

# REHABILITERING OCH SAMORDNING

Ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF)

**Delrapport 1: En kunskapssammanställning av forskningen inom Rehsam**

# Rehabilitering och samordning

– ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF)

**Swedish Research Council for Health, Working Life and Welfare**

**Address** Box 894, SE-101 37 Stockholm · **Visiting address** Östra Järnvägsgatan 27

**Phone** +46 8 775 40 70 **Fax** +46 8 775 40 75

**Org.nr** 202100-5240 **E-mail** forte@forte.se **www.forte.se**

## Förord

Den dominerande andelen av långtidssjukskrivningar orsakas nu av psykiska problem, tätt följt av sjukdomar i rörelseorganen. Forskningsrådet Forte har i flera projekt under det senaste året belyst frågor kring sambanden mellan arbetsförhållanden, psykiska problem, sjukskrivning och återgång i arbete. Forte gör under året också en allmän satsning när det gäller forskning kring arbetslivet, dess förhållanden och förutsättningar, och vilka kunskapsluckor som behöver täckas.

En viktig fråga är hur återgång i arbete efter långtidssjukskrivning kan främjas. Omfattande forskning finns kring rehabiliteringsmodeller, och olika initiativ har tagits för att främja samverkan mellan hälso- och sjukvård, försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig om vilka åtgärder som bör vidtas av olika aktörer, och hur dessa bäst kan samverka för att främja återgång i arbete. Huvudskälet är att få studier har på ett bra sätt kunna mäta återgång i arbete – förbättrat hälsotillstånd och funktionsförmåga har varit dominerande utfallsmått.

Ett politiskt initiativ togs inom rehabiliteringsområdet i början av 2000-talet, genom den så kallade rehabiliteringsgarantin. De behandlingar som omfattades av garantin var multimodal rehabilitering för icke specifik muskelsmärta och olika former av kognitiv beteendeterapi (KBT) för psykiska besvär. Regeringen avsatte också medel för ett forskningsprogram, Rehsam, för ytterligare utveckling av evidensbaserade behandlingsmetoder.

Som en uppföljning av Rehsam-satsningen fick forskningsrådet Forte 2014 i uppdrag att utvärdera Rehsam-satsningen, att genomföra en internationell kunskapssammanställning inom detta forskningsområde och att utveckla en modell för målgruppsanpassad kommunikation av forskningsresultat.

I denna rapport redovisas resultaten av kunskapssammanställningen, med fokus på verkkningsbara metoder för återgång i arbete. Då endast ett fåtal Rehsamprojekt har slutrapporterats har vi inte kunnat påbörja arbetet med den vetenskapliga utvärderingen av dem. Forte har nu nära samarbete med försäkringskassan för att påskynda avrapportering av projekten.

Under året kommer vi att påbörja arbetet med bedömningar av Rehsam-projekten, identifieringen av kunskapsluckor och ge förslag till åtgärder vad gäller forskning, samverkan och kommunikation i syfte att möta utmaningarna med de stigande och långa sjukrivningarna till följd av psykiska problem och smärtproblem.

**Ewa Ståldal**  
**Generaldirektör**

**Peter Allebeck**  
**Huvudsekreterare**

## Innehållsförteckning

<b>FÖRORD</b> .....	<b>2</b>
<b>1. SAMMANFATTNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2. UPPDRAGET</b> .....	<b>7</b>
<b>3. TILLVÄGAGÅNGSSÄTT</b> .....	<b>8</b>
<b>4. KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNINGEN</b> .....	<b>10</b>
4.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	10
4.2 SAMMANFATTNING AV RESULTAT .....	11
4.3 FÖRSLAG PÅ KUNSKAPSLUCKOR SOM BEHÖVER TÄCKAS .....	13
<b>5. STATUSRAPPORT FRÅN REHSAMPROJEKTEN</b> .....	<b>14</b>
<b>6. PLAN FÖR FORTSATT ARBETE</b> .....	<b>15</b>
<b>7. BILAGA 1 – KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNINGEN I SIN HELHET</b> .....	<b>17</b>
7.1 SAMMANFATTNING .....	18
7.2 INLEDNING.....	20
7.2.1 <i>Psykiska besvär och sjukskrivning</i> .....	22
7.2.2 <i>Muskuloskeletala besvär och sjukskrivning</i> .....	25
7.2.3 <i>Rehabiliteringsrådets arbete, tidigare kunskapssammanställning</i> .....	26
7.2.4 <i>REHSAM-projektet – bakgrund och syfte</i> .....	27
7.2.5 <i>Om översikter av översikter</i> .....	30
7.2.6 <i>Studiens syfte</i> .....	32
7.3 METOD .....	32
7.4 RESULTAT .....	34
7.4.1 <i>Muskuloskeletala besvär</i> .....	35
7.4.2 <i>Psykiska besvär</i> .....	37
7.4.3 <i>Psykiska eller muskuloskeletala besvär</i> .....	38
7.4.4 <i>Originalstudier publicerade 2013 – 2015</i> .....	75
7.5 DISKUSSION .....	86
7.5.1 <i>Summering av resultat</i> .....	86
7.5.2 <i>Samstämmighet i resultaten</i> .....	86
7.5.3 <i>Evidensstyrkan</i> .....	87
7.5.4 <i>Eventuell bias i rapporteringen</i> .....	88
7.5.5 <i>Samstämmighet med andra studier och översikter</i> .....	88
7.5.6 <i>Tillämpning och forskning</i> .....	88
7.6 REFERENSER.....	91
7.7 DOKUMENTATION AV INFORMATIONSSÖKNING .....	93
<b>8. BILAGA 2 – STATUSRAPPORT FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSAN AVSEENDE FORSKNINGSPROJEKTEN I REHSAM</b> .....	<b>95</b>

## 1. Sammanfattning

Psykiska och muskuloskeletala besvär har länge varit den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning i Sverige och en stor del av västvärlden. Åtgärder som reducerar tiden för återgång i arbete skulle därför betyda mycket både för människors livskvalitet och för samhällets kostnader. Politiska initiativ för att bidra till en sådan utveckling har därför tagits inom rehabiliteringsområdet sedan början av 2000-talet, bland annat genom den så kallade rehabiliteringsgarantin. De behandlingar som omfattades av garantin var multimodal rehabilitering för icke specifik muskelsmärta och olika former av kognitiv beteendeterapi (KBT) för psykiska besvär. Regeringen avsatte också medel för ett forskningsprogram, Rehsam, för ytterligare utveckling av evidensbaserade behandlingsmetoder. Som en uppföljning av Rehsam-satsningen fick forskningsrådet Forte 2014 i uppdrag att dels genomföra en internationell kunskapssammanställning inom detta område, dels att utvärdera Rehsam-satsningen.

Av den unika systematiska och internationella kunskapsöversikt inom berörda områden, som Forte låtit genomföra, har 350 originalstudier med ca 45. 000 deltagare tagits fram genom litteratursökningar.

Slutsatserna från denna kunskapssammanställning är att multimodala interventioner som även omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete än andra enskilda insatser eller sedvanlig behandling vad gäller ryggbesvär och blandade besvär. Flera av översiktsartiklarna pekar också på att insatserna bör sättas in tidigt. Frågor om vilka specifika insatser som är mest effektiva, exakt när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat får inget klart svar i de granskade översiktsanalyserna. En mer ingående analys av genomförda RCT-studier skulle kunna öka kunskapen om detta.

Det finns ett stort behov av ny forskning för att klargöra vilka komponenter i interventionerna som ger störst betydelse. Om det visar sig att kombinationen av några få rehabiliteringsinslag, t ex KBT kombinerat med insatser på arbetsplatsen, är särskilt effektiva skulle detta vara en stor framgång både ur ett individ- och samhällsperspektiv.

Andra perspektiv utöver forskning som behöver belysas ytterligare är hur patient- och medborgarkraften kan nyttjas tydligare i vård-, forsknings- och i kommunikationsprocesserna. Detsamma gäller de lärprocesser som Rehsam-projektet har lett till, särskilt i samverkan mellan landstingen och akademien. Dessa aspekter kommer att belysas när resultat från Rehsam-projekten föreligger och den vetenskapliga utvärderingen av dem har genomförts.

Forte avser framöver att verka för ökad samordning i rehabiliterings-  
/vårdprocesser där forskning ingår redan från start. Planeringsbidrag till nya  
koncept för samverkan är exempelvis en möjlig väg att öka evidensbaserad  
praktik.

## 2. Uppdraget

Regeringen beslutade 2014-07-24 att ge Forte i uppdrag att utvärdera, sammanställa och analysera forskningsresultaten från Rehsam-satsningen (S2014/5621/SF). I uppdraget ingår att:

1. Ta emot de slutrapporter från Rehsam-projekten som godkänts av Försäkringskassan, och göra en vetenskaplig kvalitetsbedömning av den forskning som presenteras i slutrapporterna
2. Göra en kunskapssammanställning av forskningen inom de forskningsområden som Rehsam-satsningen innefattar
3. Utifrån kunskapssammanställningen och nya resultat från forskningen inom Rehsam-satsningen som bedöms hålla tillräckligt hög kvalitet, i samråd med berörda myndigheter och aktörer, informera om forskningsresultaten och utveckla en modell för målgruppsanpassad kommunikation av dessa
4. Lämna förslag på forskningsområden som, utifrån kunskapssammanställningen, bedöms finnas behov av att finansiera

Forte ska i sitt uppdrag samverka med Försäkringskassan och SKL, i delarna som rör kunskapssammanställningen samverka med SBU och Socialstyrelsen samt vid behov samråda med andra berörda myndigheter.



### 3. Tillvägagångssätt

När Forte fick uppdraget stod det klart att de flesta Rehsam-projekt ännu inte var slutrapporterade, och att betydande delar av uppdraget inte kunde genomföras under utsatt tid. Kontakt togs med Försäkringskassan för att påbörja ett samarbete kring insamling av data från projekten och att utarbeta en tidsplan för den delen av uppdraget som avser vetenskaplig utvärdering av Rehsam-projekten.

I tidigt skede påbörjades istället arbetet med kunskapssammanställningen. En vetenskaplig referensgrupp utsågs av Fortes ledning för att följa arbetet och bidra med synpunkter. Två experter, professor Gunnar Aronsson och professor Ulf Lundberg, engagerades för att göra litteratursökningar och ställa samman litteraturöversikt enligt vedertagen metod för systematiska kunskapsöversikter. Arbetet har bedrivits i samråd med SBU och Socialstyrelsen, som också bidragit med litteratursökning.

För att förbereda arbetet med övriga delar i uppdraget utsågs en styrgrupp, bestående av företrädare för SKL, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och SBU. Styrgruppen har haft ett första möte för att stämma av läget angående Rehsamprojekten, och planera för det fortsatta samrådet.

Följande personer ingår i de båda projektgrupperna:

#### **Styrgrupp:**

Ewa Stålldal, Generaldirektör, Forte

Peter Allebeck, Huvudsekreterare, Forte

Caroline Olgart Höglund, Verksamhetsområdeschef, Försäkringskassan

Olivia Wigzell, Generaldirektör, SBU

Susanna Axelsson, Programchef, SBU

Hans Karlsson, Avdelningschef, SKL

Anna Östbom, Handläggare, SKL

Taina Bäckström, stf Generaldirektör, Socialstyrelsen

**Vetenskaplig referensgrupp:**

Gunnel Hensing, Professor, Göteborgs Universitet

Irene Jensen, Professor, Karolinska Institutet

Staffan Marklund, Professor, Karolinska Institutet

Bo Melin, Professor, Karolinska Institutet

Kjell Torén, Professor, Göteborgs Universitet

Fortes projektledare för detta uppdrag är Staffan Arvidsson.

## 4. Kunskapssammanställningen

Här nedan ges en sammanfattning av tillvägagångssätt och resultat. Kunskapssammanställningen i sin helhet bifogas i bilaga 1

### 4.1 Tillvägagångssätt

Kunskapssammanställningen av den internationella litteraturen bygger på en systematisk översikt av metaanalyser av interventioner för återgång i arbete i samband med psykiska och muskuloskeletala besvär. En litteratursökning i relevanta databaser fr.o.m. 1995 genomfördes under januari-februari 2015 och resulterade i 17 relevanta översiktsartiklar av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet, baserade på drygt 350 kontrollerade randomiserade (RCT) originalstudier. Elva översiktsartiklar gällde muskuloskeletala besvär (varav 9 ryggbesvär), 3 psykiska besvär och 3 blandade besvär.

En uppföljande litteratursökning bland originalstudier från 2013 gav 8 relevanta studier av tillräckligt hög kvalitet (varav en utgjordes av ett forskningsprojekt inom Rehsam), 6 av dessa rörde psykiska besvär. Resultaten från dessa var heterogena och ändrar inte slutsatserna från den mer omfattande analysen av översiktsstudier.

#### 4.2 Sammanfattning av resultat

Resultaten visar ett mönster enligt vilket multimodala interventioner med både fysiska, psykiska och medicinska inslag, och särskilt i kombination med insatser på arbetsplatsen bidrar mest till återgång i arbete, minskad sjukfrånvaro eller ökad arbetsförmåga i samband med muskuloskeletal och blandade besvär.

Det vetenskapliga underlaget för multimodala interventioner mot psykiska besvär för återgång i arbete eller minskad sjukfrånvaro var otillräckligt för att kunna dra några slutsatser. De fysiska inslagen i multimodal intervention handlar om fysisk aktivitet, träning och sjukgymnastik, de psykiska inslagen huvudsakligen om beteendeterapi (KBT) och de medicinska om medicinering. Insatser på arbetsplatsen handlar om att förbereda den sjukfrånvarande för återgång i arbete, arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen och arbetsuppgifterna, arbetsmiljön och ergonomi. Psykisk terapi som enskild komponent utan stöd av andra terapiformer bidrar ofta till ökat psykiskt välbefinnande och minskad smärta, men tycks inte nämnvärt bidra till återgång i arbete.

Av den unika systematiska och internationella kunskapsöversikt inom berörda områden, som Forte låtit genomföra, har 350 originalstudier med ca 45. 000 deltagare tagits fram genom litteratursökningar. Av dessa bedöms endast 17 studier uppfylla regeringens syfte med Rehsam-programmet, som kan sammanfattas enligt följande: ”Projekten ska baseras på evidensbaserade behandlingsmetoder och rehabiliteringsinsatser för att hjälpa de som är sjukskrivna under långa perioder att må bättre och underlätta återgång i arbete”

Flera av studierna bedöms ha låg vetenskaplig kvalitet, för stort bortfall eller ger otillräckligt vetenskapligt stöd i förhållande till andra interventioner medan några ger stöd för positiva effekter för upplevd hälsa, minskad smärta och/eller återgång i arbete.

Kunskapsöversikten visar på att multimodala interventioner där också arbetsgivare och arbetstagare samverkar så är resultaten bäst oavsett om det handlar om psykiska besvär eller besvär från rörelseorganen. Enbart beteendeterapi eller fysisk träning visar också positiva effekter i rehabiliteringen men huvudsakligen på graden av ångest, nedstämdhet och oro respektive smärta och inte avseende återgång i arbete.

Slutsatserna från denna kunskapssammanställning är att multimodala interventioner som även omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva för RTW än andra enskilda insatser eller sedvanlig behandling vad gäller ryggbesvär och blandade besvär. Flera av översiktsartiklarna pekar också på att insatserna bör sättas in relativt tidigt. Frågor om vilka specifika insatser som är

mest effektiva, exakt när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat får inget klart svar i de granskade översiktsanalyserna. En mer ingående analys av genomförda RCT-studier skulle kunna öka kunskapen om detta.

Fortfarande saknas såväl data som kunskaper om sjukskrivning som en integrerad del i vård- och behandlingsprocessen. Dessutom finns det få vetenskapliga studier om rehabilitering av personer som är sjukskrivna där minskad sjukfrånvaro eller återgång i arbete är utfallsmått. Detta trots att mycket talar för att åtgärder som involverar arbetsplatsen är viktiga för resultaten av rehabiliteringsprocessen.

### 4.3 Förslag på kunskapsluckor som behöver täckas

1. Omfattande multimodala interventioner är kostsamma och behöver kompletteras med en cost-benefit-analys. Detta har gjorts i flera översikter, men har inte ställts samman systematiskt.
2. Eftersom det är oklart vilka komponenter i de multimodala interventionerna som har störst betydelse, borde kommande forskningsinsatser inriktas mot denna fråga. Mycket talar dock för att åtgärder som involverar arbetsplatsen är viktiga och att programmen bör vara individanpassade.
3. Om det visar sig att kombinationen av några få rehabiliteringsinslag, t.ex. KBT eller fysisk träning tillsammans med insatser på arbetsplatsen, är särskilt effektiva skulle detta vara värdefull information ur ett kostnadsperspektiv.
4. Uppföljningstiderna i de aktuella studierna varierar kraftigt men är ofta mindre än ett år. Det är möjligt att vissa interventioner kräver längre tid för att ge resultat, medan andra har en kortsiktig effekt som klingar av över tid. Tillgängliga översikter har inte kunnat svara på frågan så en systematisk utvärdering av när man kan förvänta sig effekter av en viss intervention skulle vara värdefull.
5. Det är viktigt att skilja på att bli arbetsför och att återgå i arbete. Det kan hända att arbetet inte finns kvar eller att personen av andra skäl inte återgår i arbete. Här har studierna haft något blandat utfall, och det är viktigt att klargöra om interventionen har bidragit till arbetsförmåga, även om resultatet inte är återgång i arbete.

## 5. Statusrapport från Rehsamprojekten

Tre utlysningar av forskningsprojekt har gjorts under åren 2009-2011. Projektbidrag utlystes för 2 år med en 1-årsuppföljning av resultaten.

Riktlinjerna för utlysningarna finns i regeringsuppdrag (**11:2 S2009/5072SF; 2009-06-25**), och kompletterades med:

- Genusperspektiv
- Kostnadseffektivitetsberäkningar
- Implementeringsstrategi för införande av interventionen i det kliniska arbetet (inom det egna landstinget)
- Beskrivning av samverkan mellan landstinget och universitet.

Totalt inkom 76 ansökningar. 24 projekt har fått delvis eller full finansiering till en summa av cirka 75 MKR. Syftet med delfinansiering var att landstingen skulle gå in med finansiering/resurser. 8 projekt beviljades medel i respektive omgång. Av de 24 beviljade projekten rör 12 området psykisk ohälsa och 12 specifik smärta. Projekten är verksamma i totalt 14 landsting/regioner.

10 slutrapporter har hittills inkommit till Försäkringskassan. Av de inkomna slutrapporterna har:

- 6 rapporter med 1 års uppföljning inkommit
- 1 rapport med 9 månaders uppföljning inkommit
- 2 rapporter med 6 månaders uppföljning inkommit
- 1 rapport efter 4 månaders uppföljning inkommit
- 7 av rapporterna i dagsläget någon form av data på återgång i arbete
- 5 av rapporterna kostnadseffektivitetsberäkningar
- Genusperspektiv rapporterats endast i ett par rapporter

11 slutrapporter förväntas inkomma under 2015; 4 stycken Q2 2015, 7 stycken under Q3 och Q4/2015. Ett projekt slutrapporterar under Q1 2016 och ett under Q4 2016.

I dagsläget kommer majoriteten av projekten att inkomma med slutrapport inklusive data på återgång i arbete/sjukskrivning. Två projekt har hittills aviserat att de inte kommer att kunna leverera data på återgång i arbete.

De projekt som inte inkommit med kostnadseffektivitetsberäkningar, och där det är motiverat, kommer att komplettera under 2015.

Ett projekt har uppgett att de inte kan komma in med en 1-årsrapport beroende på dålig svarsfrekvens från deltagarna i den sista uppföljningen.

## 6. Plan för fortsatt arbete

Efter denna kunskapssammanställning avser vi nu att fortsätta arbetet med resterande delar av uppdraget. Under andra halvan av 2015 kan vi påbörja den vetenskapliga kvalitetsbedömningen av forskningsprojekten inom Rehsam. Det arbetet kommer att färdigställas under första halvan av 2016, och kommer också att ge fler svar på vilka kunskapsluckor som finns och kommer ytterligare utgöra ett underlag för förslag till åtgärder vad gäller forskning och samverkan i syfte att möta utmaningarna med det stigande antalet sjukskrivningar till följd av psykiska problem och smärtproblematik.

I den av Forte initierade styrgruppen fortgår samverkan på flera plan. Det planeras för en slutkonferens inom Rehsam, under det första kvartalet 2016, i vilken Forte kommer att vara en aktiv part och avsändare.

Forte, tillsammans med Försäkringskassan och SKL, kommer även att genomföra ett projekt som syftar till att fånga upp lärdomar och erfarenheter från Rehsam-programmet avseende samverkan. Projektet avser samverkan på flera nivåer och innefattar både forskare, vårdgivare, brukare och myndigheter. Den samlade erfarenheten från Rehsam-projekten kommer att kunna förbättra framtida samverkan mellan de olika aktörer som verkar i evidensbaserade metodprojekt med syfte att förbättra/bibehålla arbetsförmåga och bidra till en hållbar återgång i arbete, och kommer dessutom att vara relevant även för annan verksamhet.

Forte kommer även inom detta forskningsområde att utveckla en modell för målgruppsanpassad kommunikation och spridning av forskningsresultat. Som utgångspunkt för det arbetet nyttjas arbetet bakom den rapport som Forte den 31 mars 2015 redovisade för Regeringen, ”Från fokus på innehåll till fokus på nytta – ett regeringsuppdrag om att utveckla formerna för kommunikationen med relevanta målgrupper om behov och nyttiggörande av forskningsresultat” (S2014/4995/SAM).

Vidare har Forte inlett diskussioner om en försöksverksamhet med Landstinget i Kalmar Län och Försäkringskassan. Utgångspunkten är att samordna hälso- och sjukvården med sjukförsäkringen administrativt, organisatoriskt och finansiellt. Den bakomliggande hypotesen är att samordningen ger ökade möjligheter till helhetssyn på vårdprocesser där sjukskrivningspraxis ingår som en del av helheten, underlag för effektivare förebyggande insatser samt omfördelning av resurser från passiva insatser till aktiva insatser där individens möjligheter sätts i fokus.



Under året har Forte parallellt drivit två tangerande projekt, dels ett regeringsuppdrag avseende kunskapssammanställning om sambanden mellan psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukskrivning, dels en utvärdering av svensk forskning inom området arbetsorganisation. Forte genomför under våren också en serie rundabordsamtal kring arbetslivsforskning för att identifiera kunskapsluckor och möjligheter till samverkan mellan myndigheter och organisationer. Detta i syfte att stärka forskning och samverkan för att möta dagens utmaningar i arbetslivet och motverka problem som bidrar till ohälsa och sjukfrånvaro. Erfarenheter från dessa aktiviteter kommer att integreras i det fortsatta arbetet med uppdraget kring Rehsam-projekten.

## 7. Bilaga 1 – Kunskapssammanställningen i sin helhet

*Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning - en systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär*

Huvudförfattare: Gunnar Aronsson och Ulf Lundberg, Institutionen för psykologi, Stockholms Universitet

## 7.1 Sammanfattning

Psykiska och muskuloskeletala besvär har länge varit den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning i Sverige och en stor del av västvärlden. Åtgärder som reducerar tiden för återgång i arbete (RTW) skulle därför betyda mycket både för människors livskvalitet och för samhällets kostnader. Politiska initiativ för att bidra till en sådan utveckling har därför tagits inom rehabiliteringsområdet sedan början av 2000-talet, bland annat genom den så kallade rehabiliteringsgarantin. De behandlingar som omfattades av garantin var multimodal rehabilitering för icke specifik muskelsmärta och olika former av kognitiv beteendeterapi (KBT) för psykiska besvär. Regeringen avsatte också medel för ett forskningsprogram, REHSAM, för ytterligare utveckling av evidensbaserade behandlingsmetoder. Som en uppföljning av REHSAM-satsningen fick forskningsrådet FORTE 2014 i uppdrag att dels genomföra en internationell kunskapssammanställning inom detta område, dels att utvärdera REHSAM-satsningen.

Föreliggande rapport utgör den internationella kunskapssammanställningen, som bygger på en systematisk översikt av metaanalyser av interventioner för återgång i arbete i samband med psykiska och muskuloskeletala besvär. En litteratursökning i relevanta databaser från 1995 genomfördes under januari-februari 2015 och resulterade i 17 relevanta översiktsartiklar av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet, baserade på drygt 350 kontrollerade randomiserade (RCT) originalstudier. Elva översiktsartiklar gällde muskuloskeletala besvär (varav 9 ryggbesvär), 3 psykiska besvär och 3 blandade besvär.

Resultaten visar ett mönster enligt vilket multimodala interventioner med både fysiska, psykiska och medicinska inslag, och särskilt i kombination med insatser på arbetsplatsen bidrar mest till RTW, minskad sjukfrånvaro eller ökad arbetsförmåga i samband med muskuloskeletala och blandade besvär. Det vetenskapliga underlaget för multimodala interventioner mot psykiska besvär för RTW eller minskad sjukfrånvaro var otillräckligt för att kunna dra några slutsatser. De fysiska inslagen i multimodal intervention handlar om fysisk aktivitet, träning och sjukgymnastik, de psykiska inslagen huvudsakligen om beteendeterapi (KBT) och de medicinska om medicinering. Insatser på arbetsplatsen handlar om att förbereda den sjukfrånvarande för återgång i arbete, arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen och arbetsuppgifterna, arbetsmiljön och ergonomi. Psykisk terapi som enskild komponent utan stöd av andra terapiformer bidrar ofta till ökat psykiskt välbefinnande och minskad smärta, men tycks inte nämnvärt bidra till återgång i arbete.

En uppföljande litteratursökning bland originalstudier från 2013 gav 8 relevanta studier av tillräckligt hög kvalitet, 6 av dessa rörde psykiska besvär. Resultaten från dessa var heterogena och ändrar inte slutsatserna från den mer omfattande analysen av översiktsstudier.

Slutsatserna från denna kunskapssammanställning är att multimodala interventioner som även omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva för RTW än andra enskilda insatser eller sedvanlig behandling vad gäller ryggbesvär och blandade besvär. Flera av översiktsartiklarna pekar också på att insatserna bör sättas in relativt tidigt. Frågor om vilka specifika insatser som är mest effektiva, exakt när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat får inget klart svar i de granskade översiktsanalyserna. En mer ingående analys av genomförda RCT-studier skulle kunna öka kunskapen om detta.

## 7.2 Inledning

Sjukfrånvaron i Sverige har sedan 1980-talet varierat kraftigt med upp- och nedgångar i inflöde, men även beträffande sjukfallens längd och sjukdomspanorama. När frånvaron toppade under 1980-talet var inslaget av korttidsfrånvaro stort. Vid nästa topp 2003 var däremot inslaget av långtidssjukskrivningar stort. En långvarig och mycket stabil trend har varit att andelen sjukskrivna i psykiska diagnoser och stressrelaterade besvär ökar på bekostnad av muskuloskeletal diagnoser, och psykiska diagnoser passerade 2006 muskuloskeletal diagnoser som vanligaste sjukskrivningsorsak. En annan och tillika långsiktig trend är att andelen kvinnor bland sjukskrivna ökar. Sedan 1980-talet har sjukfrånvaron varit högre bland kvinnor än bland män, och skillnaderna har ökat över tid (Lidvall m fl 2000; Försäkringskassan 2013). Till bilden hör också att en relativt liten andel av arbetskraften står för en hög andel av det totala antalet sjukfrånvarodagar, vilket gör det särskilt intressant att rikta fokus för insatser mot de långa sjukskrivningarna.

Till de stora politiska utmaningarna vid den senaste sjukfrånvarotoppen 2003 hörde därför att hitta verk samma åtgärder och metoder mot de långa sjukskrivningarna och utveckla stödåtgärder som skulle hjälpa sjukskrivna tillbaka i arbete. En rad politiska initiativ togs också inom rehabiliteringsområdet under åren 2000 - 2010. Centralt i många åtgärder var att försöka åstadkomma en bättre samordning och samverkan mellan den mängd aktörer och intressenter som är involverade och har olika uppgifter och mål i rehabiliteringen, såsom arbetsgivaren, arbetsförmedlingen, olika försäkringsinstanser och hälso- och sjukvården.

Utöver de politiska initiativen för åtgärder på systemnivå togs även initiativ för insatser på individnivå och för kunskapsutveckling. Ett mål på den nivån var att utveckla en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess så att varje sjukskriven person skulle kunna få en behandling som är anpassad efter dennes behov. För det syftet tecknade regeringen 2008 genom Socialdepartementet en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för att minska och förebygga sjukskrivningar. Den innebar att medel avsattes för landstingen till evidenssäkrad behandling. De behandlingar som omfattades av garantin var multimodal rehabilitering för icke specifik smärta i axlar, rygg och nacke och kognitiv beteendeterapi (KBT) för lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress. En studie av den satsningen har nyligen presenterats av Brämberg m fl (2015).

Regeringen avsatte också medel för ett forskningsprogram för ytterligare utveckling av och säkerställande av evidensbaserade behandlingsmetoder. Vi

använder i fortsättningen beteckningen REHSAM (rehabilitering och samordning) för dessa satsningar. Föreliggande studie har sin bakgrund i REHSAM-satsningarna genom att den utgör en systematisk kunskapssammanställning av den internationella forskningen kring de evidensbaserade metoder, som ingick i de forskningsprojekt som beviljades medel inom REHSAMs forskningsprogram. Vi återkommer till REHSAM-satsningen och syftet med föreliggande projekt och uppdrag.

Först vill vi dock ge en beskrivning av sjukfrånvarosituationen med avseende på sjukskrivningar i psykiska och muskuloskeletala besvär, d.v.s. de två stora diagnosgrupper som var i fokus för evidenssäkrade insatser i REHSAM-garantin och i REHSAMs forskningsprogram. Dispositionen är att inleda med sammanfattande statistik om utveckling och omfattning av sjukskrivningar i de två diagnosgrupperna, följt av statistik kring återgång i arbete. Sammanställningen bygger i huvudsak på Försäkringskassans statistik och publikationer. Syftet är att ge en översiktlig lägesbild av sjukskrivningssituationen i de områden som REHSAM-satsningarna omfattade och som denna kunskapsöversikt fokuserar.

## 7.2.1 PSYKISKA BESVÄR OCH SJUKSKRIVNING

Psykiska besvär har sedan lång tid tillbaka varit den främsta orsaken till långa sjukfall i en rad ekonomiskt utvecklade länder, däribland Sverige. Psykiska besvär är även den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden inom OECD (OECD 2013). De ekonomiska kostnaderna för psykiska besvär i Sverige uppskattades i OECD-studien till drygt 70 miljarder kronor om året (2-3% av BNP). Hälften av denna kostnad kan hänföras till produktionsbortfall, den andra hälften till utgifter för sjukförsäkring, vård och omsorg (för en internationell översikt se Vingård 2015).

### Utveckling och omfattning

Mellan 1999 och 2003 ökade andelen långvarigt sjukskrivna med psykiska diagnoser mycket kraftigt, från 18 till 30 procent. De vanligaste psykiska diagnoserna är stressreaktioner och ångestsyndrom samt depressioner. Mellan 2005 och 2010 minskade de psykiska diagnoserna, men har sedan 2011 ökat mer än andra diagnosgrupper och var år 2014 uppe i rekordnoteringen 35 procent av långtidssjukskrivningarna. Bland kvinnor är ökningen i psykiska diagnoser än mer accentuerad och 2014 hade 38 procent av de långtidssjukskrivna kvinnorna en psykisk diagnos, varav 22 procentenheter var stressreaktioner och ångestsyndrom. För män var motsvarande värden 28 respektive 13 procent (Försäkringskassan 2015).

Ett av skälen till att psykiska diagnoser dominerar i de långvariga sjukskrivningarna är att återgången i arbete är lägre än för fysiska sjukdomar. Ju längre sjukfallen varar, desto större blir överrepresentationen av psykiska besvär. Det finns flera tolkningar av detta: psykiska besvär kan till sin natur vara mer långvariga än sjukdomar i rörelseorganen, de kan vara mer svårbehandlade och det kan handla om brist på psykoterapeuter med lämplig inriktning. Det kan också vara så att psykiska besvär åtminstone i vissa yrken är mer svårförenliga med att arbeta än andra besvär och att långvariga smärttillstånd så småningom övergår i en depression (SOU 2011, sid 58).

### Diagnospanorama.

Över tid har diagnospanoramats inom de psykiska diagnoserna varit relativt stabilt, med mer än 90 procent av sjukfallen inom kategorierna ångestsyndrom m.m. (omkring 55 procent) och förstämningssyndrom (strax under 40 procent). Dessa tal gällde 2012 och är i stort sett oförändrade 2014 (Försäkringskassan 2015). På diagnosnivå är det två diagnoser som dominerar; ”anpassningsstörningar och reaktion på svår stress” (cirka 40 procent) och ”Depressiv episod” (cirka 30 procent). Under perioden 2005 till och med 2012

hade psykiska diagnoser de längsta sjukfallen av samtliga diagnoskategorier med medianlängden 75 dagar jämfört med 43 dagar för samtliga diagnoskapitel (Försäkringskassan 2015).

Kön och demografiska faktorer.

Kvinnor löper större risk att påbörja sjukfall med psykisk diagnos än män och sedan 2011 har en psykisk diagnos varit den vanligaste diagnosen bland kvinnor. För både könen är risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos högst i åldern 30-39 år. Också för båda könen innebär yrken med nära kontakt med brukare av olika typer av välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (så kallade kontaktyrken) förhöjd risk att påbörja sjukfall med psykisk diagnos (Försäkringskassan 2013).

Återgång i arbete

I en studie från försäkringskassan analyserades sjukfall som hade påbörjats under 2005 och varade till och med första kvartalet 2010 (Försäkringskassan 2013). Analyserna visade att återgången i arbete under den treåriga uppföljningsperioden var bara hälften så stor för sjukfall med psykisk diagnos som för genomsnittet över alla diagnoser.

Heltids- och deltidssjukskrivning.

Arbete är viktigt för den psykiska hälsan även om det inte gäller under alla omständigheter. En väl avvägd deltidssjukskrivning kan därför fungera som en del av rehabiliteringsprocessen för snabbare återgång i arbete.

Försäkringskassans studie visar att partiell sjukskrivning är mer vanligt förekommande i sjukfall med psykisk diagnos (Försäkringskassan 2013).

Mönstret är att sjukfallet inleds med heltidssjukskrivning för att därefter avslutas med en deltidssjukskrivning. Sjukskrivning på deltid är mer vanligt förekommande i de två största diagnosgrupperna, d v s förstämningssyndrom och ångestsyndrom.

Återfall i sjukskrivning.

Vanligt förekommande är att den som haft ett sjukfall med psykisk diagnos återigen påbörjar sjukfall med psykisk diagnos, ofta inom samma sjukdomskategori, men det är inte heller ovanligt att ett nytt sjukfall påbörjas i fysisk sjukdom då det finns en samsjuklighet mellan fysiska och psykiska besvär (Försäkringskassan 2013)

Förtidspension – tidigt utträde ur arbetslivet.

Sjukfall med psykiska diagnoser leder i högre grad till sjuk- eller aktivitetsersättning än de flesta andra sjukdomar. Kivimäki m.fl. (2007) fann i beräkningar på svenska data att risken för att erhålla sjukersättning



(förtidspension) fem år efter en sjukskrivning ökade 14,1 gånger. Också andra svenska studier pekar tydligt i samma riktning. Vaez och medarbetare (2007) studerade psykiska besvär bland nära 5000 anställda avtalsförsäkrade som varit sjukskrivna mer än 90 dagar. De fann att tre år efter insjuknandet så var det endast 30 procent som varken var sjukskrivna eller hade sjukpension och 26 procent hade fått pension. Dessa personer hade haft låga sjukskrivningstal under de tre år som föregick insjuknandet och sjukskrivningen för psykiska besvär. I försäkringskassans analyser framkommer att risken för sjuk- och aktivitetsersättning för den som påbörjar ett sjukfall med psykisk sjukdom är 57 procent högre för män och 32 procent högre för kvinnor jämfört med genomsnittet över alla diagnoser (Försäkringskassan 2013, sid 44).

Forskningen har identifierat en rad faktorer både i och utanför arbetslivet, som predicerar återgång i arbete eller exit från arbetslivet. Exempel på sådana är ålder, kön, socioekonomisk status och etniskt ursprung. Vi kommer dock inte att närmare gå in på dessa då de inte ligger i fokus i vår studie.

## 7.2.2 MUSKULOSKELETALA BESVÄR OCH SJUKSKRIVNING

### Utveckling och omfattning

Sjukdomar i rörelseorganen (framförallt besvär i nacke, skuldra och rygg) var vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning (60 dagar eller mer) under 90-talet. Andelen med sjukskrivning för sjukdomar i rörelseorganen var 38 procent år 1999 och minskade sedan till 26 procent år 2009 och har sedan dess legat stabilt på den nivån (Försäkringskassan 2015). Smärta i rygg, nacke och skuldra är dock fortfarande mycket vanligt och man räknar med att mellan 70-80% av befolkningen drabbas någon gång under sin livstid och 35-40% av den vuxna befolkningen lider av smärta som varar minst tre månader (Socialförsäkringsrapport 2015).

### Diagnospanorama.

Ryggsjukdomar, särskilt ländryggssmärta, är den vanligaste sjukskrivningsorsaken bland rörelseorganens sjukdomar och uppgick år 2014 till 13 procent, medan sjukdomar i mjukvävnader uppgick till ca 7 procent och i leder till ca 3,5 procent (Socialförsäkringsrapport 2015).

*Kön och demografiska faktorer.* Minskningen av sjukdomar i rörelseorganen mellan 1999 och 2007 var mer markant för kvinnor än för män. Bland männen är rörelseorganens sjukdomar fortfarande vanligaste diagnos med 32 procent av långtidssjukskrivningarna (60 dagar eller längre) år 2014 (Försäkringskassan 2015). Andelen kvinnor och män som lider av värk i nacke, skuldra och rygg är betydligt högre bland arbetare än bland tjänstemän och ökar med stigande ålder fram till ca 60 års ålder för att sedan plana ut något, framförallt bland tjänstemän (Arbetsmiljöstatistik 2012).

### Återgång i arbete

Kivimäki och medarbetare (2007) fann i beräkningar på svenska data att risken för att erhålla sjukersättning (förtidspension) fem år efter en sjukskrivning för en muskuloskeletal diagnos ökade 5,7 gånger. Enligt SBU (2010) finns evidens för att multimodal behandling förbättrar återgång i arbetet i samband med långvarig smärta jämfört med inga eller mindre omfattande åtgärder. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller att rekommendera vilka av insatserna i den multimodala rehabiliteringen som har störst betydelse (SOU 2011).

### Heltids- och deltidssjukskrivning.

Försäkringskassans analys visar att möjlighet till deltidssjukskrivningar för vissa specifika smärttillstånd, t ex reumatoid artrit, bör utökas (SOU 2011). Även vid mer permanent nedsättning av arbetsförmågan kan möjlighet till deltidsarbete underlätta återgång i arbete (SOU 2011).

Återfall i sjukskrivning.

Den största riskfaktorn för ont i ryggen är tidigare ryggbesvär (Battie et al., 1989) och återfall i både kort- och långvarig sjukskrivning p.g.a. ryggbesvär är därför vanligt.

Förtidspension – tidigt utträde ur arbetslivet.

Hög ålder, kvinnligt kön och låg utbildning har visat sig ha betydelse för förtidspension i samband med rygg- och nackbesvär (SBU, 2003; Alexanderson et al., 2011).

### 7.2.3 REHABILITERINGSRÅDETS ARBETE, TIDIGARE

#### KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING

För att främja kunskapsutveckling och kunskapsspridning skapade regeringen 2009 en utredning (Rehabiliteringsrådet) med uppdrag att stötta och bistå regeringen i frågor kring rehabilitering. I uppdraget ingick att genomföra systematiska kunskapssammanställningar om vetenskaplig evidens för behandlingar och interventioner vid sjukskrivningar vid lättare psykiska besvär och smärta i rörelseorganen. Rådets arbete publicerades som en offentlig utredning (SOU 2011:15). Rådets slutsats om kunskapsläget, som i forskningsgranskningen kunde analyseras fram till 2010, var att ”förvånansvärt få studier på ett vetenskapligt korrekt sätt har undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning” (SOU 2011, sid 31). Rehabiliteringsrådet sammanfattar kunskapsläget i formuleringen att ”långvarig sjukfrånvaro kan beskrivas som en konsekvens av individens sjukdom, vårdens insatser, arbetsmiljön och det finansiella ersättningssystemet och att det därför är av yttersta vikt att rehabiliteringen inte bara fokuserar på patienten utan också på de övriga komponenterna” (aa, sid 19).

Rehabiliteringsrådet betonade att området är svårstuderat och skriver ”när sjukdomstillstånden är komplexa och multifaktoriellt betingade, rekommenderas i den kliniska verkligheten ofta ett urval av flera olika behandlingar, snarare än en enda behandlingsmodell, för en given patient.” Behandlingsresultatet är vanligen inte en enkel summa av effekten av de olika ingående behandlingarna, utan de interagerar med varandra på mer eller mindre komplicerade sätt. Olika behandlingar kan också behöva ges i olika skeden av ett sjukdomsförlopp. Man inser lätt att sådana multimodala behandlingsmodeller är avsevärt mycket svårare att pröva i randomiserade kontrollerade försök än t.ex. läkemedel (aa, sid 56). Rådet bedömer att det sannolikt finns åtgärder som har god effekt, men som inte har kunnat

vetenskapligt beläggas och framhåller att det behövs fler välgjorda studier som kan öka möjligheterna till generaliserbarhet.

#### 7.2.4 REHSAM-PROJEKTET – BAKGRUND OCH SYFTE

Denna kunskapsöversikt har sin bakgrund i den tidigare omnämnda REHSAM-satsningen, vilken bestod av två delar. De ena delen (Rehabgarantin) innebar finansiering av rehabilitering av personer som var sjukskrivna, eller riskerade att bli sjukskrivna, med diagnoser som ospecifik smärta i nacke, axlar och rygg och/eller lätt till medelsvåra psykiska besvär som depression, ångesttillstånd och stress. För ersättning inom rehabiliteringsgarantin som startade 2008 krävdes att behandling baserades på de medicinska behandlings- och rehabiliteringsmetoder, som utifrån främst rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2010, 2013 a, b) bedömdes ha evidens för att personer ska återgå i arbete.

Den andra delen av REHSAM-satsningen var ett forskningsprogram som hade som mål att ”öka den evidensbaserade kunskapsmassan och långsiktigt stimulera framväxten av innovativa lärande miljöer för samverkan inom rehabiliteringsområdet”. Vårdalstiftelsen var ansvarig för utlysningssprocessen och ansökningarna expertbedömdes. Forskningsmedel beviljades 24 projekt för del- eller helfinansiering till en kostnad av ca 75 miljoner kronor under åren 2009-2011.

För att få en bild av resultaten från forskningsdelen inom REHSAM-satsningen och allmänna kunskapsläget inom området beslöt regeringen 24 juli 2014 att låta genomföra en ny kunskapsöversikt av forskningen inom de forskningsområden som Rehsam-satsningen innefattade. Uppdraget gavs till FORTE. Översikten skulle omfatta såväl den internationella forskningen som resultaten från de nämnda 24 forskningsprojekten inom REHSAM. Vid projektplaneringen hösten 2014 framkom att slutrapporter och vetenskaplig publicering fortfarande saknades från många av de 24 REHSAM-projekten, varför anlitade forskare och ansvariga vid FORTE beslöt att uppdraget separerades så att den internationella kunskapsöversikten gjordes först, vilket skulle ge tid för publicering av ytterligare slutrapporter från REHSAMs forskningssatsning.

Arbetet med fokuseringen av den internationella kunskapsöversikten påbörjades därför med en genomgång av tillgängligt material från de 24 forskningsprojekten för att utröna och sammanställa vilka olika typer av interventioner som pågått och deras innehåll (Wiholm 2012).

Därutöver granskades presentationsmaterial från REHSAM avseende avgränsningar och krav för forskningsmedel från REHSAM. Avgränsningarna var preciserade till ”att stödja forskningsprojekt som förbättrar förutsättningarna för personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna med diagnoserna a) ospecifik smärta i nacke, axlar och rygg, b) lätta och medelsvåra depressioner, ångestsyndrom och stress, att återfå och/eller behålla arbetsförmågan och därmed öka möjligheterna till återgång i arbete eller att fortsätta arbeta trots sjukdom”.

Vidare skulle forskningsprojekten baseras på evidensbaserade behandlingsmetoder och rehabiliteringsinsatser för att hjälpa dem som är sjukskrivna under långa perioder att må bättre och underlätta återgång i arbete. I kraven på projekten ingick även att en intervention inte fick begränsas till att enbart innehålla förändringar på arbetsplatsen och att studierna skulle vara kontrollerade och helst randomiserade. Utfallsmått som skulle användas var återgång i arbete, total sjukfrånvaro och arbetsförmåga och de utvärderingsinstrument som användes skulle vara validerade.

Detta arbete gav en uppsättning sökord som därefter distribuerades till projektets referensgrupp som bestod av experter inom området – 5 professorer med lång erfarenhet av forskning inom området – vilket ledde till att ytterligare några sökbegrepp tillkom. Då det inte fanns något självändamål i att mera exakt avspiegla REHSAM-satsningens forskningsområde valde vi under hela processen att vid tveksamhet hellre ta med ett sökbegrepp än utesluta det. Denna process gav sökbegreppen för den litteratursökning som genomfördes i januari och februari 2015 (Bilaga 1).

Det forskningsområde som översiktarna skulle fokuseras på kan sammanfattas enligt följande: Interventioner bland personer som var sjukskrivna/sjukfrånvarande eller förtidspensionerade (sjuk- och aktivitetsbidrag) på grund av psykiska eller muskuloskeletala besvär och där interventionerna inte begränsades till arbetsplatsen (ergonomi, arbetsanpassning, stöd). Särskilt intresse ägnades psykologisk behandling såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), problembaserad terapi (PST) och interpersonell terapi (IPT), samt multimodala interventioner (både fysiska, medicinska, psykiska och sociala inslag, inkl åtgärder på arbetsplatsen). I metoddelen som följer preciseras inklusions- och exklusionskriterierna för selektionen av översiktsstudier till kunskapssammanställningen.

Vi kunde snabbt konstatera att det fanns en mycket stor mängd originalstudier inom det omfattande forskningsområde vi definierat, men att det också redan genomförts ett antal systematiska översikter och metaanalyser av

originalstudier av interventioner inom området. Situationen var därför gynnsam för att utforma projektet som en översikt av de systematiska översikterna.

### 7.2.5 OM ÖVERSIKTER AV ÖVERSIKTER

Bakgrunden till att en metodik vuxit fram för systematiska översikter, och sedan några år även för översikter av översikter, är att antalet forskningsrapporter ökar explosionsartat, inte minst inom hälsoområdet. Eftersom dessa rapporter har varierande syfte och är av olika vetenskaplig kvalitet, har det blivit allt vanligare att man sammanställer och analyserar ett antal originalrapporter inom ett specifikt område. För att finna relevant litteratur görs litteratursökning i relevanta databaser för specificerade tidsperioder. Genom att sammanställa forskningsresultat från flera olika studier inom samma område kan underlaget för bedömning vidgas och säkrare slutsatser dras. Antalet sådana översikter har också vuxit snabbt och dessa kan vara olika kvalitet. För att dra slutsatser från ett stort antal översiktsartiklar finns ett behov av att också genomföra systematiska översikter av översiktsartiklar. Smith et al. (2011) har utarbetat en rad rekommendationer för hur sådana kan och bör gå till för att uppnå hög vetenskaplig evidens. Under förutsättning att översikterna grundar sig på originalstudier av god vetenskaplig kvalitet och med ett specifikt syfte, samt att översikterna, t ex i form av metaanalyser, bygger på validerade metoder, kan översikter av översiktsartiklar ge möjlighet att dra slutsatser baserade på mycket större underlag av empirisk forskning än vad som är möjligt i enskilda studier eller översikter. Dessa översikter av översikter kan påvisa grundläggande trender i resultat som inte går att fastställa i översikter baserade på mer begränsade material.

Syftet med sådana översikter av systematiska översikter är att identifiera, bedöma och kritiskt granska kvaliteten i översikterna, summera och jämföra slutsatserna i dessa, för att få underlag för evidensgradering av t ex olika behandlingsmetoder inom hälsoområdet. Bedömningen av relevans och vetenskaplig kvalitet i de systematiska översikterna bygger på urval av deltagare, val av intervention, typ av jämförelse (t ex med en kontrollbetingelse eller annan behandling), utfall och studieupplägg i de enskilda originalstudierna. Högsta vetenskapliga evidens uppnås genom dubbelblinda randomiserade studier (RCT). Exempel på sådana är utvärdering av ett nytt läkemedel som jämförs med en placebobetingelse eller tidigare läkemedel och där varken forskarna eller deltagarna känner till vilket preparat som antas vara verksamt förrän studien är avslutad. Inom hälsoområdet är dock dubbelblinda studier inte alltid möjliga att genomföra eller etiskt inte försvarbara. Behandlingar som omfattar beteendeförändringar eller interventioner i miljön kan inte göras blinda för patienterna eller för forskarna. Däremot bör utvärderingen ske utan vetskap om vem som fått vilken behandling.

En systematisk översikt av tidigare systematiska översikter följer samma principer som översikter av originalstudier med krav på relevant innehåll, noggrannhet och objektivitet. Särskilda verktyg för detta har utarbetats. Det mesta kända är AMSTAR (Shea et al. 2007 a, b), där man ställer upp en rad krav, bland annat specificering av forskningsfrågan, sökning i mer än en relevant databas, utvärdering av data av minst två oberoende experter, jämförbarhet mellan olika översikter, homogenitet i resultaten, eventuell publikationsbias och en sammanställning av inkluderade och exkluderade studier, deras innehåll och vetenskapliga kvalitet. Den stora fördelen med en översikt av översikter är att man mer effektivt kan dra slutsatser baserade på ett omfattande empiriskt underlag, där man utnyttjar det vetenskapliga granskningsarbete som redan tidigare genomförts. Numera finns det även speciella databaser för denna typ av översikter, t ex the Cochrane Database of Systematic Reviews och the Database of Abstracts of Reviews of Effects.



## 7.2.6 STUDIENS SYFTE

Utifrån ovan beskrivna överväganden kan syftet med denna rapport preciseras till att summera den vetenskapliga evidensen i systematiska forskningsöversikter av interventioner för att främja återgång i arbete efter sjukskrivning, minskad sjukfrånvaro och förbättrad arbetsförmåga.

## 7.3 Metod

Sökorden genererades av forskarna enligt ovanstående beskrivning. Sökningen efter systematiska översikter gjordes med hjälp av informationsexperter (Ann Kristine Jonsson och Natalia Berg) på Socialstyrelsen i databaserna PubMed, PsycInfo, Cinahl, SocIndex, Academic Search Premier, Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane library), DARE (Cochrane library) och HTA (Cochrane library) från 1995 och fram t o m 9 februari 2015. Sökprofilen återfinns i Bilaga 1. I första omgången identifierades ca 450 artiklar. Efter granskning av abstracts utifrån nedanstående krav reducerades antalet potentiellt relevanta översikter till ca 30, vilka lästes i fulltext av två oberoende forskare. Det slutliga antalet systematiska översikter som uppfyllde nedanstående 8 punkter för denna kunskapssammanställning blev då 17.

I den fortsatta texten används följande förkortningar: BE = best evidence synthesis, CI = konfidensintervall, FAB = fear avoidance behavior, FSB = forskarnas samlade evidensbedömning, GRADE = vetenskaplig evidens enligt GRADE-systemet, IPT = interpersonell terapi, KBT = kognitiv beteendeterapi, OCD = obsessive compulsion disorder, PST = problem solving therapy, PTSD = posttraumatiskt stressyndrom, RCT = randomized control trial, RR = risk ratio, RTW = return-to-work, SMD = standardized mean difference, TAU = treatment as usual

1. Översikterna skulle gälla interventioner bland personer som var sjukskrivna/sjukfrånvarande eller förtidspensionerade (disability pension) på grund av psykiska eller muskuloskeletala besvär och inte vara begränsade till arbetsplatsen (ergonomi, arbetsanpassning, stöd). Särskilt intresse ägnades psykologisk behandling såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), problembaserad terapi (PST) och interpersonell terapi (IPT), samt multimodala interventioner (både fysiska, medicinska, psykiska och sociala inslag, inkl åtgärder på arbetsplatsen).
2. Endast översikter byggda på kontrollerade randomiserade studier (RCT) eller matchade grupper.
3. Utfallsmåtten skulle innefatta återgång till arbete (RTW), sjukskrivning och/eller arbetsförmåga.

4. Bortfall vid uppföljning fick vanligtvis vara högst 20%.
  5. Litteratursökningen i översikterna skulle vara tillräckligt omfattande, d.v.s. vanligtvis sökning i mer än en relevant databas.
  6. Originalartiklarnas relevans och kvalitet (inkl. risk för bias) skulle ha bedömts av minst två oberoende experter. Eftersom behandlingsstudier som bygger på fysisk eller psykisk intervention inte kan genomföras dubbelblindt, har kravet i allmänhet varit att den eller de som gjort utvärderingen inte haft kännedom om deltagarna tillhört behandlings- eller kontrollgruppen.
  7. För bedömning av evidensstyrkan i sambanden bör de systematiska översiktsstudierna ha tillämpat GRADE-systemet\* eller liknande, t ex ”Best evidence” syntes, som innebär en kvalitativ bedömning av de randomiserade studiernas vetenskapliga kvalitet samt konsistens och signifikans i resultaten.
  8. Översikter som endast gäller preventiva insatser för att förebygga sjukfrånvaro har exkluderats.
- GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org>) är ett vedertaget system där evidensnivån graderas i fyra nivåer: Starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt vetenskapligt underlag. Ju högre evidensstyrka, desto större sannolikhet att resultatet är stabilt över tid och inte påverkas av nya forskningsrön. Det vetenskapliga stödet kan också gälla frånvaron av samband. I den fortsatta redovisningen används denna terminologi när översikterna varit upplagda enligt GRADE-systemet.

I de 17 artiklar, som uppfyllde ovanstående krav, ingår i några fall samma originalartikel, och i något fall bygger översikten delvis även på tidigare översikter. Eftersom detta endast gäller enstaka fall bör slutsatserna inte ha påverkats nämnvärt av denna överlappning. Vi har i tillägg till översiktsstudierna gjort en sökning efter originalartiklar de senaste åren (2013-2015), vilka inte ingår i de 17 översikterna. Sökningen gav 8 artiklar, som redovisas separat efter presentationen av de 17 översiktsstudierna.

## 7.4 Resultat

De 17 systematiska översikter som uppfyllde ställda relevans- och kvalitetskrav har delats upp med avseende på orsak till sjukskrivning eller förtidspension, d.v.s. muskuloskeletala besvär, psykiska besvär, samt blandade orsaker, och presenteras i kronologisk ordning med de senaste studierna först. I fyra översikter ingår även personer som har besvär men som inte är sjukskrivna. I dessa fall gäller utfallsmåttet RTW endast de som varit sjukskrivna. I de fall RTW eller sjukskrivningsmått saknas, presenteras resultat som rör arbetsförmåga. De olika interventionerna har jämförts med en kontrollgrupp personer som fått antingen sedvanlig behandling (TAU), bara medicinering, stått på väntelista, ingen behandling alls eller annan kontrollbetingelse (i vissa fall annan typ av intervention). I de fall där två interventioner jämförs med varandra eller med TAU kan utfallet vara positivt i båda fallen, men i sammanfattningarna nedan redovisas endast om den ena interventionen ger signifikant bättre utfall än den andra.

De 17 översikternas uppläggning och resultat illustreras sammanfattande i tabell 1a och 1b. Vår sammanfattning och tolkning av översiktsstudierna bygger huvudsakligen på de mer utvidgade beskrivningarna av de separata översiktsstudiernas uppläggning, huvudresultat och slutsatser som presenteras nedan. Totalt omfattar översikterna över 350 originalstudier med cirka 45000 deltagare.

Det finns en mycket stor mängd olika sätt att mäta RTW, men sjukfrånvaro och daglig arbetstid i en eller annan mening ingår alltid i måttet. Vanligt är att räkna antal dagar till återgång i arbetet oavsett daglig arbetstid, men ibland ingår också precisering av miniarbetstid. En annan typ av mått består i att jämföra hur stor andel av personerna i de olika interventionsgrupperna som är tillbaka i arbete vid olika tidpunkter, exempelvis 3, 6, 9 och 12 månader efter avslutad behandling. Även i detta dikotomiserade mått finns en stor variation mellan olika studier, såväl vad gäller uppföljningarnas längd som antal uppföljningstillfällen. Ibland har forskarna undersökt om personen faktiskt är i arbete, ibland baseras uppföljningen på att man via register kan konstatera att personen inte längre är sjukskriven. I en del översikter har olika data transformerats till en gemensam måttenhet såsom sjukfrånvarodagar.

Det finns alltså en heterogenitet i mått på RTW, som omöjligt kan redovisas i detalj i föreliggande studie men som beaktats av forskarna i respektive översiktsstudie. Om resultaten blir relativt likartade oavsett RTW-mått tyder detta på robusthet i måttet.

#### 7.4.1 MUSKULOSKELETALA BESVÄR

Muskuloskeletala besvär omfattar värk i övre rörelseapparaten (nacke, skuldra, armar) eller rygg, vanligtvis ländrygg. Både personer med akut och kronisk smärta med oklar etiologi har ingått i studierna. I vissa översikter, men inte alla, har man exkluderat studier där muskelvärk berott på fysisk skada (t ex skelett- eller diskskada, kotförskjutning), inflammation eller cancersmärta. Sammanlagt 11 översikter rörande interventioner vid muskuloskeletala besvär identifierades, varav 2 gällde övre rörelseapparaten och 9 ryggen.

##### Övre rörelseapparaten.

Två översikter (1,2), baserade på totalt 7 originalartiklar och 9754 deltagare, behandlar multimodala interventioner vid sjukfrånvaro till följd av besvär i övre rörelseapparaten (tabell 1a). Vissa positiva effekter vad gäller smärtreduktion har noterats men det vetenskapliga underlaget är svagt beroende på relativt få studier och i vissa fall låg vetenskaplig kvalitet. Mycket begränsade effekter för RTW. Ytterligare en studie som presenteras under ”Ryggbesvär” nedan (10), men som omfattar olika icke-specifika muskelbesvär, visar positiva effekter av olika interventioner för RTW för ryggpatienter men inte för patienter med andra typer av muskelbesvär.

##### Ryggbesvär.

Nio översikter (3-11) med totalt 228 RCT-studier och över 25000 deltagare behandlar interventioner vid sjukfrånvaro till följd av ryggbesvär (tabell 1a). De flesta översikterna baseras på multimodala interventioner med både fysisk, medicinsk och psykisk behandling och program som även involverar arbetsplatsen.

Resultaten är i allmänhet positiva och i vissa fall noteras ökad RTW. I översiktsstudien av Zampolini et al. (8) dras slutsatsen att tidiga insatser är viktiga för positivt utfall av interventionen, men tidsaspekten definieras inte närmare.

Resultaten från de senaste översikterna från 2010 (4,5) med sammanlagt 92 interventioner och 11950 deltagare bör tillmätas störst betydelse eftersom de innehåller de senaste originalstudierna med de mest moderna behandlingsmetoderna.

Sammanfattningsvis finns i dessa översikter ett måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodala interventioner, särskilt de som även omfattar arbetsplatsen, är verksamma för att reducera smärta och främja återgång i arbete bland personer som är sjukfrånvarande p.g.a. ryggbesvär. Särskilt stöd för detta kommer från den översikt med 9 RCT-studier som Carroll m fl (4) genomförde och där multimodala interventioner med och utan involverande av arbetsplatsen jämfördes. Interventioner på arbetsplatsen omfattar arbetsträning, anpassning av arbetsuppgifter och arbetsmiljö, ergonomi och socialt stöd.

En nyligen genomförd översikt (3) baserad på 17 studier och 2948 deltagare utvärderar inte interventionerna i sig utan är fokuserad på betydelsen av rädslundvikande i samband med interventioner vid ryggbesvär. Den visar att högt rädslundvikande före intervention försämrar RTW efter intervention för patienter som haft sina besvär mindre än 6 månader, medan det inte tycks ha någon betydelse för ryggpatienter som haft besvär i mer än 6 månader.

**Tabell 1a. Sammanfattning av resultaten från 11 översiktstudierna om besvär från övre rörelseapparaten och rygg.**

Studie	Interventionstyp	Jämförelser	Antal RCT och gradering	Positivt utfall: RTW/sjukfrånvaro Uppföljningstid	Positivt utfall: Arbetsförmåga (disability)	Kommentar
<b>Övre rörelseapparaten</b>						
1. Varatharajan et al. (2014)	MM + arbete	Annan el ingen	5 BE	MM + arbete 4 veckor – 12 mån		
2. Karjalainen et al. (2012)	MM	Annan	2 BE	Oklart 6 mån – 2 år		Otillräckligt underlag
<b>Ryggbesvär</b>						
3. Wertli et al. (2014)	Hög rädsla	Låg rädsla	17 GRADE	Låg rädsla 3 mån – 3 år		Fokuserar på rädsla
4. Carroll et al. (2010)	MM + arbete	MM	9 FSB	MM + arbete 3 veckor – 3 år		
5. van Middelkoop et al. (2010)	MM/blandat	TAU	83 GRADE	Inga 3 – 12 mån	Fysisk träning KBT	Positiva effekter på smärta
6. Norlund et al. (2009)	MM	TAU	7 FSB	MM 6 - 12 mån		
7. Hoffman et al. (2007)	MM/blandat	Annan	34 FSB	MM 3 – 12 mån		Smärta var primärt utfallsmått
8. Zampolini et al. (2007)	MM/blandat	TAU	22 FSB	MM 1-5 år		
9. Hlobil et al. (2005)	MM/blandat	Annan	9 BE	MM 3 – 12 mån + 6,4 år		
10. Meijer et al. (2005)	MM/blandat	Annan	22 BE	MM 12 mån		
11. Weide et al. (1997)	Blandat	Annan el ingen	40 FSB	Fysisk aktivitet 3 veckor – 2 år		Låg statistisk styrka

**Förklaringar:** Annan = annan intervention, Arbete = intervention på arbetsplatsen, BE = best evidence, Blandat = olika typer av enskilda interventioner, FSB = forskarnas samlade evidensbedömning, GRADE = evidens enligt GRADE-systemet, MM = multimodal intervention, RCT = randomized controlled trial, RTW = return to work, Rädsla = fear avoidance behavior, TAU = treatment as usual.

#### 7.4.2 PSYKISKA BESVÄR

Psykiska besvär omfattar depression, ångest, oro eller liknande ofta stressrelaterade syndrom. Även i dessa översikter har forskarna i två av tre fall exkluderat studier med vissa diagnoser, såsom psykos, allvarlig depression eller reaktion på traumatisk händelse, t ex sorg efter dödsfall i familjen.

Tre översikter (12-14) med totalt 40 interventioner och över 8000 deltagare har behandlat sjukfrånvaro till följd av psykiska besvär (tabell 1b). Alla översikterna studerar både fysiska, medicinska och psykiska interventioner, samt i ett fall (12) även intervention på arbetsplatsen. Den senare översikten visar måttligt starkt vetenskapligt stöd för att arbetsinriktad intervention (modifierat arbete, stöd, arbetsintroduktion) minskade sjukfrånvaron jämfört med endast klinisk behandling av patienter med depressionsbesvär.

I översikten av Arends et al. (13) fann man måttligt starkt vetenskapligt stöd för att KBT jämfört med ingen behandling alls INTE påverkade RTW på heltid eller deltid, medan måttligt starkt vetenskapligt stöd fanns för att PST jämfört med ingen behandling alls eller TAU reducerade tiden för återgång i deltidsarbete, men inte för återgång i heltidsarbete, bland personer med akuta eller kroniska emotionella störningar.

Noordik et al. (14) fann stöd för att KBT som komplement till annan behandling förbättrade arbetsförmågan och sänkte ångestnivån hos patienter med tvångs- och posttraumatiskt stressyndrom. Sammanfattningsvis visar dessa relativt nyligen genomförda översikter att psykiska interventioner som KBT och PST har begränsade eller inga effekter för RTW om de inte kombineras med andra, särskilt arbetsinriktade, interventioner.

### 7.4.3 PSYKISKA ELLER MUSKULOSKELETALA BESVÄR.

Några översikter har baserats på sjukfrånvaro oavsett sjukdomsorsak (15-17). I praktiken domineras dock sjukfrånvaron av psykiska och muskuloskeletala besvär. Tre översikter har syftat till att studera interventioner för RTW i samband med sådan sjukfrånvaro (tabell 1b).

I översikten av Schandelmaier et al. (15) baserad på 9 RCT-studier och 3422 deltagare gällde 8 av dessa studier muskuloskeletala besvär och en studie psykiska besvär. Interventioner baserade på RTW-koordinering, d v s individanpassad behandling för återgång till arbete, visade måttligt starkt vetenskapligt stöd för ökad RTW.

Hoefsmitt et al. (16) fann i sin översikt baserad på 23 originalstudier att tidig intervention, kontakt med arbetsgivare och arbetsplats, samt multimodala interventioner var effektiva för RTW både bland ryggpatienter och patienter med psykiska besvär.

Kuoppola och Lamminpää (17) fann likaså måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodala program, inklusive KBT, hade positiva effekter för RTW bland sjukskrivna och förtidspensionerade personer oavsett sjukskrivningsorsak, särskilt om interventionen inkluderade arbetsplatsen. Sammanfattningsvis stödjer dessa översikter slutsatserna från de tidigare översikterna och visar att multimodala, individanpassade program, som även involverar arbetsplatsen, är mest effektiva för RTW.

**Tabell 1b. Sammanfattning av resultaten från 6 översiktsstudierna om psykiska besvär och blandat psykiska och fysiska besvär.**

Studie	Interventionstyp	Jämförelser	Antal RCT och gradering	Positivt utfall: RTW/sjukfrånvaro Uppföljningstid	Positivt utfall: Arbetsförmåga (disability)	Kommentar
<b>Psykiska besvär</b>						
12. Nieuwenhuijsen et al. (2014)	Blandat	Annan	20 GRADE	Arbete, KBT, telestöd 1 – 12 mån		
13. Arends et al. (2012)	Blandat	Annan	10 GRADE	PST 3 mån – 2 år		KBT: ingen effekt RTW
14. Noordik, E. et al. (2010)	KBT	TAU	7 GRADE	Ej analyserat 8 veckor – 12 mån	KBT	
<b>Blandat psykiska och fysiska besvär</b>						
15. Schandelmaier et al. (2012)	MM	TAU	9 GRADE	MM 6 mån – 5 år		
16. Hoefsmit, N. et al. (2012)	Blandat	Annan	23 FSB	MM Oklar uppföljningstid.		
17. Kuoppala & Lamminpää (2008)	Blandat	Annan	45 FSB	MM+ arbete 6 – 28 mån		

**Förklaringar:** Annan = annan intervention, Arbete = intervention på arbetsplatsen, Blandat = olika typer av interventioner, FSB = forskarnas samlade evidensbedömning, GRADE = evidens enligt GRADE-systemet, KBT = kognitiv beteendeterapi, MM = multimodal intervention, PST = problembaserad terapi, RCT = randomized controlled trial, RTW = return to work, TAU = treatment as usual



Sammanfattning av översiktsstudier rörande intervention vid muskuloskeletala besvär

Övre rörelseapparaten

**1. Varatharajan et al. (2014). Are Work Disability Prevention Interventions Effective for the Management of Neck Pain or Upper Extremity Disorders? A Systematic Review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *J Occup Rehabil* 24:692–708.**

**Studiens inriktning:** Smärta i nacke, skuldra och övre rörelseapparaten inkl. whiplash-skada.

**Syfte:** Undersöka om arbetsrelaterade multimodala rehabiliteringsprogram minskar smärta i nacke och skuldra och ökar RTW.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade och icke-randomiserade kontrollerade interventionsstudier.

**Typ av deltagare:** Anställda (18 år och äldre) med värk i nacke, skuldra, övre rörelseapparaten eller whiplash-skada, som inte alltid behövde vara sjukskrivna.

**Exklusionskriterier:** Frakturer, kotförskjutningar, infektioner

**Typer av interventioner:** Multimodal rehabilitering omfattande klinisk rehabilitering på arbetsplatsen, arbetsträning, RTW-koordinering (samarbete mellan arbetstagare och arbetsgivare) och ergonomi, samt kombinationer av dessa.

**Huvudsakliga jämförelser:** Multimodal rehabilitering jämförs med andra interventioner eller ingen intervention alls.

**Primära utfall:** Självskattad förbättring, arbetsförmåga, t ex återgång i arbete (RTW)

**Sekundära utfall:** Livskvalitet, psykiskt tillstånd (t.ex. minskad depression)

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), National Guideline Clearinghouse, Index to Chiropractic Literature och ABI Inform

**Period:** 1 januari 1990 till 6 december 2012.

**Typ av vetenskaplig evidensgradering:** ”Best evidence” syntes

**Selektion och antal studier:** Sökningen gav 4717 artiklar, varav 4699 inte var relevanta. 16 RCT-interventioner i 18 artiklar granskades. 5 studier uppfyllde inklusionskriterierna och låg till grund för analyserna.

**Antal deltagare:** 9581.

**Uppföljningstid:** 4 veckor – 12 månader.

**Resultat:** RTW-koordinationsprogram tillsammans med arbetsträning var bättre än klinisk behandling för rotatorkufftendinit, bland annat vad gäller RTW. Liknande effekter fanns för arbetsträning och rådgivning vad gäller smärta i nacke och skuldra. Styrke- och konditionsträning hade liknande positiva effekter för smärta i övre rörelseapparaten. Stressträning utöver ergonomiska insatser hade inga positiva effekter.

**Sammanfattande slutsats:** Författarna drar slutsatsen att det inte finns något starkt vetenskapligt stöd för att de aktuella interventionerna är effektiva mot värk i nacke och skuldra.

**2. Karjalainen et al. (2012). Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials (2010). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults (Review). This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2010, Issue 3.**

**Studiens inriktning:** Smärta i nacke och skuldra.

**Syfte:** Undersöka om multimodala biopsykosociala rehabiliteringsprogram minskar smärta i nacke och skuldra och ökar RTW.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade och icke-randomiserade kontrollerade interventionsstudier.

**Typ av deltagare:** Anställda med värk i nacke och skuldra, som inte alltid behövde vara sjukskrivna.

**Typer av interventioner:** Multimodal rehabilitering omfattande medicinsk samt psykologisk, social eller arbetsrelaterad intervention eller kombinationer av dessa.

**Huvudsakliga jämförelser:** Multimodal rehabilitering jämförs med andra interventioner.

**Primära utfall:** Smärtintensitet, sjukfrånvaro, återgång i arbete (RTW)

**Sekundära utfall:** Vårdkonsumtion, tillfredsställelse med behandling

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE, EMBASE, PsycLIT, CENTRAL, Medic, the Science Citation Index.

**Period:** 1966 - november 2002.

**Kompletterande källor:** Referenslistor, expertrekommendationer

**Vetenskaplig evidensgradering:** "Best evidence" syntes

**Selektion av studier:** Efter screening av 1808 abstract och sökning bland referenser i 65 review-artiklar identifierades bara 2 artiklar som uppfyllde uppställda kriterier. Båda var av låg vetenskaplig kvalitet.

**Antal deltagare:** 173.

**Uppföljningstid:** 6 månader – 2 år.

**Resultat:** Mycket begränsat vetenskapligt stöd för positiva effekter av multimodal rehabilitering jämfört med andra interventioner.

**Sammanfattande slutsats:** Författarna drar slutsatsen att det finns ett stort behov av forskning för att utvärdera effekten av multimodal rehabilitering i samband med värk i nacke och skuldra.

Ryggbesvär

**3. Wertli et al. (2014). Fear-avoidance beliefs - a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. The Spine Journal 14, 2658–2678.**

**Studiens inriktning:** Ländryggssmärta.

**Syfte:** Undersöka om rädslundvikande (fear-avoidance beliefs, FAB) är relaterat till utfallet av interventioner vid smärta i ländryggen.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier där fokus ligger på att studera samband mellan FAB och utfall.

**Typ av deltagare:** Anställda (18 år och äldre) med ländryggssmärta, som inte alltid behövde vara sjukskrivna.

**Typer av interventioner:** Fysisk och kognitiv terapi där FAB ses som en medierande faktor.

**Huvudsakliga jämförelser:** Hög resp. låg FAB.

**Primära utfall:** Återgång i arbete (RTW), smärta, handikapp

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna BIOSIS, CINAHL, Cochrane Library, Embase, OTSeeker, PeDRO, PsycInfo, PubMed/Medline, Scopus och Web of Science.

**Period:** januari 1990 – januari 2013.

**Kompletterande källor:** Sökning i relevanta tidskrifter.

**Vetenskaplig evidensgradering:** GRADE-systemet

**Selektion av studier:** Från totalt 646 studier befanns 17 artiklar med RCT uppfylla inklusionskriterierna, 5 med hög kvalitet och 12 med medelhög kvalitet.

**Antal deltagare:** 2948.

**Uppföljningstid:** 3 månader – 3 år.

**Resultat:** Patienter med ryggproblem (upp till 6 månader) och hög FAB hade mer smärta och lägre RTW efter intervention. För kroniska ryggpatienter fanns inga tydliga samband.

**Sammanfattande slutsatser:** Resultaten tyder på att låg FAB är kopplat till bättre behandlingsutfall bland patienter med ryggproblem som varat mindre än 6 månader, men inte bland kroniska ryggpatienter.

**4. Carroll, C., et al. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions (Structured abstract). Disabil Rehabil 32, 607-621.**

**Studiens inriktning:** Ryggsmärta.

**Syfte:** En systematisk översikt av RCT-studier där interventioner som involverar arbetsplatsen antas vara mer effektiva än andra interventioner för att minska sjukskrivning beroende på ryggsmärta.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier bland personer som var sjukskrivna för ryggbesvär.

**Typ av deltagare:** Sjukskrivna (minst 2 veckor) personer med ryggsmärta.

**Typer av interventioner:** Alla typer av interventioner inkl. multimodal intervention som inkluderar arbetsplatsen (se Table 1 i artikeln).

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention som inkluderar arbetsplatsen jämförs med interventioner som inte involverar arbetsplatsen.

**Primära utfall:** RTW.

**Sökmetoder och period:** Elektroniskt i databaserna Allied and Complementary Medicine Database, Applied Social Sciences Index and Abstracts, British Nursing Index, Business Source Premier, the Cochrane Library, Cinahl, Current Contents, International Bibliography of the Social Sciences, Medline, PsycInfo, Sociological Abstracts and the Science and Social science Citation Index, samt i ”grå” litteratur: HMIC (Health Management Information Consortium, comprising the King’s Fund Database and DH-Data database), the National Research Register och SIGLE (International System for Grey Literature).

**Sökperiod:** Från 1990.

**Kompletterande källor:** Referenslistor.

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** Bland 17793 artiklar identifierades 750 artiklar av potentiellt intresse. 10 relevanta artiklar med nio tester valdes ut för analys.

**Antal deltagare:** 3134.

**Uppföljningsperiod:** 3 veckor – 3 år.

**Resultat:** Interventioner som involverade arbetsplatsen var mer effektiva än andra interventioner, särskilt gäller detta tidiga interventioner (efter 10-84 dagars sjukfrånvaro). Uppföljningsperioden var vanligtvis 1 år. Detaljerade resultat i Table I i artikeln.

**Sammanfattande slutsats:** Tidig intervention och interventioner som involverade arbetsplatsen var mest effektiva för RTW bland sjukskrivna p.g.a. ryggsproblem.



**5. van Middelkoop et al. (2010). A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J. DOI 10.1007/s00586-010-1518-3**

**Studiens inriktning:** Kronisk icke-specifik ländryggssmärta.

**Syfte:** Undersöka om en serie multimodala rehabiliteringsprogram minskar smärta i ländryggen och ökar RTW.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier.

**Typ av deltagare:** Anställda (18 år och äldre) med kronisk ländryggssmärta, som inte alltid behövde vara sjukskrivna.

**Typer av interventioner:** Rehabilitering omfattande fysisk träning, ryggskola, elektrisk nervstimulering, laserterapi, massage, utbildning, beteendeterapi, m m och kombinationer av dessa.

**Huvudsakliga jämförelser:** Olika former av rehabilitering jämförs med TAU.

**Primära utfall:** Smärta, funktionsstatus, förbättring, återgång i arbete (RTW), sjukdagar.

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE, EMBASE, CINAHL, CENTRAL och PEDro.

**Period:** fram till 22 december 2008.

**Kompletterande källor:** Referenslistor.

**Vetenskaplig evidensgradering:** GRADE-systemet.

**Selektion av studier:** 114 fulltext-artiklar (Cochrane-baserade) granskades tillsammans med abstract från ytterligare 1825 artiklar. Totalt 83 RCT-interventioner uppfyllde inklusionskriterierna och låg till grund för analyserna.

**Antal deltagare:** 8816.

**Uppföljningsperiod:** kort (3 månader), medel (6 månader), lång (12 månader).

**Resultat:** Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att fysisk träning ger mer positiva effekter än TAU vad gäller smärta och funktionshinder (vägd medeldifferens, WMD -9.23 [95% CI = -16.02 till -2.43] och -12.35 [95% CI -23.00 till -1.69]), och likaså begränsat vetenskapligt stöd för att beteendeterapi ger mer positiva effekter än ingen behandling alls: WMD för smärta = -19,74

[95% CI -34,32 till - 5,16] och för funktionshinder = -5,24 [95% CI -8,42 till - 2,06]. Beteendeterapi gav ingen signifikant effekt på RTW efter 6 månader (en studie, 45 deltagare). Det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodal intervention, jämfört med ingen behandling alls eller andra aktiva interventioner, reducerar ländryggssmärta i det korta perspektivet (2 studier): WMD = -11,55 [95% CI -19,68 till - 3,43]. Ingen effekt av beteendeterapi kunde noteras för RTW eller sjukfrånvaro efter 6 månader (2 studier).

**Sammanfattande slutsats:** Författarna drar slutsatsen att det inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd för att ryggskola, elektrisk nervstimulering, laserterapi, utbildning och massage är effektiva mot ländryggssmärta.

**6. Norlund, A., et al. (2009). "Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain." J Rehabil Med 41(3): 115-121.**

**Studiens inriktning:** Multimodal intervention vid sjukfrånvaro p.g.a. ryggbesvär.

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier av sjukfrånvarande med subakuta och kroniska ryggbesvär där multimodal intervention används och jämförs med sedvanlig behandling (TAU) vad gäller RTW.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier på individ- eller kohortnivå från april 1998 till december 2006.

**Typ av deltagare:** Anställda 19-64 år sjukskrivna eller förtidspensionerade för subakut (5 – 11 veckor) och kronisk ryggsmärta (mer än 11 veckor).

**Exklusionskriterier:** Studier av personer med specifik patologi bakom ryggsmärtan uteslöts.

**Typ av interventioner:** Multimodal intervention involverande minst två hälsodiscipliner, t.ex. fysisk och psykisk behandling.

**Huvudsakliga jämförelser:** Multimodal intervention mot ordinarie behandling (TAU)

**Primära utfall:** RTW och antal sjukskrivningsdagar efter interventionens start.

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databasen PubMed.

**Kompletterande källor:** Manuell sökning i relevant litteratur.

**Period:** april 1998 – december 2006.

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** Totalt identifierades 187 studier, 171 av dessa var icke relevanta enligt SBU:s kriterier. Av de återstående uteslöts 10 artiklar för att de inte uppfyllde uppställda kriterier (t.ex. stort bortfall, inget RTW-mått). Efter

ett tillägg baserades denna översikt på 7 artiklar med totalt 1450 deltagare, varav 51% kvinnor.

**Uppföljningsperiod:** 6-12 månader.

**Resultat:** Flertalet av de 7 studierna visar ingen effekt av multimodal intervention på RTW. En metaanalys genomfördes dock på 6 studier med patienter med sjukskrivning 4-12 veckor samt 2 studier med patienter sjukskrivna mer än 12 veckor. Resultaten var heterogena och antyder publikationsbias. Ytterligare en metaanalys genomfördes på 5 skandinaviska studier med patienter som varit sjukskrivna mer än 4 veckor. Resultaten från den visar på en signifikant positiv effekt av multimodal intervention på RTW (RR = 1,21, 95% CI: 1,13 till 1,31).

**Sammanfattande slutsats:** Metaanalysen av de 5 skandinaviska studierna (som genomförts i länder med relativt likartade förhållanden och regelverk) ger ett visst stöd för att de aktuella multimodala interventionerna (sjukgymnastik, ryggskola, PST) bidrar till ökad RTW jämfört med TAU bland personer som varit sjukskrivna mer än 4 veckor för ryggsmärta.

**7. Hoffman, B. M., et al. (2007). "Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain." Health Psychol 26(1): 1-9.**

**Studiens inriktning:** Kronisk ryggvärk.

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med psykologiska interventioner för att främja RTW bland personer med kroniska ryggbesvär.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier bland personer med kroniska ryggproblem.

**Typ av deltagare:** Personer med specifika och ospecifika kroniska ryggbesvär (LBP), som inte alltid behövde vara sjukskrivna.

**Exklusionskriterier:** Cancersmärta.

**Typ av interventioner:** Olika typer av psykosociala interventioner, bland annat KBT, socialt stöd, patientutbildning med kognitiva inslag, samt multimodal intervention.

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan kontrollbehandling.

**Primära utfall:** Smärtintensitet, emotional funktion, fysisk funktion, vårdkonsumtion, smärtmedicinering, sjukersättning.

**Sekundära utfall:** RTW, depression, livskvalitet

**Sökmetod och period:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE (1966 till september, vecka 5, 2004), PsycINFO (1872 till september, vecka 3, 2004), Excerpta Medica(EMBASE; 1980 till 2004, vecka 40), CENTRAL (3 kvartalet, 2004), och Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL; 1982 till oktober, vecka 1, 2004).

**Kompletterande källor:** Sökning i referenslistor.

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** Totalt identifierades 952 studier. 205 tester från 22 studier av hög kvalitet slogs samman i 34 analyser. Antalet deltagare i de 22 studierna varierade mellan 20 och 293.

**Totalt antal deltagare:** 1747.

**Uppföljningsperiod:** kort (0-3 månader), medel (3-12 månader), lång (över 12 månader).

**Resultat:** Positiva effekter av psykologiska program, särskilt KBT, erhöles för smärta, livskvalitet och depression. Multimodala interventioner med psykologiska inslag var också effektiva, bl a för RTW, jämfört med olika kontrollbehandlingar. En metaanalys baserad på 21 studier visade en signifikant ( $p < .05$ ) minskad smärta på kort, medel, och lång uppföljning av interventionerna jämfört med kontrollbetingelserna. En metaanalys med alla psykologiska interventioner jämfört med väntelista visade signifikant ( $p < .01$ ) minskad smärta. Studier baserade på enbart KBT ( $p < .01$ ) resp SRT (självreglerad behandling) ( $p < .001$ ) visad minskad smärta efter avslutad intervention.

**Sammanfattande slutsats:** Psykologiska interventioner, bland annat KBT, reducerade smärta och hade positiva psykiska effekter, men främjade inte RTW. Multimodala interventioner med psykologiska inslag reducerade smärta på kort sikt och ökade RTW på längre sikt.

**8. Zampolini et al. (2007). RTW in back conditions. Disability and Rehabilitation, 29(17): 1377 – 1385.**

**Studiens inriktning:** Ryggbesvär.

**Syfte:** Undersöka vilka interventioner bland personer med ryggbesvär, som leder till ökad RTW.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier samt reviewer/metaanalyser.

**Typ av deltagare:** Anställda (18 år och äldre) som är sjukfrånvarande p.g.a. ländryggssmärta.

**Typ av interventioner:** Ryggskola, arbetsrelaterad terapi, ergonomi, fysisk träning, multimodal intervention.

**Huvudsakliga jämförelser:** Olika interventioner inkl. multimodal intervention jämförs med TAU.

**Primära utfall:** Återgång i arbete (RTW).

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE library och the Cochrane controlled trials registry.

**Kompletterande källor:** Sökning i referenslistor.

**Period:** från 1956 till september 2006

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** 22 RCT-studier analyseras, varav 5 metaanalyser. Dessutom analyserades 11 prospektiva studier.

**Antal deltagare:** Oklart.

**Uppföljningsperiod:** 1-5 år.

**Resultat:** Metaanalyserna gav inget starkt stöd för några slutsatser. Multimodala interventioner med biopsykosociala inslag befanns dock bidra till

RTW. Patienter som fick individuell behandling och fysisk gruppträning återvände till arbetet i genomsnitt 7 dagar tidigare (35%) än övriga. Tidig multimodal intervention gav de bästa resultaten vad gäller RTW efter 1 år och livskvalitet efter 5 år.

**Sammanfattande slutsatser:** Slutsatsen är att interventionerna ska vara multimodala, sättas in tidigt och ha ett biopsykosocialt upplägg för att bidra till RTW.



*9. Hlobil, H., et al. (2005). Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain (Provisional abstract). Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 31, 249-257.*

**Studiens inriktning:** Ryggsmärta

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med olika interventioner för att minska sjukskrivning bland personer med subakut ryggsmärta.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier bland anställda med ryggsmärta. Uppföljning vid 6 och 12 månader eller längre när så var möjligt.

**Typ av deltagare:** Anställda som var sjukskrivna för subakut ryggsmärta (minst 4 veckor, högst 3 månader).

**Exklusionskriterier:** Studier med patienter som väntade på operation eller med gravida kvinnor uteslöts.

**Typ av interventioner:** Alla typer av interventioner, bl.a. KBT och multimodal intervention (se Table 1 i artikeln).

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan typ av intervention.

**Primära utfall:** RTW (Andel av de sjukskrivna som återgått i arbete vid olika tidpunkter)

**Sekundära utfall:** Funktion, smärtintensitet.

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna Medline, PsycINFO, Embase och the Cochrane Controlled Trials Register.

**Kompletterande källor:** Referenslistor

**Period:** Från databasens skapande till februari 2004.

**Vetenskaplig evidensgradering:** "Best evidence" syntes

**Selektion av studier:** Av totalt 1087 artiklar valdes 9 ut för analys. Uppföljningsperiod: 6 och 12 månader (i 4 studier ännu längre).

**Antal deltagare:** 2812.

**Resultat:** Utifrån ”best evidence synthesis” fann man att 5 av 9 studier hade hög kvalitet och visade att RTW-program var effektivare för RWT än TAU. RTW-programmet omfattade en blandning av träning, utbildning, beteendeförändring och ergonomi. ”Best evidence synthesis” valdes i stället för statistisk metaanalys p.g.a. studiernas heterogenitet.

**Sammanfattande slutsats:** RTW-program är lika bra eller bättre för RTW än TAU. Mera forskning behövs för att utröna vilka komponenter eller kombination av komponenter i RTW-interventionen som är mest verksamma.

**10. Meijer, E. M., et al. (2005). "Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review." Int Arch Occup Environ Health 78(7): 523-532.**

**Studiens inriktning:** Icke-specifika muskelbesvär

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med interventioner för att främja RTW bland personer med icke-specifika muskelbesvär.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier av alla slag.

**Typ av deltagare:** Personer 18-65 år sjukskrivna för icke-specifika muskelbesvär, oftast ryggbesvär.

**Exklusionskriterier:** Karpaltunnelsyndrom, inflammation i armbågen ("tennisarmbåge")

**Typ av interventioner:** Flera typer: (1) utbildning, information, (2) fysisk träning, (3) psykologisk behandling, KBT, (4) social träning och (5) yrkesträning och intervention på arbetsplatsen.

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan intervention.

**Primära utfall:** Återgång i arbete, RTW (minskad sjukfrånvaro)

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE, EMBASE, PsycInfo och Cinahl databaser.

**Kompletterande källor:** Referenslistor.

**Period:** januari 1990 – december 2004.

**Vetenskaplig evidensgradering:** "Best evidence" syntes.

**Selektion av studier:** 90 artiklar identifierades. 18 artiklar av hög kvalitet analyserades, vilka omfattade 22 behandlingsprogram.

**Uppföljningsperiod:** 12 månader.

**Antal deltagare:** 3579 (2000 i intervention, 1576 i kontrollbetingelse)

**Resultat:** 32% av behandlingsprogrammen resulterade i signifikant snabbare RTW jämfört med referensgruppen. Detta gällde dock endast patienter med ryggproblem, medan interventionerna vid andra muskuloskeletala problem inte bidrog till RTW mer än i kontrollgruppen. Program som var framgångsrika innehöll flera inslag såsom kunskapsinformation, psykologiska, fysiska och arbetsrelaterade inslag.

**Sammanfattande slutsats:** Det är oklart vilka komponenter i behandlingsprogrammet som hade störst effekt för RTW, men inget av programmen gav negativa resultat.

**11. Weide, W. E., et al. (1997). Vocational outcome of intervention for low-back pain (Structured abstract). Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 23, 165-178.**

**Studiens inriktning:** Ryggbesvär.

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med interventioner för att minska sjukfrånvaro bland personer med subakuta och kroniska ryggbesvär.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade arbetsinriktade interventionsstudier.

**Typ av deltagare:** Personer sjukskrivna p.g.a. subakuta (upp till 3 månader) och kroniska ryggbesvär (mer än 3 månader).

**Typer av interventioner:** Arbetsrelaterad intervention (modifierat arbete, stöd, arbetsintroduktion), beteendeterapi, sängvila, ryggskola, fysisk träning, ryggmassage, antidepressiva medel.

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan behandling inklusive placebo (bl.a. i form av väntelista).

**Primära utfall:** Återgång i arbete, sjukfrånvaro.

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE (från 1966), CLINPSYCH (från 1980) och NIOSHTIC (från 1966) databaser t o m december 1995.

**Kompletterande källor:** Sökning i referenslistor.

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** Av totalt 380 artiklar kvarstod 40 interventioner för analys.

**Antal deltagare:** oklart.

**Uppföljningsperiod:** 3 veckor – 2 år.

**Resultat:** Begränsat eller måttligt stöd fanns för att bibehållande av normal aktivitet, d.v.s. ingen eller mycket kortvarig sängvila, samt ryggmassage, bidrar till minskad sjukfrånvaro (men inte bättre ryggfunktion) vid akuta ryggbesvär och att antidepressiva medel hade positiva effekter vid kroniska ryggbesvär. Inga andra interventioner, bl.a. KBT, visade på signifikanta positiva effekter. Detaljer i Table 3 i artikeln.

**Sammanfattande slutsats:** Bibehållande av normal aktivitet så långt det är möjligt och ryggmassage tycks ha bäst effekter vid subakut ryggsmärta, medan antidepressiva medel har viss positiv effekt vid kroniska ryggbesvär.

Sammanfattning av översiktsstudier rörande intervention vid psykiska besvär

**12. Nieuwenhuijsen et al. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. The Cochrane Library 2014, Issue 12.**

**Studiens inriktning:** Depression.

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med interventioner bland personer med depressionsproblem.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade arbetsinriktade och kliniska interventionsstudier på individ- eller gruppnivå.

**Typ av deltagare:** Anställda personer över 17 år sjukfrånvarande p.g.a. depression eller depressionsymtom (DSM-IV, ICD-10) faställt genom klinisk diagnos eller validerade instrument.

**Exklusionskriterier:** Personer som hade en annan primärdiagnos, bipolär sjukdom eller depression med psykotiska inslag.

**Typ av interventioner:** Arbetsrelaterad intervention (modifierat arbete, stöd, arbetsintroduktion), klinisk (medicinering), psykologisk (KBT, PST, IPT, rådgivning), fysisk träning.

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan behandling inklusive placebo.

**Primära utfall:** RTW, minskad sjukfrånvaro.

**Sekundära utfall:** Ökad arbetsförmåga, depression.

**Sökmetoder:** Elektronisk i databaserna CENTRAL (The Cochrane Library), MEDLINE, EMBASE, CINAHL och PsycINFO

**Kompletterande källor:** Referenslistor.

**Period:** januari 2006 till januari 2014.

**Vetenskaplig evidensgradering:** GRADE-systemet.

**Selektion av studier:** Totalt identifierades 11776 studier. Efter granskning av två oberoende experter kvarstod 23 studier för analys, 14 med hög risk för

bias, 9 med låg. Tre av dessa gällde jämförelser mellan olika antidepressiva mediciner. Vid likartade frågeställningar genomfördes metaanalys.

**Antal deltagare:** 5996.

**Uppföljningsperiod:** 1 – 12 månader.

**Resultat:** Arbetsinriktad intervention (5 st) utöver klinisk behandling minskade sjukfrånvaron under en 12 månaders period jämfört med endast klinisk behandling (måttligt starkt vetenskapligt stöd: SMD -0,40, 95% CI: -0,66 till -0,14). En studie (måttligt starkt vetenskapligt stöd) visade att klinisk behandling utöver arbetsinriktad intervention INTE minskade sjukfrånvaron.

Psykologisk behandling: Det fanns måttligt starkt vetenskapligt stöd från 3 studier att KBT (via telefon eller on line) var mer effektivt att reducera sjukfrånvaro än TAU (SMD -0,23, 95% CI: -0,45 till -0,01). Det fanns starkt vetenskapligt stöd från en studie att strukturerad telefonkontakt och omvårdnadsprogram var mer effektivt att reducera sjukfrånvaro än TAU (SMD -0,21, 95% CI: -0,37 till -0,05).

**Sammanfattande slutsats:** Arbetsinriktade insatser och KBT bidrar till minskad sjukskrivning jämfört med normal klinisk behandling av depressionsproblem.



**13. Arends, I. et al. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2.**

**Studiens inriktning:** Psykiska besvär (adjustment disorders)

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med interventioner mot akuta och kroniska psykiska besvär (ej depression) för att främja RTW.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier bland personer som var sjukskrivna för psykiska besvär.

**Typ av deltagare:** Personer 18-65 år som var sjukskrivna för akuta (mindre än 6 månader) eller kroniska (mer än 6 månader) psykiska besvär (DSM-IV och DSM-10): stress, ångest och utmattningssyndrom vid tidpunkten för intervention.

**Exklusionskriterier:** Allvarlig depression eller ångestsyndrom.

**Typer av interventioner:** Farmakologisk, psykologisk (KBT, PST), avslappningsteknik, fysisk träning, anställningsstöd och kombinationer av dessa.

**Huvudsakliga jämförelser:** Olika interventioner jämförs med varandra och med ingen behandling alls.

**Primära utfall:** RTW, helt eller delvis.

**Sekundära utfall:** Minskad oro (distress score).

**Sökmetoder:** Elektroniskt i databaserna Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group's Specialised Register (CCDANCTR) till oktober 2011; the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) till Issue 4, 2011; MEDLINE, EMBASE, PsycINFO och ISIWeb of Science, alla år till februari 2011; the WHO trials portal (ICTRP) och ClinicalTrials.gov mars 2011.

**Kompletterande källor:** Referenslistor.

**Period:** Uppdatering i oktober 2011.

**Vetenskaplig evidensgradering:** GRADE-systemet.

**Selektion av studier:** Totalt identifierades 3546 artiklar. 59 artiklar ansågs relevanta och lästes i fulltext av två oberoende experter. 9 artiklar med 10 interventioner uppfyllde kvalitets- och relevanskraven och valdes ut för analys.

**Antal deltagare:** 1546.

**Uppföljningsperiod:** 3 månader – 2 år.

**Resultat:** Inga studier med RCT för farmakologisk, fysisk träning eller anställningsstöd hittades. 7 studier med låg risk för bias identifierades. Måttligt starkt vetenskapligt stöd fanns för att KBT jämfört med ingen behandling alls INTE signifikant minskade tiden till full eller partiell RTW eller förbättrad klinisk status (distress score) efter ett år. Måttligt starkt vetenskapligt stöd fanns för att PST jämfört med ingen behandling alls eller TAU (non-guidance based care) reducerade tiden (17 dagar) för partiell (men inte full) RTW signifikant (SMD=-17,00, 95%CI: -26,48 till -7,52) vid ettårsuppföljning.

**Sammanfattande slutsats:** Effekterna av KBT var inte statistiskt signifikanta. En svaghet är att studierna var få och deltagarantalet begränsat vilket leder till låg statistisk power. 5 studier var baserade på KBT och 5 på PST. (Resultaten för KBT i abstract förefaller något motsägelsefulla).

**14. Noordik, E. et al. (2010). Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review (Structured abstract). BMC Public Health 10:598.**

**Studiens inriktning:** ångestsyndrom

**Syfte:** En systematisk analys av interventioner bland personer med ångestsyndrom.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade eller kliniskt kontrollerade interventionsstudier på individnivå.

**Typ av deltagare:** Sjukskrivna (18-65 år) med ångestsyndrom: tvångssyndrom (OCD), posttraumatiskt stress syndrom (PTSD).

**Typer av interventioner:** KBT (exposure in vivo).

**Huvudsakliga jämförelser:** KBT jämförs med ordinarie behandling (medicinering, avslappningsträning, väntelista).

**Primära utfall:** Arbetsförmåga, sjukfrånvaro

**Sekundära utfall:** Social adjustment scale, Sheenan disability scale

**Sökmetoder för identifiering av studier:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE (Ovid 1966-2007), CINAHL (1982-2007), EMBASE (1980-2007) och PsycINFO (Silverplatter 1972-2007).

**Kompletterande källor:** Manuell sökning i relevant litteratur.

**Vetenskaplig evidensgradering:** GRADE-systemet.

**Selektion av studier:** Totalt identifierades 5214 unika studier, 5053 av dessa var icke relevanta. Av de återstående uteslöts 154 artiklar för att de inte uppfyllde uppställda kriterier (t.ex. ej arbetsrelaterade utfall). Efter kvalitetsanalys kvarstod 7 studier, varav två för metaanalys.

**Antalet deltagare:** i behandlingsgrupperna mellan 6 och 74, i kontrollgrupperna mellan 5 och 75.

**Uppföljningsperiod:** 8 veckor – 12 månader.

**Resultat:** KBT som komplement till annan ångestbehandling kan förbättra arbetsförmågan och minska ångestnivån vid OCD och PTSD, jämfört med bara medicinering.

OCD: Signifikant arbetsrelaterad effekt av ”exposure in vivo” som del av KBT, jämfört med bara medicinering (SSRIs) liksom medicinering i kombination med KBT jämfört med bara medicinering. Standardized mean difference (SMD=1,02, 95% CI: 0,48 till 1,55 resp. SMD=0,73, 95% CI: 0,25 till 1,20). Minskningen av ångestsymtom var också signifikant i motsvarande jämförelser (SMDs=0,87, 95%CI: 0,34 till 1,39 respektive SMD=1,00, 95% CI: 0,52 till 1,49). Den vetenskapliga evidensnivån för dessa effekter var begränsad. Jämförelse mellan ”exposure in vivo” med avslappningsträning: Arbetsrelaterad effekt: SMD=0,35 95% CI: 0,08 till 0,79), ångestreduktion, SMD=0,72, 95% CI: 0,28 till 1,17). Måttligt starkt vetenskapligt stöd.

En metaanalys baserad på två studier med intervention (”exposure in vivo”) bland OCD patienter visade en signifikant positiv effekt på arbetsförmåga (SMD=0,72, 95%CI: 0,2 till 1,15).

PTSD: Signifikant positiv arbetsrelaterad effekt av ”exposure in vivo” resp. ”prolonged exposure in vivo plus cognitive restructuring” jämfört med väntelista (SMD=0,82, 95%CI: 0,12 till 1,52 resp SMD=0,77, 95% CI: 0,02 till 1,51). Signifikant minskning av ångest fanns också bland PTSD-patienter efter motsvarande behandling: SMD=1,92, 95%CI: 1,35 till 2,49 resp. SMD=1,80, 95%CI: 1,22 till 2,38.

**Sammanfattande slutsats:** KBT (exposure in vivo) som komplement till annan ångestbehandling kan förbättra arbetsförmågan och minska ångestnivån vid OCD och PTSD, jämfört med bara medicinering. Endast en studie undersökte anställningsstatus.

Sammanfattning av översiktsstudier rörande intervention vid psykiska eller muskuloskeletala besvär

Tre översikter (15-17) har syftat till att studera interventioner för RTW i samband med alla former av sjukfrånvaro. I praktiken handlar det dock huvudsakligen om sjukfrånvaro till följd av muskuloskeletala eller psykiska besvär.

I översikten av Schandelmaier et al. (15) baserad på 9 RCT-studier och 3422 deltagare gällde 8 av dessa muskuloskeletala besvär och en psykiska. Interventioner baserade på RTW-koordinering, d.v.s. individanpassad behandling för återgång till arbete, visade måttligt starkt vetenskapligt stöd för ökad RTW.

Hoefsmitt et al. (16) fann i sin översikt baserad på 23 originalstudier att tidig intervention, kontakt med arbetsgivare och arbetsplats, samt multimodala interventioner var effektiva för RTW både bland ryggpatienter och patienter med psykiska besvär.

Kuoppola och Lamminpää (17) fann likaså måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodala program, inklusive KBT, hade positiva effekter för RTW bland sjukskrivna och förtidspensionerade personer oavsett orsak, särskilt om interventionen inkluderade arbetsplatsen.

Sammanfattningsvis stödjer dessa översikter slutsatserna från de tidigare översikterna och visar att multimodala, individanpassade program, som även involverar arbetsplatsen, är mest effektiva för RTW.

**15. Schandelmaier et al. (2012). Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. PLoS ONE 7(11): e49760. doi:10.1371/journal.pone.0049760.**

**Studiens inriktning:** all slags sjukfrånvaro.

**Syfte:** Att undersöka om RTW-koordinering ökar chanserna för RTW vid sjukfrånvaro.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier på individnivå.

**Typ av deltagare:** Anställda som varit sjukfrånvarande minst 4 veckor oavsett orsak.

**Typer av interventioner:** RTW-koordinering: bedömning och individanpassad plan för återgång till arbete.

**Huvudsakliga jämförelser:** RTW-koordinering jämförs med TAU.

**Primära utfall:** Återgång i arbete (RTW)

**Sekundära utfall:** Smärta, funktion.

**Sökmetoder för identifiering av studier:** Elektroniskt i databaserna MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, och the Cochrane Central Register of Controlled Trials

**Kompletterande källor:** Referenslistor.

**Period:** från databasens start till 2 april, 2012.

**Vetenskaplig evidensgradering:** GRADE-systemet.

**Selektion av studier:** Av totalt 2459 artiklar identifierades 15 artiklar med 9 RCT-interventioner som relevanta. 8 gällde muskuloskeletala problem, en gällde psykiska problem.

**Antal deltagare:** 3422.

**Uppföljningsperiod:** 6 månader – 5 år.

**Resultat:** De flesta studierna visade en signifikant positiv effekt (måttligt starkt vetenskapligt stöd) av RTW-koordinering för återgång till arbete (RR = 1,08, 95%CI: 1,03 till 1,13). Även viss reduktion av smärta och förbättrad funktion noterades.

**Sammanfattande slutsats:** Resultaten ger visst stöd för att RTW-koordinering på individnivå ger ökad chans för RTW bland personer som huvudsakligen lider av muskuloskeletala problem. Den individanpassade interventionen kan jämföras med multimodal intervention.

**16. Hoefsmi, N. et al. (2012). "Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review." J Occup Rehabil 22(4): 462-477.**

**Studiens inriktning:** Att identifiera interventioner som underlättar återgång till arbete efter sjukskrivning.

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med olika interventioner för att minska sjukskrivning oberoende av orsak.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier bland personer som var sjukskrivna.

**Typ av deltagare:** Sjukskrivna, alla diagnoser.

**Typer av interventioner:** Alla typer interventioner inkl. multimodal intervention (se Table 5 i artikeln).

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan intervention.

**Primära utfall:** RTW

**Sökmeter för identifiering av studier:** Elektroniskt i databaserna Pubmed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library och Google Scholar.

**Kompletterande källor:** Referenslistor

**Period:** 1994-2010.

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** 23 artiklar valdes ut för analys.

**Antal deltagare:** oklart.

**Uppföljningsperiod:** oklart.

**Resultat:** Tidig intervention (inom 6 veckor) var effektiva för RTW (ganska få studier) oberoende av orsak till sjukskrivning. Kontakt med arbetsgivare och arbetsplats bidrog till förbättrad RTW. Multimodala interventioner var effektiva för RTW både bland ryggspatienter och patienter med psykiska



problem. Successiv RTW var effektivt för fysiska besvär. Detaljerad information i Table 5 i artikeln.

**Sammanfattande slutsats:** Tidig intervention, multimodala program och successiv RTW var mest effektivt för RTW. Denna översikt baseras även på andra översikter.

**17. Kuoppala, J. and A. Lamminpää (2008). Rehabilitation and work ability: a systematic literature review (Structured abstract). J Rehabil Med 40, 796-804.**

**Studiens inriktning:** Att främja arbetsförmåga och funktionsförmåga.

**Syfte:** En systematisk analys av RCT-studier med interventioner för att främja arbetsförmåga bland sjukskrivna personer.

**Typ av studier:** Randomiserade kontrollerade interventionsstudier bland personer som var sjukskrivna.

**Typ av deltagare:** Sjukskrivna och förtidspensionerade personer (disability pension) oavsett orsak.

**Typer av interventioner:** Alla typer interventioner, bl a KBT och multimodal intervention (se Table IIA i artikeln)

**Huvudsakliga jämförelser:** Intervention jämfört med annan intervention.

**Primära utfall:** Sjukskrivning, RTW, arbetsförmåga.

**Sökmetoder för identifiering av studier:** Elektroniskt i databaser från 1970 till 2005: Medline till juni–juli 2005 och PsycINFO till november 2005.

**Kompletterande källor:** Referenslistor

**Vetenskaplig evidensgradering:** Forskarnas samlade bedömning utifrån relevans, design, antal deltagare, statistik och kontroll över bortfall och eventuell bias.

**Selektion av studier:** Av totalt 576 + 21 artiklar valdes 45 ut för analys.

**Antal deltagare:** oklart.

**Uppföljningsperiod:** 6 – 28 månader.

**Resultat:** Måttligt vetenskapligt stöd finns för att positiva effekter erhölls av olika program för RTW (RR=0,46, range: 0,25 till 1,10) samt för multimodala program vad gäller personer med förtidspension (RR=0,64, range: 0,52 till 1,14) jämfört med olika kontrollbehandlingar. Inkluderande av arbetsplatsen i interventionen (vocational rehabilitation) tycks vara betydelsefullt för RTW

(RR=1,53, range: 1,42 till 2,00), särskilt i kombination med multimodal medicinsk behandling (RR=1,50, range: 0,93 till 2,41).

**Sammanfattande slutsats:** Enskilda program med rådgivning, fysisk träning och multimodal medicinsk behandling gav inga signifikanta positiva resultat för RTW, endast i kombination med åtgärder på arbetsplatsen.

#### 7.4.4 ORIGINALSTUDIER PUBLICERADE 2013 – 2015

Eftersom de systematiska översikterna inte omfattar originalstudier efter 2012 gjordes en sökning enligt samma kriterier som tidigare och i samma databaser för perioden 2013 – t o m februari 2015 avseende originalartiklar. 129 artiklar hittades. Efter genomgång av abstracts med avseende på relevans och kvalitet togs 10 artiklar ut i fulltext. Vetenskaplig kvalitet bedömdes huvudsakligen utifrån design (RCT eller motsvarande), kontroll av bias och storleken av bortfall vid uppföljning. Av dessa 10 befanns en artikel vara av låg vetenskaplig kvalitet beroende på litet material och stort bortfall (ca 50%) och en p.g.a. självrapporterad sjukfrånvaro (risk för bias). Resultaten från studierna med hög och medelhög vetenskaplig kvalitet sammanfattas kort i Tabell 2.

Medan de systematiska översikterna från tidigare år domineras av studier som rör muskuloskeletala problem, så gäller 6 av de 8 originalstudierna från 2013-2015 psykiska besvär. Detta avspeglar sannolikt förändringarna i diagnosbilden bland sjukskrivna under dessa tidsperioder och den därav förskjutna inriktningen på interventionerna.

Resultaten visar inget enhetligt mönster. För psykiska besvär visar sig i flera fall (studie 1,2,3,4,6) den sedvanliga behandlingen (TAU) eller en mycket begränsad insats (7) vara lika bra eller bättre för återgång i arbete eller minskad sjukskrivning, jämfört med interventioner som även omfattar KBT eller multimodal intervention. I Studie 3 var effekterna av ett 16 veckors arbetsinriktat program positiva vad gäller arbetstillfredsställelse, medan återgång i arbete var snabbare i TAU-gruppen.

En möjlig förklaring, som framförs av författarna, till bristen på effekter är att interventionerna är så omfattande och tar så lång tid, jämfört med TAU, att RTW för den enskilde patienten/deltagaren försenas av detta skäl. I Studie 1 är dock sjukfrånvaron lägre i TAU-gruppen även efter 2 år. I Studie 6 medförde den aktuella interventionen ökad ångest, stress och ilska. I Studie 5 med relativt stort deltagarantal är dock utfallet för RTW bättre för multimodal intervention som även omfattar insatser på arbetsplatsen jämfört med TAU eller väntelista.

I likhet med analysen av översiktsstudierna är sålunda resultaten från interventioner som gäller enbart psykiska besvär blandade.

Beträffande ryggbesvär visar en originalstudie (7) mindre sjukskrivning efter en begränsad intervention (klinisk undersökning + rådgivning) jämfört med en mer omfattande multimodal intervention, medan Studie 8 visar att en multimodal intervention är effektivare för RTW än enbart TAU.

De 8 originalstudierna förändrar inte de slutsatser som dragits från de 17 översiktsstudierna, som totalt bygger på ett mycket större underlag – över 350 originalstudier.

**Tabell 2. Sammanfattning av resultat från 8 originalstudier 2013-2015**

Studie	Orsak till sjukskrivning, besvär	Interventionstyp	Jämförelser	Antal deltagare	Vetenskaplig kvalitet	Positivt utfall: RTW	Positivt utfall: Sjukfrånvaro	Uppföljningstid	Kommentar
1. Martin et al. (2015)	Psykiska besvär	MM	TAU	168	Medel	Ej analyserat	TAU	2 år	
2. Ejeby et al. (2014)	Psykiska besvär	KBT/MM	TAU	164	Hög			2 år	Ingen skillnad
3. Eklund & Erlandsson (2014)	Psykiska besvär	Arbete (ReDO)	TAU	84	Medel	TAU		16 veckor	
4. Hees et al. (2013)	Psykiska besvär	Arbete + TAU	TAU	117	Hög			6, 12, 18 månader	Ingen skillnad
5. Netterstrom et al. (2013)	Psykiska besvär	MM + arbete	TAU + väntel	198	Medel	MM+ arbete		8 veckor	
6. Noordik et al. (2013)	Psykiska besvär	MM + arbete	TAU	160	Medel	TAU		1 år	
7. Jensen et al. (2013)	Ryggen	MM	Klinisk + rådgivn	351	Medel	Ej analyserat	Klinisk + rådgivn	1 år	Fokus på kostnader
8. Vermeulen et al. (2013)	MSD	MM	TAU	163	Medel	MM		Tid till RTW	Fokus på kostnader

**Förklaringar:** Arbete = intervention på arbetsplatsen, KBT = kognitiv beteendeterapi, MM = multimodal intervention, MSD = muskuloskeletal besvär, RCT = randomized controlled trial, RTW = return to work, TAU = treatment as usual

Sammanfattning av originalstudier 2013-2015

Intervention vid psykiska besvär

**1. Martin, M. H., et al. (2015). "Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: results of a two-year follow-up study." *Disabil Rehabil*: 1-7.**

**Studiens inriktning:** Psykiska besvär.

**Syfte:** Intervention mot psykiska besvär.

**Typ av studie:** Kvasi RCT-studie (baserad på veckodagar) för att utvärdera effekten av multimodal intervention (MMI) inriktad mot återgång i arbete.

**Typ av deltagare:** 168 personer som är sjukskrivna 4-12 veckor p.g.a. allmänna psykiska besvär.

**Typ av intervention:** Multimodal intervention (MMI) inriktad mot återgång i arbete (3 komponenter).

**Huvudsakliga jämförelser:** MMI (n=88) jämförs med TAU (n=80).

**Uppföljning:** 2 år.

**Primära utfall:** RTW, sjukfrånvaro (antal dagar) under 2 år (registerdata), arbetsmarknadsstatus efter 2 år, återfall i sjukfrånvaro (>3 veckor) efter RTW.

**Resultat:** Deltagarna i interventionen hade högre sjukfrånvaro än kontrollgruppen efter 1 (p<.01) och 2 år (p<.03). Skillnaden vid 1 år var 58 dagar, vid 2 år 36 dagar.

**Sammanfattande slutsats:** Interventionen hade ingen positiv effekt på RTW, arbetsmarknadsstatus eller sjukfrånvaro jämfört med konventionell behandling.

**Vetenskaplig kvalitet:** MEDEL (ej fullständig randomisering, stort bortfall: ca 30%)

**2. Ejeby, K., et al. (2014). "Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care." Scand J Prim Health Care 32(2): 67-72.**

**Studiens inriktning:** Psykiska besvär (depression, ångest, psykosomatiska besvär, stress) oberoende av om deltagarna är sjukskrivna eller inte.

**Syfte:** En RCT-studie med interventioner avsedda att minska symtom och sjukfrånvaro samt öka RTW bland personer med psykisk ohälsa.

**Typ av studie:** Randomisering i grupp till KBT, multimodal intervention (MMI) resp. sedvanlig behandling.

**Typ av deltagare:** 245 personer (18-65 år) efter bortfall av 33, som remitterats av allmänläkare vid en stor primärvårdscentral. 164 personer (cirka 80% kvinnor) hade en anställning och hade varit sjukskrivna minst 2 veckor för lättare psykiska besvär (personer med svårare besvär exkluderades).

**Typer av interventioner:** KBT enligt vedertagna behandlingsprinciper. MMI bestod av två 150 min sessioner två gånger per vecka under sex veckor: (vecka 1) utbildning om tankar, emotioner och beteenden, (vecka 2) övning där en person berättar och delar sina problem med resten av gruppen, fysisk träning och yoga, (vecka 3-4) konflikthantering, förståelse för skillnader mellan emotioner och tankar, (vecka 5) team building, (vecka 6) stresshantering. Sedvanlig behandling: medicinering och sjukskrivning när detta var motiverat. Ingen intervention var fokuserad på arbetsförmåga.

**Huvudsakliga jämförelser:** De två interventionerna (KBT och MMI) jämförs med sedvanlig behandling (TAU).

**Primära utfall:** Sjukfrånvaro (registerdata) under två års uppföljning efter inledd intervention jämförs med sjukfrånvaro två år före interventionen.

**Sekundära utfall:** Psykiska besvär

**Resultat:** Sjukfrånvaron sjönk lika mycket i alla tre grupperna under interventionen och den 2-åriga uppföljningsperioden. Psykiska besvär reducerades av interventionerna.

**Sammanfattande slutsats:** Trots minskade symtom påverkades inte sjukskrivningen mer av de aktiva interventionerna än av TAU. Reduktionen av psykiska besvär i grupper med vanliga psykiska besvär var inte av den styrka

som kan ha behövts för att minska sjukfrånvaron. Forskarna rekommenderar att även arbetsplatsinriktad intervention bör ingå i en intervention.

**Vetenskaplig kvalitet: HÖG**



**3. Eklund, M. and L. K. Erlandsson (2014). "Women's perceptions of everyday occupations: outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) programme." Scand J Occup Ther 21(5): 359-367.**

**Studiens inriktning:** Stressbesvär

**Syfte:** Att jämföra arbetsinriktad intervention, Redesigning Daily Operations (ReDO), med TAU med avseende på RTW.

**Typ av studie:** Matchning mellan ReDO (n=42) resp. TAU (n=42) på olika vårdcentraler.

**Typ av deltagare:** 84 kvinnor som är sjukskrivna p.g.a. stressproblem.

**Typ av intervention:** ReDO under 16 veckor: aktivitetsanalys, målsättning, arbetsstrategier i vardagen både i och utan förvärvsarbetet.

**Huvudsakliga jämförelser:** ReDO jämförs med TAU vid slutet av interventionen (efter 16 veckor).

**Primära utfall:** RTW (registerdata)

**Resultat:** Ökning i arbetstillfredsställelse efter intervention var störst i ReDO-gruppen, men återgång i arbete var snabbare i TAU-gruppen ( $p < .001$ ).

**Sammanfattande slutsats:** Försenad RTW i ReDO-gruppen kan sammanhålla med att interventionen pågick under lång tid (16 veckor). Efter 16 veckor hade en del personer i TAU-gruppen redan återgått i arbete.

**Vetenskaplig kvalitet:** MEDEL (ej randomisering, grupperna olika i arbetstillfredsställelse vid baseline, men litet bortfall: 7%)

**4. Hees, H. L., et al. (2013). "Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial." Occup Environ Med 70(4): 252-260.**

**Studiens inriktning:** Depression

**Syfte:** En RCT-studie med arbetsinriktad intervention (för ökad arbetsanpassning, ökad självkänsla) för att underlätta återgång i arbete.

**Typ av studie:** Stratifierad randomisering till intervention resp. sedvanlig behandling (TAU) utifrån depressionens allvarlighet.

**Typ av deltagare:** 117 personer som i genomsnitt varit sjukskrivna i minst 8 veckor p.g.a. (major) depression. Interventionen omfattade 78 personer, TAU = 39 personer. Bortfall TAU = 6, Interventionsgruppen = 10.

**Typ av intervention:** Interventionen var fokuserad på arbetsförmåga och omfattade 18 sessioner. Uppföljning vid 6, 12 och 18 månader.

**Huvudsakliga jämförelser:** Interventionen (utöver TAU) jämförs med TAU.

**Primära utfall:** Minskad sjukfrånvaro, tid till återgång i arbete på deltid eller heltid.

**Sekundära utfall:** Depressionssymtom, självkänsla.

**Resultat:** Interventionen resulterade inte i större återgång i arbete trots att graden av depression minskade. Ökad sannolikhet för långsiktig RTW med god hälsa (fri från depression) i interventionsgruppen.

**Sammanfattande slutsats:** Trots minskade symtom påverkades inte sjukskrivningen av den aktiva interventionen i denna grupp med allvarliga depressionsproblem.

**Vetenskaplig kvalitet:** HÖG (blind utvärdering, powerberäkning, upprepad uppföljning, måttligt bortfall)

**5. Netterstrom, B., et al. (2013). "Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial." Psychother Psychosom 82(3): 177-186.**

**Studiens inriktning:** Stressbesvär

**Syfte:** RCT-studie för att utvärdera effekten av multimodal stress intervention (MMSI) inriktad mot återgång i arbete.

**Typ av studie:** Jämförelse mellan tre grupper: MMSI (n=69), TAU (n=71) och väntelista (n=58). Efter bortfall kvarstod för analys: MMSI (n=60), TAU (n=59) och väntelista (n=46).

**Typ av deltagare:** 198 personer som var sjukskrivna p.g.a. stressproblem.

**Typ av intervention:** Multimodal intervention inriktad mot stressproblem och arbetsfokuserad terapi som syftar till återgång i arbete (MMSI): 9 entimmes sessioner under 3 månader.

**Huvudsakliga jämförelser:** MMSI jämförs med TAU resp. väntelista 3 månader efter inledd intervention.

**Primära utfall:** RTW: heltid, ökat antal arbetstimmar, arbetslös men arbetsför, sjukfrånvarande

**Sekundära utfall:** Psykiska besvär (depression, ångest m.m.), arbetsförmåga, upplevd stressnivå

**Resultat:** Interventionen (MMSI) hade en signifikant effekt i form av minskade psykologiska besvär och ökad RTW. RTW för intervention var 67%, för TAU 36%, för väntelista 24% efter 3 månader.

**Sammanfattande slutsats:** Multimodal intervention som även omfattar insatser på arbetsplatsen har signifikant positiva effekter på RTW bland personer sjukskrivna på grund av stressbesvär.

**Vetenskaplig kvalitet:** MEDEL (selektivt men måttligt bortfall: högre bortfall bland utbildad arbetskraft och personer med allvarligare problem)

**6. Noordik, E., et al. (2013). "Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial." Scand J Work Environ Health 39(2): 144-154.**

**Studiens inriktning:** Psykiska besvär

**Syfte:** RCT-klusterstudie för att utvärdera effekten av multimodal intervention (MMI) genomförd av 35 företagsläkare inriktad mot återgång i arbete.

**Typ av studie:** Jämförelse mellan två grupper: MMI (n=75) och TAU (n=85). 12 månaders uppföljning.

**Typ av deltagare:** 160 personer som är sjukskrivna p.g.a. allmänna psykiska besvär (stress, ångest, depression) minst 2 veckor och högst 8 veckor. Bortfall i interventionsgruppen = 34%, i TAU = 28%.

**Typ av intervention:** Multimodal intervention inriktad mot återgång i arbete genom gradvis mer krävande arbetsuppgifter.

**Huvudsakliga jämförelser:** MMI jämförs med TAU. Uppföljning successivt under ett år.

**Primära utfall:** RTW – tid (kalenderdagar) till 28 kalenderdagar eller mer utan återfall i sjukfrånvaro

**Sekundära utfall:** Olika psykiska besvärskalor

**Resultat:** Den aktuella interventionen (MMI) gav ökad ångest, stress och ilska och anställda som fick den hade signifikant längre tid till RTW (209 dgr, 95%CI: 62 till 256) jämfört med TAU (153 dgr, 95%CI: 128 till 178). Skillnaden i mediantid till full RTW var också signifikant: HR = 0,55, 95%CI: 0,33 till 0,89.

**Sammanfattande slutsats:** Forskarna rekommenderar inte den aktuella interventionen.

**Vetenskaplig kvalitet:** MEDEL (forskare och deltagare blinda för behandling, men viss selektionsbias och ganska stort bortfall: ca 30%)

Intervention vid muskuloskeletala besvär

**7. Jensen, C., et al. (2013). "Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain." Spine (Phila Pa 1976) 38(13): 1059-1067.**

**Studiens inriktning:** Ryggbesvär

**Syfte:** RCT-klusterstudie för att utvärdera effekten av omfattande multimodal intervention (MMI) jämförd med en begränsad intervention för återgång i arbete (inkl. cost-benefit analys).

**Typ av studie:** Jämförelse mellan två grupper: MMI (n=176) och begränsad intervention (n=175).

**Typ av deltagare:** 351 personer som är sjukskrivna p.g.a. ryggbesvär. Uppgifter om bortfall saknas.

**Typ av interventioner:** Omfattande multimodal intervention resp. begränsad intervention (klinisk undersökning + rådgivning, totalt 2-3 timmar).

**Huvudsakliga jämförelser:** Omfattande multimodal intervention jämförs med begränsad intervention. 12 månader uppföljning.

**Primära utfall:** Sjukfrånvaro, direkta och indirekta kostnader för samhället

**Resultat:** Anställda som genomgick den begränsade interventionen hade signifikant mindre sjukskrivning jämfört med MMI. I subgrupp 1:  $p=0,064$ ; subgrupp 2:  $p=0,040$ , vilken också sammanhängde med lägre kostnader.

**Sammanfattande slutsats:** Den begränsade interventionen hade jämfört med den mer omfattande multimodala i de flesta fall fördelar vad gäller minskad sjukskrivning och lägre kostnad.

**Vetenskaplig kvalitet:** MEDEL (randomisering utifrån kluster, oklart bortfall, utvärdering gjordes blint, ganska stora grupper)

8. *Vermeulen, S. J., et al. (2013). "Economic evaluation of a participatory return-to-work intervention for temporary agency and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders." Scand J Work Environ Health 39(1): 46-56.*

**Studiens inriktning:** Muskuloskeletala problem

**Syfte:** RCT-studie för att utvärdera effekten av omfattande multimodal intervention (MMI) för återgång i arbete (inkl. cost-benefit analys).

**Typ av studie:** Jämförelse mellan två grupper: MMI (n=79) och TAU (n=84).

**Typ av deltagare:** 163 personer (18-64 år) som var sjukskrivna 2-8 veckor p.g.a. muskuloskeletala besvär. Oklart bortfall.

**Typ av interventioner:** Omfattande multimodal intervention för RTW+TAU resp. endast TAU. 12 månaders uppföljning.

**Huvudsakliga jämförelser:** Multimodal intervention jämförs med TAU.

**Primära utfall:** RTW, kostnader

**Resultat:** Den multimodala interventionen var mer effektiv för RTW jämfört med TAU, men också mer kostsam. Genomsnittligt antal dagar för RTW i MMI-gruppen = 161; i TAU-gruppen = 299 (p=0,10).

**Sammanfattande slutsats:** Den multimodala interventionen som tillägg till TAU var mer effektiv för RTW. Studien är fokuserad på kostnadsaspekter.

**Vetenskaplig kvalitet:** MEDEL (oklart bortfall)

## 7.5 Diskussion

### 7.5.1 SUMMERING AV RESULTAT

De 17 översiktsartiklarna, baserade på totalt över 350 originalstudier, som ligger till grund för denna rapport, visar ett mönster enligt vilket multimodala interventioner med både fysiska, psykiska och medicinska inslag, och särskilt i kombination med insatser på arbetsplatsen, i allmänhet bidrar mest till RTW, minskad sjukfrånvaro eller ökad arbetsförmåga (Tabell 1a, 1b) jämfört med andra behandlingar eller ingen behandling alls. I fyra av översikterna noteras att tidiga insatser har bäst effekt. Översikterna som rör interventioner vid ryggbesvär och blandningar av muskuloskeletala och psykiska besvär ger i allmänhet stöd för denna slutsats, medan resultaten från översikterna baserade på studier av besvär med övre rörelseapparaten (nacke, skuldror, armar) och psykiska besvär, som bygger på färre studier, är mer oklara. Resultaten från de 8 originalstudierna från 2013-2015 förändrar inte denna bild.

De fysiska inslagen i multimodal intervention handlar om fysisk aktivitet, träning och sjukgymnastik, de psykiska om beteendeterapi (KBT, PST) och de medicinska huvudsakligen om behandling med antidepressiva och smärtdämpande mediciner. Insatser på arbetsplatsen handlar om att förbereda den sjukfrånvarande för återgång i arbete, arbetsträning, anpassning av arbetsplatsen och arbetsuppgifterna, arbetsmiljön och ergonomi.

Vad gäller intervention i samband med besvär från övre rörelseapparaten är det vetenskapliga underlaget mycket begränsat (endast två översikter) och dessutom delvis av låg vetenskaplig kvalitet. Därför kan inga slutsatser dras av dessa. I översikten av Meijer et al. (10) ingår både patienter med ryggbesvär och andra muskuloskeletala besvär. Interventionerna där hade positiva effekter<sup>3</sup> för RTW endast bland patienter med ryggbesvär.

Vad gäller interventioner vid psykiska besvär förekommer huvudsakligen enskilda interventioner, i ett fall i kombination med insatser på arbetsplatsen, och därför kan inga säkra slutsatser dras angående multimodala interventioner.

### 7.5.2 SAMSTÄMMIGHET I RESULTATEN

Vad gäller multimodala interventioner där också arbetstagare och arbetsgivare samverkar så är resultaten relativt konsistenta för ryggbesvär och kombinationer av muskuloskeletala och psykiska besvär. För besvär från övre rörelseapparaten är det vetenskapliga underlaget alltför begränsat för att man ska kunna dra några slutsatser. Bland interventioner vid psykiska besvär förekommer multimodala interventioner sällan.

Mot bakgrund av den SBU-rapport kring arbetsmiljö och ryggbesvär som nyligen publicerats (SBU, 2014), och som visar att både fysiska (tungt lyft, manuell hantering, icke-neutrala arbetsställningar) och psykosociala faktorer (kontroll, stöd, spännt och pressande arbete) sammanhänger med utvecklingen av ryggbesvär, är det rimligt att interventioner som också inkluderar arbetsplatsen är viktiga för RTW bland personer med ryggbesvär.

Positiva utfall redovisas i vissa översikter där enbart beteendeterapi eller fysisk träning har använts vid rehabilitering, men dessa resultat är inte lika enhetliga, särskilt inte vad gäller utfallsmåttet RTW.

Enskilda terapier som KBT och fysisk träning tycks huvudsakligen ha positiva effekter på graden av upplevd ångest, nedstämdhet och oro, respektive smärta, vilket sannolikt är det primära syftet med dessa behandlingar. Om besvären har orsakats av arbetssituationen är återgång till arbetet inte alltid lämpligt så länge inte arbetssituationen eller arbetsinnehållet förändras.

Det är viktigt att komma ihåg att dessa slutsatser vanligtvis baseras på jämförelser mellan olika behandlingar, t.ex. en aktiv intervention jämförs med TAU. Utfallet kan således vara positivt i båda fallen, men de interventioner som framhålls som positiva i resultaten avser sådana som signifikant skiljer sig från kontrollbetingelsen.

### 7.5.3 EVIDENSSTYRKAN

Interventioner som enligt denna översikt framgångsrikt bidragit till förbättrad arbetsförmåga och RTW bygger på multimodala insatser, både bland personer sjukfrånvarande p.g.a. ryggbesvär och p.g.a. blandade besvär. Antalet översikter vad gäller interventioner vid ryggbesvär är dock större (9 översikter med 228 interventioner) än de som gäller psykiska (3 översikter med 37 interventioner) och blandade besvär (3 översikter med 83 interventioner). Två nyligen genomförda översikter (12,13), baserade på sammanlagt 33 interventioner ger dock starkt stöd för att enbart psykisk intervention, t.ex. med KBT, har mycket begränsad betydelse för att personer med psykiska besvär i ökad utsträckning ska återgå i arbete.

I denna rapport, baserad på systematiska översikter, har det inte varit möjligt att granska den vetenskapliga kvaliteten i de enskilda originalstudierna. I de systematiska översikterna har författarna dock beskrivit vilka kvalitets- och relevanskriterier som uppfyllts i de enskilda studierna. Studier som bedömts ha låg vetenskaplig kvalitet ingår därför inte i de slutsatser som dras i dessa översikter och således inte heller i den föreliggande rapporten. Det vetenskapliga underlaget för betydelsen av multimodala interventioner, som även inkluderar arbetsplatsen, får därför generellt anses mycket starkt, bl.a.



med hänsyn till det stora antalet originalstudier som ligger till grund för dessa slutsatser.

Eftersom de 17 systematiska översikterna bygger på studier där olika interventioner jämförs med varandra eller med TAU, och i några fall med ingen behandling alls eller väntelista, kan man inte bedöma effektstorleken av de olika interventionerna. I de flesta fall får man positiva effekter av alla typer av behandling. Resultaten i Tabell 1a och 1b visar när det finns signifikant stöd för att en viss intervention ger bättre effekt än en annan.

#### 7.5.4 EVENTUELL BIAS I RAPPORTERINGEN

I några översikter har man misstänkt att det finns en rapporteringsbias, d.v.s. att positiva resultat publiceras oftare än negativa. I denna rapport baserad på 17 översiktsartiklar redovisas ett stort antal interventioner som inte bidragit till ökad RTW, men detta gäller framförallt interventioner med ensidiga inslag. Det mönster som framkommer och som visar att multimodala interventioner som även omfattar arbetsplatsen har störst betydelse för RTW är så konsistent att eventuell publiceringsbias inte nämnvärt kan ha påverkat slutsatserna.

I föreliggande kunskapsöversikt förekommer några originalartiklar som ingår i flera översiktsartiklar, men eftersom dessa är relativt få bör effekterna av dessa vara försumbara.

#### 7.5.5 SAMSTÄMMIGHET MED ANDRA STUDIER OCH ÖVERSIKTER

Såvitt vi känner till har ingen tidigare *översikt av översikter* gjorts med motsvarande inklusionskriterier som denna, d.v.s. personer som är sjukfrånvarande p.g.a. psykiska eller muskuloskeletala besvär, endast randomiserade kontrollerade interventioner (utom i några få fall då man matchat en behandlingsgrupp mot en kontrollgrupp) och RTW eller minskad sjukfrånvaro (eller förbättrad arbetsförmåga) som utfallsmått. Interventioner som enbart omfattar arbetsplatsen, liksom preventiva interventioner, har inte ingått i denna översikt. Eftersom slutsatserna i denna rapport bygger på en sammanfattande bedömning av tidigare översikter förstärker den de slutsatser om betydelsen av multimodala interventioner som framhållits i flera av dessa.

#### 7.5.6 TILLÄMPNING OCH FORSKNING

Omfattande multimodala interventioner är kostsamma och behöver kompletteras med en cost-benefit-analys, som också ingått i flera av de översikter som analyserats. Kostnadsaspekten har dock inte varit i fokus för den aktuella översikten.

Eftersom det är oklart vilka komponenter i de multimodala interventionerna som har störst betydelse, borde kommande forskningsinsatser inriktas mot denna fråga. Mycket talar dock för att åtgärder som involverar arbetsplatsen är viktiga och att programmen bör vara individanpassade. Om det visar sig att kombinationen av några få rehabiliteringsinslag, t.ex. KBT eller fysisk träning tillsammans med insatser på arbetsplatsen, är särskilt effektiva skulle detta vara värdefull information ur ett kostnadsperspektiv. I de aktuella översikterna har de multimodala interventionerna haft mycket varierande innehåll, ofta anpassat till den enskilde individens situation, varför det inte går att dra några säkra generella slutsatser om vilka specifika insatser som är mest effektiva. En närmare analys av de originalstudier som har ingått i de översikter som analyserats i denna rapport, skulle möjligen ge mer detaljerad information om detta.

Staal et al. (2002) genomförde en analys av RTW-program baserade på RCT-studier med intervention vid ryggbesvär (low back pain) för att undersöka innehållet och antagandena bakom dessa interventioner. Deras systematiska översikt baserades på 14 RCT-studier som utvärderade 19 RTW-program. Innehållet i interventionsprogrammen varierade från insatser enbart av fysioterapeut, eller fysioterapeut tillsammans med läkare, till multidisciplinära program med läkare, fysioterapeut och psykolog. Interventionernas längd varierade mellan 2-3 timmar till 35 dagar. I de flesta programmen ingick fysisk träning och utbildning, medan ergonomiska insatser endast ingick i ett fåtal. Den vanligaste kombinationen var fysisk träning, beteendeterapi och utbildning. I de flesta fall fanns ingen vetenskaplig teori eller inga empiriska resultat som motiverade valet av innehåll. Man konstaterade att i dagsläget, d.v.s. år 2002, fanns inga vetenskapliga belegg för vilken faktor som betyder mest för RTW bland personer som är sjukfrånvarande p.g.a. ryggbesvär, och att den viktigaste frågan är vilka kombinationer av biopsykosociala faktorer som bäst bidrar till RTW. Vi har inte kunnat finna någon studie sedan dess som mer ingående analyserar denna fråga.

Uppföljningstiderna i de aktuella studierna varierar kraftigt men är ofta mindre än ett år. Det är möjligt att vissa interventioner kräver längre tid för att ge resultat, medan andra har en kortsiktig effekt som klingar av över tid. I de översikter som legat till grund för denna kunskapsöversikt har det inte varit möjligt att analysera betydelsen av olika uppföljningstider eftersom man ofta blandar originalstudier med mycket olika uppföljningstider. Till exempel kan själva interventionen innebära att den sjukskrivne inte kan arbeta medan behandlingen pågår, upplever mer smärta, känner sig sjukare och anser sig oförmögen att arbeta en tid framöver tills rehabiliteringen förväntas ha gett

resultat. En systematisk utvärdering av när man kan förvänta sig effekter av en viss intervention skulle därför vara önskvärd.

I denna rapport har RTW varit primärt utfall, men även reducerad sjukfrånvaro och förbättrad arbetsförmåga har registrerats som positiva utfall (Tabell 1a, 1b). En person kan ju bli arbetsför men ändå inte återgå i arbete om arbetet inte finns kvar eller om risken finns att arbetet skulle bidra till att besvären återkommer. RTW-måttet har definierats på olika sätt i originalstudierna, men detta behöver sannolikt inte innebära högre osäkerhet i den övergripande slutsatsen som dras.

## 7.6 Referenser

Alexanderson, K., Marklund, S., Mittendorfer-Rutz, E., & Svedberg, P. (2011). Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, maj 2011. ISBN 978-91-7457-387-4

Arbetsmiljöstatistik Rapport 2012:4. Arbetsmiljön 2011. Arbetsmiljöverket. ISSN 1652-1110

Battie, M. C., Bigos, S., Stanley, J., Fischer, L.D., Hansson, T., Nachemssom, A., Spengler, D.M., Wortley, M., & Zeh, J. (1989). A prospective study of the role of cardiovascular risk factors and fitness in industrial back pain complaints. *Spine*, 14, 141-147.

Brämberg, E. B., Klinga, C., Jensen, I., Busch, H., Bergström, G., Brommels, M., & Hansson, J. (2015). Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common mental health problems: a process evaluation of a nationwide initiative. *BMC Health Services Research*, 15(1), 79.

Försäkringskassan (2013) Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser: Svar på regeringsuppdrag. Delrapport. Dnr 009246-2013.

Försäkringskassan (2015). Sjukskrivningar 60 dagar eller längre En beskrivning av sjukskrivna åren 1999–2014 efter kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, yrke, sjukskrivningslängd och diagnospanorama. Socialförsäkringsrapport 2015:1. Stockholm: Försäkringskassan.

Kivimäki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007 Oct;61(10):915–20.

Lidwall, U & Skogman Thoursie P.( 2000). Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna. Pp. 91-124 i *Arbetsliv och hälsa 2000*, edited by S Marklund. Stockholm Arbetslivsinstitutet.

Mental Health and Work:Sweden, OECD Publishing, Paris, 2013

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>

SBU (2003). Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 167. Stockholm 2003.

SBU (2010). Rehabilitering vid långvarig smärta. Rapport nr 198.

SBU (2013a). Internetföremadad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. SBU alert-rapport Nr 2013-02.

SBU (2013b). Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller

depression. SBU alert-rapport Nr 2013-03.

SBU (2014). Arbetsmiljöns betydelse för ryggbesvär. En systematisk litteraturoversikt. Rapport nr 227. Stockholm 2014

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D and Bouter LM. (2007 a). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews, BMC Medical Research Methodology, 7:10.

Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, Boers M, Andersson N, Ortiz Z, Ramsay T, Bai A, Shukla VK, Grimshaw JM (2007 b). External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). PLoS ONE 2:e1350.

Smith, V., Devane, D., Begley, C. M., & Clarke, M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. BMC medical research methodology, 11(1), 15.

Socialförsäkringsrapport 2015:1. Sjukskrivningar 60 dagar eller längre.

SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Statens offentliga utredningar. Stockholm 2011.

Staal, J.B, Hlobil H, van Tulder M.W, Köke A, Smid T & van Mechelen W (2002). Return-to-work interventions for low back pain. A descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. Sports Medicine, 32, 251-267.

Vaez M, Rylander G, Nygren A, Åsberg M & Alexanderson K (2007). Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 42(5):381–8.

Wiholm C (2012) Sammanfattning av alla REHSAM projekt som fått finansiering 2009-2011. Presentation 2012-04-16.

Vingård E (2015). Arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. En kunskapsöversikt (manuskript för publicering)

## 7.7 Dokumentation av informationssökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2015-01-29

Ämne: Interventioner för återgång i arbete efter långvarig sjukskrivning -

Sökning gjord av: Natalia Berg, Ann Kristine Jonsson

På uppdrag av: REHSAM

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		"Return to Work"[Mesh] or return to work[tiab] OR return to work[ot] OR returning to work[ot] OR unemployment[ti] OR back to work[tiab] or returning to work[tiab] or RTW[tiab] OR "Sick Leave"[Mesh] OR "Absenteeism"[Mesh] or sick leave[tiab] or absenteeism[tiab] or sick day*[tiab] or illness day*[tiab] or sickness absence*[tiab] or disability leave[tiab] or (illness absence*[tiab] AND (work*[tiab] or employ*[tiab])) OR "Occupational Health"[Mesh] or sick-listed[tiab] OR "Work Capacity Evaluation"[Mesh]	51457
2.		Pain Disorder[tiab] OR "Mental Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Mood Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Adjustment Disorders"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Burnout, Professional"[Mesh] OR depression[tiab] or depressive[tiab] or depress*[ti] or dysthymia[tiab] or dysthymic[tiab] or anxiety[tiab] or GAD[tiab] or mood disorder*[tiab] or burnout[tiab] or burn-out[tiab] or stress*[ti] or stress-related disorder*[tiab] or stress disorder*[tiab] or exhaust*[ti] or mental disorder*[tiab] or CMD[tiab] or mental health*[tiab] or mental illness*[tiab] or mental disease*[tiab] or emotional exhaustion[tiab] or physical exhaustion[tiab] OR "Pain"[Mesh] OR "Musculoskeletal Diseases"[Mesh:noexp] OR "Back Pain"[Mesh] OR "Musculoskeletal Pain"[Mesh] OR "Neck Pain"[Mesh] OR "Shoulder Pain"[Mesh] OR "Chronic Pain"[Mesh] OR "Whiplash Injuries"[Mesh] OR "Fibromyalgia"[Mesh] OR "Fatigue Syndrome, Chronic"[Mesh] OR "Headache Disorders"[Mesh] OR "Headache"[Mesh] OR musculoskeletal disease*[tiab] OR musculoskeletal disorder*[tiab] OR musculoskeletal pain*[tiab] OR pain[ti] OR diffuse pain[tiab] OR nonspecific pain[tiab] OR headache[tiab] OR migraine[tiab] OR fibromyalgia[tiab] OR whiplash[tiab] OR neck pain[tiab] OR back pain[tiab] OR muscle pain[tiab] OR shoulder pain[tiab] OR chronic pain[tiab] OR chronic fatigue[tiab] OR fatigue syndrome[tiab] OR musculoskeletal[ti] OR Work-related CANS[tiab] OR repetitive strain injur*[tiab] OR Work-related upper limb disorder*[tiab] or "Somatoform Disorders"[Mesh] OR somatoform disorder*[tiab] OR somatization disorder[tiab]	1147253
3.		1 AND 2	10279

4.	intervention*[ti] OR program*[ti] OR therap*[ti] OR treatment*[ti] OR multimodal[ti] OR best practice*[ti] OR management[ti] or managing[ti] or evidence-based[ti] or training[ti] or rehabilitation[ti] or workplace rehabilitation[tiab] OR workplace intervention*[tiab] or worksite intervention*[tiab] or work directed intervention*[tiab] or work-related therapy[tiab] or work-related rehabilitation[tiab] or work-related intervention*[tiab] or workplace rehabilitation[tiab] or work hardening[tiab] or work-related treatment*[tiab]	2086211
5.	"Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] or acceptance and commitment therapy[tiab] or problem solving therapy[tiab] OR "Cognitive Therapy"[Mesh:NoExp] OR Behavior Therapy[Mesh:NoExp] OR CBT[tiab] OR CT[tiab] OR BT[tiab] OR cognitive therap*[tiab] OR cognitive behavio*[tiab] or behavior therap*[tiab] or behaviour therap*[tiab] or cognitive treatment[tiab] or behavior treatment[tiab] or behaviour treatment[tiab] or behavioral therap*[tiab]	282286
6.	"Combined Modality Therapy"[Mesh] or ((combined[tiab] or combine[tiab] or combination[tiab] or multimodal[tiab] or multidisciplinary[tiab] or interdisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab]) AND (rehabilitation[tiab] or rehabilitation[subheading] or Rehabilitation[Mesh] or program[tiab] or intervention*[tiab] or therap*[tiab] or treatment[tiab])) or "Rehabilitation, Vocational"[Mesh] or vocational rehabilitation[tiab] or RTW intervention*[tiab] or "Physical Therapy Modalities"[Mesh:NoExp] OR "Exercise Movement Techniques"[Mesh:NoExp] OR "Exercise Therapy"[Mesh] or physiotherapy*[tiab] or physical therap*[tiab]	713420
7.	4-6 (OR)	2740530
8.	3 AND 7	2769
9.	Filters activated: Systematic Reviews	296
	English	<b>282</b>
10.	Filters activated: Randomized Controlled Trial	<b>494</b>
11.		
12.		

\*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly

SB = PubMeds filter

för systematiska översikter (systematic[sb])

för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

\*\*)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

## 8. Bilaga 2 – Statusrapport från Försäkringskassan avseende forskningsprojekten i Rehsam

Tre utlysningar har gjorts under åren 2009-2011. De två första i Vårdalstiftelsens regi den tredje genomfördes av Försäkringskassan. Vid de två första utlysningarna ombad sökande att komma in med en full ansökan direkt. Vid den tredje ombads sökande komma in med en skiss. Skissen bedömdes av bedömargruppen och de ansökningar som bedömargruppen ansåg relevanta inbjöds att komma in med en full ansökan. Projektbidrag utlystes för 2 år med ett års uppföljning av resultaten.

Riktlinjerna för utlysningarna finns i regeringsuppdrag (11:2 S2009/5072SF; 2009-06-25). Ytterligare krav som lades till var;

- Genusperspektiv
- Kostnadseffektivitetsberäkningar
- Implementeringsstrategi för införande av interventionen i det kliniska arbetet (inom det egna landstinget)
- Beskrivning av samverkan mellan landstinget och universitet.

Totalt inkom 76 ansökningar, 24 projekt har fått delvis eller full finansiering till en summa av cirka 75 MKR. Syftet med delfinansiering var att landstinget skulle gå in med finansiering/resurser. 2009 beviljades 8 projekt, 2010 8 projekt och 2011 9 projekt. Av de 24 beviljade projekten rör 12 området psykisk ohälsa och 12 ospecifik smärta.

### Följande landsting har ett eller flera Rehsam-projekt:

VG Regionen  
 Västerbottens läns landsting  
 Örebro läns landsting  
 Landstinget i Östergötland  
 Landstinget Dalarna  
 Landstinget i Kalmar län  
 Region Skåne  
 Landstinget Gävleborg  
 Stockholms läns landsting  
 Landstinget i Jönköping  
 Landstinget Sörmland  
 Västernorrlands läns  
 landsting  
 Uppsala läns landsting  
 Norrbotten läns landsting



## Sammanfattning rapporter

10 slutrapporter har inkommit till Försäkringskassan

*Av de inkomna slutrapporterna har:*

6 rapporter med 1 års uppföljning inkommit

1 rapport med nio månaders uppföljning inkommit

2 rapporter med 6 månaders uppföljning inkommit

1 rapport efter 4 månaders uppföljning inkommit

7 av rapporterna har i dagsläget någon form av data på återgång i arbete

5 av rapporterna har kostnadseffektivitetsberäkningar

Utöver detta har 4 preliminära rapporter inkommit.

Genusperspektiv rapporterats endast i ett par rapporter.

## Prognos på slutrapporter

11 slutrapporter förväntas komma under 2015; 4 stycken Q2/2015, 7 stycken under Q3 och Q4/2015.

1 projekt levererar under 2016 Q1/2016 och ett Q4/2016\*

\*Denna sena leverans beror på att projektet fått tilläggsfinansiering av Forte och beslutat att följa den tidplanen även för slutrapport till Försäkringskassan vid samma tillfälle.

2 av projekten med samma huvudman har slagits ihop och en gemensam slutrapport lämnas, därav 23 slutrapporter

8 behandlingsmanualer har inkommit (blir 23)

10 ekonomiska slutredovisningar har inkommit (blir 23)

I dags läget kommer majoriteten av projekt att inkomma med slutrapport inklusive data på återgång i arbete/sjukskrivning. 2 projekt har hittills aviserat att de inte kommer att kunna leverera data på återgång i arbete.

De projekt som inte inkommit med kostnadseffektivitetsberäkningar och där det är motiverat kommer att komplettera under 2015.

1 projekt har uppgett att de inte kan komma in med en 1 års rapport beroende på dålig svarsfrekvens från deltagarna i den sista uppföljningen.

### **Preliminär granskning**

Syftet med denna granskningsprocess är att bedöma måluppfyllelsen för projekten. Granskningen genomförs av seniora forskare, som bl.a. ingår i Rehsams expertgrupp. Granskningsprocessen hanteras av expertgruppens ordförande. När en slutrapport kommit in till Försäkringskassan skickas den + själva ansökan till ordföranden som lägger ut uppdraget att bedöma om projekten levererat vad de lovat i ansökan och att kraven i ansökan uppfyllts. Bedömningen görs med hjälp av ett standardiserat frågeformulär med utrymme för kommentarer (se medskickad mall). Varje projekt kan få max 5 poäng per fråga. Resultaten kommer att sammanställas när alla slutrapporter inkommit och återkoppling kommer att ske till huvudmannen.

### **Fk:s plan framåt (2015, Q1 2016)**

- Få in slutrapporter med information om återgång i arbete och hälsoekonomiska beräkningar (kostnadseffektivitet) enligt prognos ovan.
- Genomföra preliminär granskning (måluppfyllelse) av inkomna slutrapporter enligt beskrivning ovan.
- Skicka över slutrapporter från projekten till Forte för slutgranskning (kvalité).
- Genomföra slutkonferens i samverkan m Forte och SKL.
- Ta fram samverkansrapport över erfarenheter ifrån projekten (beskrivning av samverkansprocess för genomförandet av forskningsprojekten, erfarenheter av samverkan universitet och landsting; en kvantitativa och kvalitativ utvärdering) i samverkan m Forte och SKL.
- Samla in behandlingsmanualer.
- Uppdatera hemsida (<https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/REHSAM>).
- Projektadministration 2015 och Q1 2016.
- Delta i styrgrupp för Rehsam.



**Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd**

Box 894 • 101 37 Stockholm • Östra Järnvägsgatan 27  
Telefon: 08-775 40 70 • E-post: [forte@forte.se](mailto:forte@forte.se)  
[www.forte.se](http://www.forte.se)