



**UIT**

**NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET**

Institutt for psykologi – Det helsevitenskapelige fakultet

# **Sykefravær og barrierer mot retur til arbeid**

*En litteraturgjennomgang av ikke-helseårsakers betydning for sykefravær*

**Håkon Coucheron Fredhammer**

*Hovedoppgave i psykologi PSY-2901 – Mai 2019*



## Forord

Min interesse for sykefravær ble vekket etter å ha vært på en forelesning av Arnstein Mykletun. I denne forelesningen snakket han om sykefravær generelt og sykefraværsordningen spesielt, og drøftet mulige årsaker til at langtidssykefraværet i Norge er så høyt som det er. Jeg syntes tematikken var svært interessant, og tok derfor kontakt med han i etterkant. Han stilte spørsmål ved hvorfor ikke flere sykmeldte kom tilbake i jobb, og mente at det befant seg et kunnskapshull knyttet til forskningen på ikke-helseårsakers innvirkning på sykefravær. Han kalte slike faktorer barrierer mot retur til arbeid, og det er nettopp dette denne oppgaven handler om.

Heldig som jeg var, så endte det med Arnstein og Svein Bergvik ønsket å bidra som henholdsvis hovedveileder og biveileder. Siden vi ble enige om at jeg skulle gjøre en litteraturgjennomgang, ble Wendy Nilsen fra Oslomet også koblet inn på et tidlig tidspunkt grunnet sin ekspertise på litteraturgjennomganger, noe som har vært til stor hjelp.

Barrierer mot retur til arbeid er et interessant, spennende og ikke minst aktuelt tema. Valg av litteraturgjennomgangsmetode og screening-verktøy, samt utforming av søkeord, ble gjort i samråd med veilederne. Selve søket og screeningen av studiene gjorde jeg selv. Jeg har videre fått fortløpende veiledning knyttet til strukturering og utforming av oppgaven fra samtlige veiledere.

Hovedoppgaveskrivingen har vært en lang og krevende prosess, og jeg er svært takknemlig for all hjelpen jeg har fått fra mine tre dyktige veiledere, som har bidratt med gode tilbakemeldinger, inspirasjon og støtte fra begynnelse til slutt.

Ønsker til slutt å takke familie og venner for oppmuntring og støtte. Det har vært til stor hjelp.

Tusen takk!

### Sammendrag

Samtidig som arbeidslivet i Norge preges av høy sysselsetting, høyt utdanningsnivå og god folkehelse, er sykefraværet det høyeste blant OECD-landene. Langtidssykefraværet står for de fleste av sykefraværsdagene, og det er viktig å forstå hvorfor ikke flere kommer tilbake i jobb gjennom dagens sykefraværsordning. Det er gjort mye forskning på både utløsende og opprettholdende helseårsaker til sykefravær, men mindre på barrierer som ikke direkte er relatert til helse og som kan utsette retur til arbeid. I denne studien ble det utført en litteraturgjennomgang i form av en scoping review, der målet var å forstå hvilke barrierer som inntil nå har blitt dokumentert i studier, og hvilke som er påvist å ha betydning for retur til arbeid. Alle typer studier, uavhengig av metode og design, var av interesse. Søket resulterte i 16 artikler som var sammenfallende med seleksjonskriteriene og som inneholdt totalt 26 ulike barrierer signifikant assosierte med forlenget sykefravær. Majoriteten av barrierene mot retur til arbeid var knyttet til individuelle psykologiske faktorer og forhold på arbeidsplassen, slik som konflikt med ledelse, job strain, lav forventning om retur til arbeid, samt lav trivsel og jobbtilfredshet. Litteraturgjennomgangen viser samtidig at barrierebegrepet er lite etablert, og understreker nødvendigheten av ytterligere forskning på feltet. Økt forståelse av barrierer mot retur til arbeid kan potensielt bidra til å redusere sykefravær dersom de tas større høyde for i organisatorisk og klinisk håndtering av sykefravær.

## Sykefravær og barrierer mot retur til arbeid

Arbeidslivet i Norge preges av lav arbeidsledighet, høy sysselsetting og høyt utdanningsnivå (Arbeids- og velferdsforvaltningen [NAV], 2019). Samtidig er folkehelse god (Krokstad et al., 2013). Likevel har Norge den høyeste forekomsten av sykefravær og arbeidsuførhet, sammenlignet med andre europeiske og vestlige land (OECD, 2013). Sammenhengen mellom helseproblemer og økt sykefravær er velkjent (Manty et al., 2017). Derimot vet man mindre om hvordan andre årsaker enn sykdom og skade bidrar til sykefravær og vanskeliggjør retur til arbeid (RTA) for sykmeldte arbeidstakere (Gimeno, Benavides, Amick, Benach, og Martinez, 2004).

Sykefraværsordningen er ment å ivareta arbeidstakere når medisinske grunner tilsier at man bør være borte fra arbeid. Samtidig har sykefravær vist seg å være forbundet med ytterligere eller kontinuerte helsemessige utfordringer for den sykmeldte arbeidstakeren (Waddell og Burton, 2006). Arbeid er for de fleste et viktig bidrag til velvære (Modini et al., 2016), og frafall fra arbeidslivet er assosiert med psykiske og fysiske helseproblemer (Schmitz, 2011). Sykefravær er dessuten svært kostbart for arbeidsgiver og staten, i form av utbetaling av sykepenges og tapt arbeidskraft (OECD, 2018). På bakgrunn av dette har det vært bred politisk enighet om å redusere sykefraværet, og dette dannet grunnlaget for Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som ble inngått mellom aktørene i arbeidslivet i 2001 (Regjeringen, 2001). Et av delmålene til IA-avtalen er å redusere sykefraværet med 20%, sammenlignet med oppstartsåret. For å oppnå dette kreves en helhetlig forståelse av sykefravær, slik at tiltak som iverksettes er presise og virkningsfulle.

Forskning på sykefravær har tradisjonelt fokusert på årsaker og utløsende faktorer, mens mindre oppmerksomhet har blitt viet underliggende faktorer som kan forlenge sykefravær og utsette RTA. Det kan dreie seg om barrierer mot RTA som er direkte knyttet til sykmeldingsårsaken, eller som oppstår uavhengig underveis i sykefraværet. Med barrierer

menes her ikke-helseårsaker som påvirker sykefraværet. For eksempel har man funnet at uløste konflikter på arbeidsplassen øker risikoen for at korttidssykefravær går over i langtidssykefravær (Ede og Starrin, 2014). Arbeidstakeres manglende grensesetting overfor arbeidsoppgaver og -mengde er også forbundet med utsatt RTA (Noordik et al., 2009). Dette viser hvor viktig det er å undersøke hvilke psykologiske, sosiale, økonomiske og politiske barrierer som ligger bak sykmeldingsårsakene, og i hvor stor grad de har innvirkning på sykefraværet. Langtidssykmeldte arbeidstakere står totalt sett for de fleste sykefraværsdagsverkene i Norge, og få av dem kommer tilbake i jobb. Det er derfor viktig å forstå hvorfor enkelte ikke returnerer til arbeid, selv om de medisinsk sett er friske nok til det.

Økt innsikt i barrierer som fenomen, kan potensielt bidra til at en viktig, men mindre undersøkt dimensjonen av sykefravær tas større høyde for i kliniske og organisatoriske sammenhenger. Det er imidlertid uklart hvor godt barrierebegrepet er dokumentert, og det foreligger få oppsummerte kunnskapsoversikter. Hva vi mener med barrierebegrepet vil defineres mer dyptgående i resten av innledningen, både som egen underkategori, men også fortløpende der det er relevant.

Formålet med denne studien er å oppsummere den eksisterende forskningen på barrierer. Fordi det er ønskelig med en bred oversikt, gjøres dette gjennom en scoping review. Både kvalitative og kvantitative studier, uavhengig av design, er relevante. Beskrivelse av scoping review som kunnskapsoppsummerende metode, samt valg av søkeord og seleksjonskriterier knyttet til screeningen, gjengis inngående i metodedelen.

Studiens problemstilling er som følgende:

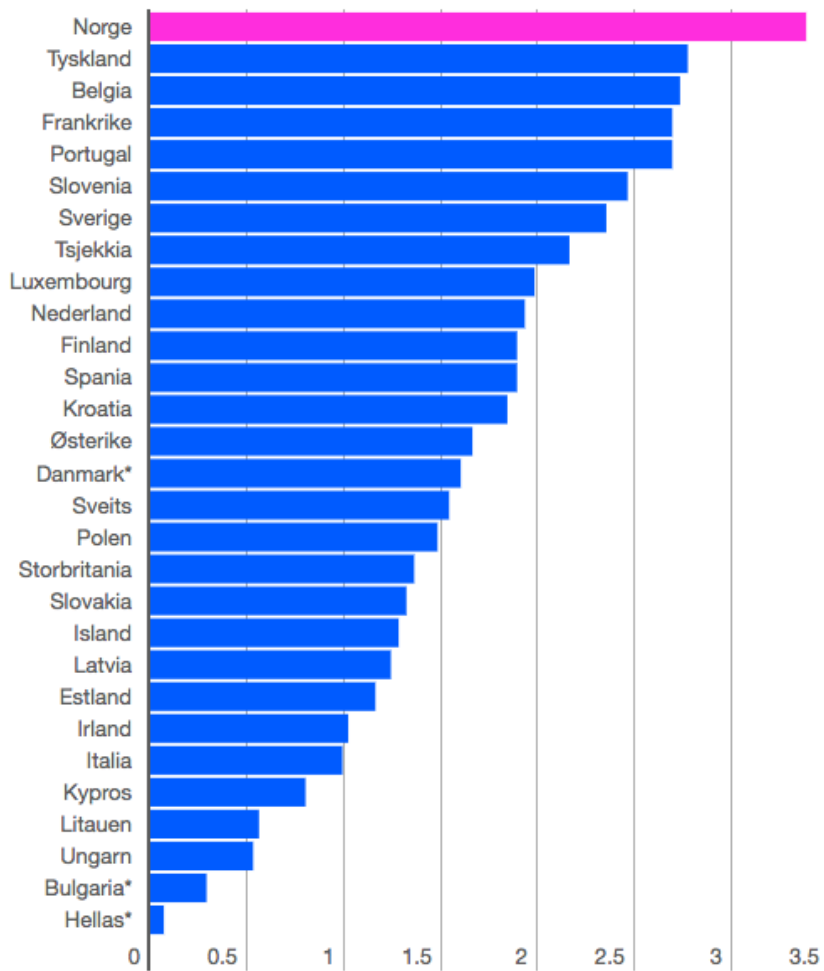
- Hvilke barrierer har inntil nå blitt dokumentert i studier og hvilke er påvist å ha betydning for RTA?

## Sykefraværet i Norge

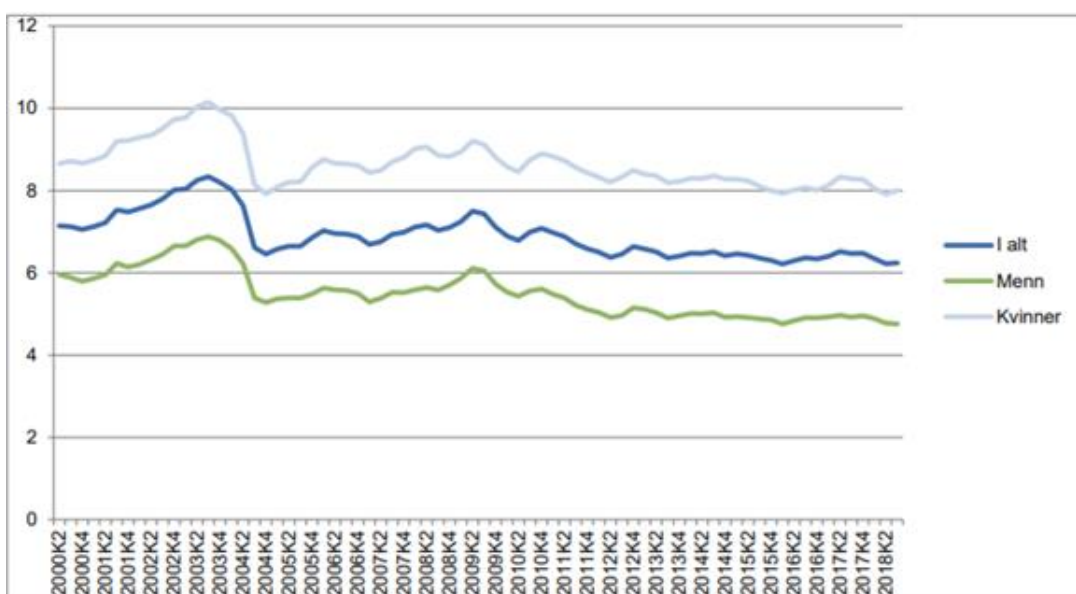
En generell forståelse av sykefraværet og hvordan sykefraværsordningen er lagt opp og forvaltet i Norge er vesentlig for å forstå barrierebegrepet. Dette bunner i at den høye andelen langtidssykefravær (LTSF) blant annet kan tilskrives måten sykefravær håndteres på. OECD (2013) har eksempelvis påpekt at Norge har en sykefraværsordning som tilrettelegger for LTSF ved at det ikke foreligger tilstrekkelige incentiver for RTA når sykmelding først er innvilget. Sykefraværsordningen kan med andre ord fungere som en barriere i seg selv. Denne oppgaven vil derfor, i tillegg til barrierebegrepet, gjennomgå sykefraværet og sykefraværsordningen i Norge. Dette gjelder spesielt fastlegeordningen, siden det hovedsakelig er fastleger som syk- og friskmelder arbeidstakere. De kan betraktes som portvoktere for LTSF, som er den største utfordringen knyttet til sykefravær, hva angår samfunnsøkonomi og folkehelse (Schmitz, 2011).

**Omfang og utvikling.** Det egen- og legemeldte sykefraværet i Norge var i 2018 på 5,8% (NAV, 2019), noe som er betydelig høyere enn sammenlignbare OECD-land (se figur 1). Dette tilsvarer drøye 24 millioner tapte dagsverk hvert år, eller nesten 10 fraværsdager per år per arbeidstaker. I 2017 var gjennomsnittlig sykefraværslengde i Norge nesten 38 dager per arbeidstaker (ibid). Høyest sykefravær finnes blant arbeidstakere i kommunen, etterfulgt av statlig og privat sektor (NAV, 2019).

Sykefraværet økte fra starten av 90-tallet og nådde en topp i 2003. Sykefraværet har deretter gått inn i en nedgangsperiode som stabiliserte seg i 2013 og har frem til dags dato holdt seg relativt uendret (se figur 2).



**Figur 1.** Sykefraværspersenten blant fulltidsansatte i utvalgte OECD-land i 2016 (Eurostat, 2017)



**Figur 2.** Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 3. kvartal 2018, oppgitt i prosent (NAV, 2019)

**Tolkning av sykefraværstatistikk.** Sykefravær er et sammensatt fenomen og statistikk må blant annet ses i sammenheng med konjunkturer i arbeidsmarkedet og måten sykefravær operasjonaliseres på (PROBA, 2014). Det er store forskjeller i sykepengeordningen mellom ulike land, og ulike definisjoner på hva som regnes som sysselsatt og ikke gjør det vanskelig å sammenligne sykefravær direkte. Det høye sykefraværet i Norge kan likevel ikke forklares ut ifra generelt arbeidsliv, sammensetning av arbeidsstyrke, eller hvordan sykefraværet måles (ibid).

**Sykefraværets kostnader.** Det høye sykefraværet medfører store økonomiske konsekvenser for både arbeidsgivere og staten. Det er anslått at én ukes sykefravær koster arbeidsgiver rundt 15.000 kroner, og hvert år utbetaler arbeidsgivere og staten i sum henholdsvis 30 og 40 milliarder i sykepenger (SINTEF, 2010). Statens årlige utbetalinger av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er på respektive 35 og 86 milliarder. Til sammenligning brukes det drøye 8 milliarder årlig på barnevern, mens det totale forsvarsbudsjettet består av 54 milliarder. Det høye sykefraværet i Norge kan derfor sies å ha betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser.

**Sykefraværsinndeling.** Det er vanlig å kategorisere sykefravær under åtte uker som korttidssykefravær, og over åtte uker som langtidssykefravær. Denne inndelingen skyldes blant annet at sykefravær over åtte uker medfører trygderelaterte krav om tilleggsinformasjon om funksjon og arbeidsevne, samt plikt om å være i arbeidsrelatert aktivitet. Over 80% av alle sykefraværstilfeller er under åtte uker (se figur 3). Kortvarig sykefravær er assosiert med bedre folkehelse, og er forebyggende mot videre sykdom (Hansen og Andersen, 2009) (Bergström, 2009). Selv om langtidssykefraværet angår relativt færre antall tilfeller enn korttidssykefravær, utgjør det til gjengjeld en stor andel av sykefravær i antall tapte dagsverk.

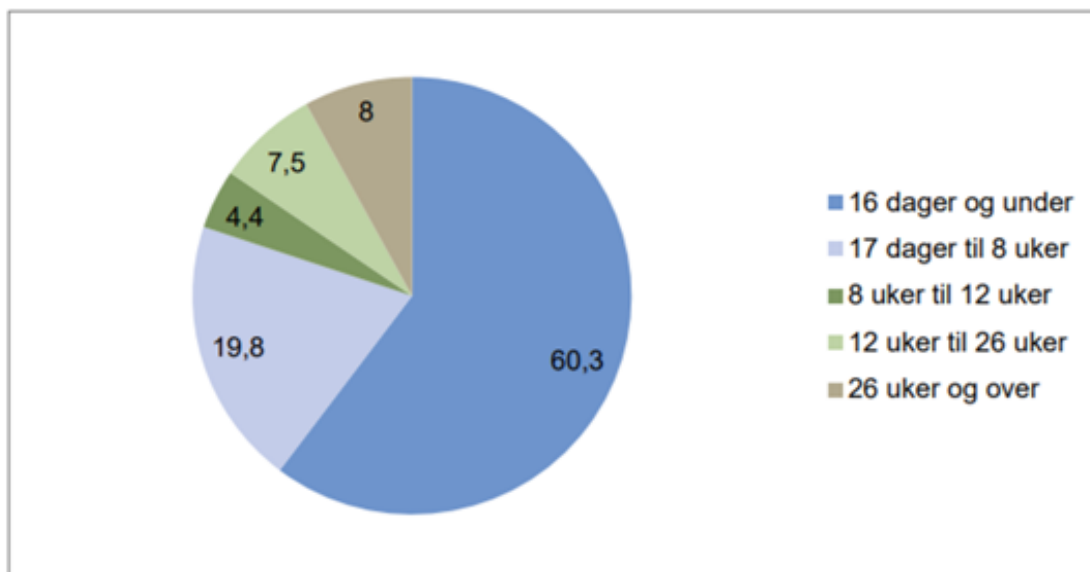


Derfor er det de lange tilfellene som totalt sett har størst innvirkning på sykefraværet, og et fåtall sykmeldte står for mesteparten av totalsykefraværet.

**Langtidssykefravær.** Sammenlignet med andre land, har Norge en uvanlig høy andel langtidssykmeldte, samtidig som ingenting tyder på at norske arbeidstakere har høyere forekomst av sykdom enn andre. Dette underbygger påstanden om at sykmeldingsårsakene ikke nødvendigvis er utelukkende helserelaterte.

Høy forekomst av langtidssykefravær har store konsekvenser for både individ og samfunn. Langtidssykefravær er assosiert med lavere livskvalitet (Ekberg og Wildhagen, 1996), høyere mortalitet (Kivimaki et al., 2003) (Vahtera, Pentti, og Kivimaki, 2004), og større risiko for å bli uføretrygdet (Gjesdal, Ringdal, Haug og Mæland 2004).

En økende andel av fulltidssykmeldte i 2011 stod uten ansettelsesforhold to år etter avsluttede sykepenger (Grødem, Orupabo, og Pedersen, 2015), og det har vært en fordobling av antall varig uføretrygdete under 30 år de siste tolv årene (NAV, 2019). Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger har dessuten økt, og tradisjonelt har få av disse returnert til arbeid (Hedlund, Wendelborg, Brataas, og Landstad, 2005). Langtidssykefravær skyldes i økende grad diagnoser knyttet til psykiske lidelser (Bultmann et al., 2005), samtidig som de fleste studier ikke finner noen økning av psykiske lidelsers forekomst i befolkningen (Baxter et al., 2014; de Graaf, ten Have, van Gool, og van Dorsselaer, 2012; Kessler et al., 2005). Det har blitt påpekt at langtidssykmeldte synes å «sette seg fast» i trygdesystemet, og dermed forblir sykmeldt (Hedlund, Landstad og Wendelborg, 2007).



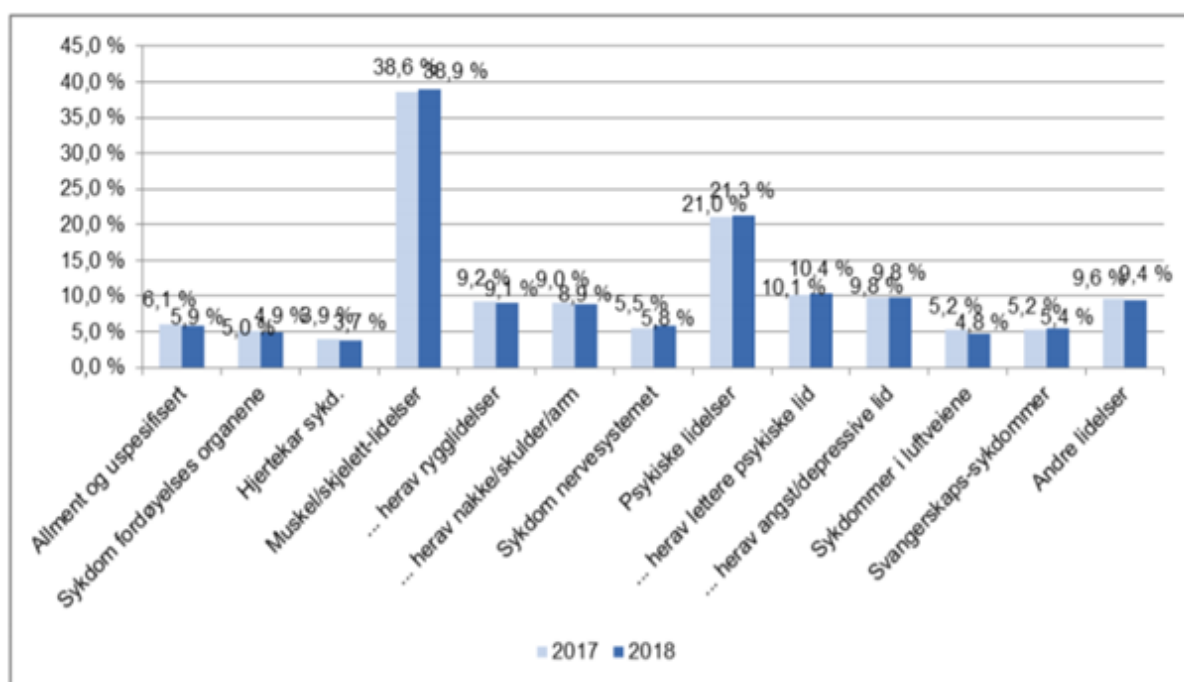
**Figur 3.** Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 3. kvartal 2017 etter andel (NAV, 2019)

### Årsakene bak sykefraværet

Den offisielle sykefraværstatistikken baserer seg i stor grad på fastlegers innrapportering av forekomst og årsaker til sykefravær. «Årsaker til sykefravær» i denne sammenhengen kan derfor være noe misvisende: Sykefravær kan ikke kun forstås ut fra sykmeldingsdiagnoser, siden de ikke sier noe om underliggende faktorer. I tillegg er diagnosene i prinsippet kun gjeldende på sykmeldingstidspunktet, og forklarer ikke årsaker som eventuelt oppstår underveis i forløpet og forlenger sykefraværet. På bakgrunn av det trygdemedisinske systemets utforming, holder man forståelig nok heller ingen oversikt over ikke-helseårsaker som bidrar til økt sykefravær. Det er for eksempel tenkelig at psykiske lidelser og ryggsmertter kan bli utløst av konflikt på arbeidsplassen, uten at det kommer frem i statistiske oppføringer. Det er derfor vanskelig å anslå barrierers utbredelse ved å kun ta utgangspunkt i sykmeldingsdiagnoser.

**Årsaker ifølge sykmeldingsdiagnose.** Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til sykefravær, og utgjør henholdsvis 36,5% og 21,3% av det legemeldte sykefraværet målt i sykefraværingsdagsverk (se figur 4) (NAV, 2019). Psykiske

lidelser som sykmeldingsdiagnose har dessuten den største differansen mellom antall tilfeller (16,4%) og sykefraværsdagsverk (21,3%), hvilket betyr at de enkelte sykefraværstilfellene i snitt er lengre enn ved andre diagnoser. Psykisk sykdom kan være stigmatiserende og samtidig manifestere seg i form av fysiske symptomer (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, og Rowlands, 2000). Det er derfor ikke utenkelig at sykefravær knyttet til psykisk sykdom forekommer oftere enn det statistikken tilsier, grunnet underrapportering eller maskering av psykiske symptomer.



**Figur 4.** Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 3. kvartal 2017 og 3. kvartal 2018 oppgitt i prosent (NAV, 2019)

Forekomsten av psykiske lidelser hos personer som faller ut av arbeidslivet er stor og økende, og sykefravær og uføretrygd er relativt høyt blant arbeidstakere med milde former for angst og depresjon (Mykletun et al., 2006). Psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uføretrygd, ansvarlig for 35% av tilfellene i 2014. Særlig angst bidrar til langtidssykefravær (Knudsen, Harvey, Mykletun, og Overland, 2013), til tross for at behandling av angst typisk innebærer å erstatte unngåelsesatferd med eksponering. Sammenlignet med andre land, står

arbeidstakere med psykiske lidelser svakere stilt i det norske arbeidsmarkedet, grunnet mangelfull integrering og tilrettelegging (OECD, 2013). På bakgrunn av dette har OECD blant annet rådet Norge til å investere mer i inkluderende arbeidsliv gjennom å finne løsninger som gjør at personer med psykisk sykdom fortsatt kan stå i jobb (ibid).

**Barrierer som underliggende årsaker.** I tillegg til helseårsaker, kan barrierer (slik tidligere beskrevet som ikke direkte helserelaterte årsaker) utgjøre en betydelig hindring mot RTA (Andersen, Nielsen, og Brinkmann, 2012). Slike barrierer kan ha utgangspunkt i psykologiske og relasjonelle forhold som bidrar til å redusere sannsynligheten for RTA. Barrierer er ikke nødvendigvis det samme som den opprinnelige årsaken til sykmelding, men kan oppstå eller bli forsterket av sykefravær som en sideeffekt. Barrierer kan handle om stigma, negative erfaringer knyttet til arbeidsplassen, mobbing, sykdomsforståelse eller krevende plikter på hjemmebane (Dekkers-Sánchez, Wind, Sluiter, og Frings-Dresen, 2010; Magnussen, Nilsen, og Raheim, 2007). For den enkelte arbeidstaker kan psykologiske forhold som systematisk negative kognisjoner, katastrofetanker og lav selvtillit fungere som barrierer, selv om den opprinnelige sykmeldingsårsaken er ryggmerter (Besen, Young, og Shaw, 2015). Barrierer kan på denne måten fungere som uhensiktsmessige forlengere av sykefravær, selv om de ikke er direkte helserelaterte.

En vesentlig andel av sykefraværet er relatert til selve arbeidet og arbeidsplassen, inkludert psykososiale faktorer her (Foss et al., 2011). Psykososiale faktorer på arbeidsplassen er betydelige prediktorer for RTA (Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, og Brand, 2001) (Aagestad et al., 2014). Jobbmobilitet og relasjoner på arbeidsplassen kan også påvirke om sykmeldte arbeidstakere returnerer til arbeid når de er friske nok (Nordstrom, Ekberg, Hemmingsson, og Johansson, 2014). Dersom sykefraværet er forårsaket eller forlenget av dårlige relasjoner på arbeidsplassen, vil de med høy jobbmobilitet lettere finne en annen jobb når de blir friske nok, mens de med lav jobbmobilitet antageligvis vil forbli sykmeldte (ibid).

Barrierer kan ha opphav i psykologiske faktorer, relasjoner, eller i et samspill mellom disse. Et grunnleggende problem med barrierer er at de kan være diffuse og uuttalte, og derfor vanskelig å fange opp. Det har i tillegg vært lite fokus på dem, både i forskningssammenheng og ved håndtering av sykefravær. Helserelaterte faktorer og barrierer kan være overlappende og operere i samspill, og bør derfor ses i sammenheng med hverandre.

### **Sykefraværsordningen**

Som tidligere nevnt, kan sykefraværsordningen på mange måter fungere som en barriere i seg selv. Holdninger og signaler hos arbeidsgiver, saksbehandlere og helsevesenet kan forsterke barrierer, eller i verste fall bidra til å etablere dem. Utsagn av typen «ikke kom tilbake på jobb før du er helt frisk», og helsevesenets frykt for å «skade» arbeidstakeren ved for tidlig RTA, kan fungere som unødvendige og uhensiktsmessige forlengere av sykefravær. På bakgrunn av dette må offisielle føringer for sykefravær og faktisk sykmeldingspraksis ses i sammenheng med barrierebegrepet. Det samme gjelder de involverte partene i et sykmeldingsforløp, herunder fastlegenes rolle spesielt, siden de fungerer som portvoktere for sykmeldinger.

**Sykepenger.** Det er lovfestet etter folketrygden at *«sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer ol., gir ikke rett til sykepenger»* (Lov om folketrygd paragraf 8-4, 1998). Ved sykefravær får arbeidstakere sykepenger tilsvarende 100% av inntekten fra første dag, gitt at de har vært i arbeid i minst fire uker før sykmelding. Arbeidsgiver er pliktig til å betale sykepenger de første 16 kalenderdagene. Sykefravær utover arbeidsgiverperioden dekkes av folketrygden. Sykepenger utbetales i maksimalt 52 uker, uavhengig om arbeidstakeren er helt eller delvis sykmeldt.

Norges sjenerøse og lett tilgjengelige trygdeordninger som stiller få krav til den sykmeldte har blitt pekt på som en viktig faktor for det høye sykefraværet (OECD, 2018).

Studier viser at økt sjenerøsitet i et lands sykepengeordning er sammenfallende med økt sykefravær (Frick og Malo, 2008). Økt kompensasjonsnivå av sykepenger gir altså økt sykefravær, mens strengere ordninger gir lavere sykefravær (Henrekson og Persson, 2004). I Norge har det vært liten politisk vilje knyttet til å redusere utbetalingen av sykepenger. Innstramming av sykepengeordningen kan sies å være et kontroversielt tema, selv om dette er et tiltak som utvilsomt hadde redusert totalsykefraværet. På den andre siden vil en reduksjon i sykepengeutbetaling ramme arbeidstakere med sårbar økonomi, og på den måten oppfordre til økt sykenærvær.

**Aktørene i sykmeldingsforløpet.** Det er normalt fire involverte parter i et sykmeldingsforløp, nemlig arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmeldende fastlege og Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Det kan imidlertid se ut til, at ingen av partene har nevneverdige insentiver for å få arbeidstakeren tilbake i arbeid, etter sykmelding er utstedt. Systemene rundt sykefraværsordningen tilrettelegger for langtidssykefravær, og fungerer ikke tilstrekkelig godt nok for å friske arbeidstakere tilbake i arbeid.

For arbeidsgiver kan det noen ganger være mindre kostnadskrevende å ha langtidssykemeldte arbeidstakere heller enn gjentatte korttidssykemeldte. Dersom en arbeidstaker har gjentatte syk- og friskmeldinger, må arbeidsgiver dekke de 16 første dagene med sykepenger flere ganger. Dette kommer i tillegg til vikarutgifter, ol. I tillegg svekkes stillingsvernet betydelig etter 12 måneders sammenhengende sykefravær, slik at det blir lettere å si opp uønskede arbeidstakere. Det er etablert at tidligere sykmeldte arbeidstakere løper større risiko for å bli sykmeldt igjen (Busch, Göransson og Melin, 2007), og denne gruppa kan tenkes å være spesielt utsatt for barrierer mot RTA initiert av arbeidsgiver. Arbeidsgivere har derfor større utbytte av å redusere korttidssykefravær enn lengre fravær, selv om lengre fravær oftere har sammenheng med forhold på arbeidsplassen (SINTEF 2006).

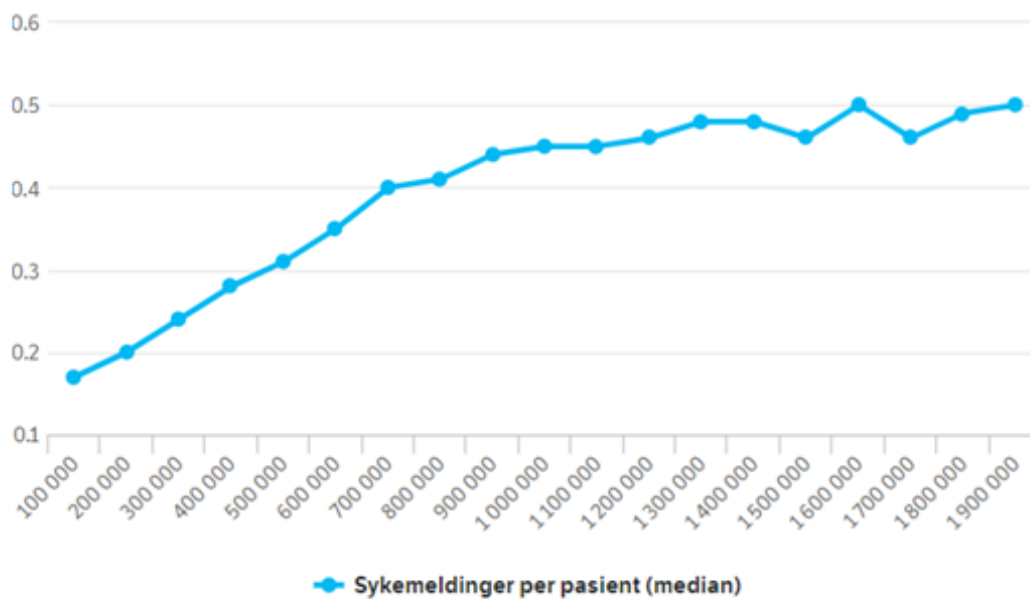
NAVs viktigste oppgave er å få flere i arbeid og færre på trygd, og dette måles månedlig gjennom mål- og resultatstyring. Til tross for god tilgang på gode data, er det ikke gjort empiriske studier som ser på sammenhengen mellom god skåre på NAVs måleindikatorer og i hvilken grad flere er i arbeid og færre på trygd (Roaldnes 2018). Det kan være en vanskelig oppgave å vurdere i hvilken grad sykefravær er hensiktsmessig og berettiget: Det er viktig å skille mellom tilfeller der sykefravær er nødvendig for tilfriskning, og sykefravær der arbeidstakeren i medisinsk forstand er frisk nok til å jobbe men likevel forblir sykmeldt. På bakgrunn av dette inngår sykmeldte i et omfattende oppfølgingssystem bestående av dialogmøter, rapportering, kontroller, sanksjoner og krav om oppfølgingsplaner. SINTEF (2013) har påpekt at systemet er veldig ressurskrevende for alle involverte parter, samtidig som det ikke gir økt sannsynlighet for tidligere RTA. Den kurative effekten av hvile gjennom sykmelding er også omdiskutert, og sykefravær kan i verste fall være skadelig for arbeidstakeren (Waddell og Burton, 2006).

**Fastlegeordningen og sykmeldingspraksis.** Fastlegene kan sies å fungere som portvoktere for trygdegoder: For å få utbetalt sykepenger, må arbeidsuførheten dokumenteres med legeerklæring (Helsedirektoratet, 2019). Det er hovedsakelig fastleger som skriver ut sykmeldinger, og det er i praksis opp til dem å definere sykdomsbegrepet. I Norge er fastleger selvstendig næringsdrivende som har sin inntekt primært fra HELFO og kommunen de jobber i. HELFO forvalter ordningen, mens kommunene har ansvar for å ansette leger (ibid). Fastleger mottar et tilskudd fra kommunen per pasient de har på listen sin. I tillegg mottar de egenbetaling fra pasienter, samt honorarer fra HELFO knyttet til bestemte satser (ibid). Pasienter velger i prinsippet fritt hvilken fastlege de ønsker, men mange steder er de fleste fastlegenes pasientlister fulle. Dette har også sammenheng med legedekningen i området. Fastlegene, spesielt de nyetablerte, er dermed avhengige av en viss popularitet for å holde på pasienter.

Fastleger har ulik terskel for å sykmelde arbeidstakere. Dette ser man blant annet når fastleger selger pasientlisten sin til en ny fastlege, i form av en gjennomsnittlig endring i utstedt sykefravær på 25%, sammenlignet med dem som ikke bytter fastlege (Markussen og Røed 2013). Sykefraværet kan gå enten opp eller ned, og er ikke relatert til om fastlegen er nyutdannet eller ikke.

Ettergivende fastleger er mer ettertraktet blant pasienter (Markussen og Roed, 2016). Fastleger som mangler pasienter på listen sin blir mer ettergivende for å skrive ut sykmeldinger, og samme effekt sees når nye fastleger etablerer seg i området og konkurransen øker (ibid). En liten andel av fastleger opererer med fast lønn, og disse er strengere med å utstede sykmeldinger (ibid). Med andre ord, fastlegenes praksis er ikke bare påvirket av ulike medisinske vurderinger, men også økonomiske interesser. Markussen et al. (2009) har vist at fastlegenes praksis er så ulik, at hvis man bytter lege fra 10. til 90. persentil av variasjonen knyttet til sykmeldingspraksis, øker det graden av sykefravær fra 4,5% til 7,1%. Data fra Helsedirektoratet viser en tydelig sammenheng mellom fastlegenes sykmeldingspraksis og refusjonsutbetalinger fra HELFO. Fastlegene som har størst andel sykmeldte pasienter, tjener i snitt mer enn sine mer tilbakeholdne kollegaer. Her ser man at størrelsen på årlig refusjonsutbetaling samvarierer med sykmeldingspraksisen (figur 5).





**Figur 5.** Sykemeldinger per pasient i 2017, gruppert etter fastlegenes refusjonsutbetalinger. Figuren er basert på rådata fra Helsedirektoratet, bearbeidet av NRKbeta (Hasselgård, Nordahl og Andersen, 2019)

**Medikaliseringsfare og den biopsykososiale modellen om helse og sykdom.** Det er lovbestemt at sykefravær forutsetter sykdom. Samtidig er det veldokumentert at ikke alt sykefravær skyldes sykdom (Hoogendoorn et al., 2002). Dersom arbeidstakere som opplever akutte og forbigående ikke-sykdomsrelaterede kriser sykmeldes, oppstår en medikalisering ved at sykefraværet forklares med sykdom og ikke psykososiale årsaker (Knudsen et al., 2013; Markussen og Røgeberg, 2012). Eksempelvis øker sykefraværet ved dødsfall i nære relasjoner og skilsmisse selv om dette skyldes forhold i omgivelsene, og ikke hos individet (ibid). Misforholdet mellom regelverk og faktisk sykmeldingspraksis kan føre til at normale reaksjoner på livets utfordringer sykeliggjøres. I slike tilfeller fungerer ikke apparatet som skal få arbeidstakere tilbake i jobb slik det skal, siden premisset for sykmeldingen er feilaktig eller unyansert. Eventuelle intervensjoner vil derfor ikke være presise, siden de faktiske årsakene er utenfor den trygdemedisinske rammen. Medikalisering kan på den måten tenkes å fungere som en barriere mot RTA, ved at barrierer misforstås som helseårsaker.

På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at medisinske sykdomsbegrepet er utilstrekkelig for å forstå og forklare alt sykefravær. Et mer dekkende alternativ for å forstå problematikken rundt langtidssykemeldinger og sein RTA er den biopsykososiale modellen om helse og sykdom (WHO, 2001). Denne modellen bygger på en forståelse om at helse og sykdom påvirkes av både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer. Tabell 1 viser hvordan barrierer mot RTA kan forstås gjennom et biopsykososialt perspektiv. Dagens trygdemedisinske system tar kun hensyn til de biologiske faktorene, til tross for at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre gjensidig (Waddell og Burton, 2006). Om medisinsk sykdom ikke ses i en psykologisk og sosial kontekst, vil man risikere å intervensere i feil ende (ibid). Det er derfor argumentert for at klinikere, slik som fastleger, bør inneha et slikt perspektiv i møte med pasienter (Borrell-Carrio, Suchman, og Epstein, 2004). Problemet er at denne forståelsen ikke er i overensstemmelse med gjeldene regelverk for sykmelding.

**Tabell 1.** Biopsykososiale barrierer mot RTA (Waddell og Burton, 2006).

| OBSTACLES TO RETURN TO WORK |  |
|-----------------------------|--|
| <b>BIOLOGICAL</b>           | Health condition and health care<br>Physical and mental capacity, activity level and demands of work |
| <b>PSYCHOLOGICAL</b>        | Personal perceptions, beliefs and behaviour (especially about work)<br>Psychosocial aspects of work  |
| <b>SOCIAL</b>               | Organisational and system obstacles<br>Attitudes to health and disability                            |

### IA-avtalen og tiltak for å redusere sykefraværet

Målet om å redusere sykefraværet har lenge hatt støtte blant politikere og partene i arbeidslivet, og dette danner grunnlaget for intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som for første gang ble undertegnet i 2001 (Regjeringen, 2001). Avtalen inngås mellom regjeringen, og de største arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene, og har som

mål å forebygge sykefravær, styrke jobbnærvær, bedre arbeidsmiljøet og hindre utstøtning og frafall fra arbeidslivet. Siden inngåelsen av IA-avtalen har sykefraværet gått ned 12,9%, men periodevis også opp (NAV, 2019). Det overordnede målet om 20% reduksjon i sykefravær sammenlignet med 2001 er oppnådd for menn, men gjenstår enda for kvinner.

**Gradert sykmelding.** Bruken av gradert sykmelding har vist seg å være mest effektivt for å redusere sykefravær og hindre at langtidssykmeldte faller ut av arbeidslivet (Markussen, Mykletun og Røed, 2012). Andelen graderte sykmeldinger er fordoblet de siste femten årene, og halvparten av oppstartede sykepengetilfeller i 2016 var graderte (NAV, 2019).

Arbeidstakere med gradert sykmelding har mye større sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid i en periode inntil to år etter avsluttede sykepenger, sammenlignet med arbeidstakere med full sykmelding. Desto mindre andel sykmelding, desto større tendens til å komme tilbake i jobb (Grødem et al., 2015). Gradering bidrar til en reduksjon i varigheten av sykefraværet og den sykmeldtes senere bruk av trygdeytelser (Markussen, Mykletun og Røed 2012; Høgelund et al. . 2009), og bidrar dessuten til å nyansere den dikotome oppfatningen av sykdom som enten tilstedeværende eller ikke.

**Raskere tilbake.** Et annet tiltak er «Raskere tilbake», der målet er å få sykemeldte arbeidstakere raskere tilbake i arbeid, ved å eksklusivt tilby dem kortere ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for dette er at omtrent 40% av sykmeldte arbeidstakere mottar sykehusbehandling i løpet av sykefraværet (Holmås og Kjerstad, 2010), og at gjennomsnittlig ventetid er omtrent 70 dager (Helsedirektoratet, 2018). Tanken er at raskere behandling av sykmeldte bidrar til kortere sykefravær. En studie fant nylig at Raskere tilbake-ordningen reduserer sykefraværets lengde for noen, men at tiltaket er så ressurskrevende at det utveier dets nytteverdi (Aakvik, Holmas, og Kjerstad, 2015). Dette illustrerer et grunnleggende problem ved de fleste tiltakene: Det har vært lite fokus på effektevidens før implementering av dem, noe som i tillegg har gjort det vanskelig å evaluere

de i ettertid (Mykletun og Brinchman, 2013). Siden de fleste tiltakene ikke har noen dokumentert effekt, er det fare for at de koster mer enn de smaker. I tillegg har tiltakene i all hovedsak vært rettet mot helseårsakene til sykefraværet, og derfor tatt mindre hensyn til eventuelle ikke-helseårsaker som kan både forårsake og forlenge sykefravær, slik som barrierer.

### **Formålet med studien**

Forskning på sykefravær er etterspurt og sykefraværsordningen i Norge blir jevnlig debattert i media. Bare i tidsrommet 1. januar 2018 til 26. mars samme år, var det publisert 1442 artikler i Norge der ordet «sykefravær» blir nevnt, ifølge Retrievers mediearkiv. Som nevnt innledningsvis har forskning på sykefravær i all hovedsak fokusert på årsaker og utløsere for sykefravær, mens mindre oppmerksomhet har blitt rettet mot underliggende forhold.

Mange arbeidstakere blir direkte eller indirekte rammet av sykefravær hver dag, og økt forståelse av sykefravær som fenomen er derfor viktig og aktuelt, med implikasjoner for folkehelse, politikk, næringsliv og økonomi. En større forståelse for barrierer kan potensielt bidra til å tilpasse intervensjoner slik at de tar høyde for denne dimensjoner av sykefraværet, og ikke kun de faktorene som er direkte knyttet til helseårsaker. Formålet med denne studien er derfor å oppsummere den eksisterende forskningen på barrierer. Dette gjøres gjennom en scoping review. Som tidligere nevnt er denne studiens mål å få innsikt i følgende problemstilling:

- Hvilke barrierer har inntil nå blitt dokumentert i studier og hvilke er påvist å ha betydning for RTA?

## Metode

### Design

Denne studien er en scoping review av psykososiale barrierer for RTA. Studien er gjort i tråd med kriteriene til oversiktsmetoder (Colquhoun et al., 2014). Dette forutsetter å oppgi en søkestrategi og ha klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. I tillegg skal flytdiagram som illustrerer seleksjonsprosessen være med. Scoping review er en underkategori av systematisk litteraturgjennomgang og er nyttig for å identifisere kunnskapshull, sette sammen en helhetlig kunnskapsoversikt og avklare forskningskonsepter (ibid). En scoping review er ikke enklere eller raskere enn et systematisk litteratursøk, men opererer med en annen screeningprosess og leder ofte til et bredere og mindre definert søk (Munn et al., 2018).

### Litteratursøket

Prosesen med å identifisere relevante artikler ble delt opp i tre steg. Først ble søket gjort 6. sep 2018 gjennom Ovids søkemotor i databasene Embase, Medline og PsycINFO. Søkeordene som ble brukt var “sickness absence”, “sick leave”, “sickleave” og “authorized leave”, i kombinasjon med søkeordene «return to work» og «back to work». Ingen restriksjoner ble gjort på årstall eller språk. Etter at duplikater var fjernet ga søket totalt 2095 treff. Det ble i tillegg gjort et søk i Cochrane Library 20. jul 2018 med søkeordene «return to work» og «barriers». Dette søket resulterte kun i protokoller eller evalueringer av intervensjoner, og ble ikke tatt med i studien. Fullstendig søkestreng og utfyllende informasjon er gjengitt i appendix.

### Seleksjonsprosessen

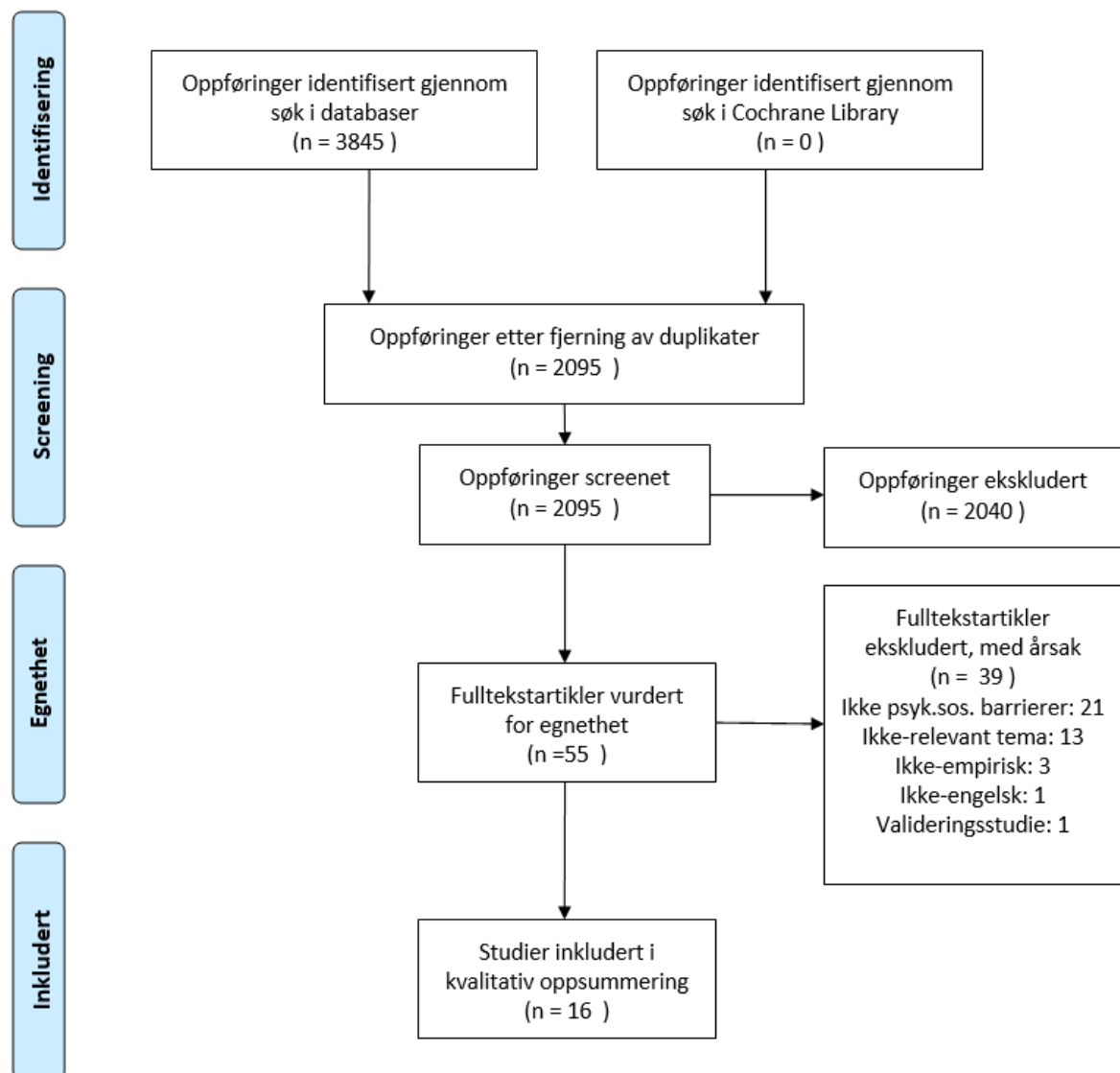
Deretter gikk forfatteren gjennom alle sammendragene. Sammendrag som oppfylte inklusjonskriteriene ble inkludert (se figur 6). Det ble gjort et viktig skille mellom sosiodemografiske faktorer og barrierer, da denne studien kun ønsket å undersøke sistnevnte. Det samme gjaldt skillet mellom tilretteleggende faktorer og barrierer.

Til slutt ble alle relevante fulltekst-artikler eksportert og lest. De studiene som ikke ble rammet av eksklusjonskriteriene ble tatt med i den endelige gjennomgangen. Siden hensikten var å belyse omfanget av publisert forskning på temaet, ble alle metodiske design inkluderte. Unntaket var evalueringsstudier av spørreskjemaer og lignende, som ikke ble vurdert som relevant for problemstillingen.

Seleksjonskriteriene ble formulert på bakgrunn av definisjonen av barrierer (nederste ramme i figur 6), og ble satt før søket ble utført. Siden det var ønskelig å fange opp flest mulig studier, var det et mål at kriteriene var minst mulig innskrenket.

|   |
|---|
| <p><b>Inklusjonskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Studier omhandlende sykmeldte arbeidstakere der psykososiale barrierer forhindrer eller utsetter RTA, uavhengig av sykmeldingsårsak, alder og kjønn.</li><li>- Studiene kan dreie seg om barrierer isolert sett, eller i tillegg til helserelaterte årsaker.</li></ul>   |
| <p><b>Eksklusjonskriterier:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ikke-engelsk litteratur</li><li>- <math>n = &lt;10</math></li><li>- Studier eldre enn 1995</li><li>- "Grey-literature" og utdrag fra bøker.</li><li>- Evalueringsstudier av intervensjoner, spørreskjemaer, ol.</li><li>- Studier som utelukkende kartlegger demografiske/medisinske risikofaktorer for sykefravær.</li></ul>   |
| <p><b>Barrierer er et:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Psyklogisk eller sosialt fenomen</li><li>- Reduserer sannsynligheten for RTA</li><li>- Blir ofte oversett i klinisk og organisatorisk håndtering av sykefravær</li><li>- Er ikke nødvendigvis det samme som den opprinnelige sykmeldingsårsaken</li><li>- Kan bli forårsaket eller styrket av sykefraværet som en bieffekt</li></ul> |

**Figur 6.** Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt definisjon av barrierer



**Figur 7.** Flytdiagram som illustrerer seleksjonsprosessen

## Resultat

Det opprinnelige søket resulterte i 2095 artikler etter duplikater var fjernet. Av disse artiklene ble 55 plukket ut av forfatterne for grundigere gjennomgang basert på sammendraget. Deretter ble 39 artikler ekskludert siden de ikke var sammenfallende med seleksjonskriteriene, og 16 artikler endte opp som endelig resultat. Se figur 7 for ekskluderingsårsaker. Artiklene ble innordnet i to tabeller som beskriver overordnet mål,

metode, resultat, og lignende. Grunnet et stort antall prospektive studier ble disse innordnet i en egen tabell (tabell 2), mens de resterende studiene ble presentert i en annen tabell (tabell 3).

### **Kjennetegn ved inkluderte studier**

Se tabell 2 og 3 for oversikt over de inkluderte studiene. De 16 inkluderte studiene hadde totalt 5756 deltakere. Med unntak av to studier, brukte alle studiene kvantitative mål. 14 studier var av nordamerikansk eller europeisk opprinnelse, mens de øvrige to var fra Israel og Brasil. Videre benyttet de fleste kvantitative studiene seg av et prospektivt longitudinelt design med to eller tre måletidspunkt over 6-30 måneder ( $n = 12$ ). Disse artiklene kartla psykososiale faktorer på arbeidsplassen gjennom ulike spørreskjemaer, og så de deretter i sammenheng med grad av RTA eller sykefravær på et senere måletidspunkt, alt ettersom om utvalget besto av friske eller sykmeldte arbeidstakere. På denne måten ble mulige risikofaktorer (*job-strain*, konflikt på arbeidsplassen, ol.) målt både før og under et eventuelt sykefravær.

**Operasjonalisering av RTA.** RTA var definert som enten første dag på arbeid, et bestemt antall arbeidstimer i uka, eller opphør av utbetaling av sykepenger. De øvrige kvantitative studiene var case-control-studier ( $n = 2$ ). Studiene brukte en rekke forskjellige spørreskjemaer for å kartlegge psykososiale forhold, med noe overlapp mellom enkelte studier. De kvalitative studiene ( $n = 2$ ) brukte fokusgrupper eller intervju for å danne en forståelse av ulike barrierer for RTA.

**Barrierer.** Studiene gir holdepunkt, på tvers av metodiske design, for at en rekke barrierer er assosiert med forsinket RTA. Noen av studiene viser også sammenfallende funn, og dette er spesielt synlig der studiene bruker samme måleverktøy. Det ble funnet totalt 26 barrierer av ulik opprinnelse med signifikant innvirkning på sykefraværs lengde.



**Inndeling etter biopsykososial modell.** Barrierene ble innordnet i et Venn-diagram (se figur 8) for å illustrere overlapp mellom psykologiske faktorer, arbeidsplassrelaterte, sosiale og sykdomsrelaterte forhold. Venn-diagrammet er med andre ord basert på en biopsykososial forståelse av sykefravær. Følgende inndeling ble gjort: Syv barrierer var av psykologisk art, åtte barrierer var arbeidsplassrelaterte, og én barriere skyldtes sosiale forhold. Videre var seks barrierer knyttet til kombinasjonen av psykologiske faktorer og arbeidsplassrelaterte forhold, tre barrierer knyttet til kombinasjonen av psykologiske faktorer og sykdomsforhold, og én barriere knyttet til kombinasjonen av arbeidsplassrelaterte og sosiale forhold. Kun én barriere var knyttet til både sosiale forhold, sykdomsforhold og psykologiske faktorer. Majoriteten av barrierene befant seg altså på individ- og arbeidsplassnivå.

**Inndeling etter tema.** Barrierene kan også inndeles etter overordnet tema, som overlapper noe med Venn-diagrammet i ovennevnte avsnitt. Mange av barrierene kan trolig knyttes til anstrengende arbeidsomgivelser og press: Stress på arbeidsplassen, høye krav, lav mestringsfølelse, vansker med grensesetting, lav trivsel, job-strain og dobbelbelastning i form av jobb og plikter på hjemmebane. I tillegg var en rekke barrierer relatert til problematiske relasjoner, eksempelvis konflikt med leder og lav sosial støtte. Noen barrierer var av mer organisatorisk natur, slik som stor arbeidsplass og manglende innflytelse på arbeidstid. Andre barrierer var angstrelaterte, for eksempel *fear-avoidance beliefs* og frykt forbundet med arbeidsplassen. Tretthet, lav forventning om RTA, ubeslutsomhet og negative kognisjoner kan sies å være mer individuelt forankrede barrierer, uten at de kan ses helt isolert. Til slutt var noen barrierer strukturelle og samfunnsrelaterte, henholdsvis forventning om fravær av økonomiske konsekvenser samt høy usikkerhet.

## **Kvalitetsvurdering**

**Evalueringsverktøy.** Kvaliteten til de kvantitative studiene ble vurdert gjennom å bruke EPHPP-s evalueringsverktøy (Armijo-Olivo, Stiles, Hagen, Biondo, og Cummings,

2012) (se tabell 4). En slik kvalitetsvurdering er avgjørende for å vurdere studienes generaliserbarhet, og blir ofte brukt i litteraturgjennomganger (Armijo-Olivo et al., 2012). De inkluderte studienes kvalitet var jevnt over tilfredsstillende. Alle studier unntatt Lund et al. (2006) brukte anerkjente spørreskjema med god validitet og reliabilitet for å måle psykososiale forhold på arbeidsplassen. Videre brukte alle studier unntatt Mehnert og Koch (2013), samt Soucy, Truchon og Cote (2005) objektive mål i form av offentlige register ol. for å måle RTA. På denne måten er dropout-raten nesten ikke-eksisterende, med unntak av dødsfall som gjelder et svært begrenset antall deltakere. Dropout var redegjort for i alle studiene med oppgitte årsaker, og i tillegg kontrollert for. De fleste studiene hadde rekruttert deltakere fra kliniske settinger eller blant allerede sykmeldte arbeidstakere, unntatt Sandmark (2007) som benyttet seg av et randomisert utvalg.

**Konfunderende variabler.** Nesten samtlige studier kontrollerte for konfunderende sosiodemografiske variabler som påvirker grad av RTA, slik som alder, kjønn, utdanning, lønnsnivå og sivilstatus. Noen studier kontrollerte i tillegg for helseatferd (alkoholvaner, røyking, og lignende) og BMI. Dette er faktorer som har dokumentert innflytelse på sykefravær og RTA (North et al., 1993). I studier der utvalget besto av en bestemt pasientgruppe ble sykdomsutvikling knyttet til den utløsende sykefraværsårsaken, eksempelvis hjertesykdom, også kontrollert for. Studier som kun kontrollerte for alder kan sies å ha begrenset generaliserbarhet.

**Tabell 2.** Oversikt over de 12 prospektive studiene. [RTA = retur til arbeid. SF = sykefravær. LTSF = langtidssykefravær. OR = odds ratio. HR = hazard ratio. 95% KI = 95% konfidensintervall].

| Forfatter, år, land                     | Utvalg og <i>n</i>  | Overordnet mål  | Design                         | Avhengig variabel  | Operasjon alisering: Psyk.sos. faktorer                                  | Kontroll variabler  | Relevant resultat  |
|---|---|---|--------------------------------|--|--|---|--|
| Fukuoka et al. (2009), USA              | Amerikanske og japanske arbeidstakere (25% kvinner) sykmeldte pga. hjertesykdom ( <i>n</i> = 240)                                     | Effekt av «job-strain», depressive symptomer på tid før RTA | Prospektiv, med T2 ved 6 mnd.  | RTA: Arbeidsuk e $\geq 20$ t                                       | Spørreskjema (JSQ, DASI)   | Alder, kjønn, sivilstatus, lønn, nasjonalitet, BDI, helseatferd, medisinske forhold                               | Job-strain viste 18,4 dagers lengre SF (HR 0.61, 95% KI 0.44-0.86, $p = .004$ )  |
| Lund et al. (2006), Danmark             | Danske arbeidstakere (50% kvinner) sykmeldte av ulike grunner ( <i>n</i> = 930)   | Psyk.sos. miljøets betydning for tid før RTA                | Prospektiv, med T3 ved 30 mnd. | RTA: Opphør av sykepenge utbetaling $\geq 1$ uke                   | Spørreskjema (42 testledd, fordelt på 13 skalaer)                        | Alder, kjønn, familiestat us (antall barn/samb oerskap), utdanning, helseatferd (BMI, alkohol/to bakk, aktivitet) | Forsinket RTA: Større arbeidsplass (20-100 kollegaer) (HR 0.86, 95% KI 0.74-1.00, $p = .05$ ), høye emosjonelle krav (HR 0.90, 95% KI 0.843-0.97, $p = .01$ ), høy jobbusikkerhet (HR 0.93, 95% KI 0.87-1.00, $p = .06$ )                |
| Soucy, Truchon, Cote (2005), Canada     | Kanadiske arbeidstakere (43 % kvinner) sykmeldte pga. ryggsmertesmerter ( <i>n</i> = 258)   | Psyk.sos. og arbeidsrelaterte faktorer, og LTSF             | Prospektiv, med T2 ved 6 mnd.  | RTA: Selvrapporing per tlf.  | Spørreskjema (JDS, JCQ)  | Alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, lønnsnivå   | LTSF $\geq 6$ mnd.: Opplevd stress på arbeidsplassen (OR 0.57, 95% KI 0.33-0.98, $p < .05$ ), frykt knyttet til arbeidsplassen (OR 0.37, 95% KI 0.26-0.53, $p < .05$ )   |
| Gustafson et al., 2013. Sverige.        | Svenske langtidssykmeldte ( $\geq 12$ mnd.) arbeidstakere (62% kvinner) som har mottatt multidisiplinær behandling ( <i>n</i> = 905)  | Psykologiske faktorer og RTA ved LTSF                       | Prospektiv, T2 ved 36 mnd.     | RTA: Full, delvis eller ingen (målt etter sykepenge utbetaling)    | Spørreskjema (CPRS-S-A, Short-Form-36 Health Survey III, deler av MADRS) | Alder, kjønn, utdanning, samboerskap, ol.   | Full RTA: Fravær av ubesluttsomhet (OR 1.81, 95% KI 1.19-2.76, $p < .05$ ), lite tretthet (OR 2.13, 95% KI 1.39-3.25, $p < .05$ ), fravær av utmattelse (OR 1.63, 95% KI 1.07-2.48, $p < .05$ )  |
| Busch, Göransson, Melin, 2007. Sverige. | Svenske arbeidstakere (67 % kvinner) med tidligere eller pågående LTSF grunnet muskel- og skjelettrelaterte smerter ( <i>n</i> = 233) | Forventninger om bedring og risiko for forlenget SF         | Prospektiv, 12 mnd.            | RTA: Arbeidsstatu s i forsikring skassen (sykmeldt/ ikke sykmeldt) | Spørreskjema (GHQ-12, The Pearlin Mastery Scale)                         | Alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, økonomisk situasjon   | Lengre SF: Lav forventning om bedring (OR 2.41, 95% KI 1.22-4.77, $p = .01$ ), lav mestringsfølelse (OR 2.08, 95% KI 1.27-3.40, $p = .004$ ), høye mentale krav (OR 1.77, 95% KI, 1.05-2.99, $p = .03$ ), forhistorie med LTSF (OR 1.86, |

|   |   |   |   |   |   |  |   |
|---|---|---|---|---|---|--|---|
|   |   |   |   |   |   |  | 95% KI, 1.02-3.37, $p = .04$ )  |
| Haveraaen, Skarkaas, Aas (2017). Norge. | Norske sykmeldte arbeidstakere (56% kvinner) deltakende i «Raskere tilbake» ( $n = 543$ )                         | Psykologiske arbeidsfaktorer s påvirkning på tid før RTA          | Prospektiv kohortstudie, T2 ved 18 mnd.       | RTA: Antall dager før første RTA (helt eller delvis)  | Spørreskjema (JCQ)  | Alder, kjønn, utdanning, samboerskap, lønnsnivå, type diagnose, tidl. SF | Forsinket RTA: Høye mentale krav (HR 0.65, 95% KI, 0.51-0.83, $p = .001$ ) og lav avgjørelsesinnflytelse (HR 1.29, 95% KI, 1.01-2.30, $p = .04$ )                                     |
| Heymans et al., 2009. Nederland         | Nederlandske arbeidstakere (29 % kvinner) sykmeldt 3-6 uker pga. ryggsmertesmerter ( $n = 628$ )                  | Psyk.sos og arb.relaterte faktorer risiko for LTSF                | Prospektiv kohortstudie                       | RTA: Full arbeidsuker $\geq 4$ uker                   | Spørreskjema (JSQ, Fear Avoidance Beliefs Questionnaire)    | Alder, kjønn, smerter  | Forsinket RTA: Moderat (HR 0.80, 95% KI 0.61-10.04) og dårlig (HR 0.59, 95% KI 0.37-0.94) jobbtilfredshet, «fear-avoidance beliefs» (HR 0.98, 95% KI 0.97-1.00)                       |
| Cowan et al., 2012. USA.                | Amerikanske arbeidstakere (74% kvinner) sykmeldt pga. karpaltunnelsyndrom ( $n = 65$ )                            | Psykologiske og arb.relaterte faktorer, påvirkning på tid før RTA | Prospektiv kohortstudie                       | RTA: Antall dager mellom operasjon og full/delvis RTA | Spørreskjema (CES-D, SMBM, PCS, PASS)                       |  | Kontorjobb, høyere forventning om RTA, tilpasset arbeid, lavere smerterelatert angst står for 43% av variabiliteten for full RTA (R <sup>2</sup> 0.43, F 12.6, $p < .001$ )           |
| Mehnert og Koch, 2013. Tyskland         | Tyske arbeidstakere (85% kvinner) sykmeldt pga. kreftbehandling ( $n = 750$ )                                     | Psyk.sos. og arb.relaterte, påvirkning på tid før RTA             | Prospektiv, T2 ved 12 mnd.                    | RTA: Selvrappo rtert                                  | Spørreskjema (HADS, QoL, ISSS)                              | Alder, kjønn, utdanning, sosial klasse, krefttype                        | Grad av RTA: RTA-intensjon (OR 6.22, 95% KI 198-19.51, $p = .02$ ), høye krav (OR 1.84, 95% KI 1.02-3.30), $p = .04$ ) probl. sos. relasjoner (OR 0.58, 95% KI 0.33-0.99, $p = .05$ ) |
| Storheim, Brox, Holm, Bø, 2005. Norge.  | Norske arbeidstakere (% kvinner) sykmeldt 1-8 uker pga. ryggsmertesmerter ( $n = 93$ )                            | Psyk.sos. og arb.relaterte, påvirkning på tid før RTA             | Prospektiv, T2 ved 12. mnd                    | RTA: basert på data fra NAV                           | FABQ, HSCL-25, CS   | Alder, kjønn, familie, røyking, utdanning, arbeidsplass                  | Forsinket RTA: Fear-avoidance (RR 0.49, 95% KI 0.38-0.64, $p = .001$ )  |
| Arends et al., 2014. Nederland          | Nederlandske arbeidstakere (58% kvinner) tidl. sykmeldt pga. psykiske lidelser, med full/delvis RTA ( $n = 158$ ) | Psyk.sos og arb.relaterte faktorer påvirkning på gjentakende SF   | Prospektiv (klaserandomisert), T3 ved 18 mnd. | Grad av gjentakende SF                                | Spørreskjema (HADS, 4DSQ, UCL, JCQ)                         | Alder, kjønn, utdanning, samboerskap                                     | Gjentakende SF: Arbeidsplass $\geq 100$ ansatte (OR 2.59, 95% KI 1.40-4.80, $p = .01$ ) og konflikt med leder (OR 2.21, 95% KI 1.21-4.04, $p = .01$ )                                 |
| Froom et al., 2001. Israel.             | Israelske arbeidstakere (69% kvinner) sykmeldt pga. gallestein ( $n = 102$ )                                      | Psyk.sos og arb.relaterte faktorer påvirkning på tid før RTA      | Prospektiv                                    | Lengde på SF (2-10, 11-19, eller $\geq 20$ dager)     | Spørreskjemaer, strukturert intervju (deler av SCL-90, JDI) | Alder, kjønn, utdannelse, BMI  | SF $> 20$ dager: Lav jobbtilfredshet (OR 12.56, 95% KI 3.34-17.04, $p < .05$ ), forventning om forlenget SF (OR 6.12, 95% KI 1.82-20.55, $p = .05$ ), forventning om fravær av        |

økonomiske  
konsekvenser (OR  
3.85, 95% KI 1.14-  
12.50,  $p < .05$ )

*Note.* JSQ = Job Stress Questionnaire. DASI = Duke Activity Status Index. = BDI = Bechs Depression Inventory. GHQ-12 = 12-item General Health Questionnaire. JDS = Job Diagnostic Questionnaire. CPRS-S-A = Self-rating Scale for Affective Syndromes. MADRS = Montgomery and Aasberg depression rating scale. CES-D = Center of Epidemiologic Studies Depression Scale Revised. SMBM = Shirom-Melamed Burnout Measures. PCS = Pain Catastrophizing Scale. PASS = Pain Anxiety Symptom Scale. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. 4DSQ = Four-Dimensional Symptom Questionnaire. UCL = Utrecht Coping List. SCL-90 = Symptom Checklist-90. QoL = The Short-Form Health Survey, Quality of Life. ISSS = The Illness-Specific Social Support Scale. CS = Cantrils Ladder Scale. HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist. FABQ = Fear-Avoidance Belief Questionnaire.

**Tabell 3.** Oversikt over de 4 resterende studiene, case-control og kvalitativ metode. [RTA = retur til arbeid. SF = sykefravær. LTSF = langtidssykefravær. OR = odds ratio. HR = hazard ratio. 95% KI = 95% konfidensintervall].

| Forfatter, år, land                  | Utvalg og <i>n</i>   | Overordnet mål   | Design              | Avhengig variabel          | Operasjon alisering: Psyk.sos. faktorer                               | Kontroll variabler | Relevant resultat  |
|--------------------------------------|--|--|---------------------|----------------------------|---|--------------------|--|
| Silva-Junior, Fischer, 2014. Brasil. | Case-gruppe: Brasilianske arbeidstakere (51% kvinner) sykmeldt >15 dager pga. psykisk sykdom ( <i>n</i> = 160).<br><br>Kontrollgruppe: 49% kvinner ( <i>n</i> = 225) | Psyk.sos og arb.relaterte faktorer betydning for LTSF pga. psykiske sykdom | Case-control-studie | RTA: Sykepeng eutbetalin g | Spørreskjema er (DCS, ERI, DCSQ) fylt ut gjennom strukturert intervju | Alder              | LTSF pga. psykiske lidelser: Høy jobbstress + lav sosial støtte (OR 4.43, 95% KI 2.33-8.45, $p < .001$ ), vold på arbeidsplassen (OR 4.43, 95% KI 1.96-9.99, $p < .001$ ), kost-nytte-ubalanse + høy overcommitment (OR 3.04, 95% KI 1.77-5.24, $p < .001$ ) |
| Sandmark, 2007. Sverige              | Case-gruppe: Langtidssykmedte (90> dager) kvinner ( <i>n</i> = 231)<br>Kontrollgruppe: randomisert utvalg kvinner ( <i>n</i> = 194)                                  | LTSF blant kvinner og jobb- og familierelaterte faktorer                   | Case-control-studie | SF $\geq 90$ dager         | Spørreskjema  | Alder              | LTSF: Selvrappertert lav kompetanse (OR 2.42, 95% KI 1.23-11.21, log reg), lav trivsel (OR 1.89 1.14-6.62 log reg), høye mentale krav (OR 1.61, 95% KI 1.08-5.01, log reg), manglende innflytelse på arbeidstid (OR 1.35, 95% KI 1.47-3.86, log reg)         |

|   |  |                                      |                                  |     |  |     |   |
|---|--|--------------------------------------|----------------------------------|-----|--|-----|---|
| Dekkers-Sánchez et al., 2010. Nederland | Nederlandske langtidssykmelte (>18 mnd.) arbeidstakere (48% kvinner) (n = 27)                  | Beskrive faktorer assosiert med LTSF | Fokusgrupper (kvalitativ metode) | N/A | (i) Hva hindrer RTA?<br>(ii) Hva trenges for RTA?<br>(iii) Tro på RTA?                               | N/A | Forsinket RTA: Dårlige relasjoner på arb.pass, konflikt med leder, dobbelbelastning (hjemme + jobb), dårlig mestringsstrategi, lave forventning om RTA. |
| Noordik et al., 2011. Nederland         | Nederlandske arbeidstakere (71 % kvinner) delvis sykmeldt >3 mnd. pga. psykisk sykdom (n = 14) | Beskrive barrierer mot fulltids RTA  | Semistrukturert intervju         | N/A | (i) Barrierer mot RTA<br>(ii) Løsninger<br>(iii) Holdninger i omgivelsene<br>(iv) Intensjoner om RTA | N/A | Barrierer: Vansker med grensesetting, gjenkjenne tegn på utmattelse, kontrollere negative kognisjoner (f.eks. perfeksjonisme)                           |

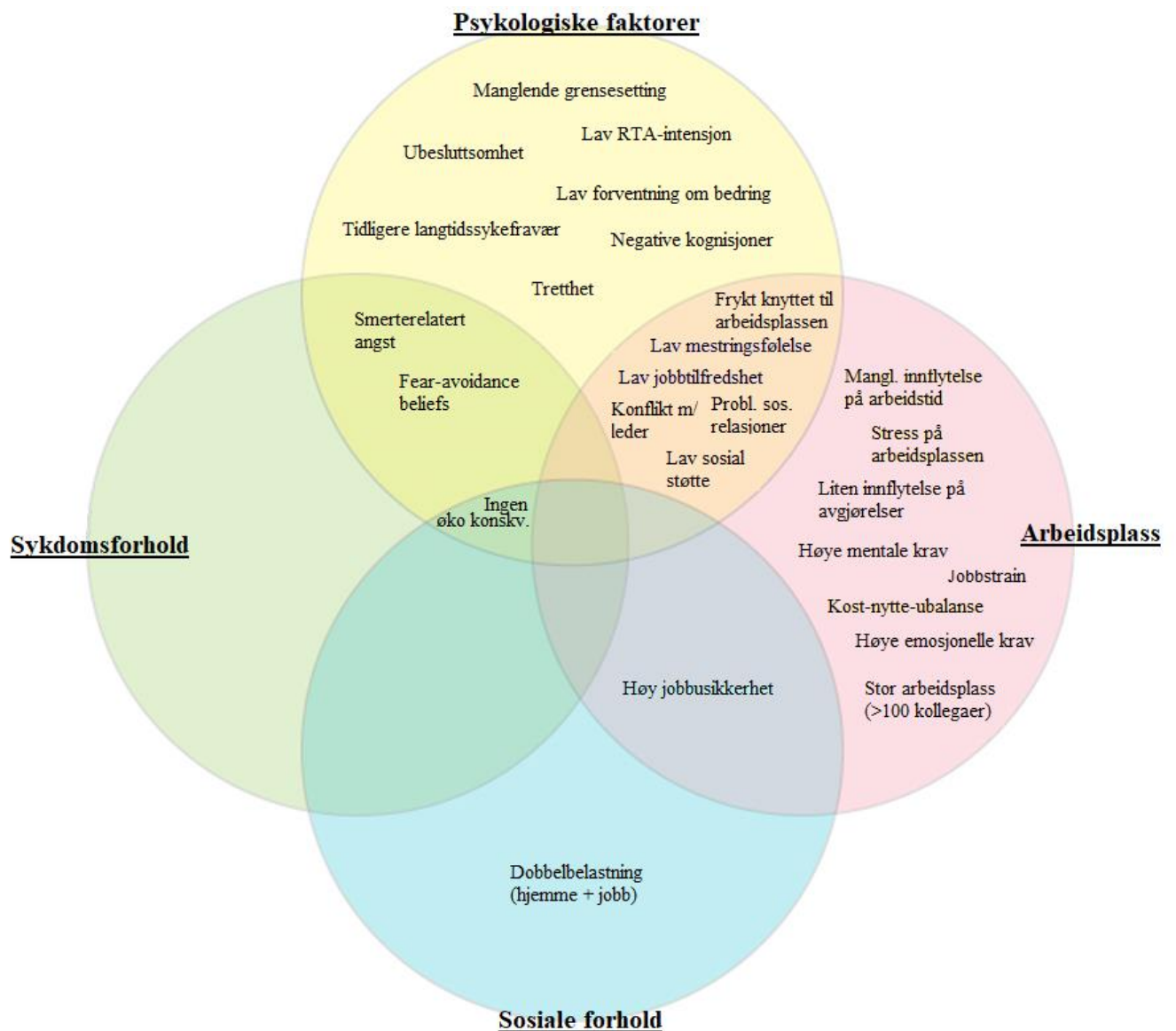
*Note.* DCS = Decisional Conflict Scale. DCSQ = The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire. ERI = Effort-Reward Imbalance Questionnaire.

**Tabell 4.** Kvalitetsevaluering av de 14 kvantitative studiene basert på EPHPP-s kriterier (utvalgte relevante parametre)

| Forfatter, år, land                     | Global vurdering | Seleksjonsbias | Studiedesign | Kontroll av konfunderende variabler | Datainnsamling | Dropout-rate |
|---|------------------|----------------|--------------|-------------------------------------|----------------|--------------|
| Fukuoka et al. (2009), USA              | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Sterk                               | Sterk          | Sterk        |
| Lund et al. (2006), Danmark             | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Sterk                               | Moderat        | Sterk        |
| Soucy, Truchon, Cote (2005), Canada     | Moderat          | Svak           | Moderat      | Moderat                             | Sterk          | Moderat      |
| Gustafson et al., 2013. Sverige.        | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Moderat                             | Sterk          | Sterk        |
| Busch, Göransson, Melin, 2007. Sverige. | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Moderat                             | Sterk          | Sterk        |
| Haveraaen, Skarkaas, Aas (2017). Norge. | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Sterk                               | Sterk          | Sterk        |
| Heymans et al., 2009. Nederland         | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Moderat                             | Sterk          | Sterk        |
| Cowan et al., 2012. USA.                | Moderat          | Moderat        | Moderat      | Svak                                | Sterk          | Sterk        |
| Arends et al., 2014. Nederland          | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Moderat                             | Sterk          | Sterk        |
| Froom et al., 2001. Israel.             | Sterk            | Moderat        | Moderat      | Moderat                             | Sterk          | Sterk        |

|                                      |         |         |         |       |         |       |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|-------|---------|-------|
| Silva-Junior, Fischer, 2014. Brasil. | Moderat | Moderat | Moderat | Svak  | Sterk   | Sterk |
| Sandmark, 2007. Sverige              | Sterk   | Sterk   | Moderat | Sterk | Moderat | Sterk |

*Note.* Siden EPHPP-s evalueringsverktøy kun definerer RCT- og CCT-studier som metodisk «sterke», oppnår alle de inkluderte studiene kun «moderat» metodisk styrke siden de er utelukkende benytter prospektive design.



**Figur 8.** Venn-diagram som oppsummerer, inndeler og viser overlapp mellom de 26 barrierene fra artiklene. Alle barrierene er signifikante funn ( $p = <.05$ )

## Diskusjon

Som nevnt innledningsvis er formålet med denne studien å få oversikt over hvilke barrierer som inntil nå blitt dokumentert i studier, og hvilke som er påvist å ha betydning for RTA. Søket resulterte i 26 ulike barrierer med signifikant innvirkning sykefraværs lengde. Med utgangspunkt i kvalitetsevalueringen (tabell 4), kan studiene sies å ha jevnt over god kvalitet.

Denne scoping review-studien er, så vidt forfatteren bekjent, en av få litteraturgjennomganger av barrierer mot RTA. Det er to hovedfunn fra resultatdelen som vil trekkes frem: For det første er de fleste barrierer forankret i enten individuelle psykologiske faktorer, sosiale forhold på arbeidsplassen, eller en kombinasjon mellom disse. Barrierenes psykososiale opprinnelse kan tenkes å være bidragende til at sykefraværsordningene ikke fanger dem opp, og at tiltakene for å redusere sykefraværet ikke er presise nok. For det andre synes omfanget av forskning på barrierer å være begrenset, til tross for at forskning på sykefravær generelt er svært utbredt.

De nevnte funnene vil bli diskutert under og knyttes opp til temaer fra innledninga.

### **Psykososiale barrierer**

Med utgangspunkt i resultatene fra søket, kan man innordne barrierene i et venn-diagram som viser en rekke overlapp mellom individuelle, sosiale, arbeidsrelaterte og sykdomsrelaterte barrierer (figur 8). De fire temaene er basert på funn fra studiene og er ikke utfyllende. Venn-diagrammet er basert på en biopsykososial forståelse av sykefravær, og viser at de fleste barrierene mot RTA er av psykososial art. På bakgrunn av dette er sykdomsforhold-delen av dette Venn-diagrammet tom, men kan fylles ut av tidligere forskning på sykefravær som i stor grad har vært rettet mot helseårsaker (Carneiro et al., 2013).



Sammenhengen mellom job strain og forsinket RTA er gjennomgående i studiene, og det samme gjelder problematiske sosiale relasjoner. Et unntak er Lund et al. (2006), som viser at høy jobbusikkerhet paradoksal nok kan være en barriere, selv om det er etablert at opplevd jobbusikkerhet også kan stimulere til sykenærvær (Heponiemi et al., 2010). Froom et al. (2001) viser dessuten at forventning om fravær av økonomiske konsekvenser er assosiert med utsatt RTA. På denne måten kan sykefravær i noen tilfeller tenkes å ha en spekulativ funksjon, og funnene er i samsvar med forskning som viser at økt sjenerøsitet i et lands sykepengeordning er forbundet med økt sykefravær (Frick og Malo, 2008).

Barrierenes psykososiale grunnlag understøtter påstanden om at det medisinske sykdomsmodellen er utilstrekkelig for å forstå og forklare alt sykefravær. Statistiske representasjoner av sykefravær kan i tillegg bli feilaktige, ved at barrierer delvis kamufleres som medisinske diagnoser. En biopsykososial modell lar oss forstå sammenhengene mellom sykdomsforhold og barrierer, og i hvilken grad de opptrer samtidig og påvirker hverandre (Waddell og Burton, 2006). En slik innsikt kan tenkes å være nyttig og relevant for alle aktørene i et sykmeldingsforløp, spesielt hvis målet er å forebygge LTSM (ibid).

Til tross for ovennevnte forhold, opererer Norge og de øvrige landene i de inkluderte studiene, med sykefraværsordninger og regelverk utelukkende basert på den medisinske modellen. Ikke bare fører dette til en medikalisering av psykososiale faktorer (Knudsen et al., 2013), men også at intervensjoner og tiltak for å redusere sykefraværet kan bli mistilpassede og mindre presise. Et eksempel på dette er «Raskere tilbake»-tiltaket nevnt i innledningen, som ikke er tilpasset barrierer, siden det kun er rettet mot medisinske forhold (Aakvik et al., 2015). På den andre siden har bruken av graderte sykmeldinger vist seg å være effektivt for å redusere sykefravær og hindre at langtidssykmeldte faller ut av arbeidslivet (Markussen, Mykletun og Røed, 2012). En delvis forklaring på graderte sykmeldingers suksess, kan muligens være at de bidrar til å forebygge utvikling av barrierer, siden kontakten med

arbeidsplassen opprettholdes. Man kan derfor argumentere for at fremtidige tiltak bør utformes i samsvar med en biopsykososial forståelse.

### **Omfang av forskning**

På bakgrunn av resultatet fra søket, er det rimelig å påstå at omfanget av forskning gjort på barrierer er begrenset, noe som står i kontrast til mengden forskning knyttet til helse- og arbeidsrelatert sykefravær (Carneiro et al., 2013). Dette indikerer at barrierebegrepet er lite etablert, anerkjent og forstått. De fleste studiene er samtidig av nyere dato, noe som kan gi tolkes dithen at barrierer har fått økende fokus de siste årene. Funnene i denne litteraturgjennomgangen er også i samsvar med tidligere litteraturgjennomganger der barrierer delvis har blitt viet oppmerksomhet (MacEachen et al., 2006) (Rinaldo og Selander, 2016) (Brannigan et al., 2017).

Til tross for at studiene er sprikende hva angår nasjonalitet og målgruppe, viser resultatene overlappende funn på tvers av studiene. Som nevnt tidligere er dette spesielt synlig der studiene bruker samme måleverktøy. Dette kan indikere at barrierene i noen grad er universelle, og ikke nødvendigvis knyttet til bestemte sykdommer, tilstander eller kulturelle forhold. De synes å være iboende i mennesker, siden de kan utløses uavhengig av sykmeldingsårsak, det være seg gallestein, psykiske lidelser eller kreft (da Silva og Fischer, 2014; Froom, Melamed, Nativ, Gofer, og Froom, 2001; Mehnert og Koch, 2013). Dette underbygger viktigheten av å forebygge LTSF så langt det lar seg gjøre, og eventuelle tiltak for å forhindre barrierer bør trolig starte på systemnivå.

### **Studiens begrensninger**

Til tross for at studiene kan sies å være av god metodisk kvalitet (tabell 4), har de likevel ikke mange nok måletidspunkt til å kunne si noe om barrierers utvikling over tid. Barrierer er assosiert med senere RTA på gruppenivå, men mindre vites i hvilken grad de kan knyttes til varig arbeidsuførhet. Denne sammenhengen er likevel noe nærliggende, siden

LTSF er en inngangsport og risikofaktor for uførhet (Gjesdal, Ringdal, Haug og Mæland 2004). Nesten alle av studiene er dessuten prospektive, slik at mindre vites om barrierers dybde på et individuelt nivå.

De fleste studiene knyttet til barrierer er, i likhet med mye annen forskning, av vestlig opprinnelse. Det er derfor ingen holdepunkt til å si noe om forekomst av barrierer utenfor vestlige land. I tillegg resulterte søket kun i 2 norske studier, slik at generaliserbarheten til norske forhold er begrenset.

Den gjeldende sykefraværsordningen i landene studiene er fra, er heller ikke kontrollert som en mulig faktor. Som nevnt innledningsvis er det stor forskjell på ulike lands sykefraværsordninger, noe som kan tenkes å ha innvirkning på barrierers forekomst.

Til slutt brukte studiene ulik operasjonalisering av RTA. Eksempelvis definerte (Heymans et al., 2009) RTA som full arbeidsuke  $\geq 4$  uker, noe som fører til at graderte sykmeldinger ikke forstås som RTA. Dette er problematisk, spesielt sett i lys av at graderte sykmeldinger er et effektivt virkemiddel for å redusere sykefravær og hindre at langtidssykmeldte faller ut av arbeidslivet (Markussen, Mykletun og Røed, 2012).

Fremtidige studier bør fortsette å kartlegge ulike typer barrierer og undersøke eventuelle forskjeller i forekomst avhengig av sosiodemografisk bakgrunn og sykdomstype. Strukturelle barrierer og bruk av ulike incentiver for å stimulere til RTA, bør også studeres inngående slik at dagens løsninger kan evalueres og trolig forbedres. Det samme gjelder den nærliggende sammenhengen mellom barrierer og arbeidsuførhet. Det bør også undersøkes hvilke tiltak som kan være effektive for å fange opp og håndtere barrierer.

## **Konklusjon**

Det høye sykefraværet i Norge er problematisk for arbeidstakere, arbeidsgivere og staten. På bakgrunn av dette har en rekke tiltak vært iverksatt for å redusere sykefraværet, med varierende suksess. Funnene fra de inkluderte studiene tilsier at barrierer har mange ulike

utgangspunkt og vesentlig innvirkning på lengden av sykefravær. Til tross for dette synes barrierebegrepet til dags dato å være et lite etablert og kartlagt fenomen. Økt forståelse av barrierer kan bidra til å tilpasse sykefraværsordningen slik at den blir bedre rustet til å både forebygge og håndtere barrierer. På denne måten kan uhensiktsmessig sykefravær potensielt reduseres på sikt.

## Referanser

- Aakvik, A., Holmas, T. H., og Kjerstad, E. (2015). Prioritization and the elusive effect on welfare - A Norwegian health care reform revisited. *Social Science og Medicine*, 128, 290-300. doi:10.1016/j.socscimed.2015.01.044
- Andersen, M. F., Nielsen, K. M., og Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work Environment og Health*, 38(2), 93-104. doi:10.5271/sjweh.3257
- Arends, I., van der Klink, J. J. L., van Rhenen, W., de Boer, M. R., og Bultmann, U. (2014). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work Environment og Health*, 40(2), 195-202. doi:10.5271/sjweh.3384
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., og Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 12-18. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., og Whiteford, H. A. (2014). CHALLENGING THE MYTH OF AN "EPIDEMIC" OF COMMON MENTAL DISORDERS: TRENDS IN THE GLOBAL PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION BETWEEN 1990 AND 2010. *Depression and Anxiety*, 31(6), 506-516. doi:10.1002/da.22230
- Bergström, G. B., Lennart. Hagberg, Jan. Lindh, Tomas. Aronsson, Gunnar. Josephson, Malin. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? In.
- Besen, E., Young, A. E., og Shaw, W. S. (2015). Returning to Work Following Low Back Pain: Towards a Model of Individual Psychosocial Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 25-37. doi:10.1007/s10926-014-9522-9
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., og Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. doi:10.1370/afm.245
- Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E. J., Macey, C., . . . Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: a qualitative meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*, 39(3), 211-222. doi:10.3109/09638288.2016.1141242
- Busch BA, H & Göransson MA, S & Busch, Hillevi & Goeransson, Sara & Melin, Bo. (2007). *Self-Efficacy Beliefs Predict Sustained Long-Term Sick Absenteeism in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. Pain Practice*. 7. 234 - 240. 10.1111/j.1533-2500.2007.00134.x
- Bultmann, U., Huibers, M. J. H., Amelsvoort, L., Kant, I., Kasl, S. V., og Swaen, G. M. H. (2005). Psychological distress, fatigue and long-term sickness absence: Prospective results from the Maastricht cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 941-947.
- Carneiro, I. G., Rasmussen, C. D. N., Jorgensen, M. B., Flyvholm, M. A., Olesen, K., Madeleine, P., . . . Holtermann, A. (2013). The association between health and sickness absence among Danish and non-Western immigrant cleaners in Denmark. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86(4), 397-405. doi:10.1007/s00420-012-0773-5
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., . . . Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291-1294. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.03.013
- Cowan, J., Makanji, H., Mudgal, C., Jupiter, J., og Ring, D. (2012). Determinants of Return to Work After Carpal Tunnel Release. *Journal of Hand Surgery-American Volume*, 37A(1), 18-27. doi:10.1016/j.jhsa.2011.10.033

- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., og Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7. doi:10.1192/bjp.177.1.4
- da Silva, J. S., og Fischer, F. M. (2014). Long-Term Sickness Absence Due to Mental Disorders Is Associated with Individual Features and Psychosocial Work Conditions. *Plos One*, 9(12), 14. doi:10.1371/journal.pone.0115885
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., og van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203-213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
- Dekkers-Sánchez, P., Wind, H., Sluiter, J., og Frings-Dresen, M. (2010). A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. In (Vol. 42). *Journal of Rehabilitation Medicine*.
- Ede, L., og Starrin, B. (2014). Unresolved conflicts and shaming processes: risk factors for long-term sick leave for mental-health reasons. In. *NORDIC JOURNAL of SOCIAL RESEARCH*.
- Ekberg, K., og Wildhagen, I. (1996). Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: The necessary intervention of work conditions. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 28(1), 39-47.
- Eurostat (2016). *Labour Market, including Labour Force Survey (LFS)*. Hentet 06. okt. 2018 fra <https://ec.europa.eu/eurostat/web/labour-market/overview>
- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S., Knardahl, S., og Skyberg, K. (2011). The Impact of Workplace Risk Factors on Long-term Musculoskeletal Sickness Absence A Registry-Based 5-Year Follow-Up From the Oslo Health Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(12), 1478-1482. doi:10.1097/JOM.0b013e3182398dec
- Frick B., Malo M. (2008). Labor Market Institutions and Individual Absenteeism in the European Union: The Relative Importance of Sickness Benefit Systems and Employment Protection Legislation. *Industrial Relations*. 47. 10.1111/j.1468-232X.2008.00533.x.
- Froom, P., Melamed, S., Nativ, T., Gofer, D., og Froom, J. (2001). Low job satisfaction predicts delayed return to work after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(7), 657-662. doi:10.1097/00043764-200107000-00014
- Fukuoka, Y., Dracup, K., Takeshima, M., Ishii, N., Makaya, M., Groah, L., og Kyriakidis, E. (2009). Effect of job strain and depressive symptoms upon returning to work after acute coronary syndrome. *Social Science og Medicine*, 68(10), 1875-1881. doi:10.1016/j.socscimed.2009.02.030
- Gimeno, D., Benavides, F. G., Amick, B. C., Benach, J., og Martinez, J. M. (2004). Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(10), 870-876. doi:10.1136/jech.2003.016634
- Gjesdal S., Ringdal P.R., Haug K., Mæland J.G. (2004). Predictors of disability pension in long-term sickness absence: Results from a population-based and prospective study in Norway 1994–1999, *European Journal of Public Health*, Volume 14, Issue 4, 1 December 2004, Pages 398–405, <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.398>
- Grødem, A. S., Orupabo, J., og Pedersen, A. W. (2015). Gradert sykmelding: Oppfølging og trygdemottak etter sykepengeperiodens utløp. In. Institutt for samfunnsforskning, Rapport 2015:5.
- Gustafsson, K., Lundh, G., Svedberg, P., Linder, J., Alexanderson, K., og Marklund, S. (2013). PSYCHOLOGICAL FACTORS ARE RELATED TO RETURN TO WORK AMONG LONG-TERM SICKNESS ABSENTEES WHO HAVE UNDERGONE A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL

- ASSESSMENT. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(2), 186-191. doi:10.2340/16501977-1077
- Hansen C.D., Andersen J.H. (2008). Sick at work—a risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009;63:397-402. doi: 10.1136/jech.2008.078238
- Hasselgård M., Nordahl B.O., Andersen E, (2019). Fastlegene som henter ut mest penger fra staten, sykmelder mest. *Norsk rikskringkasting AS*. Hentet 01. feb. 2019 fra [https://www.nrk.no/dokumentar/fastlegene-som-henter-ut-mest-penger-fra-staten\\_-sykemelder-mest-1.14371981](https://www.nrk.no/dokumentar/fastlegene-som-henter-ut-mest-penger-fra-staten_-sykemelder-mest-1.14371981)
- Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S., og Aas, R. W. (2017). Job demands and decision control predicted return to work: the rapid-RTW cohort study. *Bmc Public Health*, 17, 8. doi:10.1186/s12889-016-3942-8
- Hedlund, M., Landstad, B., & Wendelborg, C. (2007). Challenges in Disability Management of Long-Term Sick Workers. *International Journal of Disability Management*, 2(2), 47-56. doi:10.1375/jdmr.2.2.47
- Hedlund, M., Wendelborg, C., Brataas, H. V., og Landstad, B. (2005). Gått ut på dato? Årsaker til at få mottakere av rehabiliteringspenger kommer tilbake i arbeidslivet. In: Nord-Trøndelagsforskning.
- Henrekson M., Persson M. (2004). The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of Labor Economics*, 22, issue 1, p. 87-114
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Pentti, J., Virtanen, M., Westerlund, H., Virtanen, P., . . . Vahtera, J. (2010). Association of Contractual and Subjective Job Insecurity With Sickness Presenteeism Among Public Sector Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(8), 830-835. doi:10.1097/JOM.0b013e3181ec7e23
- Heymans, M. W., Anema, J. R., van Buuren, S., Knol, D. L., van Mechelen, W., og De Vet, H. C. W. (2009). Return to Work in a Cohort of Low Back Pain Patients: Development and Validation of a Clinical Prediction Rule. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 155-165. doi:10.1007/s10926-009-9166-3
- Holmaas, T.H., Kjerstad, E.(2010). Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester (Evaluation of the FRW scheme)-Part III. *SNF-rapport nr. 7/2010*
- Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Ariens, G. A. M., van Mechelen, W., og Bouter, L. M. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(5), 323-328. doi:10.1136/oem.59.5.323
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523. doi:10.1056/NEJMsa043266
- Kivimaki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Vahtera, J., og Marmot, M. G. (2003). Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 327(7411), 364-368. doi:10.1136/bmj.327.7411.364
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., og Overland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287-297. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x
- Krause, N., Dasinger, L. K., Deegan, L. J., Rudolph, L., og Brand, R. J. (2001). Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 374-392. doi:10.1002/ajim.1112
- Krokstad, S., Langhammer, A., Hveem, K., Holmen, T. L., Midthjell, K., Stene, T. R., . . . Holmen, J. (2013). Cohort Profile: The HUNT Study, Norway. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 968-977. doi:10.1093/ije/dys095

- Lov om folketrygd* (1998) Oslo: Cappelen akademiske forlag, lovdata.
- Lund, T., Labriola, M., Christensen, K. B., Bultmann, U., og Villadsen, E. (2006). Return to work among sickness-absent Danish employees: Prospective results from the Danish work environment cohort study/national register on social transfer payments. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(3), 229-235. doi:10.1097/01.mrr.0000210056.24915.c2
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L., Irvin, E., og Workplace-based Return Work, G. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work Environment og Health*, 32(4), 257-269. doi:10.5271/sjweh.1009
- Magnussen, L., Nilsen, S., og Raheim, M. (2007). Barriers against returning to work - as perceived by disability pensioners with back pain: A focus group based qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 29(3), 191-197. doi:10.1080/09638280600747793
- Manty, M., Lallukka, T., Lahti, J., Pietilainen, O., Laaksonen, M., Lahelma, E., og Rahkonen, O. (2017). Physical and mental health functioning after all-cause and diagnosis-specific sickness absence: a register-linkage follow-up study among ageing employees. *Bmc Public Health*, 17. doi:10.1186/s12889-017-4051-z
- Markussen, S., og Roed, K. (2016). The Market for Paid Sick Leave. In. IZA Discussion Paper.
- Markussen, S., og Røed, K. R., Ole. (2013). The changing of the guards : Can family doctors contain worker absenteeism? In (Vol. 32, pp. 1230-1239). *Journal of Health Economics*.
- Markussen, S., og Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. In. Tidsskrift for den Norske Legeforening.
- Mehnert, A., og Koch, U. (2013). Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation - a prospective study. *Scandinavian Journal of Work Environment og Health*, 39(1), 76-87. doi:10.5271/sjweh.3291
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., og Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331-336. doi:10.1177/1039856215618523
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., og Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *Bmc Medical Research Methodology*, 18, 7. doi:10.1186/s12874-018-0611-x
- NAV (2019). *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2018*. Hentet fra 22. mars 2019 fra <http://www.nav.no>
- Noordik, Erik & Nieuwenhuijsen, Karen & Varekamp, Inge & Klink, Jac & Dijk, Frank. (2011). Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: A qualitative study. *Disability and rehabilitation*. 33. 1625-35. 10.3109/09638288.2010.541547.
- Nordstrom, K., Ekberg, K., Hemmingsson, T., og Johansson, G. (2014). Sick leave and the impact of job-to-job mobility on the likelihood of remaining on the labour market - a longitudinal Swedish register study. *Bmc Public Health*, 14, 11. doi:10.1186/1471-2458-14-305
- North, F., Syme, S. L., Feeney, A., Head, J., Shipley, M. J., og Marmot, M. G. (1993). EXPLAINING SOCIOECONOMIC DIFFERENCES IN SICKNESS ABSENCE - THE WHITEHALL-II STUDY. *British Medical Journal*, 306(6874), 361-366. doi:10.1136/bmj.306.6874.361
- NOSOSCO (2015). *Sickness Absence in the Nordic Countries*. Nordic Social Statistical Committee Copenhagen 2015. Hentet 12. sep. 2018 fra <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:811504/FULLTEXT06.pdf>
- OECD (2013). *Ageing and Employment Policies: Norway 2013: Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264201484-en>.



- OECD (2018). *OECD Economic Surveys: Norway January 2018 OVERVIEW*. Economic and Development Review Committee (EDRC).
- PROBA (2014). *Internasjonal sammenligning av sykefravær*. Hovedrapport utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet, Proba-rapport nr. 2014 – 05, Prosjekt nr. 13020. Hentet 04. okt. 2018 fra <https://proba.no/app/uploads/sites/4/rapport-2014-05-internasjonalsammenligning-av-sykefravaer-del-2-pds-.pdf>
- Regjeringen (2014). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Hentet 12. okt. 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-tillegg-nr-1-2001-2002-/id435755/sec8>
- Rinaldo, U., og Selander, J. (2016). Return to work after vocational rehabilitation for sick-listed workers with long-term back, neck and shoulder problems: A follow-up study of factors involved. *Work - a Journal of Prevention Assessment and Rehabilitation*, 55(1), 115-131. doi:10.3233/wor-162387
- Sandmark, H. (2007). Work and family: associations with long-term sick-listing in Swedish women - a case-control study. *Bmc Public Health*, 7, 9. doi:10.1186/1471-2458-7-287
- Schmitz, H. (2011). Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*, 18(1), 71-78. doi:10.1016/j.labeco.2010.08.005
- SINTEF (2006). *Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. SINTEF Helse, Gruppe for arbeid og helse. Rapportnr. A325. Hentet 14. sep. 2018 fra <https://www.regjeringen.no>
- Soucy, Isabelle & Truchon, Manon & Côté, Denis. (2006). Work-related factors contributing to chronic disability in low back pain. *Work* (Reading, Mass.). 26. 313-26.
- Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I., og Bo, K. (2005). Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: A 12-month follow-up study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(6), 365-371. doi:10.1080/16501970510040344
- Vahtera, J., Pentti, J., og Kivimaki, M. (2004). Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4), 321-326. doi:10.1136/jech.2003.011817
- Waddell, G., Burton, A.K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-Being?* London: TSO.
- WHO (2001). World health report 2001. Hentet 01. feb. 2019 fra <https://who.int>

## Appendix

### **Søkestrategi og oppsummering av søket.**

**Søkemotor:** Ovid

**Søkedato:** 6. sep 2018

#### **Databaser:**

- Embase 1974 to 2018 August 3
- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process og Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to August 31, 2018
- PsycINFO 1806 to August Week 4 2018

**Søkestreng:** (sickness absen\* or sick leave or authorized leave or sickleave or sick list\* or sicklist\*) AND (return\* or back to work)

#### **Søketreff:**

- 3845 sammendrag identifisert for screening (1750 duplikater fjernet)
- 2095 resterende sammendrag