

Prosjektplan for *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding*

Plan utarbeidet: Januar-mars 2020

Vedlegg: Metodebegreper

Kort ingress: Fagmiljø for velferdstjenesteforskning i Folkehelseinstituttet (FHI) fikk våren 2019 i oppdrag av Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering (oversikt) om effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte og de som står i fare for å bli langtidssykmeldte.

Kort beskrivelse/sammendrag

I gjeldende IA-avtale (Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2019-2022) er de to overordnede målene å redusere sykefravær samt å redusere frafall fra arbeidslivet. Sistnevnte gjelder i særlig grad langtidssykmeldte som kanskje ikke kommer tilbake i arbeid. For denne gruppen tilbyr NAV og helsetjenesten ulike arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, men det er usikkerhet om disse har en effekt på tilbakekomst i arbeid. NAV har bedt FHI om å utføre en systematisk oversikt over studier av effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak blant langtidssykmeldte eller de som står i fare for langtidssykmelding. Vi vil primært undersøke effekter på retur til arbeid på kort og lang sikt, sekundært mestringstro, sykdomssymptomer, funksjon, samt kostnadseffektivitet.

English

In the present *Letter of Intent regarding a more inclusive working life* ("IA agreement"), the two main objectives are to reduce sick leave and to reduce withdrawal from work life. The latter relates particularly to people on long-term sick leave who might not return to work. To this group the Labour and Welfare service (NAV) and the health services offer various occupational rehabilitation interventions, however, the effects of these interventions are uncertain. NAV commissioned the Norwegian Institute of Public Health to carry out a systematic review of studies of effect of occupational rehabilitation interventions among people on long-term sick leave or at risk for long-term sick leave. We will primarily look at effects on return to work on short and long term, secondarily at effects on self-efficacy, disease symptoms, function and cost-effectiveness.

Prosjektkategori og oppdragsgiver

Produkt: Systematisk oversikt

Tematisk område: Arbeid og velferd

Oppdragsgiver/bestiller: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)
v/ Thorgeir Hernes (thorgeir.hernes@nav.no)

Prosjektledelse og medarbeidere

Prosjektleder: Heid Nøkleby

Prosjektansvarlig: Rigmor C. Berg

Interne medarbeidere: Trine Bjerke Johansen (forsker), Jose F. Meneses-Echavez (forsker), Alexander Tingulstad (forsker), Gyri Hval (forskningsbibliotekar)

Interne fagfeller: Hege Kornør, Jan Peter William Himmels

Eksterne fagfeller: Hege Randi Eriksen (Høgskulen på Vestlandet, Uni Research Helse), Chris Jensen (Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering)

Referansegruppe: Gunn Hege Marchand (NTNU),
Randi Wågø Aas (OsloMet, Universitetet i Stavanger)

Plan for erstatning ved prosjektdeltakeres fravær: Prosjektansvarlig finner erstatter

Mandat

Våren 2019 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag fra NAV å utarbeide en systematisk oversikt om effekter av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte og de som står i fare for å bli langtidssykmeldte. I november 2019 ble arbeidet med prosjektplanen igangsatt.

Mål

Oppsummeringen skal gi en oppdatert oversikt over kunnskapsstatus angående effekter av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte og de som står i fare for å bli langtidssykmeldte, med formål å kunne bidra til fremtidig politikkutvikling på feltet.

Nytteverdi

Kostnadene forbundet med Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, i regi av NAV og helsetjenesten utgjør årlig rundt 800-1000 millioner kroner (1). Det er usikkerhet og til dels uenighet om virkningen av denne type tiltak på tilbakekomst i arbeid (2). Økt kunnskap om effekter vil

kunne bidra til beslutninger om det offentlige bør satse på omfattende, helsebaserte tjenester eller alternative innsatser overfor denne målgruppen.

Bakgrunn

Langtidssykefravær ses som en økende folkehelseutfordring i mange industrialiserte land (3), inkludert Norge. IA-avtalen (*Intensjonsavtale for et mer inkluderende arbeidsliv*), en avtale mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, har blant annet som mål å redusere sykefraværet i Norge. Gjeldende avtale har to overordnede mål: 1) å forebygge sykefravær og 2) redusere frafall fra arbeidslivet. Under sistnevnte mål heter det: «med frafall menes personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake til arbeid etter fravær. Det er vanligvis langtidssykmeldte som går over på arbeidsavklaringspenger og etter hvert til uføretrygd eller personer som går over til tidligpensjonering» (IA-avtalen (4), side 2). I en rapport fra 2018 om oppfølging av IA-arbeidet fremheves mangelen på kunnskap om effekten av tiltakene som skal bidra til redusert sykefravær (2). I faggruppens rapport heter det: «Sentrale forskere som har oppsummert kunnskapsstatusen på feltet, har konkludert med at de fleste beslutninger om IA-tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om hvorvidt tiltakene faktisk virker.» ((2) side 9). Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak som er evaluert i Norge, viser sprikende resultater (2).

Sykefravær i Norge

Det totale (sesongjusterte) sykefraværet var på 5,9 prosent i tredje kvartal 2019 (5). Det legemeldte sykefraværet var på 5,0 prosent og det egenmeldte på 0,9 prosent. De siste årene har sykefraværet ligget relativt stabilt på litt under 6 prosent (5). NAVs analyser tyder på at konjunkturer i arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet på to måter: Det blir færre nye sykefraværstilfeller når ledigheten er høy, men den gjennomsnittlige varigheten på sykefraværet øker. 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 samt bygg- og anleggsvirksomhet (5).

Fordelt på kjønn var det totale sykefraværet 4,5 prosent for menn og 7,5 prosent for kvinner (5). En tilsvarende forskjell ses også i andre land (5). Den nominelle (absolutte) differansen har ligget på rundt tre prosentpoeng i Norge de siste årene, men ettersom menn har hatt en større relativ nedgang i sykefravær siden 2001 har den relative kjønnsforskjellen økt fra 49 til 68 prosent i denne perioden (6). Kvinners økte sykefravær kan skyldes blant annet svangerskapsrelaterte lidelser, ansvar for små barn, samt at for noen kvinner blir sykefraværet spesielt langvarig, f.eks. i tilfellene depresjon og andre psykiske vansker (5). Statistikk fra NAV

viser at menn er i flertall når det gjelder det kortvarige sykefraværet (1 dag-8 uker), mens kvinner er i flertall når det gjelder det langvarige sykefraværet (>8 uker) (7). Kjønnforskjellene påvirkes også av ulike yrkesvalg og stillingstyper, kvinners tradisjonelle ansvar for familie (omsorgsoppgaver), biologiske helseforskjeller og ulik sykeatferd (5;6). I en gjennomgang fra 2014 av litteraturen om kjønnforskjeller knyttet til sykefravær, diskuteres det komplekse samspillet mellom forhold på individnivå, i familien, på arbeidsplassen og i arbeidsmarkedet samt samfunnets strukturer og rammer (8).

Den viktigste enkeltbegrunnelsen for det legemeldte sykefraværet var muskel- og skjelettlidelser, de utgjorde 33 prosent av alle sykmeldinger 3. kvartal 2019 (5). Deretter fulgte psykiske lidelser med 17 prosent. Andelen med psykiske lidelser er muligens høyere; internasjonal forskning har vist at psykiske plager ofte underrapporteres som sykmeldingsgrunn (5). Den tredje største gruppen var sykdommer i luftveiene med 13 prosent. Når man ser på fordelingen med hensyn til antall dager sykefravær, steg muskel- og skjelettlidelser til 37 prosent og psykiske lidelser til 22 prosent, mens sykdommer i luftveiene sank til fem prosent (tall fra 3. kvartal 2019) (5).

Norge har også geografiske forskjeller med hensyn til sykefravær. I siste kvartal 2019 hadde Oslo i gjennomsnitt det laveste legemeldte sykefraværet (3,6 prosent; landsgjennomsnittet var 4,3 prosent) mens Nordland hadde 5,1 prosent. Ulik alderssammensetning, utdanningsnivå samt andel ansatte i offentlig sektor kan forklare mye av forskjellene, men muligens bidrar også ulikheter i arbeidsmarked og i innbyggernes holdninger til sykefravær (5).

De fleste sykefraværstilfellene var kortvarige, 16 dager og under (60,3 prosent i 3. kvartal 2018). Til sammen var 80,3 prosent sykmeldt i under åtte uker, mens 19,8 prosent var sykmeldt i åtte uker eller lenger og 7,9 prosent var sykmeldt i ett halvt år eller lenger. Denne fordelingen på varighet ser ut til å være ganske stabil (5). Tall fra 2017-18 viste at i antall sykefraværsdager utgjør likevel sykmeldingene med varighet over åtte uker rundt 70 prosent (9). Kun 6 prosent av sykmeldingene varte mer enn et halvt år, men de utgjorde 45 prosent av alle fraværsdage (9). Etter 12 måneder betaler ikke lenger NAV sykepenges og den sykmeldte må enten gå tilbake til arbeid eller over på annen stønadstype.

For sykmelding generelt viser statistikk fra NAV en u-kurve; den første tiden er sannsynlighet for friskmelding størst, deretter avtar den sterkt og flater ut rundt seks måneders sykmelding. Fra ni måneder øker sannsynligheten igjen, frem til dagen før sykepengerektighetene utløper (10). Etter endt sykmeldingsperiode ved ett år går den største gruppen over på arbeidsavklaringspenger (AAP). For å få AAP må personen være minst 50 prosent arbeidsufør, motta arbeidsrettede tiltak eller behandling (eller vente på dette), med et mål om å komme tilbake i arbeid i løpet av perioden på tre år (nav.no).

Statistikk fra NAV viser en oversikt over hva 40 000 langtidssykmeldte i 2017 gjorde seks måneder etter at sykepengerrettighetene var brukt opp (11). 20 prosent hadde gått tilbake til arbeid, 56 prosent fikk AAP (hvorav en tredjedel også er i delvis arbeid), 8 prosent fikk uføretrygd (eventuelt gradert), 5 prosent fikk alderstrygd/avtalefestet pensjon (2 prosent er samtidig i jobb), 4 prosent fikk dagpenger – og 7 prosent fantes det ikke lenger opplysninger om i NAVs register (11).

Arbeidstakere *i fare for langtidssykmelding* er en gruppe som mange arbeidsrettede rehabiliteringstiltak også ønsker å nå, i tråd med NAV og helsetjenestens satsning (før Raskere tilbake, nå Helse og arbeid).

Det har vært en markant nedgang i frafall fra arbeidslivet etter langtidssykmelding mellom 2002 og 2017 (11). Mesteparten av denne nedgangen kom imidlertid i 2004-2005 og kan knyttes til endringer i regelverket med hensyn til legers sykmeldingspraksis, aktivitetsplikt for sykmeldte samt økt bruk av gradert sykmelding (11). Det har også vært en nedgang i antallet som bruker opp sykepengerrettighetene sine (5).

Sykelønnsordningen i Norge

I Norge har arbeidstakere rett på sykepenger i inntil ett år. De første 16 kalenderdagene betales av arbeidsgiver, deretter betaler det offentlige (NAV). Sykepengene tilsvarer, som hovedregel, 100 prosent av arbeidstakers lønn siste tre måneder før første fraværsdag (inntil seks ganger folketrygdens grunnbeløp). Etter ett år må arbeidstaker tilbake i jobb eller over på en annen stønad, i hovedsak arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd, alderstrygd eller dagpenger.

Gjennom hele sykmeldingsperioden er det et krav fra NAV at den sykmeldte skal være i arbeidsrelatert aktivitet, hvis mulig, og arbeidsgiver har plikt til å legge til rette for dette (12). Det er videre pålagt arbeidsgiver å ha jevnlig kontakt med den sykmeldte, i form av dialogmøter. Arbeidsgiver har ansvar for å innkalle til første møte senest ved syv ukers fravær, mens NAV har ansvar for å innkalle til andre møte senest ved seks måneders fravær og ytterligere ett ved videre sykefravær (12).

Delvis sykmelding, også kaldt gradert sykmelding, innebærer at arbeidstaker er delvis arbeidsufør og at vedkommende er i arbeid deler av tiden og fraværende deler av tiden. Dette gir mulighet til å opprettholde arbeidstakers relasjon til arbeidsplassen (5;12) og hindre at personer med helseproblemer blir ekskludert fra arbeidslivet (13) En systematisk kartleggingsoversikt fra 2018 viste at gradert sykmelding var forbundet med kortere sykmelding og høyere arbeidsdeltakelse, men ettersom 12 av 13 studier var observasjonsstudier

(registerstudier) er det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om årsaksforhold (14). I tredje kvartal 2019 var 21 prosent av sykefraværstilfellene graderte, 24 prosent for kvinner og 17 prosent for menn (5). Andelen som har gradert sykmelding ved 12 uker har økt fra 34 prosent i 2010 til 45 prosent i 2018 (5).

Andre lands sykelønnsordninger

Norge har høyere sykefravær enn mange andre land, og flere faktorer kan ha betydning for dette, som høy arbeidsdeltakelse og gode sykelønnsordninger (15;16). Sykefravær og sykelønnsordninger i ulike land varierer med hensyn til mange faktorer (15;17-19), som:

- Hva som kreves for å bli sykmeldt (krav til diagnoser e.l.)
- Lengde på og dekningsgrad av sykelønnsutbetaling
- Ansvar for utbetaling av sykelønn (det offentlige, arbeidsgiver, forsikringsselskap)
- Mulighet for å miste arbeid i/etter sykefraværperioden
- Arbeidsledighetsnivå
- Andre eksisterende trygdeordninger

Dette gjør det utfordrende å sammenligne på tvers av kontekster, blant annet fordi det vil være ulike insentiver hos arbeidstaker og arbeidsgiver i ulike land for at arbeidstaker skal komme tilbake i arbeid – som igjen vil tilsi at effekten av tiltak *kan* skyldes andre faktorer enn bare tiltaket.

Sosial ulikhet

Forskning fra Norge og andre land tyder på at det er sosiale (sosioøkonomiske) forskjeller både med hensyn til sykefravær, type og alvorlighet av sykdom, og med hensyn til når man kommer tilbake i arbeid etter en sykdomsperiode (19-22). Forskningsfunn viser blant annet at grupper med kort utdanning, lav inntekt samt bestemte yrker har økt forekomst av lidelser som langvarig smerte, muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser og noen kreftformer (20;22). Dette kan henge sammen med livsstil, fleksibilitet i arbeidet, støtte fra kollegaer, støtte hjemmefra / i omgangskretsen eller andre ressurser (22;23). En kunnskapsoppsummering av svenske studier fra 2011 viste at arbeidsrettede rehabiliteringstiltak hadde ulike deltakere (flere menn, yngre, lenger sykmelding, lavere inntekt, i større grad i et arbeidsforhold) og gav ulik effekt (bedre effekt for menn, yngre, i et arbeidsforhold, kortere sykmelding, høyere inntekt) (24).

Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak

Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak skal bistå arbeidstaker i å komme tilbake til arbeid på heltid eller deltid etter et sykefravær, eventuelt hjelpe personer som står i fare for å bli sykmeldt til å

bli værende i arbeid. Denne type tiltak kan i Norge skje i regi av NAV eller helsetjenesten, utført av private eller offentlige tilbydere. Majoriteten av tiltakene finansieres av helsetjenesten (primært spesialisthelsetjenesten) og henvises til av leger (25). For arbeidsrettede rehabiliteringstiltak i regi av NAV vil henvisning komme fra NAV selv (26). Målet med arbeidsrettede rehabiliteringstiltak er å styrke deltakerens arbeidsevne og bidra til mestring av helse relaterte og sosiale problemer som kan hindre deltakelse i arbeidslivet (17). Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering definerer arbeidsrettet rehabilitering slik (27):

Arbeidsretta rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler med deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål. En kombinasjon av helse relaterte og arbeidsrelaterte tiltak vil som oftest være påkrevd. I disse prosessene samarbeider flere aktører om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet. Arbeidsdeltakelse kan innebære at personen blir i stand til å beholde det arbeidsforholdet som han eller hun har, eller blir i stand til å skaffe arbeid.

Tiltakene kan være intensive, som opphold på en institusjon i kortere eller lenger tid, eller mindre omfattende tiltak i form av poliklinisk behandling/opplæring. Inkluderte elementer i tiltakene kan f.eks. være samtalebehandling individuelt eller i gruppe, fysioterapi, fysisk trening, stressmestring, problemløsning, jobbveiledning, samtaler med arbeidsgiver, mm.

Det er usikkerhet og til dels uenighet i fagmiljøene om virkningen av denne type tiltak på tilbakekomst i arbeid (2). Oppfølging av IA-avtalen peker på behov for kunnskapsutvikling om aktuelle virkemidler. En systematisk kunnskapsoppsummering om effektene av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for å få langtidssykmeldte tilbake i arbeid vil være et bidrag i så måte.

Avgrensninger

I denne kunnskapsoppsummeringen vurderer vi ikke hvorvidt det å komme tilbake i arbeid alltid er hensiktsmessig eller mulig. Det ligger også utenfor denne oversikten å undersøke «egentlige» eller eventuelle underliggende årsaker til at personer blir sykmeldte med en spesifikk diagnose.

Metoder og arbeidsform

Vi vil utarbeide en systematisk oversikt over primærstudier i overensstemmelse med områdets metodehåndbok for kunnskapsoppsummeringer (28;29). I samarbeid med oppdragsgiver har vi valgt å ikke ha oversikt over oversikter som en mulig leveranse, fordi vi mener at mangelen på detaljer om tiltak og populasjoner som dette vil gi, begrenser nytteverdien. Vi vil likevel inkludere eventuelle relevante systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet i oversikten,

men kun som en liste med sammendrag. Vi diskuterer eventuelle justeringer i prosjektet underveis med oppdragsgiver.

Fagtermer som brukes nedenfor er nærmere forklart i vedlegg: Begrepsforklaringer.

a) Litteratursøk

Vi vil søke etter studier i følgende databaser:

- Campbell Collaboration (Subject area: Social Welfare)
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Epistemonikos (Broad Synthesis & Systematic Reviews)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Embase
- MEDLINE
- PsycINFO
- Scopus
- Sociological Abstracts (inkl. Social Services Abstracts)
- SveMed+

En forskningsbibliotekar vil utarbeide det elektroniske databasesøket i samarbeid med prosjektleder, og denne vil bli fagfellevurdert av en annen søkespesialist.

Forskningsbibliotekaren vil utføre databasesøket og søkestrategien vil bli publisert som et vedlegg i sluttrapporten. Vi vil også søke etter grå litteratur, det vil si i databaser over ikke-publisert forskning samt via søkemotorer som Google Scholar. Vi vil søke i nettsider til direktorater for arbeid og velferd i Sverige og Danmark. Dette er relevant ettersom oppdragsgiver er særlig interessert i forskning fra skandinaviske land. Vi vil også søke manuelt i referanselistene til relevante systematiske oversikter og primærstudier samt be om innspill fra fagfeller og fagekspert.

b) Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Følgende spørsmål skal besvares: Hva er effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for langtidssykmeldte og de som står i fare for å bli langtidssykmeldte? Seleksjonskriteriene, slik som sykmeldingslengden, er utarbeidet i samarbeid med oppdragsgiver. Med langtidssykmeldte menes her personer som er helt eller delvis arbeidsuføre med en varighet på 1-24 mnd. Personer som står i fare for å bli langtidssykmeldt, slik det er definert i den enkelte studie, inkluderes dersom disse utgjør mindre enn 30 prosent av utvalget.

Inklusjonskriterier

<i>Populasjon</i>	<ul style="list-style-type: none">- 1) Arbeidstakere, dvs. personer som er i et aktivt arbeidsforhold (fulltid eller deltid), som er helt eller delvis langtidssykmeldte (varighet 1-24 mnd.¹) uavhengig av sykdomskategori (f.eks. muskel/skjelettplager, psykiske vansker, kreft, ME/CFS (myalgisk encefalopati /<i>chronic fatigue syndrome</i>)- 2) Arbeidstakere som <i>står i fare for</i> å bli langtidssykmeldte (dvs. sykmeldte <1 mnd), helt eller delvis, uavhengig av sykdomskategori, inkluderes kun dersom denne gruppen utgjør <30% av utvalget i en studie- 3) Personer som <i>ikke</i> var i aktivt arbeidsforhold når sykmeldingen startet opp, uavhengig av sykdomskategori, inkluderes kun dersom denne gruppen utgjør <30% av utvalget
<i>Tiltak</i>	<ul style="list-style-type: none">- Rehabiliteringstiltak med eksplisitt mål om tilbakeføring til arbeid, dvs. inneholder en eller flere komponenter som er rettet mot arbeidsdeltakelse (f.eks. samtalerapi med fokus på arbeid), ELLER- Arbeidsrettede tiltak med en aktiv helse/rehabiliteringskomponent (inkl. involvering av helsepersonell) herunder: polikliniske tiltak, dag- og døgntilbud, OG- Tiltaket må ha som mål å få deltakeren tilbake i arbeid, eventuelt bli værende i arbeid- Hvis det er arbeidsrettede tiltak med kombinasjon av helsekomponent og ikke-helsekomponent, inkluderes studien dersom arbeidsrettede tiltak med helsekomponent utgjør >70% av tiltaket
<i>Sammenligning</i>	<ul style="list-style-type: none">- Ingen tiltak (vanlig praksis/<i>usual care</i>), annet aktivt tiltak (arbeidsrettet rehabiliteringstiltak eller annet)
<i>Utfall</i>	<ul style="list-style-type: none">- 1) Primærutfall: retur til arbeid heltid eller deltid (herunder retur til annet arbeid), tid før retur til arbeid, tid i arbeid før ny sykmeldingsperiode- 2) Sekundærutfall: mestringsstro, arbeidsmotivasjon, symptomreduksjon mht sykdom/plager, fysisk/sosial/kognitiv funksjon, kostnadseffektivitet (se nedenfor)
<i>Studiedesign</i>	<ul style="list-style-type: none">- Primærstudier med følgende studiedesign: randomiserte kontrollerte studier (RCT), ikke-randomiserte kontrollerte studier (ikke-RCT) og kontrollerte før-etter studier (CBA). Hvis vi identifiserer flere godt utførte RCTer, vil vi vurdere å kun inkludere disse- I tillegg vil vi inkludere, for opplysning, systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. For å møte kriteriene for systematiske oversikter må oversikten ha en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene. Metodisk kvalitet vurderes med sjekklister
<i>Kontekst</i>	<ul style="list-style-type: none">- Vi søker i utgangspunktet etter studier fra alle land, men vil kunne begrense inklusjon avhengig av mengden. Kriterier ved begrensning er beskrevet under Vurdering av overførbarhet
<i>Språk</i>	<ul style="list-style-type: none">- Vi vil inkludere studier på språk som prosjektmedarbeiderne eller nære kolleger ved FHI behersker.² Dvs. engelsk, tysk, spansk, portugisisk, italiensk, fransk, finsk, dansk, svensk og norsk. Publikasjoner på språk som prosjektmedarbeiderne eller nære kolleger ved FHI ikke behersker (men der sammendraget er på engelsk) vil bli lagt i en liste (med referanse) og presentert i et vedlegg til sluttrapporten

¹ Dersom noen i utvalget har vært sykmeldt i kortere tid (<1 mnd), må denne andelen utgjøre <30 prosent eller gjennomsnittlig sykmeldingstid i utvalget må være >2 mnd.

² Studier blir i hovedsak kun indeksert i de relevante databasene hvis de har engelsk sammendrag.

År	<ul style="list-style-type: none"> - Primærstudier publisert år 2000 og senere - Systematiske oversikter: publisert i år 2010 og senere
Ekklusjonskriterier	
Populasjon	- Personer med psykotiske lidelser
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support/IPS, Supported Employment)³ - Kun tilrettelagte tiltak på arbeidsplassen, dvs. tiltak uten en helsekomponent - Kun helsehjelp, f.eks. psykoterapi, fysioterapi, medikamenter eller operasjon, uten arbeidsrettet innhold - Primært forebyggende tiltak, dvs. at >30% av deltakerne ennå ikke er sykmeldt men står i fare for å bli det
Studiedesign	- Ikke-kontrollerte studier, ikke systematiske oversikter, kvalitative studier, ikke-empiriske studier, registerstudier, kohortstudier, observasjonsstudier

Dersom litteratursøket identifiserer en uoverkommelig mengde referanser, vil vi, i samarbeid med oppdragsgiver (og eventuelt eksterne fagfeller) innføre noen begrensninger på inklusjon når det gjelder eksempelvis sykdomskategorier, årstall, språk eller land.

c) Utvalgelse av artikler

Referansene identifisert gjennom litteratursøket vil importeres til EndNote og eventuelle duplikater vil bli slettet. Vi vil benytte det elektroniske verktøyet Rayyan (31) til utvalgelse av studier. To forskere vil uavhengig av hverandre gå gjennom resultatene fra litteratursøket. Vi vil først gå gjennom alle titlene og sammendragene. Studier som synes relevante innhentes og vurderes i fulltekst i henhold til inklusjonskriteriene, av to forskere uavhengig av hverandre. Alle studier som vi er enige om møter inklusjonskriteriene, blir inkludert. Uenigheter i vurderingene vil bli løst ved diskusjon og ny inspeksjon av publikasjonene. Hvis enighet ikke oppnås, vil en tredje forsker bli konferert.

d) Vurdering av risiko for skjevheter

Systematiske oversikter som vi inkluderer til en liste, vil kun være oversikter av høy metodisk kvalitet. Vi vil benytte enten FHIs sjekklister (basert på *EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews*) eller Amstar-2 for vurdering av metodisk kvalitet av systematiske oversikter (28;32). To forskere utfører kvalitetsvurderingen uavhengig av hverandre. Uenigheter i vurderingen vil bli løst ved diskusjon og ny inspeksjon av oversikten. Hvis enighet ikke oppnås vil en tredje forsker konfereres.

³ Vi har tidligere utført en systematisk kunnskapsoppsummering om effekter av *Supported Employment* og *Individual Placement and Support (IPS)* (30)

I en systematisk oversikt over primærstudier, vil vi, hvis vi identifiserer mange metodisk godt utførte RCTer, vurdere å kun inkludere RCTer. For å vurdere studienes metodiske kvalitet vil vi benytte sjekklister. For RCTer vil vi benytte Cochranes Risk of Bias-verktøy (33). For ikke-RCTer, kontrollerte før-etter studier, vil vi benytte Cochranes *Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC) sjekkliste (34). To forskere utfører kvalitetsvurderingen uavhengig av hverandre. Uenigheter i vurderingen vil bli løst ved diskusjon og ny inspeksjon av studien. Hvis enighet ikke oppnås vil en tredje forsker konfereres.

e) Dataauthenting og analyse

Dataauthenting

En forsker vil hente ut data fra de inkluderte oversiktene eller primærstudiene og en annen vil dobbeltsjekke uthenting (at data er komplett og korrekt hentet ut). Uenigheter i dataauthenting vil bli løst ved diskusjon. Hvis enighet ikke oppnås vil en tredje forsker konfereres.

I en systematisk oversikt over primærstudier vil vi hente ut følgende data: førsteforfatter, år, tittel, formålet med studien, antall inkluderte deltakere, studiedesign, populasjon (inkludert kjønn, alder, type arbeid, sosioøkonomisk status), kontekst, tiltak, sammenligning(er), utfall, resultater, oppfølgingsperiode og frafall. For utfallsmålet kostnadseffektivitet, så vil vi ikke gjøre egne (helse)økonomiske analyser men lage en narrativ beskrivelse støttet av tabeller. Vi vil kort presentere tiltakenes innhold i rapporten, for eksempel komponenter, omfang og teoretisk perspektiv, ved hjelp av TIDieR sjekkliste og veiledning (35). Ved manglende data i studiene vil vi kontakte studieforfatterne for ytterligere informasjon, alternativt legge dette inn i analysen.

Til en liste over systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet vil vi hente ut data om publikasjon og sammendrag (inkludert PICO), eventuelt flere resultater.

Datasyntese

Når vi utfører en systematisk oversikt basert på primærstudier, vil vi syntetisere resultatene statistisk eller narrativt.

Ved en statistisk syntese vil vi analysere dikotome utfallsmål ved å beregne relativ risiko (RR) og 95 % konfidensintervall (KI). Kontinuerlige utfall vil vi analysere ved å bruke gjennomsnittlig forskjell (*mean difference* MD) med 95 % KI, alternativt standardisert gjennomsnittlig forskjell (*standardized mean difference* SMD), hvis utfallsmålene har ulike måleenhet/måleskala. Resultater fra ulike studiedesign analyseres hver for seg, men oppsummeres under samme kapittel.

Hvis vi inkluderer flere primærstudier med samme utfallsmål, og disse er tilstrekkelig like med hensyn til populasjon, tiltak, sammenligning og utfallsmål, vil vi vurdere å sammenstille resultater i metaanalyser. Hvorvidt studiene og PICO er tilstrekkelig sammenlignbare vil være en vurdering vi gjør når data foreligger, i diskusjon med fagpersoner. Vi kan forvente at tiltaket vil ha ulik effekt i ulike kontekster og med ulike populasjoner, og vi ønsker derfor vi å finne en gjennomsnittseffekt (fremfor en endelig effekt). Metaanalysen vil dermed være av typen *random effects model* (36). Heterogenitet, det vil si (ikke-forventet, ikke-tilfeldig) stor variasjon i resultatene vil fremkomme i den statistiske sammenstillingen. Dersom det er høy heterogenitet (vurdert med I^2) kan dette undersøkes nærmere med for eksempel subgruppeanalyser.

Vi vil vurdere å utføre subgruppeanalyser på ulike populasjoner og tiltak i eventuelle metaanalyser (36). Det kan være relevant å se på følgende aspekter, på bakgrunn av norsk sykefraværstatistikk og tidligere forskning (se referanser):

- Populasjon (yrkesgrupper (5;19), sosioøkonomisk status (20-23), kjønn (5;6;8), alder (5;19))
- Sykdomskategorier (5)
- Tid sykmeldt før tiltak (5;10)
- Ulike typer arbeidsrettede rehabiliteringstiltak (tiltak med ulik faglig innretning, ulik varighet eller intensitet) (2)

Hvis vi ikke finner studier som vi mener er like nok til at vi kan slå resultatene statistisk sammen, vil vi oppsummere resultatene narrativt i tekst og tabeller. Ved en narrativ syntese vil vi søke, dersom det er hensiktsmessig for våre data, å ta i bruk ny veiledning om «synteser uten metaanalyser» (SWiM (37)), for å gjøre analysen mest mulig grundig, transparent og meningsfull.

f) Vurdering av overførbarhet

Oppdragsgiver skal bruke resultatene fra denne systematiske oversikten i en norsk kontekst. Det vil kunne være en del inkluderte studier fra kontekster som er utfordrende å sammenligne med Norge, jf. avsnittet om andre lands sykelønnsordninger. Selv om vi kun baserer oss på randomiserte studier der både tiltak- og kontrollgruppe tilhører samme kontekst, vil det likevel kunne være usikkerhet knyttet til om effekten av tiltaket er tilsvarende under andre betingelser. I tråd med rammeverket Transfer (38) vil vi analysere overførbarhet til norsk kontekst, basert på forhåndsbestemte faktorer. Etter innspill fra eksterne fagfeller, fagekspert og oppdragsgiver, har vi kommet frem til følgende tre faktorer:

1. Lengde på og dekningsgrad av sykelønnsutbetaling
2. Mulighet for å miste arbeid i/etter sykefraværperioden
3. Utforming av tjenestesystem (helsetjeneste, NAV/tilsvarende tjeneste, arbeidsplasser)

Vi vil hente ut data fra studiene (evt. andre steder) om faktorene i konteksten de ulike studiene er utført i og inkludere dette i analysen, f.eks. i form av subgruppeanalyser (38). Dersom studiene viser andre effekter i en subgruppeanalyse med ellers like tiltak og utvalg, vil det kunne antyde at det er faktorene/konteksten som gir disse forskjellene. Hvis det ikke er tilstrekkelig mange studier til at slike subgruppeanalyser er mulig, vil vi kunne gjøre analysene av overførbarhet narrativt.

g) Gradering av dokumentasjonen

Gradering handler om å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene. Vi vil vurdere tilliten til den samlede dokumentasjonen for hvert av de identifiserte utfallsmålene, maksimalt syv utfallsmål (33), ved hjelp av GRADE-verktøyet (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*) (39).

Når vi utfører en systematisk oversikt benytter vi GRADE til å vurdere tilliten vi har til den samlede dokumentasjonen for hvert av de identifiserte utfallsmålene. Vurdering av utfallsmålene og gradering vil utføres av to forskere, hvor den ene kontrollerer den andres arbeid. Ved usikkerhet eller uenighet vil en tredjeperson konfereres.

Vi benytter standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene (40):

- Høy kvalitet= Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten
- Middels kvalitet= Vi har middels tillit til effektestimater: effektestimater ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten
- Lav kvalitet= Vi har begrenset tillit til effektestimater: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater
- Svært lav kvalitet= Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten

Vi vil vurdere følgende fem kriterier for hvert utfallsmål på tvers av de inkluderte studiene: risiko for systematiske skjevheter i studiene, grad av konsistens (samsvar av resultater mellom studiene), direktet (hvor like populasjonene, tiltakene og utfallene i studiene er sammenliknet med personer, tiltak og utfall i PICO), presisjon av data (hvor presise resultatestimater er) og risiko for publikasjonsskjevheter.

h) Fagfellevurdering

Prosjektplan og rapport vil forelegges oppdragsgiver NAV for spørsmål og kommentarer. Ved eventuelle spørsmål underveis i prosjektet vil forskergruppen konsultere med oppdragsgiver. Prosjektplan og rapport vil også gjennomgå intern og ekstern fagfellevurdering med skriftlige tilbakemeldinger, før den skal godkjennes i klyngeledergruppen for vurdering av tiltak ved FHI.

i) Referansegruppe

Det er opprettet en referansegruppe i tilknytning denne kunnskapsoppsummeringen. Ved kompliserte problemstillinger kan det være nyttig å inkludere flere fageksperter enn de eksterne fagfellene. Referansegruppen skal hovedsakelig komme med innspill til faglig innhold, både til prosjektplan og rapport, men også underveis i prosjektet, etter prosjektgruppens behov.

Aktiviteter, milepæler og tidsplan

På oppdragsgivers ønske vil vi først ferdigstille arbeidet om arbeidsrettede rehabiliteringstiltak rettet mot personer med vanlige psykiske lidelser (ikke psykotiske lidelser), med levering av delrapport til oppdragsgiver (ikke publisering) våren 2020. Deretter vil vi ferdigstille tiltak rettet mot andre sykdomskategorier, med levering av sluttrapport og publisering januar 2021.

Nedenfor presenterer vi prosjektrelaterte oppgaver og forventede sluttdatoer for en systematisk oversikt.⁴

- Prosjektplan: mars 2020
- Litteratursøk: april 2020
- Valg av studier: mai 2020
- Dataauthenting og sammenstilling: juni-november 2020
- Foreløpig beskrivelse av effekter for populasjonen med vanlige psykiske lidelser, eventuelt kun opplisting av studier: vår/sommer 2020
- Første utkast til sluttrapport leveres til oppdragsgiver: desember 2020
- Ferdigstilling av sluttrapporten og fagfelleevaluering: januar-februar 2021
- Godkjenning av klyngeledelsen og publisering: februar-mars 2021

Publikasjon/formidling

En norskspråklig rapport vil etter planen bli publisert på FHI's hjemmeside i januar 2021.

I etterkant kan det være aktuelt å skrive en artikkel basert på rapporten til et fagtidsskrift, engelsk- eller norskspråklig, eventuelt med bidrag fra fagfeller, oppdragsgiver og/eller deltakere i referansegruppen.

⁴ Det har oppstått noe forsinkelse i første fase av prosjektet knyttet til manglende bibliotekarressurser. I tillegg forventer vi at utbruddet av Covid-19 vil kunne forsinke prosjektet ytterligere pga. ressursbehov rettet mot utbruddet.

Relaterte publikasjoner

Dalsbø TK, Knapstad M. Arbeidsplass tiltak får trolig flere sykmeldte tilbake på jobb. Oslo: rapport Folkehelseinstituttet; 2015.

<https://www.fhi.no/publ/2015/arbeidsplass-tiltak-far-trolig-flere-sykmeldte-tilbake-pa-jobb/>

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

<https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-gradert-sykmelding-vs.-full-sykmelding-pa-sykefravar-og-arbeidsti/>

Myrhaug HT, Nguyen LH. Råd og anbefalinger for samtidige helse- og arbeidsrettede tiltak: Systematisk litteratursøk med sortering. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.

<https://www.fhi.no/publ/2019/rad-og-anbefalinger-for-samtidige-helse--og-arbeidsrettede-tiltak/>

Referanser

1. Hernes T, Arbeids- og velferdsdirektoratet, personlig kommunikasjon. til: Nøkleby H, februar 2020.
2. Faggruppen for IA-avtalen. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/malene-om-et-mer-inkluderende-arbeidsliv--status-og-utviklingstrekk.-rapport-2019/id2683744/>
3. OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries. Paris: 2010. OECD Publishing. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>
4. 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/>
5. Sundell T. Utviklingen i sykefraværet 3. kvartal 2019. NAV; 2019. Notat. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
6. Nossen JP. Kjønnforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? Arbeid og velferd 2019;(4).
7. NAV. Varighet på avsluttede sykefraværstilfeller fra 3. kvartal 2008-2018. Varighet og antall: NAV [lest 17. februar 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/tabeller/avsluttede-sykefravaerstilfeller-som-er-pabegynt-i-3-kv-2007-2018.varighet-og-antall>
8. Ose SO, Jiang L, B. B. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. SINTEF, NTNU; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/prosjekter/det-kjonnssdelte-arbeidsmarkedet-og-kvinnens-arbeid/>
9. Faggruppen for IA-avtalen. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/malene-om-et-mer-inkluderende-arbeidsliv--status-og-utviklingstrekk.-rapport-2019/id2683744/>
10. Nossen JP, Brage S. Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? Arbeid og velferd 2016;(3):75-99.
11. Lysø N, Nossen JP. Frafall fra arbeidslivet etter langtidsykemelding. Arbeid og velferd 2019;(1):19-34.

12. Helsedirektoratet. Sykmelderveileder. Nasjonal veileder. Kapittel 8 Sykmelders rolle i sykmeldingsperioden: Oppfølgingsplan, aktivitetskravet og dialogmøter. Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>
13. Grødem S. Partial sick leave in Norway: high hopes for social inclusion. European Commission. 2015. ESPN - Flash report 2015/58
14. Meneses-Echavez JF, Baiju N, RC. B. Effekt av gradert sykmelding vs. full sykmelding på sykefravær og arbeidstilknytning. Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-gradert-sykmelding-vs.-full-sykmelding-pa-sykefravar-og-arbeidsti/>
15. Proba. Internasjonal sammenligning av sykefravær. Proba samfunnsanalyse; 2014. Tilgjengelig fra: <https://proba.no/rapport/internasjonal-sammenligning-av-sykefravaeret/>
16. Development OfEC-Oa. OECD Stat. Health status [lest 17. februar 2020]. Tilgjengelig fra: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30123>
17. Norges offentlige utredninger. Arbeid og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting. NOU 2019:7. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-7/id2637967/>
18. Ose SO, Kaspersen SL, Kalseth J. Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. SINTEF; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/en/publications/publication/?pubid=CRISTin+1644663>
19. Spasova S, Bouget D, Vanhercke B. Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union. European Commission; 2016. Tilgjengelig fra: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fc7a58b4-2599-11e7-ab65-01aa75ed71a1>
20. Folkehelseinstituttet. Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [lest 6. januar 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
21. Roche A, Kostadinov V, Fischer J, Nicholas R, O'Rourke K, Pidd K, et al. Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. Health Promotion International 2015;30(2):20-35.
22. Vinberg E, Karlsson RLA, Møller B, Ursin G, (red.). LI. Sosial ulikehet, innvandring og kreft. En rapport om kreftforekomst etter landbakgrunn, utdanning, inntekt og bosted. Kreftregisteret; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/special-issue/2018-special-issue/>
23. European Risk Observatory. Rehabilitation and return to work after cancer. Literature Review. 2017. Tilgjengelig fra: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-literature-review>
24. Burstrom B, Nysten L, Clayton S, Whitehead M. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. Disability and Rehabilitation 2011;33(6):453-66.
25. Helsedirektoratet. Sykmelderveileder. Nasjonal veileder. Kapittel 13 Tiltak og virkemidler for å forebygge og følge opp sykefravær. Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>
26. NAV. Arbeidsrettet rehabilitering [lest 15. februar 2020]. 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>
27. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering skal hjelpe folk med helseproblemer tilbake til arbeid [lest 5. februar 2020]. Tilgjengelig fra: <https://arbeidoghelse.no/definisjon-pa-arr/>
28. Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning. Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>
29. Cochrane Norway. "Kort oppsummert" <https://www.cochrane.no/nb/ressurser/bruk-og-formidling-av-systematiske-oversikter/kort-oppsummert>; Cochrane Norway [lest 13. januar 2020].
30. Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2017/supported-employment-for-arbeidssokere-med-bistandsbehov-en-systematisk-ove/>

31. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* 2016;5(1).
32. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, ..., Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358.
33. Cochrane Collaboration. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [nettdokument oppdatert 2019] <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-08>: The Cochrane Collaboration [lest 3. januar 2020].
34. EPOC. Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews [nettdokument oppdatert 2017], http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/Resource-s-for-authors2017/suggested_risk_of_bias_criteria_for_epoc_reviews.pdf: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) [lest 3. januar 2020].
35. Hoffmann T, Glasziou P, Boutron I, ..., Michie S. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* 2014;348.
36. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. *Introduction to meta-analysis*. West Sussex, UK: Wiley; 2009.
37. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, ..., Thomson H. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline [<https://doi.org/10.1136/bmj.l6890>]. *BMJ* 2020;368.
38. Munthe-Kaas H, Nøkleby H, Simon L, Glenton C. The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings. *BMC Medical Research Methodology* 2020;20.
39. GRADE. The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation <https://www.gradeworkinggroup.org/>: GRADE Working Group [lest 3. januar 2020].
40. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. Rating the quality of the evidence. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011;64(4):401-6.

Vedlegg: Begrepsforklaringer

Begrep	Forklaring
<i>Før- og etter-studier med kontrollgruppe</i>	Et ikke-randomisert forsøk der en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe med like karakteristika og ensartet atferd forsøkes identifisert. Data blir innhentet i kontroll- og tiltaksgruppen både før og etter et tiltak.
<i>Gjennomsnittlig forskjell (MD)</i>	Gjennomsnittlig forskjell (<i>mean difference</i>) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt der målingene har foregått med samme måleenhet, f.eks. uker i arbeid. Dette effektestimater brukes ved kontinuerlige måleskalaer.
<i>Ikke-kontrollerte studier</i>	Studier som ikke kontrollerer for systematiske skjevheter mellom utvalg på noen måte, for eksempel observasjonsstudier, kvalitative studier.
<i>Ikke-randomiserte kontrollerte studier</i>	Studier som har kontrollbetingelser (måling før og etter samt kontrollgruppe), men der fordeling på grupper ikke er (fullstendig) randomisert.
<i>Ikke-systematiske kunnskapsoversikter</i>	For at en oversikt skal kunne kalles systematisk, må tre kriterier være oppfylt: 1) oversikten må ha en oppgitt søkestrategi; 2) oversikten må inneholde klare inklusjonskriterier; 3) oversikten må ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene
<i>Kohortstudier</i>	En form for longitudinell undersøkelse av en bestemt gruppe individer. Studien følger en gruppe mennesker (kohort) over tid for å identifisere subgrupper av personer som er, har vært, eller blir eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynligheten for sykdom eller andre utfall. Over tid observeres i hvilken grad sykdom eller andre utfall forekommer i ulike eksposisjonsgrupper.
<i>Konfidensintervall (KI)</i>	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den «sanne» verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
<i>Kontrollgruppe</i>	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
<i>Observasjonsstudier</i>	En studie hvor forskerne ikke forsøker å intervenere, men simpelthen observerer hva som skjer. Forandringer eller forskjeller i en variabel (f.eks. behandling) blir studert i relasjon til forandringer eller forskjeller i andre variabler (f.eks. død), uten noen innblanding fra forskeren. Det er en større risiko for seleksjonsskjevhet i en slik studie enn i en eksperimentell studie.
<i>Oversikt over oversikter</i>	Oversikter over oversikter lages når: 1) Det finnes flere tiltak for samme populasjon/diagnose og vi ønsker å vite hvilke som er mest effektive; eller 2) Det er flere populasjoner som kan behandles med samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt for de ulike populasjonene; eller 3) Det finnes flere systematiske oversikter med samme problemstilling, men med forskjellige konklusjoner.
<i>Metaanalyse</i>	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier.
<i>Metaanalyse, fixed effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra ulike populasjoner/univers. Gir en gjennomsnittlig effekt.
<i>Metaanalyse, random effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra samme populasjon/univers. Gir en «sann» effekt.

<i>Randomiserte kontrollerte studier (RCT)</i>	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
<i>Registerdata med matched kontroll</i>	Bruk av data fra f.eks. et administrativt register der hver deltakerne sammenlignes med en gruppe som er lik med hensyn til bestemte karakteristika.
<i>Relativ risiko (RR)</i>	Relativ risiko (RR) brukes ved dikotome målinger (enten-eller) og er forholdet mellom «risikoen» i to grupper. I intervensjonsstudier finner man RR ved å ta risikoen i intervensjonsgruppen og dele på risikoen i kontrollgruppen. For ønskede utfall (som det å få arbeid) innebærer en $RR > 1$ at tiltaket er effektivt for dette utfallet. En $RR = 2$ vil si at sjansen for f.eks. å komme i arbeid er dobbelt så stor i tiltaks- som i kontrollgruppen.
<i>Risk of bias</i>	Risiko for systematiske feil, som manglende eller mangelfull blinding, generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, vurdering av ufullstendige data, rapportering av utfallsmål eller frafall fra studien.
<i>Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD)</i>	Standardisert gjennomsnittlig forskjell (<i>standardised mean difference</i>) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. SMD brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike målemåter, f.eks. ulike måleskalaer for depresjon
<i>Standardavvik</i>	Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.
<i>Systematisk oversikt</i>	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, velge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analysere data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (metaanalyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder (narrativ oppsummering).