

Masteroppgave

Masterstudium i fysioterapi

Mai 2021

**Hva eksisterer av kilder på Arbeidsdeltakelse
hos sykmeldte med muskel- og
skjelettlidelser under ordningen Raskere
tilbake: en scoping review**

Kandidatnavn: Paul Sand Remøy
Kandidatnummer: 318
Emnekode: MAFYS5900

Forord

Nå som masterstudiet, for min del, går mot en slutt, føler jeg meg privilegert å ha hatt muligheten til å ha fått et dypdykk innenfor et fagfelt som står meg nær. Derfor er jeg svært takknemlig for alle de vennlige hodene på instituttet som har vært behjelpelig og generøs i å dele sin store kunnskapsbank av både teoretisk og klinisk kompetanse.

Denne masteroppgaven har tatt sin tid, og når det kommer til tid vil jeg rekke en stor takk til min veileder Linda Pedersen og medveileder Rune Solli, som har gitt så mye mer av dette enn hva jeg kunne forvente. Deres oppofrende og vennlige gemytt er noe jeg er svært inspirert av, og som jeg vil ta med meg videre på min vei. Uten deres støtte og veiledning hadde dette prosjektet aldri sett sitt lys.

Må også rette en stor takk til kjæresten min som har gitt meg frihet og støtte til å prøve meg på dette prosjektet, hun har vært en grunnpilar for at jeg ikke har kapitulert halvveis. Må også få rette en stor takk til familie og venner, som har kommet med gode ord og betraktninger når veggen har kommet snikende innpå. Da spesielt «muttern», som har giddet og se over alle de grammatiske sidegatene jeg har begitt meg utpå, og som til hennes frustrasjon, nok vil fortsette å vandre i.

Paul Sand Remøy

Hemsedal, mai 2021

Sammendrag

Bakgrunn: Det brukes milliarder av kroner på permanent og midlertidig uførhet i Norge og det er angitt at behovet for arbeidskraft vil overstige den tilgjengelige i fremtiden. Muskel- og skjelettlidelser er et stort nasjonalt problem og har blitt rapportert å stå for 30-35 % av sykepengetilfeller i Norge i hhv. 2006 og 2008. For å snu denne trenden ble Raskere tilbake ordningen lansert i 2007 med målsetning om å redusere sykefraværet ved å få sykmeldte raskere tilbake til arbeid. Det ble igangsatt 160 tilbud av offentlige og private aktører innenfor de regionale helseforetakene og NAV. For å bedre nytten av tiltakene i fremtiden ble det satt av 1-2 % av bevilgningen til evalueringsaktivitet hvert år. Hva som finnes av forskning på ordningen og tiltak under ordningen ikke kjent per dags dato. En oversikt av forskningen vil gi nyttig kunnskap på tiltak for å fremme arbeidsdeltakelse for pasienter med muskel- og skjelettlidelser.

Formål: Formålet med oppgaven var å kartlegge forskning som omhandler arbeidsdeltakelse under ordningen Raskere tilbake hos sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser og videre undersøke hva resultatene fra denne forskningen viser

Metode: Dette masterprosjektet har tatt i bruk Scoping review som metodikk, og har benyttet seg av rammeverket til Joanna Briggs Institute samt PRISMA-ScR som bakgrunn. Søket er basert på PCC og ble gjennomført i 7 databaser og 1 søkemotor relevante for søket med 571 kilder for gjennomgang i henhold til seleksjonskriterier. Studieutvelgelsesprosessen ble gjennomført av to personer etter forhåndstestet protokoll. Ved uenigheter ville en tredjepart involveres. Etter endt studieutvelgelsesprosess ble kildelistene samt foroversitering av de inkluderte kildene sjekket.

Resultater: Det ble inkludert 22 kilder, som bestod av 17 fagfellevurderte artikler, 5 masteroppgaver og 1 doktorgrad. Studiemetoden var 16 kohortstudier, 6 randomisert kontrollerte studier (RCT) og 1 kontrollert kohortstudie. De bestod av store kohorter på 50 forskjellige tilbud til intervensjonsstudier basert på tilbud i en eller flere konkrete institusjoner. Det var ingen RCT'er som så på effekt av tilbud mot vanlig behandling (treatment as usual, TAU) men en kontrollert kohort viste signifikant dårligere RTW etter 3 år enn TAU. Det var sprikende sammenhenger mellom arbeid- og psykologisk parametre og RTW. Tilleggelse av arbeidsplassintervensjoner på etablerte tilbud viste ingen statistisk signifikant forskjell ($p > 0.05$). Det var en signifikant ($p < 0.05$) forskjell i positiv retning for RTW ved telefonoppfølging mot vanlig oppfølging med $NNT=10$.

Konklusjon: Det er et tydelig klart hull i kunnskapen rundt effekten av ordningen og sammenhengen mellom arbeid- og psykologisk parametre og arbeidsdeltakelse er sprikende i funn. Tilleggelse av arbeidsplassintervensjoner undersøkt under ordningen gav ingen signifikant økning i retur til arbeid, derimot inneliggende arbeidsrettet rehabilitering (ARR) basert på ACT og økt oppfølging ved telefon kan ha bedret effekt på retur til arbeid enn hhv. poliklinisk ARR og vanlig oppfølging i kommunen.

Nøkkelord: Raskere tilbake, muskel- og skjelettlidelser, retur til arbeid, arbeidsdeltakelse

Abstract

Background: Each year there is a huge cost for disability in Norway and the need for labour will supersede the available workforce in the future. Musculoskeletal disorders are a huge problem on an international and national basis and were reported in 2006 and 2008 to stand for 30 % and 35 % of the sickness benefits allowed. In 2007 a national scheme came to be, called Raskere tilbake, to turn the tide of a growing sick leave rate. The goal was to reduce sickness absence with getting the absentee more rapid back to work. From the start 160 interventions was set to life from both public and private sector. To ensure the quality of the interventions in the future, 1-2 % of the allowance from the state was put aside for evaluation activity. What research that has been done under the scheme is yet unknown and may give useful information on the return to work-process for patients with musculoskeletal disorders in a Norwegian context.

Objective: The object of the study was to find out what exists of scientific research done under the scheme Raskere tilbake that deals with work participation in sick listed patients suffering from musculoskeletal disorders, and what these results show.

Methods: This thesis was conducted using Scoping review as methodology and following the guideline from Joanna Briggs Institute and the checklist PRISMA-ScR. The search was based on PCC and were conducted in 7 relevant databases and 1 search engines. The study selection process was conducted by two reviewers with a pre-tested protocol. The reference list of the included sources and any citations was checked for further inclusion.

Results: After the study selection, 22 sources were included, of these there were 17 peer-reviewed articles, 5 master thesis and 1 doctoral thesis. These studies included 16 cohort studies, 6 randomized controlled trials (RCT) and 1 controlled cohort study. There were big cohorts conducted on 50 interventions to RCTs based on interventions from one or more specific institutions. There were no RCTs on the effect of an intervention compared to treatment as usual (TAU), but one controlled cohort observed significant worse RTW three years after rehabilitation compared to TAU. There were conflicting results on associations between workplace- and psychological parameters with successful or unsuccessful RTW. Workplace interventions added to already established interventions saw no significant difference on RTW ($p > 0.05$). On the other hand, there was a significant difference on RTW favouring a boosted telephone follow-up with standard RTW follow-up, with a number needed to treat of 10.

Conclusion: It is an apparent gap in the knowledge surrounding the effect of the scheme and the findings is divided when it comes to association between return to work and psychological/job parameters. Adding work focus to interventions saw no significant gain in work participation. Inpatient occupational rehabilitation may have better effect on return to work compared to polyclinical, the same can be said of boosted telephone follow-up compared to usual follow-up.

Keywords: Raskere tilbake, rapid return to work, musculoskeletal disorders, work participation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Formål	2
1.2 Forskningsspørsmål	2
1.3 Definisjoner	3
2.0 Bakgrunn	4
2.1 Muskel- og skjelettlidelser	4
2.1.1 <i>Definisjoner og sykdomsbyrde</i>	4
2.1.2 <i>Betydning av arbeid på muskelskjelett helse</i>	5
2.2 Arbeidsdeltakelse	6
2.2.1 <i>Arbeidseksponering</i>	7
2.2.2 <i>Arbeidsdeltakelse som utfallsmål</i>	8
2.3 Raskere tilbake	9
3.0 Metode	11
3.1 Valg av metode – preliminært søk	11
3.2 Studiedesign og metodisk rammeverk	11
3.3 Søkestrategi	12
3.3.1 <i>Kartlegging av relevante ord og fraser til søkestrategien</i>	12
3.3.2 <i>Hovedsøk</i>	13
3.4 Studieutvalgelse	16
3.4.1 <i>Seleksjonskriterier</i>	16
3.4.2 <i>Studieutvelgelsesprotokoll</i>	17
3.4.3 <i>Siteringssjekk</i>	18
3.5 Dataauthenting	19
3.6 Presentasjon av data	20
4.0 Resultater	21
4.1 Søke- og studieutvelgelsesprosessen	21
4.1.1 <i>Hovedsøk</i>	21
4.1.2 <i>Studieutvalgelse</i>	21
4.2 Resultater fra de inkluderte kildene	23
4.2.1 <i>Beskrivelse av inkluderte Raskere tilbake kilder</i>	23
4.2.2 <i>Arbeidsdeltakelse</i>	27
4.2.2 <i>Sammenligning av effekt på arbeidsdeltakelse</i>	27
4.2.3 <i>Effekten på arbeidsdeltakelse av å tillegge ekstra tiltak til arbeidsrettet rehabilitering</i>	28

4.2.4 Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og fysisk aktivitet og funksjon	29
4.2.5 Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og psykologiske parametere	31
4.2.6 Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og jobbparametere	33
4.2.7 Sammenheng mellom sammensetning av intervensjonstilbud og arbeidsdeltakelse	34
5.0 Diskusjon	42
5.1 Metodediskusjon	42
5.2 Resultatdiskusjon	45
5.2.1 Arbeidsdeltakelse	46
5.2.2 Arbeidsdeltakelse og psykologiske parametere	48
5.2.3 Arbeidsdeltakelse og jobbparametere	49
5.2.4 Arbeidsdeltakelse og tilleggelse av ekstra tiltak i arbeidsrettet rehabilitering	50
5.2.5 Diskusjon av resultatenes metode	51
5.3 Forskningsetiske overveielser	53
6.0 Oppsummering	54
7.0 Referanser	55
8.0 Vedlegg	66
8.1 Vedlegg 1. Preliminært søk	66
8.2 Vedlegg 2. Første utkast av dataauthentingsprotokoll	69
8.3 Vedlegg 3. Dataauthentingsprotokoll	71
8.4 Vedlegg 4. Søkehistorikk PubMed	72
8.5 Vedlegg 5. Kilder ikke funnet	75
8.6 Vedlegg 6. Kilder med usikkerhet rundt midler fra Raskere tilbake	76
8.7 Vedlegg 7. PRISMA-ScR Checklist, utfylt	77

1.0 Introduksjon

I løpet av ett år brukes det milliarder av kroner og permanent arbeidsuførhet i Norge (Jacobsen & Sønvisen, 2018), bare i 2019 var det 224 872 tilfeller av sykepenger utbetalt (NAV, 2020b). Muskel- og skjelettlidelser er et økende problem på verdensbasis (Cieza et al., 2020) og ble sammen med psykiske lidelser angitt som den viktigste årsaken for helsetap i Norge (Øverland et al., 2018). Det er også angitt å være en av de store årsakene for redusert arbeidsdeltakelse med 30 % og 35 % av nye sykepengetilfeller i 2006 og 2008 (Ihlebak, Brage, Natvig & Bruusgaard, 2010), dette produksjonstapet ble estimert å koste 30 til 34 milliarder kroner (Lærum et al., 2013; Kinge, Sælensminde, Dieleman, Vollset & Norheim, 2017).

Muskel- og skjelettlidelser er en sekkebetegnelse på flere lidelser (Dennerlein, 2008, s. 444), med en multifaktoriell etiologi (Veierstad et al., 2017). Arbeid er en noe disputert risikofaktor ettersom plagene er vanlig i befolkningen (Punnet & Wegman, 2004). Samtidig er det sett at ved en stor andel av arbeidshverdagen i tungt fysisk arbeid eller PC-arbeid, er det en økt risiko for uførhet (Sterud, 2013) samt økt risiko for hhv. skulderoperasjon og håndleddsymptomer (IJmker et al., 2007; Svendsen, Dalbøge, Anderson, Thomsen & Frost, 2013). Det er sett at arbeid kan gi en positiv effekt på livskvalitet, ha en beskyttende effekt for mentalt stress (Nøkleby, Berg, Nguyen, Blaasvær & Kurtze, 2015) og hvor økt fravær fra arbeid kan øke grad av selvmord i en populasjon (Gajewski & Zhukovska, 2017). Det som er oppløftende er at returnering til arbeid kan gi en positiv helseeffekt på de som har vært perioder utenfor arbeidslivet (Rueda et al., 2012).

Det er sett at intervensjoner som har som mål å øke arbeidsdeltakelse bør være multidisiplinær, samt at de bør ha fokus på å øke personens fysiske form og gjøre modifiseringer på arbeidsplassen (Cullen et al., 2018; Loisel et al., 1994). Forskning på retur til arbeid er økende, og da spesielt i Europa, hvor det sees i sammenheng med de generøse velferdsordningene (Rollin & Gehanno, 2012). Likevel bør forskning og uttalelser rundt retur til arbeid som er gjort i andre land ses på med omhu, ettersom forskjeller i velferdssystemet gjør at det til og med er vanskelig å generalisere effekt av tiltak over landegrensene i de nordiske landene (Kausta, Miranda, Martimo & Viikari-Juntura, 2008). Selv effekten av tiltak i en norsk kontekst er oppe til faglig debatt (Grotle, 2020; Jensen & Johnsen, 2020).

Ettersom det er sett at behovet for arbeidskraft i Norge vil overstige den tilgjengelige i fremtiden, er det et klart insentiv fra velferdsstaten å redusere sykefraværet (Jacobsen & Sønvisen, 2018). Et forsøk

på dette var ordningen Raskere tilbake, som ble satt i gang etter Stoltenbergs sykefraværsutvalg i 2006 (Skarpaas, Aas & Berg, 2013) og var en ambisiøs ordning bestående av bevilgninger på 3,57 milliarder i sine første fem år (Aas, Solberg & Strupstad, 2011). Målsetningen var å redusere sykefraværet ved å få folk raskere tilbake til arbeid gjennom å styrke arbeidsgivers oppfølging av sykmeldte, samt kjøpe helse- og rehabiliteringstjenester (Drangslund & Kjerstad, 2008; Finansdepartementet, 2007). Ordningen var også ambisiøs da den baserte seg på en desentralisert myndighetsutøvelse, hvor private og offentlige aktører konkurrerte om bevilgning, samt at det ble gitt lite retningslinjer på hva den skulle inneholde (Drangslund & Kjerstad, 2008; Aas et al., 2011). Ordningen gikk fra 2007 til 01.januar 2018, og har senere blitt videreført i ordningen Helse og arbeid (Nilsen, 2018).

Av bevilgningene som ble gitt til de regionale helseforetakene og NAV, skulle det bli satt av 1-2 % til evalueringsaktivitet, for å styrke nytten av tiltakene i fremtiden (Drangslund & Kjerstad, 2008; Deloitte, 2015). Hva som er kommet ut av forskning på ordningen og dens tiltak virker å være ukjent, sett i et tilsvarende svar på en artikkel fra Grotle et al. (2016) hvor det var uenighet om i hvilken grad Raskere tilbake er studert (Grotle, Klokk & Kopperstad, 2016; Hagen, 2016). Sett i lys av at velferdssystemet i Norge kan påvirke effekten av tiltak som omhandler arbeidsdeltakelse (Myhre et al., 2014) og at det ikke er kjent at det er gjennomført forskningsarbeid med formål å samle kunnskap fra ordningen, kan et dypdykk i litteraturen gi informasjon om i hvilken grad ordningen er forsket på og kunne få frem kunnskap på hvordan tiltak som er gjennomført for å øke arbeidsdeltakelsen hos personer med muskel- og skjelettlidelser i en norsk kontekst har fungert.

1.1 Formål

Formålet med oppgaven var å kartlegge forskning som omhandler arbeidsdeltakelse under ordningen Raskere tilbake hos sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser og videre undersøke hva resultatene fra denne forskningen viser.

1.2 Forskningsspørsmål

- Hva eksisterer av forskning gjort under ordningen Raskere tilbake som omhandler arbeidsdeltakelse hos sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser?
- Hva visere resultatene av denne forskningen?

1.3 Definisjoner

Arbeidsdeltakelse – er her ment som graden av sykefravær, sysselsetting, sykenærvær eller egenvurdert arbeidsevne hos individer/populasjon.

Muskel- og skjelettlidelser – er her ment som en samlebetegnelse på plager, sykdommer og skader i muskel- og skjelettapparatet.

2.0 Bakgrunn

I dette kapitlet gis utdypingene av tematikken og bakgrunn relevant for oppgaven.

2.1 Muskel- og skjelettlidelser

2.1.1 Definisjoner og sykdomsbyrde

Muskel- og skjelettlidelser er en sekkebetegnelse for diverse plager som påvirker bløtvev (bindevev, muskler, nerver og ligamenter), skjelettet (frakturer, osteoporose m.m.) og ledd (revmatiske lidelser, artrose m.m) (Dennerlein, 2008, s. 444). Muskel- og skjelettlidelser hadde en prevalens på 1.7 milliarder mennesker (Cieza et al., 2020) og det omfatter mer enn 150 forskjellige diagnoser innenfor muskel- og skjelettsystemet fra artrose, uspesifikke ryggplager, sarkopeni til langvarige smertetilstander som fibromyalgi (World Health Organization, 2021, Musculoskeletal conditions). Etiologien til muskel- og skjelettlidelser er multifaktoriell, som vil si at man ikke kun har en eksponeringsfaktor som har kausal årsak til lidelsene, men at de er flerfoldige. Som vil bety at en pasient med en muskel- og skjelettlidelse har sine unike årsaker til plagene som til sammen i sin tilstedeværelse har bidratt (Veiersted et al., 2017). Denne tankegangen har gjort at man nå har beveget seg fra en mer biomedisinsk modell til en biopsykososial modell innenfor muskel- og skjeletthelse. Den biomedisinske modellen er likevel utbredt i den medisinske verden, og har sin bakgrunn i naturvitenskapen, epidemiologi og statistikk (Sovik, 2001), da spesielt tilbake til de mikrobiologiske verkene til Pasteur på 1800-tallet (Sadigh, 2013). Den omhandler mer eksogene årsaker til sykdom (Sovik, 2001), som overført til muskelskjelett vil bety at årsaken til en lidelse er skader eller feil i kroppens muskulatur, nervesystem, ledd etc. Derimot den biopsykososiale modellen, postulert av Engel i 1977 (Engel, 1977), var en utvikling fra den biologiske modellens inadequate inkorporering av sosiale-, psykologiske- og atferds-aspekter knyttet til sykdom. Forståelsen av sykdom som en sammenfatning av eksogene og endogene årsaker er ikke ny. Det å se på pasientens liv er beskrevet tilbake til både Sokrates og Hippokrates (Sadigh, 2013). Modellen har likevel gitt nyere medisinsk forskning og klinisk praksis en større dybde angående diagnostisering og behandling (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004), eksemplifisert i måten man trener pasienter med langvarige muskel- og skjelettsmerter (Booth et al., 2017). Likevel er det ikke slik at den

biomedisinske modellen og den biopsykososiale modellen er motsetninger, det er mer at man har tillagt de psykologiske og sosiale aspektene i diagnostisering og behandling (Sadigh, 2013).

Muskel- og skjelett lidelser er blitt mer vanlig i befolkningen (March et al., 2014) og er et økende problem på verdensbasis og står for to tredjedeler av behovet for rehabilitering (Cieza et al., 2020). Sykdomsbyrden i Norge, her representert med ikke-dødelig helsetap, til muskel- og skjelettlidelser ble estimert i 2016 til å være på 132 848,5 tilfeller, og sammen med psykiske lidelser angitt som den viktigste sykdomsgruppen for helsetap (Øverland et al., 2018). I 2015 var det over 1.1 millioner mennesker som oppsøkte fastlegen for muskel- og skjelettlidelser, hvor de største gruppene var ryggproblematikk, nakkeproblemer, artrose og osteoporose (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2018, Flest til fastlegen på grunn av muskel- og skjelettlidelser).

2.1.2 Betydning av arbeid på muskelskjelett helse

Arbeid har vist seg å være en sterk bidragsyter på helse, i det at å være i arbeid kan være beskyttende for mentalt stress, ha en positiv effekt på livskvalitet og selvopplevd helse (Nøkleby et al., 2015), samt at plutselig fravær av arbeid kan øke grad av selvmord, uansett helseregime (Gajewski & Zhukovska, 2017). Når det kommer til sammenhengen mellom arbeid og muskel- og skjelettlidelser, er ikke det et nytt fenomen, og går tilbake til preindustrialisert tid med beskrivelser av utmattelse hos kontorarbeidere og isjias hos pottemakere (Dennerlein, 2008, s. 445). Det er litt disputert i hvilken grad arbeid er en risiko for utvikling av muskel- og skjelettlidelser, ettersom tilstandene ofte er multifaktorielle og vanlig i populasjonen (Punnet & Wegman, 2004). Likevel er det slik at muskel- og skjelettlidelser stod for 30 % og 35 % av nye sykepengetilfeller i hhv. 2006 og 2008 (Ihlebak et al., 2010). Fraværet fra arbeid hadde et estimert produksjonstap i 2009 på mellom 30 til 34 milliarder kroner for den norske stat (Lærum et al., 2013; Kinge et al., 2017).

Når det gjelder det å komme tilbake til arbeid, er det i en systematisk oversikt, funnet en positiv helseeffekt hos de som returnerte til arbeid (Rueda et al., 2012). Samtidig er det sett at pasienter som har dårligere prognose, returnerer til arbeid i mindre grad enn de med en god prognose (Haldorsen et al., 2002). Når det kommer til hva som er riktig vei for retur til arbeid, er det mye forskning på området av moderat og god kvalitet, med god evidens for at intervensjoner for muskel- og

skjelettlidelser bør være omfattende og inneholde flere domener/disipliner. Det er moderat evidens for at gradert økning av aktivitet og arbeidsplassintervensjoner hvor fokus er på modifisering av arbeidsplassen øker retur til arbeid (Cullen et al., 2018). Noe som sammenfaller med Sherbrook-modellen, i det at rehabilitering bør inneha tilnærminger innenfor pasientens fysiske form, arbeidsplassen/-miljøet samt kognisjon og atferd (Loisel et al., 1994). Ettersom muskel- og skjelettlidelser innehar en multifaktoriell etiologi (Punnet & Wegman, 2004), er det blitt prøvd ut subgrupperinger ut ifra prognose. Dette viste seg å være gjennomførbart i en norsk kontekst, bedret resultat for de dårligste og var bedre kostnadmessig gunstig (Haldorsen et al., 2002). Likevel er det slik i Norge i dag, at det er disputt på hvor god effekten av arbeidsrettete tiltak i en norsk setting er, både med tanke på studier og om satsningene som er gjort i samfunnet (Grotle, 2020; Jensen & Johnsen, 2020).

2.2 Arbeidsdeltakelse

Arbeid er definert av Store Norske Leksikon som «menneskets målrettede, beviste virksomhet» (Store Norske Leksikon [SNL], 2014, arbeid), hvor denne oppgavens definisjon av arbeidsdeltakelse, er mer en konseptualisering av denne brede definisjonen. Det som er interessant er at arbeid er noe antatt alle har et forhold til, men det er kanskje litt mer flyktig enn man tror. Det er sett at arbeid i en norsk kontekst, hadde en vidt forskjellig betydning i en populasjon sykmeldte, fra det å være noe man får betalt for, en oppgave man gjør for en selv, for naboer, en aktivitet eller at arbeid var en fysisk stressfull aktivitet (Brekke, 2017).

Arbeidsstyrken, det vil si summen av både de sysselsatte og de arbeidsledige i Norge, bestod av 2 843 000 personer i fjerde kvartal (2020), eller 70,3 % av befolkningen. Av disse var 95,2 % sysselsatte, som innebærer personer med minst en times inntektsgivende arbeid i referanseuka samt 137 000 arbeidsledige (SSB, 2021, Arbeidskraftundersøkelsen). I løpet av ett år bruker velferdsstaten Norge milliarder på midlertidig og permanent uførhet (Jacobsen & Sønvisen, 2018). I 2019, var det 224 872 tilfeller av sykepenges utbetalt av folketrygden (NAV, 2020b) som bestod av 7 346 000 sykepengedager (NAV, 2020a). Samtidig er det sett at behovet for arbeidskraft i Norge vil overstige den tilgjengelige, som gjør det til et dagsaktuelt poeng og insentiv for velferdsstaten å redusere sykefraværet og øke arbeidsevnen av befolkningen i arbeidslivet (Jacobsen & Sønvisen, 2018). Når det kommer til arbeidsevne kan man si at det er ressursene til mennesket sett i relasjon til arbeidet, og i ressurser inngår helse/funksjon, utdanning/kompetanse, verdier/holdninger og motivasjon. Når man

da setter individets ressurser opp mot arbeidet, som består av arbeidskrav, arbeidsfellesskap/-ledelse og arbeidsmiljø, kan man få individets arbeidsevne (Illmarinen, 2001), noe som betyr at det er et komplekst samspill å skulle øke individets evne til arbeidsdeltakelse.

2.2.1 Arbeidseksponering

Arbeidseksponering vil her si eksponeringsfaktorer i arbeid som kan ha betydning for fravær, som kan skilles i mekanisk arbeidseksponering eller psykologisk arbeidseksponering (Knardahl, Sterud, Nielsen & Nordby, 2016). Ved mekanisk arbeidseksponering er det her ment påvirkningen av kraft, bevegelser eller vibrasjoner, som helkroppsarbeid, forflytning av gjenstander eller personer til arbeid over lengre perioder i visse posisjoner som stående/sittende (Knardahl et al., 2016). Mekanisk eksponering kan være av interesse, spesielt i fremtiden, ettersom vi har en aldrende arbeidsstyrke, som gir en nedgang i fysisk funksjon, tross fysisk arbeid (Illmarinen, 2001). I 2016 anga 15 % av de yrkesaktive i Norge at de hadde tungt fysisk arbeid, som vil si at de tok så hardt i en fjerdedel av arbeidstiden at pulsen økte (Statens arbeidsmiljøinstitutt [STAMI], udatert, Tungt fysisk arbeid). Tungt fysisk arbeid har vist seg å være en risikofaktor for uførhet i en norsk populasjon med OR på hhv. 2.03 (95 % KI 1.17 – 3.17), 2.08 (95 % KI 1.03 – 4.19) og 5.38 (2.76 – 10.48) om du er eksponert en fjerdedel, halvparten og tre fjerdedeler av arbeidstiden (Sterud, 2013). Det er også sett i en svensk sykepleiepopulasjon en risiko for korsryggsmerte med OR på 2.1 (95 % KI 1.1 – 4.2) og 2.7 (95 % KI 1.6 – 4.7) ved tungt fysisk arbeid (tidsjustert MET > 2.9) og tungt selvopplevd fysisk arbeid (Josephson, Vingård & MUSIC-Norrtälje Study Group, 1998). Det samme er sett innenfor skulder i en dansk kohort med justert HR for operasjon på 1.74 (95 % KI 1.16 – 2.64) og 1.96 (95 % KI 1.33 – 2.89) for tungt fysisk arbeid og tung skulderbelastning (Svendsen et al., 2013). Det er en stadig utvikling fra tungt fysiske arbeid til mer stillesittende og repetitive arbeidsoppgaver, eksemplifisert ved at 44 % av de yrkesaktive i 2016 arbeidet med PC (STAMI, udatert, Arbeid med PC). Det er sett at mye monotont arbeid gir en OR på 2.20 (95 % KI 1.59 – 3.04) for uførhet (Sterud, 2013) samt at mye repetitivt arbeid (> 4 timer om dagen) gav en justert HR på 1.76 (95 % KI 1.05 – 2.96) for skulderoperasjon. Spesifikt for PC-arbeid er det sett i en oversiktsartikkel liten sammenheng mellom PC-arbeid og muskelskjelett lidelser i nakke, skulder, albue og håndledd (Wærsted, Hanvold & Veiersted, 2010). En annen systematisk oversiktsartikkel tok for seg dose-respons for muskelskjelett lidelser (Ijmker et al., 2007). Det ble ikke funnet noen sammenheng med total tid ved

PC eller bruk av tastatur, men ved bruk av mus og hånd/håndledd symptomer ble det sett en økt OR ved økt bruk.

Psykososial arbeidseksponering, kan man se i sammenheng med problemet med stress i den moderne arbeidshverdagen, hvor stress i det ekstreme kan lede til både traumer og utbrenthet, som igjen kan påvirke frafall fra arbeid eller arbeidsevne (Douvaras & Ukpere, 2014). Dette går noe imot det som ble tidligere nevnt, at arbeid kan ha en beskyttende effekt for mentalt stress (Nøkleby et al., 2015). Arbeid kan nemlig både være terapeutisk, samtidig kan fravær fra jobb være det samme, det kan både ha positiv og negativ påvirkning på ens helse og velvære (Waddel & Burton, 2006). Det europeiske arbeidsmiljøorganet angir at halvparten av alle europeiske arbeidstakere mener stress er utbredt på arbeidsplassen, samt at det er et organisatorisk problem og at årsaken til psykososiale risikofaktorer ligger i dårlig planlegging, organisering og ledelse (EU-OSHA, udatert, Psykososiale risikoer og stress på arbeidsplassen). Noen risikofaktorer som nevnes er manglende medvirkning/innflytelse, for stor arbeidsbelastning og motstridende krav (EU-OSHA, udatert, Psykososiale risikoer og stress på arbeidsplassen). Bare i Norge er det rapportert at 16 % av arbeidstakere opplever høye krav og liten kontroll (STAMI, udatert, Høye krav og lav kontroll). Det virker derimot ikke til å være helt enighet i resultatene, ved at det ble rapportert motstridende funn i en litteratur gjennomgang på påvirkningen av emosjonelle krav, høye krav, sosial støtte på sykefraværet (Knardahl et al., 2016). Samtidig som det var klar evidens at kombinasjonen høye krav, lav kontroll og trakassering øker risikoen for sykefravær, og at det er en sammenheng mellom høy grad av kontroll og lavere sykefravær samt en moderat evidens for sammenhengen mellom høye krav og lav kontroll med uførhet (Knardahl et al., 2016; Knardahl et al., 2017).

2.2.2 Arbeidsdeltakelse som utfallsmål

Det er kommet mye forskning på arbeidsdeltakelse, men hvordan utfallsmålene er definert varierer mye og det er ikke satt en gullstandard på hva som definerer en suksessfull retur til arbeid (Pransky, Gatchel, Linton & Loisel, 2005). Et ofte benyttet utfallsmål er retur til arbeid, men det er innenfor forskning veldig mange forskjellige måter utfallsmålet har blitt definert som (Steenstra, Lee, De Vroome, Busse & Hogg-Johnson, 2012). Det kan være retur til arbeid definert med arbeidsbelastning, tid til retur til arbeid, hvor lenge personen har beholdt arbeid etter retur, definisjoner av sykefravær som dager ute av arbeid grunnet sykdom, frekvensen av sykefraværsepisoder eller arbeidsevne (Brede et al., 2016). Dette gjør det vanskelig å måle retur til arbeid, ettersom det er en dynamisk

prosess, som ikke bare omhandler tilbakekomsten fra ute av arbeid til første dag tilbake i arbeid, men og det å stå i arbeid over en periode (Young et al., 2005; Steenstra et al., 2012). Et mye brukt mål på retur til arbeid, bærekraftig retur til arbeid, inkorporerer dette, ved at det ikke bare er tilbakekomsten, men og hvor lenge man står i arbeidet for en suksessfull bærekraftig retur. Likevel er det forskjeller hva man kan kalle en suksessfull bærekraftig retur til arbeid, hvor det er blitt foreslått at det bør foreligge minst tre måneder i stabilt arbeid uten tilbakefall (Etuknwa, Daniels & Eib, 2019).

2.3 Raskere tilbake

Etter Sykefraværutvalget i 2006 (Skarpaas et al., 2013) ble ordningen *Raskere tilbake* igangsatt på bakgrunn av det som het «Tilskudd til helse og rehabiliteringstjenester for sykemeldte» (Aas et al., 2011; Drangslund & Kjerstad, 2008). Årsaken var et høyt samlet sykefravær med bekymringer for videre avhengighet av trygdeordninger. Tiltakene som skulle settes i gang var å styrke arbeidsgivers oppfølging av sykmeldte, øke tilskudd til praktisk tilrettelegging, samt kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Det var viktig at Raskere tilbake ble sett i sammenheng med den da allerede sentrale inkluderende arbeidslivsavtalen (Finansdepartementet, 2007). Kort fortalt var målsetningen for ordningen å bidra til en reduksjon av sykefraværet ved å få personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeid (Drangslund & Kjerstad, 2008). Ordningen varte ifra 2007 til 01.januar 2018, hvor den ble videreført i det som i dag kalles Helse og Arbeid for videre kontinuitet av tilbudene. Dette betydde i praksis at 616,7 millioner kroner ble flyttet til ordinære bevilgninger til de regionale helseforetakene, for å gi et mer likeverdig pasienttilbud uavhengig av geografisk lokalisasjon (Nilsen, 2018). Ordningen er i hovedsak tverrfaglig arbeidsrettet/arbeidsfokusert behandling rettet mot personer med muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser (Helse Sør-øst, 2020; Helse Vest, 2020).

Raskere tilbake ble ansett som nyskapende ved at tjenestene skulle basere seg på desentralisert myndighetsutøvelse, som betydde at innholdet og aktørene som skulle utføre tilbudene ble bestemt gjennom konkurranse av både offentlige og private aktører. Tilbudene skulle utføres raskt i sykemeldingsperioden og ordningen var basert på brukernes egenmotivasjon til bedring (Drangslund & Kjerstad, 2008), som i praksis betydde at det ikke var noen klart definerte retningslinjer fra staten på hva tilbudene skulle inneholde (Aas et al., 2011). Dette skulle gjennomføres ved å stimulere til nye tilbud i helseforetakene rettet mot sykmeldte arbeidstakere samt tre nye tiltak hos NAV (Drangslund & Kjerstad, 2008; Skarpaas et al., 2013). Tilbudene var primært rettet mot de to store

sykefraværsårsakene muskelskjelettlidelser og psykiske lidelser hvor det ble igangsatt ett bredt spekter av 160 tilbud mot disse målgruppen (Drangland og Kjerstad, 2008). Disse tilbudene kan organiseres i åtte forskjellige tilbud under hovedkategoriene tilbud finansiert av helseforetakene og tilbud finansiert av NAV. Tilbud finansiert av helseforetakene var medisinsk og kirurgisk behandling, rehabilitering i sykehus (somatikk), behandling og rehabilitering (psykiatri) og arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjoner. Tilbud finansiert av NAV var oppfølging, avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og behandling. Selv om tilbudene i de forskjellige foretakene var overlappende, var forskjellen her organiseringen. I helseforetakene var det regionale prosjektledere som koordinerte både de statlige og de private prosjektene, imens i NAV ble tilbudene anskaffet gjennom anbud. En annen forskjell var at i NAV var det kun allerede sykmeldte som fikk tilbud, mens de som stod i fare for å bli sykmeldt kunne få det gjennom helseforetakene. Bevilgningene ble fordelt mellom de to hvor rundt to tredjedeler gikk til helseforetakene og resten til NAV, som fra 2007 til 2011 var hhv. 2,4 milliarder og 1,16 milliarder kroner (Aas et al., 2011).

Av de økonomiske rammene i Raskere tilbake ble 1-2 % satt av hvert år til evalueringsaktivitet, hvor flere av tilbudene har fått støtte. Evalueringsaktivitet vil her si forskningsstudier, doktorgradsavhandlinger, mastergradsprosjekter og rapporter (Deloitte, 2015). Årsaken var at man skulle etablere kunnskap slik at nytten av tiltakene skulle igjen bli bedre og treffe de riktige pasientene (Drangland & Kjerstad, 2008). Tar man utgangspunkt i at bevilgningene fra oppstart i 2007 til 2012 var på 3,57 milliarder (Aas et al., 2011), vil det grovt regnet bety at det ble bevilget fra 7,14 til 14,28 millioner per år i disse fem årene.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode – preliminært søk

For å skaffe en grov oversikt over litteratur som finnes på dette temaet og vurdere hvilken systematisk oversiktsmetode, som var mest hensiktsmessig å benytte seg av, ble det gjennomført et preliminært litteratursøk. Litteratursøket ble utarbeidet i samarbeid med forskningsbibliotekar ved OsloMet-Storbyuniversitet. Det endte i to søkestrategier, på norsk og engelsk, etter PICO rammeverket, dvs. at søket er bygd opp av søkeord innenfor fire bolker, populasjon (P), intervensjon (I), sammenligningsgruppe (C) og utfallsmål (O) (Helsebiblioteket, 2016, PICO). Etersom søket skulle favne bredt, ble det valgt å heller ha «OR» mellom de to bolkene intervensjon og sammenligningsgruppe, istedenfor «AND» som er normen ved PICO rammeverket (Helsebiblioteket, 2016, Lage søkestrategi). I tillegg ble det satt begrensinger på opprinnelseslandet til kildene snevret til Skandinavia. Dette ble gjennomført ved å bruke MeSH (Medical Subject Headings) termene i de forskjellige databasene for landområde, eks. «AND» norw*, scandinavia swe* i slutten av søkestrengen (se vedlegg 1. Preliminært søk). Studier publisert før 2007 ble ekskludert grunnet oppstart av ordningen samme år. Søket ble simplificert seende slik ut: «P: Muskel- og skjelettplager AND I: Raskere tilbake OR C: Sykmelding AND O: Retur til arbeid AND norw*». Søket ble gjort i både norske og engelske databaser. De norske databasene var SVEmed og CRISTin og de engelske databasene var Embase, Medline, Cinahl, Sportdiscuss, SocIndex og Academic search ultimate.

Søket gav treff på totalt 433 artikler, og inklusjonskriteriet var studier gjort på populasjon som har inngått i Raskere tilbake eller mistenkes å være en del av Raskere tilbake. Eksklusjonskriteriet var studier gjennomført før 2007. Ved gjennomgang av tittel og abstrakt ble det funnet en doktorgrad, syv kohort-/prospektive studier, 11 rapporter, åtte randomiserte kontrollerte studier, en case studie, 10 kvalitative studier og åtte studier hvor det var usikkerhet rundt tilhørighet til Raskere tilbake ordningen. Studiene som ble funnet var heterogene i henhold til bl.a. studienes hensikt, metode, intervensjon og utfallsmål.

3.2 Studiedesign og metodisk rammeverk

Basert på preliminært søk som gav studier av stor heterogenitet, ble scoping review valgt som metode. Scoping review, som er en åpen og eksplorativ metode for å tilnærme seg et ukjent studiefelt

(Peters et al., 2020) med mulighet for å stille brede forskningsspørsmål, kartlegge relevant litteratur i feltet og hente ut informasjon fra studier som er enten komplekse eller er heterogene (Arksey & O'Malley, 2005).

Denne studien tok utgangspunkt i det metodiske rammeverket Joanna Briggs Institute (JBI) sin Reviewer's manual (Peters et al., 2020) for hvordan en scoping review skal gjennomføres. Sjekklisten Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) ble også benyttet i utformingen av masterprosjektet (Tricco et al., 2018) (se vedlegg 7. PRISMA-ScR Checklist, utfylt). Rammeverket til JBI fra 2020 (Peters et al., 2020) er bygget på arbeidet til Arksey & O'Malley, 2005 og Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010 og ble oppdatert etter arbeidet med PRISMA-ScR i 2020. Rammeverket inneholder en introduksjon til metoden, hvordan man skal planlegge en scoping review og hva de enkelte delene fra tittel til konklusjon bør inneholde (Peters et al., 2020). PRISMA-ScR er en sjekklister som inneholder 20 essensielle komponenter og to valgfrie komponenter som burde være med i utformingen av en scoping review. Det er en sjekklister som er laget for å gi bistand i studieprosessen og er konsistent med det metodiske rammeverket fra JBI (Tricco et al., 2018).

3.3 Søkestrategi

Tre-steps modellen til JBI for systematiske søk ble benyttet som søkestrategi (Peters et al. 2020).

1. Første steg er at ett mindre søk i minst to relevante databaser gjennomføres, relevante studier identifiseres og relevante ord/fraser i tittel, abstraktet og indeksbegrep kartlegges.
2. Andre steg er å gjennomføre hovedsøket med identifiserte ord/fraser kartlagt i gjennomgangen i steg 1, i relevante databaser.
3. Tredje steg er å gjennomgå referanselistene i inkluderte studier fra hovedsøket for å identifisere ytterligere relevante kilder.

3.3.1 Kartlegging av relevante ord og fraser til søkestrategien

For å kartlegge relevante ord/fraser som kunne brukes i søkestrategien for hovedsøket, ble det gjort søk etter en relevant artikkel i både norsk database, CRIstin, og en i engelsk database, EMBASE med samme søkestreng som ble benyttet i det preliminnære søket. Ettersom CRIstin kun har et forenklet

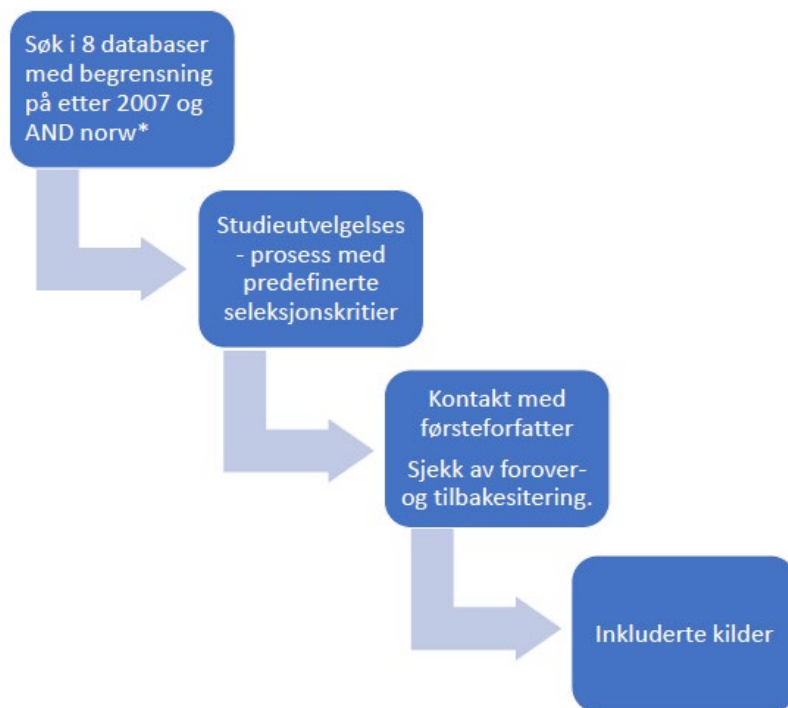
søk uten mulighet for å kombinere søke-/emneord, ble det søkt på 1. Raskere tilbake og 2. Arbeidsrettet rehabilitering. Av 35 kilder/prosjekter/foredrag i søk på «raskere tilbake» og 50 kilder/prosjekter/foredrag i søk på arbeidsrettet rehabilitering, ble studien til Grotle et al. (2016) valgt som grunnlag for å kartlegge norske relevante ord og fraser. Etter søk i EMBase, studien til Skarpaas, Haveraaen, Småstuen, Shaw & Aas (2019) valgt ut av totalt 82 studier. Etter ord og fraser var kartlagt, ble en tentativ søkestreng sendt til gjennomgang av veileder og medveileder, hvor ytterligere ord og fraser ble fylt ut i samarbeid. Deretter ble disse ordene og frasene sjekket i MeSH databasen til helsebiblioteket (mesh.uia.no) før søkestrategien ble videre utviklet i samråd med universitetsbibliotekar, med kompetanse innenfor systematiske søk, ved Helsebiblioteket på OsloMet – Storbyuniversitetet.

3.3.2 Hovedsøk

Hovedsøket ble gjennomført den 3. og 4. november 2020 i følgende databaser som ble identifisert som relevante for hovedsøket: Cinahl, Pubmed, EMBase, CRIstin, Oria, SveMed og Amed. Søkestrategien for de ulike basene ble gjennomgått og satt opp sammen med bibliotekaren. Oria og Google Scholar ble valgt for å finne relevant grålitteratur, for i Oria kan man søke i nasjonalt fagbibliotek hvor man får tilgang til kilder i norske universitets- og høgskolebibliotek og Scholar søker i diverse norske databaser/-institutter. For å gjøre søket ytterligere sensitivt, ble det tatt i bruk MeSH-termer på norsk og engelsk, samt at funksjonen «explode» ble benyttet der det var mulig, for å inkludere eventuelle underkategorier og mer spesifikke emneord i søket.

Ettersom søkeresultatene ble for store å håndtere i gitt tid/ressurser, ble det valgt å begrense søket (AND) med MeSH-termer for opprinnelsesland innenfor Skandinavia til kildene i søket. Det fluktuerte i forskjellige fraser fra databasene, men «AND» norw* og Scandinavia ble ofte benyttet.

To søkestrategier ble utarbeidet, en på norsk og en på engelsk, de ble begge anvendt i alle databasene, dette for å øke sensitivitet til søket (Peters et al., 2020). Til forskjell fra det prelimnære søket blir det i en scoping review benyttet PCC og ikke PICO. PCC står for population (P), concept (C) og context (C) (Peters et al. 2020), som kan oversettes til populasjon, konsept og kontekst.



Figur 1. Flytskjema over hovedsøk- og studieutvelgelsesprosessen.

Ved siden av ord/fraser som ble kartlagt, ble søkestrategien utfylt utfra problemstillingen og hovedinkluderkriteriet:

Studier som undersøker tiltak som omhandler arbeidsdeltakelse hos pasienter som er delvis eller helt utenfor arbeid grunnet muskel- og skjelettlidelser under ordningen Raskere tilbake

Følgende søkestrategi med engelske ord og fraser ble benyttet:

P: Population:

Musculoskeletal pain, Myalgia, Musculoskeletal disorders, Musculoskeletal diseases, Muscular diseases, bone diseases, Musculoskeletal complaints, sick-listed employees, low back pain, back pain, neck pain, shoulder pain, arthritis, rheumatic disease, chronic pain, widespread chronic pain.

(AND) C: Concept (intervensjon):

Rapid return to work, Rapid-return-to-work, work oriented rehabilitation, Brief intervention, multidisciplinary intervention, multidisciplinary rehabilitation, Multidisciplinary assessment, work-oriented rehabilitation, Faster return to work, vocational rehabilitation, work-related rehabilitation,

occupational rehabilitation, environmental interventions, surgery, operative surgery, general surgery, surgical procedures.

(AND) C: Context (utfallsmål):

RTW, Return to work, Sick leave, employment, disability pension, social benefits, return to the workforce, sick-listed, Sickness absence, absenteeism, ability to work, working ability, work participation, work capability, work capacity, employability, employment status, rehabilitation benefits, back to work, social benefits, work benefits, return to workforce, return to labour force, workload, sickness absence, sickness benefits, unemployment benefits, graded sick leave, work absence, labour participation, work reintegration, sick days, illness days, disability leave, occupational status, marginal employment, presenteeism, work ability, sustainable return to work, sustained return to work.

Følgende søkestrategi med norske ord og fraser ble benyttet:

P: Populasjon:

Muskel- og skjelettplager, muskelskjelettplager, muskel- og skjelettlidelser, muskelskjelettlidelser, Sykemeldte arbeidstakere, muskel- og skjelettplager, muskelskjelettplager, muskel- og skjelettlidelser, muskelskjelettlidelser, ryggsmarter, korsryggsmarter, nakkesmarter, skuldsmarter, kroniske smarter, utbredte kroniske smarter

(AND) C: Konsept (intervensjon):

Raskere tilbake, tverrfaglig tiltak, tverrfaglig samarbeid, arbeidsrettet rehabilitering, arbeidstrening, arbeidsrettet tiltak, kirurgi, operasjon, generell kirurgi, elektiv kirurgi, kirurgiske inngrep, planlagte kirurgiske inngrep, operative inngrep, mindre kirurgiske inngrep.

(AND) C: Kontekst (utfallsmål):

Sykefravær, sykefraværsdager, langtidssykemelding, tilbake til arbeid, arbeidsavklaringspenger, sykmelding, arbeidsrelatert aktivitet, sykmeldingsstatus, fraværsdager, arbeidsbegrensninger, tilbakegang til arbeid, arbeidsevne, arbeidsdeltakelse, tilbakeføring til arbeid, Gradert sykmelding, Korttidssykemelding, Korttidssykemeldt, Langtidssykemelding, Langtidssykemeldt, Sykepermisjon, Fravær grunnet uførhet, Uførepermisjon, Sykedager, Sykepenger, AAP, selvrapportert arbeidsevne, egenvurdert arbeidsevne, vedvarende retur til arbeid, vedvarende tilbakegang til arbeid.

Ved søk i den norske databasen CRIstin, hvor man ikke kan legge inn «AND / OR» i søkestrengen, ble det valgt å bruke søkeordene «Raskere tilbake» i denne databasen.

3.4 Studieutvelgelse

Studieutvelgelsen ble basert på forhåndsdefinerte seleksjonskriterier og studieutvelgelsesprotokollen ble utført med bakgrunn i disse seleksjonskriteriene.

3.4.1 Seleksjonskriterier

Gitt problemstillingen var hovedinklusionskriteriet studier som undersøker tiltak som omhandler arbeidsdeltakelse hos pasienter som er delvis eller helt utenfor arbeid grunnet muskel- og skjelettlidelser under ordningen Raskere tilbake.

Populasjon

Individer med muskel- og skjelettlidelser som er utenfor arbeid, på arbeidsavklaring eller delvis ufør som er bosatt i Norge. Muskel- og skjelettlidelser er her ment som en samlebetegnelse på plager, sykdommer og skader i muskel- og skjelettapparatet. De kan ha andre diagnoser/sykdommer/lidelser, men hovedårsaken til nedsatt arbeidsdeltakelse må være grunnet muskel- og skjelettlidelser. Studier med blandet populasjon vil inkluderes, hvor andel av de ulike diagnosegruppene er presentert. Det vil ikke være noen begrensning på nasjonalitet, etnisitet eller andre pasientkarakteristikker. Aldersgruppen skal være mellom 18 og 67 år (arbeidsfør alder).

Konsept

Konseptet som blir studert, er tiltak som omhandler arbeidsdeltakelse. Arbeidsdeltakelse er her ment som graden av sykefravær, sysselsetting, sykenærvær eller egenvurdert arbeidsevne hos individer/populasjon. Dvs. intervensjoner som har til hensikt å påvirke arbeidsdeltakelse som f.eks. tverrfaglig rehabilitering, arbeidstrening samt utfallsmål som kan måle dette som grad av retur til arbeid, sykefravær m.m.

Kontekst

Konteksten vil være alle kontekster som omhandler intensjonen å påvirke arbeidsdeltakelse, som har

mottatt midler fra ordningen Raskere tilbake, det vil si private/offentlige aktører som sykehus, klinikker, rehabiliteringssenter og lignende.

Studiene er derfor begrenset til en norsk populasjon, men inkluderer studier publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk, grunnet språkferdigheter hos forfatter og medveileder, samt begrensninger på tid og ressurser til å oversette full tekst artikler, ble ikke studier/kilder på andre språk inkludert.

Type studier

Grunnet begrensninger i tid, ekspertise og ressurser ble inkluderte studietyper, begrenset til kvantitative studier. Kvantitative studier vil her si både eksperimentelle- og observasjonsstudier som randomiserte kontrollert studier, kvasieksperimentelle studier, kohortstudier, tverrsnittstudier og kasus–kontroll-studie. Dette vil ikke utelukke inkluderingen av mastergradsprosjekter, doktorgradsprosjekter eller rapporter hvor det er brukt kvantitativt design, samt upublisert litteratur.

Eksklusjonskriterier

Ettersom tilskuddsordningen var i effekt mellom 2007 til 2018 vil studier før 2007 automatisk ekskluderes i søkeprosessen. Ettersom det søkes etter enten publiserte studier, rapporter, doktorgradsavhandlinger eller mastergradsprosjekter vil postere og presentasjoner ekskluderes. Kvalitative studier ble ekskludert grunnet overnevnte valg av studiemetode.

3.4.2 Studieutvelgelsesprotokoll

En studieutvelgelsesprotokoll ble laget, vurdert og endret i samråd med veileder og medveileder. Protokollen ble prøvd ut, uavhengig av hovedforfatter og medveileder i en pilot på 25 tilfeldig utvalgte titler fra hovedsøket. For å godkjenne protokollen, ble det satt et minimumskrav på 75 % enighet mellom partene i sorteringen av de utvalgte kildene i forhold til inklusjons, eksklusjons, usikkerhet rundt inkludering eller usikkerhet om tilknytning til Raskere tilbake ordningen (Peters et al., 2020). Etter utprøving av protokoll var det 96 % enighet mellom partene/utforskerne, med total enighet om å inkludere to kilder og ekskluderte 22 kilder. Det var imidlertid uenighet om en av kildene skulle ekskluderes eller være i bolken «usikkerhet om tilknytning til Raskere tilbake ordningen».

Studieutvelgelsen ble basert på seleksjonskriteriene og gjennomført uavhengig av hovedforfatter og medveileder. Ved eventuelle uenigheter ville partene først prøve å oppnå en konsensus før tredjepart (veileder) ble involvert og tok siste avgjørelse (Peters et al., 2020).

I studieutvelgelsesprosessen, ble først tittel og abstrakt gjennomgått i henhold til seleksjonskriteriene, kildene i neste runde ble gjennomgått i fulltekst. Hvis ikke kildene hadde abstrakt, som i en rapport e.l., ble tittel og eventuelt forord gjennomgått før fulltekst.

Tittel og abstrakt ble først gjennomgått iht. eksklusjonskriteriene, før kildene ble undersøkt om de var i overensstemmelse med inklusjonskriteriene. Derimot om kildene viste seg å tilfredsstillte visse inklusjonskriterier, men at den var usikker på andre kriterier, ble fulltekst gjennomgått.

Fulltekst ble grundig gjennomgått for å avgjøre om kildene var i overensstemmelse med/tilfredsstillte inklusjonskriteriene. Om det fortsatt var usikkerhet om kildene skulle inkluderes, ble de arkivert som «Usikkerhet rundt inklusjonskriteriene». Hvis det derimot var usikkerhet om kildene var gjennomført under Raskere tilbake ordningen, ble de arkivert under «Usikkerhet om Raskere tilbake».

Kilder som var usikre i forhold til inklusjonskriteriene etter gjennomgang av fulltekst gjennomgått av den andre parten før en felles diskusjon og avgjørelse om kildene skulle inkluderes eller ikke. Ved fortsatt usikkerhet ble en tredjepart konsultert. Hovedforfatter kontakter forfatter(e) av kildene for oppklaring ved usikkerhet om kildenes tilknytninger til Raskere tilbake ordningen.

Kilder som ble ekskludert i gjennomgang av tittel, abstrakt eller fulltekst ble arkivert under «Ekskluderte kilder». Kilder som var i samsvar med inklusjonskriteriene etter gjennomgangen av fulltekst ble arkivert under «Inkluderte studier».

3.4.3 Siteringssjekk

For å sikre seg for at eventuelle kilder kunne ha blitt forbi gått i søkeprosessen, ble det utført en siteringssjekk av de inkluderte kildene etter studieutvelgelsesmøte mellom forfatter og medveileder. Referanselisten til de inkluderte kildene ble gjennomgått, hvor de potensielle kildene fikk tittel/abstrakt og eventuelt fulltekst gjennomgått iht. seleksjonskriteriene. Deretter ble kildene sjekket for foroversitering, det vil si at kildene ble søkt opp i Google Scholar, og sjekket om andre kilder hadde sitert de. Kilder som ble inkludert gjennom denne prosessen fikk gjennomgått sin referanseliste samt foroversitering.

3.5 Dataauthenting

Det ble laget en dataauthentingsprotokoll av forfatter med utgangspunkt i JBIs «JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument» (Peters et al. 2020). Protokollen ble gjennomgått av hovedveileder, før den ble testet ut på to tilfeldige inkluderte kilder fra hovedsøket (Peters et al., 2020). Det ble gjort på følgende måte, forfatter hentet ut data ifra kildene basert på dataauthentingsprotokollen, protokoll og utvelgelse av data ble deretter vurdert og gjennomgått av hovedveileder, før protokollen ble diskutert mellom partene og forandret om nødvendig. Det skulle være mulig å forandre protokollen underveis i prosessen, ettersom det burde bli tatt høyde for at økt kjennskap til datamaterialet kunne forandre hva som var hensiktsmessig å hente ut fra studiene (Peters et al. 2020). Skulle dette skje underveis, ville de foregående studiene på nytt gjennomgås for ny dataauthenting.

Første utkast av protokollen hadde vesentlige mangler (se vedlegg 2. Første utkast av dataauthentingsprotokoll). Gjennom utprøving ble det funnet at den manglet punkt på diagnose, konkretisering av blinding, kildetype, metodiske valg av utfallsmål samt konklusjon/tolkning av funn. Underveis i uthentingsprosessen ble det ikke gjort noen forandringer på protokollen (se vedlegg 3. Dataauthentingsprotokoll).

Følgende informasjon ble hentet ut fra kildene:

- (1) Forfatter/institusjon, publikasjonsår, tittel, publikasjonssted
- (2) Hensikt
- (3) Kontekst – Hvor er studien gjennomført/tilknytning
- (4) Kildetype –
- (5) Studietype – Ha med om det er blindet eller ei.
- (6) Populasjon – Inklusjon- og eksklusjonskriterier
- (7) Populasjon – Antall deltakende og drop-out
- (8) Populasjon – Beskrivende data av studiepopulasjon.
- (9) Populasjon – Diagnose.
- (10) Intervensjon – Hva er blitt gjennomført. Varighet av intervensjon.
- (11) Intervensjon – Follow-up periode?
- (12) Resultater – Hvilke arbeidsdeltakelsesvariabler blir presentert
- (13) Resultater – Hvor er arbeidsdeltakelsesvariabler hentet fra.
- (14) Resultater – Sekundærutfallsmål

- (15) Nøkkeltall – Data av arbeidsdeltakelse fra baseline til endt intervensjon og eventuell follow-up.
- (16) Nøkkeltall – Data hvor arbeidsdeltakelse blir satt opp mot hverandre eller satt i kontekst med andre variabler.
- (17) Konklusjon – Hvordan de tolker betydningen av funnet.

3.6 Presentasjon av data

Det som er valgt i denne oppgaven, på bakgrunn av at det er et eksplorativt prosjekt samt at kildene som er innhentet er begrenset til kvantitativ metodikk, er å presentere kildene og hovedfunn relatert til arbeidsdeltakelse i tabellform. Resultatene er presentert mer utfyllende etter kategorier og temaer som kom til overflaten i dataauthentingsprosessen. Datamaterialet var av svært heterogen natur, likevel var det visse likhetstrekk i at de i hovedsak enten så på forskjellige eksponeringsfaktorer for hemming eller fremming av arbeidsdeltakelse eller sammenlignet diverse intervensjoner. Ettersom denne oppgaven ikke skal gjennomføre analyser av datamaterialet, vil data som er hentet ut bli presentert i samme form som forfatterne av kildene har presentert sitt datamateriale. Arbeidsdeltakelse har flerfoldig utfallsmål og er angitt som andel, antall eller %, samt at analysene er presentert med odds ratio (OR), hasard risiko (HR) med 95 % konfidensintervall (KI), gjennomsnitt med standardavvik (SD) eller standardfeil (SE), median med interkvartilbredde (IQR), korrelasjonskoeffisient (r) og interkorrelasjon (IC). Statistisk signifikansnivå ble satt til 5% og er uttrykt med en p-verdi, enten ved $p < 0.05$ eller p-verdi som er eksakt angitt i kildene.

4.0 Resultater

Det vil først gjøres rede for søke- og studieutvelgelsesprosessen før resultatene fra de inkluderte artiklene blir presentert

4.1 Søke- og studieutvelgelsesprosessen

4.1.1 Hovedsøk

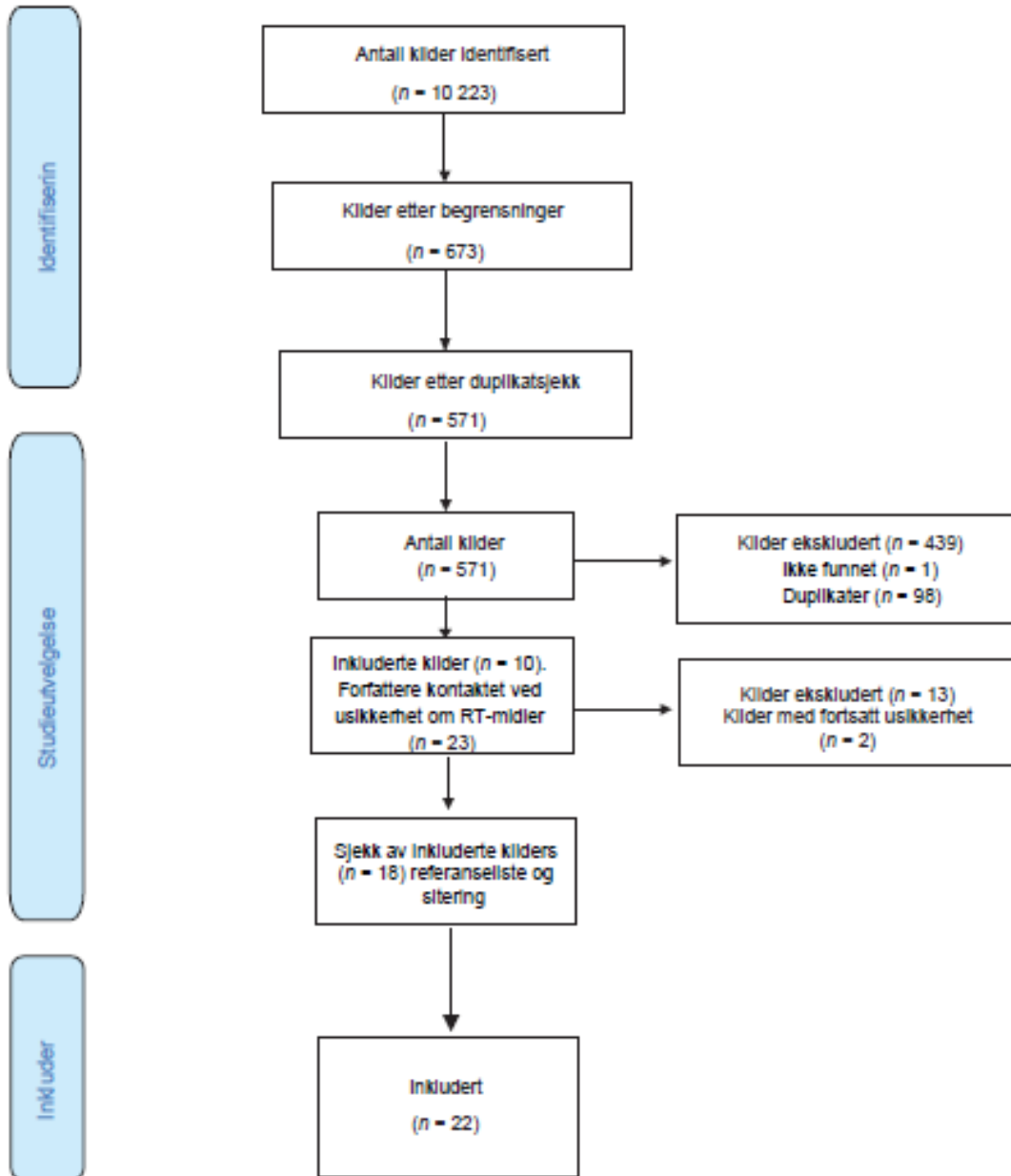
Etter å ha gjennomført hovedsøket i databasene EMBase, PubMed, Cinahl, SveMed, CRISTin, Oria, Amed og Scholar var det totale antallet kilder 10 223 kilder (se figur 2 for flytskjema) og varierte fra 12 i CRISTin til 6136 kilder i EMBase. Etter begrensningene i søket på «norw* AND mesh-ord på skandinaviske land/områder», ble antall kilder betraktelig redusert, som f.eks. i EMBase, hvor antallet gikk fra 6136 til 194 kilder. Videre, ved eksklusjon av kilder publisert før 2007, ble antallet gjenværende kilder 673 (se vedlegg 4. Søkehistorikk PubMed). Ved duplikatsjekk gjennomført i Endnote versjon 20 (Clarivate, Philadelphia, USA), ble 102 kilder ekskludert som gav et totalt antall på 571 kilder for gjennomgang og utvelgelse basert på seleksjonskriteriene.

4.1.2 Studieutvelgelse

Ved gjennomgang av de 571 kildene fra hovedsøket, ble 439 kilder ekskludert i henhold til seleksjonskriteriene, en kilde ble ikke funnet (se vedlegg 5. Kilder ikke funnet), og ytterligere 98 duplikater som ikke ble fanget opp under første duplikatsjekk, ble ekskludert. Av de gjenværende 33 kildene, ble 10 inkludert, mens det var usikkerhet om tilhørigheten til Raskere tilbake ordningen for 23 av kildene (se figur 2. flytskjema).

Forfatter/-e av de 23 kildene med usikkerhet ble kontaktet for å få en bekreftelse eller avkreftelse på kildenes tilhørighet til Raskere tilbake ordningen. Dette førte til ytterligere åtte inkluderte kilder, 13 ekskluderte kilder og to kilder det fortsatt var usikkerhet rundt (se vedlegg 6. Kilder med usikkerhet rundt midler fra Raskere tilbake). Deretter ble referanselistene til de 18 inkluderte kildene, samt hvilke kilder som har sitert disse sjekket. Dette gav oppgav til fire nye inkluderte kilder. Totalt 22 kilder ble inkludert i dette masterprosjektet.

Det ble vagt å ikke kontakte forfattere av de inkluderte kildene eller personer i fagmiljøene grunnet tid og ressurser i prosjektet.



Figur 2. Flytskjema over prosessen fra identifisering til inkludering av kilder.

Modifisert etter malen «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flow diagram for the scoping review». Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 141-146

4.2 Resultater fra de inkluderte kildene

De inkluderte Raskere tilbake kildene vil først bli presentert og beskrevet før resultater blir presentert etter temaer som har kommet til overflaten i dataauthentingsprosessen.

4.2.1 Beskrivelse av inkluderte Raskere tilbake kilder

De 22 inkluderte kildene er presentert i alfabetisk rekkefølge i tabell 1, og består av fem masteroppgaver, en doktorgradsavhandling og 17 fagfellevurderte artikler. Av disse kildene er 16 kohortstudier, seks randomiserte kontrollerte studier og en kontrollert kohortstudie. Kildene er publisert i tidsrommet fra 2013 til 2020, og kommer fra ulike forskningsmiljøer i Norge. Flere publikasjoner stammer fra samme forskningsmiljø og en stor andel av kildene er tilknyttet evalueringen av Raskere tilbake ordningen. Formålene med studiene varierer fra å undersøke forløpet av arbeidsdeltakelse (Grotle et al., 2016), effekten av ulike intervensjoner på arbeidsdeltakelse (Brendbekken et al., 2017) til å undersøke sammenhenger mellom ulike faktorer, som f.eks. psykologiske- eller jobbrelaterte parametere og arbeidsdeltakelse (Haveraaen, Skarpaas, Berg & Aas, 2016; Haveraaen et al., 2017). Populasjonen i de inkluderte kildene var sykmeldte og bestod av alt fra flere miksede populasjoner med muskelskjelettlidelser som en av flere diagnosegrupper, av muskelskjelettdiagnose alene til mer konkrete/definerte muskelskjelettplager som korsryggsmerter (Grotle et al., 2016).

I henhold til inklusjonskriteriene, hadde alle kildene som er inkludert arbeidsdeltakelse som utfallsmål. Definert på forskjellige måter; retur til arbeid/tilbakeføring til arbeid, bærekraftig retur til arbeid, tid til retur til arbeid/første tilbakeføring, sykmeldingsstatus, sykefraværsdager eller sykepenger. 18 av studiene benyttet seg av registerdata, tre benyttet seg av selvrapporterte data innhentet fra deltakeren og en rapporterte ikke opphav på data om arbeidsdeltakelse (tabell 2, 3 og 4).

Kildene inkluderer data på arbeidsdeltakelse fra randomiserte kontrollerte studier, hvor effekten av ulike intervensjoner blir sammenlignet med hverandre eller hvor effekten av ekstra tiltak i arbeidsrehabilitering blir undersøkt (tabell 2). Videre inkluderes arbeidsdeltakerdata fra kohorter med enkeltintervensjoner (tabell 3), samt store kohorter knyttet til evalueringen av ordningen med opptil 50 forskjellige Raskere tilbake tilbud innenfor diverse tilbudsgrupperinger fra kirurgisk behandling til arbeidsrettet rehabilitering i flere institusjoner (tabell 4). Tilbudenes og intervensjonenes varighet varierte fra et gjennomsnitt i varighet på behandling på 3.05 måneder med 55.67 timer aktivt tilbud i 50 raskere tilbake tilbud (Christiansen, 2016) til 3.5 timer over to uker i en kortintervensjon (Brendbekken et al., 2017) (tabell 2, 3 og 4).

Tabell 1. Presentasjon av inkluderte kilder

Studie	Kilde	Design	Kontekst	Formål	Populasjon	Diagnose
Brekke, D. (2017). Evaluations of the project "Rapid Return to Work". A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders.	Doktorgradsavhandling	Kontrollert kohort	Sunnaas Sykehus HF	Undersøke om effekten av en intervensjon på retur til arbeid sammenlignet med vanlig behandling hos langtidssykmeldte med muskelskjelett og milde psykiske plager.	Intervensjon sgruppe bestående av sykmeldte (N= 433) Kontrollgruppe bestående av sykmeldte (N= 1260) i NAV-systemet.	Studiegruppen: Muskelskjelett diagnoser (77%), psykiatriske diagnoser (10%) og andre (13%) Kontrollgruppen: Muskelskjelett diagnoser (89%) og psykiatriske diagnoser (11%)
Brendbekken et al.(2017). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention A Randomized Clinical Trial.	Fagfelleverdert artikkel	RCT, ikke blindet.	To polikliniske klinikker under Fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset innlandet HF.	Teste om multidisiplinær intervensjon (MI) er mer effektiv enn en kortintervensjon (BI) på retur til arbeid	Sykmeldte pasienter (N=284).	Muskelskjelettsmerte
Brendbekken, R., et al. (2018). Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial	Fagfelleverdert artikkel	„	„	Analysere predikatorer for bærekraftig retur til arbeid samt se om to intervensjoner hadde forskjellig effekt	„	„
Christiansen, T.L. (2016). Sammenheng mellom motivasjon og tilbakeføring til arbeidslivet for deltakere i Raskere tilbake ordningen	Masteroppgave	Kohort	Tilknyttet «Evaluering av Raskere tilbake ordningen.»	Få kunnskap om grad av motivasjon for deltakere i et Raskere tilbake tilbud har en sammenheng med hvor raskt deltakerne blir tilbakeført til arbeidslivet.	Sykmeldt populasjon (N=920)	Muskel- og skjelettlidelser (49,7%), psykiske lidelser (21,1%), annet (22,5%), ingen diagnose (2%) og mangler diagnose (4,7%)
Farholm, A., et al. (2017). Changes in return to work among patients in vocational rehabilitation: a self-determination theory perspective	Fagfelleverdert artikkel	Kohort	CatoSenteret	Undersøke om pasienters oppfatning av autonomistøtte fra behandlingsteamet er assosiert med økt tilfredshet, autonommotivasjon, opplevd kompetanse, velvære, fysisk aktivitet og retur til arbeid.	Sykmeldte pasienter (N=57).	Muskelskjelett- og/eller milde psykiske lidelser
Gismervik, S. Ø., et al. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial	Fagfelleverdert artikkel	RCT, ikke blindet	Hysnes Helsefort	Undersøke hvorvidt inneliggende arbeidsrehabilitering reduserer sykefraværet i større grad enn poliklinisk rehabilitering	Sykmeldte pasienter (N=166)	Muskelskjelett (94, 57%) og psykologisk (72, 43%) diagnose.
Grotle, M., Klokk, L. P. & Kopperstad, A. (2016). Sykefravær og «Raskere tilbake»: En prospektiv klinisk studie av pasienter med langvarige ryggsmerte.	Fagfelleverdert artikkel	Kohort	Tverrfaglig ryggpoliklinikk, Ålesund sykehus.	Undersøke 1-års forløp av sykefravær og kliniske utfall hos pasienter med langvarige korsryggsmerte og sammenheng mellom psykologiske faktorer og sykefravær ved 12 mnd.	Sykmeldte pasienter (N=131)	Ryggdiagnoser hvor 77% hadde korsryggsmerte uten utstrålende smerter.

Hara, K. W., et al. (2018). Biopsychosocial predictors and trajectories of work participation after transdiagnostic occupational rehabilitation of participants with mental and somatic disorders: a cohort study.	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	Hysnes Helsefort	Undersøke veien til tilbakeføring til arbeid i predefinert subgrupperinger etter arbeidsrehabilitering.	Sykmeldte pasienter (N=212).	Psykiske- (37%), muskelskjelett- (30%), uspesifikke- (20%), nevrologiske (7%) lidelser og andre diagnoser (5%)
Hara, K. W., et al. (2018). Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation Program to Increase Work Participation.	Fagfellevurdert artikkel	RCT, ikke blindet	Hysnes Helsefort	Undersøke om tilført oppfølging over telefon etter arbeidsrehabilitering ville ha en effekt på arbeidsdeltakelse.	Sykmeldte pasienter (N=213).	Psykiske- (38%), muskelskjelett- (30%), uspesifikke- (20%) og nevrologiske (7%) lidelser og andre diagnoser (5%)
Haugen, K. (2016). Arbeidsrettet rehabilitering med arbeidsplassbesøk på Hernes Institutt: Hva kjennetegner deltakerne og hvilke faktorer predikerer arbeidsdeltakelse etter et år?	Masteroppgave	Kohort	Hernes institutt	Undersøke hva som kjennetegner deltakere på arbeidsplassbesøk og hvorvidt de kom tilbake i jobb etter ett år.	Sykmeldte pasienter (N=102)	Langvarige muskel- og skjelettplager
Haveraaen LA, Skarpaas LS, Berg JE & Aas, R.W. (2016) Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work 3 months after a return-to-work (RTW) programme? The rapid-RTW cohort study	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	Tilknyttet «Evaluering av Raskere tilbake ordningen.»	Se på sammenhengen mellom psykologiske arbeidsforhold i relasjon til tid til første retur til arbeid.	Sykmeldt populasjon (N=543)	Muskelskjelett (N= 316, 53,2%), psykiatri (N= 116, 19,5%), uspesifisert (N=41, 6,9%), kreft/svulst (N=41, 6,9%), andre (N=50, 8,4%)
Haveraaen, L. A., et al. (2017). Job demands and decision control predicted return to work: the rapid-RTW cohort study.	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	Tilknyttet «Evaluering av Raskere tilbake ordningen.»	Undersøke om sammenhengen mellom psykososiale arbeidskarakteristikker og retur til arbeid etter endt arbeidsrehabilitering	Sykmeldt populasjon (N= 251)	Muskelskjelett (57,4%), psykiatrisk/psykisk (15,9%) og andre (24,7%) lidelser og ingen diagnose (1,6%).
Hopland, E. (2013). Rehabilitering av sykmeldte med muskel- og skjelettplager. Tilbudenes profesjonssammensetning og deres sammenheng med tilbakeføring til arbeid.	Masteroppgave	Kohort	Tilknyttet «Evaluering av Raskere tilbake ordningen.»	Ny kunnskap om hvilke og antall profesjoner en får tilbud fra i et tilbakeføringsprogram, og tilbakeføringsgrad blant de sykmeldte som deltok	Sykmeldte pasienter (N=146)	Muskel- og skjelettplager
Jacobsen, H. B., Glette, M., Hara, K. W., & Stiles, T. C. (2020). Metacognitive Beliefs as Predictors of Return to Work After Intensive Return-to-Work Rehabilitation in Patients With Chronic Pain, Chronic Fatigue and Common Psychological Disorders: Results From a Prospective Trial	Fagfellevurdert artikkel	Eksplorativ analyse av RCT-studie	Hysnes Helsefort	Undersøke sammenhengen mellom metakognisjoner og retur til arbeid hos langtidssykmeldte pasienter.	Sykmeldte pasienter (N=137)	Kombinasjon av kroniske smerter (76,6%), utmattelse (89%) og engstelse (61,3%)
Myhre, K., et al. (2014). The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial	Fagfellevurdert artikkel	RCT, ikke blindet	St.Olavs Hospital HF og Oslo Universitetssykehus HF.	Sammenligne retur til arbeid mellom pasienter i enten arbeidsfokustert rehabilitering eller multidisiplinær rehabilitering	Sykmeldte pasienter (N= 405)	Nakke eller ryggproblematikk

Myhre, K., et al. (2016). Demand, control and support at work among sick-listed patients with neck or back pain: a prospective study	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	”	”	”	”	”	Å se på forandringer i opplevde krav, kontroll og støtte i jobb hos nakke/rygg pasienter ila. ett år, samt å se om eventuelle forandringer er assosiert med klinisk bedring, redusert frykt for smerte/bevegelse og retur til arbeid
Skagseth M., et al. (2020). Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: A randomized clinical trial	Fagfellevurdert artikkel	RCT, ikke blindet	Hysnes Helsefort					Formålet var å undersøke effektiviteten av å legge til en arbeidsplassintervensjon til arbeidsrehabilitering på sykefraværet.
Skagseth, M., et al. (2020). Physical activity after inpatient occupational rehabilitation: Secondary outcomes of two randomized controlled trials.	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	Hysnes Helsefort og St.Olavs Hospital HF					Å se om deltakere fra to forskjellige inneliggende arbeidsrehabiliteringsprogrammer med fokus på fysisk aktivitet ble mer fysiske aktive enn et poliklinisk arbeidsrehabiliteringsprogram uten fysisk aktivitet, og hvorvidt fysisk aktivitet var assosiert med arbeidsdeltakelse
Skarpaas, L. S., et al. (2019). The association between having a coordinator and return to work: The rapid-return-to-work cohort study.	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	Tilknyttet «Evaluering av Raskere tilbake ordningen.»					Å se om tilbud om koordinator var assosiert med en raskere tid til første retur til arbeid og første fulle retur til arbeid hos sykmeldte arbeidstakere i offentlige og private RT-tilbud
Tou, R. T. (2015). Frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom. En kohortestudie blant sykmeldte som har deltatt i behandlings- og rehabiliteringstilbud fra NAV og helseforetakene.	Masteroppgave	Kohort	Tilknyttet «Evaluering av Raskere tilbake ordningen.»					Undersøke om frykt for at helseplagene skyldes alvorsykdom er utbredt hos sykmeldte i RT-tilbud og sammenheng med retur til arbeid
Øyeflaten, I., et al. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation - a mediation model.	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	AiR, Hernes Institutt, Muritunet, Valnesfjord Helsesportsenter, Bakke, Røde kord Haugland, CatoSenteret og Hokksund					Undersøke om en mediasjons modell av forskjellige hypoteser om biopsykososiale predikatorer kunne forklare videre sykmelding etter inneliggende arbeidsrehabilitering
Werner, N. B., Myhre, K. og Werner, E. L. (2019) Tverrfaglig behandlingstilbud til pasienter med ryggsmarter ved et lokalsykehus.	Fagfellevurdert artikkel	Kohort	Sørlandet Sykehus Arendal					Kartlegge eventuell endring i funksjon og sykefravær etter endt behandlingstilbud.

N=: Antall

RCT: Randomized Controlled Trial, randomisert kontrollert studie

RT: Raskere tilbake

4.2.2 Arbeidsdeltakelse

Nesten alle kildene (20 av 22 kilder) viste en positiv tendens på arbeidsdeltakelse etter raskere tilbake tilbudene/intervensjoner, i alt fra endt intervensjon (Hopland, 2013) til 24 måneders oppfølging (Brendbekken et al., 2017). Den eneste av de 20 studiene som analyserte om endringen i arbeidsdeltakelse var signifikant var Grotle et al. (2016), som så en signifikant reduksjon i arbeidsavklaringspenger (AAP) fra oppstart til 12 måneders oppfølging ($p < 0,002$), med endring fra 65% av pasientgruppen på AAP ved oppstart til 33% ved 12 måneders oppfølging (Grotle et al., 2016) (tabell 2, 3 og 4).

To kilder viste en positiv endring i arbeidsdeltakelse etter endt intervensjon, som var Øyeflaten et al. 2016 og Brekke (2017). I Øyeflaten et al. (2016) ble det kun rapportert hvor lenge deltakerne hadde hatt delvis eller full sykmelding ved oppstart av tilbud (gjennomsnitt 10 måneder, SD: 6.7) og under oppfølgingsperioden (gjennomsnitt 595 dager, SD: 424), uten noen andre mål på endring (Øyeflaten et al., 2016) (tabell 4). I Brekke (2017) sin doktorgradsavhandling var 63,4% av studiegruppen (N= 420) ved oppstart i fullt arbeid mot 30,4% ved 36 måneder etter avsluttet intervensjon (Brekke, 2017) (tabell 3).

4.2.2 Sammenligning av effekt på arbeidsdeltakelse

Brekke (2017) sin studie, som var en kontrollert kohort studie, var den eneste studien som hadde en kontroll gruppe (N= 1260) bestående av pasienter som hadde en «treatment as usual» (TAU). Studiegruppen var sykmeldte med muskelskjelett- eller mindre psykiske lidelser og gjennomgikk en kortvarig intervensjon (BI, brief intervention) bestående av en endags vurdering basert på kognitiv atferdsterapi med personlige råd. 100 deltakere ble deretter utvalgt til tre multidisiplinære intervensjoner bestående av en kognitiv terapi gruppe (inneliggende), smertemestringsgruppe (inneliggende) og mestringsgruppe (poliklinisk) i hhv. fire, seks og åtte uker. Kontrollgruppen var sykmeldte i NAV-systemet fra samme geografiske område med muskelskjelett (89%) og psykiatriske (11%) diagnoser. I studiegruppen og kontrollgruppen var hhv. 63,4 % og 80,4 % i fullt arbeid ved oppstart, mens etter 36 måneder var hhv. 30,8 % og 48,8 % i fullt arbeid. Begge gruppene ble målt ved oppstart, 6, 12, 24 og 36 måneder, og ved alle måletidspunktene var det en statistisk signifikant forskjell på fulltidsarbeid mellom gruppene i favør kontrollgruppen ($p < 0,001$). Dette gjald også deltidsarbeid, uten arbeid og uførepensjon i favør kontrollgruppen ($p < 0,001$) (Brekke, 2017) (tabell 3).

I studien til Brendbekken et al. (2017), hvor deltakerne ble randomisert til to forskjellige intervensjoner, en Multidisiplinær intervensjon (MI) og en BI, så man ingen signifikant forskjell mellom intervensjonene på retur til arbeid hos sykmeldte med muskel- og skjelettsmerte etter 24 måneders oppfølging (42,6 % i MI versus 36,6 % i BI). Derimot ved andre, tredje og syvende måneds oppfølging var det signifikant flere som var delvis tilbake til arbeid i MI-gruppen sammenlignet med BI-gruppen med en RR på hhv. 1.86 (95% KI: 1.10 - 3.14, $p = 0,02$), 2.24 (95 % KI: 1.28 – 3.91, $p < 0,01$) og 2.31 (95 % KI: 1.19 - 4.51, $p = 0,01$) (Brendbekken et al., 2017) (tabell 2). I en påfølgende studie av Brendbekken et al. (2018), hvor retur til arbeid var definert som økt arbeidsdeltakelse i de tre påfølgende månedene etter (ved måling sammenlignet med) baseline, var det ingen statistisk signifikant endring i arbeidsdeltakelse ved tre måneder eller 12 måneder etter baseline (Brendbekken, Vakt skjold, Harris & Tangen, 2018) (tabell 2).

I Gismervik et al. (2020) ble en blandet populasjon med muskelskjelett- og psykiatiske diagnoser randomisert i inneliggende eller poliklinisk arbeidsrettet rehabilitering baser på Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Begge var i hovedsak gruppebasert rehabilitering, men inneliggende gruppe hadde i tillegg samarbeid med arbeidsplassen, NAV og utarbeidet en handlingsplan for økt arbeidsdeltakelse. Inneliggende deltakere gjennomgikk tre og en halv ukes rehabilitering, mens poliklinisk behandlede pasienter hadde to og en halv time oppfølging hver uke i seks uker. Etter tolv måneder var det en statistisk signifikant forskjell i sykefravær i favør inneliggende rehabilitering ($p = 0,034$) med en median på 85 (IQR: 33 – 149) sykefraværsdager mot 117 (IQR: 59 – 189) sykefraværsdager for poliklinisk arbeidsrettet rehabilitering. På bærekraftig retur til arbeid, definert som fire uker uten sykepenger, var det også en statistisk signifikant forskjell i favør inneliggende gruppe ($p = 0,009$) med en HR på 1.9 (95 % KI: 1.2 – 3.0) (Gismervik et al., 2020) (tabell 2).

4.2.3 Effekten på arbeidsdeltakelse av å tillegge ekstra tiltak til arbeidsrettet rehabilitering

I en studie av Skagseth et al. (2019) ble det undersøkt om det å tillegge en arbeidsplassintervensjon på inneliggende arbeidsrettet rehabilitering basert på ACT gav økt retur til arbeid enn arbeidsrettet rehabilitering alene i en blandet diagnose populasjon bestående primært av muskelskjelett- eller psykiske diagnoser. Arbeidsplassintervensjonen bestod av arbeidsplassmøte med arbeidsgiver om barrierer for retur til arbeid og muligheter for fremgang. 12 måneder etter endt intervensjon var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene, både når det gjelder sykefravær eller bærekraftig retur til arbeid. Mediantiden var 130 (IQR: 81 – 212) dager med sykefravær for gruppen

arbeidsplassintervensjon mot 115 (IQR: 53 – 183) dager med sykefravær i gruppen med arbeidsrettet rehabilitering alene. 42 % oppnådde bærekraftig retur til arbeid i gruppen med arbeidsplassintervensjon mot 52 % i gruppen med arbeidsrettet rehabilitering alene (Skagseth et al., 2019) (tabell 2).

En lignende studie, hvor sykmeldte med nakke eller ryggproblematikk ble randomisert i enten arbeidsrettet rehabilitering eller arbeidsrettet rehabilitering med ekstra arbeidsfokus, viste ingen statistisk signifikant forskjell i retur til arbeid mellom gruppene etter 12 måneder. 70 % i intervensjonsgruppen mot 75 % i kontrollgruppen returnerte til arbeid med hhv. gjennomsnitt på 161 dager og 158 dager til arbeidsretur med en negativ HR på 0.91 (95 % KI: 0.73 – 1.13). Arbeidsrettet rehabilitering bestod av en multidisiplinær intervensjon og en kortintervensjon. Arbeidsrettet rehabilitering med ekstra arbeidsfokus deltok i enten en av de to nevnte gruppene samt ekstra fokus på retur til arbeid. Ekstra arbeidsfokus bestod av avtaler med saksbehandler og arbeidsgiver angående barrierer til arbeidsretur, modifikasjoner og arbeidshistorikk, med utarbeidelse av en handlingsplan (Myhre et al., 2014) (tabell 2).

Ekstra oppfølging etter endt rehabilitering ble undersøkt av Hara et al. (2018) ved å se om det var en forskjell i retur til arbeid etter inneliggende arbeidsrettet rehabilitering basert på ACT, med eller uten ekstra telefon-oppfølging i en populasjon med blandet diagnoser. Intervensjonen bestod av seks måneders oppfølging av handlingsplan via telefon basert på prinsipper fra ACT med fokus på gradert progresjon. Etter ett år hadde gruppen med telefonoppfølging gjennomsnittlig 71 dager tilbake i arbeid, 54,5 % var tilbake i arbeid og 26 % hadde ingen statlige tilskudd mot 68 dager tilbake til arbeid, 44,8 % var tilbake til arbeid hvorav 19% var uten statlige tilskudd i kontrollgruppen. Denne forskjellen var statistisk signifikant i favør intervensjonsgruppen med en OR på 1.87 (95 % KI: 1.06 – 3.31, $p = 0,031$), med antall som må behandles (NNT) på 10 personer (Hara et al., 2018) (tabell 2).

4.2.4 Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og fysisk aktivitet og funksjon

Sammenhengen mellom endring av funksjon og sykefravær ble undersøkt av Werner et al. (2019) hos korsryggsmerte pasienter i et tverrfaglig behandlingstilbud ved Sørlandet Sykehus Arendal.

Behandlingstilbudet, som bestod av tre gruppetimer over tre uker med undervisning og bevegelsestrening, gav en signifikant endring fra oppstart til 12 uker ($p < 0,001$) på funksjon målt

med «Roland Morris Disability Questionnaire». Gjennomsnittsendringer var fire poeng (95 % KI: 3.6 – 4.5) og hadde en signifikant sammenheng ($p < 0,05$) med reduksjon i sykefraværet 12 uker etter oppstart og kunne forklare 23 % av variabiliteten i sykefraværet. Etter endt behandlingstilbud (fire uker), kunne pasienten velge egentrening eller fortsette ukentlig veiledet gruppetime. Det var en signifikant forskjell i funksjon mellom gruppene i favør gruppen som hadde ukentlig veiledet gruppetime med en gjennomsnittsendring på 4.5 poeng mot 3.5 poeng i gruppen som hadde egentrening ($p = 0,026$). Derimot ble det ikke funnet en sammenheng mellom denne gruppeforskjellen i funksjon og sykefraværet (Werner, Myhre & Werner, 2019) (tabell 3).

Om det er en eventuell direkte sammenheng mellom fysisk aktivitet og arbeidsdeltakelse, er undersøkt i studiene til Skagseth et al. (2020) og Farholm et al. (2017). Den første studien omhandler data fra en blandet sykmeldt populasjon i inneliggende og poliklinisk arbeidsrettet rehabilitering med ACT som fokus. Resultatene viser ingen forskjell mellom intervensjonene på fysisk aktivitet eller på volum av fysisk aktivitet (minutter per uke) ved seks måneders oppfølging og retur til arbeid. Derimot så de at pasienter som rapporterte økt intensitet i fysisk aktivitet over seks måneders oppfølging hadde mindre sykefravær (gjennomsnitt -14 dager, 95 % KI: -36 – 7) på bærekraftig retur til arbeid sammenlignet med pasienter som rapporterte trening med lav intensitet (OR = 4.1, 95 % KI: 1.1 – 15.7). De så også at pasienter som hadde rapportert jevnt høy intensitet i fysisk aktivitet hadde i gjennomsnitt 12 dager mindre sykefravær (95 % KI: -30 – 6) for bærekraftig retur til arbeid sammenlignet med pasienter som rapporterte jevnt lav intensitet (OR = 3.1, 95 % KI: 1.0 – 9.7) (Skagseth, Fimland, Nilsen & Aasdahl, 2020) (tabell 3).

Den andre studien viste data fra en blandet populasjon (muskelskjelett- og/eller milde psykiske lidelser) med multidisiplinær arbeidsrettet rehabilitering med fokus på arbeidsrelatert aktivitet, undervisning i fysisk aktivitet, stressmestring samt høy- og lavintensiv trening. Pasientene hadde en signifikant økning på fysisk aktivitet (målt med «International Physical Activity Questionnaire») ved seks uker ($p < 0,001$) og 15 måneders ($p < 0,01$) oppfølging etter intervensjonsslutt. Denne økning i treningsvolum hadde ikke en signifikant sammenheng med retur til arbeid ved seks ukers (IC: 0.1) eller ved 15 måneders oppfølging (IC: 0.25). Derimot opplevd kompetanse, behovstilfredshet og autonommotivasjon for fysisk aktivitet, målt med hhv. «The Perceived competence Scale, The Basic Psychological Needs in Exercise Scale, The Treatment Self-Regulation Questionnaire», hadde en statistisk signifikant sammenheng med retur til arbeid ved 15 måneder (IC opplevd kompetanse: 0.35,

$p < 0,01$; IC behovstilfredshet: 0.34, $p < 0,01$; IC autonommotivasjon: 0.3, $p < 0,05$), men ikke ved seks uker (Farmholm, Halvari, Niemiec & Deci, 2017) (tabell 3).

4.2.5 Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og psykologiske parametere

Med psykologiske parametere er det her ment psykiske karakteristikk/ eller faktorer hos pasienten. I studien til Grotle et al. (2016), på en korsryggsmerte populasjon behandlet i tre forløp basert på psykososial risikoprofil, ble det vist en statistisk signifikant økt risiko for sykefravær hos pasienter med økt emosjonelt stress (OR = 4.4, 95 % KI: 1.5 – 12.8, $p = 0,003$) samt høy risiko for vedvarende arbeidsbegrensninger (OR = 4.2, 95 % KI: 1.5 – 11.7, $p = 0,002$) og vedvarende smerter (OR = 3.3, 95 % KI: 1.0 – 11.0, $p = 0,049$) ved 12 måneders oppfølging. Derimot var risikoen for sykefravær ved 12 måneders oppfølging ikke assosiert med de psykologiske faktorene dårlig mestring og utilfredshet med arbeid. De overnevnte psykologiske faktorene er målt med «Hopkins Symptoms Check List, HSCL25» og «Örebro screeningskjema for muskelskjelettsmerter» (Grotle et al., 2016) (tabell 3).

I studien til Brendbekken et al. (2018) så man en negativ statistisk signifikant sammenheng mellom angst/depresjon (målt med «Hospital Anxiety and Depression Scale») og retur til arbeid ved tre måneder etter intervensjonsslutt (OR = 0.45, 95 % KI: 0.2 – 0.98, $p < 0,05$), men sammenhengen var ikke signifikant ved 12 måneder. Den eneste faktoren som hadde en negativ sammenheng med retur til arbeid ved 12 måneder, var lengden på sykefraværet ved oppstart av intervensjon med OR på 0.63 (95 % KI: 0.49 – 0.82, $p < 0,05$) (Brendbekken et al., 2018) (tabell 2).

Det ble undersøkt om frykt for helseplager hadde sammenheng med retur til arbeid i en blandet diagnose populasjon bestående av sykmeldte med primært muskelskjelett lidelser og psykologiske plager i 50 forskjellige Raskere tilbake tilbud (Tou, 2015). Frykten for alvorlig sykdom ble signifikant redusert ($p < 0,05$) fra oppstart til tre måneders oppfølging, men resultatene viste ingen signifikant sammenheng mellom frykt for sykdom ved baseline eller avsluttet Raskere tilbake tilbud med retur til arbeid ved tre måneders oppfølging. Derimot var det en signifikant forskjell i retur til arbeid mellom de med høy frykt for sykdom og smerter versus de med lav frykt for sykdom og smerter, med en OR på 0.0527 ($p = 0,019$) (Tou, 2015) (tabell 4).

Metakognisjoners påvirkning på retur til arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering basert på ACT-modellen i en populasjon bestående av sykmeldte med en kombinasjon av kroniske smerter,

utmattelse og engstelse, ble undersøkt av Jacobsen et al. 2020 (Jacobsen, Glette, Hara og Stiles, 2020). Etter å ha samlet pasientene i oppnådd 50 % retur til arbeid etter 56 ukers oppfølging og de som ikke oppnådde retur til arbeid, hadde begge en positiv signifikant endring ($p = 0,002$ og $0,005$) på metakognisjoner med gjennomsnitt endring på hhv. 4.05 (SD: 7.7) og 2.27 (SD: 7.8) fra oppstart til endt arbeidsrettet rehabilitering. Baseline målingene hadde ingen statistisk signifikant sammenheng med oppnådd 50 % retur til arbeid etter 56 uker, etter justering for alder, kjønn og intervensjon. Derimot var det en positiv signifikant sammenheng mellom grad av endring av metakognisjoner fra oppstart til endt arbeidsrettet rehabilitering på retur til arbeid med OR på 1.05 (95 % KI: 1.00 – 1.10, $p = 0,04$) ved alle måletidspunkter (14, 28, 42 og 56 uker). Metakognisjoner ble målt med «The Metacognitions Questionnaire-30», som er fordelt i subskalaene «(lack of cognitive confidence)», «positive beliefs about worry», «cognitive self-consciousness», «negative beliefs about uncontrollability» og «danger or need to control thoughts» (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Av disse subskalaene, var det kun endring i subskalaen «need to control thoughts» som hadde en statistisk signifikant sammenheng med 50 % retur til arbeid med en OR på 1.20 (95 % KI: 1.03 – 1.39, $p = 0,02$) (Jacobsen et al., 2020) (tabell 3).

Diverse biopsykososiale predikatorer for videre sykmelding ble undersøkt i studien til Øyeflaten et al. (2016), som var en kohortstudie bestående av en sykmeldt populasjon ($N = 1155$) med muskelskjelett plager i åtte forskjellige intervensjoner i åtte forskjellige institusjoner. Hoved-hypotesen var at unngåelsesatferd for oppgaver på arbeidsplassen, målt med «Fear Avoidance Beliefs Questionnaire», var en predikerende faktor for videre sykmelding. Det ble funnet en korrelasjon mellom unngåelsesatferd og antall dager med sykepenger før intervensjonen og etter intervensjonen med en r på hhv. 0.33 ($p < 0,001$) og 0.38 ($p < 0,001$). Andre faktorer som var signifikant korrelert med antall dager med sykepenger var muskelskjelett plager ($r = 0.13$ før og $r = 0.15$ etter, $p < 0,001$), pseudonevrologiske plager ($r = 0.10$ før og $r = 0.13$ etter), bevegelsesevne ($r = 0.19$ før og $r = 0.22$ etter), mestringsevne ($r = 0.10$ før og $r = 0.13$), samt løfte-/bæreevne ($r = 0.22$ før og $r = 0.23$ etter) (Øyeflaten et al., 2016) (tabell 4).

Sammenhengen mellom motivasjon for arbeid og retur til arbeid ble undersøkt i en kohort bestående av 920 sykmeldte med primært muskelskjelett- og psykiske lidelser i 50 forskjellige Raskere tilbake tilbud. Motivasjon for tilbakeføring til eget arbeid hadde en signifikant sammenheng med retur til arbeid med en OR på 1.65 (95 % KI: 1.20 – 2.73, $p < 0,05$) for middels motiverte deltakere og OR på

1.84 (95 % KI: 1.40 – 2.43, $p < 0,05$) for veldig motiverte deltakere sammenlignet med en gruppe lite motiverte deltakere.

4.2.6 Sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og jobbparametere

Når det kommer til jobbparametere, er det her ment jobbmiljøet eller arbeidskarakteristikker, det være seg støtte i arbeidet, arbeidstrivsel eller arbeidskrav i stillingen. I en kohortstudie av 543 sykmeldte så man en sammenheng med økt retur til arbeid hos arbeidstakere med lave arbeidskrav med enten høy medbestemmelse (HR = 1.811, 95 % KI: 1.287 – 2.549) eller liten medbestemmelse (HR = 1.599, 95 % KI: 1.107 – 2.309) i arbeidet (Haveraaen, Skarpaas & Aas, 2017). På samme måte var det en sammenheng med forsinket retur til arbeid med utfordrende psykiske arbeidskrav (HR = 0.654, 95 % KI: 0.513 – 0.832) og liten medbestemmelse i arbeidet (HR = 1.297, 95 % KI: 1.010 – 1.666). Videre ble det vist en signifikant forskjell på antall dager til retur til arbeid mellom utfordrende og overkommelige psykiske arbeidskrav med hhv. median på 105 og 57 dager (gjennomsnitt ± SE: 222 ± 15 versus 158 ± 14 , $p = 0,001$). En signifikant kortere tid til retur til arbeid ble observert hos arbeidstakere med høy medbestemmelse med en mediantid på 68 dager (gjennomsnitt ± SE: 165 ± 14) sammenlignet med en median på 102 dager (gjennomsnitt ± SE: 218 ± 15) hos arbeidstakere med lav medbestemmelse ($p = 0,013$) (Haveraaen et al., 2017) (tabell 4).

Samme studiegruppe så på sammenhengen mellom psykososiale karakteristikker på arbeidsplassen og retur til arbeid hos 251 sykmeldte i en populasjon med blandet diagnose i 40 raskere tilbake tilbud (Haveraaen, Skarpaas, Berg & Aas, 2016). Tre måneder etter intervensjonsslutt så man som i tidligere nevnte studier at det å ha lave psykososiale arbeidskrav (OR = 0.4, 95% KI: 0.2 – 0.9), ha støtte hos medarbeidere (OR = 3.4, 95 % KI: 1.5 – 5.8) og hos leder (OR = 3.4, 95 % KI: 1.6 – 7.3), samt være i arbeid med lave arbeidskrav og høy medbestemmelse (OR = 4.6, 95 % KI: 1.1 – 18.6) var antatt prognostisk faktor for retur til arbeid. Analysene var justert for konfunderende variabler som alder, kjønn, sivilstatus, grad av utdanning, diagnose, sykmeldingshistorikk, arbeidsstatus ved intervensjonsslutt, behandlingstype, arbeidssektor og fysiske arbeidskrav (Haveraaen et al., 2016) (tabell 4).

Derimot i studien til Brendbekken et al. (2018) var smerte forårsaket av arbeid den eneste arbeidsfaktoren som hadde signifikant sammenheng med retur til arbeid med OR = 2.17 (95 % KI: 1.11 – 4.25, $p < 0,05$) tre måneder etter intervensjonsslutt. Sammenhengen var ikke signifikant ved 12

måneder, dette var også tilfellet for arbeidsfaktorer som økt psykologisk byrde i arbeid, arbeidsbelastning (arbeidskrav/medbestemmelse) og støtte i arbeid (Brendbekken et al., 2018) (tabell 2).

Det samme ble sett i studien til Myhre et al. (2016), hvor sammenhengen mellom psykososiale faktorer i arbeid og retur til arbeid ble undersøkt 12 måneder etter intervensjonsslutt. Deltakerne var sykmeldte med nakke og ryggproblematikk og deltok i arbeidsrettet rehabilitering (multidisiplinær eller kortintervensjon) med eller uten ekstra arbeidsfokus, hvor 73 % av deltakerne endte i fullstendig retur til arbeid. Det ble derimot ikke vist noen endring fra oppstart til 12 måneders oppfølging i psykososiale faktorer i arbeidet (målt med «The General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work»). Videre var det ingen statistisk sammenheng mellom samlet skår av de psykososiale faktorene og retur til arbeid eller i de ni subskalaene kvantitative krav, beslutningskrav, læringskrav, positive utfordringer på jobb, beslutningskontroll, kontroll av arbeidsplass, støtte fra leder, støtte fra medarbeidere og støtte fra venner (Myhre et al., 2016) (tabell 3).

Derimot i masteroppgaven til Haugen (2016) som er en kohortstudie etter endt opphold på Hernes Institutt bestående av sykmeldte med muskel- og skjelettplager, ble det sett at opplevd kontroll ved baseline og ved seks måneders oppfølging var en statistisk signifikant predikerende faktor for tilbakeføring til arbeid med hhv. en OR på 1.32 (95 % KI: 1.01 – 1.73, $p = 0,041$) og 3.94 (95 % KI: 1.01 – 13.10, $p = 0,026$). Det ble også sett at smerte relatert til frykt for arbeid («Fear Avoidance Beliefs Questionnaire») målt seks måneder etter endt Raskere tilbake tilbud, hadde en signifikant sammenheng med å komme tilbake til arbeid etter ett år med en OR på 0.93 (95 % KI: 0.87 – 0.99, $p = 0,026$) (Haugen, 2016) (tabell 3).

4.2.7 Sammenhengen mellom sammensetning av intervensjonstilbud og arbeidsdeltakelse

Hvorvidt det å ha en koordinator i et Raskere tilbake tilbud bedret retur til arbeid ble undersøkt av Skarpaas et al. (2019) i en kohortstudie bestående av sykmeldte primært bestående av muskelskjelett diagnoser i 43 forskjellige tilbud. Det å ha en koordinator var signifikant negativt assosiert ($p < 0,05$) med tid til første retur til arbeid med en median på 128 dager (95 % KI: 80 – 175) mot 61 dager (95 % KI: 43 – 79) uten koordinator. Ved tid til retur til arbeid var medianen med koordinator 185 dager (95 % KI: 137 – 233) mot 128 dager (95 % KI: 72 – 184) uten koordinator, forskjellen var derimot ikke statistisk signifikant. Når tid til første retur til arbeid ble justert for konfunderende variabler som

alder, kjønn, utdanningsnivå, sivil status, diagnose, sykefravær, symptomer, husholdningsinntekt og tilbudstype var forskjellen sett ikke lenger statistisk signifikant (Skarpaas et al., 2019) (tabell 4).

Når det kommer til eventuell sammenheng mellom sammensetningen i intervensjonstilbud og arbeidsdeltakelse ble det sett på i en kohortstudie bestående av diverse tilbud i Raskere tilbake (Hopland, 2016). Populasjonen var sykmeldte med muskel- og skjelettplager og tilbudene bestod primært av arbeidsrettet rehabilitering og i mindre grad kirurgi eller medisinsk behandling. Profesjonsutvalget i de inkluderte tilbudene var lege, arbeidsinstruktør, atferingskonsulent, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, pedagog, psykolog, sosionom, sykepleier og andre faggrupper, hvor fysioterapeuter var i 89,7 % av de inkluderte tilbudene. Profesjonen som ble sett til å ha en statistisk signifikant sammenheng med retur til arbeid etter behandlingsslutt justert for alder, kjønn og høyest utdanningsnivå var fysioterapeuter ($p = 0,036$), men etter tre måneder var ikke sammenhengen lenger statistisk signifikant (Hopland, 2016) (tabell 4).

Tabell 2. Arbeidsdeltakelse for randomiserte kontrollerte intervensjonsstudier

Studie	Utfall	Kilde	Intervensjon	Arbeidsdeltakelse
Brennbekken et al.(2017). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention A Randomized Clinical Trial.	Arbeidsstatus som ble definert i tre kategorier: Ute av arbeid (OOW), delvis tilbake i arbeid (p-RTW) og fullt tilbake til arbeid (f-RTW).	Sykefraværsregisteret	Deltakerne ble randomisert i enten MI (N= 141) eller BI (N= 143). MI var basert på ISIVET og inneholdt 3.5t baselínkartlegging og to 1t oppfølging ved 2 uker og 3mnd oppfølging. BI var 2.5t konsultasjon basert på ikke-skade modell for korsryggsmarter etterfulgt av 1t etter 2 uker.	Ingen forskjeller mellom multidisiplinærintervensjon (MI) og kortintervensjon (BI) på f-RTW under oppfølgingsperioden på 24 måneder. Den høyeste risk ratioen(RR) var 1.42 (95% KI 0.87-2.33, $p = 0.17$) i den 23de måneden, i de andre månedene var RR nærmest lik. Ved 12 måneder var 63 pasienter (44.7) i MI-gruppen og 64 pasienter (44.8) i BI-gruppen f-RTW. Ved 24 måneder var f-RTW hhv. 60 (42.6%) i MI-gruppen og 52 (36.6%) i BI-gruppen. Ved måned 2, 3 og 7 var det signifikant flere pasienter i MI-gruppen p-RTW sammenlignet med BI-gruppen. Ved 12 måneder var 59 pasienter (41.8%) i MI-gruppen og 65 pasienter (45.5%) i BI-gruppen fortsatt OOW. Ved 24 måneder var tallene hhv. 63 (44.7%) i MI-gruppen og 68 (47.6) i BI-gruppen.
Brennbekken, R., et al. (2018). Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial	Retur til arbeid, definert som 3 påfølgende måneder med økt arbeidsdeltakelse sammenlignet med baseline måling	Sykefraværsregisteret		3 måneder etter endt intervensjon hadde 25,5% (N= 36) i MI og 20,3% (N= 29) i BI retur til arbeid. Ved 12 måneder hadde hhv. 63,8% (N= 90) og 58,7% (N= 84) retur til arbeid i MI og BI. Hverken ved 3 måneder ($p = 0,29$) eller 12 måneder ($p = 0,38$) var det statistisk signifikant forskjell mellom intervensjonene.
Gismervik, S. Ø., et al. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial.	Sykefraværsdager ilt. Enten 6 eller 12 måneder etter intervensjonsslutt. Bærekraftig retur til arbeid definert som fire uker uten sykepenger.	Registerdata	Deltakerne ble randomisert i enten I-MORE eller O-ACT. I-MORE var inneliggende ARR basert på ACT over 3 ½ uke. O-ACT bestod av gruppebasert ACT (med mindfulness integrert) i 2,5 timer hver uke i 6 uker.	Etter 12 måneders oppfølging var median på sykefraværet i I-MORE gruppen 85 (IQR 33 – 149) og 117 dager (IQR 59 – 189) i O-ACT gruppen, forskjellen var statistisk signifikant ($p = 0,034$). Etter 6 måneder var median på sykefraværet hhv. 51 (IQR 27 -85) for I-MORE og 65 (IQR 42 – 97) for O-ACT, forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0,114$). Totalt (12 måneders oppfølging) oppnådde 50 (58%) deltakere i I-MORE og 31 (39%) i O-ACT bærekraftig retur til arbeid, forskjellen var statistisk signifikant ($p = 0,009$), med en hasard ratio på 1,9 (95% KI 1,2 – 3,0) i favør I-MORE.
Hara, K. W., et al. (2018). Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation	Tilbakeføring til arbeid definert som deltakelse i arbeid ≥ 1 dag (7,5timer) per uke i gjennomsnitt over 8 uker. Samt var halvveis retur definert som $\geq 2,5$ dager (18,75	Registerdata	I-MORE med påfølgende randomisering til ekstra telefonoppfølging av koordinator basert på ACT over 6mnd eller standardoppfølging i kommunen.	Oddsene var høyere (OR 1,87, 95% KI 1,06-3,31, $p = 0,031$) for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen for retur til arbeid. Intervensjonsgruppen høyere grad av retur til arbeid enn kontroll gruppen med 54,5% mot 44,8% som var tilbake til arbeid minimum 1 dag i uken, 32,9% mot 28,1% halvveis retur og 18,8 mot 15,2% fulltid. Dette gav en Number Needed to Treat (NNT) på 10 personer.

Program to Increase Work Participation	timer) per uker over 8 uker og fulltids definert som ≥ 4 dager (30 timer).			Gjennomsnittlig dager i arbeid i ett år var for intervensjonsgruppen 71 dager mot kontrollgruppen på 68 dager. Etter ett år var 26% av intervensjonsgruppen tilbake til arbeid uten tilskudd mot 19% i kontrollgruppen. Som vil si at majoriteten av pasientene fortsatt hadde i en eller annen grad arbeidsavklaringspenger (72% mot 74% i kontrollgruppen).
Myhre, K., et al. (2014). The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial	Retur til arbeid definert som første 5 ukers perioden etter intervensjonsslutt som pasienten ikke mottok sykepenger.	Registerdata	Studiegruppen ble randomisert i arbeidsfokusert rehabilitering eller multidisiplinær-rehabilitering/kortintervensjon.	142 pasienter (70%) i arbeidsfokusertrehabilitering returnerte til arbeid innen 12 måneder og 152 (75%) i kontrollgruppen. Mediantiden for retur til arbeid var 161 for arbeidsfokusertrehabilitering mot 158 dager i kontrollgruppen, forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p=0,45$). Hasardratioen og justert hasardratio var 0,91 (95% KI 0,73 – 1,13) og 0,94 (95% 0,75 – 1,17) mellom arbeidsfokusertrehabilitering og kontrollgruppen.
Skagseth M., et al. (2020). Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: A randomized clinical trial	Sykefraværsdager ilt. 12 måneders oppfølging og tid til bærekraftig retur til arbeid definert som fire uker uten sykepenger.	Registerdata	Deltakerne ble randomisert i enten I-MORE eller I-MORE+arbeidsplass-intervensjon (WI). WI bestod av arbeidsplassmøte med arbeidsgiver om barrierer for retur til arbeid og muligheter/fremgang hos pasient. Var i uke 3 av I-MORE.	Etter 12 måneders oppfølging var median på sykefravær i I-MORE+WI gruppen 130 dager (interkvartilbredde (IQR) 81-212) og 115 dager (IQR 53-183) i I-MORE gruppen, men forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p=0,084$). Totalt (12 måneders oppfølging) oppnådde 46,8% (N= 82) bærekraftig RTW, hvorav 37 (42%) av disse var i I-MORE+WI gruppen og 45 (52%) i I-MORE, forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p=0,192$).

ACT: Acceptance and Commitment Therapy, BI: Brief Intervention, ISIVET: Interdisciplinary Structured Interview and a Visual Educational Tool, MI: Multidisciplinary Intervention
KI: Konfidensintervall

Tabell 3. Arbeidsdeltakelse for kohorter basert på enkeltintervensjoner/-er

Studie	Utfall	Kilde	Intervensjon	Arbeidsdeltakelse
Brekke, D. (2017). Evaluations of the project "Rapid Return to Work". A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders.	Retur til arbeid eller fortsatt NAV-støtte.	Registerdata fra NAV	Studiegruppen (N=420) ble designet som en BI med en dagsvurdering. Etter endt intervensjon ble 100 deltakere, på bakgrunn av klinisk informasjon, satt i en ekstra intervensjonsgruppe bestående av tre multidisiplinære intervensjoner. Kontrollgruppen var sykmeldte i NAV-systemet.	Fulltid i arbeid i studiegruppen (N= 420) var ved oppstart (t0) 63,4%, 6 måneder (t6) 43,1%, 12 måneder (t12) 26,0%, 24 måneder (t24) 26,5% og ved 36 måneder (t36) 30,4%, i kontrollgruppen var det hhv. 80,4%, 59,3%, 51,0%, 51,9% og 48,8%. Ved alle måletidspunkt var forskjellen mellom gruppene statistisk signifikant ($p < 0,001$). Deltidsarbeid var i studiegruppen (N= 420) ved t0 (13,3%), t6 (24,3%), t12 (28,0%), t24 (21,7%) og t36 (16,7%), i kontrollgruppen var det hhv. 9,9%, 24,7%, 23,8%, 17,5% og 16,4%. Ved alle måletidspunkt var forskjellen mellom gruppene statistisk signifikant ($p < 0,001$). Uten arbeid var i studiegruppen (N= 420) ved t0 (9,6%), t6(23,4%), t12 (35,2%), t24 (39,5%) og t36 (35,5), i kontrollgruppen var det hhv. 3,5%, 9,5%, 18,7%, 21,0% og 21,6%. Ved alle måletidspunkt var forskjellen mellom gruppene statistisk signifikant ($p < 0,001$). Uførepensjon var i studiegruppen (N= 420) ved t0 (0,0%), t6(0,5%), t12 (3,1%), t24 (5,5%) og t36 (10,4%), i kontrollgruppen var det hhv. 0,6%, 0,7%, 2,1%, 4,4% og 6,4%. Ved alle måletidspunkt var forskjellen mellom gruppene statistisk signifikant ($p < 0,001$).
Farholm, A., et al. (2017). Changes in return to work among patients in vocational rehabilitation: a self-determination theory perspective	Retur til arbeid målt i prosent.	Selvrapportert	Multidisiplinære ARR over 4-6 uker. Bestod av grupper på 3-5 pasienter med daglig individuelt program med individuelle eller gruppe aktiviteter.	Retur til arbeid var ved baseline gjennomsnittlig på 18,8% (Standardavvik (SD): 34,7), 39,3% (SD: 38,5) 6 uker etter intervensjonsslutt på og 46% (SD: 44,4) etter 15 måneder. Endringen mellom baseline og 6 uker samt 15 måneder var statistisk signifikant ($p < 0,001$) med en effektstørrelse på hhv. 0,57 og 0,6.
Grotle, M., Klokk, L. P. & Kopperstad, A. (2016). Sykefravær og «Raskere tilbake»: En prospektiv klinisk studie av pasienter med langvarige ryggsmerte.	Tilbake til arbeid eller ikke tilbake til arbeid.	Ukjent opphav	Stratifisering basert på psykososial risikoprofil til tre behandlingslinjer; 1) videre utredning eller videre behandling hos fastlege, 2) tilbud om 2 dagers undervisningsopplegg og videre oppfølging i primærhelsetjenesten, 3) individuelt tilpasset tverrfaglig tiltak med individuell oppfølging	Ved baseline var 65% av pasienten på enten hel/delvis sykmelding eller arbeidsavklaringspenger, ved 3 måneder var det 48% og 33% ved 12 måneder. Reduksjonen var signifikant ($p < 0,002$). De 71 pasientene som var sykmeldt ved baseline, var 31% tilbake til arbeid ved 3 måneder og 52% etter 12 måneder.
Hara, K. W., et al. (2018). Biopsychosocial predictors and trajectories of work participation after transdiagnostic occupational	Tilbakeføring til arbeid delt i halvveis og fulltids retur til arbeid	Registerdata	Inneliggende arbeidsrehabilitering basert på ACT og gikk over 3 ½ uke.	Ingen data på arbeidsdeltakelse alene

rehabilitation of participants with mental and somatic disorders: a cohort study.				
Haugen, K. (2016). Arbeidsrettet rehabilitering med arbeidsplassbesøk på Hernes Institutt: Hva kjennetegner deltakerne og hvilke faktorer predikerer arbeidsdeltakelse etter et år	Tilbake i jobb samt stillingsprosent ved evt. arbeid.	Selvrapportert	ARR med eller uten arbeidsplassbesøk. ARR var et individualisert tilbud med fysisk aktivitet, mestring og arbeidstrening. Arbeidsplassbesøk (APB) var en utvidet oppfølging på arbeidsplassen.	Av totalgruppen (N= 102) kom 43% tilbake til jobb (delvis/fullt) imens 57% gjorde ikke det etter ett år. Av de som deltok på APB (N= 45), kom 51% tilbake i jobb mot 35% som kun gjennomført ARR (N= 57). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Jacobsen, H. B., Glette, M., Hara, K. W., & Stiles, T. C. (2020). Metacognitive Beliefs as Predictors of Return to Work After Intensive Return-to-Work Rehabilitation in Patients With Chronic Pain, Chronic Fatigue and Common Psychological Disorders: Results From a Prospective Trial	Tilbakeføring til arbeid innen 12 måneder etter intervensjonsslutt definert som arbeidsdeltakelse 2,5 dager (18,75 timer) per uke.	Registerdata	Inneliggende arbeidsrehabilitering basert på ACT og gikk over 3 ½ uke.	Hver 14.uke ble det registrert om hvorvidt pasienten hadde i gjennomsnitt 50% arbeidsdeltakelse i perioden. Dette ble målt i fire tidsperioder, ved første var det 15 deltakere (10,3%), ved andre 23 deltakere (16,5%), ved tredje 33 deltakere (23,7) og ved fjerde 37 deltakere (27,1%) som møtte kriteriene nevnt over.
Myhre, K., et al. (2016). Demand, control and support at work among sick-listed patients with neck or back pain: a prospective study	Retur til arbeid definert som første 5 ukers perioden hvor pasienten ikke mottok sykepenger	Registerdata	Arbeidsrettet rehabilitering i multidisiplinær eller kortintervensjon med eller uten arbeidsfokus.	142 pasienter (70%) i arbeidsfokusertrehabilitering returnerte til arbeid innen 12 måneder og 152 (75%) i kontrollgruppen. Mediantiden for retur til arbeid var 161 for arbeidsfokusertrehabilitering mot 158 dager i kontrollgruppen, forskjellen var ikke statistisk signifikant (p= 0,45). Hasardratioen og justert hasardratio var 0,91 (95% KI 0,73 – 1,13) og 0,94 (95% 0,75 – 1,17) mellom arbeidsfokusertrehabilitering og kontrollgruppen.
Skagseth, M., et al. (2020). Physical activity after inpatient occupational rehabilitation: Secondary outcomes of two randomized controlled trials	Sykefraværstid og bærekraftig retur til arbeid definert som 1 måned uten tilskudd.	Registerdata	Inneliggende arbeidsrehabilitering basert på ACT og gikk over 3 ½ uke og poliklinisk gruppebasert ACT (med mindfulness integrert) i 2,5 timer hver uke i 6 uker	Ingen data på arbeidsdeltakelse alene
Werner, N. B., Myhre, K. og Werner, E. L. (2019) Tverrfaglig behandlingstilbud til pasienter med ryggsmertor ved et lokalsykehus.	Sykmeldingsstatus. Udefinert.	Selvrapportert	30 min konsultasjon etterfulgt av gruppetilbud 3 x 3 uker med gruppesamtale og 1t bevegelsestrening. Etterfulgt av fire uker med egentrening eller gruppetrening med fysio.	Etter 12 uker fra behandlingsslutt hadde 16 deltakere (6,5%) økt sykmeldingsgrad. 188 deltakere (48%) var enten helt (N=70) eller delvis (N= 48) friskmeldt, imens 14 av de 187 (7,5%) ikke-sykmeldte ved oppstart var det etter 12 uker.

ACT: Acceptance and Commitment Therapy, ARR: Arbeidsrettet rehabilitering, BI: Brief intervention

Tabell 4. Resultater fra kohorter på flere tilbud på arbeidsdeltakelse

Studie	Utfall	Kilde	Tilbud	Arbeidsdeltakelse
Christiansen, T.L. (2016). Sammenheng mellom motivasjon og tilbakeføring til arbeidslivet for deltakere i Raskere tilbake ordningen	Tilbakeføring til arbeid målt med antall dager til første tilbakeføring til arbeidslivet, antall dager til fullstendig tilbakeføring til arbeidslivet samt prosentavvisning på grad av tilbakeføring.	Registerdata fra forløpsdatabasen trygd.	50 tilbud under RT. Tilbudene ble fordelt i medisinsk og kirurgisk behandling, utredning, oppfølging, avklaring, ARR, ARR i opptrenings situasjoner, behandling og rehabilitering, behandling og ø-hjelpspasienter. Gjennomsnittlig oppfølging var 3,05 måneder med gjennomsnittlig 55,67 timer aktivt tilbud.	Basert på 726 deltakere (78,9%) av de opprinnelige 920 deltakerne. Gjennomsnittlig antall dager til første tilbakeføring var 205,5 dager og 244,5 dager til fullstendig tilbakeføring. Median var på hhv. 97 og 159,5 dager. Ved første tilbakeføring var 352 (64,2%) fullstendig tilbake til arbeid.
Haveraaen LA, Skarpaas LS, Berg JE & Aas, R.W. (2016) Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work 3 months after a return-to-work (RTW) programme? The rapid-RTW cohort study	Retur til arbeid målt som arbeidsstatus i prosent, hvor suksessfylt retur til arbeid var tilbakeføring i over 50%.	Registerdata fra forløpsdatabasen trygd.	40 RT-tilbud som bestod av medisinal/kirurgisk behandling inkludert før-operativ vurdering (37,1% av deltakerne), arbeidsrehabilitering på sykehus (20,7%), arbeidsrehabilitering i privat institusjon (14,7%), arbeidsavklaring (4,8%), andre behandlinger (1,2%) og oppfølging av arbeidsstatus og integrasjon (0,8%). Mediantiden på tilbudene var 34 dager (gjennomsnitt 53,4 dager, SD= 47,4).	Tre måneder etter endt RT-tilbud var 76,1% tilbake til arbeid (>50%).
Haveraaen, L. A., et al. (2017). Job demands and decision control predicted return to work: the rapid-RTW cohort study.	Antall dager til første retur til arbeid, enten delvis eller fullt.	Registerdata fra forløpsdatabasen trygd.		Atten måneder etter intervensjonsstart var 77% av populasjonen tilbake til arbeid med en median på 80 dager (gjennomsnitt 185, standardfeil ± 196).
Hopland, E. (2013). Rehabilitering av sykmeldte med muskel- og skjelettplager. Tilbudenes profesjonssammensetning og deres sammenheng med tilbakeføring til arbeid.	Tilbakeføringsgrad, fire intervaller: 0%, ≤ 25%, ≤50% og 100%	Registerdata fra NAV	Diverse tilbud under RT. Det var oftest ARR. Kirurgi/medisinsk behandling var mindre vanlig i utvalget. Gjennomsnittlig oppfølging var 1,2 måneder.	Tilbakeføringsgrad, gitt i rekkefølgen 0%, ≤25%, ≤50% og 100% Behandlingsstart: 78,1%, 83,6%, 95,6% Behandlingslutt: 67,1%, 69,9%, 83,6%, 13,7% 3 mnd etter behandlingsslutt: 17,8%, 19,2%, 27,4%, 67,1%

Skarpaas, L. S., et al. (2019). The association between having a coordinator and return to work: The rapid-return-to-work cohort study.	Tid til første retur til arbeid og første fulle retur til arbeid.	Registerdata fra trygderegisteret.	43 forskjellige RT-tilbud med i studien som bestod av ARR, medisinal- og psykologisk behandling som inkluderte vurdering og operasjon samt oppfølging og arbeidsavklarings tjenester.	Etter 360 dager var 63% av pasientene på arbeidsrettet rehabilitering tilbake til arbeid, 88% på medisinal- eller psykologisk behandling og 63% i oppfølgingstilbud eller arbeidsavklarings tjeneste. Arbeidstakere med koordinator hadde første retur til arbeid i median på 128 dager (95% KI 80 – 176) hvorav de uten hadde en median på 61 dager (95% KI 43 – 79), forskjellen var signifikant ($p < 0,05$). Første fulle retur til arbeid hos pasienter med koordinator hadde en median på 185 dager (95% KI 137 – 233) mot 128 (95% KI 72-184) for de uten, forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0,24$). Etter å ha kontrollert for alder, kjønn, utdanningsnivå, sivilstatus, diagnose, sykmeldingshistorikk, symptomer, husholdningsinntekt og type tilbud, var verken første retur til arbeid eller full retur statistisk signifikant (hhv. $p = 0,14$ og $0,32$).
Tou, R. T. (2015). Frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom. En kohortestudie blant sykmeldte som har deltatt i behandlings- og rehabiliteringstilbud fra NAV og helseforetakene.	Tilbakeført til arbeid angitt som en dikotom variabel, hvor tilbakeført betydde retur til arbeid i 50% stilling eller mer.	Registerdata fra forløpsdatabasen trygd.	50 forskjellige RT-tilbud hvorav 81% av pasientene tverrfaglig tilbud, 10% flerfaglighet og 8% monofaglighet. Kun 6% mottok kirurgisk/medisinal behandling.	Etter endt intervensjon var 29% av populasjonen tilbakeført ($\geq 50\%$ stilling) og etter 3 måneder var det økt til 57% ($\geq 50\%$ stilling).
Øyeflaten, I., et al. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation - a mediation model.	Sykepenger før og etter arbeidsrehabilitering.	Registerdata fra NAV.	8 tilbud fra AiR, Hernes Institutt, Muritunet, Valnesfjord Helseportsenter, Bakke, Røde kors Haugland, CatoSenteret og Hokksund	Alle deltakerne var enten på delvis eller fulltids sykepenger ved oppstart, med et gjennomsnitt på 10 måneder ($SD = 6,7$) de to foregående årene. Under oppfølging (3 år og 4 måneder) var gjennomsnittet på sykepengedager på 595 dager ($SD = 424$).
ARR: Arbeidsrettet Rehabilitering SD: Standard Deviation, standardavvik, RT: Raskere tilbake				

5.0 Diskusjon

Diskusjonen er delt opp i to underkategorier, metodediskusjon, resultatdiskusjon og forskningsetiske overveielser. Metodediskusjonen omhandler kun metodiske valg benyttet i oppgaven og resultatdiskusjonen omhandler resultatene i kapittel 4. Metodiske svakheter/styrker ved resultatene hentet ut av de inkluderte kildene vil være tatt opp i resultatdiskusjonen.

5.1 Metodediskusjon

I utgangspunktet var det tiltenkt at dette skulle gjøres en oversiktsstudie/artikkel som skulle undersøke hvilken effekt ordningen Raskere tilbake har på retur til arbeid hos pasienter med muskel- og skjelettlidelser. For å undersøke dette ble det i første møte rundt prosjektet foreslått å enten gjennomføre en scoping review eller en systematisk oversiktsartikkel. Det ble enighet om at forfatter skulle gjennomføre et preliminært søk for å se kjapt hva som finnes der ute, var det flere enn 10 randomiserte kontrollerte studier, kunne en systematisk oversiktsartikkel vurderes. Dette var et svært forenklet søk og kun gjennomgått av forfatter, men det gav en klar indikasjon at det var blitt gjennomført studier/rapporter på Raskere tilbake som kildemateriale. Ved gjennomgang av kravene til en systematisk oversiktsartikkel, ble det klart at en systematisk oversiktsartikkel av effektstudier ble tatt i bruk for å undersøke effekt av en eller flere intervensjoner med en eller flere klare utfallsmål (Tufunaru, Munn, Aromataris, Cambell & Hopp, 2020). Det ble funnet åtte randomiserte kontrollerte studier med tilknytning til Raskere tilbake i det preliminare søket, men de så på effekt av intervensjoner sammenlignet med andre intervensjoner, og ikke Raskere tilbake som tiltak mot vanlig behandling eller andre tiltak. Dermed oppfylte ingen av de randomiserte kontrollerte studiene målet om å se på effekt av tiltaket, men likevel var det overraskende mange studier gjort, med forskjellig metodikk og hensikt, på mange måter slik Raskere tilbake var oppbygd (Holmås & Kjerstad, 2010). Det var på bakgrunn av dette at ble valgt å ta et bredere blikk, og isteden undersøke hva slags kilder som omhandler arbeidsdeltakelse hos pasienter med muskel- og skjelettlidelser under ordningen. Det gjorde at scoping review, etter å ha sett på andre mulige oversiktsmetoder som mixed method eller umbrella reviews (Aromataris et al., 2020; Stern et al., 2020) ettersom det skal gjøres et bredt søk på bakgrunn av definert konsept, populasjon og utfallsmål (Levac et al., 2010).

For å skape et bredere blikk, ble det valgt å benytte seg av PCC i formuleringen av forskningsspørsmål, seleksjonskriterier og søkestrategi i samråd med rammeverket (Peters et al. 2020). Til forskjell fra PICO som ofte benyttet i systematisk oversiktsartikler, vil det gi mer åpne seleksjonskriterier og søkestrategi ved at det ikke foreligger en sammenligningsgruppe samt at det ikke er formulert konkrete intervensjon/-er, men at man undersøker et konsept med spissing på kontekst (Peters et al. 2020). Likevel er man ikke helt låst til å følge alle delene av PICO like strengt i en systematisk oversiktsartikkel, man kan være mer åpen i hvorvidt det er en klar sammenligningsintervensjon eller at populasjon ikke er svært spisset (Thomas, Kneale, McKenzie, Brennan & Bhaumic, 2019). Selv om man kan være mer åpen i definisjonene, vil man likevel være ute etter eksperimentelle data og studier med enten klart definerte kontrollgruppe eller variasjon av intervensjonen man ser på (McKenzie et al., 2019; Peters et al., 2020). Noe som ville gått imot hensikten i oppgaven som ikke var å se på effekten av Raskere tilbake, men å undersøke hva som er gjort under ordningen.

De 22 kildene var primært studier med forskjellig utgangspunkt fra intervensjonsstudier til store kohorter, samt at det inneholdt masteroppgaver, doktorgrad og fagfelleverderte artikler. Noe som var en større mengde kilder enn antatt, som kan tyde på at søket har vært sensitivt og har hatt et bredt nok forskningsspørsmål (Levac et al., 2010). Det som derimot overrasket var fraværet av rapporter, ettersom det er gjort rapporter under ordningen (Sjetne, 2017; Drangslund & Kjerstad, 2008). Med antagelse om at forskningsspørsmålet og inklusjonskriteriene som er utledet er sensitive nok, kan det jo stilles om søket er gjort i riktige databaser eller gjennomført korrekt. Hvilke databaser og hvordan er gjort i samråd med bibliotekar, for å demme opp for lite erfaring i feltet hos hovedforfatter. Det er likevel slik at det er anbefalt at søket er gjort av bibliotekarer eller andre spesialister (McGowan et al., 2016). Uerfarenhet kan jo ha spilt inn når det ble valgt å begrense søket (AND Norw* OR Scandinavian), ettersom det i EMBASE snevret søket fra 6136 kilder til 194 før årstallseksklusjon. For å demme opp for eventuelle bias eller uerfarenhet, ble kildene forover- og tilbake sitert etter rammeverket (Peters et al., 2020), men for å ytterligere styrke metoden, kunne relevante fagpersoner som førsteforfattere av inkluderte kilder vært kontaktet (Valaitis et al., 2012).

I de siste tiårene har det vært en enorm vekst av forskning tilgjengelig (Dijkers, Murphy & Krellman, 2012) hvor systematiske oversikter er tatt i bruk for å identifisere, evaluere og oppsummere forskning som er gjort (CfRaD, 2009). Selv om det er mange systematiske oversiktsartikler, ble det sett

nødvendig å lage sjekklister (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) grunnet tidvis mangel av hensikt, svak rapportering og analyser av kildekvalitet (Mulrov, 1987). Som tidligere nevnt, er det valgt å benytte seg av PRISMA-ScR (Tricco et al. 2018) sin sjekkliste for å både utforme og kvalitetssikre dette prosjektet. I dette prosjektet var 18 av 22 gjenstander på sjekklisten oppfylt (Se Vedlegg 7. PRISMA-ScR Checklist, utfylt). To av de fire gjenstandene som ikke ble oppfylt var gjenstander som var valgfrie, og omhandlet både analyse av studiekvalitet i de inkluderte kildene, men og rapportering av deres egne analyser. De andre to gjenstandene var rapportering av finansiering og registrering av protokoll. Sjekklisten er ikke ment som et kvalitetsverktøy (Tricco et al. 2018), men det er en klar svakhet at protokollen og finansiering ikke er rapportert, ettersom det gjør oppgaven mindre transparent og introduserer postpublikasjonsbias (Peters et al., 2020; Chalmers, Frank & Reitman, 1990). Årsaken til at det ble valgt å gå vekk fra rammeverket her, var grunnet at dette er et masterprosjekt og det ble ikke prioritert å bruke ressurser på å publisere en protokoll og at rapporteringen av stegene som er gjort i metoden ville holde. Likevel tar det vekk hvor transparent oppgaven er, ettersom ikke kan sjekkes om valgene som er gjort i forkant av søket stemmer med rapporteringen i etterkant.

Som nevnt var det valgfritt i sjekklisten (Tricco et al. 2018) å gjennomføre en studiekvalitetsanalyse samt rapportere data fra studiene som omhandlet studiekvalitet. Ifølge rammeverket som er brukt (Peters et al., 2020), er analyser på materialet gjort best i en systematisk oversikt, hvor det vil være sentralt om man kan konkludere på bakgrunn av resultatene fra randomiserte kontrollerte studier eller meta-analyser gjennomført (Boutron et al., 2021). Likevel, ettersom dette er valgfritt, vil jo en analyse av kildekvaliteten kunne gi en styrke av de kliniske implikasjonene av resultatene som er innhentet. GRADE var tiltenkt ettersom du kan ha forskjellig studiemetodikk, men ettersom det er spisset mot å lage retningslinjer, vil det å vurdere en studie som bedre enn en annen grunnet fraværet av NNT (Gordon et al., 2008), ikke være hensiktsmessig for prosjektet. I Helsebibliotekets ressurser (Helsebiblioteket, 2016, Sjekklister), er det flere sjekklister for forskjellige studiemetodikk. Derimot spriker de fra Cochranes Risk of Bias til egne sjekklister, med forskjellige skårssystem. Det kunne likevel vært gjort et forsøk på å plassere kildene i evidenspyramiden (Eitzen, 2019) eller klassifisere de utifra nivåer (I-IV) (Wright, Brand, Dunn & Spindler, 2007), men problemet oppstod på hvor man skal plassere en kohortstudie som ikke er fagfellevurdert (masteroppgave). Derfor, på bakgrunn av det overnevnte, og at det ikke er enighet om det bør gjennomføres i en scoping review (Pham, Rajić,

Greig, Sargeant, Papadopoulos & McEwen, 2014), ble det avgjort isteden å presentere kildenes metodikk og utgangspunkt.

Når det kommer til risiko for potensielle bias i egen oppgave, er det slik at man aldri kan være sikker på at de ikke er til stede, tross et robust studiedesign, noe som gjør det viktig å jobbe for å minimere risikoen for det (Montori, Swiontkowski & Cook, 2003). Når det kommer til bias ved studieutvelgelsesprosessen var det en klar styrke at det var tatt i bruk to personer til å utføre datautvelgelsen, ved at det minimerer bias i hverandre (Wright et al., 2007). Derimot var det slik at det var anbefalt å benytte seg av to personer til dataauthenting, men grunnet tid og ressurser, ble det kun hovedforfatter som gjennomførte dette. Dette var utledet av en feiltolkning av rammeverket (Peters et al., 2020), hvor det istedenfor to personer, kunne en hente ut mens en annen kontrollerte. Likevel ble det utarbeidet protokoller i forkant, både for utvelgelse og dataauthenting, med oversyn av en til to andre, som kan ha gjort protokollene hardføre nok til å minimere bias (Wright et al., 2007). Likevel, hadde et blitt oppdaget før, ville prosjektet hatt nytte av dette, ettersom en scoping review er en iterativ prosess (Levac et al., 2010) der det kan ha oppstått bias i dataauthenting.

5.2 Resultatdiskusjon

Første problemstilling var å undersøke hva som eksisterte av kilder under ordningen Raskere tilbake som omhandler arbeidsdeltakelse hos pasienter med muskel- og skjelettplager. Søket ble gjennomført den i åtte databaser, og ga etter en studieutvelgelsesprosess samt siteringssjekk av 22 kilder. Kildene inneholdt 16 fagfelleverderte artikler, fem masteroppgaver og en doktorgradsavhandling. Kildene var heterogene i både hensikt og metodikk med mindre til store kohorter, randomiserte kontrollerte studier og en kontrollert kohortstudie. Dette betyr at det var gjort flere studier enn antatt ved oppstart av masterprosjektet, og kan være med på å gi verdifull informasjon om hvordan veien videre er for å få norske sykmeldte med muskel- og skjelettplager tilbake til arbeid, samt hvordan videreføringen av prosjektet i Helse og Arbeid kan best utformes. Dette utsagnet er noe pompøst, men i lys av den faglige diskusjonen (Grotle et al., 2016; Hagen, 2016), hvor det var uenighet om i hvilken grad Raskere tilbake var studert, er håpet, at dette prosjektet belyser hva som er blitt gjennomført av intervensjoner i diverse områder av landet.

Andre problemstilling var å undersøke hva resultatene fra kildene viser, og som sett i kapittel fire, er det en stor mengde informasjonen som er uthentet. Så for best/oversiktlig kunne diskutere resultatene,

er diskusjonen under delt opp i diverse underkategorier som samsvarer med kategoriene i kapittel fire.

5.2.1 Arbeidsdeltakelse

Som tidligere nevnt, viste 20 av 22 kilder en positiv endring av arbeidsdeltakelse fra oppstart av intervensjonene til både endt intervensjon (Hopland, 2013) og opp imot 24 måneders oppfølging (Brendbekken et al., 2017). Med det i mente kunne man sagt at intervensjonene, og i så måte, Raskere tilbake tilbudene har en positiv effekt på arbeidsdeltakelse. Problemet med et slikt utsagn er flerfoldige. For det første er det ikke gjennomført en meta-analyse av dataene, ettersom formålet med denne oppgaven ikke var å gjøre en systematisk oversikt. For det andre er det kun studien til Grotle et al. (2016) som har presentert at endring var signifikant ($p < 0.002$). Det at endringen var signifikant, betyr ikke nødvendigvis at intervensjonen og da tilbudene, har hatt en effekt på arbeidsdeltakelse. For å undersøke hvorvidt en intervensjon har en effekt, bør det foreligge en randomisert kontrollert studie, som gir høyere kvalitet på evidens sammenlignet med observasjonsstudier (Schünemann, Brozek, Guyatt & Oxman, 2013). Av disse kildene er det syv randomiserte kontrollerte studier, men ingen av disse studiene hadde som formål å undersøke effekten av tiltaket, kun for å se om et tiltak var bedre enn et annet. Det vil si at det ikke var en kontroll gruppe som bestod av TAU i disse studiene. Det gjør ikke studiene dårligere, men at man ikke kan på bakgrunn av dette dra en slutning om tilbudenes effekt på arbeidsdeltakelse.

En kilde som derimot brukte TAU, var doktorgradsavhandlingen til Brekke (2017), som hadde det metodiske designet, kontrollert kohort. Dette betydde at han hadde en kontrollgruppe som bestod av sykmeldte i NAV-systemet i det samme geografiske området. Det som var forskjellen fra en randomisert kontrollert studie, er at deltakerne ikke ble randomisert i to grupper, men at kontrollgruppen her ble plukket ut uten en randomiseringsprosess. Doktorgradsavhandlingen var en sammenligning av arbeidsstatus mellom kontrollgruppen (sykmeldte med muskelskjelett/psykiatri diagnoser) og sykmeldte (hovedsakelig muskelskjelett og psykiatriske diagnoser) som gjennomgikk en BI basert på kognitiv atferdsterapi. Kontrollgruppen hadde en signifikant bedre arbeidsstatus ved alle målinger (oppstart til 36 måneder), noe som kan tilsa at dette tilbudet ikke fungerte optimalt på sitt formål å tilbakeføre til arbeid. Svakheter ved dette utsagnet, er at ved oppstart, ettersom det ikke var en randomisert studie med lik inklusjon, var diagnosene samt arbeidstype ikke signifikant like ved oppstart. Noe som er en svakhet man kan oppleve når det ikke har vært en randomisering til stede

(SNL, 2020, randomisering). Likevel, var lengden på sykmelding signifikant lik ved oppstart (seks måneder eller lenger), som betydde at begge gruppene var en del av 6 % populasjonen av alle sykmeldte i Norge, og lengden på sykefraværet kan gi økt risiko for dårligere effekt av intervensjon (Brendbekken et al., 2018). Ettersom det ikke er en randomisert kontrollert studie kan man i mindre grad stole på evidensen i kilden (Schünemann et al., 2013). Men grunnet utsagn fra Loisel (2005), som ønsker at randomisert kontrollerte studier på retur til arbeid skal avstå fra sammenligning med TAU, men heller med andre intervensjoner, grunnet at det er uetisk å tilby noe som er ineffektivt sammenlignet mer komplekse intervensjoner for retur til arbeid. Vil studien likevel gi en pekepinn på hvorvidt BI er en passende behandling for retur til arbeid hos langtidssykmeldte med muskelskjelett og/eller psykiatriske diagnoser.

En studie som nettopp så på effekten av BI hos langtidssykmeldte (> 12 måneder) med muskel- og skjelettsmerter var studien til Brendbekken et al. (2017). I denne studien var det en MI satt opp mot BI, og resultatene viste derimot her ingen signifikant forskjell i retur til fullt arbeid i hele oppfølgingsperioden på 24 måneder, kun tre måneder var signifikante i favør MI på delvis tilbake til arbeid. Så til forskjell fra doktorgraden til Brekke (2017), som viste at BI kan være en dårligere intervensjon enn TAU, viste det her at BI var hverken dårligere eller bedre enn en MI. Uten å vite hva TAU (Brekke, 2017) i stor grad inneholdt, er det vanskelig å sette sammenligning mellom studiene. Men det man kan si ut ifra tallene, er at det er kun en liten favør til MI over BI i nevnte populasjon. Problemet her er at MI, i denne konteksten, ikke betyr inneliggende langvarig rehabilitering opp imot en kortvarig intervensjon, men er lagt opp ganske likt som andre BI (Bien, Miller & Tonigan, 1993). Forskjellen her er derimot grad av disipliner som involvert og dybden av baselinekartleggingen, ettersom MI bestod av en baselinekartlegging på tre og en halv time etterfulgt av oppfølging på en time etter to uker og tre måneder. BI bestod av to og en halv times baselinekartlegging etterfulgt av en times oppfølging etter to uker, samt at begge intervensjonene bestod av forskjellige innfallsvinkler på smertehåndtering og bevegelsesfrykt/unngåelsesatferd. Ettersom BI i utgangspunktet ikke er standardisert (Brekke, 2017), kan man vel mer si at det gir en indikasjon at BI i en sykmeldt muskelskjelettsmerte populasjon ikke bedrer arbeidsdeltakelse om rehabiliteringsteamet er multidisiplinært.

5.2.2 Arbeidsdeltakelse og psykologiske parametere

Sammenhengen mellom arbeidsdeltakelse og psykologiske karakteristikk som angst, depresjon og psykiske helsebegrensninger, har vist seg å både ikke ha effekt samt forlenge sykefraværet (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan & Sinclair, 2001). Flere studier i utvalget undersøkte nettopp dette, og som i kilden over var det sprikende resultater. Emosjonelt stress, endring av kontrollbehov for sine egne tanker, unngåelsesatferd for oppgaver på arbeidsplassen og motivasjon hadde en sammenheng med grad av arbeidsdeltakelse (Grotle et al., 2016; Jacobsen et al., 2020; Øyeflaten et al., 2016; Christiansen, 2016). Derimot frykt for helseplager (Tou, 2015), metakognisjoner (Jacobsen et al., 2020) og dårlig mestring (Grotle et al., 2016) hadde ikke en signifikant sammenheng med arbeidsdeltakelse, samt at angst og depresjon hadde en signifikant sammenheng med redusert arbeidsdeltakelse ved tre måneder post-rehabilitering, men ikke ved 12 måneder (Grotle et al., 2016). Dette betyr i bunn og grunn, at det i norsk sammenheng også er slik at psykologiske karakteristikk kan ha en effekt på redusert arbeidsdeltakelse, men at det er en mer kompleks sammenheng, enn en direkte kausal årsak.

Som nevnt er det også i en norsk setting sprikende og kompleks sammenheng mellom retur til arbeid og diverse psykologiske/pasient karakteristikk hos pasienter med muskel- og skjelettplager alene eller i blandet populasjon. Dette er også sett i en systematisk oversikt av kvalitativ forskning angående retur til arbeid hos pasienter med muskel- og skjelettsmerte, at det er en kompleks interaksjon utover den fysiske funksjonsnedsettelsen, for å returnere til arbeid (MacEachen, Clarke, Franche & Irvin, 2006). Når det kommer til behandling, er det sett i en meta-analyse at psykologisk behandling er bedre enn TAU på retur til arbeid, men hvilken form for behandling eller hvordan den er lagt opp var mer usikkert (Finnes et al., 2019). Gismervik et al. 2020, så på nettopp dette i form av ACT, som er en behandlingsform utledet av kognitivterapi (Dindo, Liew & Arch, 2017), i enten poliklinisk eller inneliggende setting i en blandet populasjon av sykmeldte (sykefravær mellom 2 – 12 måneder) muskelskjelett- og lettere psykiske plager. De fant en statistisk signifikant forskjell i sykefraværet og bærekraftig retur til arbeid 12 måneder etter rehabilitering i favør den inneliggende gruppen. Dette kan bety to ting, at inneliggende ACT er bedre enn i en poliklinisk setting, samt om man drar tanken videre, at for pasienter med lengre sykefravær, kan et mer intensivt program fungere bedre i en inneliggende setting enn i en poliklinisk setting.

5.2.3 Arbeidsdeltakelse og jobbparametere

Prognostiske faktorer for retur til arbeid hos korsryggskadete har vist seg å være multifaktorielt og sprikende, derunder modifisering av arbeidet (Crook, Milner, Schultz & Stringer, 2002). Resultatene fra studiene inkludert i denne masteroppgaven, hos både blandet og spesifikke muskelskjelett-diagnoser, var også i noen grad sprikende (Brendbekken et al., 2018), men visse trender kom til overflaten. Det ble sett at lave arbeidskrav med både høy eller liten medbestemmelse, samt lave psykososiale arbeidskrav, støtte hos medarbeider (Haveraaen et al., 2016; Haveraaen et al., 2017), smerte forårsaket av arbeid (Brendbekken et al., 2018), opplevd kontroll og smerterelatert frykt for arbeid (Haugen, 2016) hadde en sammenheng med retur til arbeid. Derimot, i studien til Myhre et al. (2016), så man ingen sammenheng med psykososiale faktorer i arbeid som beslutningskrav, utfordringer på jobb m.m., samt at i studien til Brendbekken et al. (2018), var det heller ingen sammenheng med arbeidsfaktorer som psykologisk byrde fra arbeid, støtte eller arbeidsbelastning (Myhre et al., 2016; Brendbekken et al., 2018). Studien til Myhre et al. (2016) var en populasjon med nakke eller ryggproblematikk, som kanskje kan bety at dette er en trend mer spesifikk til problemområdet, hvor kohort studiene (Haveraaen et al., 2016; Haveraaen et al., 2017) var pasient forløp fra opptil 50 forskjellige tilbud med blandet populasjon. Likevel kan argumentasjonen falle, ettersom studien til Brendbekken et al. (2018), ikke var bestående av like mange tilbud, men hadde et mangfold av muskel- og skjelettdiagnoser i en relativ stor populasjon (N= 284).

Selv om faktorer knyttet til arbeidsplassen som prognostisk faktor for retur til arbeid har noe sprikende resultater i kildene innhentet, så kan likevel spørsmålet om arbeidsplassintervensjoner være relevant, ettersom det kan være en indikasjon at arbeidsfokus kan være mer gunstig enn symptom/individ fokus (Brekke, 2017). To studier i utvalget som så på dette var Skagseth et al. (2020) og Myhre et al. (2014), hvor arbeidsplassintervensjon ble satt i tillegg til multidisiplinær behandling for sykmeldte med muskel- og skjelettplager (Myhre et al., 2014; Skagseth et al., 2020). Noe overraskende, var det ikke en signifikant forskjell mellom gruppene, samt at i Myhre et al. (2014) var justert hasard ratio 0.94 (95 % KI 0.75 – 1.17), noe som betydde at det var bedre sjanse for retur til arbeid uten ekstra arbeidsplassintervensjon. Dette er resultater som går imot tidligere funn på at det er sterk evidens for at multidisiplinær intervensjon med arbeidsfokus ville gi god effekt på økt arbeidsdeltakelse (Cullen et al., 2018). En hypotese til dette resultatet, kan være at arbeidsplassintervensjonen ikke gav noe endring i relasjon til arbeidsplassen. I oppfølgingsstudien til Myhre et al. 2016 var det ingen signifikant endring i opplevde krav, kontroll og støtte ett år etter endt

intervensjon i begge gruppene, som kan underbygge påstanden. Det var ingen slike resultater fra Skagseth et al. (2020), som betyr at i disse to studiene var det ikke sett en effekt på økt arbeidsdeltakelse ved å tillegge arbeidsplassintervensjon til en multidisiplinær rehabilitering av pasientgruppen, men det betyr ikke at det ikke kan ha effekt for en eventuell subgruppering (Myhre et al., 2014).

5.2.4 Arbeidsdeltakelse og tilleggelse av ekstra tiltak i arbeidsrettet rehabilitering

For langtidssykmeldte er det anbefalt at arbeidsrettet rehabiliteringsteam bør være multidisiplinært, men det gjør også at intervensjonen kan være svært kostbar (Chamberlain et al., 2009). En mulighet for å få nedkostnaden, er å ha oppfølging digitalt eller via telefon, selv om resultatene fra kostnadsanalyser på telemedisin går begge veier (De La Torre-Díez, López-Coronado, Vaca, Aguado & de Castro, 2015). Oppfølging via telefon ble testet ut i studien til Hara et al. (2018), hvor sykmeldte i blandet populasjon ble randomisert til enten telefonoppfølging av koordinator i seks måneder påfølgende inneliggende rehabilitering eller standard oppfølging i kommunen. Forskjellen var signifikant i favør telefonoppfølging på økt arbeidsdeltakelse med en (Hara et al., 2018). Når det kommer til kostnaden, og om hvorvidt dette monner, var det en NNT på 10 personer, som vil si det antallet man trenger å behandle for å få en person frisk (Store Medisinske Leksikon [SML], 2020, Numbers Needed to Treat). Gjennomsnittskontakt mellom koordinator og deltaker var på 5.77 per deltaker samt at 41.4 % av deltakerne fikk kontaktet sine interessenter i gjennomsnitt 1.8 ganger. Dette gav en gjennomsnittskostnad på 390.5 EUR per deltaker, men ettersom det ikke ble gjort en kostnadsanalyse, er det vanskelig å si om det rent kostnadsmessig var nyttig, utover effekten på arbeidsdeltakelse av telefonoppfølging etter endt rehabiliteringsløp.

Når det kommer til det å ha en koordinator som del av et Raskere tilbake tilbud, ble det sett i kohort studien til Skarpaas et al. (2019) at det var en signifikant negativ assosiasjon med tid til første retur til arbeid mot de uten koordinator. Ved tid til retur til arbeid var ikke lenger en signifikant forskjell, men det er likevel oppsiktsvekkende i den forstand at å ha en koordinator i intervensjonsstudier er sett å ha en moderat evidens for retur til arbeid og kostnadsreduksjon (Franche et al., 2005). Ettersom kohortstudien inneholdt 43 tilbud, er det vanskelig å si at det er mangel på mangfold av tilbud man kan tilskrive den negative assosiasjonen. Mangfoldet kan derimot ha påvirket i en annen grad, ettersom tilbudstype var en konfunderende variabel for analysen. Mer konkret var det mindre koordinator virksomhet i medisinsk og psykologisk behandling (50 %) mot arbeidsrettet

rehabilitering (72,4 %) med en OR på 2.7 (95 % KI: 1.3 – 5.5). Ettersom tid til retur til arbeid i første gruppen hadde en median på 55 dager (95 % KI: 33 – 73 mot arbeidsrettet rehabilitering på 109 dager (95 % KI: 52 – 166), kan det ha vært at utvalget burde ha vært delt opp og analysert innad enn som en stor heterogen gruppe.

5.2.5 Diskusjon av resultatenes metode

Intensjonen med denne studien var å finne kilder som omhandlet arbeidsdeltakelse hos pasienter med muskel- og skjelettlidelser, hvorav muskel- og skjelettlidelser er en heterogen gruppe, men klart definert. Det ble under det preliminaire søket sett at kildene som fantes ofte hadde en blandet populasjon av diagnosegrupper hvor muskel- og skjelettlidelser ofte var dominant, men en av flere. På bakgrunn av å holde studieutvelgelsen sensitiv, ble det valgt å inkludere blandet populasjon. Av utvalget hadde 10 kilder enten spesifikke muskel- og skjelettlidelser (N= 5) eller som gruppe (N= 5), som betyr at majoriteten av kildene hadde blandet populasjon (N= 13). Spørsmålet da blir om det å blande diagnoser kan svekke resultatene av intervensjonen, eller om det er en styrke at fokuset er på at man er sykmeldt uavhengig av diagnoseårsak. Dette rundt diagnosespesifisitet er oppe i debatt i muskelskjelett smerte behandling, ved at behandling ofte er konkret til et kroppsområde (Caneiro et al., 2020) med lignende risikoprofiler (Hannibal & Bishop, 2014) og behandlingsretningslinjer (Lin et al., 2020), hvor det tas opp om fokuset heller burde være på personen med muskelskjelett smertene enn områdespesifikt tankegods i klinisk praksis (Caneiro et al., 2020). For det interessante er at i studien til Hara et al. (2018), ble ikke diagnoser presentert, men symptomer, hvor de sykmeldte deltakerne hadde en stor overlapp av symptomer som kronisk smerte (78 %), kronisk fatigue (79 %), komorbiditet (79 %), psykiske vansker (64 %), søvn forstyrrelser (52 %) og psykiske lidelser (38 %). Samme forskningsgruppe på Hysnes Helsefort i forbindelse med studiene som er inkludert i oppgaven gjennomførte en feasibility-studie (Hara et al., 2018), for å se om det var holdbart å ha arbeidsrettet rehabilitering med blandede diagnoser innenfor muskelskjelett- og psykisk helse. Studien fant ut at det var gjennomførbart å ha arbeidsrettet rehabilitering med en transdiagnostisk gruppe med en transdiagnostisk intervensjon, og skifte fokus til en mer generell innfallsvinkel for sykmeldte. I lys av diskusjonspunktet med arbeidsplassintervensjon, kan det være slik at sykmeldte kan ha nytte av å bli delt i subgruppering basert på problemområde hos pasient enn med diagnose.

Når det kommer til det å måle arbeidsdeltakelse, er det brukt av kildene en stor variasjon av målevariabler, fra forskjellige definisjoner av retur til arbeid (Brendbekken et al., 2017; Gismervik et

al., 2020), tid første retur til arbeid (Haveraaen et al., 2017) til sykefravær (Gismervik et al., 2020). Spørsmålet som da melder seg er om dette har noe å si for resultatene fra studiene, og om det å sammenligne studiene blir vanskelig grunnet forskjellig tuftet utfallsmål. Det som er sett er at arbeidsdeltakelse måles på vidt forskjellige måter i litteraturen og at det finnes mange retur til arbeid skjemaer å ta i bruk (Wasiak et al., 2007). I studien til Crook et al. (2002) menes det at den mest kliniske og adekvate variabelen er sykefraværsdager eller lengde på sykefravær i en gitt tidsperiode. Dette står i sterk motsetning til tanken om at forskjellige variabler passer til forskjellig hensikt, ettersom tid til første retur til arbeid vil ha vanskeligheter å måle bærekraftig retur til arbeid (Biering, Hjøllund & Lund, 2013). Så, hvis forskjellig datasett utleder hvilken variabel man bør bruke (Steenstra et al., 2012), kan de da sammenlignes? Det som er ganske interessant er at det er sett at selv om variablene er definert forskjellig, gir det nødvendigvis ikke noen særlig forskjell i resultatene (Steenstra et al., 2012) til svært sammenlignbart (Biering et al., 2013). Så med andre ord, er det vanskelig å si at en variabel er bedre enn noen andre, så lenge variabelen passer til formålet, som bærekraftig retur til arbeid som bør sees over en lengre tidsperiode (Biering et al., 2013).

Hvis det ikke er slik at det er store forskjeller i variabelen som er brukt, så lenge den passer datasettet og formålet (Steenstra et al., 2012), kan man finne noen forskjeller i metodisk styrke i innhenting av dataene? Innhenting av disse målevariablene, var i all hovedsak fra registerdata (N= 18), men noen kilder hadde selvrappport (N= 3) samt opphav ukjent (N= 2). Selvrapporterte data er sett i måling av fysisk aktivitet til å ha lav til moderat sensitivitet mot objektive aktivitetsmarkører (Steene-Johannessen et al., 2016), som kan tyde på at selvrapporterte data kan gi en informasjonsbias. Det som derimot var overraskende var at spørreskjemaene som ble brukt (IPAQ, RPAQ og EPIC-PAQ) hadde dårlig korrelasjon på tvers av landegrensler (Steene-Johannessen et al., 2016). Så hvorvidt denne informasjonsbiasen er til stede i en norsk populasjon med selvrapporterte målinger av arbeidsdeltakelse, ble undersøkt i rapporten til Øyeflaten, Lie, Ihlebæk, Brage & Eriksen (2007), hvor faktisk arbeid, sykmeldt, yrkesmessig atferd/rehabilitering og uførepensjon samsvarte (kappa fra 0.25 til 0.70) med opplysninger fra NAV trygd ved 3 og 12 måneder. Dette tilsier jo at selv om det er en risiko for informasjonsbias (Brekke, 2017) ved selvrapporterte data, kan det i en norsk kontekst angående arbeidsdeltakelse ha mindre å si for reliabiliteten til resultatet.

5.3 Forskningsetiske overveielser

Systematiske oversikter er en viktig del av bakgrunnen for retningslinjer og yrkesutøvelsen innenfor helse, og de har som mål å være både systematiske, transparente og reproduerbare for å redusere systematiske feil, ellers kalt bias (Mertz, Kahrass & Stretch, 2016). Etske overveielser må tas når de planlegges, og det er spesielt to områder det bør tas hensyn til, at kildene man har inkludert er av dårlig forskningsetisk kvalitet og at prosessen er subjektiv i seleksjon og tolkning (Vergnes, Marchal-Sixou, Nabet, Maret & Hamel, 2010). Det er ikke gjort en gjennomgang av det forskningsetiske i de inkluderte studiene, dette kan ha ført til at resultater kan ha vært farget av eventuell finansiering. Samtidig er det aktivt søkt etter grålitteratur og det er inkludert upublisert materiale, noe som kan ha økt sjansen for at fremstillingen og tolkningen av resultatene er påvirket (Vergnes et al., 2010).

Når det kommer til om prosessen kan ha vært påvirket av forfatterens subjektive meninger og tolkninger er det gjort overveielser underveis for å minimere dette. Som en forsker har man et etisk ansvar for at søkestrategien som blir brukt ikke favoriserer i noen retning og fanger opp relevant litteratur med tanke på problemstillingen som er satt. Det å fri seg fra bias, blir et svært viktig element, ettersom studien ble gjort av utforskere som har yrkestittel som fysioterapeuter, som kan risikere at man har lignende tanker og paradigmer som utgangspunkt. For ikke å risikere at dette påvirket måten studien ble designet på ble det valgt å følge JBIs rammeverk (Peters et al. 2020) samt PRISMA-ScR sjekklisten (Tricco et al., 2018), for at søket som ble gjennomført skulle følge de nødvendige stegene av kvalitetssikring og transparens. Valg som er gjort for å øke prosjektets transparens er at søkestrategien for de konkrete databasene kan etterprøves og at både søket og utforming ble gjennomført av to utforskere samt at protokollene ble testet ut på forhånd. Ved å ha en transparent metode, lage rammeverk som kan etterprøves og som setter krav til studieutvelgelsen og dataauthenting, er håpet at dette samlet har minimert graden av personlig og yrkesfaglige bias som kan ha påvirket resultatene.

6.0 Oppsummering

Formålet med dette masterprosjektet var å kartlegge forskning som omhandler arbeidsdeltakelse under ordningen Raskere tilbake hos sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser og videre undersøke hva resultatene fra denne forskningen viser. Scoping review som metodikk ble valgt for å undersøke dette, og det ble til slutt funnet 22 kilder som oppfylte inklusjonskriteriene. Disse kildene bestod av 17 fagfellevurderte artikler, fem masteroppgaver og en doktorgrad, hvor mesteparten av studiene benyttet seg av registerdata for registrering av arbeidsdeltakelse (18 av 22). Det var et dypt spenn i hensikten til kildene og de gav et innblikk i hva slags tilbud som er blitt levert igjennom ordningen. Kildene bestod av effektstudier som testet ut forskjellige intervensjoner mot hverandre, flere kohorter for å se på diverse sammenhenger med økt arbeidsdeltakelse etter endt rehabilitering samt en kontrollert kohort som tok for seg et tilbud opp mot behandling som vanlig (TAU).

Det som var av spesiell interesse er et tydelig klart hull i kunnskapen rundt effekt av ordningen, de randomiserte kontrollerte studiene var som nevnt sammenlignet opp mot andre intervensjoner. Den kontrollerte kohorten viste signifikant dårligere retur til arbeid etter tre år enn pasienter fra NAV registeret i det samme geografiske området. Det leder derfor til betimelig spørsmål om det burde ha blitt gjennomført andre studier som så på ordningen opp mot vanlig behandling, ettersom det har vært bevilget store mengder penger i løpet av de ti årene ordningen var i gang.

Andre interessante funn er de sprikende sammenhengene mellom arbeid- og psykologiske parametere og retur til arbeid. Det kan tyde på at det nødvendigvis ikke er helt klare kausale årsaker til forskjellig risikoprofiler for dårligere arbeidsdeltakelse etter endt rehabilitering. Tilleggelse av arbeidsplassintervensjoner på allerede etablerte rehabiliteringsintervensjoner gav ingen signifikant økt effekt i retur til arbeid. Noe som var overraskende grunnet tidligere oppfatninger om at dette kan ha en moderat effekt på pasientgruppen. Derimot var det en økt retur til arbeid hvor det ble tilbudt oppfølging via telefon av en rehabiliteringskoordinator sammenlignet med vanlig oppfølging i kommunen. Samt bedre effekt av å tilby inneliggende rehabilitering basert på ACT-modellen i en mikset populasjon enn poliklinisk oppfølging basert på samme rammeverk.

7.0 Referanser

- Aas, R. W., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011) Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykemeldte. *International Research Institute of Stavanger: Stavanger*.
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2020). Chapter 10: Umbrella reviews. In Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.), *Joanna Briggs institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs institute.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88(3), 315-336.
- Biering, K., Hjøllund, N. H., & Lund, T. (2013). Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(3), 400-405.
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: a biopsychosocial approach. *Musculoskeletal care*, 15(4), 413-421.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Boutron, I., Page, M.J., Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Lundh, A. & Hróbjartsson A. (2021). Chapter 7: Considering bias and conflicts of interest among the included studies. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2 (updated February 2021). Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- Brede, E., Ikram, F., Howard, K., Asih, S. R., Knauf, M. T., & Polatin, P. B. (2016). Measurement of return to work and stay at work outcomes. In *Handbook of Return to Work* (pp. 181-205). Springer, Boston, MA.
- Brekke, D. (2017). Evaluations of the project "Rapid Return to Work". A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo).
- Brendbekken, R., Eriksen, H. R., Grasdahl, A., Harris, A., Hagen, E. M., & Tangen, T. (2017). Return to work in patients with chronic musculoskeletal pain: multidisciplinary intervention versus brief intervention: a randomized clinical trial. *Journal of occupational rehabilitation*, 27(1), 82-91.

- Brendbekken, R., Vaktskjold, A., Harris, A., & Tangen, T. (2018). Predictors of return-to work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(2), 193-199.
- Caneiro, J. P., Roos, E. M., Barton, C. J., O'Sullivan, K., Kent, P., Lin, I., ... & O'Sullivan, P. (2020). It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice.
- CfRaD. (2009). CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *York Publishing Services Ltd*, 32.
- Chamberlain, M. A., Moser, V. F., Ekholm, K. S., O'Connor, R. J., Herceg, M., & Ekholm, J. (2009). Vocational rehabilitation: an educational review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(11), 856-869.
- Christiansen, T. L. (2016). *Sammenheng mellom motivasjon og tilbakeføring til arbeidslivet for deltakere i Raskere tilbake ordningen* (Masteroppgave, Norges Miljø- og biovitenskapelige universitet).
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006-2017.
- Crook, J., Milner, R., Schultz, I. Z., & Stringer, B. (2002). Determinants of occupational disability following a low back injury: a critical review of the literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 12(4), 277-295.
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., ... & Amick, B. C. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(1), 1-15.
- De La Torre-Díez, I., López-Coronado, M., Vaca, C., Aguado, J. S., & de Castro, C. (2015). Cost utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 21(2), 81-85.
- Deloitte. (2015). *Kartlegging og analyse av prosjektet Raskere tilbake*: Helse Sør-Øst.
- Dennerlein, J. T. (2008). *Ergonomics/musculoskeletal issues*. *International Encyclopedia of Public Health*; 443–52. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0123739605.00288-4>.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553.

- Dijkers, M. P., Murphy, S. L., & Krellman, J. (2012). Evidence-based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(8), S164-S176.
- Douvaras, A., & Ukpere, W. I. (2014). Potential sources, impact and mitigation of Stress in the workplace: A review and preliminary case of AD-CJO Technology Company. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(4), 500.
- Drangslund, K. A. K., & Kjerstad, E. (2008). Evaluering av tilskuddsordning for helse-og rehabiliteringstjenester: delrapport 1.
- Eitzen, I. (2019). Hvem kan du egentlig stole på? Utfordringer med kunnskapsinnhenting og evidensbasert praksis. *Fysioterapeuten*.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable return to work: a systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-22.
- EU-OSHA. (Udatert). Psykososiale risikoer og stress på arbeidsplassen. Hentet fra <https://osha.europa.eu/no/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Farholm, A., Halvari, H., Niemiec, C. P., Williams, G. C., & Deci, E. L. (2017). Changes in return to work among patients in vocational rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Disability and rehabilitation*, 39(20), 2039-2046.
- Franché, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., & Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- Finansdepartementet. (2007). *Revidert nasjonalbudsjett 2007* (St.meld. nr. 2 (2006-2007) Oslo: Finansdepartementet.
- Finnes, A., Enebrink, P., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A., & Öst, L. G. (2019). Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International archives of occupational and environmental health*, 92(3), 273-293.
- Gajewski, P., & Zhukovska, K. (2017). Short-run and long-run effects of unemployment on suicides: does welfare regime matter?. *The European Journal of Public Health*, 27(6), 1038-1042.

- Gismervik, S. Ø., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E. A., Rise, M. B., Johnsen, R., ... & Fimland, M. S. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 46(4), 364-372.
- Gordon, H. G., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). Rating quality of evidence and strength of recommendations: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924-26.
- Grotle, M., Klokk, L. P., & Kopperstad, A. (2016). En prospektiv klinisk studie av pasienter med langvarige ryggsmarter: sykefravær og "raskere tilbake". *Fysioterapeuten*.
- Grotle, M. (2020). Arbeidsrettede tiltak har liten effekt på retur til arbeid. *KAI-Kronikken*.
- Hagen, E. M. (2016). Upreis artikkel om Raskere tilbake-studie. *Fysioterapeuten*.
- Haldorsen, E. M. H., Grasdahl, A. L., Skouen, J. S., Risa, A. E., Kronholm, K., & Ursin, H. (2002). Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain*, 95(12), 49-63.
- Hannibal, K. E., & Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical therapy*, 94(12), 1816-1825.
- Haugen, K. (2016). *Arbeidsrettet rehabilitering med arbeidsplassbesøk på Hernes Institutt: hva kjennetegner deltagerne og hvilke faktorer predikerer arbeidsdeltakelse etter et år?* (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark).
- Hara, K. W., Borchgrevink, P. C., Jacobsen, H. B., Fimland, M. S., Rise, M. B., Gismervik, S., & Woodhouse, A. (2018). Transdiagnostic group-based occupational rehabilitation for participants with chronic pain, chronic fatigue and common mental disorders. A feasibility study. *Disability and rehabilitation*, 40(21), 2516-2526.
- Hara, K. W., Bjørngaard, J. H., Brage, S., Borchgrevink, P. C., Halsteinli, V., Stiles, T. C., ... & Woodhouse, A. (2018). Randomized controlled trial of adding telephone follow-up to an occupational rehabilitation program to increase work participation. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(2), 265-278.
- Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S., Berg, J. E., & Aas, R. W. (2016). Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work three months after a return-to-work (RTW) programme? The rapid-RTW cohort study. *Work*, 53(1), 61-71
- Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S., & Aas, R. W. (2017). Job demands and decision control predicted return to work: the rapid-RTW cohort study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-8.

- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2006, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Lage søkestrategi. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/lage-sokestrategi>
- Helsedirektoratet. (2017, 22. desember). Informasjon om raskere tilbake-ordninga frå 2018. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/informasjon-om-raskare-tilbake-ordninga-fra-2018>
- Helse Sør-øst (2015, 5. juni). Kartlegging og analyse av prosjektet Raskere tilbake. Hentet fra <https://www.helsesorost.no/Documents/Raskere%20tilbake/Rapporter%20og%20evalueringer/Raskere%20tilbake-ordningen%20Rapport%20kartlegging%20og%20analyse%20juni%202015.pdf>
- Helse Sør-øst. (2020, 15. april). Raskere tilbake – Helse og arbeid. Hentet fra <https://www.helsesorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake-helse-og-arbeid>
- Helse Vest. (2020. 05. november). Helse og arbeid. Hentet fra <https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/behandling/helse-og-arbeid>
- Holmås, T.H. & Kjerstad, E. (2010) *Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3*, 2010, Samfunns- og næringslivsforskning AS.: Bergen.
- Hopland, E. (2013). *Rehabilitering av sykemeldte med muskel-og skjelettplager. Tilbudenes profesjonssammensetning og deres sammenheng med tilbakeføring til arbeid* (Masteroppgave, Universitetet i Stavanger).
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel-og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Ijmker, S., Huysmans, M. A., Blatter, B. M., van der Beek, A. J., van Mechelen, W., & Bongers, P. M. (2007). Should office workers spend fewer hours at their computer? A systematic review of the literature. *Occupational and environmental medicine*, 64(4), 211-222.
- Ilmarinen, J. E. (2001). Aging workers. *Occupational and environmental medicine*, 58(8), 546-546.
- Jacobsen, K., & Sønvisen, S. A. (2018). *Regionale forskjeller i sykefravær*. SINTEF Nord AS.
- Jacobsen, H. B., Glette, M., Hara, K. W., & Stiles, T. C. (2020). Metacognitive Beliefs as Predictors of Return to Work After Intensive Return-to-Work Rehabilitation in Patients With

Chronic Pain, Chronic Fatigue and Common Psychological Disorders: Results From a Prospective Trial. *Frontiers in psychology*, 11, 70.

- Jensen, C., & Johnsen, R. (2020). Arbeidsrettede tiltak – nyansering nødvendig. *KAI kronikken*.
- Josephson, M., Vingård, E., & MUSIC-Norrtälje Study Group. (1998). Workplace factors and care seeking for low-back pain among female nursing personnel. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 465-472.
- 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*, 239-249.
- Kinge, J. M., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S. E., & Norheim, O. F. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, 121(6), 691-698.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., & Nordby, K. C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær- Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(02), 179-199.
- Knardahl, S., Johannessen, H. A., Sterud, T., Härmä, M., Rugulies, R., Seitsamo, J., & Borg, V. (2017). The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC public health*, 17(1), 1-31.
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American journal of industrial medicine*, 40(4), 464-484.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5(1), 1-9.
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., ... & O'Sullivan, P. P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British journal of sports medicine*, 54(2), 79-86.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Esdaile, J. M. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and environmental medicine*, 51(9), 597-602.
- Loisel, P. (2005). Intervention for return to work—what is really effective?. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 245-247.
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig B., & Aas, E. (2013). Et muskel- og skjelettrengskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. *FORMI report* (1).

- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L. & Irvin, E. Workplace-based Return to Work Literature Review Group. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 257-269.
- March, L., Smith, E. U., Hoy, D. G., Cross, M. J., Sanchez-Riera, L., Blyth, F., ... & Woolf, A. D. (2014). Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 28(3), 353-366.
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *Journal of clinical epidemiology*, 75, 40-46.
- McKenzie, J. E., Brennan, S. E., Ryan, R. E., Thomson, H. J., Johnston, R. V., & Thomas, J. (2019). Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 33-65.
- Mertz, M., Kahrass, H., & Strech, D. (2016). Current state of ethics literature synthesis: a systematic review of reviews. *BMC medicine*, 14(1), 1-12.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097.
- Montori, V. M., Swiontkowski, M. F., & Cook, D. J. (2003). Methodologic issues in systematic reviews and meta-analyses. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 413, 43-54.
- Mulrow, C. D. (1987). The medical review article: state of the science. *Annals of internal medicine*, 106(3), 485-488.
- Myhre, K., Marchand, G. H., Leivseth, G., Keller, A., Bautz-Holter, E., Sandvik, L., ... & Røe, C. (2014). The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial. *Spine*, 39(24), 1999-2006.
- Myhre, K., Lau, B., Marchand, G. H., Leivseth, G., Bautz-Holter, E., & Røe, C. (2016). Demand, control and support at work among sick-listed patients with neck or back pain: a prospective study. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(2), 183-194.
- NAV. (2020a). Sykepengedager betalt av folketrygden. 4 kvartal 2004-2019. I tusen dager. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/tabeller/sykepengedager.201904>
- NAV. (2020b). Sykepengetilfeller betalt av folketrygden. 4 kvartal 2004-2019. Antall. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/tabeller/sykepengetilfeller.201904>

- Nilsen, L. (2018, 01. september). Raskere tilbake-ordningen legges om. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/09/raskere-tilbake-ordningen-legges-om/>
- Nøkleby, H., Berg, R., Nguyen, L., Blaasvær, N., & Kurtze, N. (2015). Helseeffekter av arbeid.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In Aromataris E. & Munn, Z. (Eds.), *Joanna Briggs institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research synthesis methods*, 5(4), 371-385.
- Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of electromyography and kinesiology*, 14(1), 13-23.
- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S. J., & Loisel, P. (2005). Improving return to work research. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 453-457.
- Rollin, L., & Gehanno, J. F. (2012). Research on return to work in European Union countries. *Occupational medicine*, 62(3), 210-215.
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., ... & Lavis, J. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *American journal of public health*, 102(3), 541-556.
- Sadigh, M. R. (2013). Development of the biopsychosocial model of medicine. *AMA Journal of Ethics*, 15(4), 362-366.
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G. & Oxman, A. (2013). *GRADE handbook*. Hentet fra <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.3183vuv3ey12>
- Sjetne, I. S. (2017). Brukererfaringer med " Raskere tilbake". *Folkehelseinstituttet*.
- Skagseth, M., Fimland, M. S., Rise, M. B., Johnsen, R., Borchgrevink, P. C., & Aasdahl, L. (2020). Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: A randomized clinical trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 46(4), 356-363.
- Skagseth, M., Fimland, M. S., Nilsen, T. I. L., & Aasdahl, L. (2020). Physical activity after inpatient occupational rehabilitation: Secondary outcomes of two randomized controlled trials. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(2), 339-348.

- Skarpaas, L. S., Aas, R. W., & Berg, J. E. (2013). Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og raskere tilbake ordningen. *En delphi-studie i to runder*. Oslo: Oslo and Akershus University College.
- Skarpaas, L. S., Haveraaen, L. A., Småstuen, M. C., Shaw, W. S., & Aas, R. W. (2019). The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *BMJ open*, 9(2), e024597.
- Sovik, O. (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121(22), 2624-2627.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (Udatert). Arbeid med PC. Hentet fra <https://noa.stami.no/tema/mekaniskfysisk-arbeidsmiljo/mekaniskeeksponeringer/arbeid-med-tastatur/>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (Udatert). Høye krav og lav kontroll. Hentet fra <https://noa.stami.no/tema/psykososialtorganisorisk/krav-kontroll/hoyekrav-lavkontroll/>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (Udatert). Tungt fysisk arbeid. Hentet fra <https://noa.stami.no/tema/mekaniskfysisk-arbeidsmiljo/mekaniskeeksponeringer/tungt-fysisk-arbeid/>
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 03, juli). Flest til fastlegen på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-til-fastlegen-pa-grunn-av-muskel-og-skjelettlidelser>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 28. januar). Arbeidskraftundersøkelsen. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku>
- Steene-Johannessen, J., Anderssen, S. A., Van der Ploeg, H. P., Hendriksen, I. J., Donnelly, A. E., Brage, S., & Ekelund, U. (2016). Are self-report measures able to define individuals as physically active or inactive?. *Medicine and science in sports and exercise*, 48(2), 235.
- Steenstra, I. A., Lee, H., De Vroome, E. M. M., Busse, J. W., & Hogg-Johnson, S. J. (2012). Comparing current definitions of return to work: a measurement approach. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 394-400.
- Stern, C., Lizarondo, L., Carrier, J., Godfrey, C., Rieger, K., Salmond, S., ... & Loveday, H. (2020). Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBIM evidence synthesis*, 18(10), 2108-2118.
- Sterud, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavia journal of work, environment & health*, 468-476.
- Store medisinske leksikon. (2020, 20. mai). Numbers Needed to Treat. Hentet fra https://sml.snl.no/Number_Needed_to_Treat

Store norske leksikon. (2020, 02. juni). randomisering. Hentet fra <https://snl.no/randomisering>

Store norske leksikon. (2014, 16. mai). arbeid. Hentet fra <https://snl.no/arbeid>

Svendsen, S. W., Dalbøge, A., Andersen, J. H., Thomsen, J. F., & Frost, P. (2013). Risk of surgery for subacromial impingement syndrome in relation to neck-shoulder complaints and occupational biomechanical exposures: a longitudinal study. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 568-577.

Thomas, J., Kneale, D., McKenzie, J. E., Brennan, S. E., & Bhaumik, S. (2019). Determining the scope of the review and the questions it will address. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 13-31.

Tou, R. T. (2015). *Frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom. En kohortestudie blant sykmeldte som har deltatt i behandlings-og rehabiliteringstilbud fra NAV og helseforetakene* (Masteroppgave, Universitetet i Stavanger).

Tricco, A.C, Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Weeks, L. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473

Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Cambell, J. & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.

Valaitis, R., Martin-Misener, R., Wong, S. T., MacDonald, M., Meagher-Stewart, D., Austin, P., ... & Savage, R. (2012). Methods, strategies and technologies used to conduct a scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary health care research & development*, 13(3), 219-236

Veiersted, B., Knardahl, S., Wærsted, M., Christensen, J.O., Gjerstad, J., Gudding, I.H., ... & Strøm, V. (2017). Mekaniske eksponeringer i arbeid som årsak til muskel- og skjelettplager – en kunnskapsstatus. *STAMI-rapport*, 18(6).

Vergnes, J. N., Marchal-Sixou, C., Nabet, C., Maret, D., & Hamel, O. (2010). Ethics in systematic reviews. *Journal of medical ethics*, 36(12), 771-774.

Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). Is work good for your health and well-being?.

Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *Journal of occupational rehabilitation*, 17(4), 766-781.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.

- Werner, N. B., Myhre, K., & Werner, E. L. (2019). Tverrfaglig behandlingstilbud til pasienter med ryggsmertor ved et lokalsykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- World Health Organization. (2021, 8. februar). Musculoskeletal conditions. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Wright, R. W., Brand, R. A., Dunn, W., & Spindler, K. P. (2007). How to write a systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 455, 23-29.
- Wærsted, M., Hanvold, T. N., & Veiersted, K. B. (2010). Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: a systematic review. *BMC musculoskeletal disorders*, 11(1), 1-15.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & Van Poppel, M. N. (2005). Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 543-556.
- Øverland, S. N., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. F., & Tollånes, M. C. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016).
- Øyeflaten, I., Opsahl, J., Eriksen, H. R., Braathen, T. N., Lie, S. A., Brage, S., ... & Breivik, K. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation—a mediation model. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1), 1-12.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1. Preliminært søk

Søkestrategi norsk

Databaser: SVEmed og CRIstin.

P Person/ Pasient/ Problem		I Intervensjon/ eksponering		C Evt sammenligning		O Utfall
Muskel- og skjelettplager OR Muskelskjelettplager OR Muskel- og skjelettsykdommer OR Muskelskjelettsykdommer OR Muskel- og skjelettlidelse OR Muskelskjelettlidelse	AND	Raskere tilbake OR NAV OR Ny arbeids- og velferdsforvaltning OR Inkluderende arbeidsliv OR Helse og arbeid OR	OR	Sykemelding OR Primærhelsetjenesten OR Vanlig oppfølging OR Vanlig pleie	AND	Retur til arbeid OR Tilbakeføring til arbeid OR Smerte OR Funksjon OR Pasienterfaring* OR Pasienttilfredshet OR Livskvalitet OR Sykemeldingsdager OR Sykefravær OR Sykefraværsdager

						OR Uføreytelser
--	--	--	--	--	--	--------------------

Søkestrategi engelsk

Databaser: Embase, Medline, Cinahl, SportDiscuss, SocINDEX og Academic search ultimate.

P Person/ Pasient/ Problem		I Intervensjon/ eksponering		C Evt sammenligning		O Utfall
Musculoskeletal disorder* OR Musculoskeletal pain* OR Musculoskeletal problem* OR Musculoskeletal disease*	AND	Raskere tilbake OR Vocational rehabilitation OR Multidisciplinary rehabilitation OR Work-focused rehabilitation OR Quickly Back OR More quickly back OR Rapid Return to work OR Faster return to work	OR	Sick Leave OR Primary health care OR Usual care OR Sick-list* OR Sick-listed in registry OR Brief intervention* OR	AND	Return to work OR Employment re- entry OR Pain OR Function OR Work ability OR Patient experience OR Quality of life OR Sick leave days OR Sick leave OR Clinical effect

		OR National Social and Welfare Administration OR NAV OR Inclusive employment OR Inclusive employment system OR Inclusive employment Agreement OR Quick return				OR Medical leave OR Absenteeism
--	--	--	--	--	--	--

8.2 Vedlegg 2. Første utkast av dataauthentingsprotokoll Datautvelgelse

Det er tatt utgangspunkt JBIs «JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument” (Peters et al., 2020) med forandringer som passer datamaterialet.

1. Studie-/rapport-/doktorgradsinformasjon

- Forfatter(e) eller institusjon, publikasjonsår, tittel, publikasjonssted, språk og land

2. Kontekst

- Hvor er studien gjennomført/tilknytning

3. Hensikt med studien

4. Metode

- Studietype (rapport, artikkel, doktorgradsavhandling, masteroppgave) og beskrivelse av metode

5. Populasjon

- alder, kjønn, antall, diagnose(r). Antall m/prosent vil presenteres ved intervensjoner med forskjellige diagnoser/diagnosegrupper.

5. Intervensjon

- Beskrivelse av intervensjon/-er

6. Resultater

- Hvilke typer resultater er rapportert i studien og hvordan er de rapportert

7. Nøkkeltall

- Alle resultater med utfallsmål som omhandler arbeidsdeltakelse.

Innholdsbetegnelse	Data
Forfatter/institusjon, publikasjonsår, tittel, publikasjonssted	
Hensikt	

Kontekst – Hvor er studien gjennomført/tilknytning	
Studietype	
Metodebeskrivelse – Hvordan ble data målt, måletidspunkt og analysemetode	
Populasjon – Inklusjon- og eksklusjonskriterier	
Populasjon – Antall deltakende og drop-out	
Populasjon – Beskrivende data av studiepopulasjon	
Intervensjon – Hva er blitt gjennomført	
Resultater –Hvilke arbeidsdeltakelsesvariabler blir presentert	
Resultater - Sekundærutfallsmål	
Nøkkeltall – Målingen av arbeidsdeltakelse fra baseline til endt intervensjon og eventuell follow-up.	
Nøkkeltall – Målinger hvor arbeidsdeltakelse blir satt opp mot hverandre eller satt i kontekst med andre variabler.	

8.3 Vedlegg 3. Dataauthentingsprotokoll

Det er tatt utgangspunkt JBI's «JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument” (Peters et al. 2020) med forandringer som passer datamaterialet.

Ved RCT studier med kontroll gruppe, skal det lages en egen rad med beskrivende statistikk av denne.

Tabell

Innhold	Data
Forfatter/institusjon, publikasjonsår, tittel, publikasjonssted	
Hensikt	
Kontekst – Hvor er studien gjennomført/tilknytning	
Kildetype -	
Studietype – Ha med om det er blindet eller ei.	
Populasjon – Inklusjon- og eksklusjonskriterier	
Populasjon – Antall deltagende og drop-out	
Populasjon – Beskrivende data av studiepopulasjon.	
Populasjon – Diagnose.	
Intervensjon – Hva er blitt gjennomført. Varighet av intervensjon.	
Intervensjon – Follow-up periode?	
Resultater – Hvilke arbeidsdeltakelsesvariabler blir presentert	
Resultater – Hvor er arbeidsdeltakelsesvariabler hentet fra.	
Resultater - Sekundærutfallsmål	
Nøkkeltall – Data av arbeidsdeltakelse fra baseline til endt intervensjon og eventuell follow-up.	
Nøkkeltall – Data hvor arbeidsdeltakelse blir satt opp mot hverandre eller satt i kontekst med andre variabler. Ta med metoden.	
Konklusjon – Hvordan de tolker betydningen av funnet.	

8.4 Vedlegg 4. Søkehistorikk PubMed

("musculoskeletal diseases"[MeSH Terms] OR "musculoskeletal pain"[MeSH Terms] OR "back pain"[MeSH Terms] OR "low back pain"[MeSH Terms] OR "neck pain"[MeSH Terms] OR "shoulder pain"[MeSH Terms] OR "muscular diseases"[MeSH Terms] OR "chronic pain"[MeSH Terms] OR "musculoskeletal pain*"[Title/Abstract] OR "myalgia"[Title/Abstract] OR "musculoskeletal disorder*"[Title/Abstract] OR "musculoskeletal disease*"[Title/Abstract] OR "muscular disease*"[Title/Abstract] OR "bone disease*"[Title/Abstract] OR "musculoskeletal complaint*"[Title/Abstract] OR "sick listed employee*"[Title/Abstract] OR "low back pain*"[Title/Abstract] OR "back pain*"[Title/Abstract] OR "neck pain*"[Title/Abstract] OR "shoulder pain*"[Title/Abstract] OR "Arthritis"[Title/Abstract] OR "rheumatic disease*"[Title/Abstract] OR "chronic pain*"[Title/Abstract] OR "widespread chronic pain*"[Title/Abstract]) AND ("return to work"[MeSH Terms] OR "sick leave"[MeSH Terms] OR "employment"[MeSH Terms] OR "absenteeism"[MeSH Terms] OR "presenteeism"[MeSH Terms] OR "RTW"[Title/Abstract] OR "return to work"[Title/Abstract] OR "sick leave"[Title/Abstract] OR "employment"[Title/Abstract] OR "disability pension"[Title/Abstract] OR "social benefits"[Title/Abstract] OR "sick-listed"[Title/Abstract] OR "sickness absence"[Title/Abstract] OR "absenteeism"[Title/Abstract] OR "ability to work"[Title/Abstract] OR "working ability"[Title/Abstract] OR "Work participation"[Title/Abstract] OR "work capability"[Title/Abstract] OR "work capacity"[Title/Abstract] OR "employability"[Title/Abstract] OR "employment status"[Title/Abstract] OR "rehabilitation benefits"[Title/Abstract] OR "back to work"[Title/Abstract] OR "social benefits"[Title/Abstract] OR "work benefits"[Title/Abstract] OR "workload"[Title/Abstract] OR "sickness absence"[Title/Abstract] OR "sickness benefits"[Title/Abstract] OR "unemployment benefits"[Title/Abstract] OR "work absence"[Title/Abstract] OR "labour participation"[Title/Abstract] OR "sick days"[Title/Abstract] OR "illness days"[Title/Abstract] OR "disability leave"[Title/Abstract] OR "occupational status"[Title/Abstract] OR "marginal employment"[Title/Abstract] OR "presenteeism"[Title/Abstract] OR "work ability"[Title/Abstract] OR "sustainable return to work"[Title/Abstract] OR "sustained return to work"[Title/Abstract] OR ("arbeidsevne"[Title/Abstract] OR "AAP"[Title/Abstract])) AND ("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR "general surgery"[MeSH Terms] OR "surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR "rapid-return-to-work"[Title/Abstract] OR "rapid-return-to-work"[Title/Abstract] OR "brief intervention"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary intervention"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary rehabilitation"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary assessment"[Title/Abstract] OR "work-oriented rehabilitation"[Title/Abstract] OR "faster return to work"[Title/Abstract] OR "vocational rehabilitation"[Title/Abstract] OR "work-related rehabilitation"[Title/Abstract] OR "occupational rehabilitation"[Title/Abstract] OR "environmental interventions"[Title/Abstract] OR "surgery"[Title/Abstract] OR "operative surgery"[Title/Abstract] OR "general surgery"[Title/Abstract] OR "surgical procedures"[Title/Abstract] OR "kirurgi"[Title/Abstract]) AND ("norway"[MeSH Terms] OR "scandinavian and nordic countries"[MeSH Terms] OR "norw*"[All Fields])

Warnings

((((((((("musculoskeletal diseases"[MeSH Terms]) OR ("musculoskeletal pain"[MeSH Terms])) OR ("back pain"[MeSH Terms])) OR ("low back pain"[MeSH Terms])) OR ("neck pain"[MeSH Terms])) OR ("shoulder pain"[MeSH Terms])) OR ("muscular diseases"[MeSH Terms])) OR ("chronic pain"[MeSH Terms])) OR ("musculoskeletal pain*"[Title/Abstract])) OR ("myalgia"[Title/Abstract])) OR ("Musculoskeletal disorder*"[Title/Abstract])) OR ("Musculoskeletal disease*"[Title/Abstract])) OR ("Muscular disease*"[Title/Abstract])) OR ("Bone

disease*[Title/Abstract])) OR ("Musculoskeletal complaint*[Title/Abstract])) OR ("sick-listed
 employee*[Title/Abstract])) OR ("low back pain*[Title/Abstract])) OR ("back
 pain*[Title/Abstract])) OR ("neck pain*[Title/Abstract])) OR ("shoulder pain*[Title/Abstract]))
 OR ("Arthritis"[Title/Abstract])) OR ("rheumatic disease*[Title/Abstract])) OR ("Chronic
 pain*[Title/Abstract])) OR ("widespread chronic pain*[Title/Abstract])) AND
 (("return to work"[MeSH Terms]) OR ("sick leave"[MeSH
 Terms])) OR ("employment"[MeSH Terms])) OR ("absenteeism"[MeSH Terms])) OR
 ("presenteeism"[MeSH Terms])) OR ("RTW"[Title/Abstract])) OR ("return to
 work"[Title/Abstract])) OR ("sick leave"[Title/Abstract])) OR ("employment"[Title/Abstract])) OR
 ("disability pension"[Title/Abstract])) OR ("social benefits"[Title/Abstract])) OR ("return to the
 workforce"[Title/Abstract])) OR ("sick-listed"[Title/Abstract])) OR ("sickness
 absence"[Title/Abstract])) OR ("absenteeism"[Title/Abstract])) OR ("ability to
 work"[Title/Abstract])) OR ("working ability"[Title/Abstract])) OR ("Work
 participation"[Title/Abstract])) OR ("work capability"[Title/Abstract])) OR ("work
 capacity"[Title/Abstract])) OR ("employability"[Title/Abstract])) OR ("employment
 status"[Title/Abstract])) OR ("rehabilitation benefits"[Title/Abstract])) OR ("back to
 work"[Title/Abstract])) OR ("social benefits"[Title/Abstract])) OR ("work benefits"[Title/Abstract]))
 OR ("return to workforce"[Title/Abstract])) OR ("return to labour worce"[Title/Abstract])) OR
 ("workload"[Title/Abstract])) OR ("sickness absence"[Title/Abstract])) OR ("sickness
 benefits"[Title/Abstract])) OR ("unemployment benefits"[Title/Abstract])) OR ("graded sick
 leave"[Title/Abstract])) OR ("work absence"[Title/Abstract])) OR ("labour
 participation"[Title/Abstract])) OR ("work reintigration"[Title/Abstract])) OR ("sick
 days"[Title/Abstract])) OR ("illness days"[Title/Abstract])) OR ("disability leave"[Title/Abstract]))
 OR ("occupational status"[Title/Abstract])) OR ("marginal employment"[Title/Abstract])) OR
 ("presenteeism"[Title/Abstract])) OR ("work ability"[Title/Abstract])) OR ("sustainable return to
 work"[Title/Abstract])) OR ("sustained return to work"[Title/Abstract])) OR
 (((((((((((((((((((((((((((((((((((("sykefravær"[Title/Abstract]) OR ("sykefraværsdager"[Title/Abstract])) OR
 ("langtidssykemelding"[Title/Abstract])) OR ("tilbake til arbeid"[Title/Abstract])) OR
 ("arbeidsavklaringspenger"[Title/Abstract])) OR ("sykmelding"[Title/Abstract])) OR ("arbeidsrelatert
 aktivitet"[Title/Abstract])) OR ("sykmeldingsstatus"[Title/Abstract])) OR
 ("fraværsdager"[Title/Abstract])) OR ("arbeidsbegrensninger"[Title/Abstract])) OR ("tilbakegang til
 arbeid"[Title/Abstract])) OR ("arbeidsevne"[Title/Abstract])) OR
 ("arbeidsdeltakelse"[Title/Abstract])) OR ("tilbakeføring til arbeid"[Title/Abstract])) OR ("gradert
 sykmelding"[Title/Abstract])) OR ("korttidssykemelding"[Title/Abstract])) OR
 ("korttidssykemeldt"[Title/Abstract])) OR ("langtidssykemelding"[Title/Abstract])) OR
 ("langtidssykemeldt"[Title/Abstract])) OR ("sykepermisjon"[Title/Abstract])) OR ("fravær grunnet
 uførhet"[Title/Abstract])) OR ("uførepermisjon"[Title/Abstract])) OR ("sykedager"[Title/Abstract]))
 OR ("sykepenger"[Title/Abstract])) OR ("AAP"[Title/Abstract])) OR ("selvrapportert
 arbeidsevne"[Title/Abstract])) OR ("egenvurdert arbeidsevne"[Title/Abstract])) OR ("vedvarende
 retur til arbeid"[Title/Abstract])) OR ("vedvarende tilbakegang til arbeid"[Title/Abstract])) AND
 (((((((((((((((((((((((((((((((((((("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms]) OR ("general surgery"[MeSH Terms]))
 OR ("surgical procedures, operative"[MeSH Terms])) OR ("rapid return to work"[Title/Abstract]))
 OR ("rapid-return-to-work"[Title/Abstract])) OR ("work oriented rehabilitation"[Title/Abstract])) OR
 ("brief intervention"[Title/Abstract])) OR ("multidisciplinary intervention"[Title/Abstract])) OR
 ("multidisciplinary rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("multidisciplinary
 assessment"[Title/Abstract])) OR ("work-oriented rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("faster return
 to work"[Title/Abstract])) OR ("vocational rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("work-related

rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("occupational rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("environmental interventions"[Title/Abstract])) OR ("surgery"[Title/Abstract])) OR ("operative surgery"[Title/Abstract])) OR ("general surgery"[Title/Abstract])) OR ("surgical procedures"[Title/Abstract])) OR (((((((((((("raskere tilbake"[Title/Abstract]) OR ("tverrfaglig tiltak"[Title/Abstract])) OR ("tverrfaglig samarbeid"[Title/Abstract])) OR ("arbeidsrettet rehabilitering"[Title/Abstract])) OR ("arbeidstrening"[Title/Abstract])) OR ("arbeidsrettet tiltak"[Title/Abstract])) OR ("kirurgi"[Title/Abstract])) OR ("operasjon"[Title/Abstract])) OR ("generell kirurgi"[Title/Abstract])) OR ("elektiv kirurgi"[Title/Abstract])) OR ("kirurgiske inngrep"[Title/Abstract])) OR ("planlagte kirurgiske inngrep"[Title/Abstract])) OR ("operative inngrep"[Title/Abstract])) OR ("mindre kirurgiske inngrep"[Title/Abstract]))) AND (((("norway"[MeSH Terms]) OR ("scandinavian and nordic countries"[MeSH Terms])) OR ("norw*"))

8.5 Vedlegg 5. Kilder ikke funnet

Forsinket «Raskere tilbake», Dag Bruusgaard, 2008, Sosial Trygd
<https://app.cristin.no/results/show.jsf?id=457261>

8.6 Vedlegg 6. Kilder med usikkerhet rundt midler fra Raskere tilbake

Furunes, H., et al. (2018). "Lumbar total disc replacement: predictors for long-term outcome." Eur Spine J27(3): 709-718

Furunes, H., et al. (2017). "Total disc replacement versus multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic low back pain and degenerative discs: 8-year follow-up of a randomized controlled multicenter trial." Spine Journal 17(10): 1480-1488.

8.7 Vedlegg 7. PRISMA-ScR Checklist, utfylt.

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist. <http://prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Oppfylt, Side i
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Oppfylt, Side iii-v.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Oppfylt, Side 1
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Oppfylt, Side 2
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Ikke oppfylt
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Oppfylt, Side 16
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Oppfylt, Side 13
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Oppfylt, Side 73
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	Oppfylt, Side 17
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Oppfylt, Side 19

Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Oppfylt, Side 20
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Ikke oppfylt
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Oppfylt, Side 20

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Oppfylt, Side 21
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Oppfylt Side 23
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Ikke oppfylt
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Oppfylt Side 23 – 42
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Oppfylt, Side 28 – 36
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Oppfylt, Side 46
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Oppfylt, Side 43
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Oppfylt, Side 55
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Ikke oppfylt

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467–473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).