

Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet – en oppdatering

Prosjektplan for oppdatering av forskningskart

Sammendrag

Sykefraværet blant norske arbeidstakere er høyt, sammenlignet med andre land. Den nåværende Inkluderende Arbeidsliv (IA)-avtalen har som mål å redusere sykefraværet i Norge.

I 2021 publiserte Folkehelseinstituttet et forskningskart om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet. Det er nå et behov for et oppdatert forskningskart med bredere inklusjonskriterier og uten tidsavgringer på lengden av sykefravær. Hensikten med oppdateringen er å gi en bredere oversikt over kunnskapsgrunnlaget om tiltak, tilnærminger, tilbud eller virkemidler for å redusere sykefravær, samt å avdekke eventuelle kunnskapshull.

Et forskningskart er en type systematisk kunnskapsoppsummering som sorterer og synliggjør den tilgjengelige forskningen om en bred problemstilling. Vi vil gjennomføre systematiske litteratursøk i bibliografiske databaser og andre relevante kilder. To forskere vil parvis, og uavhengig av hverandre, vurdere referansenes titler, sammendrag og fulltekster opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi vil kode studiene vi inkluderer i det digitale verktøyet EPPI-Reviewer innenfor et forhåndsbestemt rammeverk. Forskningen vi identifiserer vil presenteres i en norskspråklig rapport og som et interaktivt, nettbasert forskningskart.

Tittel:

Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet

Prosjektplan for
forskningskart

Oppdragsgiver:

NAV

Bestillingsdato:

27.09.2021

Leveringsfrist:

31.08.2022

Lag:

Patricia S. J. Jardim (lagleder)
Hilde H. Holte
Ashley E. Muller

Fagfeller:

Hege Kornør, Folkehelseinstituttet
Simen Markussen, Frischsenteret

Godkjent av:

Rigmor Berg, avdelingsdirektør,
Folkehelseinstituttet
Kåre Birger Hagen, fagdirektør,
Folkehelseinstituttet

Summary

The rate of sickness absence among Norwegian workers is high relative to other countries. The current national letter of intent regarding a more inclusive working life ('IA-avtalen') aims to reduce the number of people in Norway who have sickness absence.

In 2021, the Norwegian Institute of Public Health published an Evidence and Gap Map (EGMs) on measures to reduce sickness absence. We aim to update this EGM with broader inclusion criteria and no limitations on the duration of sickness absence. The purpose of the update is to get an overview of the research on interventions, approaches, offers or schemes to reduce sickness absence, and to identify knowledge gaps.

EGMs are a systematic evidence synthesis product that displays the available evidence relevant to a broad research question. We will conduct systematic literature searches in electronic databases. Reviewers will screen retrieved references to assess whether they meet our inclusion criteria. We will code the included studies in the digital tool EPPI-Reviewer in accordance with a predefined framework. We will present the results in a report and as an interactive web-based evidence and gap map.

Title:

Research on measures to reduce workplace sickness absence

Protocol for evidence and gap map

Commissioner:

Directorate of labour and welfare

Commissioned date:

27.09.2021

Due date:

30.09.2022

Team:

Patricia Jardim (team leader)
Hilde H. Holte
Ashley E. Muller

Peer reviewers:

Hege Kornør, NIPH
Simen Markussen,
Frischsenteret

Approved by:

Rigmor Berg, department director
Kåre Birger Hagen, research director

Oppdrag

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk september 2021 i oppdrag av Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) å kartlegge forskning om tilnærminger, tilbud, virkemidler eller tiltak som kan redusere sykefravær, samt avdekke på hvilke områder forskningen er mangelfull. Oppdragsgiveren ønsket å oppdatere et forskningskart over forskning om tiltak for å redusere langvarige (definert som minst åtte uker) og hyppige sykefravær i arbeidslivet (1). Oppdateringen skal ha bredere inklusjonskriterier og flere søk etter grå litteratur uten begrensinger for lengde på sykefravær, for å gi NAV en bedre oversikt over forskningsfeltet. Forskningskartet vil gi oversikt over kunnskapsgrunnlaget på feltet og således kunne danne grunnlag for kunnskapsbaserte prioriteringer for videre forskning.

Innledning

Gitt at dette er en oppdatering, benytter vi mye av samme tekst som i den opprinnelige prosjektplanen (1).

Beskrivelse av problemet

Å stå utenfor arbeidslivet kan medføre individuelle og samfunnsmessige omkostninger (2-4). Den nåværende IA-avtalen (intensjonsavtale for et mer inkluderende arbeidsliv), som er en avtale mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, har som mål å redusere sykefraværet i Norge (5).

Sykefraværet blant norske arbeidstakere er høyt, sammenlignet med andre land (6). Det har holdt et nokså stabilt høyt nivå det siste tiåret, med en svak økning i årene fram til 2017 (7). I slutten av 2019 var det legemeldte sykefraværet på 5,3 % (8). Hovedårsakene til det legemeldte sykefraværet var muskel- og skjelettlidelser (33 %), psykiske lidelser (17 %) og sykdommer i luftveiene (13 %). Bransjer som har hatt et vedvarende høyt sykefravær – og som IA-avtalen 2019-2022 har et særskilt fokus på – er sykehus, sykehjem, barnehager, leverandørindustri til olje- og gassnæring, næringsmiddelindustri, rutebuss og persontrafikk, og bygg- og anleggsvirksomhet (8). En rapport av Sundell og medarbeidere (8) viser at de fleste sykefraværstilfellene i Norge er kortvarige. Tall for 2018 viser at ca. 70 % av de sykmeldte var sykmeldt i mindre enn åtte uker (8). Statistikk fra NAV viser at sannsynligheten for friskmelding er størst den første tiden etter sykmelding, deretter avtar den sterkt og flater ut ved ca. seks måneders sykmelding. Fra ni til tolv måneders sykmelding øker friskmeldingsraten igjen (9).

Koronapandemien har påvirket sykmeldingsstatistikken, med en betydelig økning i egenmeldt sykefravær. Arbeids- og Velferdsdirektør Hans Christian Holte, fortalte i september 2021 (10) at «sykefraværet er høyere enn normalt, men vi har sett svingninger mellom kvartalene i hele koronapandemien. I 1. og 3. kvartal i fjor var sykefraværet omtrent på samme nivå som nå. Vi følger utviklingen nøye og håper at sykefraværet vil synke etter hvert som samfunnet går tilbake til normalt tilstand». Kjønnsforskjellene i sykefravær også har økt ytterligere i koronapandemien. Menn har en svak nedgang og et sykefravær på 3,8 % (- 1,9 %), mens kvinners sykefravær har økt markant og er nå på 7,1 % (+ 9,4 %). Den kraftige økningen blant kvinner kan ha sammenheng med at kvinnedominerte yrker slik som undervisning, helse og sosialtjenester har hatt store utfordringer under koronapandemien (10).

I «Programnotat: FoU-program under IA-avtalen 2019-2022» (FoU: Forskning og Utvikling), understrekes det at det er særlig viktig å identifisere «effektive arbeidsmåter, samarbeidsformer, organisatoriske grep, tiltak, virkemidler og metodikk» (11) som kan redusere sykefravær, for så å bruke tilsvarende grep i det norske velferdssystemet og arbeidslivet i stor skala. Utfordringen er å identifisere virkemidlene. Per i dag vet vi for lite om tiltak som kan øke sannsynligheten for rask friskmelding og hindre langvarige sykefravær.

Beskrivelse av mulige tiltak

I Norge kan arbeidstakere motta sykepenges i inntil 12 måneder. Deretter må den sykmeldte enten gå tilbake til arbeid eller over på annen stønadstype. Gjennom sykmeldingsperioden er det et krav fra NAV at den sykmeldte er i arbeidsrelatert aktivitet, hvis mulig, og arbeidsgiver plikter å legge til rette for dette. Arbeidsgiver skal ha jevnlig kontakt med den sykmeldte i form av dialogmøter (12). Hensikten med dialogmøter og andre oppfølginger, er å øke sannsynligheten for rask friskmelding og å unngå langvarig sykefravær.

I Norge fins det en rekke innsatser for å øke sannsynligheten for rask friskmelding, slik som dialogmøter, og NAV og helsetjenestens satsning «HelseIArbeid» (før kalt 'Raskere Tilbake'). HelseIArbeid er en type arbeidsrettet rehabiliteringstiltak som skal gi rask tilgang til tverrfaglig utredning av vanlige muskel-skjelett- og psykiske plager, og arbeidsfokusert avklaring. Flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til den sykmeldte for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet. Dette kan f.eks. innebære rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring (poliklinikk) (13). Et annet tiltak for å øke sannsynligheten for rask friskmelding, er delvis sykmelding. Delvis sykmelding, også kaldt gradert sykmelding, innebærer at arbeidstaker er i arbeid deler av tiden og fraværende deler av tiden. Dette gir mulighet til å opprettholde arbeidstakers relasjon til arbeidsplassen (14). En systematisk kartleggingsoversikt fra 2018 viste at gradert sykmelding var forbundet med kortere sykmelding og høyere arbeidsdeltakelse, men ettersom kun 1 av 13 studier var eksperimentelle studier, er det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om årsaksforhold (15). En systematisk oversikt fra 2021 (16) fant at det ikke ser ut til å være en forskjell i effekt på arbeidsrettede rehabiliteringstiltak og andre aktive tiltak eller vanlig praksis på retur til arbeid for personer som er langtidssykmeldt.

Arbeids- og velferdsdirektoratets FoU-program under IA-avtalen, har til hensikt å identifisere forskningsbasert kunnskap som kan benyttes i arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær og uføretrygd (11). Hovedsatsningsområdene er forebyggende arbeidsmiljøarbeid og andre innsatser mot langvarige og/eller hyppige sykefravær. Med forebyggende arbeidsmiljøarbeid, menes i dette programmet strategier, tiltak og virkemidler for å fjerne risikofaktorer for arbeidsmiljøbelastninger, eller bidra til at faktorene ikke fører til helseskade eller -fravær. Arbeidsgiver i den enkelte virksomhet har det overordnede ansvaret for arbeidsmiljøet, og for at det gjennomføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter (11). Ifølge tall fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt, oppgir ca. en tredjedel av de som har vært sykmeldt i mer enn to uker, at arbeidsforhold er helt eller delvis årsak

til sykmeldingen. De beregner at 15 % av alle sykmeldinger kan tilskrives psykososiale forhold på arbeidsplassen (17). Tiltak som kan bedre arbeidsmiljøforhold, f.eks. å styrke det sosiale fellesskapet der arbeidet utføres, kan dermed se ut til å ha et betydelig forebyggingspotensial.

Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen

Vi er usikre på hvilke forskningsbaserte tiltak eller virkemidler som kan bidra til å oppnå rask friskmelding. En kartlegging av eksisterende forskning om ulike virkemidler mot sykefravær vil derfor være et viktig utgangspunkt i arbeidet med å utrede videre forskningsbehov ('Forskning' forstås her iht. store norske leksikons definisjon «å undersøke noe ved hjelp av vitenskapelig metode for å frembringe ny kunnskap» (snl.no/forskning)).

Det opprinnelige forskningskartet tok for seg forskning om tiltak for å hindre langvarige og/eller hyppige sykefravær i arbeidslivet – forstått som sykefravær i minst åtte uker (1). 109 publikasjoner møtte inklusjonskriteriene hvorav majoriteten av disse omhandlet effekt av tiltak. Rett under halvparten av alle studiene omhandlet arbeidsrettet rehabilitering. NAV ønsker nå er forskningskart med bredere inklusjonskriterier for å få større overblikk over forskningen på feltet. For det opprinnelige forskningskartet ble et stort antall studier blant annet ekskludert fordi studiedeltakerne var sykmeldt kortere enn åtte uker. I vår oppdatering vil det ikke være begrensinger på sykefraværets varighet, uttrykt mål med studien trenger ikke være virkningen av tiltak for å redusere sykefravær og vi vil ha en bredere definisjon av tiltak. Vi vil også gjøre et mer omfattende litteratursøk for å fange opp flere studier i nordiske land. Oppdateringen vil dermed kunne inkludere flere studier enn det opprinnelige forskningskartet.

Oversikten vil omhandle personer som er sykmeldt. Fokuset på denne oppsummeringen vil derfor være sekundærforebygging (når problemet har oppstått) og tertiærforebygging (etter at problemet har fått en negativ utvikling, for slik å begrense en forverring av situasjonen). Oppdateringen vil i likhet med det opprinnelige forskningskartet ikke omhandle studier om innsatser som settes inn før sykefravær oppstår (primærforebyggende tiltak).

Mål og problemstilling

Hensikten med dette forskningskartet er å sortere og synliggjøre forskningen om tiltak, tilbud, virkemidler eller tilnærminger for å redusere sykefravær, samt avdekke på hvilke områder forskningen er mangelfull. Dette omfatter også tiltak som tjenestenes arbeid, arbeidsrettet kognitiv terapi, samtaler, oppfølging, miljøterapeutisk arbeid, organisatorisk samarbeid, tverretatlig samarbeid. Forskningskartet vil kunne danne grunnlag for kunnskapsbaserte prioriteringer for videre forskning på feltet.

Metode

For å besvare oppdraget vil vi oppdatere det eksisterende forskningskartet (<https://www.nornesk.no/forskningskart-sykefravaer/tiltak-redusere-sykefravaer.html>) i et nytt kart. Et forskningskart er et systematisk kunnskapsoppsummeringsprodukt som synliggjør den tilgjengelige forskningen som gjelder et spesifikt, bredere forskningsspørsmål. Denne typen forskningskartlegging egner seg særlig godt til å identifisere kunnskapshull, da den forutsetter et forhåndsbestemt konseptuelt rammeverk for hvilket forskningstema og hvilke typer forskningsdesign som skal kartlegges. Metoden innebærer systematiske litteratursøk, utvelgelse av studier basert på forhåndsbestemte inklusjonskriterier, kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene og koding av inkluderte studier innenfor et forhåndsbestemt rammeverk.

Metodene som brukes i utarbeidelsen av dette forskningskartet er basert på FHIs metodebok (18) og Campbell Collaborations retningslinje for forskningskart (19).

Inklusjonskriterier

Fordi vi har endret inklusjonskriteriene til å favne mye bredere antar vi at det vil være en stor treffmengde både i søkerresultatet og i utvelgelsen av studier sammenlignet med det opprinnelige forskningskartet. Grunnet tid- og ressursrammer har vi følgende forhold med hensyn til koding:

- Hvis vi identifiserer ≥ 30 kvalitative studier som møter inklusjonskriteriene, vil vi plassere alle studier med et kvalitativt design i et eget vedlegg uten å foreta noen koding.

Andre inkluderte studiedesign vil bli kodet og lagt inn i det interaktive forskningskartet uavhengig av mengde studier.

Inklusjonskriteriene er presentert i tabell nedenfor:

Studiedesign	<p>Inkluderte studier må være empiriske¹, enten primærstudier slik de er beskrevet under, eller kunnskapsoppssummeringer².</p> <p>For kunnskap om effekt/virkning av intervensjonen: studier med sammenligningsgrupper, f.eks. eksperimentelle studier, kvasiekperimentelle studier, registerstudier, prospektive og retrospektive kohortstudier o.l.</p> <p>For kunnskap om endring over tid blant sykmeldte som har fått intervensjonen: studier som har fulgt deltakere over tid, uten sammenligningsgruppe (f.eks. før-og-etter studier). Det er ikke mulig å trekke slutninger om virkning av tiltak fra slike studier.</p> <p>For kunnskap om erfaring/opplevelser: kvalitative studier. Disse studiene vil bli satt i et eget vedlegg.</p>
Populasjon	<p>Personer i et aktivt arbeidsforhold (arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende, frilansere, o.l.) som er sykmeldt.</p>
Intervensjoner/eksponering	<p>Fokuset i forskningskartet vil være på sekundær- og tertiær forebyggende intervensjoner: tiltak som skjer etter at personen er sykmeldt.</p> <p>Det er et krav at den sykmeldte får en form for intervensjon, definert som: alle mulige tiltak, tilbud, virkemidler og tilnærminger som har til hensikt å motvirke eller begrense sykefravær og få personer tilbake i jobb.</p> <p>Disse tiltakene/tilnærmingene o.l. kan gis av forskjellige aktører, både i offentlig og privat sektor. Tilnærminger inkluderer også kontakt og oppfølging av sosialarbeidere, trygdeansatte, leger eller andre som arbeider rettet mot den sykmeldte, samt regelverksendringer. Tiltakene kan ha forskjellig lengde, være rettet mot individnivå eller systemnivå.</p> <p>Tiltakene kan også være forebyggende mot langtidssykmelding (personen er da allerede sykmeldt).</p>

¹ For å være empirisk må en primærstudie inneholde konkrete undersøkelser (observasjon, eksperiment) for å få ny kunnskap og/eller etterprøve eksisterende kunnskap) som inneholder en beskrivelse av metodene for datainnsamling og analyse.

² For å bli klassifisert som en systematisk oversikt må oversikten ha følgende karakteristika: en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene (beskrevet i område for [helsetjenesters metodehåndbok](#)). Dette inkluderer også mixed metode studier (systematiske oversikter som inneholder både kvalitativ og kvantitativ data)

Sammenlikninger	<p>For kunnskap om effekt/virkning av intervensjonen: Alle typer sammenligningsgrupper inkluderes.</p> <p>For kunnskap om endring over tid blant sykmeldte som har fått intervensjonen: ingen sammenligningsgrupper kreves.</p> <p>For kunnskap om erfaring: studier med eller uten sammenligningsgrupper.</p>
Utfall	<p>For kvantitative studier må ett eller flere av følgende utfall rapporteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • retur til arbeid heltid eller deltid (inkludert retur til annet arbeid og arbeidsformidling) • tid før retur til arbeid • tid i arbeid før ny sykmeldingsperiode • overgang til trygdeytelse/-bruk og gradert sykmelding • redusert sykefravær/varigheten på sykefraværet • antall timer i arbeid <p>For kvalitative studier: erfaringer med og opplevelser av tiltaket, tilnærmingen, virkemidlet eller tilbudet</p>
Publikasjonsår	2001 (starten av IA-avtalen)- 2022. Dette for mest mulig hensiktsmessig kobling med nåværende nasjonale føringer.
Land/kontekst	<ul style="list-style-type: none"> • Norge, Danmark, Sverige, Island, Finland (Norden) • Nederland, Storbritannia (pga. det er land som har lignende sykefraværsordninger som Norge). <p>Studier utført i Australia og Tyskland vil vi legge i en egen liste som plasseres i et vedlegg til rapporten</p>
Språk	Alle. Relevante publikasjoner på språk vi ikke klarer å finne kompetanse til å vurdere fra kolleger ved FHI, vil vi liste i et eget vedlegg i rapporten.
Studiestatus	Kun publiserte (ikke pre-print) studier.
Annet	<p>Så lenge minst én deltaker i primærstudiene møter inklusjonskriteriene (er sykmeldt), vil vi inkludere studien.</p> <p>Vi vil inkludere systematiske oversikter så lenge minst halvparten av studiene møter inklusjonskriteriene</p>

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderer studier og publikasjoner som:

- Ikke-systematiske litteraturoversikter, konferansesammendrag og prosjektplaner
- Kronikker, debattinnlegg, omtaler/reportasjer om forskning og tilsvarende publikasjonstyper
- Pre-publikasjoner (fordi de ikke er indeksert i litteraturl databaser, de har ikke gjennomgått fagfelleevaluering og de kan inneholde feil i data og analyser som rettes opp etter fagfelleevaluering (20)).

- Masteroppgaver, eksamensbesvarelser og doktoravhandlinger
- Studier med kun helseøkonomiske evalueringer
- Studier som kun omhandler prosessevaluering av tiltaket (slik som implementeringsstudier)
- Studier som kun omhandler prognosen til den sykmeldte (f.eks. hvordan utvikler sykdommen seg)
- Studier som kun handler om hvorfor noen blir sykmeldte (prediktor)(kjønn, søvn osv.)
- Studier som i hovedsak omhandler primærforebyggende tiltak gitt til personer som ikke har sykfravær

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar Ingrid Harboe vil utarbeide en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utføre søkene. Litteratursøket vil ta utgangspunkt i søket som ble gjort for det opprinnelige forskningskartet, med noen justeringer (1). Litteratursøket vil bli fagfelle-vurdert av en annen bibliotekar. Vi vil søke i følgende databaser:

- CINAHL
- Cochrane Library: Cochrane Reviews; Cochrane Protocols; Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Campbell Collaboration (Subject area: Social Welfare)
- Embase (Ovid)
- Epistemonikos (Broad Synthesis & Systematic Reviews)
- Ovid MEDLINE
- PsycInfo (Ovid)
- Scopus
- Sociological Abstracts (inkl. Social Services Abstracts)
- SveMed+

Søk i andre kilder

Forbeholdt at vi inkluderer 600 eller færre referanser fra databasesøket til fulltekstlesning, vil vi i tillegg søke i følgende grå litteratur kilder:

- Idunn
- Sciencedirect
- Oria
- Nora
- Google Scholar (de første 100 referansene)
- Cristin
- Evalueringsportalen.no
- Nav.no
- Star.dk (Styrelsen for Arbejdsmarked og rekruttering)
- Forsakringskassan.se

- Arbetsformedlingen.se

Skulle vi inkludere flere enn 600 referanser på tittel og abstraktnivå som deretter skal gjennomgås i fulltekst, vil vi redusere antall grå litteraturkilder og kun søke etter grå litteratur på nettsiden til skandinaviske organisasjoner som arbeider med sykmeldte. Vi vil da søke etter relevant litteratur på følgende nettsider: Nav.no, Star.dk, Forsakringskassan.se og Arbetsformedlingen.se. For å finne ytterligere relevante studier vil vi deretter bruke «knowledge graph» i MAG (Microsoft Academic Graph). MAG er en maskinlæringsfunksjon som identifiserer referanser med lignende innhold, herunder også referanser fra grå litteraturkilder, uten å måtte oppgi nøkkelord eller søkeord (21;22). Videre vil vi bruke maskinlæringsfunksjonen «custom classifier» på alle referansene fra MAG (23). For mer informasjon om «custom classifier» se avsnittene som omhandler utvelging av studier.

Utvelging av studier

Prosjektmedarbeiderne (Patricia S. J. Jardim/Hilde H. Holte/Ashley E. Muller) vil gjøre uavhengige vurderinger («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Studier vi er enige om at er relevante, innhenter vi i fulltekst, og to prosjektmedarbeidere gjør uavhengige vurderinger av disse. Vi vil pilotere inklusjonskriteriene på de 200 første studiene, for å sikre at prosjektmedarbeiderne har en felles forståelse for inklusjonskriteriene. Uenighet om vurderinger av titler/sammendrag og fulltekster løser vi ved diskusjon, eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Vi vil importere referansene til EndNote (24) og bruke det elektroniske verktøyet EPPI-Reviewer (25) i hele utvelgelsesprosessen, inkludert ulike maskinlæringsfunksjoner, for å effektivisere vurdering av titler og sammendrag. Fordelen med å benytte maskinlæringsfunksjoner i utvelgelsesprosessen, er at det gjør det mulig å benytte mer effektive vurderingsstrategier, for eksempel erstatte dobbeltvurdering av to personer med enkeltvurdering, eller benytte maskinens vurderinger (automatisk inklusjon eller eksklusjon av titler og sammendrag) for deler av referansene.

I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag vil vi benytte «priority screening», en rangerings-algoritme i programvaren EPPI-Reviewer (25). Algoritmen læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragnivå. Referanser som algoritmen anser som mer relevante, blir skjøvet frem i «køen» (dvs. EPPI-Reviewer «lærer» hvilke referanser vi anser som relevante) (26). På denne måten kan vi få et raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene, enn om vi leser referansene i tilfeldig rekkefølge. Ved en tydelig utflating av inklusjonskurven i programvaren, vil vi vurdere om én prosjektmedarbeider leser de gjenstående referansene alene.

Om vi får et stort antall referanser i litteratursøket, vil vi vurdere å bruke «*automatic text clustering*» i programvaren EPPI-Reviewer. «*Automatic text clustering*» gjør det mulig å raskt få overordnet oversikt over likheter og ulikheter i referansene, som ofte

tilsvarende temaområder, populasjoner, tiltak, studiedesign, m.m. Denne maskinlæringsfunksjonen analyserer fordelingen og konteksten av ord, deler av ord eller termer i titler og sammendrag, og genererer grupper automatisk basert på fellestrekk i referansteksten. Hver referanse kan tilordnes én eller flere grupper. Temaområder vi identifiserer som åpenbart irrelevante, vil bli gjennomgått av kun én prosjektmedarbeider eller automatisk ekskludert av prosjektlederen.

Vi vil vurdere å benytte en «custom classifier»-modell i programvaren EPPI-Reviewer (25). En «custom classifier» er en maskinlæringsfunksjon med en tilpasset modell for den gitte problemstillingen, som kategoriserer referansene som relevant eller ikke relevant (26). «Custom classifier»-modellen i Eppi-reviewer presenterer referansene i henhold til prosentvis sannsynlighet for relevans. Modellens nøyaktighet er svært avhengig av dataene brukt til å bygge den. Vi vil, basert på modellen, vurdere om (kun) én prosjektmedarbeider skal vurdere referanser som maskinen vurderer til å ha lav eller høy sannsynlighet for å møte inklusjonskriteriene. Vi skal også vurdere å benytte maskinens vurderinger for eksklusjon av referansene som er vurdert til å ha <20 % sannsynlighet for å møte inklusjonskriteriene. Vi vil bruke en «custom classifier» på referansene vi har hentet ut av MAG, og vi vil kun lese studier som er antatt til å ha 80 % eller høyere sannsynlighet for relevans.

Vi vil lage et flytdiagram av studier fra databasene til endelig inklusjon. Vi vil rapportere hvor mange av referansene som ble vurdert av prosjektmedarbeiderne og ev. hvor mange som ble vurdert automatisk. Gjennomføring av maskinlæringsfunksjonene vil bli gjort i samråd med en medarbeider med tilstrekkelig maskinlæringskompetanse (Ashley E. Muller og Patricia S. J. Jardim).

Uthenting av data og koding

Vi bruker et pilotert datauthentingsskjema i det digitale verktøyet EPPI-Reviewer (25). Én medarbeider (Patricia S. J. Jardim/Hilde H. Holte/Ashley E. Muller) henter ut data fra de inkluderte studiene og en annen (Patricia S. J. Jardim/Hilde H. Holte/Ashley E. Muller) kontrollerer dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet om kodingen vil vi inspisere fullteksten på nytt og drøfte oss fram til felles enighet om kodingen. Publikasjonene vil bli kategorisert på eget grunnlag. Vi vil altså ikke ta stilling til om det er en sammenheng mellom, eller på tvers av, publikasjonene.

Om vi får et stort antall inkluderte studier vil vi vurdere å bruke clustering for å hjelpe med kodingen. Automatisk genererte grupper vi anser som åpenbart relevante vil vi vurdere å bruke som kategorier.

Om vi får nok inkluderte studier for å bygge custom classifiers, vil vi vurdere å bruke dem for å hjelpe med kodingen. Studier klassifisert med høy (>90 %) sannsynlighet til å kodes som en viss kategori blir kodet deretter av kun én prosjektmedarbeider.

Vi eksporterer dataene fra EPPI-Reviewer i form av en json-fil, som vi laster opp i den digitale plattformen EPPI-Mapper (27). Herfra genererer vi en html-fil som, når den åpnes i Google Chrome, viser et interaktivt forskningskart.

Studiekarakteristika

Vi henter ut følgende studiekarakteristika fra de inkluderte studiene: Studiedesign, land, type sykefravær, type tiltak, type diagnose.

Kodebok

Utviklingen av en kodebok er en del av prosjektet. Hensikten med kodeboken er at prosjektmedarbeiderne skal ha en felles forståelse av hvordan kodene skal brukes. Kodeboken skal derfor spesifisere hvilke hoved- og underkategorier som skal inngå i forskningskartets akser, filter og segmenter, med definisjoner og eksempler.

Med hensyn til hvilke kategorier vi skal bruke til å kode de inkluderte studiene med, tar vi utgangspunkt i det opprinnelige forskningskartet (1). Eksempler på koder fra det forrige forskningskartet er: type sykefravær, type tiltak og diagnose. Vi vil be om innspill fra oppdragsgiver og ev. fagfellene til å nyansere kategoriene, og ved behov vil vi justere kategoriene og rammeverket. Ved ev. endring, vil vi pilotere kategoriene og rammeverket ved å velge ut ca. 10 inkluderte studier og kode dem i EPPI-Reviewer.

Leveranser og publisering

Rapport

Prosjektets sluttprodukt er en rapport som framstiller de inkluderte studiene i tabeller og diagrammer ledsaget av forklarende tekst om forekomsten av forskningsbasert dokumentasjon og kunnskapshull for prosjektets tematikk. Rapporten er først og fremst beregnet for Arbeids- og velfredsdirektoratet, men skal også kunne leses av et bredt publikum. Rapporten skal skrives i et klart språk på norsk. Rapporten vil bli publisert på fhi.no.

Digitalt forskningskart

I tillegg vil vi publisere selve forskningskartet på den digitale, interaktive formidlingsplattformen EPPI-Mapper (27). Det digitale forskningskartet vil illustrere forekomsten av studier som handler om de ulike hoved- og underkategoriene. Brukerne av matrisen kan velge en gitt kombinasjon av kategorier, og få opp en referanseliste med studier som er kodet med de aktuelle kategoriene. I tillegg vil brukerne kunne filtrere forskningskartet på de forhåndsbestemte filtreringsvariablene.

Godkjent prosjektplan blir lagt ut på www.fhi.no

Fagfelleevaluering av prosjektplan og rapport

Én ekstern fagfeller, Simen Markussen, og én intern fagfelle ved Folkehelseinstituttet, Hege Kornør, fagfellevaluerer prosjektplanen.

Prosjektplan og rapport skal klareres av kontaktpunkt i ledelsen før den fagfellevalueres og før godkjenning av fagdirektør i Folkehelseinstituttets klynge for vurdering av tiltak.

Prosjektgruppen vil ha jevnlig dialog med oppdragsgiver, NAV. Oppdragsgiver vil få mulighet til å komme med innspill på prosjektplan, søkestrategi og rapportutkast underveis i arbeidet med forskningskartet, men det understrekes at vi utfører arbeidet uavhengig av oppdragsgiver og i henhold til prosjektplanen. Vi planlegger å ha minst tre informasjonsmøter med oppdragsgiver, ett i februar og i mars og i mai, for gjensidig oppdatering og informasjonsutveksling.

Tidsplan

Startdato: 20.09.2021

Sluttdato: 31.08.2022

<i>Trinn/delleveranse</i>	Startdato	Sluttdato
<i>Utvikling av prosjektplan</i>	27.09.2021	20.12.2021
<i>Litteratursøk</i>	05.01.2022	10.01.2022
<i>Utvelging av studier</i>	10.01.2022	21.03.2022
<i>Informasjonsmøte med oppdragsgiver</i>		22.03.2022
<i>Uthenting av data/koding</i>	28.03.2022	02.05.2022
<i>Informasjonsmøte med oppdragsgiver</i>		04.05.2022
<i>Rapportutkast</i>	09.05.2022	07.06.2022
<i>Fagfelleevaluering</i>	08.06.2022	22.06.2022
<i>Godkjenning</i>	18.08.2022	23.08.2022
<i>Oversendelse oppdragsgiver</i>		31.08.2022
<i>Publisering</i>		21.09.2022

Tiltak ved ev. forsinkelse

Hvis det skulle oppstå forhold som utgjør en risiko for at leveringsfristen vanskelig kan overholdes, som f.eks. uforutsett langtidsfravær blant prosjektmedarbeiderne, et større enn forventet antall publikasjoner som må leses i fulltekst, eller andre forhold, vil ett eller flere av følgende tiltak være aktuelle:

- Økt bemanning innenfor den avtalte oppdragsrammen
- Erstatte prosjektmedarbeidere ved fravær/sykdom
- Forlengelse av leveringsfristen (etter avtale med oppdragsgiver)

Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI

Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet, 2017.

Meneses-Echavez JF, Baiju N, RC. B. Effekt av gradert sykmelding vs. full sykmelding på sykefravær og arbeidstilknytning. Folkehelseinstituttet; 2018.

Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Johansen TB. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding hos personer med psykiske lidelser. Folkehelseinstituttet; 2020.

Tingulstad A, Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Bjerk M, Holte HH. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk Oversikt. Rapport –2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Referanse

1. Berg RC, Jardim PJJ, Holte HH. Forskning om tiltak for å redusere langvarige og hyppige sykefravær i arbeidslivet: Et forskningskart. Rapport –2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. .
2. Ringnes IF. 700.000 står utenfor arbeidsliv og utdanning. Mennesker og muligheter. 2019, 16. januar. Tilgjengelig fra <https://memu.no/artikler/700-000-star-utenforarbeidsliv-og-utdanning/>.
3. Kommunesektorens organisasjon. Fra utenforskap til inkludering. Grunnlagsdokument fram mot Kommunalpolitisk Toppmøte og Landstinget 2016. 2015. Tilgjengelig fra <https://www.ks.no/fou-sok/2016/154038/>.
4. Tjora A. Utenforskap. Store Norske leksikon. 2019. Tilgjengelig fra <https://snl.no/utenforskap>.
5. IA-avtalen. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Et arbeidsliv med plass for alle. 1. januar 2019 – 31. desember 2022. 2018. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/
6. Hemmings P, Prinz C. Sickness and disability systems: Comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. Economics Department working papers No.1601 Available from [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=EC/O/WKP\(2020\)9&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=EC/O/WKP(2020)9&docLanguage=En).
7. NAV. Sykefraværstatistikk. Tilgjengelig fra [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar\[lest\]](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar[lest]).
8. Sundell T. Utviklingen i sykefraværet 4. kvartal 2019 [Notat]. Oslo: Arbeids- og velferdsetaten; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/sykefravar-statistikknotater>
9. Nossen JP, Brage S. Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? Arbeid og velferd 2016;(3):75-99.
10. NAV. Markant økning I sykefraværet. Tilgjengelig fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/markant-okning-i-sykefravaeret> [lest 09.12.2021].
11. NAV. Programnotat for FOU-program under IA-avtalen 2019-2022. Tilgjengelig fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/fou-midler/fou-programmet-under-ia-avtalen>.
12. Helsedirektoratet. Faglig veileder for sykmeldere. Kapittel 8 Sykmelders rolle i sykmeldingsperioden: Oppfølgingsplan, aktivitetskravet og dialogmøter [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 7. desember 2016; lest 22. januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>

13. Arbeids- og velferdsetaten. Arbeidsrettet rehabilitering[oppdatert 1. desember 2019; lest 25. januar 2021]. Tilgjengelig fra:
<https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb/arbeidsrettet-rehabilitering>
14. Grødem S. Partial sick leave in Norway: high hopes for social inclusion. European Commission. 2015. ESPN - Flash report 2015/58.
15. Meneses-Echavez JF, Baiju N, RC. B. Effekt av gradert sykmelding vs. full sykmelding på sykefravær og arbeidstilknytning. Folkehelseinstituttet; 2018. .
16. Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Bjerk M, Holte HH. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt [Work-related interventions for people on long-term sick leave: a systematic review] Rapport –2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.
17. STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og helse. STAMI-rapport, årgang 19, nr. 3, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2018. .
18. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning.Håndbok for Folkehelseinstituttet. 4. reviderte utg. Oslo: Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet; 2018.
19. The Campell Collaboration. Evidence and gap maps (EGMs). Tilgjengelig fra:
<https://campbellcollaboration.org/evidence-gap-maps.html>.
20. Nouri SN, Cohen YA, Madhavan MV, Slomka PJ, Iskandrian AE, Einstein AJ. Preprint manuscripts and servers in the era of coronavirus disease 2019. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2020;1–6. .
21. Sinha A, Shen Z, Song Y, Ma H, Eide D, Hsu B-J, et al. An Overview of Microsoft Academic Service (MAS) and Applications. på Proceedings of the 24th International Conference on World Wide Web; Florence, Italy. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1145/2740908.2742839>.
22. Shemilt I, Arno A, Thomas J et al. Cost-effectiveness of Microsoft Academic Graph with machine learning for automated study identification in a living map of coronavirus disease 2019 (COVID-19) research [version 1; peer review: awaiting peer review]. Wellcome Open Res 2021, 6:210 (<https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.17141.1>).
23. Himmels JPW, Qureshi SA, Brurberg KG, Gravningen KM. COVID-19: LongTerm Effects of COVID-19 [Langvarige effekter av covid-19. Hurtigoversikt 2021] Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021.
24. Clarivate. EndNote X9. Philadelphia, PA; 2013. .
25. Thomas J GS, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London; 2020.
26. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, McKenzie JE. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. BMJ. 2021 Mar 29;372:n160. doi: 10.1136/bmj.n160. PMID: 33781993; PMCID: PMC8005925.
27. Digital Solution Foundry and EPPI-Centre (2020). EPPI-Mapper, Version 1.2.5. EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London.