

Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2017 30 stp

Fakultet for Samfunnsvitenskap
Randi Wågø Aas, Universitetet i Stavanger
Camilla Ihlebæk, NMBU

Sykefraværsløp og tilbakeføring til arbeid blant unge sykemeldte

Patterns in sick leave and return to work among
young sick listed employees

Gina Vreim Sundsbø

Folkehelsevitenskap
Fakultet for Samfunnsvitenskap

Forord

I mitt arbeid som fysioterapeut ved en Raskere tilbake klinikk var jeg daglig i kontakt med personer som stod utenfor eller var på vei ut av arbeidslivet. Utfordringen var ofte sammensatte for den enkelte, men på et vis forenklet til en diagnose på et papir. Diagnosen som et tveegget sverd er kjent for de fleste. Diagnosen gir rettigheter i velferdsstaten, en objektiv forklaring som aksepteres av de rundt deg og for mange en forklaring på «hva feiler det meg». På den andre siden kan diagnosen bli en merkelapp og identitet man må bære med seg og gir ofte et svært forenklet bilde av en kompleks situasjon. Ofte gir også diagnosen en ufullstendig forklaring av plagene man opplever. Unge som i dag står med en fot i NAV og den andre uten fotfeste er resultat av et sammensatt bilde av utfordringer som samfunnet ikke klarer å imøtekomme.

Det er for meg vanskelig å akseptere at mennesker med ulike utfordringer i livet blir sett på som late, unnasluntrere, navere, snyltere på velferdsstaten – listen er lang. At man mistenkeliggjøres av samfunnet legger bare sten til byrden. Jeg har møtt mange ulike mennesker i mitt arbeid med sykemeldte, personer med lav selvfølelse, liten mestringstro, liten kontroll over eget liv, personer med følelse av håpløshet og hjelpeløshet – men aldri late unnasluntrere. Som fysioterapeut følte jeg meg ofte maktesløs i arbeidet med å hjelpe – det var som om forklaringene fra skolebøkene ikke passet. Behovet for å forstå mer, se den større sammenhengen, ble bare sterkere og sterkere i takt med uendelige diskusjoner med de beste kollegaene man kan tenke seg. **Sigrid, Ingvild, Silje, Maria og Nora** – det var her det hele begynte!

Denne masteroppgaven setter et punktum for studietiden ved NMBU. Arbeidet med masteroppgaven har vært tidkrevende, utfordrende og ikke minst lærerikt. Jeg vil rette en stor takk til min veileder **Randi Wågø Aas**. Uten din kyndige hjelp ville dette prosjektet. aldri kommet i havn.

Takk til **Alan Pilgrim** og **Signe Tryti** for gjennomlesing og korrektur. **Familie** og **venner**, dere er forsømt, men ikke glemt! Takk til **mamma** og **pappa** som alltid tror på meg og heier på meg selv om dere innimellom synes jeg burde «slappe av litt». **Jonus** og **Sofia** – tanteklem fra dere er det beste jeg vet. Ikke minst en takk til **Thomas** – uten deg hadde det siste året vært ikke vært til å holde ut!

Underveis i dette arbeidet ble jeg rått og brutalt minnet på hva som er viktig her i livet. Det begynner nå...

Gina Vreim Sundsbø

Lillestrøm, desember 2017

Sammendrag

Bakgrunn: For de aller fleste er deltakelse i arbeidslivet helsefremmende. Det er derfor et mål at flere bør få muligheten til å arbeide med eller til tross for helseutfordringer. Studier har vist at å sikre at deltakelse i arbeidslivet er av stor betydning for den enkeltes helse og livskvalitet. Spesielt bekymringsfull er det for unge mennesker som ikke får fotfeste i arbeidslivet. Studier har vist at sykemelding kan være et springbrett til varig uføretrygd, samtidig er det få studier om unge mennesker.

Formål: Målet med denne studien er å beskrive sykefraværsmønsteret blant unge sykemeldte, hva som påvirker dette og se på hvor raskt unge versus voksne blir tilbakeført til arbeidslivet. Hensikten med studien er å få økt kunnskap og innsikt i frafallsforløpet til unge mennesker. Ved å beskrive sykefraværforløpet kan man få en bedre forståelse for veien ut av arbeidslivet.

Metode: Studien er i hovedsak deskriptiv og dataene er hentet fra Rapid-RTW-cohort study. Utvalget består av 81 personer under 30 år som har deltatt i Raskere tilbake tilbud. For en av analysene er en referansegruppe på 810 personer over 30 år inkludert. Sykefraværdata ble innhentet fra FD-trygd, for perioden 2005-2012.

Resultat: Et typisk forløp består av gjentakende sykefraværperioder, 92,5 prosent har gjentatte sykefraværperioder. Unge menn er noe lenger sykemeldt enn unge kvinner (401 vs. 363), men forskjellen er ikke signifikant. Menn har signifikant flere sykefraværperioder enn kvinner (median 8 vs. 5, $p=.014$). Det er en klar overvekt av korte sykefraværperioder (<14 dager) etterfulgt av lengre friskemeldingsperioder (>90 dager). De med høyere utdanning hadde færre sykefraværperioder ($p = .004$). Det tok i snitt 117,5 dager fra deltakelse i et Raskere tilbake tilbud til tilbakeføring til arbeid for gruppen under 30 år, og 97,7 dager for de over 30 år, ($p=.162$). Ved 8 ukers fravær var 80 prosent av respondentene under 30 år fortsatt sykemeldt, mens tilsvarende tall for de over 30 var 71 prosent ($p=.244$)

Konklusjon: Denne studien finner at utdanningsnivå har betydning for hvor mange sykefraværperioder unge har. Denne studien støtter opp under viktigheten av å hindre og forebygge frafall fra skole og utdanning. Fremtidig forskning bør se nærmere på frafall fra utdanning, men også faktorer på arbeidsplassen.

Abstract

Background: To be employed gives access to some of society's fundamental resources, material well-being, social and psychological resources. Even though younger people represent a small share of all sick leave, consequences are substantial. Studies has shown a relationship between socioeconomic status, educational level and the risk of long term sick leave. Previous sick leave is also found to be a strong predictor for disability pension. Little is known about sick leave patterns among young employees.

Aim: The main aim of this study is to describe sick leave patterns and return to work among young employees. The purpose is to gain knowledge and insight in patterns in sick leave to better understands the mechanisms leading to long term absenteeism.

Design: The present study was conducted as a retrospective cohort study based on registry data from the Norwegian social insurance register and data from the national Rapid-return to work cohort study. The study sample in this study consists of 81 participants. Additionally, a reference group of 810 individuals over 30 years old was included in analysing RTW. Data on sick leave was retrieved from Norwegian social insurance register.

Results: A typical sick leave pattern consisted of recurrent sick leave periods, 92, 5 percent had recurrent sick leave periods. Young men had somewhat higher total number days of sick leave than young women (401 vs. 363), results were not significant. ($p > .05$). There was a substantial higher share of short sick leave periods (<14 days) followed by longer RTW periods (>90 days). Individuals with higher educational level had fewer sick leave periods ($p = .004$). Mean time from rapid-return to work program to first RTW were 117,5 days for individual under 30 years, and 97,7 days for individuals over 30 years ($p = .162$)

At 8 weeks absenteeism 80 % of the respondents under 30 years was still sick listed, and 70 % of the respondents over 30. The difference between age-groups were not statistically significant difference in first return to work ($p = .244$) or full RTW ($p = .688$).

Conclusion: In conclusion this study finds that educational level is of importance in regard of how many sick leave periods a young individual had. This study underlines the importance of preventing school dropout at young age. It emphasises the need of further research at school dropout, but also factors at work.

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

Abstract

Figur- og tabelloversikt

1.0 Introduksjon.....	10
1.1 Helse – å være frisk?	11
1.2 Helse-determinanter:.....	12
1.1.2 Arbeid som helse-determinant	12
1.3 Unges deltakelse i arbeidslivet	14
1.3.1 Unges deltakelse og frafall i et folkehelseperspektiv	15
2.0 Teori og tidligere forskning.....	17
2.1 Unge utenfor – prediktorer for langtidsfravær	17
2.1.1 Utdanning og arbeidsdeltakelse.....	17
2.1.2 Diagnose og arbeidsdeltakelse	18
2.1.3 Sosiale forhold og arbeidsdeltakelse	18
2.2 Tilbakeføring til arbeid.....	19
2.2.1 Forhold på arbeidsplassen	19
2.3 På vei mot uføretrygd?	20
2.3.1 Tidligere sykefravær.....	20
2.4 Ulike tilnærminger til arbeid og helse	21
2.5 Det norske trygdesystemet	23
2.6 Raskere tilbake	24
2.7 Studiens formål og forskningsspørsmål	24
2.7.1 Problemstilling	25
3.0 Metode.....	26
3.1 Design.....	26
3.2 Datainnsamling.....	26
3.3 Utvalg	27
3.3.1 Demografi.....	27
3.4 Variabler	29
3.4.1 Sykefraværsløp	29
3.4.2 Tilbakeføring til arbeid.....	29
3.4.4 Kontrollvariabler	29
3.5 Analyse.....	30
3.5.1 Missing values.....	31

3.6 Etikk	32
4.0 Resultater.....	33
4.1 Sykefraværsløp	33
4.1.1 Gjentakende sykefraværperioder	36
4.2 Tilbakeføring til arbeid – RTW	36
5.0 Diskusjon.....	41
5.1 Hva kjennetegner sykefraværsløp for unge mennesker?	41
5.2 Hvilke faktorer påvirker sykefraværsløpet?.....	41
5.2.1 Sykefraværsløp og utdanning	42
5.2.2 Gjentakende sykefraværperioder	43
5.3 Er det forskjell på tid til tilbakeføring til arbeid for unge versus voksne?	45
5.4 Studiens funn sett i lys av teoretiske modeller	45
5.5 Studiens funn i et folkehelseperspektiv	46
5.6 Metodediskusjon	47
5.6.1 Utvalg	48
5.6.2 Seleksjonsskjevhet.....	48
5.6.3 Informasjonsskjevhet.....	49
5.6.4 Konfunderende variabler	50
5.6.5 Intern og ekstern validitet	51
6.0 Konklusjoner og implikasjoner	52
Referanser.....	53
Article:.....	59
Appendix	73

Figur- og tabelloversikt

Figur og tabelloversikt kappen

Figur 1	Helsedeterminanter av Dahlgren og Whitehead	s. 12
Figur 2	Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 2. kvartal 2017. Prosent	s. 14
Figur 3	Årlige tilgangsrater for uføretrygd per 100.000 personer 16/18-24 år og 25-29 år. 1980-2007	s. 15
Figur 4	Normalfordeling av dager til første tilbakeføring til arbeid	s. 32
Figur 5	Normalfordeling av dager til full tilbakeføring til arbeid	s. 32
Figur 6	Antall sykefraværsperioder etter utdanningsnivå	s. 35
Figur 7	Sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid på ulike tidspunkt, for gruppen over og under 30 år	s. 37
Figur 8	Sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid på ulike tidspunkt, kvinner	s. 38
Figur 9	Sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid på ulike tidspunkt, menn	s. 38
Figur 10	sannsynligheten for være fullstendig tilbakeført til arbeid på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år	s. 38
Figur 11	sannsynlighet for fullstendig tilbakeføring til arbeid for kvinner, over og under 30 år	s. 39
Figur 12	sannsynlighet for fullstendig tilbakeføring til arbeid for menn, over og under 30 år	s. 39
Figur 13	sannsynlighet for fullstendig tilbakeføring til arbeid for lavt utdanningsnivå, over og under 30 år.	s. 39
Figur 14	sannsynlighet for fullstendig tilbakeføring til arbeid for høyt utdanningsnivå, over og under 30 år.	s. 39
Figur 15	sannsynlighet for full tilbakeføring til arbeid for lavt utdanningsnivå, over og under 30 år, fullstendig tilbakeføring til arbeid.	s. 40
Figur 16	sannsynlighet for full tilbakeføring til arbeid for høyt utdanningsnivå, over og under 30 år, fullstendig tilbakeføring til arbeid.	s. 40
Tabell 1	Deskriptive opplysninger, sosiodemografiske variabler, arbeidssituasjon og diagnose	s. 28
Tabell 2	Antall sykefraværsperioder (<14dager, 15-89 dager, > 90 dager), fordelt på kjønn	s. 34

Tabell 3	Antall personer, totalt antall sykefraværsperioder og antall perioder <14dager, 15-89 dager, > 90 dager, for utdanningsnivå	s. 34
Tabell 4	Antall perioder personen er tilbakeført til arbeid (RTW) mellom sykemeldingsperioder etter lengde (<14dager, 15-89 dager, > 90 dager), fordelt på kjønn	s. 36
Tabell 5	Sentraltendens (gjennomsnitt og median) for første tilbakeføring til arbeid (RTW) og full tilbakeføring til arbeid (RTW) for utvalget (<30 år) og referansegruppen (>30 år)	s. 36

Figures and tables in the article

Figure 1	Number of sick leave periods and educational level	p. 76
Figure 2	Probability for first RTW, <= 30 years and >30 years old	p. 79
Figure 3	Probability for first RTW, <= 30 years and >30 years old, women	p. 80
Figure 4	Probability for RTW, <= 30 years and >30 years old, men	p. 81
Figure 5:	Probability for full RTW, <= 30 years and >30 years old	p. 82
Figure 6:	Probability for full RTW, <= 30 years and >30 years old, women	p. 83
Figure 7:	Probability for full RTW, <= 30 years and >30 years old, men	p. 84
Figure 8:	Probability for full RTW, <= 30 years and >30 years old, lower educational level	p. 85
Figure 9:	Probability for full RTW, <= 30 years and >30 years old, higher educational level	p. 86
Table 1	Demographic variables	p. 73
Table 2	Number of sick leave periods (<14 days, 15-89 days, >90 days), distributed by gender	p. 74
Table 3	Number of individuals, total number of sick leave periods and number of periods being < 14 days, 15-89 days and > 90 days long, out of all sick leave periods and educational level.	p. 75
Table 4	Number of RTW periods (<14 days, 15-89 days, >90 days), distributed by gender	p. 77
Table 5	Mean and median time to first and full RTW for study sample (<30 years), and reference group (>30 years), number of days	p. 78

1.0 Introduksjon

Den norske folkehelsen er i internasjonal sammenheng god (Folkehelseinstituttet, 2014). Bak denne fasaden skjuler det seg imidlertid store forskjeller. Ser man nærmere på gjennomsnittstallene avdekkes store forskjeller i sykkelighet og dødelighet (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette innebærer at helse fordeler seg ulikt mellom sosiale grupper i befolkningen, de som har mest har også best helse (Helsedepartementet, 2006). Sosiale ulikheter i helse er en av våre største utfordringer som samfunn (STAMI, 2015). De sosiale forskjellene er uttrykk for tilgang til en rekke ressurser som igjen har betydning for vår helse og trivsel (STAMI, 2015). Ulikheter i helse oppstår på grunn av ulikheter i samfunnet, forhold som hvor mennesker er født, vokser opp, lever, jobber og eldes er vesentlig (Marmot et. al, 2010). Utdanning og inntekt er av stor betydning når man snakker om sosiale ulikheter i helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Folkehelse rapporten fra 2014 (Folkehelseinstituttet, 2014) viser at levealder øker med utdanningslengde. Menn med universitets- eller høyskoleutdanning kan forvente å leve 6 år lenger enn menn med grunnskole. Sosiale ulikheter gir også utslag i generell dårlig helse. Sammenliknet med grupper med høy utdanning er det en større andel som angir generell dårlig helse i gruppen med lav utdanning (Folkehelseinstituttet, 2014). For enkeltmennesket snakker vi om tap av helse og livskvalitet, og samfunnet går glipp av verdifull arbeidskraft og må ut med store kostnader til helsehjelp. Arbeidet og de sosioøkonomiske skillene det bidrar til spiller en fundamental rolle i utvikling av ulikheter i helse (Bambra, 2011).

Arbeid har sterke tradisjonelle røtter i Norge, og det er bred politisk enighet om at flest mulig skal få mulighet til å delta i arbeidslivet (Dahl, Bergsli og van der Wel, 2014). Sammenliknet med OECD-land er sysselsettingen i Norge blant de høyeste (Folkehelseinstituttet, 2014). Til tross for en tradisjonelt sterk tilnærming til «arbeid-først» har Norge den høyeste sykefraværsinsidens og kostnader knyttet til stønad i tilknytning til fravær fra arbeid av OECD-landene (OECD, 2013). Langtidssykefravær anerkjennes som et økende folkehelseproblem i de aller fleste industrialiserte land (Vogel et. al., 2017). Frafall fra arbeidslivet påvirker samfunnet på flere måter, både via tap av inntekter (produktivitet) og økende kostnader til stønadsutbetalinger (Vogel et. al., 2017). Sykefravær oppfattes som et alvorlig individuelt og samfunnsmessig problem (Edwards et. al., 1992). Arbeid er en kilde til sosiale relasjoner, personlig vekst, økonomisk trygghet og identitet (Folkehelseinstituttet, 2014). Samfunnsøkonomiske kostnader utgjør summen av direkte og indirekte kostnader. En helseøkonomisk analyse utført av Sintef på oppdrag av Arbeidstilsynet estimerte med den

årlige samfunnsøkonomiske kostnaden av arbeidsrelatert sykdom og skade i Norge til om lag 30 milliarder kroner (Hem, Dahl, Rohde og Øren, 2016).

Denne oppgaven omhandler unge personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Tema belyses med utdypende teori og empiri med relevans for folkehelsefeltet, resultater samt teoretisk og metodisk diskusjon.

1.1 Helse – å være frisk?

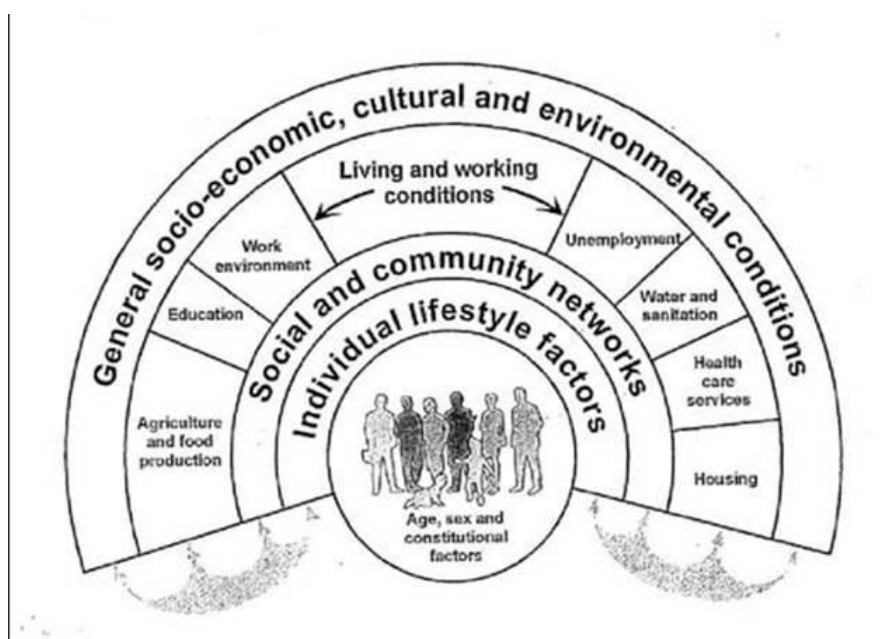
Helse er et omfattende begrep som kan romme en rekke ulike betydninger (Naidoo og Wills, 2009) Ontologiske spørsmål som «hva er helse» har så lenge vi kjenner til vært gjenstand for interesse, både innen etikk, filosofi og medisin. I moderne vestlige samfunn er synet på helse i stor grad preget av det man benevner «den vestlige vitenskapelige medisin» (Naidoo og Wills, 2009). Den biomedisinske modell tar utgangspunkt i et negativt syn på helse, hvor man konsentrere seg om hva helse ikke er heller enn hva det er (Naidoo og Wills, 2009). I et biomedisinsk perspektiv forstår man helse som fravær av sykdom (Naidoo og Wills, 2009). Denne definisjon har blitt kritisert for et reduksjonistisk menneskesyn og dette synet på helse har enorm påvirkning på samfunnet (Naidoo og Wills, 2009). Helse som positivt begrep er innarbeidet i WHO's definisjon som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare sykdom og lyte (WHO 1948). WHO's definisjon av helse er en holistisk tilnærming til begrepet, men møter kritikk for å være for ambisiøs og altomfattende. Professor Peter F. Hjorts helsedefinisjon har bred aksept i Norge; «*helse er overskudd i forhold til hverdagens krav*» (Fugelli og Ingstad, 2001).

Helse er mer enn fravær av sykdom og innebærer sider som trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi (Fugelli og Ingstad, 2001). Sykefravær er et komplekst fenomen og gjenspeiler ikke nødvendigvis helse- eller sykdomsstatus til individet eller samfunnet (Lindberg, Vingård, Josephson og Alfredsson, 2006). Både sosiale, psykologiske og fysiske forhold er faktorer som innvirker på om en person er i stand til å jobbe eller ikke (Eriksen, Bruusgaard og Knardahl, 2003).

Selv om formålet med denne oppgaven ikke er å kartlegge ulike perspektiver på helse, er det viktig å ha med seg ulike forståelsesrammer som ligger til grunn for vår tilnærming til de store samfunnsutfordringene vi står ovenfor.

1.2 Helse-determinanter:

I et folkehelsevitenskapelig perspektiv snakker vi om helse-determinanter. Med helse-determinanter menes faktorer som påvirker helsen i et årsaks-virknings forhold (DiClemente, Salazar og Crosby, 2013). Helse og levevaner er ikke et endimensjonalt resultat av personlige valg (Folkehelseinstituttet, 2014). Muligheten for å ta kontroll over helse-determinantene påvirkes av miljø og levekår (Folkehelseinstituttet, 2014). Marmot et. al. (2010) peker på at faktorene som har innvirkning på helsen vår, helse-determinanter, påvirkes av sosial status, som igjen er påvirket av utdanning, arbeid og inntekt. Alt dette igjen er under påvirkning av den kulturelle og sosiale konteksten de oppstår i (Marmot et. al., 2010). Helse og levevaner står i et nært forhold til samfunnsforhold og levekår (Folkehelseinstituttet, 2014).



Figur 1. Helse-determinanter av Dahlgren og Whitehead (DiClemente R. J., Salazar L. F. and Crosby R., A. 2013).

1.1.2 Arbeid som helse-determinant

Som figur 1 illustrerer er arbeid som helse-determinant representert i flere former, både indirekte og mer direkte igjennom «work environment» og «unemployment».

Helseforskjellene mellom de som er i arbeid og de som ikke er i arbeid er betydelig (STAMI,

2015). Det er dermed ikke sagt at årsakssammenhengen mellom arbeid og helse er enkel. Arbeid og arbeidsmiljø påvirker helsen på mange og innfløkte måter (STAMI, 2015). Gjennom arbeid får man tilgang på en rekke av samfunnets ressurser som settes i sammenheng med vår helse. Videre er utdanning, inntekt og yrke vesentlige faktorer i sosiale ulikheter i helse (Dahl, 2005).

Hvordan arbeidet påvirker helsen er i mange tilfeller uklart. Forskning viser at fravær fra arbeid er et komplekst fenomen og gjenspeiler ikke nødvendigvis helse- eller sykdomsstatus til individet eller samfunnet (Lindberg et. al., 2006). Det har de senere år vært større interesse for hvordan fravær fra arbeid påvirker helsen. En studie fant blant annet at arbeidsledige rapporterer om høyere andel av psykiske plager, høyere selvmordsrate, høyere dødsrate og høyere forekomst av bronkitt og ischemisk hjertesykdom (McLean, Carmona, Francis, Wohlgemuth, Mulvihill, 2005). Det kan tyde på at arbeidsledighet har en vesentlig betydning for mental helse, ved å påvirke en persons selvfølelse og sosiale tilhørighet (McLean et. al. 2005). Helseproblemer kan også forklares med lav inntekt og sosial ekskludering som følge av arbeidsledighet (McLean et. al., 2005). Helseproblemer er en viktig forklaring på hvorfor mange faller ut, men årsakssammenhengen er betydelig mer sammensatt enn kun helsemessig seleksjon (Helsedirektoratet, 2016). Det finnes i dag studier som støtter opp om at fravær fra arbeid ofte har negative helsekonsekvenser (Dekkers-Sánchez, Hoving, Sluiter, Frings-Dresen, 2007). På den andre siden finnes det studier som viser at arbeid kan være forebyggende og helsefremmende (Waddel og Burton, 2006; Lund og Labriola, 2009). For de aller fleste vil deltakelse i arbeidslivet være helsefremmende, og det er et mål at flere bør få muligheten til å arbeide med eller til tross for helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016). For de aller fleste voksne er arbeid en stor og viktig del av livet (Folkehelseinstituttet, 2014).

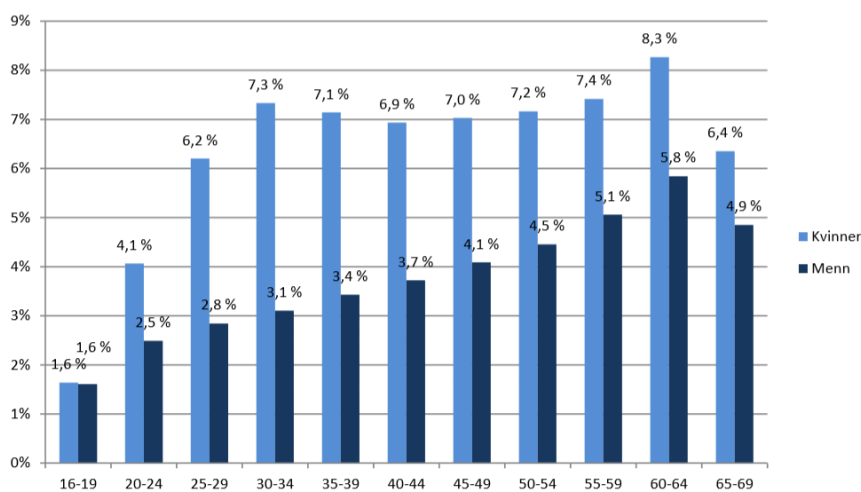
1.1.2.1 Arbeid og sosiale ulikheter i helse

Studier har vist at sosioøkonomisk status i stor grad er påvirket av arbeid og arbeidsrelatert inntekt (Bambra, 2011). Bambra (2011) argumenterer for at arbeid og det sosioøkonomiske klassekille det skaper spiller en avgjørende rolle i utvikling av ulikheter i forekomst av sykkelighet og dødelighet. Blant annet finner man at lavstatusjobber er mer utsatt for uheldige fysiske arbeidsforhold, og høyere risiko for uheldige psykososiale forhold (Bambra, 2011). Dahl og medarbeidere fant et samspill mellom sykdom og sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2010). Personer med lav utdanning eller yrkesstatus som har et helseproblem, har større risiko for å falle utenfor arbeidslivet enn personer som har høyere

sosioøkonomisk status som er syke (Helsedirektoratet, 2010) Utstøting fra arbeidslivet er blant hovedårsakene til lavinntekt og fattigdom med den betydning det har for helse Prop. 130 L (2010-2011).

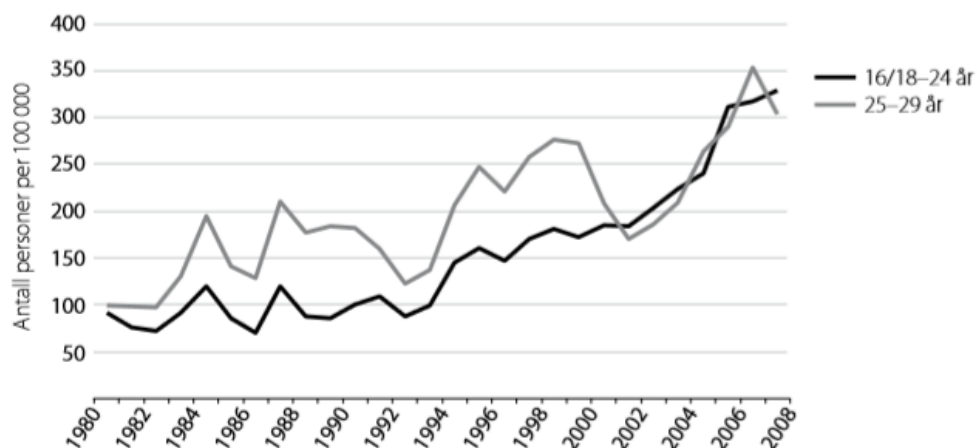
1.3 Unges deltakelse i arbeidslivet

Det er konsensus om at både sykefravær og andelen som mottar uføretrygd er høyere i Norge enn land vi sammenlikner oss med (Mykletun, 2010). I 2. kvartal 2017 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 6,8 prosent og 3,8 prosent for menn (NAV, 2017). I andre kvartal 2017 var hhv 3,2 % og 4,4 % i alderen 20-24 og 25-29 år sykemeldt (NAV, 2017).



Figur 2. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 2. kvartal 2017. Prosent

De siste årene har antall uføre økt betydelig, og svært få som tildeles uførepensjon kommer tilbake i arbeid (Sletten og Hyggen, 2013). Det har vært en jevn økning siden midten av 90-tallet i antall unge personer som mottar ytelser på grunn av arbeidsuførhet (Blekesaune, 2005). I følge NAV var det per 30. september 2017 i underkant av 14 000 uføre i alderen 20 - 29 år (NAV, 2017). Flere studier peker på at antall unge som mottar uføretrygd har økt betydelig de siste årene (Berg og Thorbjørnsrud, 2009; Fevang og Røed, 2006). Årsaken til økningen er omdiskutert og det er relativt få studier som omtaler tema.



Figur 3. Årlige tilgangsrate for uføretrygdelser per 100.000 personer 16/18-24 år og 25-29 år. 1980-2007 (Berg og Thorbjørnsrud, 2009)

Å tre ut av arbeidslivet har konsekvenser på flere arenaer. Spesielt bekymringsfull er det for unge mennesker som ikke får fotfeste i arbeidslivet. I Europa snakker man om en tapt generasjon (Sletten og Hyggen, 2013). Selv om unge utgjør en liten andel av alle sykemeldte er konsekvensene for hver enkelt betydelige. Ettersom personer som faller ut av arbeidslivet i ung alder risikerer å forbli utenfor i lang tid, vil de bidra betydelig til prevalens og kostnader knyttet til uføreordning (Gjesdal, Haug, Ringdal, Vollset og Mæland (2005).

1.3.1 Unges deltakelse og frafall i et folkehelseperspektiv

De nasjonale målene for folkehelsepolitikk bygger på en tverrpolitisk enighet og presiserer blant annet behovet for å redusere sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I et folkehelseperspektiv er sykefravær en vesentlig utfordring med betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser og kan føre til isolasjon, ekskludering fra arbeidslivet og svekket økonomisk posisjon (Dekkers-Sánchez et. al., 2007). Arbeid gir tilgang til en rekke av samfunnets ressurser, som materielle goder, sosiale og psykososiale ressurser (Helsedirektoratet, 2016). Studier viser klare sosiale skjevheter i deltakelse i arbeidslivet og sykefravær (Bambra, 2011).

Ifølge Skilbrei (2005) anses det som mer problematisk at unge mennesker aldri kommer inn eller faller utenfor arbeidslivet. Arbeidsrollen er sterkt knyttet til et menneskes identitet (Kielhofner, 2008) og er en kilde til økonomisk stabilitet, rutine og struktur i hverdagen. Sykefravær truer disse områdene og kan føre til tap av livskvalitet, inaktivitet, isolasjon og angst for å gå tilbake i arbeid (Bowling 2006; Bilsker, Wiseman og Gilbert, 2006). Tidligere studier har påvist en negativ sammenheng mellom lengde på sykefravær og sannsynlighet for

å returnere til arbeidet (Vogel et. al, 2017; Waddel og Burton, 2006). Å sikre at flest mulig kan delta helt eller delvis i arbeidslivet er derfor av stor betydning for den enkeltes helse og livskvalitet.

Utdanning, arbeid og inntekt er essensielle for å kunne redusere sosiale ulikheter i helse (Naidoo og Wills, 2009). I et folkehelseperspektiv vil innsats for å øke arbeidsdeltakelse for alle være et bidrag til å redusere sosiale ulikheter i helse ved å både arbeide med de grunnleggende helsedeterminantene og mer direkte med arbeidets helsefremmende effekter (Helsedirektoratet, 2016). Å forebygge frafall fra arbeidslivet er svært sammenfallende med folkehelsepolitikkenes mål om å redusere sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2016). Tilgang på arbeid er et av de viktigste virkemidlene for å motvirke fattigdom og sosiale forskjeller (Helsedirektoratet, 2016).

2.0 Teori og tidligere forskning

I det følgende kapitlet presenteres teori og tidligere forskning på årsaker til unges frafall og tilbakeføring til arbeidslivet.

2.1 Unge utenfor – prediktorer for langtidsfravær

Selv om formålet med studien ikke er å kartlegge årsaker til frafall kan det likevel være relevant å se på noen av de mest sentrale forklaringene på frafallsproblematikken. Studier har vist at langtidsfravær fra arbeidet er påvirket av faktorer på ulike strukturelle nivåer, og beslutningen om ikke å komme tilbake til arbeid kan være resultatet av en kombinasjon av psykososiale, økonomiske, organisatoriske og medisinske faktorer (Dekkers-Sánchez et. al., 2007). Et komplekst årsaksforhold materialiserer seg i forskningen på årsaker til unges frafall. Forskere viser til administrative, medisinske, arbeidsmessige og sosiale forhold i et tett samspill på vei mot et liv med uføretrygd. I forskningslitteraturen undersøkes forklaringer på individ-, institusjonelt- og samfunnsnivå (Sletten og Hyggen, 2013). På individnivå er det særlig utdanning og psykiske lidelser som har stått i fokus i de senere årene.

Sykefravær blant kvinner har lenge vært gjenstand for oppmerksomhet. Kvinner har et høyere sykefravær og ofte lenger sykefravær enn menn (Mastekaasa, 2014; Kristensen & Bjerkedal, 2009; STAMI, 2015). I perioden 1989-2001 ble litt flere kvinner enn menn uførepensjonert i ung alder (Blekesaune, 2005). Blekesaune (2005) fant at unge kvinner har større sannsynlighet for å bli uførepensjonert enn unge menn. En vanlig forklaring på at kvinner har høyere sykefravær og høyere risiko for uføretrygd er den såkalte «dobbeltarbeiderhypotesen». Dobbeltarbeiderhypotesen går ut på at kvinner har en høyere belastning enn menn ved kombinasjon av forpliktelser på hjemmebane og i arbeidslivet (Mykletun, Evensen, Hagen, Vaage, 2012). Andre forklaringer på kjønnsforskjeller er helseplager og belastende arbeidssituasjoner (Mykletun et. al., 2012). I internasjonal sammenheng skiller ikke Norge seg ut på dette området (Mykletun et. al., 2012). Man ser tilsvarende kjønnsforskjeller i land med høy grad av sysselsetting blant kvinner (Mykletun, et al., 2012).

2.1.1 Utdanning og arbeidsdeltakelse

Studier har vist at det er sammenheng mellom utdanning og sykefravær (Tveito, Halvorsen, Lauvålein og Eriksen, 2002, Kristensen og Bjerkedal, 2004; Gravseth et. al, 2007; Gravseth og Kristensen 2008; Dahl 2005; Bratsberg, Raaum, Røed og Gjefsen, 2010). Lav egenutdanning og lav foreldreutdanning er blant de dominerende risikofaktorene for sykefravær (Gravseth og Kristensen, 2008). Gravseth og Kristensen (2008) peker på at høyt

utdannede har flere valgmuligheter på arbeidsmarkedet og lettere kan påvirke eget arbeidsmiljø. Effekten av foreldres utdanningsnivå kan delvis forklares ved at den i seg selv påvirker egen utdanning (Gravseth og Kristensen, 2008) Lav utdanning er en sterk risikofaktor for uførepensjon i alle aldersgrupper (Olsen, Jentoft og Jensen, 2009). Blekesaune (2005) fant i sin studie at en betydelig andel av de aller yngste uføre har lite eller ingen utdanning. Årsaker til frafall og manglende gjennomføring av utdanning knyttes ofte til familiebakgrunn (Sletten og Hyggen, 2013). Svake skoleprestasjoner, organisering av opplæringen og lokale arbeidsmarkedskrefter trekkes også frem i forståelsen av frafall fra utdanning (Sletten og Hyggen, 2013). Studier understreker at frafall og det å stå utenfor i ung alder ikke bare har én forklaring (Follesø 2010; Follesø 2011; Natland og Rasmussen 2012). Noen kjennetegn kan man allikevel trekke fram, blant annet at unge utenfor ofte har en livshistorie som gjør at de har fått liten tro på seg selv om hva de kan utrette i livet (Sletten og Hyggen, 2013).

2.1.2 Diagnose og arbeidsdeltakelse

Muskel- og skjelettdiagnoser og milde og moderate psykiske lidelser er de meste vanlige diagnosene ved langtidsfravær i Norge (Brage, Ihlebæk, Natvig, Bruusgaard; 2010; Gjesdal og Bratberg;2003;) Muskel- og skjelettdiagnoser er blant de vanligste årsakene til sykefravær og langtidsfravær fra arbeid også i land vi kan sammenlikne oss med (Waddel og Burton, 2006). Studier har vist at det har vært en økning i psykiske lidelser siden 1990-tallet (Waddel og Burton, 2006), og psykiske lidelser er anerkjent som et problem som fører til betydelige kostnader for den enkelte, arbeidsgiver og samfunnet som helhet (OECD, 2013). Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er den vanligste diagnosegruppen blant unge uføre (Blekesaune, 2005). Blant gruppen som innvilges uførepensjon etter fylte 25 år er muskel- og skjelettlidelser den vanligst diagnosegruppen (Blekesaune, 2005). Sammenhengen mellom psykiske lidelser og uføretrygd støttes av flere studier (Brage og Thune 2008; Gjesdal et. al., 2005).

2.1.3 Sosiale forhold og arbeidsdeltakelse

Risiko for sykefravær og varig frafall fra arbeidslivet kan imidlertid neppe forklares utfra et sykdomsperspektiv alene. Marginalisering og sosial ekskludering starter gjerne tidlig og får konsekvenser senere i livet (Anvik, 2013). Forskningsmiljøet ved STAMI (Kristensen og Bjerkedal 2004, Gravseth et. al. 2007, Gravseth og Kristensen 2008) oppsummerer at oppvekst og sosial bakgrunn har stor betydning for senere arbeidsdeltakelse i arbeidslivet, omfang av sykefravær og risiko for å bli ufør. Flere studier peker også på sammenhengen

mellom familiebakgrunn og risiko for uføretrygd (Krokstad, Johnsen og Westing, 2002; Kristensen og Bjerkedal, 2004). Krokstad et. al. (2002) fant i sin studie at lav sosioøkonomisk status var en av de sterkeste ikke-medisinske faktorene for uføretrygd. Studier har også vist sammenheng mellom arbeidsmarkedet og risiko for uføretrygd (Rege, Telle og Votruba, 2005; Rege, Telle og Votruba, 2007; Nordberg og Røed 2002; Fevang og Røed 2006).

2.2 Tilbakeføring til arbeid

Desto lengre tid man er uten arbeid eller utdanning i ung alder, desto mer øker risikoen for marginalisering og varig uførhet (Olsen og Tägström, 2013). Det er mange variabler som er identifisert som prediktorer for tilbakeføring til arbeid, men det er vanskelig å konkludere ut fra foreliggende forskning (Victor, Lau og Ruud, 2017). Sosiodemografiske, arbeidsrelaterte og medisinske faktorer er de dominerende faktorene for langtidsfravær og tilbakeføring til arbeid (Øyeflaten, Lie, Ihlebæk, Eriksen, 2013) Flere studier har vist at sosioøkonomisk status har høy prediksjonsverdig for tilbakeføring til arbeid (Gjesdal et. al., 2005; Krokstad et. al. 2002; Tveito, 2006;). Videre kan selvopplevd helse, livskvalitet og tilstedeværelse av somatisk eller psykisk sykdom predikere sannsynligheten for tilbakeføring til arbeid (Gjesdal et. al., 2005) Andre faktorer som er relatert til tilbakeføring til arbeid, er individets behov for å sikre sin egne arbeidssituasjon og tilfredshet med arbeidsforhold (Ekberg, Wåhlin, Persson, Bernfort og Öberg, 2015).

2.2.1 Forhold på arbeidsplassen

I de senere årene har det vært en økende interesse for forhold på arbeidsplassen og sammenheng med sykefravær og tilbakeføring til arbeid. Tidligere studier har funnet sammenheng mellom forhold på arbeidsplassen og tilbakeføring til arbeid. En av de mest kjente teoriene innenfor dette feltet er krav-kontroll-støtte teorien til Karasek og Theorell. K-K-S teorien sier noe om forholdet mellom krav og kontroll samt grad av støtte og negative helsemessige konsekvenser (Karasek og Theorell, 1990.) Studier har blant annet vist sammenheng med høye psykososiale krav og lav grad av kontroll og sannsynlighet for langtidssykefravær (Gimeno, Amick, Habeck, Ossmann and Katz, 2005). Sammenhengen mellom høye krav og tilbakeføring til arbeid støttes av flere studier (Janssen et. al., 2003; Johnsson et. al., 2009).

Tidligere studier har funnet betydningen av tidlig kontakt mellom arbeidsplass og den sykemeldte, tidlig tverrfaglig kartlegging, koordinert plan for tilbakeføring samt god struktur

for kommunikasjon mellom involverte parter med utvalgt koordinator (Ellingsen, Kiær, Labriola og Aas, 2010). Andre forhold på arbeidsplassen som er av betydning for tilbakeføring til arbeid, er opplevelse av støtte fra nærmeste leder (Aas, Haveraaen, Skarpaas and Berg, 2014). Få studier har undersøkt forhold på arbeidsplassen som prediktor for varig arbeidsuførhet (Gjesdal et. al. 2005).

2.3 På vei mot uføretrygd?

Veien til uføretrygd er for de fleste lang (Fevang og Røed 2006). Det er utbredt konsensus om at tidligere sykefravær er en prediktor for senere uføretrygd, selv om enkelte studier finner at sammenhengen er mindre sterk enn antatt (Gjesdal, 2005). Studier som har sett på sykefraværsmønster har blant annet funnet at ansatte med ryggplager har flere episoder med sykefravær som følge av ryggmerter (Côté, Baldwin, Johnson, Frank and Butler, 2008). Sammenhengen mellom sykefravær og tap av arbeid eller langtidsfravær er også funnet for overlevende etter kreft (Torp, Nielsen, Gudbergsson, Fosså og Dahl, 2012) og personer med psykiske lidelser (St-Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean og Rhéaume, 2007). Studier viser også sammenheng mellom lengde på sykefravær og tilbakeføring til arbeid (Opsteegh et. al. 2009, STAMI 2015, Stapelfeldt et. al. 2017).

2.3.1 Tidligere sykefravær

Sammenhengen mellom tidligere sykefravær og uføretrygd støttes av flere studier (Nossen og Brage, 2016; Kann og Brage, 2007; Gjesdal og Bratsberg). Dahl (2005) fant en nær sammenheng mellom sykefravær og uføretrygd. For nye uførepensjonister i 2001 hadde 90 % mottatt sykepenger i perioden 1.1.1993 til uføretrygd inntraff (Dahl, 2005). Mange unge uføre mottok stønad fra folketrygden også i årene før de ble uføretrygdet (Blekesaune, 2005). Fevang og Røed (2006) fant at en stor andel av uføretrygdde mellom 30 og 55 år hadde lange trygde- og sosialhjelpshistorier bak seg. Tilknytningen til arbeidsmarkedet er i mange tilfeller svakt, selv om mange av unge uførepensjonister har jobbet litt, er det få som har jobbet mye (Blekesaune, 2005).

Gjesdal et. al.. (2005) har undersøkt risiko og prediktorer for uførepensjon blant personer under 40 år som er langtidssykemeldt. Femårs risiko for overgang til uførepensjon var 9 %, litt høyere for kvinner enn for menn (Gjesdal et. al., 2005). Resultater fra studien bekrefter tidligere forskningsfunn om betydningen av sosiodemografiske faktorer, samt at medisinske aspekter ved fraværet også hadde effekt. Menn med psykiatrisk diagnose hadde, sammenliknet med kvinner med samme lidelse og med menn med andre diagnoser, dårligere

prognose for fremtidig tilbakeføring til arbeidslivet (Gjesdal et. al., 2005). Gjesdal et. al. (2005) fant også at en betydelig andel av de som mottok uføretrygd blant denne gruppen mottok dette allerede før 30 års alder. For gruppen med muskel- og skjelett-lidelser er risikoen for uføre dobbelt så høy blant unge kvinner sammenliknet med menn med slike diagnoser (Gjesdal et. al., 2005).

Nossen og Brag (2016) har i sin studie undersøkt hvordan sannsynligheten for friskmelding varierer gjennom sykepengeperioden og hvordan ulike faktorer påvirker den. De fant at sannsynligheten for friskmelding er størst de første dagene og avtar deretter sterkt. Mot slutten av rettighetsperioden øker friskmeldingsgraden igjen og økningen tiltar kraftig mot slutten av perioden (Nossen og Brage, 2016). Enkelte diagnosegrupper hadde lavere sannsynlighet for friskmelding, mindre enn halvparten så stor, som for muskel- og skjelettsykdommer. Personer med kreftdiagnoser, hjerte- karsykdommer, leddlidelser og psykiske lidelser hadde klart lavere sannsynlighet for friskmelding sammenliknet med referanse kategorien (Nossen og Brage, 2016).

Synkende grad av friskmelding utover i sykefraværsløpet er i faglitteraturen kjent som **tilstandsavhengighet**. Tilstandsavhengighet innebærer at det å ha vært i en tilstand på et tidligere tidspunkt øker sannsynlighetene for å være i samme tilstand på et senere tidspunkt (Dahl, Hansen og Kvitastein, 2003). Tilstandsavhengighet har vært forklart med blant annet rolletilvenning, økonomiske insentiver, marginalisering og at arbeidsevne svekkes over tid (Nossen og Brage, 2016).

Det er imidlertid få studier som har beskrevet sykefraværsmønster generelt og så langt jeg kjenner til er det ikke gjennomført studier som har som formål å beskrive sykefraværsmønster blant unge. Forløpsanalyser av sykefravær kan bidra med viktig informasjon om faktorer som påvirker varighet av sykefraværet (Nossen og Brag, 2016).

2.4 Ulike tilnærminger til arbeid og helse

Det er tre teoretiske modeller som dominerer bildet når man skal forstå årsaker til sykefravær og uføretrygd.

I det moderne vestlige samfunnet er synet på helse i stor grad preget av det man benevner som «den vestlige vitenskapelige medisin» (Naidoo og Wills, 2009). Modellen tar utgangspunkt i et negativt syn på helse, hvor man konsentrere seg om hva helse ikke er heller enn hva det er (Naidoo og Wills, 2009). Dette synet kommer frem i definisjoner som «helse er fravær av

sykdom». Dette synet på helse har enorm påvirkning på samfunnet (Naidoo og Wills, 2009). Særlig vil fokuset på det patogenetiske være et resultat av de vestlige medisinske tankegang. En patogenetisk tilnærming til helse fokuserer på hvorfor mennesket blir syk og legger vekt på risikofaktorene (Naidoo og Wills, 2009). I lang tid har arbeidet med å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet tatt utgangspunkt i en slik tilnærming. Forskningen på risikofaktorer for sykefravær er uendelig, og tiltakene likeså. Den tradisjonelle «**utstøtingsmodellen**» baserer seg på en slik tilnærming. Modellen baserer seg på at arbeid kan være skadelig eller vanskelig tilgjengelig (Mykletun, 2013), med andre ord at arbeidsmarkedet støter ut mennesket. Et sentralt prinsipp i denne modellen er at mennesket i bunn og grunn ønsker å arbeide, men holdes av ulike grunner utenfor (Mykletun, 2013). Årsaken til bruk av trygdeytelser finner man utenfor individets kontroll (Mykletun, 2013). Det har særlig vært fokusert på arbeidsmiljøbelastninger, og i spesielt misforhold mellom krav og kontroll (Mykletun, 2010). Utstøtingsmodellen har hatt stor innflytelse på norsk politikk og intervensjoner som tar sikte på å redusere eller fjerne ulike utstøtingsfaktorer.

Attraksjonsmodellen står i kontrast til utstøtingsmodellen på den måte at det fokuseres på den enkeltes valg på veien til å bli trygdemottaker (Mykletun, 2013). Attraksjonsmodellen forutsetter at mennesket foretrekker fritid fremfor arbeid og fokuserer således på at økonomisk kompensasjon ikke må bli for attraktivt sammenlignet med fortsatt arbeid (Mykletun, 2013). Uttalelser om å få unge ut av økonomiske trygdeordninger i NAV er et uttrykk for attraksjonsmodellens tilnærming. I følge attraksjonsmodellen er omfanget av trygdeytelser basert på markedskrefter som tilgang og etterspørsel (Mykletun, 2013). Dersom tilgang på ytelser og kompensasjonsgraden er god vil attraksjonsmodellen predikere at individet i økende grad velger trygd fremfor arbeid (Mykletun, 2013).

En tredje tilnærming handler om at utfordringen med fravær skal forstås i et medisinsk lys (Mykletun, 2013). **Den trygdemedisinske modellen** forklarer trygdeytelser med sykdom og fokuserer gjerne på diagnoser. En slik tilnærming kalles «medikalisering» og gir en veldig forenklet forklaring på sykefravær og trygdeytelser. Man fokuserer nærmest utelukkende på en begrenset del av årsakssammenhengen, nemlig at uføretrygd og sykefravær skyldes en diagnose og nedsatt funksjonsevne (Mykletun, 2013). Den norske trygdemedisinske modellen og lovverket er basert på en slik tilnærming, og diagnosen er helt sentralt i velferdsstaten Norge. Ingen diagnose – ingen trygdeytelser. I tråd med denne modellen utvikles tiltak som skal helbrede den syke. Denne modellen forutsetter at personer som mottar trygd er syk og skaper også forventinger om det friske mennesket som er i stand til å arbeidet. Det er et

uriktig bilde som springer ut fra det patogenetiske tankesettet som setter frisk og syk opp mot hverandre og skaper et uheldig bilde av det komplekse fenomenet helse og uhelse ettersom de fleste mennesker med diagnoser også er i arbeid (Mykletun, 2010)

Alle modellene som til nå er presentert gir et fragmentert og forenklet bilde av et svært sammensatt problem. Felles for de alle er at den springer ut fra et patogenetisk tankesett. I følge Mykletun (2013) har det i den senere tid vokst frem nye og spennende tilnærminger til arbeid, psykiske lidelser og trygd. Denne nye tilnærmingen fokuserer på det helsefremmende aspektet ved arbeid og studier (Waddel og Burton, 2006) støtter opp under dette synet. For de aller fleste av oss og i de fleste situasjoner vil arbeid være mer helsebringende enn helseskadelig (Waddel og Burton, 2006). En slik tilnærming skifter fra et patogenetisk tankesett til en **salutogenetisk** tilnærming.

Salutogenetisk tilnærming tar utgangspunkt i Aaron Antonovskys modell fra 1979. Antonovskys modell innebærer at et individs erfaringer i livet bidrar til å utvikle ens «opplevelse av sammenheng» (Mittelmark et. al., 2017). Opplevelse av sammenheng (SOC) referer til individets opplevelse av verden som den er som begripelig, håndterbar og meningsfull (Mittelmark et. al., 2017.) Et individs opplevelse av sammenheng (SOC) bidrar til å mobilisere ens ressurser til å mestre stress og påkjenninger (Mittelmark et. al., 2017). I en utvidet betydning av begrepet menes det med salutogenese et fokus eller orientering mot helsefremmende faktorer fremfor risikofaktorer (Mittelmark et. al., 2017).

Med den nye tilnærmingen som gradvis vokser frem er det større fokus på helsefremmende faktorer i arbeid. Som en følge av dette perspektivet retter man fokus på aktivitet i sin tilnærming. Desto lengre tid man er uten arbeid eller utdanning i ung alder, desto mer øker risikoen for marginalisering og varig uførhet (Olsen og Tägström, 2013). Olsen og Tägström (2013) legger vekt på at det i tilfeller hvor unge mennesker er i ferd med å uførepensjoneres, bør det settes inn aktive innsatser med mål om å få personen tilbake i utdanning, arbeid eller aktivitet – i det store tilbake til et sosialt liv.

2.5 Det norske trygdesystemet

Det norske trygdesystemet representerer et generøst velferdssystem med det mål å sikre inntekten til personer som midlertidig eller varig har redusert funksjonsevne på grunn av sykdom (Øyeflaten, Lie, Ihlebæk og Eriksen, 2013). Som hovedregel er alle som er bosatt i Norge eller som er arbeidstakere i Norge pliktige medlemmer i folketrygden (Arbeids- og

sosialdepartementet, 2017). Folketrygden gir rett til en rekke ytelser, blant annet, sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Sykepenger gir full kompensasjon for inntekten, inntil 6 G¹ (NOK 555 456) fra og med første sykefraværsdag og inntil 260 dager (52 uker) (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Uføretrygd gis til medlemmer av folketrygden som har varig redusert inntektsevne med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017).

2.6 Raskere tilbake

Det er et ubetinget krav i folketrygdloven at hensiktsmessig handling skal være forsøkt før det innvilges uførepensjon (Prop. 130 L (2010-2011)). Det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere sykefraværet i Norge. En av de største satsningene på området er ordningen kjent som «Raskere tilbake» (Aas, Solberg og Strupstad, 2011). Ordningen som har det offisielle navnet *Tilskudd til helse og rehabiliteringstjenester for sykemeldte* hadde sin oppstart i 2007 som en følge av Stoltenberg II regjeringens sykefraværsutvalg (Aas et. al., 2011).

Formålet med ordningen er å redusere sykefravær ved å bringe personer som er i fare for (kun i helseforetakene) eller er sykemeldt og mottar stønad fra NAV raskere tilbake i arbeid. Det er formulert to hovedmål med ordningen; å redusere ventetiden for behandling innen de regionale helseforetakene, samt å bidra til en raskere tilbakeføring for sykemeldte arbeidstakere (Aas et. al, 2011).

Raskere tilbake omfatter tilbud fra både NAV og spesialisthelsetjenesten (NAV, 2017). Ordningen består av tilbud innen kirurgi og medisinsk behandling, ulike former for rehabilitering innen somatikk og psykiatri, arbeidsrettet rehabilitering i institusjoner og via NAV, oppfølging og avklaring og behandling av personer med lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser, i alt 8 ulike tilbudstyper (Aas et. al. 2011.)

2.7 Studiens formål og forskningsspørsmål

Målet med denne studien er å beskrive sykefraværs mønsteret blant unge personer og tilbakeføring til arbeid. Hensikten med studien er å få økt kunnskap og innsikt i frafallsforløpet til unge mennesker. Ved å beskrive sykefraværsforløpet kan man få en bedre forståelse for veien ut av arbeidslivet. Resultatet fra studien vil være nyttig både på

¹ G= Mange av folketrygdens ytelser fastsettes i forhold til et grunnbeløp (G). Gjennomsnittlig G for 2016 var NOK 91 740 og G per 1. januar 2017 er NOK 92 576.

samfunnsnivå i form av potensielt viktig informasjon om sykefraværsforløpet blant unge i risiko for å falle utenfor arbeidslivet.

2.7.1 Problemstilling

Hva kjennetegner sykefraværsforløp for unge mennesker?

Underproblemstillinger

Hvilke faktorer påvirker sykefraværsforløpet?

Er det forskjell på tid til tilbakeføring til arbeid for unge versus voksne?

Problemstillingen vil utforskes gjennom følgende hypoteser:

HYP1: Det er sammenheng mellom demografiske variabler, som kjønn og utdanning og sykefraværsforløp

HYP2: Tid til tilbakeføring til arbeid for personer under 30 år er forskjellig fra personer over 30 år

3.0 Metode

I dette kapittelet presenteres det utdypende informasjon om materiale og metoder som ikke er inkludert i artikkelen.

3.1 Design

Masteroppgaven er i hovedsak en deskriptiv studie med et observerende design. Studien er designet som en kohort studie. En kohort følger en gruppe mennesker over tid (Bjørndal og Hofoss, 2004). Hovedhensikten med designet er å gjøre overlevelsesanalyser eller såkalt forløpsanalyser (Laake, Hjartåker, Thelle og Veierød, 2007)

Masteroppgaven henter data fra det som opprinnelig var en nasjonal evaluering av Raskere tilbake-ordningen. Dette prosjektet har senere blitt utvidet og omtales som «Rapid-RTW-project», der en av delstudiene er «Rapid-RTW-cohort-study». Formålet med evalueringen er å kartlegge innholdet i de ulike Raskere tilbake tilbudene, deres effekt og nytteverdi og avdekke forhold som påvirker tilbakeføringshastighet.

3.2 Datainnsamling

Rapid-RTW kohortstudien er et multisenter studie hvor ca. 50 ulike Raskere tilbake tilbud deltok. Studien er basert på data fra spørreskjema benyttet under kohortstudien i tillegg til data om sykefravær.

Rekruttering til kohortstudien ble gjort gjennom RT koordinatorene i helseforetakene og NAV, som formidlet lister over RT tilbud. Deretter ble alle ledere/koordinatorene ved RT-tilbud kontaktet med e-post fra forskeren med invitasjon til å delta i studien. 50 av 210 RT-tilbud valgte å bli med i studien. Det ble utpekt en lokal studiekoordinator ved hvert enkelt RT-tilbud. Institusjoner som ønsket å delta mottok deretter en pakke med informasjon om studie, posters, samtykkeerklæring, spørreskjema, svarkonvolutter. Det ble samlet inn data fra ca. 900 Raskere tilbake mottakere i perioden 1. februar 2012 til 31. desember 2012. Data om den enkeltes sykefraværssituasjon ble innhentet gjennom registerdata fra Forløpsdatabasen-Trygd (FD-trygd) i perioden 2005-2012.

3.3 Utvalg

Data som er brukt i denne masteroppgaven er hentet fra kohortstudien og FD-trygd. Data er hentet fra spørreskjema utfylt av pasienter som hadde deltatt og fullført RT-behandling. Sykefraværdata ble innhentet for pasientens sykefraværsløp i perioden 2005-2012.

Antall respondenter i denne masteroppgaven var et selektert utvalg fra kohortstudien. Inklusjonskriterier for studien var: (1) alder 18-30 år. (2) oppført i FD-trygd med sykefravær i årene 2005-2012. 92 personer tilfredsstilte kriteriet (1). 11 personer ble ekskludert da de manglet viktige opplysninger om sykefraværssituasjon (2). I alt ble 81 personer inkludert i studien.

I enkelte analyser har jeg benyttet hele utvalget fra kohortstudien. Jeg har valgt å bruke individer over 30 år (N=810) som referansegruppe i enkelte analyser. Dette gjelder primært analyser av tilbakeføring til arbeid (RTW). Disse blir beskrevet i kapittel 3.3.1.1

3.3.1 Demografi

Det var en klar overvekt av kvinner (tabell 1) og gjennomsnittsalderen er 22 (SD=2,76) år ved første registrerte sykefravær. Flertallet i utvalget har 12 års skolegang eller mindre, men 43,6 % har høyskole eller universitets utdanning 4 år eller mer. Gjennomsnittsinntekten for husholdningen er 576 800 NOK, det er noe høyere andel (44,4 %) som oppgir gjennomsnittsinntekt under 420 000 NOK. Det er en klar overvekt av muskel- og skjelettlidelser i forhold til psykiske lidelser ved første sykefraværperiode. Diagnoser som er kategorisert som «annet» er den største gruppen (61,7%).

3.3.1.1 Referansegruppe

Referansegruppen består av 810 individer (n=810). I referansegruppen er det en klar overvekt av kvinner (69,4 %). Majoriteten lever i et samliv med en annen, enten som samboer (20,5 %) eller i ekteskap/registrert partner (49,4%). Flertallet av referansegruppen har mindre enn 12 års skolegang (54,9 %), 14,6 % har utdanning på høyskolenivå eller universitet over 4 år. Det er en overvekt av personer som jobber i privat sektor (43,8%), 13,9 % jobber i statlig sektor og 34,5 % i offentlig sektor. Gjennomsnittsinntekten er 760 070 NOK.

Forskjeller mellom gruppene ble testet med Mann-Whitney U test og Chi-Square test for independence. Det ble funnet signifikante forskjeller for inntekt ($p=.001$) og sivilstatus ($p>.000$)

Tabell 1. Deskriptive opplysninger, sosiodemografiske variabler, arbeidssituasjon og diagnose.

	N (%)	<30 (N=81)		REFERANSEGRUPPE (31+) (N=810)		
		Gjennomsnitt (SD)		N (%)	Gjennomsnitt (SD)	
ALDER	81	22 (2,76)		810	46,34 (8,7)	
KJØNN	81			602		
KVINNE	52 (64,2)			443(73,6)		
MANN	29 (35,8)			159 (26,4)		
UTDANNINGSNIVÅ	55			589		
GRUNNSKOLE (CA. 9 ÅR)	6 (10,9)			67 (11,4)		
VIDEREGÅENDE SKOLE (CA. 12 ÅR)	25 (45,5)			256 (43,5)		
HØYSKOLE/UNIV. TIL OG MED 4 ÅR	19 (34,5)			180 (30,6)		
HØYSKOLE/UNIV. MER ENN 4 ÅR	5 (9,1)			86 (14,6)		
HUSSTANDENS ÅRLIGE BRUTTOINTEKT*	45	576 800 (342 714,4) *		552	761 447,2 (694 262,1) *	
<=420 000	20 (44,4)			132 (23,9)		
420 001 – 700 000	12 (26,7)			170 (30,8)		
700 001 – 900 000	10 (22,2)			128 (23,2)		
900 001 +	3 (6,7)			122 (22,1)		
SIVILSTATUS*	56			601		
UGIFT	20 (35,7)			93 (15,5)		
SAMBOER	25 (44,6)			123 (20,5)		
GIFT/REG. PARTNER	9 (16,1)			297(49,4)		
SEPARERT/SKILT	2 (3,6)			81 (13,5)		
ENKE/ENKEMANN	-			7 (1,2)		
HVILKEN SEKTOR JOBBER DU I	49			568		
PRIVAT	27 (55,1)			249 (43,8)		
STATLIG	3 (6,1)			79 (13,9)		
OFFENTLIG	14 (28,6)			196 (34,5)		
PRIVATSEKTOR/OFFENTLIG NÆRINGSVIRKSOMHET	4 (8,2)			29 (5,1)		
SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE	1 (2)			15 (2,6)		
DIAGNOSE VED FØRSTE SYKEFRAVÆR	81					
MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER	24 (29,6)			-	-	
PSYKISKE LIDELSER	7 (8,6)			-	-	
ANNET	50 (61,7)			-	-	
HYPPIGTS FOREKOMMENDE DIAGNOSE**	81					
MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER	37 (45,7)			-	-	
PSYKISKE LIDELSER	8 (9,9)			-	-	
ANNET	36 (44,4)			-	-	

* p>.001

**diagnose som oftest forekommer hos en person

3.4 Variabler

Det ble benyttet spørreskjema fra deltakere i Raskere tilbake tilbud samt deres behandlere. I det følgende blir det redegjort for data som er benyttet i denne studien.

3.4.1 Sykefraværsforløp

Registerdata fra FD-trygd har blitt benyttet for informasjon om sykefraværshistorikken til personer i studien. FD-Trygd inneholder opplysninger om demografi, trygdeforhold, økonomisk sosialhjelp, sysselsetting etc. I denne studien har jeg benyttet meg av informasjon om når en person kommer inn i ordningen (tilgang) og når en person går ut av ordningen (avgang). Sykefraværshistorikken kan settes sammen til individuelle forløpshistorier, på den måten kan man følge hendelser i enkeltpersoners livsløp og se utvikling over tid. Sykefravær i denne studien har blitt registrert i tidsperioden 2005-2012.

Starten og slutten på oppfølgingstiden ved en kohortstudie må være klart definert (Laake et. al., 2007) Et sykefraværsforløp ble regnet fra første sykefravær til personen tilbakeføres til arbeid etter deltakelse i Raskere tilbake. Mange individer har flere tilfeller hvor man sykemeldes på nytt når sykemeldingen går ut. Enkeltsykemeldinger har blitt slått sammen til en sykefraværsperiode. Gjentakende sykefraværsperioder er definert som sykefraværsperiode som ender i tilbakeføring til arbeid etterfulgt av en eller flere perioder av sykefravær.

3.4.2 Tilbakeføring til arbeid

Tilbakeføring til arbeid (RTW) ble målt som antall dager til første tilbakeføring samt antall dager til fullstendig tilbakeføring til arbeidslivet. Tilbakeføringsvariabelen har blitt regnet ut ved å telle dager fra første sykefravær til første tilbakeføring til arbeid etter deltakelse i Raskere tilbake tilbud. Registering av tilbakeføring til arbeid har blitt gjort ved at fravær av ytelse i FD-trygd tolkes som at personen er tilbake i arbeid. I analysene for tilbakeføring til arbeid har det blitt gjort en cut-off på 400 dager.

3.4.4 Kontrollvariabler

Det er ofte en utfordring å samle informasjon om konfunderende faktorer (Laake et. al., 2007). På bakgrunn av tidligere forskning vet man at kjønn, utdanningsnivå, sosioøkonomisk status, tidligere sykefravær, bruttoinntekt, sivilstatus og diagnose kan være en utfordring med tanke på konfundering ved oppgavens tema (Kristensen og Bjerkedal, 2004; Gravseth et. al., 2007; Gravseth og Kristensen 2008; Dahl 2005; Blekesaune 2005; Bratsberg, Raaum, Røed og Gjefsen, 2010; Krokstad et. al., 2002).

Variabler som ble inkludert i analysene har vært alder, kjønn, utdanningsnivå, husstandens årlige bruttoinntekt, sivilstatus og diagnose.

3.5 Analyse

For statistisk analyse av datamateriale ble IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versjon 24) benyttet. Signifikante resultater ble bestemt som $p < .05$. Data fra spørreskjema og registerdata om sykefravær fra FD-trygd ble lagt inn i SPSS for analyse av dataene.

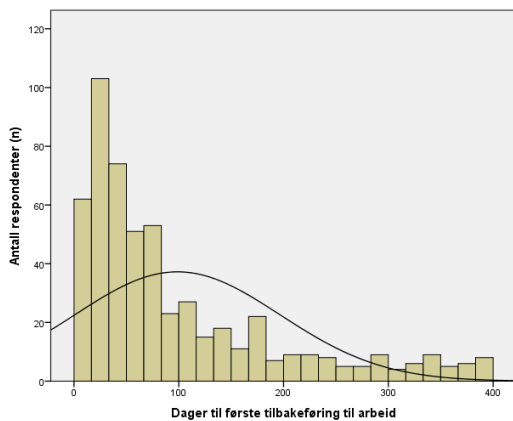
Demografiske variabler og bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, utdanningsnivå, husstandens årlige bruttoinntekt, sivilstatus, sektor og diagnose ble til å begynne med analysert med deskriptive analyser. Variabler som hadde mange svaralternativer, som inntekt og diagnose, ble transformert til grupper med færre variabler.

Det ble utarbeidet en matrise med sykefraværshistorikk som bakgrunn for studien. Det ble registrert og kodet antall sykefraværer, perioder og antall dager sykemeldt for gruppen som helhet. Sykefraværsperiode ble underkategorisert i hhv kort (<14 dager) mellom (15-89 dager) og lang periode (>90 dager). Vurdering av normalfordeling av antall dager sykemeldt og perioder viste at verdiene samlet seg til venstre for de lave verdiene og i senter. Variablene var ikke normalfordelt, og ikke-parametrisk Mann-Whitney U test ble benyttet for å undersøke forskjell i antall dager sykemeldt og sykefraværsperioder for kvinner og menn. Kruskal Wallis test ble benyttet for å undersøke forskjell i sykefraværsperioder og demografiske variabler. Effektstørrelse ble bestemt etter Pallant (2013) liten effekt = .1, medium effekt = .3 og stor effekt = .5.

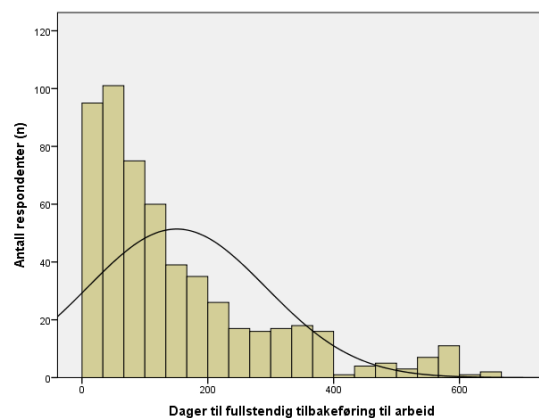
Forholdet mellom lengde på sykefravær, antall perioder og demografiske variabler ble først vurdert i et scatterplot. Scatterplot gir et bilde på sammenhengen og om forholdet er positivt eller negativt (Pallant, 2013). Korrelasjon mellom variablene ble videre analysert med en bivariat korrelasjonsanalyse. Korrelasjon er et mål på lineært samsvar mellom to variabler (Johannessen et. al.. 2011). Følgende retningslinjer ble brukt for grad av styrke på korrelasjon: Svak korrelasjon $r = 0,10-0,29$. Moderat korrelasjon $r = 0,30-0,49$ og sterk korrelasjon $r = 0,50-1,0$ (Pallant 2013). Disse ble ikke undersøkt videre i kontrollerte regresjonsanalyser, på grunn av tidsmessige rammer for masteroppgaven.

Med overlevelsesanalyser er man ikke bare opptatt om en hendelse inntreffer eller ikke, men også hvor lenge det varte før den inntraff og hva varigheten var en funksjon av (Bjørndal og Hofoss, 2012 s. 176). Det ble estimert ikke-parametriske overlevelsesfunksjoner (Kaplan-Meier kurver) for å analysere tilbakeføring til arbeid. Kaplan-Meier kurvene viser sannsynligheten for å være sykemeldt på ulike tidspunkter i forløpet (Nossen og Brage, 2016). Tilbakeføring til arbeid (RTW) anses som hendelsen som inntreffer og personer som av ulike grunner ikke oppnår hendelsen i tiden studien pågår, sensureres. Kaplan-Meier analyser er et egnet verktøy dersom en er interessert i hvor lenge det går før en begivenhet inntreffer (Bjørndal og Hofoss, 2012 s 179). Det ble produsert Kaplan-Meier kurver for utvalget som helhet og undergrupper av materialet. Kurvene er estimater av utfallet (event) basert på utvalget. Kurven viser sannsynlighet for overlevelse eller i dette tilfellet at hendelse inntreffer. Ved end of follow-up ble individer hvor hendelse ikke hadde inntruffet sensurert. Log-rank test ble benyttet til å bestemme signifikante forskjeller mellom kurvene.

Fordeling av RTW variablene ble vurdert å være ikke-normalfordelt, og det ble dermed benyttet ikke-parametriske tester for å analysere forskjeller mellom studieutvalget og referansegruppen.



Figur 4: Normalfordeling av dager til første tilbakeføring til arbeid



Figur 5: Normalfordeling av dager til full tilbakeføring til arbeid

3.5.1 Missing values

Det er en særlig utfordring knyttet til «missing values», det vil si at respondentene ikke har besvart alle spørsmålene i spørreskjema. Når det gjelder de demografiske variablene som er benyttet har vi her en responsrate på 55 – 69 prosent.

3.6 Etikk

Kohortstudien som denne masteroppgaven baserer seg på ble ikke vurdert som fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest-Norge). Studien ble derved godkjent av personvernombudet og Datatilsynet. Det har følgelig ikke vært behov for selvstendig søknad for denne analysen/studien.

Studien forholder seg til Helsinkideklarasjonen - etiske retningslinjer for forskning (World Medical Association, 2000). Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av The World Medical Association (WMA). Deklarasjonen står som en erklæring om etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker, inkludert forskning på identifiserbart menneskelig materiale og identifiserbare data (World Medical Association, 2000). Det informerte samtykke og hensynet til sårbare grupper står sterkt i Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). Deklarasjonen slår imidlertid fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren (Førde, 2014). Personer som var aktuelle for deltakelse i kohortstudien ble tildelt et informasjonsbrev, hvor det ble opplyst at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien. Personer som ønsket å delta i studien signerte et informert samtykkeskjema. Resultatene som presenteres i masteroppgaven er anonymisert. Personvernets integritet blir ivaretatt gjennom anonymisering av funn.

4.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater av analysene beskrevet i metodedelen. For å gjøre det lettere å forstå resultatene som presenteres, vil målene som benyttes gjentas her:

- *Sykefraværsløp*; sykefraværshistorikken settes sammen til individuelle forløpshistorier
- *Gjentagende sykefraværperioder*; sykemeldingsperiode som ender i tilbakeføring til arbeid etterfulgt av en eller flere perioder av sykefravær.
- *Sammenhengende sykefravær*; enkeltsykemeldinger som har blitt slått sammen til en sykefraværperiode
- *Tilbakeføring til arbeid*: Registrering av tilbakeføring til arbeid har blitt gjort ved at fravær av ytelse i FD-trygd tolkes som at personen er tilbake i arbeid.

4.1 Sykefraværsløp

Respondentene er i snitt sykemeldt i 408 dager (SD=284) (Md=369, IQR:185, 607), eller over 13 måneder i perioden 2005 – 2013. Det lengste fraværet er totalt 1274 dager, eller over 42 måneder, og det korteste fraværet er 1 dag. Menn er noe lenger sykemeldt, Md=401 (IQR: 220,582), enn kvinner, Md=363 (IQR:123, 612). men resultatet er ikke signifikant ($p>.05$), $U = 830$ $z = 749$, $p=.454$.

Totalt er det registrert 652 sykefraværperioder hos disse 81 unge arbeidstakerne, kvinnene bidro til 361 (55,4%) av disse og mennene bidro til 291 (44,6%). Seks personer (7,4 %) har kun én sykefraværperioder (sammenhengende sykefravær) i årene 2005 – 2012, de er alle kvinner. Gjennomsnittlig lengde er 75 dager (SD=143) (MD= 4, IQR; 1,75, 146,5), med 1 dag som korteste fravær og 361 dager som lengste fravær.

75 personer har gjentagende sykefraværperioder. Gjennomsnittlig lengde for de med gjentagende sykefraværperioder er 435 dager (SD=276) (Md=374, IQR; 244, 613), eller 14,5 måneder. Det lengste fraværet er på 1274 dager eller over 42 måneder totalt.

I snitt har deltakerne 8 sykefraværperioder (SD=6,15) (Md=7, IQR:4, 10) i løpet av studietiden. Menn (Md= 8, n=29) har signifikant flere sykefraværperioder enn kvinner (Md=5, n=52), $U=1002$, $p=.014$. Effektstørrelsen er liten ($r=0,27$). Det er en klar overvekt av korte perioder, 62,6 % av alle sykefraværperioder er under 14 dager, 21 % er 15-89 dager og 16,4 % er over 90 dager, som vist i tabell 2.

Tabell 2: antall sykefraværsperioder (<14 dager, 15-89 dager, >90 dager), fordelt på kjønn

KJØNN	ANTALL SYKEFRAVÆRSPERIODER (%)			
	Totalt	<14 dager (%)	15-89 dager (%)	>90 dager (%)
KVINNER (N=52)	361	208 (57,6)	87 (24,1)	66 (18,3)
MENN (N=29)	291	201 (69,1)	49 (16,8)	41 (14,1)
TOTALT	652	409 (62,6)	137 (21)	107 (16,4)

Analysen avslørte statistisk signifikante forskjeller ved lengde på fravær og sammenhengende (median = 4, n =6), gjentakende sykefraværsperioder (median =367 n=75), U = 412, z = 3,37, p=.001, r=.37. Personer med gjentakende sykefraværsperioder har totalt lengre fravær fra arbeid, effektstørrelsen anses å være medium (r=.37). Analysen avslørte statistisk signifikante forskjeller for antall sykefraværsperioder og utdanningsnivå, χ^2_3 (n=55), p=.007.

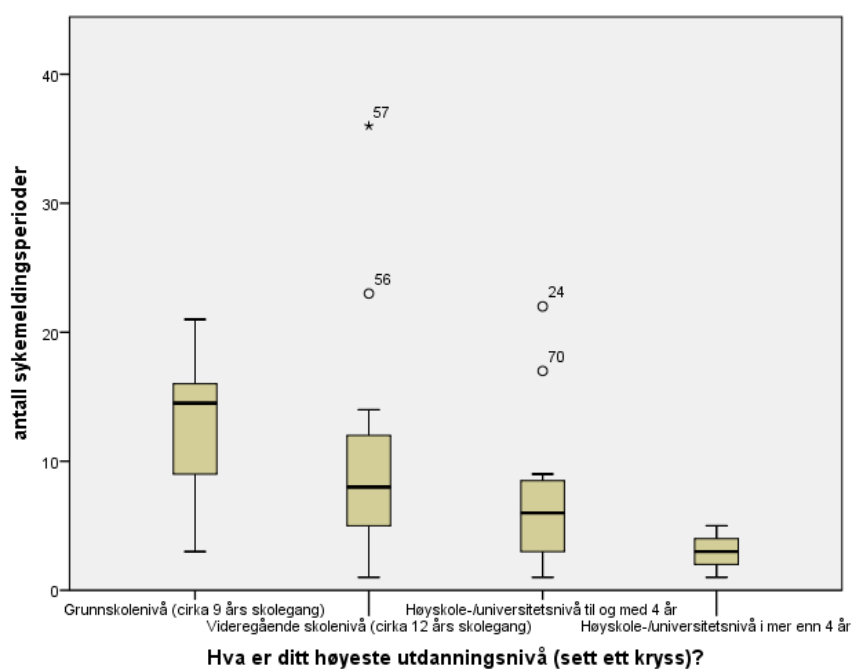
Tabell 3 viser hvordan antall sykefraværsperioder i hhv kort, mellom og lang periode fordeler seg på ulike utdanningsnivå, for utvalget som helhet og fordelt på kjønn.

Tabell 3: antall personer, totalt antall sykefraværsperioder og antall perioder <14 dager, 15-89 dager, > 90 dager, for utdanningsnivå.

Kvinner		Antall sykefraværsperioder (%)			
Utdanningsnivå	N (%)	Totalt	<14 dager	15-89 dager	>90 dager
Grunnskole	3 (60)	51	29 (57)	16 (31)	6 (12)
Videregående	12 (48)	76	33 (43)	21 (28)	22 (29)
Høyskole (inntil 4 år)	16 (84)	99	61 (62)	20 (20)	8 (18)
Høyskole (over 4 år)	5 (100?)	14	6 (43)	4 (29)	4 (29)
Alle utdanningsnivå	36 (67)	240	129 (54)	61 (25)	50 (21)
Menn		Antall sykefraværsperioder (%)			
Utdanningsnivå	N (%)	Totalt	<14 dager	15-89 dager	>90 dager
Grunnskole	2 (40)	12	7 (58)	3 (25)	2 (17)
Videregående	13 (52)	162	117 (72)	22 (14)	23 (14)
Høyskole (inntil 4 år)	3 (16)	28	16 (57)	6 (21)	6 (21)
Høyskole (over 4 år)	-	-	-	-	-
Alle utdanningsnivå	18 (33)	202	140 (69)	31 (15)	31 (15)

Kvinner og menn		Antall sykefraværsperioder (%)			
Utdanningsnivå	N (%)	Totalt	<14 dager	15-89 dager	>90 dager
Grunnskole	5 (9)	63	36 (57)	19 (30)	8 (13)
Videregående	25 (46)	238	150 (63)	43 (18)	45 (19)
Høyskole (inntil 4 år)	19 (35)	127	77 (61)	26 (20)	24 (19)
Høyskole (over 4 år)	5 (9)	14	6 (43)	4 (29)	4 (29)
Alle utdanningsnivå	54	442	269 (61)	92 (21)	81 (18)

Personer med inntil 9 års skolegang rapporterer om en høyere median (Md=14,5) enn personer med høyskole/universitetsutdanning over 4 år (Md=3). Korrelasjon mellom antall perioder og demografiske variabler, som diagnose, inntekt og sivilstatus ble undersøkt. Dog ble det kun funnet signifikante forskjeller mellom utdanningsnivå og antall fraværsperioder ($p = .004$). Personer med høyt utdanningsnivå har færre sykefraværsperioder sammenliknet med personer med lavt utdanningsnivå. Det er en moderat negativ korrelasjon mellom utdanningsnivå og antall perioder ($-.387$). Det er en svak negativ korrelasjon ($-.29$) mellom utdanningsnivå og total lengde på sykefravær ($p = .027$). Personer med høyt utdanningsnivå har kortere sykefravær enn personer med høyt utdanningsnivå. Figur 6 viser hvordan antall perioder fordeler seg etter utdanningsnivå.



Figur 6: antall sykefraværsperioder etter utdanningsnivå

4.1.1 Gjentakende sykefraværsperioder

Gjentakende sykefraværsperioder er definert som sykefraværsperiode som ender i tilbakeføring til arbeid etterfulgt av en eller flere perioder av sykefravær. Majoriteten av utvalget (92,5%) har flere sykefraværsperioder i løpet av studietiden. Tabell 4 viser hvordan tilbakeføring til arbeid mellom sykefraværer fordeler seg etter kort (>14 dager), mellom (15-89 dager) og lang (<90 dager) tilbakeføring. Det er en klar overvekt av tilbakeføringsperioder på over 90 dager (48,4 %).

Tabell 4: antall perioder personen er tilbakeført til arbeid (RTW) mellom fraværsperioder etter lengde (<14 dager, 15-89 dager, >90 dager) fordelt på kjønn.

KJØNN	ANTALL PERIODER TILBAKEFØRING TIL ARBEID (RTW)			
		(%)		
	Totalt	<14 dager (%)	15-89 dager (%)	>90 dager (%)
KVINNER (N=52)	309	49 (15,8)	114 (36,9)	146 (47,3)
MENN (N=29)	261	41 (15,7)	90 (34,5)	130 (49,8)
TOTALT	570	90 (15,8)	204 (35,8)	276 (48,4)

4.2 Tilbakeføring til arbeid – RTW

I de følgende analysene er data fra de under 30 år sett opp mot en referansegruppe på over 30 år (n=495) Det har i snitt tatt i underkant av 100 (SD=99,4) dager fra deltakelse i et Raskere tilbake tilbud til første tilbakeføring til arbeid, og i underkant av 130 (SD=102,7) dager til full tilbakeføring til arbeid. Tabell 5 viser sentraltendens² for utvalget og referansegruppen for tilbakeføring til arbeid.

Tabell 5: Første tilbakeføring til arbeid og full tilbakeføring til arbeid for utvalget (<30 år) og referansegruppen (>30 år), antall dager

ALDER (N)	TILBAKEFØRING TIL ARBEID (RTW)			
	Første tilbakeføring til arbeid	Full tilbakeføring til arbeid		
	Gjennomsnitt (SD)	Median (IQR)	Gjennomsnitt (SD)	Median (IQR)
<= 30 (51)	117,3 (108,6)	71 (35;180)	131,5 (105,4)	100 (51;194)
> 31 (462)	97,7 (98,4)	61 (29;136)	124,1 (102,7)	90 (43,75;177,25)
ALLE (515)	99,6 (99,4)	61 (29;139)	124,8 (102,7)	192 (45; 180)

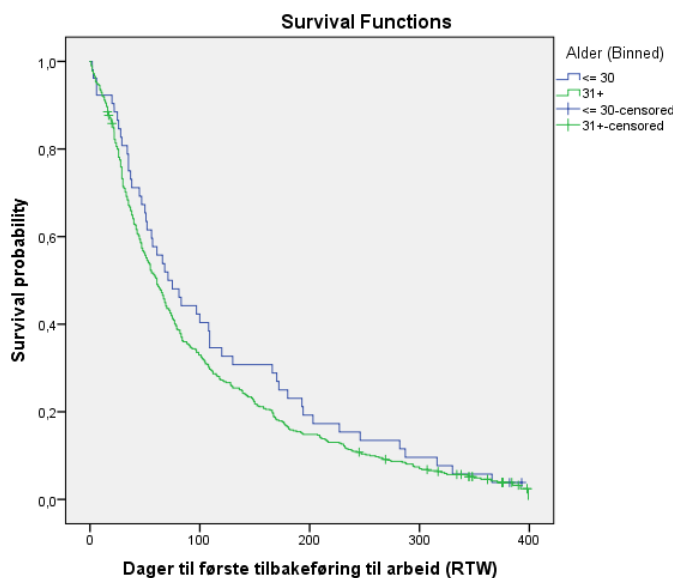
² Sentraltendens i dataene er mål som gjennomsnitt og median

Det er ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene for første tilbakeføring til arbeid ($p=.162$) og full tilbakeføring til arbeid ($p=.549$).

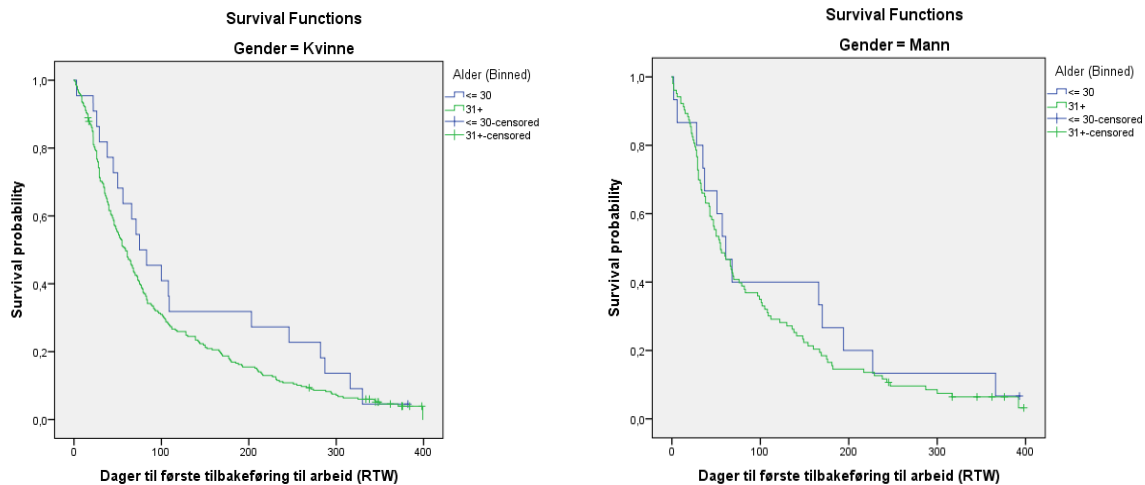
Figur 7 viser sannsynligheten for tilbake i arbeid på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år ved. Kurven viser at andelen som er tilbake i arbeid synker raskt i begynnelsen, ved 100 dager er 40,4 prosent under 30 år og 32,5 prosent over 31 år tilbakeført i arbeid. Log-rank test viser at det ikke var signifikante forskjeller mellom aldersgruppene ved første tilbakeføring til arbeid, $\chi^2(1) = 1,358$, $p = .244$.

Ved 8 ukers sykefravær var ca. 80 prosent (0,8 i figuren) av gruppen under 30 år fortsatt sykmeldt, og 71 prosent (0,7 i figuren) av gruppen over 30 år fortsatt sykemeldt. Ved slutten av perioden var hhv 5,7 prosent og 2, 4 prosent fortsatt sykmeldt.

Figur 8 og 9 viser sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid for menn og kvinner. Det var ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene, $\chi^2(1) = 2,227$, $p = .136$.

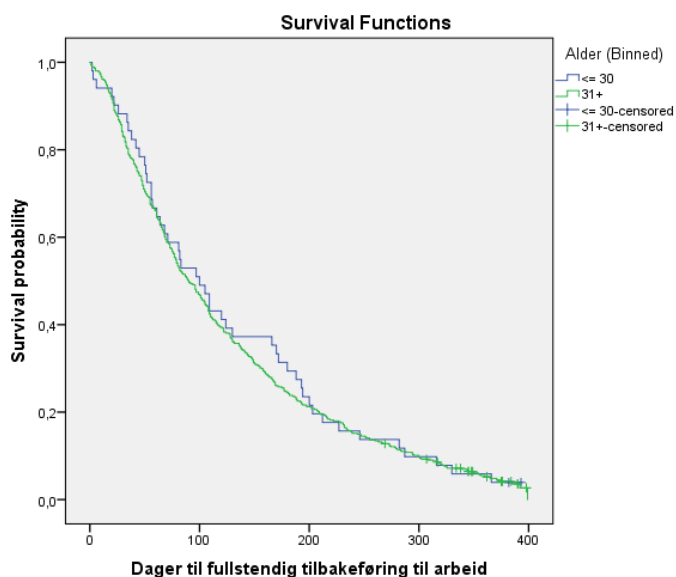


Figur 7: sannsynligheten for være sykemeldt på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år, første tilbakeføring til arbeid

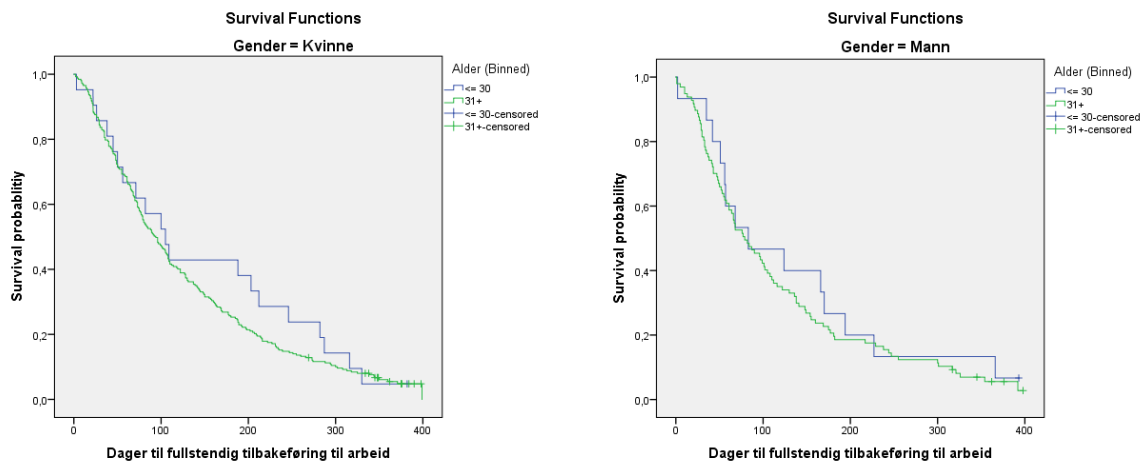


Figur 8 og 9: sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid for menn og kvinner over og under 30 år, første tilbakeføring til arbeid.

Figur 10 viser sannsynligheten for være fullstendig tilbakeført til arbeid på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år. Kurven viser at andelen som mottar sykepenger synker raskt i begynnelsen, ved 100 dager er 49 prosent under 30 år og 46,8 prosent over 31 år fortsatt ikke fullstendig tilbakeført i arbeid. Log-rank test viser at det ikke var signifikante forskjeller mellom aldersgruppene ved første tilbakeføring til arbeid, $\chi^2(1) = ,162$ $p = .688$. Figur 11 og 12 viser sannsynlighet for fullstendig tilbakeføring til arbeid for menn og kvinner. Det var ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene, $\chi^2(1) = 1,009$, $p = .315$.

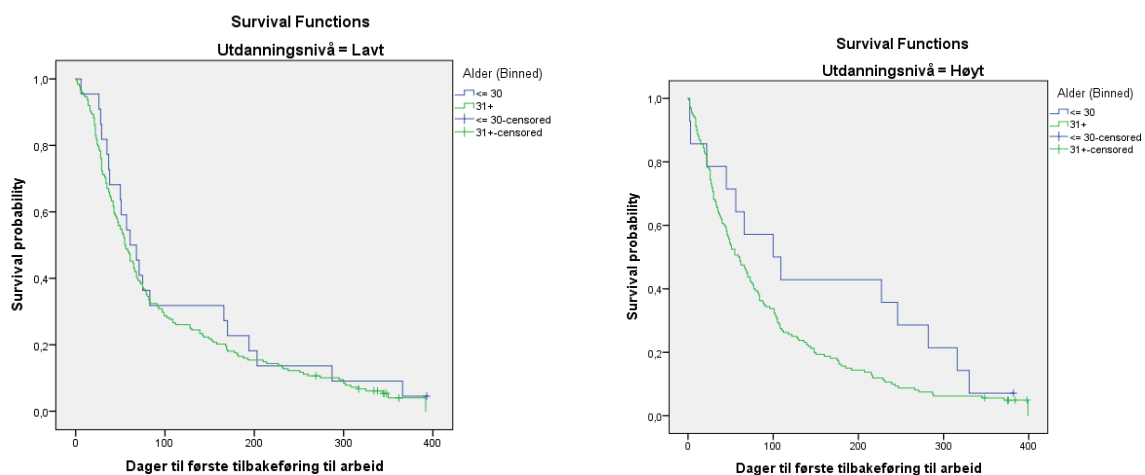


Figur 10: sannsynligheten for være fullstendig tilbakeført til arbeid på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år



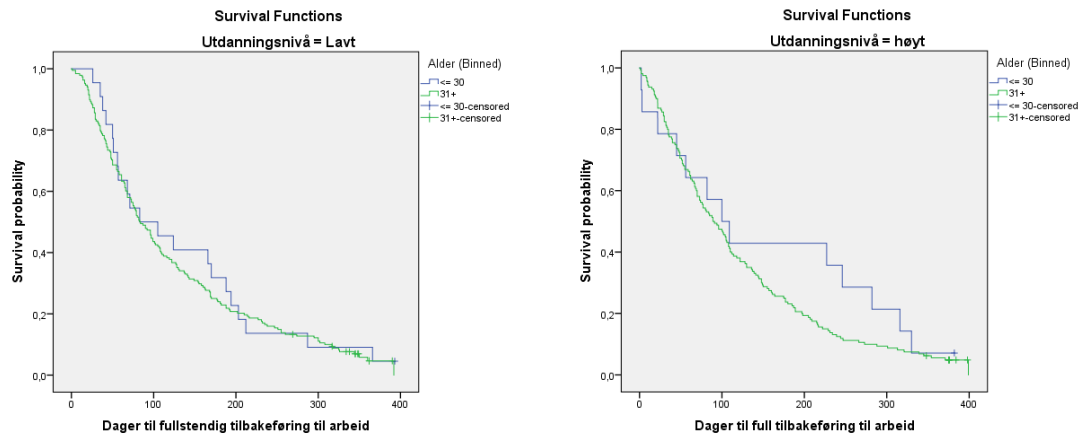
Figur 11 og 12: sannsynlighet for fullstendig tilbakeføring til arbeid for menn og kvinner, over og under 30 år

Figur 13 og 14 viser sannsynligheten for første tilbakeført til arbeid på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år, fordelt på lavt og høyt utdanningsnivå. Log-rank test viser at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene ved første tilbakeføring til arbeid, $\chi^2(1) = 2,714$ $p = .099$.



Figur 13 og 14: sannsynlighet for første tilbakeføring til arbeid for lav og høyt utdanningsnivå, over og under 30 år.

Figur 15 og 16 viser sannsynligheten for full tilbakeført til arbeid på ulike tidspunkter for gruppen over og under 30 år, fordelt på lavt og høyt utdanningsnivå. Log-rank test viser at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene ved full tilbakeføring til arbeid, $\chi^2(1) = 1,241$ $p = .265$.



Figur 15 og 16: sannsynlighet for full tilbakeføring til arbeid for lavt og høyt utdanningsnivå, over og under 30 år, fullstendig tilbakeføring til arbeid.

5.0 Diskusjon

I det følgende kapittelet vil funnene diskuteres mer utfyllende enn det artikkelen tar for seg.

Til å begynne med er det en oppsummering av hovedfunnene, deretter vil resultatene bli sett i lys av empiri og tidligere forskning før metodiske betraktninger avslutter kapittelet.

5.1 Hva kjennetegner sykefraværsløp for unge mennesker?

Denne studien hadde som mål å beskrive sykefraværsløp blant unge personer. Et typisk forløp består av gjentakende sykefraværperioder, det vil si sykefraværperiode etterfulgt av tilbakeføring til arbeid med påfølgende en eller flere perioder med sykefravær. 92,5 prosent har flere sykefraværperioder i løpet av studietiden. Gjennomsnittsalder ved første sykefravær er 22 år. Den hyppigst forekommende diagnosen er muskel-skjelettlidelser. Menn er noe lenger sykemeldt enn kvinner og har flere sykefraværperioder. Det er ikke avdekket statistisk signifikante forskjeller mellom kjønnene. Personer med gjentakende sykefraværperioder har lengre fravær totalt enn personer med sammenhengende periode. Det ble funnet statistisk signifikante forskjeller ved grad av utdanning og antall sykefraværperioder.

Det er en klar overvekt av korte sykefraværperioder (<14 dager) etterfulgt av lengre friskemeldingsperioder (>90 dager).

Det tok i snitt 205 dager fra deltakelse i et Raskere tilbake tilbud til tilbakeføring til arbeid for gruppen under 30 år. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller for tilbakeføring til arbeid for personer under og over 30 år. Ved 8 ukers fravær var 80 prosent av respondentene under 30 år fortsatt sykemeldt.

5.2 Hvilke faktorer påvirker sykefraværsløpet?

Utvalget består av flere kvinner (64,2 %) enn menn (35,8 %). Sykefravær og uføretrygd blant kvinner har lenge vært gjenstand for oppmerksomhet. I denne studien finner jeg at menn er noe lenger sykemeldt og har flere sykefraværperioder enn kvinner. Flere studier konkluderer med at kvinner har et høyere sykefravær og ofte lenger sykefravær enn menn (Mastekaasa, 2014; Kristensen og Bjerkedal 2004; STAMI, 2015). Studier visere noe varierende resultater hvorvidt kvinner eller menn har høyere risiko for å gå fra langtidsfravær til uføretrygd. Lederer, Rivard and Machakra-Tahiri (2012) fant ingen forskjeller ved tilbakeføring til arbeid ved langtidsfravær mellom kjønnene. Det er få andre studier som beskriver sykefraværsløpet blant unge mennesker og det er så vidt meg bekjent ikke gjort studier

hvor sammenhengen mellom kjønn og sykefravær blant unge har blitt særskilt undersøkt, slik Skilbrei (2005) også skriver i sin rapport. Den mest vanlige forklaringen når det kommer til kjønnsforskjeller og risiko for sykefravær kalles «dobbeltarbeiderhypotesen».

Dobbeltarbeiderhypotesen sier at kvinners høyere sykefravær skyldes en større belastning ved en kombinasjon i hjem og arbeidsliv (Mykletun et al., 2012). Denne studien har ikke undersøkt dobbeltarbeiderhypotesen, men demografiske variabler viser at 35,7 prosent er ugift. Det er naturlig å tenke at majoriteten av utvalget ikke har barn da gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende i Norge var 29 år i 2016 (Statistisk Sentralbyrå, 2017). Gitt at dobbeltarbeiderhypotesen er vesentlig del av årsaksforhold for risiko for sykefravær blant kvinner, kan det være at hypotesen ikke gjelder i like stor grad for de yngre aldersgruppene da kvinnene i mindre grad er i livssituasjoner der dobbeltarbeiderhypotesen gjør seg gjeldende. Dobbeltarbeiderhypotesen er en hypotese hvor mekanismene ikke er godt nok forstått, og forskning kan foreløpig ikke konkludere med at det skyldes økt arbeidsbyrde, endre preferanser eller noe annet (Mykletun et al., 2012).

Så hva kan da forklare kjønnsforskjellene i denne studien? I denne sammenheng bør resultatene tolkes med ytterst varsomhet da de verken er statistisk signifikante og utvalget er lite (n=81). Funnene kan ses i sammenheng med grad av utdanning, da menn i utvalget har et lavere utdanningsnivå enn kvinner. Det er imidlertid vesentlig å peke på at fokuset bør være på det generelt høye sykefraværet og kostnader for samfunn og konsekvenser for den enkelte, fremfor kjønnsforskjeller, i tråd med Mykletun og kollegers anbefaling (Mykletun et al., 2012).

5.2.1 Sykefraværsforløp og utdanning

Personer med lavere grad av utdanning har flere sykefraværsperioder. Personer med gjentagende sykefraværsperioder er signifikant lenger sykemeldt enn personer som har sammenhengende sykefravær. Sammenheng mellom utdanning og sykefravær og uføretrygd er påvist i flere tidligere studier (Kristensen og Bjerkedal, 2004; Gravseth et al., 2007; Gravseth og Kristensen 2008; Dahl 2005; Blekesaune 2005; Bratsberg, Raaum, Røed og Gjefsen, 2010). Dette er i tråd med funn gjort i denne studien, og kan støtte opp om funn som sier at lav utdanning er en sterk risikofaktor for sykefravær. Hva er det som gjør at lavere grad av utdanning øker risiko for sykefravær? Sammenhengen mellom utdanning og helse er komplekse. Årsaker til frafall fra utdanning og manglende gjennomføring av utdanning knyttes ofte til familiebakgrunn (Sletten og Hyggen, 2013).

Utdanning kan tenkes å påvirke den enkeltes helse ved flere mekanismer. Utdanning kan ha stor betydning for videre yrkesvalg og arbeid.

Grad av utdanning og forhold på arbeidsplassen. Det har vært en økende interesse for forhold på arbeidsplassen, sykefravær og tilbakeføring til arbeid. Bambra (2011) fant at lavstatusjobber er mer utsatt for uheldige fysiske arbeidsforhold og høyere risiko for uheldige psykososiale forhold. Data fra HUNT³ viser at risikoen for å bli uføretrygdet er tre ganger større for mannlige ufaglærte, sammenliknet med menn i akademiske stillinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). En av de mest kjente teoriene om forhold på arbeidsplassen er kravkontroll-støtte teorien til Karasek og Theorell (1990). Studier har blant annet vist sammenheng med høye psykososiale krav og lav grad av kontroll og sannsynlighet for langtidssykefravær (Gimeno D, III BCA, Habeck RV, Katz JOJN, 2005). Dette indikerer at det ikke er utdanningsnivået i seg selv som er en risiko for langtidsfravær, men hvilke muligheter det gir en i arbeidslivet. Dette er i tråd med studier som peker på at høyt utdannede har flere valgmuligheter på arbeidsmarkedet og lettere kan påvirke eget arbeidsmiljø (Gravseth og Kristensen, 2008).

Det er liten grunn til å tro at utdanningsnivå alene forklarer risiko og forekomst av sykefravær og uføretrygd. Som Brage og Thune (2008) peker på er det liten sannsynlighet for at det finne en enkel årsak til økende forekomst av unge uføre. At man ikke finner statistisk signifikante forskjeller for øvrige variabler kan ha ulike forklaringer. Det er sentralt å peke på utvalgets størrelse og metodiske betraktninger vil bli gjort rede for nedenunder. Det er også viktig å huske på at dette er en gruppe mennesker i startfasen av arbeidslivet. Det er naturlig å tenke seg at inntekt og sivilstatus i mindre grad gjør seg gjeldende for unge personer enn eldre. Manglende informasjon om familiebakgrunn gjør at det er begrensede konklusjoner man kan trekke fra datamaterialet.

5.2.2 Gjentakende sykefraværsperioder

Majoriteten av utvalget har gjentakende sykefraværsperioder. 92,5 prosent av utvalget i denne studien har flere sykefraværsperioder. I praksis vil dette si at man er sykemeldt i en periode før man vender tilbake til arbeid. Etter en lengre eller kortvarig periode tilbake i arbeid blir vedkommende på nytt sykemeldt fra sitt arbeid. Det er en klar overvekt av korte sykefraværsperioder (<14 dager) etterfulgt av lengre friskemeldingsperioder (>90 dager). Dahl, Hansen og Kvitastein (2003) omtaler fenomenet gjengangere og understreker

³ Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

betydningen av gjengangerfenomenet ved langtidssykemeldinger. Tidligere sykemelding øker overgangsraten til ny sykemelding og at mange blir mottakere av andre trygdeytelser (Dahl et. al., 2003). Hvilke mekanismer som kan forklare gjentakende sykemeldinger er lite kjent. Studier viser at det er en liten andel av arbeidstakeren som står for store deler av sykefraværet (Tveito, Halvorsen, Lauvålien, Eriksen, 2002; Brage, Kann og Thune, 2013). Brage et. al. (2013) fant imidlertid at gruppen med høyt sykefravær ikke utgjorde en stabil gruppe, men at det var en kontinuerlig utskifting av de individer som inngår i den. Til tross for at gjengangerfenomenet begynner å bli kjent, er det et felt hvor det er gjort lite forskning (Dahl et. al., 2003).

Det er utbredt konsensus at tidligere sykefravær er en prediktor for senere uføretrygd. Tidligere studier har pekt på tilknytning til arbeidslivet og risiko for uføretrygd. Det er i mange tilfeller svak tilknytning til arbeidslivet og Dahl (2005) fant en nær sammenheng mellom sykefravær og uføretrygd. Denne studien har kun inkludert personer som er sykemeldt, og det kan ikke uten videre dras paralleller til studier som Dahl (2005) og Blekesaune (2005). Man kan likevel se trender i materialet hvor tilknytning til arbeidslivet er svak.

Gjentagende sykefraværsperioder vil si at man både er i kontakt med fastlege/sykemelder og arbeidsgiver jevnlig. Det er en klar overvekt av korte (<14 dager) sykefravær for både kvinner og menn og lengre perioder hvor man er tilbake i arbeid (> 90 dager). Tidligere studier har funnet betydningen av tidlig kontakt med arbeidsplassen og den sykemeldte (Ellingsen et. al., 2010). Respondentene i denne studien har flere tilfeller av kontakt med arbeidsplassen, men svært mange opplever å bli sykemeldt på nytt. Forhold som har betydning for tilbakeføring til arbeid er blant annet psykososiale forhold (Haveraaen, Skarpaas og Aas ,2017) og opplevelse av støtte fra nærmeste leder (Aas, et. al., 2014). Kontakt med arbeidsplassen kan i utgangspunktet innebære ulike faktorer, og det er studier som peker på tidlig tverrfaglig kartlegging, koordinert plan for tilbakeføring og god struktur for kommunikasjon som betydningsfulle for tilbakeføring til arbeid (Ellingsen et. al., 2010).

At sykemelder velger å gi relativt korte sykemeldinger kan være et uttrykk for et ønske om å bidra til raskere tilbakeføring til arbeid, at medisinsk tilstand ikke tilsier at fravær fra arbeid er det mest gunstige, for å nevne noe. Kontakt med sykemelder og arbeidsplassen gir utgangspunkt for noe jeg ser på som et handlingsrom, steder hvor man kan fasilitere mulighetene for varig tilbakeføring til arbeid. I dette handlingsrommet har sentrale aktører

muligheten til å påvirke faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeid. I følge Dahl et. al. (2003) tilsier gjengangerfenomenet at man i større grad bør fokusere på forhold som kan til at personer lykkes i å bli værende i arbeid etter sykefravær.

5.3 Er det forskjell på tid til tilbakeføring til arbeid for unge versus voksne?

Overlevelsesanalyser viser at andelen som mottar sykepenger synker raskt i begynnelsen.

Nossen og Brage (2016) fant at sannsynligheten for friskmelding er størst de første dagene og avtar deretter sterkt. Ved 8 ukers fravær er ca. 80 prosent av gruppen under 30 år fortsatt sykemeldt. Det innebærer en stor gruppe individer med betydelig risiko for varig fravær fra arbeid. Studier har vist sammenheng mellom lengde på sykefravær og tilbakeføring til arbeid (Opsteegh et. al. 2009, STAMI 2015). Synkende grad av friskmelding utover i sykefraværsløpet er kjent som tilstandsavhengighet. Faktorer som forklarer tilstandsavhengighet er blant annet rolletilvenning, økonomiske insentiver, marginalisering og at arbeidsevnen svekkes over tid (Nossen og Brage, 2016). Andelen som tilbakeføres til arbeid kan også forklares ved seleksjon. Dersom de med best helse, arbeidsevne og motivasjon blir friskmeldt først, vil de gjenværende sykemeldte være en stadig mer negativt selektert gruppe (Nossen og Brage, 2016).

Gruppen under 30 år kommer i snitt noe raskere tilbake i jobb enn gruppen over 30 år, men resultatene er ikke signifikante. Studier har vist at det er sammenheng mellom alder og langtidsfravær (Dekkers-Sánchez et. al., 2008), men forskning på mulige årsaksforhold er mangelfull (Øyeflaten et. al., 2013). Mekanismer som har blitt foreslått er økt sykkelighet ved økende alder, utstøting av eldre fra arbeidslivet og en større tilbøyelighet for å innvilge uførestønad ved økende alder (Øyeflaten et. al., 2013).

Det ble funnet en sammenheng mellom utdanningsnivå og sykefravær, men det ble ikke funnet signifikante forskjeller ved høy og lav utdanning for tilbakeføring til arbeid for gruppen under og over 30 år.

5.4 Studiens funn sett i lys av teoretiske modeller

Ustøtingsmodellen har hatt stor innflytelse på norsk politikk og intervensjoner. Forhold på arbeidsplassen er sentralt, og særlig misforhold mellom krav og kontroll (Mykletun, 2010).

Studier har vist en sammenheng mellom utdanning og uheldige arbeidsforhold (Bambra, 2011;

Sosial og helsedirektoratet, 2005; Gimeno D, III BCA, Habeck RV, Katz JOJN, 2005). Flertallet av respondentene i denne studien oppgir lavere grad av utdanning (<12 års skolegang). Sammenheng mellom grad av utdanning og risiko for sykefravær vil i utstøtingsmodellen være utenfor individets kontroll, enten gjennom familiebakgrunn og sosioøkonomiske faktorer, eller forhold på arbeidsplassen.

Raskere Tilbake er på mange måter et produkt av den trygdemedisinske modell. Målet er blant annet å redusere ventetid for behandling, og her skaper man en forventning om at sykefraværet skyldes en form for medisinsk tilstand som kan kureres. Respondenten i denne studien er i lange perioder tilbake i arbeid før de sykemeldes på nytt. I den trygdemedisinske modellen forklares dette med nedsatt funksjonsevne. Det er i dag konsensus om at fravær fra arbeid er komplekst og ikke utelukkende omhandler en medisinsk tilstand. Spørsmålet er hvorvidt tilbudene i Raskere tilbake klarer å adressere de faktorene som man kjenner til påvirker arbeidsfastholdelse og tilbakeføring til arbeid.

Attraksjonsmodellen ser på sykefravær som et valg, særlig med bakgrunn i økonomiske insentiver. Tilstandsavhengighet som kan forklare redusert friskmelding utover i sykefraværsforløpet er også begrunnet med økonomiske insentiver. Dersom utvalget i denne studien har en fremtid med lavinntektsarbeid vil attraksjonsmodellen predikere at individet i økende grad velger trygd fremfor arbeid.

Analyser av forløpet avdekker at mange er mye sykemeldt, og det er tendenser til liten tilknytting til arbeidslivet i ung alder i tillegg til en stor andel med lavere grad av utdanning. I et salutogenetisk perspektiv vil man heller fokusere på de helsefremmende faktorene og aktivitet. Der sykefravær begrenser et individs deltakelse i samfunnet, vil salutogenetisk tilnærming fremme aktive innsatser for å hindre varig uførhet.

5.5 Studiens funn i et folkehelseperspektiv

Studier har vist at sykefravær og frafall fra arbeid har uttalte negative konsekvenser for den enkelte og samfunnet som helhet (Vogel et. al., 2017, Edwards et. al. 1992, McLean et. al. 2005). Denne studien finner at utdanningsnivå har betydning for hvor mange sykefraværsperioder unge personer har. Studien støtter opp under viktigheten av å hindre og forebygge frafall fra skole og utdanning. I et folkehelseperspektiv er handlingsrommet før sykefravær oppstår, før frafall i skole og utdanning.

Et inkluderende arbeidsliv innebærer en målsetning om høy sysselsetting. Norge er et land med høy grad av sysselsetting (Folkehelseinstituttet, 2014), og det er bred politisk enighet om at flest mulig skal få mulighet til å delta i arbeidslivet. Arbeid ses på som en kilde til sosiale relasjoner, personlig vekst, økonomisk trygghet og identitet (Folkehelseinstituttet, 2014). Arbeid gir den enkelte tilgang til en rekke av samfunnets goder og det er i dag studier som sier at fravær fra arbeid ofte har negative helsekonsekvenser (Dekkers-Sánchez et. al., 2007) og at arbeid kan være forebyggende og helsefremmende (Waddel og Burton, 2006). I et folkehelseperspektiv ønsker man å iverksette universelle tiltak som treffer befolkningen som helhet (Naidoo og Wills, 2009). De nasjonale målene for folkehelsepolitikk bygger på en tverrpolitisk enighet og presiserer blant annet behovet for å redusere sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Ved å inkludere flest mulig i arbeid kan man bidra til at flere får tilgang til ressurser som har betydning for vår helse (Dekkers-Sánchez et. al., 2007; Bowling, 2006; Bilsker et. al., 2006). Det kan igjen bidra til reduserte sosioøkonomiske forskjeller (Bambra, 2011).

5.6 Metodediskusjon

Kohortstudier er et velegnet design om man ønsker å se på sammenhenger mellom eksponering og utfall. Det er imidlertid metodiske begrensninger knyttet til designet. I utgangspunktet kan man kun påvise assosiasjoner og ikke kausale sammenhenger (Gravseth og Kristensen, 2008). Denne masteroppgaven er en deskriptiv studie hvor målet er å beskrive et forløp og ikke nødvendigvis påvise sammenhenger og kausale sammenhenger. Enhver epidemiologisk studie er utsatt for feilkilder som kan påvirke effektestimaterne. Innen epidemiologisk forskning skiller man på tilfeldige og systematiske feil (Rothman, 2002). Systematiske feil kan ikke elimineres ved at man øker utvalget (Rothman 2002), men er knyttet til selve designet av studien. Systematiske feil i kohortstudier er knyttet til seleksjonsskjevhet, informasjonsskjevhet og konfundering (Laake et. al., 2007).

Statistisk signifikans blitt satt ved 0,05. Dette betyr at det er mindre enn 5 prosent sannsynlighet for at resultatene man finner er tilfeldige. Standardavvik og interkvartilrange er også presentert i resultatene da dette sier noe om spredningen til dataene. Ved en p verdi lavere enn 0,05 betyr dette at en med 95 prosent sikkerhet kan si at det sanne svaret ligger innenfor konfidensintervallet (Pallant 2013).

5.6.1 Utvalg

Utvalget i denne studien er et selektert utvalg fra en større studie (Rapid-RTW-studien). Til sammen er det 81 personer som ligger til grunn for denne masteroppgaven. Et generelt prinsipp er at store utvalg er mer representative for sammenliknbare populasjoner enn hva mindre utvalg er (Bjørndal og Hofoss. 2012). Store utvalg kan redusere faren for tilfeldige feil og avspeile de faktiske tendensene i underliggende populasjon (Bjørndal og Hofoss. 2012). Utvalgsstørrelsen i denne oppgaven gir mindre «power» og et dårligere utgangspunkt for robuste resultater blant annet gjennom påvirkning av ekstremverdier (Rothman, 2002).

5.6.2 Seleksjonsskjevhet

Seleksjonsskjevhet stammer fra utvelgelse av deltakere til studien og faktorer som har med deltakelse å gjøre (Rothman, 2002 s. 126). Seleksjonsskjevhet gjør seg gjeldende dersom det er relevante forskjeller blant de som deltar i studien og de som ikke gjør det (Rothman, 2002 s. 126). Det vil si at utvalget ikke er representativt for studiepopulasjonen og konklusjonen ville blitt en annen om man hadde trukket fra et annet utvalg (Laake et. al. 2007, s.41).

Deltakerne i denne studien er et selektert utvalg av et større utvalg, og det kan være svakheter knyttet til dette. Respondentene har deltatt i et Raskere tilbake tilbud og man kan ikke utelukke at personer som deltar på Raskere tilbake skiller seg vesentlig fra populasjonen. Det er ikke kontrollert for andre tilbud med mål om tilbakeføring til arbeid og personer som ikke er i NAV sine registre (såkalte NEEDs) kan gi en seleksjonsskjevhet i form av at man både har de mest motiverte til arbeid og de som i større grad er avhengig av offentlige velferdssystemet inkludert i studien. En tidligere masterstudie utført på samme datamateriale fant at deltakere i høy grad var motivert for å delta i et Raskere tilbake tilbud (Christensen, 2015). Dette kan til dels minne om det såkalte Healthy Worker Effect (HWE) som sier at den delen av befolkningen som arbeider eller har vært i arbeid skiller seg fra befolkningen som helhet (Laake et. al. 2007, s 501). Mangel på randomisering i observasjonsstudier anses som en grunnleggende årsak til HWE (Laake et. al., 2007 s. 515). HWE kan gi utslag i både type 1 og type 2 feil.

Det kan ikke utelukkes at de som takket ja til deltakelse i Rapid-RTW-kohortstudien skiller seg vesentlig fra deltakere som takket nei til deltakelse i studien. Det er også et poeng at institusjoner som ønsker å være deltakende i studien kan vesentlig skille seg ut fra de institusjonene som takket nei til deltakelse. Hva som gjør at enkelte ønsker å delta mens andre takker nei er uvisst, det kan være både at man er mer fornøyd med tilbudet eller det motsatte, at man er misfornøyd og ser på deltakelse i studien som en sjanse til å gi tilbakemelding.

Mulig seleksjonsskjevhet på både individnivå og institusjon gjør at studiens funn må tolkes med forsiktighet.

5.6.3 Informasjonsskjevhet

Systematiske feil kan også oppstå ved at informasjon som er innhentet om deltakerne i studiet er feilaktig (Rothman, 2002 s 133). Slike typer feil kan føre til «misklassifisering», som betyr at en person plasseres i feil eksponerings- eller utfallskategori (Rothman 2002).

Misklassifisering av informasjon kan være både differensiell og ikke-differensiell (Rothman 2002).

Differensiell misklassifisering er avhengig av eksponering/utfall og kan enten overestimeres eller underestimere effektmålet (Laake et. al., 2007). Ikke-differensiell misklassifisering er ikke avhengig av eksponering og fører til demping (attenuation) av effektestimaten (Laake et. al., 2007) Demping vil si at estimaten er nærmere null (ingen effekt) enn den sanne verdien. Ikke-differensiell misklassifisering gir mer forutsigbare skjevheter ettersom det alltid fører til en underestimering av effektmålet.. Deltakerne har oppgitt informasjon om demografiske kontrollvariabler i et selvrappoterings skjema knyttet til deltakelse i Raskere tilbake. Selvrappotering kan føre til informasjonsskjevhet relatert til recall bias, at opplysninger som er gitt er farget av at deltakerne er pasienter (Laake et. al., 2007). Det er i denne studien kun benyttet selvrappoterte data knyttet til demografiske variabler, og det er ikke undersøkt kausale sammenhenger mellom effekt og utfall. Ettersom det i denne studien er benyttet registerdata for sykefraværdata, vil svært mange av feilkildene knyttet til informasjonsskjevhet være eliminert gjennom studiedesign.

En svakhet ved retrospektivt kohortdesign er at opplysningene kan være mangelfulle og mindre detaljert enn om man samlet inn data prospektivt (Laake et. al., 2007). En mulig svakhet ved bruk av administrative registerdata er at de i utgangspunktet ikke er spesielt konstruert for statistisk analyse (Vassnes, 1996). Videre kan målefeil som skyldes feilaktig eller mangelfull registrering true validiteten til studiet.

Lengde på fravær har blitt regnet ut etter kalenderdager, og det har ikke blitt tatt høyde for gradert sykefravær. Videre viser analyser av internasjonal forskning at definisjonen av «langtidsfravær» ikke er standardisert (Dekkers-Sánchez et. al., 2007). Registrering av tilbakeføring til arbeid har blitt gjort ved at fravær av ytelse i FD-trygd tolkes som at personen er tilbake i arbeid. Ergo kan man ikke være sikker på at personen er tilbake i arbeid, eller om

det er andre grunner til at personen ikke mottar ytelser. Dette må tas i betraktning ved tolkning av resultatene.

Det er en særlig utfordring knyttet til «missing values», det vil si at respondentene ikke har besvart alle spørsmålene i spørreskjema. Når det gjelder demografiske variablene som er benyttet har man en responsrate på 55 – 69 prosent. «Missing values» kan føre til en systematisk feil som medfører skjevhet i estimatene som igjen kan overestimere, eller underestimere resultatene. Dersom en skjevhet har oppstått kan en heller ikke vite om resultatene har blitt over- eller underestimert. Videre vil dette også påvirke gjennomsnittet. Jeg har valgt å benytte ikke-parametriske tester da preliminære analyser avslørte ikke-normalfordelte data. Ikke parametriske tester bruker median fremfor gjennomsnitt og skal være mindre sensible for ekstremverdier (outliers).

5.6.4 Konfunderende variabler

Ved registerepidemiologisk metode er det ofte en utfordring å samle informasjon om konfunderende faktorer (Laake et. al., 2007). Informasjon om konfunderende variabler kan i mange tilfeller være mangelfull, i den grad man har data på relevante variabler.

Datamaterialet som er benyttet var omfattende og det ble gjort begrensninger på grunn av tidsmessige rammer for masteroppgaven. Til tross for at det foreligger data på kjente sammenhenger som forhold på arbeidsplassen (K-K-S) er dette ikke inkludert i analysene på grunn av tidsmessige rammer for masteroppgaven. Det er en svakhet at diagnose ikke er inkludert i de videre analysene og at det er ulike demografiske data for unge versus voksne. Datamaterialet som resultatene baserer seg på inneholdt ikke informasjon om familiebakgrunn, oppvekst eller arbeidsmarkedet. Studier har pekt på at oppvekst og sosial bakgrunn har stor betydning for senere arbeidsdeltakelse, omfang av sykefravær og risiko for å bli ufør (Gravseth og Kristensen, 2008). Individuelle faktorer, som selvopplevd helse og livskvalitet er også vist å predikere tilbakeføring til arbeid (Gjesdal et. al., 2005,) er ikke inkludert i denne masteroppgaven. Videre er det vist at konjunkturer i arbeidsmarkedet har en sammenheng med sykefravær og uføretrygd (Rege, Telle og Votruba, 2005; Rege, Telle og Votruba, 2007; Nordberg og Røed 2002; Fevang og Røed 2006). Hvorvidt deltakerne har mottatt øvrige ytelser fra folketrygden er heller ikke inkludert i datamaterialet. Det kan også være at man ikke kjenner til alle konfunderende variabler og at man av andre grunner ikke har inkludert alle variabler. Det kan ikke utelukkes at andre variabler kunne gitt andre utfall.

5.6.5 Intern og ekstern validitet

Studiens kvalitet blir ikke bedre enn dens design og målingens kvalitet (Laake et. al., 2007). Et helt sentralt mål ved epidemiologisk forskning er å observere en såkalt valid sammenheng. Særlig interessant er det om man kan se funn fra studien utover studieutvalget og videre generaliserbarhet på populasjonsnivå. Kan funn fra studien brukes til å si noe om populasjonen som sådan? I følge Bjørndal og Hofoss (2004) er overføringsverdien avhengig av tre krav; inklusjonskriteriene må være veldefinerte, utvalget må være et tilfeldig utvalg av alle som oppfyller inklusjonskriteriene og egne klienter/pasienter må ligne dem forsøket omfatter. Ettersom utvalget i denne studien er et selektert utvalg fra en større studie oppfyller det ikke kriteriet om å være et tilfeldig utvalg.

6.0 Konklusjoner og implikasjoner

Denne studien hadde som mål å beskrive sykefraværsforløp for unge personer.

Forløpsanalyser gir viktig informasjon om faktorer som påvirker varigheten av sykefraværene og har betydelig potensial for å studere mulige effekter av tiltak (Nossen og Brage, 2016)

Denne studien finner at utdanningsnivå har betydning for hvor mange sykefraværsperioder man har. Antall sykefraværsperioder har sammenheng med hvor lenge man er sykemeldt. Sammenheng mellom risiko for sykefravær, uføretrygd og utdanning er kjent. Denne studien støtter opp under viktigheten av å hindre og forebygge frafall fra skole og utdanning.

Funnene i denne studien forteller oss også at det er en gruppe mennesker som i ung alder har dårlig tilknytning til arbeidslivet. Utfordringen er å forstå hva som skal til for å holde personer i arbeid over tid. Fremtidig forskning bør se nærmere på frafall fra utdanning, men også faktorer på arbeidsplassen.

Referanser

- Arbeids- og sosialdepartementet (2017) Det norske trygdesystemet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/det-norske-trygdesystemet-2017/id2478621/>
- Anvik, C. H. (2013) Unge, psykisk helse og utenforskap, en norsk kontekst. I Olsen, T og Tägström, J (red) *For det som vokser. Unge, psykisk helse og tidlig uførepensjonering i Norden*. Norden Velfærdscenter, 2013, pp. 50-74
- Bambra (2011) Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:746-750. doi:10.1136/jech.2009.102103
- Berg, H. og Thorbjørnsrud, T. (2009) Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet* 3/2009 årgang 26, 389–399
- Bjerkedal, T., Gogstad, A. og Enger, N. d'V. (2000) *Uførepensjonering av unge mennesker i NORGE. En gjennomgang av saksdokumenter for 239 personer i alderen 16-34 år som ble uførepensjonister i 1992 og 1997.* (Rikstrygdeverket Nr. R 07/2000)
- Bjørndal, A. og Hofoss, D. (2004) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Blekesaune, M. (2005) *Unge uførepensjonister. Hvem er de og hvor kommer de fra?* (NOVA Rapport 8/05). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-ogarbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner>
- Bilsker D, Wiseman S and Gilbert M. (2006) Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Canadian Journal of Psychiatry* 51: 76-83. DOI: 10.1177/070674370605100203
- Bowling (1995) What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. *Social Science & Medicine* 1995(41;10) 1447-1462 DOI: 10.1016/0277-9536(95)00113-L
- Brage S., Ihlebæk C., Natvig B. og Bruusgaard D. (2010) Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift Norsk Legeforening* nr. 23, 2010,130:2369-70
- Brage S., Kann I. C. og Thune O. (2013) Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet? *Arbeid og velferd* nr. 3-2013
- Brage, S og Thune, O. (2008) Medisinske årsaker til uføreytelse blant unge 1977-2006. *Arbeid og Velferd* nr. 3-2008
- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K., Gjefsen, H. M. (2010) *Utdannings- og arbeidskarrierer hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder.* (Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Rapport 3/2010.) Hentet fra: <http://www.frisch.uio.no/english/publications>
- Christensen (2015) *Sammenheng mellom motivasjon og tilbakeføring til arbeidslivet for deltakere i Raskere tilbake ordningen.* (Masteroppgave, Norges miljø- og biovitenskaplige universitet)
- Côté, P., Baldwin, M.L., Johnson, W.G., Frank, J.W. and Butler, R.J., (2008) Patterns of sick-leave and health outcomes in injured workers with back pain. *Eur J Spine* (2008) 12:484-493 DOI: 10.1007/s00586-007-0577-6

- Dahl, G. (2005) Uførepensjonisters bakgrunn. *Statistisk Sentralbyrå. Notater 2005/16*. Hentet fra www.ssb.no
- Dahl, Bergsli og van der Wel (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus
- Dahl, Hansen og Kvitastein (2003) *Gjengangere på sykepenges*. (SNF-rapport nr. 3803)
- Dekkers-Sánchez P. M., Hoving J. L., Sluiter J.K., Frings-Dresen M. H. W., (2007) Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occupational Environ Med* 2008; 65:153-157 DOI:10.1136/oem.2007.034983
- DiClemente R. J., Salazar L. F. and Crosby R., A. (2013). *Health Behavior Theory for Public Health. Principles, Foundations and Applications*. USA: Jones & Bartlett Learning
- Edwards B. C., Zusman, M., Hardcastle, P., Twomey, L., O`Sullivan, P. and McLean, N (1992) A physical approach to the rehabilitation of patients disabled by chronic low back pain. *Medical Journal Australia*, 156(3),5
- Ekberg, K., Wåhlin, C., Persson, J., Bernfort L. og Öberg B. (2015) Early and late return to work after sick leave: Predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders. *J Occup Rehabil* (2015) 25:627-637 DOI: 10.1007/s10926-015-9570-9
- Ellingsen, K.L., Kiær, E., Labriola, M., og Aas, R.W. (2010) *Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær*. (Rapport IRIS – 2010/049)
- Eriksen, W., Bruusgaard, D. og Knardahl S (2003) Work factors as predictors of sickness absence: a three-month prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med* 60: 271 – 278 DOI:10.1136/oem.60.4.271
- Fevang, E. og Røed, K. (2006) *Veien til uføretrygd i Norge*. (Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Rapport 10/2006) Hentet fra: <http://www.frisch.uio.no/english/publications>
- Follesø, R. (2010) Ungdom, risiko og anerkjennelse. Hvordan støtte vilje til endring? *Tidsskrift for ungdomsforskning* 10(1):73-87
- Follesø, R. (2011) *Gi viljen mulighet! Sluttrapport. Ungdom i Svevet 2007-2010*. (UiN-rapport 12/2011)
- Fugelli og Ingstad (2001) Helse – slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforening nr. 30*, 2001; 121:3600-4
- Førde (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Gimeno, D., Amick III, B.C., Habeck, R.V., Ossmann J., and Katz, J.N (2005). The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occup Environ Med* 2005; 62:778-785 DOI: 10.1136/oem.2004.016931
- Gjesdal og Bratsberg (2003) Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: results from a three-year, multi register based* and prospective study. *Scand J Public Health* 2003;31(4):246-254
- Gjesdal, S., Haug, K., Ringdal, P. R., Vollset, S. E. og Mæland, J. G. (2005) Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykemeldte. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 13-14* 2005; 125: 1801-5 Hentet fra: www.tidsskriftet.no

- Gravseth, H. M., Bjerkedal, T., Irgens, L. M., Aalen, O. O., Selmer, R. og Kristensen, P. (2007) Life course determinants for early disability pension: a follow up of Norwegian men and women born 1967-1976. *Eur J Epidemiol* 22:533-543. DOI: 10.1007/s10654-007-9139-9
- Gravseth, H. M. og Kristensen, P. (2008) Oppvekstvilkår og senere arbeidsmarkedskarriere. Søkelys på arbeidslivet 3/2008 årgang 25, 321-329. Hentet fra: <http://samfunnsforskning.no/>
- Haveraaen, Skarpaas, og Aas (2017) Job demands and decision control predicted return to work: the rapid-RTW cohort study. *BMC Public Health* 2017:17:154 DOI: 10.1186/s12889-016-3942-8
- Helsedepartementet (2006) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St. mld nr. 20, 2006-2007) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet (2010) Arbeid, helse og sosial ulikhet. (Helsedirektoratet IS-1774)
- Helsedirektoratet (2016) Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeid- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse (Helsedirektoratet IS-2535)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter* (Meld. St. 19, 2014-2015)
- Hem K-G, Dahl Ø, Rohde T og Øren A (2016) Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. (SINTEF A27430) SINTEF Teknologi og samfunn
- Janssen N., van den Heuvel WP, Beurskens AJ, Nijhuis FJ, Schröer CA, van Eijk JT, (2003) The Demand-Control-Support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research* 26(1):1-9. DOI: 10.1097/00004356-200303000-00001
- Kann, I.C. og Brage, S (2007) Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet. *Arbeid og velferd nr. 3-2007:36-41*
- Karasek, R. & T. Theorell. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. [New York]: Basic Books. XV, 381 s.
- Kielhofner, G (2008) Model of Human Occupation: Theory and application. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Kristensen, P. og Bjerkedal, T. (2004) Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 22, 2004; 124:287983*. Hentet fra: www.tidsskriftet.no
- Krokstad, S., Johnsen, R, og Westin, S (2002) Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 15, 2002; 122: 1479-85*. Hentet fra: www.tidsskriftet.no
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. og Veierød, M. B. (red). (2007) *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lindberg, P., Vingård E., Josephson, M. og Alfredsson, L. (2006) Retaining the ability to work – associated factors at work. *Eur J Public Health, 16 (5), 470-475*. DOI:10.1093/eurpub/cki190
- Lund, T og Labriola, M (2009): Sickness absence in Denmark – research, results and reflections. *Scand J Work Environ Health Supplements* 2009;(7):5-14 Hentet fra: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=2867

- Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Black C., Broadfoot, P., Cumberlege, J., Diamond, I., Gilmore, I., Ham, C., Meacher, M. and Mulgan G. (2010) *Fair Society Healthy Lives* (The Marmot Review 2010). Hentet fra:
<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
- Mastekaasa A. (2014) The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2014 Aug;24(4):656-62. DOI: 10.1093/eurpub/cku075.
- McLean, C., Carmona, C., Francis, S., Wohlgemuth, C., Mulvihill, C. (2005) *Worklessness and health – what do we know about the causal relationship. Evidence review summary*. Health Development Agency, London
- Mittelmark, M.B., Sagy S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindström, B., Espnes, G.A., (2017) *The Handbook of Salutogenesis*. Springer DOI: 10.1007/978-3-319-04600-6
- Mykletun, A. (2010) Hvordan redusere sykefraværet i Norge? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47, 2010: 850-852
- Mykletun, A. (2013) Unge, uføretrygd og psykiske lidelser. I Olsen, T og Tägström, J (red) *For det som vokser. Unge, psykisk helse og tidlig uførepensjonering i Norden*. Norden Velfärdscenter, 2013, (s. 50-74) Stockholm: Lund Universitet
- Mykletun, A., Evensen, M., Hagen, K. og Vaage, K. (2012) Hvorfor øker kjønnsforskjeller i sykefravær mellom kvinner og menn? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 2012: 594-596
- Naidoo and Wills (2009) *Foundations for Health Promotion*. Third edn. Baillière Tindall, London
- Natland, S. og Rasmussen, M. (2012) Jeg var ganske usynlig. Sju ungdommer om sine grunner for å avbryte videregående utdanning. *Fontene Forskning 1/12 s 4-1*
- Nasjonalt folkehelseinstituttet (2014) Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge (Rapport 2014:4) Hentet fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- NAV (2017) Utvikling i sykefraværet, 2. kvartal 2017
- Nordberg, M. og Røed, K. (2002) *Utstøting fra arbeidsmarkedet og tiltaksapparatets rolle*. (Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Rapport 2/2002) Hentet fra <http://www.frisch.uio.no/english/publications>
- Nossen, J.P. og Brage S. (2016) Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? *Arbeid og velferd 3/2016:75-99*
- OECD (2013) *Mental Health and Work: Norway*, OECD Publishing.
 DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Olsen, T. S., Jentoft, N. og Jensen, H. C. (2009) *Et liv jeg ikke valgte. Om unge uføre i fire fylker*. (FoU rapport nr. 9/2009. Agderforskning)
- Olsen, T og Tägström, J (2013) (red) *For det som vokser. Unge, psykisk helse og tidlig uførepensjonering i Norden*. Norden Velfärdscenter, 2013, pp. 50-74.
- Opsteegh, L., Reinders-Messelink, H. A., Schollier, D., Groothoff, J. W., Postema, K., Dijkstra, P. U. & van der Sluis, C. K. (2009). Determinants of Return to Work in

- Patients with Hand Disorders and Hand Injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19 (3): 245-255.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5. utg. Maidenhead: Open University Press. 354 s
- Prop. 130 L (2010-2011) *Endringer i folketrygdloven (ny uføretrygd og alderspensjon til uføre) Tilråkning fra Arbeidsdepartementet av 27. mai 2011, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)* Oslo: Arbeidsdepartementet. Hentet fra: www.regjeringen.no
- Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid. Tilråkning fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8 april 2011, godkjent i statsråd samme dag. *Regjeringen Stoltenberg II* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: www.regjeringen.no
- Rege, M., Telle, K. og Votruba, M. (2005) *The effect of Plan Downsizing on Disability Pension Utilization*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: www.ssb.no/publikasjoner
- Rege, M., Telle, K. og Votruba, M. (2007) *Social Interaction Effects in Disability Pension Participation Evidence from Plant Downsizing*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: www.ssb.no/publikasjoner
- Rothman KJ (2012) *Epidemiology. An introduction*. New York: Oxford University Press
- Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, Vaez M, Alexanderson K, Olsson M, (2009) Predictors of return to work ten months after primary breast surgery. *Acta Oncologica*, 48(1), 93-98. DOI:10.1080/02841860802477899
- Skarpaas, L. S., Aas, R. W. & Berg, J. E. (2013). Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere tilbake ordningen, 9: Høgskolen i Oslo og Akershus. 114
- Skilbrei, M-L. (2005) Unge uføres avgang fra arbeidslivet – en kunnskapsoversikt. (NOVA Skriftserie 5/2005) Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-ogarbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner>
- Sletten, M. A. og Hyggen, C. (2013) Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat. Norges forskningsråd. Hentet fra: <http://www.forskningsradet.no/no/Forsiden/1173185591033>
- Sosial og helsedirektoratet (2005) Sosial og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Gradientutfordringen. (Sosial- og helsedirektoratet IS-1229)
- STAMI (2015) *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk*. (STAMI-rapport Årg. 16, Nr. 3 (2015)) Hentet fra: <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2015-status-og-utviklingstrekk/>
- Stapelfeldt C.M., Nielsen, C.V., Andersen, N.T, Krane, L., Borg, V., Fleten, N., Jensen, C. (2017) Sick leave patterns as predictors of disability pension or long-term sick leave: a 6.75-year follow-up study in municipal eldercare workers. *BMJ Open* 2014;4: e003941. DOI:10.1136/bmjopen-2013003941
- Statistisk Sentralbyrå (2015) Indikatorer for bærekraftig utvikling, 2014. Mottakere av uførepensjon og arbeidsavklaringspenger. Oslo: Statistisk Sentralbyrå Hentet fra: <http://www.ssb.no/natur-og-miljo/barekraft/mottakere-av-uforepensjon-ogarbeidsavklaringspenger>
- Statistisk Sentralbyrå (2017) Fødealderen går opp, og fruktbarheten går ned. Hentet fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fodealderen-gar-opp-og-fruktbarheten-gar-ned>

- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., et Rhéaume, J. (2007) Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems. *Relations industrielles (62):4 (abstract)* DOI: 10.7202/016957ar
- Torp, S., Nielsen, R. A., Gudbergsson, S. B., Fosså S. D., og Dahl, A.A. (2012) Sick leave patterns among 5-year cancer survivors: a registry-based retrospective cohort study. *J Cancer Surviv (2012) 6: 315*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11764-012-0228-8>
- Tveito, T. (2006) Sick Leave and Subjective Health Complaints (Doktorgradsavhandling, UiB) University of Bergen
- Tveito, Halvorsen, Lauvålien, Eriksen, (2002) Room for everyone in working life? 10 % of the employees – 82 % of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi 2002; 12(1):63-68*
Hentet fra: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/519/489>
- Tveråmo, A., Dalgård, O. S. og Claussen, B (2003) Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 15, 2003; 123: 2011-5*
Hentet fra: www.tidsskriftet.no
- Vassnes (1996) Evaluering av arbeidsmarkedstiltak – bruk av registerdata. *Statistisk Sentralbyrå. Notater 96/17*. Hentet fra: www.ssb.no
- Victor, M., Lau, B. og Ruud, T (2017) Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study *BMC Public Health 18:27*
DOI: 10.1186/s12889-017-4581-4
- Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WEL, Budde JW, Kunz R (2017) Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3*. Art No.: CD011618. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2
- Waddell, G. og Burton, A. K. (2006) Is work good for your health and well-being? London: TSO. Hentet fra:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-iswork-good-for-you.pdf
- WHO (1948) Constitution of the World Health Organization. Hentet fra:
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Medical Association (2000) Ethical principles for medical research involving human subjects. Declaration of Helsinki
- Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. and Eriksen, H. R. (2013) Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and Transitions between these states: A 4-year follow-up after work-related rehabilitation. *J Occup Rehabil (2014)24:199-212*
DOI:10.1007/s10926-013-9466-5
- Aas, R. W, Haveraaen, L., Skarpaas L., and Berg, J. (2014) “The presence of valued leadership qualities predicted return to work in sick-listed workers. The rapid-return-to-work study,” in Proceedings of the Implementing Work Disability Prevention Knowledge: 3rd Work Disability Prevention and Integration Scientific Conference, Toronto, Canada, September-October 2014
- Aas, R. W., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykemeldte. (*Rapport IRIS Vol. 2011/125*). Stavanger: International Research Institute of Stavanger.

Article:

“Patterns in sick leave and return to work among young sick listed employees.”

Patterns in sick leave and return-to-work among young sick listed employees

Gina Vreim Sundsbø¹

Randi Wågø Aas²

1Health UMB, Norwegian University of Life Science, Ås, Norway

2University of Stavanger, Presenter, Oslo and Akershus University College

Abstract:

Purpose: The main aim of this study is to describe sick leave patterns and return to work among young employees. The purpose is to gain knowledge and insight in patterns in sick leave to better understand the mechanisms leading to long term absenteeism. **Methods:** The present study was conducted as a retrospective cohort study based on registry data from the Norwegian social insurance register and data from the national Rapid-return to work cohort study. The study sample in this study consists of 81 participants. Additionally, a reference group of 810 individuals over 30 years old was included in analysing RTW. **Results:** A typical sick leave pattern consisted of recurrent sick leave periods. Young men had somewhat higher total number days of sick leave than young women (401 vs. 363), results were not significant. ($p > .05$). Individuals with higher educational level had fewer sick leave periods ($p = .004$). Mean time from rapid-return to work program to first RTW were 117,5 days for individual under 30 years, and 97,7 days for individuals over 30 years ($p = .162$) The difference between age-groups were not statistically significant difference in first return to work ($p = .244$) or full RTW ($p = .688$). **Conclusion:** In conclusion this study finds that educational level is of importance in regard of how many sick leave periods a young individual had. This study underlines the importance of preventing school dropout at young age. It emphasises the need of further research at school dropout, but also factors at work.

Key Words: sick leave, recurrent sick leave, education, return to work, young

1. Introduction

Despite a strong work-first approach Norway has the highest sick leave incidence and disability benefit caseload in the OECD (1). Long-term sick leave and work disability affect several aspects in a society, social economy and have individual consequences (2). In addition to economic consequences, long term-sick leave can affect the worker's health (3). Several negative consequences of long term sick-leave have been found, including increased risk of social isolation and inactivity, reduced well-being, depressive symptoms, impaired self-image, and a tendency to become stuck in a negative sick role (3,4). Previous sick leave is also found to be a strong predictor for disability pension (5-7).

Recent years, the high levels of sick leave have caused increasing worries in society and among policy makers (8). Relatively speaking, there are rather few younger people with disability pension. Even though younger people represent a small share of all disability pensions, consequences are substantial. In Europe, they talk about a "lost generation" (9). Employment and access to work is one of the strongest means to counteract poverty and social inequality (10).

High rates of sick leave among women has been widely discussed and a subject of attention for many years. According to Blekesaune (11) women have higher rates of sick leave than men, and have longer absenteeism. Among hypothesis trying to explain this difference in gender we find "dual-burden hypothesis", saying women have twice the workload due to commitment both at home and at work (12). In countries with relatively high rates of employment among women we find the same sick leave pattern (12).

Studies have shown a relationship between socioeconomic status, educational level and the risk of long term sick leave (11,13 -18). Musculoskeletal and mild to moderate mental disorders are the most common diagnosis at long term sick leave in Norway (7,19).

Many variables have been identified as predictors of RTW, but the research is inconclusive (20). Besides episodes of previous sick leave and little or none experience with working life, previous studies have shown a relationship between psychosocial factors at work and return to work (5 - 7,11,16).

In a health promoting perspective there is a greater focus on activity. Research has shown that the longer absence from work or education at a young age, the higher the risk for disability pension and marginalization (21). In the case of young people out of work heading for a

disability pension one should actively intervene with purpose of getting that person back to work, education or activity (21).

The Norwegian sickness compensation system aims to secure income among individuals who have a temporary or permanent loss of function and workability (22). The National compensation system entitles one to a number of benefits, including sickness benefits and disability pension (23). Several interventions have been implemented to reduce sick leave in Norway (23). The rapid return-to-work program is the largest effort to promote RTW in Norway (24). The aim of the Rapid-RTW program is to strengthen the treatment and rehabilitation for persons on sick leave, and thereby contribute to a faster RTW for employees on sick leave.

2. Aim of the study

The main aim of this study is to describe sick leave patterns and return to work among young employees. The purpose is to gain knowledge and insight in patterns in sick leave to better understand the mechanisms leading to long term absenteeism. It was hypothesized that sociodemographic variables, such as gender and educational level were associated with sick leave patterns. In addition, it was postulated that time to RTW for young employees was different than for elder employees.

3. Methods

Research design

The present study was conducted as a retrospective cohort study based on registry data from the Norwegian social insurance register and data from the national Rapid-return to work study.

Data collection

The national Rapid-return to work study was an evaluation of the Norwegian national occupational rehabilitating program entitled “Rapid-return-to-work”. The national study was based on self-report questionnaires, respondent answering questions concerning socio-demographic conditions. Data collection was performed in the period between 1 February until 31 December 2012. A total of 920 sick listed individuals participated in the Rapid-RTW cohort study. Every clinic offering a Rapid-RTW program was contacted, and asked to participate in the study. Of 210 clinics, 50 agreed to participate. Each clinic offering the

program recruited the participants. Data on sick leave was retrieved from the Norwegian social insurance register, during the period 2005-2012. The Norwegian social insurance register contains information about sick leave, listing the beginning and end dates of each sick leave for each patient.

Study sample

The number of respondent in this master thesis was a selected sample from previous Rapid-Return to work-cohort study (25). Inclusion criteria at baseline was (1) age 18-30 years old, (2) sick-leave registered in the Norwegian social insurance register. The study sample in this study consists of 81 participants. Table 1 represents baseline characteristics of the study sample. The sample consists of 64,2 % women and 35,8 % men. Mean age is 22 (SD;2,76). Majority of the study sample has a lower educational level, 12 years of school or less.

A Reference group (n=810) was used in the analysis in regard to return to work. The sample consisted of 69,4 % women and 30,6 % men. Mean age was 46,34 (SD=8,7). 14,6 % reports of higher educational level (>4 years university/), 54,9 % reports less than 12 years of school. 49,4 % is married/registered partner and 20,5 % is living with another person. Mean income is 761 447 NOK.

Insert table 1

Measures

Sick leave pattern

Data on sick leave was retrieved from Norwegian social insurance register, in the period 2005-2012. Recurrent sick leave periods are defined as sick leave which ends in RTW followed by one or more sick leave periods. Sick leave periods superseded by another sick leave period without RTW in between is considered as one sick leave period (coherent sick leave period). In this study sick leave has been calculated as calendar days and reduced sick leave has not been taken into account.

Return to work outcomes

Return to work (RTW) was measured by assembling status for sick leave at the end of Rapid return to work rehabilitation. First-RTW was defined as return to work for more than 50 %. RTW between sick-leave periods was registered as the time gap with no sickness benefit in

the social insurance register, as the register does not contain exact information whether a person is actually working or not (22).

Potential confounders

Gender, education level, diagnose, civil status, household income and branch were considered potential confounders, as these have shown to be associated to disability pension in earlier studies (11;13-18, 26).

Statistical analysis

SPSS version 24 was used for all the analyses. Significant results were defined as $p < .05$. As a first step descriptive statistics were performed and results showed that scores clustered to the left and non-normal distribution of the variables was explored. Non-parametric Mann-Whitney U test was performed to test difference in sick leave patterns across gender and other potential confounders. Effect size was determined by Pallant (27) small effect = .1 medium effect = .3 and large effect = .5.

Non-parametric survival analysis was used to analyse RTW. Kaplan-Meier curves were produced for the study sample and subgroups of the material. Log rank test was used to determine significant result between study sample and the reference group.

Ethical considerations

The present study is based on respect for human rights and dignity and will follow the Helsinki declaration – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (28). The national rapid-Return-to-work-study was approved by the Norwegian Social Science Data Service (NSD).

4. Results

Sick leave pattern

The respondents had an average sick leave of total 408 days (SD=284) (Md=369, IQR:185, 607). There was no difference in total number of days on sick leave between men and women ($p > .05$).

All together a total of 652 sick leave periods were issued for 81 individuals, 361 sick leave periods for women (55,4%) and 291 sick leave periods for men (44,6%). Table 2 shows

distribution of number of sick leave periods, duration of sick leave periods being short (<14 days), intermediate (15-89 days) or long (>90 days) across gender.

Insert table 2

Analysis reveals significant difference in terms of length of sick leave and recurrent sick leave periods median =367 n=75 and coherent sick leave period (median = 4, n =6), $U = 412$, $z = 3,37$, $p=.001$, $r=.37$. Individuals with recurrent sick leave periods had a longer leave of absence from work, effect size medium ($r=.37$)

We found significant different number of sick leave periods and educational level $X^2 3$ ($n=55$), $p = .007$. Table 3 shows number of individuals, total number of sick leave periods and number of periods being <14 days, 15-89 days an > 90 days long, out of all sick leave periods for educational level.

Insert table 3

Individuals with lower educational level (< 9 years) reported of higher median ($Md=14,5$) than individuals with higher education (> 4 years university/university college). There was a moderate negative correlation between educational level and number of periods ($-.387$), $p=.004$. Individuals with high degree of education had fewer sick leave periods than individuals with lower educational level. There was a weak negative correlation between educational level and total length of sick leave ($-.29$), $O= .027$) Figure 1 shows result of distribution of number of periods by educational level.

Insert figure 1

92,5 % has recurrent sick leave periods. Approximately 50 % of return to work periods had a duration of 90 days or more, 47,3 % women and 49,8% men. Table 3 displays how periods of return to work between sick leave periods distributes between short (>14 days), intermediate (15-89 days) and long (<90 days) return to work.

Insert table 4

Return to work

All together the mean number of days until first RTW was approximately 100 ($SD=99,4$) days and less than 130 ($SD=210$) days for full RTW. Table 5 shows the mean and median time until return to work for the study sample (<30 years) and the reference group (>30 years). The

difference between age groups were not statistically significant difference in first return to work ($p=.162$) or full RTW ($p=.549$).

Insert table 5

Figure 2 shows that the share who receives sick leave benefits rapidly reduces at the beginning, at 100 days of measured sick leave 40, 4% (<30 years) and 32, 5% (>30 years) is registered at sick leave (figure 2). A log rank test was run to determine if there were differences in the survival distribution for the different age groups. The survival distributions for the different age groups were not statistically significantly different, $\chi^2(1) = 1,358$, $p = .244$

Insert figure 2

Figure 3 and 4 shows the probability of returned to work for men and women. A log rank test was run to determine if there were differences in the survival distribution for the different genders. The survival distributions for men and women in were not statistically significantly different, $\chi^2(1) = 2,227$, $p = .136$.

Insert figure 3

Insert figure 4

Figure 5 displays probability for full RTW, <30 years and >30 years. There was no difference between the age groups ($p>.05$). There was no difference between men and women($p>.05$).

Insert figure 5

Insert figure 6

Insert figure 7

Figure 8 and 9 show the probability of first RTW for educational level. A log rank test was run to determine if there were differences in the survival distribution for the different groups. The survival distributions were not statistically significantly different, $\chi^2(1) = 2,714$, $p = .099$.

Insert figure 8

Insert figure 9

5. Discussion

This study shows that there is a difference in duration and number of sick leave periods between men and women. In this study we find that men are longer absent from work due to sick leave and have more sick leave periods. Studies show inconsistent results whether women or men have higher risk of transitioning from long term sick leave to permanent disability pension. Several studies show that women have a higher sick leave rate and prolonged sick leave compared to men (13,29-30). Lederer, Rivard and Machakra-Tahiri (31) found that there was no difference in RTW between men and women on long term disability. This study sample consists of more women than men which corresponds with research saying that woman have a higher rate of sick leave than men (13, 29). The “dual-burden hypothesis” is the most common theory explaining differences in gender. Given that this hypothesis is a significant part of the causality, could it be that it is not as significant for younger women, because these women to a lesser extent experience a life situation where the dual-burden hypothesis applies. The causal mechanisms that can explain the “dual-burden hypothesis” is yet unknown. Research cannot conclude that this is due to increased workload, change preferences or other factors (12).

Individuals with a lower degree of education had more sick leave periods than individuals with higher degree of education. Individuals with recurrent sick leave periods were significantly longer absent from work due to sick leave than individuals with one coherent sick leave period. Previous studies have argued that education is one of the most important risk factors for sick leave and disability pension (11,13 – 17) The results from this study consist with previous research saying that education is a strong predictor for disability pension. The association between education and health is not fully understood, and is often described as a complex phenomenon (30). Education can have a great impact on further carrier and work.

Several studies have shown a relationship between adverse working conditions and risk of long-term sick leave and disability pension (32,33). Bambra (34) found low occupation jobs to be more exposed to adverse physical and psychological work conditions. Results from the Norwegian HUNT-study found that the risk of permanent disability pension was three times the risk for unskilled men than men in academic position (31). Studies have found that individuals with higher educational level had more choices at the labor market and that they could more easily could affect their own work environment (15).

The majority of the study sample had recurrent sick leave periods. After a period of being sick listed, one returns to work for a shorter or longer period until recurrent sick leave occurs. Studies describing recurrent sick leave periods as “regulars” (35). Previous sick leave periods increase the rate of transition for another sick leave period (35). Which underlying mechanisms that can explain this is yet unknown. Other studies have shown that only a small share of the employees stands for a vast share of the sick leave (36, 37). Brage and colleagues (37) found that the group reporting high rates of sick leave was not a stable group, but there was a continuous replacement of the individuals included in it.

There is consensus that previous sick leave is a strong predictor for permanent disability pension. Previous studies have shown that individuals in risk of disability pension have a weak connection to working life (16). It might be obvious that contact with your employee is of importance for RTW, but seeing many participants going in and out of work presence it seems that contact is not enough. Studies argues for early interdisciplinary survey, coordinated plan for return to work strategy and structured communication being of significance for return to work (38).

Survival analysis show that the share receiving sick leave insurance rapidly decreases in the beginning. This is consistent with Nossen and Brages (5) results saying that the probability for return to work is highest the first days and then decreases rapidly. This is known as being “state dependent”. Factors explaining this include adapting to the sick role, economic incentives, marginalization and weakened work ability (5).

By 8 weeks of sick leave after Rapid-RTW intervention about 80 % of the group under 30 years of age was still sick listed. Given that the individuals with best health, function and motivation are the first to return to work the rest of the group is a negative selected group (5)

We found no significant association between age and RTW. This is not consistent with previous studies which have found that higher age is associated with long term sick leave (22,39). Although many studies describe age as a strong predictor for sick leave, potential causal mechanisms are lacking (22). Increased morbidity due to higher age, expulsion of elderly from the labour market and more lenient to grant disability benefits at a high age is among proposed explanations (22).

This study has some important limitations. Firstly, the study sample is a selected sample from a larger study sample. This could lead to selection bias as we cannot rule out that individuals

participating in Rapid-return to work program is significantly different than other individuals, like NEEDs. The study material could thereby include both individuals more motivated for work and those in greater need of social security benefit.

Secondly, the results were based on a small sample size, outliers affect mean/median and the results lack of power due to sample size. In addition, there are a lot of missing values in the self-report questionnaires. Given the nature of this bias it is not known whether the results were over- or underestimated. Further, the duration of sick leave has been counted as calendar days, not considering impact of part time sick leave. This should be taken into account when interpreting the results, and in future research.

One of the strengths of this study is the use of registry data on sick leave, ruling out most of informational bias. Data is not dependent on response rates leading to selection bias, recall bias or reporting bias. Furthermore, this study was not limited to a specific diagnosis or occupation, making it possible to generalise the results across different diagnosis and occupations. This could also be considered as a weakness as the study was focused at the opportunity to generalise across occupation and diagnosis, differences from previous studies has made comparisons to other research difficult, and no comprehensive conclusion can be drawn based on results from this study.

6. Summary and conclusion

In conclusion, this study finds that education is of importance in regard of how many sick leave periods an individual has. This study underlines the importance of preventing school dropout at younger age. The results also indicate that there is a group of young individuals with a weak link to work in general. It emphasises the need of further research into school dropout and factors at work.

References

1. OECD (2013) Mental Health and Work: Norway, OECD Publishing.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
2. Waddel, G. and Burton, A. K. (2006) Is work good for your health and well-being?
London: TSO.
3. Floderus B, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. (2005) Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005; 37:291
4. Ockander M, Timpka T. A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence. *International Journal of Social Welfare*. 2001;10:74-9.
5. Nossen, J.P. & Brage S. (2016) Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? *Arbeid og velferd* 3/2016:75-99
6. Kann, I.C. & Brage, S (2007) Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet. *Arbeid og velferd nr. 3-2007:36-41*
7. Gjesdal & Bratsberg (2003) Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: results from a three-year, multi register based* and prospective study. *Scand J Public Health* 2003;31(4):246-254
8. Skilbrei, M-L. (2005) Unge uføres avgang fra arbeidslivet – en kunnskapsoversikt. (NOVA Skriftserie 5/2005)
9. Sletten, M. A. & Hyggen, C. (2013) Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat. Norges Forskningsråd.
10. Helsedirektoratet (2016) Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeid- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse (Helsedirektoratet IS-2535)
11. Blekesaune, M. (2005) *Unge uførepensjonister. Hvem er de og hvor kommer de fra?* (NOVA Rapport 8/05).
12. Mykletun, A., Evensen, M., Hagen, K. & Vaage, K. (2012) Hvorfor øker kjønnsforskjeller i sykefravær mellom kvinner og menn? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 2012: 594-596
13. Kristensen, P. & Bjerkedal, T. (2004) Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 22, 2004; 124:287983*.
14. Gravseth, H. M., Bjerkedal, T., Irgens, L. M., Aalen, O. O., Selmer, R. & Kristensen, P. (2007) Life course determinants for early disability pension: a follow up of Norwegian men and women born 1967-1976. *Eur J Epidemiol* 22:533-543. DOI: 10.1007/s10654-007-9139-9
15. Gravseth, H. M. & Kristensen, P. (2008) Oppvekstvilkår og senere arbeidsmarkedskarriere. *Søkelys på arbeidslivet* 3/2008 årgang 25, 321-329.
16. Dahl, G. (2005) Uførepensjonisters bakgrunn. *Statistisk Sentralbyrå. Notater* 2005/16.
17. Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K., Gjefsen, H. M. (2010) *Utdannings- og arbeidskarrierer hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder.* (Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Rapport 3/2010.)
18. Krokstad, S., Johnsen, R. & Westin, S (2002) Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 15, 2002; 122: 1479-85*.

19. Brage S., Ihlebæk C., Natvig B. & Bruusgaard D. (2010) Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift Norsk Legeforening* nr. 23, 2010,130:2369-70
20. Victor, M., Lau, B. and Ruud, T (2017) Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study *BMC Public Health* 18:27 DOI: 10.1186/s12889-017-4581-4
21. Olsen, T & Tägström, J (2013) (red) *For det som vokser. Unge, psykisk helse og tidlig uførepensjonering i Norden*. Norden Velfärdscenter, 2013, pp. 50-74.
22. Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. and Eriksen, H. R. (2013) Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and Transitions between these states: A 4-year follow-up after work-related rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* (2014) 24:199-212 DOI:10.1007/s10926-013-9466-5
23. Arbeids- og sosialdepartementet (2017) Det norske trygdesystemet.
24. Aas, R. W., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykemeldte. (*Rapport IRIS* Vol. 2011/125). Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
25. Skarpaas, L. S., Aas, R. W. & Berg, J. E. (2013). Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere tilbake ordningen, 9: Høgskolen i Oslo og Akershus. 114
26. Brage, S & Thune, O. (2008) Medisinske årsaker til uføreytelse blant unge 1977-2006. *Arbeid og Velferd* nr. 3-2008
27. Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5. utg. Maidenhead: Open University Press. 354 s
28. World Medical Association (2000) Ethical principles for medical research involving human subjects. Declaration of Helsinki
29. Mastekaasa A. (2014) The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2014 Aug;24(4):656-62. DOI: 10.1093/eurpub/cku075.
30. STAMI (2015) *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk*. (STAMI-rapport Årg. 16, Nr. 3 (2015))
31. Sosial og helsedirektoratet (2005) Sosial og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Gradientutfordringen. (Sosial- og helsedirektoratet IS-1229)
32. Lederer, V., Rivard, M. and Machakra-Tahiri, S. D. (2012) Gender Differences in Personal and Work-Related Determinants of Return-to-Work Following Long-Term Disability: A 5-Year Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22:522. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9366-0>
33. Gimeno, D., Amick III, B.C., Habeck, R.V., Ossmann J., and Katz, J.N (2005). The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occup Environ Med* 2005; 62:778-785 DOI: 10.1136/oem.2004.016931
34. Bambra (2011) Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65:746-750.doi:10.1136/jech.2009.102103
35. Dahl, Hansen & Kvitastein (2003) *Gjengangere på sykepenges*. (SNF-rapport nr. 3803)
36. Tveito, Halvorsen, Lauvålien, Eriksen, (2002) Room for everyone in working life? 10 % of the employees – 82 % of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12(1):63-68
37. Brage S., Kann I. C. & Thune O. (2013) Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet? *Arbeid og velferd* nr. 3-2013

38. Ellingsen, K.L., Kiær, E., Labriola, M., & Aas, R.W. (2010) *Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær*. (Rapport IRIS – 2010/049)
39. Dekkers-Sánchez P. M., Hoving J. L., Sluiter J.K., Frings-Dresen M. H. W., (2007) Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occupational Enviro med* 2008; 65:153-157 DOI:10.1136/oem.2007.034983

Appendix

Table 1. Demographic variables

	N (%)	<30 (n=81)	Reference group (31+) (n=810)	
		Mean (SD)	N (%)	Mean (SD)
AGE	81	22 (2,76)	810	46,34 (8,7)
GENDER	81		602	
Women	52 (64,2)		443(73,6)	
Men	29 (35,8)		159 (26,4)	
EDUCATIONAL LEVEL	55		589	
Elementary school	6 (10,9)		67 (11,4)	
High school	25 (45,5)		256 (43,5)	
College/Univ. (<4 years)	19 (34,5)		180 (30,6)	
College/Univ. (>4 years)	5 (9,1)		86 (14,6)	
INCOME*	45	576 800 (342 714,4) *	552	761 447,2 (694 262,1) *
<=420 000	20 (44,4)		132 (23,9)	
420 001 – 700 000	12 (26,7)		170 (30,8)	
700 001 – 900 000	10 (22,2)		128 (23,2)	
900 001 +	3 (6,7)		122 (22,1)	
CIVIL STATUS*	56		601	
Unmarried	20 (35,7)		93 (15,5)	
Cohabiting	25 (44,6)		123 (20,5)	
Married/reg. partner	9 (16,1)		297(49,4)	
Separated/divorced	2 (3,6)		81 (13,5)	
Widowed	-		7 (1,2)	
OCCUPATIONAL SECTOR	49		568	
Private	27 (55,1)		249 (43,8)	
Governmental	3 (6,1)		79 (13,9)	
Public	14 (28,6)		196 (34,5)	
Private sector/public enterprise	4 (8,2)		29 (5,1)	
Self-employment	1 (2)		15 (2,6)	
DIAGNOSIS AT FIRST SICK- LEAVE PERIOD	81			
Musculoskeletal	24 (29,6)		-	-
Mental disorders	7 (8,6)		-	-
Other	50 (61,7)		-	-
MOST FREQUENT DIAGNOSIS**	81			
Musculoskeletal	37 (45,7)		-	-
Mental disorders	8 (9,9)		-	-
Other	36 (44,4)		-	-

* p>.001

**diagnosis most frequent appearing in the register

Table 2. Number of sick leave periods (<14 days, 15-89 days, >90 days), distributed by gender

GENDER	NUMBER OF SICKLEAVEPERIODS (%)			
	Total	<14 days (%)	15-89 days (%)	>90 days (%)
WOMEN (N=52)	361	208 (57,6)	87 (24,1)	66 (18,3)
MEN (N=29)	291	201 (69,1)	49 (16,8)	41 (14,1)
TOTAL	652	409 (62,6)	137 (21)	107 (16,4)

Table 3: number of individuals, total number of sick leave periods and number of periods being <14 days, 15-89 days an > 90 days long, out of all sick leave periods for educational level.

Women		Number of sick leave periods (%)			
Educational level	N (%)	Total	<14 days	15-89 days	>90 days
Elementary school	3 (60)	51	29 (57)	16 (31)	6 (12)
High school	12 (48)	76	33 (43)	21 (28)	22 (29)
College/ University (< 4 years)	16 (84)	99	61 (62)	20 (20)	8 (18)
College/University (> 4 years)	5 (100)	14	6 (43)	4 (29)	4 (29)
All	36 (67)	240	129 (54)	61 (25)	50 (21)
Men		Number of sick leave periods (%)			
Educational level	N (%)	Total	<14 days	15-89 days	>90 days
Elementary school	2 (40)	12	7 (58)	3 (25)	2 (17)
High school	13 (52)	162	117 (72)	22 (14)	23 (14)
College/ University (< 4 years)	3 (16)	28	16 (57)	6 (21)	6 (21)
College/University (> 4 years)	-	-	-	-	-
All	18 (33)	202	140 (69)	31 (15)	31 (15)
Women and men		Number of sick leave periods (%)			
Educational level	N (%)	Total	<14 days	15-89 days	>90 days
Elementary school	5 (9)	63	36 (57)	19 (30)	8 (13)
High school	25 (46)	238	150 (63)	43 (18)	45 (19)
College/ University (< 4 years)	19 (35)	127	77 (61)	26 (20)	24 (19)
College/ University (> 4 years)	5 (9)	14	6 (43)	4 (29)	4 (29)
All	54	442	269 (61)	92 (21)	81 (18)

Figure 1. Number of sick leave periods and educational level

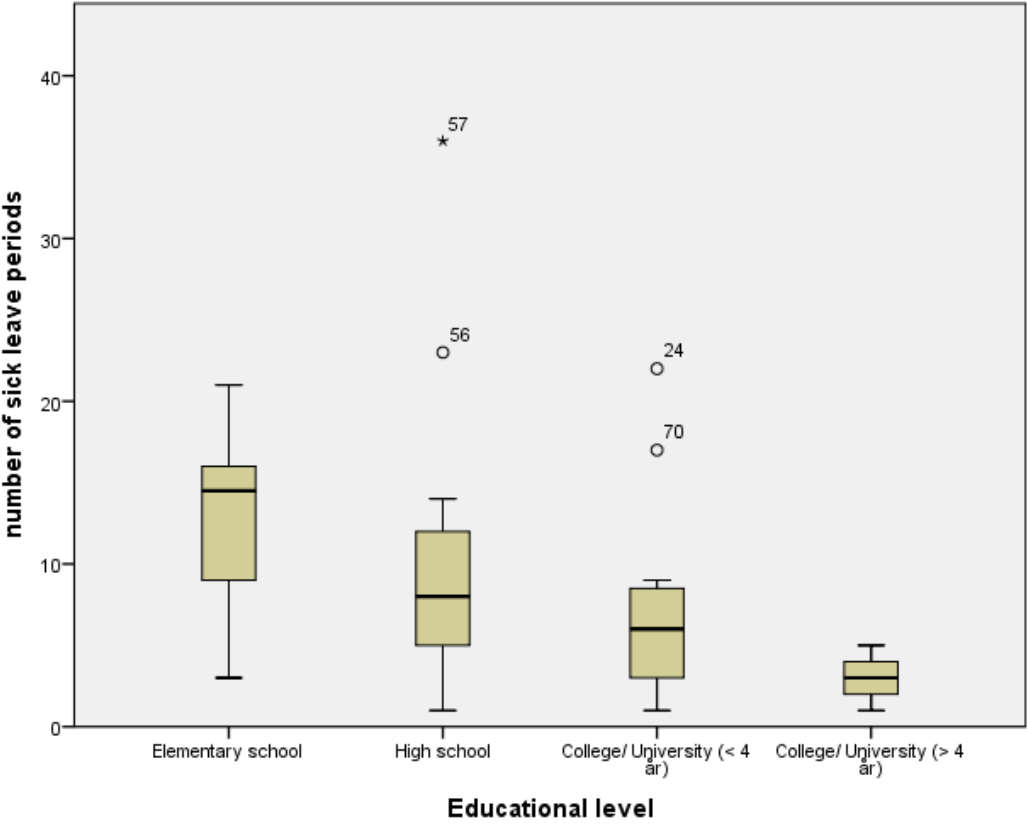


Table 4. Number of RTW periods (<14 days, 15-89 days, >90 days), distributed by gender.

GENDER	NUMBER OF RTW-PERIODES (%)			
	Total	<14 days (%)	15-89 days (%)	>90 days (%)
WOMEN (N=52)	309	49 (15,8)	114 (36,9)	146 (47,3)
MEN (N=29)	261	41 (15,7)	90 (34,5)	130 (49,8)
TOTAL	570	90 (15,8)	204 (35,8)	276 (48,4)

Table 5. Mean and median time to first RTW and full RTW for study sample (<30 years) and reference group (>30 years), number of days

RETURN TO WORK (RTW)				
AGE (N)	First return to work		Full return to work	
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)
<= 30 (51)	117,3 (108,6)	71 (35;180)	131,5 (105,4)	100 (51;194)
> 31 (659)	97,7 (98,4)	61 (29;136)	124,1 (102,7)	90 (43,75;177,25)
ALL (515)	99,6 (99,4)	61 (29;139)	124,8 (102,7)	192 (45; 180)

Figure 2: Probability for first RTW, ≤ 30 years and >30 years old

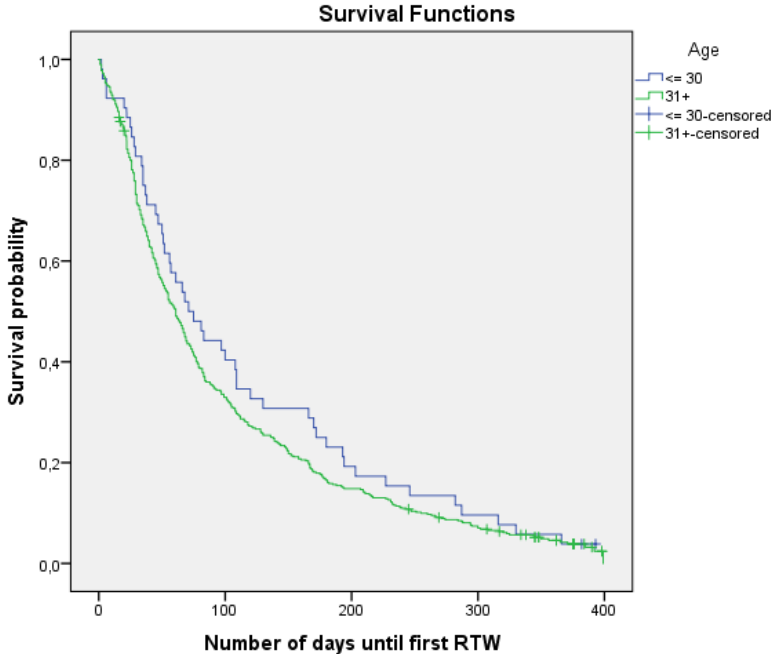


Figure 3: Probability for first RTW, ≤ 30 years and >30 years old, women

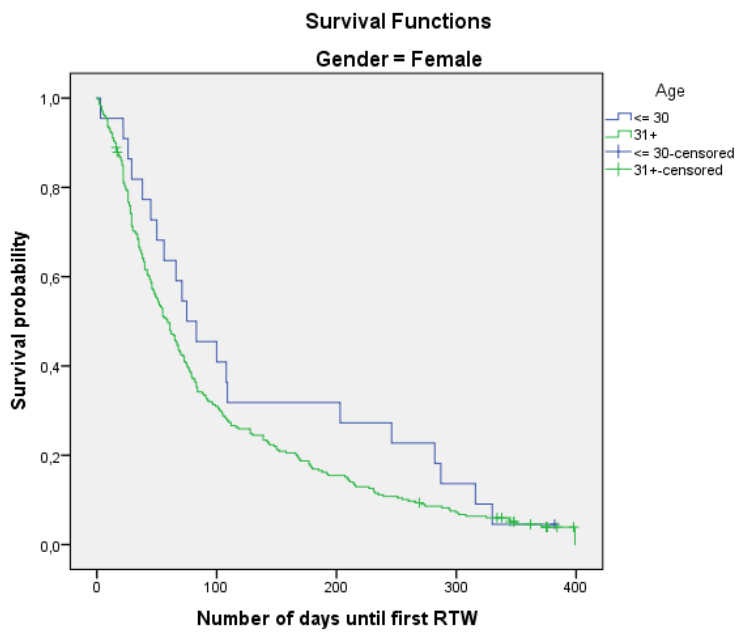


Figure 4: Probability for RTW, ≤ 30 years and >30 years old, men

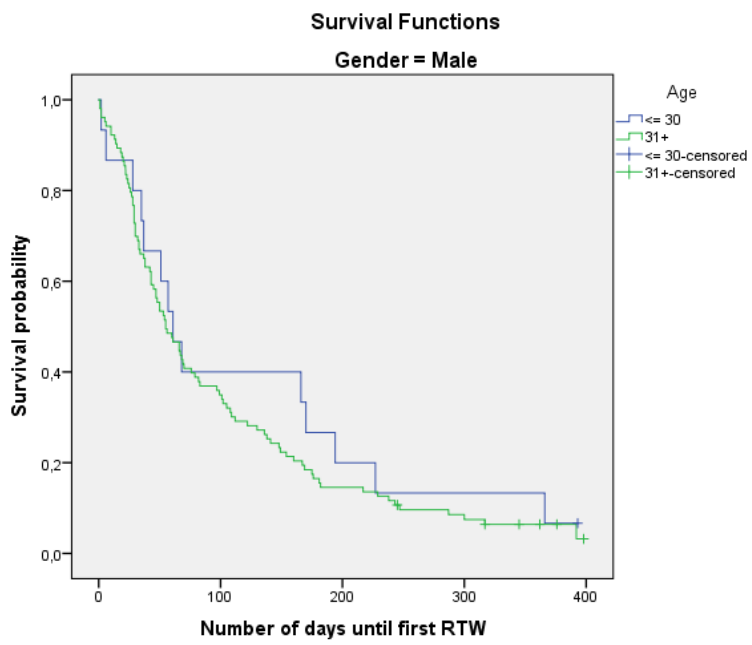


Figure 5: Probability for full RTW, ≤ 30 years and >30 years old

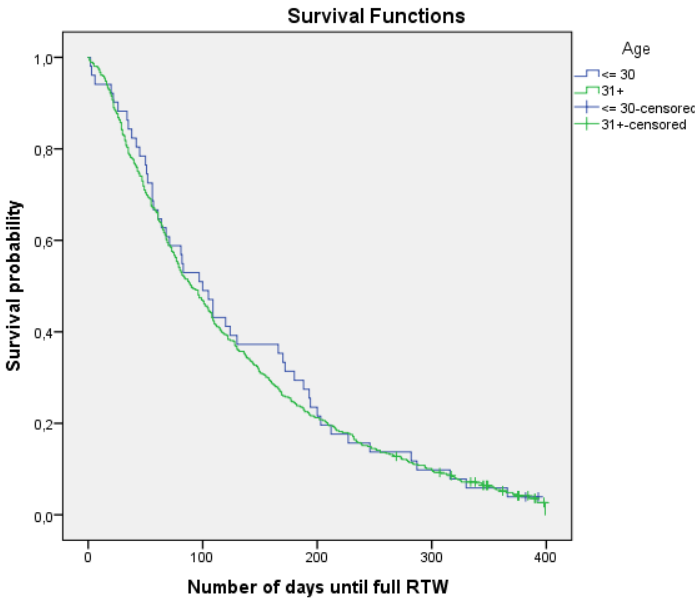


Figure 6: Probability for full RTW, ≤ 30 years and >30 years old, women

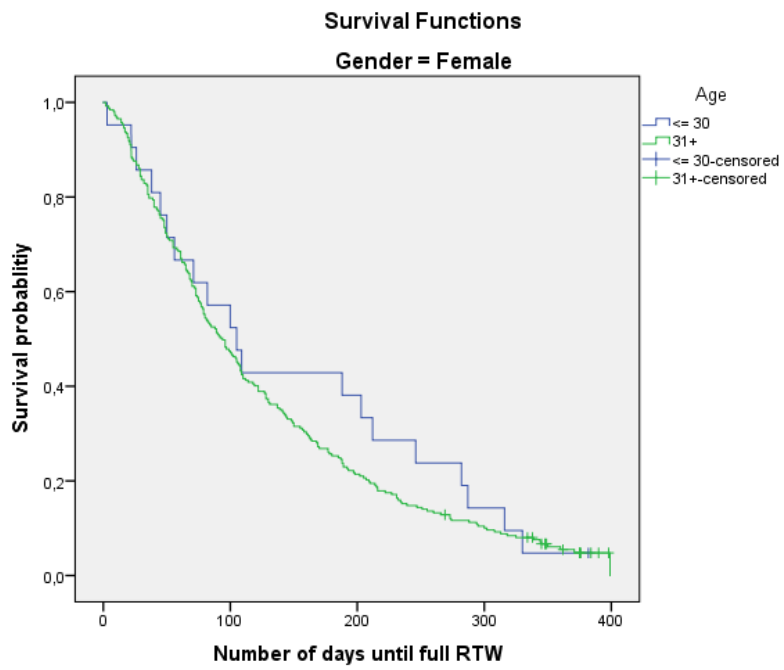


Figure 7: Probability for full RTW, ≤ 30 years and >30 years old, men

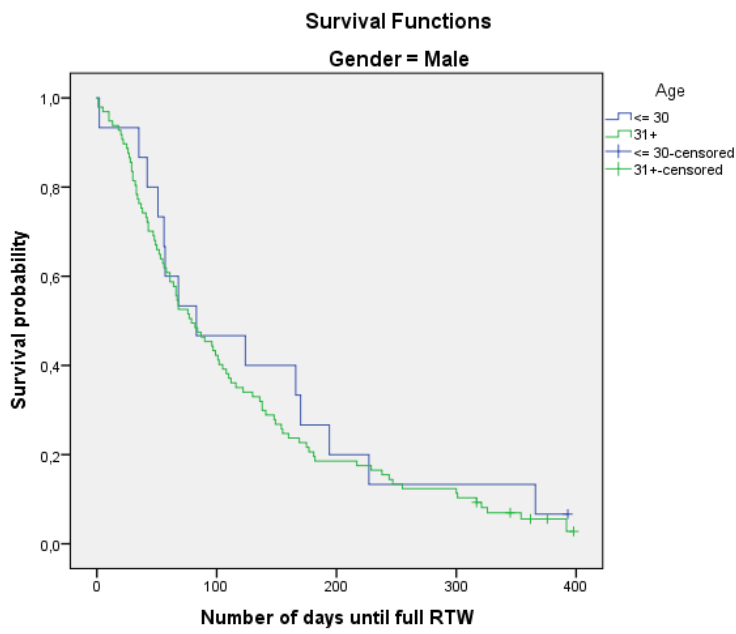


Figure 8: Probability for full RTW, ≤ 30 years and >30 years old, lower educational level

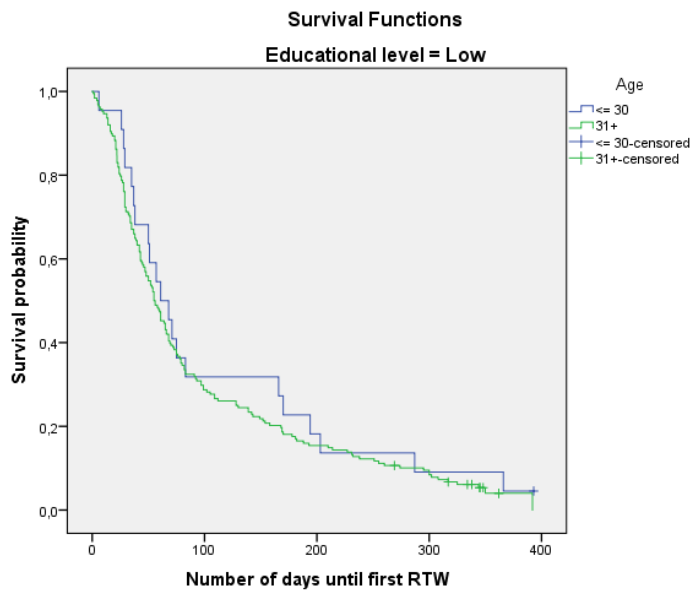
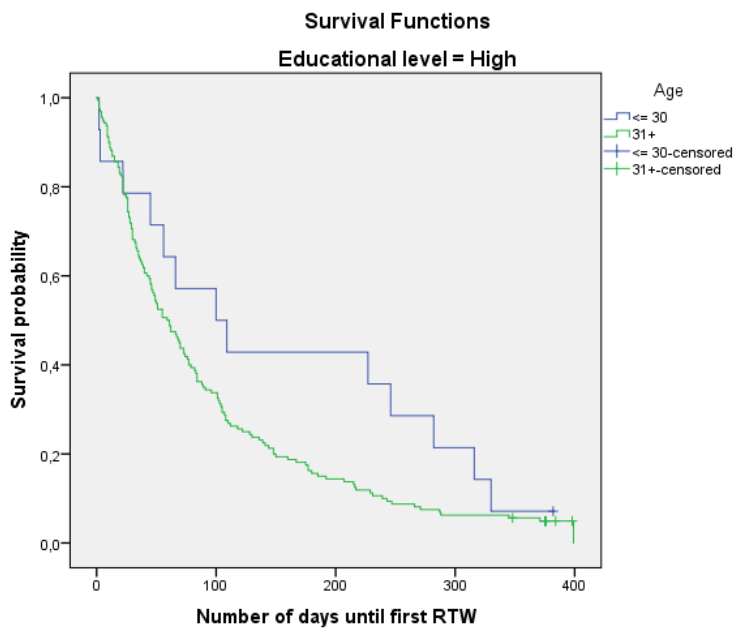


Figure 9: Probability for full RTW, ≤ 30 years and >30 years old, higher educational level





Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway