

Universitetet i Stavanger

MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE:

Nytter oppfølging?

En systematisk kunnskapsoppsummering om hvorvidt oppfølging og rehabilitering av sykemeldte fører til en reduksjon i sykefraværet og en raskere retur til arbeidslivet.

Anne Kristine Gjerde
15.juni 2010

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE

4. SEMESTER VÅREN 2010

SEMESTER

NYTTER OPPFØLGING?

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE

ANNE KRISTINE GJERDE

FORFATTER

PH.D MERETE LABRIOLA

VEILEDER

OPPFØLGING, REHABILITERING, SYKEFRAVÆR, RETUR TIL ARBEID,
IMPLEMENTERING, SYSTEMATISK KUNNSKAPSOPPSUMMERING

EMNEORD/STIKKORD

113 ekskludert vedlegg

SIDETALL

STAVANGER

15. JUNI 2010

DATO/ÅR

Innhold:

Forord s.6

Sammendrag s.7

1. INNLEDNING s. 9

2. KONTEKSTBESKRIVELSE s. 11

2.1 Et paradigmeskifte i synet på rehabilitering av sykemeldte s. 11

2.2 Sammenheng mellom organisasjonsteori og synet på rehabilitering s. 12

2.3 Overgang fra biomedisinsk til biopsykososialt perspektiv s. 13

2.4 Inkluderende arbeidsliv og NAV reformen s. 14

2.5 Virkemidler overfor den sykemeldte s. 18

2.5.1 Sykemeldingsalternativer s. 19

2.5.2 Dialogmøter s. 20

2.5.3 Raskere tilbake intervensjonsprogram s. 21

2.6 Nøkkeltall s. 23

3. METODE s. 26

3.1 Oppbygning av kunnskapsoppsummeringen s. 29

3.1.1 Utvikle protokoll s. 30

3.1.2 Konkretisering av problemstilling, forskningsspørsmål s. 31

3.1.3 Design s. 32

3.1.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier s. 32

3.1.5 Fagdatabaser s. 34

3.1.6 Utvikle søkestrategier s. 35

3.1.7 Velge ut studier s. 41

3.1.8 Vurdere studiens metodiske kvalitet s.42

4. RESULTATER s.43

4.1 Hva sier forskningen om hvorvidt gradert sykemelding og aktiv sykemelding er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet og fremme en tidligere retur til arbeid s. 43

4.2 Hva sier forskningen om hvorvidt multidisiplinær rehabilitering med fokus på arbeidsrettet rehabilitering er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet og fremme en tidligere retur til arbeid s.53

4.2.1 Multidisiplinær arbeidsplassintervensjon for mennesker med muskel, skjelett og rygglidelser s. 54

4.2.2 Multidisiplinær arbeidsplassintervensjon for mennesker med psykiske, mentale og stress lidelser s. 58

4.2.3 Langtidsvirkninger av multidisiplinær rehabilitering s.59

4.3 Hva sier forskningen om implementering og gjennomføring av retur til arbeid intervensjoner s. 73

4.3.1 Forholdet mellom forskerne og beslutningstakerne s. 74

4.3.2 Koordinering, kommunikasjon og samarbeid s. 75

4.3.3 Alternative metoder for å gjennomføre retur til arbeid intervensjoner s. 80

5. KONKLUSJON s. 95

6. DISKUSJON OG ANBEFALINGER s. 100

6.1 Kunnskapshull s. 100

6.1.1 Mer fokus på mental helse s. 100

6.1.2 Å forstå implementering og gjennomføring av rehabiliteringsintervensjoner som en endringsprosess, med fokus på kompetanse og utdanning s. 101

6.2 Forslag til analytisk rammeverk for en helhetlig forståelse av sykefraværsregulering s. 102

7. LITTERATURLISTE s. 106

8. KILDEHENVISNINGER s. 112

9. VEDLEGG s. 114

Oversikt xl ark inkluderte og ekskluderte artikler

Oversikt over tabeller:

Tabell 1: Mest brukte diagnoser i 2008 s. 25

Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier s. 33

Tabell 3: Oversikt over type/design inkluderte artikler s. 42

Tabell 4: Funn: Intervensjoner som aktiv sykemelding og gradert sykemelding s. 48-58

Tabell 5: Funn: Multidisiplinære intervensjoner s. 62-72

Tabell 6: Funn: Implementering og koordinering s. 86-94

Oversikt over figurer:

Figur 1: Utviklingen i egenmeldt og sykemeldt sykefravær s. 23

Figur 2: Læringsprosess- Enkelkrets og dobbeltkretslæring s. 96

Forord

Det er med stor stolthet og glede at jeg nå kan presentere denne masteroppgaven. Å skrive en masteroppgave setter store krav til fokus, tålmodighet og utholdenhet, og jeg må innrømme at det ikke alltid har vært lett å møte disse kravene. Men nå er målet nådd og jeg vil takke dem som har bidratt til å gjøre dette mulig for meg. Først vil jeg takke min veileder ph.d Merete Labriola, seniorforsker ved International Research Institute of Stavanger (IRIS), hun har vært en inspirasjonskilde gjennom hele prosessen. Vi har hatt et fint samarbeid, med gode diskusjoner og nyttige innspill både med hensyn til innhold og metode. Jeg vil også takke min mann og mine to flotte gutter for all støtte og oppmuntring.

Sammen drag:

Mål: Denne masterstudien ser nærmere på vitenskapelig dokumenterte effekter vedrørende oppfølging og rehabiliteringsintervensjoner som blir iverksatt overfor langtidssykemeldte. Målet med studien er på bakgrunn av en systematisk kunnskapsoppsummering å ta stilling til om de tiltak og intervensjoner som gjennomføres i dag er egnet som verktøy for å redusere sykefraværet og fremme en raskere retur til arbeidslivet etter sykdom. Eksempler på intervensjoner er gradert og aktiv sykemelding, Raskere tilbake tiltak og IA avtalen.

Metode: Kunnskapsoppsummeringen er inspirert av, og bygger på metodiske krav hentet i fra The Cochrane Collaboration og The Campbell Collaboration.

3 vitenskapelig helsefagdatabaser (ISI WEB OF SCIENCE, PUB MED og COCHRANE LIBRARY) er systematisk gjennom søkt. På bakgrunn av forhåndsbestemte inklusjons og eksklusjonskriterier er 68 artikler (både kvalitative og kvantitative studier) inkludert i masterstudien. Det viktigste inklusjonskriteriet er at artiklene må inneholde informasjon om intervensjoner som er knyttet til sykefravær og retur til arbeid.

Forskningsspørsmål: Hovedforskningsspørsmålet for masterstudien er: Nytter oppfølging? Med følgende underkategori: Hva sier forskningen om hvorvidt de tiltak/intervensjoner som blir iverksatt i Norge i dag er effektive i henhold til å redusere sykefraværet. 3 underspørsmål har blitt formulert, som til sammen skal besvare spørsmålet om oppfølging nytter.

Underspørsmålene er: 1. Hva sier forskningen om hvorvidt GRADERT SYKEMELDING og AKTIV SYKEMELDING er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet? 2. Hva sier forskningen om hvorvidt MULTIDISCIPLINÆR REHABILITERING er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet? (jamfør raskere tilbake prosjekt) 3. Hva sier forskningen om IMPLEMENTERING og GJENNOMFØRING av *retur til arbeid* intervensjoner?

Resultat: Forskningen viser ingen klar sammenheng mellom bruk av gradert sykemelding/aktiv sykemelding og en reduksjon i sykefraværet eller en tidligere retur til arbeidslivet. Forskningen på dette området er mangelfull og viser til sprikende resultater. Det foreligger mer forskning, også randomiserte kontrollerte forsøk, når det gjelder effekter ved multidisiplinær rehabilitering med fokus på arbeidslivsintervensjoner enn det gjør vedrørende effekter ved aktiv eller gradert sykemelding. Den forskning som foreligger og som har blitt identifisert gjennom denne masterstudien viser en positiv sammenheng mellom multidisiplinær rehabilitering med fokus på arbeidsplassintervensjoner og en reduksjon i sykefraværet og en tidligere retur til arbeidslivet. Dette gjelder spesielt for de med rygg,

muskel eller skjelett lidelser. Det foreligger mindre dokumentasjon for effekter av multidisiplinære arbeidsplassintervensjoner overfor mennesker med mentale lidelser. Forskningen viser at et avgjørende punkt ved rehabilitering og oppfølging er implementering og gjennomføring av intervensjonen. Det stilles store krav til koordinering, kommunikasjon og samhandling. **Konklusjon:** Et ensidig fokus på promotering av gradert/aktiv sykemelding vil ikke føre til en raskere retur til opprinnelig arbeidsstørrelse. Dette taler imot IA avtalens sterke fokus på gradert sykemelding. Det er grunnlag for å si at den politikk og de tiltak som gjennomføres via NAV (Raskere tilbake) og eksterne rehabiliteringsklinikker/institusjoner er i tråd med en multidisiplinær tilnærming til sykefraværsproblematikken. Det må i fremtidig forskning være mer fokus på implementering og gjennomføring av rehabiliteringsintervensjoner. Det vil være hensiktsmessige å se på implementering av arbeidsplassintervensjoner som endringsprosesser, og med utgangspunkt i teorier vedrørende endringsledelse ta hensyn til de prosesser og den dynamikk som følger en endringsprosess. Det er også behov for å utvikle et helhetlig analyserammeverk som kan gjøre det lettere å se alle de faktorene som er avgjørende for å håndtere sykefraværsproblematikken på best mulig måte, både for den sykemeldte, arbeidsplassen og samfunnet for øvrig.

1. INNLEDNING

Ved hjelp av en systematisk kunnskapsoppsummering skal denne masteroppgaven se nærmere på oppfølging og rehabilitering i forhold til mennesker som på grunn av helseplager er sykemeldt over lengre perioder, såkalt langtidssykemeldte.

Det er mange grunner for at dette emnet er interessant. Økningen i langtidssykefraværet og økt andel uføretrygdete er en av de største utfordringene i det norske samfunnet i dag. Også flere andre land er bekymret for den utviklingen som skjer. Norge er et lite land og fødselsstatistikk og alderssammensetningen viser at vi stadig får en større andel mennesker som ikke er aktive i arbeidslivet. (Kilde: SSB, *Seniorer og arbeid: Dessertgenerasjonen; lever lenger og arbeider mindre*, 2005) Både tidlig pensjon, uføretrygd og flere langtidssykemeldte i yrkesaktiv "toppalder" fører til dårlig ressursutnyttelse og store økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser for vår velferdsstat.

Et høyt sykefravær får også store konsekvenser for bedrifter og organisasjoner. Verdifull kompetanse kan bli svekket eller gå tapt dersom nøkkelmedarbeidere er borte i fra arbeidet i lengre perioder. De som er igjen på arbeidet kan oppleve større arbeidspress, noe som igjen kan føre til flere sykemeldte. Arbeidsgivere har gjennom arbeidsmiljøloven (LOV -2005-06 17-62) et særlig ansvar for den som er sykemeldt, og oppfølging av sykemeldte krever både kunnskap, tid og engasjement. Dette kan ofte være vanskelig å gjennomføre i en allerede presset arbeidshverdag.

På individnivå er det å være sykemeldt i første rekke en indikasjon på et misforhold mellom en persons helsetilstand/funksjonsevne og det arbeidet han/hun skal utføre. Personen kan ha en fysisk skade, kronisk sykdom, psykologiske eller mentale lidelser. Et sykefravær kan med andre ord ha svært ulikt utgangspunkt, noe som gjør rehabilitering og oppfølging svært komplekst. I tillegg til å håndtere en diagnose, så vil sykefraværet også påvirke vårt arbeidsforhold og vår identitet.

Vår identitet som samfunnsborgere er i stor grad er knyttet til hvordan vi forvalter våre ressurser og evner i arbeidslivet (selvrealisering i Abraham Maslows behovspyramide). Arbeidslivet skaper på mange måter sosiale klasseskiller. Norge har dype og sterke verdier

som bygger på likeverd og demokrati, og i den sammenheng blir begrepet sosiale klasseskiller et negativt begrep. Spesielt kan det se ut til å gå et skille mellom de som er i arbeidslivet og de som av ulike grunner står utenfor. De som står utenfor ”det gode selskap” får hyppigere og flere helseplager (OECD: *High level forum on sickness, disability and work*, Stocholm 14-15 mai 2009)) og livskvaliteten blir forringet. Å stå utenfor arbeidsmarkedet over lang tid vil for de fleste oppleves som en belastning. Sosial aksept, selvfølelse, læring og utvikling er begreper som ofte blir knyttet til arbeidsforhold, og for de som av ulike grunner står utenfor arbeidsmarkedet blir dette verdier som vanskelig lar seg realisere.

I en studie utført av Sieurin et. al 2009 (n=1128) ble det konkludert med at det var flere negative konsekvenser for individet ved sykefravær. De negative konsekvensene var: dårligere lønnsbetingelse, dårligere karriereutvikling, vanskeligere å få ny jobb. Sykefravær gjorde at en generell positiv innstilling til arbeid ble vanskeligere.

De som er friske, og som tilpasser seg og mestrer arbeidslivets mange utfordringer ”vinner” på flere punkter, de er økonomisk uavhengige av staten, de har høyere sosial status, bedre helse og mange opplever også å bli godt ivaretatt på jobben, både sosialt og faglig.

En økning i langtidssykefraværet og i antall uføretrygdede kan forsterke klasseskillene og de negative konsekvensene som det medfører for både samfunnet og enkeltindividet.

Det er altså tungtveiende grunner både på makronivå, organisasjonsnivå og individnivå for at vi må finne løsninger for hvordan vi skal forebygge sykefravær og utvikle intervensjoner/tiltak som kan få sykemeldte raskere tilbake i arbeid etter en sykdomsperiode.

Analyser og statistikker viser at totalt sett så er vi som samfunn friskere enn hva vi har vært før. Utviklingen innen medisin, helseoppfølging og velferdsordninger har ført til at flere får behandling og blir friske, allikevel har vi en negativ utvikling i langtidssykefraværet.

Det blir brukt store ressurser på oppfølging og rehabilitering til mennesker som på grunn av helseplager står utenfor arbeidslivet.

Underforstått i dette resonnementet ligger det en påstand om at det er et misforhold mellom den totale helsetilstanden og utviklingen i sykefraværet.

Alle, både politikere, fagforeningsgrupper, næringsledere og forskergrupper er enige om at det høye langtidssykefraværet og økningen i antall uføretrygdede er et problem, og en kan i disse dager nesten ikke åpne en avis eller skrue på TV uten at dette blir diskutert i en eller

annen form. Diskusjonene går både på hva som er grunnen til det høye sykefraværet og den økende andelen uføretrygdede, og hva som kan gjøres for å snu denne utviklingen. I denne til tider opphetete debatten er det viktig og ikke ty til raske løsninger som en ikke kjenner effekten av, derfor kan det være lurt å ta et skritt tilbake, innhente relevant kunnskap og handle ut i fra dette.

Formålet med denne studien er gjennom systematiske litteratur søk i internasjonale fagdatabaser å innhente og analysere vitenskapelige studier som kan gi mer kunnskap om emnet, og på grunnlag av denne kunnskapen trekke konklusjoner, og ta stilling til om de rehabiliteringstiltak og oppfølgingstiltak vi har i dag er egnet som verktøy for å redusere andel langtidssykemeldte, og føre det enkelte individ tilbake til arbeid på en forsvarlig måte og på riktig tidspunkt? Forskningsspørsmålet er som følger: **Nytter oppfølging?** Studien vil også ta stilling til implementering og gjennomføring av intervensjoner og tiltak. Denne kunnskapen kan i neste omgang veilede og gi retningslinjer for veien videre i arbeidet med å håndtere sykefraværet på best mulig måte, både for individet, organisasjonene og samfunnet for øvrig.

2. KONTEKSTBESKRIVELSE

Når man skal gjennomføre en systematisk kunnskapsoppsummering på et begrenset område (i dette tilfellet oppfølging og rehabilitering av langtidssykemeldte) kan det være hensiktsmessig og først sette seg inn i den konteksten som problemstillingen befinner seg i. En vil da ha et bedre og bredere grunnlag for å hente ut relevant informasjon, analysere og trekke konklusjoner i fra de vitenskapelige artiklene som danner grunnlaget for oppgavens empiri.

Viktige faktorer i kontekstbeskrivelsen vil være hvilket grunnsyn som ligger bak den tilnærmingen samfunnet har overfor sykemeldte og rehabilitering av disse. Andre viktige faktorer er nøkkeltall som viser omfanget av sykefraværet og hvilke tiltak som i praksis blir gjennomført.

2.1 Et paradigmeskifte i synet på rehabilitering av sykemeldte

Det er ikke nok å gjøre tingene riktig. Det viktigste er å gjøre de riktige tingene. Til rett tid.”

Henry George

I løpet av de 20-25 siste årene har det vært en utvikling i synet på behandling og rehabilitering av sykemeldte. Tidligere var det et ensidig fokus på medisinsk intervensjon (Loisel et. al 2005, Sullivan et. al 2005). Man hadde den oppfatning at med riktig diagnose og adekvat behandling så ville den sykemeldte bli frisk og dermed gjenoppta sitt arbeid. Målet var å finne den optimale medisinske behandlingsform. Mange mener at medisinsk tilnærming ikke ser tilstrekkelig på individuelle og kontekstuelle faktorer. Det var lite fokus på overgangen mellom det å være sykemeldt og det å gjenoppta arbeidsoppgaver. Utover 1990 tallet ble det i større grad åpnet for at medisinske intervensjoner i seg selv ikke var tilfredsstillende for å føre den sykemeldte tilbake i arbeid. Det ble mer fokus på opptrening og rehabilitering gjennom fysioterapi og kiropraktor. En veldig mye brukt rehabiliteringsform overfor mennesker med ryggplager, muskel og skjelett plager var såkalte ”Ryggskoler”. Disse rehabiliteringsinstitusjonene hadde fokus på løfteteknikker, sittestillinger og øvelser for å styrke bevegelighet. Men man oppnådde ikke de resultatene en ønsket seg i henhold til raskere retur til arbeidet. Vitenskapelige studier som har blitt gjennomført for å evaluere effekt viste manglende bevis for at ryggskoler (intervensjon hvor fysioterapi og trening er hovedfokus) hadde en positiv effekt på raskere retur til arbeidslivet (Blonk et. al 2006, Anema JR et. al 2007).

2.2 Sammenheng mellom organisasjonsteori og synet på rehabilitering

Parallelt med dette foregikk det også en utvikling innenfor organisasjonsteori og synet på den enkelte arbeider. Helt fram til 1950 årene var organisasjonsidealet i stor grad knyttet til effektiv organisering og rasjonalisering.

Den skotske økonomen Adam Smith blir regnet for grunnleggeren av denne retningen, og hans bok *The Wealth of Nations* (1776) ble nærmest regnet som en bibel innenfor organisering, spesielt innenfor fabrikker i industrien. Fabrikkeierne ville oppnå økt effektivitet ved å redusere arbeidernes selvbestemmelse og erstatte den med maskiner og overvåkning (Gareth Morgan 2004). Arbeiderne ble sett på som gjenstander, og dersom man ble syk eller skadet var det bare å bytte han/hun ut med en ny. Dette synet ble enda mer spesialisert gjennom Frederick W. Taylor som regnes som ”bevegelsesstudien” far. Denne spesialiseringen går under betegnelsen ”scientific management” hvor prinsipper vedrørende spesialisering, kontrollspenn, myndighet og ansvarsdeling sto sentralt (Bolman & Deal, 2004). Idealene i denne retningen var økt effektivitet gjennom klar arbeidsdeling og

spesialisering. Tanken var at arbeidere ikke hadde andre rettigheter enn å få sin lønningspose, og at deres plikt var å arbeide og adlyde ordre. Arbeidernes personlige preferanser, behov og utviklingsmuligheter var underordnet. Dette synet var dominerende til langt utover 1950 og 1960 årene.

En av de første som begynte å fokusere på andre sider ved arbeidslivet var amerikaneren Douglas Mc Gregor i 1950 årene. Han hadde som utgangspunkt at arbeiderne faktisk ønsket å gjøre en god jobb og at de ville gjøre en mye bedre og mer effektiv jobb dersom det ble tatt hensyn til deres behov og preferanser. Dette la grunnlaget for ”human resource” perspektivet. En sentral grunnsetning i human resource perspektivet er at de ansatte behandles som en investering, ikke som en utgift. Human resource perspektivet vektlegger forholdet mellom mennesker og organisasjoner. Organisasjonene trenger mennesker (deres energi, krefter og evner), og menneskene trenger organisasjoner, og de mange fordelene organisasjoner kan gi, både materielle og ikke materielle (Bolman & Deal 2004). Dette synet hvor de ansatte blir sett på som den viktigste ressurs har hatt stor innvirkning for både arbeidsmiljø lovgivning og hvordan ansatte skal behandles og ivaretas under og etter sykefraværperioder. Dette synet har også vært en viktig pådriver i forebyggende arbeidshelse programmer.

2.3 Overgang fra medisinsk til biopsykososialt perspektiv

Som en følge av det nye synet på arbeidstakeren og organisasjonene har tilnærmingen overfor sykemeldte og uføre også blitt endret. Å være i arbeid blir ansett som et gode både for individet, organisasjonen og samfunnet. Forholdet mellom de ansatte og lederne/eierne er i større grad preget av gjensidig tillitt. Tilnærmingen overfor sykemeldte har gått i fra et dominerende medisinsk perspektiv til et mer utvidet biopsykososialt perspektiv. Medisinsk rehabilitering er fortsatt viktig men er i biopsykososialt perspektiv bare en av flere faktorer for å rehabilitere en pasient. Biopsykososialt perspektiv har fokus på en multidisiplinær rehabiliterings tilnærming. Det vil si en kombinasjon av medisinsk faglig kompetanse, veiledningskompetanse/kognitiv tilnærming, arbeidslivskompetanse og samhandlingskompetanse (samarbeid på tvers av profesjoner). Biopsykososiale intervensjoner/modeller blir nå regnet for de mest dominerende når det gjelder å forklare og angripe sykefraværproblematikken (Sullivan, MJL et. al 2005).

Et viktig begrep i biopsykososialt perspektiv er arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering bygger på en fenomenologisk forståelse av funksjon/sykdom. En slik forståelse

innebærer en erkjennelse av at utvikling av sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne ikke bare har biologiske årsaker, men også psykiske, sosiale og kulturelle årsakssammenhenger. Den sykemeldte må sees i sammenheng med sine opplevelser, erfaringer, dagligliv og spesielt arbeidssituasjon. I arbeidsrettet rehabilitering blir kontakten med arbeidsplassen svært viktig. Basert på St.meld. 21 (1998-99) har Fagrådet i arbeidsrettet rehabilitering (2005) etablert følgende definisjon av arbeidsrettet rehabilitering (ARR): ” *Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet*”

Arbeidsrettet rehabilitering danner utgangspunktet for den satsningen som det norske velferdssamfunnet retter inn mot rehabilitering av sykemeldte og andre som av ulike grunner faller utenfor arbeidslivet. Dette kommer tydelig fram både i Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 1998-1999), melding om Ny Arbeids- og velferdsforvaltning (St.meld. nr. 9 2006-2007), Forskrift om Arbeidsrettet rehabilitering (2007), og nå sist ny Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008- 2011).

I Stortingsmelding nr 9. Arbeid, velferd og inkludering, vises det til at det i flere sammenhenger har vært påpekt at det er behov for tverrfaglige og arbeidsrettede tjenester som er spesielt utformet for å bidra til at sykemeldte kommer tilbake i arbeid. St.meld. 9 er blitt fulgt opp av flere virkemidler, og det er blant annet vedtatt Forskrift om avklaring, arbeidsretta rehabilitering og oppfølging for sykemeldte arbeidstakere.

Med denne multidisiplinære tilnærmingen dukker nye problemer opp, flere involverte parter gjør at kommunikasjon og koordinering kan bli en utfordring. Og det er her vi er i dag. Tilnærmingen overfor langtidssykemeldte har blitt mer mangfoldig. I Norge har vi siden 2001 også hatt intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Dette bygger på tankegangen om at de ansatte må verdsettes som en viktig ressurs og at arbeid er et gode i seg selv. Oppfølging og rehabilitering av sykemeldte bygger i dag på disse prinsippene.

2.4 Inkluderende arbeidsliv og NAV reformen

Inkluderende arbeidsliv har blitt et sentralt begrep i norsk arbeidsliv. Begrepet ble gitt et konkret meningsinnhold i oktober 2001 da myndighetene og partene i arbeidslivet inngikk en intensjonsavtale (IA avtalen) som skulle være et felles løft for å hindre og motvirke utstøting fra arbeidslivet, ha fokus på nærværsfremmende tiltak, redusere antall nye uføretrygdede, inkludere flere med funksjonshemninger i ordinært arbeidsliv, øke andel yrkesaktive etter fylte 50 år og redusere det samlede sykefraværet med minst 20 %. Det er denne siste målsetningen om å redusere sykefraværet som er mest aktuell i denne masteroppgaven, men det er allikevel viktig å være klar over at disse målsetningene overlapper hverandre.

IA avtalen har en viktig rolle i etterkrigstidens største velferdsreform den såkalte NAV reformen. Arbeids og velferdsforvaltningen (NAV) ble etablert 1.juli 2006. NAV reformen og IA avtalen kan sees i lys av det paradigmeskifte som har vært i synet på arbeidstaker og forholdet til arbeidslivet. Reformen og avtalen bygger på mange av de samme prinsippene som en finner innenfor ”human resource” perspektivet. Og Norge og de Skandinaviske landene kan sies å være foregangsland når det gjelder å lovfeste og å effektivere dette perspektivet.

Den nye velferds og arbeidsforvaltningen hadde vært under planlegging i mange år men ble altså først en realitet 1.juli 2006. Høsten 2006 ble de første pilot NAV kontorene etablert i kommuner og bydeler. Ved utgangen av 2009 var det etablert 447 av 457 planlagte NAV kontor. De 10 siste kontorene skal være etablert i løpet av 1. kvartal 2011.

Gjennom NAV reformen har hele velferdsforvaltningen fått en ny struktur. Tidligere var de ulike velferdsordningene underlagt separate institusjoner, vi hadde trygdeetaten, arbeidslivsetaten, sosialetaten og hjelpemiddeletaten. De ulike institusjonene holdt til på ulike adresser og det var lite samarbeid mellom dem. Tanken bak reformen var å ha fokus på hele mennesket og gjøre det enklere for den enkelte å få det riktige og det beste hjelpetilbudet. Målet var å samordne alle disse tjenestene til en enhet, slik at brukerne kun skulle forholde seg til en institusjon.

Det nære forholdet mellom NAV og IA avtalen blir tydeliggjort gjennom NAV Arbeidslivssentre som er etablert i alle landets fylker. Arbeidslivssentrene ble etablert i 2002 og blir ansett som et av de viktigste virkemidlene for å nå Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Ved etableringen av nye NAV kontorer i 2006 ble

Arbeidslivssentrene organisert som NAV Arbeidslivssentre. Alle virksomheter som ønsker å bli IA-virksomheter kan gjøre det ved å tegne en samarbeids avtale med disse sentrene. Da får de en egen kontaktperson som kan veilede virksomheten når det gjelder sykefraværshåndtering, forebygging og hvilke tiltak som kan iverksettes gjennom NAV. IA avtalen skal være både retningsgivende og motivasjonsskapende. Det settes opp individuelle mål for de enkelte bedriftene som i sum skal harmonerer med det nasjonale målet om 20 % nedgang i sykefraværet.

Om NAV reformen har vært vellykket er for tidlig å si, men det som er helt sikkert er at det har vært mange store utfordringer underveis i prosessen. Reformen er stor og krevende og det vil nok ta år før vi ser om den har hatt den ønskede effekten. (Forskningsrådet har mandat til å gjennomføre en omfattende evaluering av NAV reformen, arbeidet er delt inn i 9 moduler, startet i 2006 og forventes å ta mellom 6-8 år å fullføre, utgitte rapporter kan lastes ned i fra Røkkansenteret publikasjoner EVANAV).

Når det gjelder IA avtalen så har den blitt grundig evaluert av SINTEF i 2009(www.sintef.no) og reforhandlet 3 ganger etter at den ble inngått i 2001 (2003, 2005 og sist nå i 2010). I juni 2006 ble det også utarbeidet et tillegg til intensjonsavtalen hvor nye og mer konkrete virkemidler ble introdusert. Et av disse virkemidlene var å øke andel langtidssykemeldte som startet opp yrkesrettet (ekstern) atferd i sykemeldingsperioden. Et annet virkemiddel var at IA virksomheter skal åpne opp for opplærings og opptrenings plasser (IA plasser) for personer med redusert funksjonsevne.

Et svært viktig punkt i IA avtalen er at regjeringen på sin side forplikter seg til å ikke endre på sykelønnsordningen og sykefraværsgarantien i løpet av avtaleperioden. Dagens avtale er gjeldende frem til 2013.

Det er mange som har ulike meninger om IA avtalen og mange er skeptiske til om den er riktig virkemiddel til å nå de nevnte målene. Noen mener at den er for ”snill” og at det må hardere økonomiske virkemidler til for å få ned sykefraværet. De mener at en innstramning av sykelønnsordningen er helt nødvendig og forslag om karensdager har vært oppe mange ganger, men har blitt ”stoppet” i siste liten, foreløpig. Sosiale forskjeller og udemokratisk nedslagsfelt er hovedargumentene mot innføring av karensdager.

I en avisartikkel i *Dagens Næringsliv* (1.februar 2010) hevder professor Holger Ursin ved Uni Helse, Universitetet i Bergen, i forbindelse med reforhandlingen av IA-avtalen at forebygging

ikke reduserer sykefraværet og at rehabilitering ikke virker. Han er kritisk til at ”*det øses ut hundrevis av millioner på tiltak man ikke kjenner effekten av*”.

I en kvalitativ studie (Lie et. al 2008) blir det sett nærmere på intervensjonen inkluderende arbeidsliv. Studien tar utgangspunkt i såkalte ”God Praksis” bedrifter som i utgangspunktet skal ha gode resultater når det gjelder andel sykefravær, og skal på bakgrunn av dette fungere som rollemodeller for andre IA- bedrifter. Studien viser flere interessante funn. Når det gjelder sammenhengen mellom det å være en rollemodell bedrift så viser dataene at disse bedriftene ikke hadde bedre resultater når det gjaldt sykefravær. Rollemodell bedriftene hadde gjennomsnittelig sykefravær på 8.2 % mens de øvrige i studien hadde sykefravær på 6.9 %. De viktigste faktorene assosiert med lavt sykefravær i regresjonsmodellen var bemyndiggjøring og involvering av de ansatte, godt samarbeid med NAV og større andel ansatte over 50 år. Høyt sykefravær ble assosiert med høyt forventet sykefravær og høy turnover. Regresjonsanalysen viste ingen sammenheng mellom sykefravær og andre variabler som involvering i fra ledelsen og arbeidsrepresentanter, økonomisk situasjon i bedriften, endringer i produksjon eller teknologi, IA objektiver, IA prioriteringer eller IA kompetanse.

Den nye IA avtalen ble underskrevet av partene i arbeidslivet og myndighetene 1. mars 2010. Partene var enige om å videreføre de opprinnelige målene i IA avtalen. I forbindelse med den nye IA avtalen ble det nedsatt et ekspertutvalg som skulle gi partene en oversikt over dagens situasjon og innspill til videre arbeid. På bakgrunn av denne ekspertgruppens innspill ble partene enige om å innføre noen nye virkemidler. Alle er kanskje ikke enige i at de er nye, men de blir i hvert fall konkretisert i den nye IA avtalen. De nye virkemidlene er å gjennomføre konkrete tiltak i forhold til legene. Dette går på rutiner for sykemelding, deltakelse på multiprofesjonelle ansvarsmøter og fokus på gradert sykemelding der dette kan virke positivt inn for helsesituasjonen. Den nye IA avtalen vil også sikre en tidligere innsats overfor de sykemeldte. Kontakten mellom den sykemeldte, behandlende autoritet, arbeidsgiver og NAV må være effektiv og bli igangsatt uten unødvendig byråkratisk saksgang. Den nye avtalen legger også stor vekt på bedre tilrettelegging fra arbeidsgivers side og økt medvirkning i fra arbeidstakeren.

I en pressemelding den 24. 02. 2010 (nr.12) kommer arbeidsminister Hanne Bjurstrøm med en uttalelse om at den nye IA avtalen skal arbeide videre med de tiltakene som de vet virker. Men hun sier ikke noe konkret om hvilke tiltak de vet virker og heller ikke hvordan de virker, eller hvilken effekt disse tiltakene kan vise til. I en annen sammenheng har Hanne Bjurstrøm

uttalt at det er for tidlig å beregne effekten av de ulike virkemidlene i den nye avtalen om et inkluderende arbeidsliv. (*Stavanger Aftenblad* 10.03.10).

Den nye avtalen og uttalelsene fra arbeidsministeren har fått flere til å sette spørsmålsteget ved den nye avtalen og de er skeptiske til at de ulike tiltakene iverksettes uten å kunne vise til konkrete beregninger av effekter. Forskere som har stått i spissen for denne skepsisen er som nevnt Holger Ursin, men også Jon Gunnar Mæland (professor i sosialmedisin, Universitet i Bergen), Ivar Sønbo Kristiansen (professor ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved UIO) og Bård Kuvaas (Institutt for ledelse og organisasjon ved Handelshøyskolen BI) har ytret gjennom media at håndteringen av sykefraværet må skifte fokus. Jon Gunnar Mæland hevder at mangelfull og manglende forskning har lagt grunnlaget for den politikken som føres, mens Bård Kuvaas og Ivar Sønbo Kristiansen vil ha mer fokus på arbeidsmoral og holdninger til sykefravær.

2.5 Virkemidler overfor den sykemeldte – sykemeldingsalternativer, dialogmøter og Raskere tilbake intervensjonsprogram

Foruten regjeringen og stortinget så er det Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som har det overordnede ansvar for å utvikle og legge føringer for hvilke virkemidler og tiltak som skal iverksettes for å tilfredsstille lover, forskrifter, avtaler og politiske målsetninger.

Det er NAV som i praksis gjennomfører, tilrettelegger, formidler og informerer om virkemidler og tiltak som er tilgjengelige for personer som er sykemeldt. Det er NAV lokalt som foretar den endelige vurdering og henviser deltakere til ulike individtilpassede tiltak. Tiltakene er tilgjengelige for arbeidstakere som er ansatt hos en arbeidsgiver, noen gjelder også for selvstendig næringsdrivende. For arbeidstakere som er ansatt i IA virksomheter er i tillegg særskilte virkemidler tilgjengelige. (KILDE NAV).

2.5.1 Sykemeldingsalternativer

På NAV sine offentlige hjemmesider, finner man en god oversikt over hvilke virkemidler og tiltak som kan bli iverksatt overfor den sykemeldte. I forbindelse med selve sykemeldingen finner en 3 ulike alternativer. Det første alternativet som skal vurderes av behandlende lege er gradert sykemelding. Det vil si at pasientens funksjonsevne og helsesituasjon skal vurderes opp mot arbeidsevne, tanken er at det vil være et gode både for individet og samfunnet om pasienten i større eller mindre grad opprettholder arbeidsforholdet. Myndighetene hevder at gradert sykemelding er et av de viktigste virkemidlene for å få sykemeldte raskere tilbake i full jobb og ikke gå over på uføretrygd. Jens Stoltenberg hevder at nedgangen i sykefraværet i 2004 skyldtes større fokus på innføring av gradert sykemelding. I forbindelse med nye regler for sykemelding 14.07. 04 ble også den tidligere sykmeldingsattesten erstattes av en ny attest: ”Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom.” Hovedfokus er muligheter, ikke begrensninger.

Stoltenberg hevder videre at rutinene omkring dette ikke ble opprettholdt tilfredsstillende over tid og at en derfor falt tilbake til tidligere rutiner som var å sykemelde 100 %.

(<http://.infotjenester.no>). Ved gradert sykemelding blir arbeidstaker og lege i samråd med arbeidsgiver enige om arbeidsmengde, arbeidstid og arbeidsoppgaver. Sykepenger blir kun utbetalt for den tiden en ikke er i arbeid. Arbeidsgiver betaler ordinær lønn for den tiden arbeidstakeren er i arbeid. Dette skal være en løsning som er til det beste for den sykemeldte.

Et annet alternativ er aktiv sykemelding. Det som i hovedsak skiller denne ordningen i fra gradert sykemelding er at det offentlige utbetaler sykepenger for hele stillingsstørrelsen uavhengig av hvor stor andel den sykemeldte arbeider. Aktiv sykemelding er på en måte friere for den sykemeldte og passer best for dem som har helseplager som varierer fra dag til dag. Noen dager eller uker kan en kanskje jobbe mye, mens i andre perioder er funksjonsevnen og arbeidsevnen svært nedsatt. I slike tilfeller arbeider den sykemeldte ofte ”på toppen”, det vil si at stillingen blitt ivaretatt av vikarer mens den sykemeldte blir som en ekstra ressurs i den grad han/hun klarer det.

Dersom helsesituasjonen tilsier at den sykemeldte ikke er i stand til å arbeide, eller at arbeid vil forverre situasjonen så er 100 % sykemelding det beste alternativet. Men også ved 100 % sykemelding er dialogen mellom den sykemeldte, arbeidsgiveren og NAV svært sentral. Dersom den sykemeldte ikke har vært i arbeidsrelatert aktivitet på 8 uker så må behandlende lege skrive en utfyllende legeerklæring.

2.5.2 Dialogmøter

Dialogmøter er et viktig tiltak i NAV reformen. Hensikten med dialogmøtene er gjennom kommunikasjon og samhandling å få sykemeldte raskere tilbake til jobb. I forbindelse med Sykefraværsutvalgets arbeid høsten 2006 ble det satt ekstra fokus på arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for at sykemeldte skal komme raskt tilbake i arbeid. I dialogmøtene skal arbeidsgiver ta initiativ til en handlingsplan i samarbeid med arbeidstaker. Planen skal beskrive hva som skal til for at den sykemeldte kan være helt eller delvis i arbeid, og den skal være ferdig senest etter seks ukers sykemelding. Tidligere var fristen åtte uker. Hvis arbeidsgiver er sykemeldt på full tid skal arbeidsgiver innkalle til dialog møte innen 12 uker. Hvis arbeidstaker ønsker det skal lege/sykemelder delta og dersom det finnes bedriftshelsetjeneste skal den også delta. Alle som innkalles har møteplikt. Konklusjoner fra dialogmøtene skal sendes til NAV. Dersom sykemeldingen forlenges, skal NAV kontoret innkalle til et nytt dialogmøte etter senest 6 måneder. Både arbeidsgiver og arbeidstaker er pliktig til å delta, lege og annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig. Det kan sanksjoneres mot arbeidsgiver, arbeidstaker og mot sykemeldende lege dersom de ikke oppfyller kravene om deltakelse. Arbeidstaker som ikke medvirker kan miste rett til sykepenger. Arbeidsgiver som ikke gjør sin plikt kan ilegges dagbøter og leger som ikke følger ny sykemeldingspraksis kan miste retten til å skrive sykemelding (Kilde: NAV).

Selv om dialogmøter er lovpålagt har NAV store utfordringer med å klare å gjennomføre dialogmøtene innen den oppsatte fristen. Dette bekrefter Erik Oftedal (direktør for arbeid og aktivitet i NAV) over for Nyhetsmagasinet Kompetanse den 29.1.2010. Han innrømmer her at NAV ikke får gjennomført mer en ca.70 % av de påkrevde dialogmøtene, og at de ikke har noen konkrete planer for hvordan de skal klare å nå målet om dialogmøte 2 innen 6 måneder.

2.5.3 Raskere tilbake

På bakgrunn av anbefalinger i fra det statlig oppnevnte Sykefraværsutvalget besluttet regjeringen høsten 2006 å innføre en ny type tilskuddordning for helse og rehabiliteringstjenester. Ordningen fikk navnet ”Raskere tilbake” og karakteriseres som en storsatsning. Målet med ordningen var å finne de riktige verktøy for å nå målsetningene i Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv og å redusere sykefraværet. Den nye tilskuddordningen har 2 hovedsatsinger for å nå dette:

1. Stimulere spesialhelsetjenesten

- Etablere nye tilbud rettet mot sykemeldte arbeidstakere
- Ved å kjøpe spesialhelsetjenester eksternt, kutte drastisk i ventelister
- Raskere og bedre behandling gir raskere tilbakeføring til arbeidslivet

2. Legge til rette for at NAV kan tilby 3 nye tiltak som har fokus på individuell oppfølging

- Avklaring: tilbud om systematisk kartlegging og vurdering av den enkeltes arbeidsevne.
- Oppfølging:
- Arbeidsrettet rehabilitering: tiltak som arbeidstrening, arbeidsutprøving, opplæring, motivasjons fremmende tiltak og tiltak som kan styrke individuell og sosial mestring.

Også tidsaspektet er viktig i Raskere tilbake, målet er å innføre tiltak/virkemidler mye tidligere enn hva som var mulig før tilskuddordningen.

Raskere tilbake er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet.. Tiltaket trådte i kraft i august 2007. Alle fylker skal ha et Raskere tilbake tilbud, men med lokalt tilpasset innhold.

Fakta: Raskere tilbake

Statlig tiltak, lansert i 2007, som skal hindre unødig langvarig sykefravær.

Tilbudet omfatter behandling hos spesialist, pluss individuell behandling, oppfølging og rehabilitering.

Gjelder både sykemeldte og folk som står i fare for å bli sykemeldt.

Samlet var ca. 60000 arbeidstagere henvist via ordningen ved årsskiftet.

.Kilder: Nav/Prop 1 S Helse- og omsorgsdepartementet 2009–2010

Intensjonen er at alle som kvalifiserer seg til dette tilbudet skal få delta, en spesiell forutsetning er at målet for rehabiliteringen er å komme raskere tilbake i arbeid. Det kan være tilbake til den arbeidsplassen en hadde før en ble sykemeldt eller en annen, arbeidsoppgavene kan være spesielt tilpasset eller dersom det er nødvendig være skjermet. Dette er en omfattende tilskuddordning som involverer mange aktører. For at den skal kunne gjennomføres og nå de målene som er lagt til grunn krever det fokus på implementering, informasjonsformidling, enighet om virkemidlene, tilfredsstillende økonomiske rammevilkår, samordningsrutiner og ikke minst engasjement hos den enkelte.

Raskere tilbake er et utvidet tilbud om individtilpassede tjenester som kan føre til raskere tilbakevending til arbeid. I individuell oppfølging ligger tiltak som avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og tilbud om behandling hos spesialhelsetjenesten. Det finnes også tilbud om særlig oppfølging, i det ligger at personen det gjelder trenger personlig bistand og gjerne skjermet arbeidstilbud. NAV kjøper eksterne tjenester av attføringsbedrifter for å kunne tilrettelegge for alle de ulike målgruppene.

Når man går inn på NAV sine hjemmesider kan man få det inntrykk at alle som har et reelt behov skal få et tilbud som er tilpasset dem. Men det er viktig i den sammenheng å ta med økonomiske begrensninger.

Etter lovendring av 1.mars 2004 (nye regler for sykemelding: Ot.prp. Nr. 48 2003/2004) Gjeldende fra 01.07.04) i Trygdeloven og Arbeidsmiljøloven er det lovpålagt å gjennomføre dialogmøter mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og NAV (ved behov også lege) senest etter 12 ukers sykemelding. Dersom sykemeldingen blir forlenget skal NAV innkalle til nytt dialogmøte etter seks måneders sykemelding. Disse dialogmøtene er det viktigste verktøyet hvor alle partene kan få komme med sine meninger, den sykemeldte kan få informasjon om rettigheter og plikter og at det blir laget en framdriftplan hvor eventuelt tilskuddordningen Raskere tilbake kan være et alternativ.

2.6 Nøkkeltall:

Hva menes med høyt sykefravær og hva legger en i negativ utvikling? For å finne svar på dette kan en klikke seg inn på NAV og Statistisk Sentralbyrå(SSB) sine offentlige nettbaserte

hjemmesider. NAV og Statistisk Sentralbyrå overvåker kontinuerlig utviklingen i sykefraværet. NAV utarbeider statistikker og analyser som bygger på registrert legemeldt sykefravær sett i forhold til avtalte dagsverk og registerdata fra refusjoner av sykepenger til den sykemeldte. NAV har tilgang på opplysninger om diagnoser og produserer derfor også statistikker og analyser som differensierer sykefraværet i ulike diagnosegrupper. Slik kan en se om enkelte diagnoser utmerker seg positivt eller negativt.

Statistisk Sentralbyrå produserer statistikker og analyser ut i fra tall fra NAV men i tillegg registrerer de også det egenmeldte sykefraværet. NAV og SSB samarbeider om å gi nøyaktig og samfunnsnyttig informasjon. Statistikkene publiseres hvert kvartal (fra 2.kvartal 2000) og er tilgjengelige for allmennheten på de respektive hjemmesidene (www.SSB.no)

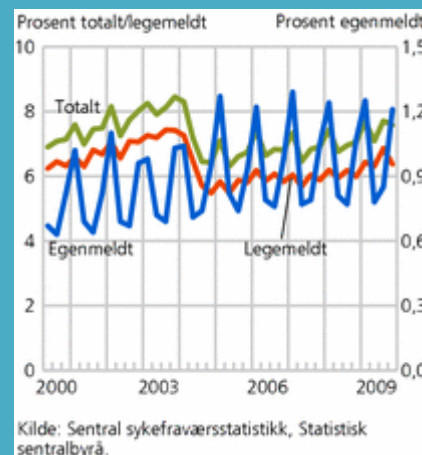
De data som disse institusjonene samler, analyserer og publiserer blir kalt for registerdata. Registerdata kan fortelle oss mye om dagens situasjon og om utvikling over tid. NAV og SSB utarbeider for eksempel statistikker som kontrollerer for sykefravær og kjønn, alder, utdanning, demografi, diagnose, tidsaspekt og yrke m.m. Dette kan gi mange interessante innfallsvinkler til å diskutere sykefraværet.

I sykefraværs og arbeidslivsforskning kan det av både praktiske og etiske grunner være vanskelig å gjennomføre randomiserte og kontrollerte forsøk/studier/eksperiment og registerdata kan derfor være nyttige empiriske verktøy for å identifisere kausale sammenhenger (Kjell Vaage UiB).

Statistikker utarbeidet av SSB over totalt registrert sykefravær i perioden 2.kvartal 2000 til og med 3. kvartal 2009 (egenmeldt og legemeldt) viser at sykefraværet i denne perioden har variert i fra en topp i 4.kvartal 2003 på 8.5 prosentpoeng sykefravær sett i

Statistikk

Figur 1. Utviklingen i egenmeldt og legemeldt sykefravær blant arbeidstakere 16-69 år. 2. kvartal 2000-4. kvartal 2009. Prosent



Kilde: Sentral sykefraværstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

forhold til avtalte dagsverk og den minste andelen i sykefraværet ble registrert i 2.kvartal 2004 med 6.3 prosentpoeng sykefravær. Ut i fra statistikken ser en at 2004 skiller seg ut i fra de øvrige årene da det er registrert en nedgang i fra 1.kvartal med 8.4 prosentpoeng fravær til 6.4 prosentpoeng fravær i 4.kvartal samme år. Denne kraftige nedgangen i sykefraværet kan knyttes til at det i fra 1.juli 2004 ble innført en rekke innstramminger i regelverket for sykelønn. Det ble blant annet innført et aktivitetskrav for rett til sykepenger. Det ville i praksis si at den sykemeldte i sammen med lege/behandlende autoritet skulle ta stilling til om den nåværende helsetilstanden i større eller mindre grad var forenelig med arbeid i en eller annen form. Legene ble oppfordret til å ta i bruk gradert sykemelding fremfor aktiv sykemelding. Dersom den sykemeldte arbeidstakeren ikke har vært i arbeidsrelatert aktivitet på 8 uker må det legges frem en utvidet legeerklæring. Arbeidstakerne ble pliktige til å medvirke til avklaring av sin funksjonsevne. Dette regelverket er fortsatt gjeldende men sykefraværet steg allikevel ganske raskt etter denne nedgangen i 2.kvartal 2004. Det er derfor vanskelig å konkludere med at innføring av aktivitetskrav alene kan forklare den kortvarige nedgangen i sykefraværet.

Statistikken viser at hovedandelen av sykefraværet er å finne i det legemeldte sykefraværet (89 %). Det egenmeldte fraværet ligger i de fleste kvartalene på under 1.0 prosentpoeng (gjennomsnitt 0.7).

Ser man på nyere tall og sammenligner registrert sykefravær ifra 3.kvartal 2008 med registrert sykefravær fra 3.kvartal 2009 ser man en økning fra 7.0 prosentpoeng til 7.7 prosentpoeng. Dette gir en vekst på 11 prosentpoeng. Økningen kom både i det legemeldte og det egenmeldte sykefraværet men var størst i det legemeldte (fra 6.2 % i 2008 til 6.9 % i 2009).

Å vise til prosentpoeng er opplysende men kan også virke noe fremmedgjørende, det kan derfor være nyttig i tillegg å illustrere sykefraværet i antall registrerte sykemeldinger, hvor mange personer dette dreier seg om, og hvor mange tapte årsverk som faktisk ligger bak statistikkene. På Faglig Seminar om Sykefraværet den 10.01.2010 i regi av Arbeids- og velferdsdirektoratet ble det presentert en slik gjennomgang, og tall hentet i fra dette seminaret viser at det i 2008 totalt ble registrert 1.4 millioner legemeldte sykemeldinger fordelt på ca. 800.000 personer (noen blir sykemeldt flere ganger i løpet av et år). Omregnet til hele årsverk dreier dette seg om 115.100 tapte årsverk i løpet av 2008. Tall i fra SSB viser at den totale andel årsverk for denne perioden var 1.975000 (<http://www.ssb.no/akumnd/tab-2010-02-24-01.html>).

Bak disse statistikkene finner vi mennesker med så alvorlige helseplager at det forhindrer dem fra å delta i arbeidslivet i kortere eller lengre perioder. I enkelte tilfeller er helseplagene av en slik art at det ikke er forenelig med arbeid i det hele tatt. Da går en over på uføretrygd og blir del av en ny statistikk, også denne statistikken viser seg å være stigende i henhold til antall nye uføretrygdede (Kilde:SSB).

For å få en større forståelse for og kunnskap om sykefraværet er det avgjørende å vite hvorfor disse menneskene er sykemeldt. Oversikt utarbeidet av NAV viser at de mest brukte diagnosene i 2008 var P 76 Depressiv tilstand, L 92 Skuldersyndrom og L 84 Ryggsyndrom.

Tabell 1: Mest brukte diagnoser 2008

Diagnose	Tapte Årsverk	Antall tilfeller	Andel tapte årsverk
P 76 Depressiv tilstand	7334	50 436	6.4
L 92 Skulder syndrom	4513	37 336	3.9
P 02 Akutt stress	4440	51 394	3.9
L 86 Mellomvirvel skiveskade	4429	34 503	3.8
P 29 Psykiske symptom	3082	26 152	2.7
L 84 Ryggsyndrom	3054	43 618	2.7
A 04 Slapphet/tretthet	2933	30 352	2.5
I alt	115 088	1 480 079	

Det er viktig å merke seg at en oversikt over diagnoser kun gir en viss indikasjon på årsaker til sykefravær. Hvilken grunn som blir oppgitt kan avhenge av flere ting, mange kan ha dobbeltdiagnoser og det kan også være vanskelig å si helt eksakt hva som ligger til grunn for sykdom, men man får allikevel en forståelse for en tendens i sykefraværsårsaker.

Denne oversikten viser at depressive tilstander og helseplager i forhold til skulder, rygg og muskel er de diagnoser som står bak de fleste sykemeldingene. Dette er viktig å ta med både med tanke på forebygging, rehabilitering og forskning.

Som en forstår ut ifra denne kontekstbeskrivelsen så legges det ned mye arbeid og ressurser i å håndtere sykefraværet. Det som blir hovedfokus videre i oppgaven blir å se nærmere på om disse virkemidlene og tiltakene har blitt undersøkt vitenskapelig, eventuelt hvilken effekt disse intervensjonen har vist når det gjelder reduksjon i sykefraværet og en tidligere retur til arbeidslivet og om det er samsvar mellom teori og praksis. Eller er det slik som enkelte hevder at tiltakene ikke virker og at myndighetene ”sløser” bort millioner av kroner som kunne ha blitt brukt på en mer konstruktiv og samfunnsøkonomisk bedre måte.

3 METODE

Sykefraværsproblematikk, rehabilitering og oppfølging er emner som opptar forskningsmiljøer i flere land. Det blir gjennomført studier og eksperimenter i håp om å erverve mer kunnskap som kan gi grunnlag til effektive og forsvarlige metoder for å få mennesker raskere tilbake i arbeid. Disse studiene og eksperimentene blir som oftest bearbejdet og utgitt i artikkelformat, og de som oppfyller bestemte vitenskapelige kriterier, blir tatt opp og formidlet gjennom ulike fagtidsskrift og internasjonale fagdatabaser. Alt etter emne så kan fagdatabasene inneholde flere tusen artikler. Disse kildene inneholder altså veldig mye kunnskap, men for den enkelte kan det være vanskelig og svært tidkrevende å holde seg orientert om hva forskningen innen sitt fagområde til en hver tid mener. Det er ofte slik at 1.linje tjenesten, de som i praksis utfører arbeid som direkte berører individene og samfunnet, tar beslutninger og gjennomfører vedtak uten å ha all kunnskap og informasjon tilgjengelig.

Kan dette også være tilfellet når det gjelder rehabilitering og oppfølging av sykemeldte. Har vi som samfunn tilstrekkelig kunnskap til å kunne si at de tiltakene som vi iverksetter har den ønskete effekt?

Ved å gjennomføre en systematisk kunnskapsoppsummering kan en få en oversikt over, og få kunnskap om hvilke typer tiltak/intervensjoner som det har blitt forsket på, og hvilken effekt som har blitt påvist i de enkelte studiene. Et annet viktig element ved en kunnskapsoppsummering er å avdekke såkalte ”kunnskapshull”.

Er det tilfelle at de intervensjonene som blir iverksatt i dag ikke er tilstrekkelig forsket på, eller er det slik at det foreligger mye relevant forskning som ikke blir tatt i bruk.

Resultater og konklusjoner i fra enkeltstudier kan være motstridende, de kan ha ulikt fokus og innhold: ”*Resultater fra enkeltstudier kan variere, og det er først når vi tar grep om HELE kunnskapsgrunnlaget at det er mulig å si noe sikkert om hva vi vet og ikke vet*” (Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009).

Å gjennomføre studier/forsøk går under betegnelsen primærforskning, å systematisere og evaluere allerede utførte studier går under betegnelsen sekundærforskning. Denne studien bygger på prinsipper for sekundærforskning.

For at denne kunnskapsoppsummeringen skal være mest mulig systematisk og etterstrebe vitenskapelige kriterier for kvalitet, reliabilitet og validitet er denne studien inspirert av The Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration. Cochrane Collaboration er en internasjonal non-profit og uavhengig vitenskapelig institusjon med hovedbase i London. Det finnes underavdelinger i flere land og den norske avdelingen har base i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Campbell Collaboration er også en internasjonal vitenskapelig organisasjon. Hovedkontoret til Campbell Collaboration er lokalisert i Oslo, også dette i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Begge disse organisasjonene har som mål å utarbeide og distribuere Systematic Reviews of Intervention (systematiske kunnskapsoppsummeringer). De samler, analyserer, systematiserer og trekker konklusjoner vedrørende forskning som har blitt utført for å bestemme virkninger og effekter av helserelevante intervensjoner. I dette tilfelle blir det intervensjoner knyttet til rehabilitering og oppfølging av langtidsykemeldte. Cochrane og Campbell bygger på de samme systematiske grunnprinsipper, men Cochrane kan sies å være mer rigid i forhold til hvilke studier som blir inkludert i oppsummeringen. Systematiske Cochrane oppsummeringer bygger i hovedsak på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT), som blant enkelte forskere blir ansett som den eneste måten å kunne vitenskapelig dokumentere effekt av intervensjoner. Campbell Collaboration har et annet syn på dette og mener at alle vitenskapelige metoder har fordeler og begrensinger med tanke på intern validitet, begrepsvaliditet, eksterne validitet og statistisk konklusjonsvaliditet (*5.1 The work by Campbell and others on validity* <http://siteresources.worldbank.org>). De mener derfor at den beste måten å kunne evaluere effekt av intervensjoner vil være gjennom triangulering, som vil si å kombinere ulike metoder, både kvalitative og kvantitative, for på den måten å se en sak i fra flere og

forskjellige utgangspunkt. Dette synet ligger også til grunn for inkluderte studier i denne oppgaven.

En systematisk gjennomgang av relevante vitenskapelige studier kan gi svar på spørsmål om effekter, men kan også avdekke kunnskapshull, områder som ikke er tilstrekkelig undersøkt og som krever mer forskning for å kunne gjennomføre en kunnskapsbasert praksis.

”Enkeltstudier er byggesteiner og det er først når vi har identifisert alle undersøkelser som har søkt å svare på et bestemt spørsmål at det er mulig å gi et pålitelig svar på hva effekten av et tiltak er” (Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009 s.7).

En systematisk kunnskapsoppsummering vil i hovedsak dreie seg om å finne, sammenstille, vurdere og oppsummere allerede eksisterende forskning. Den eksisterende forskningen kan være tidligere utførte systematiske kunnskapsoppsummeringer (Cochrane eller Campbell oppsummeringer), andre ikke systematiske kunnskapsoppsummeringer, randomiserte kontrollerte studier (RCT), ikke randomiserte kliniske studier (CCT), tverrsnittsstudier/surveey og/eller kohort studier (årsaks/hvorfor spørsmål).

De høyt aksepterte internasjonale forskningsinstitusjonen Cochrane og Campbell er som nevnt bygget opp av ulike forskere/forskergrupper som ved hjelp av bestemte metodekrav produserer systematiske kunnskapsoppsummeringer (Reviews). Denne studien tar utgangspunkt i The Cochrane Handbook som er tilgjengelig for alle via www.cochrane.org. For en supplerende norsk gjennomgang av metodekrav for systematisk kunnskapsoppsummering er også Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: *Slik oppsummerer vi forskning* (2.utg. Oslo, 2009) anvendt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er som tidligere nevnt en leverandør av forskningsarbeid til Cochrane, og håndboken bygger derfor på de samme prinsipper som Cochrane Handbook.

Systematisk kunnskapsoppsummering legger grunnlaget for kunnskapsbaserte tiltak, dette blir fremhevet som et viktig punkt i den nylig utgitte rapporten *Rapport om tiltak for reduksjon i sykefraværet* (3 feb. 2010) utarbeidet av en ekspertgruppe under ledelse av Arnstein Mykletun. Ekspertgruppen vurderer det slik at det er behov for å oppsummere og formidle effekter ved tiltak, denne masterstudien er i så måte i tråd med denne anbefalingen.

Videre følger en trinnvis oversikt over fremgangsmåte i denne studien. Trinnene bygger på anbefalinger i fra Cochrane og Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.

3.1 Oppbygging av masteroppgaven

Utvikle prosjektskisse (tilnærmet protokoll)

- Bestemme tema
- Formulere forskningsspørsmål
- Bestemme metode

Bestemme inklusjons- og eksklusjonskriterier

- Type intervensjon
- Målgruppe
- Type studier

Søk etter litteratur

- Type fagdatabaser
- Utvikle søkestrategier
- Utføre søkene
- Loggføre søkene
- Laste ned tilgjengelige artikler i PDF format og lagre dem
- Bestille via biblioteket de artiklene som ikke kunne lastes ned elektronisk
- Utarbeide en oversikt i Excel over aktuelle artikler (på bakgrunn av kun å ha lest abstraktene)

Velge ut studier

- Lese igjennom de aktuelle artiklene
- Ta i bruk de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble bestemt før selve søket, og på bakgrunn av disse forkaste de studier som ikke møter inklusjonskriteriene. De studiene som en da sitter igjen med blir da kalt inkluderte studier, og disse danner grunnlaget for å besvare forskningsspørsmålene.

Vurdere studienes metodiske kvalitet.

- Studienes metodiske kvalitet vil være avgjørende for hvor valide og reliable de resultatene de viser til kan hevdes å være. Dette vil også bestemme hvor reliabel og valide studiens resultater blir.

Resultat

- Utarbeide en systematisk data uthentingsoversikt
- Hva sier de enkelte studiene
- Har de avvikende konklusjoner
- Hvilke studier er mest relevante og hvorfor
- Hvordan kan de enkelte studiene si noe om HELE kunnskapsgrunnlaget angående mine forskningsspørsmål

7. Konklusjon

- Hvilke funn kan kunnskapsoppsummeringen vise til, både forskningsspørsmålene og eventuelle kunnskapshull.

8. Diskusjon og anbefalinger

- Veien videre

3.1.1 Utvikle prosjektskisse/protokoll

Oppsummering av forskning er som annen forskning gjenstand for bestemte metodekrav. Det vil si at det stilles krav om en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte i å formulere spørsmål, søke etter litteratur, vurdere, sammenstille og presentere kunnskapen. Det skal være mulig for andre å etterprøve og å kritisere resultater og konklusjoner. Cochrane og Campbell miljøet etterstreber systematiske fremgangsmåter og åpenhet for å forhindre feilkilder (bias) i forskningen. Et viktig element i denne prosessen er å utarbeide en protokoll i forkant av selve litteratursøket og analysen av dette materialet. I protokollen skal forskningstemaet og forskningsspørsmålet være tydelig beskrevet, også inklusjons- og eksklusjonskriterier må være definert i forkant av selve forskningsprosessen. Det er viktig at dette skjer i forkant slik at ikke disse kriteriene blir påvirket av det en finner i forskningsmaterialet. Denne protokollen bør være transparent og tilgjengelig for allmennheten, på den måten kan en kontrollere for at inklusjons- og eksklusjonskriteriene ikke har blitt endret etter at søket har blitt gjennomført fordi de ikke lenger ”passet” inn i prosjektet. Det kan selvfølgelig enkelte ganger oppstå

uforutsette endringer underveis i prosessen, men dersom disse går på tvers av opprinnelig protokoll så må dette redegjøres for i den endelige studierapporten. I denne studien blir prosjektskissen (som ble levert og godkjent av ansvarlig for emnet ved UIS) tilnærmet en protokoll, her ble emne/tema, forskningsspørsmål og metode beskrevet. Prosjektskissen har fungert som en rettesnor under hele prosessen, og har vært til god hjelp når informasjonen har vært overveldende og retningen vanskelig å stake ut. I innledningen har det blitt gjort rede for tema og begrunnet hvorfor dette er interessant. Men for at oppgaven ikke skal bli for vid finner jeg det nødvendig å konkretisere problemstillingen noe.

3.1.2 Konkretisering av problemstilling - forskningsspørsmål

”a research project is built on the foundation of its research questions”.

Norman Blaikie *Designing Social Research* 2009, s 58

Som nevnt i innledningen er hovedforskningsspørsmålet: Nytter oppfølging? Dette forskningsspørsmålet er vidt og må derfor defineres i spesifikke underspørsmål.

Forskningsspørsmålet og underspørsmålene er viktige arbeidsverktøy i forskningsprosessen og har viktige funksjoner både når det gjelder å holde fokus og å gi retning til oppgaven.

Forskningsspørsmålet, Nytter oppfølging? er knyttet til de velferdsordninger og den politikk som er gjeldende i Norge i dag når det gjelder å regulere og å håndtere sykefraværet. .

Metoden er som nevnt tidligere en systematisk kunnskapsoppsummering og empiri blir derfor vitenskapelige artikler som beskriver primærforskning og eventuelle andre kunnskapsoppsummeringer som er blitt utført innenfor dette emnet. På bakgrunn av det vil en konkretisering av forskningsspørsmålet bli som følgende:

- **Hva sier forskningen om hvorvidt de tiltak/intervensjoner som blir iverksatt i Norge i dag er effektive i henhold til å redusere sykefraværet.**

3 underspørsmål har blitt formulert, som til sammen kan besvare spørsmålet om oppfølging nytter. Underspørsmålene blir da som følger:

1. Hva sier forskningen om hvorvidt GRADERT SYKEMELDING og AKTIV SYKEMELDING er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet?
2. Hva sier forskningen om hvorvidt MULTIDISCIPLINÆR REHABILITERING er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet? (jamfør raskere tilbake prosjekt)
3. Hva sier forskningen om IMPLEMENTERING og GJENNOMFØRING av *retur til arbeid* intervensjoner?

3.1.3 Design

En systematisk kunnskapsoppsummering bygger på induktiv forskerstrategi. Metoden er både deskriptiv og eksplorerende. Den er deskriptiv fordi formålet med kunnskapsoppsummeringen er å gi svar på bestemte HVA spørsmål (jamfør konkretisering av forskningsspørsmål). Den er også eksplorerende da studien utforsker et bestemt tema, og gjennom denne prosessen produserer data som kan gi innsikt og helhetsforståelse.

3.1.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er avgjørende for at en kunnskapsoppsummering skal kunne kalles systematisk og oppfylle vitenskapelig kvalitet i blant annet Cochrane sammenheng. Kriteriene må være i overensstemmelse med forskningsspørsmålene, dette er en måte å sikre kvaliteten og å minimere feilkilder (bias) gjennom hele prosessen.

Denne masterstudien/kunnskapsoppsummeringen er utarbeidet etter følgende kriterier:

Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
INTERVENSJON	INTERVENSJON
Gradert sykemelding	Intervensjoner på sykehus

Aktiv sykemelding	Intervensjoner som ikke kan knyttes til arbeidsplassen
Individuell oppfølging	Ulike terapi og behandlingsformer (kiropraktor, fysioterapi, akupunktur etc.) hvor disse ikke er i forbindelse med arbeidsplassen)
Dialogmøter	Ikke omhandler intervensjon
Tiltak på arbeidsplassen	
Samarbeid mellom de ulike aktørene	
MÅLGRUPPE	MÅLGRUPPE
Voksne i yrkesaktiv alder (18-67 år)	Personer på uføretrygd
Personer med helseproblemer	Personer på arbeidsledighetstrygd
Sykemeldte arbeidstakere (helt eller delvis)	Personer på yrkesrettet attføring
TYPE STUDIER	TYPE STUDIER
Nasjonale og internasjonale studier	
Systematiske kunnskapsoppsummeringer	
Kunnskapsoppsummeringer	
Randomiserte kontrollerte studier (effekt spørsmål) RCT: Ønsker å fastslå at det er en sammenheng mellom virkemiddel og effekt.	
Ikke – randomiserte kliniske studier CCT	
Kohort (årsaks/hvorfor spørsmål, kasus/kontroll design)	
Tverrsnittstudier	

Denne oversikten over inklusjons- og eksklusjonskriterier danner utgangspunktet for å utvikle en adekvat søkestrategi, og for å analysere treff i de utvalgte fagdatabasene.

3.1.5 Fagdatabaser

Litteratursøket danner grunnlaget for empiri i denne oppgaven, og det er avgjørende at søket fanger opp de studiene som er relevante for forskningsspørsmålene.

- Type fagdatabaser

Som student ved UIS er man tilknyttet Universitetsbiblioteket sine fagdatabaser gjennom BIBSYS (<http://exproxy.uis.no>). Da forskningsspørsmålene i hovedsak omhandler spørsmål om effekt av bestemte intervensjoner iverksatt overfor personer med helseplager som er helt eller delvis sykemeldte var det mest naturlig å søke etter litteratur i Helsefagdatabasen. På bakgrunn av noen prøvesøk ble det besluttet å gjennomføre kunnskapsoppsummeringen ved hjelp av 3 fagdatabaser:

1. ISI Web of Science (<http://apps.isiknowledge.com>)

Som består av 7 databaser med referanser til ledende tidsskrift og andre trykte media.

2. Pub. Med (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>)

Dette er den største medisinske databasen med over 4800 tidsskrift indeksert.

3. Cochrane Library (<http://www.thecochranelibrary.com>)

Som er kjent for å være den beste databasen når det gjelder systematiske kunnskapsoppsummeringer av randomiserte kontrollerte studier når det gjelder spørsmål om effekt av helsetiltak/intervensjoner.

3.1.6 Utvikle søkestrategier

Å utvikle adekvate søkestrategier krever god innsikt i emnet en skal studere og kunnskap om hvordan de ulike fagdatabasene indekserer innholdet i de ulike artiklene. Forskere

samarbeider ofte med biblioteket når det gjelder å utvikle søkealgoritmer. I forbindelse med denne studien ble det ikke anledning til et slikt samarbeid, og tilegnelsen av kunnskap til å kunne gjennomføre systematiske litteratursøk ble ervervet ved hjelp av veiledning gitt ved de enkelte databasene.

Det er avgjørende at søkeordene fanger opp så mange som mulig av relevante referanser på et område (høy grad av sensitivitet/fullstendighet) og samtidig unngår ord som gir unødige mange irrelevante referanser (høy grad av spesifisitet) som vil føre til lav grad av presisjon (Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: *Slik oppsummerer vi forskning* s.23,27) Det kan være vanskelig å utvikle en adekvat søkealgoritme og undertegnede besluttet derfor å utføre separate søk for hvert av forskningsspørsmålene; om hva forskningen sier om effekt av gradert sykemelding, aktiv sykemelding, individuell oppfølging, multidisiplinær rehabilitering, dialogmøter og samarbeidet mellom de involverte aktørene. Fagdatabasene som ble brukt er engelskspråklige og en må derfor sette seg inn i hvilke oversettelser man skal bruke for å få et mest mulig optimalt resultat. Etter å ha brukt de ulike databasene sine søk vedrørende synonymkontroll ble følgende søkeord valgt:

ISI Web of Science:

[#Sick leave AND graded activity](#)

Refined by subject areas: Rehabilitation or Public Environmental & Occupational Health

NOT: sport science, rheumatology or medicine/therapy

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 06.04.2010.

Resultat: 37 treff

[#Sick leave AND active sick leave](#)

Refined by subject areas: Public, Environmental & Occupational Health OR Rehabilitation OR Social Issues.

NOT: Sport science, ergonomics, rheumatology or medicine/therapy

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 07.04.2010.

Resultat: 43 treff

#Sick leave AND vocational rehabilitation

Refined by subject areas: Public, Environmental & Occupational Health OR Rehabilitation
OR Social Issues.

NOT: sport science, rheumatology, ergonomics or medicine/therapy

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 08.04.2010.

Resultat: 59 treff.

#Sick leave AND workplace intervention

Refined by subject areas: Public, Environmental & Occupational Health OR Rehabilitation
OR Social Issues.

NOT: sport science, rheumatology, ergonomics or medicine/therapy

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 09.04.2010.

Resultat: 40 treff

#Sick leave AND individual follow up

Refined by subject areas: Public, Environmental & Occupational Health OR Rehabilitation
OR Social Issues.

NOT: sport science, rheumatology, ergonomics or medicine/therapy

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 09.04.2010.

Resultat: 32 treff.

[#Sick leave AND dialog meetings](#)

Refined by subject areas: Public, Environmental & Occupational Health OR Rehabilitation
OR Social Issues.

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 09.04.2010.

Resultat: 1 treff

Pub.Med

[#Sick leave AND graded activity](#)

Detaljer ved søk:

("sick"[All Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick leave"[All Fields]) AND (graded[All
Fields] AND activity[All Fields])

Timespan 2000-2010

Søket ble utført 16.04. 2010.

Resultat: 16 treff

[#Sick leave AND active sick leave](#)

Detaljer ved søk:

("sick leave"[MeSH Terms] OR ("sick"[All Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick
leave"[All Fields]) AND (active[All Fields] AND ("sick leave"[MeSH Terms] OR ("sick"[All

Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick leave"[All Fields])) NOT medical[All Fields]
NOT ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR
"therapeutics"[All Fields]) NOT ("sports"[MeSH Terms] OR "sports"[All Fields] OR
"sport"[All Fields])

Timespan; 2000-2010

Søket ble utført 16.04. 2010.

Resultat:45 treff

[#Sick leave AND workplace interventions](#)

Detaljer ved søk:

("sick leave"[MeSH Terms] OR ("sick"[All Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick
leave"[All Fields]) AND (("workplace"[MeSH Terms] OR "workplace"[All Fields]) AND
interventions[All Fields]) NOT medical[All Fields] NOT ("therapy"[Subheading] OR
"therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields])

Timespan; 2000-2010

Søket ble utført 16.04. 2010.

Resultat:22 treff

[#Sick leave AND return to work AND individual follow up](#)

Detaljer ved søk:

("sick leave"[MeSH Terms] OR ("sick"[All Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick
leave"[All Fields]) AND (return[All Fields] AND ("work"[MeSH Terms] OR "work"[All
Fields])) AND (("persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "individual"[All
Fields]) AND follow[All Fields] AND up[All Fields]) NOT medical[All Fields] NOT
("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapy"[All
Fields] AND "modalities"[All Fields]) OR "physical therapy modalities"[All Fields] OR
"physiotherapy"[All Fields]) NOT ergonomic[All Fields]

Timespan; 2000-2010

Søket ble utført 16.04. 2010.

Resultat:77 treff

Sick leave AND return to work AND vocational rehabilitation

Detaljer ved søk:

("sick leave"[MeSH Terms] OR ("sick"[All Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick leave"[All Fields]) AND (return[All Fields] AND ("work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields])) AND (("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR ("rehabilitation"[All Fields] AND "vocational"[All Fields]) OR "vocational rehabilitation"[All Fields] OR ("vocational"[All Fields] AND "rehabilitation"[All Fields])) AND up[All Fields]) NOT medical[All Fields] NOT ("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "modalities"[All Fields]) OR "physical therapy modalities"[All Fields] OR "physiotherapy"[All Fields]) NOT ergonomic[All Fields]

Timespan; 2000-2010

Søket ble utført 16.04. 2010

Resultat:14 treff

#Sick leave AND dialog meetings

Detaljer ved søk:

("sick leave"[MeSH Terms] OR ("sick"[All Fields] AND "leave"[All Fields]) OR "sick leave"[All Fields]) AND (("Dialog"[Journal] OR "Dialog Fairleigh Dickinson Univ Sch Dent"[Journal] OR "dialog"[All Fields]) AND meetings[All Fields])

Timespan: 2000-2010

Søket ble utført 16.04. 2010

Resultat: 1 treff

COCHRANE LIBRARY (Søket ble utført 17.04.2010)

Sick leave

Resultat: 13 Cochrane Reviews

#Sick leave AND part time sick leave

Resultat: 1 Cochrane Review

#Sick leave AND graded activity

Resultat: 2 Cochrane Review

#Sick leave OR vocational rehabilitation OR return to work NOT treatment

Resultat: 43 Cochrane Review

#Sick leave AND individual follow up NOT medicinal

Resultat: 0 Cochrane Review

En følge av at det ble utført separate søk for hvert emne/underspørsmål var at det ved de ulike søkene ble flere duplikattreff (det vil si at samme studie ble referert til flere ganger) dette skyldes databasene sine indeksprogrammer og synonymkontroll. Dette skapte mer arbeid, men viser også at det ble fanget opp flest mulig relevante referanser. De to fagdatabasene ISI Web of Science og Pub. Med kom opp med omtrent de samme treffene, det som i hovedsak skilte dem var at ISI Web of Science hadde bedre søkestrategi ved at man kunne kontrollere i større grad for områder som man ikke vil ta med i søket. På Pub. Med må man gjøre disse utvelgelsene manuelt etter hvert som man går igjennom listen.

Selv om det ble etterstrebet å gjøre søkene så spesifikke som mulig dukket det opp treff som ikke var relevante for kunnskapsoppsummeringen. Etter å ha lest abstraktene (oppsummeringene) til hvert enkelt treff og evaluert disse opp mot forskningsspørsmålene, besto den første sammenstillingen av 100 mulige aktuelle studier/artikler (Se vedlegg 1 for denne oversikten av aktuelle studier).

3.1.7 Velge ut studier

Et avgjørende punkt i studien er prosessen hvor det endelige utvalget av inkluderte artikler blir valgt ut. For å sikre validitet og kvalitet er det et metodekrav i systematiske kunnskapsoppsummeringer at denne utvelgelsen blir gjort av fortrinnsvis to forskere (peer-reviewed), som uavhengig av hverandre gjør sine vurderinger, kommer sammen og sammenligner, diskuterer treff som er usikre og i samarbeid kommer frem til den endelige listen av inkluderte studier. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er utgangspunktet for disse vurderingene. I dette studiet er det kun en person som har foretatt den endelige utvelgelse, i henhold til det nevnte metodekrav så vil det være en svakhet med denne oppgaven, men for å kompensere på denne svakheten har funnene blitt diskutert med veileder. Selv om kollega/forsker samarbeid er et metodekrav så vil en utvelgelse også bestå av tolkning og skjønn. Det vil si at andre med samme problemstilling kan foreta en annen utvelgelse av inkluderte studier. Dette kan av enkelte oppfattes som et problem og en svakhet. For å kompensere for denne mulige svakheten er det avgjørende å ha åpenhet i forskningsprosessen og dokumentere de valgene en har tatt, på den måten kan interesserte gå inn i studien og vurdere om de er enige eller uenige i kriteriene og utvelgelsen som har blitt gjort. I denne studien er utvelgelsen av studier dokumentert i vedlegg 1.

Etter å ha lest igjennom alle de aktuelle artiklene og vurdert dem opp mot inkluderingskriteriene består denne kunnskapsoppsummeringen av 68 inkluderte artikler:

FORSKNINGSDESIGN	ANTALL INKLUDERTE
Reviews	14
RCT	17
Ikke RCT	3

Matched pairs	5
Kvalitativ/intervju	8
Longitudinelt observasjonsstudium	12
Tverrsnitt/register	9

3.1. 8 Vurdere studienes metodiske kvalitet.

Forskning på effekter av helsetiltak blir gjennomført for å finne de beste metodene, de mest effektive intervensjonene og den beste praksisen. Forskningen er ikke til for seg selv men er et redskap for ansvarshavere, beslutningstakere og praktikere. Forskningen på dette feltet har fått en del kritikk når det gjelder å spesifisere og definere intervensjonen som danner utgangspunktet for den aktuelle studien. Intervensjonen blir ofte mangelfullt definert, og lar seg vanskelig etterfølge av andre. Det er viktig å etablere klarere definisjoner og framgangsmåter i vitenskapelige artikler (Durand et. al 2006). På den måten blir artiklene mer anvendelige og tilgjengelige for dem som skal ta beslutninger og gjennomføre intervensjoner. Det byr også på utfordringer når artikler innenfor et klart avgrenset område (sykefravær/rehabilitering) tillegger begreper ulikt innhold. Dette gjelder spesielt begrepene ”active sick leave” og ”graded activity”. I noen artikler betyr active sick leave at man er under aktivitet i sykefraværet, f. eks trening eller liknende, mens i andre artikler betyr det at dette er en intervensjon initiert av trygdeordninger, som gjør at den sykemeldte kan gå på jobb i den grad helsen tillater det og at trygdeordninger betaler full kompensasjon til arbeidsgiver (norsk politikk/intervensjon). Det samme gjelder for graded activity.

Forskningsresultatene bør derfor etterstrebe en publiseringsform som er klar og tydelig, og tilgjengelig. Alle artiklene som denne studien tar utgangspunkt i har blitt publisert i anerkjente fagdata baser som har strenge krav til kvalitet, validitet og form. Som masterstudent er det vanskelig å sette seg opp mot den vurderingen som har blitt gjort av høyt kvalifisert personal, men det som har vært avgjørende i utvelgelsen har vært om artiklene klart har definert forskningsspørsmålene, intervensjonen, utvalget og utfallet, og om det er overensstemmelse mellom disse elementene. Det er kvalitetsforskjeller mellom artiklene, men alle de inkluderte artiklene er som nevnt lastet ned i fra anerkjente fag databaser og er derfor kvalitetssikret.

4 RESULTATER

På bakgrunn av de inkluderte artiklene/studiene er det blitt laget til sammen 3 skjematiske oversikter (tabell 4 s. 48-52, tabell 5 s.62-72 og tabell 6 s. 86-94). Det er utarbeidet en tabell til hver av de 3 underspørsmålene som ble presentert på s.32. Tabellene inneholder sentral informasjon (dataauthenting) vedrørende hovedforfatter, tittel, årstall, design, måleenhet utfall, antall deltakere og effekt/resultat. Dataauthenting er en viktig del av den vitenskapelige dokumentasjonen både med tanke på validitet, reliabilitet og krav om åpenhet.

4.1 Hva sier forskningen om hvorvidt GRADERT SYKEMELDING og AKTIV SYKEMELDING er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet og en tidligere retur til arbeid?

Forskningen viser ingen klar sammenheng mellom bruk av gradert sykemelding/aktiv sykemelding og en reduksjon i sykefraværet eller en tidligere retur til arbeidslivet.

Forskningen er mangelfull og viser til sprikende resultater.

Noen studier viser en positiv effekt ved delvis sykemelding (Marnetoft et. al 2001 og Sheel et. al 2002). Marnetoft et. al, mener å kunne vise at oddsen for en vellykket yrkesrettet rehabilitering var høyere for dem som hadde vært delvis sykmeldt før rehabiliteringsprogrammet enn dem som hadde vært fulltids sykemeldt. Sheel et. al 2002 viser til resultater i fra deres studie som viser at personer på delvis sykemelding returnerte til arbeid innen 50 uker i større grad enn de som hadde vært full tids sykemeldt.

Andre studier viser en det motsatte, (Eklund et. al 2004, van Duijin et. al 2005) at delvis sykemelding ikke kan vise til en effekt når det gjelder reduksjon i sykefravær eller en tidligere retur til arbeidslivet. Enkelte hevder også at delvis retur til arbeidet forlenger sykefraværet (Eklund et. al 2004). Bruken av delvis sykemelding varierer veldig i fra lege til lege og i fra land til land (Kausto, et. al 2008), og tidspunktet for intervensjonen i sykdomshistorien kan ha betydning for effekten. Å være delvis sykemeldt fra begynnelsen av sykemeldingsperioden blir i Eklund et. al 2004 assosiert med lengre sykefraværsperioder. I Lidwall et. al blir det hevdet at oddsen for å returnere tilbake til arbeidet var lavere for dem som hadde vært delvis sykemeldt enn for dem som hadde vært fulltidssykemeldt. Van Duijin et. al 2005 konkluderer

med at delvis sykemelding som eneste intervensjon ikke påvirker den totale lengden på sykefraværet hos personer med muskelsmerter. Lengden på sykefraværet var påvirket av graden av kronisk lidelse og uføre ikke av modifisert (delvis retur til arbeidslivet) arbeid.

Josephson et. al 2008, hevder at delvis sykemelding ofte fører til full retur, men at delvis sykemelding også operer som en lang tids løsning for personer med helseplager slik at de kan være yrkesaktive. Det vil si at det kan være aktuelt å gå over på delvis uføretrygd etter at sykelønsperioden er over og at full retur til arbeidslivet ikke kan gjennomføres. Andelen av personer som er delvis sykemeldt øker med alderen (Josephson et. al 2008 og Kausto et. al 2008).

I utgangspunktet kan det høres ut som om spørsmålet om gradert sykemelding, aktiv sykemelding eller full sykemelding er en avgjørelse som kun vedkommer den sykemeldte og behandlende lege, men det er ikke tilfelle. Gradert sykemelding er noe mer enn å fylle ut et skjema vedrørende arbeidsmuligheter. Å komme tilbake til arbeidet i redusert/gradert stilling krever tilrettelegging og modifisering og/eller endring av arbeidsoppgaver.

Bruken av delvis sykemelding er allikevel nært knyttet til den som er ansvarlig for å evaluere arbeidsevnen, i Norge er dette forbeholdt leger. For at leger skal øke bruken av delvis sykemelding har det fra myndighetene sin side blitt initiert ulike kampanjer. Sheel et. al 2002 studerte to ulike strategier for promotering av aktiv sykemelding, en passiv og en proaktiv (og en kontrollgruppe), og hvilken effekt dette hadde for sykefravær og retur til arbeidslivet for en periode på et år. Den passive strategien gikk ut på å oppfylle et minstekrav med tanke på økonomisk og administrativ støtte til promotering av aktiv sykemelding, inkludert målrettet info og standardisert avtale. Den proaktive strategien besto av de samme elementene som den passive men hadde i tillegg et kick off læringsseminar for leger, hvor en trent fasilitator for aktiv sykemelding var en ressursperson. Det gjennomsnittelige sykefraværet var nesten likt både i passiv (68 dager) og i proaktiv gruppe (70 dager) og i kontrollgruppen (71 dager). Andel som returnerte til arbeid innen 50 uker var også nesten likt i alle grupper, passiv 89.5 %, proaktiv 89 % og kontroll 89.1 %. Det er derfor ikke sannsynlig at større innsats i å promotere delvis sykemelding vil resultere i målbare økonomiske fordeler. Studien konkluderer med at det er unødvendig å bruke store summer på kampanjer rettet mot leger når det gjelder promotering av delvis sykemelding.

En nyere RCT studie (Østerås et.al 2010) studerte effekten av en intervensjon som var rettet mot rutiner for å skrive ut gradert, aktiv eller fulltidssykemelding og yrkesrettet rehabilitering. Intervensjonsgruppen fikk etter en randomisert utvelgelse delta på 1 dags work shop inkludert rollespill om implementering av gradert sykemelding fremfor aktiv sykemelding og full tids sykemelding(i tråd med IA- avtalen). Kontrollgruppen hadde de samme retningslinjer men deltok ikke på work shop. Resultatene etter intervensjonen viste at legene i intervensjonsgruppen foreskrev gradert sykemelding oftere enn aktiv sykemelding enn kontroll gruppen i intervensjonsperioden. Yrkesrettet rehabilitering ble foreskrevet i liten grad i begge gruppene (ca.3.5 %) og det var ingen intervensjonseffekt mellom lengden på sykefraværet og legens foreskrivelse av arbeidsrettet rehabilitering. Som et resultat av intervensjonen var det en større andel i intervensjonsgruppa som returnerte til redusert arbeid sammenlignet med kontrollgruppen. Det ble ikke funnet noen intervensjonseffekt på lengden av sykefraværet. Gjennomsnittelig sykedager var 190 i intervensjonsgruppen og 191 i kontrollgruppen i denne perioden.

Konklusjonen i denne studien er at opplæring til fastleger (1 dags work shop) er positivt i henhold til å foreskrive gradert sykemelding fremfor aktiv og full tids sykemelding. Og at dette i seg selv vil minske utgiftene til det offentlige når det gjelder dekningsgrad av sykelønn. Men at økt bruk av gradert sykemelding ikke hadde effekt på lengden av sykefraværet (gjennomsnittet var så å si likt i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen). Studien viser også at det i liten grad blir foreskrevet yrkesrettet rehabilitering.

Det er også interessant å se på langtidsvirkninger av gradert/aktiv sykemelding: vil delvis sykemelding forhindre senere sykdomsperioder? Denne studien har kun identifisert en artikkel som sier noe om dette. Van Duijn et. al 2008 hevder at personer som hadde utført modifisert arbeid før de gikk tilbake til fullt arbeid rapporterte signifikant mindre tilbakevendende sykefravær enn de som hadde startet fullt med en gang. Men påpeker også at sykefraværet i de 12 mnd forut for intervensjonen delvis sykemeldt var en sterk prediktiv faktor for tilbakevendende sykefravær.

I norsk håndtering av sykefravær er det et klart skille mellom gradert og aktiv sykemelding. Dette skillet er ikke klart i det internasjonale forskningsmaterialet som foreligger. Det er flere studier som ser på delvis retur til arbeidslivet, men da som en del av en modifisering av arbeidet. Denne studien har kun identifisert 13 relevante artikler som har den tilnærmingen til

begrepene gradert sykemelding og aktiv sykemelding, slik vi bruker begrepene i IA avtalen og i regler for sykemelding. Alle de relevante studiene er skandinaviske.

Mangelen på studier som spesifikt ser på disse intervensjonene kan skyldes at forskjellen mellom aktiv sykemelding og gradert sykemelding er mer tydelig når det gjelder trykdeordninger enn av praktisk betydning for den sykemeldte. Begge intervensjonene har som utgangspunkt at den sykemeldte i størst mulig grad skal opprettholde aktivitetsnivået i forhold til arbeidslivet og at retur til opprinnelig stillingsstørrelse skal være gradvis og tilpasset den enkelte. Intensjonen er at intervensjonene skal være et gode for alle parter, både den sykemeldte (raskere frisk, opprettholde kontakt med arbeidet), arbeidsgiver (beholde kompetanse) og samfunnet for øvrig (oppretholde produksjon og minske utgifter til sykelønn m. m).

Det er nylig utgitt en kunnskapsoppsummering (Axellson & Marnetoft, 2010) som ser nærmere på mangelen på RCT studier som sier noe om størrelsen på graderingen (eks. 30 % - 50 % - 75 % sykemeldt) og hvilken effekt de ulike graderingene har for sykefraværet og retur til opprinnelig stillingsstørrelse. Den mest effektive andelen gradering for ulike lidelser/helseplager er ikke kjent (Axellson et. al 2010). Det må gjennomføres flere randomiserte kontrollerte forsøk for å kunne si noe om dette. Martimo et. al startet i 2008 opp et slikt forskningsprosjekt. Forskningen pågår i Finland (n=600) og består av intervensjonsgruppe med gradert sykemelding og en kontrollgruppe med full sykemelding. Forskningshypotesen er at dersom arbeidstiden blir midlertidig redusert og arbeidet modifisert hos pasienter med muskel og skjelettlidelser så vil disse ha færre sykefraværsdager og en raskere retur til arbeidslivet enn de med full sykemelding. Dette er den første RCT med denne tilnærmingen og datainnsamlingen vil foregå fram til 2012. Informasjon om prosjektet er foreløpig kun tilgjengelig gjennom utgitt protokoll.

Siden 1990 tallet har det vært en økning i bruken av delvis sykemelding i alle de nordiske landene, med unntak av i Finland, hvor ordningen først ble innført i 2007 og fortsatt har en restriktiv bruk (Kausto et.al.2008). Sverige har størst andel delvis sykemeldte (i 2006 var andelen som var delvis sykemeldt 36 %) og at delvis sykemelding i Sverige blir mest brukt etter en periode med full sykemelding og ikke som førstevalg ved utskrivelse av sykemelding. I Norge var andelen delvis sykemeldte i 2006 18 %. I 2007 var 71 % av total andel delvis sykemeldinger innvilget for kvinner (Kausto et. al 2008). 1/3 av alle mottakerne arbeidet i

helse og sosial sektoren. Det kan se ut som at delvis sykemelding blir brukt i forbindelse med langvarige og kompliserte helse problemer. Også de som var i risiko for lang tids sykdom brukte aktiv sykemelding oftere (Kausto et.al.2008).

Tabell 4. Funn: intervensjoner som aktiv sykemelding og gradert sykemelding knyttet til sykefravær og retur til arbeid. Oppsummering av relevante/inkluderte studier.

FORFATTER (et.al)	ÅR	DESIGN/ outcome	INTERVENSJ ON	POPULASJO N/ UTVALG	EFFEKT /RESULTAT
Axelsson and Marnetoft: <i>Benefits and harms of sick leave: lack of randomized controlled trials</i>	2010	Review	Sykemelding eller ingen sykemelding/grad av sykemelding	Bare 2 studier identifisert	Den mest gunstige lengden eller størrelsen (eks 50, 75 eller 100 %) på sykemeldingen for ulike lidelser er ikke kjent. Få RCT studier som ser på dette. Mener at grunnen for dette er kulturelle og ikke vitenskapelige, som mener at ikke medisinsk forskning kan gjennomføres med RCT. En annen grunn kan være at sykemelding blir sett på som regulert ved hjelp av forsikring og ikke som en behandling.
Eklund et.al Partial sick leave- individual, workplace and health	2004	Prospektiv registerbasert undersøkelse Oppfølgingsperiode 1.5 år Utfall: lengden på sykefraværet	Aktiv sykemelding	Sverige N=4844	Å være delvis sykemeldt fra begynnelsen av sykeperioden var assosiert med <u>lengre sykefravær</u> .
Josephson, M et. al	2008	Longitudinelt Kohort Selvrapportert 2 år oppfølging Utfall: sykefravær 2 år etter at sykefraværet startet	bl.a. delvis retur til arbeidet	Sverige N=853	Ser på faktorer som fremmer og hemmer retur til arbeid. Avslappet arbeidsmiljø, kombinasjon av lave kra/press og høy beslutningsmulighet økte oddsene for full retur (OR2.75, 95 % konfidensintervall) og for delvis retur til arbeid med OR 2.42, 95 % CI. Organisasjonsendringer var forbundet med forlenget sykefravær. Med tanke på intervensjon delvis retur til arbeid mener studien å vise at delvis retur ofte fører til full retur men også operer som en langtidsløsning for å være yrkesaktiv i det hele tatt.

					Andelen delvis retur økte med alderen.
Kausto, J et.al: <i>Partial sick leave – review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries.</i>	2008	Review	Aktiv sykemelding	Nordiske land	Økning i utbredelse i de nordiske landene. Studiene viser sprikende effekt/resultater. I motsetning til forventningene viser de fleste studiene at det å være delvis sykemeldt IKKE nødvendigvis øker sjansene for å komme raskere tilbake i arbeid.
Martimo, KP et.al Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area.	2001	Prospektiv registerbaser undersøkelse Oppfølgingsperiode 24 mnd. Utfall: Faktorer som kjennetegner en vellykket rehabilitering	Delvis sykemeldt i forkant av en rehabiliteringsintervensjon	Sverige N=732	Oddsene for en vellykket yrkesrettet rehabilitering økte dersom personen hadde vært delvis sykemeldt i forkant av intervensjonen enn om personen hadde vært full tidssykemeldt.
Martimo, KP et.al: Effectiveness of early part time sick leave in musculoskeletal disorders.	2008	Protokoll RCT	Part time sick leave	Finland N= 600 Intervensjonsgruppe: part time Kontrollgruppe : full sykemelding	Forskningshypotesen: Dersom arbeidstiden blir midlertidig redusert og arbeidet modifisert på et tidlig stadium hos mennesker med muskel og skjelett lidelser vil ha færre sykefraværsdager og en raskere retur til arbeidslivet. Dette er den første RCT med denne tilnærmingen. Datainnsamlingen vil forgå fram til 2011.
Sheel et.al: Blind faith?: the effects of promoting active sick leave for back pain patients.	2002	Ikke randomisert registerbasert kontrollert forsøk Utfall: sykefravær og retur til arbeid Oppfølging 1.år.	Delvis sykemelding vs. Full sykemelding	663 på aktiv sykemelding 1995 vanlig fulltidssykemelding	Personer på aktiv sykemelding returnerte til arbeid innen 50 uker oftere enn de med full sykemelding.
Sheel et.al	2002	RCT	2 strategier for å		Passiv: tilfredsstillende/oppfylle minstekrav med tanke på

		Utfall: gjennomsnittelig sykefravær Retur til arbeid	promotere aktiv sykemelding: Passiv strategi og Proaktiv strategi		økonomisk og administrativ støtte, inkludert målrettet info, kliniske retningslinjer for ryggplager, standardisert avtale angående aktiv sykemelding. Proaktiv: samme elementer som passiv men i tillegg kick off læringsseminar for fast legen + en trent fasilitator for ASL. Det gjennomsnittelige sykefraværet var lik både i passiv og proaktiv gruppe. Andel som returnerte til arbeid innen 50 uker var også likt i begge grupper. Det er ikke sannsynlig at større innsats i å promotere ASL vil resultere i målbare økonomiske fordeler.
Sheel et.al: <i>Active sick leave for patients with back pain.</i>	2002	Kvalitativ metode Utgangspunkt I RCT men ser på implementering. Semistrukturerte intervju/gruppeintervju	Aktiv sykemelding NB! Info	Norge Ryggplager	Måler ikke effekt men identifiserer 3 barrierer for implementering: 1. Utilstrekkelig informasjon 2. Dårlig tid 3. Dårlig kommunikasjon og koordinering. Barrierene er praktiske og går ikke på innholdet i intervensjonen.
Sieurin et.al: <i>Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part time sick leave.</i>	2009	Tverrsnitt Kohort Faktoranalyse	Part time sick leave	Sverige N=1128	Positive og negative konsekvenser ved sykefravær. Det ble rapportert få positive konsekvenser. Negative konsekvenser var dårligere lønnsbetingelser, dårligere karriereutvikling, vanskeligere å få en ny jobb. Sykefravær gjorde at positiv innstilling til arbeid ble vanskeligere (not Zest for work). <u>Til tross for negative konsekvenser for arbeidet rapporterte 92 % av de som hadde delvis sykemelding at de mente at denne intervensjonen var bra for dem.</u>

Van Duijn et.al: <i>Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints.</i>	2005	Longitudinelt Prospektiv kohort studie 12 mnd oppfølging til de respondentene som returnerte til sine opprinnelige jobber full tid.	Modifisert arbeid også i form av redusert arbeidstid/delvis sykemelding	Nederland Muskel og skjelett lidelser N=164	Studien vil se nærmere på hvilke individuelle og arbeidsrelaterte faktorer som er assosiert med å utføre modifisert arbeid og evaluere hvordan modifisert arbeid virker inn på lengden på sykefraværet. Finne ut om de som returnerte til opprinnelig arbeid innen 12 mnd, om de hadde utført modifisert arbeid eller ikke. Studien viser til en sammenheng mellom modifisert arbeid og type arbeid. Mye løfting og mindre bra forhold til kolleger korrelerte negativt til å utføre modifisert arbeid. God mental helse og perioder hvor den sykemeldte kunne utføre sin opprinnelige jobb korrelerte positivt med å utføre modifisert arbeid. <u>Lengden på sykefraværet var påvirket av kroniske plager og uføre, men IKKE modifisert arbeid.</u>
Van Duijn et.al: <i>Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints.</i>	2008	Longitudinelt Prospektiv kohort studie 12 mnd oppfølging	Modifisert arbeid også i form av redusert arbeidstid/delvis sykemelding	Nederland Muskel og skjelett lidelser N=137	Personer som hadde utført modifisert arbeid før de gikk tilbake til fullt arbeid rapporterte signifikant mindre tilbakevendende sykefravær enn de som hadde startet fullt med en gang. Sykefraværet i de 12 mnd forut for starten av denne studien var en sterk prediktiv faktor for tilbakevendende sykefravær.
Østerås, N et.al	2010	RCT Utfall: lengden på pasientens sykefravær, andel innvilgete gradert sykemelding, aktiv sykemelding og fulltidssykemelding og yrkesrettet rehabilitering. 8 mnd varighet	Intervensjonsgruppen: fastleger som uvilkårlig ble trukket ut til å delta på 1 dags work shop inkludert rollespill om implementering av gradert sykemelding fremfor aktiv	Norge N=57 fastleger	Fastlegene i intervensjonsgruppen foreskrev gradert sykemelding oftere enn aktiv sykemelding enn kontroll gruppen i intervensjonsperioden. Yrkesrettet rehabilitering ble foreskrevet i liten grad i begge gruppene (ca.3.5 %) og det var ingen intervensjonseffekt mellom lengden på sykefraværet og legens foreskrivelse av arbeidsrettet rehabilitering. Som et resultat av intervensjonen var det en større andel i intervensjonsgruppa som returnerte til redusert arbeid sammenlignet med kontrollgruppen. Det ble ikke funnet noen intervensjonseffekt på lengden av sykefraværet. Gjennomsnittelig sykedager var 190 i intervensjonsgruppen og 191 i kontrollgruppen i denne perioden.

			sykemelding og full tidssykemelding . Kontrollgruppe: vurdering som vanlig		Økning i bruk av gradert sykemelding betyr mindre totalt sykefravær og mindre kostnader.
--	--	--	---	--	--

4.2. Hva sier forskningen om hvorvidt MULTIDISCIPLINÆR REHABILITERING med fokus på ARBEIDSRETTET REHABILITERING er effektiv i henhold til å redusere sykefraværet og fremme en tidligere retur til arbeidslivet?

Det foreligger mer forskning, også randomiserte kontrollerte forsøk, når det gjelder effekter ved multidisiplinær rehabilitering med fokus på arbeidslivsintervensjoner enn det gjør vedrørende effekter ved aktiv eller gradert sykemelding.

Den forskning som foreligger og som har blitt identifisert gjennom denne masterstudien viser en positiv sammenheng mellom multidisiplinær rehabilitering med fokus på arbeidsplassintervensjoner og en reduksjon i sykefraværet og en tidligere retur til arbeidslivet (Anema, JR et. al 2004, Anema, JR et. al 2007, Blonk et. al 2006, Braathen et. al 2007, Bultman et. al 2009, Loisel, P et. al 2002, Stenstra, I et. al 2006, van Oostrom et. al 2009). Dette er i tråd med andre kunnskapsoppsummeringer (Carroll et. al 2010, Loisel et. al 2005, og Sullivan et. al 2005) som har sett på effekter ved multidisiplinære intervensjoner.

I det litteraturmaterialet som er identifisert og inkludert er det en overvekt av studier som er utført i **Canada** (Loisel et. al 2002, Loisel et. al 2005, Durand et. al 2006, Sullivan, MJL et. al 2005, Young, A et. al 2009) i **Nederland** (Anema et. al 2004, Anema et, al 2007, Lambeek et. al 2009, Blonk et. al 2006, Stenstra et. al 2006, Nieuvenhuijsen et. al 2009, van Oostrom et. al 2009) og i de **nordiske landene** (Braathen et. al 2007, Nystuen et. al 2006, Bultman et. al 2009, Suoyrjøl et. al 2009, Lander et. al 2009, Wallstedt-Paulsson et. al 2009, Ektor-Andersen et. al 2008).

Det er også en overvekt av artikler som ser på multidisiplinære arbeidsintervensjoner i forhold til mennesker som er langtidssykemeldt grunnet ryggplager og/eller muskel og skjelettlidelser. Den multidisiplinære intervensjonsmodellen ble i første omgang utviklet nettopp for denne gruppen, som jo står for en stor andel av sykemeldte i alle de industrialiserte landene som vi kan sammenligne oss med.

Når man skal studere arbeidsplassintervensjoner er det viktig å skille mellom 3 ulike måter arbeidsplassen blir ”brukt” i rehabiliteringsprosessen (Durand et. al 2006). Intervensjoner som går under samme ”merkelapp” arbeidsplassintervensjon kan ha svært ulikt innhold og fokus:

1. Arbeidsplassen er ikke et objekt i intervensjonen, men blir brukt for å samle inn data som brukes i en klinisk sammenheng.

2. Arbeidsplassen blir sett på som et terapeutisk middel, bruke arbeidstrening som en måte å takle problemer. Arbeidsplassen blir sett på som en temporær tilrettelegging.

3. Arbeidsplassen er selve objektet i intervensjonen og modifikasjonen blir ansett som permanente. Finne måter å arbeide på som reduserer faktorer som kan føre til nye sykdomsperioder.

I multidisiplinær rehabilitering er det punkt 3 som vil være mest gjeldende.

4.2.1 Multidisiplinær arbeidsplassintervensjon for mennesker med muskel, skjelett og ryggglidelser.

Multidisiplinær rehabilitering har særlig blitt satt i system gjennom *The Sherbrooke Intervention Model*, utarbeide ved Sherbrooke University i Canada (Loisel et. al 1997). The Sherbrooke Intervention Modell har en biopsykososial og fenomenologisk tilnærming til rehabilitering av sykemeldte. Den har fokus på en kombinasjon av en klinisk intervensjon og en arbeidsplassintervensjon, sentralt i modellen står også tidspunktet for implementering av intervensjonene.

Denne modellen har blitt implementert blant annet i Nederland, hvor den har fått navnet *The Dutch Sherbrooke Intervention Model* (Stenstra, I et. al 2006). Dette danner grunnlaget for flere interessante studier (Anema, JR et. al 2004, Anema, JR et. al 2007, Stenstra, I et. al 2006, Stenstra, I et. al 2009).

I Anema et. al 2007 viser en randomisert kontrollert studie at en multidisiplinær arbeidsplass intervensjon (bygger på de samme prinsipper som Loisel et. al 1997: The Canadian Sherbrooke Model) var mer effektiv enn vanlig behandling (usual care) og gradert aktivitet (i denne sammenheng 1 times ukentlig treningsprogram basert på operant betingning prinsipper). Forsøket var organisert slik at deltakerne ved randomisering var valgt ut til en intervensjonsgruppe (n=96) og en gruppe med vanlig behandling (usual care). Deltakere som fortsatt var sykemeldt 8 uker etter baseline (starten for studiet) ble så randomisert i enten en gradert aktivitets gruppe, eller i en vanlig behandling gruppe. Utfallet i studien var retur til arbeid, smerte intensitet og funksjonell status, dette ble målt ved baseline, etter 12, 26 og 52 uker. Resultatet viser en positiv effekt for dem som fikk multidisiplinær arbeidsplassintervensjon, tidspunktet for retur til arbeid var 77 dager versus 104 dager (median) for deltakere som ikke fikk denne intervensjonen. Studien viser også at gradert

aktivitet alene eller som en påfølgende intervensjon etter arbeidsplassintervensjonen (randomisert etter 8 uker) ikke hadde noen effekt på tidligere retur til arbeidslivet. Resultatene er i tråd med de resultater som Loisel et. al 1997 presenterte, at arbeidsplassintervensjoner som en komponent i multidisiplinær rehabilitering var effektiv i henhold til retur til arbeid og at kliniske intervensjoner alene ikke hadde effekt.

Også i en studie fra Stenstra et. al 2006 finner en at gradert aktivitet (fysisk treningsprogram) som en del av et multidisiplinært rehabiliteringsprogram ikke har effekt for tidligere retur til arbeid. Denne studien hevder at det å kombinere intervensjoner (først en intervensjon, så en annen) i seg selv kan forsinke retur til arbeid og forlenge sykdomsperioden. Dette skyldes blant annet forsinkelser i det praktiske vedrørende oppmelding til ulike intervensjonsprogrammer. Med dette konkluderer de at å tilby den sykemeldte flere typer intervensjoner ikke er ensbetydende med en raskere retur til arbeid. Tilbudet må være av kvalitet og ikke kvantitet.

I en analyse av den RCT som Anema et. al 2007 har utført, viser Stenstra e. al 2009 at multidisiplinære arbeidsplassintervensjoner er mest velegnet for personer som er 44 år og eldre. Tidligere sykdomshistorie er også signifikant, intervensjonen er mer effektiv for de som har en tidligere sykdomshistorie. Kjønn, hardt arbeid og skår ved baseline vedrørende smerte og funksjonell status var ikke signifikante for retur til arbeid og bør derfor ikke være avgjørende for hvem som tilbys multidisiplinær arbeidsplassintervensjon.

Det er i denne masterstudien inkludert 2 nordiske RCT (Braathen et. al 2007 og Bultman et. al 2009) som ser på multidisiplinær arbeidsplassintervensjon.

I Braathen et. al 2007 er hypotesen at en multidisiplinær intervensjon er overlegen i forhold til andre intervensjoner, dette fordi den er rettet mot hele mennesket, arbeidsplassen og det sosiale livet. Intervensjonsgruppen fikk delta på et rehabiliteringsprogram ved Rauland Yrkesrettet Rehabiliteringssenter i Norge. Pasientene bodde på senteret i 4 uker og hadde 6 timers økter 5 dager pr. uke. Det ble også lagt opp til aktiviteter i fritiden. Målet er å øke/forbedre pasientens bevegelsesevne, arbeidsevne, mestring, smertetrening og motivasjon og innsikt i sitt eget liv og tilnærming til arbeidslivet. Teamet besto av lege, sykepleier, fysioterapeut, yrkespedagog og en idrettspedagog. Kontrollgruppen ble rekruttert i fra det nasjonale registeret for syke forsikrings oversikt og var fri til å velge den behandling som var tilgjengelig (i NAV systemet) som kanskje kunne forbedre deres arbeidsevne. Det ble samlet

inn en oversikt over hvilke type behandling hver enkelt i kontrollgruppen hadde benyttet seg av.

Gjennomsnittelig sykefravær i intervensjonsgruppen var 12.2 måneder og i kontrollgruppen 11.5 måneder. Forventet arbeidsevne og retur til arbeid, relevante bakgrunnsfaktorer og psykososiale aspekter ved arbeidet ble målt og kontrollert for.

Ved baseline ble dataene fra kontrollgruppen og intervensjonsgruppen sammenlignet og analysert for å utelukke/kontrollere for feilslutninger og bias. Ved baseline hadde intervensjonsgruppen noe høyere utdanning ($p=0.02$) og flere pasienter i intervensjonsgruppen hadde klare mål om retur til arbeid ($p<0.01$). Flere pasienter i kontrollgruppen hadde ikke ferdig behandlede søknader for uføretrygd ($p=0.01$). Kontrollgruppen hadde en høyere andel når det gjaldt mestring ($p=0.03$) og høyere rolle avklaring på arbeid enn de i intervensjonsgruppen ($p=0.05$). Arbeidskrav forstyrret i større grad privatlivet for dem i intervensjonsgruppen enn de i kontrollgruppen ($p=0.02$).

Det ble registrert tydelige endringer i arbeidsevne både hos intervensjonsgruppen og i kontrollgruppen. Den totale skåren for Work Ability Index (internasjonal mål på arbeids/funksjonsevne) var lik for begge gruppene ved baseline ($p=0.77$). Etter 4 måneder hadde andelen som var i kategorien "lav" (i Work Ability Index) minsket betraktelig i begge gruppene. Men var signifikant større i intervensjonsgruppen. Effektstørrelse på forbedringen på arbeidsevne var i intervensjonsgruppen 0,29, mens den i kontrollgruppen var 0,07.

Uavhengig av hvilken gruppe de tilhørte viste de individene som hadde konkrete mål ved baseline en signifikant økning i arbeidsevne etter 4 måneder. Pasienter med ubehandlede uføresøknader ved baseline viste signifikant dårligere arbeidsevne etter 4 måneder. Pasienter med hovedvekt psykologiske arbeidsvansker viste høyere arbeidsevne etter 4 måneder.

Ved baseline var arbeidsrelatert aktivitet den samme for begge gruppene. Arbeidsrelatert aktivitet for pasienter i intervensjonsgruppen økte fra 53 % til 80 % etter 4 måneder. I kontrollgruppen var økningen 53 % til 66 %.

Studien konkluderer med at multidisiplinær rehabiliteringsintervensjon med fokus på hele mennesket, arbeidsplassen og det sosiale livet har en positiv effekt på en tidligere retur til arbeidslivet og en reduksjon i sykefraværet. Men det er viktig å merke seg at denne studien har en kort oppfølgingshorisont (4 mnd) og at det ikke har blitt gjort rede for et kost-nytteperspektiv.

I Bultman et. al 2009 tar en utgangspunkt i den multidisiplinære Sherbrooke intervensjonen: 1. handling rettet mot den sykemeldte, 2. handling rettet mot arbeidsplassen (tilrettelegging) og 3. handlinger rette mot hindringer i miljøet rundt.

Intervensjonen ble gjennomført i Vejle i Danmark, deltakerne i studiet var arbeidere med et sykefravær på mellom 4 og 12 uker og sykefraværet måtte være begrunnet ut i fra rygg lidelser eller psykiske lidelser. Kontrollgruppen fikk oppfølging som vanlig.

I de første 3 månedene etter baseline og i perioden 3 til 6 måneder hadde intervensjonsgruppen færre sykefraværstimer enn kontrollgruppen. For intervallene 0-6 måneder, 6-12 måneder og for hele oppfølgingsperioden (0-12 måneder) var antallet sykefraværstimer signifikant lavere i intervensjonsgruppen enn i kontroll gruppen.

Samlet hadde 42 % av alle deltakerne i studiet returnert til arbeid ved 3 måneders oppfølging (45 % i intervensjonsgruppen og 37 % i kontrollgruppen). Ved 6 måneder hadde 69 % i intervensjonsgruppen returnert til jobb til sammenligning med 48 % i kontrollgruppen. Etter 12 måneder hadde totalt 78 % returnert til jobb, 78 % i intervensjonsgruppen og 62 % i kontrollgruppen.

Det var også et mål ved studien å se om denne intervensjonen kunne forsvares i henhold til utgifter ved gjennomføringen og balansen mellom økning/nedgang i produksjon og utgifter til sykepenges.

Studien hevder å kunne bevise at intervensjonen kommer positivt ut, og at det for samfunnet i sin helhet vil være et besparende tiltak.

Artikkelen avslutter med at det må forskes mer på hvilke detaljer i intervensjonen som kan gi raskere retur til arbeidslivet. Det er evidens for å si at multidisiplinære arbeidsplassintervensjoner har en positiv effekt på reduksjon i sykefraværet men man er ikke sikre på hvilke elementer som er mest avgjørende.

4.2.2 Multidisiplinær arbeidsplassintervensjon for mennesker med psykiske, mentale og stress lidelser.

Som en følge av positive effekter for reduksjon av sykefravær og tidligere retur til arbeidslivet hos langtidssykemeldte grunnet rygg, muskel og skjelettplager har forskere som studerer arbeidslivsintervensjoner rettet mot mennesker som er langtidssykemeldt grunnet mentale, psykiske og stress lidelser forsøkt å adoptere denne multidisiplinære intervensjonen også overfor denne gruppen (Briand, C et. al 2007, van Oostrom et. al 2007).

Men her er forskningen ikke kommet så langt, og det er mangel på studier som kan si noe om multidisiplinær arbeidsplassintervensjon har den samme positive effekten på reduksjon av sykefravær og tidligere retur til arbeidslivet hos mennesker med psykiske, mentale og stress lidelser som den har for mennesker med rygg, muskel og skjelett lidelser.

I en dansk kontrollert intervensjonsstudie (Lander et. al 2009) evaluerte man effekten av et multidisiplinært rehabiliteringsprogram overfor mennesker som var sykemeldt grunnet depresjon. Intervensjonen besto av særskilt fokus på koordinerende tiltak mellom den sykemeldte, arbeidsplassen, sosiale myndigheter og fastlegen (n=72). Kontrollgruppen (n=89) fikk vanlig oppfølging. Utfallet i studien var knyttet til tidspunkt for retur til arbeidslivet. Denne studien viste ingen intervensjonseffekt, det var ingen forskjell i tidsperspektivet for retur til arbeidslivet i de to gruppene. Omkring 80 % i begge gruppene returnerte til arbeidsmarkedet etter 1 år. Artikkelen konkluderer med at dette intervensjonsprogrammet med fokus på psykologisk stressmestring kombinert med overordnet koordinerende tiltak mellom nøkkelpersoner ikke økte retur til arbeid til sammenligning med vanlig oppfølging.

I en kunnskapsoppsummering av Nieuwenhuijsen et. al 2009, var formålet å identifisere arbeidsplass orienterte eller arbeidstaker orienterte intervensjoner som var rettet mot mennesker som var sykemeldt grunnet depresjoner. Det ble ikke identifisert noen kontrollerte studier som var arbeidsplass orientert, og kun en som var arbeidstaker orientert, men denne studien viste ingen effekt vedrørende intervensjonen. Artikkelen konkluderer med at det trengs mer forskning på området, og at kommende kontrollerte intervensjoner bør ha fokus på multidisiplinær arbeidsplassintervensjon også når det gjelder deprimerte mennesker.

Denne masterstudien har identifisert en randomisert kontrollert studie som viser en klar positiv interaksjon mellom en multidisiplinær arbeidsplassintervensjon og en reduksjon i sykefraværet og en tidligere retur til arbeidslivet (Blonk et. al 2006). Denne studien sammenligner to intervensjoner: Den ene intervensjonen gjennomføres av fysioterapeuter og har fokus på kognitiv atferdsterapi. Den andre intervensjonen blir gjennomført av ”arbeidslivsekspert” men en kort gjennomgang av kognitiv atferdsterapi. I tillegg ble det

opprettet en kontrollgruppe med behandling som vanlig. Intervensjon 2 var både individfokuset og arbeidsplassfokuset (i tråd med multidisiplinær rehabiliteringsmodell). Den multidisiplinære intervensjonen hadde en signifikant effekt på tidligere retur til arbeidslivet, både delvis retur og full retur. Tidspunkt for delvis retur til arbeid var 17 dager før de i intervensjonsgruppe 1, og 30 dager før de i kontrollgruppen. For full retur til arbeidslivet var differansen på omtrent 200 dager.

Det er vanlig praksis at mennesker som er sykemeldt på grunn av psykiske problemer, depresjoner og stress lidelser blir behandlet med kognitive atferds intervensjoner. Denne studien påpeker at denne gruppen mennesker i mye større grad bør få tilbud om multidisiplinære arbeidsplass intervensjoner.

Det er en utfordring både for forskere, behandlere og det enkelte individ som har disse lidelsene at diagnosen fortsatt er stigmatisert både i arbeidslivet og samfunnet for øvrig (van Oostrom et. al 2009).

4.2.3 Langtidsvirkninger av multidisiplinær rehabilitering.

Selv om flere studier har vist en positiv effekt av multidisiplinær arbeidsplassintervensjoner knyttet til retur til arbeid, er det få studier som kan vise til den samme effekten i et lengre tidsperspektiv. I en kunnskapsoppsummering av Kuoppala et. al 2008, blir det konkludert med at det er flere intervensjoner som har en kortsiktig positiv effekt på retur til arbeidslivet, men at langtidsvirkningen ikke er godt nok forsket på. Denne masterstudien har inkludert 3 studier som ser på langtidsvirkninger ved multidisiplinære intervensjoner: Loisel et. al 2002, Jensen et. al 2009 og Suoyrjøl et. al 2009.

Loisel et. al 2002 har en oppfølgingsperiode på 6 år og har et kost- nytte perspektiv som utfall, Jensen et. al 2009 har en oppfølgingsperiode på 7 år og har sykefravær som utfall. mens Suoyrjøl et. al 2009 har en oppfølgingsperiode på til sammen 8 år (2 år før intervensjonen og 5 år i etterkant) og har sykefravær som utfall..

Loisel et. al 2002 tar utgangspunkt i et randomisert kontrollert forsøk med fire variabler: standard behandling (n=26), arbeidslivsintervensjon(n=31), klinisk intervensjon(n=25) og Sherbrooke modellen, kombinasjon av arbeidslivsintervensjon og klinisk intervensjon(n=22). Alle intervensjonene viste en positiv trend i forhold til kost og nytte kalkyler. Den intervensjonen som kunne vise til flest dager som ble spart med hensyn til trygdeutbetalinger

var The Sherbrooke multidisiplinære modellen. Dette gjaldt for hele perioden. Studien avslutter med at det må flere forsøk til, med større utvalg for å kunne bekrefte disse resultatene.

Jensen et. al 2009 er en svensk prospektiv observasjonsstudie(n=248) som ser på sykefravær 7 år etter at deltakerne enten har deltatt i en multidisiplinær arbeidsplassintervensjon eller en ortopedisk manuell terapi intervensjon (også sammenlignet med matchende kontrollgruppe). Deltakerne hadde sykefravær grunnet rygg og nakke lidelser. Resultatene av studien viser at deltakere som ble foreskrevet multidisiplinær intervensjon og som hadde mindre enn 60 dagers sykefravær før rehabiliteringen hadde redusert sykefraværet etter intervensjonen sammenlignet med den matchende kontrollgruppen. Studien viste også at deltakere som ble foreskrevet ortopedisk manuell terapi som hadde et sykefravær mer enn 60 dager før rehabiliteringen hadde en økende statistisk signifikant risiko for å bli uføretrygdet. Jensen et. al 2009 konkluderer med at jo lenger sykefravær en har forut for intervensjonen indikerer at en vil ha større sykefravær etter intervensjonen. Dette taler for å komme raskt i gang med intervensjoner. Studien konkluderer videre at multidisiplinær intervensjon er mer økonomisk gunstig enn ortopedisk manuell terapi intervensjon, og at multidisiplinær intervensjon møter målene om arbeidslivs orientert rehabilitering.

Suoyrjō et. al 2009 er en observasjonsstudie som er en del av et større prosjekt som heter 10 Town Study, som undersøker arbeidsrelaterte helsefaktorer hos sykemeldte kommunalt ansatte i 10 finske byer. Formålet med denne observasjonsstudien var å se effekt og langtidsvirkninger av en multidisiplinær arbeidsplass intervensjon (intervensjonen hadde en total varighet på 1 år med mellom 15 og 22 dager på rehabiliteringssenter). Studien besto av en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe.

Utgangspunktet ved baseline viste at det ikke var noen statistisk signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Når man undersøkte dataene som registrerte sykefravær viste det seg at kurven for intervensjonsgruppen var i en U form. Det viste seg at sykefraværet hos intervensjonsgruppen var 1.2 ganger høyere i de to årene før intervensjonen i forhold til kontrollgruppen. I løpet av intervensjonsåret og de 3 påfølgende år ble sykefraværet redusert til samme nivå som kontrollgruppen, men senere i det 4. og det 5. året av oppfølgingen økte sykefraværet igjen tilbake til det nivået som var forut for intervensjonsåret.

Når det gjelder tidlig uføretrygd viser studien at intervensjonsgruppen hadde en mindre andel som ble uføretrygd i løpet av de 3-4 første årene etter intervensjonen. Men at dette jevnet seg ut årene etter.

Studien konkluderer med at det er en positiv interaksjon mellom yrkesrettet multidisiplinær intervensjon i henhold til en reduksjon i sykefraværet og at effekten av denne type intervensjon vil vare i ca. 3-4 år.

Tabell 5. Funn: Multidisiplinære intervensjoner knyttet til sykefravær og retur til arbeidet. Oppsummering av relevante/inkluderte studier.

FORFATTER (et.al)	ÅR	DESIGN/ utfall	INTERVENSJ ON	POPULASJO N/ UTVALG	EFFEKT /RESULTAT
Anema, JR et.al: <i>The effectiveness of ergonomic interventions on return to work after low back pain, a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sick listed for 3-4 months.</i>	2004	Longitudinelt kohort 2 års oppfølging Integrerer 6 kohort studier Utfall: Utbredelse og første dag retur til arbeid, arbeidsstatus et år og to år.	Ergonomiske intervensjoner i arbeidssammenheng: 1. Tekniske hjelpemidler 2. Tilrettelegging av arbeidstider 3. Tilrettelegging av arbeidsoppgaver	Danmark Sverige Israel Tyskland Nederland USA N=2825 LBP (ryggplager) N=1631 ergonomiske intervensjoner på arbeidsplassen	Forskningsspørsmål: viser arbeidere som har vært langtidsledige en tidligere retur til arbeid (som varer over tid) som en følge av ergonomiske intervensjoner Ergonomiske intervensjoner oftere innført i Israel, Nederland, Danmark og USA enn i Sverige og Tyskland. Mest vanlig at intervensjonen blir brukt alene ikke i kombinasjon. Av 2825 sykemeldte arbeidere kom 1631 tilbake i arbeid for en kortere eller lengre periode. Totalt 1179 av 1631 (72.3 %) var fortsatt i arbeid etter to år. Konkluderer med at ergonomiske virkemidler er effektive for langvarig retur til arbeid for mennesker med LBP.
Anema, JR et.al: <i>Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both?</i>	2007	RCT	Arbeidsplassintervensjon	Nederland intervensjonsgr N= 96 usual care: N= 100 fortsatt sykemeldt etter 8 uker på intervensjonsprogrammet: N 55 gradert	Tidspunkt for retur til arbeid var 77 versus 104 dager for arbeidere uten intervensjon. Arbeidsplassintervensjon var effektiv for retur til arbeid. Gradert aktivitet hadde en negativ effekt på retur til arbeid og funksjons status. Kombinerte intervensjoner hadde ingen effekt. Arbeidsplassintervensjoner er å anbefale i multidisiplinær rehabilitering for mennesker med subacute LBP. Gradert aktivitet etter 8 ukers sykemelding (her trening) eller kombinert intervensjon er ikke å anbefale.

				aktivitet(trening) N 57 usual care.	
<u>Blonk et.al:</u> <i>Return to work: a comparison of two cognitive behavioral psychological complaints of work related psychological complaints among self employed</i>	2006	RCT Follow up: Baseline, 4 mnd. og 10 mnd Utfall: lengden på sykefraværet både til hel og delvis retur til arbeid	Sammenligne to intervensjoner: 1.Fysioterapeut +atferdsterapi (CBT). 2. Arbeidslivsekspert med en kort innføring CBT kombinert med både individ fokusert og arbeidsplass intervensjon.	Nederland, Selfemployed, sykemeldt psykologiske plager, N=122 Intervensjons gruppe og kontrollgruppe	Den kombinerte intervensjonen hadde størst effekt. Det ble ikke funnet noen forskjeller mellom intervensjon 1 og kontrollgruppen. Også når det gjelder delvis retur til arbeid så viste den kombinerte intervensjonen størst effekt. Det står at forskjellen var på omkring 200 dager eller 7 måneder
<u>Braathen T et. al:</u> <i>Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long term sick leave.</i>	2007	RCT Oppfølging etter 4.mnd. Utfall: arbeidsevne og retur til arbeid	Multidisiplinær intervensjon, fokus rettet mot hele personen, arbeidsplassen og det sosiale liv.	Norge Rauland rehabiliterings senter N=183 Kontrollgruppe	Uavhengig av hvilken gruppe de tilhørte viste de individene som hadde konkrete mål ved baseline en signifikant økning i arbeidsevne etter 4 måneder. Pasienter med ubehandlede uføresøknader ved baseline viste signifikant dårligere arbeidsevne etter 4 måneder. Pasienter med hovedvekt på psykologiske arbeidsvansker viste høyere arbeidsevne etter 4 måneder. Retur til arbeid: intervensjonsgruppen økning fra 53 % til 80 % Kontrollgruppen en økning fra 53 % til 66 %. Men differansen i økningen var ikke statistisk signifikant.
<u>Briand, C et.al:</u> <i>Work and mental health: Learning from return to work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders.</i>	2007	exploratory	Multidisiplinær intervensjon	Canada Mental helse	Adoptere intervensjoner som har vist positive effekt for rygg/muskel og skjelettlidelser

Bultman, U et.al: <i>Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders.</i>	2009	RCT Oppfølging: baseline, 3 mnd og 12 mnd etter randomisering SPSS	Måle effekten av coordinated and tailored work rehabilitation (CTWR) basert på et Kanadisk multidisiplinært program.	Danmark Muskelsykdom mer Intervensjonsg r: N=68 Kontrollgr: N=51	Registrerte sykefraværstimer: 3 mnd etter baseline og perioden 3-6 mnd etter baseline , CTWR færre timer enn KG, men forskjellene ikke statistisk signifikante. For hele oppfølgingsperioden var antallet sykefraværstimer signifikant lavere i CTWR enn i KG gruppen. Arbeidsstatus: samlet hadde 42 % av alle deltakerne i studiet returnert til arbeid ved 3 mnd oppfølging (45 % CTWR og 37 % KG). Ved 6 mnd: 69 % i CTWR og 48 % i KG. Etter 12 mnd: 78 % I CTWR og 62 I KG.
Carroll, C et.al: <i>Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long term sick leave; a systematic review of the effectiveness and cost – effectiveness of intervention</i>	2010	Review	Ser på om intervensjoner som involverer arbeidsplassen er mer effektive en de som ikke gjør det	Longitudinelle kontrollerte forsøk	Intervensjoner som involverer ansatte, helsepersonell og arbeidsgivere som arbeider sammen for å implementere arbeidsmodifikasjoner for den sykemeldte ble funnet å være mer effektive enn andre intervensjoner. Tidlige intervensjoner ble også funnet å være effektive. Stakeholders deltakelse og arbeidsmodifikasjoner var mer effektive og kostnadseffektive med hensyn til retur til arbeid hos voksne med muskel lidelser enn andre intervensjoner, inkludert trening.
Ektor Andersen et.al: <i>High cost benefit of early team based biomedical and cognitive behavior intervention for long term pain related sickness absence.</i>	2008	Matched pairs	Tidlig kontakt mellom rehabiliteringstjenesten og bruker Evaluering og målrettet rehabilitering	Sverige Forberedende kvalitativ studie. Intervensjonsg ruppen ble delt inn i 9 subgr. 1 kontrollgr. N=194	Den gruppen som viste størst nedgang i sykefraværet var de som gikk over til å utdanne seg til noe annet. Studien viser også at for dem som var kategorisert til selv å mene at de ikke kom til å få utbytte av intervensjonen steg sykefraværet fra 14.7 til 18.8 %. De understreker at det er kombinasjonen av økt co-operation og kognitiv atferdsterapi som gir denne positive effekten. Sier også at det er et fåtall som innehar denne kompetansen.
Elfving et.al: <i>What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with</i>	2008	Longitudinelt Prospektiv Cohort Observasjonsstudie Analyse i SPSS	Multidisiplinær rehabilitering.	Sverige Ryggplager N=312	Ved baseline var 56 % heltidssykemeldte, ved oppfølging var 23 % fulltidssykemeldt. 61 % hadde fått økt sin arbeidstid 6. mnd etter intervensjonen. De faktorene som var statistisk signifikante med hensyn til retur til arbeid var: mindre grad av

<i>spinal pain participating in rehabilitation?</i>		6 mnd oppfølging Outcome: endring i arbeidstimer etter 6 mnd			bevegelsesbegrensninger, mindre kroppssverk, bedre sosial funksjonsevne og alder under 40 år. Studien fant ingen kjønnseffekt, heller ingen sammenheng mellom type arbeid og andel som kom tilbake til arbeid (heltid/deltid). Studien ser heller ingen signifikant sammenheng mellom lengde på tidligere sykefravær og sjansen for å komme tilbake til arbeid. Altså kan 2 års sykemelding ha like god sjanse som en med 9 måneder i følge denne studien.
Franche, RL et.al: <i>Workplace based return to work interventions: A systematic review of the quantitative literature.</i>	2005	Review	Arbeidsplass intervensjoner	Effekt av arbeidsplass intervensjoner Muskelplager 10 inkludert studier	Sterk evidens for at arbeidsuførhet blir signifikant redusert ved tilrettelegging av arbeid og kontakt mellom helsearbeidere og arbeidsplassen. Moderat evidens for at sykefraværet blir redusert av intervensjoner som inkluderer tidlig kontakt med arbeidstaker av arbeidsgiver, ergonomiske arbeidsplass besøk og tilstedeværelse av retur til arbeid koordinator. Moderat evidens for at disse intervensjonene reduserer kostnadene assosiert med sykefravær. Bevis for langtidsvirkninger var begrensede eller ufullstendige.
Fleten, N et.al: <i>Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomized controlled intervention study.</i>	2006	RCT Oppfølging etter 1 år.	Er brev og et spørreskjema med informasjon om modifisert/tilrett elagt arbeid, forventet sykefraværslengde og egne forslag til arbeidstiltak	Norge Rygg, muskel, revmatisk, depresjoner. Intervensjonsgr N=495 Kontrollgr N=495	Det samlede sykefraværet i denne perioden i intervensjonsgruppen var 48 007 dager, mens det i kontrollgruppen ble målt et samlet sykefravær på 52 104 dager. Reduksjonen på 4097 dager for intervensjonsgruppen korresponderte til en gjennomsnittelig nedgang på 8.3 dager for hver enkelt sykemeldt. Effekten gjaldt ikke for de med rygg plager. Effekten var mest tydelig innenfor gruppen med revmatiske og mentale lidelser. Analysene viste at resultatene for retut til arbeid var like for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i de 12 første ukene, men etter 12 uker var det flere fra intervensjonsgruppen som kom tidligere i arbeid.
Goine et.al: <i>Sickness absence and early retirement at two</i>	2004	Matched pairs	Arbeidslivstiltak før og etter at to bedrifter har	Sverige	Studien viste ingen signifikante forskjeller i den kumulative forekomsten av sykefravær mellom de to bedriftene før eller etter intervensjonsperioden. Det er heller ingen forskjell i ratene

<i>workplaces-effects of organisational intervention in Sweden.</i>			mottatt økonomisk støtte (den ene fikk 4 ganger mer pr. ansatt enn den andre)		på sykefravær korrelert med høyere finansiell støtte.
Jensen, IB et.al: <i>Cost effectiveness of two rehabilitation for neck and pain patients: a seven year follow up</i>	2009	Prospektiv longitudinelt observasjonsstudie Matched kontroll 7 års oppfølging Utfall: sykefravær	Ortopedisk manuell terapi vs multidisiplinær intervensjon	Sverige N= 275 Nakke og rygg	
Johansen,G et.al: <i>Return to work and adjustment latitude among employees on long term sickness absence.</i>	2006	Tverrsnitt Cohort	Modifisert arbeid	Sverige N=3056	Studere hvorvidt retur til arbeid blir påvirket av mulighetene til modifisert arbeid. For både menn og kvinner økte sannsynligheten for retur til arbeid med økte muligheter for tilpassning gjennom modifisert arbeid. Modifisert arbeid økte både full og delvis retur. Dette indikerer at arbeidsplassen er viktig for retur til arbeid.
Karjalainen et.al: <i>Mini intervention for sub-acute low back pain.</i>	2004	RCT 2 års oppfølging	Mini intervensjon besto av møte/kartlegging + et besøk på arbeidsplassen	Finland LBP 3 grupper: A=n 56 mini interevnsjon B= n 51 mini intervensjon+ arbeidsplass besøk C=n 57 kontroll	Resultat: ved to års oppfølging etter intervensjonen, miniintervensjonen med tidlig dialog var effektiv men ble ikke mer effektiv med arbeidsplass besøket. Målet med arbeidsplass besøket var å forsikre seg om at det som hadde blitt diskutert og foreslått som løsninger hadde blitt forstått og gjennomført på arbeidsplassen.
Kuoppala et.al: <i>Rehabilitation and work</i>	2008	Review	Rehabilitering/sykefravær/retur	Vitenskapelige artikler	Finner moderat bevis for at retur til arbeid intervensjoner reduserer langtidssykefraværet og at multidisiplinær

<i>ability: a systematic literature review</i>			til arbeid/uførepensjoner	45 studier inkludert	rehabilitering reduserer risiko for uføretrygder, konsultasjon, trening, multidisiplinær medisinsk rehabilitering hadde ingen effekt på retur til arbeid. Konkludere også med at alle typer intervensjoner kan ha en effekt på et tidlig stadium, men kan være ineffektive dersom de blir introdusert for sent og som den eneste rehabilitering. Det er avgjørende at arbeidsplassen er involvert.
Lander et.al: <i>Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders.</i>	2009	Matched pairs Utfall: retur til arbeidsmarkedet	Psykologer + sosialarbeidere Kontinuerlig dialog/veiledning Fokus på arbeid/koordinerende møter	Danmark Stress relaterte lidelser. Intervensjonsgr. =72 N Kontrollgr. =89 N	Det var ingen ulikheter i raten som returnerte til arbeidet mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Omkring 80 % fra begge gruppene returnerte etter et år. Et intervensjons program med psykologisk stresshåndtering og case management forbedret ikke arbeids kapasiteten sammenlignet med vanlig oppfølging (kontrollgruppen).
Lie,A et.al: <i>"Inclusive Working Life" in Norway – Experience from "Models of Good Practice" Enterprises.</i>	2008	Spørreskjema Analyse SPSS Utfall: sykefravær, uførepensjon og tidlig pensjon	Inkluderende arbeidslivs intervensjon og beste praksis ordning	Norge 86 IA bedrifter som var såkalt God praksis bedrift Responsraten 65 %.	Studien viser flere interessante funn: sammenhengen mellom det å være God praksis bedrift og sykefravær viste at disse bedriftene ikke hadde bedre resultater enn andre. Rollemodellbedriftene hadde gjennomsnittelig sykefravær på 8.2 % mens øvrige IA bedrifter hadde sykefravær på 6.9 %.
Loisel, P, et.al: <i>Cost benefit and cost – effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study.</i>	2002	RCT	Multidisiplinære intervensjoner Intervensjoner sammenlignet med Sherbrooke modellen	Canada N=104	standard behandling (n=26), arbeidslivsintervensjon(n=31), klinisk intervensjon(n=25) og Sherbrooke modellen, kombinasjon av arbeidslivsintervensjon og klinisk intervensjon(n=22). Alle intervensjonene viste en positiv trend i forhold til kost og nytte kalkyler. Den intervensjonen som kunne vise til flest dager som ble spart med hensyn til trygdeutbetalinger var The Sherbrooke multidisiplinære modellen. Dette gjaldt for hele perioden.
Nordlund et.al: <i>Multidisciplinary</i>	2009	Review	Multidisiplinære intervensjoner	Skandinavia 5 inkluderte	

<i>interventions: reviews of studies of return to work after rehabilitation for low back pain.</i>				studier LBP (rygglidelser)	
Nordmark et.al : <i>A two year follow up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care with emphasis on vocational support.</i>	2006	Longitudinelt Kohort Observasjonsstudie 2 års oppfølging	Aktiv arbeidsrettet støtte/arbeidsplassebesøk/rehabiliteringsmøter/dial ogmøter I tillegg til medisin (DMARD)	Sverige Tidlig revmatisk Lidelser N=110	Målet med studien var å undersøke endringer i sykefraværsmønster. Resultat: Antall pasienter som arbeidet full tid økte fra 65 til 74 (en økning på 14 %). De med full tid arbeidshemming minsket fra 37 til 13 personer. En nedgang på 65 %. Og pasienter som arbeidet deltid økte fra 8 til 23 personer. En økning på 65 %. Endringene var synlige allerede i løpet av det første året.
Nieuwenhuijsen et.al: <i>Intervention to improve occupational health in depressed people.</i>	2009	Review Cohrane review	Intervensjoner rettet mot deprimerte mennesker og retur til arbeid	11 studier inkludert (2556 deltakere) Mentale lidelser	Det er i dag (2009) ingen bevis for at medisinsk behandling alene, forsterket primær helsetjeneste, psykologiske intervensjoner eller en kombinasjon av disse forsterker arbeidshelsen eller reduserer sykefraværet hos deprimerte mennesker.
Nystuen, P et.al: <i>Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems pr muscle skeletal pain: a randomized controlled trial.</i>	2006	RCT Oppfølging 6 måneder og 12 måneder SPSS Utfall: Retur til arbeid	Løsningsfokuser t oppfølging: gjenkjenne, verdsette og utnytte den enkeltes ressurser.	Norge. Psykologiske problemer eller muskelproblemer. Intervensjonsg r N=45 Kontrollgr N=38	Fant ingen statistisk signifikant sammenheng for at intervensjonen fikk folk raskere tilbake i arbeid. Resultatene viser at løsningsfokuser t intervensjon for sykemeldte med psykologiske problemer og muskel og skjelett plager ikke er mer effektive enn andre tiltak. Men resultatene viste også at det er en forskjell mellom subgruppene mentalt syke og muskel/skjelett syke. Dette bør undersøkes videre.
Stenstra et.al: <i>The effectiveness of graded activity for LBP in occupational healthcare.</i>	2006	RCT	Gradert aktivitet bestående av fysisk treningsprogram	Nederland LBP Gradert aktivitet	Gradert aktivitet ble ikke funnet å være effektiv. Det ble også funnet at å kombinere ulike intervensjoner kunne føre til en forsinkelse i retur til arbeid. Det å kombinere i seg selv uavhengig av intervensjoner.

			, også kontrollert for en interaksjon mellom en tidligere arbeidsplass intervensjon og gradert aktivitet	N=55 Usual care N=57	Sier også at å gjøre mer for en som er sykemeldt (flere intervensjoner) ikke nødvendigvis betyr en forbedret og tidligere retur til arbeid.
Stenstra et.al: <i>Economic evaluation of multi stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain.</i>	2006	Økonomisk evaluering i en RCT Utfall: Retur til arbeid: baseline, 12 uker, 26 uker og 52 uker	Sammenligne en arbeidsplass intervensjon implementert mellom 2 – 8 uker på sykemelding med usual care, og en klinisk intervensjon etter 8 ukers sykefravær med usual care.	Nederland LBP Arbeidsplass intervensjon: N=96 Klinisk/fysioterapi etter 8 uker N=? Usual care N=100	Arbeidsplassintervensjonsgruppen returnerte til arbeid 30 dager (95 % CI = 3.1,51.3) tidligere i gjennomsnitt enn de som fikk usual care, med litt høyere kostnader. Arbeidere som fikk den kliniske intervensjonen etter 8 uker på usual care returnerte til arbeidet 21.3 dager senere i gjennomsnitt. Den gruppen som i de første 8 ukene fikk arbeidsplassintervensjonen og den kliniske intervensjonen etter 8 uker returnerte til arbeidet 50.9 dager senere i gjennomsnitt. Studien viser at arbeidsplass intervensjon er mer effektiv enn usual care med tanke på RTW. Den kliniske intervensjonen var mindre effektiv enn usual care og også assosiert med høyere kostnader. Kombinasjon av intervensjoner slik det ble gjort her er ikke å anbefale.
Stenstra et.al: <i>What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a RCT on the effectiveness of a workplace intervention in LBP patients on return to work.</i>	2009	Eksplorerende, subgruppe analyse innenfor et RCT (samme RCT som 2006)	Finne faktorer som kan differensiere tidligere resultater	Nederland LBP Arbeidsplass intervensjon: N=96 Klinisk/fysioterapi etter 8 uker N=?	Arbeidsplassintervensjonen mer effektiv for arbeidere som er 44 år eller eldre. Forholdet mellom sykefravær i de 12 månedene før intervensjonen er signifikant. Intervensjonen er mer effektiv for arbeidere med høyt tidligere sykefravær. Kjønn, opplevelsen av hardt arbeid og skår ved baseline vedrørende smerte og funksjonell status bør ikke være basis for overføring til denne type arbeidsintervensjon

				Usual care N=100	
Sullivan, MJL et.al: <i>Integrating psychosocial and behavioural interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes.</i>	2005	Review	Beskriver psykososiale intervensjoner Paradigmeskifte	Vitenskapelige artikler	Biopsykososiale intervensjoner/modeller blir nå regnet for de mest dominerende når det gjelder å forklare og angripe sykefraværproblematikken hos individer med muskelplager. En vellykket intervensjon består av biomedisinsk, atferds, organisasjons og arbeidsplass faktorer.
Suoyrjõ H et.al: <i>The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk: an observational study.</i>	2009	Longitudinelt Kohort Observasjonsstudie/ <u>Registerdata</u> Utvalget kontrollert for perioden 2 år før studien, det året studien pågikk og årlig fem år etter studien. Til sammen 8 år. Kontrollert mot en matchende kontrollgruppe.	Arbeidsrettet multidisiplinær intervensjon. Går over 1 år med totalt 15 og 22 dager på rehabiliterings senter	Finland N=2236 i intervensjonsgrupper 8944 matchede kontroll	Denne 8 års oppfølgingsstudien foreslår at risikoen for arbeidsuførhet og langtidssykemelding kan bli redusert som følge av tidlig preventiv arbeidsrettet intervensjoner. Denne effekten er positiv i henhold til flere observerte resultater: nedgang i antall sykedager, nedgang i andel veldig lange sykefravær, og nedgang i år mistet til uførepensjoner. MEN det er viktig å merke seg at denne effekten er formet som en U da nedgangen bare er temporær og øker igjen etter 4-5 år. Og ble igjen liggende på samme nivå som før intervensjonen.
Van Oosrtom et.al: <i>Development of a workplace intervention for sick listed employees with stress related mental disorders: Intervention mapping as a useful tool.</i>	2007	Kvalitativ metode Fokus gruppe intervju Utfall: forslag til intervensjoner for psykisk syke	Mulige likheter mellom rehabilitering av muskel/rygg og psykiske lidelser	Nederland	Støtter en adoptering av multi stage intervensjoner også overfor mennesker med psykiske lidelser
Van Oostrom et.al: <i>A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time:</i>	2009	Del av RCT studium Spørreskjema Utfall: identifisere og	Utvikle et deltakende arbeids intervensjon	Nederland Mental helse 40 ansatte 37 sjefer	Konsensusbaserte løsninger var mest knyttet til jobb design, kommunikasjon og trening. Sier de er fornøyde med intervensjonen men sier ingenting om

<i>a feasibility evaluation within a randomized controlled trial.</i>		prioritere hindringer og løsninger	sjonsprogram	Guidet av 1 retur til arbeid koordinator	effekt på retur til arbeid.
Wallstedt-Paulsson et.al: <i>Outcome of work rehabilitation for people with various disability and stability at one year follow up.</i>	2008	Longitudinelt Kohort Observasjonsstudie Registerdata + selvrapportert Baseline – 12 mnd. oppfølging	Arbeidstrening Langtids virkninger	Sverige N=291	Denne studien har fokus på langtidsvirkninger etter rehabilitering og etter retur til arbeid. Er dette stabilt eller endrer det seg. Studien viser at det er endringer i hvilke variabler som er gjeldende ett år etter rehabiliteringen. Kjønn, lengden på rehabiliteringen og etnisk opprinnelse viste ingen relasjon til resultatet rett etter rehabiliteringen med hensyn til retur til arbeid. Men denne situasjonen var ikke stabil over tid og var signifikant for resultatet ett år etter. Dette indikerer at relevansen for oppfølging av ulike intervensjoner og nøyaktig overvåkning av kvinner, de med lang rehabiliteringsperiode og de med annen etnisk bakgrunn. Da disse i større grad faller bort i fra arbeidslivet i etterkant av intervensjonen.
Weiler et.al: <i>Outpatient rehabilitation of workers with musculoskeletal disorders using structured workplace description.</i>	2009	Ikke randomisert kontrollert stadium Utfall: sykefraværsdager og retur til arbeid	Arbeidsplass orientert rehabiliteringsprogram, basert på strukturert informasjons overføring mellom arbeidslege og terapeut.	N=79 "blue collar workers"	
Young,A et. Al: <i>Return to work experience: Prior to receiving vocational services.</i>	2009	Kvalitativ metode: Semistrukturerte intervju	Ser på hvilke faktorer som bestemmer retur til arbeid	N=150	Studien mener å vise at grunnen til valgene som ble tatt med hensyn til retur til arbeid var basert på omstendighetene og I mindre grad basert på funksjonsevne. Vil ha mer fokus på at det kan være nyttig å ikke gå tilbake i sin gamle jobb men heller bytte. Den mest rapporterte grunnen for ikke å returnere til arbeidet var mangel på koordinering. Det var ofte leger som

					frarådet dem å gå tilbake i arbeid.
--	--	--	--	--	-------------------------------------

4.3 Hva sier forskningen om IMPLEMENTERING og GJENNOMFØRING av RETUR TIL ARBEID intervensjoner?

Masterstudien har så langt tatt stilling til de tre mest fremtredende rehabiliteringsintervensjonene som blir anvendt i Norge i dag: gradert sykemelding, aktiv sykemelding (delvis sykemelding) og multidisiplinær arbeidsplassintervensjon (grunnprinsippene som ligger til grunn for blant annet IA- avtalen og Raskere tilbake programmet). Resultatene i fra kunnskapsoppsummeringen viser at det ikke er tilstrekkelig dokumentert at delvis sykemelding isolert sett reduserer sykefraværet eller fremmer en tidligere retur til arbeidslivet, og at multidisiplinær arbeidsplassintervensjoner viser en positiv effekt på reduksjon i sykefraværet og en tidligere retur til arbeidslivet (delvis sykemelding/tilrettelagt arbeid/modifisert arbeid er implementert også i denne intervensjonen men er her en del av en større sammenheng). Altså kan man konkludere med at deler av den oppfølging som brukes i Norge i dag virker i prinsippet, det som blir hovedutfordringen i etterkant av dette er å gjennomføre intervensjonene i praksis.

Det første avgjørende punktet ved implementering og gjennomføring av rehabiliteringsintervensjoner, er forholdet mellom forskerne og de med øverst beslutningsmyndighet; politikere og andre viktige nøkkelpersoner. Her hviler et særlig ansvar på forskerne som må gjøre forskningen og resultatene tilgjengelige og anvendbare.

Implementering og gjennomføring må også studeres ut i fra de tiltak som faktisk blir gjennomført. Som en følge av paradigmeskiftet i synet på rehabilitering og oppfølging (jamfør avsnitt 2.1 s.) har det vært et skifte i ansvarsforholdet vedrørende rehabilitering og oppfølging. Tidligere ble legen ansett som ansvarlig for rehabiliteringen, mens nå er ansvaret fordelt på flere: NAV kontoret, arbeidsgiver, HMS- ansvarlig, lege, psykolog, ergoterapeut og fysioterapeut og den sykemeldte selv. Dagens tilnærming til rehabilitering og oppfølging involverer altså flere nøkkelpersoner på tvers av profesjoner, beslutningene blir derfor mer komplekse og består av både medisinsk- trykderettslig- administrativ- og sosial kompetanse (Loisel et. al 2005). Dette stiller økte krav til kommunikasjon, samarbeid og koordinering.

Det viktigste verktøyet for å oppfylle disse økte kravene er **dialogmøter**, hvor alle involverte parter møtes, diskuterer mulige løsninger og i samarbeid utvikler individuelle planer for den sykemeldte med retur til arbeid som et viktig mål. Det er viktig når man studerer forskning vedrørende rehabilitering og oppfølging at man ikke glemmer at dette handler om mennesker

og sosiale prosesser. Møte mellom de involverte partene kan være avgjørende for lengden på sykefraværet og tidspunktet for en retur til arbeidslivet. Fokus på implementering og gjennomføring er derfor et svært viktig element i arbeidet for å redusere sykefraværet.

4.3.1 Forholdet mellom forskning og beslutningstakerne – om ulike agendaer, intensjoner og praksis

Loisel et. al 2005 viser til at forskerne og politikerne/beslutningstakerne ofte er ”medlemmer” av to vidt forskjellige kulturer (Kaplan: two community thesis) og at begge til tider viser en manglende vilje og/eller evne til å relatere seg til hverandres perspektiver. Et slikt utgangspunkt bygger på at samfunnet består av ulike interessegrupper med ulike mål og agendaer, som vil forsøke å ivareta sine interesser i forbindelse med endringer. Dette kan resultere i maktkamper (Busch et.al 2007, *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*, Universitetsforlaget).

Loisel et. al 2005 trekker også frem at anbefalingene i forskningen ikke er klare og tydelige nok, og at forskerne må legge mer vekt på å konseptualisere intervensjonene og resultatene.

I forbindelse mellom overgangen i fra teori til praksis har Tjulin et. al 2009 sett på forholdet mellom en intervensjons intensjon og hvordan den ble gjennomført i praksis. Studien evaluerer hvordan de involverte fra arbeidslivssentrene og de involverte arbeidsgivere opplevde det å implementere og gjennomføre en retur til arbeid intervensjon(ReKom) i Sverige. Målet var å identifisere eventuelle diskrepanser mellom intensjon og opplevd praksis. Studien viser til 4 hoved diskrepanser som kan gjøre implementeringen vanskelig:

1.Tidspunktet for å rekruttere den sykemeldte arbeidstakeren til intervensjonen: Intensjonen til intervensjonen er å være tidlig ute, mens nøkkelpersonene opplever det som siste utvei når de selv ikke føler at de kan gjøre mer for den sykemeldte.

2.Ulikt perspektiv på helse og arbeidsevne. Nøkkelpersonene stiller spørsmålstegn til om det er nødvendig i alle tilfeller å ha multiprofesjonell individuell helsegjennomgang. Noe som intervensjonen legger opp til. Samtidig så de nytten i dette, og så at en tidlig dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstakere var viktig i forhold til arbeidsmodifikasjoner.

3.Arbeidsplassen sitt ansvar og støtte til den sykemeldte. Intervensjonen legger opp til at arbeidsplassen har et ansvar for den sykemeldte, dette opptar store ressurser noe som

arbeidsgiver og ledere opplever som en belastning. De opplevde det som positivt at arbeidslivsentrene bisto med planlegging og tilrettelegging av multiprofesjonelle møter.

4.Uenighet om nytten av forberedende møter (et møte som finner sted rett før den sykemeldte kommer tilbake til arbeidsplassen og får anledning til å fortelle sin historie) som involverer den øvrige arbeidsplassen. Intervensjonen legger opp til dette men erfaringene de som arbeider med dette viser at disse møtene ikke blir gjennomført etter intensjonen.

Studien viser at det ikke alltid er enighet om hva som er intervensjonens intensjon, og at en intervensjon som i utgangspunktet er definert, tolkes og implementeres ulikt hos de ulike nøkkelpersonene.

Studien mener også å ha funnet at den måten denne intervensjonen ble implementert i praksis hadde karakter av et biomedisinsk syn når det gjelder arbeidsevne, mens intensjonen var biopsykososial. Dette bidro til et skille mellom medisinsk behandling og arbeidsplass relaterte *retur til arbeid* målinger i stedet for en integrasjon av klinisk behandling, hms ledelse og arbeidsplass intervensjoner.

4.3.2 Koordinering, kommunikasjon og samarbeid – dialogmøter og handlingsplaner

Fokus på koordinering, kommunikasjon og samarbeid er avgjørende i biopsykososial tilnærming til sykefraværproblematikken. Flere involverte nøkkelpersoner gjør at det må utarbeides rutiner og retningslinjer for hvordan denne samhandlingen skal foregå og hva samhandlingen skal resultere i. Mangel på koordinering og samhandling kan føre til utsettelse, misforståelser og en unødvendig forlengelse av sykefraværet (Karrholm et. al 2006, Friesen et. al 2001, Mac Eachen et. al 2006, Landstad et. al 2009).

I en studie av Landstad et. al 2009 opplyser over halvparten av deltakerne (n=740) at forsinkelser grunnet koordinering mellom nøkkelpersoner som i utgangspunktet skulle være ressurspersoner var grunnen til at de hadde problemer med en tidligere retur til arbeid.

I en kunnskapsoppsummering av Pransky et. al 2004 blir det konkludert med at det til tross for en overgang til biopsykososialt rehabiliteringsperspektiv så er ofte det medisinske perspektivet fortsatt dominerende i mange sammenhenger. Dette blir også nevnt i Young et. al 2009 hvor det hevdes at grunnen til at sykemeldte ikke returnerer tilbake til arbeid er fordi

leger ikke anbefaler dem å gjøre det. I stedet for å se på mulige modifiseringer og løsninger blir det en gammeldags ”doktorer vet best” tilnærming.

Møtet med det offentlige hjelpeapparatet er av avgjørende betydning for hvor vellykket retur til arbeid målsetningen blir. I Mussener et. al 2008 (2 studier, en spørreundersøkelse n= 5802, og en semistrukturert dybdeintervjuundersøkelse n=11) ønsket man å identifisere og analysere sykemeldtes erfaringer og positive betraktninger av møtet med hjelpeapparatet. I spørreundersøkelsen hadde majoriteten av respondentene en positiv opplevelse av interaksjonen med helsevesenet (92 %) og 73 % hadde positiv interaksjon med sosiale trygdemyndigheter. En faktoranalyse identifiserte 3 utslagsgivende faktorer: 1.kompetanse, 2. personlig oppmerksomhet og 3. å bli trodd på og å kunne stole på. Til sammen forklarte disse 3 faktorene 62 % av variasjonene i helsevesenet og 64 % av variasjonene i sosiale myndigheter vedrørende positiv interaksjon. Dette er i tråd med resultatene i fra de semistrukturerte intervjuene som ble gjennomført vedrørende det samme emnet. På bakgrunn av intervjuene ble det identifisert og systematisert uttalelser som indikerte positive møter:

1. bli behandlet med respekt

- Bli tatt på alvor
- Ha tid til klienten

2. å føle at en har støtte

- At den profesjonelle stilte opp for klienten og talte hans/hennes sak
- Enkel å komme i kontakt med
- Føle at den profesjonelle hører på det klienten har å si.

3. etablere en mer personlig kontakt

4. en god balanse mellom krav og det som klienten selv opplever som realistisk.

5. At klienten får anledning til å delta i bestemmelser angående rehabiliteringsprosessen

- Være involvert
- Bli gitt rettigheter til å bestemme.

Hvordan den sykemeldte opplever møtet med hjelpeapparatet er en side av saken, den andre siden er hvordan de som arbeider i sosiale myndigheter opplever kontakten med de

sykemeldte og gjennomføringen av rehabiliterings og oppfølgingsintervensjoner. I Gard et. al 2004 blir denne siden av saken belyst.

Ved hjelp av intervjuer av 10 ansatte ved et svensk sosialkontor (arbeidslivskontor), ønsket forskerne å finne ut mer om hva de mener bør forbedres i forhold til rehabilitering etter sykemeldinger og hvordan dette skal føre til at flere kommer tilbake i arbeid.

Studien viser ikke til en målbar effekt men på bakgrunn av en kvalitativ faktoranalyse kom forskerne frem til 6 punkter som sammenfattet det intervjuobjektene mente kunne føre til en forbedret rehabiliteringsprosess:

1. En tidlig identifisering av problemer og utfordringer, en tidlig gjennomgang for å finne løsninger og intervensjoner. Lange ventelister for å komme til spesialister må ned. Dette fører til unødig lange sykemeldinger.
2. klare mål formuleringer, disse målene måtte være formulert sammen med de involverte partene og i konsensus. Veldig viktig å ha fokus på den sykemeldte og la hans/hennes tanker og ideer være en viktig forutsetning. De tar utgangspunkt i action theory perspektiv (fokus på den enkelte bruker, balanse mellom motivasjon, arbeidsevne, krav, plikter og rettigheter).
3. Fokus på psykososiale faktorer, motivasjon, arbeidsmiljø og arbeidstilfredshet.
4. Større bredde i tilgjengelige behandlingsformer og intervensjoner. Dette for å finne reelle muligheter for å kunne tilrettelegge for den enkeltes behov og utfordringer. I den forbindelse viser studien til at det er nyttig og kostnadseffektivt å fremme nettverk med tanke på jobbtrening og nye arbeidssoppgaver. Slik at arbeidsgivere kan hjelpe hverandre i å finne gode løsninger for alle parter.
5. Arbeidsgiverne må ta en mer aktiv rolle i rehabiliteringsprosessen. Studien understreker at arbeidsgiverens kompetanse, økonomi, ressurser og motivasjon er en viktig faktor og at IOS må være behjelpelige med informasjon og veiledning i vanskelige saker.
6. Bedre samarbeid mellom de involverte partene: leger, fysioterapeuter, ergonomer, psykologer, arbeidsgiver, den sykemeldte og IOS ansatte. Ha møter og å ha mulighet til å legge frem løsninger i plenum. Det er viktig at dette ikke blir et ”ekspert møte” som forgår over hodet på den sykemeldte men at han/hun er en likeverdig part.

Mortelmans et. al 2006 stiller spørsmål til hvorfor retur til arbeid hos mennesker med like diagnoser og karakteristikk varierer så mye i tid. Han peker på at informasjons asymmetri kan være en mulig årsak. For å se nærmere på dette sammenligner studien en intervensjonsgruppe hvor det ble lagt opp til en forsterket informasjons overlevering mellom sosiale myndigheter og legen, med en kontrollgruppe uten denne forsterkningen. Resultatet av målingene viste ingen effekt når det gjaldt en tidligere retur til arbeid mellom de to gruppene, og studien konkluderte med at en styrkning av koordineringen må involvere flere nøkkelpersoner og oppfordrer til mer forskning om nøkkelpersoners informasjons asymmetri.

Viktigheten av multiprofesjonell koordinering har blitt studert i Karrholm et. al 2006 og 2008. Begge disse studiene ser nærmere på et multiprofesjonelt rehabiliteringsprogram (SMVR) hvor hovedfokus var på koordinering og samarbeid på tvers av profesjoner (Stockholm Co-operation Project). Denne formen for koordinering er forskjellig i fra konvensjonell koordinering som er mindre strukturert og mindre konsekvent, og hvor multiprofesjonelle møter arrangeres ad hoc. Problemer er ofte mer i fokus enn løsninger og de involverte har ofte ulike og uavklarte mål i henhold til hvorfor et samarbeidsmøte skal gjennomføres.

Mange koordinerende intervensjoner er ofte bare multiprofesjonelle ikke multi- sektorielle. SMVR intervensjonen består av utdannings aktivitet for arbeidstakerens nærmeste overordnede, en utførlig medisinsk vurdering av arbeidstakeren, en gjennomgang av den ansattes motivasjon og holdninger mot sykefravær og arbeidsevne, møter med et SMVR team hvor rehabiliteringen blir diskutert, planer og mål blir gjennomgått med alle involverte parter. Tidligere opplysninger blir gjennomgått av teamet. På møtene blir også representanter i fra arbeidstakerens HR avdeling tatt med og dersom arbeidstakeren ønsker det kan det være en representant i fra fagforeningen eller lignende.

Det er viktig å merke seg at det ikke ble overført ekstra midler til å gjennomføre denne intervensjonen, rehabiliteringsintervensjonen (grunnideene) var de samme som før men tilnærmingen ble noe annerledes da teamet utviklet en felles plattform og en bedre forståelse for sammenhengene. Prosjektet har som mål å gjennomføre rehabiliteringsmøter som er multiprofesjonelle, intersektorielle, løsningsorienterte og klientsentrerte. Møtene avholdes annenhver uke i sykeperioden noe som er oftere enn konvensjonelle rehabiliteringsmøter.

Målet med studien var å evaluere om denne måten å gjennomføre rehabiliteringsmøter ville ha en innvirkning på sykefraværsdagene hos de involverte (n=64). For å måle denne effekten ble det opprettet en matchende kontrollgruppe som fikk konvensjonell oppfølging (n=64).

Effekten ble målt for to perioder 0-6 måneder og 6-12 måneder og ble sammenlignet med sykefraværet de hadde året før intervensjonen. På bakgrunn av tidligere sykefravær ble intervensjonsgruppen og kontrollgruppen delt i to subgrupper: M hvor sykefraværet hadde vært høyt i året før intervensjonen (mer enn 8.5 dager pr måned) og L hvor sykefraværet hadde vært lite (mindre enn 8.5 dager pr måned) i året før intervensjonen.

Resultatet av målingene viste at allerede i løpet av den første perioden (0-6 måneder) så hadde intervensjonsgruppen betraktelig færre sykedager enn kontrollgruppen, effekten var spesielt positiv i den subgruppen som hadde stort sykefravær i året før intervensjonen. Studien konkluderer med at en slik måte å gjennomføre rehabiliteringsmøtene vil ha en positiv innvirkning på sykefraværet og de som vil oppnå best resultat av en slik gjennomføring er de med et tidligere høyt sykefravær.

I Karrholm et. al 2008 blir det sett på langtidsvirkningene av den samme intervensjonen. Det ble hentet inn informasjon om sykefravær fra året før studien startet og det ble registrert data 1 år etter intervensjonen (2000). Videre ble det innhentet informasjon for de neste 5 årene i slutten av 2004 og begynnelsen av 2005. Dataene ble innhentet fra Swedish National Social Insurance Board. Antall sykedager pr. måned var måleenheten.

Denne studien har også fokus på det økonomiske aspektet. Økning i sykefravær er en kostnad for den enkelte og samfunnet for øvrig. Studien bruker nedgang i sykefravær som "valuta". De arbeider ut fra en indeks som justerer for årsinntekt, skatter, avgifter og prisstigning.

En "mixed-model" analyse i Procedure Mixed SAS 9.1 ble brukt for å analysere og repeterte målingene i 6 års perioden. Baseline ble satt til 1 år før intervensjonen og modellen ble basert på endringer fra baseline. Negative verdier indikerer en nedgang i sykefravær, mens positive verdier indikerer en økning i sykefravær. The Managerial Homogeneity test ble brukt for å analysere ulikheter i en krysstest i utvalget av ytelser mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Dette ble gjort på eksakt samme dag for alle 1,2,3,4,5 og 6 år etter intervensjonen. I analysen ble følgende kategorier kombinert: ingen ytelser, alderspensjon, full sykelønn, delvis sykelønn, full uførepensjon og delvis uførepensjon.

Signifikante ulikheter mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i type ytelser ble målt ved samme tidspunkt i løpet av studien. Mixed modell analysen avdekket en signifikant ulikhet mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på 5.7 dager sykefravær pr. måned og person til sammenligning med baseline i det første året før intervensjonen. Det er

forskjellen i endring i antall sykedager mellom de to gruppene i intervensjonsgruppens favør. Ingen signifikant forskjell i tid ble avdekket og derfor var differansen i sykefraværet ansett å være konstant over de 6 årene i oppfølgingsstudiene. Intervensjonsgruppen hadde ikke den utviklingen som var forventet, men forble på det nivået som det var på ved baseline for hele perioden. I kontrollgruppen økte andelen sykedager med 55 dager pr. måned pr. person allerede i det første året etter intervensjonen og forble på det nivået i de neste 5 årene. Det ble også funnet en differanse i subgruppene. I subgruppe M minket fraværet med 1.2 dager pr. måned pr. person til sammenligning med L gruppen hvor sykefraværet økte med 6.5 dager pr. måned pr. person. Resultatet indikerer en samhandlingseffekt mellom faktorene gruppe og tid. Dette kan tyde på at gruppene utviklet sykefraværet over tid ulikt, differansen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ser ut til å være større i de to første årene enn gjennom de andre periodene av oppfølgingen. Det ble funnet en signifikant interaksjonseffekt mellom faktorene subgruppe, gruppe og tid ($p=0.0437$). Studien konkluderer med at uten denne typen gjennomføring av rehabiliteringsmøter så vil sykefraværet stige. Studien hevder at intervensjonen gir en total økonomisk gevinst på 36.500 euro pr person.

Tidspunkt for gjennomføring av multidisiplinær arbeidsplassintervensjon har også vært et avgjørende tema i sykefraværsproblematikken. De fleste studiene fremhever at intervensjonen må igangsettes så snart som mulig i sykdomsperioden. Men dette kan ifølge Mac Eachen et. al 2006 ha både positive og negative sider ved seg, og viser til at noen studier viser at det var tilfeller hvor verken arbeidstaker eller arbeidsgiver var i riktig modus for kontakt i tiden rett etter diagnosen/skaden. Tidlig kontakt var lite fruktbar når arbeidstakeren hadde funksjonsproblemer eller hadde hatt problemer med arbeidsplassrelasjoner forut for sykdomsperioden. Mac Eachen et. al 2006 hevder videre tidlig krav om tidligkontakt kan for begge parter oppleves mer som et påtvunget krav enn som et uttrykk for omsorg og interesse.

4.3.3 Alternative metoder for å gjennomføre retur til arbeid intervensjoner

Det finnes mange mulige måter å gjennomføre retur til arbeid intervensjoner. Flere land arbeider for å finne de beste og mest effektive måtene slik at de kan oppnå en reduksjon i sykefraværet. Det blir hevdet at mange av intervensjonene som blir igangsatt ofte er både tidkrevende og kostbare. En studie som ser nærmere på dette er Fleten et. al 2006. Denne studien ønsker å se nærmere på intervensjoner som skal være effektive, enkle å administrere og ha lave kostnader. Studien hevder også at det i tidligere forskning har vært for stort fokus

på medisinske intervensjoner i henhold til å få folk friske nok til å arbeide, mens denne studien vil ha fokus på arbeidsplassen og modifisert tilrettelagt arbeid slik at arbeiderne kan være i arbeid selv om de ikke har blitt helt friske. Hensikten med denne studien var å bestemme om det er en sammenheng /effekt når det gjelder lengden (antall dager) på sykemeldingen dersom den sykemeldte fikk tilsendt et brev i posten (minimal post intervensjon) hvor den sykemeldte fikk informasjon om sine rettigheter og muligheter for modifisert arbeid. De ble også bedt om å angi hvor lenge de selv mente at de kom til å være sykemeldte, om de selv hadde noen ideer om arbeidstilpassninger og om hvordan et samarbeid med arbeidsplassen kunne fremme tilbakeføring til arbeidslivet. Det lokale NAV kontoret opprettholdt sin normale tilnærming til de sykemeldte under hele perioden.

Det samlede sykefraværet i denne perioden for intervensjonsgruppen var 48 007 dager, mens det i kontrollgruppen ble målt et samlet sykefravær på 52 104 dager. Reduksjonen på 4097 dager for intervensjonsgruppen korresponderte til en gjennomsnittelig nedgang på 8.3 dager for hver enkelt sykemeldt. Stratifiserte analyser av de diagnostiserte gruppene viste en nedgang i sykedager i intervensjonsgruppen men dette gjaldt ikke for gruppen for rygglidelser og nakkevondt. Effekten var mest tydelig for sykemeldte innenfor gruppen revmatiske og mentale lidelser. Analysene viste at resultatene av retur til arbeid var praktisk talt like for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i de 12 første ukene (foruten revmatiske). Men etter 12 uker var det flere i intervensjonsgruppen som kom tidligere tilbake i arbeid.

Resultatene ved 1 års oppfølging viste at risikoen for å motta støtte (sykepenges) ett år etter første sykemeldingsdag var redusert i intervensjonsgruppen.

Studien konkluderer med at minimal post intervensjon kan redusere sykefraværet i enkelte diagnose grupper. Men studien viste også noen uheldige side effekter ved intervensjonen som kunne forlenge sykedagene, dette gjaldt for gruppen med ryggplager, trolig som en følge av for store forventninger og passivitet dersom mulige tiltak på arbeidsplassen ikke er tydelig klargjort. Studien trekker frem at intervensjonen må tilpasses de ulike diagnosegruppene og ikke mot sykefraværet i sin helhet. En svakhet med studien er at den ikke gjør utførlig rede for innholdet i brevet.

I Taimela et. al 2007 er utgangspunktet en helsespørreundersøkelse blant arbeidstakere innen byggenæring, service og vedlikeholds næring (88 % menn). På bakgrunn av svarene ble respondentene klassifisert i 3 grupper: "low risk", "intermediate risk" og "high risk" når det gjaldt sykefravær (om de var i risikogruppe for langtidssykefravær). Det ble utført to separate

randomiserte forsøk i gruppene ”high risk” og ”intermediate risk”. For å sikre kvaliteten på studien så ble det til sammen opprettet 4 grupper av disse 2. To grupper som ble gjenstand for to ulike intervensjoner og to kontrollgrupper som fikk vanlig oppfølging.

Målet med studien er å bestemme effekten av to ulike intervensjoner som blir gjennomført med det som mål å få sykemeldte raskere tilbake til arbeid. De to ulike intervensjonene retter seg til hver sin målgruppe: high risk og intermediate risk. Dette ble målt gjennom registrert sykefravær i en 12 måneders oppfølgingsperiode.

Intervensjonen tar utgangspunkt i det tilbudet som allerede finnes ved det lokale arbeidslivssenteret men henvendelsen til brukerne blir forandret noe.

1. Når det gjelder gruppen ”high risk” så fikk disse en gjennomgang av det de selv hadde besvart i spørreskjemaet, de fikk en personlig invitasjon til å komme på et møte hvor deres situasjon skulle gås igjennom med fagfolk fra arbeidslivssenteret. Her skulle det utarbeides en handlingsplan, og eventuelt henvisning til spesialister. Rådgiverne hadde tilgang til det aktuelle spørreskjemaet under konsultasjonen.
2. Når det gjelder gruppen ”intermediate risk” så fikk disse en annen oppfølging. De fikk ikke en gjennomgang av spørreskjemaet sitt og de ble ikke invitert til et møte, men fikk opplyst at de kunne når som helst ta kontakt med et kontor pr. telefon som hadde spesialkompetanse på området. Utover dette fikk de den oppfølgingen som de ellers også ville ha fått.

Resultatet viste at i ”high risk” intervensjonsgruppen endret ikke sykefraværet seg i forhold til baseline, men at sykefraværet i high risk kontroll gruppe gikk opp og personer med null fravær gikk ned i samme perioden. Gruppeforskjellen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen var i gjennomsnitt 11 dager.

Når det gjelder intervensjonen overfor ”intermediate risk” gruppen så viste dette ingen effekt. Det var ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontroll gruppen. Det var svært få som hadde benyttet seg av tilbudet om å ringe til ekspert telefonen.

Hovedfunnet i denne studien er at det er mulig å klassifisere sykemeldte arbeidstakere etter antatt risiko for langtidssykefravær og at disse gruppene må behandles ulikt. Intervensjonen i forhold til high risk gruppen viser at sykefraværet stabiliseres mens det i kontroll gruppen øker.

En annen studie har sett på forholdet mellom økonomiske bevilgninger til retur til arbeid intervensjoner er Goine et. al 2004. Denne studien sammenligner sykefraværet ved to fabrikker i Sverige før og etter tilføring av midler til å gjennomføre retur til arbeid intervensjoner. Den ene fabrikken fikk tilført 4 ganger mer finansiell støtte pr arbeidstaker enn hva den andre fabrikken fikk. På bakgrunn av dette ønsket man å se om dette resulterte i at den fabrikken som fikk mer finansiell støtte kunne vise til en større reduksjon i sykefraværet. Resultatet av målingene viste ingen signifikante forskjeller i den kumulative forekomsten av sykefravær mellom de to fabrikkene før eller etter intervensjonsperioden. Studien konkluderer med at størrelsen på finansiell støtte ikke er avgjørende for resultatet når det gjelder å gjennomføre retur til arbeid intervensjoner.

Arbeidsplassen har fått en helt avgjørende betydning i rehabilitering og oppfølging av sykemeldte. Dette er tydelig både i lovgivningen, NAV reformen, IA avtalen og i grunnprinsippene i biopsykososial multidisiplinær rehabiliterings forskning. Som man kan lese ut ifra avsnitt 4.3.2 foreligger det en del forskning vedrørende koordinering mellom ulike nøkkelpersoner i rehabiliteringsfasen (disse rehabiliteringsmøtene tilsvarer dialogmøte 2 slik det er blitt beskrevet i avsnitt 2.5.2 s.17). Når det gjelder dialogmøte 1, lovpålagt samarbeidsmøte mellom arbeidsgiver og arbeidstaker foreligger det svært lite forskning. Denne masterstudien har ikke klart å identifisere noen studier som forsker på denne interaksjonen. Masterstudien har identifisert og inkludert 6 studier som gjelder sykefraværs ledelse og hvilke betydning ulike lederkvaliteter kan ha for en raskere retur til arbeid (Williams et. al 2001, Mac Eachen et. al 2006, Nieuwenhuijsen et. al 2004, Andersen et. al 2007, Dellve et. al 2007, Aas et. al 2008). Faktorer som blir trukket frem som viktige i sykefraværsledelse på arbeidsplassen er forpliktelse, støttende personalpolitikk, kompetanse og involvering (Williams et. al 2005). I Mac Eachen et. al 2006 blir det trukket frem at en avgjørende faktor for suksess av retur til arbeid intervensjoner på arbeidsplassen avhenger av i hvor stor grad ledelsen involverer seg i det daglige arbeidet, det er ikke et spørsmål om å gjennomføre store arbeidsplass endringer, men å lede ”dag til dag” sosiale relasjoner og fysiske betingelser i arbeidsmiljøet. Å lede komplekse psykososiale arbeidsplass dynamikker krever kompetanse og evner som få personer faktisk har (Mac Eachen et. al 2006). I Aas et. al 2008 blir følgende fem lederskapskvaliteter trukket frem som de mest verdifulle: evne til å ta kontakt, være medfølende, være forståelsesfull og å være empatisk og støttende. De tre mest ønskede ledertypene når det gjaldt sykefraværshåndtering var ”Beskytteren”, ”Problemløseren” og ”Kontaktskaperen”.

I Nieuvenhuijsen et. al 2004 blir aspekter ved ledelsesatferd studert i sammenheng med sykefravær grunnet mentale lidelser. Lederatferden som ble målt i forbindelse med sykefraværperioden var kommunikasjon med den sykemeldte, om arbeidsgiveren promoterte delvis sykemelding og modifisert arbeid, og i hvor stor grad arbeidsgiveren konsulterte med andre profesjonelle. Resultatene av undersøkelsen viste at for de som hadde en lav grad av mentale problemer så var god kommunikasjon med arbeidsgiver assosiert med en tidligere retur til arbeidet, denne assosiasjonen var ikke etablert hos mennesker med en mer alvorlig mental lidelse. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom å promotere delvis sykemelding og modifisert arbeid, og en raskere retur til arbeid. Det ble også identifisert at å konsultere andre profesjonelle kunne øke sykefraværet.

Hvordan arbeidsplassen forholder seg til sykefraværshåndteringen kan påvirkes av størrelsen på bedriften. Det hevdes at det i små bedrifter er en sosial dynamikk som i utgangspunktet kan virke positivt på tidlig retur tilbake til arbeidet. Små bedrifter (1-19 ansatte) hevdes oftere å ha bedre psykososialt miljø, større grad av autonomi og en mer uformell holdning til ledelsen (Andersen et. al 2007).

En av de inkluderte studiene ser på hvordan små bedrifter forholder seg til modifisering/tilrettelagt arbeid. Studien ser på til sammen 22 bedrifter innefor bygg og anlegg og metall.

I artikkelen hevdes det også at det i små bedrifter eksisterer barrierer som i praksis gjør det vanskelig å modifisere arbeidet til den som har blitt skadet/langtidssykemeldt. Disse barrierene kan være at arbeidet er så tilpasset og komprimert i utgangspunktet at en endring i dette vil få store konsekvenser både når det gjelder produksjon og økonomi. Bedriften er sårbar for endringer selv om de er små. En annen barriere kan være at det i en slik periode vil bli lagt ekstra arbeid til de andre i bedriften for å kunne holde produksjonen oppe, dette kan i neste omgang slite ut andre eller øke risikoen for skader. Det kan også være at lederen i bedriften ikke har kompetanse på området og ikke er klar over at det finnes offentlige hjelpeordninger (praktiske og økonomiske) som kan tas i bruk i slike tilfeller.

Med dette som bakgrunn vil Andersen et. al 2007 studere eierne av bedriftenes generelle holdninger og saksspesifikke atferd når det gjelder modifisert arbeid etter en ulykke som har resultert i sykefravær. For å få en dypere/bredere forståelse for dette emnet ønsker forskerne å se sammenhengen mellom holdninger og handlinger, om disse er i konsensus eller om de er sprikende.

Dette ble målt:

- a) generelle holdninger mot modifisert arbeid
- b) handlinger og selvrapportert atferd når det gjelder tilrettelegging av arbeid for skadde arbeidere
- c) uttalelser og forklaringer på motiver for å legge til rette for eller ikke legge til rette for modifisert arbeid.

Det viste seg å være ulikheter mellom de to sektorene bygg og anlegg og stålindustrien.

Av de 22 eierne sa 9 at modifisert arbeid i utgangspunktet ikke ville være mulig i deres bedrift, mens 12 eiere sa at modifisert arbeid kunne være en mulighet. Den siste eieren mente at modifisert arbeid kun var mulig under spesielle forhold. De fleste som motsatte seg modifisert arbeid viste til krevende arbeidsforhold som gjorde at arbeidstakeren måtte være helt frisk for å kunne utføre den type arbeid som de kunne tilby. Eierne hadde ikke arbeidstakerens ressurser som utgangspunkt. De eierne som var positive til modifisert arbeid hadde fokus både på arbeidsforhold og den enkeltes ressurser som kanskje kunne brukes på en annen produktiv måte i den perioden hvor han ikke var fullt restituert.

Når det gjelder faktisk atferd viste det seg at 6 av 11 arbeidere i bygg og anleggsbransjen fikk tilbud om modifisert arbeid, mens bare 3 i stålindustrien fikk et slikt tilbud.

Et av hovedfunnene i studien er at modifisert arbeid lar seg gjennomføre i småbedrifter. Et annet funn er at i de tilfeller hvor arbeideren ble tilbudt modifisert arbeid så var ikke det offentlige involvert. Studien viser også at det er kontradiksjon mellom holdning og faktisk atferd.

Det er helt klart at det er implementeringen og gjennomføringen av multidisiplinære arbeidsplassintervensjoner som er det mest krevende aspektet ved rehabilitering og oppfølging av sykemeldte. Vi lever i et mangfoldig og komplekst samfunn, og selv om forskningen er ganske klar på at arbeidsplassen og koordinering mellom alle nøkkelpersoner er avgjørende for hvor vellykket intervensjonen kan hevdes å være, målt i en reduksjon i sykefraværet og retur til arbeid, så er det også dette som gjør intervensjonen så vanskelige å gjennomføre. Dette er et paradoks i oppfølgingen av langtidssykemeldte.

Tabell 6. Funn: Implementering og koordinering i forhold til arbeidsplassintervensjoner. Oppsummering av relevante/inkluderte studier.

FORFATTER (et.al)	ÅR	DESIGN/ utfall	INTERVENSJ ON	POPULASJO N/ UTVALG	EFFEKT /RESULTAT
<u>Andersen LP, et.al:</u> <i>Owner attitudes and self reported behavior towards modified work after occupational injury absence in small enterprises: a qualitative study</i>	2007	Kvalitativ metode: semi strukturerte dybdeintervju	Modifisert og tilrettelagt arbeid Se på eiernes generelle holdninger og saksspesifikke atferd. Se sammenheng mellom holdning og atferd.	Danmark Småbedrifter (1-19 ansatte) 22 bedrifter innenfor bygg og anlegg og metall. Arbeidsrelaterte ulykker med forventet sykefravær 14 dager eller mer.	Ulikheter mellom de to sektorene (bygg og anlegg og stålindustrien). 6 av 11 arbeidere i bygg og anlegg fikk tilbud om modifisert arbeid mens bare 3 i stålindustrien fikk et slikt tilbud. Eierne hadde ikke arbeidstakernes ressurser som utgangspunkt. Modifisert arbeid lar seg gjennomføre i småbedrifter. Studien viser en kontradiksjon mellom holdning og faktisk atferd. Flere viser en positiv holdning enn hva antallet modifisert arbeid skulle tilsi.
<u>Dellve et.al:</u> <i>Leadership in workplace health promotion projects: 1 and 2 year effects on long term work attendance</i>	2007	Longitudinelt Kohort Registerdata og spørreskjema Utfall: økt kunnskap om leder kvaliteter og strategier I work place health promotion (WHP)	Work Place Health promotion prosjekter og hvordan dette påvirker arbeidstakernes lang tids arbeidstilstedeværelse.	Sverige N=3275 (human service workers)	Lederkvaliteter som økt bruk av belønning, imøtekommelse og respekt var assosiert med høyere grad av arbeidstilstedeværelse ved oppfølgingsstudiet. Lederstrategier og synet på arbeidsrelatert helse hadde en signifikant påvirkning på økt arbeidstilstedeværelse, dette gjaldt også for prosjekter som hadde klare mål og fokus på faktorer som kunne endres (ikke statiske), var multifokuserte og i prosjekter som hadde fokus på å øke de ansattes egen forståelse for egen helse. Prosjekter med ensidig fokus på å styrke enten det individuelle, eller organisatoriske var negativt korrelert med arbeidstilstedeværelse. Multifokusert WHP intervensjon hadde størst effekt på arbeidstilstedeværelse.
Durand et.al:	2006	Review	Arbeidslivsinter	Canada	Arbeidslivsintervensjoner kan ha så mange forskjellige innhold

Workplace interventions for worker with musculoskeletal disabilities. Descriptive Review of content.		Utfall: Forsøke å finne likheter mellom intervensjoner som blir gjennomført. Hevder at intervensjonen er heterogene og dårlig beskrevet. Etterlyser felles betegnelser.	vensjoner	Low back pain	og agendaer. Viktig å etablere klarere definisjoner og å beskrive intervensjonen bedre i vitenskapelige artikler. Skiller mellom 3 objekter: 1. Arbeidsplassen blir brukt for å samle inn informasjon, er ikke et objekt i intervensjonen. 2. Arbeid blir brukt i en mer terapeutisk sammenheng, arbeidstrening og gradert arbeid. Målet er å trene opp selve arbeidsevnen, trenger ikke være på opprinnelig arbeidsplass. 3. Selve arbeidsplassen blir objekt i intervensjonsprosessen, redusere krav og tilrettelegge for den sykemeldte arbeidstakeren. Målet er å få arbeidstakeren tilbake i sin tidligere jobb.
<u>Friesen, MN et.al:</u> <i>Return to work: the importance of human interaction and organizational structures.</i>	2001	Kvalitativ metode: Intervju Utfall: hva som fremmer og hemmer retur til arbeid	Interaksjon og organisatoriske strukturer	Canada N=55 Involverte ledere i retur til arbeid (stakeholders perspektiv)	Fremmer: etablere retur til arbeid programmer på arbeidsplassen, effektiv kommunikasjon, organisatorisk struktur og menneskelig samhandling Hemmer: forsinkelser av alle slag, ineffektiv kommunikasjon. Kritikk: hvordan få dette til i praksis
<u>Gard, G et.al:</u> <i>How can a work rehabilitation process be improved? A qualitative study from the perspective of social insurance officers.</i>	2004	Kvalitativ metode: intervju, qualitative content analyse Narrativ	Identifisering, koding og kategorisering av meninger, erfaringer og mulige løsninger på sykefraværspoblematikken.	Sverige N= 10 ansatte i svensk sosial trygde kontor	6.punkter som kunne føre til forbedret rehabiliteringsprosess: 1. Tidlig identifisering 2. Klare målformuleringer 3. Fokus på det psykososiale 4. Større bredde i tilgjengelige intervensjoner. 5. Arbeidsgiver en mer aktiv rolle. 6. bedre samarbeid involverte parter.

<p><u>Karrholm et.al:</u> <i>Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multiprofessional, client centered and solution oriented co-operation.</i></p>	2006	<p>Matched pairs Follow up: Baseline, 0-6 mnd. 6-12 mnd 6-12 mnd</p> <p>Utfall: Antall sykefraværs dager</p>	<p>SMVR co-operation(mer strukturert og konsekvent enn konvensjonell co-operation) NB! Det blir ikke tilført ekstra økonomiske midler. Har fokus på kompetanse, rehabilitering, planlegging og mål.</p>	<p>Sverige, Intervensjons gruppe N=64, Kontrollgruppe N=64, Subgrupper: M= mer enn 8.5 dagers sykefravær pr. måned året før studien startet, L= færre enn 8.5 dagers sykefravær pr. måned året før studien startet.</p>	<p>IG hadde færre sykedager enn kontrollgruppen i løpet av det andre halve året enn kontrollgruppen. Effekten var størst hos subgruppe M. Ingen effekt ble funnet hos subgruppe L. Klientsentrert, rehabiliteringsmøter, løsningsorientert. Ikke ad.hoc møter når problemene blir for store men i forkant. Mennesker som deltar på co-ordinated rehabilitering har flere arbeidsdager etter intervensjonen enn de med konvensjonell rehabilitering. Koordinering gir bedre resultater for rehabiliteringstilfeller med tidligere høyt sykefravær enn for de med mindre tidligere sykefravær.</p>
<p><u>Karrholm, J et.al</u> <i>Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: a six year follow up vocational rehabilitation for people on sick leave, including economic benefits.</i></p>	2008	<p>Matched pairs 6 års follow up</p> <p>Utfall: Antall sykefraværs dager</p>	<p>SMVR co-operation (mer strukturert og konsekvent enn konvensjonell co-operation) NB! Det blir ikke tilført ekstra økonomiske midler. Har fokus på kompetanse, rehabilitering, planlegging og</p>	<p>Sverige, Intervensjons gruppe N=64, Kontrollgruppe N=64, Subgrupper: M= mer enn 8.5 dagers sykefravær pr. måned året før studien startet, L= færre enn 8.5 dagers sykefravær pr. måned året før</p>	<p>Etter 1 år: signifikant ulikhet mellom IG og KG på 5.7 dager sykefravær pr. måned og person i IG`s favør. De neste 6 årene var sykefraværet i IG konstant, IG hadde ikke den utvikling som forventet MEN i KG økte andelen sykedager med 55 dager allerede i det første året etter intervensjonen og forble på det nivået i de neste 5 årene. Også funnet differanse mellom subgruppene, i M minket fraværet med 1.2 dager pr. måned pr. person til sammenligning med L hvor sykefraværet økte med 6.5 dager pr. måned pr. person. Resultatene indikerer en samhandlingseffekt mellom faktorene gruppe og tid. Differansen ser ut til å være større mellom IG og KG i de to første årene. Uten SMVR co-operation i yrkesrettet rehabilitering er det sannsynlig at sykefraværet vil stige.</p> <p>SMVR co-operation forhindrer ekskludering av mennesker på</p>

			mål.	studien startet.	langtidssykemelding fra arbeidsmarkedet. SMVR intervensjonen var mest effektiv for subgruppe M. Total økonomisk gevinst: 2 millioner euro.
<u>Karjalainen et.al:</u> <i>Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal disorders</i>	2004	Review: RCT trials	Multidisiplinær rehabilitering	Fibromyalgi og musculoskeletal disorders RCT artikler/studier	Mener at det ser ut til å være lite vitenskapelige bevis for effektiviteten av multidisiplinære rehabilitering for fibromyalgi og musculoskeletal disorders.
<u>Lambeek et.al:</u> <i>An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial.</i>	2009	Evaluering innenfor RCT Prosess evaluering: hva som fremmer/hemmer implementering	En pasient fokusert og en arbeidsplassfokusert intervensjon. Om implementering.	Nederland Kronisk LBP	Hvorfor er mange innovative og effektive intervensjoner ikke implementert i henhold til intensjonen. Gap mellom kunnskap og praksis. Mener at en prosess evolusjon må gjennomføres for å se om intervensjonen har vært etter planen.
<u>Landstad,B et.al:</u> <i>Factors explaining return to work for long term sick workers in Norway</i>	2009	Spørreskjema representativt utvalg personer som mottok rehabiliteringsstønad I Norge I 2002 Utfall: arbeidsstatus og erfaringer fra rehabiliteringsprosessen .	Kartlegger arbeidsstatus gjennom registerdata og erfaringer med rehabiliteringsprosessen gjennom spørreskjema.	Norge Mentale lidelser og muskelplager 1493 kontaktet N=740 besvarte	Hovedfunn er at tidligere arbeidserfaringer, alder og andre medlemmer i husholdningen i tillegg til å kunne påvirke sin egen rehabilitering forklarer hvorvidt langtidssykemeldte returnere til arbeid. Videre, individuelle faktorer som kjønn og diagnose forklarer IKKE sannsynligheten for retur til arbeid. Erfaringer med og kontakt med representanter fra medisinsk, autoriteter og fra arbeidslivet forklarer bare en liten del av sannsynligheten for retur til arbeid. Det er interessant å merke seg at jevnlig kontakt med sosiale myndigheter har en negativ

					effekt på sannsynligheten for retur til arbeid. Risiko: utvikle "a social insurance career" for å sikre økonomisk livlinje. Konklusjon er at en må se på sykefravær ut fra 3 ulike logikker: medisinsk, autoriteter og produksjon.
<u>Landstad ,B:</u> <i>Long term sick workers experience of professional support for re-integrating back to work.</i>	2009	Spørreskjema representativt utvalg personer som mottok rehabiliteringsstønad I Norge I 2002 Utfall: arbeidsstatus og erfaringer fra rehabiliteringsprosessen	Erfaringer med rehabiliteringsprosessen	Norge Mentale lidelser og muskelplager 1493 kontaktet N=740 besvarte	Det viktigste funnet I denne analysen var at arbeidstrening og det å mestre handlinger var identifisert av majoriteten av respondentene som å være litt eller moderat nyttig. Forsinkelser og ventetid på behandling var en viktig faktor for forlenget sykefravær. Mange rapporterte også mangel på koordinasjon mellom dem som skulle bidra til en enklere retur til arbeid
Loisel, C et.al: <i>Prevention of Work Disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence.</i>	2005	Review	Ser på implementering og paradigmeskifte	Vitenskapelige artikler	Dagens bevis (2005) viser at noen kliniske intervensjoner (råd om retur til arbeid ved hjelp av modifisert arbeid og gradert arbeid) og noen ikke kliniske intervensjoner er effektive i å redusere sykefraværet. Men implementeringen er vanskelig. Anbefalingene er ikke klare/tydelige nok. Bedre koseptualisering. NB!
<u>Mac Eachen et.al:</u> <i>Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury.</i>	2006	Review: Kvalitativ litteratur Utfall: Tidlig retur til arbeid	Ser på tidlige intervensjoner som innebærer at arbeidstakeren returnerer til arbeid før de er fullt restituert	Musculoskeletal disorders	Ser at tidlig dialog kan være både positivt og negativt. Tidlig dialog var negativt når vedkommende hadde gjennomføringsproblemer eller hadde hatt problemer med arbeidsrelasjoner forut for sykeperioden. Arbeidsgivers rolle viktig i dag til dag sosiale relasjoner. Ser på hele spekteret i fra individet til organisasjonen.

<p><u>Mortelmans et.al:</u> <i>Does enhanced information exchange between exchange social insurance physicians and occupational physicians improve patients work resumption controlled intervention study</i></p>	2006	<p>Ikke randomisert kontrollert forsøk</p> <p>Utfall: retur til arbeid</p>	<p>Måle effekten på forsterket fokus på informasjons overlevering</p>	<p>Belgia</p> <p>Intervensjons gruppenes sykdom ikke spesifisert</p>	<p>Intervensjonsgruppen:86% tilbake i arbeid Kontrollgruppen:84% tilbake i arbeid</p> <p>Altså er forsterket fokus på kommunikasjon mellom social insurance physicians og occupational physicians ikke tilstrekkelig for å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid.</p> <p>Hvorfor er det slik at mennesker med samme patologi og karakteristikk har ulik retur til arbeidslivet?</p> <p>Informasjonsassymetri: en situasjon hvor kritisk informasjon ikke blir tilfredsstillende overført</p>
<p><u>Mussener,U et.al:</u> <i>Positive experience of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long term sick leave.</i></p>	2008	<p>Spørreundersøkelse Randomisert utvalg</p> <p>Faktoranalyse</p>	<p>Positivt eller negativt møte med det offentlige hjelpeapparatet. De som svarte at de hadde en positiv opplevelse ble studert videre. Ser på interaksjonen mellom hjelpeapparatet og den enkelte pasient uavhengig av diagnose og intervensjon.</p>	<p>Sverige</p> <p>Pågående sykefravær heltid/deltid som hadde vart mellom 6-8 måneder</p> <p>10.042 forespurte N=5802 responderte (58%)</p>	<p>Majoriteten av respondentene hadde en positiv opplevelse av helsevesenet (92 %) og 73 % hadde en positiv opplevelse med sosial trygdesystem.</p> <p>I en faktoranalyse forklarte: 1.kompetanse, 2. personlig oppmerksomhet og 3. det å bli trodd og å kunne stole på 62 % av variasjonen i helsevesenet og 64 % av variasjonene i sosial trygdesystemet vedrørende positiv interaksjon.</p> <p>Resultatene viste at kvinner, mennesker født i Sverige og individer med positivt syn på egen helse i større grad opplever positiv interaksjon med hjelpeapparatet enn menn, mennesker født utenlands og som har negativt syn på egen helse.</p> <p>Avslutter med at det trengs mer forskning for å finne de faktorer som fremmer positiv interaksjon, og i forlengelsen av dette retur i arbeidslivet.</p>

<p><u>Mussener, U et.al:</u> <i>Encouraging encounters: sick listed persons experiences of interaction with rehabilitation professionals.</i></p>	2008	<p>Kvalitativ metode: induktiv og deduktiv tilnærming, Semistrukturerte dybdeintervju,</p>	<p>Positive møter mellom offentlig hjelpeapparat i forbindelsen mellom profesjonell og klient</p>	<p>Sverige Musculoskeletal disorders 11 individer med erfaring fra langtidssykefravær (minst 90 dager)</p>	<p>Identifisert uttalelser som indikerte positive møter: Respekt, støtte, etablere personlig kontakt, balanse mellom krav og det som klienten opplever som realistisk, være involvert. Sykefraværet involverer flere sider enn det medisinske og må derfor ha fokus på trykdeordninger, rehabilitering, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø.</p>
<p><u>Nieuwenhuijsen et.al:</u> <i>Supervisory behavior as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems.</i></p>	2004	<p>Longitudinelt cohort Baseline 3 mnd 6 mnd 1 år Utfall: Retur til arbeid</p>	<p>Aspekter ved lederatferd ble malt: kommunikasjon med den ansatte, Forslag/promotering gradvis retur til arbeid, konsultasjon med andre profesjonelle</p>	<p>Nederland 85 sjefer ble intervjuet over telefon, spørreskjema ble sendt til ansatte Fokus på mentale lidelser og RTW</p>	<p>Bedre kommunikasjon mellom sjef og ansatt var assosiert med tidspunkt for retur til arbeid for mennesker med uten mentale lidelser, for ansatte med høyt nivå depressive lidelser var ikke denne sammenhengen assosiert. Å konsultere andre profesjonelle var assosiert med forlenget sykefravær for både full og delvis retur til arbeid. Dersom sykefraværet fikk økonomiske konsekvenser for bedriften så var det mer sannsynlig at sjefen tok initiativ til samtaler med den sykemeldte. Sjefer som hadde ansvar for retur til arbeid i deres organisasjon hadde større sannsynlighet for å snakke oftere med den sykemeldte og ta kontakt med andre profesjonelle. Motsatt av forventningene ble ikke tilbud om gradert arbeid relatert til hel eller delvis retur til arbeid.</p>

<p><u>Pransky et.al :</u> <i>Disability prevention and communication among workers, physicians, employers and insurers – current models and opportunities for improvement</i></p>	2004	<p>Review</p> <p>Utfall: effektiv sykefraværs ledelse</p>	<p>Ser på 4 innfallsvinkler til å håndtere sykefraværsproblematikken:</p>	Canada	<p>De 4 innfallsvinklene: 1. Medisinsk modell, 2. Fysisk rehabiliteringsmodell 3. Job-match modell, 4. Ledelsesstyrt modell med fokus på forbygging og tilrettelegging for lavere sykefravær.</p> <p>Hevder at til tross for manglende bevis for at medisinsk behandling alene ikke er effektiv i henhold til sykefraværsledelse så har disse fortsatt autoritet i forhold til andre tilnærminger. Hevder at medisinsk tilnærming ikke ser tilstrekkelig på individuelle og kontekstuelle faktorer. Som et resultat av dette blir kommunikasjonen ofte autoritær og lite rettet mot hele situasjonen, og arbeideren og sjefen blir ofte passive i sin rolle. Mener at det er behov for RCT basert på intervensjoner med fokus på kommunikasjon</p>
<p><u>Taimela,S et.al:</u> <i>The effectiveness of two occupational health intervention programs in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomized controlled trials.</i></p>	2007	<p>Longitudinelt cohort m. to embedded RCT</p> <p>Tar utgangspunkt i en helse-spørreundersøkelse. Deler respondentene i 3 grupper: "low risk", "intermediate risk" og "high risk".</p> <p>Utfall: Retur til arbeid</p>	<p>Retter seg til "intermediate risk" gruppen og "high risk" gruppen. High risk fikk en mer personlig oppfølging mens intermediate risk gruppen fikk opplyst om at de var velkomne til å ringe et kontor med spesialkompetanse. Begge gruppene hadde</p>	Finland	<p>Sykefraværet i high risk intervensjonsgruppen endret seg ikke i forhold til baseline, men sykefraværet i high risk kontrollgruppen gikk opp og personer med null fravær gikk ned i samme perioden. Gruppeforskjellen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen var i gjennomsnitt 11 dager.</p> <p>I intermediate risk gruppen viste intervensjonen ingen effekt. Det var ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.</p> <p>Mulig å kategorisere arbeidstakere etter antatt risiko og at gruppene må behandles ulikt.</p>

			i tillegg vanlig oppfølging av lege.		
<u>Tjulin, Å et.al:</u> <i>Experience of the implementation of Multi-Stakeholders Return to work program.</i>	2009	Kvalitativ metode: exploratory study, semistrukturerte individuelle intervju og 2 gruppeintervju	Erfaringer knyttet til arbeidslivsintervensjon ReKom i Sverige. Se om det er diskrepans mellom intervensjonens intensjon og praksis.	Sverige Individuelle intervju med 8 ledere, to gruppeintervju med 5 arbeidslivssentre, med nøkkelrolle rekruttering: retur til arbeid.	4 hoved diskrepanser som kan gjøre implementering vanskelig: 1. Tidsaspekt for rekruttering 2. Ulikt perspektiv på helse og arbeidsevne. 3. Arbeidsplassens ansvar og støtte til den sykemeldte. 4. Uenighet om nytten av et såkalt forberedende møte i forbindelse med retur til arbeidsplassen.
<u>Shaw P, et.al:</u> A literature review describing the role of return to work coordinators in trial and interventions designed to prevent workplace disability.	2008	Review	Arbeidsplassintervensjon med fokus på koordinering mellom stakeholders	Intervensjonsstudier med en RTW koordinator .	Suksessfull RTW koordinering avhenger mer av kompetanse innen ergonomisk jobbtillrettelegging, kommunikasjon og konfliktløsningskompetanse enn medisinsk kompetanse. Prinsipal aktiviteter for RTW koordinator: involvere arbeidsplassen, tilrettelegging, planlegging, kommunikasjon og arbeide for enighet og gode løsninger for alle involverte.
<u>Van Duijn et.al:</u> <i>Barriers for early return to work of workers with musculoskeletal disorders. According to occupational health physicians and human resource managers.</i>	2004	Tverrsnitt Kohort Faktoranalyse	Modifisert arbeid og implementering av intervensjonen	Nederland Muskel lidelser	Studien viser ikke effekt men påviser mulige barrierer. 52 % av HR ledere og 54% av arbeidshelsearbeiderne mente at manglende kunnskap om effekt var den viktigste barrieren for implementering. 62 % HR rapporterte barrierer knyttet til misforhold mellom lav utdanning av hos den syke arbeidstakeren og eventuelle modifiserte arbeidsoppgaver som krever en annen utdanning.

5. Konklusjon:

Etter å ha gjennomført en systematisk kunnskapsoppsummering inspirert av og formet etter Cochrane og Campbell`s metodekrav er det nå grunnlag for å trekke en konklusjon vedrørende forskningsspørsmålet Nytt oppfølging?, med følgende underkategori: Hva sier forskningen om hvorvidt de tiltak/intervensjoner som blir iverksatt i Norge i dag er effektive i henhold til å redusere sykefraværet og å fremme en tidligere retur til arbeid.

Delvis sykemelding, fortrinnsvis gradert sykemelding blir oftere foreskrevet i alle de nordiske landene (Kausto et. al 2008), men pr. i dag viser forskningen i liten grad til effekter som klart taler for at gradert sykemelding eller aktiv sykemelding er positive i henhold til å redusere sykefraværet eller fremme en tidligere retur til arbeidet. Det forskningen så langt fremhever er at en økning i å foreskrive gradert sykemelding vil gi en økonomisk gevinst i henhold til utgifter til sykelønn i et kortsiktig perspektiv, men at dette ikke har effekt for lengden på sykefraværet(Østerås et. al 2010). En må da ta stilling til hvilke mål en har for intervensjonen, kortsiktig nedgang i utgifter eller fokus på individene og de gevinster det vil ha både for den enkelte og organisasjonen dersom personen kommer raskere tilbake i arbeid.

Det er også viktig å merke seg at i de studiene hvor diagnose er spesifisert så er intervensjonen i hovedsak studert ut ifra mennesker med ryggplager, muskel og skjelett plager. Ser man på oversikten over mest vanlige diagnoser for langtids sykefravær i Norge ser vi at gruppen mentale lidelser/psykologiske problemer er dominerende, det må derfor forskes mer på om hvilken effekt gradert og aktiv sykemelding har for denne gruppen.

Det foreligger heller ingen dokumentasjon på hva som er den mest effektive gradering (25 %, 50 % osv) jamfør Axellsson et. al 2010.

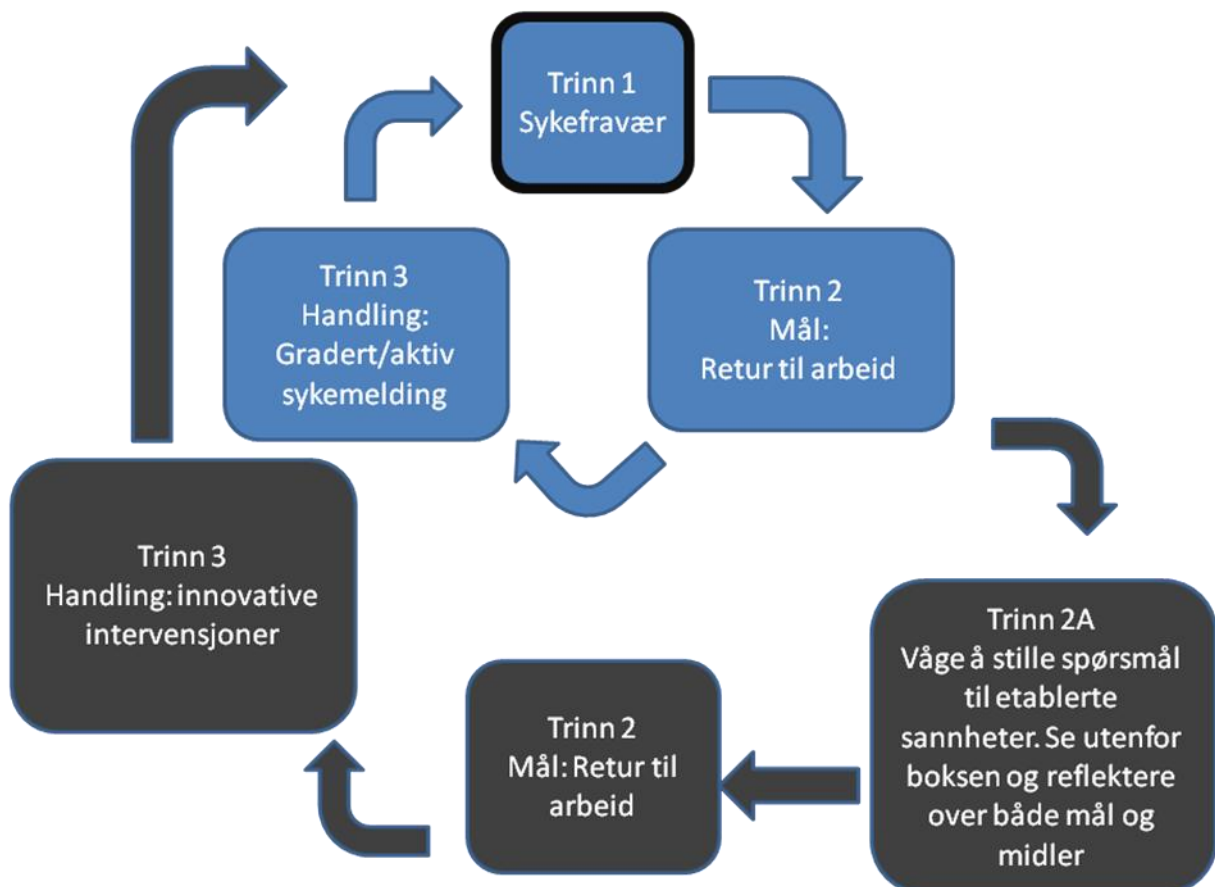
Ideen bak gradert sykemelding og aktiv sykemelding, er at den sykemeldte skal opprettholde kontakten med arbeidslivet, og at aktivitet i seg selv er et gode. Men som rehabiliteringsintervensjon må gradert sykemelding og aktiv sykemelding sees i sammenheng med andre intervensjoner. Et ensidig fokus på promotering av gradert/aktiv sykemelding vil ikke føre til en raskere retur til opprinnelig arbeidsstørrelse.

Dette taler imot IA avtalens sterke fokus på gradert sykemelding. Det må mer forskning til før en kan konkludere med at gradert sykemelding og aktiv sykemelding har en positiv effekt på sykefravær og retur til arbeidslivet. Dersom framtidig forskning skulle vise seg å være i tråd med eksisterende forskning er det viktig å være modig nok til å endre det sterke fokuset på gradert og aktiv sykemelding. Dette kan illustreres ved hjelp av Argyris og Shøn sin teori om enkeltkrets og dobbeltkretslæring (Argyris, Chris: *Theories of action, double loop learning and organizational learning*). Enkeltkretslæring vil i dette tilfellet kunne assosieres med et ensidig fokus på gradert og aktiv sykemelding. En er overbevist om at løsningen finnes innenfor denne intervensjonen. I dobbeltkretslæring blir det lagt inn en ekstra sløyfe i læringssirkelen. Denne ”omveien” stiller spørsmål til normer og mål, og om de samsvarer med samfunnets øvrige krav. Dobbeltkretslæring krever en mer åpen og reflektert tilnærming, en må være modig nok til å kunne se utenfor boksen, og stille spørsmål til om man gjør de riktige tingene, og ikke bare om vi gjør tingene rett.

Modell 1: læringsprosess: oppfølging og rehabilitering, ved hjelp av enkeltkrets og dobbeltkretslæring.

Blått = enkeltkrets

svart = dobbeltkrets



Når det gjelder identifiserte og inkluderte artikler/studier som har fokus på multidisiplinær rehabilitering så viser de mange likhetstrekk med de intervensjoner og den politikk som gjennomføres i Norge, jamfør Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 1998-99), Ny Arbeids- og velferdsforvaltning (St.meld. nr.9 2006-2007), Forskrift om arbeidsrettet rehabilitering (2007), Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), IA-avtalen og tiltak som Raskere tilbake. Det er derfor grunnlag for å kunne si at den politikk og de tiltak som gjennomføres via NAV og eksterne rehabiliteringsklinikker/institusjoner er i tråd med en multidisiplinær tilnærming til sykefraværproblematikken.

Multidisiplinær arbeidsplass intervensjoner har særlig vist en positiv effekt for mennesker med rygg, muskel og/eller skjelett lidelser. Når det gjelder den andre gruppen som dominerer i sykefraværstatistikken, mennesker med psykiske, mentale og/eller stresslidelser foreligger det ikke nok forskning til å kunne dokumentere samme positive effekt. Denne masterstudien har kun identifisert en RCT som ser på multidisiplinær intervensjon overfor mennesker med psykiske lidelser (Blonk et. al 2006), denne studien viser en positiv effekt men det trengs mer forskning for å kunne dokumentere at en modifisert utgave av multidisiplinær intervensjon opprinnelig utarbeidet for rygg, muskel og skjelett lidelser også er en effektiv intervensjon for mennesker med psykiske og stress relaterte lidelser.

Når det gjelder langtidsvirkninger av multidisiplinære arbeidsplassintervensjoner er Suoyrjò et. al 2009 svært interessant, denne studien identifiserer en U formet effekt utvikling av sykefraværet. Det er med andre ord nødvendig med ”påfyll” og oppfølging også i etterkant av intervensjonen. Hva som ligger i en slik type etteroppfølging er ikke klarlagt men vil være interessant å se nærmere på. I følge Loisel et. al vil multidisiplinær arbeidsplass intervensjon også være positiv i et langsiktig kost-nytte perspektiv(6 år).

På bakgrunn av dette konkluderer denne masterstudien med at multidisiplinær arbeidsplassintervensjon nytter med tanke på en reduksjon i sykefraværet og en tidligere retur til arbeidslivet.

Masterstudien konkluderer også med at IA avtalen, Rehabiliteringsmeldingen og satsningen Raskere Tilbake er i tråd med multidisiplinær arbeidsplassintervensjon tilnærming.

Det er viktig å understreke at det er grunnideen i multidisiplinær rehabiliteringsintervensjon som antas å ha denne effekten, det som er den store utfordringen er hvordan disse

intervensjonene blir implementert og gjennomført i alle de ulike NAV kontorene, arbeidslivssentrene, IA bedrifter og andre bedrifter. Multidisiplinær arbeidsplassintervensjon er som et tveegget sverd, den har potensial både til å redusere sykefraværet men også å øke sykefraværet, da implementeringen av intervensjonen berører mange parter og avhenger av effektiv koordinering, kommunikasjon og samarbeid om et felles mål.

Denne masterstudien har identifisert og inkludert studier som konkluderer med at koordinering og samarbeid i form av planlagte, ikke ad hoc, møter har en positiv effekt på reduksjon i sykefraværet og retur til arbeidslivet (Karrholm et. al 2006 og 2008). Karrholm et. al 2006 tar utgangspunkt i at rehabiliteringsmøtene gjennomføres annenhver uke, dette er mye oftere enn hva dialogmøter er pålagt å gjennomføres i Norge (Dialogmøte 1 mellom arbeidsgiver og arbeidstaker innen 12 uker, hvis fortsatt sykemeldt: Dialogmøte 2 initiert av NAV med alle involverte nøkkelpersoner senest innen 6 måneder). Det foreligger ingen dokumentasjon på effekt av dialogmøtene (verken dialogmøte 1 eller 2) slik de blir brukt i Norge i henhold til reduksjon i sykefravær eller en tidligere retur til arbeidslivet.

I avsnitt 2.5 s17 henvises det til Holger Ursin som mente at staten ”øser ut millioner” på tiltak som man ikke kjenner effekten av. På grunnlag av denne kunnskapsoppsummeringen kan man hevde at han har delvis rett, spesielt kjenner man ikke effekten av gradert/aktiv sykemelding og multidisiplinære intervensjoner for mennesker med psykiske, mentale og/eller stresslidelser, men man kjenner effekten av arbeidsrettet multidisiplinære intervensjoner for mennesker med skjelett, muskel og/eller rygg lidelser.

I juni (2010) ble delrapport 3 i evaluering av tilskuddsordningen Raskere tilbake offentliggjort. Evalueringen ble bestilt av regjeringen Stoltenberg og har blitt gjennomført av SNF, som er tilknyttet Handelshøyskolen i Bergen. Tall i fra denne evalueringen viser at det i 2008 var 22909 personer som mottok behandling gjennom Raskere tilbake i regi av spesialhelsetjenesten, og 4060 personer deltok på tiltak i regi av NAV. Det ble samlet brukt 758 millioner kroner på Raskere tilbake i 2008. Denne evalueringen har vurdert tiltakseffekt for de tiltak som er gjennomført i regi av spesialhelsetjeneste. Det vil si at det offentlige har kjøpt tjenester gjennom private medisinske institusjoner slik at ventetiden har blitt forkortet. Men selv om ventetiden er blitt forkortet (i snitt 18 dager når man ser medisinsk og kirurgisk behandling under ett) er det ikke en like klar sammenheng mellom forkortet ventetid og reduksjon i sykefraværet. De som har deltatt på Raskere tilbake tiltak har i gjennomsnitt 4.3 dager kortere sykepengeperioder sammenlignet med personer som mottar behandling

gjennom ordinære behandlingstilbud ved sykehusene. Effekten er mer tydelig når man analyserer gruppene hver for seg (subgrupper), i gruppen kirurgiske inngrep reduseres sykefraværet med rundt 14 dager i favør til Raskere tilbake pasienter. Evalueringen konkluderer med en klar kapasitetseffekt av Raskere tilbake intervensjonen. Evalueringen har ikke klart å konkludere med samme sykefraværsreducerende effekt når det gjelder Raskere tilbake intervensjoner innen psykiatri og arbeidsrettet rehabilitering i regi NAV og de regionale helseforetakene. Det betyr ikke at det ikke er en effekt, kun at evalueringen ikke har klart å gjennomføre tilfredsstillende analyser med det foreliggende datamateriale. Evalueringen hevder at Raskere tilbake samlet sett ikke er en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet er for liten.

Det er slående i denne evalueringen av Raskere tilbake intervensjonen at fokuset i så stor grad er rettet mot medisinsk behandling. Intensjonen til Raskere tilbake intervensjonen er en biopsykososial multidisiplinær rehabilitering hvor fokus på avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering blir trukket frem som avgjørende faktorer på lik linje med spesialhelsetjenesten og kjøp av ekstern behandling. Det kan da stilles spørsmål til om Raskere tilbake intervensjonen er gjennomført etter intensjonen, eller om det er evalueringen som har et ensidig medisinsk fokus.

Det har skjedd veldig mye i de siste 20 -25 årene når det gjelder håndtering av sykefravær. I Norge er dette særlig synlig gjennom NAV reformen, storsatsningen Raskere tilbake og IA avtalen. Overgangen fra biomedisinsk til biopsykososialt perspektiv har vært en stor omveltning i tilnærmingen overfor sykemeldte. Det er viktig å ta innover seg at endringsprosesser kan være krevende og ta lang tid. Selv om innholdet i rehabiliteringen og oppfølgingen har en dokumentert vitenskapelig effekt må man i fremtiden ha større fokus på implementering og gjennomføring. Dette må være en dynamisk og strategisk læringsprosess. Sykefraværshåndtering og sykefraværskforskning kan i større grad ta i bruk teorier i fra reguleringsteori, organisasjonsteori og endringsledelse når det gjelder tilnærming til gjennomføring og implementering av rehabiliteringsintervensjoner. Siden sykefraværshåndtering involverer og engasjerer så mange profesjoner og interessenter vil det også være behov for å utvikle et analytisk rammeverk som kan gjøre det lettere å danne seg et helhetsbilde. I del 6 (Diskusjon og anbefalinger) blir det blant annet presentert ideer og teorier i fra reguleringsteori, organisasjonsteori og endringsledelse som kan brukes i arbeidet med implementering og gjennomføring av rehabiliterings- og oppfølgingstiltak.

6. Diskusjon og anbefalinger

Denne masterstudien har tatt utgangspunkt i at vi har et for stort sykefravær. Det er noen som mener at dette ikke er tilfelle, og at det er media og politikerne som bruker dette som propaganda og ”valgflask”. I en rapport ”*Myter og fakta om sykefravær*” (rapport nr. 1 2010) laget av Manifest senter for samfunnsanalyse stiller de spørsmålstegn til hva som menes med for høyt sykefravær, og spør videre om det finnes et objektivt mål for ”passe” høyt sykefravær. I sin analyse mener de å kunne tilbakevise påstander som at sykefraværet i 2009 var rekordhøyt, at sykelønnsordningen hadde utgiftsrekord og at nordmenn har høyere sykefravær enn andre land som det er naturlig å sammenligne seg med. Rapporten hevder også at kravet om 20 % kutt i sykefraværet tilsvarer omtrent 7.5 milliarder kroner i årlig innsparing, og at hvis man ønsker å styrke velferdsstatens økonomiske rom med 7.5 milliarder årlig, kan dette gjøres på andre måter. ”*Å hente disse pengene i fra kutt overfor de sykemeldte eller ved skatteinngang i fra de bedrestilte, er et politisk valg*” (Manifest Analyse (1) Kap. 3 2010).

Denne masterstudiens hovedfokus er at uansett hvordan man definerer og analyserer statistikker over sykefravær, om det er rekordhøyt eller ikke, så er det menneske bak disse tallene. En tilpasset og riktig rehabilitering og oppfølging av hver og enkel av disse kan ha stor betydning for disse menneskene sine liv, det er det viktig å holde fast ved.

6.1 Kunnskapshull

Avslutningsvis vil denne masterstudien rette fokus mot de kunnskapshull som synes å være til stede i sykefraværsforskningen og i tilnærmingen til implementering og gjennomføring av intervensjoner som kan redusere sykefraværet og fremme en tidligere retur til arbeidslivet. Det synes også å være behov for et helhetlig analytisk rammeverk som kan bidra til en bedre forståelse for den reguleringen vi har for sykefravær.

6.1.1 Mer fokus på mental helse

Denne masterstudien har påvist at det er mangel på forskning som ser på sykefravær og mental helse. Både i forhold til hvilke intervensjoner som kan vise en positiv effekt, men også hva sykefravær gjør med vår mentale helse. Det pågår nå et spennende forskningsprosjekt som ser på sosiale faktorer ved sykefravær (prosjektleder er professor Rolf Rønning).

Utgangspunktet er at det å være syk er en sosial rolle som utformes i samspill med omgivelsene. Prosjektet ønsker å undersøke hvordan sosiale normer for sykefravær innvirker på sykefraværets utvikling. Dette ønsker de å gjøre ved å sammenligne omgivelsenes reaksjoner på diagnoser med usynlige symptomer som mentale helseproblemer og diffuse muskel og skjelettplager med diagnoser som lett aksepteres sosialt, for eksempel synlige ryggplager eller bruddskader.

6.1.2 Å forstå implementering og gjennomføring av rehabiliteringsintervensjoner som en endringsprosess, med fokus på kompetanse og utdanning

Implementering og gjennomføring av rehabiliteringsintervensjoner og oppfølgingstiltak har vist seg å være krevende. Som en følge av biopsykososial tilnærming er ansvaret for den sykemeldte nå fordelt på flere nøkkelpersoner. Dette stiller krav til koordinering og samarbeid for å nå målet om reduksjon i sykefraværet og en raskere retur til arbeidslivet. I den sammenheng kan det være hensiktsmessig å se nærmere på teorier vedrørende endringsprosesser. Som nevnt under del 5 viser en evaluering av Raskere tilbake intervensjonen at det ikke er fullstendig måloppnåelse mellom intensjonen og de faktiske resultatene. Enhver situasjon med manglende måloppnåelse tvinger de ansvarlige til å foreta seg noe, enten å justere aspirasjonsnivået eller proaktivt sette i gang endringsprosesser (Busch et. al 2007 s.11).

I sykefraværshåndteringen vil NAV, NAV arbeidslivssentre, leger og arbeidsgivere være de mest aktuelle endringsagentene for å kunne overføre NAV reformen og IA avtalens grunnideer og intensjoner til konkrete og praktiske tiltak som lar seg gjennomføre i en hektisk hverdag. Det er derfor avgjørende at disse nøkkelpersonene har kompetanse både om rehabilitering og endringsprosesser, hvordan komme fra A til B og nå målet om en reduksjon i sykefraværet og en raskere retur til arbeidslivet.

For å styrke kompetansen innenfor tverrfaglig rehabilitering er det opprettet et eget masterstudium ved Høgskolen i Bodø, og det er egne linjer for videre og etterutdanning innen yrkesrettet rehabilitering ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo og i Stavanger.

Også masterstudiet i Endringsledelse som denne masterstudien har utspring i fra vil være nyttig med tanke på endringsprosesser i forhold til gjennomføring og implementering av rehabiliteringsintervensjoner.

6.2 Forslag til analytisk rammeverk for helhetlig forståelse av sykefraværsregulering

Sykefraværshåndteringen og sykefraværsproblematikken er mye mer enn et spørsmål om effekter av intervensjoner, det handler også om politikk; sosial-, økonomisk- og reguleringspolitikk. Dette aspektet ved håndteringen av sykefravær har vært tydelig fremme i debatter og i media, men er så å si fraværende i eksisterende forskning i Norge. Dette er overraskende med tanke på hvor stor betydning dette har for landets velferdssystem.

En helhetlig forståelse for sykefraværshåndteringen vil virke inn på implementering og gjennomføring av rehabiliterings- og oppfølgingsintervensjoner. Selv om intervensjonen har vist positiv effekt i studier/forsøk kan det være vanskelig å overføre dem til andre land og samfunn. Hvordan en intervensjon blir implementert og gjennomført avhenger av flere faktorer enn effekter som kan påvises gjennom vitenskapelig forskning.

Å se sykefraværshåndteringen i et slikt overordnet perspektiv krever et rammeverk/analyseverktøy som inkluderer alle involverte aktører som er med på å forme den tilnærmingen vi som samfunn har overfor langtidssykemeldte og de som blir berørt av dette.

I en lærebok av Christopher Hood et. al: *The Government of Risk – Understanding Risk Regulation Regimes* (Oxford University Press 2003) blir et slikt overordnet rammeverk presentert. Rammeverket tar utgangspunkt i reguleringsteori, definert som myndighetenes innblanding i marked og sosiale prosesser for å kontrollere/regulere potensielle uheldige konsekvenser for helse og miljø. I dette perspektivet blir sykdom, risiko for sykdom og konsekvenser av sykdom ansett som en risiko som må reguleres av myndighetene. Teorien viser til Michael Power (1997) som hevder at det moderne samfunn blir mer og mer et kontrollsamfunn som responderer til risiko med større investering i formelle generaliserbare systemer for kontroll i stedet for å utvikle ikke-standard muligheter for å handle ut i fra uformelle kilder av intelligens (Hood et. al 2003 s.5). Dette er en utvikling som også er tydelig i reguleringen av sykefraværet, spesielt er NAV reformen et omfattende kontrollsystem som setter standarder for hvordan hver enkelt sykemeldt skal møtes og følges opp, med tidsfrister for dialogmøter og regler for utbetaling av sykepenger osv. Dette er en del av det byråkratiske samfunnet vi lever i, men har det også gjort oss blinde for individuelle hensyn? Som f. eks når er man klar til å møte til dialogmøter og utarbeide handlingsplaner i etterkant av sykdom eller ulykke? Det er ikke sikkert at dette alltid samsvarer med de frister

som er satt opp i lovverket. Som nevnt under avsnitt 2.1 s. 11 er det viktig å gjøre de riktige tingene, ikke bare gjøre tingene rett. Dette blir også illustrert i figur 2 om enkeltkrets og dobbeltkretslæring s. 96. Man må altså våge å stille spørsmål til etablerte sannheter, i dette tilfellet vil det være det store fokus på tidsfrister og at alle skal forholde seg til det samme regelverket uansett diagnose, mental helse og funksjonsevne. Kanskje hadde det her vært mer riktig med ikke standard løsninger og et utvidet fokus på individuelt tilpassede løsninger.

I Hood et. al 2004 blir det lagt vekt på at regulering av et risikoområde (sykefravær) bestemmes av flere ulike faktorer og disse ikke alltid er åpenbare. Av den grunn er det behov for et rammeverk som kan identifiserer hvorfor reguleringen er som den er.

Rammeverket har både en strukturell og en prosessorientert innfallsvinkel. Det gjør at reguleringen blir vurdert ut ifra et bredt spekter. På bakgrunn av denne analysen vil en ha en større mulighet til å vurdere om reguleringen på det nåværende tidspunkt er balansert og riktig, eller om den er i utakt med opinionen og næringslivet. Man vil også få et inntrykk av om håndhevingen av reguleringen står i stil med samfunnsnytt.

Rammeverket bygger på teori hentet fra forskning som går på å forstå regulering. En viktig forutsetning er såkalt cybernetic teori (Hood et. al s23) En cybernetic innfallsvinkel vil være å bestemme reguleringen ut ifra kontrollkomponenter som informasjon(i hvilken grad det er mulighet til å innhente og bearbeide informasjon), standardsetting (i hvilken grad det er uttalte mål om hva som bør være en standard og om det er enighet om målet), og atferdsendring (i hvor stor grad det er mulighet til å påvise og endre atferd i henhold til informasjon og standardsetting). Dersom en av disse komponentene ikke er til stede eller ikke fungerer tilfredsstillende, vil reguleringsområde ikke være under kontroll i henhold til cybernetisk teori. Analysen som bygger på cybernetic teori er prosess- og handlings orientert og ser på hvordan reguleringen fungerer i praksis. Med utgangspunkt i disse kontrollkomponentene har forfatterne av The Government of Risk utvidet rammeverket ved å legge inn en strukturell akse hvor de analyserer det gitte reguleringsregime etter **kontekst** (det vil si hvilke samfunnsmessige forhold reguleringen er skapt under, viktige komponenter her er politikk, marked, opinion og andre interessenter) og etter **innholdet** i selve reguleringen (det vil si størrelsen på reguleringen, strukturen i reguleringen og måten det blir gjennomført på). Denne kombinasjonen av to måter å analysere på vil gi en større bredde i analysen og en vil ha større mulighet til å sette seg inn i reguleringsens natur og om den oppfattes som passende i forhold til risikonivå.

Ved å ta i bruk et slikt analyseverktøy blir man oppmerksom på at det er en rekke faktorer som ikke er innlysende når man skal bestemme eller forstå reguleringen av sykefravær. Når det gjelder informasjonsinnhentning er det store utfordringer knyttet både til mangfold og mengde informasjon, men også til etiske begrensninger når det gjelder å gjennomføre kontrollerte forsøk hvor deltakerne er mennesker som er i en sårbar og vanskelig situasjon. Det stilles altså store krav til informasjonsinnhenting når det gjelder regulering av sykefravær. Her har man fortsatt et langt stykke igjen å gå før man kan si å være i balanse i cybernetisk teori.

Når det gjelder standardsetting er det i sykefraværsreguleringen mange utfordringer. Gjennom IA avtalen og NAV reformen har man blitt enige om retningslinjer og lovregler, men det er fortsatt politisk og offentlig debatt om dette er riktig måte å håndtere sykefraværsproblematikken (jamfør bl.a Holger Ursin, Bård Kuvaas s.18). Arbeidsmedisiner Ebba Wergeland sier i Stavanger Aftenblad 12. mars 2010 at det er en logisk brist mellom målene i IA avtalen. *”Hvis man skal inkludere flere eldre og kronisk syke, må man regne med at fraværsprosenten øker”*. Hun har i flere år ropt varsku om at det er farlig å bruke en nedgang i sykefraværet som suksessmål: *”Sykefraværsprosenten går like mye ned om to langtidssyke blir sagt opp, som hvis de kommer tilbake til jobbene sine etter tilrettelegging av dem. Målet om lavere fraværsprosent er farlig fordi det ikke skiller mellom utstøting og inkludering”*. Dette er et interessant moment vedrørende fastsettelse av standarder, hvilke mål er gjeldende og er målene i konflikt med hverandre?

Atferdsendring er en pågående og dynamisk prosess. NAV reformen og IA avtalen er i et historisk perspektiv nye måter å håndtere svært omfattende sider ved samfunnet. Som nevnt på s.99 krever store endringsprosesser et langsiktig perspektiv hvor fokus på kompetanse vedrørende sykefraværsdynamikken og endringsprosesser er avgjørende.

Når det gjelder innholdet i sykefraværsreguleringen slik den fremstår i dag så har deler av dette blitt beskrevet tidligere i denne masterstudien (se s.18-22), men for å få et helhetlig bilde må faktorer som trygdeordninger og økonomiske rammebetingelser også tas med. Når det gjelder kontekst, under hvilke samfunnsmessige forhold reguleringen finner sted, vil det være nødvendig å trekke inn politiske standpunkter, arbeidslivsorganisasjoner, fagforeninger, markedsinteresser, holdninger og meninger i fra opinionen for å kunne danne seg et helhetlig bilde av sykefraværsreguleringen.

Det pågår for tiden et forskningsprosjekt (finansiert av Forskningsrådet) ledet av Anniken Hagelund som ser nærmere på valget av politiske retningslinjer/instrumenter for å kontrollere sykefraværslivået, og i hvor stor grad den reguleringen som gjennomføres er et resultat av forhandlinger og kamper mellom politiske partier og parter i næringslivet. Dette prosjektet ønsker å stille spørsmål til ideene som ligger bak reguleringen, og å forstå dynamikken bak samtidens forsøk på å redusere sykefraværet gjennom politiske mål. Prosjektperioden er fra 1.8.09 og skal avsluttes 31.12.2012.

I tillegg til dette forskningsprosjektet er det behov for mer forskning som har et helhetlig utgangspunkt for å forstå den reguleringen man har overfor sykefravær i dag, da kan man i større grad gjennomføre rehabilitering og oppfølging som er til det beste for den enkelte sykemeldte, arbeidsplassen og samfunnet for øvrig. Dette er krevende og omfattende men det presenterte rammeverket kan være et godt utgangspunkt.

Rehabilitering og oppfølging av sykemeldte er fortsatt under utvikling, eksisterende forskning fremhever en multidisiplinær tilnærming, utfordringen videre vil være å utvikle gode rutiner for gjennomføring og implementering. Dersom man får til en bedre overføring i fra teori til praksis vil man være nærmere målet om en reduksjon i sykefraværet og en trygg og hensiktsmessig retur til arbeidslivet for den sykemeldte.

7. Litteraturliste:

- Andersen et.al: *Owner attitudes and self reported behavior towards modified work after occupational injury absence in small enterprises: a qualitative study.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 17: 107-121 2007
- Anema et.al 2004: *The effectiveness of ergonomic interventions on return to work after low back pain, a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sick listed for 3-4 months.* OCCUPATIONAL ENVIRONMENT MEDICINE, 61: 289-294
- Anema et.al: *Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both?* SPINE, 32 (3): 291-298 FEB 1 2007
- Axelsson et.al 2010: *Benefits and harms of sick leave: lack of randomized controlled trials.*
- Argyris, Chris: *Theories of action, double loop learning and organizational learning.* ORGANIZATIONAL LEARNING II, 1996
- Blaikie, Norman: *Designing social research.* Polity press Blackwell Publishing 2009
- Blonk et.al: *Return to work: a comparison of two cognitive behavioral psychological complaints of work related psychological complaints among self employed.* WORK & STRESS, 20 (2): 129-144 APRIL-JUNE 2006
- Bolman G. Lee & Deal et.al: *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse.* GYLDENDAL AKADEMISKE 4.utg. 2009
- Braathen et.al: *Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long term sick leave.* J REHABIL MED 2007; 39: 493-499.
- Briand, C et.al: *Work and mental health: Learning from return to work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders.* INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY 30 (4-5): 444-457 JUL-OCT 2007
- Busch, Tor et. al: *Endringsledelse i et strategisk perspektiv.* UNIVERSITETSFORLAGET 2007
- Bultman et.al 2009: *Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 19 (1):81-93 MAR 2009.

- Carroll et.al 2010: *Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long term sick leave; a systematic review of the effectiveness and cost effectiveness of intervention.* DISABILITY AND REHABILITATION, 32 (8): 697-621 2010
- Dellve et.al: Leadership in workplace health promotion projects: 1 and 2 year effects on long term work attendance. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 17 (5): 471-476 2007
- Durand et.al: Workplace interventions for worker with musculoskeletal disabilities. Descriptive review of content. JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 123-136 2007
- Eklund et. al 2004: *Partial sick leave – individual, workplace and health.*
- Ektor-Andersen et.al 2008: *High cost benefit of early team based biomedical and cognitive behavior intervention for long term pain related sickness absence.* JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE 40: 1-8 2008
- Elfving et.al: *What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with spinal pain participating in rehabilitation?* DISABILITY AND REHABILITATION, 31 (16): 1318-1327, 2009.
- Friesen et.al 2001: Return to work: the importance of human interaction and organizational structures. WORK 17: 11-22 2001
- Forskrift om arbeidsrettet rehabilitering 2007 www.lovddata.no
- Gard et.al 2004: How can a work rehabilitation process be improved? A qualitative study from the perspective of social insurance officers. DISABILITY AND REHABILITATION, 26 (5): 299-305 2004
- Goine et.al: *Sickness absence and early retirement at two workplace-effects of organizational intervention in Sweden.* SOCIAL SCIENCE & MEDICINE 58: 99-108 2004
- Hood, Christopher et.al: *The government of risk; Understanding risk regulation regimes.* Oxford University Press 2004
- Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: *Slik oppsummerer vi forskning.*
- Jensen, IB et.al: *Cost effectiveness of two rehabilitation for neck and pain patients: a seven year follow up* PAIN 142 (3): 202-208 APR 2009

- Johansson, et.al 2006: *Return to work and adjustment latitude among employees on long term sickness absence*. JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 16 (2): 185-195 JUN 2006
- Josephson et.al: *Influence of self-reported work conditions and health on full, partial or no return to work after long term sickness absence*. SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK ENVIRONMENT & HEALTH, 34 (6):430-437 DEC 2008
- Karjalainen et.al: *Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal disorders*. THE COCHRANE LIBRARY
- Karrholm et.al: *Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi professional, a client centered and solution oriented co-operation*. DISABILITY AND REHABILITATION, 28 (7): 457-467 APR 2006
- Karrholm et.al: *Systematic cooperation between employer, occupational health service and social insurance office: a six years follow up vocational rehabilitation for people on sick leave, including economic benefits*. DISABILITY AND REHABILITATION, 30 (19): 1461-1472 2008
- Kausto et.al 2008: *Partial sick leave – review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries*. SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK ENVIRONMENT & HEALTH, 34 (4): 239-249 2008
- Kuoppala et.al 2008: *Rehabilitation and work ability: a systematic literature review*. JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE, 40 796-804 2008
- Lander et.al: *Can we enhance the ability to return to work among workers with stress related disorders*. BMC Public health, 9:art.no 372 OCT 2009.
- Lambeek et.al: *An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial*. BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS 10: 147 2009
- Landstad et.al: *Factors explaining return to work for long term sick workers in Norway*. DISABILITY AND REHABILITATION, 31 (15): 1215-1226, 2009.
- Landstad et.al: *Long term sick workers experience of professional support for re-integrating back to work*. WORK- A JOURNAL OF PREVENTION ASSESSMENT AND REHABILITATION, 32 (1): 39-48, 2009
- Lie et.al: *“Inclusive Working Life” in Norway – Experience from Models of good practice” enterprises*. CROAT MED J, 49: 553-560 2008

- Loisel, P, et. al: *Cost benefit and cost – effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study*. OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE 69 (12): 807-815 DEC 2002
- Loisel et.al: *Prevention of Work Disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence*. JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH 15 (4) 2005
- Mac Eachen et.al: *Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury*. SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK, ENVIRONMENT & HEALTH 32 (4): 257-269 2008
- Manifest Analyse: *Myter og fakta om sykefravær*. RAPPORT NR. 1 2010
www.manifestanalyse.no
- Morgan, Gareth, *Organisasjonsbilder- innføring i organisasjonsteori* Gyldendal Norsk Forlag AS 2004
- Martimo et.al: *Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area*. BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS 9:23 2008
- Martimo et.al 2002: *Effectiveness of early part time sick leave in musculoskeletal disorders*. BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS, 9: Art.No. 23 FEB 25 2008
- Mortelmans et.al: *Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patients work resumption controlled intervention study*. OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE, 63 (7): 495-502 JUL 2006
- Mussener et.al: *Positive experience of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long term sick leave*. JOURNAL OF REHABILITATION MEDECINE, 40 (10): 805-811 NOV 2008
- Mussener et.al: *Encouraging encounters: sick listed persons experiences of interaction with rehabilitation professionals*. SOCIAL WORK IN HEALTH CARE, 46 (2): 71-87 2008
- NAV Arbeids- og velferdsforvaltningen www.nav.no
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering www.lovdatabase.no
- Nordlund et. al: *Multidisciplinary interventions: reviews of studies of return to work after rehabilitation for low back pain*. JOURNAL OF REHABILITATION MEDECINE, 41: 115-121 2009

- Nordmark et.al: *A two year follow up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care emphasis on vocational support.* SCANDINAVIAN JOURNAL RHEUMATO, 35: 7-14 2006
- Nieuwenhuijsen et.al 2009: *Intervention to improve occupational health in depressed people.* THE COCHRANE LIBRARY
- Nieuwenhuijsen et.al: *Supervisory behavior as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems.* OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE 61: 817-823
- Nystuen et.al: *Solution focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomized controlled trial.* BMC PUBLIC HEALTH, 6: Art. No. 69 MAR 16 2006
- Pransky et.al: *Disability prevention and communication among workers, physicians, employers and insurers – current models and opportunities for improvement.* DISABILITY AND REHABILITATION 26 (11): 625-634
- *Rapport om tiltak for reduksjon i sykefraværet (3 feb. 2010)*
www.regjeringen.no/arbeidsdepartementet
- Shaw et.al: *A literature review describing the role of return to work coordinators in trial and interventions designed to prevent workplace disability.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION 18: 2-15 2008
- Sheel et.al: *Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients.* SPINE, 27 (23): 2734-2740 DEC 1 2002
- Sheel et.al: *A call for action – A randomized controlled trial of two strategies to implement active sick leave for patients with low back pain.* SPINE, 27 (6): 561-566 MAR 15 2002
- Sheel et.al: *Active sick leave for patients with back pain. Al the players onside, but still no action.* SPINE, 27 (6): 654-659 MAR 15 2002
- Stenstra et.al: *The effectiveness of graded activity for LBP in occupational healthcare.* OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE, 63 (11): 718-725 NOV 2006
- Stenstra et.al: *Economic evaluation of multi stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain.* ECONOMIC JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION 16 (5): 575- 578 2006

- Stenstra et. al 2009: *What works best for whom? An exploratory subgroup analysis in a RCT on the effectiveness of a workplace intervention in LBP patients on return to work.* SPINE,34 (12): 1243-1249 MAY 20 2009
- Sieurin et.al: *Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part time sick leave.* SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 37 (1): 50-56 JAN 2009
- Statistisk Sentralbyrå SSB www.SSB.no
- St.meld. nr. 21 1998-1999: Rehabiliteringsmeldingen www.lovddata.no
- St.meld. nr. 9 2007: Ny arbeids og velferdsforvaltning www.lovddata.no
- Sullivan et.al: *Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 15 (4): 475-489 DEC 2005
- Suoyrjøl et.al: *The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk: an observational study.* OCCUPATIONAL ENVIRONMENTAL MEDICINE 66: 235-242 FEB 2009
- Taimela et.al: *The effectiveness of two occupational health intervention programs in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomized controlled trials.* OCCUPATIONAL ENVIRONMENTAL MEDICINE 65: 236-241
- The Cochrane Handbook: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2 (updated September 2009) www.cochrane-handbook.org
- The Campbell Collaboration: *The work by Campbell and others on validity* 5.1 <http://siteresources.worldbank.org>
- Tjulien et.al: *Experience of the implementation of Multi Stakeholders return to work program.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 19 (4): 409-418 DEC 2009
- Van Duijn et.al: *Barriers for early return to work of workers with musculoskeletal disorders. According to occupational health physicians and human resource managers.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 14 (1): 31-41 MAR 2004
- Van Duijn et.al: *Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints.* JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE, 40 (7): 576-581 JUL 2008

- Van Oostrom et.al: *Development of a workplace intervention for sick listed employees with stress related mental disorders: Intervention mapping as a useful tool.* BMC HEALTH SERVICES RESEARCH, 7: Art. No. 127 AUG 15 2007
- Van Oostrom et. al: *A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 19 (2): 212-222 JUN 2009
- Wallstedt-Paulsson et. al 2008: *Outcome of work rehabilitation for people with various disability and stability at one year follow up.* WORK- A JOURNAL OF PREVENTION ASSESSMENT AND REHABILITATION, 31 (4): 473-481 2008
- Weiler et.al: *Outpatients rehabilitation of workers with musculoskeletal disorders using structured workplace description.* INTERNATIONAL ARCHIVES OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH, 82 (4): 427-434 MAR 2009
- Young et.al: *Return to work experience: Prior to receiving vocational services.* DISABILITY AND REHABILITATION 31 (24) 2013-2022 2009
- Østerås et.al: *Structured functional assessments in general practice increased the use of part time sick leave: a cluster randomized controlled trial.* SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 38 (2): 192-199 MAR 2010
- Aas et.al: *Leadership Qualities in the return to work process: A content analysis.* JOURNAL OF OCCUPATIONAL REHABILITATION, 18 (4): 335-346 DEC 2008

8. Kildehenvisninger:

Kildehenvisninger til uttalelser hentet i fra media:

Bjurstrøm, Hanne, *Om effekt av gradert sykemelding* Stavanger Aftenblad 10.03.10.

Bjurstrøm, Hanne, Pressemelding nr.12 24.02.2010

Kristiansen, Ivar Sønbo: *Sykefravær skyldes dårligere moral.* NRK Nyheter. NO

www.nyheter-nrk.no

Kuvaas, Bård: *Sykefravær som fortjent* Aftenposten.no 17. JAN 2010

<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article> 3468833 ece

Mæland, John Gunnar: *Forskning om sykefravær* Dagbladet.no SEPT. 2006

www.dagbladet.no/debatt/kronikk

Oftedal, Erik *Lovpålagt dialogmøter fortsatt en stor utfordring* Nyhetsmagasinet Kompetanse

<http://www.infotjenester.no>

Stoltenberg, Jens: *Mer av det som virker* Siste.no

<http://www.siste.no/innenriks/politikk/article> 4991842 ece

Ursin, Holger: *Ingen vet om rehabilitering virker* Dagens Næringsliv 1. FEB 2010

<http://avis.dn.no/artikkel/avis/article> 392633 ece

VEDLEGG.1: oversikt over xl.ark inkluderte og ekskluderte artikler

Author	Year	Full tekst	Exkluderet	Inkluderte studier	Methods
part time sickleave OR partial sick leave OR partial sickness absence ISI					
Axelsson I	2010	x		om trender +mangel på rct	review RCT
Osteras N	2010	x		økning i parttime påvirk. På sykefrav.	RCT
Anema JR	2009	x	ingen intervensjon exploratory analyse		
Elfving B	2009	x		måler både full og part return	prospektiv cohort
Noordik E	2009	x	exkl. Er en protokoll		
Sieurin L	2009	x		konekvenser av sykefravær	spørreunders.
Sjøstrøm R	2008	x	ikke arbeidsrelatert		
Josephson M	2008	x		x	
Kausto J	2008	x		x	Review
Flach PA	2008	x	<u>forslag til verktøy</u>		cross sectional
Martimo	2008	x		protokoll	
Martimo	2007	x	exkl. Ikke intervensjon		
Heijbel, B	2006	x	ikke intervensjon men selvinnsikt		Cohort
Johansson, G	2006	x	exkl. Ikke intervensjon		spørreunders.
Mananoil	2003	x	exkl. Ikke intervensjon		
Taylor W	2001	x	exkl.		
Marnetoft	2001	x	exkl. ikke intervensjon		
Ljungkvist	2000	x	exkl. Ingen RTW		
Multidiplinær rehabilitering med workplace intervention					
Anema JR	2004	x		ergonomisk workplace interventions	prospective cohort
Braathen TN	2007	x		rauland rehabiliteringssenter	RCT
Bultman	2009	x		coordinated and tailored (CTWR)	RCT
Anema JR	2007	x		workplace interventions	RCT
Carroll C	2009	x		workplace interventions	Review
Carrolli C	2009	x		x workplace involvment	Review

Ektor Andersen	2008	x		tidlig kontakt rehab+bruker komb inter	spørreund +intervjuer
Fleten	2006			brev hvor info om modifisert arbeid	RCT
Hagen	2000	x	ikke arbeidsplassorientert		
Hlobil H	2005-07	x	exkl. Ikke workplace intervention		
Goine	2004	x		finansiell support/ar.intervensjoner	cohort matced pairs
Karjalainen	2004	x		x besøk på arbeidsplassen	RCT
Kool	2005	x	ikke arbeidsplassorientert		RCT
Kuoppala	2008	x		effekt arbeidslivsintervensjoner	Review
Lambeek LC	2007	x	protokoll		RCT
Lambeek LC	2009	x		fokus på implementering RTW int.	RCT
Lie Arve	2008	x		best practise inkluderende arbeidsliv	spørreskjema/analyse
Lindell O	2008	x	exkl. Terapi		
Loisel	2005	x		x	Review
Young Amanda	2009	x		pain vs enviromental faktorer	kvalitativ
Marhold	2001	x	exkl.?		
Nordmark, B	2006	X		multidisiplinær/workvisit/dialog/ drugs	observasjonsstudie 2år
Nordlund	2009	x		multidisp.LBP	Review
Nieuwenhuijsen	2009	x		medisinsk vs arbeidsinterven. Depres	cochrane review
Steenstra	2003	x	protokoll		
Steenstra	2006	x		x	RCT
Steenstra	2006	x		kombinere flere intervensjoner ga	RCT
Steenstra	2009	x		eldre + tidlige sykdomshistorie	subgroup analyse RCT
Sullivan MJL	2005	x		paradigmeskifte	review
Streibelt	2009	x	arbeidsfunksjonsevne sykehus		RCT
Suoyrjō	2009	x		8 års oppfølging multidisp.rehab	matched pair
van den Hout	2003	x	exkl. Terapi		
van Oostom	2007	x	kansje eller i innledn.	utvikle intervensjon LBP - mental	fokusgruppe

va Oostrom	2008	x	protokoll		RCT
van Oostom	2009	x	ingen effekt, kan brukes i innl.mental		Review
Kaarholm	2006	x		co operation + økonomisk effekt	matched pair
Kaarholm	2008	x		6 års follow up fra 2006 NB!	matched pair
Karjalainen	2009	x		multi.d. rehab fibromyalgi	cochrane review
Wallstedt Paulsson	2008	x		langtidsvirkninger etter rehabilitering	registerdata+spørreskjema
Weiler	2009	x		strukturert kontakt stakeholders	registerdata/sickleave
Active sick leave AND modified work AND reduced workhours					
Franche,RL	2005	x		evidens intervensjoner	review
Kool	2007	x	ekskludert knyttet til trening		
Rasmussen,K	2005	x	<u>ikke arbeidsplassorientert</u>		spørreund.
Schroer,CAP	2005	x	org.struktyur?kultur ingen intervensjon		prospektiv
Sheel,I	des.02	x		x Blind faith	RCT
Sheel,I	nov.02	x		x koordinering aktiv sykemelding	kvalitativ intervju
van Duijn	2005	x		modified work	
van Duijn,M	2008	x		recurrent sick leave	
van Duijn,M	2004	x		implementering/koordinering/mo dell	spørreund.
van Rhenen	2008	x	ikke sykemeldte / forebyggende		
Werner, EL	2008	bestille			
Werner, EL	2007	x	ingen RTW intervensjon		
Johansen	2006	x		x modifisert arbeid	tilbakeblikk
Ansvar arbeidsplassen AND supervisor AND casemanagemment AND sickleave					
Blonk	2006	x		CBT vs brief CBT+labouexpert	comparison RCT
Andersen, LP	2007	x		x ansvar små virksomheter/samarbeid	kvalitativ
Dellve	2007	x		leders ansvar holdninger strategi hms	
Hansen A	2004	x	måler ikke effekt, men faktorer Exkl.		
Holmgren	2006	x	måler ikke effekt, hva bransjen		

			mener		
Friesen MN	2001	x		faktorer+ og- RTW	fokusgruppe
Labriola	2006	x	måler ikke effekt, men faktorer Exkl.		Cohort
Landstad	2009	x	velferdssystemet		
Landstad	2009	x		erfaringer oppfølging	
Larsson, A	2003	x	måler ikke effekt, men ser på erfaringer		
Tveito	2008	x	ikke sykemeldte, forebygging		
Mac Eachen	2006	x		gjennomgang kvalitative studier	review
Mortelmans,AK	2006	x		informasjonsassymetri ml. Physicians	ikke randomisert
Mortelmans,AK	2007	x	kommunikasjon ml leger		CT
van Gestel	2009	x	politikk/HR i Nederland		Cohort
Durand	2000	x	hospital treatment		observasjonsstudie
Durand	2006	x		3 objective w interventions NB	review
Gard	2004	x		erfaringer fra arbeidslivssentre	review
Gobelet	2007	x	ingen intervensjon		kvalitativ
Joiling	2006	x	lege intervensjon		
Ohlesenski	2001	x	ingen intervensjon/mer en anbefaling		spørreskjema/analyse
Pransky	2004	x		stakeholders/kommunikasjon	Review
Rosenthal	2007	x	ikke sykemeldte		
Shaw W	2008	x		x stakeholders/koordinering RTW	review
Shaw	2007	x	eksplorernde/hvilke type beh.finnes		review
Shultz	2007	x	ingenting om effekt/eller sykemeldt		Review
Soeker	2008	x	holdninger/roller		
Tjulin	2009	x		implementering	kvalitativ/intervju
Williams	2002	x	har info om disability management +		Review
Klanghed	2004	x	interaksjon rehab. Proffesions		kvalitativ
Mussener	2008	x		interaksjon with professionals	kvalitativ

Mussener	2008	x		interaksjon with professionals	spørreskjema/analyse
Nieuwenhuijsen	2004	x		aspekter ved lederatferd RTW	longitudinell cohort
Aas	2008	x	leadership Q valued in RTW		
Individuell follow up					
Nystuen P	2006	x		problemløsning VS usual care	RCT
Lander	2009	x		ind.samt+workpl.meetings vs uc	kontrollert intervensjon
Søderberg	2004	x	ingen intervensjon men prof. Sup.pl.		kvalitativ
Taimela	2008	x		high risk+2intervensjoner	long.cohort +RCT
EKSKLUDERTE					
Andren	2007	x	ikke arbeidsintervensjon		
Ahlgren	2005	x	ingen intervensjon		
Amilion	2009	x	temporary workers		
Asmundsdottir	2010	x			
Bergstrøm G	2008	x	ikke arbeidsintervensjon		
Bonde	2005	x	pasient/klinikk		
Brink	2008	x	klinisk vurdering av funksjonsevne		
Drews	2007	x	sosialmedisinsk intervensjon		
Fahle G	2009	x	ekkludert		
Grossi		x	ikke arbeidsintervensjon		
Hansen	2006	x	eksplorerende faktorer/ikke effekt		
Hanssen	2009	x	ikke arbeidsintervensjon		
Henrekson	2004	x	forsikringsordninger		
Kiviesto	2008	x	politkk/finland		
Lysgård	2005	x	ikke arbeidsintervensjon		
Lærum	2006	x	klinisk		
Mitra	2009	x	gi råd til USA		
Norrby	2006	x	klinisk/terapi		
Reiso	2004	x	fokus på leger		
Lundegård		x	trauma/behandling		
Søggård	2009	x	psykiatri/klinisk		
Thorslund	2007	x	terapi		
Treble John	2008	x	ikke arbeidsintervensjon		

Tveito	2009	x	fysisk trening	
Anema	2010	x	politikk ulike land	
Chamberlaine	2009	x	fokus på leger/utdanning	
Ekbladh	2004	x	sykehus intervensjon	
Grossi		x	stress management	
Heymans	2006	x	ingen intervensjon	
Wallman	2009	x	disability pension	
Grahn	2000	x	besøk på arb.p men måler motivasjon	cohort
Millet	2009	x	om svensk utbredelse arb.l. tiltak	
Øyeflaten	2008	x	om å takle frykt	
Selander	2002	x	gamle data 1980-2000	
Selander	2007	x	ingen intervensjon	spørreund.

