020 Bergen, Norway. <sup>2</sup>Clinic of Child and Adolescent Mental Health, Haukeland University Hospital, PB 1400, 5021 Bergen, Norway. <sup>3</sup>Uni Research Rokkan Centre, PB 7810, 5020 Bergen, Norway. <sup>4</sup>National Centre for Occupational Rehabilitation, Haddlandsvegen 20, 3864 Rauland, Norway. <sup>5</sup>Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, PB 1130, Blindern, 0318 Oslo, Norway. <sup>6</sup>Research Unit for General Practice, Uni Research Health, PB 7810, 5020 Bergen, Norway. <sup>7</sup>Department of Occupational Therapy, Physiotherapy and Radiography, Faculty of Health and Social Sciences, Bergen University College, Norway, PB 7030, 5020 Bergen, Norway.

Received: 26 September 2016 Accepted: 28 May 2017

Published online: 14 June 2017

**References**

- Waddell G, Burton AK, Kendall NAS. Vocational rehabilitation – what works, for whom, and when? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group. 2008. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf). Accessed 25 Sept 2016.
- Schultz IZ, Gatchel RJ. Research and practice directions in risk for disability prediction and early intervention. In: Schultz IZ, Gatchel RJ, editors. Handbook of complex occupational disability claims. New York: Springer; 2005. p. 523–51.
- Brage S, Bragstad T, Sørbø J. Utviklingen i bruk av helserelaterte ytelser 2013. Hva går de sykmeldte til? *Arbeid Og Velferd*. 2014;2:116–27.
- OECD. *Sickness, disability and work – breaking the barriers*. 2010. [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers\\_9789264088856-en#WTKshcklFE4](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en#WTKshcklFE4). Accessed 25 Sept 2016.
- Brage S, Kann IC. Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner: Rikstrygdeverket. 2006. [https://www.nav.no/Forsiden/\\_attachment/1073745851?true&\\_ts=10cd428e448](https://www.nav.no/Forsiden/_attachment/1073745851?true&_ts=10cd428e448). Accessed 25 Sept 2016.
- Brekke KR, Holmås TH, Monstad K, Straume OR. Socioeconomic Status and Physicians' Treatment Decisions. Discussion paper SAM 12 2015. Norwegian School of Economics. <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/284855/1/DP%2012.pdf>. Accessed 25 Sept 2016.
- Carlsen B. Dobbeltmoralens voktere? Intervjuer med fastleger om sykmelding. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. 2008;11(4):259–75.
- Uni Research Helse. Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. <http://uni.no/nb/uni-rokkansenteret/evaluering-av-fastlegereformen-legens-doble-rolle-som-advokat-og-portvakt-i-fastlegeordningen/>. Accessed 25 Sept 2016.
- Werner EL, Merkus SL, Mæland S, et al. Physicians assessments of work capacity in patients with severe subjective health complaints: a cross-sectional study on differences between five European countries. *BMJ Open*. 2016. doi:10.1136/bmjopen-2016-011316.
- Clifton Jr DW. The functional IME: A linkage of expertise across the disability continuum. *Work* (Reading, Mass). 2006;26(3):281–5.
- Ebrahim S, Sava H, Kunz R, Busse JW. Ethics and legalities associated with independent medical evaluations. *Can Med Assoc J*. 2014;4:248.
- Kann IC, Lima IAA, Kristoffersen P. Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. *Arbeid Og Velferd*. 2014;3:14–33.
- Markussen S, Roed K, Schreiner RC. Can Compulsory Dialogues Nudge Sick-Listed Workers Back to Work? IZA Discussion paper no. 9090. 2015. <http://ftp.iza.org/dp9090.pdf>. Accessed 25 Sept 2016.
- Boll J, Hertz M, Svarer M, Rosholm M. Evaluering af Aktive–Hurtigere Tilbage. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. 2010. <http://star.dk/da/Om-STAR/Publikationer/2010/08/Evaluering-aktive-hurtigere-tilbage.aspx>. Accessed 25 Sept 2016.
- Norwegian Online Legal Resources. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19/§25-13>. Accessed 20 Sept 2016.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)



## ORIGINAL ARTICLE

## Independent medical evaluation for sick-listed workers in Norway: A focus group study of the experience of IME doctors

AASE AAMLAND<sup>1</sup>, IRENE ØYEFLATEN<sup>2,3</sup> & SILJE MAELAND<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Research Unit for General Practice, Uni Research Health, Norway, <sup>2</sup>National Centre for Occupational Rehabilitation, Norway, <sup>3</sup>Uni Research Health, Uni Research, Norway, and <sup>4</sup>Department of Occupational Therapy, Physiotherapy and Radiography, Western Norway University of Applied Sciences, Norway

### Abstract

**Background:** Norwegian politicians have proposed the use of an independent medical evaluation (IME) as a possible solution for reducing long-term sick leave. The use of an IME implies that a new doctor interferes in the relationship between sick-listed workers and their general practitioner (GP). The aim of the current study was to explore experiences of IME doctors from an ongoing randomized controlled trial (the NIME trial evaluating the effect of IME in Norway). **Methods:** Two focus group interviews were conducted with eight of the nine IME doctors employed in the NIME trial. The discussions were audio-taped and transcribed. Systematic text condensation was used for analysis. **Results:** The participants reported that the IME provides important second opinions, which they felt empowered the sick-listed workers and provided new insights into their condition. Beneficial IME working conditions and enhanced insight into different sick leave measures were crucial to this perceived usefulness. Some of the participants expressed disappointment with GPs acting as passive conductors and struggled to provide feedback politely. Some adjustments were proposed as necessary for the IME to be implemented nationwide. **Conclusions:** The participants seemed to have gained a different stakeholder identity by sometimes seeing GPs, their peers, as obstacles to return to work and welcomed the use of IME on a regular basis.

**Key Words:** General practice, sick leave, independent medical evaluation, workers' compensation, qualitative research

### Introduction

Norway is reported to have the highest rates of sick leave among European countries [1]. Residents in Norway are covered by the National Insurance Act and have membership of the National Insurance Scheme, which sets the criteria for benefits and services from the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV). During the first 12 months of sick leave, employees in Norway are entitled to sickness benefits equal to their income (upper limit 6G; equal to EUR 60,038 in 2017). Norwegian general practitioners (GPs) are important stakeholders because they manage 80% of people on long-term sick leave; the other 20% are medically managed and are sick-listed by specialist health care services [2].

The high number of sick-listed workers managed by GPs has prompted a political initiative to evaluate the use of independent medical evaluation (IME) for sick-listed workers in Norway. In an IME, an independent doctor assesses the sick-listed worker, which can be interpreted as interfering in the relationship between workers and their GPs.

A large randomized controlled trial in one Norwegian county began in 2015 (the NIME trial evaluating the effect of IME in Norway) [3]. The chosen county, including rural and urban areas, contains 10% of the country's population and is a representative sample of the Norwegian population. In this trial, all workers in this county who had been

Correspondence: Aase Aamland, Research Unit for General Practice, Uni Research Health, Kalfarveien 31, N-5018 Bergen, Norway.  
E-mail: aase.aamland@gmail.com

Date received 7 July 2017; reviewed 4 October 2017; accepted 25 October 2017

© Author(s) 2017

Reprints and permissions: [sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav](http://sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

DOI: 10.1177/1403494817745001

[journals.sagepub.com/home/sjp](http://journals.sagepub.com/home/sjp)



Table I. Overview of some NAV tools.

Tool list	Explanation
Work Ability Assessment	Assessment of possibilities in the labour market based on self-evaluation, documentation and interview
Graded sick leave	Graded work, based on productivity more than time spent at work
Follow-up monitoring/scheme	A follow-up plan prepared by the employer in collaboration with the employee is for the benefit of the employee and employer, but will also function as an information channel for the sick leave certifier and NAV
Work training	Traineeship in a regular company or in a sheltered business
Inclusion subsidy	Subsidies from NAV for employers in the follow-up of employees with disabilities
Assessment measure	Assessment of the employee's duties and ability to work
A faster return	To achieve faster treatment and rehabilitation to work after sick leave, the Norwegian Government allocated a large sum to a programme entitled 'a faster return' in 2007
Occupational rehabilitation	Outpatient and inpatient rehabilitation in specialist health care
Grant for training on work adjustments in Inclusive Workplace	Inclusive Workplace enterprises may apply for prevention and facilitation grants to cover expenses in connection with measures to prevent sickness absence or to adapt the workplace in case of illness
Workplace visit	Assessment of possible workplace adjustments by licensed therapists

sick-listed by their GP for six months were assessed for eligibility, randomized and summoned to an IME by NAV. A summary from the treating GP was provided to the IME doctor in preparation for the consultation [3]. The main purpose of the IME was to contribute to a new perspective on the episode of sick leave, to assess the participant's ability to work, to explore the worker's own expectations and perceived barriers about return to work (RTW), and to make suggestions for further follow-up and the level of sick leave in a written report to the treating GP [3].

The NIME trial is the first randomized controlled evaluation of IME worldwide and will be evaluated with regard to the participants' expectations and experiences, the effect on RTW and the cost-benefit relationship. The IME doctors in the NIME trial are specially trained GPs who are familiar with the complexity of general practice and who are employed by the public welfare agency NAV; these GPs thus represent the insurer. Their training included an in-depth knowledge of different sick leave measures (Table I). Previous research has shown that an IME doctor's communication, attitudes and actions towards sick-listed workers can act as both a barrier to and facilitator of RTW [4]. Reports that sick-listed workers feel that IME doctors sometimes treat them disrespectfully [5] called for an exploration of how the IME doctors in the NIME trial experienced their role. This is explored in the current study.

## Methods

### *Design, participants and ethical issues*

We performed a qualitative interview study consisting of two focus group interviews with a nearly total convenience sample of eight of the nine IME doctors in the NIME trial; the ninth IME doctor was

unable to participate due to other work tasks. They could choose between two possible dates for participating and we ended up with four participants in each group. We chose a focus group design to take advantage of the communicative interaction between participants sharing experiences [6]. The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics concluded that the study was not regulated by the Health Research Act (2015/506) and the Norwegian Centre for Research Data approved the study (45866/3/KS). Informed consent was obtained. Our convenience sample of participants included five men and three women aged 35–68 years. They all had a part-time engagement (20–60%) in the project as an IME doctor. Two of the GPs were on their way to complete formal specialization; whereas the other seven had been GP specialists for many years. The participants had worked as GPs for a median of 31.5 (range 2–42) years. In the course of the NIME trial, the participants had each conducted a median of 100 (range 66–353) IME consultations.

### *Data collection and analysis*

The first author conducted both interviews, which each lasted about 90 min. The interviews were semi-structured. Our interview guide served more as a guide for structure than a compulsive checklist during the interviews [6]. At the beginning of the interviews we asked participants to describe one specific IME consultation and followed this up by challenging them to reflect on why exactly these consultations first came into their minds. Participants were then invited to recall specific events associated with their work as an IME doctor. The last author was the observer, who took notes and then summarized the impressions at the end of the interviews.

The interviews were audio-taped and transcribed verbatim. We used systematic text condensation, which is a thematic cross-case analysis method [7] consisting of four steps: (a) reading all the material to obtain an overall impression and to recognize preliminary themes; (b) developing code groups from the preliminary themes, identifying meaning units that reflect different aspects of the participants' experiences and coding for these; (c) defining subgroups within each code group that exemplify the vital aspects of each code group, condensing the contents of each of these and identifying illustrative quotations for each subgroup; and (d) synthesizing the condensates from each code group and presenting a re-conceptualized description of each category to include the different accounts of experiences of being an IME doctor in the NIME trial. The analyses were inspired by the theories of Lipsky [8] of street-level bureaucracy to understand and elaborate our empirical observations beyond description [9]. We reasoned that both GPs and IME doctors play a part as street-level bureaucrats when acting as a liaison between sick leave policy-makers and sick-listed workers.

## Results

Our analyses found a broad range of experiences of the IME doctors with the NIME trial. The participants providing the quotations have been assigned pseudonyms.

*Beneficial working conditions in terms of enhanced knowledge of the possible tools and sufficient time to gain a deeper insight into the patient as a person*

Many participants considered the IME training to be valuable because it provided an overview of the different NAV tools that could be used to prevent or lessen the use of sick leave and to promote RTW. They were familiar with most of the tools from their work as GPs, but some tools had been made clearer and a few were new to them. Some participants felt that the training was too superficial and did not include some useful tools. Several of the participants felt more confident suggesting the addition of specific tools as a result of their enhanced insight after IME training. A male participant noted that he had given advice about Work Ability Assessment and Work Training with Subsidies from the NAV in the IME report because of the new knowledge obtained during training. Some participants described how they had transferred their new insights to their general practice by acting more proactively and persistently in the follow-up of their

sick-listed workers. One participant assessed the IME training as follows:

Well, what I learned from that session was the value of keeping the NAV tool list in front of me, so that I could easily consider which tool would suit the actual patient in front of me. You know, there are some important measures such as Work Ability Assessment, Follow-up Scheme, Work Training and so on. I think GPs could benefit from having such a list readily available. That was a new thing for me ... Yet, one may question the usefulness of such measures, but they do at least exist ...

(Michael, GP for 27 years, 114 IMEs)

Several of the participants appreciated the one-hour period of the IME consultation and described how they could focus on the conversation without any disruptions, no need for diagnostic thinking or the use of any technology. Instead, they were able to listen to the patient's entire history and ask constructive questions, based partly on a predefined question scheme. A few participants questioned whether GPs really knew their listed patients that well as individual people. One female participant described her surprise when the IME report for one of her own listed patients revealed new information indicating that two of the patient's five children were disabled.

Several participants thought that some of the predefined questions in the IME report were useless, but most participants felt that some questions were important, such as 'What do you do at home? Who makes dinner? And who picks up the children from kindergarten?' The participants described how such questions enabled them to form a better picture of the patient's functional level. This was also useful when grading the patients' limitations on the ability to work. One participant reflected on her job as an IME doctor as follows:

I think it was a wonderful job to be an IME doctor ... to have such good time, to have the ability to pick up old general medicine tools such as timeline, genogram and network mapping. Tools that give doctors quite a different impression of the patients; tools that we are no longer able to use in a busy general practice because of the current Price per Unit system

(Janet, GP for 41 years, 66 IMEs)

*Feelings of making a difference by introducing hope and new insights, although the patients' attitudes and expectations forced the IME doctors to use a repertoire of different opening strategies*

Many participants described a complex group of patients, many of them with diverse misfortunes. The need to take sick leave often was not because of the

worker's health condition alone, but was often caused by other circumstances at work or at home. The patients' situations were described as being lost in a labyrinth from which they needed help to find their way out. Several of the participants felt that the IME consultations made a difference to the patients' situation by initiating a cognitive process, which could go two ways, both towards and away from RTW. A male participant described a patient in her sixties who had worked in a nursing home, but was disabled as a result of severe coxarthrosis and was obviously unable to RTW. The patient had not dared to speak with her GP about receiving a disability pension and felt very relieved after the consultation. Other participants also reflected that the consultations often gave new insights when the patients realized they had opportunities and some residual working capacity. Several participants noted that suggesting actions – such as referral to rehabilitation, a psychologist or a pain clinic – provided the patient with hope. Most participants felt that few patients left the consultation dissatisfied. One participant described the importance of empowering patients through his role as an IME doctor as follows:

I believe much more in the uplifted patient leaving and thinking 'He thought that I was somewhat useful, that I could get started again, at least a little'. Because, too many had attended a consultation and actually felt discarded ... We live to a certain degree in an era where the distance is short; when you stumble in your own health and end up far out, then I would say you are really vulnerable, and you need good co-players to get started again.

(Jonathan, GP for 36 years, 73 IMEs)

A common view among the participants was that many patients had unrealistic expectations of the IME consultation. They described patients who acted as a drowning person clutching at a straw and believed that they had come to a specialist above all specialists. These patients expected and wanted a full medical examination. Others believed that the IME consultation was an assessment to determine whether they were ill enough to be absent from work. As a result, participants described having to use different strategies to start the IME consultation. One strategy was to explain in depth what the IME consultation was about and the role of the IME doctor. Another strategy was to start by telling the patient what she or he already knew from the GP's summary to begin the discussion and provide a mutual understanding about what to do next. This was felt to be a door-opener, which made the patient feel more secure and calmer. A few participants in rural areas noted that

some patients with a long and difficult journey were annoyed when they arrived. A strategy to address this annoyance was to start the consultation by handing over the travel voucher and telling the patient that all expenses would be covered. One devoted participant commented as follows:

After a while, I was more prepared that it would be like this ... that most of them arrived a bit apprehensive or reluctant, but I feel that very few left with a hostile attitude! When leaving, many said that it had been much better than they had thought, e.g. one patient said, 'I had problems sleeping last night because I was so nervous about this meeting, but this was really a good meeting.' However, I also started the consultation, not with the travel voucher, although I believe I also mentioned that, but I started by explaining in detail what this meeting was all about. And I saw at once how the patient calmed down and then took the opportunity to tell their own story. I believe this was helpful.

(Samantha, GP for two years, 95 IMEs)

*Balancing the IME's disappointment with too-passive GPs by providing polite feedback to a colleague*

Many of the participants were surprised by the symptom diagnoses on the sickness certificate and the lack of thorough medical examination six months into the sick leave period. Some were disappointed in their colleagues' lack of knowledge about how the system works, their unwillingness to collaborate with others and lack of action. Hence participants often felt the need to give specific suggestions to the GPs about the medical examination, treatments and/or how to navigate the 'NAV jungle' when they perceived that their patients were unhappy about their situation. Several participants questioned the need to be 100% sick-listed while awaiting a medical examination or when undergoing physiotherapy treatment once a week or every fortnight. Sometimes the GPs were viewed as being too passive and not using the available sick leave measures. One participant reflected on the GP's role as follows:

In a way, our role (talking as a GP) is to be conductors. We are supposed to direct a team around us to improve the situation for the patient. We must use the elements and measures we have available. And I missed that director role in many of these cases.

(Garry, GP for 42 years, 233 IMEs)

All participants were disappointed by the lack of summary from the treating GPs, which made them question the GP's level of care for their patients.

Several participants emphasized how they had worked with the IME reports to make them clear because they saw these as important documents for further follow-up. One participant explained that he wrote his reports with the patient still in the office to allow the patient to agree with or alter the content and the suggested further actions. However, some participants described examples of being impressed by the work done for a patient; in such cases, the participants expressed their admiration in the IME reports. One example came from a male participant who told of a GP and an employer who, over years, had collaborated closely and made adjustments at the workplace for a patient who could have been on disability pension 20 years previously. However, when the participants disagreed with the GP's work, this was voiced in a careful and respectful manner in the IME report. Several noted that professionals usually accept disagreements and that they would welcome a second opinion as GPs themselves. Some of the participants had received IME reports on their own patients and acknowledged that they may have missed things with their patients. One participant shared her way of formulating the suggested actions and disagreements in the IME report as follows:

For example, I formulated a question in the IME report ... Have you thought about this and this (with a question mark)?

(Harriet, GP for five years, 353 IMEs)

*Welcoming a second opinion and the need for further adjustments before IME implementation*

Some participants described how sick-listed workers seemed to suffer from fragmented care because of the lack of a consolidated stakeholder team working together. Several of the participants commented on their experience that they could support the GPs by acting as a gatekeeper or judge, by daring to say 'no'. A female participant described a young man as a patient. During their conversation, she had tried to understand the reason for his sick leave, but because she could not find any good reason, she recommended immediate RTW. Other participants described similar situations in which they had dared to propose increased work participation. However, a few participants reported that they sometimes felt unsure about suggesting RTW as they felt the GP knew the patient better. One participant reflected on the positive aspects of having more doctors to assess the sick-listed workers as follows:

More eyes ... Doctors who can share responsibility and who can dare to say 'no'. Because saying no is not always so easy when you follow patients over a long period (...)

Shared responsibility – I think that's the right way to go on when it comes to sick listing.

(Tony, GP for 36 years, 104 IMEs)

All participants shared specific advice to improve the IME for future nationwide implementation. First, some called for further role clarification. Some gave more clinical advice, such as suggesting changes in medication or proposing specific exercises, whereas others saw their role as something unlike that of an ordinary doctor. Second, several claimed that both the summaries from the GPs and the patients' attendance at the consultation had to be obligatory and even elicit sanctions if not completed. Third, a few wished that the advice of IME doctors should be more authoritative for GPs, NAV and the patients themselves. Some participants suggested that IME should be implemented at an earlier stage, around four months, so that the report could be a useful tool in the currently obligate dialogue meeting after six months of sick leave. Some participants also mentioned the need to shorten the travelling distance for the patient to see an IME doctor and that the IME report templates need to be less stringent and technically easier to send to the NAV and GPs. Not all participants found it necessary for the IME doctors to be a GP. There was also scepticism of further implementation of the IME. One participant feared that the GPs might downgrade their work with patients on sick leave if someone else had the task of checking on them. Another called for an opposite measure: that GPs could receive the same training as the IME doctors and, thereafter, receive the IME payment for writing the summary of the one-hour consultation in cooperation with their sick-listed workers. One participant substantiated his claim that IME doctors do not need to be GPs as follows:

I think as long as the doctor has time to prepare, has a good summary from the GP and a useful IME report template ... then I don't think it is necessary to have long work experience as a GP specialist to be able to report something to the GPs. Because then the IME doctor has many other important prerequisites that the busy GPs don't.

(Tony, GP for 36 years, 104 IMEs)

## Discussion

The IME doctors participating in the NIME trial experienced their own role as important and empowering. They were positive about the nationwide implementation of IME on a regular basis, but had suggestions for further adjustments. We discuss here

the strengths and limitations of the study design and the impact of these findings.

#### *Methodological reflections*

The participants shared their experiences explicitly in an atmosphere characterized by mutual trust. This was confirmed by our observation of few periods of silence, spontaneous comments, interruptions, follow-up questions and associations from other participants. The moderator sometimes intervened if a participant was too general to encourage the articulation of specific examples from their experiences. One possible way to counteract further such general views on sick leave as a phenomenon may have been to encourage the participants to prepare one or two specific stories in advance [10]. Such preparation by the participants could have strengthened the internal validity of our study. However, given our practical knowledge of the challenges of recruiting GPs for research [11], we did not wish to hamper recruitment by obligatory preparation.

The participants' reflections of the GP's role as a sick-listing doctor may have added to the validity of this study because the IME doctors also work as GPs. We acknowledge a possible selection bias in the NIME trial because the GPs who applied for the job as an IME doctor may have different views on work with patients requesting sick leave, RTW and the purpose of the NIME trial than do GPs who did not apply. However, we doubt that there is a single, uniform view on sick leave among GPs [12]. Our findings of a positive attitude towards a second opinion may be transferable to settings beyond work with sick leave issues, for example in managing perceived complicated and/or challenging clinical cases.

Direct observation is another way we might have obtained descriptions of what actually happens during the IME consultations. The fact that the moderator (AA) is a GP may have opened opportunities for honest and direct communication, but a moderator with another professional background may have elicited other experiences and views [13]. Given that the research team had different professional backgrounds (IO and SM are physiotherapists) and that we paid attention to distinguishing between what we thought we would find and what we actually found, may have reduced the potential for blind spots and improved our analysis.

*What is known from before: What does this study add?*

The participants experienced that an IME empowers sick-listed workers and provides their GPs with

constructive second opinions. Their independence may have made it easier for them to disagree with the level of sick leave or even to propose full RTW. In contrast with the GPs, the IME doctors may feel less responsibility for acting as the patient's advocate, which again enabled them to act more in line with decisions made by sick leave policy-makers [8]. This is supported by findings suggesting that the GP-patient relationship may be too close [14,15] and the challenges GPs experience when denying a patient's request [16]. The IME doctors claimed to have gained an in-depth insight into NAV's tools to prevent or lessen sick leave and to promote RTW. GPs have been shown to have limitations in their RTW efforts because of their lack of such knowledge, which may lead to inadequacies in following up sick-listed workers [17]. Lipsky [8] has described this as the impossibility of street-level bureaucrats to respond properly to individual cases due to lack of resources, such as practical knowledge. The participants appreciated the better working conditions in terms of the time to focus solely on the conversation with the patient and having a predefined question scheme for assessing the patient's physical and cognitive functioning. This is consistent with previous findings that time constraints and a lack of functional assessment skills are barriers to a GP's ability to perform an adequate sick leave assessment [18]. The disclosure of significant personal circumstances of the patient during the IME consultations challenges the core value of continuity of care in general practice [19]. Whether such knowledge has an impact on the patient's functional level is not known, but it supports previous findings that GPs may have shortcomings in their knowledge of their patients as persons [20].

The findings that IME doctors experienced their role as empowering, as providing new hope and obtaining new insights differ from those of the international literature, which focuses more on the unethical and deleterious effects of IMEs on the physical and mental wellbeing of sick-listed workers. Previous studies have reported that IMEs can increase pain and emotional stress and contribute to the flare-up of symptoms [5,21–23]. However, some caution is needed when comparing the findings because IMEs have been studied in different contexts and under different legislation. Although the IME doctors in the NIME trial acted as consultants for the GPs, IME doctors in other jurisdictions have had a more powerful role by influencing whether a claim is accepted or by denying or confirming that the injured worker has a disability [24].

Another possible explanation for this divergence in findings is that the IME doctors in our study were GPs themselves, which means that they could more



easily see the GPs' view than IME doctors who have never worked as a GP. The participants felt they needed to balance this loyalty to peers with their criticism of the GPs for their shortcomings in the management of sick-listed workers. The participants did not appear to show an overall favouritism for their fellow GPs, which is a well-known phenomenon in social identity theory [25]. By contrast, they sometimes talked about 'the other GPs' as another group. This is consistent with findings that stakeholders have different conceptions of cause and thus solutions and that they often consider each other as obstacles in the RTW processes [26]. This may explain how multi-stakeholder meetings run the risk of maintaining rather than overcoming boundaries between different perspectives on RTW [27]. The surprising finding that GPs acting as IME doctors may view GP colleagues as an obstacle to RTW may have different explanations. One is that it does not take long to build a different stakeholder identity and a changed understanding. Another is that training and the new role equipped the IME doctors with new perspectives that enabled them to view their own profession from a meta-perspective, which led them to reflect critically on their peers.

## Conclusions

Some of the participants in the NIME trial seemed to have adopted a different stakeholder identity when observing the GPs – their peers – as obstacles to RTW. Most experienced their role as important and welcomed a nationwide implementation of the IME on a regular basis after some further improvements. Further research should focus on clarifications of the roles of the IME doctors and the GPs and on the best timing for the IME consultation.

## Acknowledgements

We thank the participating IME doctors for sharing their experiences with the project. We also thank the project secretary, Sigrun Anita Ekerhovd, for valuable assistance.

## Declaration of conflicting interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

## Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship and/or publication of this article. The Norwegian Labour and Welfare Administration funded this study.

## References

- [1] Organization for Economic Co-operation and Development. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing, 2010.
- [2] Brage S and Kann I. Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner, [www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/NAV+rapporserie/NAV+rapporster/fastlegers-sykmeldingspraksis-i-variasjoner](http://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/NAV+rapporserie/NAV+rapporster/fastlegers-sykmeldingspraksis-i-variasjoner) (2006, accessed 22 November 2017).
- [3] Husabo E, Monstad K, Holmås TH, et al. Protocol for the effect evaluation of independent medical evaluation after six months sick leave: A randomized controlled trial of independent medical evaluation versus treatment as usual in Norway. *BMC Public Health* 2017;17:573.
- [4] Loisel P, Durand MJ, Baril R, et al. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: Perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *J Occup Rehabil* 2005;15:581–90.
- [5] Kilgour E, Kosny A, McKenzie D, et al. Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: A systematic review of qualitative research literature. *J Occup Rehabil* 2015;25:160–81.
- [6] Morgan D (ed.). *Focus groups as qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
- [7] Malterud K. Systematic text condensation – a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012;40:795–805.
- [8] Lipsky M. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. 30th anniversary expanded edition*. 2nd ed. New York: Russel Sage Foundation, 2010.
- [9] Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health* 2016;44:120–9.
- [10] Aamland A, Fosse A, Ree E, et al. Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2017;67:e572–e579.
- [11] Kaner EF, Haighton CA and McAvoy BR. 'So much post, so busy with practice—so, no time!': A telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract* 1998;48:1067–9.
- [12] Aamland A and Maeland S. [Primary care physicians' attitudes to and experiences with sick leave and follow-up. A scoping review] [in Danish]. *Tidsskr Velferdsforskning* 2016;19:148–78.
- [13] Richards H and Emslie C. The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Fam Pract* 2000;17:71–5.
- [14] Carlsen B and 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.
- [15] Kosny A, Brijnath B, Singh N, et al. Uncomfortable bedfellows: Employer perspectives on general practitioners' role in the return-to-work process. *Policy Pract Health Saf* 2015;13:65–76.
- [16] Nilsen S and 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;35:201–7.
- [17] Letrilliart L and 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.
- [18] Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, et al. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:67–75.
- [19] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219–21.

- [20] Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, et al. What do GPs actually know about their patients as persons? *Eur J Pers Cent Healthcare* 2013;1:149–60.
- [21] Ebrahim S, Sava H, Kunz R, et al. Ethics and legalities associated with independent medical evaluations. *CMAJ* 2014;186:248–9.
- [22] Lax MB, Manetti FA and Klein RA. Medical evaluation of work-related illness: Evaluations by a treating occupational medicine specialist and by independent medical examiners compared. *Int J Occup Environ Health* 2004;10:1–12.
- [23] Kilgour E, Kosny A, Akkermans A, et al. Procedural justice and the use of independent medical evaluations in workers' compensation. *Psychol Inj Law* 2015;8:153–68.
- [24] Lippel K. Preserving workers' dignity in workers' compensation systems: An international perspective. *Am J Ind Med* 2012;55:519–36.
- [25] Everett JA, Faber NS and Crockett M. Preferences and beliefs in ingroup favoritism. *Front Behav Neurosci* 2015;9:15.
- [26] Maiwald K, de Rijk A, Guzman J, et al. Evaluation of a workplace disability prevention intervention in Canada: Examining differing perceptions of stakeholders. *J Occup Rehabil* 2011;21:179–89.
- [27] Seing I, Ståhl C, Nordenfelt L, et al. Policy and practice of work ability: A negotiation of responsibility in organizing return to work. *J Occup Rehabil* 2012;22:553–64.