



International Research Institute of Stavanger

Kjersti L. Ellingsen, Elisabeth Kiær,  
Merete Labriola, Randi W. Aas

## Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær

En kunnskapsoppsummering av nordisk  
forskningslitteratur

Rapport IRIS - 2010/049

Prosjektnummer: 7202084  
Prosjektets tittel: Kunnskapsoppsummering om arbeidsrettede tiltak for personer med helseplager  
Oppdragsgiver(e): Arbeids- og velferdsdirektoratet  
ISBN: 978-82-490-0675-5  
Ny revidert utgave.

Stavanger, 6. januar 2011

Randi Wågø Aas  
Prosjektleder / forskningssjef

Astrid Solberg  
Kvalitetssikrer

Gottfried Heinzerling  
Direktør Samfunns- og næringsutvikling



## Forord

Formålet med dette prosjektet var å presentere nyere nordisk forskningslitteratur om arbeidsrettede tiltak for personer med helseplager. Rapporten er utført på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, der IRIS ble valgt som leverandør. Utlysningen tok utgangspunkt i St. meld.nr 9 (2006-2007) der det ble hevdet at det foreligger mye norsk og internasjonal forskning om effekter av ulike arbeidsrettede tiltak generelt, men mindre i forhold til personer med helserelaterte trygdeytelser. For å ha et bredere kunnskapsgrunnlag i forhold til å kunne foreslå, utvikle og implementere tiltak for denne målgruppen, eksisterte det et behov for en oppsummering av nyere forskningslitteratur vedrørende effekter av arbeidsrettede tiltak.

Følgende seks tiltak ble søkt etter i forskningslitteraturen; gradert sykmelding, aktiv sykmelding, tilretteleggingstilskudd, arbeidsplassvurdering, dialogmøter og individuell oppfølging. Rapporten omhandler 12 studier der noen av disse tiltakene inngår i en ren utgave eller som en kombinasjonspakke av flere tiltak. Det har vært en utfordring å finne gode studier som gir entydige svar på om tiltakene har effekt. Med dette som utgangspunkt er det i rapporten også gjort en kort beskrivelse av innholdet i de inkluderte studier, og av hvilke kjennetegn og betingelser som bør være tilstede for at tiltakene skal ha effekt. Dette kan også ha en nytteverdi ved valg av tiltak.

Vi takker Arbeids- og velferdsdirektoratet NAV for oppdraget og for godt samarbeid underveis.

Stavanger, 06.01.2011

Prosjektgruppen ved IRIS;  
Kjersti Lunde Ellingsen  
Elisabeth Kiær  
Merete Labriola  
Randi Wågø Aas





## Andre relevante publikasjoner fra PreSenter

*Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte* (Aas RW 2009). Gyldendal Akademisk.

*En intervjuundersøkelse om tiltak for å redusere sykefraværet i grunnskolen* (Kiær E, Aas RW, Ellingsen KL, Solberg A). IRIS-rapport 2010/183. Tilgjengelig på [iris.no/samfunns-og næringsutvikling/sykefravær og inkludering](http://iris.no/samfunns-og-næringsutvikling/sykefravær-og-inkludering).

*En spørreundersøkelse om tiltak for å redusere sykefraværet i grunnskolen* (Kiær E, Aas RW, Solberg A, Ellingsen KL). IRIS-rapport 2010/184. Tilgjengelig på [iris.no/samfunns-og næringsutvikling/sykefravær og inkludering](http://iris.no/samfunns-og-næringsutvikling/sykefravær-og-inkludering).

*Hva forklarer forskjellene i sykefravær mellom 30 barne- og ungdomsskoler?* (Aas RW, Solberg A, Kiær E, Ellingsen KL). IRIS-rapport 2010/190. Tilgjengelig på [iris.no/samfunns-og næringsutvikling/sykefravær og inkludering](http://iris.no/samfunns-og-næringsutvikling/sykefravær-og-inkludering).

*Arbeidsfokus i et gruppetilbud for deltakere med ervervet hjerneskade* (Hellem I, Aas RW). IRIS-rapport 2010/185. Tilgjengelig på [iris.no/samfunns-og næringsutvikling/arbeidsrettet rehabilitering](http://iris.no/samfunns-og-næringsutvikling/arbeidsrettet-rehabilitering).

*Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade: Pasientgrunnlag, innhold og nytteverdi* (Ellingsen KL, Kiær E, Aas RW, IRIS-rapport 2010/186). Tilgjengelig på: <http://bit.ly/eH9Rq3>.

*Hvilke holdninger og handlinger skaper en kultur for nærvær og inkludering. En kvalitativ studie* (Lønningdal I, Aas RW, Kiær E, Mørk G). IRIS-rapport 2010/126. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/gDBRxV>.

*Tilbakeføring til arbeid. Relasjonen mellom leder og sykmeldt* (Solberg A, Aas RW). IRIS-rapport 2010/102. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/h7XtTd>.

*IA-forankring i ledelsen: Hva må virksomheter gjøre / ha på plass for å redusere sykefraværet og oppnå et mer inkluderende arbeidsliv (IA)? En kvalitativ studie* (Mørk G, Aas RW, Kiær E, Ellingsen KL, Lønningdal I). IRIS-rapport 2009/157. Tilgjengelig på <http://bit.ly/gUzmFS>.

*Fysio- og ergoterapeuters råd og anbefalinger om tilrettelegging på arbeidsplassen* (Aas RW, Merkus SL, Kiær, E). IRIS-rapport 2009/042. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/frt4jU>.

*Arbeidsdeltagelse etter hjerneskade. Hemmende og fremmende faktorer* (Ellingsen KL, Aas RW). IRIS-rapport 2008/016. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/fNW6MI>.

- Innsatskommuner sykefravær: Problem, mål, tiltak og suksesskriterier* (Aas RW, Skaugen BH). IRIS-rapport 2007/094. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/h8ecpW>.
- Sykefraværarbeid - en håndbok. Fundamenteringstiltak, persontiltak og prosjekttiltak* (Aas RW, Skaugen BH). IRIS-rapport 2007/143. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/eVsGxF>.
- Evaluering av kompetanseutviklingsprogrammet - Klinisk fagstige* (Aas RW, Holte KA). IRIS-rapport 2004/041. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/ifSroM>.
- Implementering av WHOs ICF innen syv utdanninger: Ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosionom, sykepleie og vernepleie* (Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL, Lorentzen T). IRIS-rapport 2008/270. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/eUKreZ>.
- Internasjonal litteratur om ICF fra 2008* (Aas RW, Ellingsen KL, Hellem I, Lønningdal I). IRIS-rapport 2008/271. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/h5zLGP>.
- WHOs ICF. Nasjonal offisiell presentasjon* (Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL). IRIS-rapport 2008/256. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/ezpzCA>.
- Forblir i jobb. Evaluering av forsøk med tidsubestemt lønnstilskudd (TULT)* (Hansen T, Neset T, Spjelkavik Ø, Børing P). AFI, C 2010. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Arbeidsrettede tiltak for unge med funksjonsnedsettelse. En kunnskapsoversikt* (Rusnes I). AFI-notat 2010:2. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Arbeidsgiverløs. Evaluering av pilotprosjekt – Underveisrapport* (Schafft A, Spjelkavik Ø). AFI-notat 2010:6. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Hva kan vi lære av gode eksempler på sykefraværarbeid?* (Wathne CT). AFI-notat 2009:3. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Nye muligheter for jobb med tidsubestemt lønnstilskudd? Evaluering av forsøk i fem fylker.* AFI-notat 2008:3. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia. En kunnskapsstatus* (Schafft A). AFI-notat 2008:4. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Programmet FARVE (Forsøksmidler arbeid og velferd). Kunnskapsstatus tema 1: Sykefravær* (Gamperiene M, Grimsmo A, Enehaug H). AFI-notat 2007:11. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Impression of Supported Employment. A study of some European Supported Employment services and their activities* (Spjelkavik Ø, Evans M). AFI-notat 2007:8. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).
- Supported employment or segregated rehabilitation? Vocational rehabilitation and the idea of "rapid job placement". A literature review* (Spjelkavik Ø, Frøyland K, Skardhamar T). AFI-notat 2006:2. Tilgjengelig på [afi-wri.no](http://afi-wri.no).

## Innhold

1	SAMMENDRAG.....	1
2	INNLEDNING.....	5
	2.1 Oppdraget .....	5
	2.2 Bakgrunn .....	5
3	MÅL .....	8
4	MATERIALE OG METODE.....	9
	4.1 Design.....	9
	4.2 Datainnsamling .....	9
	4.3 Materialet.....	10
	4.4 Analyse av de inkluderte studiene.....	11
5	RESULTATER.....	13
	5.1 Oversikt over de inkluderte studiene.....	13
	5.2 Beskrivelse av de tolv inkluderte studiene .....	18
	5.2.1 Koordinert og skreddersydd tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering til sykmeldte .....	18
	5.2.2 Postsendt informasjon og spørsmål til sykmeldte .....	19
	5.2.3 Ergonomisk tilrettelegging for langtidssykmeldte .....	20
	5.2.4 Struktur og dialog ved tilbakeføring av langtidssykmeldte .....	21
	5.2.5 Løsningsfokusert oppfølging av langtidssykmeldte .....	22
	5.2.6 IA-arbeid i suksess-bedrifter .....	23
	5.2.7 Involverte aktørers erfaringer med et tilbakeføringsprogram .....	24
	5.2.8 Forbedring av arbeidsrehabiliteringsprosessen .....	25
	5.2.9 Kartlegging av arbeidsrollen for klienter utenfor arbeidslivet .....	26
	5.2.10 Relasjonen mellom langtidssykmeldte og fagpersoner .....	27
	5.2.11 Bedriftseiers holdninger til å tilpasse arbeidet ved arbeidsrelatert fravær .....	28
	5.2.12 Gradert sykmelding .....	29

6	DISKUSJON.....	31
6.1	Tematisk diskusjon.....	31
6.2	Metodiske begrensninger.....	34
7	REFERANSER.....	37



## Begreper

Litteraturen som oppsummeres i denne studien er engelspråklig, så vi har her gjengitt hvilken oversettelse vi har benyttet på de begreper som brukes hyppig i studiene. Når den enkelte studie bruker termen Social insurance office så oversettes dette med NAV, selv om studien er utført i andre land der trygd og sosialforskning er organisert anderledes enn i Norge.

Under følger en alfabetisk liste over engelske begreper med norske oversettelser:

Engelsk begrep	Norsk oversettelse
Accommodation	Tilrettelegging eller tilpasning
Case management	En metode for å koordinere behandling/rehabilitering av brukere/ansatte/pasienter
Ergonomic intervention	Ergonomiske tiltak, som tilrettelegging av arbeidsoppgaver og arbeidsplassen, eller opplæring i ergonomi
Insurance institutions	NAV-institusjoner / Trygdeinstitusjoner
Intervention	Intervensjon eller tiltak
Modified work	Tilpasset arbeid, spesielt i forhold til reduserte eller endrede krav
Occupational Health Service	Bedriftshelsestjeneste (BHT)
Rehabilitation professionals	Fagpersoner innen rehabiliteringsfeltet
Return to work (RTW)	Tilbakeføring til arbeid
Roundtable discussions	Dialogmøte
Social insurance office	NAV
Stakeholders	Nøkkelpersoner eller interessenter, ofte brukt om arbeidsgiver/arbeidstaker eller andre aktører i tilbakeføringsprosessen etter sykefravær
Vocational multidisciplinary rehabilitation	Tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering
Work rehabilitation	Arbeidsrettet rehabilitering
Workplace adaptation	Tilrettelegging av arbeidsplassen



# 1 Sammendrag

*Bakgrunn:* Helserelatert marginalisering og utestenging fra arbeidslivet har vært et viktig tema i Norden i mange år. Lange sykmeldinger er ofte negativt for den enkelte, men også for arbeidsplassen og samfunnet forøvrig. Det er derfor av stor betydning å ha tiltak og virkemidler som bidrar til at flere kan delta i arbeidslivet. Forskningsresultater har i økende grad vært sentrale for myndighetenes ambisjon om å skape en kunnskapsbasert tilbudspakke og en kunnskapsbasert praksis i velferds- og helsetjenestene. I tråd med dette er denne kunnskapsoppsummeringen laget på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Alle de nordiske landene har en rekke arbeidsrettede virkemidler i forhold til sykefravær og uførhet. Bare i Norge finnes det 49 ulike NAV-virkemidler som er utviklet og/eller iverksatt i tilknytning til IA-avtalen. Dokumentasjon av effekten av mange av disse er imidlertid uklare og uoversiktlig. Mange er også lite beskrevet med tanke på innhold og hvordan de skal ytes. Til tross for at systemene og virkemidlene i de nordiske land er ulike, finnes det også mange likheter. Det kan derfor være nyttig å sammenstille relevant forskningslitteratur som vurderer ulike arbeidsrettede tiltak.

*Mål:* Målet med denne studien har vært: (1) Å gi en kunnskapsbasert oversikt over utvalgte arbeidsrettede tiltak for brukere med helseproblemer; gradert sykmelding, aktiv sykmelding, tilretteleggingstilskudd, arbeidsplass-vurdering, dialogmøter og individuell oppfølging. (2) Å beskrive kjennetegn ved og erfaringer med disse arbeidsrettede tiltakene, ut fra innholdet i den inkluderte forskningslitteraturen.

*Metode:* relevant publisert nordisk litteratur ble identifisert. En søkestrategi med relevante søkeord ble utarbeidet for å fange opp studier som omhandlet de utvalgte arbeidsrettede tiltakene. Søkene ble utført i perioden medio november til medio desember 2009 i følgende ti forskningsdatabaser: Cinahl, Academic Search Elite, ISI Web of Science, Medline, PsychInfo, SveMed+, Econlit, SocIndex, WorldCat og Business Source Elite. Søkene ble tidsavgrenset til studier som var publisert i perioden 2004-2009. Det ble funnet 192 studier. Alle disse ble gjennomgått på abstrakt eller fulltekstnivå ut fra definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. De inkluderte artiklene ble analysert og kvalitetsvurdert.

*Resultater:* Tolv vitenskapelige studier ble inkludert. Disse besto av en kunnskapsoppsummering, seks kvantitative studier (3 RCT studier, 2 longitudinelle, 1 tverrsnittstudie) og fem kvalitative studier (intervju-baserte). Studiene var fra Sverige (n=4), Norge (n=3), Danmark (n=2), Finland (n=1), Island (n=1) og Norden (n=1). De rettet seg primært mot sykmeldte, og spesielt de med muskel- og skjellettplager. Det fantes få publiserte studier fra perioden 2004-2009 som spesifikt evaluerte ett og ett av de utvalgte arbeidsrettede tiltakene, men mange studier hadde med disse som en av flere komponenter i tiltakspakkene som ble vurdert og omtalt.

En *kunnskapsoppsummering* (Kausto et al., 2008) hadde fokus på vurdering av gradert sykmelding, og inneholdt både kvalitative og kvantitative studier. Den viste at det er motstridende funn hvorvidt gradert sykmelding har effekt på varigheten av sykefraværet. Forfatterne konkluderte med at bruken av gradert sykmelding har økt de siste år, men at bruken varierer mye mellom de ulike nordiske landene. Holdningen blant ulike aktører var imidlertid at de hadde tro på ordningen og evaluerte denne formen for sykmelding positivt.

Det var fire av effektstudiene som viste signifikante effekter av de testede intervensjonene. Dette var koordinert, tverrfaglig skreddersydd arbeidsrettet rehabilitering (Bultmann mfl., 2009), postsendt informasjon om adferd ved sykefravær (Fleten & Johnsen, 2006), systematisering av samarbeid mellom arbeidsgiver, behandlingsaktører og saksbehandlingsaktører (Karrholm et al., 2006) og tilpasning /tilrettelegging av arbeidet (Anema et al., 2004).

*Bultmann* (2009) testet koordinert, tverrfaglig skreddersydd arbeidsrettet rehabilitering og fant at antall timer de ansatte var sykmeldt i hele perioden på tolv måneder, var signifikant lavere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen ( $p=0.006$ ). Dette resulterte i en økonomisk gevinst på 10.666 dollar (63.000 NKR) per person etter tolv måneder.

*Fleten* (2006) fant at det å gi informasjon om muligheter og uklarheter ved sykefravær sendt per post, gav en gjennomsnittlig lengde på sykmeldingen på 97 kallenderdager for de i intervensjonsgruppen og 105.3 dager for de i kontrollgruppen ved 12 uker. Resultatet var ikke statistisk signifikant når alle deltagerne ble analysert under ett, men for gruppene med *mentale funksjonsnedsettelse*, *andre muskelskjelettsmerter* og *for de som var sykmeldt mer enn 12 uker* var forskjellene i effekt mellom gruppene signifikante. For *unge personer med korsryggsmerter* viste imidlertid kontrollgruppen bedre effekt på sykefraværet (motsatt effekt).

*Anema* (2004) utredet tre typer av tilpasning/tilrettelegging for sykmeldte med korsryggsmerter i seks land; Tilrettelegging av: (1) arbeidsplassen; (2) arbeidsoppgavene og (3) arbeidstiden. Det var store forskjeller landene imellom hvor stor andel som hadde fått tilrettelagt arbeidsplassen, og det var også store forskjeller mellom hvor hyppig de tre ulike tilretteleggingsformene ble brukt. I gjennomsnitt rapporterte 23,4 prosent (fra 15% til 30%) av deltakerne at de hadde fått tilrettelagt arbeidsplassen, 44,8 prosent (41% til 59,2%) hadde fått tilpasset arbeidsoppgavene, og 46,0 prosent (19,9% til 62,9%) hadde fått tilpasset arbeidstiden. Danmark hadde spesielt høy andel sykmeldte som hadde fått tilpasset arbeidsoppgavene (60 prosent), mot bare ca 20 prosent i Sverige. Når det gjaldt arbeidsplassstilrettelegging var de mer like, der begge land lå på rundt 20 prosent. De fleste tilretteleggingstiltakene ble utført i løpet av det første året de var sykmeldt. Tilpasning av arbeidsplassen viste å ha en effekt i forhold til å vende tilbake til arbeid (HR 1,47 (CI 1.25 til 1.72);  $p \leq 0.0001$ ). Tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidstiden var effektivt i forhold til å vende tilbake til arbeid etter en periode på mer enn 200 dagers sykmelding (HR 1.78 og 1.41). Begge disse resultatene var signifikante.

*Karrholm* (2006) testet en systematisering av samarbeidet mellom arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og NAV. Studien viste at hver person i intervensjonsgruppen hadde 5,7 færre sykmeldingsdager per måned i den undersøkte 6 års perioden ( $p =0.003$ ). Den beregnede gjennomsnittlige økonomiske gevinsten av intervensjonen var 36.600 euro (290.000 NKR) per person over en 6 årsperiode.

*Nystuen og Hagen* (2006) testet en intervensjon som bestod av løsningsorienterte samtaler med psykolog i NAV-regi, med fokus på arbeidssituasjonen. Seks måneder etter at intervensjonen startet var 39,1 prosent i intervensjonsgruppen returnert til arbeid, sammenlignet med 24,3 prosent i kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant ( $p=0,29$ ). Det ble heller ikke funnet signifikant forskjeller i selvrapportert helsestatus mellom gruppene. Opplevd mental helse var den av helsekomponentene som det var størst forskjell på mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (70 prosent versus 60 prosent,  $p =0,17$ ). Sekundær analyse som sammenlignet de som hadde deltatt på minst 50 prosent av sesjonene og kontrollgruppen, viste en signifikant forskjell i sykefravær mellom den aktive

intervensjonsgruppen med psykiske problemer og kontrollgruppen i forhold til helsekomponenten sosial fungering.

Lie (2008) undersøkte såkalte "IA-initiativer" på virksomhetsnivå, for å se hvilke av disse som var assosiert med lavere sykefravær. Dette var IA-tiltak som bruk av sykefraværstatistikk, rutinemessig oppfølging av sykmeldte medarbeidere, samarbeid med "gode hjelpere", bruk av aktiv sykmelding og lignende. Det anvendte studiedesignet sa imidlertid ikke noe om årsakssammenhenger. En rekke IA-tiltak var ikke assosiert med lavere sykefravær. De faktorer som var assosiert med lavere *sykefravær* var myndiggjøring og involvering av ansatte ( $p < 0.001$ ) og godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten ( $p = 0.001$ ). I gjennomsnitt mottok 0,7 prosent av ansatte i disse virksomhetene uførepensjon, noe som var en signifikant lavere andel enn 1,3 prosent per år i sammenlignbare virksomheter. Hyppig bruk av tidlig pensjonering var forbundet med høy grad av sykefravær, det samme gjaldt når en hadde mange ansatte eldre enn 50 år.

De fem kvalitative studier omhandlet følgende intervensjoner; program med multiprofesjonell helsevurdering, saksbehandling og arbeidstilpasning (Tjulin et al., 2009), arbeidsrehabiliteringsprogram for personer med muskel/ skjelett problemer der saksbehandler utviklet rehabiliteringsplaner og koordinerte tilbakeringsprosessen (Gard & Soderberg, 2004), bruk av kartleggingsverktøyet WRI som redskap til identifikasjon av faktorer som fremmer eller hemmer tilbakeføring til arbeid (Asmundsdottir, 2003), små-bedriftseiers holdninger til å tilpasse arbeidet ved arbeidsrelatert fravær (Andersen mfl. 2007) og relasjon mellom langtidssykemeldte og fagpersoner (Müssener mfl. 2008).

I Tjulins studie (2009) ble erfaringer fra implementering av et tverrfaglig program for tilbakeføring til arbeid kartlagt ut fra et arbeidsplassperspektiv. Resultatene fra denne studien viste kompleksiteten i å utføre et program for tilbakeføring av sykmeldte, og at implementering av et program på arbeidsplassen var en vedvarende, langsiktig strategi på flere nivå. Programmet krevde tid til refleksjon, partenes deltakelse, åpenhet for endring av de enkelte aktivitetene i intervensjonen og kontinuerlig kommunikasjon. Disse erfaringene kan brukes til å være oppmerksom på at program for tilbakeføring til arbeid bør være tilstrekkelig beskrevet, være kommunisert til alle og at det sørges for at alle involverte har samme intensjoner/mål.

I studien av Gard (2004) var det saksbehandlere ansatt i NAV sine erfaringer med arbeidsrettede rehabiliteringsprogram som var i fokus. De fant at saksbehandlernes erfaringer var at det er viktig å sette tidlige mål, samt at man kan forbedre arbeidsrehabiliteringsprosessen ved å motivere arbeidsgivere til en høyere grad av deltakelse i rehabiliteringen. Større utveksling av informasjon mellom rehabiliteringsaktører ble også fremhevet.

I studien av Asmundsdottir (2003) var det perspektivet hos sykmeldte med psykiske plager som var vektlagt, der arbeidsevnevurderinger ved bruk av vurderings-/kartleggingsverktøy ble beskrevet. Resultatene viste at å lykkes med å komme tilbake til arbeid var en komplisert prosess med mange barrierer. I følge forfatterne ville kartleggingsredskapet WRI gi større muligheter til å fange opp både personens egne oppfatninger om seg selv og holdninger til arbeidet, i tillegg til både fysiske og psykososiale faktorer ved arbeidsmiljøet. Dette vil også kunne gi ny retning i forhold til målsettingene for de arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammene.

Resultatene fra Andersen (2007) viste at mulighetene for tilpasset arbeid i små bedrifter måtte organiseres slik at de passet til den sosiale dynamikken mellom eiere og ansatte. Forfatterne

fremhevet likevel at flere arbeidsgivere ikke har den faglige kunnskapen om hvilke muligheter som finnes.

Resultatene i studien av *Müssener* (2008) viste blant annet at langtidssykemeldte ønsket å bli behandlet med respekt, føle seg støttet, få et mer personlig forhold til fagpersonene, oppleve krav som velballansert, samt å bli involvert og få medvirke i rehabiliteringsprosessen.

*Konklusjon:* Studiene indikerte at det var flere komponenter som var sentrale i sykefravørsarbeidet: i) Tidlig kontakt mellom arbeidsplass og den sykemeldte ii) Tidlig tverrfaglig kartlegging og koordinert plan for tilbakeføring iii) God struktur for kommunikasjon mellom involverte parter med utvalgt koordinator. Tiltak på ulike nivå, både rettet mot den sykmeldte, arbeidsplassen ble fremhevet. Tilpasning av arbeidsplassen viste å ha effekt i forhold til å vende tilbake til arbeid. Involvering i tilbakeføringsprosessen ble vektlagt både når det gjaldt samspillet mellom arbeidsgiver og den sykmeldte, men også i forhold til samhandling mellom helsetjeneste og sosialtjenesten. Faglig ekspertise i tilbakeføringsprosessen ble også sett på som sentralt i flere studier. En kunnskapsoppsummering viste at det var motstridende funn hvorvidt gradert sykmelding hadde effekt på varigheten av sykefraværet. Holdningen blant ulike aktører var imidlertid at de hadde tro på ordningen og evaluerte den positivt.

## 2 Innledning

### 2.1 Oppdraget

Arbeids- og velferdsdirektoratet har ønsket å gjennomføre et prosjekt for å sammenstille nordisk evalueringslitteratur om effekter av arbeidsrettede tiltak for brukere med helseproblemer. Formålet med dette har vært behovet for å ha et bredere kunnskapsgrunnlag i forhold til å kunne foreslå, utvikle og implementere tiltak for denne målgruppen.

Alle de nordiske landene har i sitt lov- og regelverk fastlagt at sykmeldte skal følges opp etter en viss lengde sykefravær. Det finnes en rekke arbeidsrettede virkemidler rettet mot sykefravær og uførhet (ECON, 2002). Det kan være nyttig å skille mellom to typer virkemidler; aktive tiltak og generelle virkemidler. Aktive tiltak er ofte individuelt tilpassede og er rettet mot enkeltaktører, mens generelle virkemidler kan være både juridiske, økonomiske eller kommunikative (ibid).

Til tross for at systemene og virkemidlene i de nordiske landene er ulike, finnes det også mange likheter (Nordisk Ministerråd, 2007). Dette betyr at det kan være nyttig å hente ut litteratur som omhandler lignende arbeidsrettede tiltak som de vi har i Norge rettet mot personer med helseplager.

Det finnes mange ulike arbeidsrettede tiltak i regi av NAV, og i denne studien har vi i samarbeid med oppdragsgiver valgt å søke etter litteratur om seks tiltak eller virkemidler som ofte benyttes overfor sykmeldte; gradert sykmelding, aktiv sykmelding, tilretteleggingstilskudd, arbeidsplassvurdering, dialogmøter og individuell oppfølging.

### 2.2 Bakgrunn

Helserelatert marginalisering og utestenging fra arbeidslivet har vært et viktig tema i hele Norden i mange år (Labriola et al., 2009; OECD, 2009; Olsen, 2005). Den negative utviklingen vi har sett når det gjelder helsereelatert marginalisering ved sykefravær og permanent ekskludering i form av uførepensjon, er livlig debattert både i offentligheten og innen forskning, og får stor oppmerksomhet fra beslutningstakere i alle land.

Både Norge, Sverige, Finland, Island og Danmark praktiserer det som er kjent som den nordiske velferdsmodellen (Esping-Andersen, 1990). Mellom de nordiske landene finnes det samtidig interessante forskjeller i hvordan velferdspolitikken organiseres. Norge har en høy grad av kompensasjon når en person støtes ut fra arbeidslivet på grunn av helsemessige årsaker (OECD, 2006). Et hovedtema i arbeidsmarkedspolitikken de siste ti årene har vært hvordan personer med nedsatt arbeidsevne skal kunne inkluderes i arbeidslivet, noe som gjenspeiles i Avtalen om et inkluderende arbeidsliv (Partene i arbeidslivet, 2001, 2005, 2010). Norge har hatt en større andel offentlige velferdsgoder enn de øvrige landene (OECD, 2009). Danmark er kjent for en mer liberalistisk versjon av den nordiske velferdsmodellen, og reformene de siste tiårene har fokusert på å begrense tilgangen til midlertidig og permanent uføretrygd (Beskæftigelsesministeriet, 2003). Danmark praktiserer "Flexicurity-modellen", som ifølge Wilthagen og Rogowski er en strategi som på den ene siden forsøker å øke fleksibiliteten i arbeidsmarkedet, arbeidets organisering og arbeidsrelasjoner, og på den

andre siden forbedrer sysselsettingssikkerheten og den sosiale tryggheten for svakere grupper i og utenfor arbeidsmarkedet (Wilthagen & Rogowski 2002). Det betyr at i den danske modellen har sykmeldte arbeidstakere en dårligere beskyttelse mot oppsigelse i sykepengeperioden enn det som er tilfellet i Norge og Sverige (Nordisk ministerråd 2007).

Som tabell 1 viser, er det relativt store forskjeller mellom de nordiske landene når det gjelder offentlige forsikringsordninger ved sykdom slik systemene var utformet i 2007.

Tabell 1: Kompensasjonsgrad og arbeidsgivers ansvar i de fem nordiske landene

Land	Antall ventedager (Karensdager)	Kompensasjonsgrad (prosent av tidligere inntekt)			Maksimal varighet	Arbeidsgivers ansvar
		Etter 1 uke	Etter 1 måned	Etter 6 måned		
Sverige	1	80	80	80	Ubegrenset (nå tidsavgrenset) 1 år	2 uker
Norge	0	100	100	100		2 uker
Danmark	0	50	50	50	1 år	3 uker
Island	14	23	23	23	1 år	12 uker
Finland	0	70	70	70	1 år	9 uker

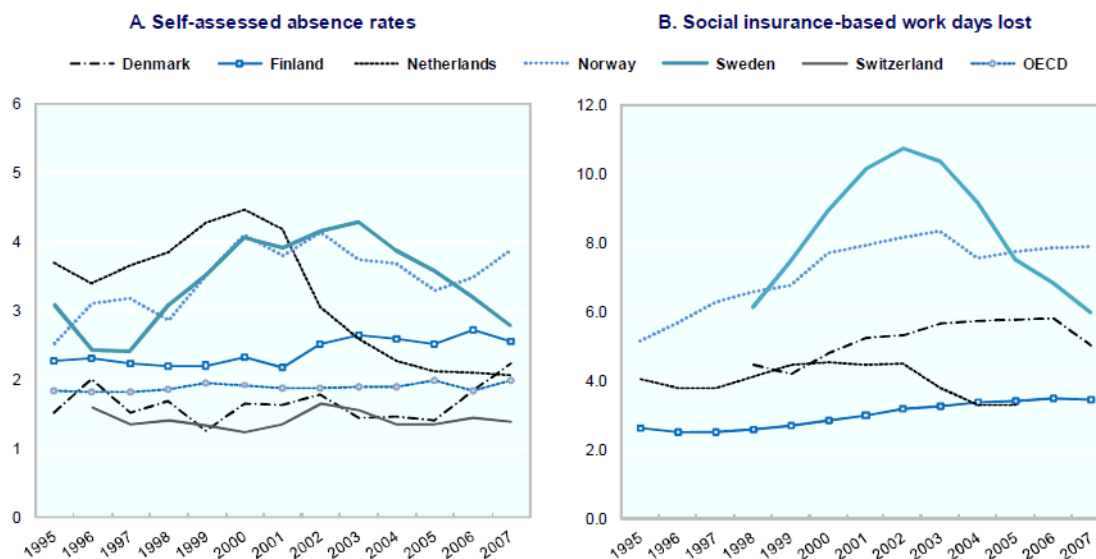
Kilde: (Dahl et al., 2007)

I Norge dekkes 100 prosent av inntektsbortfallet ved sykdom (inntil 6G), mens for eksempel Island bare dekker 23 prosent av inntekten ved sykefravær. På Island er det derfor vanlig at arbeidstakere forsikrer seg gjennom fagforeninger (Dahl et al., 2007). Det eksisterer ikke ventedager (karensdager) i Norge, Danmark og Finland, mens Sverige har en dag og Island har hele 14 dager. Arbeidsgivers ansvar i løpet av sykepengeåret varierer fra to til 12 uker. I rapporten av Dahl og kolleger fra SNF (2007) ble det vist til at disse ordningene har betydning for nivået på sykefraværet, og at et system med høy dekningsgrad har sammenheng med høyt sykefravær. I den samme studien ble arbeidstakeres holdninger til sykefravær mellom de nordiske landene også studert, og man fant at det var store forskjeller landene imellom. Island og Finland har de mest restriktive sykelønnsordningene, og de har også de mest restriktive holdningene til sykefravær (ibid). I alle de nordiske land har arbeidsgiverne, arbeidstakerne og legene/sykmeldende behandler ulike roller i oppfølgingen av sykefraværet.

I OECDs tematiske kunnskapsoppsummering om sykdom, uførhet og arbeid (2009), ble det anbefalt nasjonale retningslinjer for å kontrollere innstrømmingen til sykdom og uføretrygd, og å hjelpe dem som er i stand til å arbeide for å reintegrere dem i arbeidsmarkedet. Den samme rapporten viste til at trender i årlig rate på nye mottakere av uføretrygd i Norge, gjenspeilte de store svingningene i sykefraværet over tid. Det samme gjaldt i Sverige. Finland lå midt på treet, mens det laveste sykefraværet hadde islendingene og danskene (Nordisk Ministerråd, 2007). Nivået på nye tilfeller av uføre (uføreinsidens) er rundt 1 prosent av arbeidsstyrken per år, både i Norge og Sverige. Dette er mye høyere enn i Danmark (se tabell 2, panel A). Ikke overraskende har den høye uføreincidensen i Sverige og Norge ført til en kontinuerlig økning av det totale nivået på uføretrygd som nå er litt over 10 prosent i begge



land (OECD, 2009). Tiltak basert på selv-rapportering gjennom Labour Force Surveys, bekrefter dette; 3,5 prosent av norske og svenske arbeidstakere rapporterte å ha vært fraværende på grunn av sykdom under hele uken før intervjuet. Dette er det dobbelte av gjennomsnittet for de andre europeiske OECD-land, og generelt høyere enn de andre nordiske land (OECD 2009).



Figur 1: Andel av arbeidstakere borte fra arbeidet (A) og andel av tapte arbeidsdager (B), 1995-2007 (Kilde: 2009 OECD)

Sammenligning mellom landene er for øvrig vanskelig fordi det eksisterer ulike informasjonskilder og indikatorer. Basert på OECD og Nordisk Ministerråd sine tall kan det likevel konkluderes med at utviklingen i sykefravær i de nordiske landene viser at variasjonene har vært størst i Sverige og Norge, samtidig som sykefraværet i disse to landene er høyere enn i Danmark, Island og Finland.

Hvis man ser alle årsakene til sykmelding under ett, er det kun små forskjeller mellom Norge, Sverige, Island, Finland og Danmark (Nordisk Ministerråd 2007). Arbeid vurderes som godt for individet og fremmer helse og økonomi. Lange sykmeldinger er derfor negativt for den enkelte, og innebærer for mange en sterkt forverret selvfølelse og selvtillit, som igjen gjør det vanskeligere å gjenvinne arbeidsevnen (Labriola et al., 2007, Falkdal et al. 2006). Mange og lange sykmeldinger medfører også høye omkostninger for samfunnet og lavere produktivitet. Flere mister jobben etter langtidsfravær fra arbeidslivet, noe som igjen medfører forverret psykisk helse og eventuelt ny sykmelding (Riksrevisionen 2007). Jo lenger sykmelding, jo større er risikoen for tidlig pensjon (Lund et al., 2008).

Helserelatert marginalisering og utestenging fra arbeidslivet er et viktig tema i hele Norden. Alle de nordiske landene har utført forskning om arbeidsrettede tiltak, og det er derfor nyttig å se litteraturen fra Norden under ett. Forskning kan gi pålitelige og gyldige svar om ulike tiltak og virkemidler virker på gruppenivå, og er en helt sentral kunnskapskilde som bør danne basis for videre utvikling av de tiltak som tilbys for å redusere sykefraværet. Forskningsresultater har i økende grad vært et sentralt virkemiddel i myndighetenes ambisjon

om å skape en kunnskapsbasert tilbudspakke og derved en kunnskapsbasert praksis i velferds- og helsetjenestene. I Norge har politikere og myndigheter vist et økende engasjement i å sikre gode og virkningsfulle tiltak til sykmeldte med helseproblemer. Allerede på 80-tallet ble det satt fokus på at tiltakene for langtidssykmeldte skulle forbedres (NOU (1990:23), 1990). Innsatsen fortsatte på 90-tallet, blant annet gjennom Trygdeetatens forsøksvirksomhet. Etter 2000 har Sandmanutvalgets innstilling (NOU (2000:27)), IA-avtalen (Partene i arbeidslivet, 2001, 2005, 2010), sykelønnsutvalget (Sykefraværsutvalget, 2006) og programmet Raskere Tilbake (Arbeidstilsynet, 2008; NAV, 2007) akselerert innsatsen for å finne de beste og mest virkningsfulle tiltakene for å redusere sykefraværet (Lindøe et al., 2006).

En kan dele disse tiltakene overfor gruppen med helseplager i tre ut fra hvilken arena de skjer på; tiltak som ytes på NAV-arenaen, tiltak som ytes i helsetjenesten og tiltak som ytes på arbeidsplassen (Aas, 2009). Det er et spekter av ulike tiltak i bruk, både basistiltak persontiltak og prosjekttiltak (Aas & Skaugen, 2007), og bare tiltaket tilrettelegging består av en mengde ulike type tiltak (Aas et al., 2009). I dag finnes det 49 ulike virkemidler gjennom IA-avtalen (Ose et al., 2009). Dokumentasjon av effekten av flere av disse er imidlertid uklar og uoversiktlig selv om mange tiltak er i bruk i flere land. Det er derfor nyttig å få en oversikt over litteraturen som finnes om disse tiltakene.

### **3 Mål**

Målet med denne studien var:

- I. Å gi en kunnskapsbasert oversikt over utvalgte arbeidsrettede tiltak for brukere med helseproblemer; gradert sykmelding, aktiv sykmelding, tilretteleggingstilskudd, arbeidsplassvurdering, dialogmøter og individuell oppfølging.
- II. Å beskrive kjennetegn ved og erfaringer med disse arbeidsrettede tiltakene, ut fra innholdet i den inkluderte forskningslitteraturen.

## 4 Materiale og metode

### 4.1 Design

Denne studien er designet som en beskrivende kunnskapsoppsummering av studier som er publisert i de nordiske landene i de siste seks årene, fra januar 2004 til desember 2009.

### 4.2 Datainnsamling

En søkestrategi med relevante søkeord ble utarbeidet for å fange opp studier som omhandlet de utvalgte arbeidsrettede tiltakene, sett i forhold til sykefravær og tilbakeføring til arbeid fra de fem nordiske landene. Valg av hvilke sentrale begreper som skulle benyttes i litteratursøket foregikk i dialog mellom oppdragsgiver og IRIS. Det ble sørget for at terminologien i de norske tiltakene som skulle undersøkes ble ens med engelsk terminologi, slik at det kun ble søkt frem studier som var relevante for en norsk kontekst. Alle fem landene ble inkludert i søket, og sykefravær ble formulert gjennom søkeordene sick leave, sickness absence, sick-listed, sick listing og return to work. Tabell 2 viser søkerordene som ble brukt for å finne aktuelle arbeidsrettede tiltak.

*Tabell 2: Aktuelle søkeord for å finne arbeidsrettede tiltak i forskningslitteraturen*

Individuell oppfølging	Dialogmøter	Gradert sykmelding	Aktiv sykmelding	Tilretteleggings-tilskudd	Arbeidsplass-vurdering
Return to work plan	Dialogue meetings	Part-time sick leave	Active sick leave	Facilitation subsidy Activation measures	Worksite assessment
Follow-up plan	Health Circles	Partial sick leave	Adjusting work	Work adjustment Work adaptation	Workplace assessment
Early contact	Return to work interview	Partial sickness absence	Modified work	Worksite accommodation	
Workplace accommodation	Round table meetings	Partial sick listing	Reduced workhours/ worktime	Subsidized employment	
Tailored work	Active employee involvement	Partly sick-listed	Work modifications	Wage replacement benefits Wage subsidies paid	
RTW-coordination	Encounters with...	Early part-time sick leave	Modified duties	In-work compensation payments	
Revision of workplace roles	Joint labour-management commitment	Returning part-time	Flex-job	Economic incentives for employers Incentives for employer	
Tailored intervention				Benefit incentives Cash benefits	

Søket ble utført i perioden medio november og medio desember 2009 i følgende ti forskningsdatabaser: Cinahl, Academic Search Elite, ISI Web of Science, Medline, PsychInfo, SveMed+, Econlit, SocIndex, WorldCat og Business Source Elite.

### 4.3 Materialet

Etthundre og nittito abstrakter ble funnet, og fem av disse var dublikater (dobbeltreff). For å systematisk bedømme om en studie skulle inkluderes eller ikke, ble det utviklet inklusjons- og eksklusjonskriterier, som vist i tabell 3.

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<p><b>Intervensjon</b>            Individuell oppfølging            Dialogmøter (arbeidsgiver, arbeidstaker, bedriftstjenesten, og ekstern)            Gradert sykmelding</p> <p>Aktiv sykmelding            Tilretteleggingstilskudd            Arbeidsplassvurdering</p>	<p><b>Intervensjon</b>            Intervensjoner på sykehus            Intervensjoner som ikke er knyttet til arbeidsplassen            Ulike terapier og behandlingsformer (kiropraktor, fysioterapi, akupunktur etc.)</p>
<p><b>Målgruppe</b>            Voksne i yrkesaktiv alder (18-67)            Personer med helseproblemer            Sykmeldte arbeidstakere (helt eller delvis)</p>	<p><b>Målgruppe</b>            Personer på uføretrygd            Personer på arbeidsledighetstrygd            Personer på yrkesrettet atfering</p>
<p><b>Type studiedesign</b>            Systematiske kunnskapsoppsummeringer            Kunnskapsoppsummeringer            Randomiserte kontrollerte studier (RCT)            Ikke-randomiserte kliniske studier (CCT)            Cohort            Kasus-kontroll studier            Kvalitative studier</p>	<p><b>Type studiedesign</b></p>

To uavhengige forskere gikk gjennom abstraktene, og diskuterte seg frem til konsensus i forhold til de abstraktene som var vurdert ulikt. Syttito studier ble inkludert på abstraktnivå, og det ble så foretatt en bestilling av artiklene i fulltekst for å sjekke innholdet nærmere, slik at en lettere kunne fastslå om de var aktuelle å inkludere. En forsker gikk gjennom de 72 studiene og ytterligere 60 ble ekskludert, da de ikke kom innenfor de oppsatte kriteriene. Derved var det kun 12 artikler som var relevante for denne kunnskapsoppsummeringen. Vi fant få studier som hadde undersøkt effekter av de utvalgte arbeidsrettede tiltakene. Derfor ble studier som beskrev tiltakene, eller som omhandlet hvordan tiltakene opplevdes å kunne virke også inkludert. Disse studiene kan informere og inspirere og gi økt innsikt om arbeidsrettede tiltak, men ikke i samme grad dokumentere om tiltakene har vist effekt. Studier som hadde med relevante tiltakskomponenter ble også inkludert, selv om ikke tiltaket som helhet var det samme som NAV tilbyr, og som vi søkte etter i utgangspunktet. For eksempel fant vi studier der dialog var sentralt, men ikke organisert eksakt slik som de lovpålagte dialogmøtene i Norge. Tiltakene måtte derfor operasjonaliseres, og komponentene de besto av måtte identifiseres.

#### 4.4 Analyse av de inkluderte studiene

Det ble valgt ulike former for analyse avhengig av design på den enkelte studien. Studiedesign er relevant for å få vite hva hver artikkel kan gi svar på, og hvordan resultatene kan tolkes. *Eksperimentelle design* som randomiserte kontrollerte studier (RCT), kan si noe om ulike tiltak har effekt. *Longitudinelle* studier (også kalt oppfølgingsstudier) viser om det er sammenheng mellom forskjellige faktorer. Dette studiedesignet gir mulighet for å kunne si om sammenhengen er kausal, det vil si om den faktoren som studeres (forklaringsvariabelen) kan sees som en årsak. Et *tverrsnittstudiedesign* viser en samvariasjon mellom forskjellige faktorer, men kan ikke avdekke om sammenhengen er kausal, altså om den ene forårsaker den andre.

For alle studier ble det gjort et uttekk av relevant informasjon. Det ble foretatt en kvalitativ deskriptiv analyse av de andre studiene, med et uttrekk og en sammenstilling av intervensjonene og resultatene. Beskrivelsene av selve tiltakene i studiene ble vektlagt. Loisel (2005) påpeker at det ofte ellers også er et behov for å tydeliggjøre intervensjonenes innhold, da lik type intervensjoner kan ha ulike komponenter, og ha ulik intensitet og varighet. De studiene som er mest relevante i forhold til oppdraget, har fått en mer utfyllende beskrivelse. De studiene som kun har noen få relevante innspill i forhold til disse tiltakene er mer kortfattet beskrevet. I forhold til kunnskapsoppsummeringen som er inkludert, har vi valgt å ikke analysere originalartiklene, men har brukt forfatterens analyse av studiene.



## 5 Resultater

### 5.1 Oversikt over de inkluderte studiene

I alt ble 12 artikler inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen om arbeidsrettede tiltak i Norden fra 2004-2009. Tabell 4 viser en oversikt over disse.

Tabell 4: Alfabetisk oversikt over inkluderte studier

Førsteforfatter (år)	Land	Type studie	Diagnose	Tiltak	Relevans til utvalgte tiltak i NAV
Anema (2004)	Danmark, Tyskland, Israel, Sverige, Nederland og USA	Kvantitativ	Korsryggsmerter	Ergonomisk tilrettelegging for langtidssykmeldte	Tilretteleggingstilskudd Arbeidsplassvurdering
Andersen (2007)	Danmark	Kvalitativ	Skaderelatert, diagnose ikke nevnt	Bedrifteieres holdninger til å tilpasse arbeidet ved arbeidsrelatert fravær	Tilretteleggings-tilskudd
Asmundsdottir (2004)	Island	Kvalitativ	Mentale lidelser	Kartlegging av arbeidsrollen for klienter utenfor arbeidslivet	Individuell oppfølging, arbeidsplass-vurdering
Bültmann (2009)	Danmark	RCT	Muskel -/skjelett lidelser	Koordinert og skreddersydd arbeidsrehabilitering til sykmeldte	Individuell oppfølging, dialogmøte
Fleten (2006)	Norge	RCT	Muskel-/skjelett-/mentale lidelser	Postsendt informasjon og spørsmål til sykmeldte	Individuell oppfølging, dialogmøte
Gard (2003)	Sverige	Kvalitativ	Arbeidsrelatert muskel-/skjelett lidelser	Forbedring av arbeidsrehabiliteringsprosessen	Individuell oppfølging
Kausto (2008)	Norden	Review	Ikke nevnt	Gradert sykmelding	Gradert sykmelding
Kärrholm (2008)	Sverige	RCT	Muskel-/skjelett-/mentale lidelser	Struktur og dialog ved tilbakeføring av langtidssykmeldte	Individuell oppfølging, dialogmøte
Lie (2008)	Norge	Tverrsnitt	Ikke nevnt	IA-arbeid i suksess-bedrifter	Individuell oppfølging
Müssener (2008)	Sverige	Kvalitativ	Muskel-/skjelett-/mentale lidelser og andre	Relasjonen mellom langtidssykmeldte og fagpersoner	Individuell oppfølging, dialogmøte
Nystuen (2006)	Norge	RCT	Mentale lidelser	Løsningsfokuset oppfølging av langtidssykmeldte	Individuell oppfølging
Tjulin (2009)	Sverige	Kvalitativ	Ikke nevnt	Involverte aktørers erfaringer med et tilbakeføringsprogram	Individuell oppfølging, dialogmøte

Tabell 5 viser fordelingen av de inkluderte studiene fordelt på type studie.

Tabell 5: Fordeling av inkluderte studier fordelt på type studie

<i>Type studie</i>	<i>Antall</i>
Kunnskapsoppsummeringer	1
Randomiserte kontrollerte studier	3
Longitudinelle studier	2
Tverrsnittstudie	1
Kvalitative studier	5

Tabell 6 viser hvilke land studiene kom fra, samt fordelingen mellom de ulike landene.

Tabell 6: Fordeling av inkluderte studier fordelt på land

<i>Land</i>	<i>Antall</i>
Norge	3
Sverige	4
Danmark	2
Finland	1
Island	1
Norden	1

## 4.2 Oversikt over resultatene

I de kvantitative studiene er forskjeller beregnet som en Odds Ratio (OR) eller en Hazard Ratio (HR). Begge disse målene uttrykker forskjeller mellom intervensjons-/eksponeeringsgruppen og kontroll-/ikke eksponeringsgruppen. Årsaken til at effekten i noen tilfeller rapporteres som Odds Ratio og i andre tilfeller som Hazard Ratio, skyldes hvilke statistiske modeller som er anvendt. I noen studier er det for eksempel sykefraværsdager i de to gruppene som er vurdert, mens i andre er det for eksempel redusert smerteintensitet eller forskjeller i økonomiske utgifter til for eksempel tapt arbeidsfortjeneste, behandling og sykelønn.

Det var fire av studiene som viste signifikante effekter av de testede intervensjonene: testet koordinert, tverrfaglig skreddersydd arbeidsrettet rehabilitering (Bultmann, et al., 2009), postsendt informasjon om adferd ved sykefravær (Fleten & Johnsen, 2006), systematisering av samarbeid mellom arbeidsgiver, behandlingsaktører og saksbehandlingsaktører (Karrholm, et al., 2006) og ergonomisk tilpasning av arbeidet (Anema, et al., 2004).

*Bültmann* (2009) testet koordinert, tverrfaglig skreddersydd arbeidsrettet rehabilitering og fant at antall timer de ansatte var sykmeldt i hele perioden på tolv måneder var signifikant lavere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (i snitt 656.6 timer



sykefravær for intervensjonsgruppen og 997.3 i kontrollgruppen ( $p=0.006$ ). Dette resulterte i en økonomisk gevinst på 10.666 dollar (63.000 NKR) per person etter tolv måneder. Gjennomsnittlig hadde 45 prosent av personene i intervensjonsgruppen og 37 prosent i kontrollgruppen vendt tilbake til arbeid etter 3 måneder. Ved måling etter 6 måneder, var forholdet 69 prosent mot 48 prosent, og etter 1 år 78 prosent versus 62 prosent.

*Fleten* (2006) fant at det å gi informasjon om muligheter og uklarheter ved sykefravær sendt per post, viste en gjennomsnittlig lengde på sykmeldingen på 97 kalenderdager for de i intervensjonsgruppen og 105.3 dager for de i kontrollgruppen. Derved hadde de som fikk tiltaket i gjennomsnitt 8.3 færre sykmeldingsdager (95% CI: -22.5 dager til 6.0 dager) ved 12 uker sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatet var ikke statistisk signifikant når alle deltagerne ble analysert under ett, men for gruppene *mentale funksjonsnedsettelse*, *andre muskel-/skjelettsmerter* og *for de som var sykmeldt mer enn 12 uker* var forskjellene i effekt mellom gruppene signifikante. For *unge personer med korsryggsmerter* viste imidlertid kontrollgruppen bedre effekt på sykefraværet (motsatt effekt).

*Anema* (2004) utredet tilbudet tre typer av tilpasning/tilrettelegging sykmeldte personer med korsryggsmerter i seks land; (1) av arbeidsplassen; (2) arbeidsoppgavene og (3) arbeidstiden. Det var store forskjeller landene imellom hvor stor andel som hadde fått tilrettelagt arbeidsplassen, og det var også store forskjeller mellom hvor hyppig de tre ulike tilretteleggingsformene ble brukt. I gjennomsnitt 23,4 prosent (fra 15% til 30%) av deltakerne rapporterte at de hadde fått tilrettelagt arbeidsplassen, 44,8 prosent (41% til 59.2%) hadde fått tilpasset arbeidsoppgavene, og 46,0 prosent (19.9% til 62.9%) hadde fått tilpasset arbeidstiden. Danmark hadde spesielt høy andel sykmeldte som hadde fått tilpasset arbeidsoppgavene (60 prosent), mot bare ca 20 prosent i Sverige. Når det gjaldt arbeidsplassstilrettelegging var de mer like, der begge land lå på rundt 20 prosent. De fleste tilretteleggingstiltakene ble utført i løpet av det første året de var sykmeldt. Tilpasning av arbeidsplassen viste å ha en effekt i forhold til å vende tilbake til arbeid (HR 1,47 (CI 1.25 til 1.72);  $p \leq 0.0001$ ). Tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidstiden var effektivt i forhold til å vende tilbake til arbeid etter en periode på mer enn 200 dagers sykmelding (HR 1.78 og 1.41). Begge disse resultatene var signifikante.

*Kärrholm* (2006) testet en systematisering av samarbeidet mellom arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og NAV. Studien viste at hver person i intervensjonsgruppen 5,7 færre sykmeldingsdager per måned i den undersøkte 6 års perioden ( $p = 0.003$ ). Den beregnede gjennomsnittlige økonomiske gevinsten av intervensjonen var 36.600 euro (290.000 NKR) per person over en 6 årsperiode.

I en studie ble det ikke funnet effekt av intervensjonen. *Nystuen og Hagen* (2006) testet en intervensjon som bestod av løsningsorienterte samtaler med psykolog i NAV-regi, med fokus på arbeidssituasjonen. Seks måneder etter at intervensjonen startet var 39,1 prosent i intervensjonsgruppen returnert til arbeid, sammenlignet med 24.3 prosent i kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant ( $p=0,29$ ). Det ble heller ikke funnet signifikant forskjell i selvrapportert helsestatus mellom gruppene. Opplevd mental helse var den av helsekomponentene som det var størst forskjell på mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (70 prosent versus 60 prosent,  $p = 0,17$ ). Sekundær analyse som sammenlignet de som hadde deltatt på minst 50 prosent av sesjonene og kontrollgruppen,

viste en signifikant forskjell i sykefravær mellom den aktive intervensjonsgruppen med psykiske problemer og kontrollgruppen i forhold til helsekomponenten sosial fungering.

Lie (2008) undersøkte såkalte "IA-initiativer" på virksomhetsnivå, for å se hvilke av disse som var assosiert med lavere sykefravær. Dette var IA-tiltak som bruk av sykefraværstatistikk, rutinemessig oppfølging av sykmeldte medarbeidere, samarbeid med "gode hjelpere", bruk av aktiv sykmelding og lignende. Det anvendte studiedesignet sa imidlertid ikke noe om årsakssammenhenger. En rekke IA-tiltak var ikke assosiert med lavere sykefravær. De faktorer som var assosiert med lavere *sykefravær* var myndiggjøring og involvering av ansatte ( $p < 0.001$ ) og godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten ( $p = 0.001$ ). I gjennomsnitt mottok 0,7 prosent av nyansatte i disse virksomhetene uførepensjon, noe som var en signifikant lavere andel enn 1,3 prosent per år i sammenlignbare virksomheter. Hyppig bruk av tidlig pensjonering var forbundet med høy grad av sykefravær, det samme gjaldt når en hadde mange ansatte eldre enn 50 år.

Tabell 7 viser oversikt over de fem kvalitative studiene.

Tabell 7: Kvalitative studier

Forfatter	Intervensjon	Resultat
Tjulin	Program med multiprofesjonell helsevurdering, saksbehandling og arbeidstilpasning .	Ikke alt ble gjennomført som planlagt, primært på grunn av forskjellige intensjoner og utilstrekkelig kommunikasjon mellom involverte parter, samt utilstrekkelig beskrivelse av intervensjonens innhold.
Gard	Arbeidsrehabiliteringsprogram for personer med muskel/ skjelett problemer. Saksbehandlerne utvikler rehabiliteringsplaner og koordinerer tilbakeføringsprosessen.	Det er mulig å forbedre rehabiliteringsprosessen ved å fokusere på tidlig identifisering av problemer, behov og intervensjoner. Klare målformuleringer, flere tiltak å velge mellom og erkjennelse av psykososiale faktorer i prosessen ble også vektlagt, i tillegg til høyere grad av deltagelse fra arbeidsgiverne.
Asmundsdottir	Bruk av WRI som redskap til identifikasjon av faktorer som fremmer eller hemmer tilbakeføring til arbeid.	WRI gav sykmeldte mulighet å uttrykke seg om arbeidssituasjonen, og gav innspill som var viktig i den videre arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen.
Andersen	Bedriftseiers holdninger til å tilpasse arbeidet ved arbeidsrelatert fravær.	Initiativer som formaliserer tilpasset arbeid bør bli organisert på en måte som støtter den tette sosiale relasjonen i små bedrifter. Informasjon som kan støtte returnering til arbeid må bli gitt når den behøves, i begynnelsen når utsikten til lengde på fravær settes. Den aktuelle form for tilpasning bør i hovedsak bli opp til leder og den enkelte arbeidstaker.
Müssner	Relasjon mellom langtidssykemeldte og fagpersoner	For mennesker som var langtidssykemeldt og hadde positiv samhandling med helsepersonell og sosialtjenesten, ble det identifisert 3 viktige dimensjoner: (1) Bli møtt med kompetanse (2) Personlig oppmerksomhet (3) Tillit.

I Tjulins studie (2009) vises erfaringer fra implementering av et tverrfaglig program for tilbakeføring til arbeid fra et arbeidsplassperspektiv. Her ser en noen av de samme utfordringene som ved implementering av IA. Resultatene fra denne studien viste kompleksiteten i å utføre et program for tilbakeføring av sykmeldte, og at implementering av et program, var en vedvarende, langsiktig strategi på flere nivå. Programmet krevde tid til refleksjon, partenes deltakelse, åpenhet for endring av de enkelte aktivitetene i intervensjonen og kontinuerlig kommunikasjon. Disse erfaringene kan brukes til å være oppmerksom på at program for tilbakeføring til arbeid bør være tilstrekkelig beskrevet, være kommunisert til alle og at det sørges for at alle involverte har samme intensjoner/mål.

I studien av Gard og Søderberg (2004) var det saksbehandlere ansatt i NAV sine erfaringer med arbeidsrettet rehabiliteringsprogram som var i fokus. Saksbehandlernes erfaringer viste viktigheten av å sette tidlige mål, samt at man kan forbedre arbeidsrehabiliteringsprosessen ved å motivere arbeidsgivere til en høyere grad av deltakelse i rehabiliteringen. Større utveksling av informasjon mellom rehabiliteringsaktører ble også fremhevet.

I studien av Asmundsdottir (2003) var det perspektiv fra den psykiatrisk sykmeldte og dennes egne arbeidsevnevurderinger ved bruk av vurderings-/kartleggingsverktøy som var vektlagt. Resultatene fra Asmundsdottir og kollegaer sin studie viste at å lykkes med å komme tilbake til arbeid var en komplisert prosess med mange barrierer. I følge forfatterne vil kartleggingsredskapet WRI gi større muligheter til å fange opp både personens egne oppfatninger om seg selv og holdninger til arbeidet, i tillegg til både fysiske og psykososiale faktorer ved arbeidsmiljøet. Dette vil også kunne gi ny retning i forhold til målsettinger for arbeidsrehabiliteringsprogrammene.

Resultatene fra Andersen og kollegaer (2007) viste at mulighetene for tilpasset arbeid i små bedrifter måtte organiseres slik at de passer til den sosiale dynamikken mellom eiere og ansatte. Forfatterne fremhevet likevel at flere arbeidsgivere ikke hadde den faglige kunnskapen om hvilke muligheter som finnes. Resultatene i studien av Müssener og kollegaer (2008) viste blant annet at langtidssykemeldte ønsket å bli behandlet med respekt, å føle seg støttet, å få et mer personlig forhold til fagpersonene, å oppleve krav som velballansert, samt å bli involvert og få medvirke i rehabiliteringsprosessen.

Sammenfattende kan man si at studiene indikerer at det er behov for utvikling av gode vurderingsverktøy, en tidlig koordinert plan for tilbakeføring, samt god kommunikasjon mellom involverte parter. Involvering i tilbakeføringsprosessen er viktig både når det gjelder samspillet mellom arbeidsgiver og den sykmeldte, men også når det gjelder samhandling mellom helsetjeneste og sosialtjenesten. De to siste studiene viste også at det er viktig med faglig ekspertise i tilbakeføringsprosessen.

En nordisk kunnskapsoppsummering (Kausto et al., 2008) ble også inkludert her. Den hadde fokus på vurdering av gradert sykmelding, og inneholdt både kvalitative og kvantitative studier. Kunnskapsoppsummering viste at det er motstridende funn hvorvidt gradert sykmelding har effekt på varigheten av sykefraværet. Holdningen blant ulike aktører var imidlertid at de hadde tro på ordningen og evaluerte den positivt.

## 5.2 Beskrivelse av de tolv inkluderte studiene

### 5.2.1 Koordinert og skreddersydd tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering til sykmeldte

Bültmann og kollegaer (2009) gjennomførte en randomisert kontrollert studie i forhold til sykmeldte arbeidstakere med muskel- og skjellettlidelser. De undersøkte et tilbud om koordinert og skreddersydd arbeidsrehabilitering (CTWR), og sammenlignet dette med en kontrollgruppe som fikk ordinær oppfølging av saksbehandler (case-manager). Tilbudet er også kjent gjennom akronymet KIA. De vurderte effekter i forhold til tilbakeføring til arbeid (totalt antall timer sykefravær), og gjorde også en kost-nytte analyse for å se om tiltaket ga økonomisk gevinst. Intervensjons- og kontrollgruppen ble vurdert 3, 6 og 12 måneder etter at de mottok tiltaket.

Tabell 8: Koordinert og skreddersydd arbeidsrettet rehabilitering (Bültmann 2009)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	Når	Land
- Randomisert kontrollert studie - Måling ved 3,6,12 måneder	- Sykmeldte i 4-12 uker med diagnosen muskel-/skjellettlidelse - Aldersgruppe: 18-65 år - Intervensjonsgruppe: 68 deltakere - Kontrollgruppe: 51 deltakere	2004-05	Danmark

*Beskrivelse av intervensjonen:* Dette tiltaksprogrammet bygger på Sherbrooke-modellen fra Canada, som har vist effekt på ansatte med korsryggsmerter (Loisel mfl. 1997). Arbeidsrehabiliteringstilbudet CTWR besto av en kartlegging av arbeidsevnen som inneholdt en systematisk tverrfaglig vurdering av funksjon, samt identifisering av barrierer for å komme tilbake i arbeid. Deretter ble det formulert og implementert en koordinert, skreddersydd og aksjonsorientert arbeidsrettet rehabiliteringsplan. Planen ble diskutert med den sykmeldte. Hvis den ble akseptert, ble den sendt til virksomheten og allmennpraktiserende lege. Prosessen var dynamisk, slik at evaluering førte til en tilpasset plan. Involvering av arbeidsplassen og andre viktige interessenter var også nøkkelelementer. De definerte tre områder det kunne bli iverksatt tiltak i forhold til; direkte overfor den sykmeldte, overfor arbeidsplassen og i forhold til miljømessige barrierer. Kontinuerlig tilbakemelding mellom den sykmeldte, tverrfaglig team, arbeidsplass og nøkkelpersoner blir vektlagt.

*Resultater:* Antall timer de ansatte var sykmeldt i hele perioden på tolv måneder var signifikant lavere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (gjennomsnitt differanse (MD) 340.7 timer (i snitt 656.6 timer sykefravær for intervensjonsgruppen, og 997.3 timer sykefravær for kontrollgruppen),  $P=0.006$ ). Dette resulterte i en økonomisk gevinst på 10.666 dollar (63.000 NKR) per person etter tolv måneder. Gjennomsnittlig hadde 45 prosent av personene i intervensjonsgruppen og 37 prosent i kontrollgruppen vendt tilbake til arbeid etter 3 måneder. Ved måling etter 6 måneder, var forholdet 69 prosent mot 48 prosent, og etter 1 år 78 prosent versus 62 prosent. De som deltok vurderte 12 tiltaksområder i et egenvurderingsskjema. Der rapporterte intervensjonsgruppen oftere å ha fått eller deltatt i følgende tilbud; støtte og hjelp fra leder, dialogmøte, arbeidsplassstilpasning og/eller

jobbmodifisering samt samtale med psykolog. I oppfølgingsperioden var sykefraværet, produksjonstap og utgifter signifikant lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen.

*Konklusjon:* Forfatterne konkluderte med at denne tverrfaglige intervensjonen er effektiv på varigheten av sykefravær samt økonomisk besparende for samfunnet.

### 5.2.2 Postsendt informasjon og spørsmål til sykmeldte

Fleten og kollegaer (2006) gjennomførte en randomisert kontrollert studie for å undersøke om en opplæringsintervensjon sendt i posten hadde noen effekt på sykefraværslengden. Resultatmål var totalt antall sykefraværsdager. Kontrollgruppen fikk ingen spesifikk intervensjon. Tabell 9 viser en oversikt over hva studien omhandlet:

Tabell 9: Postsendt informasjon og spørsmål til sykmeldte (Fleten 2006)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
Randomisert kontrollert studie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personer med muskel/skjelett-eller mentale lidelser</li> <li>- Sykmeldt mer enn 14 dager</li> <li>- Intervensjonsgruppe: 495 sykmeldte (192 menn, 303 kvinner)</li> <li>- Kontrollgruppe: 501 sykmeldte (197 menn, 298 kvinner)</li> </ul>	1997- 98	Norge

*Beskrivelse av intervensjonen:* Intervensjonsgruppen fikk et generelt informasjonsbrev og et spørreskjema når de hadde vært sykmeldt i 14 dager. Brevet inneholdt blant annet informasjon om mulighet til å komme tilbake i tilpasset arbeid med med sykelønn, samt møte med arbeidsgiver og NAV. I tillegg fikk de spørsmål om forventet lengde på sykmeldingen, hvilken kjennskap de hadde til tilpasningsmuligheter i virksomheten og hvilken tilrettelegging de kunne ha nytte av.

*Resultat:* Gjennomsnittlig lengde sykmelding var 97 kallenerdager for de i intervensjonsgruppen og 105.3 dager for de i kontrollgruppen. Derved hadde de som fikk tiltaket i gjennomsnitt 8.3 færre sykmeldingsdager (95% CI: -22.5 dager til 6.0 dager) ved 12 uker sammenlignet med kontrollgruppen. Resultatet var ikke statistisk signifikant når alle deltagerne ble analysert under ett, men for gruppene *mentale funksjonsnedsettelse*, *andre muskelskjelettsmerter* og for *de som var sykmeldt mer enn 12 uker* var forskjellene i effekt mellom gruppene signifikante. For *unge personer med korsryggssmerter* viste imidlertid kontrollgruppen bedre effekt på sykefraværet (motsatt effekt). Etter ett år viste resultatene at risikoen for å motta sykepengeutbetaling var redusert i intervensjonsgruppen. Generelt hadde intervensjonen en positiv effekt på tilbakeføring til arbeid ved sykmelding lengre enn 12 uker, men ikke for sykmeldte med korsryggssmerter hvor intervensjonen førte til lengre sykmelding. Der var også mindre risiko for visse subgrupper til å motta andre former for velferdsytelser.

*Konklusjon:* Forfatterne konkluderte med at funnene bør oppmuntre ledere, NAV og myndigheter å stille utfordrende spørsmål til den sykmeldte om lengde på sykefraværet. Samtidig bør sykmeldte få informasjon om tilpasningsmuligheter i løpet av de fem første ukene av sykmeldingsperioden.

### 5.2.3 Ergonomisk tilrettelegging for langtidssykmeldte

Anema og kollegaer (2004) har undersøkt hvor ofte tiltaket ergonomisk tilrettelegging av arbeidssituasjonen for personer med korsryggsmerter ble benyttet i ulike land. I tillegg undersøkte de hvilken effekt disse tiltakene hadde i forhold til å komme tilbake til arbeid. Tabellen nedenfor viser en oversikt over hva de to studiene omhandler:

Tabell 10: Ergonomisk tilrettelegging (Anema 2004)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
- Multinasjonal longitudinell kohortstudie	- 1631 ansatte	1995-1997	Danmark
- Gjentatt spørreskjema og intervju etter 1 og 2 år.	- Sykmeldt i 3-4 måneder		Sverige
	- Diagnose: Korsryggsmerter		Tyskland
			Israel
			Nederland
			USA

Seks grupper ble rekruttert fra sykelønnsregistre i Danmark, Tyskland, Israel, Sverige, Nederland og USA. Spørreundersøkelse og intervju ble utført 3-4 måneder etter første sykmeldingsdag, og ble gjentatt etter 1 år og 2 år. Hovedresultatmålet var antall dager fra første sykmeldingsdag til første dag tilbake på jobb som resulterte i opprettholdelse av arbeid over lang tid.

*Beskrivelse av intervensjonen:* Det ble valgt ut ergonomiske intervensjoner som inneholdt tre ulike tilrettelegginger/tilpasninger: (1) Av arbeidsplassen (2) Av arbeidsoppgavene (3) Av arbeidstiden. Arbeidsplassstilrettelegging (dvs. type 1) inkluderte alle former for teknisk bistand/hjelpemidler som stoler, pulter, spesielle redskap, løftebistand (lifting aid) og tilpasset transport. Arbeidsoppgavetilpasning (type 2) kunne bestå av endring av arbeidsoppgaver og inkluderte mindre endringer som å ikke måtte bære ting etc. Arbeidstidstilpasning (type 3) inneholdt endring i antall og mønster i forhold til arbeidstid som ulike skift, mindre eller mer timer, mer variasjon i timer etc.

*Resultater:* Det var store forskjeller landene imellom hvor stor andel som hadde fått tilrettelagt arbeidsplassen, og det var også store forskjeller mellom hvor hyppig de tre ulike tilretteleggingsformene ble brukt. I gjennomsnitt 23,4 prosent (fra 15% til 30%) av deltakerne rapporterte at de hadde fått tilrettelagt arbeidsplassen, 44,8 prosent (41% til 59,2%) hadde fått tilpasset arbeidsoppgavene, og 46,0 prosent (19,9% til 62,9%) hadde fått tilpasset arbeidstiden. Danmark hadde spesielt høy andel sykmeldte som hadde fått tilpasset arbeidsoppgavene (60 prosent), mot bare ca 20 prosent i Sverige. Når det gjaldt arbeidsplassstilrettelegging var de mer like, der begge land lå på rundt 20 prosent. De fleste tilretteleggingstiltakene ble utført i løpet av det første året de var sykmeldt. Tilpasning av arbeidsplassen viste å ha en signifikant effekt i forhold til å vende tilbake til arbeid (HR 1,47 (CI 1.25 til 1.72);  $p \leq 0.0001$ ). Tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidstiden var effektivt i forhold til å vende tilbake til arbeid etter en periode på mer enn 200 dagers sykmelding (HR 1.78 og 1.41). Disse resultatene var signifikante.

*Konklusjon:* Resultatene viste at det var store forskjeller mellom landene i forhold til hvor mange og hvilken type tilrettelegging de sykmeldte med lave korsryggsmerter fikk.

Resultatene viser også at ergonomiske tilrettelegginger var effektive i forhold til å vende raskere tilbake til arbeid for langtidssykmeldte ansatte med korsryggsmerter.

#### 5.2.4 Struktur og dialog ved tilbakeføring av langtidssykmeldte

En studie av Kärholm og kollegaer (2006) evaluerte over 6 år et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram for personer som var sykmeldt, hvor tiltaket hadde fokus på systematisk samarbeid mellom kommuneansatte arbeidsgivere, bedriftshelsetjenestepersonell og NAV.

Tabell 11: Struktur og dialog ved tilbakeføring av langtidssykmeldte (Kärholm 2006)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
Longitudinelt design	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Langtidssykmeldte arbeidstakere</li> <li>- Intervensjonsgruppe: 64 deltakere</li> <li>- Kontrollgruppe: 64 deltakere</li> </ul>	1996-04	Sverige

Resultatet som ble vurdert var antall sykmeldingsdager. Effekten ble beregnet for hver deltaker ett år før intervensjonen startet, og årlig i den følgende 6-års perioden. I tillegg ble den økonomiske gevinsten av intervensjonen beregnet.

*Beskrivelse av intervensjonen:* Hovedkomponentene i intervensjonen var i følge forfatterne struktur og konsistens. I tillegg ble det holdt faste møter med samme deltagere fra ulike profesjoner og sektorer. Deltakerne hadde samme mål, og hadde et løsningsorientert fokus. Intervensjonen ble kalt SMVR-samarbeid, og bygget på et prosjekt fra 1997-1999 der hensikten var å utvikle mer effektive samarbeidsrutiner mellom arbeidsgiver, bedriftshelsetjenesten og NAV. Intervensjonen besto av en opplæringaktivitet for ansattes nærmeste leder, en helhetlig medisinsk undersøkelse av den ansatte, og en vurdering av den ansattes holdning til sykmelding og uførepensjon. Dette ble utført av bedriftshelsetjenesten. Sentralt i intervensjonen var møter med SMVR-teamet hvor rehabiliteringsaktiviteter ble planlagt og fulgt opp. SMVR-samarbeidet bestod av to representanter fra ledelsen (HR/personal-leder og medarbeider fra HR avdelingen), to personer fra NAV, en lege fra bedriftshelsetjenesten og den sykmeldte. Teamet møttes hver andre uke for å diskutere individuelle saker med den sykmeldte til stede. De ansatte i SMVR-samarbeidet møtte teamet ved behov, derfor varierte antallet teammøter fra sak til sak avhengig av kompleksiteten. Oppfølgingsmøter ble avtalt regelmessig. På møtene ble det laget en detaljert rehabiliteringsplan som involverte et felles fokus og fastsetting av mål for rehabiliteringen. Slike mål kunne være jobbtrening, treningskurs, smertemestring eller yrkesrettet veiledning. Teamet utviklet en felles plattform med bedre forståelse for hverandres roller og kulturer, noe som førte til at en lettere nådde felles mål og oppnådde større effektivitet.

*Resultat:* I følge forfatterne hadde hver person i intervensjonsgruppen 5,7 færre sykmeldingsdager per måned i den undersøkte 6 års perioden ( $p = 0.003$ ). Den beregnede gjennomsnittlige økonomiske gevinsten av intervensjonen var 36.600 euro (290.000 NKR) per person over en 6 årsperiode.

*Konklusjon:* Forfatterne mente at effekten skyldtes kombinasjonen av flere faktorer. Kontinuerlige og strukturerte møter med faste representanter som laget en langsiktig

rehabiliteringsplan med et felles mål. Det å ha en felles plattform og ta et felles ansvar for å finne individuelle løsninger, ble fremhevet som sentralt for å lykkes. For å øke den sykmeldtes motivasjon ble det også pekt på viktigheten av at bedriftshelsetjenesten kom tidlig inn og utførte en kartlegging. Sykmeldte som fikk arbeidsrettet rehabilitering som inkluderte et systematisk samarbeid, hadde færre sykefraværsdager enn de som fikk vanlig oppfølging. Denne effekten varte over 6 år, og genererte en økonomiske gevinst for samfunnet.

### 5.2.5 Løsningsfokusert oppfølging av langtidssykmeldte

Nystuen og Hagen (2006) undersøkte effekten av å delta i en løsningsfokusert intervensjon for langtidssykmeldte med mentale problemer eller muskel- og skjellettplager. Intervensjonen ble utført ved seks NAV-kontorer. Det å erkjenne og bruke klientes erfaringer og ressurser er basiselementene i løsningsfokusert oppfølging og rådgivning.

Tabell 12: Løsningsfokusert oppfølging av langtidssykmeldte (Nystuen og Hagen 2006)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
- Randiomisert kontrollert studie - Blokkrandomisering	- 103 langtidssykmeldte arbeidstakere (mer enn 7 uker) - Diagnose: Lettere psykiske problemer eller muskel-/skjellettplager - Intervensjonsgruppe: 53 deltakere - Kontrollgruppe: 50 deltakere	2002	Norge

For å måle effektivitet av intervensjonen, sammenlignet de intervensjons- og kontrollgruppe med hensyn til gjennomsnittlengde av sykefravær etter 12 måneder. Arbeidsstatus og selvvurdering av helse ble målt seks måneder etter intervensjonen. Resultatet av arbeidsstatus ble presentert som aktiv status (deltid- eller fulltid) versus passiv status (sykefravær, rehabilitering eller uføre). Det ble utført både en primær og en sekundær analyse.

*Beskrivelse av intervensjonen:* Intervensjonsgruppen ble tilbudt løsningsfokusert oppfølging ved et NAV kontor, enten individuelt eller i gruppe ut fra eget ønske. Flesteparten valgte oppfølging i gruppe. Intervensjonen ble gitt av fire psykologer, og hovedfokus var på arbeidssituasjonen. De hadde åtte ukentlige samlinger på tre til fire timer, med fokus på mestringsstrategier, støtte mellom deltakerne og løsninger og mål for framtiden. Halve tiden ble brukt til samlet diskusjon rundt dagens tema som varierte fra gang til gang. Eksempler på slike tema var kommunikasjon, konflikthåndtering og stressmestring. Andre halvdel ble brukt i mindre grupper på 3-4 deltagere, der de fokuserte på løsningsfokuserede prinsipper i forhold til målbeskrivelse, støtte og konstruktive og spesifiserte tilbakemeldinger. Kontrollgruppen fikk oppfølging som vanlig, som inkluderte varierte behandlinger og aktiviteter som var tilgjengelig for personer i målgruppen, og inkluderte psykoterapi og andre behandlingsmuligheter.

*Resultat:* Seks måneder etter at intervensjonen startet var 39,1 prosent i intervensjonsgruppen returnert til arbeid, sammenlignet med 24,3 prosent i kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant ( $p=0,29$ ). Det ble heller ikke funnet signifikant forskjell i selvrapportert helsestatus mellom gruppene. Opplevd mental helse var den av helsekomponentene som det



var størst forskjell på mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (70 prosent versus 60 prosent,  $p=0,17$ ). Sekundær analyse som sammenlignet de som hadde deltatt på minst 50 prosent av sesjonene og kontrollgruppen, viste en signifikant forskjell i sykefravær mellom den aktive intervensjonsgruppen med psykiske problemer og kontrollgruppen i forhold til helsekomponenten sosial fungering.

*Konklusjon:* En frivillig løsningsorientert intervensjon tilbudt av NAV var ikke mer effektiv enn vanlig oppfølging av langtidssykmeldte med psykiske problemer eller muskel- og skjellettplager.

## 5.2.6 IA-arbeid i suksess-bedrifter

I studie av Lie (Lie, 2008) gjennomført i 2004 var målet å avgjøre om hvilke forhold ved virksomheters som hadde inngått en IA-avtale og som var presentert som suksessbedrifter på Idebanken- inkluderende arbeidslivs hjemmeside som hadde sammenheng med sykefraværnsnivå, tilbakeføring til arbeid og tidlig pensjonering. Et utvalg på 66 bedrifter med til sammen cirka 90.000 ansatte ble inkludert. En representant fra ledelsen og en representant fra de ansatte i hver virksomhet mottok per e-mail et spørreskjema som omhandlet hensikt, organisering og resultater av IA-arbeidet. Data om sykefravær, bruk av tidlig pensjonering og uførepensjonering i perioden fra 2000-2004 ble innhentet fra NAV. For enkelte analyser ble også data på sammenlignbare virksomheter innhentet fra statistisk sentralbyrå (SSB).

Tabell 13: IA-arbeid i suksess-bedrifter (Lie 2008)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
- Kvantitativ tverrsnittundersøkelse - Spørreskjema per e-mail	- 90 000 ansatte via registerdata - En representant fra arbeidstakerne og en fra ledelsen i 66 virksomheter - 61 ledere og 50 ansatte	2000-2004	Norge

Spørreskjemaet inneholdt 174 spørsmål om bedriftens IA-aktiviteter og oppnådde resultater. Det var spørsmål i forhold til IA-formål og prioriteringer, IA-ledelse og samarbeid, struktur og prosess av IA, type gjennomførte IA-aktiviteter, leders-/ansattes men også BHT og NAV-Arbeidslivssenters involvering. Videre handlet spørsmålene om type og grad av IA-incentiver, vurdering av IA-kompetansen i bedriften samt måloppnåelse.

*Resultater:* En rekke IA-tiltak var ikke assosiert med lavere sykefravær. De faktorer som var assosiert med lavere *sykefravær* var myndiggjøring og involvering av ansatte ( $p<0.001$ ) og godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten ( $p=0.001$ ). I gjennomsnitt mottok 0,7 prosent av nyansatte i disse virksomhetene uførepensjon, noe som var en signifikant lavere andel enn 1,3 prosent per år i sammenlignbare virksomheter. Hyppig bruk av tidlig pensjonering var forbundet med høy grad av sykefravær, det samme gjaldt når en hadde mange ansatte eldre enn 50 år.

*Konklusjon:* Godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten samt empowerment og involvering av de ansatte viste en sammenheng med et lavere sykefravær. Disse IA-bedriftene hadde også lavere rekruttering til uførepensjon enn sammenlignbare bedrifter.

### 5.2.7 Involverte aktørers erfaringer med et tilbakeføringsprogram

Tjulin og kollegaer (2009) har undersøkt erfaringer fra implementering av et tverrfaglig program for tilbakeføring til arbeid. Målet med studien var å identifisere og analysere hvordan involverte parter i en offentlig svensk virksomhet erfarte at et program for tilbakeføring til arbeid ble implementert i henhold til intensjonen. I studien ble det brukt en kvalitativ tilnærming. Alle informantene hadde nøkkelroller i forhold til å henvise arbeidstakere til programmet, og implementere intervensjonene. I analysen av intervjuene ble det brukt innholdsanalyse.

Tabell 14: Involverte aktørers erfaringer med et tilbakeføringsprogram (Tjulin 2009)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
- Kvalitativ og eksplorerende	- Informanter som hadde deltatt aktivt og hadde erfaringer med implementeringsprosessen	Ikke oppgitt	Sverige
- 2 gruppeintervju			
- Individuelle semi-strukturerte intervju	- 5 rådgivere i bedriftshelsetjenesten, 8 ledere, 1 prosjektleder		

*Beskrivelse av intervensjonen:* Studiens utgangspunkt var at det eksisterte flere strategier som arbeidsgiver kunne bruke for å få sykmeldte i virksomheten tilbake til arbeid, men begrenset kunnskap om hvordan arbeidsplassbaserte intervensjoner faktisk ble implementert i organisasjoner. En svensk offentlig arbeidsgiver initierte et program for tilbakeføring av sykmeldte som kaltes ReKom. Målet med programmet var å redusere sykefraværet, lage en struktur for tilbakevendingsprosessen på arbeidsplassen, og fremme samarbeidet mellom ulike nøkkelpersoner på systemnivå (sykmeldte, ledere, BHT og NAV). Programmet skulle fremme involvering i prosessen for alle partene. Det skulle settes delmål i forhold til å øke den sykmeldtes helse og aktivitetsnivå. De sykmeldte skulle også gis muligheter til å øke deres deltagelse og ansvar for tilbakeføringsprosessen. Tidlig tilbakeføring var sentralt og de som hadde vært sykmeldt i mindre enn 180 dager var derfor prioritert først. Programmet innbefattet tverrfaglig helsevurdering, plan for tilbakeføringsprosessen og koordinator (eng. case manager). Økt kunnskap om helse gjennom opplæring av likemannsgrupper (eng. educational peer support groups) ble vektlagt, samt kontinuerlig samarbeid mellom nøkkelpersonene gjennom oppfølgingsmøter og tilpasset arbeidstrening. Gradvis arbeidstrening kunne utføres enten på ordinær arbeidsplass eller på en hospiteringsenhet (eng. host unit), der en medarbeider ble trent til å være instruktør og støttespiller. Programmet inkluderte også oppfølging med ny helsevurdering seks måneder etter at den sykmeldte hadde kommet tilbake til arbeid.

*Resultater:* Studien avdekket barrierer i implementeringen. Ikke alle de tiltenkte intervensjonene ble implementert som forventet ut i fra retningslinjene. Forfatterne forklarte dette med at nøkkelpersonene uttrykte et mer biomedisinsk, individuelt syn på arbeidsevne, mens programmet var basert på et mer holistisk, biopsykososialt syn. Dette bidro til en deling og distinksjon mellom medisinsk behandling og arbeidsplassbaserte mål for tilbakeføring til arbeid, i stedet for en integrasjon av klinisk behandling, ledelse av bedriftshelsetjeneste og arbeidsplassintervensjoner fra starten av. Det var ulikhet i syn og tolkning blant

nøkkelpersonene i forhold til hva som var et optimalt tidspunkt for henvisning, hvordan en best kunne teste arbeidsevne og hvem som hadde ansvar i de ulike fasene av tilbakeføringsprosessen. Når det gjaldt vurdering mente rådgiverne fra bedriftshelsetjenesten at det var vanskelig å vurdere personens arbeidsevne i relasjon til arbeidsoppgavene og den aktuelle situasjonen på arbeidsplassen. De uttrykte behov for tidligere kontakt med arbeidsgiver før de vurderte personens arbeidsevne. Dette mente de ville fremme forståelse for leders forventning av arbeidstaker og deres antagelse om hvilken type arbeidstilpasning som trengtes. De fleste informantene mente at leder hadde hovedansvar i tilbakeføringsprosessen, men lederne erfarte at de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse, kunnskap og tid til å håndtere disse sakene. Lederne opplevde det som nyttig å ha en case manager som koordinerte møtene med nøkkelpersonene, men koordinatorene fra BHT ønsket at lederen hadde denne rollen. Alle informantene gav en positiv evaluering av samarbeidsmøtene, og mente det fungerte som et godt planleggingsverktøy mellom den sykmeldte, leder, BHT og NAV (tre møter i løpet av en tre måneders periode). Evalueringen av arbeidstrening på hostpiteringsenheten var også positiv, da det skapte et trygt arbeidsmiljø, reduserte arbeidskravene og gav arbeidstakeren mulighet til å utvikle nye strategier. Samtidig ble betydningen av å i tillegg ha fokus på den ordinære arbeidsplassen fremhevet. I følge programmet skulle det være et forberedende møte der den sykmeldte skulle få fortelle "sin historie" til arbeidsplassen, og der medarbeiderne kunne være med å diskutere hvilke tilpasninger som var nødvendige og avklare forventninger. Ingen av lederne eller rådgiverne fra BHT hadde deltatt på disse møtene selv om det var intensjonen.

*Konklusjon:* Implementering av et program for tilbakeføring til arbeid, var en vedvarende prosess som krevde en langsiktig strategi på flere nivå. Programmet krevde tid til refleksjon, partenes deltakelse, åpenhet for endring av de enkelte aktivitetene i intervensjonen og kontinuerlig kommunikasjon.

### **5.2.8 Forbedring av arbeidsrehabiliteringsprosessen**

Gard og kollegaer (2004) undersøkte i sin studie hvordan arbeidsrehabiliteringsprosessen kunne forbedres. Målet var å beskrive NAV-ansattes erfaring med en arbeidsrehabiliteringsprosess på et rehabiliteringssenter nord i Sverige.

I Sverige har NAV en nøkkelrolle i forhold til å koordinere all innsats som gjelder arbeidsrettede rehabiliteringsplaner mellom alle aktører. Etter arbeidsmiljøloven fra 1991, fikk ledere i virksomhetene i Sverige ansvar for planlegging og kontrollering av arbeidsmiljøet og for organiseringen av rehabilitering av sykmeldte på deres arbeidsplass. Arbeidsgiver ble ansvarlig for å undersøke arbeidsplassens muligheter for rehabilitering når den ansatte hadde vært syk i mer enn 4 uker. Dette skulle brukes som basis for en rehabiliteringsplan som ble utviklet av NAV. Planen som skulle utvikles skulle inneholde alle tiltak som skulle til for å få den sykmeldte tilbake til arbeid. Alle tiltak som hadde til hensikt å øke personens funksjon, helse og velvære skulle inkluderes. Den ansattes ressurser, funksjonelle kapasitet og tiltak fra profesjonelle grupper sto i fokus i planen. Målet var å finne nye realistiske mål, gjenvinne funksjonell kapasitet, og øke livskvaliteten. Det ble vektlagt at alle rehabiliteringsaktører formulerte mål på alle områder og prøvde å koordinere dem.

Tabell 15: Forbedring av arbeidsrehabiliteringsprosessen (Gard 2004)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvalitativ</li> <li>- Narrative intervju</li> <li>- Kvalitativ innholdsanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 Nav-kontorer</li> <li>- Kjønnsfordeling: 3 menn og 7 kvinner</li> </ul>	1999-2001	Sverige

*Resultat:* Det ble identifisert seks kategorier som de ansatte i NAV anså som sentrale i den arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen; (1) Tidlig identifisering av problemer, behov og intervensjoner (2) Klar målformulering (3) Fokus på psykososiale faktorer (arbeidsmotivasjon, positiv holdning til jobben, jobbfornydhet, fokus på klientens ressurser, insikt i influering av sosiale faktorer og samarbeid mellom aktører) (4) Større variasjon i mulige intervensjoner (fysisk trening, arbeidstrening, i ulike jobber, arbeidsplassanalyser, funksjonell vurdering og arbeidsorganiserings endringer, lære nye mestringstrategier) (5) Aktivere lederne fra arbeidsplassen i større grad i den arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen samt (6) Tettere samarbeid og informasjonsutveksling med andre rehabiliteringsaktører.

*Konklusjon:* Det var i følge resultatene mulig å forbedre rehabiliteringsprosessen ved å fokusere på tidlig identifisering av problemer, behov og intervensjoner. Klare målformuleringer, flere tiltak å velge mellom og det å erkjenne psykososiale faktorer i prosessen var også viktig. Man kunne forbedre arbeidet i rehabiliteringsprosesser ved å motivere arbeidsgivere til en høyere grad av deltakelse i rehabiliteringen, og ved å få en større utveksling av informasjon mellom rehabiliteringssaktørene.

### 5.2.9 Kartlegging av arbeidsrollen for klienter utenfor arbeidslivet

Asmundsdottir (2004) utførte en pilotstudie som brukte Worker Role Interview (WRI)(Velozo et al., 1999) til å kartlegge klientes opplevelse av sin arbeidsrolle, og fulgte et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram på et psykiatrisk senter på Island. Tidligere hadde det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet brukt en kapasitets-utførelsesorientert vurdering (PCA) for å evaluere om personer var klar til å vende tilbake til arbeid. Hvis en scoret høyere enn 90 prosent på PCA-vurderingen kunne en vende tilbake til arbeidsmarkedet. Denne vurderingen stemte ofte ikke. Det ble derfor stilt spørsmål til effektiviteten av PCA-vurderingen. Denne kartleggingen ved hjelp av WRI hadde til hensikt å gi innsikt i forhold til hvilke barrierer som hindret klientene i å komme tilbake til arbeid. I denne studien ble 10 klienter som scoret 90 prosent eller mer på PCA intervjuet med bruk av WRI.

Tabell 16: Kartlegging av arbeidsrollen for klienter utenfor arbeidslivet (Asmundsdottir 2004)

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvalitativ</li> <li>- Individuelle intervju</li> <li>- Fenomenologisk analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personer fra 34-56 år som ikke var i arbeid</li> <li>- Vurdert arbeidskapasitet på 95prosent</li> <li>- 9 av 10 diagnostisert som paranoid schizofren</li> </ul>	Ikke oppgitt	Island

*Beskrivelse av intervensjonen:* WRI er utviklet for å avgjøre hva som virket inn på en vellykket tilbakeføring til arbeid etter sykefravær, og bygger på teorien Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008). WRI gir informasjon om personlige årsaker (egenvurdering av arbeidsevne, mestringsforventning, opplevelse av ansvar, verdier, arbeidsengasjement/forpliktelse, arbeidsrelaterte mål), interesser, roller og vaner. I tillegg vurderes personens oppfatning av miljøet og dets betydning for å lykkes i og bli fornøyd med arbeidssituasjonen. Intervjuet inneholder 17 intervju spørsmål, der intervjuer skårer på en firepoengskala hvor mye informanten opplever at den nevnte faktoren fremmer eller hemmer tilbakeføring til arbeid.

*Resultater:* Kartleggingen ved hjelp av WRI viste at klienten mislyktes i å komme tilbake til arbeid på grunn av en rekke psykososiale faktorer. De mest arbeidshemmende faktorene befant seg innen området 'personlige årsaker', og da spesielt mestringsforventning. Flere miljømessige faktorer ble også vurdert å være hemmende faktorer for å komme tilbake i arbeid. En annen sentral faktor som ble oppdaget var manglende rollemodeller som kunne gi dem håp om mulighetene for å komme tilbake til jobb. I tillegg opplevde de liten støtte både fra leder, kollegaer og familie. Intervjuet ved hjelp av WRI gav klientene mulighet til å uttrykke sine holdninger og meninger om arbeidssituasjonen. Informasjonen som ble samlet inn gjennom WRI, gav også ny retning i forhold til målsettinger for det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet.

*Konklusjon:* Å finne ut hva som er barrierene for å lykkes i å komme tilbake til arbeid er i følge forfatteren en komplisert prosess, der arbeidsevnevurderinger som vektlegger biomedisinsk tenkning lett vil kunne gi feil forventninger, spesielt i forhold til denne målgruppen. Det er derfor nyttig å benytte et vurderings/kartleggingsverktøy som fanger opp både personenes egne oppfatninger om seg selv og holdninger til arbeidet, samt både fysiske og psykososiale faktorer ved arbeidsmiljøet.

### 5.2.10 Relasjonen mellom langtidssykmeldte og fagpersoner

Müssener og kollegaer (2008) utførte en kvalitativ studie, der målet var å identifisere og analysere sykmeldte personers erfaringer med samarbeid mellom fagpersoner innen helse- og sosialtjenesten.

*Tabell 17: Relasjonen mellom langtidssykmeldte og fagpersoner (Müssener 2008)*

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
- Kvalitativ - Semi-strukturert intervju	- 11 personer med erfaring med langtidssykmelding (9 kvinner og 2 menn) - Alder 28-59 år - Muskel/skjelettlidelser, mentale problemer og noen andre sykdommer.	2002	Sverige

*Resultat:* Det ble funnet 5 kategorier av kvaliteter som den sykmeldte mente var sentrale i forhold til relasjonen: (1) Å bli behandlet med respekt (2) Føle seg støttet (3) Få et mer

personlig forhold til fagpersonene (4) Oppleve kravene som velbalanserte (5) Få involvere og medvirke i rehabiliteringsprosessen. Det å bli behandlet med respekt ble mest vektlagt av respondentene. I flere intervjuer ble det uttrykt at positive møter med fagpersonene var viktig for å fremme tilbakeføring til arbeid. Positive møter som inkluderte respekt og støtte, kunne føre til at de følte seg lettet, styrket, forbedret og hjulpet. Forfatterne mente at det kunne virke som om positive møter med profesjonelle kunne fremkalle følelser som kunne fremme muligheten til å kunne vende tilbake til arbeid. Dypere kunnskap om dette mente forfatterne kunne være verdifullt for å utvikle faglige behandlingsstrategier og holdninger som styrker selvtillit og opplevelse av egenkontroll (empowerment) hos personer som er sykmeldt.

*Konklusjon:* Hvordan de sykmeldte ble møtt av fagpersonene, gav ulike emosjonelle utslag. Dette kunne igjen virke hemmende eller fremmende for tilbakeføring til arbeid (RTW). Forfatterne mener at bedre kunnskap på dette området kan være viktig, for å utvikle profesjonelle strategier og holdninger som kan fremme myndiggjøring og selvtillit hos den sykemeldte.

### 5.2.11 Bedriftseieres holdninger til å tilpasse arbeidet ved arbeidsrelatert fravær

Andersen og kollegaer (2007) utførte en kvalitativ studie der målet var å utforske eiere av små bedrifter sine holdninger og selvrapportert atferd i forhold til tilpasning av arbeid etter arbeidsrelatert skadefravær. Mulighetene for tilpasset arbeid i små bedrifter ble sett på som begrenset. Tabell 18 viser en oversikt over studien.

*Tabell 18: Bedriftseieres holdninger til å tilpasse arbeidet ved arbeidsrelatert fravær (Andersen 2007)*

Type studie	Hvem ble undersøkt?	År	Land
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvalitativ</li> <li>- Semi-strukturert intervju</li> <li>- Fenomenologisk analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eiere av små bygg- og anleggsbedrifter og metallsbearbeidingsbedrifter</li> <li>- Basert på 22 kasus av skaderelatert sykefravær i små bedrifter</li> <li>- Både eier og den ansatte var menn med unntak av en kvinne</li> </ul>	Ikke oppgitt	Danmark

*Resultat:* Mulighetene for tilpasset arbeid var tilstede, men ble ofte ikke praktisert fordi eierne ikke hadde god nok kompetanse på dette feltet. Eierne fant sine egne løsninger her og nå, uten hjelp fra eksterne aktører. De hadde lite kunnskap om mulighetene for økonomisk og praktisk støtte for at ansatte kunne komme raskt tilbake til arbeid.

*Konklusjon:* Initiativer som formaliserer tilpasset arbeid burde bli organisert på en måte som støtter den tette sosiale relasjonen i små bedrifter. Informasjon som kan støtte returnering til arbeidet, må bli gitt i starten når utsikten til lengde på fravær settes. Den aktuelle formen for tilpasning bør i hovedsak bli opp til leder og den aktuelle sykmeldte.

## 5.2.12 Gradert sykmelding

Kausto og kollegaer (2008) har utført en kunnskapsoppsummering for å undersøke nærmere hvordan ordningen med gradert sykmelding har fungert, beskrive mottakerne av ordningen, evaluere effekten, samt utforske holdningene i forhold til og erfaringene med bruken av den. Gradert sykmelding benyttes i Sverige, Norge, Danmark og Finland (se tabell 19).

Tabell 19: Gradert sykmelding (Kausto 2008)

Type studie	Antall studier	År	Land
Systematisk kunnskapsoppsummering	- 6 studier om effekt av gradert sykmelding - 12 studier om holdninger og erfaringer	Ikke oppgitt	Danmark Sverige Norge Finland

*Resultat:* I forhold til sykepengeutbetaling, utgjorde gradert sykmelding ca 20 prosent i Norge, over 33 prosent i Sverige og mindre enn 10 prosent i Danmark. I Finland ble ordningen med gradert sykmelding ikke innført før i 2007, og da med strengere vilkår enn de andre nordiske landene. Andelen som benyttet ordningen var bare 3 prosent der.

*Studier om effekt av gradert sykmelding:* Det ble identifisert få vitenskapelig publiserte studier om effekten av gradert sykmelding. Ingen randomiserte kontrollerte studier ble funnet, men forfatterne fant seks prospektive studier fra 1997-2007 som så på effekten av gradert sykmelding i de nordiske landene. Resultatene fra disse studiene viste blandede funn<sup>1</sup>; 1) De som var på full sykmelding returnerte til arbeid raskere enn de som skiftet over til gradert sykmelding (Bergendorff 1997) 2) Å være gradert sykmeldt fra starten av sykmeldingsperioden var assosiert med lengre sykmeldingsperioder, spesielt blant menn (Eklund 2004). 3) Sansynligheten for å vende tilbake var lavere for de som hadde vært på gradert sykmelding, fra begynnelsen av sykmeldingsperioden enn de som var på full sykmelding (Lidwall 2006). 4) Sansynligheten for å vende tilbake for de som fikk arbeidsrettet rehabilitering var høyere for de som var gradert sykmeldt før tilbudet ble iversatt, sammenlignet med de på full sykmelding (Marnetorft 2001). 5) Bruken av aktiv sykmelding reduserte ikke gjennomsnittlig varighet av sykefravær. Personer på aktiv sykmelding returnerte til arbeid før 50 uker oftere enn de som var på ordinær sykmelding (Sheel 2002). 6) En norsk studie undersøkte legenes sykmeldingspraksis, og rapporterte at deres økte bruk av graderte sykmeldinger ikke hadde noen effekt i forhold til pasientenes tilbakeføring til arbeid, tilbakefall til sykefravær, eller bruk av uføretrygd (Kann & Brage, 2007). En rapport fra Danmark (Beskæftigelsesministeriet, 2008) viste at etter trettende uke på sykmelding, var sannsynligheten i forhold til tilbakeføring til arbeid høyere for dem som hadde gradert sykmelding. Denne studien ble imidlertid ikke inkludert i kunnskapsoppsummeringen på grunn av mangelfull rapportering av metode.

Forfatterne fant 12 studier som omhandlet primærdata enten på holdninger eller erfaringer med bruken av ordningen gradert sykmelding i nordiske land fra 2001-2007. De fleste

<sup>1</sup> Som referert i Kausto med kolleger (2008)

studiene benyttet et tverrsnittsdesign. Respondentene i de ulike studiene var både pasienter, ansatte, arbeidsgivere, leger, fagforeningsrepresentanter og ansatte ved NAV. Resultatene indikerte hovedsakelig positive holdninger i forhold til gradert sykmelding. De ulike aktørene erfarte at ordningen var gunstig og økte muligheten til å vende tilbake til arbeid. Renstig & Sandmark (2005) og Eklund & Ossowicki (2005) fant at blant personer som var fulltidssykmeldte, var det spesielt kvinner og de som var sykmeldt mindre enn 60 dager som ønsket å benytte gradert sykmelding. Det gjaldt også de med høyere utdanning, de som hadde en krevende jobb og de som opplevde å ha en god helse. Informantene mente de ville kunne jobbe gradert, forutsatt at de opplevde at de hadde kontroll over arbeidsoppgavene, arbeidstempo og arbeidstimene. Resultater fra en dansk studie (Damgaard & Boll, 2007) viste at legene etterlyste bedre samarbeid med virksomhetene. De erfarte at lederne ofte var motvillige i forhold til at den ansatte skulle komme delvis tilbake, og var lite fleksible i forhold til å tilrettelegge arbeidssituasjonen for den ansatte. Lederne rapporterte på den annen side at legene ikke benyttet gradert sykmelding tilfredsstillende, og at de ikke gav gode nok instruksjoner i forhold til hvilke modifikasjoner av arbeidet som var nødvendige. Dårlig samarbeid mellom aktørene og lite fleksible tilretteleggingsmuligheter ble betraktet som hindringer for bruken av gradert sykmelding.

*Konklusjon:* Forfatterne mente at bruken av gradert sykemelding har økt de siste årene og varierer mye mellom de ulike nordiske landene. Studiene de inkluderte viste blandede funn om effekten gradert sykemelding hadde på sykefravær. Imidlertid var holdningene til gradert sykemelding blant ulike aktører i hovedsak positive.



## 6 Diskusjon

### 6.1 Tematisk diskusjon

Målet med denne studien var å gi en kunnskapsbasert oversikt over utvalgte arbeidsrettede tiltak for brukere med helseproblemer; gradert sykmelding, aktiv sykmelding, tilretteleggingstilskudd, arbeidsplassvurdering, dialogmøter og individuell oppfølging. Målet var også å beskrive kjennetegn ved og erfaringer med disse arbeidsrettede tiltakene, ut fra innholdet i den inkluderte forskningslitteraturen. Det fantes få publiserte studier fra perioden 2004-2009 som spesifikt evaluerte de utvalgte arbeidsrettede tiltakene. Flere studier var likevel aktuelle, da de hadde med relevante tiltakskomponenter som kunne gi en større innsikt og kompetanse til dette feltet. Nedenfor vil hver enkelt av disse utvalgte arbeidsrettede tiltakene presenteres først, og deretter diskuteres det hvilke type studier i litteraturen som kan ha relevans i forhold til tiltakene.

*Dialogmøter* beskrives slik av NAV: ”Hvis arbeidstakeren er sykmeldt på full tid, skal arbeidsgiver innkalle til et dialogmøte innen 12 uker. Hvis arbeidstaker ønsker det, skal legen/sykmelder delta. Finnes det bedriftshelsetjeneste, skal den delta. Målet med møtet er å finne løsninger i virksomheten som kan hjelpe den sykmeldte tilbake i arbeid. Alle som innkalles har møteplikt. Konklusjoner fra dialogmøtet skal sendes NAV. Hvis sykmeldingen forlenges, skal NAV-kontoret innkalle til et nytt dialogmøte etter senest seks måneder. Både arbeidstaker og arbeidsgiver er pliktig til å delta, og legen og annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig. Det kan sanksjoneres mot arbeidsgiver, arbeidstaker og mot sykmeldende lege. Arbeidstaker som ikke medvirker, kan miste rett til sykepenger. Arbeidsgiver som ikke gjør sin plikt, kan ilegges dagbøter og leger som ikke følger ny sykmeldingspraksis kan miste retten til å skrive sykmelding” (NAV, 2008).

Ingen studier undersøkte spesifikt tiltaket dialogmøte, men flere studier inkluderte en lignende samarbeidsform som en del av en mer sammensatt intervensjon (Bultmann et al., 2009; Karrholm et al., 2006; Tjulin et al., 2009). I Kärholm's studie (2006) ble viktigheten av at møtene hadde med deltagere fra ulike profesjoner og sektorer fremhevet, og at det var en fast gruppe ved hver bedrift som møtte de forskjellige arbeidstakerne. Teamet besto av to representanter fra ledelsen (HR-leder og HR-medarbeider), to personer fra NAV, lege fra BHT og den ansatte. Teamet møttes fast hver annen uke. Fast struktur, konsistens, felles plattform, og løsningsorientering ble vektlagt, og det ble laget en rehabiliteringsplan. Vurdering av effekt av det totale tilbudet viste at i intervensjonsgruppen hadde hver person 5,7 færre sykmeldingsdager per måned i den undersøkte 6 års perioden, noe som gav en økonomisk gevinst på 36.600 euro per person. I rehabiliteringsprogrammet som Bultmann og kollegaer (2009) undersøkte besto det tverrfaglige teamet av lege, terapeut, og en sosialkonsulent som hadde en koordineringsrolle i forhold til arbeidsplassen og var saksbehandler i kommunen. Det ble utarbeidet en plan på grunnlag av tverrfaglig kartlegging, som ble drøftet med den sykmeldte. Forfatterne fremhevet viktigheten av involvering av arbeidsplass og andre nøkkelpersoner, men det ble ikke spesifisert hvordan dette samarbeidet foregikk. Intervensjonen som helhet viste en effekt i form av at antall sykefraværstimer var signifikant lavere, og den økonomiske gevinsten var større i intervensjonsgruppen sett i forhold til kontrollgruppen. I Tjulin sin kvalitative studie (2009) vektlegges et kontinuerlig

samarbeid mellom sykmeldt, ledere, BHT og NAV gjennom oppfølgingsmøter. Den sykmeldtes ansvar for tilbakeføringsprosessen ble også fremhevet. Representanten fra BHT var her koordinator, men mente at lederen i virksomheten burde ha dette ansvaret. Selv om studien til Fleten og kollegaer (2006) ikke omhandler dialogmøte eksplisitt, sier den noe om nytten av tidlig kontakt mellom arbeidsplass og den sykmeldte, og gir informasjon om hvilke muligheter og rettigheter de har til tilpasset arbeidssituasjon.

**Gradert og aktiv sykmelding** beskrives slik av NAV: ”Graderte sykepenges ytes dersom den sykmeldte må arbeide redusert tid eller bruker lenger tid på å utføre sine arbeidsoppgaver. Sykepengene kan graderes ned til 20 prosent (NAV, 2008). ”Aktiv sykmelding gir mulighet til å prøve seg i arbeid på tross av sykdom. Det forutsettes at den sykmeldte ikke utfører noen av sine vanlige arbeidsoppgaver. I så fall skal det benyttes gradert sykmelding. Aktiv sykmelding kan brukes under utprøving av funksjonsevnen, opplæring i nye arbeidsoppgaver, arbeidstrening eller annen tilrettelegging. Den sykmeldte beholder sykepengene (eventuelt rehabiliteringspengene) og arbeidsgiver betaler lønn bare i arbeidsgiverperioden etter vedtak fra NAV. IA-virksomheter har mulighet til å sette i gang aktiv sykmelding uten forhåndsgodkjenning fra NAV” (ibid).

En norsk randomisert kontrollert studie (Scheel et al., 2002) fra kunnskapsoppsummeringen til Kausto og kolleger (Kausto et al., 2008), konkluderer med at bruk av aktiv sykemelding ikke hadde effekt i forhold til antall sykefraværsdager. Denne kunnskapsoppsummeringen (Kausto et al., 2008) viste også at det er motstridende funn i forhold til om gradert sykmelding har effekt på varighet av sykefraværet. Disse resultatene bør vurderes i lys av at de som fikk gradert sykemelding ikke er en ens gruppe sett i forhold til de som fikk full sykemelding. Det kan også forklare mangel på effekt av gradert sykemelding. De studiene som utforsket aktørers holdninger og erfaringer med bruken av gradert sykmelding, vurderte ordningen positivt.

**Tilretteleggingstilskudd** er forbeholdt IA-virksomheter og beskrives slik av NAV: ”Tilretteleggingstilskuddet er en kompensasjon for virksomhetens merutgifter/merinnsats i forbindelse med tilrettelegging av arbeidet slik at ansatte kan opprettholde arbeidsforholdet på tross av helseproblemer. Tilskuddet kan brukes til både enkeltarbeidstakere og grupper av ansatte. Tilskuddet kan ytes til utprøving, tilrettelegging, opplæring eller arbeidstrening og arbeidsgjenstander, samt i visse tilfeller til transport til og fra arbeidsplassen. Det kan også brukes til merutgifter til vikar/ekstrahjelp for å forebygge sykefravær eller ved siden av gradert sykmelding. Videre kan IA-virksomhetene få dekket utgifter til funksjonsvurdering i attføringsbedrift” (NAV, 2008).

Det ble ikke funnet noen studier som undersøkte økonomiske tilskuddsincitiver for å oppnå større bruk av tilrettelegging eller arbeidsplassstilrettelegging. Det var likevel en interessant artikkel (sammensatt av to undersøkelser), som undersøkte selve bruken av tilrettelegging av arbeidsplassen, arbeidsoppgavene og arbeidstiden og som viste god effekt i forhold til å vende tilbake til arbeid (Anema et al., 2004). Forfatterne beskrev ikke hvordan tilretteleggingen skulle finansieres eller initieres.

**Arbeidsplassvurdering** beskrives slik av NAV: ”NAV kan dekke utgifter til fysioterapeut eller ergoterapeut som foretar arbeidsplassbesøk og vurderer mulige tilretteleggingstiltak som kan

*føre til at sykmelding kan unngås eller at arbeidet kan gjenopptas helt eller delvis” (NAV, 2008).*

Arbeidsplassvurdering er ikke nevnt spesifikt i de kvantitative studiene. I arbeidsrehabiliteringsprogrammet som er evaluert av Bültmann (2009) trakk de frem at de identifiserte barrierer for tilbakeføring og foretok en arbeidsrelatert vurdering, men de sa ikke spesifikt at de foretok en vurdering på arbeidsplassen. I Gards og kollegers kvalitative studie (2004) blir arbeidsplassanalyser vurdert som et av flere sentrale tiltak i arbeidsrehabiliteringsprosessen. I Anema (2004) sin studie står tilrettelegging av arbeidsplassen i sentrum, noe som forutsetter en kartlegging i forkant. Den er derimot ikke beskrevet.

**Individuell oppfølging** omtales slik av NAV: *Raskere tilbud om individuell oppfølging, avklaring og arbeidsrettet rehabilitering (den delen av Raskere tilbake som koordineres via NAV). Oppfølging kan være veiledning og råd til arbeidstaker og arbeidsgiver, bistand til å finne egende arbeidsoppgaver, bistand til tilrettelegging av av arbeidet og arbeidssituasjonen eller bistand for å finne en egnet arbeidsplass. Avklaring innebærer systematisk kartlegging og vurdering av den enkeltes arbeidsevne og eventuelle ytterligere behov for bistand for å kunne få eller beholde arbeid. Utprøving av arbeidsevne kan inngå som et element i kartleggingen når dette anses som nødvendig og hensiktsmessig. Arbeidsrettet rehabilitering innebærer arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring eller en kombinasjon av disse elementene (NAV, 2008).*

Intervensjonene i flere av studiene (Bultmann et al., 2009; Gard & Soderberg, 2004; Karrholm et al., 2006; Tjulin et al., 2009) har her mange relevante tiltakskomponenter. De fremhever alle viktigheten av at arbeidsrettet oppfølging bør være godt koordinert og ha aktører med faglig kompetanse. Kontinuitet og skreddersøm vektlegges også som sentrale komponenter i forhold til den enkelte arbeidstaker. Det forutsetter i følge forfatterne en grundig tverrfaglig kartlegging, men hva den inneholder varierer noe i de ulike studiene. Deretter følger laging av mål og plan. Samarbeid med både arbeidsgiver, den sykemeldte, NAV og BHT eller andre helsetjenester er også vektlagt hos alle fire, men i noe ulik grad og form. De fremhever viktigheten av involvering av sykmeldt og arbeidsgiver, men dette vektes også noe ulikt, også i forhold til hvilken arena de skal delta på. I Kärholm`s studie (2006) fremheves grad av struktur og konsistens enda sterkere, og de har faste møter med faste deltagere der den sykmeldte er med å lage planen. Virksomhetens ledere tilbys også opplæring. Bültmann (2009) beskriver i tillegg at planen som lages både bør være aksjonsorientert og dynamisk slik at evalueringer fører til endring i planen. Programmet for tilbakeføring til arbeid som Tjulin og kollegaer evaluerer (2009), tilbyr i tillegg tilpasset arbeidsrettet trening ved en hospiteringsenhet. Som tidligere nevnt så viste både Bültmann og Kärholm sine studier effekt på sykefraværet i forhold til intervensjonen de undersøkte. Studiene av Tjulin og Gard er kvalitative og gir nyttig innsikt i sentrale aktører sine erfaringer.

## 6.2 Metodiske begrensninger

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi valgt å ta med publiserte artikler i perioden 2004-2009. Dette er en relativt kort tidsperiode, men medfører at vi har fått en oversikt over den nyeste litteraturen innen temaet. En ulempe med å begrense søket til en femårsperiode kan være at vi ekskluderer interessante og viktige funn som er av eldre dato og som omhandler de utvalgte tiltak i NAV.

Det kan også være ryddig å gjøre oppmerksom på at det kan gå opp til flere år fra studien faktisk er gjennomført til den blir publisert som artikkel i internasjonale tidsskrifter. Dette betyr at studien ikke nødvendigvis er gjennomført i tidsperioden 2004-2009, men flere år tidligere.

Ettersom alle artiklene som er gjennomgått i denne rapporten er engelskspråklige, vil oversettelse av ord og begreper også kunne være en svakhet. I dette forløp kan noe ha gått tapt. For å vise hvordan vi har oversatt ulike ord og begrep er det derfor laget en liste over mye brukte begrep som er oversatt fra engelsk til norsk. Man må også være oppmerksom på at det er vanskelig å oversette navn på systemer og aktører på en korrekt måte, ettersom de nordiske systemene er organisert ulikt. Eksempelvis har vi i denne rapporten oversatt begrepet *social insurance office* med NAV, selv om studien er gjennomført i et annet nordisk land som har et litt annet system.

Vedlegg 1: *Oversikt over inkluderte studier med hovedforfatter og artikkelens tittel*

<b>Forfatter</b>	<b>Tittel på artikkel</b>
Anema (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 sicklisted for 3-4 months.
Andersen (2007)	Owner attitudes and self reported behavior towards modified work after occupational injury absence in small enterprises: a qualitative study.
Asmundsdottir (2004)	The worker role interview: a powerful tool in Icelandic work rehabilitation.
Bültmannn (2009)	Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders.
Fleten (2006)	Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised controlled intervention study.
Gard (2003)	How can a work rehabilitation process be improved? - A qualitative study from the perspective of social insurance office.
Kausto (2008)	Partial sick leave- review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries.
Kärrholm (2006)	Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centered and solution-oriented co-operation.
Lie (2008)	“Inclusive Working life” in Norway – Experience from “Models of good practice enterprises”.
Mussener (2008)	Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave.
Nystuen (2006)	Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial.
Tjulin (2009)	Experience of the implementation of a multi-stakeholder return to work programme.

*Vedlegg 2: Oversikt over resultater fra de kvantitative studiene*

Forskjellene mellom gruppene i tabellen under er uttrykt ved hjelp av en ”endringsfaktor”, som viser forskjellene mellom gruppene som en rate. Eksempler på hvordan tabellen skal leses er: En endringsfaktor på 0,8 på effektmålet ”kumulert sykefravær” betyr at personer som fikk intervensjonen hadde 0,8 ganger så mye samlet sykefravær som kontrollgruppen – altså mindre sykefravær (hadde resultatet vært likt mellom gruppene, ville endringsfaktoren vært 1.0). En endringsfaktor på 0,74 på effektmålet kostnader betyr at utgifter var 0,74 ganger mindre i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen. Der det var mulig er effekten av intervensjonen markert med et (+) eller et (-) i forhold til om det er til fordel for intervensjonen eller ei. Alle rapporterte resultater som er gjengitt i tabellen er statistisk signifikante på 95 prosentnivå, det vil si at  $p < 0,05$  (mindre enn 5% usikkerhet for at forskjellen faktisk finnes).

<i>Forfatter</i>	<i>Intervensjon</i>	<i>Effekt, ”endringsfaktor” intervensjonsgruppe vs. kontrollgruppe</i>
Bültmann	Koordinert, skreddersydd arbeidsrehabilitering	Kumulativt sykefravær: 0-6 mnd = 0,80 (+) 6-12 mnd = 0,46 (+) 0-12 mnd = 0,66 (+) Forskjell i fall i smerteintensitet: 3 mnd oppfølging = 2,29(+) Utgifter (produksjonstap, behandling): 6 mnd oppfølging = 0,94 (+) 12 mnd oppfølging = 0,74(+)
Fleten	Postsendt brosjyre med informasjon og spørsmål ved sykmelding	Tilbakeføring til arbeid ved sykmelding over 12 uker: Korsryggssmerter = 0,25 (-) Andre muskelskjelletsmerter = 2,03 (+) Psykiske problemer = 3,96 (+) Total = 1,42 (+) Risiko for velferdsytelser 12 mnd: Andre muskelskjelletsmerter = 0,54(+) Total = 0,50(+) Risiko for revalidering/uførepensjon 12 mnd: Psykiske problemer = 0,81(+) Risiko for sykelønn 12 mnd: Korsryggssmerter = 0,71(+)
Anema	Ergonomiske intervensjoner (1) Av arbeidsplassen (2) Av arbeidsoppgavene (3) Av arbeidstiden	Tid til tilbakeføring til arbeid: Tilpasning av arbeidsplassen = 0,68 (+) Tilpasning av arbeidsoppgaver v. sykmelding < 200 dage = 1,28 (-) Tilpasning av arbeidsoppgaver v. sykmelding > 200 dage = 0,56 (+) Tilpasning av arbeidstid v. sykmelding > 200 dage = 0,71 (+)
Kärrholm	Systematisering av samarbeid mellom arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og NAV	Færre sykedager/mnd = 5,7 NKR 290.000 spart over 6 år per. deltaker.
Nystuen	Løsningsorienterte samtaler med psykolog i NAV-regi, fokus på arbeidssituasjonen	Ingen signifikante funn på sykefravær og tilbakeføring til arbeid.
Lie	IA-arbeid på arbeidsplassnivå	IA-arbeid var ikke assosiert med lavere sykefravær, mindre uførepensjon eller tidligere pensjonering.

## 7 Referanser

- Andersen, L.P., Kines, P., & Hasle, P. (2007). Owner attitudes and self reported behavior towards modified work after occupational injury absence in small enterprises: A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 107-121.
- Anema, J.R., Cuelenaere, B., van der Beek, A.J., Knol, D.L., de Vet, H.C.W., & van Mechelen, W. (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 sicklisted for 3-4 months. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(4), 289-294.
- Arbeidstilsynet. (2008). *Tilrettelegging for og oppfølging av sykemeldte*. Oslo.
- Asmundsdottir, E. (2003). The worker role interview: A powerful tool in Icelandic work rehabilitation. *Work*, 22, 21-26.
- Beskæftigelsesministeriet. (2003). *Det gør vi ved sygefraværet?: et debatopplegg*. København: Beskæftigelsesministeriet
- Beskæftigelsesministeriet. (2008). *Analyse af sygefraværet*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Bultmann, U., Sherson, S., Olsen, J., Hansen, C.L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*, 19(1), 81-93.
- Dahl, S., Holmås, T., Skjeret, F., & E., K. (2007). *En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden*. Bergen: Samfunns. og næringslivsforskning AS.
- Damgaard, B., & Boll, J. (2007). Oppfølging på sykedagpenge, del 1. In *Kommuners, lægers og virksomheders erfaringer med de nye regler*. København: Socialforskningsinstitute(SFI).
- ECON. (2002). *Inkluderende arbeidsliv i Norden*. Oslo: ECON.
- Eklund, M., & Ossowicki, M. (2005). *Sjukskriven i onödan?* Stockholm: Försäkringskassan.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Fleten, N., & Johnsen, R. (2006). Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised, controlled intervention study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(10), 676-682.
- Gard, G., & Soderberg, S. (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.
- Karrholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A., & Schuldt, K. (2006). Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disability and Rehabilitation*, 28(7), 457-467.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.P., & Viikari-Juntura, E. (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.
- Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation: Theory and application* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Labriola, M., Lund, T., & Christensen, K.B. (2009). *Videnskabelig dokumentation om risikofaktorer og potentiale for nedbringelse av overgang fra arbejde til førtidspension*. København: Dert Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI).
- Lie, A. (2008). "Inclusive Working Life" in Norway - Experience from "Models of Good Practice" enterprises. *Croatian Medical Journal*, 49(4), 553-560.
- Lindøe, P., Bakke, Å., & Aas, R.W. (2006). Avtalen for et inkluderende arbeidsliv. Virkemidler fra nasjonalt nivå til ledernivå i oppfølgingen av sykemeldte. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 8(2), 21.
- Müssener, U., Svensson, T., Söderberg, E., & Alexanderson, K. (2008). Encouraging encounters: Sick-listed persons' Experiences of interaction with rehabilitation professionals. *Social Work in Health Care*, 46(2), 71-87.
- NAV. (2007). *Lovendring 1. mars 2007: Tettere oppfølging av sykemeldte*. Unpublished manuscript.
- NAV. (2008). *Virkemidler for et mer inkluderende arbeidsliv*. Retrieved 11.03.2010, 2010, from <http://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/805374618.cms>
- Nordisk Ministerråd. (2007). *Sykefravær i Norden: Kan vi lære av hverandre?* København: NOU (1990:23). (1990). Sykelønnsordningen. In Sosialdepartementet (Ed.).
- NOU (2000:27). Sykefravær og uførepensjonering: Et inkluderende arbeidsliv. In A.-o. inkluderingsdepartementet (Ed.).
- Nystuen, P., & Hagen, K.B. (2006). Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial [ISRCTN39140363]. *Bmc Public Health*, 6.
- OECD. (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers- Vol.1: Norway, Poland and Switzerland*. Paris.
- OECD. (2009). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sweden: Will the recent reforms make it?* Paris.
- Olsen, H. (2005). *Trygdestatistik Årbok 2005*. Oslo: Rikstrygdeverket.
- Ose, S.O., Bjerkan, A.M., Pettersen, I., Hem, K., Johnsen, A., J., L., Paulsen, B., Mo, T.O., & P.Ø., S. (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. Trondheim: SINTEF.
- Partene i arbeidslivet. (2001). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2001-2005*. Oslo.
- Partene i arbeidslivet. (2005). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009*. Oslo.
- Partene i arbeidslivet. (2010). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv: Mars 2010-31 desember 2013*, from <http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2010/IA-avtale%2024022010.pdf>
- Renstig, M., & Sandmark, H. (2005). *Kvinnors sjulskrivning: en studie om risikofaktorer för långtidssjukskrivning*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Scheel, I.B., Hagen, K.B., Herrin, J., Carling, C., & Oxman, A.D. (2002). Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients - A cluster-randomized controlled trial. *Spine*, 27(23), 2734-2740.
- Sykefraværsutvalget. (2006). Tiltak for å redusere sykefravære. In S. kontor (Ed.).
- Tjulin, A., Stiwne, E.E., & Ekberg, K. (2009). Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 409-418.
- Velozo, C.A., Kielhofner, G., Gern, A., Lin, F.L., Azhar, F., Lai, J.S., & Fisher, G. (1999). Worker role interview: Toward validation of a psychosocial work-related measure. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 9(3), 153-168.



- Aas, R.W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal.
- Aas, R.W., Mercus, S., & Kiær, E. (2009). *Ergoterapeuers og fysioterapeuters råd og anbefalinger om tilrettelegging på arbeidsplassen* (No. 2007/143): International Research Institute of Stavanger, IRIS.
- Aas, R.W., & Skaugen, B.H. (2007). *Sykefraværarbeid: en tiltakshåndbok : fundamenteringstiltak, persontiltak ogprosjekttiltak* (No. 978-82-490-0543-7). Stavanger: IRIS, International Research Institute of Stavanger.